



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

**”Vi måste prata om det, vi kan inte
längre sticka huvudet i sanden,
varken i samhället eller på våra
boenden”**

En kvalitativ studie kring psykisk ohälsa inom äldreomsorgen

Emma Jönsson

Kandidatuppsats (SOPA63)

HT 2021

Handledare: -

Abstract

Author(s): Emma Jönsson

Translated title: "We must talk about it, we can no longer bury our heads in the sand, neither in society nor in our homes" A qualitative studie on mental illness in elderly care

Supervisor: -

Assessor: Maria Bergendal Arvidsson

Mental illness among the elderly is a problemarea that requiers further research to increase knowledge. Therefore the aim of this study was to investigate how the elderly's mental health are prioriticed in elderly care, talked about by first-line managers and nursing staff in elderly care and also to investige possibilities for prevention of mental illness.

The studie was conducted through qualitative interviews with two first-line managers and four assistant nurses working in special housing and home care. The result of the studie was that attention and priority of mental illness among the elderly was due to education, knowledge and finiancial conditions. The most reccuring theme among the respondents was the lack of time, staff shortages as well as lack of knowledge and experience about mental illness.

By applying ageism as a theoretical starting point of these results it can be seen that the priority of education and financial conditions in elderly care can be influenced by society's perceptions and expections of the elderly. The results of such a phenomenon could be that mental illness among the group does not get noticed to the extent needed.

Therefore, I have come to the conclusion that further knowledge is required on the topic of mental illness among the elderly and that increased measures are needed to counteract ageism.

Key words: elderly, knowledge, mental illness, ageism, stigma

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| 1. Inledning | 5 |
| 1.1 Problemformulering | 5 |
| 1.2 Syfte | 6 |
| 1.3 Frågeställningar | 6 |
| 2. Bakgrund och begreppsförklaring | 7 |
| 2.1 Psykisk ohälsa | 7 |
| 2.2 Lagar och riktlinjer | 7 |
| 2.2.1 Rätten till bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL) | 8 |
| 2.2.2 Insatser av god kvalitet | 8 |
| 2.2.3 Insatser enligt Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) | 8 |
| 2.2.4 Äldreomsorgens värdegrund | 8 |
| 2.2.5 Särskilda boendeformer | 9 |
| 2.2.6 Diskrimineringslagen | 9 |
| 3. Kunskapsläge | 9 |
| 3.1 Psykisk ohälsa bland äldre | 10 |
| 3.2 Svårt att uppmärksamma | 10 |
| 3.3 Tillgänglighet | 11 |
| 3.4 Utbildning och kompetens bland personalen | 12 |
| 3.5 Ekonomiskt utrymme | 13 |
| 3.6 Vikten av socialt stöd | 14 |
| 3.7 Alternativa insatser | 14 |
| 4. Teoretisk utgångspunkt | 15 |
| 4.1 Ålderism | 15 |
| 4.2 Stigma | 16 |
| 4.3 Stigmatisering | 17 |
| 5. Metod | 18 |
| 5.1 Förståelse för val av forskningsområde | 18 |
| 5.2 Metodologiska överväganden | 18 |
| 5.3 Genomförande av intervjuer | 19 |
| 5.4 Urval | 19 |
| 5.5 Metodens tillförlitlighet och äkthet | 20 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 5.5.1 | <i>Trovärdighet</i> | 20 |
| 5.5.2 | <i>Överförbarhet</i> | 20 |
| 5.5.3 | <i>Pålitlighet</i> | 21 |
| 5.5.4 | <i>Möjlighet att styrka och confirmera</i> | 21 |
| 5.5.5 | <i>Äkthet</i> | 21 |
| 5.6 | <i>Bearbetning och analys</i> | 21 |
| 5.7 | <i>Etiska överväganden</i> | 22 |
| 5.7.1 | <i>Informationskravet</i> | 22 |
| 5.7.2 | <i>Samtyckeskravet</i> | 22 |
| 5.7.3 | <i>Konfidentialitetskravet</i> | 22 |
| 5.7.4 | <i>Nyttjandekravet</i> | 23 |
| 6. | Resultat och analys | 23 |
| 6.1 | <i>Psykisk ohälsa inom äldreomsorgen</i> | 23 |
| 6.1.1 | <i>Psykisk ohälsa</i> | 23 |
| 6.1.2 | <i>Att uppmärksamma psykisk ohälsa</i> | 25 |
| 6.1.3 | <i>Äldre pratar inte om psykisk ohälsa</i> | 26 |
| 6.2 | <i>Utbildning och kompetens</i> | 27 |
| 6.3 | <i>Att våga fråga</i> | 29 |
| 6.4 | <i>Ekonomiska förutsättningar och arbetsbelastning</i> | 29 |
| 6.5 | <i>Samtalsstöd och socialt stöd</i> | 31 |
| 6.6.1 | <i>Samtalsstöd</i> | 32 |
| 6.6.2 | <i>Socialt stöd</i> | 33 |
| 7. | Sammanfattning och diskussion | 34 |
| 7.1 | <i>Kunskapsluckor</i> | 34 |
| 7.2 | <i>Ekonomiska förutsättningar</i> | 35 |
| 7.3 | <i>Tillgång till rätt stöd</i> | 36 |
| 7.4 | <i>Slutord</i> | 36 |
| 8. | Referenser | 37 |
| 9. | Bilaga 1 | 41 |
| 10. | Bilaga 2 | 42 |

1. Inledning

Under min verksamhetsförlagda utbildning på ett särskilt boende väcktes mitt intresse för den äldre målgruppen då jag uppmärksammade att synen på psykisk ohälsa bland äldre omtalas som en naturlig del av åldrandet. Om en boende visade tecken på oro och ångest var det främst åtgärder och insatser i form av olika läkemedel som diskuterades snarare än eventuella sociala behov. Ytterligare ett fenomen som jag stötte på var att när jag höll i mindre samtal med de äldre för att få en uppfattning om deras syn på sin situation var majoriteten av svaren positiva. Samtidigt finns det pågående diskussioner om vilka olika brister det finns inom äldreomsorgen och att just den äldre målgruppen är nedprioriterad. Detta fick mig att fundera kring vilken syn det finns på äldres behov och hur denna syn påverkar vilka behov som prioriteras samt vilka insatser som erbjuds just den äldre målgruppen samt vilka verktyg som används för att uppmärksamma psykisk ohälsa inom denna målgrupp.

1.1 Problemformulering

Antalet äldre personer i Sverige har ökat under de senaste åren och förväntas fortsätta öka framöver. År 2028 förväntas den äldre befolkningen i åldern 65 år och äldre ha ökat med 309 000 personer och ännu större andel gäller för åldersgruppen 80 år och äldre som förväntas öka med hela 50%, vilket innebär en ökning med 255 000 personer, från cirka en halv miljon till cirka 750 000 personer. Detta kommer att innebära en stor utmaning för det svenska samhället och den omsorg som rör den äldre befolkningen (SCB, 2018). Detta dels då det kommer att innebära ett större behov av resurser och personal för ett större antal personer, men även då det med nya generationer tillkommer varierande problematik som kräver utvecklad forskning och kunskap för att kunna möta de äldres olika behov (Jönson & Harnett, 2015).

God psykisk hälsa är något vi alla är beroende av för att kunna hantera mycket som vi stöter på under livets gång, oavsett vilken åldersgrupp vi tillhör. Att motsatsen, psykisk ohälsa, är ett samhällsproblem i Sverige precis som i många andra länder är inget nytt. Det finns forskning och statistik framtaget om ämnet, men kunskapens omfattning skiljer sig åt beroende på vilken grupp av människor man talar om. Äldre personer utgör en särskilt utsatt målgrupp. Detta kan bero på att det finns viss problematik kring att faktiskt identifiera den psykiska ohälsan inom denna målgrupp då det med åldern oundvikligt

följer en rad olika symtom som ofta anses vara helt naturliga, men som egentligen också kan bero på just psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är vanligare bland personer från 65 år och äldre än bland yngre personer mellan 18 och 64 år (Socialstyrelsen, 2018). Trots detta finns det brister i kunskap kring ämnet och hur problematiken bör uppmärksammas och hanteras. Frågan är hur och varför det har blivit så. Kanske beror det på att det finns normer och attityder som på olika sätt kategoriserar människor efter ålder och behov och att dessa kan ge uttryck för ojämlikhet och diskriminering, det vi kallar för ålderism (Jönson & Harnett, 2015).

Ett av Socialtjänstens mål som listas i 1.kap 1§ socialtjänstlagen innebär att främja ”jämlikhet i levnadsvillkor” och i 5. kap 4§ socialtjänstlagen sägs att ”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)”. Om det finns brister i kunskap kring psykisk ohälsa kring äldre innebär det att de kanske inte alltid får sina behov tillgodosedda, vilket gör att det går att ifrågasätta huruvida jämlikhet, värdigt liv och välbefinnande kan uppfyllas samtidigt som ålderismen är genomsyrande.

Sammantaget är äldre en målgrupp som förväntas öka än mer framöver. Psykisk ohälsa är ett samhällsproblem som drabbar personer över 65 år oftare än yngre personer. Eftersom Socialtjänstens omsorg enligt 5 kap. 4 § socialtjänstlagen ska verka för att äldre personer ska få leva ett värdigt liv, känna välbefinnande och ha en meningsfull tillvaro är det av relevans för socialt arbete att undersöka hur äldres behov prioriteras inom äldreomsorgen, hur enhetschefer och undersköterskor resonerar kring psykisk ohälsa hos äldre samt hur detta kan uppmärksammas och förebyggas.

1.2 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur äldres behov prioriteras inom äldreomsorgen samt att undersöka hur enhetschefer och undersköterskor inom äldreomsorgen resonerar kring psykisk ohälsa hos äldre och hur detta kan uppmärksammas och förebyggas.

1.3 Frågeställningar

- Hur prioriteras de äldres behov enligt personal inom äldreomsorgen?
- Hur kan psykisk ohälsa bland äldre förebyggas inom enligt personal inom äldreomsorgen?

- Hur kan psykisk ohälsa bland äldre uppmärksammas enligt personal inom äldreomsorgen?

2. Bakgrund och begreppsförklaring

I denna studie kommer olika begrepp att upprepas och för att underlätta har jag valt att inleda med att till viss del definiera begreppen psykisk hälsa/ohälsa.

2.1 Psykisk ohälsa

Då begreppen psykisk hälsa och psykisk ohälsa är väldigt breda och komplexa går det inte att helt och håller fastställa vilken definition som exakt beskriver och innefattar alla olika delar och variationer som det kan röra sig om, men i denna uppsats kommer följande definition vara den definition som utgått ifrån när begreppen nämns. Enligt Folkhälsomyndigheten (2021) kan ”psykisk hälsa ” med andra ord definieras som ett psykiskt välbefinnande innebärande att individen i fråga *”kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i”*.

Genom att definiera vad som definieras som psykisk hälsa blir det tydligare att förklara psykisk ohälsa då detta innebär att något eller några av kriterierna för psykisk hälsa inte uppfylls. Dock innefattar den psykiska ohälsan många olika delar och för att lättare förklara delas begreppet upp i kategorierna *psykiska besvär* och *psykiska sjukdomar*.

Psykiska besvär innebär att individen i fråga upplever eller visar tecken på nedstämdhet, oro, sömnsvårigheter eller ångest. Dessa olika psykiska besvär kan påverka individen i olika omfattning, vilket innebär att funktionsförmågan ser olika ut beroende på hur omfattande den psykiska ohälsan är. Psykisk sjukdom innebär att ett flertal symtom av psykiska besvär uppfyller kriterierna för att klassas som en diagnos.

2.2 Lagar och riktlinjer

För att underlätta och förtydliga kommande analysprocess finns det relevans i att ge en överblick över vilka lagar och riktlinjer som påverkar och styr hur äldreomsorgen är

uppbyggd och fungerar. Nedan följer därför en presentation av några utvalda rådande lagar och riktlinjer.

2.2.1 Rätten till bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL)

4 kap 1§ socialtjänstlagen beskriver att *''Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt''*. Sådant bistånd ska innebära att den enskilde ska säkras en skälig levnadsnivå och får möjlighet till att kunna leva ett självständigt liv.

2.2.2 Insatser av god kvalitet

Enligt 3 kap 3§ socialtjänstlagen ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Dessutom ska den personal som arbetar inom socialtjänsten ha erfarenhet och relevant utbildning samt att verksamheten kontinuerligt ska utvecklas för att säkerställa att kvaliteten är god.

Enligt 3 kap 5§ socialtjänstlagen ska de insatserna som socialnämnden erbjuder för den enskilde utformas och genomföras tillsammans med denne samt om behovet finns även tillsammans med andra organisationer, föreningar eller samhällsorgan.

2.2.3 Insatser enligt Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS)

Enligt 7§ LSS har den enskilde rätt till insatser i form av särskilt stöd och service med syfte att tillförsäkra goda levnadsvillkor. I 9b § LSS framgår att sådana insatser beviljas personer som är 65 år och äldre endast om sådan insats beviljats innan dess att personen fyllt 65 eller om kommunen får ansökan senast dagen innan dagen personen fyller 65 år.

2.2.4 Äldreomsorgens värdegrund

Enligt 5 kap 4§ socialtjänstlagen ska den omsorg som socialtjänsten erbjuder för äldre syfta till att äldre får *''...leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)''*. I denna paragraf beskrivs även att socialnämnden ansvarar för att den äldre ska ges möjlighet att kunna bo och leva självständigt och under trygga förhållanden där de kan ha en meningsfull och aktiv tillvaro tillsammans med andra.

2.2.5 Särskilda boendeformer

Enligt 5 kap 5§ socialtjänstlagen ska socialnämnden ansvara för att den äldre får möjlighet att få goda bostäder och att den som har behovet ska ha tillgång till stöd, hjälp och service i hemmet. För de äldre som är i behov av särskilt stöd ska kommunen etablera särskilda boende anpassade för stöd och omvårdnad. Dessutom ska kommunen även ansvara för att det finns särskilda boende för de äldre som är i behov av stöd och hjälp i boendet samt annan lättåtkomlig service samt har ett behov av att bryta oönskad isolering. Den äldre ska kunna välja hur och när sådant stöd, hjälp och service ska ges, i den mån det är möjligt.

2.2.6 Diskrimineringslagen

Enligt 1 kap. 1§ diskrimineringslagen har lagen ”till ändamål att motverka diskriminering och på andra sätt främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder”.

Diskriminering definieras som direkt, indirekt samt bristande tillgänglighet enligt 1 kap. 4§ diskrimineringslagen. Detta gäller bland annat i fråga om hälso- och sjukvård och inom socialtjänstens verksamheter enligt 2 kap. 13§ diskrimineringslagen.

3. Kunskapsläge

I det följande presenteras en sammanställning av tidigare forskning kring psykisk ohälsa bland den äldre målgruppen. Detta material har delats in i sju olika huvudkategorier; *psykisk ohälsa bland äldre, svårt att uppmärksamma, tillgänglighet, utbildning och kompetens bland personalen, vikten av socialt stöd samt alternativa insatser.*

För att finna relevant material i form av litteratur och artiklar som tar upp psykisk ohälsa bland äldre har huvudsakligen sökmotorn LUBsearch använts. De sökord som använts är; *psykisk ohälsa, äldre, uppmärksamma, kompetens, utbildning* samt *undersköterska*. Med

hjälp av dessa sökord hittades material med tillhörande referenser som gav möjligheten att vidare finna ytterligare relevant material för studien.

3.1 Psykisk ohälsa bland äldre

Äldre tillhör en målgrupp inom vilken det är vanligt förekommande med både somatisk och psykiatrisk problematik. Att åldras kan innebära många olika förluster av fysiska funktioner så som att rörelseförmåga, hörsel och syn kan bli nedsatta. Utöver detta kan ålderdomen innebära förluster i det sociala nätverket då närstående också blir äldre och kan drabbas av sjukdomar eller bortgång (Socialstyrelsen 2013).

Ålderdomen kan även innebära andra förändringar och omställningar för människor som exempelvis att en person tidigare haft ett arbete med en självklar roll som plötsligt upphör när personen går i pension. Känslan av att ha ett syfte och att känna att man tillför något i livet är en omfattande drift hos människor, vilken hotas när man inte längre arbetar eller då man både fysiskt och psykiskt kan bli svagare och inte har samma förutsättningar och möjligheter att bidra till samhället i den utsträckning som man tidigare kunnat. Att ha ett arbete att gå till samt alla rutiner som följer med att ha ett aktivt arbetsliv kan för många fungera som distraktion från andra saker i livet som kan vara omtumlande. Exempelvis kan man uppleva problem i relationer eller andra svårigheter i privatlivet som påverkar den psykiska hälsan, där arbetet gör det möjligt att fokusera på något annat och då få en paus. När detta upphör i samband med att arbetslivet slutar upphör möjligheten till distraktion och återhämtning i sådan form, vilket kan innebära att svårigheter blir mer påtagliga och den psykiska hälsan mer påverkad (Cullberg, 2003).

Denna komplexa problematik innebär ett brett behov av olika insatser och stöd från psykiatri, äldreomsorg och primärvård. Oftast förekommande är att äldre med psykisk ohälsa främst kommer i kontakt med primärvård och äldreomsorg samt att de ofta söker hjälp för fysiska behov snarare än psykiska eller att de inte söker hjälp alls trots sina besvär (Socialstyrelsen, 2018).

3.2 Svårt att uppmärksamma

Det finns svårigheter i att uppmärksamma psykisk ohälsa inom den äldre målgruppen då de som tidigare nämnt utgör en grupp med komplexa behov och samsjuklighet, vilket innebär att många fysiska symtom egentligen kan bero på psykiska besvär. Enligt

Waxman (1986) finns det attityder gentemot den äldre målgruppen där man anser att dessa är för gamla för att genomgå terapi för den psykisk ohälsa på grund av att den äldre generationen har svårare att genomgå förändring eller har kognitiva svårigheter som gör att de inte anses lämpliga för sådana behandlingsformer.

Det finns olika faktorer som påverkar i vilken utsträckning en person söker stöd gällande psykisk ohälsa. Det kan handla om personens egna attityd till samt kunskap kring psykisk ohälsa på så sätt om personen själv inte uppmärksammar den psykiska ohälsan hos sig själv eller av olika anledningar inte vill kännas vid denna leder detta i sin tur till att personen inte söker hjälp för det. Att inte vilja kännas vid den psykiska ohälsan kan bero på olika anledningar så som exempelvis att personen är uppväxt i en miljö där den psykiska ohälsan är tabubelagd och där det inte är något som pratas om. Sådana attityder och stigma kan vara rådande i alla olika åldersgrupper, men för den äldre generationen kan detta vara påverkande på grund av att det kan finnas en rädsla att bli institutionaliserad som förekom tidigare under deras uppväxt. Samtidigt kan det finnas ytterligare faktorer så som rädsla för att bli mindre självständig samt tillit för professionella och vården. (ibid, 1986).

3.3 Tillgänglighet

Vanligt förekommande är även att äldre med psykisk ohälsa i första hand får läkemedelsbehandling, trots att Kognitiv Beteende Terapi (KBT) samt Interpersonell psykoterapi (IPT) rekommenderas för personer med psykisk ohälsa i form av ångest och depression. Dessutom är det av stor vikt att se varje äldre person utifrån dennes individuella behov och inte generalisera och anta att viss problematik eller vissa behov är aktuella enbart på grund av deras ålder och vad som är vanligast förekommande inom den åldersgruppen (Socialstyrelsen, 2013).

Ett exempel som Cullberg (2003) tar upp är en situation på ett äldreboende där personalen vände sig till läkare med önskan att medicinera den äldre för aggressivitet där det senare framkom att den upplevda aggressiviteten grundade sig i att den äldre funnit trygghet och upprättat en nära relation med en annan äldre person på hemmet och det därför uppstått en kris i samband med att denna person behövt flytta. Ett sådant exempel konkretiserar dilemmat och problematiken kring just den psykiska hälsan hos äldre och synen på denna åldersgrupps behov då man i första hand ser aggressiviteten som en konsekvens av

åldrandet där medicinering är lösningen, snarare än att det skulle finnas behov av sorg- och krishantering i form av samtalsstöd.

Precis som andra åldersgrupper har de äldre tillgång till psykiatrisk vård, men viktigt är att i arbetet med de äldre vara medveten om vilka hinder det kan finnas för tillgängligheten. Det är viktigt att se till vilka förutsättningar och möjligheter individen har till att komma i kontakt med den omsorg och vård de är i behov av. Det kan handla om att exempelvis tänka kring hur äldreomsorgen är anpassad för de äldre personerna eller hur lättillgänglig kontakten med primärvård och psykiatri är (Socialstyrelsen, 2013).

3.4 Utbildning och kompetens bland personalen

Forskning visar att depression är den mest vanliga formen av psykisk ohälsa bland äldre personer och att det därför finns en stor relevans och ett stort ansvar hos undersköterskor som arbetar med de äldre att upptäcka detta. Trots detta visar forskning att detta inte upptäcks i den utsträckning som det behövs. Detta bland annat både på grund av brist på kunskap och kompetens hos personalen samt tidsbrist (Butler, 2007).

I undersköterskans roll ingår flera olika uppgifter och krav. Exempel på detta är kontaktmannaskap, personlig omsorg, förflyttningsteknik, toalettbestyr, mat- och måltidsmiljö, vård i livets slut, delegation, praktiska göromål, skapa välbefinnande och meningsfull vardag samt att handleda och introducera. Dessa olika ansvarsområde innebär att undersköterskans roll är komplex och ställer höga krav på att personen har goda kunskaper i att leva upp till dessa. Viktigt är att som undersköterska kunna arbeta utifrån de riktlinjer som finns och att använda sig av både teoretisk och praktisk kunskap för att tillgodose de äldres behov. Förutom den praktiska och teoretiska kunskapen kräver yrket även att undersköterskan präglas av empati och god attityd i sitt möte med de äldre för att på så sätt ge ett gott bemötande och inge trygghet hos dessa. Detta innebär inte bara ett stort ansvar för undersköterskan utan även för cheferna inom verksamheterna då dessa behöver ha ett helhetsperspektiv där alla dessa delar tas med i åtanke i utformandet och organiseringen av insatser och resurser (Berglund, 2017).

Snowdon (2010) belyser vikten av att det finns en stark samverkan mellan särskilda boenden och äldrepsykiatri. Eftersom det finns ett starkt samband mellan psykiska och fysiska sjukdomar inom alla åldersgrupper, men särskilt inom den äldre åldersgruppen och på grund av att många av de som arbetar i direkt kontakt med de äldre inte har

tillräcklig erfarenhet eller kunskap om saker som rör psykisk hälsa respektive ohälsa, finns det stora fördelar med nära samverkan mellan personal inom äldreomsorgen och psykiatri trots att sådan utveckling skulle innebära högre kostnader för verksamheter inom äldreomsorgen, men även för staten samt ökad ansträngning och krav på psykiatrin.

3.5 Ekonomiskt utrymme

Berglund (2017) beskriver undersköterskor som nyckelspelare inom äldreomsorgen. I ett kapitel presenteras det ekonomiska utrymmet inom äldreomsorgen som starkt påverkande faktor för att kunna tillgodose de äldres behov. Undersköterskor kan uppleva frustration på grund av att de inte lyckas tillgodose dessa behov på grund av att bristande ekonomiskt utrymme leder till att det blir en prioriteringsfråga där betydande saker kan falla bort. Ett exempel på en sådan konsekvens är att det sociala behovet i form av exempelvis aktiviteter som har syfte att främja meningsfullhet i vardagen för de äldre prioriteras bort då ekonomin inte räcker till och annat behöver fokuseras på i första hand.

Detta innebär inte bara ett stort ansvar för undersköterskan utan även för cheferna inom verksamheterna då dessa behöver ha ett helhetsperspektiv där alla dessa delar tas med i åtanke i utformandet och organiseringen av insatser och resurser. Att en verksamhet styrs av ekonomi och budget kan innebära att det då finns risk att det som prioriteras blir tid och pengar snarare än kvaliteten på insatserna (ibid, 2017).

I Socialstyrelsen (2010) belyses vikten av att ha kunskap kring hur psykisk ohälsa hos äldre kan uppmärksammas i det dagliga mötet. En förutsättning för att kunna uppmärksamma och bemöta psykisk ohälsa bland äldre är att vid utformning av verksamheten ha i åtanke hur den på bästa sätt kan anpassas så att den i största mån är tillgänglig för den äldre. Ytterligare en faktor som nämns som en förutsättning för att kunna upprätthålla god vård- och omsorg är kontinuitet, innebärande att vården och omsorgen ska vara anpassat på så vis att den äldre i största möjliga mån har kontakt med samma personal, både för den äldres egna skull och för att personalen ska ha lättare att uppmärksamma förändringar hos den enskilde äldre.

Enligt Caris-Verhallen, Kerksta & Benzing (1999) påverkas undersköterskors konversationer med de äldre av tidspress. Detta då brist på tid resulterar i att samtal kring känslor och livssituationer blir mindre förekommande då undersköterskorna inte upplever att de inte hinner med. Brist på tid beror ofta på brist på personal på grund av att ekonomin inte räcker till.

3.6 Vikten av socialt stöd

Zhou, Chen, Hong, Fan, Liu & Zhang (2020) belyser att socialt stöd från bland annat anhöriga, vänner, organisationer och samhällen kan motverka depression och främja psykisk hälsa hos äldre personer.

Ensamhet är starkt relaterat till depression och är vanligt förekommande bland äldre personer. Begreppet ensamhet kan delas upp i två kategorier där man skiljer på känslomässig ensamhet och social ensamhet. Den känslomässiga ensamheten orsakas av personen inte har en nära eller intim anknytning till en annan människa, vilket kan uppstå i samband med att en person förlorat någon närstående eller genomgått en skilsmässa. Den sociala ensamheten har att göra med det sociala nätverket och upplevs när en person inte har ett socialt nätverk med gemensamma aktiviteter och intressen (Liu, Gou & Zuo, 2014). Även fysisk aktivitet och träning kan förebygga depression, och för de som redan lider av depression kan fysisk aktivitet också hjälpa till att minska symtomen (Chong, 2007).

3.7 Alternativa insatser

Idén om att använda sig av djur i samband med psykisk ohälsa började redan på 1790talet och utvecklingen har senare resulterat i att psykologer börjat rekommendera detta under 1900-talet. De positiva aspekterna av att använda sig av djur, särskilt sällskapsdjur, för att motverka den psykiska ohälsan är både psykologiska, fysiska och sociala. Med positiva psykologiska aspekter menar man att det visat sig ha positiv påverkan på exempelvis rastlöshet, ensamhet, nedstämdhet och depression. Ett exempel på en positiv social aspekt är att djurassisterade aktiviteter kan öka interaktionen bland de äldre. Dessutom har forskning även visat positiva fysiska aspekter så som att de äldre fått ökad aktivitetsförmåga och bättre minne. Det djur som visat sig ha mest positiv inverkan är hundar och då främst inom äldreomsorgen. När man talar om denna typ av djuranvändning skiljer man på djurassisterade aktiviteter och djurassisterad terapi där det förstnämnda syftar till att stimulera och aktivera och det sistnämnda innebär en mer planerad behandlingsprocess. Forskning visar att den sociala funktionsförmågan hos äldre har ökat i samband med att man använt sig av djur i sina aktiviteter samt att ångesten minskade (Brodie & Biley, 1998).

4. Teoretisk utgångspunkt

I denna studie kommer *ålderism* och *stigma* huvudsakligen att användas som teoretisk utgångspunkt för vidare analys av synen på hur psykisk ohälsa uppmärksammas inom äldreomsorgen. Det finns ett flertal begrepp som är relevanta att fördjupa sig i och för att få en mer utvecklad bild av vilka faktorer som kan påverka hur olika samhällsgrupper framställs. Följande begrepp har valts att utvecklas: *ålderism*, *stigma*, *stigmatisering* och *självstigmatisering*. Dessa begrepp kommer att fungera som vägledande i kommande analys då dessa ger möjlighet att knyta konkreta teoretiska begrepp till olika fenomen i vårt samhälle. Detta på så sätt att man genom att belysa hur människors syn på olika samhällsgrupper, i det här fallet äldre, kan påverka hur dessa bemöts, hanteras och talas om, vilket i sin tur kan påverka huruvida deras behov blir tillgodosedda eller ej.

4.1 Ålderism

När man talar om kategorisering och diskriminering i samhället är en ålder ett begrepp som man kan välja att titta närmre på. Man kan då undersöka hur människor kategoriseras i samhället beroende på vilken åldersgrupp de tillhör och på så sätt jämföra vad det finns för likheter och skillnader mellan gruppernas förutsättningar, möjligheter och rättigheter. Om det vid en sådan jämförelse framkommer att jämlikhet inte råder fullt ut, kan detta vara ett tecken på åldersdiskriminering. Det kan finnas olika anledningar till att åldersdiskriminering och ett begrepp som myntats för att beskriva sådana fenomen är begreppet *ålderism* (Harnett & Jönson, 2015). Begreppet har blivit definierats av Robert Butler (1969) som beskriver detta som den process som innebär att attityder gentemot olika åldersgrupper kan innebära diskriminering. När stereotypa föreställningar påverkar synen på en viss grupp människor beroende på ålder och dessa på grund av detta utsätts för diskriminering kan detta kallas för ålderism. Det är vanligt förekommande att äldre människor anses vara avvikande då de upplevs ha negativa egenskaper som skiljer sig från andra åldersgrupper. Detta innebär anledningen till att personer som drabbas viss problematik och utsatthet förklaras genom att hänvisa till deras ålder (Butler, 1975).

Detta begrepp kan användas för att beskriva sådana attityder och sådan diskriminering gentemot och mellan alla olika åldersgrupper, men i denna kandidatuppsats är det attityder gentemot äldre som åldersgrupp som begreppet främst syftar till. Ålderismen kopplat till äldre kan då innebära olika fördomar och negativa attityder till åldersgruppen. Detta kan både uttrycka sig i form av nedlåtande kommentarer från omgivningen, men också på en högre nivå där exempelvis lagstiftning och myndighetsutövning kan missgynna de äldre då det kan finnas olika syn på äldres behov. Något som kan förekomma är att det finns en

syn på ålderdom som innebär att det med åldern förväntas följa en rad olika sjukdomar och behov som då ses som oundvikliga och naturliga. Detta kan i sin tur innebära att sådana fenomen inte bemöts och hanteras på lika sätt som om det rör en yngre åldersgrupp. Resultatet med en sådan syn kan då bli att de insatser som ska möta äldres behov är utformade på ett visst sätt där exempelvis läkemedel är mer prioriterat än sociala behov och insatser (Harnett & Jönson, 2015).

Palmore (1990) talar om begreppet ålderism som något som innehåller särbehandling på grund av ålder, vilken kan vara både positiv och negativ. Ålderismen kan delas upp i två begrepp, *fördomar* och *diskriminering*. Vidare kan man dela upp även begreppet fördomar i mindre beståndsdelar där man skiljer på stereotyper och attityder, vilka kan kopplas till kognitiva respektive affektiva funktioner hos individer. Några exempel på fördomar som är vanliga när det rör synen på äldre människor är att denna målgrupp är särskilt sjuka, fula, impotenta, mentalsjuka, värdelösa, isolerade och deprimerade. Ett antal exempel på positiva fördomar kring den äldre målgruppen är att de är vänliga, lyckliga och visa.

Diskriminering kan komma till uttryck på olika sätt i olika sammanhang och det går att skilja på institutionell diskriminering och personlig diskriminering samt positiv respektive negativ diskriminering. Positiv diskriminering kan uttrycka sig i form av ålderspensionering då det ger specifikt den äldre målgruppen särskilda rättigheter. Negativ diskriminering kan däremot exemplifieras på så sätt att pensionen innebär att den äldre målgruppen inte har rättigheter att arbeta som tidigare och därmed inte heller rätt till samma inkomst som tidigare (Jönson, 2002).

4.2 Stigma

Persson (2020) presenterar Goffmans teori om stigma som något som innebär att en person inte kan leva upp till de förväntningar som finns av omgivningen och därför saknar socialt erkännande. Det finns en önskan hos majoriteten av alla människor att få ett socialt erkännande, vilket innebär att individer anpassar sig efter omgivningen på så sätt att de antingen blir medvetna om omgivningens uppfattning om dem som avvikande och därför försöker att dölja sina avvikande egenskaper eller också att de accepterar att de anses vara avvikande och därför inte förväntar sig att bli bemötta eller ha samma rättigheter som andra grupper.

Goffman delar upp begreppet *stigma* i tre olika kategorier där han skiljer på *kroppsliga missbildningar* innebärande fysiska egenskaper, *fläckar på den personliga karaktären*

som syftar till psykiska egenskaper samt *tribala-* eller *sambetingande stigma* som syftar till religion, ras och nation (Persson, 2020).

Ytterligare ett begrepp som Goffman tagit upp är identitetsbegreppet, vilket kan delas upp i *social identitet*, *personlig identitet* samt *jagidentitet*. Begreppet *social identitet* delas upp i *virtuell identitet* och *faktiskt identitet*, där den virtuella innebär de förväntningar som omgivningen har på en person, medan den faktiska innebär den identitet som personen faktiskt visar upp. Den *personliga identiteten* syftar till de egenskaper som utmärker en person och den tredje typen av identitet, *jagidentiteten* syftar till den uppfattning personen har om sig själv (Persson, 2020).

4.3 Stigmatisering

Begreppet *stigmatisering* är ett begrepp som ofta omtalas i diskussioner kring ålderism. Begreppet syftar till det fenomen innebärande att en specifik grupp uppfattas på ett speciellt sätt, med negativ klang, av omgivningen. Ett sådant fenomen innebär för den utsatta gruppen att dessa inte anses ha samma rättigheter och tillhörigheter som andra grupper. För att en individ ska kunna bibehålla en god hälsa är en förutsättning att det sociala nätverket fungerar, men stigma och stigmatisering kan påverka detta på sådant sätt att personer tillhörande en viss grupp hindras från att delta i interaktion med andra grupper på grund av sin grupp tillhörighet. Det finns olika förklaringsmodeller till varför sådan stigmatisering uppstår och vilket syfte som är bakomliggande, men just tre typer av förklaring är utmärkande inom området. Man talar om att stärka sin självkänsla och att stärka sin sociala identitet som två argument för att förklara användandet av stigmatisering. Ett tredje argument är det som syftar till att göra skäl för ekonomiska, sociala och politiska strukturer (Andersson, 2008).

Historisk sett har personer med psykisk ohälsa blivit stigmatiserade och omgivningen har sett på dessa med rädsla och fientlighet. De har undvikits, blivit exoricerade och utsatta för andra omänskliga behandlingar (Halter, 2004). När stigmatisering är rådande finns det även risk för självstigmatisering, vilket innebär att en individ har en negativ attityd gentemot sig själv på grund av att den stigmatisering som gjorts av omgivningen. Ett exempel på detta är att samhället kan ha en uppfattning om depression som något som drabbar personer på grund av att de har en svag personlighet. Detta kan i sin tur resultera i att personer som är deprimerade inte vill söka hjälp för detta på grund av att de inte vill visa sig svaga inför andra. Detta då personen som lider av depression är medveten om de

fördomar och attityder som finns i samhället och därför förväntar sig att de ska bemötas med negativitet om de söker hjälp (Barney, Griffiths, Jorm & Christensen, 2006).

5. Metod

Följande förevisas en redogörelse för de olika delar som är relevanta för förståelsen av metodvalet. Dessa olika delar har rubricerats som; förståelse för val av forskningsområde, metodologiska övervägande, genomförandet av textanalysen, urval, metodens tillförlitlighet och äkthet, bearbetning och analys samt slutligen forskningsetiskt övervägande.

5.1 Förståelse för val av forskningsområde

Det problemområde som jag valt att fördjupa mig inom grundar sig, som nämnts inledningsvis, i det fenomen som jag upplevde under min verksamhetsförlagda utbildning, det vill säga hur synen på äldres behov kan skilja sig från synen på behov för andra målgrupper samt att den äldre målgruppen uttryckte att de inte hade några problem, trots att det är väl omtalat att just denna målgrupp kan vara särskilt påverkade av psykisk ohälsa. För att få en ökad förståelse för hur den psykiska ohälsan bland de äldre inom äldreomsorgen uppmärksammas och då belysa hur äldres behov av prioriteras valde jag att intervjua undersköterskor och enhetschefer som arbetar i direkt kontakt med målgruppen.

5.2 Metodologiska överväganden

Inom den kvalitativa forskningen är en kvalitativ intervju en vanligt förekommande metod att använda sig av. Den kvalitativa intervjun skiljer sig från den kvantitativa intervjun på så sätt att den inte är strukturerad i samma utsträckning då fokus ligger mer på att samla in utvecklade och mer djupgående svar snarare än att korta och konsista. I sådana kvalitativa intervjuer är forskaren intresserad av att ta fram material som visar de intervjuade personernas egna tolkningar och uppfattningar i en fråga. Detta gör denna metod relevant att använda i denna kandidatuppsats då syftet är att ta fram ett resultat som visar hur undersköterskor inom en kommun ser på psykisk ohälsa bland de äldre på deras arbetsplats. Då den kvalitativa intervjun handlar om att ta fram just de intervjuade personernas uppfattningar snarare än att endast välja bland olika svarsalternativ kan det

vara av vikt att använda sig av antingen ostrukturerade eller semistrukturerade intervjuer. En ostrukturerad intervju genomförs på så sätt att forskaren endast ställer några enstaka frågor och sedan låter personen som intervjuas tala fritt kring ämnet, vilket kan ge ett stort och brett resultat, medan forskaren i de semistrukturerade intervjuerna utgår ifrån olika teman med vissa specifikt framtagna frågor där den intervjuade har stort utrymme att fritt svara på frågorna och där det inte finns en strikt mall som måste följas i en viss ordning. Den semistrukturerade intervjun är alltså till viss del strukturerad, men med mycket flexibilitet där både forskaren och personen som intervjuas har stort utrymme att påverka processen genom att ställa motfrågor och uppföljningsfrågor exempelvis.

5.3 Genomförande av intervjuer

Intervjuerna har genomförts via telefon samt digitalt videosamtal. Informationsbrevet som skickades ut (se bilaga 1) innehöll information kring genomförandet av intervjustudien där det framgick att intervjun skulle ta maximalt 60 minuter. I informationsbrevet framgick även intervjupersonernas rätt till frivillighet och anonymitet genom att de när som helst under intervjuens genomförande kunde välja att inte svara på en fråga eller att avbryta samt att de i utformandet av studien skulle bli tilldelade fiktiva namn. Längden på de genomförda intervjuerna varierade mellan 30 minuter och 60 minuter beroende på hur intervjupersonerna svarade på frågorna utifrån sina erfarenheter. Intervjun inleddes med en kortare presentation samt summering av syftet med studien. Intervjupersonerna tillfrågades om huruvida det kändes okej för dem att intervjun spelades in för att underlätta sammanställningen av materialet. Samtliga intervjupersoner gav sitt samtycke till detta och intervjuerna spelades in via mobiltelefon samt dator. Under genomförandet av intervjuerna användes en intervjuguide (se bilaga 2) för att till viss del styra samtalet för att få svar på de tilltänka frågorna, samtidigt som det fanns möjlighet för följdfrågor då intervjuerna var semistrukturerade.

5.4 Urval

Intervjupersonerna utsågs med hjälp av ett målstyrt urval. Ett målstyrt urval innebär enligt Bryman (2011) att informanter utses utifrån relevans till studien. Urvalskriteriet som togs i beaktning var att personerna är verksamma inom äldreomsorgen. Eftersom syftet med studien är att undersöka hur äldres behov prioriteras inom äldreomsorgen samt att undersöka hur undersköterskor och enhetschefer inom äldreomsorgens resonerar kring psykisk ohälsa hos äldre resulterade detta i att yrkesverksamma undersköterskor och enhetschefer inom äldreomsorgen tillfrågades. Detta urval är av relevans för studien då personerna i sitt klientnära arbete innehar en god uppfattning kring de äldres hälsa och

behov. Genom att intervjua såväl enhetschef som medarbetare har jag erhållit ett bredare perspektiv kring verksamhetens metoder och mål. Trots att medarbetarna inte är utbildade socionomer utför de socialt arbete då deras arbete omfattas av socialtjänstlagen.

Bekvämlighetsurval innebär att de valda personerna är särskilt tillgängliga för forskaren (Bryman, 2011). Urvalsprocessen präglades av bekvämlighetsurvalet på så sätt de undersköterskor som intervjuades valdes ut via kontakt med bekanta som tipsade om dessa. För urval av enhetschefer kontaktades kommuner via mejl för att på så sätt få tillgång till kontaktuppgifter till yrkesverksamma enhetschefer inom kommunens äldreomsorg. Samtliga av de kontakter som gavs kontaktades varav tre personer svarade att de vill delta i studien. En av intervjuerna kunde inte genomföras då en av intervjupersonerna lämnade återbud på grund av sjukdom.

De sex personer som intervjuades är samtliga yrkesverksamma i norra Skåne. Syftet med studien beror inte på geografisk plats, vilket innebär att resultatet inte beror på vilken kommun personerna jobbar inom utan snarare grundar sig i deras personliga uppfattningar och upplevelser. Namn på kommunerna nämns inte i denna studie med respekt för intervjupersonernas anonymitet.

5.5 Metodens tillförlitlighet och äkthet

5.5.1 *Trovärdighet*

Inom kvalitativ forskning är trovärdigheten viktig. För att stärka trovärdigheten i denna studie presenteras forskningsprocessen och dess olika delar tydligt för att på så sätt möjliggöra att läsaren kan ta del av resonemang och tankar kring valet av metod.

5.5.2 *Överförbarhet*

Enligt Bryman (2011) innebär begreppet överförbarhet inom den kvalitativa metoden att det resultat som presenteras går att använda i andra sammanhang och kontexter. För att detta ska vara möjligt är det av vikt att ge en tydlig och omfattande beskrivning av hur man kommer att använda sig av sin metod. Som exempel på detta används Lincoln & Gubas teori om vikten av täta beskrivningar i presentationen av metodens uppbyggnad. För att kunna upprätthålla sådan överförbarhet presenteras därför en noggrann beskrivning av valet av metod för denna studie.

5.5.3 Pålitlighet

För att en studie ska präglas av pålitlighet krävs att en utomstående part granskar det som presenteras i studien för att på så sätt kunna säkerställa att kvaliteten uppfyller de krav som finns för en sådan studie (Bryman, 2011). Då handledning inte använts under sammanställandet av denna studie finns det brister i pålitligheten på så sätt att ingen den ej granskats av extern part.

5.5.4 Möjlighet att styrka och konfirmera

Detta kriterium innebär att forskaren ska ha ett kritiskt förhållningssätt till sin egen objektivitet i presentationen av studien. Detta innebär att man försöker säkerställa att man agerat i god tro (Bryman, 2011). För att kunna uppfylla detta kriterium kritiskt granskande kontinuerligt använts under denna studie för att säkerställa objektivitet i största möjliga utsträckning för att undvika att egna åsikter speglar sig i det framtagna materialet.

5.5.5 Äkthet

Äkthetskriteriet syftar till att undersöka hur det resultat som presenteras fram ger en rättvis bild av de respondenterna förmedlat. Kriteriet syftar även till att undersöka huruvida de deltagande respondenterna fått en ökad förståelse för sin situation samt i vilken utsträckning de har möjlighet till förändring av sin situation. Då studien genomförts genom intervjuer med endast fem personer innebär detta ett begränsat forskningsresultat, vilket inte är representativt för alla yrkesverksamma inom äldreomsorgen (Bryman, 2011).

5.6 Bearbetning och analys

När jag genom att med hjälp av mina nyckelord fått fram det mest relevanta materialet, lästes detta upprepande igenom. Detta för att få en helhetsbild och för att lättare kunna fördjupa mig i textens olika delar. Materialet delades in i olika delar för att kunna fokusera på en sak i taget. Jag använde mig av färgade pennor för att markera intressanta fynd och kunde därav tydligare urskilja vilka delar som var mer relevanta än andra (Ahrne & Svensson, 2013). För att kunna identifiera olika teman och tolka detta med syfte att besvara frågeställningarna behövde jag sedan använda mig av ett kodningsschema och en kodningsmanual (Bryman, 2011).

5.7 Etiska överväganden

Det är viktigt att reflektera kring etiken när man genomför denna typ av studie. På många olika sätt kommer man att beröra ämnen som har med enskilda individer att göra. Det är därför viktigt att vara medveten om etiken och om hur man på bästa sätt ska genomföra sin forskning för att undvika att man på något sätt skadar någon under tiden.

Det finns fyra stycken grundläggande krav som man som forskare bör utgå ifrån.

5.7.1 Informationskravet

Informationskravet är ett av de grundläggande kraven och innebär att de individen som är involverade i forskningen har rätt att få information kring vad syftet är, hur man kommer att gå till väga, vem som har ansvar, hur resultatet av forskningen kommer att hanteras och vilka eventuella risker det kan finnas. Informationskravet och samtyckeskravet går ihop då man, för att kunna ge sitt samtycke, behöver ha full information om vad det är man ger samtycke till. För att göra detta har jag skickat ut ett informationsbrev till samtliga respondenter för att dessa ska kunna få en möjlighet att få full tillgång till vad intervjuerna och deras roll i min studie skulle innebära.

5.7.2 Samtyckeskravet

Samtyckeskravet innebär att de personer som deltar i en studie har rätt till frivillighet där de själva får bestämma över medverkandet. I denna studie har samtliga intervjupersoner informerats om frivilligheten att delta och att svara på frågor samt att samtliga tillfrågats innan inspelning för att säkerställa deras samtycke.

5.7.3 Konfidentialitetskravet

Konfidentialitetskravet innebär att man som forskare har ett ansvar att hantera det material och det resultat man får fram med stor försiktighet för att obehöriga inte ska få tillgång till detta och för att resultatet ska stämma överens med sanningen för att på så sätt värna om individers integritet. Samtliga intervjupersoner har i studien presenterats med fiktiva namn, vilket de blivit informerade om. Namn på deras verksamheter eller de kommuner de är yrkesverksamma inom har inte heller nämnts i studien i syfte att säkerställa anonymiteten.

5.7.4 Nyttjandekravet

Det fjärde kravet kallas för nyttjandekravet och innebär att man som genomförare av studien ansvarar över att alla uppgifter hanteras på rätt sätt och i rätt syfte och går därför delvis ihop med konfidentialitetskravet (Kalman & Lövgren, 2012). Jag har under min studie varit varsam och medveten om att det material jag använder mig av och det jag producerar i min studie för att försäkra mig om att det hanteras på rätt sätt.

Detta är alltså exempel på vad jag som forskare under detta arbete behövde tänka på i genomförandet av min studie. Om jag skulle upptäcka att det fanns något som går att koppla till specifika individer hade jag då behövt använda mig av min etiska medvetenhet och därför utgå ifrån de olika kraven för att behandla detta med respekt (Bryman, 2011).

6. Resultat och analys

Följande presenteras de sex personer som intervjuats i denna studie. Respondenterna utgörs av fyra undersköterskor samt två enhetschefer inom äldreomsorgen. För att säkerställa anonymitet har fiktiva namn använts i presentationen av personerna.

- Linda: utbildad undersköterska, 10 års erfarenhet inom äldreomsorgen
- Anna: utbildad undersköterska, 5 års erfarenhet inom äldreomsorgen
- Matilda: utbildad undersköterska, 4 års erfarenhet inom äldreomsorgen
- Sara: utbildad undersköterska, 10 års erfarenhet inom äldreomsorgen
- Rebecka: utbildad arbetsterapeut, enhetschef inom äldreomsorgen, 15 års erfarenhet
- Karin: utbildad arbetsvetare, arbetar som enhetschef inom äldreomsorgen, 8 års erfarenhet

6.1 Psykisk ohälsa inom äldreomsorgen

6.1.1 Psykisk ohälsa

Rebecka belyser det faktum att det finns skillnader i rättigheter på grund av hur lagen är utformad, vilket påverkar äldre människors rätt till omsorg och stöd. Enligt 4 kap 1§ Socialtjänstlagen (2001:453) har den enskilde rätt till bistånd för skälig levnadsnivå

medan 7§ Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (1993:387) syftar till att verka för goda levnadsvillkor. Ett av de kriterier som avgör huruvida en individ får omsorg enligt SoL eller LSS är ålder innebärande att personer över 65 års ålder inte omfattas av 9 § Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (1993:387) och därmed endast har rätt till omsorg för att uppnå skälig levnadsnivå.

Enligt Harnett och Jönson (2015) innebär den åldersdiskriminering som råder inom ålderismen att människor kategoriseras i samhället beroende på ålder, vilket därmed påverkar deras möjligheter och rättigheter. Diskriminering på grund av ålder strider mot diskrimineringslagen (2008:575), vilken syftar till att motverka diskriminering och främja lika rättigheter. Enligt 2 kap. 13§ diskrimineringslagen (2008:575) är diskriminering förbjudet inom både hälso- och sjukvård samt inom socialtjänstens verksamheter. Detta bland annat oavsett ålder och gäller både direkt diskriminering och indirekt diskriminering innebärande att någon behandlas sämre jämfört med någon annan i jämförbar situation respektive att någon missgynnas på grund av bestämmelser och förfaringsätt, enligt 1 kap 4§ diskrimineringslagen (2008:657).

Majoriteten av respondenterna berättar att de upplever att psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland de äldre inom deras verksamheter. Linda berättar att hon upplever att många av de äldre är ensamma och att vissa inte har några anhöriga som hälsar på eller hör av sig.

Vi har ju en del som bor hos oss som kanske bara få besök 23 gånger om året för att anhöriga bor långt ifrån eller för att man har haft en dålig relation med sina barn och så kommer det ikapp en när man börjar bli äldre, man börjar fundera på att man inte har så många år kvar, jag ska snart dö, så går man ner i depression och mår dåligt av det (Karin).

Karins upplevelse av att problematiska relationer med anhöriga kan påverka det psykiska måendet hos de äldre kan kopplas till att det enligt Cullberg (2003) är förekommande bland de äldre att ålderdomen kan innebära en omställning där den äldre inte har samma roll som tidigare och där det inte längre finns tillgång till distraktion på samma sätt som tidigare, vilket kan resultera fenomen som det Karin tar upp där problem som den äldre tidigare har tagit avstånd ifrån, genom exempelvis arbete, kommer ikapp och den äldre då kan bli deprimerad.

6.1.2 Att uppmärksamma psykisk ohälsa

Flera av respondenterna uttrycker att det kan vara svårt att uppmärksamma den psykiska ohälsan hos de äldre då den ibland ger symtom som även kan tyda på fysisk problematik och att man istället kan uppmärksamma psykisk ohälsa när man märker att en person inte längre vill följa med på promenader eller andra aktiviteter som de tidigare brukat vara med på.

Det är ganska vanligt att vissa av dem äldre uttrycker och inbillar sig att de har fysiska besvär hela tiden typ som en hypokondriker, men som egentligen är väldigt ensamma och behöver uppmärksamhet (Anna).

Detta går i linje med det Waxman (1986) tar upp angående att det finns svårigheter i att uppmärksamma psykisk ohälsa inom den äldre målgruppen då dessa utgör en grupp med komplexa behov och samsjuklighet, vilket innebär att många fysiska symtom egentligen kan bero på psykiska besvär. Ett sådant fenomen kan även kopplas till teorin om självstigmatisering där den äldre själv antagit en roll utifrån samhällets förväntningar där fysiska besvär kan anses vara mer förkommande och naturligt med åldern och där psykiska besvär inte får lika mycket fokus (Halter, 2004).

Det är enkelt i vården att förbise vissa tecken som har en naturlig förklaring. Man kanske inte tar så allvarligt på nedstämda Greta för hon har ju trots allt ont varje dag och saknar sin man hemma i sitt hus, så det finns inte så mycket man kan göra (Matilda).

Utifrån Matildas upplevelse går att se att svårigheterna med att uppmärksamma och skilja på psykisk ohälsa och naturliga konsekvenser av ålderdom kan kopplas till ålderism och stigmatisering på så sätt att det finns förväntningar av omgivningen, i det här fallet undersköterskors förväntningar på hur den äldre ska vara och hur man hanterar sådan

problematik och där nedstämdhet anses ha en naturlig förklaring och där det inte anses finnas något behov av att lägga något fokus på att vidare fördjupa sig i den psykiska problematiken (Harnett & Jönson, 2015).

6.1.3 Äldre pratar inte om psykisk ohälsa

Flera av respondenterna belyser problematiken i att de äldre själva inte pratar om psykisk ohälsa. En av respondenterna berättar att hen upplever att de äldre har uppfattningen att de inte ska vara till besvär och inte störa personalen och att det beror på att de är uppväxta på det sättet.

De flesta äldre idag, de ska ju inte vara till besvär för att man är uppvuxen så, att man inte ska vara till besvär och man ska helst inte störa personalen (Rebecka)

Även Karin tar upp att hon inte tror att de äldre pratade om psykisk ohälsa under deras uppväxt och att de inte heller har pratat med sina barn om det. Hon berättar vidare att hon tror att detta kan vara på grund av att psykisk ohälsa är ett ämne som länge har varit tabubelagt och något som är svårt att prata om. Både Rebeckas och Karins upplevelse av att de äldres syn på psykisk ohälsa beror på erfarenheter under uppväxten kan kopplas till det Waxman (1986) belyser angående att kunskapen kring psykisk ohälsa och synen på hur denna ska hanteras kan leda till att en person, i det här fallet den äldre, inte uppmärksammar den psykiska ohälsan hos sig själv då symtomen inte känns igen. Fenomenet kan även förklaras genom att de äldre kan ha uppfattningen av att den psykiska problematiken inte ska pratas om utifrån deras tidigare erfarenheter av att psykisk ohälsa varit tabubelagt (ibid, 1986).

Detta kan även kopplas till Goffmans identitetsbegrepp där den virtuella identiteten visar sig genom samhällets syn på hur en äldre person ska vara, vilket i det här fallet kan vara att äldreomsorgen utgår ifrån ett förhållningssätt där äldres psykiska hälsa inte prioriteras och där det finns ett antagande om att den fysiska och kognitiva problematiken är mer förekommande samtidigt som den faktiska identitet är så som den äldre person faktiskt är, vilket i det här fallet kan vara att den äldre person faktiskt upplever psykisk ohälsa. Begreppet jagidentitet innebär den uppfattning en person har om sig själv och i det här

fallet att de äldre har en uppfattning om sig själva som en grupp som inte ska prata om psykisk ohälsa (Persson, 2020).

Karins upplevelse av att de äldre inte pratar om det och att de inte upplever att det är okej att uttrycka att de mår psykiskt dåligt kan vidare förklaras genom att det är förkommande att personer med psykisk ohälsa blir negativt bemötta och anses vara avvikande, vilket kan resultera i att de äldre har en rädsla för att uttrycka detta (Barnet, Griffiths, Jorm & Christensen, 2006).

Detta går även i linje med Goffmans teori om stigma som definieras som något som uppstår då en individ inte kan leva upp till förväntningar och önskade egenskaper som omgivningen har går att se att om äldre upplever psykisk ohälsa kan detta ses som *fläckar på karaktären* på grund av att det anses vara en oönskad psykisk egenskap som strider mot samhällets antagande om att detta inte ska vara förekommande inom den äldre målgruppen, vilket ytterligare kan förklara att de äldre inte pratar om det (Persson, 2020).

6.2 Utbildning och kompetens

Ett återkommande tema som togs upp bland respondenterna var bristen på kompetens och kunskap. Många av undersköterskorna uttrycker att de inte har fått tillräcklig utbildning i psykisk ohälsa och därför känner att de inte har tillräckligt med kunskap att bemöta detta. En av respondenterna berättar att de via sin arbetsplats fått utbildning i hjälpredskap och självförsvar, men aldrig något gällande psykisk ohälsa. De respondenter som uttrycker att de finns brister i kunskapen berättar att de fått övergripande utbildning kring psykisk ohälsa i sin gymnasieutbildning, men att de under sin tid som yrkesverksamma inte fått någon vidare kunskap kring detta.

Vi fick ett erbjudande att delta i en kurs kring psykisk ohälsa bland äldre, men den var frivillig och det var bara jag som deltog från min arbetsplats och ingen annan av mina kollegor. Om man är undersköterska har man ju i för sig fått viss utbildning under gymnasiet, men den tycker inte jag är tillräcklig (Sara).

Det framkom även att de personer av respondenterna som kände att de hade viss kunskap kring psykisk ohälsa hade fått detta på grund av egna erfarenheter i privatlivet snarare än genom utbildning.

Jag har en del egna erfarenheter av just psykisk ohälsa i form av depression bland annat, så jag känner väl att jag har en del verktyg för att kunna se tecken på det hos andra människor, även de äldre, men det är ju som jag är som person, på grund av mina erfarenheter, inte på grund av något jag fått utbildning i, så utan mina erfarenheter skulle jag nog inte ha en aning (Anna).

Även enhetscheferna håller med om att det finns brister i kompetens och kunskap kring den psykiska ohälsan i deras personalgrupper. De belyser vikten av att den personal som möter den äldre har bred kompetens då det är av vikt att ha förståelse för samsjuklighet och annan komplex problematik för att kunna uppmärksamma och tillgodose de äldres behov, vilket de menar att man får genom utbildning. De berättar att de därför ser ett problem i att deras personalgrupp består av både vårdbiträden och undersköterskor, då det innebär att de inte har samma utbildning i bakgrunden och därför inte har samma förutsättningar i arbetet med de äldre. Karin nämner att personal på hennes arbetsplats kommer att gå en utbildning kring psykisk ohälsa under våren.

Jag kan nog se att det är viktigt med kompetenshöjning och viktigt att man har utbildning. Sen är det ju inte alltid så lätt att rekrytera, det är ju inte alltid de har den utbildning vi skulle önska (Rebecka).

Butler (2007) talar om att brist på kunskap och kompetens kan förklara varför psykisk ohälsa inte uppmärksammas av undersköterskor inom äldreomsorgen i den utsträckning som behövs. Utifrån teorin om ålderismen kan utbildningens innehåll och yrkesverksammas kompetens ge uttryck för diskriminering på så sätt att de fokuserar på vissa särskilda behov och att andra behov inte prioriteras beroende på vilken åldersgrupp det handlar om som i det här fallet där det framgår att både undersköterskor och enhetschefer upplever att det inte ges utbildning om psykisk ohälsa bland de äldre i den utsträckning som behövs (Harnett & Jönson, 2015).

6.3 Att våga fråga

Respondenterna berättar att just psykisk ohälsa kan vara svårt att prata om inte bara för de äldre utan även för personalen och att man därför ibland inte vågar ställa frågor kring detta till de äldre.

Det gäller ju för personalen att våga fånga de här bitarna, att bara va där, hålla handen, sitta där med dem, bara lyssna och en del av personalen har lättare för detta och en del tycker det är jättejobbigt och mår jättedåligt över att någon annan mår dåligt och tycker det är jobbigt att gå in och ta de här samtalen medan jag har en del personal som inte tycker det alls är något konstigt (Karin).

En förutsättning för att ställa frågor till de äldre angående psykisk ohälsa är att man som personal själv känner sig bekväm med att prata om det. Psykisk ohälsa kan vara ett känsligt ämne att prata om, vilket innebär att det kan krävas att en personal har byggt upp självförtroende, men också har tillräckliga verktyg att bemöta den om den kommer på tal i samtalet med de äldre. Karins upplevelse av att det finns rädsla bland personalen inför att ställa frågor till de äldre kring psykisk ohälsa kan på så sätt förklaras genom det faktum som respondenterna belyser där det framgår att de enligt dessa finns brister i kompetens kring äldres psykisk ohälsa bland personalen inom deras verksamheter (Butler, 2007).

Vi måste prata om det, vi kan inte längre sticka huvudet i sanden, varken i samhället eller på våra boenden (Karin).

6.4 Ekonomiska förutsättningar och arbetsbelastning

Majoriteten av respondenterna uttryckte att de upplever hög belastning på sin arbetsplats som visar sig i form av tidsbrist och stress, vilket får negativa konsekvenser både för personalen och för de äldre. Informanterna berättar att de upplever att det är svårt att göra tillräckligt då de känner att de inte räcker till och inte har tillräckligt med tid.

Det svåraste är att det är ett tungt arbete både fysiskt och psykiskt. Vi är så belastade så vi hinner inte med allt vi ska och då kan de äldre bli frustrerade och arga på oss, men det är ju egentligen inte oss det handlar om, det är ju högre upp
(Sara)

Ett flertal av respondenterna lyfter att de tycker att insatser och stöd prioriteras fel och tar upp ett exempel där underhållning i form av bingo eller att läsa tidningen inte genomförs då det inte finns tid på grund av att någon personal inte hunnit med att städa hos någon av de äldre och därför prioriterar det i första hand. Sara tar upp den frustration som hon kan uppleva i de situationer där hon märker att de äldre skulle vilja ha mer tid, men där det utifrån verksamhetens uppbyggnad inte är möjligt och att mer tid hos en av de äldre skulle resultera i att de resterande arbetsuppgifterna inte skulle hinnas med.

Vi ska ju ha underhållning, som till exempel att spela bingo eller läsa tidningen, en gång om dagen till fikan, men det har vi ju inte för det finns ju inte tid för då kanske en personal missat ett städ och då måste den gå och städa (Anna).

Även enhetscheferna belyser det faktum att både tidsbrist och personalbrist är rådande inom deras verksamheter och att det får negativ inverkan på både personal och de äldre. Om en verksamhet styrs av ekonomi finns det risker för att det stöd som ges fokuserar mer på att vara så kostnadseffektiv som möjligt snarare än att fokus ligger på kvaliteten på vården. Om ekonomin styr och det därför finns budgetramar som verksamheten behöver hålla sig inom innebär att det blir en prioriteringsfråga där vissa insatser blir högre prioriterade än andra. Rebecka beskriver att det är av vikt för personalen att känna att de räcker till för alla olika delar som ingår i deras arbete där både grundläggande behov och socialt stöd ingår, vilket kan påverkas av att ekonomiskt utrymme kan utgöra ett hinder för undersköterskan som nyckelspelare inom äldreomsorgen då de vill ge en så god vård som möjligt, men där det inte är praktiskt möjligt på grund av att det ibland

varken finns tillräckligt med tid eller personal. Det sociala behovet hos de äldre som ska uppfyllas genom exempelvis sociala aktiviteter blir ofta bortprioriterat under sådana omständigheter (Berglund, 2017).

Med ålderismen som teoretisk utgångspunkt kan prioriteringsfrågan fungera som något som beror på de attityder som finns gentemot en viss målgrupp och deras behov. Detta kan förklaras genom att de äldre får sina behov tillgodosedda i mindre respektive större utsträckning beroende på vilken verksamhet de tillhör. På ett särskilt boende kan enhetschefen ha valt att prioritera socialt stöd snarare än praktiskt medan det kan se annorlunda ut inom en annan verksamhet (Harnett & Jönson, 2015).

Ytterligare en konsekvens av personal- och tidsbrist framkommer då en av respondenterna berättar att hen upplever svårigheter med att uppmärksamma förändringar hos de äldre i sitt arbete som undersköterska inom hemtjänsten då det kan gå lång tid mellan besöken hos en och samma person.

Jag har nästan aldrig samma turer och ibland kan det gå flera veckor mellan besöken och då är det svårt för mig att avgöra om personen visar tecken på depression till exempel. Den kan ju vara lite nere vid ena besöket och gladare när jag kommer dit igen efter några veckor (Linda).

Enligt Socialstyrelsen (2010) ska äldreomsorgen utformas på så sätt att den är anpassad efter äldres behov genom att bland annat främja möjligheten för de äldre att få träffa samma personal och för att underlätta för undersköterskor att uppmärksamma förändringar, vilket brister om organisationen utformning av olika anledningar resulterar i det Linda tar upp om att det kan gå längre perioder innan hon träffar den äldre igen och det därför blir svårt att se förändringar. Även enhetscheferna belyser det faktum att både tidsbrist och personalbrist är rådande inom deras verksamheter och att det får negativ inverkan på både personal och de äldre.

6.5 Samtalsstöd och socialt stöd

6.6.1 Samtalsstöd

Några av respondenterna belyser det faktum att det är vanligt förekommande att de äldre får behandling med läkemedel snarare än samtalsstöd och att de ser ett problem med detta. De tar upp att de upplever att det är en brist inom deras verksamheter att de inte har tillgång till en kurator eller annat samtalsstöd som specialiserar sig på psykisk ohälsa.

Att läkemedelsbehandling prioriteras framför psykosociala insatser är vanligt förekommande. Detta kan ses som ett tecken på ålderism och diskriminering då exempelvis kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi anses vara lämpliga terapiformer för personer med symtom på ångest och depression (Socialstyrelsen, 2013), men som ändå inte vanligtvis erbjuds den äldre målgruppen., vilket kan ses som negativ särbehandling av de äldre (Palmore, 1990).

Några av respondenterna berättar att de har tillgång till präst och diakon inom sina verksamheter som kan komma och prata med de äldre om behovet skulle finnas, men att de inte tycker att detta är tillräckligt.

Präst och diakon det har vi om det är så att våra boende de vill det, vi har ju också en del som kanske inte är troende och då kanske man inte vill så jättegärna prata med en präst eller diakon, men det finns och vi har bra kontakt med vår präst här i byn (Rebecka).

Socialtjänsten ska bland annat främja människors sociala trygghet och jämlikhet i levnadsvillkor enligt 1 kap. 1§ SoL. Socialstyrelsen (2013) belyser vikten av att vara medveten om vilka förutsättningar och möjligheter individen har till att komma i kontakt med den omsorg och vård de är i behov av som exempelvis hur lättillgänglig kontakten med primärvård och psykiatri är.

Det vi saknar kan jag tycka, det är ju en kurator eller något sånt kopplat till boendet, då måste man ju ut till primärvården och det är inte så många som vill orkar eller kan det. Utan vi har ju en läkare kopplad här, men ingen kurator eller psykolog kopplad hit (Rebecka).

Snowdon (2010) tar i sin studie upp att det finns stora fördelar med att det finns en samverkan mellan äldreomsorg och psykiatri då många av de som arbetar i direkt kontakt med de äldre inte har tillräcklig utbildning eller kompetens att bemöta och hantera psykisk ohälsa. I studien belyses även det faktum att sådan samverkan skulle ha ekonomisk påverkan på sätt att detta skulle kunna innebära högre kostnader både för äldreomsorgen och staten, men även ökad belastning och krav på psykiatrin.

Fördomar och diskriminering är begrepp som förekommer inom ålderismen (Palmore, 1990). Diskriminering kan vara både institutionell och personlig innebärande att en viss grupp individer inte har samma möjligheter som andra grupper på grund av exempelvis lagar, riktlinjer och tillgång till stöd (Jönson, 2002).

Att det inte finns en samverkan mellan äldreomsorg och psykiatri i den utsträckning som skulle behövas går att ses som en konsekvens av ålderism och diskriminering på så sätt att både lagstiftning och myndighetsutövning samt hur olika insatser och stöd erbjuds kan bero på vilken syn man har på målgruppens behov. Detta innebär att om det finns fördomar om att äldre inte har psykisk ohälsa och inte heller ett behov av stöd av psykiatri så syns detta i utformningen av verksamheter och samverkan (Harnett & Jönson, 2015).

6.6.2 Socialt stöd

Enligt 5 kap. 5§ 4§ SoL ska socialnämnden främja äldre människors möjlighet till ett aktivt och meningsfullt liv. Respondenter både inom gruppen undersköterskor och enhetschefer tar upp att de ser ett behov av extra personal som speciellt inriktar sig på sociala aktiviteter då konsekvenser av hög arbetsbelastning ofta blir att sådana aktiviteter faller bort. Det framgår att det är ett önskemål hos majoriteten, men att det inte är möjligt på grund av den budget de har. En av enhetscheferna berättar att de blivit tilldelade en högre budget för några år sedan och att de då valde att anställa fler personal inom hennes verksamhet som fokuserade på aktivering och socialt stöd. Personalen arbetade både på dagtid och på natten och som hade tid att vid behov sitta ner med de äldre för att prata och stilla oro.

Vi hade de här pengarna i tre år och sen fick vi inte dem mer och man märkte skillnad direkt när de här personalresurserna försvann (Karin).

Socialt stöd är viktigt för att motverka depression och som innebär att det finns en tillgänglighet till personer som man känner att man kan lita på och där man kan uppleva omsorg och kärlek (Liu, Gou & Zuo, 2014). Även fysisk aktivitet och träning kan förebygga depression, och för de som redan lider av depression kan fysisk aktivitet också hjälpa till att minska symtomen (Chong, 2007). I intervju med en av respondenterna framgår att de valt att använda sig av vårdhundar i deras verksamhet och att det gett goda resultat för de äldres psykiska hälsa. Forskning visar att användandet av djur i samband med psykisk ohälsa har gett goda effekter så som positiv påverkan på exempelvis rastlöshet, ensamhet, nedstämdhet och depression (Brodie & Biley, 1998).

Vårdhundsteam fem timmar i veckan har jag här. Det bryter mycket kring ensamhet och psykisk ohälsa så där är personer annars alltid stannar i sin lägenhet som kommer ut och går med hunden och kommer ut och fikar i de allmänna utrymmena när vårdhunden är här. Vårdhund slår jag ett stort varmt slag för (Rebecka).

7. Sammanfattning och diskussion

Syftet med denna studie är att undersöka hur psykisk ohälsa uppmärksammas och förebyggs inom äldreomsorgen samt hur de äldres behov prioriteras. Resultatet av studien visar att flera faktorer försvårar både möjligheten att uppmärksamma och att förebygga den psykiska ohälsan hos de äldre samt påverkar hur äldres behov prioriteras. Följande sammanfattas de fynd som gjorts utifrån studiens resultat; kunskapsluckor, ekonomiska förutsättningar och tillgång till rätt stöd.

7.1 Kunskapsluckor

Tidigare forskning visar att det finns brist på kunskap kring psykisk ohälsa bland yrkesverksamma inom äldreomsorgen. Detta styrks med resultatet av denna studie då

samtliga av respondenterna belyser det faktum att de inte upplever att de har tillräcklig kunskap och kompetens kring psykisk ohälsa och hur de kan arbeta med att uppmärksammas och förebygga denna i mötet med de äldre.

Både enhetschefer och undersköterskor berättar att den utbildning som ges kring psykisk ohälsa under gymnasieutbildningen inte är tillräcklig. Samtliga påpekar även att de ser brister i tillgängligheten av utbildning kring psykisk ohälsa på deras arbetsplats och att de önskar att detta utvecklas. Detta då de ser ett behov av ökad kunskap kring hur de kan arbeta med att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa bland de äldre på grund av att det inom denna åldersgrupp kan vara svårare dels då symtomen på exempelvis depression och ångest kan likna fysiska symtom och det därför kan vara svårt att urskilja.

Av studien framgår även att just psykisk ohälsa kan vara svår att upptäcka då det länge varit ett tabubelagt ämne som människor ofta väljer att inte prata om på grund av rädsla för stigmatisering och diskriminering. Att inte vilja eller våga prata om psykisk ohälsa på grund av de attityder och fördomar som finns gäller både personal och de äldre inom äldreomsorgen och kommer till uttryck dels genom att personal kan uppleva att det är jobbigt att ställa frågor kring det och dels genom att de äldre inte vill berätta hur de egentligen mår.

7.2 Ekonomiska förutsättningar

Båda enhetscheferna uttrycker att ekonomiska förutsättningar är av vikt för att kunna uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa inom äldreomsorgen då det är tilldelad budget som styr vilka möjligheter som finns till att anställa tillräckligt med personal.

Av studien framgår att ytterligare faktor som fungerar som ett hinder för uppmärksammandet, men även förebyggandet av psykisk ohälsa bland de äldre inom äldreomsorgen är hög arbetsbelastning på grund av brist på tid och personal. Detta då personalen upplever att det inte finns tillräckligt med tid för att kunna uppmärksamma förändringar i det psykiska måendet hos de äldre samt att de insatser som syftar till att ge socialt stöd och aktivering ofta prioriteras bort på grund av detta. Både enhetscheferna och undersköterskorna menar att det på grund av svårigheter i uppmärksammandet av psykisk ohälsa bland de äldre, är extra viktigt med tid för att kunna sitta ner och prata med de äldre på ett neutralt sätt där det finns både tid och utrymme för de äldre att kunna uttrycka sina behov samt för personalen att kunna uppmärksamma eventuella förändringar och symtom hos den äldre.

7.3 Tillgång till rätt stöd

En av enhetscheferna menar att det finns orättvisor i utformandet av äldreomsorgen då individer som innefattas av SoL har rätt till skäliga levnadsvillkor, medan individer som omfattas av LSS har rätt till god levnadsnivå, vilket kan vara ett uttryck för ålderism då ålder fungerar som en avgörande faktor för rättigheter. Detta trots att det finns en diskrimineringslag som syftar till att motverka just sådan form av diskriminering.

I studien framgår att majoriteten av respondenterna ser ett behov av större tillgång till samtalsstöd för de äldre. De menar att det samtalsstöd som kan ges från präst och diakon vid behov, inte är tillräckligt dels då inte alla är kristna och vill prata med denne och dels då det kan behövas ytterligare professionell kompetens för att bemöta och behandla den psykiska ohälsan. En av respondenterna belyser det faktum att deras äldre kan söka sig till primärvård och psykiatri som alla andra, men att det kan finnas hinder som gör att de inte orkar exempelvis. Det finns därför ett behov av samverkan mellan äldreomsorg och äldrepsykiatri för att möjliggöra ökad tillgänglighet.

Forskning visar att socialt stöd och aktivering är effektivt för att både förebygga och minska symtom för depression och ångest, men av studien framgår att denna del av äldreomsorgens insatser ofta är det första som prioriteras bort. Flera av respondenterna föreslår anställning av personal som enbart inriktar sig på socialt stöd för att se till att detta behov tillgodoses hos de äldre. En av respondenterna presenterar en alternativ insats som de använt sig av inom sin verksamhet där hundar använts i vårdsyfte. Användningen av vårdhundar har visat sig främja psykisk hälsa och motverka depression och ångest och respondenten berättar att de sett stora förändringar i måendet hos de äldre i sambandet med denna metod då individer som tidigare inte velat delta i aktiviteter tagit sig ut ur sina rum.

7.4 Slutord

Syftet med denna studie var att undersöka hur psykisk ohälsa uppmärksammas och förebyggs inom äldreomsorgen samt hur de äldres behov prioriteras.

Sammanfattningsvis går att säga att det finns flera olika faktorer som försvårar både möjligheten att uppmärksamma och att förebygga den psykiska ohälsan hos de äldre på grund av både kunskapsbrist och ekonomiska förutsättningar. Ålderismen genomsyrar de fynd som gjorts av studien på så sätt att fördelning av budget och bedömning av lämpliga

insatser präglas av den syn som finns på äldre och deras behov. Samtidigt ger detta uttryck för stigmatisering på så sätt de äldre inte pratar om sin psykiska ohälsa eller inte ser den psykiska ohälsan som problematisk. Fördomar och attityder som är konsekvenser av stigma resulterar även i att personal inte heller alltid vill eller vågar prata om den psykiska ohälsan. Sammantaget går därför att säga att det finns ett behov av ökad kunskap och förståelse för psykisk ohälsa inom alla åldersgrupper, men där det är av stor vikt att just kunskap kring äldres psykiska hälsa fördjupas. Detta för att motverka diskriminering och stigmatisering och på så vis främja jämlikhet och leva upp till äldreomsorgens värdegrund där de äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

8. Referenser

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2015) *Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen*. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber.

Andersson, Lars (2008) *Ålderism*. Studentlitteratur AB, Lund.

Bryman, Alan (2012) *Samhällsvetenskapliga metoder upplaga 2*. Liber AB: Malmö

Barney, Lisa J. Griffiths, Kathleen M, Jorm, Anthony F., Christensen, Helen (2006) *Stigma about depression and its impact on help seeking intentions*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2006, 40(1), 51-54

Berglund, Monica (2017) *Undersköterskan*. Stockholm. Gothia fortbildning AB

Brodie, Sarah J & Biley, Francis C (1998) *An exploration of the potential benefits of pet therapy*. Journal of Clinical Nursing 1999, (8), 329-337

Butler, Mary Pat & Quayle, Ethel (2007) *Training primary care nurses in late-life depression*. International Journal of Older People Nursing, (2), 25-35

Butler, Robert.N (1969). ''Age-ism: Another Form of Bigotry''. The Gerontologist, (9), 243- 246

Caris-Verhallen, Wilma, Kerksta, Ada, Bensing, Jozien.M (1999) *Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication*. Journal of Advanced Nursing, 29(4), 808-818

Chong, Alice Min-ling (2007) *Promoting psychosocial health of the elderly*. Social Work in Health Care, 44(1-2), 91-109

Cullberg, Johan (2003) *Kris och utveckling*. 4 uppl. Stockholm. Natur och Kultur

Folkhälsomyndigheten (2021) *Vad är psykisk ohälsa?*

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsaochsuicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/> Hämtat 2022-01-02

Halter, Margaret J (2004) *Stigma & help seeking related to depression: a study of nursing students*. Journal of Psychological Nursing & Mental Health Services 2004. 42(2), 42-53

Jönson, Håkan (2002) *Ålderdom som samhällsproblem*. Studentlitteratur AB, Lund

Jönson, Håkan & Harnett, Tove (2015) *Socialt arbete med äldre*. Natur och kultur.

Kalman, Hildur & Veronica, Lövgren (2012) *Etik i forskning och etiska dilemman. En introduktion*. I: Hildur Kalman & Veronica Lövgren (red.) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*, 1. uppl. Malmö: Gleerups.

Liu Lijun, Gou Zhenggang & Zuo Junnan (2014) *Social support mediates loneliness and depression in elderly people*. Journal of Health Psychology 2016, 21(5) 750-758

Palmore, Erdman Ballagh (1990) *Ageism: Negative and positive*. New York. Springer Pub.Co

Persson, Anders (2020) *Samhällets identitetsvärden och individens stigmastyrning: Inledning till Erving Goffman: Stigma. Den stämplades roll och identitet*. I E. Goffman (Red.), *Stigma: Den stämplades roll och identitet* (Femte upplagan uppl.). Studentlitteratur AB.

Repstad, Pål (2010) (red) *Varför handlar folk som de gör?*. I Författarna och Studentlitteratur (2012) *Värdegrundsutbildning inom äldreomsorgen*. Studentlitteratur AB, Lund

SCB (2018) *Störst folkökning att vänta bland de äldsta*, <https://www.scb.se/hittastatistik/statistik-efteramne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/statistik/nyhet/sveriges-framtida-befolkning-20182070/> Hämtat 2022-01-15

SFS 2008:567: Diskrimineringslagen

SFS 1993:387: Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade

SFS 2001:453: Socialtjänstlagen

Snowdon, John (2010) *Depression in nursing homes*. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1143-1148

Socialstyrelsen (2013) *Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa – vägledning för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/va-gledning-ansvariga.pdf> Hämtat 2022-01-02

Socialstyrelsen (2018) *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppnajokforelser/2018-9-12.pdf> Hämtat 2022-01-02

Socialstyrelsen (2014) *Vårdhund för äldre i särskilt boende.*

https://www.sbu.se/contentassets/8bed670d762d4293bc4a69fe8c19c5cb/vardhund_aldre_sarskilt_boende_2014-1-25.pdf Hämtat 2022-01-02

Waxman, Howard.M (1986) *Community Mental Health Care for the Elderly: A Look at the Obstacles.* Public Health Reports 1974. 101 (3), 294-300

Zhou, Chen, Hong, Fan, Liu & Zhang (2020) *The relationship between healthpromoting lifestyles and depression in the elderly: roles of aging perceptions and social support*

9. Bilaga 1

Informationsbrev

Hejsan! Mitt namn är Emma Jönsson och jag studerar på socionomprogrammet vid Lunds Universitet (Campus Helsingborg). Jag ska nu skriva min C-uppsats och min tanke är att fördjupa mig i ämnet psykisk hälsa/ohälsa och hur detta uppmärksammas bland den äldre målgruppen inom äldreomsorgen.

För att kunna fördjupa mig i detta är min önskan att intervjuva både undersköterskor, sjuksköterskor och enhetschefer som är verksamma inom just äldreomsorgen för att kunna få ta del av deras upplevelser och perspektiv på hur man arbetar med den psykiska hälsan/ohälsan inom deras verksamhet.

Därför hör jag av mig till just dig. Skulle du vara intresserad av att delta i en intervju? Jag har flyttat norrut och har därför tyvärr inte möjlighet att genomföra intervjun på plats, men föreslår att vi isåfall istället tar det via telefon eller digitalt genom videosamtal, helt och hållet vad som passar dig bäst. Intervjun kommer att ta ungefär 1 timme och det är helt upp till dig om du vill svara på mina frågor eller om du vill avbryta. Intervjun är frivillig och helt på dina villkor. Det material som samlas in kommer att läsas av mig och sedan citeras i kortare meningar i min uppsats, men både du och din arbetsplats kommer att vara helt anonym.

Här nedan bifogar jag mina kontaktuppgifter som du gärna kan använda för att kontakta mig om du skulle vara intresserad av att ställa upp på en intervju.

Ha det fint så håller jag tummarna för att vi hörs av!

Med vänliga hälsningar, Emma Jönsson

Kontaktuppgifter:

Emma Jönsson

Mejladress: soc15ej6@student.lu.se

10. Bilaga 2

Intervjuguide

Personliga frågor

- Hur länge har du arbetat inom äldreomsorgen?
- Vad har du för utbildning?
- Vad har du för arbetsuppgifter?
- Trivs du bra på din arbetsplats?
- Känner du dig trygg i din yrkesroll? Varför/varför inte?
- Vad är det bästa med ditt arbete?

Personalfrågor

- Hur många anställda har ni?
- Vad har dessa för utbildning?
- Hur upplever du klimatet i personalgruppen?

Klientfrågor

- Hur många platser har ni och hur många boende just nu?
- Hur går det till när en person får en plats hos er?
- Hur arbetar man för att tillgodose de äldres behov inom er verksamhet?
- Vilka olika behovsområden utgår man ifrån?
- Hur går det till när man reviderar och utvärderar en genomförandeplan?
- Hur arbetar ni för att främja delaktighet och självbestämmande hos era klienter?

Psykisk hälsa

- Hur familiär är du med begreppet psykisk hälsa respektive ohälsa?
- Hur skulle du definiera begreppet?
- Har du stött på någon form av psykisk ohälsa inom på din arbetsplats?

- Hur bemöter man det isåfall?
- Har ni några särskilda riktlinjer gällande psykisk ohälsa?
- Känner du att finns behov av förändringar inom äldreomsorgen, isåfall vad?
- Har du stött på något dilemma där du upplevt att det varit svårt att leda och ta beslut gällande den äldre?
- Har ni tillgång till handledning om svårigheter skulle uppstå?