



LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

Att bemöta psykisk ohälsa i äldreomsorg

- **En kvalitativ studie om ålderism bland undersköterskor.**

Elsa Nilsson

Kandidatuppsats (SOPA63)
Aktuell termin VT 2020
Handledare: Jan Magnusson

Abstract

Author: Elsa Nilsson

Title: *To encounter mental illness within elderly care – A qualitative study on ageism amongst nurses.* [Translated title]

Supervisor: Jan Magnusson

Assessor: Lars Harrysson

The essay aims to examine how nurses within Swedish nursing homes talk about mental illness amongst elderly; together with analysing the result, explaining how ageism expresses itself in the conversation and which impact ageism can have in the care of elderly. The study is qualitative and uses focus groups and vignettes to collect the empirical data. Two focus groups with three nurses in each group were interviewed, the results presented are therefore not generalizable over a bigger population. However, the results preferably intend to generate data for future studies. To analyse the result, ageism was used as a theoretical perspective together with previous studies. Ageism is a theory which explores discrimination based on age and mainly within the older population. The study finds that several of the interviewed nurses discuss elderly with mental illness in a discriminating way. Ageist expressions such as elderly being confused, worried and deviant were common amongst the interviewed nurses. Some findings show that the nurses attitudes seem to correlate with their care due to confusion between knowledge and prejudice. Further research is however needed to determine whether ageism is common within nursing homes or how ageism affects the care of elderly.

Keywords: ageism; nursing home; elderly care; mental illness

Förord

Den här forskningsstudien utgör min kandidatuppsats på socionomprogrammet vid Socialhögskolan, Lunds universitet.

Jag vill tacka min handledare Jan Magnusson för att han väglett mig genom arbetets gång och även efter mitt oväntade uppehåll under studierna. Jag vill också visa min tacksamhet till de undersköterskor som ställt upp att bli intervjuade trots den svåra arbetssituation personal inom äldreomsorgen befinner sig i under rådande pandemi. Ni gör ett fantastiskt arbete. Till sist vill jag även nämna hur tacksam jag är för att ha fått möjlighet att arbeta inom äldreomsorgen. Det är ett arbete som gett perspektiv och insikt om livet men också om människor, särskilt den gruppen människor denna uppsats handlar om, nämligen äldre. – Jag ska inte frukta ålderdomen, för att vara gammal är att vara densamma som jag är nu; tänkande om gårdagen, kännande i nuet, men ovetande om morgondagen.

Elsa Nilsson
Maj 2020

Innehållsförteckning

1 Problemformulering	1
Syfte.....	3
Frågeställningar	3
2 Kunskapsläget	4
Utbildning och kunskap om äldres psykiska ohälsa	4
<i>Vem ansvarar för äldre med psykisk ohälsa?</i>	5
<i>Attityder och bemötande hos undersköterskor</i>	6
<i>Strategier och interventioner för vårdpersonal</i>	7
<i>Demenssjukdom</i>	8
<i>Äldres attityder gentemot psykisk ohälsa</i>	9
Dåtida, nutida och framtida forskning.....	9
3 Teori	11
Begreppsdefinitioner	11
Ålderism	12
<i>Social Identity Theory</i>	13
<i>Terror Management Theory</i>	13
<i>Modernization Theory</i>	15
4 Metod	16
Förförståelse... ..	16
...och förståelse	16
Metodologiska överväganden.....	16
Urval.....	17
<i>Urvalsprocess</i>	18
Fokusgrupper	19
<i>Utförandet</i>	20
Skypesamtal.....	20
Vinjetter.....	21
<i>Vinjettdeskrivning Maja</i>	21
<i>Vinjettdeskrivning Ester</i>	22
Bearbetning av empirin	22
<i>Kodning</i>	23

Metodens tillförlitlighet	24
<i>Pålitlighet</i>	24
<i>Trovärdighet</i>	24
<i>Överförbarhet</i>	25
Forskningsetiska överväganden.....	25
<i>Informationskravet</i>	25
<i>Samtyckeskravet</i>	25
<i>Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet</i>	26
5 Analys och Resultat	27
Stereotypa föreställningar	28
<i>Övergeneralisering</i>	28
<i>Naturligt åldrande</i>	29
<i>Distansering och dehumanisering</i>	29
<i>Naturliga orsaker som förklaring</i>	31
Den avvikande äldre	32
<i>Vi och dom</i>	33
<i>Den fjärde åldern</i>	33
Demens och åldrande – dubbel diskriminering	34
Ålderism i bemötandet av äldre.....	35
<i>Kunskap eller fördom</i>	37
Slutsats.....	39
6 Avslutande Diskussion	40
Referenslista	41
Bilaga I vinjettbeskrivningar	43
Bilaga II informationsbrev	44

1 Problemformulering

Åldrandet är en naturlig del av livet men kan påverka en människas välbefinnande på flera plan. Fysiskt kan du påverkas genom förlorad syn, hörsel eller rörelseförmåga och socialt kan du påverkas genom att behöva flytta till ett boende där ditt privata blir snävare och din integritet prövas. I sådana situationer behöver den äldre anpassa sig i en ny roll och identitet. Med dessa förändringar och andra bakgrundsfaktorer i den äldres liv kan psykisk ohälsa utvecklas hos vissa. De flesta vuxna som går igenom svåra och omvälvande förändringar i sin identitet drabbas av kriser, och får även hjälp och stöttning från anhöriga eller vården för att realisera den nya identiteten. Svensson och Hansson (2017) beskriver att när det kommer till äldre personer drabbade av psykisk ohälsa förekommer det istället attityder om att sjukdomen är en naturlig del av åldrandet, vilket kan hindra vården av den äldre personen. För att förklara och förstå fenomenet om att äldre bemöts annorlunda än yngre har begreppet ålderism utvecklats. Ålderism är en teori vilken syftar till att beskriva den diskriminering som sker utifrån vissa fördomar och stereotypa föreställningar om en människas ålder (Andersson, 2008). Ålderism innefattar alla åldrar men i denna studie kommer fokus ligga på gruppen där diskriminering både är som mest accepterad och problemen som störst, nämligen ålderism gentemot äldre.

Socialstyrelsen (2018) skriver att gruppen äldre med psykisk ohälsa framförallt återfinns i Sveriges primärvård och äldreomsorg. För att en äldre inom äldreomsorgen ska komma i kontakt med läkare kan det behövas att en utomstående person, exempelvis personal, för vidare informationen om den äldres problematik. Det krävs alltså att någon som arbetar i nära relation med den äldre uppmärksammar och hjälper denne att få kontakt med rätt vård. Socialstyrelsen (2013b) beskriver emellertid hur det finns föreställningar hos personal inom äldreomsorgen om hur äldre ”är” eller ”borde vara”, vilket kan förhindra god vård och omsorg till den äldre personen. På särskilda boenden i Sverige är det undersköterskor som möter de äldre dagligen och blir därför den kontakt äldre behöver. En konsekvens av detta blir att undersköterskorna får en roll i att upptäcka symptom på psykisk ohälsa hos äldre.

I en studie utförd av Svensson och Hansson (2017) undersöks undersköterskors kunskaper och attityder om psykisk ohälsa hos äldre personer på äldreboenden. Studien kom fram till att undersköterskor har bristande kompetens när det kommer till att upptäcka psykisk ohälsa, men att ökad utbildning och öppenhet inför att prata om psykisk ohälsa resulterade i att personalen

blev mer uppmärksamma och även mer benägna att ge hjälp åt den äldre utifrån deras egna upplevelser. I antologin "Contemporary Perspectives on Ageism" poängterar Bodner, Palgi och Wyman (2018) de svårigheter som finns i att skilja symptom från normalt åldrande, exempelvis behovet av mindre sömn, förändrad diet och minskad energi. Dessa symptom är även liknande de vid ångest och depression, med skillnaden att ångest och depression går att behandla. En ytterligare svårighet undersköterskor möter är att skilja mellan depression och demens. Ett vanligt ålderistiskt antagande är att demens är en oundviklig del av åldrandet, något som kan resultera i underdiagnostisering av depression. Bodner, Palgi och Wyman (ibid.) hänvisar till en studie om att ålderism kan länka till en tro om att ångestsyndrom har "naturliga" orsaker hos äldre, exempelvis att ångest över att åka buss härstammar från att den äldre tidigare ramlat på bussen. Undersköterskors antaganden om vad som är naturligt för äldre kan alltså påverka den äldres möjligheter att få hjälp för olika former av symptom på psykisk ohälsa.

Flera av studierna påpekar att det saknas forskning kring äldres psykiska ohälsa och hur vårdens bemötande ser ut när det kommer till omvårdnadspersonal. Forskarna menar att det finns ett behov av att diskutera och undersöka hur undersköterskors attityder påverkar det praktiska arbetet och äldres möjlighet att få sina symptom upptäckta. Thompson, Lang och Annelis (2008) nämner hur undersköterskor får en roll att upptäcka och bedöma depressiva symptom hos äldre utan tillgång till validerade mätinstrument eller utbildning som undersköterskorna kan basera sina bedömningar på. Undersköterskorna får istället basera bedömningarna på sin egen kunskap eller attityder. En viktig fråga att ställa sig är vilka uppfattningar undersköterskor har av äldre med psykisk ohälsa. Ett tillvägagångssätt för att undersöka vilka uppfattningar och attityder undersköterskor har av äldre med psykisk ohälsa är att undersöka hur undersköterskor pratar om äldre med olika former av psykisk problematik och analysera samtalen utifrån det teoretiska perspektivet ålderism, vilket denna uppsats syftar till att göra. Studien ger även möjlighet att analysera undersköterskornas beskrivningar av hur de bemöter äldre med symptom på psykisk ohälsa och om bemötandet baseras på ålderism.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur undersköterskor inom äldreomsorgens särskilda boenden pratar om psykisk ohälsa hos äldre samt analysera och förklara hur ålderism uttrycker sig i samtalet och vilken påverkan ålderism kan ha i bemötandet av äldre.

Frågeställningar

- Hur tar sig ålderism uttryck i undersköterskornas samtal om äldre med psykisk ohälsa?
- Hur påverkas bemötandet mot äldre av ålderistiska föreställningar hos undersköterskorna?

2 Kunskapsläget

Forskningsartiklarna har funnits genom en kombination av sökord på både svenska och engelska via LUBsearchs databas och LUBcat (Lunds Universitets gemensamma bibliotekskatalog). Flertalet av de äldre refererade artiklarna (från 1969–1999) har hittats genom referenslistan i antologin ”Contemporary perspectives on ageism” skriven av Ayalon och Tesch-Römer (red. 2018). Jag har utgått från titlarna och sammanfattningarna för att sälla bort material i LUBsearch som inte har varit relevanta för mitt undersökningsområde. Böcker eller antologier med Håkan Jönson som författare har jag fått kännedom om genom hans föreläsningar om ålderism på Socialhögskolan i Lund. Via Samhällsvetenskapliga Fakultetens Bibliotek har jag funnit fler böcker inom ämnet äldreomsorg och ålderism. Socialstyrelsens rapporter valdes genom att utgå från de mest nyligen publicerade rapporterna om ämnet äldre med psykisk ohälsa. De forskningsstudier jag valt att använda är både av kvantitativ och kvalitativ karaktär från såväl svenska som internationella forskare.

Sökord: *mental illness elderly; education; elderly care; nursing home; ageism*

Utbildning och kunskap om äldres psykiska ohälsa

Socialstyrelsens rapport om äldres psykiska ohälsa från 2013 (2013a) konstaterar att bland äldre från 75 års ålder beräknas 15–25 procent lida av någon form av psykisk ohälsa. Den vanligaste formen av psykisk sjukdom bland äldre är depression och hos de över 65 år beräknas 10–15 procent vara drabbade. I en nyare rapport om äldres psykiska ohälsa från Socialstyrelsen (2018) framgår att cirka 63 procent av de 65 år och äldre, som har insatser inom äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård, lider av psykisk ohälsa. Med psykisk ohälsa menar Socialstyrelsen dels mindre allvarliga psykiska problem som oro, dels allvarligare symptom som uppfyller kriterier för en psykiatrisk diagnos (Socialstyrelsen, 2018). Socialstyrelsen (2013a) tar upp att psykisk sjukdom ibland förväxlas med demenssjukdom eftersom de båda tillstånden kan dölja varandra. Konsekvensen blir att multisjuka äldre inte får sina behov uppmärksammade och att detta är ett resultat av symptombildens komplexitet och bristande specialpsykiatrisk kompetens. Läkemedel används framförallt för äldre patienter trots att kognitiv beteendeterapi och andra former av terapi är rekommenderade behandlingar i Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid depression (ibid.). I Socialstyrelsens rapport från 2018 framgår att det är vanligt förekommande att äldre med psykisk ohälsa blir behandlade med flera

olika typer av psykofarmaka, både regelbundet och med flera andra läkemedel samtidigt. Att äldre med psykisk ohälsa får bristande behandling är även vanligt förekommande i andra länder. I en norsk studie utförd 2017 beskrivs hur äldre, i högre utsträckning än andra vuxna, ordineras äldre former av antidepressiva läkemedel framför nyare, trots nationella riktlinjer om vilka läkemedel som ska ordineras vid depression. Studien tar även upp liknande företeelser i Nederländerna där endast 42 procent av patienterna fick behandling överensstämmande med klinisk praxis vid depression. (Aakhus et al, 2017).

Vem ansvarar för äldre med psykisk ohälsa?

Enligt Socialstyrelsen (2013b) är det inom äldreomsorg och primärvården störst andel äldre med psykiatrisk problematik återfinns. De huvudmän som ansvarar för äldres psykiska ohälsa är framförallt psykiatrin, primärvården och äldreomsorgen. I Socialstyrelsens rapport (2013a) diskuteras det hur äldre sällan hamnar i kontakt med huvudmännen eller läkare. Istället är det distriktsköterskor och personal som har den dagliga kontakten med äldre personer. Anledningen till att äldre hamnar i skymundan är att det finns brister mellan huvudmännens samverkan och att huvudmännen inte uppmärksammar äldres behov i tillräckligt hög grad. Vidare skriver Socialstyrelsen (ibid.) att personalen skulle behöva ha större möjlighet att upptäcka om den äldre har eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa. Socialstyrelsen (2018) beskriver brister i vård och omsorg, exempelvis hur personalen inom särskilda boenden inte har tillräcklig med kunskap för att upptäcka, behandla, bemöta eller förebygga psykisk ohälsa hos äldre personer.

Svenssons och Hanssons (2017) undersöker hur undersköterskors utbildning och kunskap om äldres psykiska ohälsa kan påverka attityder gentemot äldre. Studien är högst relevant eftersom den inriktar sig på att studera vad som orsakar bristande hjälp till äldre med psykisk sjukdom på mikronivå. Socialstyrelsens rapporter om äldres psykiska ohälsa (2013a) tenderar att fokusera på ett större perspektiv. Socialstyrelsens insatser läggs på samverkan mellan olika huvudmän, trots att en problematik som nämns är att huvudmännen sällan får möjligheten att träffa gruppen äldre med psykisk sjukdom. Huvudmännen kan specialutbilda sig, fastställa rutiner, involvera äldre som grupp i sina avtal och stärka samarbetet sinsemellan, men om vården inte vet vilka äldre som lider av psykisk sjukdom blir insatserna inte till någon nytta.

A high prevalence of mental illness and a scarce detection of the conditions together with perceived barriers to seek help lead to insufficient treatment and lower quality of life. Improvements in mental health care for the elderly must be based on better routines among general health care staff to identify mental illness and better accessibility to qualified treatment. (Svensson & Hansson, 2017, s. 595).

Som Svensson och Hansson (2017) beskriver i citatet handlar en stor del av problematiken att de som arbetar närmast med äldre inte uppmärksammar brukarnas behov i tillräckligt hög grad. Äldre kan inte komma i kontakt med huvudmännen om varken den äldre själv eller personalen lägger resurser på att identifiera symptom och ta hjälpen vidare.

Attityder och bemötande hos undersköterskor

Svensson och Hansson (2017) menar att undersköterskors bemötande kan vara en anledning till att äldres psykiska ohälsa inte uppmärksammas. Deras studie lägger därför fokus på ett utbildningsprogram där undersköterskor får lära sig att bedöma risken för självskadebeteende, att lyssna fördomsfritt, ge information och uppmuntran, uppmuntra den äldre till professionell hjälp samt uppmuntra till själv-hjälps strategier. Syftet med studien var att undersöka om undersköterskornas attityder och förtroende till att hjälpa äldre med psykisk sjukdom förändras med hjälp av utbildningsprogrammet. Resultatet av studien visade stora positiva förändringar i undersköterskornas initiativtagande till att fråga de äldre om sitt mående samt uppmuntra den äldre till att söka hjälp enligt undersköterskorna själva. Upptäckten av psykisk ohälsa hos brukarna samt att hänvisa dem till specialiserad psykiatrisk vård kan på så sätt öka eftersom undersköterskorna tar initiativ till att prata om hälsa och välmående.

Studien kan däremot inte på ett säkert sätt säga att fler äldre fick tillgång till vård, utan resultatet visade endast undersköterskornas egna upplevelser efter att ha genomgått utbildningen. Det krävs alltså ytterligare studier för att se om attityder gentemot psykisk ohälsa även direkt och praktiskt påverkar vården av de äldre. Studien diskuterar heller inte vilka attityder undersköterskorna hade gentemot psykisk ohälsa hos äldre eller hur attityderna kan påverka undersköterskornas förhållningssätt. En studie från 1999 av Caris-Verhallen et al. diskuterar däremot undersköterskors attityder och bemötande gentemot äldre patienter. Studien visade hur en negativ attityd hos vårdpersonalen påverkade bemötandet av den äldre patienten. Undersköterskor med en mer negativ attityd bemötte patienten kortare och ytligare. Personalen

fokuserade även mer på det praktiska utförandet och tenderade att prata nedvärderande gentemot patienten, samt involverade inte personen i beslut och konsultation. Caris-Verhallen et al. (1999) studie antyder om att en negativ attityd gentemot äldre kan påverka bemötandet av den äldre.

Strategier och interventioner för vårdpersonal

Thompson, Lang och Annelis (2008) studerade vilka interventioner som är mest effektiva för undersköterskor att använda sig av vid bemötandet av psykiskt sjuka äldre. Forskarna argumenterar att undersköterskornas egna attityder och åsikter är en risk när det kommer till hjälpanvändandet av äldre med psykisk ohälsa och att det är nödvändigt för omvårdnadspersonal att använda sig av giltiga mätinstrument. Thompson, Lang och Annelis (2008, s. 1420) skriver, "Community nurses are in a pivotal position to identify changes in mental health and for implementing strategies that might include screening, assistance with medications, monitoring for changes over time, referral and, perhaps, psychotherapies like counselling." De fortsätter med att beskriva hur undersköterskor får en roll i att identifiera psykisk ohälsa och referera den äldre vidare till läkare, trots att undersköterskorna själva inte är utbildade mentalvårdare. Citatet beskriver hur undersköterskor får en roll de själva kanske varken är utbildade för eller beredda att ta till sig, samtidigt som rollen är en viktig del i processen för den äldre att få hjälp för sina problem.

"Screening", det vill säga att undersköterskorna undersöker och kontrollerar om den äldre har en psykisk sjukdom var den vanligaste interventionen undersköterskor tog till sig enligt studien (Thompson, Lang & Annelis, 2008). Undersköterskornas egna kontroller av psykisk ohälsa hos äldre jämfördes sedan med validerade redskap för bedömning av psykisk ohälsa. Resultatet visade att redskapen var övervägande bättre på att upptäcka symptom hos de äldre. Undersköterskorna kunde endast korrekt identifiera färre än hälften av fallen där patienten led av depression när de utgick från sina egna uppfattningar och åsikter om mental ohälsa. Resultatet kunde även visa att erfarenhet korrelerade med undersköterskornas möjlighet att upptäcka och identifiera depression hos äldre. Forskarna argumenterar att det visar på vikten av att undersköterskor blir exponerade för och utbildade om äldre med psykisk ohälsa, eftersom det ökar deras förmåga att se och bedöma depressiva symptom. (ibid.). Undersköterskornas uppfattning om mental ohälsa hos äldre påverkar alltså möjligheten för äldre att få korrekt hjälp.

Studien diskuterar även hur det saknas forskning kring undersköterskors roll vid omhändertagande av psykiskt sjuka äldre, samt att deras egen studie inte går att generalisera över en större population. Istället för att ge belägg för att undersköterskor har bristande förmåga att upptäcka psykisk ohälsa hos äldre kan studien visa på en viss trend inom vården av psykiskt sjuka äldre. (Thompson, Lang & Annelis, 2008). Vad studien menar är deras starkaste poäng är att mätbara instrument för att kontrollera äldres psykiska hälsa är att föredra framför undersköterskors egna bedömningar. ”It is quite possible that without the use of validated screening tools, community nurses may well be contributing to the under-detection and hence under-treatment of mental health disorders in the older population.” (Thompson, Lang & Annelis, 2008, s. 1426).

Demenssjukdom

Att studera diskriminering gentemot äldre utan att också ha en viss förståelse för stigma kopplat till demens är en svårighet eftersom de båda begreppen ofta flyter in i varandra under samtal om äldre. Det är därför nödvändigt att presentera forskning om demenssjukdom, trots att det inte är en psykisk sjukdom. Evans tar upp förhållandet mellan ålderism, stigma och demenssjukdom i sitt kapitel i antologin ”Contemporary Perspectives on Ageism” (2018). Demens innefattar olika neurologiska sjukdomar, exempelvis Alzheimers sjukdom, med symptom som minnesförlust, desorientering, beteendeförändring och svårigheter med problemlösning. Evans (ibid.) skriver att demenssjukdom är individuellt och är *inte* en oundviklig konsekvens av åldrandet, utan att ökad ålder är den största riskfaktorn för utvecklandet av en demenssjukdom. Ett resultat av kopplingen mellan ökad ålder och demenssjukdom är att människor med demenssjukdom får känna av stigmat associerat med sjukdomen samt stigmat kopplat till ålderdom, vilket leder till en form av dubbel diskriminering. (ibid.). Stigma kopplat till samhällsvetenskap är ett begrepp som först användes av Erving Goffman (Goffman, 2005/1986, s. 5) i en artikel om relationen mellan en viss egenskap och sociala stereotyper. En individ som bryter mot det normala (normen) med något oönskat och annorlunda, har ett stigma. Goffman (ibid.) menar att den som har ett stigma kan bli utsatt och diskriminerad. Enligt Evans (2018) kan stigmat även leda till försenad diagnostisering eller behandling av demenssjukdom. I europeiska länder rapporterades att 40–60 procent demensdiagnoser missas och att när diagnosen väl görs har sjukdomen redan nått ett senare stadium (ibid.). Antaganden om att symptomen beror på ålder samt stigmat över att söka hjälp för sina problem resulterar alltså i försämrad vård för äldre personer.

Äldres attityder gentemot psykisk ohälsa

Howard M. Waxman (1986) diskuterar i sin artikel hur bristande vård för äldre med psykisk ohälsa inte enbart kan förklaras genom ålderism från vårdpersonal. Waxman (ibid.) menar att även äldres attityder och beteende samt interaktion med vårdgivare spelar in i att upptäckten av mental ohälsa i gruppen äldre är lägre. Waxman skriver ”The elderly patients’ reluctance to admit psychological problems, coupled with the depressed older patients’ tendency toward somatization, creates considerable difficulties for... physicians.” (Waxman, 1986, s 298). Waxman menar att äldre dels upplever stigma kopplat till psykisk ohälsa, dels att äldre hellre behandlas för somatiska symptom framför depressiva, vilket påverkar den vård äldre får. Samtidigt menar Waxman att främsta lösningen ligger i vårdgivarnas förmåga att upptäcka psykisk ohälsa hos äldre. De andra lösningar som presenteras i artikeln ligger framförallt på meso- och makronivå. Interventionerna handlar om att informera befolkningen om psykisk ohälsa och framförallt informera de som är den äldre personen närmast. (ibid.) Howard M. Waxman skrev sin artikel för över trettio år sedan, och det han skriver är (nästan skrämmande nog) lika aktuellt idag.

Currently, however, older persons greatly underuse specialized mental health services, and this trend will continue unless corrective steps are taken. [...] Perhaps the most important single step towards increased treatment for older persons with mental disorders involves increased collaboration between geriatric mental health specialists and general practice physicians who are in an excellent position to offer early recognition and collaborative treatment or referral. (Waxman, 1986, s 299)

Dåtida, nutida och framtida forskning

Den tidigare forskningen lägger framförallt fokus på attityder och kunskaper hos undersköterskor när det kommer till upptäckten av eller bemötande av äldre med psykisk ohälsa. Det saknas studier som presenterar hur undersköterskor pratar om äldre med psykisk sjukdom och hur fördomar om äldre påverkar vården. Forskningsartiklarna som presenterats är intressanta eftersom de pekar mot att det kan finnas en korrelation mellan kunskap om psykisk ohälsa och upptäckten av problematiken hos äldre samt att fördomar eller åsikter kan förhindra hjälparbetet. Studierna är små och kan inte generaliseras över en större population, därför behövs mer omfattande forskning på området. Den tidigare forskningen presenterar heller inte information om hur och om det finns någon diskussion bland vårdpersonalen kring äldres

psykiska ohälsa och vilka fördomar, åsikter eller uppfattningar som existerar. Trots att diskriminering gentemot äldre länge varit känt tillsammans med att äldre frågor är en aktuell politisk fråga, verkar gruppen äldre glömmas bort i forskarvärlden. Det är inte bara ett, utan flera områden på mikro- och makronivå vilka förtjänas att utforskas och studeras. Vidare forskning om äldreomsorgen är viktig och kan förhoppningsvis förbättra situationen för äldre, och så småningom, oss själva.

3 Teori

Inledningsvis i teoriavsnittet definieras begreppen psykisk ohälsa och äldre personer. Under analysen kommer framförallt ett teoretiskt perspektiv stå i centrum, ålderism. I det teoretiska avsnittet beskrivs ålderismens bakgrund, definition av ålderism och perspektiv på ålderdom. Därefter beskrivs tre olika teoretiska perspektiv på mikro- och makronivå vilka kan appliceras som orsaker till diskriminerande behandling av äldre. Dessa förklaringsmodeller kommer användas under analysen av det empiriska materialet. De tre teorierna är: Social Identity Theory, Terror Management Theory och Modernization Theory. Den sistnämnda teorin berör jag endast kortfattat både i teoriavsnittet och analysen eftersom teorin inriktar sig på ett makroperspektiv och uppsatsen har en inriktning på mikronivå. Teorin genererar likväl en form av sammanhang och tydliggörande vilket jag menar är nödvändigt för att förstå ålderismens uppkomst, men även komplexitet.

Begreppsdefinitioner

I studien används psykisk ohälsa som ett sammanfattande begrepp av mildare psykiska symptom så som oro och nedstämdhet och allvarigare symptom så som vanföreställningar och de symptom förekommande vid en psykiatrisk diagnos. Den här beskrivningen utgår från Socialstyrelsens definition av samlingsbegreppet psykisk ohälsa i deras senaste rapport om äldreården. (Socialstyrelsen, 2020). Beslutet om att använda en vid definition av psykisk ohälsa beror på de generella beskrivningarna av de äldres symptom i vinjettbeskrivningarna.

Med begreppet äldre menas dels de människorna som beskrivs i vinjetterna, dels de som undersköterskorna själva nämner i intervjuerna. ”De äldre” som hänvisas till under studien är personer inom Sveriges särskilda boenden. Ett särskilt boende är synonymt med äldreboende. I Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) 5 kap. 5 § står det i andra stycket ”Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.” I lagen finns ingen specifik definition för vem som är ”äldre”, istället utgår lagen från vilket behov personen har. Vanligtvis, i exempelvis Socialstyrelsens rapporter, benämns äldre som 65 år eller äldre, men det verkar inte finnas någon entydig definition om vem som räknas in i gruppen äldre. Därför kommer äldre användas som en generell term i studien istället för att nämna ett specifikt åldersspann på vilka som tillhör gruppen äldre, eftersom åldern på särskilda

boenden och hemtjänst kan variera stort. (Samtidigt är det intressant att lagen benämner de med vårdbehov som äldre, trots att även de under 65 års ålder kan ha rätt till särskilda boenden.)

Ålderism

Age-ism reflects a deep seated uneasiness on the part of the young and middle-aged—a personal revulsion to and distaste for growing old, disease, disability; and fear of powerlessness, "uselessness," and death. (Butler, 1969, s 243)

Robert N. Butler myntade begreppet ålderism när han 1969 diskuterade diskriminering baserat på ålder. Sedan dess har begreppet utvecklats och använts i teoretiska sammanhang. Andersson (2008) problematiserar definitionen av ålderism genom att presentera olika förståelser av åldrandet och diskriminering. Dels skiljer Andersson på kronologisk ålder och uppfattad ålder, det vill säga om ålderism är ett uttryck för att någon har en viss ålder eller om personen uppfattas som gammal. Ålderism har även definitioner vilka innefattar åldern generellt och inte enbart gruppen äldre. Definitionerna mellan generell ålder och äldre är dock lika i sin utformning eftersom de alla poängterar hur diskriminering utgår från en människas ålder. Andersson (2008, s. 12) sammanfattar definitionen av ålderism med beskrivningen "fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till diskriminering".

Två vanliga beteckningar på åldern är "den tredje åldern" och "den fjärde åldern". Den tredje åldern innebär den tid då en person slutat arbeta men är kapabel att klara sig själv. Den fjärde åldern är den tid då personen är beroende av andra för att kunna klara sig. (Andersson, 2008). Även om både den tredje och fjärde åldern ingår i definitionen av att vara äldre finns det en strid mellan de båda åldersgrupperna. Oavsett, skriver Andersson (ibid.), blir kategoriseringarna av äldre förenklade och bidrar till en bild av den äldre som avvikande. Antingen är den äldre i tredje åldern oberoende och aktiv, eller så är den äldre i fjärde åldern, klen, förvirrad och ensam. Ingen av beskrivningarna ger en nyanserad eller verklighetsförankrad bild av den äldre. (ibid.)

I antologikapitlet "Ageism – Concept and Origins" förklarar Ayalon och Tesch-Römer (2018) ålderism som en stereotyp kategorisering av äldre. Författarna menar att vi ofta pratar om äldre generellt framför individuellt; att vi pratar om "att åldras" istället för att prata om de flertaliga och unika vägvalen under livets gång; samt att vi tenderar att tänka att ålderdom är ett ensidigt

steg i slutet av livet och inte att levnadssituationen för äldre är mångfaldigt och heterogent. Ayalon och Tesch-Römer (ibid.) skriver att när vi försummar olikheterna mellan individer, tenderar vi att övergeneralisera och behandla äldre stereotyp.

Social Identity Theory

Social Identity Theory, eller social identitetsteori, är en teori som kan ge en förklaring till förekomsten av ålderism och är därför relevant i en studie om hur ålderism uttrycker sig i samtal hos undersköterskor. Social identitetsteori handlar om hur människan skapar sociala identiteter utifrån att dela upp världen i ett "vi och dem" och där "dem", eller "utegruppen", räknas som sämre (Harnett, Jönson & Wästerfors, 2012). Harnett, Jönson och Wästerfors kopplar teorin till begreppet "andrafiering", vilket innebär "att man framställer någon som 'den andra', det vill säga som något annorlunda och främmande" (Harnett, Jönson & Wästerfors, 2012, s. 19). Författarna skriver att andrafiering kan rättfärdiga att utegruppen blir behandlad på ett sätt som en själv inte skulle acceptera (ibid.). Ayalon och Tesch-Römer (2018) beskriver Social Identity Theory som en separation mellan ung och gammal där individer dras till grupper som kan stärka den egna själv-bilden och att det är därför individen skapar skillnader mellan den egna gruppen och andra grupper.

Harnett, Jönson och Wästerfors (2012) diskuterar andrafiering på en samhällsnivå, de skriver: "Samhället är åldersuppdelat och organiserat på ett sätt som förhindrar gemenskap mellan olika åldersgrupper." (Harnett, Jönson & Wästerfors, 2012, s. 24). Ayalon och Tesch-Römer (2018) ger exempel på hur samhället är åldersuppdelat genom en planerad livslinje, exempelvis att individen först ska genomgå utbildning, sedan arbete och till sist pension. Segregationen i livslinjen mellan ung och gammal kan därmed ge upphov till ålderism eftersom den förhindrar gemenskap och underlättar andrafiering. Social identitetsteori kan ge svar på varför äldre bemöts diskriminerande av yngre grupper genom förklaringen att den yngre generationen skapar eller uttrycker negativa stereotyper och fördomar gentemot "den andra" gruppen, äldre, för att på så sätt stärka den positiva bilden av att vara ung.

Terror Management Theory

Teorin Terror Management Theory härstammar från kapitlet "The Causes and Consequences of a Need for Self-Esteem: A Terror Management Theory" skrivet av Greenberg, Pyszczynski

och Solomon (1986). I det här teoriavsnittet blir författarnas genomgång i artikeln ganska förenklad och sammanfattad men det är för att läsaren någorlunda ska få sig en begrepps bild av vad teorin innebär. Författarna börjar artikeln med att argumentera för behovet av självförtroende för att sedan vidare presentera teorin om terror management theory. Teorin beskriver hur människan skiljer sig från djuren genom kulturen. Kulturen skapar mening, trygghet och samhörighet i ett universum som annars ter sig kaotisk och farligt. Kulturen kan ge människan möjlighet att förneka sin egen sårbarhet och dödlighet vilket resulterar i en känsla av meningsfullhet och självförtroende. Kulturen blir ett sätt att minimalisera *terror*, det vill säga skräck. För att individen ska få vara del av kulturen måste hen visa sig värdig och förtjänt av den kultur individen tillhör, och därför blir självkänslan viktig. Om något eller någon, beskrivet som ”ut-gruppen”, skulle hota kulturen och därmed det egna självförtroendet (vilket resulterar i ångest/skräck) måste individen förgöra hotet. Ett sätt att förgöra hoten är ”in-gruppens” skapande av negativa attityder, tro och handlingar gentemot ”ut-gruppen”. (Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1986). Teorin beskriver alltså varför individer väljer att skapa negativa attityder gentemot en annan grupp utifrån ångest av att bli utstött ur den egna och trygga gruppen.

Wyman, Shiovitz-Ezra och Bengel (2018) kopplar teorin om Terror Management Theory till uppkomsten av ålderism. De skriver i antologin ”Contemporary Perspectives on Ageism” att ålderism leder till en kategorisering av äldre som senila och rigida och att kategoriseringen tillåter yngre att se äldre som annorlunda, vilket underlättar en dehumanisering och försummelse. Yngre distanserar sig från äldre eftersom äldre representerar och påminner om den egna och oundvikliga dödligheten. Ålderdom är relaterat till försämrad hälsa, förminskad fysisk aktivitet, lägre social status och lägre självkänsla. En stereotyp föreställning om äldre hjälper oss att distansera självet från att identifiera sig med ålderdom.

Även Harnett, Jönson & Wästerfors (2012) kopplar Terror Management Theory till ålderism och beskriver teorin som en förnekelse på ett djupare plan och att det är därför ”vi” inte kan identifiera oss med äldre omsorgstagare, trots vetenskapen om att människan till slut blir äldre och beroende. Wyman, Shiovitz-Ezra och Bengel (2018) menar att den stereotypa föreställningen kan förstärkas ytterligare hos de som arbetar närmast med äldre, det vill säga vårdpersonal. Vårdpersonal möter sjukdom, senila och funktionsnedsatta under en längre tid vilket kan bidra till en starkare vilja att distansera sig från den äldre generationen.

Terror Management Theory liknar på många sätt social identitetsteori, med den stora skillnaden att skräcken inför döden är den största faktorn till människors beteende i terror management theory. De båda teorierna beskriver vikten av att skapa ett "vi och dom" för att på något sätt förstärka den egna självbilden eller självförtroendet för att samtidigt distansera sig från den andra gruppen, i det här fallet äldre som förknippas med negativa egenskaper som sjukdom och dödlighet. De olika teorierna beskriver även hur in-gruppen kan dehumanisera och distansera sig från andra grupper för att underlätta ett diskriminerande förhållningssätt.

Modernization Theory

Modernitetsteorin är det moderna samhällets påverkan på äldres status i samhället. Utvecklingen av teknik och medicin har resulterat i en ökning av äldre vuxna vilket har lett till en känsla hos yngre generationer att äldre kan tas för givet. Ayalon och Tesch-Römer skriver, "As a result, old age is no longer the exception, representing a 'survival of the fittest,' but rather a common occurrence generally associated with frailty, morbidity, and disability." (2018, s 7) Teorin har sitt största fokus på äldres minskade status i samhället, men den tar även upp hur den yngre generationen får ökad makt och inflytande i ett modernt samhälle som värderar kunskap och färdighet.

Jönson (2002) problematiserar moderniseringsteorin och menar att det finns en tendens att se historien som homogen medan vi betraktar vårt samtida samhälle som komplext och motsägelsefullt. Han menar att det kan ha förekommit ålderism då som nu, och att fattiga och skröpliga åldringar saknat hög status i något samhälle. Jönson gör en intressant liknelse av modernitetsteorin med ett nostalgiskt uttalande om att det var bättre förr, och att teorin kanske säger mer om vår samtid än om äldres historiska status. Jönsons exempel ger ett intressant perspektiv på vem som äger berättelsen om diskriminering gentemot äldre och hur berättelsen kan förändras beroende på vem som berättar den.

4 Metod

Förförståelse...

Innan jag går igenom de metodologiska överväganden som gjorts under processens gång vill jag diskutera mitt eget förhållande till studien och dess forskningsfrågor. Intresset för ålderism och psykisk ohälsa hos äldre kommer från att jag själv arbetat inom äldreomsorg på särskilda boenden. Jag gav omsorg till äldre med dödsångest, demenssjukdom, psykisk sjukdom, allvarliga fysiska sjukdomar och äldre som låg inför döden, det vill säga palliativ vård. Jag utgjorde grundpelaren till ålderismen som utbildad, oerfaren och timavlönad nittonåring. Med denna bakgrund tar jag på mig ett teoretiskt perspektiv som redan genomsyrat vardagen i flera år. Jag har därmed haft vissa förväntningar av resultaten i studien eftersom jag vet hur svårt det är att bemöta, och hur lätt det är att avfärda, äldre människor inom särskilda boenden.

...och förståelse

I boken ”Makt och vanmakt på äldreboenden” diskuterar Harnett, Jönson och Wästerfors (2012) den institutions-liknande och rutindrivna verksamheten som ska vara hem för äldre; en salig blandning av särbehandling och omsorg. En bok som beskriver *svårigheterna att undvika* ett ålderistiskt förhållningssätt inom äldreomsorgen. De vinjetter jag använder mig av under intervjuerna är valda utifrån min egen erfarenhet av möten med äldre och äldre sjuka människor. Vinjetterna är valda därför att de är realistiska och vanligt förekommande inom vård och omsorg, och inte för att locka undersköterskorna i en fallgrop för ålderism. Därmed är det viktigt att poängtera att min använda metod och arbetsplatsen i sig *underlättar* för undersköterskorna att uttrycka åsikter som kan tyckas oförstående. För personer som aldrig vistats i en vård- och omsorgsmiljö kan det tänkas obegripligt att uttrycka sig som undersköterskorna gör, men då rekommenderar jag starkt att ni läser tidigare nämnda bok, alternativt söker sommarjobb i vården.

Metodologiska överväganden

Den använda metoden är kvalitativ och utförs genom intervjuer i fokusgrupp tillsammans med undersköterskor på särskilda boenden med tillhörande vinjettfrågor. Intervjuerna sker på distans via det internetbaserade kommunikationsverktyget Skype. Metoden som används är kvalitativ eftersom studien syftar till att undersöka undersköterskors beskrivningar av äldre med

psykisk ohälsa. I kvantitativ forskning är det framförallt forskarens intressen som styr (Bryman, 2008) vilket inte skulle lämpa sig för problemformuleringen eftersom det är undersköterskornas egna sätt att prata som ska lyftas fram. Den kvalitativa utgångspunkten tillåter mening utifrån individens perspektiv samt att den sociala verkligheten är en produkt av individens göranden och låtanden. Samtidigt är kvalitativa undersökningar kritiserade för att vara för subjektiva eftersom mycket av forskningen bygger på forskarens uppfattningar om vad som är betydelsefullt (ibid.). Därför kan användandet av fokusgrupper men tillhörande vinjettfrågor vara en fördel eftersom det minskar forskarens inflytande över samtalet och respondenterna ges mer utrymme att berätta om sina egna reflektioner. Resultaten av intervjuerna kommer vara specifika för platsen som de utfördes på men också personerna som intervjuades. Bryman (ibid.) tar även upp att resultat kan vara tidsberoende. Kanske kommer det finnas mer specialiserad kunskap om äldres psykiska ohälsa i framtiden eller förändrade förhållanden kring särskilda boenden vilket gör att studiens relevans minskar. Som det ser ut nu är studien relevant för samhällsvetenskaplig forskning eftersom det finns mycket kunskapsluckor kring undersköterskors uppfattningar och förståelse av psykisk ohälsa hos äldre personer och hur attityderna påverkar deras bemötande.

En alternativ kvalitativ metod till studien, som ytterligare hade kunnat förhindra subjektivitet, är att forskaren strävar mot ett långvarigt engagemang i den sociala miljön hen befinner sig i för att få fylligare information (Bryman, 2008). Metoden observation hade kunnat öka förståelsen av undersköterskors uppfattningar om äldres psykiska ohälsa. Genom att observera undersköterskornas arbete kan forskaren se om resonemang överensstämmer med verkligheten. Metoden kan dock äventyra bevarandet av brukarnas integritet samt att forskaren närvaro hade kunnat försvåra eller förhindra ett öppet och givande samtal mellan undersköterska och brukare som lider av psykisk ohälsa. Bryman (ibid.) beskriver även risken för att forskaren hamnar i situationer där delaktighet blir oundviklig eller att hen känner sig tvingad att gripa in.

Urval

Urvalet har varit målinriktat eftersom forskningsfrågorna hänvisar till undersköterskors samtal. Ett målinriktat urval innebär att deltagare och organisationer väljs utifrån relevansen av forskningsfrågorna, urvalet är alltså inte slumpartat (Bryman, 2008). Sådant som kön, ålder, etnicitet etcetera har inte tagits hänsyn till under letandet eftersom samtliga undersköterskor oavsett kategorisering arbetar med äldre och utför liknande arbetsuppgifter som rör äldre på

särskilda boenden. Jag har även utgått från ett bekvämlighetsurval trots att det minskar generaliserbarheten i arbetet eftersom det inte går att avgöra vem gruppen är representativ för (ibid.). Att bekvämlighetsurval ändå används beror på tids- och resursbrist men också att forskningsfrågorna inte ämnar generera ett generaliserbart resultat, istället syftar undersökningen till att bidra till underlag för framtida studier kring undersköterskors uppfattningar och bemötande när det kommer till äldre med psykisk ohälsa. Urvalet har bestått av två fokusgrupps-intervjuer med vardera tre undersköterskor i varje grupp. I fokusgrupp 1 arbetade alla tre undersköterskor på samma arbetsplats och i fokusgrupp 2 arbetade två av undersköterskorna på samma arbetsplats och den tredje på ett annat boende. Två av deltagarna är bekanta till mig och resterande är bekantas bekanta. Deltagarna är anonyma och har getts fiktiva namn i analysen.

Urvalsprocess

För att få kontakt med undersköterskor på särskilda boenden har mejl om deltagande skickats ut till verksamhetschefer på äldreboenden inom Lunds och Malmö kommun. Det har varit framförallt två hinder i sökandet efter undersköterskor att intervjua. För det första har hindret varit att inte kunna komma i direktkontakt med undersköterskor utan att istället behöva komma i kontakt med och förlita sig på att verksamhetscheferna för vidare informationen ut till sina anställda. De flesta verksamhetschefer har inte gett ett svar tillbaka, några svarade att de ska föra vidare informationen och ett par svarade att de inte har möjlighet att föra vidare informationen. Det senare svaret berodde på det andra hindret i sökandet efter undersköterskor på särskilda boenden, nämligen Covid-19 pandemin. Pandemin drabbar framförallt våra äldre och sjuka (Folkhälsomyndighete, 2020), vilket är den största gruppen på särskilda boenden. Verksamheterna införde snabbt besöksförbud och anställda (samt populationen generellt) avråddes att mötas i grupp (ibid.). Viruset har satt stor press på vården och dess anställda vilket resulterat i en komplicerad och stressfylld situation. Jag har därför full förståelse för att flertalet inte haft tid att ge svar tillbaka eller föra informationen vidare. Vissa verksamhetschefer har även uttryckt svårigheter i att samla ihop tillräckligt med undersköterskor på grund av en redan rådande personalbrist. På grund av dessa två hinder är det svårt att säga hur många undersköterskor som tackat nej till att delta i intervjuerna. De undersköterskor som deltar i fokusgrupperna har jag kommit i kontakt med tack vare bekanta, samt med hjälp av undersköterskorna själva i sitt engagemang och driv att få fokusgrupperna att genomföras.

Fokusgrupper

Som tidigare nämnt kommer insamlingen av empiri ske genom intervjuer av fokusgrupper. Fokusgrupp innebär en intervju av flera personer samtidigt i en grupp om en specifik frågeställning eller ämne. Forskarens delaktighet varierar beroende på grupp men generellt är syftet med fokusgrupper att samtalet ska drivas på med hjälp av de olika respondenterna, medan forskaren har mindre medverkan. (Alvehus, 2019). Bryman (2008) beskriver att fördelen med fokusgrupper är att metoden öppnar upp för ett samtal där respondenterna får möjlighet att lyfta fram de frågeställningar eller ämnen som de själva tycker är viktigt, vilket ökar chansen att respondenterna uttrycker sina egna uppfattningar. Alvehus (2019) lyfter dock fram en viktig kritik och problematik med fokusgrupper, vilket är risken att individuella och avvikande åsikter inte kommer till tals eftersom individens roll hamnar i skymundan. Detta är självklart en viktig poäng i en undersökning om hur undersköterskor pratar om psykisk ohälsa hos äldre och ur den synvinkeln hade kanske individuella intervjuer varit att föredra. Dock är det större risk att forskarens frågor och intressen styr i en sådan intervju framför att undersköterskornas egna tankar lyfts fram. Arbetet på särskilda boenden sker även i nära samspel med kollegor och att samtalen om äldres mående sker i grupp kan upplevas mer naturligt och även framhäva ett mer genuint samtal mellan undersköterskorna, vilket kan liknas de som förekommer på en arbetsplats.

Eftersom ämnet psykisk ohälsa hos äldre kan vara svåriskuterat eller känsligt är användandet av vinjettfrågor en fördel för att underlätta diskussionerna. En vinjettfråga innebär att forskaren visar intervjupersonerna ett konkret och trovärdigt scenario som respondenterna sedan får samtala om (Bryman, 2008). Vinjetterna som presenteras kommer ha tillhörande frågeställningar vars syfte är att styra in samtalet på uppfattningar om psykisk ohälsa. Enligt Hughes (1998) tillåter vinjettfrågor intervjupersonen att distansera sig från personliga erfarenheter, samtidigt som vinjetter kan tillåta en övergång från ett distanserat perspektiv till mer personliga berättelser eller jämförelser från egna erfarenheter. Eftersom intervjuerna sker i grupp är det viktigt att respondenterna känner sig bekväma och att samtalsklimatet är öppet och accepterande vilket vinjetter kan bidra till.

Utförandet

Fokusgrupperna bestod av tre undersköterskor i varje grupp. I Fokusgrupp 1 var alla deltagare från samma verksamhet, medan i Fokusgrupp 2 var två av undersköterskorna från samma verksamhet och den tredje från en annan. Efter att vinjetterna lästs upp flöt diskussionerna på väl. Ibland ställdes frågor om vinjetten men då påmindes deltagarna om att det som står i vinjetten är det enda vi vet om personerna och situationen som beskrivs. Vid vissa tillfällen ställdes frågor utanför de som angetts i intervjuguiden. Frågorna syftade till att fördjupa samtalet eller leda in på ett intressant tema. Flera av intervjupersonerna övergick från en diskussion om vinjetterna till en beskrivning av egna erfarenheter. Vissa av intervjupersonerna pratade betydligt mer än andra vilket även kommer märkas av citaten i analysen. Att vissa undersköterskor tog mer plats än andra påverkar generaliserbarheten, men kan även generera intressanta frågeställningar om vilka åsikter som tillåts lyftas fram i gruppen och vilka som hamnar i skymundan. Vad undersköterskorna uttrycker går alltså inte att generalisera över en större population, däremot arbetar samtliga undersköterskor i direkt kontakt med äldre på särskilda boenden vilket gör deras individuella åsikter, diskussioner och samtal intressanta och betydelsefulla.

Skypesamtal

På grund av den rådande Covid-19 pandemin har intervjuerna med fokusgrupperna skett på distans via det internet-baserade kommunikationsverktyget Skype. Deltagarna i intervjun kunde därmed delta hemifrån med hjälp av dator eller mobiltelefon med tillhörande mikrofon och kamera. Skype tillåter deltagarna att spela in samtalet och sedan sparas materialet automatiskt i trettio dagar, eller kan materialet sparas ner permanent. Samtalen tog mellan trettio och fyrtiofem minuter. Vinjetterna bifogades till deltagarna som ett word-dokument via Skype.

En fördel med att hålla intervjun på distans är att deltagarna kan befinna sig i en bekväm miljö. De kunde även välja att ha kamerafunktionen avstängd och endast höras via mikrofon, vilket också kan öka bekvämligheten hos deltagaren. Att ha fokusgrupp på distans underlättade även att planera in tid och datum för mötet eftersom ingen behövde ta hänsyn till den tid det tar att resa till och från platsen. Det fanns däremot ett flertal svårigheter med att utföra intervjun via Skype. Det förekom en del störningar i samtalet som gjorde delar av meningar ohörbara. Störningarna kunde delvis bero på var och en av personernas internetuppkoppling, men även

att någon valde att gå runt och göra annat samtidigt som samtalet pågick. Ett ytterligare störningsmoment kunde vara bakgrundsljud och att personer pratade i mun på varandra. Det var även tidskrävande att få igång samtalen eftersom programmet strulade vid båda tillfällena, något som tog på tiden för intervjun.

Vinjetter

Vinjetterna som kommer användas under intervjuerna är citerade från boken ”Psyisk ohälsa hos äldre” skriven av Susanne Rolfner Suvanto (2018). Suvanto har lång erfarenhet av äldrevården, bland annat som legitimerad sjuksköterska, vårdchef och kvalitetsuppföljare samt regeringens utredare för en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. I boken tar hon upp flera olika realistiska scenarier kring psykisk ohälsa som personal inom äldreomsorg kan stöta på. (ibid.) De fallbeskrivningar som valts ut är de mest relevanta för syftet med studien men har också valts ut utifrån min egen erfarenhet av att arbeta med äldre inom äldreomsorgen. Fallbeskrivningarna är utformade på ett sätt som skapar diskussion och boken har även vissa tillhörande diskussionsfrågor. Jag har valt ut två olika fallbeskrivningar och utformat tillhörande frågor. Ingen av fallbeskrivningarna ger svar på om den äldre har en psykisk eller fysisk sjukdom utan symptomen eller beteenden som beskrivs i vinjetterna kan vara olika uttryck för psykisk ohälsa. Vinjetterna syftar alltså till att skapa diskussion och det intressanta är vad undersköterskorna väljer att samtala om och hur de samtalar om personens symptom eller beteende.

Vinjettdeskrivning Maja

Maja sover sämre nu än när hon var yngre, kroppen värker och hon känner sig irriterad och slut. Vissa dagar vaknar hon redan vid fyra-tiden och kan inte somna om. Det är så mycket att tänka på. Maja oroar sig för om hemtjänsten kommer ihåg att hon behöver hjälp med att gå till apoteket. Det är lätt att jaga upp sig när det är tyst och mörkt. Vissa nätter har hon svårt att sova, andra nätter händer det att hon sover alldeles för mycket med ändå är dödstrött när hon vaknar. Maja har varit på vårdcentralen flera gånger och nu senast funderade man på om det kanske är järnbrist som orsakar hennes trötthet. Maja har också provat olika värktabletter med dem blir hon bara yr och illamående av. Majas syster är orolig och undrar om Maja håller på att bli dement. Hon tycker inte att Maja är sig riktigt lik och att hon ibland verkar lite frånvarande. (Suvanto, 2018, s. 27).

Vinjetten ovan beskriver Maja som är orolig och har sömnsvårigheter, vilket påverkar hennes minne. Vården bidrar med hjälp genom olika former av läkemedel. Att scenariot valts som vinjett till studien beror på att sömnsvårigheter, oro och glömska är vanligt förekommande symptom hos äldre inom vård och omsorg. Scenariot som beskrivs kan alltså ge en diskussion kring hur undersköterskor tänker kring den symptombild Maja har och vad orsaken till problemen kan vara. Anses vårdcentralens åsikter kring järnbrist vara rimliga, den anhöriges oro om demens eller finns det perspektiv som leder in på psykisk ohälsa, trots att det inte specifikt nämns i fallet?

Vinjettbeskrivning Ester

Ester är arg på den 'tjuvaktiga' personalen. Det saknas en plastring runt den ena vispen som tillhör hennes elvisp. Personalen försöker övertyga henne om att det bara ska vara en plastring på den ena vispen för att man ska veta vad som är höger och vänster. Ester låter sig inte övertygas – hennes misstanke förstärks snarare eftersom personalen är så angelägen om att hitta bortförklaringar till allt. (Suvanto, 2018, s. 52).

Även det här exemplet med vanföreställningar kan vara väldigt typiskt för brukare inom äldreomsorgen. Suvanto (2018) skriver hur det kan vara skrämmande att möta någon med vanföreställningar och ens första reaktion kan vara att argumentera emot och tala om att vanföreställningarna inte är sanna. Suvanto menar dock att fokus bör läggas vid att lyssna och förstå vilken känsla som förmedlas hos brukaren eftersom det ibland kan finnas logik bakom det som sägs, trots att det kan verka orimligt. Vinjetten kan bidra med en diskussion kring hur eller om personalen tar psykisk ohälsa på allvar. Bortförklaras Esters beteende som tokighet eller som symptom på någon annan form av stressproblematik eller liknande? Hur ser diskussionen ut kring Ester som äldre och med psykisk problematik?

Bearbetning av empirin

Transkribering av materialet skedde snarast möjligt efter inspelningen av intervjuerna. Inspelningarna sparades ner från Skype och lyssnades på med hörlurar via en privat laptop. I första skedet transkriberades alla ljud och ord, även ljud och ord som "mm" och "liksom". Andra genomläsningen/lyssningen var för att korrekturläsa det transkriberade materialet. Vid tredje genomläsningen sållades vissa ljud och ord bort som inte tillförde mening eller ansågs störande vid läsning, detta för att underlätta under analysen av materialet. I transkriberingen har

vissa grammatiskt inkorrekta ord eller dialektala uttal fått vara kvar, exempelvis ”asså” eller ”aa”. När en del av det transkriberade materialet citeras har dessa omformulerats (asså skrivs alltså) eller tagits bort för att underlätta för läsaren. För att anonymisera undersköterskorna har namnet skrivits om. I fokusgrupp 1 har namnen bytts ut till Fanny, Gisela och Hanna. I fokusgrupp 2 är namnen Robin, Tove och Sara.

Kodning

Eftersom det transkriberade materialet inte har varit särskilt omfattande har texten analyserats i efterhand. Vid första genomläsningen lästes all text igenom utan avbrott för att i slutet sammanfatta några meningar av det som ansågs viktigt och intressant. Rennstam och Wästerfors (2015) beskriver vikten av att läsa igenom sitt material med öppenhet i ett första steg för att undvika att studien går miste om något nytt. Vid den andra genomläsningen började kodningen. Markeringspenna användes samt anteckningar i marginalen med olika ord, nyckelord och fraser vilka ansågs betydande eller som kunde sammanfatta meningen. Efter hand dök olika tänkbara teman upp vilka också skrevs ner. Vid tredje läsningen utgick jag från tidigare forskning och teorier för att kategorisera det som tidigare skrivits till passande begrepp. De slutgiltiga begreppen och temana blev ”förmåga att identifiera”, ”förmåga att bemöta”, ”stereotyp föreställning”, ”rollförtydligande” och ”kritisk utgångspunkt”. Vid ytterligare inläsning av teorin kring ålderism ändrade jag kategorin kritisk utgångspunkt till att ingå i kategorin stereotyp föreställning. Kategorierna ”förmåga att identifiera” och ”förmåga att bemöta” har ändrats om till att gemensamt hamna i temat ”kunskapsföreställning”. Kodningen har använts för att sälla bort det material som inte hör till forskningsfrågorna. Rennstam och Wästerfors (ibid.) skriver att noggrann kodning kan möjliggöra en reflekterad kategorisering vilket kan leda till bättre förutsättningar för en mer originell kunskap, vilket jag har strävat efter i min egen kodning.

Fokus i analysen av det transkriberade materialet har varit på temana ”stereotyp föreställning” och ”kunskapsföreställning”. Temat stereotyp föreställning innefattar de fördomar undersköterskorna uttrycker som kan kopplas till ålderism. Temat kunskapsföreställning handlar om hur undersköterskorna identifierar och bemöter psykisk ohälsa hos äldre utifrån en förväxling mellan kunskap och ålderistiska fördomar.

Metodens tillförlitlighet

I en kvalitativ undersökning anpassas mätning av datas reliabilitet och validitet utifrån begreppet pålitlighet, trovärdighet och överförbarhet. Pålitlighet kan likställas med begreppet reliabilitet inom kvantitativ forskning, vilket innebär om forskningsresultaten är upprepningsbara (Alvehus, 2019). Pålitlighet inom kvalitativa studier beskriver istället den kvalitativa forskarens forskningsprocess. Trovärdighet inom kvalitativ forskning kan likställas med intern validitet, vilket innebär hur väl forskarens observationer överensstämmer med de teoretiska idéer denne utvecklar. Överförbarhet motsvarar extern validitet inom kvantitativ forskning och diskuterar i den mån resultaten kan generaliseras till andra situationer. (Bryman, 2008)

Pålitlighet

För att stärka pålitligheten i studien sker en redogörelse för samtliga delar av forskningsprocessen genom en beskrivning av problemformulering, urval, val av metod och beslut rörande analysen av data och val av forskningsartiklar. Uppsatsen kommer även granskas av en examinerare samt opponeras på av kurskamrater. Något som påverkar pålitligheten av uppsatsen är att endast vinjettbeskrivningarna samt tillhörande frågor är bifogade och inte hela det transkriberade materialet. I det transkriberade materialet går det att utläsa exakt hur frågorna ställdes och i vilken ordning. Hur en fråga ställs kan nämligen påverka svaret. Det transkriberade materialet kommer därför finnas kvar och tillgängligt vid förfrågan fram tills studien är helt avslutad och inlämnad i LUP Student Papers. En ytterligare aspekt av pålitligheten i studien är att samtliga intervjupersoner är anonyma. Läsaren kan enbart förlita sig på att forskaren är ärlig i sin urvalsprocess.

Trovärdighet

För att säkerställa trovärdigheten i studien kommer uppsatsen finnas tillgänglig för intervjupersonerna. Alla deltagare har även tillgång till det inspelade materialet i trettio dagar. Deltagarna får inte möjlighet att kommentera analysen i förväg för att undvika en defensiv reaktion från deltagarna som kan leda till en censurering av materialet. Eftersom diskriminering är starkt kopplat till negativa och oönskade värderingar kan deltagarna känna en önskan om att inte förknippas med analysens resultat, trots deras anonymitet och att analysen baseras på *ett* teoretiskt perspektiv av många. Däremot får deltagarna, om så önskas, läsa igenom sina egna

citeringar och godkänna dess utformning och användning i uppsatsen. Det finns därför ingen möjlighet för respondentvalidering, det vill säga att intervjupersonerna bekräftar att den analys som gjorts av citaten överensstämmer med undersköterskornas egna uppfattningar och erfarenheter (Bryman, 2008). Analysen kan trots detta anses trovärdig eftersom syftet är att undersöka empirin utifrån ett ålderistiskt perspektiv, och inte undersköterskornas egna uppfattningar. Bryman (ibid.) poängterar även att den samhällsvetenskapliga analysen inte behöver vara meningsfull för undersökningspersonerna och att de därför inte lämpar sig att deltagarna validerar forskarens analys.

Överförbarhet

Studien syftar inte till att generaliseras över en större population, utan syftar istället till att generera underlag för framtida studier, vilket gör överförbarheten låg. Däremot överensstämmer större delar av studiens analys med tidigare forskning och teorier, vilket antyder om att studien kan appliceras på liknande situationer.

Forskningsetiska överväganden

Informationskravet

Samtliga deltagare har fått ta del av ett dokument med information om studiens syfte, hur intervjuerna går till och vad som förväntas av deltagarna. Deltagarna har även fått skriftlig samt muntlig information om hur resultaten kommer användas och i vilken verksamhet forskningen bedrivs. Deltagarna har fått information om att allt deltagande är frivilligt och att de kan ställa frågor om undersökningen. Jag har valt att inte aktivt beskriva det teoretiska perspektivet och studiens fokus på psykisk ohälsa hos äldre för att undvika att undersköterskorna vinklar sina svar eller har psykisk ohälsa som baktanke vid läsandet av vinjetterna. Informationen som getts är att studien handlar om äldres mående, vilket kan syfta till både fysisk och psykisk hälsa.

Samtyckeskravet

Samtliga deltagare har muntligt fått samtycka till att delta i intervjuerna, att intervjuerna spelas in och att samtalen kommer användas i undersökningen. På grund av Covid-19 pandemin har det varit svårare att få kontakt med undersköterskor på särskilda boenden och därför erbjöds en biobiljett som tack för medverkan i studien. Detta kan medföra att deltagaren känner sig mer

manad att delta under hela undersökningsförloppet, men samtidigt handlar det om ett så pass litet belopp att det inte bör påverka intervjupersonens deltagande. Som tidigare nämnt är två av de deltagande undersköterskorna bekanta till mig, vilket kan påverka deras medverkan i studien. De kan ha känslan av att de inte kan tacka nej till att medverka eftersom det skulle påverka mina möjligheter att avsluta uppsatsen. För att förhindra en sådan situation har jag sett till att behandla alla deltagare lika och gett ut samma information om att avbryta deltagandet. Samtliga deltagare har även fått möjlighet att läsa igenom och samtycka till att deras egna citat används i analysen. Anledningen att jag valt att förfråga deltagarna om samtycke till citering är utifrån ämnets känslighet och utifrån Vetenskapsrådets (2002) riktlinjer kring individsskyddskravet och att deltagare inte ska utsättas för kränkning.

Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet

Samtliga intervjupersoner och verksamheter kommer vara anonyma i uppsatsen, något som informerades om redan vid förfrågan om att delta i undersökningen. Det sparade inspelade och transkriberade materialet förvaras på ett sätt som är oåtkomligt för obehöriga och kommer raderas när studien är helt avslutad vid inlämning av uppsatsen i LUP Student Papers. Det inspelade materialet på det internetbaserade kommunikationsverktyget Skype sparas i högst trettio dagar, om inte annan behörig deltagare väljer att spara intervjumaterialet. Detta har jag informerat deltagarna om. De uppgifter jag har om deltagarna kommer endast användas för forskningsändamål.

5 Analys och Resultat

Fokus i analysen ligger på undersköterskornas föreställningar kring äldre med symptom på psykisk ohälsa utifrån ett ålderism-teoretiskt perspektiv, samt hur ålderistiska fördomar kan påverka undersköterskornas bemötande av äldre med psykisk ohälsa utifrån en förväxling mellan kunskap och ålderism. De övergripande rubrikerna i analysen är: stereotypa föreställningar, vilket handlar om olika ålderistiska fördomar förekommande hos undersköterskorna; den avvikande äldre där analysen konkretiserar hur undersköterskorna skapar ett vi och domtänk utifrån ålderism; bemötandet av äldre, vilket handlar om hur ålderism tar sig i uttryck i praktiken samt hur undersköterskorna verkar förväxla ålderistiska fördomar om åldrande med kunskap om åldrandet. I ett separat avsnitt analyseras även undersköterskornas samtal om demenssjukdom. Trots att demenssjukdom inte tillhör kategorin psykisk ohälsa är diskussionerna kring demens relevanta för forskningsfrågorna eftersom demens och ålder samt demens och ålderism flyter in i varandra, vilket presenterats under avsnitten Tidigare forskning och Teori. I slutsatsen sammanfattas resultaten av studien samt kopplas till forskningsfrågorna.

Innan analyskapitlet påbörjas vill jag passa på att nämna ett ytterligare intressant tema som framkom under kodningen och som delvis flyter samman med de diskussioner och citat som presenteras i analysen. Temat ”rollförtydligande”, det vill säga hur undersköterskorna tolkar och förstår sin egen roll och profession är något som återkommer i samtalen. Det verkar dock finnas en osäkerhet eller svårighet att definiera den egna rollen som undersköterska och vilka ansvarsområden som ligger inom ramen för arbetet. Undersköterskornas rollförtydligande är ett intressant område att analysera, men kräver andra teoretiska förklaringsmodeller och forskningsfrågor än de jag använder mig av i studien men kan ändå vara värt att nämna eftersom temat delvis går in i hur undersköterskorna skapar en vi-grupp.

Stereotypa föreställningar

Intervjuare: När ni kontaktar sjuksköterskan, finns det något speciellt ni tänker på då?

Fanny: Men det är om det skulle fortsätta, oron blir liksom till en depression eller blir för mycket – att hon måste få någon tablett för det. Det beror på hur stor oron är. När våra [brukare] är alldeles för oroliga har de ju oftast lugnande i behov. Men det är ju också att gå ganska långt – att man ska kunna få det. Det är ju inte att de ska vara oroliga bara en dag. Då avvaktar vi ju oftast för att se om det utvecklas. Men annars är det ju bara att försöka lugna genom att vi inte glömmer.

Citatet ovan är från Fokusgrupp 1 tillsammans med undersköterskorna Fanny, Gisela och Hanna där de diskuterar vinjetten ”Maja” och i vilket skede en av undersköterskorna, Fanny, hade valt att kontakta sjuksköterskan angående Majas mående. Undersköterskans svar har flera intressanta aspekter när det kommer till ålderism, men även om undersköterskans upplevda förmåga att identifiera och bemöta psykisk ohälsa. Dels beskriver undersköterskan hur det går att avvakta när en brukare uttrycker oro, samt att det är ”att gå ganska långt” att ge lugnande medicinering vid behov. Undersköterskan identifierar alltså problemet, gör en bedömning och en behandling i form av att avvakta och avstå från medicinering, innan sjuksköterska kontaktas.

Övergeneralisering

I Fokusgrupp 2 med undersköterskorna Robin, Sara och Tove, uttryckte två av undersköterskorna liknande resonemang om fallbeskrivningen ”Ester” när det kom till i vilket skede de går till sjuksköterskan.

Sara: Direkt, nej jag bara skojade. Det är väl om man själv inte kan hantera det riktigt.

Tove: När man känner att nu är det så stora problem, alltså att det inte bara är – att det varat en längre tid tycker jag. [...] att det är ett beteende man inte känner igen och som man inte är van vid – att man vet att det inte finns någon behandling för det här beteendet – att de får ångestdämpande eller något sådant där.

Undersköterskornas resonering i citaten från Fokusgrupp 1 och 2 kan förstås utifrån ett ålderistiskt teoretiskt tänkande om ”normalt åldrande”. Bodner, Palgi, och Wyman (2018) beskriver fenomenet som en stereotyp föreställning om äldre generellt, där aktören inte tar hänsyn till patienten i övrigt. En del av ålderism handlar om att personer utanför gruppen äldre

ofta pratar om äldre generellt, och inte som olika individer, vilket resulterar i en övergeneralisering av äldre. Något som yttrar sig i citaten är att undersköterskorna inte hänvisar till specifika situationer eller individer när de diskuterar i vilket skede de kontaktar sjuksköterskan. Istället pratar undersköterskorna om brukarna som en homogen grupp, som ”de”. Att övergeneralisera den äldre personen kan vara en orsak till att undersköterskorna väljer att avvakta med att kontakta sjuksköterskan. Utifrån perspektivet ålderism innebär generaliseringen att undersköterskorna baserar sina val på en stereotyp föreställning om äldre och en idé om att symptomen beror på ”normalt åldrande” – vilket i sin tur leder till att undersköterskorna känner att de kan avvakta med att kontakta sjuksköterskan.

Naturligt åldrande

En ytterligare aspekt av undersköterskornas resonering utifrån ålderism är hur Jönson (2009) menar att den äldre personen förväntas acceptera en försämring av livsvillkoren, på grund av existerande ålderistiska fördomar om hur sjukdom är en del av ”naturligt åldrande”. Ålderism kring naturligt åldrande kan möjligtvis förklaras utifrån ”Modernization Theory”, att ålderdom nu mera är vanligt förekommande med hjälp av medicin och teknik, samtidigt som det lett till att fler sjuka äldre har förmågan att leva, eller överleva. Undersköterskan, Fanny, i fallet kan ha utgått från en stereotyp föreställning om att oro är en naturlig del av ålderdom och därmed inte behöver behandlas. Även Tove uttrycker sig på ett sätt som kan kopplas till hur sjukdom förklaras som en naturlig del av åldrandet. Dels ska beteendet ha varat en längre tid, dels att det ska vara något personalen inte känner igen sen tidigare. Tove utgår inte ifrån att den äldre personen kan ha en bakomliggande odiagnostiserad åkomma sedan innan hen flyttade in, eller innan Tove började arbeta. Detsamma gäller Fanny som också menar att problematiken måste ha pågått ett tag för att personal ska reagera. Undersköterskan Fanny bedömer dock depression och ”mycket oro” som tillräcklig anledning att kontakta sköterska. Även depression har visat sig i studier kring bemötande av äldre vara en sjukdom som anses vara en naturlig konsekvens av ålderdom (Wyman, Shiovitz-Ezra & Bengel, 2018).

Distansering och dehumanisering

Att undersköterskan Fanny i intervjun anser att depression är anledning nog att kontakta sjuksköterska kan ha och göra med en tidigare diskussion under intervjun, där undersköterskan jämförde Majas problematik med sin egen, något som kan ha lett till insikt om att Majas besvär

kan behöva behandlas, eftersom undersköterskan själv hade behövt behandling för sin problematik. Teorin ”Terror Management Theory” kan appliceras genom att undersköterskor distanserar sig från och dehumaniserar äldre för att klara av ett arbete som är starkt kopplat till dödlighet. När undersköterskan däremot resonerar och jämför den äldre med sig själv förändras plötsligt undersköterskans resonemang och hon motsäger sin tidigare åsikt. Kanske beror detta på att den äldre nu liknas vid den egna gruppen, vilket underlättar för undersköterskan att sympatisera med den äldre.

Fanny: Ja, men man hade väl pratat om det, att hon har insomnings-tabletter för det är ju – kan göra att man kan känna sig deppig med, och det kan man ta när man har svårt att sova. Det är ju ingenting – det kan man ju ta lite hur som helst, för det har jag ju haft själv ju. Det är ju inget – från början ska jag prata med en sjuksköterska om henne.

Undersköterskan vänder plötsligt och säger att hon från första början skulle prata med en sjuksköterska, trots att hon meningen innan uttryckt att insomnings-tabletter är något en person kan ta lite hur som helst. Vad som även är intressant är att undersköterskan nämner att Maja har insomnings-tabletter, trots att detta inte nämns i fallbeskrivningen. Det som däremot nämns är att Maja har sömnsvårigheter. En förklaring kan vara att undersköterskan känner igen sig i beskrivningen av Maja och därmed kan relatera till Maja som individ, istället för en generell bild av en äldre. Jag tolkar detta som en möjlig insikt hos undersköterskan om ett diskriminerande tankesätt gentemot äldre, samtidigt som insikten är kortvarig, eftersom Fanny i nästa mening uttrycker ” Detta här hade vi ju lätt kunnat avvakta med i några dagar för att se om det [Maja] hade blivit bättre. För att oro kan ju faktiskt komma och gå.” Även här uttrycker sig undersköterskan utifrån en stereotyp föreställning om att äldres mående går att avvakta med utifrån en idé om att oro är naturligt. Undersköterskan distanserar sig från Maja ännu mer genom att använda ”detta” och ”det” istället för att hänvisa till Maja som person, vilket Fanny gjort i tidigare diskussion om Maja (genom användandet av ”hon” och ”henne”). Kanske blev en liknelse med den egna personen en påminnelse om att Fanny själv en dag blir gammal och kan hamna i liknande situation som Maja, vilket leder till att undersköterskan distanserar sig igen. En annan undersköterska, Gisela, kommenterar Fannys uttalande vilket leder till en diskussion om bakgrunden till Majas mående.

Naturliga orsaker som förklaring

Gisela: Jag hade frågat henne varför hon är orolig – om att vi skulle ha glömt – och om det är någonting annat bakom.

Fanny: Ja, för att man kan vara orolig för om personal har glömt tidigare också, så det behöver ju inte alls vara någon speciell anledning.

Hanna: Nej, det behöver inte alls vara demens.

Fanny: Nej, det kan ju vara att bilden av henne är ju att hon är orolig. Det är man ju upp och ner om det har hänt någonting när man har hemtjänst. Om någon har glömt bort en kan man ju vara orolig över det, att det ska hända igen.

När jag första gången analyserade stycket tänkte jag att undersköterskorna utgick från en kritisk utgångspunkt, det vill säga ett ifrågasättande ställningstagande till om Majas oro grundar sig i en naturlig del av åldrandet, demenssjukdom (något som också är starkt kopplat till ålderism (Bodner, Palgi & Wyman, 2018).) eller har en logisk förklaring. Att oro hos äldre kan ha en logisk förklaring kan även det grunda sig i en stereotyp föreställning om äldre. Jag fastnade alltså själv i ett diskriminerande synsätt av äldre under min analys. När jag sedan tog en titt tillbaka på teorin ålderism tog de upp just ett exempel på hur ett vanligt ålderistiskt antagande är att ångestsyndrom har ”naturliga” orsaker hos äldre, exempelvis att ångest över att åka buss härstammar från att den äldre tidigare ramlat på bussen. Oro kan vara ett tecken på ångestsyndrom, något som går att behandla. (Bodner, Palgi, och Wyman, 2018) Istället tänker undersköterskorna att det har en naturlig förklaring – att hon kan ha glömts bort av hemtjänsten.

I Fokusgrupp 2 diskuterar undersköterskorna Sara Robin och Tove i liknande banor om Majas oro. Tove uttrycker ”(...) att hon kanske känner att hon inte vet vem som ska komma och så där – att hon inte har en fast person som hon kan lita på.” Undersköterskan Robin gör en jämförelse med sig själv samtidigt som hon hänvisar oron till ett logiskt resonemang, ”Jag menar, det är väldigt lätt att bli orolig – och speciellt när man vaknar så på natten för då kommer alla tankar. Det kan man nog veta själv också.” En förklaring utifrån Terror Management Theory är att det även kan handla om att undersköterskorna ger oro en naturlig förklaring för att distansera sig från en tanke om att symptomen handlar om ångest eller depression, det vill säga en sjukdom. Robin utgår från sin egen oro på natten men gör ingen koppling till att det kan vara ett symptom på en bakomliggande sjukdomsproblematik.

Den avvikande äldre

Tove: [---] För jag kunde inte heller tänka mig att någon i personalen kunde ha gjort det hon anklagade dem för. Så jag kände att det var som att hon inbillade sig helt.

Sara: Det är ju så verkligt för dem, i huvudet. [...] Det är jättesvårt, för det är någon som blir anklagad. De tycker ju om vissa och vissa tycker de inte om. Så är det ju. Och det är rätt jobbigt faktiskt.

Citatet ovan är en del av en längre diskussion mellan Tove och Sara kring en gemensam brukare på boendet de arbetar på som påminner om vinjetten ”Ester”. Den ålderism som uppstår i samtalen om äldre kan ges en förklaring genom teorin om ”Social Identity Theory” beskriven av Ayalon och Tesch-Römer (2018). Tove berättar hur hon inte kunnat tänka sig att personalen, den grupp hon själv relaterar till, hade kunnat göra det den äldre anklagat personalen för. Att bekräfta att den äldre har rätt blir detsamma som att påstå att personalen har gjort fel, något som kan påverka den egna självbilden som undersköterska, men också påverka bilden av sina kollegor, som i detta fall deltog samtidigt under intervjun. Att separera grupperna äldre och personal kan därför bli viktigt för undersköterskorna för att bevara den egna självbilden. Separationen görs bland annat genom att förklara den äldres (ut-gruppen) anklagelser som inbillning.

Sara besvarar Tove genom att bekräfta att det är svårt eftersom det är en kollega som blir anklagad. Sara hänvisar även till äldre generellt när hon uttrycker att äldre tycker om vissa och vissa inte, vilket skapar en form av ”vi och dom” tänk där den äldre är en grupp och personalen en grupp. Det verkar dessutom finnas en svårighet att kommunicera mellan personal och brukare eftersom äldre beskrivs inbilla sig och ha en annan verklighet än personalen. I andra diskussioner om både Maja och Ester återkommer beskrivningar om att den äldres känslor är omotiverade och svåra att förstå. En personal beskriver hur det kan kännas som att den äldres resonering kommer från ingenstans. Inbillning, förvirring och paranoia är också beskrivningar som återkommer. Den vanligaste förklaringen undersköterskorna har av den äldres beteende är demens. Alla dessa beskrivningar av äldre blir ett sätt att separera den äldre från personalen, samt stärka tron om att den äldre befinner sig i en annan verklighet än personalens, det vill säga att se den äldre som avvikande och tillhörande ”ut-gruppen”.

Vi och dom

Beskrivningar som återkommer hos flera av undersköterskorna om fallet ”Ester” är att äldre, speciellt när den äldre bedöms ha en demenssjukdom, kan vara misstänksamma, förvirrade, ljuga och hitta på. Att använda ordet ”förvirrad” är en vanlig beskrivning av äldre som befinner sig i den fjärde åldern (Andersson, 2009) och är ett sätt att placera den äldre som avvikande. Citatet nedanför är intressant eftersom Fanny bekräftar att det har förekommit stöld på boendet, men trots detta lutar diskussionen mot att det är den äldre som har misstagit sig. Dels förstärks bilden av den avvikande äldre genom att de både undersköterskorna markerar att de tillhör en gemensam grupp där de har interna minnen, dels genom att markera den andra gruppen äldre som ”sådana personer”. En annan aspekt som kopplar till social identitetsteori är hur Fanny väljer att säga ”folk” istället för ”undersköterskor” eller ”personal” när hon talar om stölderna. Orsaken kan ha att göra med att Fanny inte vill relateras till det negativa och brottsliga beteendet.

Intervjuare: Hur hade ni bemött Ester i hennes oro, ilska, om elvispen?

Hanna: [Fanny] tänker du på samma person som jag?

Fanny: Ja [skratt]. Grejen är att vi har ju sådana personer. Sen har det ju faktiskt, om man ska vara ärlig, det har ju förekommit att folk har snott grejer. Men är personen liksom... är personen dement så vet man ju inte hur man...

Hanna: Det blir ju svårt att försäkra personen om att ingenting har hänt.

Fanny: För det framkommer ju faktiskt att det har [hänt] att folk har stulit grejer. Men det beror lite på hur personen är också i sig själv. Vem man bemöter. Är det någon som aldrig skulle ljuga så...

Förutom att åtskiljandet av grupperna förstärks i citatet, så ställs även gruppen äldre mot varandra. Det finns äldre som aldrig ljuger, och de som ljuger, ett synsätt som kategoriserar den äldre i den tredje och fjärde åldern samtidigt som det stärker grupperingsskillnaderna mellan äldre och personal. Personalen framställs exempelvis som den som har och kan förmedla sanningen till den äldre.

Den fjärde åldern

Suvanto (2018) skriver att det kan vara vanligt att personal först bemöter vanföreställningar med argumentation eller övertalning. Vad personalen tenderar att missa är att den äldre kan ge

uttryck för en oro som grundar sig i något logiskt. Ett exempel på när personal har svårt att bemöta en äldre och reaktionen blir tvivel framför förståelse är när Tove diskuterar brukare på äldreboendet hon arbetar på.

Tove: Men ifall det är äldre som betar sig lite förvirrat eller att de blir irriterade på personalen eller sådär, tycker jag det kan vara svårt att veta hur mycket man ska ta det på allvar. För vissa märker man efter hand att de inte är något i vad de säger.

Att Tove inte vet hur mycket hon ska ta den äldres känslor eller beteende på allvar kan också ha en förklaring i social identitetsteori. Om den äldre är irriterad på personalen kan Tove undvika en negativ självbild genom att förklara den äldres beteende som förvirrat och icke betydelsefullt. Undersköterskorna Sara och Tove nämner att det har hänt att de själva agerat fel i bemötandet mot en äldre som uppfattats som förvirrad, men att de båda betonar svårigheterna i att ta ställning till om den äldre menar allvar eller ej, och att det är något som måste bedömas utefter situationen. Trots att undersköterskorna menar att bedömningen ska utgå från situationen, är de beskrivningar som getts baserat på den äldre personen och om denna kategoriseras i den tredje eller fjärde åldern. Bedömningarna verkar alltså utgå från ålder samt undersköterskornas egen bedömning av den äldre som person, framför vilken situation de befinner sig i. Vikten av ålder framgår även i första vinjetten, Maja, i Fokusgrupp 1 där de tre undersköterskorna diskuterar i vilken ålder Maja kan tänkas vara i eftersom det skulle påverka hur de bemött Maja. Hade det varit en yngre person med Majas problematik hade en av undersköterskorna rekommenderat kontakt med läkare och sjuksköterska medan den äldre hade blivit rekommenderad att göra en demensutredning.

Demens och åldrande – dubbel diskriminering

Demens som förklaring till den äldres beteende är vanligt förekommande hos flera av undersköterskorna. Evans (2018) beskriver hur demens har en stark koppling till ålder, vilket lett till att stigma kopplat till demens och diskriminering på grund av ålder har blivit sammanflätade och lett till en upplevd dubbel diskriminering hos äldre personer med demenssjukdom. Att ålder och demenssjukdom är så starkt sammankopplade påverkar även vården av äldre personer. I de flesta europeiska länder är diagnostiseringen av demenssjukdom låg, vilket kan bero på att symptom för demenssjukdom tolkas som symptom av ålderdom (Evans, 2018). Undersköterskan Robin uttrycker sig om vinjetten Maja ”Och jag tror inte alls

att hon håller på att bli dement. Jag tror bara att det är hennes ålder.”. Uppfattningen om att Majas symptombild enbart beror på ålderdom är en form av dubbel diskriminering där åldern står i fokus framför individen samt att demenssjukdom helt bortförklaras utifrån en uppfattning om att symptom för demens och ålderdom är likartade. Sara och Tove är mer osäkra kring vad Majas problematik kan bero på och påpekar att ingen av dem arbetar med demenssjuka patienter. I Fokusgrupp 1 går diskussionerna direkt in på demens och ålder när vinjetten Maja lästs upp. Diskussionen handlar om hur det är ovanligt att yngre har en demenssjukdom och att Maja därför bör vara äldre, eftersom den anhörige misstänker demens. Undersköterskorna menar även att de hade meddelat den anhörige om att Maja kan behöva göra en demensutredning. Här uppkommer också dubbel diskriminering gentemot Maja men utifrån att det antas att Majas symptom beror på demens eftersom hon är äldre. Undersköterskorna verkar även utgå mer från den anhöriges bild av Maja än av Majas egen beskrivning. Kanske är det så att undersköterskorna relaterar mer som grupp till den anhörige än Maja och att det är därför den anhöriges uppfattningar lyfts fram mer under samtalen om Maja.

När undersköterskorna diskuterar demens som bakomliggande problematik hos Maja utgår de från sina egna kunskaper kring åldrandet. Vad som är intressant är att deras kunskaper egentligen kanske baseras på fördomar och stereotypa föreställningar om äldre, vilket direkt påverkar bemötandet av Maja och hennes möjlighet till vidare vård. Undersköterskorna verkar inte skilja på vad som är kunskap och vad som är deras egna uppfattningar.

Ålderism i bemötandet av äldre

Några funderingar som uppstod under analysarbetet är hur undersköterskornas kunskaper påverkar vården av äldre kontra hur undersköterskornas fördomar påverkar bemötandet av äldre. Flera forskningsstudier poängterar vikten av ökad kunskap hos undersköterskorna, men få nämner något om att fördomar kan hindra användandet av kunskaperna. Som beskrivits i analysen uttrycker sig ålderism på olika sätt i samtalen, men det förekommer även att undersköterskorna diskuterar hur de bemöter äldre i praktiken. Utifrån dessa samtal analyserar jag även hur ålderism uttrycker sig i bemötandet, utifrån undersköterskornas egna beskrivningar av olika situationer. Den analysen leder sedan in på en kort argumentation om hur ålderism kan hindra användandet av undersköterskornas kunskap, eller hur ålderistiska fördomar förväxlas med kunskap om äldre. Jag argumenterar för att undersköterskornas medvetenhet om sina egna fördomar och *okunskap* (framför kunskap), kan vara en viktig faktor i att undersköterskor för

vidare informationen om den äldre med psykisk ohälsa. När samtalen i Fokusgrupp 2 ännu en gång leder in på demenssjukdom väljer Sara att poängtera sjuksköterskornas roll på arbetsplatsen.

Sara: Och sen prata med sjuksköterskan – brukar vara att man samtalar med dem om situationen. De har vi mycket hjälp av, om man säger så. [...] Ja det är mycket man bollar med dem om saker, så det är bra.

Sara inser sin egen oförmåga att bedöma situationen och tar därför hjälp av aktörer på arbetsplatsen som är mer lämpade att undersöka symptombilden. Svensson och Hansson (2017) diskuterar hur ökad kunskap hos undersköterskor att upptäcka mental ohälsa hos äldre skulle leda till bättre vård. Hos Sara är det dock hennes medvetenhet om sin egen förmåga, och i det här fallet oförmåga, som leder till slutsatsen om att be sjuksköterskan om hjälp. I Fokusgrupp 1 resonerar undersköterskan Gisela i liknande banor som Sara om vinjetten Maja och hur undersköterskorna hade bemött anhöriga.

Gisela: Och sen är det ju att man ger dem [anhöriga] lite tips om var de kan få lite mer ledtrådar. Alltså då tänkte jag mest läkarmässigt – kontakta – för vi är ju inga läkare. [...] så kontakta hennes läkare eller den som har kunskap om henne.

Här är det inte Giselas kunskaper om mental ohälsa och åldrandet som styr beslutet om att ta kontakt med läkare, utan det är hennes medvetenhet om sin egen bristande kompetens. Thomson, Lang, och Annelis studie (2008) visade att undersköterskor har svårare att upptäcka symptom på psykisk ohälsa hos äldre än vad validerade redskap gör. Precis som Svensson och Hansson (2017) argumenterar forskarna för att utbildning om och exponering för psykiska ohälsa hos äldre skulle förbättra äldres möjlighet att få korrekt hjälp. Men utifrån analysen av undersköterskornas diskussioner verkar det finnas en antydning om att utbildning och erfarenhet hos undersköterskorna inte är den tyngst vägande faktorn när det kommer till äldres möjlighet att få hjälp för psykisk ohälsa, utan att det istället är undersköterskornas egna föreställningar, fördomar och värderingar som väger tyngre. Ett argument för detta är just Saras och Giselas resonering. De båda uttrycker att de saknar kunskap och förmåga att bedöma situationen och tar därför hjälp av andra. Sara har som nämnts tidigare även uttryckt att hon kontaktar sjuksköterskan i ett skede när hon inte längre känner att situationen går att hantera, alltså utifrån att Sara inte längre har tillräckligt med kunskaper för att bemöta den äldre. Gisela poängterar

även att den anhörige ska kontakta Majas läkare och den som har god kännedom om Maja, och utgår därmed från Maja som individ och inte utifrån en generaliserande bild av en äldre. Detta tyder på att Gisela inte utgår från stereotypa föreställningar om äldre när hon gör bedömningen att Maja behöver vård för sina symptom. Giselas fördomsfria attityd eller medvetenhet om Majas individualitet leder till att Maja kan få vidare vård framför Giselas kunskaper om psykisk ohälsa hos äldre.

Kunskap eller fördom

För att ytterligare stärka argumentet för att ålderism kan väga tyngre än kunskap kring psykisk ohälsa hos äldre är flera av undersköterskornas resoneringar kring demenssjukdom. I Fokusgrupp 1 är alla undersköterskor eniga om att Ester har en demenssjukdom och att det är den som orsakar Esters vanföreställningar. Trots att de gjort en bedömning av Esters symptom, samt kommit fram till en möjlig diagnos, väljer inte undersköterskorna att ta kontakt med sjuksköterska eller läkare. Istället diskuterar de hur de hade valt att bemöta Ester genom att övertyga och avleda utifrån stereotypa föreställningar om demenssjuka. Alla tre undersköterskor uttrycker någon form av generaliserad bild av demenssjuka vilket påverkade hur undersköterskorna hade bemött den äldre. ”Demenssjukdomar är ju lite sådära...” och ”För hon kan ju säkert hitta på att det går in folk om nätterna” är några exempel på hur personalen uttryckte sig. Utöver att avleda och övertyga var det bemötande som användes också att byta personal och därmed bryta den äldres beteende. Caris-Verhallen et al (1999) om undersköterskors attityder kopplat till bemötande blir intressant i det här avseendet. Caris-Verhallen et al (1999) förklarar att undersköterskor med en negativ attityd gentemot äldre bemötte patienten kortare och ytligare samt fokuserade mer på det praktiska utförandet. Så trots att undersköterskorna kan ha kunskap om psykisk ohälsa hos äldre eller i det här fallet kunskap om demenssjukdom, kan en negativ attityd gentemot äldre leda till att undersköterskorna undviker att bemöta den äldre över huvud taget. Detta kan vara en förklaring till att personalen väljer att byta personal och fokusera på det praktiska momentet framför den äldres känslor och beteende, vilket framgår i citatet nedan. Undersköterskorna förklarar hur ett byte av personal kan vara en effektiv metod gentemot demenssjuka som upplevs arga eller har vanföreställningar.

Fanny: Det kan vända väldigt fort hos dem. Vill de inte duscha kan man byta personal så att någon annan dyker upp, för då har de redan hittat en de är arga på.

Hanna: Ja, har de redan bestämt sig...

Fanny: Ja, så hos demenssjuka så är det väldigt bra att byta personal om de har hittat någon som de är arg på.

Ett bakomliggande, och kanske omedvetet, ålderistiskt synsätt hos undersköterskorna påverkar deras möjlighet att bemöta äldre. Istället för att använda sina kunskaper och applicera dem i praktiken, reagerar de avvisande utifrån generaliserande fördomar om demenssjuka. Undersköterskornas bemötande kan även bero på att de bedömer situationen utifrån de kunskaper de har, men som egentligen grundar sig i ålderistiska fördomar. Undersköterskorna förväxlar därmed ålderism med kunskap. Liknande fenomen förekommer i en diskussion mellan undersköterskorna Sara och Tove om en gemensam brukare.

Tove: [...] Och då så var det någon gång att hon behövde gå på toa, och det säger hon hela tiden – att hon måste gå på toa. Så då var det att jag... alltså vi hade en massa annat – och då prioriterade jag inte det, för jag tänkte att hon måste nog inte gå på toa, hon är nog bara förvirrad. [...] Sen så när vi tog henne på toa så behövde hon verkligen gå. Hon hade hållit sig verkligen. Då blev jag lite så att ojdå, det var fel av mig att typ ignorera henne. Men det är svårt att veta hur... Det varierar från gång till gång och sådär – och det är svårt att avgöra hur mycket man ska ta det på allvar vid de olika tillfällena.

Sara: Det fallet där [Tove] är ju väldigt svårt. När hon är uttråkad så är det ju toaletten. Och så vet man inte – oj så dum man känner sig när det väl... Men man får ta ställning efter var gång. Så jag menar... ja det är svårt.

Tove känner att hon måste prioritera annat framför brukaren utifrån en stereotyp föreställning om att den äldre är förvirrad. Det visade sig att den äldre faktiskt behövde gå på toaletten. Trots detta beskriver båda hur de väljer att undvika och bortförklara framför att bemöta den äldres beteende. Tove gör en bedömning utifrån sin upplevda kunskap om den äldre och i det här fallet blir bedömningen att den äldre är förvirrad. Hade Tove inte förväxlat fördomar om äldre med sin egen upplevda kunskap hade kanske situationen utvecklats annorlunda, exempelvis att Tove bemött den äldre och tagit hjälp av andra för att utreda brukarens problematik. Frågan är om undersköterskorna hade valt att bemöta den äldre annorlunda om de haft mer kunskap om äldre med psykisk ohälsa, eller om de valt att bemöta den äldre annorlunda baserat på mer kunskap om sina egna fördomar kring äldre med psykisk ohälsa.

Slutsats

Ålderism uttrycker sig på flera olika sätt i samtalen mellan undersköterskorna. Dels framkommer det att undersköterskorna i intervjuerna har föreställningar om äldre som förvirrade, oroliga och avvikande. Förklaringarna grundar sig i ålderistiska fördomar kring naturligt åldrande och logiska resonemang för att utesluta psykisk problematik. I de olika diskussionerna framkommer även att undersköterskorna gör en distinktion mellan de äldre och personalen, det vill säga ett "vi och dom" tänk som kan grunda sig i social identitetsteori och terror management teorin kopplat till ålderism. Demenssjukdom som förklaring till äldres psykiska problematik är också vanligt förekommande vilket verkar påverka hur undersköterskorna väljer att bemöta, eller inte bemöta, den äldre personen när denne betar sig på ett sätt som är "svårt", enligt undersköterskornas egen beskrivning. Demenssjuka patienter verkar därför bli bemötta med dubbel diskriminering. Till sist så har jag fört ett resonemang om att undersköterskors fördomar i form av ett ålderistiskt förhållningssätt gentemot äldre med olika former av psykisk problematik är högst relevant när det kommer till undersköterskors bemötande och äldres möjlighet att få vidare vård. Jag kommer vidare beskriva mina tankar om detta i den avslutande diskussionen eftersom det krävs vidare studier för att undersöka hur den äldres vård påverkas i praktiken av ålderism. I analysen har det även förekommit en diskussion om att ålderism kan stå i vägen för undersköterskornas möjlighet att applicera sina kunskaper i praktiken samt att det finns en tendens att undersköterskorna förväxlar ålderism med kunskap.

6 Avslutande Diskussion

Studiens frågeställningar syftade till att förklara, utifrån perspektivet ålderism, hur undersköterskor pratar om äldre med psykisk ohälsa och om detta i sin tur påverkar undersköterskornas bemötande gentemot äldre på boendet. Slutsatsen blev att flera av undersköterskornas diskussioner kring äldre med psykisk ohälsa innehöll diskriminerande fördomar gentemot äldre, vilket visats genom att applicera ålderism som teoretiskt perspektiv. Även undersköterskornas bemötande kan möjligtvis förklaras utifrån ålderism. Detta kopplar samman med hur undersköterskorna förväxlar diskriminerande attityder (ålderism) med kunskap vilket påverkar både undersköterskornas bedömning av den äldre och i sin tur deras bemötande. Det krävs dock ytterligare forskningsstudier för att kunna säkerställa ett samband mellan ålderistiska attityder och bemötande av äldre. Den forskning som finns idag fokuserar framförallt på att öka undersköterskors kunskap om psykisk ohälsa hos äldre. Jag menar dock att uppmärksammandet av diskriminering gentemot äldre med psykisk ohälsa och äldre generellt är minst lika viktigt för att säkerställa god vård och omsorg. Att jag argumenterar för vikten av medvetenhet kring sina egna fördomar beror på att personalens attityder verkar väga tyngre än kunskap i vissa sammanhang, men även att kunskap och fördom förväxlas. För att undersköterskorna ska kunna använda sig av kunskapen kring psykisk ohälsa behöver de ha implementerat den i sig själva och i sitt förhållningssätt. Inom vård och omsorg kan stressnivån och arbetsbelastningen vara skyhögt och snabba beslut och prioriteringar är en nödvändighet i arbetet inom äldreomsorgen. Jag kan därför tänka mig att känsla går framför kunskap i många situationer.

Så hur blir någon kvitt fördomar? Är det genom utbildning? Erfarenhet? Nedbrytandet av segregation? Kanske finns svaren i våra särskilda boenden. Att observera arbetet inom äldreomsorg hade kunnat ge många intressanta frågeställningar kring bemötande, gruppdynamik, attityder, diskriminering, institutioner och rollfördelningar. Kanske behöver även forskarvärlden undersöka sina egna prioriteringar när det kommer till ämnesområden. Äldreomsorgens särskilda boenden är en unik arbetsplats med flera olika dimensioner på mikro och makronivå, och befinner sig dessutom i konstant förändring inför framtida generationers krav och förutsättningar. Äldreomsorgen berör oss alla. Trots ålderdomens starka koppling till döden tror jag det är en nödvändighet att yngre sätter sig in i äldres livssituation. Om inget annat ger ålderdom perspektiv på livet och kan, om tur, bidra till en insikt, acceptans och mening i livets kaotiska början till slut.

Referenslista

- Aakhus, Eivind, Ingeborg Granlund, Jan Odgaard-Jensen, Andrew D. Oxman & Signe A. Flottorp (2016) A tailored intervention to implement guideline recommendations for elderly patients with depression in primary care: a pragmatic cluster randomised trial. *Implementation Science*, 11 (32): 1–15.
- Andersson, Lars (2008) *Ålderism*. Malmö: Holmbergs.
- Alvehus, Johan (2019) *Skriva uppsats med kvalitativ metod – en handbok*. Stockholm: Liber.
- Ayalon, Liat & Tesch-Römer, Clemens (2018) Introduction to the Section: Ageism – Concept and Origins. I: Liat Ayalon & Clemens Tesch-Römer (red.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG, Springer Nature.
- Bodner, Ehud, Yuval Palgi & Mary F. Wyman (2018) Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults. I: Liat Ayalon & Clemens Tesch-Römer (red.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG, Springer Nature.
- Bryman, Alan (2008) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- Butler, N. Robert (1969) Age-ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9 (4): 243–246.
- Caris-Verhallen, M.C.M. Wilma, Ingrid M. de Gruijter, Ada Kerkstra & Jozien M. Bensing (1999) Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (5): 1106–1117.
- Evans, C. Simon (2018) Ageism and Dementia. I: Liat Ayalon & Clemens Tesch-Römer (red.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG, Springer Nature.
- Folkhälsomyndigheten (2020) Covid-19 Hämtad från Folkhälsomyndigheten: [\[https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/\]](https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/) Hämtad: 2020-04-29.
- Greenberg, Jeff, Tom Pyszczynski & Sheldon Solomon (1986) The Causes and Consequences of a Need for Self-Esteem: A Terror Management Theory. I: Roy F. Baumeister (red.) *Public Self and Private Self*. New York: Springer.
- Goffman, E. (2005/1986). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New York: Touchstone.
- Harnett, Tove, Håkan Jönson & David Wästerfors (2012) *Makt och vanmakt på äldreboenden*. Lund: Studentlitteratur.

- Jönson, Håkan (2002) *Ålderdom som samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Jönson, Håkan (2009) *Äldreomsorgen, ålderismen och de nästan döda*. I: Håkan Jönson (red.) *Åldrande, åldersordning, ålderism*. Norrköping: Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet.
- Oeseburg, Barth, Hilberts, Rudi & Roodbol, F. Petrie (2015) Essential competencies for the education of nursing assistants and care helpers in elderly care. *Nurse Education Today*, 35 (10): 32–35.
- Rennstam, Jens & Wästerfors, David (2015) *Från stoff till studie – Om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*
- Socialstyrelsen (2013a) *Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b) *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa – Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018) *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre – uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020) *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Suvanto, R. Susanne (2018) *Psykisk ohälsa hos äldre*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.
- Svensson, Bengt & Hansson, Lars (2017) Mental health first aid for the elderly: A pilot study of a training program adapted for helping elderly people. *Aging & Mental Health*, 21 (6): 595-601.
- Thompson, Penelope, Lang, Lyn & Annells, Marilyn (2008) A systematic review of the effectiveness of in-home community led interventions for the mental health of older persons. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (11): 1419–1427.
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Waxman, M. Howard (1986) Community Mental Health Care for the Elderly: A Look at the Obstacles. *Public Health Reports (1974-)*, 101 (3): 294-300.
- Wyman, F. Mary, Sharon Shiovitz-Ezra & Jürgen Bengel (2018) Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. I: Liat Ayalon & Clemens Tesch-Römer (red.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG, Springer Nature.

Bilaga I vinjettbeskrivningar

Intervjuguide Fokusgrupper

Vinjettbeskrivning Maja

”Maja sover sämre nu än när hon var yngre, kroppen värker och hon känner sig irriterad och slut. Vissa dagar vaknar hon redan vid fyra-tiden och kan inte somna om. Det är så mycket att tänka på. Maja oroar sig för om hemtjänsten kommer ihåg att hon behöver hjälp med att gå till apoteket. Det är lätt att jaga upp sig när det är tyst och mörkt. Vissa nätter har hon svårt att sova, andra nätter händer det att hon sover alldeles för mycket med ändå är dödstrött när hon vaknar. Maja har varit på vårdcentralen flera gånger och nu senast funderade man på om det kanske är järnbrist som orsakar hennes trötthet. Maja har också provat olika värktabletter med dem blir hon bara yr och illamående av. Majas syster är orolig och undrar om Maja håller på att bli dement. Hon tycker inte att Maja är sig riktigt lik och att hon ibland verkar lite frånvarande.” (Suvanto, 2018, s. 27).

- Vad är er bild av Maja?
- Hur hade ni bemött Maja?
- Hur hade ni bemött den anhöriges oro?

Vinjettbeskrivning Ester

”Ester är arg på den ’tjuvaktiga’ personalen. Det saknas en plastring runt den ena vispen som tillhör hennes elvisp. Personalen försöker övertyga henne om att det bara ska vara en plastring på den ena vispen för att man ska veta vad som är höger och vänster. Ester låter sig inte övertygas – hennes misstanke förstärks snarare eftersom personalen är så angelägen om att hitta bortförklaringar till allt.” (Suvanto, 2018, s. 52).

- Hur hade ni bemött Ester?
- Vad tror ni orsakar hennes vanföreställning?

Bilaga II informationsbrev

Jag heter Elsa och är socionomstuderande vid Lunds universitet. Jag skriver just nu min kandidatuppsats och skulle behöva hjälp att hitta deltagare till min undersökning. Studien handlar om äldres mående och jag letar därför efter undersköterskor på särskilda boenden att intervjua.

Hur?

Intervjun kommer ske vid ett tillfälle *via Skype* och kommer hållas av mig tillsammans med er som vill delta, i en grupp på 3 – 4 personer. Intervjun kommer mer likna ett samtal där vi pratar och diskuterar om 3 olika korta scenarier där en fiktiv äldre person står i fokus och det hela kommer ta ungefär 45 – 60 minuter. Samtalet sker alltså via webben så allt du behöver är en dator/laptop med mikrofon, det kostnadsfria programmet Skype och en lugn miljö att vistas i, som hemma, superenkelt! Intervjuerna kommer ske i *april*, från och med vecka 15.

Varför?

Förhoppningsvis är det en intressant och lärorik timme för er som deltar, men som tack för hjälpen får du även en *biobiljett!* Skype kan du kostnadsfritt ladda ner på www.skype.com/sv/. Du hittar mig på Skype genom att söka på min mejladress.

Kontakt

Om du har intresse av att delta i undersökningen eller vid frågor går det bra att kontakta mig antingen via mejl eller telefon. Allt deltagande är frivilligt och de som deltar kommer vara anonyma i uppsatsen.

Mejl: --

Mobil: --

Hör av dig!

Mycket vänliga hälsningar

Elsa Nilsson