



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

”Det är en enormt stor utmaning”

Biståndshandläggares erfarenheter av att
möta äldre med psykisk ohälsa

HUVUDOMRÅDE: *Socialt arbete*

FÖRFATTARE: *Isabelle Andersson och Erica Berggren*

JÖNKÖPING 2019 Januari

Förord

Först och främst vill vi rikta ett stort tack till biståndshandläggarna som tagit sig tid att bli intervjuade och som bidragit med många intressanta tankar och erfarenheter. Vi vill även tacka vår handledare Anna Siverskog som har visat stort engagemang och givit oss god handledning under skrivprocessens gång.

Tack till våra nära och kära för all stöttning och uppmuntran. Slutligen vill vi tacka varandra för ett gott samarbete.

Isabelle Andersson & Erica Berggren

Abstract

Title: "It is an enormous challenge" - Care managers experiences of meeting older people with mental illness

Authors: Isabelle Andersson and Erica Berggren

Tutor: Anna Siverskog

Examinator: Pia Bülow

The study has a qualitative approach and includes eleven semistructured interviews with care managers in five various municipalities in Sweden. The purpose was to investigate the experiences of care managers, in the work with mental illness among older people and the identified challenges. The empirical data resulted in three themes: *mental illness as a complex phenomenon*, *societal perspectives and values* and *limitations in organization and collaboration*. Mental illness as a complex phenomenon involves difficulties with definition and a comprehensive view that include factors such as motivation, dementia and relatives. The theme of societal perspectives and values addresses both attitudes of older people from society, but also the older people's view of themselves. Limitations in organization and collaboration highlight the lack of legal guidance, interventions, resources, time and knowledge, as well as challenges in collaboration with other professions. Previous research, domain theory and ageism have been used to analyze the results of the study. The results point out that it is a complex of problems, which could not be solved by only one solution. It will take a numerous of various interventions on both a micro, meso- and macro level.

Key words: Social work, assessment, mental illness, older people, challenges, theme identification

Sammanfattning

Titel: ”Det är en enormt stor utmaning” - Biståndshandläggares erfarenheter av att möta äldre med psykisk ohälsa

Författare: Isabelle Andersson och Erica Berggren

Handledare: Anna Siverskog

Examinator: Pia Bülow

Studien är av kvalitativ karaktär och innefattar elva semistrukturerade intervjuer med biståndshandläggare i fem olika stora kommuner i Sverige. Syftet var att undersöka biståndshandläggarnas erfarenheter av att arbeta med psykisk ohälsa hos äldre och vilka utmaningar de identifierar. Empirin resulterade i tre teman: *Psykisk ohälsa som komplext fenomen, samhällsyn och värderingar* och *begränsningar i organisation och samverkan*. Psykisk ohälsa som komplext fenomen inbegriper svårigheter med definition och helhetssyn som innefattar faktorer såsom motivation, demens och anhöriga. Temat samhällsyn och värderingar tar upp både attityder som finns om äldre från samhällets sida men även äldres syn på sig själva. Begränsningar i organisation och samverkan belyser avsaknaden av rättslig vägledning, insatser, resurser, tid och kunskap, samt utmaningar i samverkan med andra professioner. Tidigare forskning, domänteori och ålderism har använts för att analysera studiens resultat. Studiens resultat pekar på att det är en komplex problematik som inte kan avhjälpas genom endast en lösning. Det krävs flera olika åtgärder på både mikro, meso- och makronivå.

Nyckelord: Socialt arbete, biståndshandläggning, psykisk ohälsa, äldre, utmaningar, tematisk analys

Innehållsförteckning

Förord.....	i
Abstract	ii
Sammanfattning.....	iii
Innehållsförteckning	iv
1. Inledning och problemformulering.....	1
2. Syfte	3
2.1 Frågeställningar	3
3. Begreppsdefinitioner.....	4
4. Tidigare forskning	5
4.1 Förekomst och konsekvenser av psykisk ohälsa hos äldre	5
4.2 Bakgrundsfaktorer till psykisk ohälsa	6
4.3 Samverkan mellan kommun och landsting	7
4.4 Förebyggande strategier	8
5. Teoretiska perspektiv.....	10
5.1 Domänteori	10
5.2 Ålderism.....	11
6. Metod	13
6.1 Urval.....	13
6.2 Databasinsamlingsmetod.....	13
6.3 Analysmetod	14
6.4 Kvalitetskriterier.....	14
6.5 Etiska överväganden.....	15
6.6 Metoddiskussion.....	16
7. Resultat	18
7.1 Tema 1: Psykisk ohälsa som komplext fenomen	18
7.2 Tema 2: Samhällssyn och värderingar.....	21
7.3 Tema 3: Begränsningar i organisation och samverkan.....	24
8. Diskussion.....	29
8.1 Psykisk ohälsa som komplext fenomen	29
8.2 Samhällssyn och värderingar	30
8.3 Begränsningar i organisation och samverkan	32
8.4 Implikationer för socialt arbete	35
8.5 Framtida forskning	35
9. Slutsatser	37
10. Referenslista	38
Bilaga 1 - Informationsbrev	41
Bilaga 2 - Intervjuguide	42

1. Inledning och problemformulering

Sveriges befolkning beräknas enligt Statistiska centralbyrån (2018) år 2019 uppgå till cirka 10 300 000 invånare, varav ungefär 20 procent av befolkningen är 65 år och äldre. På grund av ökad förväntad livslängd kommer andelen äldre invånare öka. Socialstyrelsen (2013) uppger att andelen äldre personer med psykisk ohälsa i Sverige uppgår till ungefär 20 procent. Det innebär att det är ungefär 400 000 äldre med psykisk ohälsa. Äldreomsorgen står för majoriteten av socialtjänstens budget. Samtidigt har äldreomsorgen i Sverige sedan 1980-talet utsatts för besparingar både personalmässigt, men också avseende antalet platser på äldreboende, trots att antalet äldre i förhållande till övrig befolkning bara har ökat (Thorslund, 2013). I USA har samma trend om en ökad andel äldre befolkning identifierats, vilket kommer ställa stora krav på det sociala arbetet och kunskap om åldrande menar Berkman, Gardner, Zodikoff och Harootyan (2005).

Enligt en studie som har gjorts bland 95-åringar i Göteborg kunde det konstateras att förekomsten av psykisk ohälsa bland undersökningspopulationen är hög, även efter att förekomsten av demensproblematik har uteslutits. Två tredjedelar av de äldre som deltog i studien hade någon form av psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa. Demensproblematik var det mest förekommande och depression kom på andra plats. Studien visade även att viktiga aspekter som spelar stor roll vid förekomsten av psykisk ohälsa bland de äldre i undersökningen är omvårdnaden och vikten av att upptäcka psykisk ohälsa. Studien visade även på att vidare forskning inom området är angeläget då det i dagsläget inte finns tillräckligt mycket kunskap kring förebyggande åtgärder, riskfaktorer och behandling. Det är en komplex problematik som kan visa sig både psykiskt och fysiskt, vilket försvårar bedömningen (Börjesson-Hanson, Waern, Östling, Gustafson, & Skoog, 2011).

Äldreomsorgens myndighetsutövning baseras på socialtjänstlagen som är en ramlag med krav på behov (Thorslund, 2013). Socialtjänstlagen 4 kap 1§ 4st. (SFS 2001:453) säger följande "Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv". Hur lagen ska tolkas och vad som ingår i "skälig levnadsnivå" och "självständigt liv" kan vara lika diffust som vem som bär ansvar i olika situationer. Det finns en rad olika omständigheter som kan vägas in i en bedömning enligt socialtjänstlagen, som till exempel nedsatta fysiska och psykiska funktioner, sjukdom, psykisk ohälsa och socialt nätverk (Thorslund, 2013). Biståndshandläggarna besitter enligt Blomberg och Dunér (2015) en speciell position som möter förväntningar och krav från diverse olika håll. Det kan både vara inom organisationen, men också utanför organisationen. Vidare har

skiftningarna mot kostnadseffektivitet och medvetenhet om ekonomin kommit att spela en större roll i biståndshandläggarens arbete de senaste decennierna.

Insatserna som erbjuds för att äldre ska känna välbefinnande samt leva ett värdigt liv är vanligtvis hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende och/eller dagverksamhet. Antalet personer som är 65 år eller äldre ökade mellan åren 2010 och 2015 med 200 000 personer och åldersgruppen nådde nästan 2 000 000. Andelen personer med olika insatsformer inom äldreomsorgen minskade under samma period med undantag från hemtjänst. Särskilt boende var den insats som minskade mest. Det har blivit mer eftertraktat att få insatser i det ordinära boendet och det resulterar i att fler personer med stort behov av vård och omsorg bor kvar i sitt ordinära boende. Det har bidragit till att både kostnaderna för kommunen samt att utvecklingen och omfattningen av den kommunala hemvården har ökat (Socialstyrelsen, 2017b).

Det juridiska ansvaret för invånarna i Sverige fördelas mellan kommun och landsting¹, där kommunen har det huvudsakliga ansvaret för den sociala välfärden och landstinget har huvudansvaret för sjukvården. Då det är ett delat ansvar som många gånger innebär situationer och problem som berör eller gränsar till båda ansvarsområdena, krävs det ett nära samarbete mellan kommun och landsting (Alvinius, Larsson & Larsson, 2016). En norsk studie av Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad, och Aase (2014) visade även att när äldre personer, i det här fallet över 75 år, skrivs ut från sjukhuset möts de ofta av personal från kommunen som är osäkra på vilka hälsovårdsinsatser som är mest lämpliga för patienten då de har för lite information om hälsostatusen. Samma studie visade även att det finns ett behov av att forska mer kring överlämning och samarbete mellan professioner som arbetar med äldre då den aktuella forskningen i ämnet är begränsad.

Utifrån detta går det att konstatera att andelen äldre ökar, samtidigt som förekomsten av psykisk ohälsa är förhållandevis hög. För en äldre som söker någon form av hjälp är det kommunen eller landstinget som har ansvar, beroende på orsaken till hjälpbehovet. När äldre vänder sig till kommunen är biståndshandläggaren ofta den första personen som den äldre möter. Det är även biståndshandläggaren som i många fall sitter med mest information kring den enskilde då det är dennes uppgift att samla information till utredningen. Detta gör det intressant att vidare utforska hur biståndshandläggare i socialtjänsten arbetar med psykisk ohälsa och vilka utmaningar de identifierar.

¹ Från och med 2019-01-01 övergick landstingen till att bli regioner, landsting som begrepp kommer successivt fasas ut (Sveriges kommuner och landsting, 2018). I denna studie används begreppet landsting då det vid studiens utformande var det begrepp som återgavs i lagstiftning och litteratur.

2. Syfte

Syftet med studien är att undersöka biståndshandläggares erfarenheter av att möta äldre med psykisk ohälsa. Studien syftar även till att bidra till ökad förståelse kring den psykiska ohälsans komplexitet hos äldre.

2.1 Frågeställningar

- Hur ser erfarenheterna av arbetet med psykisk ohälsa bland äldre ut?
- Vilka utmaningar identifierar biståndshandläggarna i arbetet med psykisk ohälsa hos äldre?

3. Begreppsdefinitioner

Äldre – Begreppet äldre är en social kategori som vanligtvis syftar till den sista fasen i livsloppet. Personer som har fyllt 65 år klassas som äldre i Sverige och många andra industrialiserade länder (Jönson & Harnett, 2015). När äldre omnämns i studien syftar det på åldersgruppen som är 65 år eller äldre om inget annat anges.

Psykisk ohälsa – Studien antar Socialstyrelsens (2018) beskrivning av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa ses som ett samlat begrepp som innefattar allt från allvarigare symptom som uppfyller kriterierna för någon form av diagnos till mindre allvarigare symptom som lättare nedstämdhet och oro. Hos äldre yttrar sig ofta psykisk ohälsa genom ångest och depression. Demenssjukdom kan komplicera yttrandet och upptäckten av psykisk ohälsa. (Socialstyrelsen, 2018).

Biståndshandläggare – Inom äldreomsorgen är biståndshandläggarens uppgift att ta emot ansökningar från äldre personer om bistånd enligt socialtjänstlagen. Ansökningarna behandlas av biståndshandläggaren som sedan påbörjar en utredning. Utredningen sker genom kontakt med den enskilde, ibland inhämtas också information från anhöriga och andra professioner. Biståndshandläggaren gör en bedömning av den enskildes behov samt hur de skall tillgodoses. Med detta som grund, fattar biståndshandläggaren ett beslut på delegation från kommunens socialnämnd (Jönson & Harnett, 2015).

Insats – En biståndshandläggare har befogenhet att bevilja äldre olika insatser utifrån den enskildes behov. Larmtjänster, hjälp i hemmet, korttidsboenden och särskilda boenden är biståndsbedömda insatser inom äldreomsorgen vars syfte är, med stöd av socialtjänstlagen att tillgodose den enskildes behov om han eller hon inte kan göra det själv (Jönson & Harnett, 2015).

Bedömning – Biståndshandläggaren gör sin bedömning utifrån det som framkommit i utredningen. Det som biståndshandläggaren måste förhålla sig till, med stöd av socialtjänstlagen (SFS 2001:453), är att bedömningen ska eftersträva att den enskilde har en skälig levnadsnivå. Om inte den enskilde själv kan tillgodose sina behov ska biståndshandläggaren göra bedömningen om vilka insatser som bör beviljas för att den enskilde ska en uppnå skälig levnadsnivå (Jönson & Harnett, 2015).

4. Tidigare forskning

I sökningen efter tidigare forskning har olika sökord använts i databasen Proquest Central, Google Scholar och Primo på högskolebibliotekets hemsida. I de artiklar och övrigt material som sökningen genererade, har andra relevanta citerade verk påträffats som vidare har kunnat användas i följande avsnitt om tidigare forskning. Detta tillvägagångsätt är enligt Bryman (2018) en form av strategi för att hitta relevanta referenser. Materialet som används i studien har huvudsakligen begränsats till sådant som har publicerats de senaste 20 åren för att forskningen med större sannolikhet ska vara aktuell. Det har inte påträffats någon senare eller tidigare forskning som motbevisar den presenterade forskningens slutsatser. En övervägande del av den tidigare forskningen gör en distinktion på psykisk ohälsa hos personer utan demens respektive personer med demens, vilket föreliggande studie inte har för avsikt att göra. Empirin som samlas in inkluderar både personer med demenssjukdom och personer utan demenssjukdom.

Sökningarna i databaserna har avgränsats till de som finns tillgängliga i fulltext och är fackgranskade då det är viktigt att ha tillgång till hela texten och att den har granskats av någon annan kunnig inom området. Vidare har endast forskning som är på svenska eller engelska använts för att undvika missförstånd av innebörden, då bland annat forskning på både norska och danska har påträffats. Avsnittet om tidigare forskning innehåller prospektiva studier, metaanalyser, kvalitativa intervjustudier, grounded theory, kvantitativa kohortstudier och kvantitativa enkätstudier samt både induktiva och deduktiva studier.

Följande sökord och kombinationer av sökningar har använts i studien: elder, older people, municipality, social work, mental illness, risk factors, prevention och intervention. Sweden och Swedish var sökord som lades till för att generera studier som undersöker svenska eller nordiska förhållanden. Även den svenska översättningen på alla sökord har använts. Den tidigare forskningen som har framkommit i sökningen innefattar ett brett spektrum. Av den anledningen presenteras litteraturen tematiserat i följande avsnitt.

4.1 Förekomst och konsekvenser av psykisk ohälsa hos äldre

Depression och ångest räknas som en form av sjukdomar som går under benämningen affektiva störningar. Dessa sjukdomar har sedan flera år tillbaka visat sig kunna behandlas med goda resultat. Vanligen behandlas depression och ångest genom läkemedel tillsammans med psykoterapi. Det har dock visat sig att det inte är valet av rätt behandling som är det stora bekymret, utan att faktiskt kunna diagnostisera depression och ångest. På grund av denna svårighet råder det en underdiagnostisering, som då naturligt leder till att inte tillräckligt många får behandling (Gottfries & Karlsson, 2001). Socialstyrelsen (2018) beskriver i sin rapport hur det kan vara svårt att

diagnostisera äldre då de kan ha en mer komplex sjukdomsbild som bland annat kan innefatta demenssjukdom. Demenssjukdom räknas som en kognitiv störning, vilken enligt Gottfries och Karlsson (2001) har visat sig svårare att hitta en effektiv behandling för. När en person har fyllt 65 år är det vanligt förekommande att ångest utvecklas och övergår till ett sjukdomstillstånd. Psykossjukdomar, som ofta klassas som ett mer komplicerat tillstånd visar sig vanligen före 65 års ålder.

Enligt Socialstyrelsen (2018) är depression hos äldre en sjukdom som ska tas på största allvar då den kan påverka livskvalitén avsevärt i en sämre riktning, vilket också kan leda till att risken för att dö i förtid eskalerar. Vidare pekar Socialstyrelsens rapport (2018) på att psykisk ohälsa, räknat per person i respektive åldersgrupp, är mer etablerat bland äldre än bland personer mellan åldrarna 18 och 64 år. Trots detta får äldre i mindre utsträckning specialistsjukvård inom psykiatri och psykoterapeutiska interventioner, samt att läkemedel till äldre huvudsakligen förskrivs från primärvården. Ur Socialstyrelsens rapport (2018) framkommer det även att äldres självskattning om psykisk ohälsa och suicidtankar är lägre än den yngre åldersgruppen, trots att den äldre åldersgruppen både i större utsträckning drabbas av psykisk ohälsa och begår suicid. Goudie (1998) belyser i sin artikel om psykosociala behandlingar för äldre som lider av depression, att äldre med psykisk ohälsa ofta inte uppmärksammas av professioner inom socialt arbete i samma utsträckning som yngre personer. Vidare beskriver Goudie (1998) flertalet olika behandlingar såsom KBT, psykodynamisk terapi och beteendeterapi som skulle kunna erbjudas till äldre med psykisk ohälsa, men det är inte tillräckligt många som får den möjligheten på grund av de negativa attityder som finns gentemot äldre och deras möjlighet att komma ur psykisk ohälsa. Gottfries och Karlsson (2001) menar att den äldres och anhörigas inställning till åldrande har stor betydelse för huruvida diagnos ställs eller ej. Om det finns en inställning om att diverse besvär är en naturlig del av åldrandet, normaliseras dessa istället för att ses som en sjukdom som skulle kunna behandlas.

4.2 Bakgrundsfaktorer till psykisk ohälsa

Enligt Socialstyrelsen (2018) kan flera olika faktorer tillsammans eller var och en för sig bidra till uppkomsten av olika tillstånd av psykisk ohälsa hos äldre. Problemet kan därför ses utifrån olika perspektiv och faktorer, som exempelvis fysiska sjukdomar, psykosociala faktorer, socialt nätverk, livsstil, trauman och eventuellt missbruk samt bieffekter av läkemedelsbehandling. Cole och Dendukiri (2003) har gjort en metaanalys-studie kring äldre och riskfaktorer för att drabbas av psykisk ohälsa. Det sammanlagda resultatet av de 20 prospektiva studier om riskfaktorer för depression bland äldre som författarna har studerat, indikerar fem signifikanta riskfaktorer. Dessa är förlossning tidigare i livet, sömnsvårigheter, funktionsnedsättning, tidigare depression och

kvinnligt kön. Det framkommer att de tre förstnämnda är modifierbara men anses ändå ha en tillräckligt stor påverkan på äldre med depression.

Bergdahl, Allard och Gustafson (2011) har gjort en kvantitativ studie där de undersökte förekomsten av depression hos personer över 85 år med demens jämfört med de utan demens. Syftet var även att undersöka om det finns några skillnader mellan riskfaktorerna för depression hos personer med demens respektive hos personer utan demens. I denna studie blev resultatet att det inte finns några könsskillnader i de två olika undersökningspopulationerna. Vidare konstateras det i studien att depression förekommer oftare hos personer med demens än hos de som inte har det. Många av faktorerna som är associerade med depression bland personer utan demens i studien, exempelvis bristande socialt umgänge och nedsatt fysisk förmåga var inte associerade med depression i gruppen av personer med demens.

I en kvantitativ kohortstudie av Ormel, Rijdsdijk, Sullivan, Van Sonderen och Gertrudis (2002) genomfördes en undersökning om sambandet mellan depression och konstaterade funktionsnedsättningar utifrån en ADL (allmän daglig livsföring) - bedömning hos äldre som inte bor på särskilt boende. Resultatet i studien var att det finns ett samband mellan depression och funktionsnedsättning. En slutsats som Ormel et al. (2002) också kom fram till var att depression ofta blir en fördröjd reaktion på en funktionsnedsättning samt att det finns ett svagt samband avseende att fysiska funktioner ofta försämras som en direkt effekt av depression. Det konstateras också att det bör vara lättare och mest kostadseffektivt att behandla och förbygga depression än en funktionsnedsättning för att öka de äldres livskvalitet. Gottfries och Karlsson (2001) menar i sin artikel att depression är 2–3 gånger vanligare vid fysisk sjukdom än vad som är beräknat, vilket också bidrar till att diagnostiseringen påverkas.

4.3 Samverkan mellan kommun och landsting

Alvinus et al. (2016) har genomfört en kvalitativ studie med grounded theory som utgångspunkt där de har intervjuat 15 stycken personer inom olika hälso- och sjukvårdsrelaterade sektorer i Sverige. Alvinus et al. (2016) beskriver att den svenska hälso- och sjukvården under de senaste årtiondena har genomgått en rad olika förändringar. I dagsläget åläggs det juridiska ansvaret för hälso- och sjukvård både på en kommunal och regional nivå. Det krävs dock en samverkan mellan kommun och landsting för att detta ska fungera. Genom sin studie har Alvinus et al. (2016) utformat en modell som innehåller en huvudkategori som behandlar hanteringen av gränser i samarbete mellan kommun och landsting. Denna kategori delas vidare in i tre underkategorier: gränsbevarande strategier, gränsöverskridande strategier och samordnarens roll. Modellen visar att det finns en spänning mellan gränsbevarande strategier och gränsöverskridande strategier. Detta

betyder att det finns attityder och omständigheter som är motsättande mellan de olika kategorierna. Det kan till exempel vara att det saknas kunskap kring samverkan som bevarar gränserna och att det finns gränsöverskridande strategier som uppmuntrar utbildning i samverkan. Rollen som samordnare kan påverka spänningen beroende på hur rollen hanteras, vilket tillsammans med framgångsrika gränsöverskridande strategier är ett tillvägagångssätt för att ett samarbete ska vara effektivt.

Alvinus et al. (2016) menar att när samarbete mellan kommun och landsting inte fungerar, tenderar äldre som har behov av hjälp från både kommun och landsting, vara en av de grupper som faller mellan stolarna. Ekstedt & Ödegård (2015) har i sin studie identifierat hur det krävs ett gemensamt ansvar för information- och kunskapsöverföring mellan områdena. Vidare visade samma studie att en avgörande faktor för att förhindra att individer hamnar mellan stolarna på olika professioner är de professionellas förmåga att förutse och anpassa sig till oväntade situationer och dilemman i det dagliga arbetet.

I januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft (SFS 2017:612). Lagen syftar till att stärka samarbetet mellan kommunen och hälso- och sjukvården vid utskrivning från sjukhuset. Då lagen är förhållandevis ny har litteratursökningen inte funnit någon utvärdering eller forskning kring vad den nya lagen har gett för effekt.

4.4 Förebyggande strategier

Till följd av att vissa äldre med depression eller annan psykisk ohälsa inte diagnostiseras eller uppmärksammas kan utvägen för dem bli att ta livet av sig. Våldsamma självmord, som exempelvis att hänga eller skjuta sig själv, förekommer i alla åldersgrupper men äldre begår också ”tysta” självmord. Ett ”tyst” självmord kan till exempel vara att sluta äta ordentligt eller att inte ta livsviktiga mediciner. Många självmord bland äldre skulle kunna förhindras om de äldre får den hjälp de är i behov av (Jönson & Harnett, 2015). I en kvantitativ studie utförd av Waern et al. (2002) i Göteborg där respondenterna var över 65 år, drogs också slutsatsen att många äldre begår självmord som ett resultat av deras första depressiva episod. Vidare konstateras det också att äldre personer med psykisk ohälsa som begår självmord har ett behov av särskilt förebyggande strategier. Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson och Riis (2007) skriver om förebyggande hembesök och menar att det är ett sätt att etablera en kontakt för att bevara eller förbättra den äldres livskvalitet och förbygga ohälsa. Vidare beskrivs detta också i en studie av Seiger Cronfalk et al. (2017) som genomförde en undersökning om förebyggande hembesök för äldre människor över 65 år, i en stadskommun respektive landsbygdskommun i Norge. I studien framkommer det att

förebyggande hembesök antas hjälpa äldre människor att behålla sin funktionella nivå längre, fördröja sjukdom samt eventuell psykisk ohälsa och därmed fördröja behovet av vård.

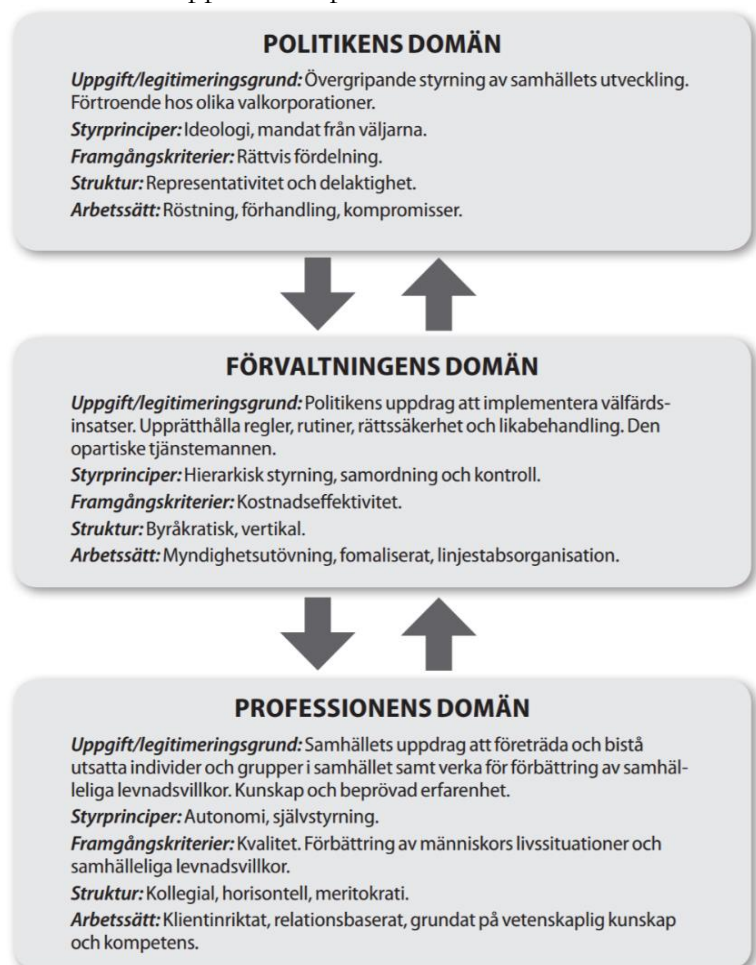
Utifrån forskningsöversikten går det se att psykisk ohälsa förekommer mer hos personer över 65 år än i övriga åldersgrupper, där personerna är mellan 18 till 64 år. Det går dock att se att äldre med psykisk ohälsa inte uppmärksammas tillräckligt i förhållande till problematikens omfattning. En svårighet för biståndshandläggarna är att göra en korrekt bedömning som både följer riktlinjer och den enskildes behov. Det framkommer också att god samverkan mellan kommun och landsting är en förutsättning för att arbetet med psykisk ohälsa hos äldre skall fungera. Det anses även viktigt att arbeta med förebyggande strategier för att motverka psykisk ohälsa hos äldre. Vidare påvisar tidigare forskning att det fortfarande finns en väsentlig kunskapslucka inom området myndighetsutövning. Merparten av tidigare forskning berör hälso- och sjukvårdens perspektiv, samt studier som har utgått från de äldres perspektiv, men det finns få studier utifrån biståndshandläggarnas perspektiv. Biståndshandläggarna kan vara de första i ledet som möter äldre med psykisk ohälsa. Under pågående utredning försöker biståndshandläggarna skapa sig en helhetsbild med hjälp av andra professioner. Det gör att handläggarna ofta är de som ser hur situationen ser ut, samt tar emot information från andra professioner, anhöriga och övriga inblandade. Då biståndshandläggarna har en betydande roll i att hjälpa äldre med psykisk ohälsa är det viktigt att det finns kunskap kring hur de arbetar och vad de kan göra utifrån sin roll. Mot bakgrund av ovanstående är det motiverat att genomföra föreliggande studie som fördjupar sig inom biståndshandläggares perspektiv.

5. Teoretiska perspektiv

Två teorier har valts för att kunna täcka resultatets olika perspektiv, då empirin rör sig på mikro, meso- och makronivå. Det innebär att det finns aspekter som rör sig på både ett individuellt, organisatoriskt- och samhällsplan (Giddens & Sutton, 2014). Den offentliga sektorn som biståndshandläggarna arbetar inom är en organisation med flera olika nivåer, därför krävs en speciell typ av teori. Domänteori är en flerdisciplinär teori som kan bidra till att förstå flera spektrum av den komplexa problematiken. Inom domänteori omnämns de institutionella villkorens domän, som i korta drag innefattar samhällets värderingar och attityder. Ålderismen, som är den andra valda teorin, går att se som en del av de institutionella villkorens domän som vidare kan skapa förståelse för hur samhällets syn påverkar socialt arbete med äldre. Det går därför att se en koppling mellan de valda teorierna, domänteori och ålderism.

5.1 Domänteori

Kouzes och Mico (1979) har utformat en domänteori för människobehandlande organisationer i syfte att försöka förstå verksamhetens utveckling och dess förutsättningar. Då domänteori utgår från ett nordamerikanskt perspektiv som inte är helt applicerbart på nordiska välfärdsmodeller har Blom och Morén (2015) utvecklat modellen vidare till att passa de nordiska förhållandena i socialt arbete. Domänteori enligt Blom och Moréns (2015) nordiska version handlar om hur det sociala arbetet är organiserat i offentlig sektor på ett lokalt plan. En kritik som framförs inom domänteori är att organisationsteorier riktar in sig för mycket på enskilda delar, utan att se helheten av organisationen, samt vad samhällssynen har för påverkan. Blom och Morén (2015) menar att om organisationsteorier inom socialt arbete ska kunna utvecklas, krävs det att teorierna innefattar samtliga delar, det vill säga en flerdisciplinär teori.



Figur 1. (Morén, Perlinski & Blom, 2015, s. 31)

Blom och Moréns (2015) domänteori delar in det sociala arbetet i politik, förvaltning och profession. Politiken har till uppgift att ansvara för en övergripande verksamhetsstyrning med olika ideologiska värderingar som grund. Förvaltningens uppdrag är att vidmakthålla ett administrativt system och kontroll som går i linje med de beslut som politikerna fattar. Professionerna har i uppgift att med vetenskap och evidens som grund, formulera och implementera insatser i praktiken som hjälper människor i deras livssituation eller bevarar essentiella livsfunktioner. De tre domänerna har således olika uppgifter, styrning, strukturer och arbetssätt, samtidigt påverkar de varandra ömsesidigt genom makt och inflytande. Då de olika domänerna har olika inriktningar, styrande principer och struktur är det naturligt att det uppstår motsättningar mellan de olika domänerna. *Figur 1* illustrerar domänerna i socialt arbete i offentlig sektor. I verkligheten är domänerna mer flytande och det går att se dem som en cirkelprocess med riktningar åt båda håll, se *figur 2*.

Vidare påverkas domänerna av samhällets värderingar, strukturella och politiska ordning, detta benämner Blom och Morén (2015) som de institutionella villkorens domän. De institutionella villkorens domän skiljer sig från de tre andra domänerna då den inte är lika uppenbar, den har inverkan på ett sätt som inte alltid identifieras direkt. Som *figur 2* visar omges de tre domänerna av de institutionella villkorens domän.



Figur 2.

(Morén, et al., 2015, s. 29)

5.2 Ålderism

När fördomar eller någon form av stereotypa föreställningar uppstår i förhållande till en människas ålder och som kan leda till diskriminering som handling, brukar det handla om ålderism (på engelska ageism). Ålderism kan ses som att vara av samma karaktär som rasism eller sexism. Det beskrivs som en process där diskriminering och stereotypifiering sker på grund av ålder. Äldre kan till exempel ses som annorlunda och sämre av generationer som är yngre än dem samt ses som en grupp av människor med avvikande behov (Jönson & Harnett, 2015). Rolfner Suvanto (2018) beskriver också att en vanlig föreställning om äldre, är att de har "gjort sitt". De ska bara vara tacksamma, snälla, lugna och leva ett tillbakadraget liv. Vidare skriver Jönsson och Harnett (2015) om hur förekomsten av ålderism kan förstås, då alla människor själva går mot att bli äldre. I själva

verket innebär diskriminering av äldre, att en grupp människor missgynnas. En grupp som alla förväntas tillhöra förr eller senare.

En förklaring till att ålderism förekommer har uppkommit ur en individualpsykologisk teori, som beskriver hur människor lever för att överleva men samtidigt har vetenskapen om att alla förr eller senare kommer att dö. Detta leder till en stor dödsångest hos många människor som de gärna undviker. Avståndstagandet från ålderdomen leder alltså till att äldre betraktas som annorlunda för dem påminner yngre generationer om den framtida svaghet och död som väntar dem (Jönson & Harnett, 2015).

Andersson (2013) menar att ålderism förekommer på olika sätt inom både hälso- och sjukvård och äldreomsorgen, speciellt i förhållande till åldersgränser och prioriteringar. Resurserna för hälso- och sjukvården är begränsade, därför kan inte bara patienters behov styra. Inom hälso- och sjukvården i Sverige ska inte prioriteringar ske baserat på en människans ålder. Det har dock framkommit i undersökningar att närmare hälften av respondenterna anser att yngre bör ha företräde framför äldre i vårdköer, då yngre anses ha en framtid. Andersson (2013) skriver att det också framkommit i en studie från USA att det finns en tendens till att läkare är mindre villiga att behandla äldre med suicidala tankar än yngre patienter med suicidala tankar. I allmänhet blir ofta målet inom vården att lindra snarare än att bota äldre personer.

Vidare beskriver Andersson (2013) att inom äldreomsorgen får äldre inte heller någon optimal behandling och även där kan resursbrist och frågan om prioriteringar ses som förklaringar. Det tydligaste exemplet huruvida äldre prioriteras inom omsorgen är om en funktionsnedsättning uppkommer. Är den enskilde 65 år och äldre är han eller hon inte längre berättigad hjälp enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387) som ska garantera att den enskildes livsvillkor ska ses som goda. Medan äldre som har fyllt 65 år ska alltså nöja sig med skälig levnadsnivå (Jönson & Harnett, 2015).

6. Metod

Då syftet med studien är att undersöka biståndshandläggares erfarenheter lämpar sig en kvalitativ metod och intervjuer väl, eftersom avsikten är att erhålla berättelser om arbetet med psykisk ohälsa hos äldre. Enligt Kvale och Brinkman (2014) är den kvalitativa intervjun ett sätt att tillhandahålla respondenternas upplevda erfarenheter och skapa en förståelse utifrån de erfarenheterna.

6.1 Urval

Studien riktar in sig på att intervjua personer om äldre med psykisk ohälsa som arbetar i olika kommuner inom äldreomsorgens myndighetsenhet. Det innebär att mejl med informationsbrev (se bilaga 1) har skickats ut till chefer i de utvalda kommunerna. I informationsbrevet fanns en förfrågan om att få genomföra intervjuer med biståndshandläggare som har arbetat där i minst två år. Förfrågan har skickats till sammanlagt nio kommuner, varav fem kommuner har valt att medverka. Vidare har biståndshandläggarna inom respektive kommun personligen fått anmäla sitt intresse, av att delta i studien. Förutsättningen har som tidigare nämnts, varit att de har minst två års erfarenhet av biståndshandläggning. Då tiden för studien är begränsad har avgränsning gjorts genom att skicka ut informationsbrevet till kommuner inom samma län/region. Urvalsproceduren påverkas därför av tidsaspekten och det blir således ett målstyrt bekvämlighetsurval som enligt Bryman (2018) lämpar sig när deltagare väljs ut strategiskt för att passa forskningsfrågan. Vidare är det målstyrda urvalet ett icke-sannolikhetsurval, vilket innebär att det inte kan appliceras på andra populationer.

6.2 Datainsamlingsmetod

Studien har ett kvalitativt tillvägagångssätt, då individuella semistrukturerade intervjuer används som datainsamlingsmetod. Semistrukturerade intervjuer passar sig när intervjuaren vill ha en grundstruktur att utgå ifrån, men vill kunna vara flexibel och ställa frågor som inte ingår i den ursprungliga intervjuguiden (Bryman, 2018). En intervjuguide (se bilaga 2) användes under intervjuerna i syfte att skapa en röd tråd i studien men även för att underlätta processen avseende att kunna jämföra respondenternas svar. Båda författarna till studien var närvarade vid varje intervju men turades om att ha huvudansvaret att leda intervjun. Totalt intervjuades elva biståndshandläggare, med ett åldersspann på 24 till 64 år. Intervjuernas längd var mellan 23 minuter till 43 minuter, utöver den tiden tillkom även tid för demografiska frågor. Biståndshandläggarna som intervjuades har olika inriktningar på sina yrkesroller, en del arbetar som områdeshandläggare medan några inriktar sig mer på bedömning av insatser i samband med de äldres hemgång från sjukhus. Samtliga intervjuer hölls under arbetstid på biståndshandläggarnas arbetsplatser. Ljudinspelning användes under intervjuerna för att sedan användas till transkribering.

6.3 Analysmetod

Förhållningssättet i studien är av induktiv karaktär, vilket innebär att studien och det som undersöks inte förutbestämts av teorier och begrepp. Studien genererade empiri som låg till grund för valet av teori och begrepp. Tematisk analys användes för att identifiera teman i det insamlade materialet. Det första som gjordes i den tematiska analysen var att gå igenom samtlig empiri för att bekanta sig med empirin och det som vidare analyserades. Vidare valdes mindre textdelar ut som fick beskrivande namn, även kallat för kodning. Koderna i empirin blev många och varierande, vilka sedan sällades och vissa övergick till teman. Ur dessa teman identifierades delteman och samtliga teman fick beskrivande namn. Sedan genomfördes en analys för att se om det fanns samband inom och mellan de olika teman som framkommit. Analysen av insamlad empiri strävade efter att finna teman som återkommer, då det enligt Bryman (2018) ofta är en använd metod för att urskilja och kunna fastställa olika teman. Då det är viktigt att inte bara gå efter antalet upprepningar för att fastställa någonting som ett tema, har det hela tiden ställts i relation till studiens syfte och frågeställning, precis som Bryman (2018) anger. Slutligen gjordes en koppling till relevant litteratur och teori för att tolka och förstå de olika teman som har identifierats. Då den tematiska analysen kan anses vara diffus är det enligt Bazeley (2013) viktigt att motivera utvalda teman och inte bara framhäva dem tillsammans med belysande citat.

6.4 Kvalitetskriterier

Inom kvalitativ forskning kan tillförlitlighet och äkthet enligt Lincoln och Guba (1985) och Guba och Lincoln (1994) anses motsvarande kvalitetskriterier till den kvantitativa forskningens reliabilitet och validitet. För att uppfylla kriteriet tillförlitlighet måste de fyra delkriterierna *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *möjlighet att styrka och konfirmera* beaktas. Trovärdighet handlar om att det kan finnas flertalet möjliga definitioner och uppfattningar av den sociala verkligheten, vilka behöver framgå tydligt. Detta har gjorts genom att flera följdfrågor har ställts i intervjun för att säkerställa att intervjuare och respondent har uppfattat varandra rätt. Vidare har studien strikt följt de etiska riktlinjer och rekommendationer (se avsnitt 6.5) som finns för att stärka studiens trovärdighet. Delkriteriet *överförbarhet* uppnås genom noga beskrivningar av metodens tillvägagångsätt, för att de personer som läser studien själva ska kunna avgöra om studiens resultat går att applicera till andra sammanhang. För att beakta kriteriet *pålitlighet* utformas en detaljerad beskrivning av studien och skrivprocessen. Informationsbrev och intervjuguide finns tillgänglig för läsaren, då det ger en inblick i intervjumomentet. Vidare är rådfrågning med handledaren ett sätt att få kritik och bekräftelse på att de valda metoderna stämmer överens med forskningens syfte. *Möjlighet att styrka och konfirmera* åstadkommes genom att teori har valts efter insamlandet av empirin, vilket innebär att det inte har funnits någon teori som har styrt empirin. Vidare finns det

en medvetenhet kring att egna värderingar och uppfattningar kan påverka studien och dess resultat, detta har beaktats i den mån det går.

Därtill menar Lincoln och Guba (1985) och Guba och Lincoln (1994) att äkthet innehåller mer allmänna kriterier. Det innefattar till exempel att studien ska ge en rättvis illustration av de olika ståndpunkter och värderingar som uttryckts. Transkriberingen är ett sätt att tillgodose detta genom att respondenternas ord har skrivits ned ordagrant. Studien syftar till att kunna bidra till ökad förståelse och kunskap kring ett ämne som respondenterna arbetar med. Det kan främja den *ontologiska-* och *pedagogiska autenticiteten* som handlar om huruvida respondenterna kan dra lärdom av studien och få förståelse för andras upplevelser. Genom att respondenterna kommer få ta del av resultatet kan de förhoppningsvis dra nytta av det och kunna förbättra sitt arbetssätt som är en del av den *katalytiska-* och *taktiska autenticiteten*.

Fortsatt genomfördes bedömaröverenstämmelse. I praktiken innebär det att var och en för sig läste igenom allt material, kodade och sorterade in det under några givna övergripande teman. Efter det momentet gjordes en gemensam genomgång av de funna koderna och själva sorteringen av dessa. Bedömaröverenstämmelse är ett sätt att bedöma samsynen, som i sin tur kan säga någonting om trovärdigheten (Langemar, 2008). Utfallet visade att majoriteten av det kodade materialet har sorterats på samma sätt, vilket styrker trovärdigheten. De koder och insorteringar som till en början har varit olika, har diskuterats och analyserats för att uppnå en konsensus. Det kan ses som en del av forskartrianglering, som enligt Langemar (2008) är ett sätt att förstärka validiteten.

6.5 Etiska överväganden

Som tidigare beskrivits är metoden som har valts i studien semistrukturerade intervjuer med biståndshandläggare i olika kommuner. Både kommunerna och biståndshandläggarna har avidentifierats för att gå i linje med de etiska rekommendationer som finns. Därför har respondenterna tilldelats fiktiva namn i resultatet. Avidentifieringen är ett grundläggande moment för att respondenterna ska känna sig trygga med att delge erfarenheter och information. Det är viktigt att personerna som deltar känner sig trygga med att delge information då de inte bara representerar en arbetsplats, utan också en hel kommun.

Samtliga respondenter informerades om att deras deltagande är frivilligt och att de när som helst under intervjuens gång har rätt att avbryta sin medverkan. Det är kriteriet för det etiska samtyckeskravet (Kvale & Brinkmann, 2014). Vidare beskriver Kvale och Brinkmann (2014) att konfidentialitetskravet är en etisk princip som bör beaktas och innebär att det skall finnas en överenskommelse eller information om vem som har tillgång till det material som samlats in. Alla

respondenternas personuppgifter i studien har behandlats med största möjliga konfidentialitet och förvaras på ett sätt som gör att endast forskarna i studien har tillgång till dem. De används också endast i forskningssyfte. Respondenterna har fått en beskrivning om studiens syfte och vilka olika delar som kommer ingå i studien, vilket går i linje med informationskravet. Enligt Bryman (2018) är etiska aspekter som frivillighet, konfidentialitet, integritet och anonymitet grundläggande för alla inblandade i forskningen.

Vidare ses nyttjandekravet som en etisk princip som innebär att det material som samlas in endast ska användas i syfte att bidra till forskningen. Det empiriska material som samlas in ska bara användas i studien med nyttjandekravet i åtanke. En avvägning om skada gentemot nytta har gjorts innan studien påbörjades. Enligt Bryman (2018) handlar det om att ställa forskningens potentiella nytta och etiska tveksamheter mot varandra. Genomförandet av studien bör visa på större nytta än skada. Den bedömning som har gjorts kan konstatera att de etiska tveksamheter som finns i samband med studien övervägs av studiens nytta.

6.6 Metoddiskussion

Studiens tillvägagångssätt är av kvalitativ karaktär, syftet är alltså inte att generalisera till andra populationer och således är studien inte representativ för alla Sveriges kommuner. Däremot kan viktiga aspekter kring ämnet lyftas fram som kan bidra till ökad insikt i ämnets problematik. Studien syftar därför snarare till att ge en fördjupad analys och förståelse för ämnets komplexitet. Som tidigare nämnts är den kvalitativa intervjun enligt Kvale och Brinkman (2014) ett sätt att framställa erfarenheter från respondenterna och gå mer på djupet istället för att få en övergripande bild. Kvantitativ metod valdes av denna anledning bort. Det induktiva förhållningssätt som användes kan ifrågasättas på grund av valet att ha semistrukturerade intervjuer, eftersom det finns en risk att det begränsar respondenternas svar och berättelser. Det ansågs ändå som tillräckligt fördelaktigt i och med att det bör vara lättare att svara på frågor än att prata helt fritt. Dessutom ställdes många följdfrågor utifrån vad respondenterna svarade vilket också bidrog till att intervjun inte enbart styrdes utav intervjuguiden. Det faktum att intervjuerna hölls av båda författarna kan ses som både positivt och negativt. En ogynnsam aspekt skulle kunna vara att respondenten upplevde det som obekvämt att det var två personer som bedömde informationen som uppgavs. Däremot sågs det som fördelaktigt ur den synvinkeln att den andra kunde ställa följdfrågor gällande sådant som huvudintervjuaren inte uppmärksammat. Vidare kunde också författarnas tolkningar av resultatet jämföras direkt. Det bidrog till ökad bedömaröverensstämmelse som är ett viktigt kvalitetskriterium enligt Bryman (2018).

En stor del i arbetet med intervjuerna var att transkribera intervjumaterialet. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) ska transkriberingens detaljrikhet vara i enlighet med hur det skriftliga materialet är tänkt att behandlas. De pauser och utfyllnadsord som bedömdes vara obetydliga sållades bort eftersom huvudsyftet med intervjuerna var att samla in information, inte att exempelvis göra en språklig eller narrativ analys. Det finns en möjlighet att bedömningen av tyngden i tonfallet, utfyllnadsorden och pauserna i vissa lägen var felaktig när de valdes bort. Däremot finns det en uppfattning av att respondenter i stor utsträckning betonade den information som de själva tycker är viktig verbalt. Därför kan det antas att transkriberingen till största del överensstämmer med det som respondenterna har uppgett och därmed har genererat ett rättvist resultat.

En viss styrning av urvalet har gjorts, dels vilka kommuner som har fått möjlighet att delta, men också genom kravet att biståndshandläggarna skulle ha minst två års erfarenhet. Eftersom kommunerna som undersöks finns inom samma län/region, kan det dock påverka resultatet i olika riktningar på grund av att olika län/regioner har varierande politisk styrning som kan påverka insatser och praxis. Om tiden för studiens genomförande hade varit längre hade det varit intressant att undersöka olika kommuner i olika delar av landet. Vidare finns det en möjlighet att intressanta åsikter har försumrats för att de biståndshandläggare som har arbetat i mindre än två år valdes bort, längre erfarenhet värderades dock högre och bedömdes vara mer betydelsefull i relation till studiens syfte.

7. Resultat

Följande avsnitt presenterar studiens teman som har tagits fram genom den tematiska analysen. De teman som har kunnat urskiljas är *psykisk ohälsa som komplext fenomen, samhällsyn och värderingar och begränsningar i organisation och samverkan*.

7.1 Tema 1: Psykisk ohälsa som komplext fenomen

Tema 1 inkluderar psykisk ohälsa, dess komplexa definition och fenomen. Detta tema har återkommit i samtliga intervjuer och har upprepats på ett eller annat sätt av samtliga respondenter. Därför kan de uppfattas som centrala i empirin.

Samtliga respondenter uttryckte på ett eller annat sätt hur svårt det är att definiera psykisk ohälsa. Det finns flera olika aspekter som bidrar till den komplexa definitionen. Anette uttrycker bland annat att ”psykisk ohälsa är ju så otroligt brett för det är ju så individuellt”. Precis som Jessica som citeras nedan lyfter några av respondenterna att psykisk ohälsa kan se annorlunda ut som äldre, medan andra respondenter menar att psykisk ohälsa kan ha samma förutsättningar oavsett ålder.

Alltså psykisk ohälsa bland äldre kan jag ju se att det handlar om så mycket olika saker. Dels är det ju liksom, bara att man blir äldre, tappa förmågor, att ens liv snart är slut. Allt kommer ikapp. Hälsan förändras, man mår sämre, har mer ont, är mer begränsad, många i ens närhet går bort. Man blir ganska ensam till slut och det där är ju väldigt olika hur man hanterar det som äldre. Och det beror ju mycket på förutsättningar, personlighet, omgivning och anhöriga och alltihop (Jessica).

Vidare uttrycker ungefär hälften av respondenterna att det är svårt att beskriva vad psykisk ohälsa är eftersom det inte går att ta på eller kan vara svårt att se direkt, till skillnad från den fysiska hälsan. Valentina belyser utmaningen i att inte ens personerna som de själva möter kan sätta ord på vad de känner: ”Det är en utmaning att träffa människor som inte riktigt kan uttrycka sina behov. Du ser en sak och personen säger en annan sak. Det är inte alla som kommer kunna sitta och säga ’det här vill jag ha hjälp med?’”

Eva belyser att ”Det är svårt att säga vad det är, det är ju de små signalerna och många gånger när vi möter någon är det ju så komplext. För det är ju mycket lättare för dem att tala om det konkreta. Det abstrakta är ju mer svårt att definiera”. Flera av de andra respondenterna uppmärksammar hur helhetsbilden av personen ibland kan missas då fokus endast riktas på en sak, antingen det fysiska eller det psykiska. Sam ger ett exempel: ”Alltså vi vet ju att äldre med psykisk ohälsa dör mycket tidigare än dem som inte har det. För att man inte ser dem, man kanske missar andra sjukdomar

som de har och bara ser det psykiska kanske eller att man inte ser det psykiska.” Flera av respondenterna upprepar vikten av att ”se hela människan”, men att det trots detta lätt kan bli ett fokus på enbart det fysiska.

Hälften av respondenterna anger ytterligare en dimension till den psykiska ohälsans komplexitet, demenssjukdom. Demenssjukdom kan ibland visa sig på ett sätt som gör att det ser ut som psykisk ohälsa och samtidigt kan det vara en kombination av båda sjukdomarna. Av den anledningen kan det som respondenterna uppger, vara svårt att urskilja vad som är demens och vad som är psykisk ohälsa. Demens kan påverka minnet och insikten i sin situation i olika utsträckning, vilket respondenterna uppger vara ytterligare en aspekt av den komplexa situationen. Det blir ännu svårare att identifiera psykisk ohälsa hos en person som har minnesproblematik då de kanske varken minns varför de mår dåligt eller har förmågan att ha insikt i sin situation.

Problemet kan vara att personen som vi möter inte vill bli hjälpt eller inte ser att den kan bli hjälpt och är lite avigt inställd...De här personerna tar lite annan energi för man får jobba med dem och motivera så oerhört mycket, man får lägga oerhört mycket kraft på att bygga en relation med personen och skapa förtroende. Så utmaningen är ju att inte tappa tålamodet, att inte ge upp liksom. Man måste ta lugnt och lite granna ge sig själv en klapp på axeln för de små stegen framåt som man lyckas åstadkomma. Så att ja, tålamod (Bodil).

I citatet ovan lyfter Bodil motivationen och tålamodets betydelse i arbetet som biståndshandläggare. Det bidrar till ännu en dimension i komplexiteten, att människor har en egen vilja och kan behöva motiveras. Insatser utifrån socialtjänstlagen är precis som många respondenterna poängterar, frivillig. Några av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver svårigheten i att bemöta och hjälpa någon som redan från början kan upplevas som frustrerad. Många av de äldre som lider av psykisk ohälsa har gått länge utan att söka hjälp, vilket gör att när de väl söker hjälp kan situationen vara akut. Det blir då en utmaning för biståndshandläggaren att skyndsamt försöka utreda den komplexa problematiken. Flera av biståndshandläggarna uppger att den psykiska ohälsan kan vara långt framskriden och att det då kan vara svårt att hjälpa på rätt sätt. Några av biståndshandläggarna beskriver vidare en maktlöshet och frustration över att på olika sätt inte kunna hjälpa de äldre som lider av psykisk ohälsa. Jessica uppger att ”de personerna som jag ändå tar med mig hem efter dagens slut, det är nog faktiskt de som har en psykisk ohälsa där jag känner mig väldigt maktlös i vad vi kan göra”.

Flera av respondenterna anger att även anhöriga är en del i problematiken. Dels beror det på att det är ytterligare en person att ta hänsyn till, men också att de kan komma med ett annat perspektiv än biståndshandläggaren.

Någonstans som socionom behöver vi ju ändå fånga upp anhöriga med i stunden och det är ju en annan utmaning för de kan ju se det på ett helt annat sätt än vad vi gör och vad personen i fråga själv gör också... där tror jag också vi har lite att jobba på, att försöka lyfta in deras perspektiv med (Fatima).

Hanna framför ett känsloladdat exempel som lyfter anhörigas perspektiv och som statuerar hur fel det kan gå när det måste göras en avvägning mellan att hjälpa den anhöriga och personen i fråga. Det kan finnas en stor utmaning i att kunna hjälpa båda parterna.

Det var ett fall när kvinnan inte längre orkade bo med sin make. Han hade någon form av demens, men det var en psykisk ohälsa som i längden gav en psykisk ohälsa till frun. Han ville inte flytta någonstans och hon ville inte att han skulle bo hemma. Men han visste ju att man pratade om att han skulle flytta någonstans och så medan hemtjänsten är där hemma och diskuterar det här så går han ut på balkongen och hoppar...(Hanna).

Hannas exempel visar på ett komplicerat etiskt dilemma som biståndshandläggare ställs inför. I slutändan handlar det om vem som ska få mest stöd och hjälp när det inte går att tillgodose flera olika personers behov. Biståndshandläggaren hamnar då i en återvändsgränd som kan göra att de känner sig maktlösa i vad de kan göra för att lösa eller förbättra situationen.

Tema 1 innefattar svårigheter med att definiera begreppet psykisk ohälsa, vad som ingår och komplexiteten, samt den hårfina gränsdragningen mellan demens och psykisk ohälsa. Vidare beskrivs utmaningen med att kunna ta på den psykiska ohälsan, till skillnad från den fysiska hälsan som vanligtvis kan beskrivas och specificeras. Motivation och självbestämmande inkluderas även i detta tema då det är ständigt återkommande eftersom socialtjänstlagen är en ramlag som bygger på frivillighet och självbestämmande (SFS 2001:453). Fortsatt upprepas behovet av en helhetssyn och att se hela människan, både fysiskt och psykiskt. Flera av utmaningarna som presenteras under tema 1 kan på olika sätt associeras med samhällssyn och värderingar som presenteras närmare under följande tema.

7.2 Tema 2: Samhällssyn och värderingar

Under tema 2 presenteras den empiri som belyser samhällsvärderingar, normer och attityder gentemot äldre och psykisk ohälsa, samt de värderingar som äldre själva bär med sig som ett resultat av samhällssynens inverkan.

Flertalet av respondenterna ifrågasätter att det finns en gräns, att en människa som har fyllt 65 år ska ses som äldre. Efter 65-års ålder finns inte längre rätten till exempelvis LSS-lagstiftning och dess goda levnadsvillkor. De äldre hänvisas istället till skälig levnadsnivå utifrån socialtjänstlagen. Några av biståndshandläggarna beskriver att när en person fyller 65 år räknas hon eller han direkt som gammal. Vidare gör Anette jämförelsen ”jag själv är ju 63 år och jag ser ju mig inte som äldre om två år, det kan jag aldrig tänka mig men jag hamnar ju i ett fack”. Några av respondenterna reflekterar kring konsekvenserna av den åldersgränsen som finns, exempelvis säger Maria: ”Det är ju lite spännande faktiskt vem som har bestämt den gränsen. Vad det är som gör att bara för att man är över 65 så ska man ha det sämre.” Flertalet av respondenterna reflekterar över att insatser bör vara styrda efter behov och inte utifrån ålder. Fatima uttrycker det på följande sätt:

Jag tycker ändå inte att det ska vara avgörande om man är 65, över 65 eller under 65 om man är berättigad en insats eller inte. Utan det är ju behovet som behöver styra, socialtjänstlagen reglerar ju inte utifrån ålder och då kan man ju ifrågasätta lite att har det med någon åldersdiskriminering att göra eller vad har det att göra med liksom? (Fatima)

Ingen av respondenterna kan identifiera någon vidare orsak till åldersgränsen men många ställer sig negativa till den. Jessica är den respondent som ändå ser en viss fördel med att det finns en gräns vid 65 år då det ger en specifik kompetens som kan gynna de äldres specifika behov.

Äldreomsorgens personal, nu pratar jag jättebrett, blir ju experter på den målgruppen. Så jag tror att det kan vara viktigt att komma in under den personalens skydd på något sätt. För att det är mycket existentiella frågor, det är mycket liksom, livets slut också... och det blir ju den personalen som möter de frågorna som blir duktiga på att hantera det. Så jag tror att det kan vara klokt att ha uppdelning, en skiljegräns (Jessica).

Samtliga respondenter är rörande överens om att psykisk ohälsa är utbrett och att det inte längre kan ses som något ovanligt. Exempelvis säger Bodil: ”Jag har ju ingen statistik på det men, min känsla är att man mår sämre nu. Det är fler som är ensamma, absolut”. De respondenter som har arbetat som biståndshandläggare under många år lyfter även problematikens ökade omfattning

genom åren, men orsaken förblir obesvarad. Några av respondenterna uppger att det skulle kunna bero på att det förs mer samtal kring psykisk ohälsa idag än vad det gjorts förr, men vill inte säga med säkerhet att det faktiskt är så. Vidare ger Lina beskrivningen: ”Det har blivit så väldigt påtagligt för oss nu att det är brett liksom och jag tycker väl att de åren som man ändå har jobbat med det har det uppmärksammats mer och mer.” Utifrån detta går det konstatera att det sannolikt har skett både en förändring i hur mycket psykisk ohälsa får ta plats, men också i problematikens omfattning.

Likväl anser flertalet av respondenterna att samhällets värderingar av psykisk ohälsa hos äldre är underskattad och inte tas på tillräckligt stort allvar. Maria beskriver att de äldre oftast bara får någon form av läkemedel och det förväntas räcka för att de äldre ska må bättre. De blir inte erbjudna samtalsstöd och får inte den behandlingen som de behöver. Hanna berättar att ”psykisk ohälsa bland äldre är ju lite bortglömt skulle jag säga... Särskilt när de flyttar in på boende, då tror man att allting löser sig ’bara de får flytta in på boende så blir allt bra’ då släpper man det sen”. Tre av biståndshandläggarna lyfter även aspekten hur accepterat det är att prata om sitt psykisk mående de äldre generationerna emellan. Biståndshandläggarna menar att de som är över 80 år har svårare att be om hjälp än de äldre som är mellan 60–70 år. Jessica påtalar detta i nedanstående citat.

Vi kan ju se en skillnad på 20- och 30-talisterna. De behöver man motivera till att ta emot hjälp. 40-talisterna ber om hjälp, krasst sett. Vilket gör att 20- och 30-talisterna upplever jag kan ha en liten fasad på sig vid de första besöken men efter några besök så orkar de inte riktigt hålla uppe den här fasaden för att de mår väldigt dåligt (Jessica).

Det handlar alltså om ett livsloppsperspektiv. Både om hur den psykiska ohälsan har uppmärksammats över tid genom de äldre generationernas liv, samtidigt är äldre präglade av den generation de tillhör och vad som var socialt accepterat att prata öppet om under den tiden.

Vidare upplever nästan alla respondenterna att psykisk ohälsa hos äldre hamnar i skymundan av problematiken med psykisk ohälsa hos yngre i samhället. Merparten av biståndshandläggarna uppger att de upplever att äldre bortprioriteras och att det till största delen är psykisk ohälsa hos yngre som får plats massmedialt. Maria säger exempelvis ”att man kanske pratar om det lite för lite. Att det är något som inte prioriteras så mycket heller av samhället i stort. Utan man kanske fokuserar mer på de här yngre som mår psykiskt dåligt”. Några av respondenterna uppmärksammar även den skillnad som finns mellan yngre och äldre gällande sättet att begå suicid samt huruvida det tas på allvar.

Det var en dam som var inlagd och hon mådde jättedåligt men de bedömde att hon inte hade någon suicidrisk. Men jag menar att psykisk ohälsa kan ju vara så mycket mer än att bara vilja ta livet av sig här och nu. Äldre kanske gör det på ett helt annat sätt än vad psyk bedömer. De kanske svälter sig själva och äter inte ordentligt på flera år och då dör de av det. Men det ser man liksom inte som någon självmordsbenägenhet som hos yngre så. Ja men utmaningarna är att folk ska ta det på allvar... (Sam).

Flera av respondenterna framför liknande resonemang som Sam med att äldre som mår dåligt ofta slutar att äta mer eller mindre, vilket i längden blir självdestruktivt. ”Jag har faktiskt känt att om en person är ungefär 80 år gammal och har tagit tabletter för att ta livet av sig. Troligen behandlas inte den, utifrån min uppfattning, på samma sätt som ja säg en 30-åring” beskriver Valentina. Vidare berättar Hanna: ”Det är ju en pensionär om dagen som tar livet av sig, jämfört med en ungdom, det är en i veckan ungefär. Men det är ju ett jättestort medialt intresse och folk tycker det är fruktansvärt att ungdomar tar livet av sig, och det är det ju också såklart.”

Många av respondenterna identifierar det som en utmaning att få de äldre att vilja prata om sitt psykiska mående. Det är sällan som äldre vill erkänna att de inte mår bra psykiskt och därmed blir det problematiskt att få dem att vilja ta emot hjälp, Maria belyser det i nedanstående citat.

Oftast har de ju lite svårt att ta kontakt och söka hjälp så för i den åldern tycker man ju att det är lite skämmigt att söka hjälp. I vår generation är det ju mer okej, det känns så i alla fall tycker jag. Det känns som att det är många i min ålder som söker hjälp om man mår dåligt men i den generationen ska man klara sig själv (Maria).

Många av biståndshandläggarna lyfter därför utmaningen att våga fråga äldre hur de verkligen mår. ”Det är lite hysch-hysch att fråga, speciellt om man har någon psykisk sjukdom så är det ju fortfarande lite skamligt och tabu, tyvärr...”, säger Anette. Liksom Jessica som uppmanar till ”att våga ställa de där frågorna. Det kan inte vara tabu, även om 20- och 30-talisterna tycker det så måste vi visa på något annat. Att ’vi ser hela dig, det här är hela du’”.

Under tema 2 framkommer de utmaningar som biståndshandläggarna ser gällande bedömningen av äldre med psykisk ohälsa. Det finns en uppfattning hos biståndshandläggarna att psykisk ohälsa hos äldre generellt sett inte tas på lika stort allvar som hos yngre. De ser också att det skiljer sig, mellan de äldre generationerna, huruvida det är accepterat att tala om sitt psykiska mående. En del äldre har således svårt att erkänna att de inte mår psykiskt väl och därmed inte vill ta emot någon

hjälp. Vidare beskriver biståndshandläggarna hur de upplever att det finns många olika begränsningar i deras möjligheter att kunna hjälpa äldre med psykisk ohälsa som har sin utgångspunkt i samhällssynen, vilken i sin tur påverkar socialtjänstens organisation.

7.3 Tema 3: Begränsningar i organisation och samverkan

Det tredje temat belyser de organisatoriska och byråkratiska begränsningar som biståndshandläggarna identifierar i arbetet med psykisk ohälsa hos äldre.

Biståndshandläggarna fick frågan om de anser att de har tillräckligt mycket stöd i lagar och riktlinjer för att kunna göra en bedömning och fatta beslut i relation till psykisk ohälsa. Svaren på frågan blev varierande, vissa respondenter tycker som Fatima: ”Det är klart att man måste ta hänsyn till olika saker och det är ju det som är så bra med att vi har en ramlag, att man ändå har den fördelen att det ändå är skäligen levnadsnivå som vi ändå ska rätta oss till.” Andra respondenter ställer sig mer kritiska till den rättsliga vägledningen, Valentina är en av dem: ”Det är alltid tänkandet, och så måste vi göra rätt och vad är rätt? En skäligen levnadsnivå kan man diskutera om ’vad är det för dig och vad är det för mig?’” Vidare lyfter Valentina behovet av mer tvingande lagstiftning för att kunna ha mer rättsliga medel att hjälpa.

Det här med att vi har ju ingen tvångslagstiftning. Att personen inte kan vara ensam men har inte insikt i det. Ibland kan de ha insikt i sin situation och sin sjukdom och då kan de ju må väldigt psykiskt dåligt. Men där är vi väldigt begränsade, vi kan inte göra någonting. Personen kan åka hem och ramla flera gånger bara för att man har sagt att man vill hem. Vi ser att personen kan skada sig och vi kan inte göra någonting åt det. Det är den delen som är väldigt svår för oss genom våra riktlinjer och lagar att kunna hjälpa (Valentina).

I citatet ovan beskriver alltså Valentina att handlingsutrymmet fortfarande kan vara litet trots att behoven är identifierade. Vidare ställdes frågan om biståndshandläggarna anser att det finns tillräckligt med tid för att kunna arbeta med den psykiska ohälsan hos äldre. Respondenternas svar avvek från varandra även i detta sammanhang, några upplever att tiden finns, medan andra menar att tiden är begränsad. Några respondenter menar att tidsbristen avhjälpas genom att prioritera vad som är akut och vad som går att ta över telefon. Det finns även respondenter som Lina, som svarar något mittemellan.

Både ja och nej. Vårt arbete är ju väldigt, det går ju upp och ner med hur mycket tid man har eller så där. I perioder när det är lite lugnare kanske man har den där tiden att kunna engagera sig lite mer i varje ärende och ibland har man inte

tid till det. Men det är ju samma för alla andra med, att vi har ont om tid allihop
(Lina).

Det som Lina beskriver är att tidfördelningen mellan ärendena är olika på grund av ojämna arbetsbelastning, vilket kan ses som problematiskt ur ett rättsligt perspektiv. Äldre kan alltså få hjälp i mer eller mindre utsträckning, beroende på hur tung arbetsbördan är för biståndshandläggaren just den dagen. När respondenterna fick resonera kring insatserna framkom det även att det saknas insatser och att det finns ett behov av att utveckla insatserna. Fatima framför: ”Vi har ibland inte insatser som täcker deras behov. Inom äldreomsorgen har man tyvärr inte något att erbjuda, alltså vi får ju sitta och skriva specialuppdrag lite ibland till hemtjänsten att det är viktigt att man gör såhär och såhär.” Flera av respondenterna anser att de nuvarande insatserna är för få och att de inte fungerar helt i praktiken. Bodil beskriver att det önskvärda hade varit att ha insatser som är lite mer ”normala”. Dagens insatser kan upplevas vara konstlade, som inte ger verklig gemenskap. Flertalet av respondenterna ser att det är den psykiska ohälsan som är svår att tillgodose i hemmet. De flesta fysiska behoven kan hemtjänsten hjälpa till med, så länge bostaden tillåter. Det är de personer som larmar ideligen på grund av oro och ångest som är svåra att hjälpa i hemmet. Hanna beskriver en känsla som flera av de andra intervjuade biståndshandläggarna bekräftar.

Jag känner en frustration... och en oro... för de äldre. Funkar verkligen de här insatserna och att kommunen inte har tillräckligt att erbjuda egentligen, vi har inte rätt sorts hjälp. Vi är inte rustade för den mängden som kommer att komma, det kommer att komma ännu mer. Man måste tänka om på något sätt
(Hanna).

Detta illustrerar hur biståndshandläggarna hamnar i en återvändsgränd där de identifierar ett behov, men det finns inte den sortens insatser som skulle behövas för att tillgodose identifierade behov. I sin tur påverkar det biståndshandläggarnas självuppfattning om vad de kan göra i sin yrkesroll för att hjälpa de äldre. Frustration och uppgivenhet kring yrkesrollen skulle i förlängningen kunna påverka både arbetsmiljön och kvalitén på arbetet som utförs.

Samtliga respondenter fick möjligheten att ge förslag på en ny insats eller ändra på något för att skapa bättre förutsättningar för att hjälpa äldre med psykisk ohälsa. Svaren genererade en mängd olika förslag, både Jessica och Lina föreslog en kurator avsedd för äldre.

Jag går med tanken liksom att likaväl som när vi är på ett hembesök att ”här finns ett behov av rullator eller här finns behov av toalettförhöjning” då ringer

vi en arbetsterapeut i hemsjukvården. När vi ser att ”här finns det behov av apo-dos för dosett fungerar inte längre”, då hör vi av oss till en sjuksköterska i hemsjukvården och de får göra ett hembesök. Likaväl önskar jag att man inom hemsjukvården kunde ha en kurator (Jessica).

Särskilt boende diskuteras med alla respondenter, flertalet av respondenterna uppger att de inte tror att dagens äldreboende är den optimala lösningen för äldre med psykisk ohälsa som fysiskt är förhållandevis pigga. Några av respondenterna ser även samma bekymmer med äldre med missbruksproblematik, då det inte finns något särskilt boende anpassat för den problematiken heller.

Om personen kommer för tidigt till äldreboende, så kan det ju innebära att den här personen blir ännu sämre när den ser alla som är så skröpliga och dåliga. Därför är det viktigt att man informerar om det om det lutar åt ett beviljande. Det är en fara i om de kommer in på äldreboende för tidigt (Kim).

Flertalet av respondenterna ser ett stort behov av trygghetsboenden, då de ser att det skulle kunna vara ett bra ”mellanting”, som både Eva, Hanna och Maria uppger. Eva beskriver vikten av att ha tillgång till ”en samlingslokal, det finns en trygghet, det finns någon som är där dygnet runt, det finns en gemenskap och att man faktiskt kan äta tillsammans”.

Vidare föreslår respondenterna insatser och förändringar i form av fler mobila team inom psykiatri och en taxiverksamhet som är avsedd för de sociala träffpunkterna som kan hämta och lämna de äldre vid sina hem. Vidare efterfrågar flera respondenter utbildning inom psykisk ohälsa. Eva lyfter ett exempel som visar hur viktig utbildning är.

Jag var på ett hembesök och där hon då sa ”nu har jag radat upp tablettorna igen” och när hon sa det till mig, då visste jag att hon ger mig en signal, jag konfronterar det. Jag sa ’men tänker du ta tablettorna, ska jag ringa...’ Jag började en dialog på en gång för jag visste att det var så jag skulle göra efter utbildningen (Eva).

Några respondenter jämför hur det är att arbeta i en stor kommun, jämfört med en mindre kommun, att det finns vissa skillnader. Hanna menar att det kan vara lättare att ha vissa insatser och tjänster i en större kommun för det finns mer resurser och efterfrågan än i en mindre kommun. Anette ger ett annat perspektiv på de mindre kommunerna.

Sen är det ju så i den här stora kommunen i alla fall att det är lite svårt att leta reda på vem som har hand om det och det är olika förvaltningar. Då blir det lite 'vi tar inte hand om det och vi tar inte hand om dem'. Det är lättare i en mindre kommun för då blir det en annan personkännedom och jag vet hur de jobbar, vi kommer närmare varandra (Anette).

Med andra ord lyfts såväl nackdelar som fördelar med att arbeta i en stor respektive liten kommun, men det gäller också samverkan inom kommunen. Många av biståndshandläggarna upplever att det finns viss problematik i samverkan med andra professioner i arbetet med psykisk ohälsa bland äldre. Dock uppger flera av respondenterna att de kan se en tendens till bättre samverkan sedan den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård trädde i kraft. Samtliga biståndshandläggare från en och samma kommun uppger dock att de inte ser några direkta utmaningar i samverkan. De respondenter som anser att det finns brister i samverkan är överens om att ett övergripande problem är att ingen riktigt vill ta på sig ansvaret för att hjälpa äldre som lider av psykisk ohälsa.

Utmaningarna är väl att båda aktörerna tycker att det är den andras ansvar. Båda aktörerna drar ner på sina grejer. Ingen har resurserna... och vill lägga över det på varandra. Det kommer nog bara bli värre... för pengarna kommer inte magiskt finnas där och det blir bara fler och fler äldre som mår dåligt och är ensamma. [...] Man vill inte riktigt se det för det är så enormt stort, lyfter du på locket där så vet du nog inte hur du ska hantera det riktigt. Då är det bättre att bara ignorera det lite... Kommunen har ju alltid yttersta ansvaret, de vet att vi måste på något sätt ta hand om det (Hanna).

Hanna belyser ansvarsfrågan i ovanstående citat. Lina beskriver också detta problem på följande sätt: "Någon gång har vi liksom hänvisat till vårdcentralen och kuratorskontakt där och när de har varit i samtal där så har det blivit hänvisade tillbaka till oss biståndshandläggare. Så det har väl inte funkat riktigt då." Några av biståndshandläggarna menar att konsekvensen av att ingen av professionerna riktigt vill ta ansvar, blir att de äldre som mår dåligt psykiskt "faller mellan stolarna". Två av respondenterna identifierar också ett problem med att det inte alltid finns samtycke, från den enskilde, till att prata med andra professioner. Därför blir det svårare att samverka om det inte finns en möjlighet till öppen kommunikering. Vidare säger Lina "det kan vara att man känner sig begränsad liksom av andras resurser också", vilket är en ytterligare en utmaning i samverkan som några andra respondenter också tar upp. Flertalet av biståndshandläggarna pratar dessutom om att det finns brister i förståelsen för varandras yrkesroller samt i synen på hur problemet ska lösas.

Fatima beskriver exempelvis ”det är inte dans på rosor här varje dag, man har ju olika syn på det. De (sjukvården) har ju mycket medicinska åsikter och tankar och vi tänker ju utifrån ett helt annat perspektiv så där krockar ju perspektiven många gånger också”. Maria lyfter en aspekt som hon tycker är viktig för att samverkan ska fungera bättre: ”Ja, men det är väl att man ska bli bättre på att ta till vara på varandras kunskaper egentligen...”.

Det har framkommit att det saknas såväl insatser att bevilja som tjänster att erbjuda både från socialtjänsten och hälsa- och sjukvårdens sida. Flertalet av respondenterna upplever att det finns begränsningar i riktlinjer och lagar, bristande resurser och otillräckligt med tidsutrymme. Vidare framkommer det att den utbildning som har getts inom området har varit till stor nytta för biståndshandläggarna, men att det fortfarande finns en påtaglig kunskapslucka inom området. En annan utmaning som handläggarna identifierar är att samverkan med andra professioner och kollegor ska fungera. Det handlar om kommunalanställda, anställda inom landstinget och diverse andra aktörer som biståndshandläggarna möter i det dagliga arbetet.

8. Diskussion

Följande avsnitt innehåller en diskussion av det empiriska resultatet med utgångspunkt i den tematiska analysen i relation till valda teoretiska perspektiv och tidigare forskning. Vidare följer implikationer för socialt arbete som motiverar studiens relevans inom området. Slutligen avslutas avsnittet med förslag på vidare utveckling av studien och framtida forskning.

8.1 Psykisk ohälsa som komplext fenomen

Av empirin framkommer det att psykisk ohälsa rymmer en bred definition, det finns ingen självklar förklaring till uppkomst och hur den visar sig. Då ålderdom adderas till definitionen kan det hela kompliceras ännu mer. Precis som Socialstyrelsen (2018) anger kan det innebära att förekomsten av fysiska sjukdomar och ett begränsat socialt nätverk blir allt vanligare. Vidare framkommer det av empirin att demenssjukdom kan vara en faktor som gör problematiken mer komplex, vilket även framgår av Socialstyrelsen (2018). Flera respondenter lyfter att psykisk ohälsa kan ha samband med den fysiska hälsan, det konstaterar även Ormel et al. (2002). Precis som flertalet av respondenterna uppger är det också enligt Socialstyrelsen (2018) viktigt att se hela människan och dess livssituation för att kunna urskilja vilka faktorer som utgör problematiken. Utifrån resultatet är det därför, utöver helhetssynen, viktigt att förstå betydelsen av motivation, anhöriga och demens för att kunna hjälpa äldre med psykisk ohälsa. Helhetssynen är också nödvändigt enligt Börjesson-Hansson et al. (2001) för att kunna göra en rättvis bedömning. Det finns enligt Waern et al. (2002) en stor risk i att inte kunna konstatera psykisk ohälsa tidigt eftersom det kan leda till att äldre begår självmord som en reaktion på första nedgången i en depression.

Som tidigare nämnts, ställs det stora krav på biståndshandläggarna för att allt ska fungera (Blomberg & Dunér, 2015). Det framgår av empirin att biståndshandläggarna bland annat förväntas kunna tillgodose både den aktuella personens behov och de anhörigas. Det kan vara en svår motsättning att lösa som många gånger övergår till ett etiskt dilemma. Samtidigt ska biståndshandläggarna kunna motivera och urskilja vad som är uttryck av en demenssjukdom och vad som har grund i psykisk ohälsa. Flertalet av respondenterna beskriver det som att det kan vara små signaler som avslöjar psykisk ohälsa, eller att de ser den genom sin erfarenhet. Utifrån Blom och Moréns (2015) domänteori är detta något som sker i professionens domän. Biståndshandläggarna som utgör professionen förväntas besitta kompetensen att kunna möta klienternas behov, vilket också är deras uppdrag. Med empirin som grund går det se att det inte är en självklarhet att biståndshandläggarna vet hur de ska gå till väga för att hjälpa äldre med psykisk ohälsa, då det utifrån domänteorin innebär att de inte kan uppfylla varken sin uppgift eller sitt

arbetsätt. Analysen visar att det kan relateras till den maktlöshet och frustration som biståndshandläggarna känner över att inte kunna hjälpa personer med psykisk ohälsa.

Med Blom och Moréns (2015) domänteori som utgångspunkt går det förstå svårigheten med att definiera psykisk ohälsa utifrån att det beror på de institutionella villkorens domän. Eftersom det enligt Socialstyrelsen (2017a) rent generellt är svårt att definiera psykisk ohälsa, inte bara i relation till äldre personer, blir det en yttre påverkan på de övriga domänerna som styr den offentliga sektorn, se *figur 2*. Samtidigt rör sig problematiken kring psykisk ohälsa enligt resultatet på flera olika nivåer. Det har skett en inverkan på politiken, genom att det idag har blivit ett mer aktuellt ämne att diskutera, men precis som flera av respondenterna anger hamnar de äldre fortfarande i skymundan av de yngre. Det påverkar både prioriteringen av resurserna och det faktiska samtalsutrymmet i politiken kring ämnet som på många sätt i den här studien övergår till tema 2. Vidare påverkas förvaltningen enligt domänteorin av politiken, vilket innebär att det finns en logisk förklaring till att respondenterna anser att de ligger efter i utvecklingen och problematiken fortfarande är svårt att komma underfund med (Blom & Morén, 2015). Det som är svårt att prata om, blir således även svårt att definiera och förstå. Om inte politiken har utvecklats till att följa med i utvecklingen får inte heller förvaltningen rätt förutsättningar för att kunna göra det. Professionen påverkas av förvaltningen och politiken, samtidigt som professionen själv kan påverka både politiken och förvaltningen. Med resultatet som grund går det se att det förmodligen har skett en växelverkan, det har kommit både influenser från politiken och förvaltningen, som har påverkat professionen. Samtidigt har professionen själv gett signaler för att det måste ske en förändring och psykisk ohälsa bland äldre måste uppmärksammas.

8.2 Samhällssyn och värderingar

Utmaningarna som biståndshandläggarna urskiljer under tema 2 präglas av både stigma och tabu från samhällets sida men också i äldres syn på sig själva. Empirin pekar också på att äldre som mår dåligt psykiskt inte uppmärksammas eller behandlas på samma sätt som yngre. Som Rolfner Suvanto (2018) beskriver finns det en föreställning om att äldre har "gjort sitt". Detta kan kopplas till ålderismen och de stereotypa tankar och diskriminerande handlingar som kan komma ur denna föreställning (Jönson & Harnett, 2015). En av respondenterna, vars ålder nästan är 65 år, belyser själv att hon inte ser sig själv som äldre. Det går därför inte anta att alla som har fyllt 65 år betraktar sig själva som äldre samt att de har ett stort behov av hjälp. Som tidigare nämnt har ålderismen sin utgångspunkt i samhällets värderingar, vilket kan relateras till de institutionella villkorens domän. I sin tur går det att se att de institutionella villkorens domän har en inverkan på att det exempelvis har uppstått en åldersgräns på 65 år i lagstiftningen. Det påverkar huruvida äldres levnadsvillkor

ska beaktas. Resultatet visar att majoriteten av biståndshandläggarna ställer sig kritiska till detta, även om en respondent ändå tar upp att det någonstans måste finnas en skiljegräns. Framöver förväntas pensionsåldern att höjas, vilket kan tänkas påverka hur äldre betraktas (Socialdepartementet, 2017). Det är möjligt att dagens åldersgräns på 65 år kommer att luckras upp och den generella synen på vem som betraktas som äldre blir mer flytande.

På grund av de negativa attityder som finns gentemot äldre och deras möjlighet att komma ur psykisk ohälsa erbjuds sällan äldre med psykisk ohälsa samtalsterapeutiska behandlingar (Goudie, 1998). Detta framkommer även i empirin, att äldre sällan blir erbjudna någon samtalskontakt. En anledning till att äldre inte blir erbjudna samtalsterapeutiska behandlingar skulle kunna grunda sig i den teorin inom ålderism som Andersson (2013) skriver om gällande att vårdens mål ofta blir att lindra istället för att bota äldre. Vidare kan ålderism komma till uttryck även på mikronivå, det vill säga att det finns stereotypa tankar och kan ske diskriminerande handlingar i det mänskliga mötet. I resultatet framkommer det, utifrån respondenternas uppfattning, att äldre kan tycka att det är ”skämmigt” att må dåligt psykiskt och att det finns en föreställning om att de ska klara sig själva. Det skulle kunna ses som en anledning till att äldre inte söker hjälp i tid, som flertalet av respondenterna belyser. Det går även att ställa sig frågan vilken roll dagens väntetider i sjukvården, spelar. Det är möjligt att det finns de äldre som faktiskt söker hjälp, men som får vänta en längre tid för att deras tillstånd inte anses vara tillräckligt allvarligt.

En intressant uppfattning som presenteras i resultatet är också att det ändå verkar finnas en skillnad mellan de äldre generationerna om synen på psykisk ohälsa. Om det är på det viset att 40-talisterna i större utsträckning accepterar psykisk ohälsa och tar emot den hjälpen som erbjuds än 20- och 30-talisterna, kanske det finns tendenser till att samhällssynen börjar att förändras. Däremot menar Socialstyrelsen (2018) att äldre självskattning om psykisk ohälsa generellt är lägre än bland yngre generationer. En konsekvens av detta kan vara det som Gottfries och Karlsson (2001) skriver om, att äldre anser att diverse besvär är en naturlig del av åldrandet och därför riskerar de att normaliseras istället för att ses som något som skulle kunna behandlas. Detta kan som ovan nämnt leda till att äldre får vänta längre på att få hjälp då de inte tas på allvar och kan få hjälp direkt. Däremot har Socialstyrelsen (2018) slagit fast att äldre i mindre utsträckning får specialistsjukvård och psykoterapeutiska interventioner, istället förskrivs äldre läkemedel från primärvården. Detta tas även upp av respondenterna i resultatet. Detta kan tänkas vara en anledning till att äldre också tänker att de ska klara sig själva eftersom de ändå med stor sannolikhet bara kommer att erbjudas hjälp i form av läkemedel.

Det går att ställa sig frågande till varför medicinering oftast blir lösningen på att behandla psykisk ohälsa hos äldre, när Socialstyrelsen (2018) har konstaterat att äldre i större utsträckning drabbas av psykisk ohälsa och begår suicid än yngre. Vidare uppmärksammar en respondent de ”tysta” självmorden som begås av äldre, det vill säga att de exempelvis slutar att äta. Jönsson och Harnett (2015) tar också upp ”tyst” självmord bland äldre och menar att det är en handling som av samhället kan ses som ett rationellt sätt för äldre att avsluta sitt liv. Med andra ord ses det alltså inte som ett självmord utan snarare som ett befogat sätt att avsluta ett långt liv. Om en yngre person hade agerat på samma sätt hade det med stor sannolikhet åstadkommit en annan reaktion. Kanske är det på grund av det som Andersson (2013) skriver om att det finns en uppfattning om att yngre borde prioriteras i vårdsammanhang, eftersom de ändå anses ha en framtid. Som tidigare nämnt har det uppmärksammats i en studie i USA av Uncapher och Arean (2000), att läkare tenderar att vara mindre benägna att vilja hjälpa äldre med suicidala tankar än yngre. Det finns ingen liknande forskning i Sverige, därför går det inte anta att den svenska vårdpersonalen har samma synsätt. Det kan ändå vara värt att uppmärksamma denna aspekt i förhållande till ålderismen och dess syn på äldre och yngre.

Det exemplifieras tydligt i empirin att biståndshandläggarna upplever att yngre med psykisk ohälsa uppmärksammas och tas på större allvar än äldre, vilket också stöds utav Goudie (1998). Eftersom psykisk ohälsa förekommer mer hos äldre än personer mellan 18–64 år (Socialstyrelsen, 2018), kan då frågan ställas varför det inte anses lika viktigt att uppmärksamma? En förklaring kan ges ifrån det teoretiska perspektivet ålderismens tankar om att äldre vill undvikas för att de påminner om svaghet och dödsångest (Jönsson & Harnett, 2015). Vidare går det utifrån domänteorin se att om politiker fokuserar mer på yngre, påverkas förvaltning och profession vilket leder till olika former av begränsningar. Ålderismen går att identifiera på samtliga nivåer inom Blom och Moréns (2015) domänteori. På den politiska nivån går det se att värderingar i samhället har påverkat politikerna som har stiftat lagarna. Inom förvaltningens domän kan ålderism identifieras i relation till det begränsade utbudet av insatser och det faktum att äldre inte erbjuds samtalskontakt i samma utsträckning som yngre. Vidare präglas även professionens domän av ålderism då det saknas tillräckligt med kunskap och erfarenhet inom området, till följd av att äldres psykiska mående inte prioriteras i samma grad som yngres.

8.3 Begränsningar i organisation och samverkan

När samtal fördes med respondenterna kring organisationen, de byråkratiska ramarna och samverkan framkom det många och varierande begränsningar. Det handlar om både begränsningar i rättslig vägledning, tid, resurser, kunskap och samverkan, men också kring de insatser som

erbjuds. Respondenterna ger flera förslag på vad de skulle vilja förändra och utveckla för att skapa bättre förutsättningar för att hjälpa äldre med psykisk ohälsa. Förslagen i sig visar även indirekt på vilka begränsningar som finns och vad som saknas både i organisationen, men också avseende förutsättningar utifrån.

Med domänteorin som utgångspunkt går det att utifrån avsaknaden av insatser och tjänster som fungerar väl i praktiken konstatera att både politiken och förvaltning är inkomplett. Detta påverkar professionens förutsättningar att kunna arbeta med problematiken psykisk ohälsa. Professionen saknar verktygen att ta till, det kan till exempel vara den där kuratorn som efterfrågas i hemsjukvården eller den där extra sociala tiden som man skulle vilja kunna bevilja. Det handlar även om verktyg i form av kunskap kring ämnet och vilka andra professioner och tjänster som kan kopplas in. Blomberg och Dunér (2015) menar att stora krav ställs på biståndshandläggare, vilket också går att se i empirin. Biståndshandläggarna ska både följa organisationens riktlinjer, tidsramen och samtidigt försöka hjälpa äldre som har en komplex problematik. Det är inte underligt att biståndshandläggarna upplever en maktlöshet och frustration som även nämns i tema 1. Det går därmed att se en koppling mellan tema 1 som beskriver komplexiteten i psykisk ohälsa, med de organisatoriska begränsningarna. Maktlösheten och frustrationen kan ha sin grund i båda delarna.

Samtidigt som respondenterna ser ett behov av att utveckla äldreomsorgen och dess insatser, har organisationen enligt Thorslund (2013) utsatts för besparingar, trots en ökande andel äldre. Det är en paradox som är ett exempel på när professionens domän och de institutionella villkorens domän ser ett behov av något, men politiken och förvaltningens domän gör något annat. Trots att domänerna påverkar varandra, innebär det inte alltid att influensen har nått hela vägen runt i domänerna. Ibland blir en eller flera av domänerna en bromskloss som hämmar utvecklingen och bemötandet av utmaningarna. Det handlar alltså om ökade behov, samtidigt som resurserna för att avhjälpa behoven minskar.

Kring lagstiftning och riktlinjer lyfter flera respondenter att det finns ett tolkningsutrymme som enligt vissa av respondenterna är en fördel, medan andra ser det som mindre positivt då det blir svårt att veta hur man ska gå till väga i komplexa situationer. Thorslund (2013) har som tidigare nämnt konstaterat att det kan vara en utmaning för biståndshandläggare att avgöra vad som går inom ramen för socialtjänstlagen och ”skälig levnadsnivå”. Några av respondenterna uttrycker även ett behov av en lagstiftning som ger mer befogenheter i de fall där personen i fråga saknar insikt i sin egen förmåga och situation. Med utgångspunkt i domänteorin går det att se hur brister etableras inom samtliga domäner när professionen upplever att det kan finnas brister i den rättsliga vägledningen. Detta berör professionen själv då de inte vet hur de ska fullfölja sin uppgift,

samtidigt som förvaltningens domän också har svårigheter att applicera lagstiftningen utifrån rådande omständigheter. Politikens domän kan utifrån de institutionella villkorens domän ses som att den inte hänger med i samhällsutvecklingen, vilket i sig kan påverka hur samhället kommer att förlita sig på politik, förvaltning och profession.

Vidare går respondenternas åsikter isär något kring huruvida de anser att de har tillräckligt mycket tid för att kunna hjälpa äldre personer med psykisk ohälsa. Flera av biståndshandläggarna menar att tidsutrymmet varierar mycket från vecka till vecka, vilket indirekt kan påverka i vilken utsträckning äldre med psykisk ohälsa får hjälp. Det kan ses som ett stort bekymmer när en biståndshandläggare uttrycker att det finns ont om tid för det leder underförstått till att vissa prioriteringar behöver göras. Det skulle till exempel kunna vara att vissa ärenden tas över telefon, vilket säger emot den tidigare forskning som har presenterats kring hembesökens betydelse för att upptäcka och förebygga psykisk ohälsa (Vass et al., 2007). Även om biståndshandläggarna uppger att de endast tar ärenden över telefon som de känner sig trygga med, kan det alltid ha hänt något oförutsett som de inte upptäcker genom ett telefonsamtal.

Resultatet påvisar att det trots den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612), finns vissa brister i samverkan med andra professioner som utgör en begränsning i arbetet med psykisk ohälsa hos äldre. Det som anses vara mest problematiskt är ansvarsfrågan, vem ska ta ansvaret egentligen? Om psykisk ohälsa hos äldre är något som inte prioriteras av politiker och därmed inte något som fångas upp i förvaltning och profession blir det naturligtvis problematiskt att upprätta en ansvarsfördelning (Blom & Morén, 2015). Avsaknaden av en fungerande rutin kring ansvarsfördelningen verkar leda till att äldre ”faller mellan stolarna”, vilket framkommer både i resultatet och studien av Alvinus et al. (2016). Vidare beskriver Ekstedt & Ödegård (2015) att en avgörande faktor för att förhindra att individer hamnar mellan stolarna är att de olika professionerna måste förutse och anpassa sig till oväntade situationer och dilemman i det dagliga arbetet. Det kan tänkas vara viktigt att professionerna i detta läge blir bättre på att ta tillvara varandras kunskaper, som en respondent beskriver.

Resultatet visar att det finns en problematik i att de olika professionerna inte alltid är eniga om varandras roller och befogenheter. Det skapar en motsättning i kommunikation och samverkan. När det dessutom finns en lagstiftning om sekretess, som regleras i offentlighets- och sekretesslag (SFS 2009:400), som försvårar samverkan när informationsöverföringen blir begränsad. Detta belyser även några av respondenterna. Det kan också tänkas att det inte har gått tillräckligt lång tid för att lagen om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) ska ha gett önskvärd effekt, eller att det fortfarande finns svårigheter i hur den ska tolkas och tillämpas på

bästa sätt. På grund av att lagen är mindre än ett år gammal, och därmed relativt ny, finns det ingen tidigare forskning som kan styrka eller dementera lagens betydelse. Det går dock, utifrån studiens empiri, se en tendens till att samverkan har förbättrats sedan lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) trädde i kraft.

8.4 Implikationer för socialt arbete

Som tidigare nämnts i inledningen utgör den äldre generationen en femtedel av befolkningen i Sverige och den summan förväntas stiga (Statistiska centralbyrån, 2018). Det innebär att socialtjänsten även fortsättningsvis kommer att komma i kontakt med ett stort antal äldre med psykisk ohälsa. Studien kan bidra till att ge en ökad förståelse för psykisk ohälsa och varför det är svårt att komma underfund med problematiken. Flera andra studier presenterar endast en fördjupad del av problematiken som då utelämnar helheten. Denna studie ger ett större perspektiv som innefattar flera faktorer som spelar en viktig roll i problematiken. Vidare visar den här studien tydligt att psykisk ohälsa hos äldre är en stor utmaning för biståndshandläggare och därmed utgör en stor svårighet i socialt arbete med äldre.

Studien pekar på en betydande komplexitet som är värd att uppmärksamma då det råder bristfälliga resurser, samtidigt som behoven av hjälp är omfattande. Biståndshandläggarna hamnar därmed i en sits där de är begränsade i vad de kan göra utifrån sin yrkesroll, vilket vidare kan påverka arbetsmiljön. Vidare har studien genererat åtskilliga förslag på förbättringar från biståndshandläggarna, som kan tillämpas i syfte att bidra till att öka förutsättningarna för att kunna hjälpa äldre med psykisk ohälsa. Samtidigt pekar studien på betydelsen av att ansvarsfrågan behöver redas ut för att äldre med psykisk ohälsa inte ska falla mellan stolarna. En utvärdering av den nya lagstiftningen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) är nödvändig för att kunna konstatera om det har skett några förbättringar sedan lagen tillämpades. Studiens resultat går inte att generalisera till andra situationer på grund av dess metod och omfattning, men den kan ge ytterligare ett perspektiv som kan undersökas vidare i framtida forskning.

8.5 Framtida forskning

Vid litteratursökningen uppdagades att det finns relativt lite forskning kring valt ämne för denna studie. Stort fokus i befintlig litteratur ligger på sjukvårdens perspektiv och personalen som arbetar där. Med anledning av att det inom socialt arbete saknas någon betydande forskning om psykisk ohälsa hos äldre kan denna studie ses som en start för att utforska området vidare. Detta kan ske

både genom att utföra större undersökningar, men också pröva varierande inriktningar inom socialt arbete.

När äldre har flyttat in på särskilt boende är det vanligt att biståndshandläggarna överlåter ansvaret på enhetschefen, vilket innebär att biståndshandläggarna inte har någon vidare insikt i hur de äldre mår efter att de har flyttat från sitt ordinära boende. Flera av respondenterna belyste att särskilt boende kan anses vara "lösningen", men vad som faktiskt sker i verkligheten är svårt att säga. En fortsättning av studien för att skapa mer förståelse kring psykisk ohälsa och inkludera alla äldre, hade varit att undersöka hur det faktiskt går för de äldre som hamnar på särskilt boende. Om deras psykisk ohälsa kan botas, lindras eller om det går i en sämre riktning. Vidare vore det intressant att ta det ytterligare ett steg längre genom att undersöka de äldres perspektiv. Detta kan ske genom att undersöka hur de som lider av psykisk ohälsa själva upplever möjligheterna till att få stöd och hjälp från äldreomsorgen i allmänhet. Om det redan finns kommuner som har gjort någon sådan intern undersökning och därmed kommit längre i utvecklingen av arbetet med psykisk ohälsa hos äldre, vore det i sådana fall fördelaktigt om alla kommuner fick ta del av det. Det skulle kunna vara en början till fortsatt forskning samt utveckling av arbetet inom området psykisk ohälsa hos äldre.

Vidare belyser studien en möjlig fortsatt forskningsinriktning kring tvångslagstiftning för personer med demens. Det behöver dock nödvändigtvis inte endast röra äldre personer, då även yngre personer kan drabbas av demens. Det finns en stor utmaning i att arbeta med personer som inte har insikt i sin situation och sina förmågor.

9. Slutsatser

Syftet med studien är att bidra till ökad förståelse och kunskap kring psykisk ohälsa bland äldre. Studien visar att biståndshandläggarnas erfarenhet av att möta äldre med psykisk ohälsa, är att det oftast är problematiskt. Det finns inte några givna svar och tillvägagångssätt, när psykisk ohälsa i sig är svårt att definiera. Det leder till att utmaningarna i arbetet är många, såväl i den egna yrkesrollen men också i relation till organisationen, andra professioner och såklart de äldre. Utmaningarna som har identifierats och kategoriserats är *psykisk ohälsa som komplext fenomen, samhällssyn och värderingar* och *begränsningar i organisation och samverkan*.

Samtidigt som respondenterna uttrycker en stor variation av utmaningar, identifieras många återkommande utmaningar oavsett kommun och dess förutsättningar. Det är tydligt att det råder flera utmaningar som är nödvändiga att åtgärda för att skapa en fungerande tillvaro för biståndshandläggarna i deras arbete med psykisk ohälsa bland äldre. Det finns utmaningar med att definiera psykisk ohälsa och hantera fenomenet med alla faktorer som påverkar. Samhällssyn och värderingar konstruerar utmaningar som påverkar lagstiftningen som organisationen och professionen arbetar efter. Det formas även attityder gentemot och bland de äldre som i sig genererar utmaningar för biståndshandläggarna. Vidare finns det begränsningar i organisationen och i samverkan. Det kan röra sig om begränsningar i både rättslig vägledning, tid, insatser, resurser och kunskap, men också i samarbetet mellan professioner. Studien har i enlighet med syftet bidragit till att skapa en förståelse för att det rör sig om en problematik som verkar på och mellan flera olika nivåer, vilket således kräver lösningar på samtliga nivåer. Utifrån domänteorin är de olika nivåerna politik, förvaltning och profession, samt de institutionella villkorens domän som kan ges i uttryck i form av ålderism. De olika nivåerna påverkar ständigt varandra i en växelverkan, vilket är viktigt att ha i åtanke. Det fungerar inte att endast åstadkomma en åtgärd och förvänta sig att problematiken är löst.

Sammanfattningsvis går det konstatera att studien har genererat ett flerdimensionellt resultat. Utmaningarna som har presenterats uppstår till följd av den psykiska ohälsans komplexitet, det omgivande samhällets attityder samt begränsningarna i organisationen och samverkan. ”Det är en enormt stor utmaning” som en av respondenterna uttrycker och det kommer krävas mer än en enda lösning för att kunna hantera den komplexa problematiken.

10. Referenslista

- Alvinus, A., Larsson, B. W., & Larsson, G. (2016). Managing boundaries in integrated care: A qualitative study of collaboration between municipalities and county councils in Sweden. *International Journal of Organization Theory and Behaviour*, 19(2), 139-165. doi:10.1108/IJOTB-19-02-2016-B001
- Andersson, L. (2013). Ålderism. i L. Andersson (Red.), *Socialgerontologi* (s. 329-362). Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Bazeley, P. (2013). *Qualitative Data Analysis: Practical Strategies*. London, Storbritannien: Sage.
- Bergdahl, E., Allard, P., & Gustafson, Y. (2011). Depression among the very old with dementia. *International Psychogeriatrics*, 23(5), 756-763. doi:10.1017/S1041610210002255
- Berkman, B. J., Gardner, D. S., Zodikoff, B. D., & Harootyan, L. K. (2005). Social Work in Health Care With Older Adults: Future Challenges. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(3), 329-337. doi:10.1606/1044-3894.3430
- Blom, B., & Morén, S. (2015). *Teori för socialt arbete*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Blomberg, S., & Dunér, A. (2015). Biståndshandläggarens yrkesroll och handlingsutrymme inom äldreomsorgen. i S. Johansson, P. Dellgran, & S. Höjer (Red.), *Människobehandlande organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* (s. 194-210). Stockholm, Sverige: Natur & Kultur.
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö, Sverige: Liber.
- Börjesson-Hanson, A., Waern, M., Östling, S., Gustafson, D., & Skoog, I. (2011). One-Month Prevalence of Mental Disorders in a Population Sample of 95-Year Olds. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 19(3), 284-291.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156.
- Ekstedt, M., & Ödegård, S. (2015). Exploring gaps in cancer care using a systems safety perspective. *Cognition, Technology & Work*, 17(1), 5-13. doi:10.1007/s10111-014-0311-1
- Giddens, A., & Sutton, P. (2014). *Sociologi*. Lund, Sverige: Studentlitteratur
- Gottfries, C., & Karlsson, I. (2001). Depression och ångest hos äldre fortfarande underdiagnostiserade. SSRI-preparat i förening med psykoterapi effektiv behandling. *Läkartidningen*, 98(1), 821-828.
- Goudie, F. (1998). Psychosocial approaches to working with depressed older people. *Journal of Social Work Practice*, 12(2), 189-198.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. i N. Denzin, & Y. Lincoln (Red.), *Handbook of Qualitative research* (s. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jönson, H., & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm, Sverige: Natur & Kultur.

- Kouzes, J. M., & Mico, P. R. (1979). Domain Theory: An introduction to Organizational Behaviour in Human Service Organizations. *The Journal of Applied Behavioural Science*, 15(4), 449-469.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi - att låta en värld öppna sig*. Stockholm, Sverige: Liber.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Morén, S., Perlinski, M., & Blom, B. (2015). En domänteori för organisering av socialt arbete i offentlig sektor. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2015(1), 22-43.
- Ormel, J., Rijdsdijk, F. V., Sullivan, M., Van Sonderen, E., & Gertrudis, I. J. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *The Journals of Gerontology*, 57(4), 338-347. doi:10.1093/geronb/57.4.P338
- Socialdepartementet. (2017). *Pensionsgruppens överenskommelse om långsiktigt höjda och trygga pensioner*. Hämtad från <https://www.regeringen.se/4af042/contentassets/cf23cff3664b49da8b3c34b8a85ec83a/pensionsgruppens-overenskommelse-om-langsiktigt-hojda-och-trygga-pensioner.pdf>
- Rolfner Suvanto, S. (2018). *Psyisk ohälsa hos äldre*. Stockholm, Sverige: Gothia Fortbildning.
- Seiger Cronfalk, B., Fjell, A., Carstens, N., Kvinge Rosseland, L. M., Rongve, A., Rønnevik, D.-H., & Boström, A.-M. (2017). Health team for the elderly: a feasibility study for preventive home visits. *Primary Health Care Research & Development*, 18(3), 242-252. doi:10.1017/S1463423617000019
- SFS 1993:387. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400
- SFS 2017:612. *Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612
- Socialstyrelsen. (2013). *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa - Slutrapport*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19080/2013-6-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017a). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2017*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20470/2017-3-1.pdf>

- Socialstyrelsen. (2017b). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20469/2017-2-2.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre – Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21073/2018-9-12.pdf>
- Statistiska centralbyrån. (2018). *Befolkningsprognos för Sverige*. Hämtad 23 januari 2019, från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsprognos-for-sverige/>
- Storm, M., Siemsen, I. M., Laugaland, K., Dyrstad, D. N., & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International journal of integrated care*, 14(2), 1-15.
- Sveriges kommuner och landsting. (2018). *Alla landsting blir regioner*. Hämtad 18 januari 2019, från <https://skl.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/allalandstingblirregioner.26062.html>
- Thorslund, M. (2013). Älderomsorgens dramatiska utveckling - dilemman och målkonflikter. I U. Pettersson (Red.), *Etik och socialtjänst: om förutsättningarna för det sociala arbetets etik* (s. 91-113). Malmö, Sverige: Gleerups.
- Uncapher, H., & Arean, P. (2000). Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(3), 188-192.
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., & Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark. Why, how, by whom, and when? *Zeitschrift für gerontologie und Geriatrie*, 40(4), 209-216. doi:10.1007/s00391-007-0470-2
- Waern, M., Runeson, B., Allebeck, P., Beskow, J., Rubenowitz, E., Skoog, I., & Wilhelmsson, K. (2002). Mental Disorder in Elderly Suicides: A Case-Control Study. *The American journal of psychiatry*, 159(3), 450-455.

Bilaga 1 - Informationsbrev

Hej!

Vi är två socionomstudenter som läser termin 6 på Hälsohögskolan i Jönköping. Vi står nu inför att skriva vår kandidatuppsats i socialt arbete. Syftet som vi har valt är psykisk ohälsa bland äldre ur en biståndshandläggares perspektiv. Vi vill undersöka hur psykisk ohälsa bland äldre behandlas i handlägningsprocessen samt hur man arbetar med olika insatser. Studien sträcker sig till att undersöka 3–5 kommuner.

Vår förfrågan är att få genomföra enskilda intervjuer med 1–3 biståndshandläggare i er kommun. Vi önskar att biståndshandläggarna som intervjuas har minst 2 års erfarenhet av biståndshandläggning, men gärna längre. Den beräknade intervjutiden är 40–60 minuter per intervju. Vår önskan är att få genomföra intervjuerna under v. 46–47, det vill säga 13/11–23/11. Vi är tillgängliga tisdag-fredag, kl: 8:00-18:00.

Deltagande i studien bygger på fullständig frivillighet och personerna som blir intervjuade har rätt att avbryta sin medverkan när som helst under intervjuens gång. De uppgifter och information som samlas in kommer endast användas i forskningssyfte och behandlas med konfidentialitet. Alla deltagare och kommuner i studien kommer aidentifieras. Det är endast vi som forskare och vår handledare som kommer ha tillgång till materialet innan det har aidentifierats.

Om det finns biståndshandläggare i er kommun som har möjlighet och vill intervjuas skulle vi vara mycket tacksamma. Vänligen meddela ert deltagande till:

Isabelle Andersson

Tel: xxx-xxxxxxx

Email: anisXXXX@student.ju.se

Eller till

Erica Berggren

Tel: xxx-xxxxxxx

Email: beerXXXX@student.ju.se

(Meddela gärna också om ni inte vill/kan medverka).

Med vänliga hälsningar

Isabelle Andersson & Erica Berggren

Bilaga 2 - Intervjuguide

Demografiska frågor

Kön, Ålder, Utbildning

Antal år sedan avslutad utbildning

Antal arbetade år som biståndshandläggare

Annan arbetslivserfarenhet som påverkat rollen som biståndshandläggare

Har du genomgått någon särskild utbildning i psykisk ohälsa? (både privat och genom arbete)

Intervjufrågor

Hur definierar du psykisk ohälsa?

Hur utbrett upplever du att psykisk ohälsa bland äldre är?

Vilken upplever du är vanligaste formen av psykisk ohälsa?

Hur arbetar ni för att upptäcka psykisk ohälsa bland äldre?

- Vilka indikatorer kan du se?

Hur påverkar psykisk ohälsa bland äldre ditt arbete?

Vad kan du som enskild biståndshandläggare konkret göra för att hjälpa?

- Vad har du för resurser att ta till? Tid?

Vilka utmaningar finns i arbetet med äldre med psykisk ohälsa?

Kan du berätta om någon specifik utmaning som du har mött i ditt arbete?

Finns det några insatser som du/ni förespråkar mer till äldre med psykisk ohälsa?

Hur påverkas din bedömning av insatser när en person lider av psykisk ohälsa, kontra en person som inte gör det?

Finns det några särskilda rutiner eller metoder som används i arbetet med personer med psykisk ohälsa? (ex tätare uppföljningar)

Hur stor plats får/kan psykisk ohälsa ta i bedömningen av särskilt boende?

Samverkar ni med andra professioner i arbetet med psykisk ohälsa bland äldre?

- På vilket sätt? Vad fungerar och vad fungerar inte? Vilka utmaningar finns?

Skulle du vilja ge ett exempel på ett scenario där du har stött på äldre med psykisk ohälsa?

- Hur såg förutsättningarna ut?
- Fanns det begränsningar? (som kan kopplas till organisatorisk nivå eller din egen roll)

Om du själv fick utforma en insats eller metod för att hjälpa äldre med psykisk ohälsa, hur skulle den se ut?

Vad skulle du vilja skicka med oss för tips/råd vid arbete med äldre med psykisk ohälsa?