

”Äldres psykiska mående kanske inte är så högt prioriterat.”

En studie om biståndshandläggarnas och kuratorers resonemang om samverkan
kring äldres psykiska hälsa



LUNDS
UNIVERSITET

Mikaela Svensson
Kandidatuppsats (SOPA63)
VT 20
Handledare: Hans Knutagård

Förord

Jag vill tacka de respondenter som var med och bidrog med sin kunskap och sina erfarenheter.

Mina nära och kära förtjänar också ett stort tack som har varit till stor hjälp och som har stötta mig under processens gång.

Slutligen vill jag också ge ett tack till min handledare Hans Knutagård för god feedback och kloka idéer i början av mitt uppsatsskrivande.

Mikaela Svensson

Lund, augusti 2020

Abstract

Title: Title: “When it comes to mental health, seniors may not be highly prioritized” - A study on care managers' and counsellors' reasoning concerning collaboration around senior's mental health.

Author: Mikaela Svensson

Tutor: Hans Knutagård

Examinator: Annika Capelán

The purpose of the study was to explore how care managers and counsellors, who meet seniors in their daily work, experience the interaction between social services and health care when it comes to the elderly's mental illness. The study had a qualitative approach and included six semi structured interviews with three care managers in senior care and three counsellors in health care. Questions concerning the division of responsibilities and challenges the professionals identify in collaboration formed the basis for the investigation. For the analysis the theory Ageism and the concept of Collaboration were used. The study shows that in several situations there is a well-functioning collaboration between the social services and the health care section. However, most respondents chose to focus on the challenges that come with encountering issues with seniors' mental health. The shortcomings that were highlighted by the interviewees concerning collaboration were based on a lack of resources, a lack of knowledge in the field and a lack of the right interventions to be able to prevent and help the elderly from their mental illness. But also, the fact that the seniors rarely get the help they need for mental illness precisely because they are seniors.

Key words: Social service, health care, collaboration, seniors, mental illness

Sammanfattning

Titel: ”Äldres psykiska mående kanske inte är så högt prioriterat.” En studie om biståndshandläggarnas och kuratorers resonemang om samverkan kring äldres psykiska hälsa

Författare: Mikaela Svensson

Handledare: Hans Knutagård

Examinator: Annika Capelán

Syftet med studien var att undersöka hur biståndshandläggare och kuratorer, som möter äldre i sitt dagliga arbete, resonerar kring samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården när det kommer till äldres psykiska ohälsa. Studien var av kvalitativ karaktär och innefattade sex semistrukturerade intervjuer med tre biståndshandläggare inom äldreomsorgen och tre kuratorer inom hälso- och sjukvården. Frågor om ansvarsfördelningen mellan instanserna och vilka utmaningar de yrkesverksamma identifierade i samverkan låg som grund för studien. För att analysera materialet applicerade det teoretiska begreppen ålderism respektive samverkan. Studien visade att det i flera sammanhang upplevs finnas en väl fungerande samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården. Dock valde de flesta respondenterna att fokusera på de utmaningar som följer i arbetet med äldres mentala ohälsa. De brister som framkom under intervjuerna när det kommer till samverkan grundar sig i resursbrist, brist på kunskap inom området och avsaknad av rätt insatser för att kunna förebygga och hjälpa äldre ur deras psykiska ohälsa. Men även det faktum att gruppen äldre sällan får den hjälp de behöver vid psykisk ohälsa just för att de är äldre.

Nyckelord: Socialtjänst, hälso- och sjukvård, samverkan, äldre, psykisk ohälsa

Innehållsförteckning

Förord	II
Abstract.....	III
Sammanfattning	IV
1. Problemformulering	1
2. Syfte	3
2.1 <i>Frågeställningar.....</i>	3
3. Begreppsdefinition	4
4. Tidigare forskning.....	5
4.1 <i>Förekomsten och konsekvenser av psykisk ohälsa hos äldre</i>	5
4.2 <i>Tillgänglighet till vård och omsorg</i>	6
4.3 <i>Samverkan när det kommer till äldre</i>	7
5. Teoretiskt perspektiv	9
5.1 <i>Samverkan som begrepp.....</i>	9
5.2 <i>Ålderism</i>	10
6. Metod	11
6.1 <i>Urval</i>	11
6.2 <i>Insamling av material.....</i>	12
6.3 <i>Bearbetning av empirin</i>	12
6.4 <i>Tillförlitlighet och överförbarhet</i>	13
6.5 <i>Forskningsetiska överväganden</i>	14
7. Resultat	16
7.1 <i>Presentation av respondenterna</i>	16
7.2 <i>När samverkan fungerar</i>	17
7.3 <i>Ansvarsfördelning</i>	19
7.4 <i>Vård och omsorg utifrån äldres förutsättningar</i>	22
7.5 <i>Bortprioriterad grupp</i>	25
8. Diskussion	29
9. Referenslista	31
10. Bilagor	34
10.1 <i>Informationsbrev.....</i>	34
10.2 <i>Intervjuguide</i>	35

1. Problemformulering

Andelen äldre i vårt samhälle ökar, enligt Folkhälsomyndigheten (2019a), och allt fler lever tills de är 75 år eller äldre. Inom en snar framtid kommer en fjärdedel av vår befolkning vara över 65 års ålder. I Socialstyrelsens rapport (2013) - "Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa" beräknas 15–25 % vid 75 års ålder lida av psykisk ohälsa. Rapporten pekar dessutom på att psykisk ohälsa är vanligare hos personer över 65 år jämfört med åldersgruppen 18–64 år. År 2016 hade 34 procent av alla över 65 år vårdats för psykiska sjukdomar eller använt psykofarmaka medan andelen för åldersgruppen 18–64 var hälften så stor nämligen 17 procent (ibid). Gottfries & Karlsson (2001) förklarar att depression och ångestsjukdomar är vanligt bland äldre och att sjukdomarna har sedan många år behandlats framgångsrikt med hjälp av läkemedel i kombination av psykoterapi.

Trots detta får inte äldre med psykisk ohälsa den hjälp de behöver i tillräckligt stor utsträckning vilket kan bero på två faktorer. Rolfner Suvanto skriver i sin bok (2018:8f) - "Psykisk ohälsa hos äldre", att det dels är en vanlig myt att det är naturligt att bli gammal och ledsen. Det är det såklart inte. Hon förklarar att vi upplever glädje precis som sorg oavsett ålder och vi brukar ha liknande karakteristiska drag genom hela livet. Dessutom osynliggörs ofta psykisk ohälsa bland äldre då psykisk ohälsa istället associeras med medelålders män eller unga flickor. Detta förhållande gör att äldre sällan får den hjälp eller det stöd de behöver (ibid).

En andra orsak till att äldre med psykisk ohälsa inte får den hjälp de behöver kan vara en brist på samverkan inom området vilket Statens offentliga utredningar skriver om i sin rapport "Effektiv vård" från 2016. Rapporten kommer fram till att det ofta finns en komplex problemsituation när det kommer till äldres psykiska ohälsa och förekomsten av samsjuklighet är vanligt. Att det finns en välfungerande samverkan mellan hälso- och sjukvården och omsorg är därför av stor vikt för att rätt stöd ska kunna ges. Dock finns det tydliga problem när det kommer till samverkan mellan de olika aktörerna (SOU 2016:2:210). En av riskerna som finns när många olika aktörer är iblandande är att den äldre faller mellan stolarna, menar Rolfner Suvanto (2018:12), trots att alla som är inblandade gör sitt bästa hänger det inte alltid ihop och hjälpen uteblir (ibid). Dessutom vittnar många i behov av insatser från både hälso- och sjukvården och omsorgen att de upplever att ingen av huvudmännen tar ansvar för att de olika delarna bildar en helhet (SOU 2016:2:210).

Den psykiska ohälsan bland äldre är något som bör tas på största allvar, förklarar Socialstyrelsen i sin rapport (2018) - ”Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre”, då det påverkar livskvaliteten hos den äldre och kan leda till onödigt lidande och i värsta fall för tidig död.

Blomberg och Dunér (2015:195) berättar att sedan ädelreformen 1992 trädde i kraft har kommunerna runt om i Sverige, förutom akuta sjukvårdsinsatser, det fulla ansvaret att tillgodose de äldre invånarnas sociala, kroppsliga och psykiska behov (ibid). Rolfner Suvanto (2018:12) skriver att regeringen och riskdagen har, på grund av de brister som har konstantrat när det kommer till samverkan mellan region och kommun, beslutat om att förstärka lagen både inom Hälso- och sjukvårdslagen och i Socialtjänstlagen. Det finns nu en skyldighet att kommun och region samarbetar när det kommer till det psykiatriska området (ibid).

I Socialtjänstlagen 5 kap. 8 a § (SFS 2001:453) står det: *kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i frågan om personer med psykisk funktionsnedsättning*. Dessutom finns det en lag som återfinns både i Socialtjänstlagen 2 kap. 7 § (SFS 2001:453) och i Hälso- och sjukvårdslagen 16 kap. 4 § (SFS 2017:30). Den belyser att när en individ behöver insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. För att kunna tillgodose den enskildes behov ska den påbörjas utan dröjsmål och med den enskildes samtycke.

Det är tydligt att vi står inför en utmaning i samhället där den äldre delen av befolkningen växer. Dessutom ökar den psykiska ohälsan bland samma grupp. Det är en problematik som på senare år har fått mer uppmärksamhet men tillräckligt med kunskap kring området saknas fortfarande. Att det är viktigt med samverkan kring kommun och region när det kommer till äldres psykiska ohälsa är tydligt konstaterat. Dock finns det fortfarande mycket brister och mer kan göras för att förbättra samarbetet mellan dem för att tillgodose den äldres behov med bästa möjliga förutsättningar. I studien kommer därför biståndshandläggare inom äldreomsorgen och kuratorer inom hälso- och sjukvården intervjuas för att få ökad förståelse i hur yrkesverksamma upplever deras samverkan. Det i sin tur kan generera värdefull information när det kommer till att utveckla samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

2. Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur biståndshandläggare inom äldreomsorgen och kuratorer som möter äldre i sitt dagliga arbete upplever samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården när det kommer till äldres psykiska ohälsa.

2.1 Frågeställningar

- Hur beskriver de yrkesverksamma sitt eget respektive den andre partens ansvar när det kommer äldres psykiska ohälsa?
- Vilka utmaningar identifierar de yrkesverksamma när det kommer till samverkan vid äldres psykiska ohälsa?

3. Begreppsdefinition

Äldre – Begreppet äldre är en social kategori som vanligtvis syftar till den sista fasen i livsloppet. I Sverige och många andra industriella länder syftar äldre till personer som är 65 år och äldre (Jönson & Harnett, 2015:21). Även i denna studie kommer begreppet äldre syfta till de som är 65 år fyllda.

Psykisk ohälsa – Studien kommer att använda sig av Socialstyrelsen (2018) definition av psykisk ohälsa. Begreppet omfattar allt ifrån mindre allvarliga psykiska problem som oro och lättare nedstämdhet till mer allvarliga symptom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Hos äldre yttrar sig psykisk ohälsa vanligast genom ångest och depression.

Samverkan – Samverkan är ett begrepp som har börjat användas mer och mer under de senaste åren. Framförallt när det kommer till förändring och utvecklingsarbete inom det svenska välfärdssystemet. Det lättaste sättet att definiera samverkan är att vända på ordet och säga att det rör sig om att verka tillsammans med andra ord att utträta eller åstadkommer någonting tillsammans (Axelsson och Bihari Axelsson, 2014:18).

Biståndshandläggare – När en äldre söker bistånd är det biståndshandläggare inom äldreomsorgen som har i uppgift att ta emot ansökan enligt socialtjänstlagen.

Biståndshandläggaren behandlar ansökan för att sedan påbörja en utredning. Utredningen sker genom insamling av information från den enskilde, men i vissa fall även av anhöriga och andra professioner. Utifrån den information som framkommit gör biståndshandläggaren en bedömning om behov och vilka insatser som kan tillgodose dessa. Efter det fattar biståndshandläggaren ett beslut på delegation från kommunens socialnämnd (Jönson & Harnett, 2015:218)

Kurator – Ibland kan det vara så att patienter inom sjukvården behöver komma i kontakt med någon för att tala om de psykosociala effekterna av en sjukdom kan medföra. Den enskilde kan då få möjlighet att träffa en kurator. Kuratorns arbetar utifrån ett helhetsperspektiv där individens tankar och känslor, social system och social situation såsom ekonomi, bostad och arbete används som grund när det kommer till bedömning av behandlingsåtgärder. Vissa sjukdomstillstånd kommer med en stor livsomställning och samtal kring att acceptera och hantera situationen är viktiga inslag i behandlingsarbetet (Lundin et al. 2009:9).

4. Tidigare forskning

I sökning av tidigare forskning har universitetets databaser lubsearch och lubcat använts samt google scholar. I det material och artiklar som har påträffats under sökningen har ytterligare citerade verk påträffats som har kunnat användas för att komplettera den tidigare forskningen. För att forskningen ska vara så relevant som möjligt har materialet begränsats till artiklar och likande som har publicerats under de senaste 20 åren. Förutom i enstaka fall där artiklarna fortfarande anses vara relevanta och går i linje med annan forskning.

När sökningar i databasen har genomförts har endast artiklar och material i fulltext använts. Dessutom har endast verk som har blivit fackgranskade använts för att säkerställa trovärdigheten i texterna då dessa har granskats av någon sakkunnig inom området. Innehållet av tidigare forskning består av kvalitativa intervjustudier, kvantitativa kohortstudier och kvantitativa enkätstudier samt både induktiva och deduktiva studier

Sökord och kombinationer av sökningar som har använts i studien är: collaboration/samvekan, integrated care, welfare/välfärd, health care/sjukvård, elderly/äldre, social work/socialt arbete, mental illness/psykisk ohälsa, risk factors/riskfaktorer, och prevention/förebyggande insatser. Även swe* var ett sökord som lades till för att generera forskning som är relevant för den svenska välfärdsmodellen. Forskningen som framkom var framför allt skriven på engelska och enstaka forskning på svenska.

4.1 Förekomsten och konsekvenser av psykisk ohälsa hos äldre

Gottfries & Karlsson (2001) förklarar att depression och ångestsjukdomar är vanligt bland äldre. Sjukdomsbilden vid dessa tillstånd kan vara otydliga, oregelbundna och misstolkas ofta som normala ålderstecken. Depression och ångest är en form av sjukdom som går under benämningen affektiva störningar. Gottfries & Karlsson förklarar att dessa sjukdomar har sedan många år tillbaka kunnat behandlas på framgångsrika resultat med hjälp av läkemedel i kombination med psykoterapi. Problemet, menar författarna, är i många fall inte valet av rätt behandling utan svårigheter att ställa rätt diagnos. I och med dessa svårigheter råder det en underdiagnostisering vilket i sin tur leder till att inte tillräckligt många får den hjälp de behöver (ibid).

I sin rapport "Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre", från 2018 skriver Socialstyrelsen att äldre med psykisk ohälsa ofta har en komplex sjukdomsbild som kräver både kroppsliga och psykiatriska insatser. Det påpekas att äldre med psykisk ohälsa ofta söker vård för fysiska besvär i stället för depressionsrelaterade problem. Det kan vara svårt att

upptäcka symptom på psykisk ohälsa bland äldre då de ofta har flera andra sjukdomar samtidigt. Sjukdomsbilden när det kommer till depression bland äldre ser dessutom annorlunda ut än hos yngre vilket gör att den sällan uppmärksammas. Psykisk ohälsa bland äldre är något som ska tas på största allvar då det påverkar livskvalitén hos den äldre och kan leda till onödigt lidande och i värsta fall för tidig död. Det påpekas att bättre kunskap kring äldres psykiska ohälsa och hur den kan upptäckas behövs bland yrkesverksamma som är i daglig kontakt med den äldre befolkningen (ibid).

Fortsättningsvis pekar Socialstyrelsens rapport (2018) på att psykisk ohälsa förekommer hos äldre i högre grad än personer i åldersgruppen 18–64. Äldre får trots detta i mindre utsträckning specialistsjukvård inom psykiatri och psykoterapeutiska interventioner än den yngre åldersgruppen. Dessutom föreskrivs äldre huvudsakligen läkemedel från primärvården snarare än inom psykiatri (ibid).

Goudie (1998) beskriver i sin artikel, om psykosociala behandlingar för äldre som lider av depression, att äldre som lider av psykisk ohälsa i mindre utsträckning uppmärksammas av läkare än yngre personer. Även när depressionen uppmärksammas består behandlingen ofta av oregelbundna insatser. Trots visad effekt erbjuds sällan behandlingar så som KBT, psykodynamisk terapi och beteendeterapi då det verkar finnas negativa uppfattningar bland yrkesverksamma att äldre inte har samma möjlighet att komma ur den psykiska ohälsan som yngre patienter (ibid).

Bakomliggande faktorer som kan påverka, när det kommer till varför äldre blir underdiagnostiserats när det kommer till psykisk ohälsa, kan vara föreställningar som finns både hos patienten själv men även bland anhöriga (Gottfries & Karlsson, 2001). De föreställningarna grundar sig ofta i att åldrande innebär ett lidande och att det är normalt att känna sig nedstämd. Det finns även stor risk att personal inom sjukvården har en tendens att tolka symptomen på psykisk ohälsa som ett tecken på åldrande (ibid).

4.2 Tillgänglighet till vård och omsorg

Risken för att drabbas av kroniska sjukdomar ökar med åldern, dessutom drabbas många av flera sjukdomar samtidigt. Som äldre blir man ofta därför beroende av att det finns någon typ av samordning mellan kommun och landsting. Svenska pensionärsförbundet (2014) har undersökt hur den äldre befolkningen upplever hur de blir bemötta av olika samhällsfunktioner. Många av respondenterna ansåg att de får en sämre behandling av sjukvården just för att de är äldre. Den höga graden av misstro till vården kan ha att göra med

en rädsla och obehag inför sjukvården då många har erfarenhet av sämre vård, för många mediciner eller upplever en stor brist på engagemang för den äldres situation (ibid).

I Sverige går det inte att prioritera patienter på grund av ålder förklarar Andersson (2013: 346), dock anser många att yngre borde ha företräde när det kommer till vård då människovärdet tycks förändras med åldern. Andersson (ibid) menar att yngre ofta anses vara mer värdefulla och har en framtid som väntar. Då vården är tungt belastad så blir ofta målet med vården för många äldre att lindra sjukdomar snarare än att bota dem (ibid). Att många äldre inte får samma tillgång till vård är sällan uttalat att det är just för att de är äldre, utan kommer i uttryck att de inte har samma tillgång till liknande behandling som den yngre generationen eller möts långa väntetider förklara Werkö (2002). Inom vården förekommer det dock prioriteringar gällande vård för äldre patienter i form av övre åldersgränser vid till exempel screening för bröstcancer eller blodgivning menar Andersson (2013:346). Han fortsätter att berätta att när det kommer till läkemedelsprövningar finns det ingen övre åldersgräns men äldre är ändå en utesluten grupp trots att de är de största konsumenterna.

Även inom äldreomsorgen saknas det en optimal behandling av äldre beskriver Andersson (2013:350). Precis som i vården saknas det även inom äldreomsorgen tillräckligt med resurser (ibid). Som en form av prioritering inom äldreomsorgen är om en funktionsnedsättning uppkommer efter 65 års ålder är man inte längre berättigad till insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387). LSS ska garantera individen en livsföring som anses vara normal för en person i samma ålder. Medan socialtjänstlagen (2001:453) som beviljar insats till äldre som har fått sitt funktionshinder efter 65 år talar om skälig levnadsnivå. Det i sin tur tyder på att människor under 65 år har rätt att kräva att få leva på lika villkor som andra i morvarande ålder medan de över 65 år för nöja sig med en skälig levnadsnivå (Andersson 2013:350).

4.3 Samverkan när det kommer till äldre

Rolfner Suvanto (2018:12f) förklarar att socialstyrelsen 2010 gav ut ett meddelande för att ge stöd i arbeten med samverkansöverenskommelser där de gav tips på vad som är viktigt att tänka på. Där påpekas det bland annat att det finns vissa grupper som inte får glömmas bort, däribland äldre. Bakgrunden är att det är en grupp som man sällan tänker på och det är viktigt att även de över 65 år omfattas av samverkansöverenskommelsen och att äldreomsorgen inte ensamt får det fulla ansvaret (ibid).

Genom work shops och forskningsintervjuer har Dunér och Wolmesjö (2015) samlat in empiri för sin studie som handlar om biståndshandläggares syn på samverkan med hälso- och sjukvården. Biståndshandläggare lyfte fram att de kände att de var beroende av andra yrkesroller för att fullfölja sitt arbete både inom och utanför den egna organisationen. Att arbeta i team med andra professioner när det kommer till samverkan ansågs vara positivt och givande. En negativ aspekt med att samverka i team som lyftes fram var att brukarens röst kanske inte blir hörd i lika stor omfattning då de yrkesverksamma har en tendens att snarare fokusera på professionella och organisatoriska ansvarsskyldigheter (ibid).

Andra svårigheter som kan påverka samverkan är tidsaspekten menar Bångsbo et al. (2017) som i sin studie har gett ut vinjetter till fyra olika fokusgrupper bestående av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och socialarbete som samtliga arbetar med utskrivningsplaner för äldre patienter. Även om de som medverkade i studien var medvetna om att det var av stor vikt att den enskilde får vara med under mötena framkom det av studien att de yrkesverksamma ibland bokade in mötena utan patienten för att spara tid under utskrivningsfasen. Även när patienterna var med så handlade mötena i större del om information och patienterna fick sällan sina röster hörda (ibid).

När det kommer till sjukhusvistelser som är oundvikliga har samverkan mellan olika delar av sjukvården spelat stor roll när det handlar om effektiv behandling av patienten visar en studie av Brown & Menec (2019). Författarna har undersökt samverkan mellan äldreomsorgen och sjukvården när det kommer till äldre som blir utskrivna från sjukhuset. Studien pekar även på att den mentala hälsan bland patienter av den äldre ålderskategorin ofta hamnar i skymundan för de fysiska problemen (ibid).

Även i Duners (2013) studie framkommer det att den fysiska hälsan är det vården i första hand fokuserar på när det kommer till behandling av sjukdomar hos äldre. Studien pekar även på att samverkan fungerar bättre i redan etablerade team där man känner till varandras arbetsuppgifter. Att ha kunskap om vilka förutsättningar och begränsningar spelar därför en stor roll i ett lyckat samarbete (ibid).

5. Teoretiskt perspektiv

För att analysera den insamlad empirin har begreppet samverkan och teorin ålderism använts. Under analysen av materialet framkom aspekter som berörde positiva sidor men framförallt utmaningar när det kommer till samverkan och vilka olika faktorer som kan försvåra samarbetet mellan de två instanserna. Det framkom även en hel del information kring vilka svårigheter respondenterna upplevde att äldre möter när de lider av psykisk ohälsa, där många av resonemangen gick att koppla samman med teorin ålderism.

5.1 Samverkan som begrepp

Svensson, Johnsson och Laanemets (2008:182) förklarar att dynamiken som finns i samspelet mellan människor även finns mellan och inom organisationer. När det kommer till samspel mellan organisationer används begreppet samverkan. Begreppet samverkan används generellt i en positiv klang och att en god samverkan behövs är sällan något som ifrågasätts.

Samverkan mellan olika välfärdsorganisationer har blivit allt viktigare i det moderna samhället förklarar Axelsson och Bihari Axelsson (2014:17). Det handlar om en åldrande befolkning, växande sociala klyftor men också olika konsekvenser av migration och globalisering. Dessa samhällsförändringar har skapat en komplexitet i behov och efterfrågan av välfärdstjänster. Samtidigt har tjänsterna blivit mer specialiserade och tillgodoses av ett flertal organisationer. Det har riktats kritik mot de offentliga myndigheterna att det saknas en helhetssyn och många kritiker menar att det krävs en mer utvecklad samverkan mellan olika aktörer inom välfärdssystemet (ibid).

Samverkan behövs för att effektivt kunna förbättra insatser för speciellt utsatta grupper i samhälle menar Svensson, Johnsson och Laanemets (2008:183). Den behövs också för att sträva efter legalitet inom den egna organisationen. Samverkan blir ett sätt att få tillgång till de resurser organisationen själv saknar. Den viktigaste aspekten vid samverkan handlar om att tillgodose de brukargrupper den hjälp de är i behov av. Det är inte ovanligt att brukare är i behov av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Författarna försätter att förklara att både socialtjänsten och hälso- och sjukvården måste samverka för att kunna hjälpa brukaren utifrån dennes specifika behov. Ingen av organisationerna har ensamt alla de resurser och den expertis som behövs för att tillgodose brukarens samtliga behov (ibid).

Statens offentliga utredningar skriver i sin rapport "Effektiv vård" från 2016 att ett viktigt motiv för samverkan ur ett brukarperspektiv är att förhindra att den enskilde "faller mellan stolarna". Men även att den enskilde har möjlighet att själv ansöka om och kombinera de

insatser som behövs. En bärande princip inom svensk välfärd är att människor genom att få rätt stöd och vård ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt och att sjukdomar och funktionsnedsättningar ska ha så lite påverkan på den enskilde individen som det bara går (ibid: 210).

Samverkan innebär inte att alla gör samma sak utan att man gör sin egen sak i samband med andra i ett större sammanhang. När samverkan fungerar bra förstärks specialkompetensen samtidigt som den integreras in i ett helhetsperspektiv för att skapa en fullständig bild av verkligheten. Inom välfärdsområdet är det viktigt att socialtjänst och sjukvård samverkar tillsammans med brukaren som har egna tankar, känslor och åsikter (SOU, 2016:2:209).

5.2 Ålderism

Jönson och Harnett (2015:87f) förklarar att ålderism – på engelska ageism – handlar om fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår ifrån en människas ålder som i sin tur kan leda till diskriminering. Fortsättningsvis förklaras det att ålderism kan jämföras med rasism och sexism där människor systematiskt stereotypiseras och diskrimineras bara för att de är äldre. Dock har ålderism en annorlunda karaktär än exempelvis rasism, då undersökningar visar på att få har öppet negativa tankar om äldre. Det som däremot är vanligt är att människor tycker synd om äldre på ett sådant sätt där sympati kombineras med förminskande nedvärderingar (ibid).

Många äldre betraktas som annorlunda och sämre av yngre generationer där de ses som någon annan med annorlunda behov. Det kan vara det som i grund och botten kan ligga till grund för diskrimineringen att de anses vara just annorlunda (ibid). Rolfner Suvanto (2018:15) beskriver att äldre oftast ses som att de har "gjort sitt" och att de ska vara måttfulla, tacksamma, tillmötesgående och leva ett lugnt och stillsamt liv (ibid). En vanlig föreställning som finns kring äldre är att det skulle vara normalt att vara deprimerad. Självklart finns det tillfällen då man blir ledsen eller nedstämd speciellt när hälsan sviktar men det är inte samma sak som depression. Oavsett ålder är depression ett tillstånd som är behandlingsbart (Rolfner Suvanto, 2018:14).

Jönson och Harnett (2015:88) skriver att en möjlig förklaring till ålderism kan vara att vi människor har en naturlig överlevnadsinstinkt samtidigt som vi är väl medvetna om att vi kommer att dö. Det i sin tur leder till en dödsångest som vi försöker att hålla ifrån oss. Eftersom äldre förknippas som annorlunda och påminner oss om vår framtida skröplighet och död försöker vi hålla avstånd från allt som har med åldrandet att göra.

6. Metod

Då syftet med studien är att undersöka hur biståndshandläggare och kuratorer upplever samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården när det kommer till äldres psykiska ohälsa har en kvalitativ metod antagits i studien. Studien syftar till att undersöka enskilda individers tankar och upplevelser genom semistrukturerade intervjuer.

Bryman (2011:340f) skriver att en kvalitativ metod riktar in sig på att förstå hur intervjupersonerna tolkar sin verklighet. Vilket går i linje med studien eftersom huvudfokus ligger på att få en ökad förståelse kring hur intervjupersonerna i studien resonerar kring ämnet. Lind (2014:162) skriver att kvantitativa studier bör vara representativa och täcker därför många personer, kvalitativa studier behöver inte vara lika omfattande i antal och det räcker med att ha ett fåtal studieobjekt. Det kvalitativa underlaget har möjlighet att beskriva fenomen mer nyansrikt och det läggs inte lika stor vikt på representativitet.

Ambitionen med studien är inte att undersöka hur utbrett ett fenomen är utan snarare att få en fördjupad kunskap kring hur några yrkesverksamma resonerar kring samverkan när det kommer till äldres psykiska ohälsa. Material kommer således inte vara representativt för hela befolkningen, men det kommer att ge en möjlighet i att utforska enskilda individers tankesätt.

6.1 Urval

Studien riktar sig till biståndshandläggare och kuratorer som möter äldre människor i sitt arbete för att undersöka samverkan när det kommer till psykisk ohälsa. Bryman (2011:434) skriver att när man använder sig av intervjuer som metod för att svara på forskningsfrågan rekommenderas ett målinriktat urval. Med andra ord väljs intervjupersoner utifrån deras kunskap och relevans kring ämnet som studeras. Vidare beskrivs det att det målstyrda urvalet är ett icke-sannolikhetsurval, vilket innebar att det inte kan appliceras på andra populationer.

För att komma i kontakt med intervjupersoner har dels en förfrågan om deltagande lagts ut på två olika Facebook-sidor, en för socionomer och en för kuratorer inom hälso- och sjukvården. Genom det tillvägagångssättet tog tre biståndshandläggare och en kurator, i olika kommuner runt om i Sverige, kontakt och visade intresse för att medverka i studien. Även ett informationsbrev (se bilaga 1) har skickats ut till biståndshandläggare och kuratorer genom kontakter där två kuratorer hörde av sig för att medverka.

6.2 Insamling av material

Studien har använt sig av semistrukturerade intervjuer. Lind (2019:159f) beskriver att intervjuer innebär stor flexibilitet. Forskaren har möjlighet att anpassa frågorna utefter intervjupersonens kunskap och får också möjlighet att ställa följdfrågor. Genom att använda sig av en semistrukturerad intervju har möjligheten att fördjupa sig i intervjupersonernas tankar och möjligheten att ställa följdfrågor bidragit till en ökad förståelse kring ämnet.

Under intervjun har en intervjuguide (se bilaga 2) använts för att på ett bättre sätt kunna jämföra de olika svaren från intervjupersonerna. Bryman (2011:419) liknar en intervjuguide vid en minneslista av de teman som behöver beröras under intervjun. Utöver frågorna i intervjuguiden ställdes ytterligare frågor för att få en fördjupad förståelse kring intervjupersonernas resonemang.

Totalt intervjuades tre biståndshandläggare som arbetar inom äldreomsorgen och tre kuratorer inom hälso- och sjukvården. Intervjuernas längd varade mellan 25 – 50 minuter. På grund av den rådande situationen med covid-19 hölls samtliga intervjuer via Skype, zoom eller över telefon då universitetet avrådde att träffa respondenterna ansikte mot ansikte. Intervjuerna spelades in för att sedan kunna transkriberas. En positiv aspekt av att intervjuas över Skype, zoom eller telefon var möjligheten att kunna nå yrkesverksamma över hela landet och författaren blev därför inte enbart begränsad till den egen region. Något som däremot blev en negativ följd var att tekniken ibland strulade vilket gjorde att det blev vissa svårigheter under transkriberingen som gjorde att inspelade materialet inte alltid gick att uppfatta fullt ut.

I studien figurerade fem kvinnor och en man. Det kan ha påverkat resultatet i den mening att de respondenterna kan ha olika erfarenheter kopplade till deras kön som kan ha haft inverkan på deras svar. Många av hans resonemang stämde dock överens med vad de andra respondenterna pratade om i deras intervjuer. Men först när liknande frågor ställs till fler män kan det dras slutsatser om könet kan ha kommit att påverka resultatet.

Efter samtliga intervjuer och transkribering upptäcktes vissa intressanta teman och ytterliga frågor behövdes besvaras. Intervjupersonerna blev då kontaktade över Facebook eller mail och blev förfrågad om att svara på två till tre extra frågor, där fem av intervjupersonerna valde att svara.

6.3 Bearbetning av empirin

Intervjuerna spelades som sagt in och transkriberades strax därefter (jfr Öberg 2015:63). Under transkriberingen valdes ord som ”mm” eller ja som användes av författaren i

bakgrunden som respons på det respondenterna sa bort eller när respondenterna pausade eller lade till liknande ord så som ”eh”. Det gjordes för att materialet skulle vara lättläsligt och lättare kunna bearbetas (jfr Kvale och Brinkman 2014:220). Under bearbetningen lästes materialet först igenom utan förutbestämda koder eller med utgångspunkt för någon vald teori. För att identifiera olika teman i det insamlade materialet har studien utgått ifrån en tematisk analys (Bryman 2011:528). Det första som gjordes var att gå igenom samtlig empiri för att bekanta sig med materialet. Efter det valdes mindre textdelar ut som fick beskrivande namn, även kallat för kodning. Jönsson (2010:56) skriver att kodning hjälper till att sortera och strukturera upp det material som framkommit under studien. Genom att koda materialet tydliggjordes mönster och samband som ligger till grund för analysen (ibid). Koderna blev många och varierande, bland annat *äldre som exkluderad grupp, utanförskap, gränsdragningar inom organisationen, tillgänglighet till vård* med mera. Efter det sållades det bland koderna och vissa av dem övergick till olika teman som fick beskrivande namn, vilka blev *ansvarsfördelning, vård och omsorg utifrån äldres förutsättningar* och *bortprioriterad grupp*.

Under analysen av den insamlade empirin har författaren eftersträvat att finna teman som återkommer. De olika temana har även under hela tiden ställs i relation till studiens syfte och frågeställning för att säkerställa att de har varit relevanta (Bryman, 2011:528ff). Avslutningsvis har empirin koppling till relevant litteratur och teori gjorts för att kunna tolka och förstå de olika teman som har framkommit under analysen.

6.4 Tillförlitlighet och överförbarhet

Lind (2019:165) lyfter fram att tillförlitlighet och trovärdighet inom kvalitativ forskning kan förklaras genom begreppen: autenticitet, pålitlighet och träffsäkerhet. Autenticitet handlar om materialets äkthet, alltså om materialet har återgetts och tolkats på ett sätt som återspeglar verkligheten. Pålitligheten kan liknas vid transparens och betyder att utomstående ska ha insyn i studiens tillvägagångssätt. Träffsäkerhet handlar om huruvida materialet som har framkommit genererar relevant kunskap (ibid). Bryman (2011:355) skriver om forskarens objektivitet i förhållande till tillförlitligheten. I samhällslig forskning går det inte att uppnå fullständig objektivitet. Det är viktigt att forskaren är medveten om detta och i så stor utsträckning som möjligt undviker att påverka intervjupersonerna med sina egna åsikter och värderingar (ibid).

I studien har materialet som har samlats in hanterats på ett sätt som säkerställer studiens tillförlitlighet. Detta har bland annat skett genom att empirin har bearbetats ett flertal gånger för att inte fastna i ett och samma perspektiv. Samtliga intervjuer har spelats in och lyssnats igenom flertalet gånger för att säkerställa att ingen väsentlig information har missats. Det är viktigt att materialet som har samlats in tolkas på ett sådant sätt som stämmer överens med intervjupersonens uppfattning. Under intervjuerna har frågorna varit så öppna och neutrala som möjligt för att undvika att egna värderingar återspeglas i svaren. Ambitionen med studien är att få fördjupad kunskap kring intervjupersonernas resonemang därför har det lagts stor vikt vid att inte försöka påverka intervjupersonerna med egna värderingar som kan riskera att färga materialet. Det är här därför varit av yttersta vikt att materialet som har samlats in är intervjupersonernas egna resonemang och att det tolkade materialet överensstämmer med intervjupersonens egna uppfattning.

Ett annat steg som har tagits för att öka trovärdigheten är att studien är transparent i de tillvägagångssätt som har använts. Det kommer genomgående redogöras för de metodval som har valts och vilka begränsningar som har uppstått i samband med studien.

6.5 Forskningsetiska överväganden

Som tidigare nämnts är den valda metoden för studien semistrukturerade intervjuer med biståndshandläggare och kuratorer i olika kommuner runt om i Sverige. Både intervjupersoner och kommuner har avidentifierats för att gå i linje med det vetenskapliga rådets (2002) forskningsetiska princip om *konfidentialitetskrav*. Det har varit viktigt att intervjupersonerna har känt sig trygga med att delge erfarenheter och information för att få ett så berikat material som möjligt vilket har gjort avidentifieringen till en viktig del för studien. Som en del av avidentifieringen har intervjupersonerna tilldelats fiktiva namn i analysen då de inte bara representerar en arbetsplats utan också en hel kommun. Konfidentialitetskrav handlar även om sättet det inhämtade materialet från studien förvaras. Informationen kring intervjupersonerna har behandlats med största möjliga respekt och har förvarats på ett sådant sätt att endast forskaren i studie har haft tillgång till dem.

Vetenskapliga rådet (ibid) fortsätter med att beskriva *informationskravet* och *samtyckeskravet* som handlar om att upplysa undersökningsdeltagarna om att det är frivilligt att delta och att de har rätt att avbryta sin medverkan både innan, under och efter intervjun. Intervjupersonerna har fått en beskrivning om studiens syfte och att de när som helst under studiens gång kan avbryta sin medverkan.

Under samtalen med respondenterna har det tydligt framgått att informationen som samlas in kommer enbart användas till den aktuella studien och kommer inte att sparas eller användas i andra syften senare vilket handlar om det fjärde och sista forskningsetiska principen det vetenskapliga rådet (ibid) tar upp - *nyttjandekravet*.

Det har även gjorts en övervägning kring skada gentemot nytta innan studien påbörjades. Enligt det vetenskapliga rådet är det viktigt att forskaren ställer potentiell nytta och osäkerhet kring de etiska principerna emot varandra. Det vill säga att studiens genomförande bör visa på större nytta än skada.

7. Resultat

Följande avsnitt kommer börja med en presentation av respondenterna för att ge en bakgrundsbild till vad de arbetar med, vad de har för erfarenheter av psykisk ohälsa samt vilka de samverkar med i det dagliga arbetet. Det görs för att läsaren lättare ska kunna följa med i analysen då respondenternas pseudonym kommer användas löpande i texten. Sedan följer ett avsnitt om när respondenterna upplever att samverkan fungerar bra. Efter det presenteras de olika teman som har framkommit genom den tematiska analysen, vilka är följande: *ansvarsfördelning, vård och omsorg utifrån äldres förutsättningar* och *bortprioriterad grupp*. Då det framförallt är svårigheterna i samverkan som har lyfts fram i intervjuerna är det också det som kommer lyftas fram i analysen.

Resultatet kommer bestå av citat från respondenterna som alterneras med begreppet samverkan, teorin ålderism och tidigare forskning. I studien presenteras författarens tolkning av empirin. Det som följer är en av många förklaringar till vilka faktorer som ligger till grund för hur samverkan fungerar mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när det kommer till äldres psykiska ohälsa. Det innebär att det givetvis kan finnas fler förklaringar.

7.1 Presentation av respondenterna

Nils har arbetat som biståndshandläggare inom äldreomsorgen ungefär i ett år. Där arbetar han framförallt med vårdplaneringar och hemtjänstinsatser. Nils berättar att han möter äldre med psykisk ohälsa i arbetet, då de förekommer precis som med alla andra med den sjukdomsbilden. Han samverkar med bland annat hemsjukvården, vårdcentralen och sjukhuset.

Lucinda har tidigare arbetat som biståndshandläggare inom äldreomsorgen under nio års tid. Där behandlade hon ärenden både inom SoL och LSS där mycket av fokus låg på äldre med samsjuklighet och där hon mötte psykisk ohälsa bland äldre dagligen. Hon samverkade med hemtjänstpersonal, vårdcentralen och sjukvårdspersonal.

Amelia arbetar som biståndshandläggare inom äldreomsorgen och har gjort det i fyra år. Hon ingår i SVU teamet som står för samverkan vid utskrivning. Amelia förklarar att det händer att hon stöter på psykisk ohälsa bland äldre någon gång ibland och då kan det handla om allt ifrån att klienten är allmänt orolig och deprimerade till hallucinationer kopplat till demens och

självordsbenägna. Samarbetsparters består av läkare, psykiatrin, hemtjänsten och vårdcentralen.

Alva har arbetat som kurator i fem år med bland annat lungcancerpatienter. Hon har även tidigare arbetat som biståndshandläggare under fem år där hon ansvarade för vårdplaneringar inom äldreomsorgen. I sitt arbete möter hon ofta den psykiska ohälsan i form av ångest kopplat till den sjukdomsbilden hon möter i sitt arbete. Samverkningspartners som Alva arbetar tillsammans med är bland annat vårdcentral, psykiatrin och socialtjänsten.

Ronja har arbetat som kurator i snart fyra år. Hon arbetar på en kirurgisk klinik där hon arbetar med akutkirurgiska patienter och rehabilitering av cancersjuka patienter. I sitt arbete möter Ronja många äldre personer som kan uppvisa både symptom på demens och depression. Samarbetspartners som Ronja samverkar med består av socialtjänsten, psykiatrin, och hemtjänsten.

Märta arbetar som legitimerad hälso – och sjukvårdskurator inom ett verksamhetsområde som heter medicin, geriatrik och akutmottagning och har gjort det under 10 års tid. Märta berättar att hon ofta möter äldre människor som har någon typ av psykisk ohälsa i arbetet. Hon förklarar att det kan finnas många orsaker till den psykiska ohälsan men bland annat kan de bero på en oro inför framtiden och en rädsla för att vara till besvär. Samverkningspartners som Märta samarbetar med som kurator kan vara psykiatrin men även socialtjänsten.

7.2 När samverkan fungerar

Statens offentliga utredningar skriver i sin rapport ”Effektiv vård” (2016) att det är viktigt att det finns en fungerande samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården för att man på bästa sätt ska kunna möta upp brukarens behov (ibid). Samtliga respondenter vittnar i de utförda intervjuerna att det finns många tillfällen där samverkan mellan de båda insatserna fungerar väl. Nils berättar:

”Men jag tror att det blir så här att när det väl går bra så sitter man nog inte och tänker att det var samverkan utan man tänker nog mer att bedömningen blev rätt. Personen verkar trivas och vi är nöjda med det. Självklart har vi bra ärenden. Jag

tänker kanske att det är dem som man inte reagerar på, de är de som är bra.
Sådana har vi ju dagligen.”

SOU fortsätter att förklara att när det kommer till samverkan har ingen enskild aktör mandat, möjlighet eller resurser att ensamt lösa brukarens problematik (ibid, 2016:2:210). Vilket i Sebastians fall skulle kunna ses som att han använder sig av andra insatsers kunskap och resurser för att kunna möta upp de behov brukarna har. Alva berättar om ett tillfälle när samverkan fungerade lite extra bra:

”Vid en situation där jag som handläggare, hemtjänsten som var utförare och sköterskor och sjukhuset kunde samverka jättebra. Det bara fungerade. [...] det kändes lite som att vi inte längre jobbade som biståndshandläggare och sköterska och så här utan vi var de personerna vi faktiskt är på riktigt, alltså i privatlivet och bara gjorde. Förstår du vad jag menar. Att man bara gjorde det rätta.”

Dunér och Wolmesjö (2015) lyfter att biståndshandläggare ofta känner sig beroende av andra yrkesroller för att fullfölja sitt arbete både inom och utanför den egna organisationen. Men även att det ses som något positivt och givande att arbeta i team med andra professioner (ibid). Det Alva berättar om är ju ett tydligt exempel på när samverkan fungerar exemplariskt och de olika yrkesgrupperna verkligen tillgodosåg brukaren den hjälp hen behövde. SOU skriver att samverkan inte innebär att alla gör samma sak utan att man gör sin egen sak i samband med andra i ett större sammanhang (SOU, 2016:2:209). Det är precis de som händer i fallet Alva berättar om. Även Amelia berättar om den goda kontakten hon har med olika samarbetspartners hon möter i arbetet.

”Men annars tycker jag att vi har rätt bra kontakt. Speciellt inom kommunen. Med våra vårdcentraler har vi väldigt nära kontakt med och sköterskor och hemtjänst och den biten.” – Sara

Samverkan behövs för att effektivt kunna förbättra insatser för speciellt utsatta grupper i samhälle förklarar Svensson, Johnsson och Laanemets (2008:183). Den behövs också för att sträva efter legaliteten inom den egna organisationen. Samverkan blir ett sätt att få tillgång till de resurser organisationen själv saknar och den viktigaste aspekten vid samverkan handlar om att tillgodose de brukargrupper den hjälp de är i behov av (ibid). Den goda kontakten Amelia

berättar om kan underlätta i samverkan och det blir lättare att faktiskt ge brukaren den hjälp dem behöver när det finns tillgång till de olika resurserna som de olika instanserna erbjuder.

7.3 Ansvarsfördelning

Ett återkommande tema i intervjuerna när det kommer till äldres psykiska ohälsa är gränsdragningen kring när den egna instansens ansvar börjar och var den slutar. Det förklaras att det ibland kan uppstå svårigheter i samverkan just på grund av att det inte är helt klart i alla situationer vem det är som bär ansvaret när det kommer till den psykiska ohälsan. Blomberg och Dunér (2015:195) förklarar att sedan ädelreformen 1992 trädde i kraft har kommunerna runt om i Sverige, förutom akuta sjukvårdsinsatser, det fulla ansvaret att tillgodose de äldre invånarnas sociala, kroppsliga och psykiska behov (ibid). Samtliga respondenter är överens om att hälso- och sjukvården ska stå för den medicinska behandlingen och socialtjänsten ska tillgodose de behov som uppstår av en psykisk sjukdom. Dock finns det delade meningar i hur man ska arbeta förebyggande kring den psykiska ohälsan. Nils förklarar att kommunen inte har några behandlande insatser och det de gör mest kan betraktas som *plåster på såren*. Nils kan tänka sig:

”Att för vissa kan det nog lindra den psykiska ohälsan väldigt mycket att de får bryta social isolering. Så det är nog väldigt många som mår bra av de insatser vi kan erbjuda men min poäng är att vi inte har inte mycket mer än så”.

Nils fortsätter att förklara att den sociala delen är en viktig del i att främja den psykiska ohälsan men det är långtifrån allt. Så när det finns underliggande psykiska sjukdomar är sjukvården den enda rätta insatsen för klienten att vända sig till för att få behandling. Märta håller med om att sjukvården är de som ska ta störst ansvar när det finns en psykisk ohälsa som går att behandla medicinskt. Hon förklarar:

”För det är klart att när det har uppstått psykisk ohälsa som är påtaglig i form av ångesttillstånd eller depression och så blir det såklart sjukvårdens ansvar.”

SOU skriver i sin rapport (2016) att många i behov av både hälso- och sjukvården och omsorg upplever att ingen av huvudmännen tar ansvar för att de olika delarna bildar en helhet

(ibid: 2:210). Utifrån vad både Nils och Märta förklarar kan det bero på att ingen av insatserna kan tillgodose det fulla behovet själv och därför krävs en bättre samverkan kring området. Märta fortsätter att förklara att det ofta uppstår en dragkamp mellan sjukvården och socialtjänsten om vem som ansvarar över vad när det kommer till praktiska saker så som att ansöka om god man, ordna städning i patientens lägenhet eller fixa medicinskåp. Hon önskade att socialtjänsten tog ett större ansvar när det kommer till den psykiska hälsan.

”Alltså jag tänker så här om jag skulle lyfta för en biståndshandläggare att jag känner oro för patienten som är väldigt ångestfylld eller är väldigt nedstämd så har jag aldrig varit med om att biståndshandläggaren tycker att det är hens problem. Utan det är sjukvården då, det är ju vi. Att det är vi som skickar remiss till vårdcentralen här ifrån. Så att patienten kan få medicin då. [...] Men jag upplever det som att biståndshandläggarna nog inte tycker att det är deras ansvar om äldre människor mår psykiskt dåligt.”

Jönson och Harnett (2015:88) skriver att en möjlig förklaring till ålderism kan vara att vi människor gärna håller oss distanserade till det som påminner om vår egen dödlighet. Det Märta berättar om hennes upplevelse att hon sällan möter någon biståndshandläggare som vill ta ansvar för den äldre och dess psykiska ohälsa kan grunda sig i en sorg och rädsla för det som kommer senare i livet. De kanske inser begränsningarna som följer med yrket och vill inte bli känslomässigt involverade och väljer därför att inte vissa att de faktiskt bryr sig om brukaren.

Det finns alltså konstaterade brister i samverkan enligt respondenterna. Verken kommunen eller region kan ensamma möta upp det behov de äldre brukarna med psykisk ohälsa har. Ronja upplever att kommunen är duktiga på att möta den äldres fysiska besvär men inte så mycket när det kommer till det psykiska.

”Ja när det gäller arbetsterapeutiska insatser från kommunens sida. Det funkar bra. Och hemtjänsten. De kommer och möter patienten när den skrivs ut här ifrån. De möter dem hemma och gör en bedömning, till exempel om patienten behöver duschstol, förhöjd toalettstol eller rullator. Eller hemtjänstinsatser och så. Och eventuellt trösklar hemma och så. Då fungerar det jättebra. Och även patienter är nöjda med det. Men när det handlar om, ja vi kan kalla det psykisk ohälsa, mer diffust mående liksom då funkar det tyvärr inte.”

Precis som både Brown & Menec (2019) och Duners (2013) kommer fram till i sina studier läggs det ofta mer fokus på de fysiska problemen än på de psykiska precis som Ronja vittnar om. En förklaring kan grunda sig i att det inte finns tillräckligt med resurser eller kunskap till att kunna tillgodose det behovet. För att dra paralleller till det Svensson, Johansson och Laanemets (2008:183) förklarar om samverkan, hade det här varit ett ypperligt tillfälle för sjukvården och socialtjänsten att dela erfarenheter och kunskap för att kunna hjälpa den äldre utifrån hens egna förutsättningar.

Alva ser att det skulle finnas något positiva i att dela ansvaret när det kommer till att bevilja insatser för äldre med psykisk ohälsa mellan sjukvården och kommunen just för att få tillgång till en bredare kompetens.

”Kanske framförallt att det inte var biståndshandläggaren som hade enskilt beslutsfattande när det kommer till korttidsboende just liksom att det kanske att man skulle kunna få utgå ifrån HSL där också tror jag hade varit bra. [...] Ibland kan man ju behöva mellan landa mellan sjukhuset på ett korttidsboende för att hämta kraft innan man kommer hem.”

Det står klart att det finns delade meningar från respondenterna och även om de säger att det finns klara riktlinjer om vilken instans som ansvarar för vad så är de inte helt överres. Bowen och Menec (2019) menar att det är av stor vikt att samverkan fungerar bra när det kommer till oundvikliga sjukvårdsvistelser för att effektivt kunna behandla patienter. För att koppla samman det med det Alva pratar om, att sjukvården och kommun borde hjälp varandra med att bedöma insatser, skulle det kunna vara något som underlättar för patienten. Dels hade det inneburit att den kompetensen för sjukdomsbilden man har inom sjukvården hade kunnat bidra till en djupare bild i problematiken när det kommer till äldres psykiska ohälsa. Men även att man får ett större lagrum som det går att arbeta utifrån då de yrkesverksamma skulle ha tillgång till både Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen.

Några av respondenterna påpekar även det egna ansvaret i att upptäcka den psykiska ohälsan och hjälpa brukaren vidare till rätt behandling. Amelia berättar:

”Ja alltså det är viktigt att inte skjuta över patienten. Att man säger att det här är inte mitt område och säger att det får nästa sköta. Utan att man i så fall ser till att det blir gjort så att den enskilde inte hamnar mellan stolarna. Eller glöms bort.”

Lucinda beskriver att under hennes tid som biståndshandläggare fanns det situationer där hon var tvungen att kämpa för att brukaren skulle få den hjälp som behövdes.

”Jag har ibland stått och bankat på dörren. Det kan jag ju säga är otroligt svårt att få upp ögonen för en psykisk sjuk åldring som kanske är farlig för sig själv eller någon annan och få en läkare att skriva en LPT. [...] Där har jag erfarenhet av... tråkiga erfarenheter. Kan jag säga. Svårt. Men det går när det verkligen är nödvändigt.”

Rolfner Suvanto (2018:12) förklarar att en av riskerna som finns när det är många olika aktörer inblandade när det kommer till äldres psykiska är att de ofta faller mellan stolarna. Därför är det precis som både Amelia och Lucinda säger att det är viktigt att man som yrkesverksam tar sitt egna ansvar och hjälper den äldre att få tillgång till rätt stöd och vård. Socialstyrelsen (2018) klargör att det är viktigt att ta äldres psykiska ohälsa på största allvar då den påverkar livskvalitén hos den äldre, kan leda till onödigt lidande och i värsta fall för tidig död (ibid). Vilket såklart skulle kunna bli en av konsekvenserna om de yrkesverksamma väljer att skjuta ifrån sig problemet.

7.4 Vård och omsorg utifrån äldres förutsättningar

Ett annat återkommande tema som respondenterna har berört under intervjuerna är tillgång till vård och omsorg utifrån äldres förutsättningar. Precis som tidigare nämnts berättar Blomberg och Dunér (2015:195) att kommunerna runt om i Sverige, förutom akuta sjukvårdsinsatser, har det fulla ansvaret att tillgodose de äldre invånarnas sociala, kroppsliga och psykiska behov (ibid). Rolfner Suvanto (2018:12f) påpekar dock att de över 65 år är en grupp som ofta glöms bort när det kommer till samverkan och det är viktigt att äldreomsorgen inte ensamt får det fulla ansvaret för dem äldre.

Amelia förklarar att *som biståndshandläggare kan ju inte jag göra så mycket mer än att sätta in hemtjänstinsatser*. Trots att det i lagen står att kommunen ska tillgodose den äldres psykiska behov finns det inte tillräckligt med resurser för det enligt Amelia.

Nils förklarar att även inom hans kommunen kan det vara svårt att erbjuda rätt insatser som täcker upp för samtliga behov hos den äldre. Han fortsätter:

”Vi upplever ofta att ålderdom och psykisk ohälsa skiljs från varandra i välfärdsinsatser, vilket betyder att socialtjänsten inte har så stora möjligheter att hantera kombinationen mellan dem.”

Insatser som kommunen kan erbjuda är dels hemtjänst men även särskilt boende och i vissa fall även daglig verksamhet där den äldre kan vistas under dagarna för att få social stimulans. Den dagliga verksamheten är dock framförallt tillför äldre som lider av demens. Märta däremot menar att det inte räcker som åtgärder för den psykiska hälsan att endast erbjuda insatser som hjälp med att handla mat, städa och ge mediciner. Utan det krävs ett större utbud av socialstimulans än det som erbjuds från kommunens sida förtillfället.

Socialstyrelsen (2018) skriver att äldre med psykisk ohälsa ofta har en komplex sjukdomsbild som kräver både kroppsliga och psykiatriska insatser (ibid). Det har även riktats kritik mot de offentliga myndigheterna att det saknas en helhetssyn och många kritiker menar att det krävs en mer utvecklad samverkan mellan olika aktörer inom välfärdssystemet förklarar Axelsson och Bihari Axelsson (2014:17).

Utifrån vad Amelia, Nils och Märta förklarar går det att dra slutsatser om att kommun och region måste bli bättre på att samverka utifrån de äldres egna förutsättningar. Kommunen verkar inte ha tillräckligt med resurser för att kunna tillgodose samtliga behov när det kommer till den psykiska hälsan och behöver därför få mer stöd av sjukvården i den frågan.

Ronja tycker att det finns en svårighet i samverkan med kommunen just på grund av de saknar kompetensen och resurserna att kunna möta upp brukarna utifrån deras personliga behov. Många hamnar därför i förutbestämda bestämda fack. Hon förklarar:

”Om det är någon patient som inte ryms inom en ram så faller patienten mellan stolarna. Man kan ju inte förutse hur ärendet är då alla är individuella och man kan inte trycka in en person inom en ram.”

Det Ronja berättar om kan kopplas samman med Rolfner Suvanto (2018:15) resonemang om att äldre förväntas vara på ett visst sätt och när det inte faller inom ramarna blir det svårt att hjälpa dem utifrån deras individuella behov. Dels för att det saknas kunskap om problematiken kring psykisk ohälsa hos äldre, precis som Gottfries & Karlsson (2001) förklarar i sin studie men även på grund av resursbrist som flera av respondenterna nämner i sina intervjuer.

SOU (2016) förklarar att ett viktigt motiv för samverkan ur ett brukarperspektiv är att det ska förhindra den enskilde att ”falla mellan stolarna”. Det är också viktigt att det ges rätt stöd och vård så att den äldre ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt trots sjukdomar och funktionsnedsättningar. Det som går att läsa ut från tidigare forskning och det respondenterna pratar om är att det helt enkelt inte finns tillräckligt med stöd att ge till de äldre som lider psykisk ohälsa.

En annan faktor som nämnts under intervjuerna är det faktum att vi lever i ett samhälle som utvecklas i snabb takt och framförallt inom teknik. Det här är något som ses positivt för de äldre i det faktum att de kan öka tillgången till socialisering. Men framförallt talas det om de negativa aspekterna som följer av vårt mer digitaliserade samhälle. Märta förklarar:

”Många samtal om att man är ganska exkluderad från samhället. Det är mycket som bygger på det digitala. [...] Vi pratar mycket om tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning men vi tappar ofta bort äldre personer. De har ofta ingen dator eller mobil telefon och blir ofta då utsatta på grund av det. Och blir också väldigt stressade. De kanske inte har så bra kognitiv förmåga längre att faktiskt lära sig att hantera en smartphone. Det är för svårt och då blir man oerhört isolerad och man kan inte längre klara sig om man till exempel inte kan betala räkningar med bank id.”

Axelsson och Bihari Axelsson (2014:17) förklarar att samverkan mellan olika välfärdsorganisationer har blivit allt viktigare i det moderna samhället. Det grundar sig dels i en åldrande befolkning, växande sociala klyfter men också olika konsekvenser av migration och globalisering (ibid). Här går det att dra paralleller till det Märta pratar om, för det finns även en tillväxt av digitalisering i vårt samhälle som påverka samverkan mellan kommun och region när det kommer till äldre.

Bångsbo et al. (2017) skriver i sin studie att yrkesverksamma som arbetar med utskrivning av äldre från sjukhus är medvetna att det är av stor vikt att den enskilde medverkar vid mötena, trots detta bokade de ibland in mötena utan patienten för att spara tid under utskrivningsfasen. Även Dunér och Wolmesjö (2015) tar i sin studie upp det faktum att det finns utmaningar i samverkan när det kommer till äldre och att de yrkesverksamma har en tendens att fokusera på de professionella och organisatoriska ansvarsskyldigheterna. Vilket leder till att brukarens röst kanske inte alltid blir hörd (ibid).

Det går här att tolka det som att när kommun och region använder sig av digitala hjälpmedel i samverkan med äldre och inte försäkras sig om att den äldre är väl införstådd med hur tekniken fungerar leder det till att den äldre blir exkluderad ifrån samtalet. Det i sin tur gör att det inte går att hjälpa den äldre utifrån hans egna förutsättningar och även här kan den äldre komma att falla mellan stolarna.

En annan begränsning när det kommer till tillgänglighet till vård är att det kan vara svårt för de äldre är att söka upp den själv. De kan ha svårigheter i att ta sig till vårdcentralen och de kanske inte alltid har insikt i att de lider av psykisk ohälsa eller demens förklara Märta. Hon beskriver också att *många gånger är det ju svårt för äldre personer att ta sig till vårdcentralen*. Även Lucinda pratar om det faktum att vi måste bli bättre på att möta de äldre utifrån deras förutsättningar. Hon tycker att mobila team är en bra lösning där läkare, sjuksköterskor och kuratorer kan ta sig hem till patienterna för konsultation.

”Det är ju något att utveckla, att jobba med en sådan samverkan förebyggande.

Det tror jag hade gagnat äldre som är nedstämda, oroliga, otrygga och ja jättedepimerade om man åkte hem till dem.”

I Duners (2013) studie kan vi läsa att samverkan upplevs fungera bättre i redan etablerade team där man känner till varandras arbetsuppgifter. Vilket skulle kunna vara en fördel i de mobila team Lucinda pratar om. För där skulle de yrkesverksamma arbeta tätt tillsammans och även få en god och kontinuerlig kontakt med de äldre.

Socialstyrelsen (2018) påpekar att det är viktigt att de som möter äldre i det dagliga arbetet är väl utbildade och har kunskap kring psykisk ohälsa för att kunna upptäcka den i tid. Så ett sätt för att kunna möta dem äldre utifrån deras förutsättningar är, precis som Lucinda berättar, att faktiskt ta sig hem till dem.

7.5 Bortprioriterad grupp

Samtliga respondenter uttrycker på ett eller annat sätt att ett hinder för samverkan är att äldres psykiska ohälsa ofta blir bortprioriterat och att de sällan får den hjälp de är i behov av. Dels handlar det om allmänna föreställningar som finns kring äldre och deras psykiska ohälsa. Märta förklarar:

”Det känns som att äldres psykiska ohälsa anses som att det vore naturligt att må dåligt när man är gammal. Som att det tillhör åldrandet. Men det gör det ju inte egentligen tänker jag.”

Det Märta berättar stämmer överens med det Rolfner Suvanto (2018:14) skriver om, att det ofta anses vara normalt att bli gammal och ledsen. Vilket hon förklarar vidare att det givetvis inte är. Gamla precis som unga känner sig ledsna ibland och med åldern kommer givetvis fler anledningar att känna sorg speciellt när hälsan inte är vad den brukade vara. Men att lida av en depression är någon annat och går att behandla (ibid). Andersson (2013:330) förklarar att problemet med generella stereotyper är att enskilda individer behandlas som om att de har alla de karakteristiska dragen som tilldelas den grupp de anses tillhöra, utan någon hänsyn till individens egna förmågor. Utifrån perspektivet ålderism blir de föreställningar som finns när det kommer till äldres psykiska ohälsa ett hinder i samverkan.

En annan förklaring som ges till att samverkan inte fungerar som den borde när det kommer till äldres psykiska hälsa är att man inom hälso- och sjukvården väljer att lägga sina resurser på den yngre generationen. Vilket är något som Alva vittnar om under hennes tid som kurator inom geriatriken:

”Det läggs inte samma resurser på en 85 åring har ångest som en 25 åring. Sen kan jag förstå vissa avvägningar. Men jag hade mycket samtal med äldre som inte ville dö. Att de inte tyckte att de hade levt färdigt än och de kunde sörja att de var 90 år och fick en diagnos. Man sörjde faktiskt kanske det lika mycket som om man var fyrtio och fick en cancerdiagnos. Jag fick lite känslan av att man inte satsar lika stort på psykisk ohälsa hos äldre som hos yngre.”

Här finns det en tydlig koppling till de prioriteringar Andersson (2013:346) berättar om där gruppen äldre inte alltid har samma tillgång till vård som den yngre generationen. Det finns tydliga kopplingar till ålderismen där den äldre generationen blir annorlunda behandlad just för att de är äldre. Anledningarna kan grunda sig i olika saker, men en förklaring kan vara det Rolfner Suvanto (2018:15) skriver om att det finns föreställningar om att äldre har ”gjort sitt” och förväntas vara tacksamma och ta emot den hjälp som erbjuds. Men även det faktum att många anser att när det kommer till vården borde den yngre generationen ha förtur då de har en hel framtid som väntar förklarar Andersson (2013:346).

När det kommer till psykiatrins ansvar att tillgodose behovet av vård till äldre med psykisk ohälsa vittnar samtliga respondenter om att det finns stora brister i samverkan och tillgången till vård. De flesta är överens om att det grundar sig i brist på resurser och därför upplever de att psykiatrin gör övervägningar där äldre blir bortprioriterade.

Märta förklarar att hon märker av en stor skillnad vid tillgängligheten av vård inom psykiatrin när det kommer till äldre kontra yngre patienter. Hon beskriver:

”Där tycker jag också att det finns en diskriminering av äldre. För att i vanliga fall när det kommer till yngre personer kan vi kuratorer remittera, kanske till, öppenspsykiatri eller framförallt vårdcentral och så vidare. Och det är klar att man remittera till äldrepsykiatrin men det är väldigt svårt att få den kontakten.”

Precis som Jönson och Harnett (2015:87f) handlar ålderism om att gruppen äldre inte får samma förutsättningar som resten av samhället just för att de är äldre (ibid). Det Märta beskriver i citatet kan ses som ett tydligt exempel på att ålderism förekommer inom vården. För det är på grund av att patienterna är äldre som gör det svårare för henne att remittera dem vidare till psykiatrin. Det gör även att samverkan mellan de olika insatserna försvåras vid äldres psykisk ohälsa då gruppen inte får samma förutsättningar till att få hjälp.

Även Lucinda ser att det finns bortprioriteringar när det kommer till vem som får vård inom psykiatrin. Hon förklarar att även inom den egna gruppen görs det avvägningar om vem som har rätt till psykiatriskvård.

”Den erfarenheten som jag hade av psykiatrins äldrevårdsteam är att man ändå ska vara ganska bra för att komma in där och få psykologsamtal eller samtalsstöd. Eller jag ska inte säga att de är bra, men att de ska ha den här förmågan att reflektera och prata runt sitt mående och så. De gör väldigt noga bedömningar vilka som är lämpliga för den typen av öppenvård som det är frågan om.”

Goudie (1998) förklarar att det finns studier som visar på goda effekter vid bihandlingar, när det kommer till äldres psykiska ohälsa, så som KBT, psykodynamisk terapi och beteendeterapi. Utöver det är de överrepresenterade när det kommer till att lida av psykisk ohälsa och de får i högre utsträckning sin medicin utskrivna från primärvården snarare än från psykiatrin (Socialstyrelsen, 2018). Det finns ett konstaterat behov av hjälp bland gruppen äldre vid psykisk ohälsa förklarar Gottfries & Karlsson (2001), dock får de sällan den hjälp de

behöver trots att dessa sjukdomar sedan många år tillbaka har kunnat behandlas på framgångsrika sätt med hjälp av läkemedel i kombination med psykoterapi. Det kan grunda sig i okunskap bland både anhöriga och yrkesverksamma där symptomen ofta tolkas som täcken på åldrande (ibid). För att koppla samman det med det med det Lucinda berättar, kan det tolkas utifrån ålderism, att den äldre gruppen inte är värd att hjälpa trots att det finns visad god effekt med psykoterapi. Dessutom är det en grupp som har ett stort hjälpbehov så övervägningarna att inte tillgodose de äldre samma hjälp kan ses som diskriminering. Jönson och Harnett (2015:88) förklarar att när det förekommer diskriminering av äldre i samhället innebär det logiskt sätt att vi själva kommer tillhöra en grupp som missgynnas i framtiden.

Nils förklarar att även inom kommunen finns det övervägningar när det kommer till äldres psykiska ohälsa. Han berättar:

”Min poäng är att man från politiskt-/ledningshåll har bestämt att personer som har fyllt 65 inte ska ha tillträde till socialpsykiatri. Jag menar att det befäster bilden av att psykisk ohälsa bara är en liten bisats så fort du har fyllt 65, det ses inte längre som ett problem som man behöver ta på allvar eller jobba särskilt målinriktat med. Det viktigaste blir istället bara ”traditionella” ålderdomsfrågor, d.v.s. hemtjänsthjälp för t.ex. städning, dusch.”

Här finns det en koppling till det Andersson (2013:350) skriver om gällande lagstiftningen om LSS. Andersson förklarar att ingen över 65 år har tillgång till LSS insatser och får därför nöja sig med en skälig levnadsnivå till skillnad från någon som är yngre än 65 år och som har rätt till att få leva på lika villkor. På samma sätt blir det en typ av diskriminering när det från politiskt håll bestäms att alla inte ska få samma tillgång till socialpsykiatri precis som Nils berättar om. Äldre lider av psykisk ohälsa precis som alla andra och borde därför få tillgång till hjälp på precis samma sätt som den övriga befolkningen.

Utifrån den valda teorin tillsammans med empirin finns det indikationer på att det förekommer aktivt val där det inte läggs samma resurser på gruppen äldre som det görs på yngre generationerna. Det går därför tolka det som att ålderism förekommer både inom kommun och region. Det blir också svårt för de båda insatserna att ha en fungerande samverkan när det inte finns fungerande system för att hjälpa den äldre befolkningen utifrån deras egna förutsättningar och villkor.

8. Diskussion

I den avslutande diskussionen kommer studiens relevans för socialt arbete, förslag på framtida forskning samt slutsatser att presenteras.

Studien har fått utforska sex respondenters tankar, funderingar och upplevelse kring samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när det kommer till äldres psykiska ohälsa. Tre av dem var biståndshandläggare inom äldreomsorgen och tre av dem var kuratorer inom hälso- och sjukvården. Det är ett högst aktuellt ämne att studera då den äldre delen av befolkningen bara växer och kommer inom en snar framtid att stå för en fjärdedel av befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2019a). Dessutom är den psykiska ohälsan en av vår tids största folksjukdom (Folkhälsomyndigheten, 2019b). Den äldre generation står för den största andelen i befolkningen som lider av psykisk ohälsa men trots detta får de sällan den hjälp de behöver (Socialstyrelsen, 2013). Det är därför av stor relevans för socialt arbete att fortsättningsvis forska kring området.

Samtliga respondenter har förklarat att samverkan mellan kommun och region när det kommer till äldres psykiska ohälsa fungerar bra i många situationer. Den här studien har dock fokuserat på de delar där samverkan fungerar mindre bra och vilka bidragande faktorer som spelar en stor roll i det dilemma. Anledningen till det är att det krävs en förändring om vi som samhälle ska kunna möta upp det behov som växer. Dels när det kommer till den psykiska ohälsan men även med den växande gruppen äldre.

Det verkar även finnas en kunskapsbrist överlag hur man ska möta upp äldre med psykisk ohälsa där symptomen ofta förknippas med åldrande. Men även där kunskapen finns saknar ofta resurserna för att kunna möta upp den. Här verkar det finnas stora behov att ytterligare utveckla samverkan mellan kommun och region för att kunna hjälpa de äldre på ett heltäckande sätt.

En annan faktorerna som tas upp som en svårighet när det kommer till samverkan vid äldres psykiska ohälsa är ansvarsfördelningen mellan kommun och region. Det är som sagt kommunen som ansvar för att bland annat täcka upp för äldres psykiska behov om det inte handlar om akut vård, då är det sjukvården som ska stå för den behandlingen. Det verkar finnas en svårighet i vem som ansvarar för att helhetsbilden tas i beaktning när det kommer till den psykiska hälsan. Men också att det inte verkar finnas åtgärder för att arbeta förebyggande med den psykiska ohälsan när det kommer till gruppen äldre.

Även när det kommer till att gruppen äldre inte får samma förutsättningar när det kommer till bland annat psykiatri inom sjukvården och socialpsykiatri inom kommunen är ett

problem. Det är tydligt utifrån den insamlade empirin att äldre inte får samma förutsättningar som de yngre generationerna när det kommer till förebyggande åtgärder och behandling av psykisk ohälsa.

Det är problematiskt när äldre börjar känna sig mer och mer exkluderade från samhället. Att de känner att de inte längre behövs och att de mest känner sig som en börda. De är precis som alla andra värdiga samhällsmedborgare och ska ha tillgång till vård på precis samma villkor som oss andra. Att det finns brister inom samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns det indikationer utifrån den insamlade empirin. Det handlar bland annat om resursbrist och när det inte finns tillräckligt med resurser blir det naturligt att skjuta över ansvaret till en annan instans. Det i sin tur resulterar dock i att det är den äldre som hamnar i kläm. Det finns även en okunskap när det kommer till den psykiska ohälsan bland äldre. Symptomen på den psykiska ohälsan förknippas lätt med åldrandet och blir ofta förbisett av både anhöriga och sjukvårdens personal. Men även den äldre själv kan ha svårt att upptäcka att det är psykisk ohälsa det handlar om och de söker ofta hjälp för fysiska besvär istället. Föreställningar om att det är normalt att bli ledsen när man blir gammal bidrar till att många äldre upplever ålderism.

Verken inom kommun eller region kan man utan rätt kunskap och kompetens möta upp det hjälpbehovet som äldre kräver när det kommer till deras psykiska mående. Här krävs det tydliga riktlinjer när det kommer till samverkan dem emellan. Så att rätt kompetens kan komma till användning på rätt sätt för att vi som ett samhälle i stort ska kunna tillgodose dem äldre med den hjälp som de är behov av och förtjänar. Förslag på framtida forskning skulle därför kunna vara att utöka studien för att se om det är fler som resonerar på likande sätt som respondenterna men även att undersöka äldres upplevelser av samverkan för att få ett brukarperspektiv på det hela.

Det är viktigt att vi som samhälle hjälps åt för att kunna skapa en förändring där den äldre generationen får den hjälp som de förtjänar. Något som skulle vara en bra start för att en förändring ska kunna ske är att anställda inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården börjar ifrågasätta att den äldre generationen underprioriteras. Det krävs också att yrkesverksamma blir utbildade mer inom ämnet. Men även att anhörig och framförallt den äldre själv vågar stå upp för sina rättigheter. Först då kan vi se en förändring.

9. Referenslista

Andersson, L (2013). Ålderism. i Andersson, L (Red.), *Socialgerontologi*. Lund, Sverige: Studentlitteratur

Axelsson, R & Bihari Axelsson, S (2014) Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar. I: *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur AB

Blomberg, S & Dunér, A (2015) Biståndshandläggarens yrkesroll och handlingsutrymme inom äldreomsorgen. I: *Människobehandlande organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur

Bryman, A (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Brown, C. L. & Menec, V (2019) Health, Social, and Functional Characteristics of Older Adults With Continuing Care Needs: Implications for Integrated Care. *Journal of Aging & Health*. 31(7): 1085–1105

Bångsbo, A & Dunér, A & Dahlin-Ivanoff, S & Lidén, E (2017) Collaboration in discharge planning in relation to an implicit framework. *Applied Nursing Research*. 36:57-62

Dunér, A & Wolmesjö, M (2015) Interprofessional Collaboration in Swedish health and social care from a care manager's perspective. *European Journal of Social Work*. 18(3): 354–369

Dunér, A (2013) Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *Journal of Interprofessional Care*. 27(3): 246–253

Folkhälsomyndigheten (2019a) Äldre – psykisk hälsa.

[<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/aldre--psykisk-halsa/>. Hämtad: 2020-04-10]

Folkhälsomyndigheten (2019b) Vad är en folksjukdom?

[<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-folksjukdomar/>.

Hämtad: 2020-05-20]

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 [<https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldPdfFiles/2001/22465.pdf>]. Hämtad: 2020-04-021]

Goudie, F (1998). Psychosocial approaches to working with depressed older people. *Journal of Social Work Practice*. 12(2): 189–198

Jönson, H (2010). *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö

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

Kvale, S & Brinkmann, S (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Enskede: TPB

Lind, R (2014). *Vidga vetandet*. Lund: Studentlitteratur

Lundin, A & Benkel, I & De Neergaard, G & Johansson, B & Öhrling, C (2009) *Kurator inom hälso – och sjukvården*. Holmbergs: Studentlitteratur

Rolfner Suvanto, S. (2018). *Psykisk ohälsa hos äldre*. Stockholm, Sverige: Gothia Fortbildning.

Seniorernas pensionärsförbund (2014). *SPF:s program mot ålderism - resultat av medlemsenkät*

[https://medlem.foreningssupport.se/spf/uploads/Rot/aldrefragor/doc/medlemsenkät_2014_ålderism.pdf]. Hämtad: 2020-05-21]

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

SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen*

SFS 2017:30 *Hälso – och sjukvårdslagen*

Socialstyrelsen (2013) Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa.
[<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/vagledning-ansvariga.pdf>. Hämtad: 2020-04-01]

Socialstyrelsen (2018) Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre
[<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppnajokamforelser/2018-9-12.pdf>. Hämtad: 2020-04-01]

SOU (2016) Effektiv vård
[https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-vard---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf. Hämtad: 2020-04-01]

Svensson, K & Johnsson, E & Laanemets, L (2008). *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> Hämtat: 2020-04-20]

Werkö, L (2002) Äldre patienter diskrimineras i klinisk forskning och sjukvård.
Läkartidningen. 21(99): 2414–2419

Öberg, P (2015) Livshistorieintervjuer. I: Ahrne, G & Svensson, P (red). *Handbok i kvalitativa intervjuer*. Stockholm: Liber.

10. Bilagor

Här följer studiens informationsbrev som skickades ut till respondenterna och intervjuguiden som användes vid intervjuerna.

10.1 Informationsbrev

Hej!

Jag är en student från Lunds universitet som går min sjätte termin på socionomprogrammet i Lund och den här terminen skriver jag min kandidatuppsats. Syftet med studien är att undersöka hur biståndshandläggare inom äldreomsorgen och kuratorer som möter äldre i sitt dagliga arbete upplever samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården när det kommer till äldres psykiska ohälsa.

Jag vill därför komma i kontakt med biståndshandläggare inom äldreomsorgen respektive kuratorer inom hälso- och sjukvården, för enskilda intervjuer, som vill dela med sig av sina erfarenheter kring samverkan mellan de olika verksamheterna. Intervjun kommer att ta cirka 30–45 minuter och kommer ske över telefon, zoom eller skype med tanke på den rådande situationen med covid-19.

Deltagandet i studien är frivillig och kan avbrytas när som helst under intervjun. Materialet som samlas in kommer användas som underlag för min forskningsstudie och kommer endast att läsas av mig och min handledare Hans Knutagård ([REDACTED]). All personlig information om personerna som deltar i studien kommer att avidentifieras. Studiens resultat kommer att presenteras i form av en kandidatuppsats i socialt arbete.

Jag hade varit mycket tacksam om du, som biståndshandläggare eller kurator, skulle vilja delta i min studie. Om så är fallet kontakta:

Mikaela Svensson

Telefon: [REDACTED]

Mail: [REDACTED]

10.2 Intervjuguide

Namn? ålder? Vilka erfarenheter har du av socionomyrket? Kan du berätta om ditt arbete?

Hur länge har du arbetet som kurator/biståndshandläggare?

Vilka är dina erfarenheter av psykisk ohälsa bland äldre?

Vilka förställningar har du kring äldre, åldrande och psykiska sjukdomar?

Vilka insatser kan ni erbjuda/utföra när det kommer till äldres psykiska ohälsa?

Vilka aktörer samverkar ni med när det kommer till äldres psykiska ohälsa? – prata extra om kuratorer/biståndshandläggare

Är det på något område som du tycker samverkan inte fungerar särskilt bra? Vad skulle kunna göras för att det ska fungera bättre? (Vilka utmaningar ser du i att samarbetet med socialtjänst/vården?)

Kan du berätta om en situation där samverkan fungerade bra – vad gjorde att det fungerade bra?

Vilka faktorer anser du behövs för att det ska finnas en god samverkan?

Finns det några särskilda svårigheter eller gränser i er verksamhet som kan vara hindrande när det kommer till samverkan?

Känner du till vilket samverkansavtal som finns mellan kommun och landsting i din verksamhet, eller saknas det något?

Hur kan ni se till att både den fysiska och psykiska hälsan blir tillgodosedd?

Vad tycker du är specifikt med att ge stöd till någon med psykiska funktionsnedsättningar?

Skulle du vilja beskriva hur du upplever att ansvaret mellan socialtjänst och sjukvård ser ut/borde se ut?

Finns det något du skulle vilja tilläga när det kommer till samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården som jag inte har frågat om?