



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Socialhögskolan

# Hemvårdspersonalens handlingsutrymme vid psykisk ohälsa

- *En kvalitativ studie om arbetet med psykisk ohälsa  
bland äldre sett ur hemvårdspersonalens perspektiv*

---

Av: Melinda Jensen & Therese Rumberg

Kandidatuppsats (SOPA63)

VT 2015

Antal ord: 14 909

Handledare: Yvonne Johansson

# Abstract

**Authors:** Melinda Jensen och Therese Rumberg

**Title:** Care workers discretion in the case of mental illness. A qualitative study of the work with mental illness among elderly from the perspective of care workers in home care service.

**Supervisor:** Yvonne Johansson

In times of demographic changes where people are getting older, there is a large group of elderly suffering from depression and other mental illness. We have therefore found it relevant to examine how the mental health issue among this population is identified by care workers. The aim of this study was therefore to investigate how care workers recognized and worked with mental illness among elderly and investigate their working conditions with this issue. The empirical data which was used to obtain our results consists of seven semi-structured interviews with six assistant nurses and a branch head conducted in one municipality in Sweden. To analyze our material we have used the analytical concept discretion to illustrate the care workers experiences working with this matter. Our result indicates that the care workers identify some mental illness among the elderly but the identification is limited to some of its aspects as depression and dementia. The recognition is affected by the care workers relation to their care recipients, the time given with each recipients and their main focus on the somatic care. It also appears that collaboration among care workers and other professions within and outside the organization implicate the work by acting both as a prerequisite and as a limitation. Furthermore the study suggests that there is some lack of knowledge of mental illness among the care workers, which effects their recognition of and work with mental illness among the elderly.

**Keywords:** elderly, care workers, mental illness, depression, discretion

# Förord

Vi skulle vilja rikta ett stort tack till våra respondenter inom hemvården som ställt upp och medverkat i vår studie. Det är ni som bidragit till att göra denna studie möjlig. Ett lika stort tack vill vi tillägna vår handledare Yvonne Johansson som har hjälpt oss genom arbetets gång med värdefulla tips, råd och ett gott engagemang. Ett stort tack till er!

**Melinda Jensen och Therese Rumberg**

**Lund 2015**

# Innehållsförteckning

<b>1. Problemformulering</b> .....	1
<b>2. Syfte och frågeställningar</b> .....	3
<b>3. Begreppsdefinitioner</b> .....	3
3.1 Äldre.....	3
3.2 Psykisk ohälsa .....	3
3.3 Hemvård.....	4
3.4 Hemvårdspersonal.....	4
3.5 Ordinärt boende.....	4
<b>4. Bakgrund</b> .....	4
4.1 Hemvårdens bakgrund och funktion .....	5
4.2 Psykiatrins bakgrund.....	6
4.3 Psykisk ohälsa .....	6
4.4 Kunskap om äldre och psykisk ohälsa .....	7
<b>5. Kunskapsläge</b> .....	8
5.1 Identifiering av psykisk ohälsa.....	8
5.2 Arbetet med psykisk ohälsa .....	10
<b>6. Metod</b> .....	12
6.1 Metodval .....	12
6.2 Semi-strukturerade intervjuer.....	13
6.3 Urval och avgränsningar .....	14
6.4 Tillvägagångssätt.....	15
6.5 Tillförlitlighet.....	16
6.6 Materialbeskrivning och bearbetning av material.....	17
6.7 Sökning av tidigare forskning och litteratur.....	18

6.8 Etiska ställningstaganden.....	18
6.9 Arbetsfördelning .....	19
<b>7. Teoretisk utgångspunkt.....</b>	<b>20</b>
7.1 Handlingsutrymme.....	20
<b>8. Resultat och analys .....</b>	<b>22</b>
8.1 Psykisk ohälsa - ett svårt begrepp .....	22
8.2 Uppmärksammandet av psykisk ohälsa .....	24
8.2.1 Ett vanligt eller ovanligt fenomen?.....	25
8.2.2 Relationens och kontinuitetens betydelse för uppmärksammandet.....	27
8.2.3 Tidens inverkan på uppmärksammandet.....	30
8.3 Riktlinjer eller sunt förnuft?.....	32
8.4 Samverkan.....	35
8.4.1 Samverkan som en förutsättning.....	35
8.4.2 Samverkan som en begränsning.....	37
8.5 Självbestämmande.....	38
8.6 Personalens kunskap om psykisk ohälsa.....	41
<b>9. Avslutande diskussion .....</b>	<b>43</b>
<b>10. Referenslista .....</b>	<b>48</b>
<b>11. Bilagor.....</b>	<b>53</b>
11.1 Informationsbrev .....	53
11.2 Intervjuguide enhetschef .....	55
11.3 Intervjuguide undersköterskor .....	58

# 1. Problemformulering

I Sverige utgörs en stor del av befolkningen av äldre personer samtidigt som det pågår en demografisk utveckling mot en allt äldre befolkning, nationellt som globalt (Kluge et al. 2014:1). Under de närmaste tio åren förväntas andelen äldre personer över 65 år öka med 23 % i Sverige, vilket innebär en tillväxt på 373 000 (Larsson & Berger, 2007:5). Denna utveckling medför utmaningar för välfärdsstaten där äldre har framställts som ett nationalekonomiskt hot (Jönson, 2009:8). När de äldre blir fler ökar även antalet äldre med psykisk ohälsa, som redan idag är ett betydande folkhälsoproblem (Larsson & Berger, 2007:5). Enligt Socialstyrelsen (2013:7) lider cirka 20 % av Sveriges äldre av psykisk ohälsa och i ett regeringsbeslut från socialdepartementet beskrivs det hur personer över 65 år omfattas av en fyra gånger högre risk att drabbas av psykisk ohälsa än övrig befolkning (Socialdepartementet, 2010:2).

Åldrandet leder till en ökad biologisk känslighet där risken för sjukdomar tilltar (Ernst Bravell, 2007:109). Fysiska sjukdomar samt demenssjukdomar ökar i sin tur risken för depression (ibid.). Då ett flertal symptom av somatiska och psykiska sjukdomar påminner om kroppens naturliga åldrande finns svårigheter att skilja dessa åt och där underliggande psykisk sjukdom kan hamna i skymundan (Ernst Bravell & Ericsson, 2007:262). Detta kan även leda till att läkaren på grund av tidsbrist och hemtjänstpersonal på grund av otillräcklig igenkänningsförmåga av symptom har svårt att upptäcka psykisk ohälsa såsom depression (Forsell, Jorm & Winblad 1994:9f). Äldre kopplas ofta samman med en patogen syn där innebörden av att vara äldre ofta förknippas med att behöva vård (Jönson, 2009:8). Ett stort fokus inom äldreomsorgen har därmed kommit att ligga på de äldres fysiska omsorgsbehov och inte på de sociala och psykiska problem som äldre kan omfattas av. Mot denna bakgrund matchar inte alltid de äldres behov de insatser som äldreomsorgen har att erbjuda (Gunnarsson, 2008:113).

Socialstyrelsen (2013) menar att kommunerna och landstingen inte alltid prioriterar de äldre personer som lider av svår psykisk sjukdom och de äldre ges därmed inte

heller den vård och omsorg som de är i behov av eller har rätt till enligt rådande lagstiftning. Många av dessa personer återfinns inom primärvården och äldreomsorgen där specialistpsykiatrins kompetens saknas, vilket bidrar till en ökad risk för oupptäckt psykisk sjukdom samt skapar ett lidande som hade kunnat undvikas. Den psykiska ohälsan innebär ofta ett behov av samverkan mellan olika verksamheter för att skapa god vård, såväl inom regioner, landsting och kommuner. Insatser från både socialtjänst samt hälso- och sjukvård är ofta aktuella och kräver en individuell helhetsyn av den äldres behov samt en ändamålsenlig samverkansstruktur (Socialstyrelsen, 2013:17).

Med utgångspunkt i att de äldre utgör en allt större grupp i samhället och att den psykiska ohälsan visat sig vara av betydande storlek i denna grupp, är kunskap och forskning om äldre och psykisk ohälsa relevant. Då den psykiska ohälsan hos äldre hamnar i skymundan äger denna aspekt relevans för socialt arbete, där fältet hemvård innefattas. Ett fält inom vilket det år 2012 fanns 163 600 personer över 65 år som uppbar hemtjänst i ordinärt boende (Hjälpmiddelsinstitutet, 2014:26). I studien vill vi undersöka hur den psykiska ohälsan hos äldre fångas upp och uppmärksammas av personalen inom hemvården mot den bakgrund att det är hemvårdspersonalen som troligtvis mest frekvent möter de äldre i deras hemmiljöer och har en möjlighet att uppmärksamma deras behov av insatser. Vi är därför intresserade av att fördjupa oss i personalens upplevelser och erfarenheter kopplade till arbetet med psykisk ohälsa, hur denna psykiska ohälsa uppmärksammas samt vilka förutsättningar och begränsningar personalen upplever finns kring arbetet med de äldre med psykisk ohälsa. Denna fördjupning kan även ge oss en möjlighet att analysera hemvårdspersonalens förutsättningar och begränsningar gällande utrymmet att ta egna beslut utifrån kunskap och erfarenhet. Tidigare forskning beskriver svårigheter som finns med att upptäcka psykisk ohälsa, men betonar även vikten av kunskap och samarbete kring psykisk ohälsa hos äldre. Utifrån denna kunskap ser vi hemvårdspersonalens arbete utgöra en viktig del i uppmärksammandet och arbetet med psykisk ohälsa hos äldre. Då det dessutom enligt Socialdepartementets rapport (2010:2) saknas forskning kring

psykisk ohälsa hos äldre och området ses som eftersatt, ser vi ett behov av att studera fenomenet.

## 2. Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hemvårdspersonalens erfarenheter och upplevelser kopplade till arbetet med psykisk ohälsa bland äldre. Vi vill också få förståelse för hur de resonerar kring utrymmet att ta egna beslut utifrån sin kunskap och erfarenhet.

- Hur uppmärksammas psykisk ohälsa bland äldre av hemvårdspersonalen?
- Hur arbetar hemvårdspersonalen med psykisk ohälsa?
- Vad finns det för förutsättningar och begränsningar för hemvårdspersonalen gällande uppmärksammandet av samt arbetet med psykisk ohälsa?

## 3. Begreppsdefinitioner

*Nedan redogör vi för aktuella begrepp för vår studie samt för våra begreppsval.*

### 3.1 Äldre

Avseende begreppet äldre använder vi oss av Socialstyrelsens definition där vi åsyftar personer som är 65 år eller äldre (Socialstyrelsen, 2013:7).

### 3.2 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett övergripande begrepp som vi använder oss av där allt från lättare psykiska besvär till svåra psykiska funktionsnedsättningar och sjukdomstillstånd inbegrips (Rolfner Suvanto, 2012:17).



### 3.3 Hemvård

Hemvård är en kombination av HSL- (Hälso- och sjukvårdslagen) och SoL-insatser (Socialtjänstlagen), vilka utförs i personens bostad eller motsvarande. Hemvården innefattar en sammanslagning av hemsjukvården och hemtjänsten där både medicinska, omvårdnads- samt service- insatser inkluderas och utförs (Socialstyrelsen, 2014:13f), istället för att endast innefatta hemtjänstens service och omvårdnadsinsatser. Vi har valt att använda oss av detta begrepp i vår studie då det är den benämning som används för verksamheten i den kommun där våra respondenter arbetar. Begreppet hemtjänsten används dock mer frekvent i den tidigare forskning som vi har använt oss av. Dock påverkar inte det vår studie eftersom det är undersköterskornas samt enhetschefens arbete vi vill undersöka, vilka båda återfinns under begreppen hemvård och hemtjänst och där innebörden av arbetsuppgifterna inte skiljer sig åt.

### 3.4 Hemvårdspersonal

Med hemvårdspersonal menar vi enhetschef och undersköterskor inom hemvården. Undersköterskorna utför insatser enligt både HSL och SoL.

### 3.5 Ordinärt boende

När vi skriver ordinärt boende i texten syftar vi på boende i egna hem, vanliga flerbostadshus eller motsvarande (Socialstyrelsen, 2012:15).

## 4. Bakgrund

*I denna del presenteras en överblick av hemvårdens samt psykiatrins bakgrund. Nedan beskrivs även olika aspekter av psykisk ohälsa samt hur dessa kan komma till uttryck. Därefter redogör vi för kunskap om äldre och psykisk ohälsa.*

## 4.1 Hemvårdens bakgrund och funktion

Den 1 januari 1992 (Socialstyrelsen, 2010:17) ägde den så kallade Ädelreformen rum, vilket innebar att ansvaret för de lokala sjukhemmen för långtidsjuka samt servicebostäder för handikappade axlades över från landstingen till kommunerna. Detta bidrog till att de äldre typerna av sjukhem och institutionsboenden minskade (ibid.). Även ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende överlades till kommunerna. Genom denna avinstitutionalisering och förkortade vårdtider på sjukhus har det arbete som hemtjänsten utför blivit allt viktigare. Allt fler kan bo kvar hemma på grund av den utvecklade hemtjänst, hemsjukvård och de hjälpmedel som finns. Hemtjänsten har blivit en bas för omsorgen av äldre i Sverige (Prop. 2005/06:115). Enligt undersökningar som gjorts vill de flesta äldre bo kvar hemma och äldre kan vid behov få olika stödinsatser utförda i det egna boendet av hemsjukvården i form av trygghetslarm, färdtjänst, mat samt vård och omsorg av hemtjänsten dygnet runt. Numera erbjuds även avancerade sjukvårdsinsatser i de äldres ordinära boenden (ibid.).

En äldre person kan få beslut om hemvård genom rätten till bistånd 4 kap. 1§ socialtjänstlagen (2001:453). Beslutet kan dels avse vilka insatser som ska utföras och dels den tid det tar att utföra insatserna. Enligt 1 kap. 1§ socialtjänstlagen (2001:453) ska verksamheten bygga på människors rätt till självbestämmande och integritet och enligt 3 kap. 5§ socialtjänstlagen (2001:453) ska insatserna från socialnämnden genomföras och utformas i samråd med individen. Socialstyrelsen (2005:14f) beskriver en översikt av vad som ingår i hemtjänstens insatser så som serviceinsatser, personlig omvårdnad, viss ledsagning samt avlösning av anhörig i hemmet. Serviceinsatserna kan avse praktisk hjälp i hemmet så som städning, hjälp med inköp, tvätt samt hjälp med tillredning av måltider. Personlig omvårdnad kan innebära insatser för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov hos den enskilde så som hjälp med att äta och dricka, sköta den personliga hygien, klä och förflytta sig, insatser för att bryta isolering samt bidra till att skapa en trygghet hos den äldre (ibid.).

## 4.2 Psykiatrins bakgrund

Även inom psykiatrin har det skett stora förändringar de senaste decennierna. De stora institutioner, anstalter och sjukhusavdelningar för psykiatrisk långtidsvård som byggdes upp under 1900-talet har under de senaste 30 åren stängts ner (Piuvu, Grönquist & Söderlund, 2000:9). År 1995 genomfördes en stor psykiatrireform som innebar ett förtydligande av ansvarsfördelningen av den psykiatriska vården, där kommunerna fick huvudansvaret för boende och stöd för personer med psykisk funktionsnedsättning gällande den dagliga livsföringen. Kommunens äldre- och handikappomsorg gavs därmed ett större ansvar. (Socialstyrelsen, 2010:17). Målet med reformen var att integrera de psykiskt funktionshindrade i samhället (Piuvu, Grönquist & Söderlund 2000:9). Många äldre personer med psykossjukdom som länge levt på institution bor numera på servicehus eller sjukhem medan många flyttades ut till egna lägenheter där ett flertal av dem har kontakt med hemtjänst eller distriktsköterska (ibid.).

## 4.3 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett brett och övergripande begrepp som innefattar allt från allvarligare psykiska sjukdomar till psykiska problem av lättare karaktär. Några exempel på dessa kan vara ångest, nedstämdhet, sorg, depression, ångest, psykossjukdom, missbruk, demenssjukdomar samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. (Rolfner Suvanto, 2012:17). Bakomliggande problem till denna ohälsa kan vara sjukdomar och skador, understimulering, existentiella frågor, lågt självförtroende, höga krav i förhållande till fysisk och psykisk funktionsförmåga eller svårigheter att försonas med sitt liv. Psykiska sjukdomar som psykos, schizofreni och bipolär sjukdom kan kräva specialistvård medan psykisk ohälsa så som sorg och nedstämdhet inte alltid kräver sådan. Likt lindriga fysiska sjukdomar kan vi ofta hjälpa oss själva med egenvård. Ibland räcker dock inte egenvården till och det kan behövas annan hjälp i form av specialistvårdsinsatser (Rolfner Suvanto, 2012:9).

Lindrigare psykisk ohälsa kan trots sin milda form leda till funktionsnedsättningar i kombination med kroppslig skörhet, demenssjukdomar eller social understimulering. Åldrandet i sig innebär att äldre har en ökad sårbarhet för kroppsliga sjukdomar och psykiska omställningar till de förändringar som åldrandet medför. Även demenstillstånd kan ge psykiatriska symptom som depression, nedstämdhet och aggression (Piuvu, Grönquist & Söderlund, 2000:69). Åldrandet kan också medföra förluster och sorg i form av ofrivillig ensamhet, förlust av en nära person, rollförluster, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning samt försämrad kroppslig hälsa. När en sorgereaktion som oftast står i tidsmässig relation till en händelse varar under en väldigt lång tid och där psykosocialt stöd saknas, kan detta utmynna i en depression. Påfrestningar som den äldre stöter på och sättet att hantera dessa samspelar med bland annat olika sociala omständigheter, den psykosociala utvecklingen samt det praktiska och känslomässiga stöd som omgivningen erbjuder (Piuvu, Grönquist & Söderlund, 2000:37).

## 4.4 Kunskap om äldre och psykisk ohälsa

Regeringens proposition (2005/06:115) beskriver att år 2004 fick 132 300 personer av alla som är 65 år och äldre hemtjänst i ordinärt boende och antalet personer som får hemtjänst ökar. Uppskattningsvis var fjärde äldre person med psykiska problem behöver någon form av insats. Då psykisk ohälsa ofta uppkommer i samband med flera somatiska sjukdomar finns en risk att psykiska problem inte uppmärksammas vilket kan innebära att en person inte får en insats som han eller hon är i behov av. Ett stort antal äldre har obehandlade och odiagnostiserade psykiska problem och sjukdomar trots en kontinuerlig kontakt med hälso- och sjukvården. Regeringens proposition fastslår vidare att kunskapen kring äldres psykiska ohälsa är bristfällig och där regeringen har identifierat ett behov av utbildningssatsningar. Symptombilden hos äldre med psykisk ohälsa skiljer sig från de yngres och regeringen menar att det behövs mer och specialiserad kunskap kring psykisk ohälsa hos äldre för att kunna uppmärksamma och hantera denna. En kunskap som bland annat är viktig för att kunna särskilja tecken på psykiska problem från en begynnande demensutveckling.

## 5. Kunskapsläge

*I sökandet efter tidigare forskning har vi funnit artiklar som med olika infallsvinklar belyser psykisk ohälsa hos äldre men också hemvårdspersonals arbetsvillkor, förutsättningar och begränsningar gällande arbetet med och uppmärksammandet av denna psykiska ohälsa. Forskning som vi har tagit del av har indelats under två kapitel där vi inledningsvis redovisar den forskning vi funnit kring uppmärksammandet av psykisk ohälsa hos äldre. Det andra avsnittet fokuserar på personalens förutsättningar och begränsningar för arbetet med psykisk ohälsa hos de äldre där aspekter så som kunskap, samarbete och arbetsvillkor belyses. De flesta studier är av internationell karaktär men även ett par nationella studier om psykisk ohälsa bland äldre och hemtjänsten har funnits.*

### 5.1 Identifiering av psykisk ohälsa

Mycket av den forskning vi funnit fokuserar på de äldre med psykisk ohälsa. I vissa fall görs kopplingar till hemtjänsten. Forsell, Jorm & Winblad (1994:9) har genomfört en studie av befolkningen (75 år och äldre) från Kungsholmen i Stockholm där de undersökt förekomsten av psykisk ohälsa i form av depression och demens hos denna grupp. Utifrån sitt resultat där 62 personer utav 668 diagnostiserades med psykisk ohälsa beskriver Forsell et al. även hur två tredjedelar av denna grupp tidigare varit odiagnostiserade trots läkarbesök inom de senaste två veckorna. Något som inte ses som bristande kompetens hos läkarna utan avsaknad av tid. Depression ses som svårupptäckt hos en äldre person då personen ofta kommer till läkaren för en fysisk åkomma och inte en psykisk. Det är inte ovanligt att en äldre person som är deprimerad ses som dement, då symptomen är lika depression. Nedstämdhet, viktninskning och depressiva tankar är några av symptomen vid depression (Forsell, 1994:29). Forsell, Jorm & Winblad (1994:10) beskriver vidare att medvetenheten och igenkännandet av symptom för psykisk ohälsa måste förstärkas hos de professionella som möter de äldre i deras hemmiljö, vilket visar på ett behov av ytterligare kunskap gällande uppmärksammandet av samt hantering av psykisk ohälsa hos äldre.

I en portugisisk studie genomförd av Frade et al. (2015:42) beskrivs det att mellan 6 % och 10 % av äldre personer mellan 65 och 91år i Portugal drabbas av depression. Trots detta så är uppmärksammandet från vårdpersonal, de äldre själva och familjen när det gäller symptom och tecken till depression bland äldre sent påkomna. I en engelsk studie av Banerjee (1993:129) om den engelska hemtjänsten behandlas förekomsten av depression och demens hos äldre inom hemtjänsten samt personalens uppmärksammande av denna ohälsa. Hemtjänstens uppgifter beskrivs i form av att erbjuda service och stöd till människor med problem i relation till ålder, psykisk ohälsa, fysisk- eller psykisk funktionsnedsättning i patienters hemmiljö. I studien visade det sig att en hög andel äldre led av någon typ av psykisk ohälsa. Vidare visade det sig att personalen, som hade begränsad utbildning, var bra på att identifiera demens hos dem äldre men att det däremot fanns betydande skillnader i uppmärksammandet gällande depression, vilken det visade sig att personalen hade svårare att uppmärksamma. I studien kunde Banerjee se att personal genom att få ta del av fokuserad utbildning kring psykisk ohälsa, vilket gav dem ökade kunskaper kring området, förbättrade sina förutsättningar till att uppmärksamma psykisk ohälsa hos de äldre (ibid.).

Gunnarsson (2008:113) skriver i sin rapport om äldre som av olika skäl inte uppbär äldreomsorg. Där utgjordes den största gruppen av de som klarade sig själva utan ett hjälpbehov. De andra grupperna utgjordes av äldre som hamnat i ett gränsland mellan äldreomsorg och individ- och familjeomsorg eller mellan äldreomsorg och psykiatri. Det visade sig att kunskap fattades, framförallt om äldre som levde i socialt utsatta situationer och osynliga grupper vars problem inte faller naturligt inom äldreomsorgens ramar och därmed hamnat i ett gränsland (ibid.). Hartlaub et al. (2014) menar i sin studie att faktorer så som negativa föreställningar, social stigmatisering och associationer som finns kring behandling av psykisk hälsa kan inverka på pensionärers tillgång och attityder till service för psykisk hälsa.

## 5.2 Arbetet med psykisk ohälsa

I en studie gjord kring den svenska hemtjänsten görs en inriktning på hemtjänstens förutsättningar att arbeta med samt uppmärksamma äldre personer med missbruksproblematik. Studien beskriver hur personalen ofta hänvisas till att lösa situationer på egen hand utan vidare handledning eller stöd från kommunala riktlinjer (Gunnarsson, 2013:240). Det ses även en avsaknad av specialiserad kunskap kring missbruk inom verksamheterna och bland personal. Gunnarsson berättar vidare att hemtjänstens arbete försvåras av svåridentifierbara symptom hos äldre som kan knytas an till åldrandet. I studien konstateras även brister på ett samarbete med andra vårdaktörer och forskaren fann endast få fall där äldreomsorgen kunde erbjuda en behandlingskontakt. Det visar sig att den psykiska ohälsan hos äldre kan vara svårupptäckt av yrkesverksamma men också av närstående, då det fokus som finns på den somatiska vården kan göra att psykiska problem hamnar i skymundan (ibid:238)

Trydegård (2012:119) har studerat de som arbetar med äldreomsorg och deras upplevelser kring deras arbetsförhållanden under tider av omorganisering på arbetsplatsen. De resultat som presenteras beskriver hur omorganisering påverkar personalens dagliga omvårdnad av de äldre. Trydegård beskriver även hur personalens mer och mer standardiserade arbetsvillkor i form av detaljerade scheman och bistånd leder till tidspress men också till att personalens handlingsutrymme och autonomi begränsas. Sammanfattningsvis påverkades möjligheten att ge vård av god kvalitet i tider av en sådan omorganisering då personalen upplevde ofördelaktiga arbetsförhållanden. Även Messing et al. (2011:41) undersöker hemvårdspersonals arbetshållanden och organisering, men där omorganisering istället inneburit en positiv faktor. I studien framhålls hur tidspress och fragmenterad vårdtid hos brukare utgör negativa förutsättningar för personalen i form av ökad arbetsintensitet samt psykisk och fysisk press. Även den besatthet som enligt Messing et al. finns kring tidsfördelning hos brukare beskrevs som en stor stress för vårdpersonalen. Resultatet visade hur ett större uppmärksammande av personalens förmågor och kunskaper och ett utökande av deras autonomi, något som författarna menar krävs för att hantera den vårdtid avsatt till varje brukare, kunde förbättra personalens arbetsförhållanden.

I en studie som behandlar interprofessionellt samarbete inom äldreomsorgen menar Duner (2013:246) att äldreomsorgen är ett exempel på ett område där olika professioner har kontroll på specifika uppgifter. Banden mellan de olika professionerna är etablerade och är en pågående process i arbetet med de äldre. Duner (2013:246) beskriver interprofessionella team i vilka yrkesverksamma arbetar i en hög grad av samarbete och integration, då de samverkar och anpassar sig till varandra. Observationerna i studien visar på att medicinska och fysiska aspekter så som den fysiska funktionen, fall, aptit och medicin dominerar de professionellas sätt att se på de äldres behov. De professionella framhöll vikten av dessa aspekter i arbetet och det medicinska perspektivet framhölls som sjuksköterskans huvudområde (ibid:251).

Forskningen som vi redogjort för ovan bidrar till en kunskapsöverblick inom området äldre och psykisk ohälsa. Forskningen har visat på att psykisk ohälsa, så som depression, hos äldre personer är svårupptäckt då symptomen kan liknas vid somatiska sjukdomar eller förknippas med kroppens naturliga åldrande. Det framkommer även av tidigare forskning att det kan finnas bristande kunskap kring äldre i socialt utsatta situationer samt bland hemtjänstpersonal gällande äldre som lider av psykisk ohälsa. Depression och demens hos äldre upptar ett stort fokus inom forskningen och är något som återkommer för ett flertal studier. Forskningen är av vikt för studien då den redogör för olika aspekter kring hemvårdens arbete med vissa former av psykisk ohälsa inom äldreomsorgen samt de förutsättningar och begränsningar personalen har till sitt förfogande vid utförande av sitt arbete. Dock saknar vi forskning om vissa aspekter av psykisk ohälsa. Vi ser en kunskapslucka då vi inte har kunnat finna tidigare forskning kring just hemvårdspersonalens upplevelser och erfarenheter kring arbetet med psykisk ohälsa hos äldre samt att forskningen domineras av ett fokus på uppmärksammandet av demens och depression. Vi anser att den psykiska ohälsan bör belysas utifrån olika perspektiv och där professionella som arbetar nära de äldre utgör ett viktigt sådant. Utifrån detta ser vi att vår studie har relevans i förhållande till den existerande forskningen.



## 6. Metod

*Undersökningen har gjorts genom användandet av kvalitativa intervjuer med sex yrkesverksamma undersköterskor samt en enhetschef från en kommunal hemvårdsenhet. I följande metodkapitel redogör vi inledningsvis för studiens metodologiska ansats samt reflekterar kring de förtjänster och begränsningar som metoden kan innebära. Vidare presenteras den metod som vi har använt oss av vid genomförandet av studien. Därefter presenteras vår urvalsprocess med de ställningstaganden som vi gjort, studiens tillvägagångssätt, datainsamlingens tillförlitlighet samt materialbeskrivning och bearbetning av material. Vidare presenteras vår sökning av tidigare forskning och litteratur. Slutligen diskuteras forskningsetiska överväganden.*

### 6.1 Metodval

Studiens metodologiska utgångspunkt utgörs av en kvalitativ ansats med ett induktivt och explorativt förhållningssätt genom att vi har låtit vår datainsamling generera våra teorier (May, 2001:48). Centralt för kvalitativ metod är en vilja att fånga den sociala verkligheten och hur de som lever i den uppfattar den (Bryman, 2012:41). Syftet med ansatsen var viljan att fånga en närhet till problemet i form av hemvårdspersonalens erfarenheter och upplevelser kopplade till äldre och psykisk ohälsa, därav valet av en kvalitativ metod där vikten ligger vid tolkning och förståelse snarare än att kvantifiera data i likhet med kvantitativa metoder (ibid:150). Som Ahrne & Svensson (2011:12) beskriver är kvalitativ data ett användbart sätt för att studera upplevelser och beskriver vidare hur en annan ansats kan ha svårt att fånga upp detta. Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2011:56) menar att det finns en stor fördel med att göra kvalitativa intervjuer eftersom denna metod ofta bidrar till en närhet till de människor och miljöer som forskaren ämnar undersöka. Detta är även något som Bryman (2012:372) menar är fördelaktigt genom att metoden fångar deltagarnas perspektiv och tillåts se världen med respondentens glasögon. Deltagarnas svar speglar därmed de upplevelser som de anser vara av störst vikt. På grundval av detta utgjorde semi-strukturerade intervjuer ett fördelaktigt val för oss.

## 6.2 Semi-strukturerade intervjuer

I vår datainsamling valde vi att använda oss av semistrukturerade intervjuer för att beröra valda specifika teman (Bryman, 2012:415). Intervjuerna innebar också ett sätt för oss att närma oss deltagarnas erfarenheter och upplevelser vilket det gavs möjlighet till genom den frihet de hade att utforma sina svar på. Till intervjuerna utformades och användes två typer av intervjuguider (se bil.2 och 3). En utformades för undersköterskor och en utformades för enhetschefen. Intervjuguiderna innehöll i sin tur olika teman och frågor, vilka varit ämnade att täcka våra frågeställningar och vårt undersökningsfokus (Bryman, 2012:419). Användandet av semistrukturerade intervjuer och en intervjuguide bidrog till att vårt tydliga fokus och de specifika frågeställningar som utarbetats gavs möjlighet att besvaras (May, 2001:150). En annan fördel med denna typ av intervju var inte enbart att vi hade möjlighet att använda oss av specificerade frågor utan även att vi hade möjlighet att få kvalitativ information genom att respondenternas svar kunde utvecklas och fördjupas. Dessutom behövde frågorna inte komma i samma ordning samt att vi kunde ställa frågor som inte ingick i intervjuguiden. På så sätt blev det möjligt för oss att ställa följdfrågor samt utveckla en dialog med respondenten, något kvantitativ metod genom en manual eller motsvarande inte kunnat generera (ibid:150).

Kvalitativa intervjuer kan även innebära begränsningar. En begränsning kan utgöras av att inspelningsutrustning använts vid intervjuerna, något som Bryman (2012:428) menar kan hämma intervjupersonerna i sina utsagor. Bryman (2012:229) menar också att olika faktorer kring intervjuaren kan påverka respondenternas svar. Då intervjufrågorna berörde personalens arbete med uppmärksammandet av psykisk ohälsa kan personalens svar ha påverkats av vår närvaro genom att de velat visa upp en positiv bild av deras arbete. Kanske för att nå upp till de förväntningar de kan ha förmodat att vi haft, en skevhet som Bryman (ibid.) benämner social önskvärdhet. Vår medverkan kan också ha bidragit till en avsaknad av sådana ämnen som möjligen kunnat väcka ängslan hos deltagarna samt ha lett till att deras utsagor begränsades. De frågor och följdfrågor som vi valde att ställa samt det sätt som vi valde att ställa våra frågor på kan också ha inverkat på respondenternas svar. Även den kontakt och den relation

som skapades i mötet mellan oss och respondenterna kan ha bidragit till deras svar. Denna intervjuareffekt kan på så sätt ha lett till att en modifikation av verkligheten getts, något vi beaktat vid vår bearbetning samt vår analys av vår data.

### 6.3 Urval och avgränsningar

Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2011:42) beskriver forskningsfrågan som avgörande för vilken grupp respondenter forskaren är intresserad av att intervjua och när forskaren eftersträvar en överensstämmelse mellan forskningsfrågor och urval. Vid kvantitativ forskning finns regler för hur urvalet ska gå till vilket saknas vid kvalitativa intervjuer. Studiens specifika syfte har legat till grund för urvalsprocessens målstyrda urval, då personerna som intervjuats har valts med anledning av deras relevans för studiens syfte (Bryman, 2012:392). May (2001:121) beskriver ett strategiskt tillvägagångssätt som en process där de respondenter som väljs ut till undersökningen är medvetet valda på grund av deras egenskaper. Valet av respondenter har därmed varit ett strategiskt val för att skapa relevans och förståelse för vårt undersökningsområde (Bryman, 2012:394).

Till studien valde vi att intervjua sex undersköterskor och en enhetschef som arbetar inom ett hemvårdsdistrikt i en mellanstor kommun i södra Sverige. Valet att intervjua främst undersköterskor inom hemvården har gjorts mot den bakgrunden att det är de som kommer i kontakt med målgruppen för vår studie samt att de arbetar nära de äldre och möter dem i deras hemmiljö. På så sätt har undersköterskorna en möjlighet att uppmärksamma de äldres tillstånd och eventuella psykisk ohälsa. Av denna anledning valde vi att intervjua undersköterskor inom hemvården och inte undersköterskor på ett vård eller trygghetsboende. Anledningen till att även intervjua en enhetschef utöver de sex undersköterskorna har varit att få en bredare bild av arbetet kopplat till äldre och psykisk ohälsa på en mer övergripande nivå genom att enhetschefen kan tänkas ha ytterligare kunskap om kommunala riktlinjer, utbildning samt samarbete med andra aktörer kring äldre och psykisk ohälsa. Valet att intervjua just sex undersköterskor och en enhetschef är av den anledningen att vi i vår kontakt med en verk-

samhetschef blev tilldelade så många respondenter samtidigt som vi uttryckte ett krav på minst sex deltagare för att få ett rikare och mer täckande material. Detta för att materialet skulle kunna generera en kvalitativ beskrivning av hemstjänstpersonalens upplevelser. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2011:44) menar att det redan vid sex till åtta intervjuer ur en speciell grupp går att få ett material som är relativt oberoende av enskilda individers personliga upplevelser och erfarenheter. Med en studie omfattande ett litet antal personer var vårt mål att istället undersöka dessa respondenters utsagor desto djupare. Valet av endast ett distrikt och en hemvårdsgrupp har gjorts då vårt syfte varit att få en fördjupad bild av personalens erfarenheter kopplade till deras arbete med äldre och psykisk ohälsa. Syftet var därmed inte att jämföra två distrikt mellan olika hemvårdsgrupper och fastställa skillnader utan att skapa oss en djupare förståelse inom en grupp.

Vi har beaktat att det kan finnas urvalsproblem som kan uppstå när kvalitativa intervjuer genomförs. Detta har vi försökt att undvika genom att redogöra för på vilket sätt och med vilket syfte vi fått tag på och valt våra respondenter och på så sätt påvisa en trovärdighet vid fastställandet av studiens resultat (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011:42). Som Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2011:44) betonar och som vi bitvis berört ovan så kan sex respondenter vara för få för att studiens resultat ska kunna sägas vara representativt. Vid kvalitativa intervjuer talar forskare om att *uppnå mättnad* när det rör sig om representativitet, vilket innebär att forskaren upplever att liknande svarsmönster återkommer i flertalet intervjuer och vilket i sin tur inte heller genererar ny kunskap. En sådan mättnadsnivå ses dock som svårtolkad (ibid.) Därigenom går det inte att generalisera vår studies resultat och inte heller belysa omfattningen av fenomenet som i en kvantitativ studie.

## 6.4 Tillvägagångssätt

I urvalsprocessen letade vi inledningsvis upp kontaktuppgifter till verksamhetschefen för vård- och omsorgsförvaltningen i en mellanstor kommun med förhoppningen att denne skulle kunna länka oss vidare till vår urvalsgrupp. Vid telefonkontakt med

verksamhetschefen berättade vi om syftet med undersökningen och hänvisade därefter till vårt informationsbrev (se bil. 1), som sedan skickades till verksamhetschefen. Med hjälp av informationsbrevets förtydliganden kunde verksamhetschefen sedan ta kontakt med en enhetschef som kunde länka oss vidare till våra respondenter. Därefter blev vi uppringda av enhetschefen från hemvården i ett av kommunens distrikt som tackade ja till att medverka i studien. Efter en överenskommelse bokades intervjuer in med enhetschefen samt intervjuer med sex undersköterskor. Vi kom även överens om att intervjuerna skulle hållas under två dagar i verksamhetens kontorsbyggnad. Intervjuerna genomfördes därefter i personalens fikarum, förutom den intervju som hölls med enhetschefen, vilken genomfördes på dennes kontorsrum. Intervjuerna med undersköterskorna varade mellan trettio och fyrtio minuter medan intervjun med enhetschefen pågick en timme och tjugo minuter.

## 6.5 Tillförlitlighet

Validitet och reliabilitet är två centrala begrepp när en kvantitativ undersökning utförs. När resultaten av forskning är upprepbara är forskningen reliabel och när studien mäter det den avser att mäta anses den ha validitet (May, 2001:96). Efter diskussion kring begreppens relevans för kvalitativ forskning har forskare utformat ett antal ståndpunkter samt ett förslag till grundläggande kriterier för kvalitativ undersökning. Detta i form av begreppet tillförlitlighet som ska motsvara den kvantitativa forskningens reliabilitet och validitet, men med mindre betoning kring mätning (Bryman, 2012:352ff). För att öka tillförlitligheten i vår studie ville vi försäkra oss om att den intervjuguide som vi utformat höll god kvalitet och att frågorna var relevanta för syftet och samtidigt förståeliga för respondenterna. Av denna anledning genomförde vi, efter att ha utformat intervjuguiderna, en pilotintervju för att försäkra oss om att frågorna kunde besvaras och förstås, vilket resulterade i en del omformuleringar och korrigeringar av intervjuguiden. Tillförlitlighet har även försökt uppnås genom information till deltagarna angående deras anonymitet i studien samt syftet med undersökningen för att öka möjligheten till att respondenternas utsagor besvarade studiens frågeställningar och syfte. Detta genom att vi ville skapa en trygghet för responden-

terna när de berättade om sina erfarenheter. Vid framhållandet av anonymitet syftade vi till att skapa ett förtroende där de kunde känna sig fria i sina utsagor utan någon oro för att deras identitet skulle röjas. När intervjuerna genomfördes använde vi oss av en bandspelare för att öka tillförlitligheten och för att försäkra oss om att inte gå miste om viktiga delar i respondenternas utsagor. Under intervjuerna gjordes en sammanfattning av intervjupersonernas berättelser för att de skulle kunna bekräfta att deras berättelser uppfattats på ett korrekt sätt av oss samt för att de skulle kunna tillägga eller modifiera något. Vi informerade även respondenterna om att de kunde ta del av studiens resultat i form av en kandidatuppsats efter att den examinerats. Denna återkoppling beskriver Bryman (2012:355) som en del av skapandet av en trovärdighet i forskarens resultat.

## 6.6 Materialbeskrivning och bearbetning av material

Efter att ha genomfört sju intervjuer transkriberade vi det inspelade materialet. Bryman (2012:428) betonar inspelningen och utskrivningen av intervjuer som ett nästan ofrånkomligt moment vid kvalitativa angreppssätt, där ett fokus ligger på språket. Genom att skriva ut intervjuerna har respondenternas utsagor kunnat kontrolleras i efterhand samt att vi har kunnat genomföra flera genomgångar av respondenternas svar. Något som har underlättat för oss vid vår analys. Efter transkriberingen genomfördes en noggrann genomgång av det data som vi fått fram för att ge grund åt vår analys. Rennstam och Wästerfors (2011:194) belyser tre grundläggande arbetssätt för att skapa samhällsvetenskapliga analyser: att sortera, att reducera och att argumentera. Inledningsvis gjorde vi vårt material hanterbart genom att sortera den empiri som vi samlat in. Under denna sortering växte teman och mönster fram som vi kunde använda oss av när vi sedan skulle koda materialet. En process som utmynnade i att det empiriska material som vi ansåg vara av vikt för vårt syfte och frågeställningar kategoriserades, vilket Rennstam och Wästerfors benämner reducering (ibid.). May (2001:168) talar om att koda materialet under olika ämnen och rubriker, vilket vi vid genomläsning av materialet gjorde genom att hitta olika nyckelord. Dessa nyckelord har i sin tur kunnat generera ett index eller en katalog över termer som varit aktuella

för vår analys (Bryman, 2012:525). Rennstam och Wästerfors (2011:198) betonar vikten att närma sig empirin och låta denna ligga till grund för förståelsen och skildringen av vanligt förekommande ting eller det som avviker eller bryter ett mönster. Vid reduceringen och tillkomsten av ett index uppkom tankar om teorier som kunde hjälpa oss vid analysen av vårt material. En teoretisering som gjorts på grundval av vår data (Bryman, 2012: 525).

## 6.7 Sökning av tidigare forskning och litteratur

Vid vårt sökande efter tidigare forskning, vilket har använts som ett stöd för vår studie, har vi använt oss av sökmotorn LUBsearch där vi använt oss av följande sökord i olika kombinationer: “careworkers”, “elderly”, “mental illness”, “depression”. De flesta studier vi fann var av internationell karaktär men vi fann även ett par nationella studier om psykisk ohälsa bland äldre och hemtjänsten. Gällande litteraturen har vi sökt i Lunds universitets bibliotekskatalog Lovisa.

## 6.8 Etiska ställningstaganden

Etik utgör en viktig del i forskning, då det finns krav och regler i form av etiska överväganden. Det finns ett grundläggande forskningskrav om att forskning skall inriktas på frågor av vikt samt vara av hög kvalitet. En annan viktig etisk aspekt är att individer som ingår i eller är föremål för forskning inte skall utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Mellan individskyddskravet och forskningskravet sker en avvägning av förväntat kunskapstillskott mot möjliga risker och negativa konsekvenser för berörda undersökningsdeltagare (Vetenskapsrådet, 2002:5). Individskyddskravet säkerställs genom att upprätthålla vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (ibid.), vilka har fungerat som riktlinjer för vår studie. För att uppfylla informationskravet informerades vi våra respondenter om studiens syfte, upplägg och presentation. Vidare informerades respondenterna om deltagandets villkor om att medverka skedde på frivillig basis och där rätten fanns att avbryta sitt

deltagande när som helst innan, under eller efter intervjun. Respondenterna informeras även om att det insamlade materialet endast var ämnat att användas i den aktuella studien i likhet med nyttjandekravet (ibid.). I enighet med samtyckeskravet förmedlades respondenterna vidare om deras rätt att bestämma om, hur länge samt på vilka premisser som de deltog (ibid; Kalman, Lövgren & Sauer, 2012:57). Det sista kravet, konfidentialitetskravet, tog vi hänsyn till genom att respondenterna garanterades anonymitet i vår presentation av studien. Personuppgifter och organisationstillhörighet har därför anonymiserats i empirin för att omöjliggöra identifiering av enskilda och deras arbetsplats (Vetenskapsrådet, 2002:12). Enbart vi har haft tillgång till empirin i sin helhet. Hur och vad som skildras om enskilda respondenter är något som Kalman, Lövgren & Sauer menar bör övervägas noga (2012:66). För att undvika att empirin skulle kunna komma att nyttjas av någon annan eller i ett felaktigt syfte, raderade vi våra ljudinspelningar från intervjuerna efter att materialet transkriberats. Även denna transkribering har varit anonymiserad.

Vårt empiriska material består av intervjuer med sju respondenter. För att vidmakthålla respondenternas anonymitet har vi i vår resultat- och analysdel benämnt våra respondenter: respondent 1, respondent 2, respondent 3, respondent 4, respondent 5, respondent 6 samt respondent 7. Vi vill belysa att det inte finns någon inbördesordning vad gäller de siffror som respondenterna tilldelats utan dessa är endast slumpmässigt utvalda. Att enhetschefens utsagor inte urskilts från undersköterkornas och att även denne getts en annan benämning (respondent) är av anledningen att bevara utlovad anonymitet till denne.

## 6.9 Arbetsfördelning

Arbetet med studien har skett gemensamt då vi tillsammans har strukturerat upp vår uppsats och letat artiklar. Vi har även arbetat fram vår problemformulering, metod, tidigare forskning samt teoriavsnittet gemensamt, då vi suttit tillsammans och skrivit. Vidare har vi båda varit delaktiga vid de intervjuer som har utförts. Transkriberingen av vårt material delade vi upp på hälften med tre intervjuer var, efter att ha gjort den



första ihop. Därefter skrevs analysförfarandet samt studiens avslutande diskussion gemensamt.

## 7. Teoretiskt ramverk

*I följande avsnitt presenteras den teori som ligger till grund för studiens analys. Inledningsvis redogörs för valet av teori samt dess relevans för studien. Därefter följer en presentation av det teoretiska ramverket.*

Vid samhällsforskning betonar Bryman (2012:22) vikten att använda sig av teorier. Teorier fungerar som en grund, från vilken forskaren utgår i sin forskning, genom att de används likt en ram för tolkning av de resultat som forskningen presenterat. Inom denna ram kan de studerade sociala företeelserna förstås. Som vi framställer i vårt syfte studerar vi hemvårdspersonalens erfarenheter och upplevelser kopplade till arbetet med psykisk ohälsa samt undersöker hur denna psykiska ohälsa fångas upp av personalen. Vi utgår därför från det teoretiska begreppet handlingsutrymme (Svensson, Johnsson & Laanemets, 2008; Lipsky, 2010), där författarna har ett fokus på socialarbetare, men målgruppen i vår studie är som tidigare nämnt hemvårdspersonalen. Handlingsutrymme som ett teoretiskt verktyg ger oss en möjlighet att analysera vilka förutsättningar och begränsningar hemvårdspersonalen har i deras uppmärksammande och arbete med äldre och psykisk ohälsa. Det ger oss även en möjlighet att analysera hemvårdspersonalens förutsättningar och begränsningar gällande utrymmet att ta egna beslut utifrån kunskap och erfarenhet.

### 7.1 Handlingsutrymme

Svensson, Johnsson & Laanemets (2008:24) redogör för begreppet handlingsutrymme som ett sätt att bestämma över sitt agerande utifrån de organisatoriska ramar socialarbetaren befinner sig i. Socialarbetarens handlingsutrymme utformas delvis utifrån mötet människa mot människa, med brukaren och den yrkesverksamma, men också genom de ramar och regler som organisationen sätter gällande socialarbetarens

uppdrag (Svensson, Johnsson & Laanemets, 2008:16). För ett rimligt och meningsfullt agerande krävs innehavandet av professionell kunskap och kompetens. Denna kunskap och kompetens innebär också att kunna påverka det givna utrymmet inom organisationen. Mellan organisationen och professionen pågår ett samspel kring handlingsutrymmet. Genom detta samspel kan båda parter påverka givna gränser samt bidra till att sätta egna (ibid:24).

Det finns en stor frihet i socialarbetarens arbete samtidigt som det styrs av lagar och regler. Ansvar och friheten som utrymmet består av hanteras olika av olika personer. Svensson, Johnsson & Laanemets (2008:20) menar att handlingar kan vara att ta kontakt, prata, fatta beslut, ringa telefonsamtal eller följa en manual i ett behandlingsprogram. Handlingsutrymme utgör möjligheten att agera mellan regler. Evans & Harris (2004:892) beskriver att ju mer utarbetade riktlinjer och regler är desto mer kan de bidra till en större osäkerhet, genom att det bidrar till fler tolkningar. Handlingsutrymme är ofta nödvändigt för utövarna för att kunna göra sitt jobb, men friheten att ta itu med osäkra situationer kan också involvera uppgörelse om vem som ska ta ansvaret för de val som görs.

Handlingsutrymme kan ses som en ofrånkomlig del i socialarbetarens arbete med människor eftersom de ofta arbetar under för komplexa förhållanden för att de ska kunna följa en manual vid svåra situationer. Deras arbete är i behov av lyhördhet och omdömesförmåga som i sin tur kräver ett befintligt handlingsutrymme (Lipsky, 2010:15). Aronsson (1990:71) beskriver begreppen objektiva och subjektiva handlingsutrymme där han menar att det finns en skillnad mellan upplevt (subjektivt) handlingsutrymme och verkligt (objektivt) handlingsutrymme. Detta genom att individer både kan underskatta och överskatta det handlingsutrymme som han eller hon har. Aronsson (1990:72f) menar vidare att individer kan utvidga sitt handlingsutrymme genom att sluta samman och samarbeta med sina arbetskamrater eller genom att vidga sina kunskaper. Aronsson beskriver vidare att om individen vid upprepade tillfällen utsätts för situationer som innefattar okontrollbarhet så avtar individens benägenhet att kunna handla i olika situationer.

I Dunér & Nordström (2006:428f) presenteras Lipskys beskrivning av handlingsutrymme som något grundläggande för yrkesverksamma som arbetar mellan organisationen och dess klienter. Tre omständigheter som skapar handlingsutrymme presenteras. Den första i form av vaga och inkonsekventa mål, lagar samt riktlinjer. Den andra bidragande omständigheten är det faktum att det är ett arbete omfattande möten med människor med unika, oförutsägbara och specifika förhållanden och förutsättningar. Sådana komplexa sociala situationer beskriver Duner & Nordström (ibid.) som svåra att täcka in och begränsa till detaljerade regleringar och föreskrifter. Avslutningsvis som en tredje aspekt är det antagande att de yrkesverksamma bör utföra sina arbetsuppgifter i enlighet med professionell expertis och kunskap, vilket innebär förutsättningen att tillhandahålla frihet i form av personligt handlingsutrymme. Riktlinjer kan utgöra ett stort stöd vid beslutsfattande men kan även bidra till en känsla av osäkerhet kring hur dessa ska tolkas och appliceras på individuella fall.

## 8. Resultat och analys

*I följande avsnitt presenteras analysen av vårt empiriska material. Vår empiri består av sju semi-strukturerade intervjuer med en enhetschef samt sex undersköterskor i en mellanstor kommun. Empirin presenteras genom en redogörelse för hemvårdspersonalens upplevelser av samt deras arbete med äldre och psykisk ohälsa. I samband med denna presentation analyseras vårt material med hjälp av vårt teoretiska ramverk och tidigare forskning. Vårt resultat redogör vi för genom att vi delat in det under olika underrubriker som speglar de olika teman som framkommit av studien. Dessa teman och mönster är det som står i fokus för vår analys.*

### 8.1 Psykisk ohälsa - ett svårt begrepp

När respondenterna skulle definiera psykisk ohälsa framträdde mångtydiga svar. Något som var framträdande var att många definierade psykisk ohälsa som ett väldigt stort och omfattande begrepp. Det visade sig även vara ett begrepp som de upplevde

som svårt att förklara. Det uppkom olika beskrivningar av begreppet, men många respondenter uttryckte *demens* och *ensamhet* som en stor del av psykisk ohälsa. Demens var den typen av psykisk ohälsa som flest kom att tänka på. Några uttryckte även psykisk ohälsa som något som innefattade olika psykiska diagnoser så som schizofreni och psykossjukdomar. Andra definitioner som framkom var ångest, depression och förlust. En av respondenterna definierade psykisk ohälsa som något som går utöver ens vanliga mående medan en annan uttryckte att själva åldrandet orsakar psykisk ohälsa.

När man mår dåligt, inte bara mår vanligt dåligt över att man slagit sig eller att man kanske har dåligt samvete. Det är inte det, utan det är mer att det går längre in. Det är något som man inte kan sätta fingret på /.../ Det är väldigt brett och är därför svårt att definiera /.../ Typ när man mår dåligt utöver det normala (Respondent 5).

De är gamla. De kan inte fungera som de ska. /.../ Bara att de åldras kan orsaka den psykiska ohälsan för man tänker "Åh nu är jag gammal, jag kan inte göra någonting mer" (Respondent 1).

En annan respondent beskrev i sin tur psykisk ohälsa som något som är väldigt brett och som kan se väldigt olika ut. Respondenten menade även att vi alla är olika och så även hur vi hanterar svårigheter i livet, då förmågan att hantera svårigheter följer med oss i takt med vårt åldrande. Det respondenten främst tolkade in i begreppet psykisk ohälsa var demens, ensamhet samt egna fysiska sjukdomar.

Det kan vara människor som har eller är mellan demens. De kan må väldigt dåligt psykiskt /.../ sen kan det vara ensamhet /.../ folk sitter ensamma för mycket /.../ sen kan det vara egna sjukdomar som gör att man mår psykiskt dåligt. Man hanterar ju saker olika, även som äldre (Respondent 3).

Utifrån respondenternas svar visade det sig att vissa former av psykisk ohälsa så som demens och ensamhet beskrevs mer ofta än annan psykisk ohälsa samt att en del defi-

nitioner utelämnades helt eller endast nämndes av ett fåtal respondenter. Exempel på sådana var depression och psykosjukdomar. Detta kan tolkas utifrån det Forsell, Jorm & Winblad (1994:10) skriver om hemtjänsten, där de ser ett behov av ökad medvetenhet och igenkännande av psykisk ohälsa hos äldre. I enighet med det som Forsell (1994:29) beskriver kring depressiva symptom kan dessa förväxlas och liknas vid demens i de fall där kunskap saknas. Respondenternas utsagor kan kopplas till begränsad kunskap om psykisk ohälsa, vilket i sin tur kan medföra svårigheter för dem att definiera begreppet. Ytterligare en aspekt kan vara att de inte stöter på vissa former av psykisk ohälsa, som i sig är ett vitt begrepp, vilket kan bidra till att deras definitioner av psykisk ohälsa är begränsade. Under intervjuerna har det framkommit att demens och ensamhet är två vanligt förekommande former av psykisk ohälsa, vilka många av respondenterna menar att de stöter på i sitt dagliga arbete. Detta kan innebära samt bidra till att det finns mer kunskap kring dessa tillstånd då personalen möter brukare med demens oftare än brukare med annan psykisk ohälsa. De former av psykisk ohälsa som inte stöts på lika frekvent kan därmed vara svårare att uppmärksamma eller falla bort i glömska, vilket även kan bidra till ett dominerande fokus på de typer av psykisk ohälsa som stöts på mer kontinuerligt.

## 8.2 Uppmärksammandet av psykisk ohälsa

Många respondenter uttryckte att de kan se på en person när han eller hon inte mår bra. De menade att de kan se det genom att uppmärksamma en personlighetsförändring hos den äldre, genom att personen inte betar sig som han eller hon brukar:

Om man kommer in och ser att en människa är ledsen eller man ser att han är deprimerad, pratar knappt eller bara vill vara själv. Just de bitarna börjar man se. Vill inte äta, dålig aptit, vill bara sova /.../ Man kan ju märka på dom att det är någonting (Respondent 2).

Man ser liksom att de ändrar på en gång och då vill de att man stannar kvar och pratar med dom (Respondent 1).

Personalens uppmärksammande av fysiska aspekter hos brukarna ovan är något som är förenligt med den studie av Duner (2013:246) där det beskrivs hur den fysiska funktionen så som aptit är något som dominerar de professionellas sätt att se på de äldres behov. Personalen tenderade att utgå från de fysiska aspekterna för att se förändringar som skett och på så sätt härleder de det till att personen mår psykiskt dåligt.

### 8.2.1 Ett vanligt eller ovanligt fenomen?

Hemvårdspersonalen menade att de stöter på och uppmärksammar psykisk ohälsa i sitt dagliga arbete. Några uttryckte att det var ovanligt att stöta på kraftig psykisk ohälsa så som psykiska sjukdomar men att det däremot ofta förekommer annan form av psykisk ohälsa i form av ensamhet, demens och depression:

Ensamheten, inte att de mår jättedåligt psykiskt, det kan jag inte påstå men det här med ensamheten att de känner sig ledsna ja. Det kan man ju stöta på /.../ sen just det här om man har förlorat någon /.../ Det är den sorgen de lever i hela tiden tills de kanske själva går bort (Respondent 2).

Ibland är det ju par där den ene går bort och man hux flux blir lämnad ensam /.../ en fru som vårdar sin man som är dement och väldigt tungskött /.../ Vi har också några enstaka missbrukare såklart, de finns ju (Respondent 3).

Respondenternas utsagor skiljde sig åt beträffande vilken psykisk ohälsa som de stöter på i sitt arbete med de äldre. Vidare beskrev en respondent att det var länge sedan som psykisk ohälsa diskuterades i gruppen och att det inte fanns så många personer med psykisk ohälsa i personalens hemvårdsdistrikt. Det framkom att många av de äldre lider av depression men att svårare diagnoser såsom psykos och schizofreni var ovanligt att stöta på:

Vi har inte så många, vi har knappt en enda kvar som har psykisk ohälsa /.../ de flesta har depression men jag tänker mer på djupare diagnoser (Respondent 7).

Det gör man [stöter på]. Inte lika mycket men /.../ Det är jättemånga som inte vill leva. Att de vill sluta sitt liv och dö hemma (Respondent 5).

Utifrån de resultat vi fått från respondenternas utsagor kan vi se att majoriteten av hemvårdspersonalen menade att de stöter på psykisk ohälsa i form av ensamhet, demens och depression men att de inte stöter på psykisk ohälsa i andra former så ofta. Huruvida detta beror på kunskapsbrist kring psykisk ohälsa eller om det är så att vissa typer av psykisk ohälsa inte är vanligt förekommande i respondenternas hemvårdsområde, är en fråga vi ställer oss. En respondent betonade hemvårdens ansvar för den somatiska delen av vården av de äldre. Det framhölls att hemvårdens huvudfokus gällande arbetet med de äldre ligger på de äldres somatiska sjukdomar och inte på psykisk ohälsa:

Det är ju inte som skötarutbildning/.../ Utan detta går ju mer ut på det somatiska eftersom det är det vi möter mest /.../ det är det som är det stora behovet och därför måste vi ju ha den utbildningen på personalen. Annars kan man ju inte ta hand om de svårt sjuka människorna hemma. För det är ju mest somatiska sjukdomar man lider av /.../ det finns ju inga karriärvägar i hemvården när det gäller psykisk ohälsa eftersom det är ju inte det som är det stora behovet här (Respondent 6).

Resonemanget kan kopplas till Duners (2013) artikel kring hur det medicinska perspektivet upptar de professionella inom äldreomsorgens huvudfokus. Enligt Duners studie domineras de professionellas sätt att se på de äldres behov av medicinska och fysiska aspekter. Detta betonas även i den forskning gjord av Gunnarsson (2013:240), där det beskrivs hur den psykiska ohälsan kan vara svårupptäckt av yrkesverksamma, men också av närstående på grund av det somatiska fokus som präglar hemvården. Detta kan göra att den psykiska ohälsan hamnar i skymundan. Med utgångspunkt i att den psykiska aspekten inte är den aspekt som personalen fokuserar på, kan hemvårdspersonalens uppmärksammande av psykisk ohälsa påverkas negativt. Hemvårdspersonalens uttalade fokus på den *somatiska aspekten* kan även kopplas samman med det Aronsson (1990:71f) beskriver som *objektivt* och *subjektivt handlingsutrymme*.

Aronsson skiljer mellan det handlingsutrymme som yrkesverksamma anser sig ha (subjektivt) och det handlingsutrymme som de egentligen har (objektivt). Genom att hemvårdspersonalen ser det somatiska perspektivet som sitt huvudfokus innebär detta också att en del av det objektiva handlingsutrymmet inte ses och därför inte heller kan användas. På så sätt kan detta tolkas som att hemvårdspersonalen genom sina utsagor subjektivt underskattar sitt handlingsutrymme vad gäller uppmärksammandet av och arbetet med psykisk ohälsa. Handlingsutrymmet kan i sin tur vidgas genom att personalen ökar sina kunskaper samt breddar verksamhetens fokus.

### 8.2.2 Relationens och kontinuitetens betydelse för uppmärksammandet

Det framkom av hemvårdspersonalens utsagor att de ansåg sig uppmärksamma psykisk ohälsa, men där de poängterade viktiga skillnader och faktorer för uppmärksammandet. Det visade sig att de lade stor vikt vid den relation som de hade med sina brukare, men också vid att det krävdes en kontinuitet med brukarna för att kunna uppmärksamma förändringar hos denne. Respondenterna menade att det var lättare att uppmärksamma psykisk ohälsa hos en brukare som de träffar ofta och som de har en stadig relation till än att känna igen och uppmärksamma psykisk ohälsa hos en brukare som var helt ny eller som de sällan träffar. Relation beskrevs som en förutsättning för att kunna uppmärksamma brukarnas mående. Delvis för att kunna skapa en trygghet mellan brukaren och hemvårdspersonalen så att den äldre känner att han eller hon kan anförtro sig till personalen, men också genom att träffa personen ofta. Dessa förhållanden sågs av personalen som betydelsefulla och som förutsättningar för att kunna se skillnader i personens beteende. Respondenterna talade om att det är viktigt att få en övergripande blick om personens personlighet för att kunna se förändringar:

Har man gått länge till en människa så märker man ju när den inte mår bra.  
Är man ny så kan man ju bara ana, sen får man ibland ställa lite ledande frågor (Respondent 3).



Det är kontaktmännen som är där varje dag och ser hur man mår, som känner brukaren på nära håll och kan se speciellt om det är förändringar som sker, att man har ändrat sig, att den som brukar vara så glad helt plötsligt har blivit förändrad i sin personlighet (Respondent 6).

Det kan vara svårt att se ibland [psykisk ohälsa] om man inte går dit så ofta. Man känner inte dom på samma sätt /.../ De man är kontaktman till, de känner man mer. Dom är man hos ofta och dom vet man (Respondent 5).

Just det där psykiska kan ju vara lite knivigt ändå för har man bara varit där en gång så kanske man inte, för det är inte alltid att man vet exakt hela historien om den, så det känns som man nästan måste gå tillbaka och kolla lite, hur personen är egentligen (Respondent 4).

Det framkom att kontaktmännen utgör en viktig roll i uppmärksammandet av psykisk ohälsa, då de är hos brukaren ofta och kan se om det sker skillnader i brukarens personlighet. Det beskrevs även att i de fall där personalen kommer till en ny brukare tar de sig tid att försöka prata med de äldre för att skapa sig en bild över personen. Hemvårdspersonalen utmålade att de tyckte det var viktigt att ta sig tid att uppmärksamma nya vårdtagare. Detta kan liknas vid Duner & Nordströms (2006:429) beskrivning av att de yrkesverksammas arbete ska ske med utgångspunkt i professionell kunskap, vilket förutsätter att de tillhandahålls frihet i form av handlingsutrymme. I respondenternas fall innebär detta utifrån Duner & Nordströms resonemang en förutsättning i form av att de ges utrymme och frihet att ta sig tid att uppmärksamma brukaren samt möjligheter att praktisera sin kunskap. En respondent beskrev vikten av att vara uppmärksam i sitt arbete. Respondenten menade att om han eller hon inte tänker i mötet med brukaren så uppmärksammar han eller hon inte heller om denne mår dåligt:

Det är därför det är viktigt att man är uppmärksam. Du ska inte bara gå och jobba och försvinna, utan du ska tänka. Titta på den personen du jobbar med så vet du att något är fel (Respondent 1).

Frade et al. (2015:42) beskriver att uppmärksammandet av symptomen hos äldre personer med psykisk ohälsa ofta sker sent, vilket kan kopplas till respondenternas utsagor om att symptomen är svårare att uppmärksamma hos brukarna som de inte besöker kontinuerligt. Kontinuiteten bidrar till att hemvårdspersonalen ges en bild av den äldre och förutsättningar att se förändringar hos denne, vilket ansågs svårare hos en ny brukare då det försvårar åtskiljandet av brukarens personlighet och förändringar med bakgrund i psykisk ohälsa. Som kontrast till ovan nämnda positiva aspekter som relation och kontinuitet utmålades dessa istället av en respondent som en begränsning. Det framkom att kontinuitet hos en brukare kan medföra att personalen blir blind för förändringar hos brukaren och att de därmed kan missa att uppmärksamma psykisk ohälsa hos brukaren. En annan respondent tog upp att vissa brukare ofta uttryckte att de mår dåligt, vilket kan medföra att personalen upplever uttalandena som en vana. Respondenten beskrev vidare hur detta kan påverka hemvårdspersonalens sätt att tänka om samt deras förhållningssätt gentemot brukaren:

Alltså vi har ju kontaktmannaskap här så att man försöker ha mycket kontinuitet /.../ då lär jag ju känna mina, de [brukare] jag brukar gå till. Men om jag någon gång går till någon som jag inte går till så ofta så skulle det väl vara att man upplever det ganska direkt kanske, alltså när jag ska göra någonting där (Respondent 4).

Vissa säger det ju kanske varje gång man är där [att de mår dåligt]. Jag är inte med om det men då vet jag inte riktigt hur jag hade agerat, då blir det en vanegrej att höra det liksom. Då kanske man inte har samma bemötande, eller bemötande är kanske fel, men man kanske inte gör såhär (stryker på armen) varenda gång för man vet om att det kommer igen /.../ men det är kanske där man egentligen ska göra något annat (Respondent 5).

Samma respondent beskrev att bristen på uppmärksammande av psykisk ohälsa hos de äldre även kan bero på oengagemang. Något som kan förekomma om personalen känner sig stressad över schemat och vill hinna vidare till nästa brukare:

Man får ju kanske tänka lite också. Att det är väl bättre jag stannar här, men det är lätt att man inte gör det. Att man tänker, "nämen jag måste hinna, jag måste vara här vid den här tiden så jag får min lunch" /.../ Jag tror det är så många som är oengagerade. Det är det som gör att det inte går ihop alltid /.../ Det är väldigt tråkigt att folk bara gör vad de ska utan att se själva människan (Respondent 5).

Som nämns i citaten ovan kan det även fungera som en negativ aspekt för personalen om de är hos brukaren ofta. Att besöka en ny brukare kan i detta fall i stället utgöra en förutsättning för uppmärksammandet. Kontinuitet utgör ovan en risk eftersom hemvårdspersonalen tänker att brukaren alltid yttrar sig på ett visst sätt och ser uttalanden och ageranden som normala för brukaren. Om personen alltid mår dåligt och klagat över vissa saker kan detta utmynna i att hemvårdspersonalen ignorerar brukaren istället för att uppmärksamma de uttryck som brukaren ger upphov till. Utifrån Lipskys (2010:15) teori om handlingsutrymme om att ansvaret och friheten i handlingsutrymmet hanteras olika samt att lyhördheten och omdömesförmågan är av stor vikt för personalens arbete, kan personalens sätt att uppmärksamma brukarna förklaras. Personalen gör en bedömning utifrån sitt handlingsutrymme vad de anser vara av vikt att uppmärksamma, vilket även kan leda till ett oengagemang genom att de väljer att prioritera och hinna med tiden istället för att ta lite extra tid till brukaren. Tid som kunde ägnas åt att lyssna och uppmärksamma brukaren och dess mående. En del personal kan tänkas ha lättare för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos sina brukare då de genom sin omdömesförmåga och lyhördhet kan se huruvida den äldre mår psykiskt dåligt. Andra kan istället ha mer fokus på att följa den schemalagda tiden hos brukaren, vilket kan leda till att de inte är lika lyhörda för brukarnas mående.

### 8.2.3 Tidens inverkan på uppmärksammandet

En del respondenter beskrev tiden som ett hinder vid bemötandet av brukarna. De uttryckte att tiden inverkar på deras bemötande av de äldre genom att de känner att de inte hinner sitta och prata med brukarna på grund av den stress de kan känna emellanåt, orsakad av ett emellertid tight schema. Några respondenter menade att de

ibland trots ett tigt schema tar sig tid att stanna och prata med en brukare om de ser ett behov. Flertalet respondenter såg tiden som en anpassningsfråga:

Sen är det hur man själv anpassar det tycker jag. För jag menar har man tid över så kan man sitta ner och prata den tiden istället för att gå, om man märker att de behöver det /.../ Jag hade gärna sett att man kanske hade kunnat sitta mycket längre hos dom och prata mycket längre, det sociala och så. Sen är det ju att man får bistånd en viss tid /.../ Tiden är inte alltid där /.../ Eftersom de kanske bara har bistånd på socialt stöd så mycket. Då är det ju bara så mycket och sen självklart om man kommer in och en person är ledsen så tar man ju den tiden. Även om kanske inte tiden är där men då får det ju bli så (Respondent 2).

Alltså ibland kan jag önska lite mer tid, där man har, där man kan sitta med dom och prata, men sen så har man så pass mycket så man har ju inte det här, de har ju inte det här riktigt sociala av oss (Respondent 7).

Utifrån citaten ovan kan vi se att hemvårdspersonalen försöker anpassa sig och ta initiativ till att sätta sig ner hos brukaren. Även om inte tiden finns försöker personalen hitta den tid som behövs. Hemvårdspersonalens beskrivningar av de initiativ de tar till att sätta sig ner med brukaren kan kopplas till deras handlingsutrymme. Svensson, Johnsson & Laanemets (2008:24) menar att personalens handlingsutrymme utformas i mötet som sker mellan denne och personen som han eller hon möter. Personalen är bunden till tidsbestämda scheman utformade utefter organisationens ramar men i enighet med det Svensson, Johnsson & Laanemets beskriver utformas deras handlingsutrymme i mötet med brukaren. Om personalen ser ett behov av stöd hos brukaren tar de sig tid till detta, trots att schemat inte ger utrymme för det. Respondenterna ansåg att det är av vikt att stanna längre hos brukaren vid de tillfällen som de ser att de inte mår bra. De kan då ta ett beslut att stanna hos brukaren utifrån sitt handlingsutrymme. Handlingsutrymme blir därmed anpassningsbart och en betydande del i deras arbete när det gäller att uppmärksamma psykisk ohälsa hos en brukare. Om personalen enbart varit styrd utifrån organisatoriska ramar hade kanske friheten att stanna

kvar och lyssna på brukaren försumrats, vilket även hade påverkat personalens förutsättningar att uppmärksamma psykisk ohälsa. Lipsky (2010:15) beskriver hur ett bra arbete från personalen kräver en god omdömesförmåga samt ett tillräckligt handlingsutrymme för att kunna få utlopp för denna omdömesförmåga. Trydegård (2012:119) redogör för hur personalens arbetsförhållanden så som tidspress och detaljerade scheman kan påverka vårdkvalitén för brukarna samt begränsa personalens handlingsutrymme. I likhet med det Trydegård beskriver kan sådana arbetsförhållanden innebära att hemvårdspersonalen inte har tid eller möjlighet att anpassa sitt handlingsutrymme hos brukarna vilket påverkar kvalitén på den vård som hemvårdspersonalen utför och personalens uppmärksammande av psykisk ohälsa. Som Messing et al. (2011:41) betonar i deras resonemang kring hemvårdspersonals arbetshållanden innebär tidspress och fragmenterade vårdtider hos brukarna negativa förutsättningar för personalen i form av stress och ett försämrat bemötande av brukaren:

När man är stressad så påverkar du också de äldre som du bemöter, alltså när du möter dom i den stressen” (Respondent 1).

Messing et al (2011:41) skildrar hur yrkesverksammas arbetsförutsättningar gynnas om personalen ges en autonomi samt att deras förmågor och kunskaper uppmärksammas. Författarna ser dessa som grundförutsättningar för att kunna hantera den vårdtid som är avsatt till varje brukare. Eftersom vårdtiderna kan variera är det viktigt att personalens handlingsutrymme och autonomi tillvaratas och anpassas efter brukarens behov. En besatthet kring tidsfördelning kan innebära en stor stress för vårdpersonalen (Messing et al, 2011:44).

### 8.3 Riktlinjer eller sunt förnuft?

Majoriteten av respondenterna uttryckte att de inte visste vilka riktlinjer som finns eller om det finns några riktlinjer rörande arbetet med äldre och psykisk ohälsa. En respondent menade att det finns riktlinjer för demensvård men inte gällande psykisk

ohälsa, då det inte finns något krav på att personalen ska kunna motverka eller behandla psykisk ohälsa:

Nej, det känner jag inte till faktiskt [riktlinjer] Jag vet inte riktigt kan jag ärligt säga (Respondent 4).

Vi har ju avtal med regionen om vilket läkarstöd vi kan räkna med /.../ vi får ju riktlinjer uppifrån socialstyrelsen, just det här med genomförandeplanen och kontaktmannaskapet /.../ jag känner inte till några riktlinjer, ja alltså demensvården då såklart /.../ Men annars några riktlinjer på att personalen ska kunna motverka eller behandla eller någonting sådant, det finns inte /.../ det är inget krav på undersköterskeutbildningen, utan det är ju en somatisk utbildning (Respondent 6).

En respondent lyfte fram att riktlinjer kring psykisk ohälsa finns samlat på den kommunala hemsidan. Personen kunde dock inte redogöra för riktlinjernas utformning med hänvisning till att det var länge sen han eller hon läst eller använt sig av dem:

Ja, men det finns det ju /.../ vi har ju en sådan kommunal hemsida tillsammans där vi kan gå in, inom vård och omsorg. Där finns och där står alltihop /.../ där står alla riktlinjer och så /.../ det är ju vad man gör i första hand och hur man går tillväga och lite så, men jag har inte varit inne där. Det var längesen (Respondent 7).

En annan respondent hänvisade till sunt förnuft samt vikten av gruppdiskussioner när ett problem uppmärksammats:

Nä, jag tror det kallas sunt förnuft, alltså att man bör veta, men policy och sånt kring psykisk ohälsa vet jag inte /.../ det är väl mer det här med att man måste ta upp saker när det är någonting och man måste prata och diskutera i gruppen /.../ men jag vet inga riktiga policys och så (Respondent 2).

Respondenternas ovisshet av riktlinjer och policys kan liknas vid Gunnarssons (2013:240) beskrivning om personalens förutsättningar inom den svenska hemtjänsten för att uppmärksamma missbruksproblematik. Personalen hänvisas här ofta till att lösa en situation på egen hand utan kommunala riktlinjer. Respondenten i citatet ovan understryker personalens sunda förnuft och hur de använder sig av det i sitt arbete när tydliga riktlinjer saknas. Enligt respondenternas svar verkade riktlinjer kring äldre och psykisk ohälsa inte finnas. Åtminstone verkade riktlinjerna inte vara något som personalen använde sig av då ingen kunde redogöra för dem. Vad kan då frånvaron av riktlinjer eller ovissheten om dessa innebära? Riktlinjerna kan ses som ett sätt för organisationen att rama in de krav och förväntningar som ledare, politiker och kommunen ställer. Utifrån vad vi kunde utläsa av respondenternas svar framkom individuella bedömningar och strategier vid psykisk ohälsa. Svensson, Johnsson & Laanemets (2010:15) menar att det ansvar och den frihet som ett handlingsutrymme kan innebära hanteras olika av olika personer. Om riktlinjer saknas kan det innebära att var och en i personalen handlar efter egna erfarenheter och egen kunskap, utan samordnade rutiner. Vilket i sin tur kan leda till oklarheter och en osäkerhet för personalen kring hur de ska gå tillväga vid psykisk ohälsa samt att bedömningen av brukaren inte sker likvärdigt.

Riktlinjer och policys kan utgöra en förutsättning för personalen i de fall där de saknar tillräcklig kunskap och utbildning. Riktlinjer kan i sådana situationer innebära en hjälp för hur de ska agera i situationer. Om personalen saknar kompetens och kunskap kring psykisk ohälsa och inte heller några riktlinjer för arbetet kring denna kan det vara svårt för personalen att uppmärksamma och arbeta med en sådan problematik. Lipsky (2010:24) betonar vikten av professionell kunskap och kompetens för att professionella ska kunna agera och hantera sitt arbete på ett rimligt och meningsfullt sätt.

Frånvaron av riktlinjer kan enligt Lipsky (2010:15) även ses som givande. Lipsky menar att det kan vara svårt att enhetligt följa riktlinjer i komplexa situationer, vilket hemvårdens människobehandlande yrke kan innebära. Lipsky menar att komplexa

situationer kräver handlingsutrymme där personalen ges möjlighet att agera mellan regler. Att låta hemvårdspersonalen ha ett handlingsutrymme att avgöra situationer utifrån sina erfarenheter och sitt sunda förnuft kan underlätta arbetet med uppmärksammandet av psykisk ohälsa då det ges ett utrymme att ta egna beslut utifrån sin kunskap och erfarenhet, medan organisatoriska riktlinjer istället kan hämma personalen. Messing et al (2011:41) uttrycker att förlitandet på och uppmärksammande av personalens egna förmågor och kunskaper kan innebära positiva aspekter. En avsaknad av riktlinjer där personalen handlar efter egen kunskap kan i relation till ovanstående resonemang ses som positivt. Messing et al (ibid.) beskriver vidare att arbetet gynnas av personalens självständighet och i mötet med brukare. Lipsky (2010:15) betonar i sin tur vikten av lyhördhet och omdömesförmåga och för vilket det krävs ett handlingsutrymme. Genom att hemvårdspersonalen ges ett handlingsutrymme att agera i komplexa situationer kan de använda sig av denna lyhördhet och omdömesförmåga för att uppmärksamma brukaren.

## 8.4 Samverkan

Personalen upplevde att det var svårt att veta hur de ska gå tillväga när de har uppmärksammat psykisk ohälsa hos brukare. Även om de beskrev förfarandet som svårt kunde de redogöra för både personliga tillvägagångssätt samt hur de samarbetade i team. Nästan alla respondenter beskrev hur de tar kontakt med sjuksköterska efter samråd med brukaren. Skulle det behövas kan detta utvecklas till en läkarkontakt. Ett annat tillvägagångssätt som beskrevs var att kontakta en biståndshandläggare för att se över brukarens behov. Vidare beskrevs hur undersökterskorna ses som nyckelpersoner vid uppmärksammandet av de äldres psykiska hälsa.

### 8.4.1 Samverkan som en förutsättning

Vikten av att delge information kring brukaren till sjuksköterska, enhetschef samt till övrig personal när psykisk ohälsa har uppmärksamrats var något som respondenterna betonade för att kunna agera i en sådan situation. Flertalet respondenter berättade om hur information angående brukarnas psykiska ohälsa delges via diskussion vid så



kallade teamträffar. Vidare beskrev de hur kontakt med vårdcentral, biståndshandläggare eller läkare är betydelsefull:

Ibland diskuterar man med sjuksköterskorna, så att de tar upp det på vårdcentralen och pratar med deras läkare och ibland kan det vara så att man behöver sätta in [en insats], man ringer en biståndshandläggare och ber dom ringa upp brukarna och erbjuda socialt stöd, utevistelse eller något sådant. Ledsagning kanske (Respondent 3).

Vi har sådana möten, teamträffar /.../ så pratar vi om hur vi ska göra, hur vi ska gå tillväga, med sjuksköterska, arbetsterapeut och så (Respondent 7).

Det viktigaste sättet är att personal förmedlar detta till legitimerad personal eller chefen eller så (Respondent 6).

De tillvägagångssätt som lyfts upp är samtal med sjuksköterska, biståndshandläggare, vårdcentral eller läkare. Sjuksköterskan beskrivs vara en viktig länk till vårdcentral och läkare. Via biståndshandläggaren beskrivs möjliga insatser så som socialt stöd, utevistelse eller ledsagning. Enhetschefens uppgifter täcker över ett stort område vilket kan göra det svårt för honom eller henne att alltid befinna sig nära brukarna. Mot denna bakgrund betonas vikten av att den hemvårdspersonal som arbetar närmast brukarna för vidare information om den situation de uppmärksammat. Dels vidare inom verksamheten men även vidare till andra aktörer utanför verksamheten. En kontakt som ofta förmedlas via sjuksköterskan eller enhetschefen. Ett samarbete med andra aktörer som beskrivs ha bättre premisser att arbeta vidare med den psykiska ohälsan verkar därmed som en förutsättning för arbetet med psykisk ohälsa. Denna samverkan innebär i detta fall att personalen och andra aktörer tillsammans kan göra något åt den psykiska ohälsan. Personalen beskrev vidare att de inte kan göra något ensamma men i kontakt med annan personal eller andra aktörer var det lättare att agera. Hemvårdspersonalens tillvägagångssätt kan liknas vid den beskrivning Aronsson (1990:72) gör av att en individ kan utvidga sitt handlingsutrymme genom att börja samarbeta med sina arbetskamrater. Hemvårdspersonalen söker samverkan med personal inom och

utom organisationen så som sjuksköterskor, chef, vårdcentral, läkare samt biståndshandläggare. Denna samverkan beskrevs som viktig och som en förutsättning för att kunna arbeta med och hjälpa brukare med psykisk ohälsa, vilken även kan förstås utifrån Duners (2013:246) beskrivning av interprofessionellt samarbete inom äldreården. Duner ser äldreården som ett exempel på ett område där samverkan mellan olika professioner är etablerade genom att yrkesverksamma i högre grad samarbetar med varandra och integrerar tillsammans i interprofessionella team.

#### 8.4.2 Samverkan som en begränsning

Samverkan har lyfts upp som förutsättning för arbetet med psykisk ohälsa, men kan också innebära ett hinder för hemvårdspersonalen då de inte alltid kan göra något själva. Det uppkom att personalen är i behov av att kontakta någon annan när de har uppmärksammat psykisk ohälsa hos en brukare. Nedan skildras denna problematik av några respondenter samtidigt som det uttrycks hur vissa former av psykisk ohälsa kan vara svårare än andra att hantera. Personerna såg begränsat på sitt handlingsutrymme gällande denna psykiska ohälsa, då det framkom situationer där hemvårdspersonalen inte alltid kan kontakta sjuksköterska när brukaren inte har några insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen:

Jag kan inte säga att jag alltid kan göra något faktiskt när någon sitter där och är deprimerad eller om jag bara kommer dit och hjälper de som kanske bara har hjälp med städ /.../ Man kommer dit och markerar att den här personen inte mår bra /.../ Problemet är då att de inte har insatsen HSL, den här kontakten med sköterskan /.../ Om jag går hem och tycker att den här personen mår dåligt och jag ringer till sköterskan och säger att hon eller han inte mår bra, då kan jag få ett råd vad jag kan göra, men annars gör de inte någonting utan då måste personen själv kontakta doktor. Det jag kan bidra med är att ringa ambulans, men det är ju inte alltid att det är så illa /.../ Det är ju ganska noga att om jag kommer dit och jag tycker att hon behöver hjälp med så mycket mer så måste det finnas beslut /.../ Ibland kan det vara lite så, att man tycker att man vill, men det måste finnas beslut för det (Respondent 4).

Om personen behöver socialt stöd så ringer vi biståndshandläggaren som sätter in det på bistånd. För vi kan inte utföra arbete som de inte har bistånd på. Det är helt fel också. (Respondent 1)

Utifrån respondenternas utsagor kan vi utläsa att hemvårdspersonalen i vissa situationer, så som när brukaren inte har bistånd till en viss insats och de ser ett behov hos personen, upplever ett begränsat handlingsutrymme. De upplever att de inte kan göra något mot den bakgrunden att det inte finns något biståndsbeslut på att personen ska få den insatsen. I sådana situationer upplever de det svårt att agera då beslut om insatser och hjälp måste gå via en biståndshandläggare. Hemvårdspersonalens arbete ges handlingsutrymme men styrs även av lagar och föreskrifter där handlingsutrymmet enligt Svensson, Johnsson & Laanemets (2008:20) innebär att agera mellan regler. Kravet att en brukare ska ha en insats via HSL (Hälso- och sjukvårdslagen) för att få hjälp av sjuksköterska kan därmed innebära ett begränsat handlingsutrymme för personalen. Genom att personalens uppmärksammande som sker utifrån deras erfarenheter inte kan föras vidare till sjuksköterskan, som annars är en viktig samverkansaktör kan biståndsbeslut därmed minska personalens handlingsutrymme hos brukaren. Biståndsbeslutet blir ett ramverk som hemvårdspersonalen måste arbeta efter. Då det är hemvårdspersonalen som verkställer biståndet som den äldre beviljats och ser de äldre och deras behov i vardagen kan detta verka begränsade för handlingsutrymmet samt som en frustration hos personalen.

## 8.5 Självbestämmande

Det framkom att personalen stöter på hinder och situationer där deras handlingsutrymme begränsas och där brukarens självbestämmanderätt måste tas i andakt, vilket utmynnar i en motsättning kring vems behovstolkning som främst bör beaktas. Brukarens med sin egen självkänedom eller hemvårdspersonalen med sina yrkesmässiga kunskaper och erfarenheter. Det beskrevs hur personalen arbetar vid sådana motsättningar där personalen ser ett behov av hjälp, men där brukaren själv inte ser eller upplever detta behov. Flera av respondenterna beskrev en frustration kring en sådan situation. De nämnde hur de ibland ville göra mer än vad de kunde:

Så talar man om det [behovet] och framför det och så försöker vi så gott vi kan om brukaren är med på det. För vi kan inte tvinga fram någonting /.../ Vi kan inte våldföra oss på människors privatliv /.../ Vi kan inte tvinga fram någon vård som man inte vill. Men ofta brukar det fungera om man är smidig och försöker hjälpas åt tillsammans /.../ Man får försöka olika vägar (Respondent 6).

Att om någon inte vill, om någon inte vill ha någon hjälp, men man ändå ser ett behov. Det känns som en svår grej /.../ Man känner sig så hjälplös /.../ men man känner ju ändå ett ansvar som medmänniska (Respondent 5).

Det krävs ju så lite. Det kan ju vara ett övertramp på en fråga som kan fördärva mycket [relationen] (Respondent 3).

Många vill ju inte [ha hjälp]. Många äldre får det på bistånd men de vill kanske inte tacka ja, eller så får dom det men utnyttjar inte det för de vill klara sig själv /.../ Sen är det ju upp till var och en att tacka ja eller nej (Respondent 2).

Hartlaub et al. (2014:18) menar att negativa föreställningar, social stigmatisering och associationer som finns kring psykisk hälsa kan inverka på pensionärers tillgång och attityder till stöd för psykisk hälsa. Detta kan hänföras till ovanstående resonemang där en del brukare inte vill ha hjälp trots att biståndshandläggare eller hemvårdspersonalen ser ett behov hos dem. Om det i samhället finns en social stigmatisering kring att vara hjälpsökande och vara beroende av någon annan eller av en viss insats kan det bidra till att äldre avstår från att söka eller ta emot hjälp.

En respondent menade att antenner är viktigt när dem jobbar i hemvården och att känna efter, då de inte kan tränga sig på någon. Det beskrevs även att det är viktigt att vara inkännande och att inte sätta sig över någon. Detta kan liknas vid vad Lipsky (2012:15) uttrycker kring vikten att yrkesverksamma behöver få utlopp för sin ömdömesförmåga, vilken i hemvårdspersonalens fall är viktig för att inte tränga sig på

en brukare som inte vill ha hjälp. Samtidigt som det tidigare betonats att personalen som arbetar närmast brukarna är nyckelpersoner för att uppmärksamma psykisk ohälsa redogörs även för människors eget ansvar. En av respondenterna talade om hur hemvården i många fall endast utgör en liten del av brukarnas liv och där de resten av dygnet när personalen inte är där, är privatpersoner och inte brukare. Det talades också om hur detta ofta kan vara självvalt för att värna om sin personliga integritet. Något annat som det redogjordes för är hur människor ofta ses som offer med ett ständigt behov av hjälp, men där det istället är viktigt att mobilisera människors egna styrkor:

Man märker att hon mår dåligt idag eller att hon har mått dåligt i några veckor nu. Hon känner sig väldigt ensam, men vems ansvar är det att hon ska må bra? Det är jätte jobbigt att se och man märker liksom och man kan inte själv. Vad ska jag göra? (Respondent 5).

Det är egenansvar även när du är lite äldre /.../ Varje människa som är adekvat har det överväldigande ansvaret för sitt eget liv. Oavsett om du har insatser av hemvården eller inte /.../ Vi tar inte över människors ansvar för sina liv /.../ Även fast du har hemtjänst eller hemvård så måste du själv söka /.../ Du måste ju själv ta ett ansvar för ditt mående, vi kan inte ta över det ansvaret /.../ och som närstående har man ett stort ansvar, barn och anhöriga och så. /.../ Vi gör så gott vi kan alltså genom att personalen slår larm om det är någonting (Respondent 6).

Respondenterna uttryckte en osäkerhet och en frustration kring vem som ska ta ansvar ifall en brukare inte mår bra. Samtidigt betonades det egenansvar individer har för sitt mående och hur detta ansvar inte är något som försvinner i takt med åldrandet. Även anhöriga och närstående tillskrevs ett ansvarstagande. Personalen berättade att de gör så gott de kan, men som det beskrivs ovan måste brukaren vilja ha stöd och hjälp. Det kan finnas vissa situationer då en brukare har behov av hjälp men där brukaren själv inte kan se detta. Dessa situationer blir osäkra både för brukaren och för hemvårdspersonalen som får svårt att utöva sitt handlingsutrymme då de riskerar att

göra övertramp på brukarens självbestämmande. I sådana osäkra situationer kan det finnas en risk för att brukarens mående inte uppmärksammas eller får lida, då brukarens självbestämmande måste beaktas. Detta kan ses utifrån Evans & Harris (2004:892) resonemang kring yrkesverksamma handlingsutrymme i osäkra situationer, där de menar att det kan vara svårt att veta vem som har ansvaret. Personalen står med handlingsutrymme att hantera en sådan situation utifrån sina erfarenheter, men situationen kan leda till en uppgörelse om vem som ska ta ansvaret samt vilka val som ska göras.

## 8.6 Personalens kunskap om psykisk ohälsa

Som tidigare framkommit tyckte några respondenter att det var svårt att veta hur de ska agera i situationer där de stöter på psykisk ohälsa. Vid vissa typer av psykisk ohälsa såg personalen inte några handlingsstrategier:

Sen kan man ju ha en massa diagnoser och allt vad där är, så vissa kanske man inte kan hjälpa då och vissa kanske man kan (Respondent 5).

Andra som inte har demens, vad kan vi göra där? Ja, det är ju mer tid helt enkelt. Socialt stöd finns ju. Det finns ju inget vi kan göra utan det är ju bara att man är där /.../ Bara prata eller umgås (Respondent 4).

Hemvårdspersonalen uttryckte att de inte riktigt visste hur de ska agera i vissa situationer, vilket kan tolkas som att de har begränsad kunskap om hur de ska hantera psykisk ohälsa. Personalen kanske har ett handlingsutrymme att uppmärksamma psykisk ohälsa hos brukarna, men om kunskapen inte finns blir denna förutsättning istället en begränsning. Detta kan kopplas till Duner & Nordströms (2006:428) beskrivning över hur yrkesverksamma bör utföra sina arbetsuppgifter enligt det handlingsutrymme de har. Förutsättningen att agera utifrån sitt handlingsutrymme kräver kunskap och expertis. Även om hemvårdspersonalen har ett handlingsutrymme i sitt arbete med att uppmärksamma och agera vid psykisk ohälsa så är de i behov av kunskap för att kunna använda det på adekvat sätt. Om kunskap saknas eller är bristfällig begränsas

handlingsutrymmet. En sådan situation kan leda till det som Gunnarsson (2008:113) beskriver om att vissa grupper av äldre hamnar i ett gränsland mellan äldreomsorgen och psykiatrin på grund av kunskapsbrist kring de äldre som inte faller naturligt inom äldreomsorgens ramar. Respondent 1 utmålade att det finns kunskap om psykisk ohälsa men att denna kunskap inte är lika omfattande som annan somatisk kunskap ”Kunskap om psykisk ohälsa finns, men inte lika mycket som annan kunskap”.

Många av respondenterna uttryckte att det ofta förekommer föreläsningar men inte lika mycket kring psykisk ohälsa. Några respondenter upplevde att det sällan erbjuds föreläsningar kring psykisk ohälsa samt att det var längesedan sådana hölls:

Oftast åker vi iväg på utbildningar /.../ Det är demensutbildning, bemötande, diabetesutbildning. Det är massor av utbildningar /.../ Vi har haft föreläsningar här, fast inte om psykisk hälsa (Respondent 7).

Nej alltså det finns ibland några kurser /.../ jag kan inte tycka att det är jättemycket kurser och föreläsningar eller det är väldigt begränsat. Det får komma en per våning /.../ Just när det kommer till psykisk ohälsa för vi har haft det förut, det är väldigt populärt. (Respondent 4).

Majoriteten av respondenterna tyckte att fler utbildningar kring psykisk ohälsa hade varit en bra utvecklingsmöjlighet i arbetet och uppmärksammandet av psykisk ohälsa hos brukarna. De menade att fler utbildningar och föreläsningar hade ökat kunskaper om psykisk ohälsa. Sådan kunskap hade kunnat vara stöttande för personalen i situationer där psykisk ohälsa uppmärksammats hos en brukare där det kan vara svårt för personalen att veta hur de ska agera. En av respondenterna beskrev att det behövs personal med specialkompetens för att bemöta behoven hos de äldre med psykisk ohälsa, att personalen klarar av demens men att annan psykisk ohälsa hade krävt ett bättre stöd. Respondenten menade att personer med specialiserad utbildning lättare hade kunnat se symptom på andra former av psykisk ohälsa. Sådan specialiserad utbildning är något Gunnarsson (2013:240) menar saknas kring missbruk inom hemsjukvår och dess personal.

Jag tycker det skulle funnits något sådant liknande boendestöd, som tog hand om de psykiskt sjuka och som hade rätt utbildning till det. Några med lite specialistkompetens, att man hade typ skötarutbildning /.../ Jag tror de hade kunnat få bättre stöd, de som är psykiskt sjuka /.../ Är de dementa och sådant klarar vi av det bra, men de som är psykiskt sjuka tycker jag skulle ha bättre stöd. (Respondent 3).

Mer utbildningar, läsa lite mer om det, kanske prata mer om det och ha några föreläsningar (Respondent 7).

Respondent 1 uttryckte ”Vi vill ha mer utbildning för att ha mer kunskap på arbetet”. Hemvårdspersonalen framhöll hur fler utbildningar kan öka deras kunskap kring psykisk ohälsa. Detta kan liknas vid Banerjees (1993:129) beskrivning av hur fokuserad utbildning kring psykisk ohälsa leder till ökade kunskaper och möjligheter till att uppmärksamma psykisk ohälsa hos brukarna. Även om kunskapen kring psykisk ohälsa finns hos hemvårdspersonalen kan den tänkas vara i behov av en utveckling, vilket även personalen själva uttrycker.

## 9. Avslutande diskussion

*I följande del diskuteras de resultat som framkommit av studien i en avslutande diskussion. Inledningsvis görs en sammanfattning av studiens syfte. Därefter redogör vi för studiens resultat tillsammans med de slutsatser som vi kan dra av dessa. Avslutningsvis presenteras nya frågeställningar som studien gett upphov till samt tankar kring vidare forskningsfrågor.*

Syftet med studien var att undersöka hemvårdspersonalens erfarenheter och upplevelser kopplade till arbetet med psykisk ohälsa bland äldre för att få en djupare förståelse för hur de uppmärksammar psykisk ohälsa och hur de beskriver de förutsättningar och begränsningar de upplever i detta avseende. Vi ville också få förståelse för hur de



resonerar om utrymmet att ta egna beslut utifrån sin kunskap och erfarenhet. I sökandet efter tidigare forskning inom området för psykisk ohälsa hos äldre uppmärksammade vi en kunskapslucka gällande studier kring hemvårdspersonals upplevelser och erfarenheter av psykisk ohälsa. Vi fann på så sätt vår studie vara av relevans då forskningen var begränsad och detta perspektiv saknades. I studien har vi använt oss av en kvalitativ metod där vi genomfört sju semi-strukturerade intervjuer med sex undersköterskor samt en enhetschef på ett hemvårdsområde i en mellanstor kommun i södra Sverige. Genom att använda oss av Svenssons, Johnsson & Laanemets (2008) teori om handlingsutrymme har vi kommit fram till vårt resultat vari vi har belyst hemvårdspersonalens arbete med psykisk ohälsa bland äldre. Genom att analysera vår empiri utifrån våra givna frågeställningar och teorier om handlingsutrymme har vi tillägnat oss ett perspektiv som bidragit till en förklaring och förståelse av hur personalens förutsättningar och begränsningar kring att uppmärksamma och arbeta med psykisk ohälsa ser ut.

Med utgångspunkt i vår analys har vi kunnat presentera ett antal slutsatser. Vi kan utifrån vår studies resultat konstatera att respondenterna hade svårt att beskriva begreppet psykisk ohälsa, då de dels ansåg att det var ett svårt ämne. Det framkom att personalkontinuiteten hos brukarna samt deras relation till dem utgjorde en viktig del för uppmärksammandet av psykisk ohälsa, men det framkom även att ovanstående faktorer kunde vara ett hinder. Vanebeteenden som kan finnas hos brukaren kan göra att personalen inte ser tecken på psykisk ohälsa. Kontaktmännen ansågs vara extra viktiga för uppmärksammandet av psykisk ohälsa genom att de har en nära kontakt med brukaren och träffar denne ofta. På så sätt kan de lägga märke till förändringar i brukarens personlighet och deras mående. Även tiden är av betydelse för hemvårdspersonalens uppmärksammande. Denna upplevdes dels som en begränsning i form av stress, men där respondenterna lägger stor vikt vid att själva kunna anpassa när de behöver ta sig extra tid till brukarna. Tid som de kan anpassa genom det handlingsutrymme som de har tillgång till och där de kan använda sig av sin lyhördhet och sin omdömesförmåga för att uppmärksamma psykisk ohälsa.

Det framkom av flertalet respondenter att det inte finns några särskilda riktlinjer för hur hemvårdspersonalen ska agera vid psykisk ohälsa. Ett fåtal beskrev att det finns, men inte hur de ser ut. En förklaring kan vara att det inte finns några riktlinjer. En annan förklaring kan vara att det finns, men att personalen inte har informerats tillräckligt om dessa eller att de inte används. Ytterligare en intressant aspekt var det somatiska fokus som hemvården uttryckte sig ha och där det uttrycktes hur det psykiska området inte är deras huvudansvar. Med detta framkom även att somatisk kunskap dominerar verksamheten samt att kunskap kring psykisk ohälsa inte är ett krav, resultat som även framkommer av tidigare forskning. Genom att se den somatiska delen som verksamhetens främsta uppdrag kan det innebära att hemvårdspersonalen underminerar sitt subjektiva handlingsutrymme, vilket leder till ett begränsat objektivt handlingsutrymme (Aronsson, 1990:71). En faktor som visade sig vara viktig för uppmärksammandet av och arbetet med psykisk ohälsa är personalens kunskap. Denna kunskap utgör en viktig förutsättning för att personalen ska kunna använda sitt handlingsutrymme på ett rimligt och meningsfullt sätt (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008:24). Det beskrevs av respondenterna att föreläsningar samt utbildningar kring psykisk ohälsa är ett relativt sällsynt fenomen och där majoriteten såg utbildningar kring psykisk ohälsa som betydelsefullt och som en god utvecklingsmöjlighet.

Vad vi även konstaterat är att samverkan ses om en viktig del i arbetet med äldre och psykisk ohälsa. Då personalen som arbetar närmast brukarna samverkar med andra aktörer innebär det att personalen kan föra vidare det som de uppmärksammat hos en brukare och vidare hjälpa brukaren att åtgärda den psykiska ohälsan. Genom att samverka kan personalen skapa en helhet och öka sitt handlingsutrymme samtidigt som de ges förutsättningar att ge brukaren den hjälp han eller hon behöver. Den samverkan som visat sig finnas kan även ses som en begränsning då hemvårdspersonalen i många situationer inte kan agera självständigt utan är tvungna att kontakta andra inom eller utom verksamheten. En annan begränsning som framkom är att personalen känner att de inte kan agera i situationer där brukaren inte har ett biståndsbeslut på en stödinsats från sjuksköterska. Även brukarens självbestämmande kunde ses som en

begränsning av personalens handlingsutrymme utifall att brukaren är i behov av hjälp men inte vill ha denna. I en sådan komplex situation beskrevs det som svårt att veta vem som har ansvar.

Utifrån vårt resultat har vi förstått att personalen uppmärksammar en del psykisk ohälsa så som depression, demens och ensamhet. Detta uppmärksammande kan dock ses som begränsat då endast ett fåtal olika typer av psykisk ohälsa återkommer i hemvårdspersonalens utsagor. Eftersom många uttryckte psykisk ohälsa som svårdefinierat och som något svårt att hantera, har vi utifrån vårt resultat kunnat se detta som bidragande faktorer till en begränsning av personalens handlingsutrymme gällande att ta beslut utifrån kunskap och erfarenhet. Då många upplevde att det finns en begränsad kunskap bland personalen och där fokus och kunskap kring somatisk vård dominerar ställer vi oss frågan om detta kan vara en orsak till att flertalet respondenter under intervjuerna framställde att de stötte på få aspekter av psykisk ohälsa hos de äldre? Eller kan det finnas andra aspekter som är av betydelse?

Vad gäller kunskap är vårt intryck att kunskap finns bland personalen men där en del personal har mer kunskap än andra samt att vi upplever en begränsad kunskap som bidrar till att personalen inte får uttryck för sitt handlingsutrymme och möjligheten att utnyttja detta till fullo. Hemvårdspersonalen säger sig ha lättare att uppmärksamma psykisk ohälsa hos en brukare som de träffar kontinuerligt och har en relation till, men uppmärksammandet kan i detta fall sägas bygga på relationen till brukaren och inte kunskapen om psykisk ohälsa då de kanske enbart ser en förändring men inte vad förändringen består av eller dess innebörd. Samverkan ser vi som en förutsättning för personalens arbete genom att kunskap utbyts mellan personalen, både inom och utom organisationen. Samtidigt är vår slutsats att denna samverkan även innebär en stor begränsning för personalen genom att de har svårt att agera på egen hand och är beroende av sjuksköterska, läkare, biståndshandläggare och chef. Frågan är om detta begränsade handlingsutrymme är något som endast upplevs subjektivt av personalen eller om det är av allmängiltig karaktär?

Under studiens gång har vi förvärvat ny kunskap och nya perspektiv på psykisk ohälsa hos äldre men även kunskap kring hemvårdens arbete och deras förutsättningar samt begränsningar att arbeta med detta. Det har även uppkommit nya frågeställningar hos oss som vi ser är av vikt för framtida forskning Vi kan se att det vore av intresse att ytterligare undersöka vilken kunskap om psykisk ohälsa som finns inom hemvården, då studien samt tidigare forskning har visat tecken på kunskapsluckor. En mer omfattande studie i form av en komparativ studie mellan olika hemvårdsdistrikt hade kunnat bidra till en större förståelse för arbetet med äldre och psykisk ohälsa. Genom en jämförande studie hade våra resultat kunnat ses i ett större sammanhang och det hade varit intressant att undersöka ifall resultaten kunnat appliceras på andra geografiska områden och distrikt.

## 10. Referenslista

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) (2011) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber AB.

Aronsson, Gunnar (1990) "Kontroll och handling" I Aronsson, Gunnar & Berglind, Hans (red). *Handling och Handlingsutrymme*. Lund: Studentlitteratur.

Banerjee, Sube (1993) "Prevalence and recognition rates of psychiatric disorder in the elderly clients of a community care service", *International journal of geriatric psychiatry*. 8:125–134.

Bryman, Alan (2012) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.

Ds 2010:6 *Uppdrag att ta fram vägledning för ökat stöd till äldre personer med psykisk ohälsa* Stockholm: Socialdepartementet.

Duner, Anna & Nordström, Monica (2006) "The discretion and power of street-level bureaucrats: an example from Swedish municipal eldercare" *European Journal of Social Work*. 9:4 425-444.

Duner, Anna (2013) "Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries", *Journal of interprofessional care*. 27: 246–253.

Ericsson, Iréne & Ernst Bravell, Marie (2007) "Geriatrisk och psykiatri" I Ernst Bravell, Marie (red). *Äldre och åldrande - Grundbok i gerontologi*. Stockholm: Gothia Förlag AB

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran (2011) "...Att fråga folk". I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber AB.

Ernst Bravell, Marie (red) (2007) *Äldre och åldrande - Grundbok i gerontologi*. Stockholm: Gothia Förlag AB.

Evans, Tony & Harris, John (2004) "Street- Level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion", *British Journal of Social Work*. 34:871-895.

Forsell, Yvonne (1994) *Depression and dementia in the elderly*. Stockholm.

Forsell, Yvonne, Anthony Jorm & Bengt Winblad (1994) "Outcome of depression of depression in demented and non-demented elderly. Observations from a three-year follow-up in a community based study". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 9 1:5-10.

Frade, Joao, Patricia Barbosa, Susana Cardoso & Carla Nunes (2015) "Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals", *Revista de Enfermagem Referencia*. 4:41-48.

Grimby, Agneta & Grimby, Gunnar (red) (2001) *Åldrandets villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Gunnarsson, Evy (2008) "Socialt arbete - i otakt med ett åldrande samhälle?", *Nordisk Socialt arbeid*. 28:112-120. Universitetsförlaget.

Gunnarsson, Evy (2013) "Alkoholmissbruk och självbestämmande – en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem", *Nordic studies on alcohol and drugs*. 30:227-242.

Hartlaub, Mark G, Paula Biedenharn, Pamela Brouillard & Steve Seidel (2014) "Attitudes toward treatment and potential barriers to access of mental health services in a sample of elderly hispanic and anglo adults" *Texas public health journal*. 66:18-20.

Hjälpmiddelsinstitutet (2014) "Äldre statistik 2013/2014. Sammanställning" (elektronisk) <<http://www.hi.se/Global/dokument/publikationer/2014/14309-pdf-aldrestatistik-2013-2014.pdf>> (Hämtat: 2013-03-15).

Jönson, Håkan (red.) (2009) *Åldrande, åldersordning, ålderism*. Linköpings universitet.

Kalman, Hildur, Veronica Lövgren & Lennart Sauer (2012) "Känsliga personuppgifter - mellan prövning och forskningspraktik" I Kalman, Hildur & Lövgren, Veronica (red) *Etiska dilemman - forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Kluge, Fanny, Emilio Zagheni, Elke Loichinger & Tobias Vogt (2014) "The Advantages of Demographic Change after the Wave: Fewer and Older, but Healthier, Greener, and More Productive?" *PLoS ONE*. 9:1-11.

Larsson, Kristina & Berger, Anna-Karin (2007) "En osynlig grupp - Boendestöd för äldre med psykiska funktionshinder"(elektronisk) *Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete vid Växjö universitet* <<http://nu.diva-portal.org/smash/get/diva2:205573/FULLTEXT01.pdf>> (Hämtat: 2015-03-18).

Lipsky, Michael (2010) *Street- Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services, 30th anniversary expanded edition*. New York: Russell Sage foundation.

May, Tim (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Messing, Karen, Sandrine Caroly, Ghislaine Doniol-Shaw & Emmanuelle Lada (2011) "Work schedules of home care workers for the elderly in France: Fragmented work, deteriorating quality of care, detrimental health impact" *Work*, 40:31–S46.

Rennstam, Jens & Wästerfors, David (2011) "Att analysera kvalitativt material" I  
Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) (2011) *Handbok i kvalitativa metoder*.  
Malmö: Liber AB.

Rolfner Suvanto, Susanne (2012) *Mellan äldreomsorg och psykiatri - Om vård och  
bemötande av äldre med psykisk ohälsa*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Piuva, Katarina, Gunilla Grönquist & Pia Söderlund (2000) *Värdig vård av äldre med  
psykisk ohälsa - vägledning till personal inom äldreomsorgen*. Stockholm: Förlags-  
huset Gothia AB.

Proposition 2005/06:115 "Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre"  
Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2010) "Lägesrapport 2010" (elektronisk)  
<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-14/documents/2010-3-21%20%C3%A4gesrapport%202010.pdf>> (Hämtat: 2015-04-29).

Socialstyrelsen (2013) "Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa"(elektronisk)  
<<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19080/2013-6-3.pdf>>(Hämtat: 2015-03-16).

Socialstyrelsen (2014) "Hemvård - en kartläggning av översikter" (elektronisk)  
<<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19630/2014-12-22.pdf>> (Hämtat: 2015-04-28).

Socialtjänstlagen (2001:453) <[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/)>  
(Hämtat: 2015-04-29).



Statistiska Centralbyrån (2015) "Äldre i befolkningen" (elektronisk)  
<[http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/#c\\_li\\_120253](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/#c_li_120253)> (Hämtat: 2015-03-16).

Svensson, Kerstin, Eva Johnsson & Leili Laanemets (2008) *Handlingsutrymme - utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Trydegård, Gun-Britt (2012) "Care work in changing welfare states: Nordic care workers experiences", *European journal of ageing*, 9:119-129.

Vetenskapsrådet (2002) "Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning"  
(elektronisk)<<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>> (Hämtat: 2015-03-16).

# 11. Bilagor

## 11.1 Informationsbrev

*Information om kandidatuppsats kring hemvårdens uppmärksammande av äldre och psykisk ohälsa.*

### **Informationsbrev till enhetschef/verksamhetschef**

Vi är två socionomstudenter som studerar på Socialhögskolan vid Lunds Universitet. Under våren 2015 kommer vi att skriva vår kandidatuppsats.

### **Studiens bakgrund**

Forskning visar att den äldre befolkningen (65 år och äldre) blir allt större samtidigt som människor blir allt äldre. I samband med detta ökar även den psykiska ohälsan bland de äldre. Det är viktigt att inom hälso- och sjukvård samt socialt arbete uppmärksamma denna ohälsa som enligt forskning visat sig finnas. Vår studie behandlar äldre och psykisk ohälsa med syftet att undersöka hemvårdspersonals uppmärksammande av psykisk ohälsa hos äldre. Vi är intresserade av att få ta del av personalens erfarenheter och upplevelser kopplade till arbetet med psykisk ohälsa samt undersöka förekomsten av samarbete mellan den kommunala hemvården och andra aktörer som kan vara aktuella vid psykisk ohälsa.

### **Studiens genomförande**

Studien kommer att genomföras i form av intervjuer med 6-8 personer bland hemvårdspersonalen i form av vårdbiträden, undersköterskor samt en enhetschef. Personalen kommer att få besvara frågor kring vad psykisk ohälsa innebär för dem samt deras erfarenheter och upplevelser kopplade till arbetet med psykisk ohälsa hos de äldre. Alla medverkande försäkras största möjliga anonymitet och endast ansvariga för studien kommer att ha tillgång till materialet. Att delta i intervjuerna är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan anledning och konsekvenser. Studien kommer att presenteras i form av en kandidatuppsats vid Lunds Universitet.

Vill du veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss eller vår handledare  
Yvonne Johansson, [yvonne.johansson@soch.lu.se](mailto:yvonne.johansson@soch.lu.se)

Med vänlig hälsning

Therese Rumberg

Melinda Jensen

[therese.rumberg.131@student.lu.se](mailto:therese.rumberg.131@student.lu.se)

[melinda.jensen.075@student.lu.se](mailto:melinda.jensen.075@student.lu.se)

Mobil: \*\*\*\*\*

Mobil: \*\*\*\*\*

## 11.2 Intervjuguide enhetschef

### **Information**

1. *Syftet med undersökningen* - Vår studie handlar om äldre och psykisk ohälsa och vårt syfte är att undersöka ert arbete inom hemvården med uppmärksammandet av just psykisk ohälsa hos äldre (med äldre menar vi 65 år eller äldre). Vi är intresserade av att få ta del av era erfarenheter och upplevelser kopplade till ert arbetet med psykisk ohälsa och vi vill även undersöka om det finns något samarbete med andra aktörer.
2. *Deltagandets villkor* - Under intervjun har du rätt att avbryta när som helst och du behöver inte ange någon orsak. Du har även rätt att avsluta ditt deltagande i efterhand om du av någon anledning skulle vilja det.
3. *Konfidentialitet, anonymisering, tystnadsplikt* - Du kommer att vara helt anonym och ditt namn kommer inte att röjas i uppsatsen och inte heller din organisationstillhörighet. Materialet kommer endast användas till vår studie och det är bara vi som har tillgång till det.
4. *Presentation* - Studien kommer att presenteras som en kandidatuppsats via Lunds Universitet där du ges möjlighet att ta del av den eller så kan du få den skickad till dig i efterhand.
5. *Samtycke till bandupptagning*- För att vi inte ska missa något när vi analyserar våra resultat och för att komma ihåg det som sägs så använder vi oss av bandupptagning. Är det okej för dig om intervjun spelas in?

### **Bakgrundsinformation**

1. Hur gammal är du?
2. Vad har du för utbildning och vilken yrkestitel har du?
3. Kan du berätta om dina arbetsuppgifter på din arbetsplats?
4. Hur länge har du jobbat inom verksamheten?
5. Vad har du för tidigare arbetslivserfarenheter?

## **Temat/Frågeområden**

### **Arbetet/Arbetsförhållanden**

1. Skulle du kunna beskriva en vanlig arbetsdag?
2. Kan du berätta om de insatser som finns inom hemvården?
3. Hur tycker du dessa insatser anpassas till de äldres behov?
4. Kan du se (ytterligare) behov som de äldre har men som inte uppmärksammas eller tillgodoses?
5. Hur tänker du kring tid och resurser gällande insatser hos de äldre?

### **Psykisk ohälsa**

1. Hur skulle du definiera/beskriva psykisk ohälsa?
2. Diskuteras psykisk ohälsa inom hemvården? Om ja, hur ser diskussionerna ut?
3. Stöter du på denna psykiska ohälsa i ditt dagliga arbete?
4. Om ja, hur stöter du på denna psykiska ohälsa? (Stöter du på andra former av psykisk ohälsa?).
5. Hur uppmärksammar du att en äldre person lider av psykisk ohälsa?
6. Hur agerar du när du eller din personal uppmärksammat en äldre person med psykisk ohälsa?

### **Handling**

1. Följs upp märksammandet av psykisk ohälsa upp och i så fall hur?
2. Vi pratade tidigare kring tid och resurser, finns det någon tid för samtal med de äldre?
3. Kan du berätta om vilket stöd/hjälp det finns att tillgå för de äldre med psykisk ohälsa och hur du i så fall upplever detta stöd?

### **Riktlinjer**

1. Finns det några kommunala riktlinjer och policier gällande psykisk ohälsa för er verksamhet?
2. Om ja, hur förmedlas dessa riktlinjer till medarbetarna?

3. Hur hanteras riktlinjerna av medarbetarna i deras dagliga arbete?
4. Finns det något annat ni arbetar med för att uppmärksamma eventuell psykisk ohälsa hos de äldre?

### **Samverkan**

1. Finns det något samarbete med andra aktörer i arbetet vad gäller äldre och psykisk ohälsa?
2. Om ja, vilka är dessa aktörer och hur ser samarbetet ut?
3. Finns det något samarbete med anhöriga?

### **Kunskap/Utbildning**

1. Hur tänker du kring kunskap om psykisk ohälsa bland äldre, finns denna på din arbetsplats bland din personal?
2. Om ja, hur uttrycks den och är den tillräcklig?
3. Ges någon utbildning till dig eller din personal gällande psykisk ohälsa hos de äldre?
4. Ser du några utvecklingsmöjligheter för arbetet inom hemvården med psykisk ohälsa?

### **Sammanfattning**

1. "Du tycker att..." "Du har berättat att..." Sammanfattning av det som respondenten berättat (reda ut eventuella missförstånd samt validera sin uppfattning av respondentens svar). Har vi förstått dig rätt?

### **Avslutning**

1. Har du några avslutande tankar eller funderingar kring det som vi har pratat om och som du vill dela med dig av?

## 11.3 Intervjuguide undersköterskor

### Information

1. *Syftet med undersökningen* - Vår studie handlar om äldre och psykisk ohälsa och vårt syfte är att undersöka ert arbete inom hemvården med uppmärksammandet av just psykisk ohälsa hos äldre (med äldre menar vi 65 år eller äldre). Vi är intresserade av att få ta del av era erfarenheter och upplevelser kopplade till ert arbetet med psykisk ohälsa och vi vill även undersöka om det finns något samarbete med andra aktörer.
2. *Deltagandets villkor* - Under intervjun har du rätt att avbryta när som helst och du behöver inte ange någon orsak. Du har även rätt att avsluta ditt deltagande i efterhand om du av någon anledning skulle vilja det.
3. *Konfidentialitet, anonymisering, tystnadsplikt* - Du kommer att vara helt anonym och ditt namn kommer inte att röjas i uppsatsen och inte heller din organisationstillhörighet. Materialet kommer endast användas till vår studie och det är bara vi som har tillgång till det.
4. *Presentation* - Studien kommer att presenteras som en kandidatuppsats via Lunds Universitet där du ges möjlighet att ta del av den eller så kan du få den skickad till dig i efterhand.
5. *Samtycke till bandupptagning*- För att vi inte ska missa något när vi analyserar våra resultat och för att komma ihåg det som sägs så använder vi oss av bandupptagning. Är det okej för dig om intervjun spelas in?

### Bakgrundsinformation

1. Hur gammal är du?
2. Vad har du för utbildning och vilken yrkestitel har du?
3. Kan du berätta om dina arbetsuppgifter på din arbetsplats?
4. Hur länge har du jobbat inom verksamheten?
5. Vad har du för tidigare arbetslivserfarenheter?

### Teman/Frågeområden

### **Arbetet/Arbetsförhållanden**

1. Skulle du kunna beskriva en vanlig arbetsdag?
2. Kan du berätta om de insatser som finns inom hemvården?
3. Hur tycker du dessa insatser anpassas till de äldres behov?
4. Kan du se (ytterligare) behov som de äldre har men som inte uppmärksammas eller tillgodoses?
5. Hur tänker du kring tid och resurser gällande insatser hos de äldre?

### **Psykisk ohälsa**

1. Hur skulle du definiera/beskriva psykisk ohälsa?
2. Diskuteras psykisk ohälsa inom hemvården? Om ja, hur ser diskussionerna ut?
3. Stöter du på psykisk ohälsa i ditt dagliga arbete?
4. Om ja, hur stöter du på denna psykiska ohälsa? (Stöter du på andra former av psykisk ohälsa?)
5. Hur uppmärksammar du att en äldre person lider av psykisk ohälsa?
6. Hur agerar du när du uppmärksammat en äldre person med psykisk ohälsa?

### **Handling**

1. Följs uppmärksammandet av psykisk ohälsa upp och i så fall hur?
2. Vi pratade tidigare kring tid och resurser, finns det någon tid för samtal med de äldre?
3. Kan du berätta om vilket stöd och hjälp det finns att tillgå för dem äldre med psykisk ohälsa och hur upplever du stödet?
4. Finns det några riktlinjer eller policier för verksamheten kring psykisk ohälsa som du känner till? Om ja hur ser dessa ut?

### **Samverkan**

1. Har ni något samarbete med andra aktörer i arbetet vad gäller äldre och psykisk ohälsa?



2. Om ja, vilka är dessa aktörer och hur ser samarbetet ut?
3. Finns det något samarbete med anhöriga?

### **Kunskap/Utbildning**

1. Hur tänker du kring kunskap och utbildning gällande psykisk ohälsa, finns denna på din arbetsplats?
2. Om ja, hur uttrycks den och är den tillräcklig?
3. Ser du några utvecklingsmöjligheter för arbetet inom hemvården med psykisk ohälsa?

### **Sammanfattning**

1. ”Sammanfattning av det som respondenten berättat (reda ut eventuella missförstånd samt validera sin uppfattning av respondentens svar). Har vi förstått dig rätt?

### **Avslutning**

1. Har du några avslutande tankar eller funderingar kring det som vi har pratat om och som du vill dela med dig av?