



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Biståndshandläggarens perspektiv på psykisk ohälsa bland äldre

- En kvalitativ intervjustudie

Anna Brundell

Emma Engelin

Kandidatuppsats SOPA63

HT-2016

Handledare: David Hoff

Abstract

Author(s): Anna Brundell, Emma Engelin

Title: Care managers' perspective on mental health amongst the elderly – A qualitative interview study

Supervisor: David Hoff

Assessor: Anders Östnäs

The aim of this study was to examine how care managers work in relation to mental health issues amongst the elderly population in Sweden. Semi-structured interviews were conducted with seven care managers from four municipalities in Sweden. The empirical data collected from these interviews was analysed through the concept of Michael Lipsky's theory of street-level bureaucracy and through Robert Butlers theory of ageism. Our results indicate that mental health issues are common amongst the elderly population according to the care managers. The most common forms were anxiety and depression, most commonly caused by loneliness. The study showed that the care managers interviewed experienced a significant amount of discretion which also supplied them with discretionary power in relation to the client. Furthermore the study indicated that forms of ageism affected the care managers ability to help elderly clients.

Key words: elderly, care managers, mental illness, ageism, discretion

Förord

Vi skulle vilja tacka vår handledare, David Hoff, för goda råd och bra vägledning under arbetets gång. Vi vill även rikta ett stort tack till informanterna till denna studie. Tack för att ni ställde upp och delade med er av era erfarenheter. Till sist vill vi även tacka varandra för ett gott samarbete.

Innehållsförteckning

1. Problemformulering	1
2. Syfte och frågeställningar	3
2.1 Frågeställningar.....	3
3. Begreppsdefinitioner	3
4. Tidigare forskning	4
4.1 Sökning efter tidigare forskning	4
4.2 Psykisk ohälsa bland äldre i Sverige.....	4
4.3 Orsaker till psykisk ohälsa bland äldre.....	5
4.4 Hur psykisk ohälsa beaktas vid biståndshandläggning av äldre	6
4.5 Biståndshandläggarens utmaningar i arbetet med äldre	7
5. Metod	9
5.1 Metodval.....	9
5.2 Intervjumetod	9
5.3 Urval.....	10
5.4 Analys.....	11
5.5 Tillförlitlighet	12
5.6 Etiska överväganden	13
5.7 Arbetsfördelning.....	14
6. Teori	14
6.1 Gräsrotsbyråkrat	15
6.1.1 Gräsrotsbyråkrats handlingsutrymme.....	15
6.1.2 Gräsrotsbyråkrats maktutövande	16
6.2 Ålderism	17
7. Resultat och analys	17
7.1 Skapandet av en klient.....	17
7.1.1 Psykisk ohälsa bland äldre	18
7.1.2 Kategorisering av klienter	19
7.2 Möjlighet att agera.....	23
7.2.1 Handlingsutrymme	23
7.2.2 Att uppmärksamma behov	26
7.3 Ålderism	27
8. Slutdiskussion	30
8.1 Sammanfattning.....	30
8.2 Avslutande diskussion	31
9. Litteraturlista	33
Bilaga 1: Informationsbrev	38
Bilaga 2: Intervjuguide	39

1.Problemformulering

Äldre utgör en växande del av befolkningen i Sverige. Vid 1990-talets början var mindre än 10 procent av befolkningen 65 år eller äldre, en siffra som idag är nästan 20 procent och ökande (Jönson & Harnett, 2015, s. 15). Antal äldre över 80 år är i dag en halv miljon personer och om 35 år beräknas antalet vara uppe i en miljon personer (SCB, 2013, s. 10).

”Äldre” är en bred social kategori som vanligtvis syftar på personer i livsloppets sista fas. Vad som dock är gemensamt för äldre är att de har omfattande hälsoproblem i större utsträckning än yngre och kan stå inför andra psykosociala utmaningar (Jönson & Harnett, 2015, s. 22).

I Sverige är det kommunernas ansvar att planera insatser för äldre (SFS 2001:453 socialtjänstlag). Inom kommunen sköts detta arbete på Socialförvaltningen av så kallade biståndshandläggare. Önskar en äldre få äldreomsorg måste hon eller han alltså vända sig till en biståndshandläggare inom sin kommun. Alla kommuner och verksamheter i Sverige som utför äldreomsorg enligt socialtjänstlagen arbetar sedan januari 2011 utifrån en värdegrund. Denna värdegrund lyder: *Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande* 5 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) (Socialstyrelsen, 2012, s. 1). Då biståndshandläggare även har denna värdegrund att utgå ifrån inkluderar äldres välbefinnande, deras psykiska hälsa, i biståndshandläggarens uppdrag. Trots värdegrunden menar Larsson och Berger (2007, s. 5) att antalet äldre med psykisk ohälsa är ett betydande folkhälsoproblem i Sverige. Detta då ca 20 procent av äldre i Sverige lider av någon form av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2013, s. 7). De vanligaste formerna av psykisk ohälsa bland äldre är depression och ångestsyndrom (Jönson & Harnett, 2015, s. 109f).

Kritik har riktats mot biståndshandlägningsprocessen från både forskningens och Socialstyrelsens håll då man anser att det ofta är utbud av insatser snarare än den äldres behov som dikterar vilken hjälp denne får. Detta betyder att utredningen då tenderar att riktas in på vilka insatser som finns tillgängliga snarare än den äldres anspråk på hjälp (Jönson & Harnett, 2015, s. 219). Socialstyrelsen (2016b, s. 26) har flaggat för att faran med detta är att äldres behov som inte direkt passar in i det existerande utbudet ignoreras av biståndshandläggaren eller inte upptäcks. Andersson (2004, s. 288f) förklarar att det framför allt är äldres fysiska behov som uppmärksammas och att övriga behov, inklusive de sociala och psykiska, hamnar i

skymundan. Detta på grund av ett bristande socialt perspektiv hos handläggaren där man i biståndsbedömningen inte tar sociala faktorer, såsom psykisk mående och socialt nätverk, i beaktning.

Äldreomsorgen har kommit att bli ett allt viktigare område för socionomer. Socionomutbildningen har som uppdrag att utbilda den personal som tidigare utbildades inom det sociala omsorgsarbetet, vilket inkluderar bland andra socionomer som ska arbeta som biståndshandläggare inom äldreomsorgen. På så vis är kunskapen om äldres problematik viktig och äldreomsorgen ett stort verksamhetsfält för socionomer (Jönson & Harnett, 2015, s. 20f). Äldre och deras psykiska hälsa är även ett mycket aktuellt forskningsområde inom socialt arbete då Socialstyrelsen menar att området är eftersatt, att äldre behöver ett allt mer utökat socialt stöd och att det bör läggas ett större fokus på äldres psykiska hälsa och välmående än det görs i dag (Socialstyrelsen, 2013, s. 7 & 33). Även regeringens särskilda utredare för att ta fram en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen, Rolfner Suvanto, menar att äldres psykiska ohälsa är ett kunskapsfält som är i stort utforskat och att ämnet har blivit åsidosatt och försummat (Rolfner Suvanto, 2012, s. 4). I kommittédirektiv 2015:72, "Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen", går att utläsa att vi står inför ett ökat antal och andel äldre i befolkningen och att det behövs satsas på äldreomsorgen då det är en central del av den svenska välfärden. Vidare står det att äldre ska kunna få den vård och omsorg de behöver för att kunna känna sig trygga och att de så mycket som möjligt ska kunna leva sina liv så som de vill leva dem (Socialdepartementet, 2015, s. 1). I beslutet konstateras att äldre drabbas av psykisk ohälsa i högre grad än övriga befolkningen, och att kunskapsnivån inom äldrevård och äldreomsorg gällande förebyggande arbete och behandling av psykisk ohälsa måste höjas (Socialdepartementet, 2015, s. 8).

I denna uppsats lägger vi vårt fokus på biståndshandläggare eftersom de är ansvariga för att utreda behovet av hjälp hos äldre och det är även de som bestämmer vilket bistånd som ska beviljas. På det sättet är biståndshandläggare i direkt kontakt med de äldre, har en inblick i de äldres vardag och mående, och även en möjlighet att påverka de äldres livssituation. Tidigare forskning har fokuserat till stor del på upplevelser av äldres psykiska hälsa hos hemtjänstpersonal och sjukvårdspersonal. Biståndshandläggarens perspektiv är emellertid inte lika utforskat. Således vill vi undersöka biståndshandläggarens upplevelser och erfarenhet av äldres psykiska ohälsa och möjlighet att erbjuda insatser för målgruppen.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med vår studie är att undersöka hur biståndshandläggare arbetar med äldre med psykisk ohälsa.

2.1 Frågeställningar

- Vad har biståndshandläggare för erfarenheter och upplevelser av äldres psykiska hälsa?
- Hur uppmärksammar biståndshandläggare psykisk ohälsa hos äldre?
- Vilka förutsättningar respektive begränsningar finns det enligt biståndshandläggare gällande insatser mot psykisk ohälsa?

3. Begreppsdefinitioner

Det finns ett antal centrala begrepp som förekommer ofta i denna uppsats. Vi kommer nedan förtydliga innebörden av dessa begrepp.

Biståndshandläggare - Biståndshandläggare inom äldreomsorg är de som mottar ansökningar om bistånd enligt socialtjänstlagen från målgruppen äldre. De gör en utredning för att göra en bedömning av vilka behov den enskilde har och hur dessa behov ska tillgodoses. Detta mynnar ut i ett beslut. Biståndshandläggaren fattar beslut på delegation från socialnämnden i kommunen (Jönson & Harnett, 2015, s. 218 & 227).

Äldre - I Sverige, liksom många andra industrialiserade länder, räknas vanligen personer som fyllt 65 år som äldre (Jönson & Harnett, 2015, s. 21). Vi använder således Socialstyrelsens definition av äldre som personer 65 år och äldre (Socialstyrelsen, 2013, s. 7).

Psykisk ohälsa – Vi använder oss av definitionen som Rolfner Suvanto (2012, s. 9 & 17) ger, det vill säga att psykisk ohälsa som begrepp kan inkludera psykisk sjukdom som kräver specialistvård men behöver inte göra det, utan det ingriper allt från lättare besvär av ångest eller oro till svåra funktionsnedsättningar och sjukdomstillstånd.

4. Tidigare forskning

I detta avsnitt kommer vi att ge en inblick i forskningsläget på området, både i Sverige och internationellt. Det finns åtskillig forskning som handlar om psykisk ohälsa bland äldre men desto mindre forskning som avhandlar biståndshandläggarens perspektiv på ämnet. Vi försöker här nedan ge en bild av det nuvarande forskningsläget. Vi kommer således att redogöra för kunskapsläget kring psykisk ohälsa bland äldre i Sverige i dag, forskning kring vad som har definierats som orsaker till psykisk ohälsa hos äldre, forskning som berör biståndshandläggarens uppmärksammande av psykisk ohälsa bland äldre, och slutligen även vad som kan försvåra arbetet med äldres psykiska ohälsa för biståndshandläggare.

4.1 Sökning efter tidigare forskning

För att hitta relevant tidigare forskning till vår studie har vi använt oss av sökmotorerna LUBsearch och Google Scholar. Vi använde oss av sökorden “biståndsbedömning”, “biståndshandlägg*”, “municipal eldercare”, “mental health”, “depression”, “elderly” och “social work*” i olika kombinationer och fann både internationella och nationella studier med relevans för vårt undersökningsområde. Vi har även använt oss av Lovisa, Lunds universitets bibliotekskatalog, för att finna litteratur som behandlar vårt valda ämne.

4.2 Psykisk ohälsa bland äldre i Sverige

Depression och ångest är de vanligaste formerna av psykisk ohälsa bland äldre i Sverige (Jönson & Harnett, 2015, s. 109f). Depression är sammankopplat med en kraftig försämring av individens livskvalité, ökad dödlighet och suicid (McCrae et al., 2004, s. 508). Trots dess allvarliga konsekvenser har man i Storbritannien konstaterat att äldre sällan får adekvat och lämplig vård (ibid.). Även i Sverige har man konstaterat att äldre sällan har tillgång till specialiserad psykiatrisk expertis och vård vilket ofta resulterar i att äldres psykiska ohälsa riskerar att bli fel- eller underbehandlad (Socialstyrelsen, 2013, s. 11).

För den äldre delen av befolkningen är också risken att drabbas av en demenssjukdom betydligt större än hos den yngre. Demenssjukdom ökar sannolikheten att drabbas av psykisk ohälsa. På så vis är äldre en utsatt grupp när det kommer till just psykisk ohälsa. Det är inte

ovanligt att den som drabbas av en demenssjukdom även drabbas av till exempel depression, hallucinationer, vanföreställningar samt ångest och oro (Rolfner Suvanto, 2012, s. 47).

Som tidigare nämnts menar Socialstyrelsen att cirka 20 procent av äldre i Sverige lider av psykisk ohälsa (2013, s. 7). Enligt Socialstyrelsen (2013, s. 10) drabbas 10–15 procent av äldre i Sverige av depression någon gång och cirka 52 procent av personer med äldreomsorg upplever att de har lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest (Socialstyrelsen, 2016a, s. 7).

Då snart 25 procent av alla svenskar är 65 år eller äldre, är psykisk ohälsa en av vår tids största folksjukdomar (Socialstyrelsen, 2013, s. 7). Självmord är överrepresenterade bland äldre och 25 procent av alla självmord i Sverige begås av personer över 65 år (Jönson & Harnett, 2015, s. 112f).

Trots att den psykiska ohälsan hos äldre är utbredd menar Rolfner Suvanto (2012, s. 5) att den allmänna bilden som vi har av äldres psykiska mående i Sverige inte överensstämmer med verkligheten. Hon beskriver att det finns en myt om att äldre alltid är glada och nöjda men att denna inte stämmer. Dessa föreställningar och generaliseringar är inte bara felaktiga men kan också få faktiska konsekvenser i form av att äldre med psykisk ohälsa osynliggörs och inte får den hjälp de är i behov av (ibid.).

4.3 Orsaker till psykisk ohälsa bland äldre

I en studie som genomförts i södra London av McCrae et al. (2004) intervjuades socialarbetare och vårdpersonal som arbetade med äldre. Studien visade att informanterna upplevde att en majoritet av äldre de kom i kontakt med i arbetet led av psykisk ohälsa i form av depression eller nedstämdhet. En av informanterna i studien menade att åldrande i sig är en anledning till depression (McCrae et al., 2004, s. 510). Detta kan bero på att symptom för depression ofta tolkas som en förståelig reaktion på åldrande och förluster kopplade till åldrande, mer än som en sjukdom som bör botas (McCrae et al., 2004, s. 509). Majoriteten av de tillfrågade menade att isolering och ensamhet var huvudorsaken till att de äldre upplever nedstämdhet och depression (McCrae et al., 2004, s. 510). Samtidigt ansåg man också att förlust av närstående var en stor bidragande faktor, likväl som bristande fysisk förmåga. Studien visade också att informanterna menade att det var svårare för en äldre person att ta sig ur en depression då de inte ansågs söka hjälp i samma utsträckning som unga. Att de äldre visade tecken på aggression, insomni, att de slutade bry sig om sitt yttre, och upphörde att

komma på aktiviteter sågs som indikatorer på depression eller nedstämdhet (McCrae et al., 2004, s. 511).

Att tala med de äldre om psykisk ohälsa uppfattades som tabu. Att starta ett samtal om känslor och psykiskt mående med de äldre ansågs som mycket känsligt, och informanterna upplevde att om man tog upp det skulle det uppfattas som att man anklagade de äldre för att vara galna (McCrae et al., 2004, s. 511).

Samma tendenser som uppmärksammades av McCrae et al. har även uppmärksammats i andra delar av världen, till exempel i Kina. Chong (2007, s. 95) förklarar att det i Kina finns växande problem med psykisk ohälsa hos äldre. I hennes artikel förklarar hon att depression och social isolering är ett stort problem i den åldrande befolkningen. Suicid är också mer vanligt bland de äldre än de yngre i Kina. Hon förklarar att detta delvis kan bero på att äldres sociala nätverk blivit sämre, på grund av urbanisering, att man föder färre barn, att barn flyttar ifrån sina föräldrar i vuxen ålder, och att nära och kära går bort. Chong (2007, s. 100) förespråkar i sin artikel att fokus för socialarbetare bör skifta från en grundläggande omsorg av äldre till en mer professionaliserad omsorg. Här menar hon att äldre bör ha tillgång till olika typer av terapeutisk hjälp, hjälp som i dag främst riktas mot yngre och vuxna (Chong, 2007, s. 102). Vidare menar Chong att man bör flytta fokus från praktisk insatsinriktad service till empowerment och att man bör försöka arbeta mer preventivt kring äldres psykiska hälsa (Chong, 2007, s. 103). Chong påminner oss också om att 70 procent av världens äldre år 2020 kommer att leva i utvecklingsländer. Av de tio länderna i världen med flest äldre i sin befolkning år 2020 kommer fem av dem vara utvecklingsländer. Omhändertagandet av äldre i dessa länder kommer således vara en stor utmaning (Chong, 2007, s. 94).

4.4 Hur psykisk ohälsa beaktas vid biståndshandläggning av äldre

Andersson (2004) har vid intervjuer med biståndshandläggare funnit att just den sociala situationen hos äldre oftast inte bedöms som betydelsefull vid behovsbedömningarna. Exempel på sociala situationer som inte brukas räknas med i bedömningarna är känsla av otrygghet, isolering, ensamhet samt en avsaknad av sociala kontakter (Andersson, 2004, s. 287). Dessa faktorer är direkt relaterade till en persons psykiska mående och kan vara bidragande faktorer till psykisk ohälsa såsom depression (McCrae et al., 2004, s. 510). Vidare menar Andersson (2004) att hennes material antyder att fysiska hälsokriterier är det som

väger tyngst när man ska bedöma krig hjälpinsatser och att sociala insatser, det vill säga sociala faktorer relaterade till psykiskt mående, är sekundära (Andersson, 2004, s. 289). Även i en norsk studie av Christensen (2001) har man funnit att hälsokriterier, det vill säga de som rör den fysiska hälsan, är de kriterier som man lägger störst vikt vid när man ska tilldela hjälp, och att insatser som rör det sociala, och på så vis det psykiska måendet, tenderar att ignoreras.

Larsson (2004) har särskilt uppmärksammat hur psykisk ohälsa beaktas vid biståndshandläggning av äldre. Hon har kommit fram till att just psykisk ohälsa inte brukar uppmärksammas eller räknas med i biståndsbedömningen (Larsson, 2004, s. 51). Likt Andersson (2004) och Christensen (2001) har hon konstaterat att fysiska behov så som rörelsevårigheter eller behov av praktisk hjälp i hemmet prioriteras över de psykiska behoven (Larsson, 2004, s. 10). Istället för att bevilja hemtjänst vid symptom för depression finns det tvärtom snarare en risk att man inte får det beviljat. Larsson fann även att antalet hemtjänststimmar inte heller påverkades av att den enskilde hade depressiva besvär (Larsson, 2004, s. 51). Rolfner Suvanto (2012, s. 66) har kommenterat Larssons studie och menar att det som Larsson har funnit är anmärkningsvärt, dels med tanke på hur pass vanligt det är med depression hos äldre, dels i och med att depression innebär en ökad risk för kognitiva besvär samt risk för fysisk sjukdom. Även Ormel et al. (2002) har i en studie funnit att depression innebär att man har mycket svårare att genomföra dagliga aktiviteter än vad man annars skulle ha haft, samt att personer med depression har ett betydligt större beroende av andra för att kunna genomföra dessa vardagliga aktiviteter (Ormel et al., 2002, s. 338).

Liknande mönster nämnda ovan har man även uppmärksammat i studier i Nederländerna och Kanada. Beekman et al. (1999) så väl som Hawranik (2002) har funnit att det inte fanns någon skillnad på hjälpen som deprimerade kontra icke-deprimerade fick i hemmet, trots att de hade begränsningar i sin förmåga att utföra aktiviteter.

4.5 Biståndshandläggarens utmaningar i arbetet med äldre

Andersson (2004) menar att en stor anledning till varför man i biståndsbedömningar inte uppmärksammar de sociala och psykiska behoven är att man inte prioriterar dessa behov på grund av att man inte anser sig ha utrymme till det rent ekonomiskt. Enligt henne tvingas man som biståndshandläggare många gånger agera utifrån de ekonomiska förutsättningar som finns istället för de faktiska behoven som existerar. I bedömningarna så utgår man därför

oftast från att försöka hushålla med kommunens resurser, snarare än att se till individens behov (Andersson, 2004, s. 279 & 283).

I en artikel av Dunér och Nordström (2007) uppmärksammas även där faktorer som påverkar beslutsprocessen för biståndshandläggare. Enligt dem är jobbet som biståndshandläggare inom äldreomsorgen ett mångfasetterat och motsägelsefullt arbete. Detta då krav och förväntningar ställs på biståndshandläggare från en mängd olika håll såsom från deras chefer, hälso- och sjukvården, övriga utförare, de äldre, samt de äldres anhöriga. Enligt dem blir biståndshandläggare tvingande att balansera mellan riktlinjer de har att utgå ifrån, individens behov, samt de insatser som finns att tillgå (Dunér & Nordström, 2007, s. 426). Detta då det finns spänningar mellan den individuella behovsprövningen som enligt lag och riktlinjer måste ske på ett visst sätt, det standardiserade utbudet av insatser som finns att tillgå, samt de begränsande tillgångarna som svenska kommuner har. Detta påverkar besluten som biståndshandläggarna tar och gör det inte är helt lätt för dem att ta beslut då de har ett såpass stort handlingsutrymme (Dunér & Nordström, 2007, s. 429).

Andersson (2004) menar även att man som biståndshandläggare har en viss maktposition. Enligt henne är begreppet "behov" centralt inom biståndshandläggning. Detta då biståndshandläggarens uppgift är att värdera och tolka ett hjälpbehov och omtolka det till en hjälpinsats utifrån lagen (Andersson, 2004, s. 276). På så vis definierar biståndshandläggaren vad som är ett behov och ifall behovet räcker för att kvalificera för en hjälpinsats. Även fast man kan vara behövande och beroende av omsorg får man ingen hjälp ifall biståndshandläggaren anser att det inte finns ett hjälpbehov och därmed inte beviljar några insatser. Med andra ord, den behövande är beroende av biståndshandläggaren och relationen mellan behövande och biståndshandläggare är på så vis asymmetrisk (Andersson, 2004, s. 277f).

Sammanfattningsvis kan man se att tidigare forskning tyder på att äldre med psykisk ohälsa är ett stort och växande problem i Sverige så väl som övriga delar av världen, och att denna psykiska ohälsa inte brukar uppmärksammas av biståndshandläggare som då inte sätter in några hjälpinsatser. Istället läggs största uppmärksamheten på att tillgodose fysiska behov hos äldre. Möjliga anledningar till detta mönster kan vara ekonomi eller att riktlinjer inte kan säkerställa att individens behov relaterade till det psykiska måendet tillgodoses. Det kan också vara så att det inte finns tillgängliga insatser för biståndshandläggaren som kan tillgodose behovet.

5. Metod

Nedan följer en redogörelse av vårt metodval, metodens förtjänster och begränsningar, vårt urval samt metodens tillförlitlighet. Vi beskriver även hur vi har bearbetat och analyserat vår empiri, våra etiska överväganden och hur vi har gjort vår arbetsfördelning under studiens gång.

5.1 Metodval

Eftersom vi ville ta reda på biståndshandläggares upplevelser och tankar kring den psykiska ohälsan hos äldre använde vi oss av en kvalitativ metod. Detta då man i den kvalitativa forskningen strävar efter en närhet till informanten för att förstå personens upplevelser och tankesätt (Bryman, 2011, s. 371). Hade vi velat generalisera kring gruppen biståndshandläggare i stort hade detta varit fel metodval att göra, då hade en kvantitativ metod lämpat sig bättre. Kvalitativ metod lämpar sig i detta fall då den hjälper oss att fånga in nyanser och att analysera normer, värderingar och perspektiv i ett sammanhang (Ahrne & Svensson, 2011, s. 14f). För att samla in vår empiri utförde vi semistrukturerade intervjuer. Nedan följer en beskrivning av hur vi har gått tillväga i vår kvalitativa studie.

5.2 Intervjumetod

Eftersom vi i vår studie var intresserade av enskilda personers upplevelser och tankar kring ett fenomen, var det viktigt för vår studie att informanten fick möjlighet att utveckla svar och ta upp egna funderingar och ämnen som hon eller han ansåg vara relevant eller viktigt i frågan. På så vis lämpade sig semistrukturerade intervjuer väl. För att samla empiri till studien genomfördes således sju semistrukturerade intervjuer och varje intervju varade i ungefär en timme. Vi använde oss av en intervjuguide (se bilaga 2) med ett antal teman, relaterade till studiens frågeställningar, som vi ämnade ta upp under intervjun. Det var viktigt för oss att utöver dessa frågor kunna fånga upp relevanta och intressanta resonemang som informanten förde och ha möjligheten att ställa följdfrågor på dessa, utanför intervjuguidens ram. En semistrukturerad intervju kännetecknas av att intervjuaren har en intervjuguide med ett antal frågor hon ämnar ställa, men där ordningen på frågorna kan variera mellan olika intervjutillfällen, och att intervjuaren har möjlighet att ställa följdfrågor när specifikt

intressanta eller viktiga svar för studien kommer upp. Informanten har också möjlighet att utforma sina svar på ett fritt och eget sätt (Bryman, 2011, s. 206 & 415).

Vi förde en diskussion kring huruvida observationer hade kunnat fungera som komplement till intervjuerna som utfördes i studien. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2011, s. 56) förklarar nämligen att en svaghet i att använda sig av intervjumetod är att det är viktigt att tänka på att man inte säkert kan veta om en person i praktiken gör det som hon eller han säger. En observation hade till exempel kunnat hjälpa oss att se hur arbetet med psykisk ohälsa hos äldre ser ut i praktiken. Nygren (2011, s. 33) menar emellertid att det kan vara etiskt problematiskt att få samtycke till observationer av personer som har psykiska sjukdomar. Med tanke på detta, och på studiens omfång beslutade vi att endast använda oss av intervjuer som insamlingsmetod av empiriskt material.

Vi tog i beaktning att faktorer kring intervjuaren kan påverka vilka svar man får av sin informant (Bryman 2011, s. 223). För att minska risken för att vi som intervjuare hade en påverkan på informanten och dess svar höll vi oss själva neutrala i frågor som rörde ämnet för studien och i värderingsfrågor (Bryman, 2011, s. 213 & 225). Studiens informanter intervjuades på respektive arbetsplats och en informant i ett studierum på ett bibliotek. Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2011, s. 45) förklarar att förhållandet mellan informant och intervjuare påverkas av miljön där intervjun genomförs. Det är till exempel vanligare att människor avböjer att medverka om intervjun hålls i personens hemmiljö, och på till exempel ett café kan inspelningen störas av buller. Vi valde därför att genomföra intervjuerna på informanternas arbetsplats.

5.3 Urval

Studien vilar på sju intervjuer av biståndshandläggare inom äldreomsorgen. Samtliga informanter arbetade i skånska kommuner, dessa av olika storlek och befolkningsmängd. Informanternas ålder varierade mellan 23 till 56 år och samtliga biståndshandläggare var kvinnor. Arbetslivserfarenheten varierade mellan några månader till tiotal år. Alla informanter arbetade som biståndshandläggare inom äldreomsorgen förutom en, som även hon hade arbetat som biståndshandläggare inom äldreomsorgen men nyligen bytt till handläggning inom LSS (Lag 1993:387 om stöd och service till vissa funktionshindrade). I denna studie benämns informanterna som I1, I2, I3, efter informant 1, informant 2 och så vidare.

Initialt gjordes ett målinriktat urval då vi var specifikt intresserade av just biståndshandläggares upplevelser. För att finna dessa informanter gjordes ett bekvämlighetsurval och vi kontaktade enhetschefer i närliggande kommuner genom mail med en förfrågan (se bilaga 1). För att få ett så slumpmässigt urval av personer som möjligt hade det varit bäst att själv kunna välja ut intervjusubjekt på ett randomiserat sätt i en lista. På så sätt kan man undvika att av en auktoritet i organisationen bli tilldelad informanter som denne tycker representerar de åsikter som är fördelaktiga för organisationen att framhäva (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2011, s. 42) Detta var dock inte möjligt i denna studie eftersom det fanns så pass få biståndshandläggare inom äldreomsorgen i varje kommun. Förfrågan skickades således till enhetschefen i kommunen som i sin tur gjorde en förfrågan till biståndshandläggarna om viljan att ställa upp på intervju. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2011, s. 42) förklarar dock att detta inte alltid har en negativ inverkan på studiens trovärdighet. De menar att det är svårt för en ledning att ge en viss tillrättalagd bild av organisationens arbete om man som intervjuare får möjlighet att intervjua flertalet personer under en längre tid, och om man dessutom är påläst på ämnet och har möjlighet att jämföra intervjuer med varandra. På så vis kan man argumentera för att studien inte påverkas negativt av detta urval.

5.4 Analys

Efter att intervjuerna gjordes och spelades in påbörjades arbetet med att bearbeta och analysera vår empiri. För att göra använde vi oss av arbetssättet som Rennstam och Wästerfors (2011, s. 194) beskriver i sitt kapitel om analys av kvalitativt material. Första steget var att sortera och skapa ordning materialet. Vi lyssnade då igenom och transkriberade samtliga intervjuer. Sedan läste vi igenom vårt material noggrant och flera gånger. Lind (2014, s. 130) förklarar att materialet i kvalitativa studier ofta sorteras genom att man till exempel uppdragar specifika teman som framkom i flertalet intervjuer, eller identifiering av begrepp som är återkommande. Vi diskuterade samtligt material tillsammans för att försäkra oss om att vi var eniga i vår tolkning och förståelse av materialet. Vi kodade således materialet efter specifika teman och resonemang som efter vår genomgång av materialet framstod som återkommande. Dessa teman var; skapandet av klient, möjlighet att agera och ålderism. Vår kodning skedde med hjälp av färgkodning med överstrykningspennor och anteckningar i marginalerna av våra transkriberingar.

Allt material som insamlades är inte relevant att redovisa i sammanställningen av studien. Rennstam och Wästerfors (2011, s. 194) beskriver att sorteringen som görs av materialet leder till att det är beskuret på så sätt att det kan säga någonting om studiens ämnesområde, frågeställningar och syfte, samtidigt som det inte tar bort nyanser och motsägelser. Detta stadiet kallar Rennstam och Wästerfors (ibid.) för reducering. I denna process identifierade vi Lipskys teori om street-level bureaucrats, på svenska gräsrotsbyråkrater, samt Butlers begrepp ageism, på svenska ålderism, som möjliga teorier att applicera på materialet. Då handläggarnas resonemang kretsade mycket kring deras handlingsutrymme och möjligheten att erbjuda insatser som de ansåg vara adekvata i relation till klientens behov tyckte vi oss kunna analysera och förstå materialet vidare genom att beskåda det med hjälp av dessa teorier. Teoretiseringen och diskussionen kring våra fynd var det sista skedet, och vad Rennstam och Wästerfors (ibid.) kallar för argumentation.

5.5 Tillförlitlighet

Kvalitativa forskningsresultat hjälper oss inte att generalisera kring en hel grupp. Kritiker menar att man genom ostrukturerade intervjuer och observationer av ett fåtal personer ur en viss population omöjligt kan få fram resultat som låter oss generalisera över populationen i stort eller utanför den miljön vi gjort studien (Bryman, 2011, s. 369). De personer som vi har intervjuat i denna studie är således inte representativa för populationen i sin helhet, men genom goda teoretiska slutsatser av vårt kvalitativa data, kan generaliserbarheten av våra slutsatser öka (ibid.).

Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2011, s. 44) menar att en studie som vilar på sex eller fler intervjuer av personer från en viss grupp ökar chansen att man får ett material som är relativt oberoende av enskilda individers personliga uppfattningar om ett visst fenomen. För att öka tillförlitligheten i vår studie består vår empiri således av intervjutranskriberingar från sju intervjuer. Ahrne och Svensson (2011, s. 24) skriver att det finns många fördelar med att välja en specifik miljö och studera denna noggrant. Genom att intervjua flera personer från en specifik kommun hade vi till exempel kunnat få en tydligare och mer rättvis bild av hur fenomenet vi ämnar undersöka ter sig just i den kommunen. Men eftersom det ofta inte finns ett så högt antal biståndshandläggare i varje kommun som arbetar med just äldre intervjuade vi handläggare från olika kommuner. Syftet med vår studie är inte att göra jämförelser mellan kommuner men vi ville inte avstå från möjligheten att göra detta. Vi anser att resultatet av vår studie ändå kan säga någonting om våra frågeställningar då alla biståndshandläggare lyder

under samma lagstiftning, det vill säga socialtjänstlagen, och att tanken är att handläggningen ska vara så likvärdig som möjligt över kommungränser.

Ett begrepp som använts för att mäta kvaliteten på kvalitativ forskning är tillförlitlighet (Bryman, 2011, s. 353). För att öka tillförlitligheten i vår studie spelade vi in intervjuerna för att säkerställa att vi skulle kunna göra en ordentlig analys av allt material. Eftersom detta är en relativt liten studie hade vi inte möjlighet att skicka ut allt material och få det godkänt av informanterna på förhand, vilket egentligen hade varit önskvärt.

5.6 Etiska överväganden

Öberg (2011, s. 64) påminner om att all forskning bör ta vissa etiska principer i beaktning när det kommer till urval av informanter, bemötande och rapportering av en undersökning. Dessa etiska principer handlar om respektfullhet, tolerans, att ha informantens bästa i åtanke och att inte genom sin undersökning åsamka någon skada. För att säkerställa detta har vi i vår studie förhållit oss till vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer, det vill säga informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002), samt de fyra kraven inom samhällsvetenskaplig forskning som Lind (2014, s. 133) beskriver. Dessa handlar om frivillighet, integritet, konfidentialitet och anonymitet. Således blev deltagarna i vår studie väl informerade om studiens syfte. De medverkade på frivillig basis och blev informerade om deras rättighet att när som helst avbryta sin delaktighet i studien, eller välja att inte svara på frågor. För att säkra informanternas integritet är informanterna och arbetsplatserna aidentifierade. Transkriberingar och inspelningar förvarades så att inte obehöriga kunde ta del av dem, och materialet användes endast för den aktuella studien.

En av medförfattarna till denna studie har gjort sin arbetsförlagda praktik, och även vikarierat som biståndshandläggare inom äldreomsorgen. Vi valde dock att inte intervjua personer som också är kollegor. Det finns både positiva och negativa aspekter av närhet respektive avstånd mellan forskare och informant i en studie. Thornquist (2012, s. 129) beskriver att detta blir en extra viktig avvägning när man gör studier som berör sitt eget yrke. Det kan till exempel kännas problematiskt att framställa sina kollegor på ett negativt sätt eller beskriva någonting negativt i relation till sin egen arbetsplats. Likväl tar Kalman och Johansson (2012, s. 44) upp att det är viktigt att inte informanter i en studie är i beroendeställning till forskaren. Sådana problematiska situationer hade kunnat uppstå om vi exempelvis hade frågat medförfattarens kollegor om de ville ställa upp på en intervju, då det

finns en chans att de hade tackat ja eftersom de är vänner till henne. Det bör inte finnas någon anledning till obehag för en informant i valet att inte delta i en studie. Därför intervjuade vi för oss okända personer i andra kommuner än den författaren till denna studie arbetar i.

5.7 Arbetsfördelning

Vi skrev uppsatsen i par då vi ansåg att detta kunde gynna oss på grund av möjligheten att diskutera och reflektera tillsammans under studiens gång. Vi utförde samtliga intervjuer gemensamt för att inga viktiga teman skulle missas. Detta underlättade för oss då en av oss kunde fråga eller ta upp någonting som den andre glömt eller förbisett. Vi turades om att ansvara för intervjuerna för att enklare bibehålla en röd tråd och för att informanten inte skulle bli förvirrad. Vi delade sedan upp transkriberingen mellan oss på så vis att vi transkriberade de intervjuer där vi själva inte hade varit huvudansvariga för. Utöver detta har vi kodat och analyserat materialet tillsammans och tillsammans även författat samtliga kapitel.

6. Teori

I detta kapitel avhandlas teorin som används i denna uppsats. Den teoretiska utgångspunkten i denna uppsats är Michael Lipskys teori om street-level bureaucrats, vilken han har skrivit om i boken *Street-level Bureaucracy; Dilemmas of the Individual in Public Services* år 1980.

Michael Lipskys (1980) term "street-level bureaucrats" har på svenska fått namnen gräsrotsbyråkrater, frontlinjebyråkrater eller gatubyråkrater (Svensson, Johnsson, Laanemets, 2008, s. 16). I denna studie använder vi oss av ordet gräsrotsbyråkrat då detta är det vedertagna begreppet på svenska (Lindelöf & Rönnbäck, 2007, s. 39f).

Vidare utgår denna uppsats även från Butlers teori om ageism, som blev känt genom hans artikel *Ageism - Another Form of Bigotry* (1969) samt hans bok *Why Survive?: Being Old in America* (1975). På svenska har begreppet blivit översatt till ålderism (Rolfner Suvanto, 2012, s. 14).

6.1 Gräsrotsbyråkrat

Namnet gräsrotsbyråkrat är i sig motsägelsefullt. Lindelöf och Rönnbäck (2007, s. 40) som vidare diskuterar Lipskys teori menar att ordet syftar å ena sidan på gräsrotsverksamhet, det vill säga arbete i kontakt med människor, och å andra sidan på byråkrati, vilket ses som avskuret från klienten som verksamheten riktar sig mot. Gräsrotsbyråkratens position innebär att vara representant för en organisation eller myndighet och möta enskilda medborgare som behöver någon typ av hjälp (Svensson, Johnsson & Laanemets, 2008, s. 16). Lipsky (1980, s. 3) menar att en gräsrotsbyråkrat är en tjänsteman inom den offentliga sektorn som har direktkontakt med medborgare och som har ett betydande handlingsutrymme i sin yrkesutövning. En utmärkande faktor i gräsrotsbyråkratens arbete är att de är tvungna att bemöta klienters reaktioner på de beslut de tar i sin yrkesroll (Lipsky, 1980, s. 9). Biståndshandläggare inom äldreomsorgen kan sägas vara en gräsrotsbyråkrat då båda aspekterna överensstämmer väl med biståndshandläggarens roll (Lindelöf & Rönnbäck, 2007, s. 40). Även Lipsky själv konstaterar att socialarbetare är typexempel på gräsrotsbyråkrater (Lipsky, 1980, s. 3). Gräsrotsbyråkratens arbete präglas bland annat av få resurser i förhållande till arbetsuppgiften man är satt att utföra, ständigt ökande krav från klienter samt att målbilden och rutiner för verksamheten tenderar att vara vaga och motsägelsefulla (Lipsky, 1980, s. 27). Andra exempel på gräsrotsbyråkrater är poliser, lärare och domare (ibid.).

6.1.1 Gräsrotsbyråkratens handlingsutrymme

Lipsky (1980, s. 13) menar att handlingsutrymme är en avgörande faktor för en gräsrotsbyråkrat. Gräsrotsbyråkrater avgör själva vilken hjälp, hur mycket hjälp, och i vilken utsträckning en enskild person får ta del av hjälp från myndigheten gräsrotsbyråkraten arbetar vid. Gräsrotsbyråkraten har på så vis ett stort handlingsutrymme. Lipsky (1980, s. 14) poängterar att detta inte betyder att en gräsrotsbyråkrat kan göra precis som den önskar och känner. Gräsrotsbyråkraten är styrd av övergripande regelverk och lagar beslutade av administrativa tjänstemän och politiker högre upp i hierarkin. Utöver detta påverkar normer och praxis inom arbetsgruppen också gräsrotsbyråkratens beslut och handlingsutrymme (ibid.).

Blomberg och Dunér skriver om biståndshandläggares handlingsutrymme utifrån Lipskys teori och menar i sin tur att i direktkontakten med medborgare har gräsrotsbyråkraten

till uppgift att fördela välfärdsstatens resurser. I sitt arbete stöter de ofta på människor som är i stort behov av hjälp och stöd samtidigt som de ofta är begränsade av brist på resurser och motsägelsefulla mål i verksamheten (Blomberg & Dunér, 2015, s. 199). För att utföra sitt arbete under dessa premisser blir gräsrotsbyråkraten, enligt Lipsky, tvungen att göra sina egna tolkningar och använda sitt handlingsutrymme. Lipsky menar att det är genom den praxis som skapas när många gräsrotsbyråkrater gör sina egna tolkningar av regelverket som bildar den rådande policyn för verksamheten som de arbetar inom (Lipsky, 1980, s. 15).

6.1.2 Gräsrotsbyråkratens maktutövande

Biståndshandläggare har blivit tilldelad en specifik roll som beslutsfattare och utredare av äldres behov av hjälp i hemmet. Denna roll innebär ett stort inflytande på enskilda personers liv och därmed en stor makt (Lindelöf & Rönnbäck, 2007, s. 39). Lipsky tar upp att relationen mellan klient och gräsrotsbyråkrat inte är en jämlik sådan. Det är gräsrotsbyråkraten som har makten i förhållandet på så vis att gräsrotsbyråkraten är den som har möjlighet och kapacitet att ta beslut i förhållandet och det är gräsrotsbyråkratens prioriteringar och preferenser som styr (Lipsky, 1980, s. 59). Makten att uppmärksamma ett problem eller att välja att förbise det ligger således hos den enskilde gräsrotsbyråkraten. Lipsky menar att gräsrotsbyråkrater utövar kontroll och på så vis makt över klienter på olika sätt. Det första sättet är hur de väljer att dela ut bifall och olika förmåner till sina klienter. Detta påverkar klientens välmående på ett direkt plan. Regler och riktlinjer är inte helt fasta och det finns tolkningsföreträde och handlingsutrymme för gräsrotsbyråkraten i huruvida de kommer att bevilja en ansökan eller ej (Lipsky, 1980, s. 60f.). Inte heller kategorierna organisationen erbjuder byråkraten att arbeta efter är alltid bestämda eller tydliga. Detta leder till att gräsrotsbyråkraten måste använda sitt handlingsutrymme i beslutandet. Det är upp till den enskilda biståndshandläggaren att avgöra vad som är ett behov och inte, vad som utgör en nödsituation och inte (ibid.). Ett annat sätt som gräsrotsbyråkrater kontrollerar sina klienter är genom att lära dem hur man betar sig som en klient. Man lär bland annat ut vad som förväntas av dem som klienter, vilken typ av hjälp de kan förvänta sig, samt vilka olika alternativ som är tillgängliga för dem att ansöka om (Lipsky, 1980, s. 61ff.). Lipsky (1980, s. 59) menar att gräsrotsbyråkraten i sitt möte med en människa som behöver hjälp, formar denne till en klient genom att kategorisera klienten på ett sätt som gör att denne passar in i organisationen.

6.2 Ålderism

Begreppet ålderism syftar till att identifiera stereotyper så väl som diskriminering som människor utsätts för när de blir äldre (Butler, 2005a, s. xv). Butler ville ha ett begrepp likvärdigt med rasism och sexism för att beskriva stereotypa föreställningar samt diskriminering av äldre. På så vis föddes begreppet “ageism” (Butler, 2005b, s. 85).

Begreppet innefattar egentligen både att äldre personer kan ha negativa inställningar mot yngre personer så väl som att yngre personer kan vara negativt inställda mot äldre, men Butler anser att det som mest förekommer är ålderism riktad mot äldre (Butler, 2005b, s. 85).

Exempel på ålderism kan vara antaganden om att någon på grund av ålderdom är beroende av andra, oproduktiv, senil eller asexuell (Butler, 1975).

Enligt Butlers senare texter är ålderism mer än bara ord, agerande eller attityder. Det sitter djupt inbäddat i många olika delar av samhället. Han anser att det är viktigt att bekämpa ålderism för att se till att äldre får en lika stor del av samhällets resurser, vilket han menar att de inte har i nuläget till följd av den rådande ålderismen som finns i dagens samhälle (Butler, 2005, s. 86).

7. Resultat och analys

I följande kapitel kommer vi lyfta fram utvalda delar av det empiriska materialet. Materialet analyseras och diskuteras med hjälp av våra två valda teorier samt tidigare forskning. Vår analys kommer att delas upp efter tre teman som vi anser framstått tydligt ur vår empiri: skapandet av klient, möjlighet att agera samt ålderism. Empirin presenteras genom direkta citat som vi hämtat ur transkriberingsmaterialet. Informanterna benämns i analysen som I1, I2, I3 etc. för att förhindra att deras identitet avslöjas. Varje avsnitt avslutas med en kort sammanfattning.

7.1 Skapandet av en klient

I detta avsnitt kommer vi att behandla hur biståndshandläggarna resonerade kring möjligheten att erbjuda insatser för att tillgodose hjälpbehovet hos sina klienter med psykisk ohälsa, och hur de i den processen “skapade sin klient” genom kategorisering.

7.1.1 Psykisk ohälsa bland äldre

Biståndshandläggarna talade om sin huvudsakliga målgrupp som personer 65 år och äldre och att man som biståndshandläggare handlägger i princip alla ärenden som gäller den målgruppen. Samtliga informanter i studien uppgav att de hade stött på någon form av psykisk ohälsa hos sina äldre klienter. Majoriteten av biståndshandläggarna i vår studie berättade att de upplevde psykisk ohälsa bland äldre som ett utbrett problem och här nedan följer ett citat för att belysa vad de ansåg vara vanligt förekommande:

Ja, det förekommer och det är inte så sällan [...] det är rätt så ofta som det förekommer någon form av nedstämdhet, orolighet eller ensamhet. (I1)

Ovanstående är exempel på citat som visar att informant 1 ansåg att oro, otrygghet, och depression var de vanligaste formerna av psykisk ohälsa de mötte i arbetet. Samtliga informanter uppgav dessa som de vanligaste typerna av psykisk ohälsa. Detta överensstämmer även med tidigare forskning om ämnet. Jönson och Harnett (2015, s. 109f) har i sina studier funnit att ångest och depression de mest förekommande typerna av psykisk ohälsa.

Majoriteten av biståndshandläggarna vi intervjuade pekade på att just ensamhet även kunde vara en stor bidragande faktor till psykisk ohälsa bland äldre;

Jag tror att det är ensamhet [...] att partnern kanske har avlidit, att det finns ingen annan i närheten som man kan besöka eller som besöker en. Att barnen har flyttat bort. (I1)

Många blir deprimerade efter att deras partner har gått bort. Och då blir det ofta att de sitter hemma. (I5)

Från informant 1 och informant 5 framgår att ensamhet, framförallt efter förlusten av en partner, är anledningar till varför äldre kan drabbas av psykisk ohälsa. Även McCrae et al. (2004, s. 510) så väl som Chong (2007, s. 95) har i sina studier funnit att social isolering och ensamhet är de främsta anledningarna till varför äldre drabbas av psykisk ohälsa. På så vis anser vi att det som informanterna uppgav i vår studie går i linje med det som tidigare forskning funnit kring huvudsakliga anledningar att psykisk ohälsa är utbrett bland äldre.

7.1.2 Kategorisering av klienter

Samtliga informanter ansåg att insatser för att stävja psykisk ohälsa var mycket viktigt. Det sågs som viktigt att tillgodose de fysiska så väl som de psykiska behoven och att ha ett helhetsperspektiv.

Ju mer jag har jobbat desto mer har jag upptäckt att det finns behov av psykiskt stöd och trygghetsstöd som är helt fränkopplat de fysiska åkommorna. Som också måste tillgodoses för att personen ska kunna bo själv och klara sig själv. (I1)

Detta citat av informant 1 illustrerar att även behovet av psykiskt stöd samt trygghetsstöd enligt henne måste tillgodoses för att personen ska ha en skälig levnadsnivå. Informanterna menade att när det kom till de psykiska behoven var det inte alltid självklart vilka insatser som äldre ville ansöka om:

Man ansöker ju inte om en insats utan man ansöker om "detta behöver jag hjälp med" och sen är det ju... sen får vi titta och se. Är det den insatsen eller den insatsen. (I6)

Ovanstående citat från informant 6 illustrerar att den enskilde i teorin ansöker om olika insatser som biståndshandläggaren sedan ska utreda om det finns behov av eller ej, men i praktiken så säger den enskilde enbart att den har ett hjälpbehov och så är det upp till biståndshandläggaren att se vilka insatser som är aktuella. Den äldre presenterar sig som en individ som behöver hjälp och biståndshandläggaren kategoriserar i sin tur hjälpbehoven i olika fack för olika insatser. Denna process kan förklaras utifrån Lipskys (1980) teori om skapandet av klienten. Lipsky (1980, s. 59f) menar att man kommer till en gräsrotsbyråkrat som en individ med allt som det innebär: livserfarenheter, personlighet samt nuvarande livsomständigheter. Klienter uttrycker sina behov som individuella problem och de förväntar sig ofta behandling i relation till sig själva som individer. Gräsrotsbyråkrater, i detta fall biståndshandläggare, har ett annat perspektiv och placerar in klienternas behov i existerande kategorier som kräver specifika åtgärder. På så sätt sker en omvandlingsprocess där den hjälpsökande individen förvandlas till en klient och mötet förvandlas till ett ärende (Lipsky, 1980, s. 59f). Citatet ovan kan ses som ett exempel på denna process då den äldre i mötet framhäver sig som en individ i behov av hjälp, medan biståndshandläggaren ser individen som en klient. Handläggarens uppgift blir då att se om hjälpbehovet är berättigat en insats.

Informant 4 beskrev följande i relation till kategorisering av klienten:

alltså jag kan tycka att det blir väldigt fyrkantigt [...] det är ju en stor organisation [...] det underlättar ju om det är lite fyrkantigt. [...] Men jag tror att i längden så kan det också påverka individen. [...] För det blir ju kanske inte riktigt så individanpassat som det borde vara. (I4)

Genom Lipskys (1980, s. 14f) teori kan vi med detta citat se varför kategoriseringen av klienten sker, det vill säga för att underlätta för organisationen att hantera ärendet och kunna hjälpa så många som möjligt. Lindelöf och Rönnbäck (2007, s. 45) förklarar att detta fenomen är vanligt förekommande inom gräsrotsbyråkratier. Klienten går från enskild individ till ett format som blir hanterbart för myndigheten i fråga. Samtidigt så förklarar informanten att klienter kan bli lidande av denna typ av kategorisering. Denna konstruktion av klienten kan dock ses som en nödvändig del av arbetet eftersom stora och byråkratiska organisationer bygger på en mycket stor mängd ärenden som måste handläggas inom en brådskande tidsram. För att kunna hantera så pass många ärenden krävs att sådana förenklingar görs så att till exempel en biståndshandläggare ska kunna hjälpa så många som möjligt på ett adekvat sätt (ibid.).

Informant fyra beskriver i sin tur hur det, när det kommer till psykisk ohälsa, kan vara svårt att hitta en existerande insats som passar klienten och att detta kan resultera i att man “lägger en insats på” denne:

Det kan ju vara ett hinder, att man inte hittar den lösningen som man vill hitta” [...] Det är ju svårt. [...] Ibland kan det ju vara så att insatsen... “i denna insatsen så är det detta”, och då är det ju det [...] det är insatsstyrkt och man försöker hitta en... att man lägger en insats på någon. Men då är det ändå att det finns inget annat att ge eller föreslå.” (I4)

Detta citat kan tolkas som att klienten inte passar in i en redan existerande kategori, utan har behov som inte passar in i myndighetens ramar. Men biståndshandläggaren beviljar trots det klienten en insats från de kategorier som finns då hon inte kan erbjuda någonting annat. Lipsky (1980, s. 60) beskriver hur gräsrotsbyråkraten måste utgå från de insatser som organisationen har att erbjuda snarare än att hitta en optimal lösning för vissa enskilda individer som ej passar in i mallen. Detta då kategorierna är så stora och övergripande, som i vårt fall “hjälpökande inom äldreomsorgen” (Lindelöf & Rönnbäck, 2007, s. 45). Utifrån

citaten kan man se att just insatser relaterade till psykisk ohälsa ej riktigt passar in i de kategorier som finns tillgängliga för biståndshandläggaren. Även tidigare forskning har funnit liknande resultat, Andersson (2004, s. 289) menar att fokus inom äldreomsorgen ligger på det fysiska, och insatser riktade mot de psykiska behoven oftast inte är tillräckliga eller är obefintliga.

Biståndshandläggarna vi intervjuade menade dock inte att insatserna riktade mot de psykiska behoven var obefintliga överlag. Ett flertal av informanterna menade att det ändå fanns insatser att erbjuda äldre med psykisk ohälsa. Informant 2 berättade att det i hennes kommun fanns ett antal insatser som hon menade var riktade just mot den psykiska ohälsan hos äldre. Hon menade dock också att det ofta var väldigt svårt att i utredningen bevisa att behovet fanns när en person led av psykisk ohälsa såsom otrygghet och osäkerhet. Även fast många av informanterna ansåg att det fanns insatser att tillgå, visade det sig att informanterna upplevde att de existerande insatserna riktade för att hantera dessa problem inte var tillräckliga. Även detta ligger i linje med vad Andersson (2004, s. 289) funnit i sina studier.

Många handläggare tog upp att insatser de kunde bevilja för att stävja social isolering och ensamhet samt otrygghet och oro var att sätta in antingen trygghetsbesök, eller någon form av social aktivitet. Flera informanter tog upp att dessa insatser gör relativt lite för att hjälpa äldre som lider av dessa problem. De menade att på grund av att insatserna utförs av hemtjänsten, som i sig har ett mycket begränsat schema och dessutom är bemannat på så vis att det oftast är olika personer som besöker den äldre varje gång insatsen ska ske, så bryts inte den sociala isoleringen för den äldre då ingen relation kan skapas med den besökande. Detta belyses här av två informanter som berättar:

Jag tror att... hade det funkat till 100 procent så hade det varit positivt men det funkar inte alltid heller för alla. [...] Vissa hade ju hellre velat att det alltid kom samma. (I5)

Men när det är social samvaro så är det ju olika personer varje gång, inom hemtjänsten och ja... de upplevs som stressade och att de inte riktigt har tid så att... det är väl inte alltid att personen vill ha det [...] "jaha nu kommer alltså den tjugonde personen som har varit här för social samvaro... den har ju ingen aning om vad jag pratade om förra gången". Då skapar man ju ingen relation som kan ersätta någon vän eller anhörig. (I2)

Som belyses av ovanstående citat så ansåg inte informant 5 och informant 2 att de insatser som fanns att tillgå för att täcka behoven mot psykisk ohälsa var tillräckliga för att tillgodose behovet då hemtjänsten ej kunde erbjuda djupare meningsfulla relationer av vänskapskaraktär. Informant 2 framförde även att hon upplevde det som att man inte kunde sätta in insatser för att täcka alla former av orsaker till psykisk ohälsa. Hon menade att även fast man kunde bevilja insatser för en vanligt förekommande orsak av psykisk ohälsa, det vill säga otrygghet, så var det svårare med en annan vanlig orsak bakom psykisk ohälsa, nämligen ensamhet. När individer då framförde att den ville ha en insats på grund av ensamhet var det väldigt svårt för henne att sätta in insatser då det inte fanns några insatser riktade mot just det behovet. Hade klienten istället framfört att den önskade hjälp på grund av otrygghet hade det varit lättare att sätta in insatser. Hon tog upp ett exempel där anhöriga hade pekat på att en individ var otrygg, även fast individen själv inte hade uttryckt detta. Informanten hade då fått "gräva fram" att individen kände sig otrygg och att det fanns ett behov av en insats. På så vis kunde hon bevilja individens ansökan, samma typ av ansökan som hon tidigare hade gett avslag på innan hon hade lyckats få klienten att berätta att den behövde hjälp just på grund av att den var otrygg.

Av ovan exempel kan man utifrån Lipskys teorier om skapandet av en klient (1980, s. 60) tyda det som att hon som biståndshandläggare fick sätta in individen i kategorin "otrygg" för att på så vis kunna bevilja klienten insatser för att täcka in behovet. Individen kom till henne som en person som ville ha hjälp baserat på de känslor av hjälpbehov som individen har, och hon fick i sin tur som gräsrotsbyråkrat konstruera en "otrygg" klient för att kunna kategorisera henne efter hjälpinsatserna som existerar i organisationen. Detta kan ses som att gräsrotsbyråkraten är tvungen att placera in klienternas behov i redan existerande kategorier som kräver specifika åtgärder (Lipsky, 1980, s. 61).

Sammanfattningsvis tyder vårt intervjumaterial på att biståndshandläggare i sitt arbete stöter på psykisk ohälsa på en frekvent basis. De upplevde att det var svårt för dem att bevilja adekvata insatser. Detta då insatserna som finns tillgängliga för dem inte är riktade mot just psykisk ohälsa, eller åtminstone inte alla orsaker till psykisk ohälsa som så som till exempel ensamhet, utan mer fokuserade på det fysiska behovet. I mötet med den äldre skapar biståndshandläggaren en klient som är i behov av hjälp. Genom att kategorisera den äldre efter redan existerande kategorier kan biståndshandläggaren erbjuda insatser som finns att tillgå.

7.2 Möjlighet att agera

Nedanstående avsnitt kommer att avhandla biståndshandläggarens möjlighet att hjälpa äldre med psykisk ohälsa i relation till dess handlingsutrymme. Vi kommer även att diskutera biståndshandläggarens maktposition i förhållande till klienten.

7.2.1 Handlingsutrymme

Informanterna beskrev ett helhetsperspektiv på individen som de hade i förhållande till klienten i mötet. Flertalet la i utredningen fokus på både det psykiska och de fysiska behoven. Detta helhetsperspektiv bestrider det som vi funnit i tidigare forskning, det vill säga att Andersson (2004) har funnit att biståndshandläggare i biståndsbedömningen inte tar sociala faktorer, såsom psykisk mående och socialt nätverk, i beaktning. Samtidigt som flertalet av gruppen hade ett helhetsperspektiv, tänkte också majoriteten av gruppen att biståndshandläggare i stort inte hade detta fokus. Flera biståndshandläggare uttryckte att de själva var uppmärksamma kring psykisk ohälsa, men att andra biståndshandläggare nog hade ett "tunnelseende" och endast lade märke till de fysiska behoven, vilket illustreras av följande citat av informant 4 och informant 5:

Idag har det blivit lite så att man tittar på vad man har för omvårdnadsbehov. Det kan jag tycka är lite synd...man tittar också på tryggheten och till viss del ålder också ju...Men att det är mycket det här fysiska. Som har tagit över... kanske den mentala hälsan blir lite bristande i bedömningen. (I4)

Jag tror att man kollar mest egentligen på det fysiska. Många kanske begränsar sig till det fysiska också [...] man tänker nog inte alltid på att det kanske är psykiskt [...] man tänker att det är det fysiska som gör att man inte klarar av det. (I5)

Biståndshandläggarna menade att anledningen till varför de trodde att andra inte alltid hade denna helhetssyn var dels på grund av att de hade uppfattningen att man inte hade fått tillräcklig utbildning i att upptäcka och förebygga psykisk ohälsa, dels för att det saknades riktlinjer och rutiner kring hur man skulle hantera sådana fall. Enligt Lipsky (1980, s. 60f) är det just avsaknaden av bestämda och tydliga regler och riktlinjer som skapar tolkningsföreträde och handlingsutrymme för gräsrotsbyråkraterna. Informanterna menade

alltså att detta handlingsutrymme, som skapas i avsaknaden av rutiner och riktlinjer, producerar en situation där handläggare antingen kan välja att uppmärksamma eller att inte uppmärksamma psykisk ohälsa.

Både Andersson (2004), Christensen (2001) samt Larsson (2004) har i sin forskning funnit resultat som går i linje med biståndshandläggarnas tankar, det vill säga att störst fokus i biståndsbedömningen läggs på de fysiska behoven, och inte på de psykiska.

I intervjuerna framkom det alltså att informanterna upplevde att de hade ett betydande handlingsutrymme i sitt arbete. Majoriteten menade att arbetet var relativt fyrkantigt, i och med att de övergripande besluten om hur arbetet skulle skötas sker på en högre nivå då det är kommunala politiker som beslutar om gällande riktlinjer. Däremot menade biståndshandläggarna att det oftast fanns möjlighet att gå utanför regelverket och riktlinjerna i vissa frågor. Informant 6 reflekterade kring hennes upplevda handlingsutrymme i relation till regelverk:

[...] vi har ju våra riktlinjer som, som är antagna av politikerna ju. Och där är ju insatserna, och också i riktlinjerna vad som ingår i varje insats. Men allt som är utöver det [...] då kan inte jag ta beslutet, utan då får beslutet fattas högre upp. Men därmed inte sagt att man inte kan ansöka om det och göra en utredning på det, det är bara det att jag inte har befogenheten kanske. Så att... visst, man är begränsad på det sättet att man har riktlinjerna, men samtidigt så [...] är det möjlighet att gå utanför. (I6)

Ambivalensen som uttrycks i detta citat kan med hjälp av Lipskys teori tolkas som en yttring för det handlingsutrymme som biståndshandläggarna har i sitt yrke. Informanten beskriver att hon till viss del känner sig begränsad av regler men att hon å andra sidan har en möjlighet att gå utanför detta om så krävs. Lipsky (2010, s. 13ff) menar att gräsrotsbyråkrater har ett handlingsutrymme där de kan påverka hur insatser ska ges till en individ. Han menar att detta dock inte betyder att gräsrotsbyråkraten inte har regler och riktlinjer att förhålla sig till från organisationen den är anställd vid, precis som informanten i citatet ovan beskriver. De större och övergripande besluten kring riktlinjer och regelverk för hur myndigheten ska handla och fungera tas av högre uppsatta myndighetspersoner, politiker och administrativa tjänstemän (ibid.). Lipsky menar dock att trots detta har gräsrotsbyråkraten möjlighet att använda sitt eget omdöme, och genom detta sitt handlingsutrymme, för att få verksamheten att gå runt på ett bra sätt (ibid.). Det framkom i intervjuerna att alla utom en biståndshandläggare menade att de nyttjade detta handlingsutrymme vid olika tillfällen.

Tre av biståndshandläggarna (informant 1, informant 4 och informant 5) reflekterade kring ifall erfarenhet var en betydande anledning till upplevelsen av större handlingsutrymme.

Informant 1 uttryckte sig på följande vis kring sitt upplevda handlingsutrymme:

Jag tror att jag skulle jobba mer utifrån regler, att jag skulle bli mer begränsad i mitt handlingsutrymme [...] men när man har jobbat ett tag så ser man att man kan töja på vissa gränser, man kan gå utanför ramarna. Och det tror jag också kommer med erfarenhet. (I1)

Informant 5, som var ny i sin yrkesroll, resonerade kring att biståndshandläggarens inställning till handlingsutrymme påverkade hjälpen denne gav till klienten:

Vissa kanske inte upplever att de har tillräckligt mycket handlingsutrymme liksom. Medan jag upplever att jag har. Men jag tror absolut det påverkar [...] Jag har ju tagit mig friheten att tolka vissa insatser på ett helt annat sätt och säger till hemtjänsten “gör såhär istället” Men [...] vissa är säkert mer inriktade på att “det är detta” liksom [...] jag är så “vem f* n bryr sig”. Det har ju bara blivit bättre för brukaren så det är ju viktigt! (I5)

Denna friare inställning till handlingsutrymmet och biståndshandläggarens möjlighet att gå utanför existerande regler som informant 5 uttrycker kan förstås genom Lipskys idéer om den “nyutbildade gräsrotsbyråkraten” (Lipsky, 1980, s. 204ff). Lipsky menar att gräsrotsbyråkrater som är nya i sin yrkesroll också är flexibla i relation till sina klienter och de har ett stort fokus på brukarperspektiv. För den nya gräsrotsbyråkraten sätts brukaren i första rummet och riktlinjer och regler i andra. Man är således mer flexibel i sitt handlingsutrymme (ibid.). Trots detta beskrev även de som hade arbetat som biståndshandläggare en längre tid att det fanns en stor möjlighet att gå utanför regelverk för att anpassa insatserna mer efter individens behov.

Vi konstaterar således utifrån vårt empiriska material att informanterna upplevde att de hade ett betydande handlingsutrymme, och att de vid behov gick utanför riktlinjernas ramar. Vi konstaterade även att biståndshandläggarna hade en tendens att resonera kring att de själva använde sitt handlingsutrymme i fall som rörde äldre med psykisk ohälsa för att tillgodose dess behov, men att man var osäker på om detta var sant för biståndshandläggare som grupp.

7.2.2 Att uppmärksamma behov

I föregående avsnitt konstaterade vi att det förekom ett resonemang hos informanterna om att handlingsutrymmet de har kan leda till att biståndshandläggaren har möjlighet att välja att uppmärksamma vissa behov men inte andra. I detta avsnitt kommer vi att behandla makten som biståndshandläggarna har genom sitt handlingsutrymme.

Det framkom i intervjuerna att det var väldigt sällan som äldre på egen hand i mötet tog upp att de mådde psykiskt dåligt. En biståndshandläggare (informant 7) påpekade under intervjun att man som biståndshandläggare inte alltid kunde veta om en person hade en psykisk diagnos, eftersom man inte har tillgång till klienternas journaler. Informanterna reflekterade i intervjuerna om att det var upp till dem att uppmärksamma den psykiska ohälsan genom att antingen inhämta information från anhöriga eller sjukvården:

Det kan ju komma till en, alltifrån [...] kommunens personal, om de har hemsjukvård, då kanske man kan få reda på det där. Är de dåliga och är inlagda får vi alltid en signal från psykiatrin i vårt datasystem [...] sen kan det vara en anhörig också som är orolig och ringer. Det är väl så man får reda, de hör ju inte av sig själva. (I3)

I ovanstående citat från informant 3 konstaterar denne att ingen av de äldre självmant tog upp att de hade psykisk ohälsa, utan att denna informationen var någonting de själva fick uppmärksamma på andra sätt. Informanterna tog även upp andra sätt som de kunde uppmärksamma den psykiska ohälsan på. Ett av dessa sätt var enligt informanterna att vara observant kring personens hemmiljö. Två informanter (informant 3 och informant 6) påpekade att om hemmet förfallit eller om personen inte brydde sig om sin personliga hygien, var detta starka indikatorer på att personen kunde ha någon form av psykisk ohälsa. Detta var därför något som manade biståndshandläggaren att förhöra sig extra om den äldres psykiska mående. Ytterligare två av biståndshandläggarna (informant 1 och informant 3) tog upp att även hur äldre uppträder och bemöter handläggaren kan ge tecken på psykisk ohälsa. En av dem (informant 1) menade att om personen “svarar lite kort på frågorna”, “är mer tillbakadragen” och om en person är “mer dämpad” så kan det vara tecken på ensamhet och otrygghet. Den andra biståndshandläggaren (informant 3) menade att hon blev mer uppmärksam på det psykiska måendet om en äldre person var “misstänksam för vem jag är, vad vi gör där” samt om de förnekade att de hade någon problematik, trots att det var uppenbart för alla deltagande i mötet. En tredje informant (informant 7) menade att psykisk

ohälsa kan uppmärksammas genom att den äldre har starka känslouttryck i mötet. Om den äldre gråter, är ledsen eller nedstämd, uttrycker ovilja såväl som ilska, förvirring samt uppgivenhet, är detta indikatorer på psykisk ohälsa enligt henne. McCrae et al.:s brittiska studie (2004, s. 510) visade även där att tecken på aggression och minskad omvårdnad av sitt yttre sågs som indikatorer på psykisk ohälsa, så väl som ett minskat initiativtagande hos de äldre. Majoriteten av biståndshandläggarna konstaterade även att det saknades tydliga rutiner för om och hur man ska uppmärksamma psykisk ohälsa hos äldre, och även hur man i så fall ska hantera detta.

Eftersom den äldre sällan självmant tog upp sitt psykiska mående under utredningens gång, och det dessutom saknades rutiner på området var det således oftast upp till den enskilde biståndshandläggaren att uppmärksamma den psykiska ohälsan. Detta ser vi som ett exempel på det som Lipsky (1980, s. 59) beskriver när han skriver att biståndshandläggaren har en makt genom sitt handlingsutrymme. Makten här vilar i huruvida hon väljer att uppmärksamma eller inte uppmärksamma den psykiska ohälsan och huruvida hon väljer att sätta in insatser relaterade till det. Enligt Lipsky har gräsrotsbyråkraten makten i förhållandet på så vis att gräsrotsbyråkraten är den som har möjlighet och kapacitet att ta beslut i förhållandet och det är även gräsrotsbyråkratens prioriteringar och preferenser som styr (ibid.). Makten att uppmärksamma ett problem eller att välja att förbise det ligger således hos den enskilde biståndshandläggaren.

Vi konstaterade i detta avsnitt att biståndshandläggarna kan uppmärksamma psykisk ohälsa på flera olika sätt. Informanterna i vår studie resonerar på likartat sätt som informanterna i den tidigare forskning vi har funnit på området. Vi uppmärksammade även att det i denna kontext blir tydligt att biståndshandläggaren är den som har makten, i relationen mellan handläggaren och klienten, att antingen uppmärksamma de äldres psykiska behov, eller inte.

7.3 Ålderism

I detta avsnitt kommer vi att diskutera informanternas resonemang kring vilka alternativ som finns kring insatser riktade mot psykisk ohälsa för äldre samt eventuella hinder för äldre att ta del av vad handläggarna menade var bättre insatser för målgruppen.

Tidigare i texten resonerade vi kring att biståndshandläggarna i studien ansåg att vissa insatser riktade mot psykisk ohälsa hos äldre inte riktigt fungerade på ett tillfredsställande sätt då problem uppkom bland annat i och med att hemtjänstpersonalen alltid byttes ut (se avsnitt

“8.1.2 Kategorisering av klienter”). Under intervjuerna framförde vissa informanter (informant 3 och informant 5) att boendestöd hade varit en bättre insats för äldre med psykisk ohälsa att kunna ta del av. Informant 3 förklarar att boendestöd är en insats utformad på så sätt att en personal hjälper den enskilde i hemmet med vissa sysslor, fritidsaktiviteter eller samtal. Poängen är enligt henne att klienten ska delta i sysslorna och att personalen ska finnas med som motiverande kraft och stöd.

Informant 5 beskriver varför hon anser att boendestöd är en relevant insats att ha tillgänglig som biståndshandläggare för äldre. Hon menade att insatsen fungerar bättre mot psykisk ohälsa i och med att det oftast är samma person som kommer till klienten över längre tid. Detta skapar möjligheten för en relation att bildas, och för klienten att känna sig trygg med personalen som kommer in i hemmet. Vidare beviljar handläggaren den insatsen genom en mängd tid att själv disponera, inte som enskilda insatser vilket möjliggör för den enskilde att ta den tid som behövs för olika moment, och undvika känslan av stress, som de äldre enligt informanterna upplevde med hemtjänsten.

Informant 3 menade att boendestöd var en mer lämplig insats än hemtjänst för äldre med psykisk ohälsa då hon påpekade att det finns en viktig skillnad i att vissa äldre inte kan utföra vardagliga sysslor på grund av fysiskt funktionshinder, och då passar det med hjälp från hemtjänstens sida som utför sysslorna åt dem, medans andra äldre har kvar sina fysiska förmågor men inte kan utföra exempelvis hushållssysslor på grund av psykiska funktionshinder, som depression eller ångest. Hon menade därför att boendestöd är en bättre insats för vissa av de äldre med psykiska funktionsnedsättningar eftersom insatsen är utformad på så sätt att personalen ska göra insatsen tillsammans med klienten och motivera individen att utföra insatsen på egen hand, med det slutgiltiga målet att klienten ska klara av det själv. Även Chong (2007, s. 103) påpekar i sin forskning vikten av att äldre får möjligheten att leva sitt eget liv i så stor mån som möjligt, och lägger vikt vid behovet av att stärka äldre genom empowerment, genom att fokusera mindre på att utföra sysslor åt äldre, och mer på att motivera och hjälpa äldre att utföra dem själva.

Även fast boendestöd är en insats som är riktad mot de med psykiska funktionsnedsättningar enligt flertalet av informanterna, så beskrev samtidigt majoriteten att insatsen inte fanns tillgänglig för äldre i deras kommun, i och med att de fyllt 65 år. Insatsen fanns bara tillgänglig för äldre i en av kommunerna. Informant 6 framförde att även en annan typ av insats riktade för de med psykisk ohälsa, det vill säga tilldelandet av en kontaktperson (en person som har som uppdrag att vara som en vän och socialt stöd för den enskilde) inte var tillgängliga för äldre i hennes kommun. För att bli tilldelade kontaktperson måste

personen ha fått det innan de fyllde 65 år. Här kan man alltså se att även fast det i kommunerna fanns specifika insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar eller psykisk ohälsa, så som boendestöd och kontaktpersoner, så fick de äldre inte ta del av dessa insatser, enbart på grund sin ålder.

Utifrån Butlers definition av begreppet ålderism kan man argumentera för att de äldre med psykisk ohälsa som inte får ta del av exempelvis boendestöd eller kontaktperson utsätts för en typ av ålderism i dessa kommuner. Detta då de nekas att ta del av en insats som finns tillgänglig för andra, riktade mot behovet de har, enbart på grund av sin ålder. Butler menar att ålderism syftar på diskriminering som människor utsätts för enbart på grund av att de är äldre, och på stereotyper och nidsbilder som skapas om äldre, som gör att deras behov sätts åt sidan (Butler, 2005a, s. xv). Han förklarar att ålderism innebär att äldre inte får ta en likvärdig del av samhällets resurser, som andra åldersgrupper (Butler, 2005, s. 86). Detta blev tydligt i handläggarnas diskussion kring befintliga insatser för de äldre. Äldre hänvisas till insatser fokuserade på de fysiska behoven, medan flertalet insatser riktade mot psykisk ohälsa finns att tillgå för den yngre befolkningen. Detta skulle möjligtvis kunna förklaras med Rolfner Suvantos (2012, s. 14f) forskning, som tyder på att människor har stereotypa bilder av äldre som en nöjd och glad grupp, och att psykisk ohälsa inte passar in i vår mentala bild av gruppen äldre.

Om vi beskådar fenomenet utifrån Lipskys (1980) teori om kategorisering och skapande av klient så ser vi också att de äldre blivit kategoriserade som en enhetlig grupp som därför har tillgång till vissa specifika insatser. Till dessa insatser räknas inte varken boendestöd eller kontaktperson. Denna kategori kan därför ses som otillräcklig, och hjälper till att skapa denna ålderism som de äldre utsätts för, när dess ålderskategori tas i beaktning före dess behov av hjälp.

Rolfner Suvanto (2012, s. 64) har även hon i sin forskning funnit att äldre i Stockholms stad inte får ta del av boendestöd. Hon berättar att man i Stockholm har flyttat över de som tidigare har haft boendestöd till äldreomsorgen i samband med dess 65-årsdag och därmed får de hemtjänst istället. Detta trots att behovet hos individen inte har förändrats. Hon menar att det inte finns någonting i socialtjänstlagen som tyder på att man måste överföras till en annan verksamhet eller enhet på grund av att man fyllt 65 år (ibid.). Även detta anser vi stödjer argumentet att de äldre som inte får ta del av insatsen boendestöd på grund av sin ålder utsätts för en typ av systematiserad ålderism.

Vi har således konstaterat att informanterna i vår studie antytt att äldre i vissa avseenden kategoriseras på ett sådant sätt att de inte får ta del av viktiga resurser som finns tillgängliga

för övriga klienter i kommunerna. Detta tyder på en typ av ålderism där äldre placeras in i en homogen kategori som inte svarar till ett brett utbud av insatser på samma sätt som övriga åldersgrupper, trots att behovet finns.

8. Slutdiskussion

I detta avsnitt kommer vi att sammanfatta studiens resultat med koppling till studiens syfte och frågeställningar. Vi kommer sedan att föra en vidare diskussion kring resultatet och frågor som studien väckt hos oss, samt komma med förslag till vidare forskning.

8.1 Sammanfattning

I vår studie har vi sökt få svar på hur biståndshandläggare inom äldreomsorgen i svenska kommuner arbetar med äldre med psykisk ohälsa. Vi har ämnat klargöra vilka erfarenheter och upplevelser biståndshandläggare har haft i arbetet med denna målgrupp, omständigheter kring uppmärksammandet av den psykiska ohälsan samt hinder och möjligheter som existerar i biståndshandläggarens arbete med att hjälpa äldre som hör till denna klientgrupp.

Analysen av studiens intervjumaterial visade att biståndshandläggare i de kommuner vi undersökte inte ansåg att psykisk ohälsa bland äldre var något ovanligt. De vanligaste formerna av psykisk ohälsa enligt informanterna var oro, otrygghet, och depression. Informanterna uppgav även att ensamhet var en av de främsta orsakerna bakom den psykiska ohälsan. Majoriteten av handläggarna upplevde därtill att det ibland var svårt för dem att bevilja insatser de upplevde som tillfredsställande för att hjälpa äldre med dessa behov. I intervjuerna framkom att äldre nekades somliga insatser som biståndshandläggarna menade hade passat bra för dem, endast på grund av dess ålder. Utifrån detta teoretiserade vi med hjälp av Butlers teori om ålderism och menade att äldre i vissa fall nekas tillgång till resurser som finns i samhället på grund av stereotypa bilder som finns om dem, samt på grund av kategoriseringen av äldre som en homogen grupp. Detta var ett hinder för biståndshandläggarna i att tillgodose adekvata insatser till de äldre med psykisk ohälsa.

Kring uppmärksammandet av den psykiska ohälsan framkom att det var väldigt sällan som äldre på egen hand i mötet tog upp att de mådde psykiskt dåligt och att det var mycket upp till biståndshandläggarna att uppmärksamma den psykiska ohälsan, vilket de gjorde genom att bland annat vara observanta på den fysiska miljön i brukarens hem samt hur personen talade och förde sig.

Intervjuerna visade att informanterna upplever ett stort handlingsutrymme i sitt arbete. Detta handlingsutrymme skapar både möjligheter och potentiella hinder för biståndshandläggarna när det kommer till arbetet med den psykiska ohälsan. Informanterna menade å ena sidan att handlingsutrymmet till viss mån låter dem gå utanför regelverket och hjälpa klienter, utanför ett system som ibland upplevs som för fyrkantigt, men att de å andra sidan kan skapa en situation där handläggare kan välja att uppmärksamma ett behov eller inte. Här analyserade vi med hjälp av Lipskys teori kring gräsrotsbyråkratens maktutövande och hävdade att detta kan ses som ett exempel på att biståndshandläggaren besitter makt gentemot sin klient i och med att hon har valet att uppmärksamma ett behovsområde eller ej. Majoriteten av biståndshandläggarna i intervjuerna menade att handlingsutrymmet var en viktig faktor då den gjorde det möjligt att bibehålla helhetsperspektivet på individen och skapa ett individanpassat insatsarbete.

8.2 Avslutande diskussion

Som tidigare nämnts kunde vi i studien konstatera att informanternas resonemang visade att det finns en viss typ av diskriminering gentemot äldre som förekommer i fördelningen av insatser beroende på ålder. Denna typ av diskriminering är inget som vi fann komma från de enskilda biståndshandläggarna utan är inbakad i strukturen för biståndshandläggningen, där vissa insatser helt enkelt inte finns tillgängliga för människor över 65 år, trots att behovet finns. I flertalet kommuner hade äldre således inte tillgång till bland annat en insats som ansågs viktig av majoriteten av biståndshandläggarna, nämligen boendestöd. Vi själva reflekterade kring att denna insats, och liknande insatser, borde göras tillgängliga även för personer över 65 år.

Genom vår teoretisering av materialet utifrån Lipskys teorier om gräsrotsbyråkrater kunde vi se en tendens till att biståndshandläggarna i mötet med de äldre konstruerade en klient som skulle passa in i myndighetens redan existerande kategorier, så att lämpliga insatser kunde identifieras. Detta för att så många klienter som möjligt ska kunna hjälpas. I samband med detta kunde vi se att de existerande kategorierna ledde till att insatser som inte nödvändigtvis passade den äldres behov ändå beviljades, då det var det bästa alternativet tillgängligt. Det tyder på att arbetet i vissa fall, främst relaterat till den psykiska ohälsan, tenderar att styras av tillgängliga insatser, snarare än individuellt behov. Detta stämmer överens med den tidigare forskning vi funnit på området. I motsats till detta menade dock flertalet biståndshandläggare att deras handlingsutrymme i vissa fall gav dem möjlighet att

kringgå dessa ramar och att de på så sätt ändå kan tillgodose klienten med en insats som är individuellt anpassad.

I vår studie framkom alltså att biståndshandläggarna lade fokus på både de fysiska och de psykiska behoven. Samtliga informanter hade djupgående resonemang kring hur de uppmärksammar äldres eventuella psykiska ohälsa i mötet med sin klient. Detta tyckte vi var intressant då det går emot tidigare forskning som tyder på att psykisk ohälsa ofta förbises i utredningsprocesser.

Flera av biståndshandläggarna hävdade dock att deras uppfattning var att biståndshandläggare som grupp var sämre på att uppmärksamma de psykiska behoven hos äldre. Vi reflekterar kring att detta kan ha att göra med att den tidigare forskningen pekar på att de psykiska behoven hos äldre inte får samma fokus som de fysiska behoven, och att detta är känt hos informanterna. Även vi som intervjuare kan ha haft en påverkan i inställningen hos informanterna. Att vi väljer att utföra en studie kring arbetet med psykisk ohälsa hos äldre tyder på att det är ett ämne värt att utforska och göra mer kring, detta kan sända signaler till informanten om att vi vill undersöka ämnet eftersom fokus generellt inte läggs på det. Vidare är vi medvetna om att vi som intervjuare kan ha påverkat studiens resultat, både genom sättet vi uppfattat klienten, men också genom vår egen eventuella påverkan på klientens svar.

Vi har diskuterat under studiens gång om att bilden av äldre som en homogen grupp i stor grad missgynnar dem i sammanhang som dessa och att gränsdragningen och uppdelningen av befolkningen vid just 65 år ter sig egendomlig. Det behöver ej vara någon egentlig skillnad mellan en 55-årig person och en 65-årig person, men trots det har dessa personer ej tillgång till samma insatser och resurser i samhället. Det tycks för oss underligt att man antar att en person som har fyllt 65 år automatiskt är i behov av mer praktisk och fysisk hjälp via hemtjänst, medan detta i större utsträckning snarare kan vara sant för de äldsta äldre.

Vi upplever att fler studier kring vilka insatser som har en positiv inverkan på äldre med psykisk ohälsa bör utföras och hade varit intressanta att ta del av. Utöver detta även utredande studier kring varför insatser är kopplade till just åldern i stället för behov, när det kommer till gruppen äldre.

9. Litteraturlista

- Ahrne, G. & Svensson, P. (2011). "Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen". I Ahrne, G. & Svensson, P. (red). *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber.
- Andersson, K. (2004). "Det gäller att hushålla med kommunens resurser, biståndsbedömarens syn på äldres sociala behov" i *Socialvetenskaplig tidskrift* 3(4): 275–292.
<http://journals.lub.lu.se/index.php/svt/article/view/15603/14088> (Hämtad 2016-12-28).
- Beekman, A. T., Copeland, J. R., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry* 174(4): 307-311.doi: 10.1192/bjp.174.4.307
- Blomberg, S. & Dunér, A. (2015). "Biståndshandläggarens yrkesroll och handlingsutrymme inom äldreomsorgen". I Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (red.) (2015). *Människobehandlande organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. 1.utg. Stockholm: Natur & kultur.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2. uppl. Malmö: Liber.
- Butler, R., N. (1975). *Why survive?: Being old in America*. New York: Harper & Row.
- Butler, R., N. (2005a). "Foreword". I Palmore, E., B., Branch, L. & Harris, D., K. (red.) (2005). *Encyclopedia of ageism*. Binghamton, N.Y.: Haworth Pastoral Press.
- Butler, R., N. (2005b). Ageism: Looking Back Over My Shoulder. *Generations* 29(3): 84-86.
- Chong, A. M. (2007). Promoting the psychosocial health of the elderly-the role of social workers. *Social Work in Health Care* 44(1-2): 91-109. doi: 10.1300/J010v44n01_08
- Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2011). "Intervjuer". I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red). *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber.

Christensen, K. (2001). De sociale tjenesters græsrodsbureaukrater og deres fordelingspraksis – mellem politikken og folket. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 4(4): 222-238.

Dunér, A. & Nordström, M. (2007). The discretion and power of street-level bureaucrats: an example from Swedish municipal eldercare. *European Journal of Social Work* 9(4): 425-444. doi: 10.1080/13691450600958486

Hawranik, P. (2002). Inhome service use by caregivers and their elders: Does cognitive status make a difference? *Canadian Journal on Aging* 21(2): 257-271. doi: [10.1017/S0714980800001513](https://doi.org/10.1017/S0714980800001513)

Jönson, H. & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kalman, H. & Johansson, S. (2012). “Vad ligger i begreppet forskningsperson? Skydd av försöksperson respektive skydd av informanters integritet”. I Kalman, H. & Lövgren, V. (red.) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.

Larsson, K. (2004). *According to need?: Predicting use of formal and informal care in a Swedish urban elderly population*. Diss., Stockholms universitet.

Larsson, K. & Berger, A. (2007). *En osynlig grupp: Boendestöd för äldre med psykiska funktionshinder*. Växjö: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete. <http://nu.diva-portal.org/smash/get/diva2:205573/FULLTEXT01.pdf> (Hämtad 2016-12-27).

Lind, R. (2014). *Vidga vetandet: en introduktion till samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Lindelöf, M. & Rönnbäck, E. (2007). *Biståndshandläggning och handlingsutrymme - från ansökan till beslut i äldreomsorgen*. Lund: Studentlitteratur.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

McCrae, N., Murray, J., Banerjee, S., Huxley, P., Bhugra, D., Tylee, A., Macdonald, A. (2004). "“They’re all depressed, aren’t they?” A qualitative study of social care workers and depression in older adults” I *Aging & Mental Health* 9(6): 508-516. doi: 10.1080/13607860500193765

Nygren, L. (2012). ”Risken finns, finns nyttan? Etikprövningsnämnderna och den kvalitativa forskningen” I Kalman, Hildur & Lövgren, Veronica (red.) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.

Ormel, J., Rijdsdijk, F. V., Sullivan, M., van Sonderen, E., & Kempen, G. I. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. I *Journal of Gerontology* 57(4): 338-347. doi: 10.1093/geronb/57.4.P338

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2011). ”Att analysera kvalitativt material” i Ahrne, G. & Svensson, P. (red). *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber.

Rolfner Suvanto, S. (2012). *Mellan äldreomsorg och psykiatri: om vård och bemötande av äldre med psykisk ohälsa*. Stockholm: Gothia

SCB (2013). *Sveriges framtida befolkning 2013-2060*.

http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2013I60/BE0401_2013I60_SM_BE18SM1301.pdf (Hämtad 2016-11-24).

SFS 1993:387. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.

Socialdepartementet (2015). *Kommittédirektiv. Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen*.

http://www.regeringen.se/contentassets/ddd4ca46678948b6a49bae8a3f56931d/nationell-kvalitetsplan-for-aldreomsorgen-dir2015_72_webb.pdf (Hämtad 2016-11-18).

Socialstyrelsen (u.d). *Nationell värdegrund för äldreomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen

<http://www.socialstyrelsen.se/aldre/nationellvardegrund> (Hämtad 2016-11-18).

Socialstyrelsen (2012). *Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial*.

Stockholm: Socialstyrelsen

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18615/2012-3-3.pdf> (Hämtad 2016-12-28).

Socialstyrelsen (2013). *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa: slutrapport*. Stockholm:

Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19080/2013-6-3.pdf> (Hämtad 2016-12-20).

Socialstyrelsen (2016a). *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016 - En rikstäckande*

undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. Stockholm:

Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20356/2016-10-2.pdf> (Hämtad 2016-12-25).

Socialstyrelsen (2016b). *Äldres behov i centrum: behovsinriktat och systematiskt arbetsätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF*. Stockholm: Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20239/2016-6-26.pdf> (Hämtad 2016-12-24).

Statens offentliga utredningar (u.d.). *S 2015:03 Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen*. <http://www.sou.gov.se/nationell-kvalitetsplan-aldre/> (Hämtad 2016-12-16).

Svensson, K., Johnsson, E. & Laanemets, L. (2008). *Handlingsutrymme – Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Thornquist, E. (2012). "Etiska utmaningar och motstridiga hänsyn. Reflektioner över en studie från gymnasistisk verksamhet" I Kalman, H. & Lövgren, V. (red.) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf (Hämtad 2016-12-28)

Öberg, P. (2011). "Livshistorieintervjuer" I Ahrne, G. & Svensson, P. (red). *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber.

Bilaga 1: Informationsbrev

Förfrågan

Vi är två studenter från Lunds universitet som går vår sjätte termin på socialhögskolan i Lund. Denna termin skriver vi vår kandidatuppsats. Syftet med vår uppsats är att undersöka biståndshandläggares erfarenheter av förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre och om och hur det påverkar deras arbete. Vi vill också undersöka möjligheten för biståndshandläggare att erbjuda insatser för att hjälpa äldre med psykisk ohälsa.

Vi skulle därför vilja komma i kontakt med biståndshandläggare inom äldreomsorgen för att göra enskilda intervjuer om hur de erfar äldres psykiska hälsa och hur de ser på de insatser de kan erbjuda äldre för att tillgodose dessa behov. Vi önskar intervjuar biståndshandläggare från fyra olika kommuner i Skåne och beräknar att intervjuerna kommer att ta ca 45 - 60 minuter i anspråk. Vi hoppas att om möjligt kunna genomföra intervjuerna vecka 47 - 49, dvs. 21/11 - 9/12.

Deltagandet är frivilligt och det går bra att avbryta sin medverkan i intervjun när som helst. Materialet som vi samlar in kommer enbart att användas i vår forskningsstudie och endast läsas av oss samt vår handledare. Studiens resultat kommer att presenteras i form av en kandidatuppsats i socialt arbete. Informanterna och kommunen de arbetar i kommer att avidentifieras i forskningsstudien.

Vi hade varit mycket tacksamma om det finns biståndshandläggare i er kommun som har möjlighet och vill intervjuas. I så fall, vänligen kontakta:

Emma Engelin

Tel: *****

Email: emma.engelin.xxx@student.lu.se

Eller

Anna Brundell

Tel: *****

Email: anna.brundell.xxx@student.lu.se

(Hör gärna av er även om ni inte kan medverka).

Vår handledare är universitetslektor David Hoff som kan nås via mail: *****@soch.lu.se, eller tel. *****.

Med vänlig hälsning,

Anna Brundell

Emma Engelin

Bilaga 2: Intervjuguide

Information om studien, etiska förhållningssätt, inspelning.

- Kön, ålder, arbetslivserfarenhet, utbildning
- Beskrivning av arbete
- Instrument i bedömningen, tex. IBIC?
- Har du stött på psykisk ohälsa hos dina klienter? Vanligaste formen?

Utbrett? Orsaker till psykisk ohälsa?

- Definition av psykisk ohälsa (enligt dig)
- Uppmärksammandet av psykisk ohälsa hos äldre (I mötet? Via andra? Vem)
- Indikatorer på psykisk ohälsa?
- Har du några rutiner att utgå ifrån från? Vidareutbildning?
- Möjlighet att hjälpa äldre med psykisk ohälsa? Tid, resurser, antal klienter, Hur?
- Insatser för att tillgodose äldres psykiska behov? Hur? Vilka resurser har du?
- Fysiska behov i jämförelse med psykiska behov, hur jobbar ni med dem?
- Aktörer i samarbete kring äldre och deras psykiska hälsa? Hur fungerar detta samarbete?
- Samtal i arbetsgrupp om hur man kan hjälpa äldre med psykisk ohälsa?
- Stöd av din arbetsgrupp eller dina chefer? På vilket sätt?
- Äldres psykiska ohälsa påverkar arbetet? Hur?
- Hinder och möjligheter att hjälpa
- Förbättringar
- Handlingsutrymme?
- Kan du ge något exempel på när det gått bra för dig att erbjuda insatser till en äldre med psykisk ohälsa? Även exempel på när det inte fungerat.
- Formulera en egen insats

Tack för din medverkan!