



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Socionomprogrammet

Stöd till äldre med psykisk ohälsa

**En kvalitativ intervjustudie om enhetschefers
erfarenheter kring stöd till äldre med psykisk ohälsa**

**Support for the elderly with mental illness
A qualitative interview study about unit manager's experiences with
support for elderly with mental illness**

Författare: Erika Ahlskog & Chloé Högosta
Handledare: Thomas Strandberg
Examinator:
Ämne: Socialt arbete
Kurskod: GSA2AF
Poäng: 15 Högskolepoäng
Examinationsdatum: 2021-03-26

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Högskolan Dalarna – SE-791 88 Falun – Tel 023-77 80 00

Sammanfattning

Psykisk ohälsa bland äldre har ökat i samhället och är ett relativt outforskat ämne. Cirka 22 % av populationen som led av psykisk ohälsa eller beteendestörningar under 2019 var del av Sveriges äldre befolkning. Detta resulterar i ett ökat behov av stöd till äldre med psykisk ohälsa. Den här studien kommer genom en kvalitativ ansats samt semistrukturerade intervjuer med nio enhetschefer inom äldreomsorgen, utforska stödet samt alternativa utvecklingsbehov för äldre med psykisk ohälsa. Syftet med studien är att beskriva enhetschefer inom äldreomsorgens erfarenheter av stödet erbjudet av statliga verksamheter som finns för äldre personer med psykisk ohälsa. Studiens resultat påvisar en brist av kompetens kring äldre med psykisk ohälsa. Sammanfattningsvis framkom det i slutsatsen att bättre samverkan mellan verksamheterna och en högre personaltäthet behövs för att bättre kunna utforma ett stöd som tillmötesgår deras behov.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, Äldre, Samsjuklighet, Gerontologi, Stöd

Abstract

The occurrence of mental illness amongst the elderly has increased and is a relatively unexplored subject. About 22% of the Swedish population that suffered from mental illness or behavioural disorders in 2019 was elderly. This study will use a qualitative method and semi structured interviews with nine different unit managers within the elderly care, to explore the support for this target group. The purpose of the study is to describe the managers within elderly care's experiences with support for elderly with mental illness. The study's results show a lack of competence about elderly with mental illness. The conclusion showed collaboration between the operating agencies and a higher staffing density is needed in order to better design a support that fills their needs.

Key words: Mental illness, Elderly, Comorbidity, Gerontology, Support

Innehåll

1. Inledning	6
2. Bakgrund.....	7
2.1 Äldre	7
2.2 Psykisk ohälsa	8
3. Problemformulering.....	9
4. Syfte och frågeställningar	10
5. Tidigare forskning	11
5.1 Psykisk ohälsa hos äldre en mångfacetterad problematik.....	11
5.2 Feldiagnostisering av psykisk ohälsa bland äldre.....	12
5.3 Samhälleliga och sociala faktorer för psykisk ohälsa bland äldre	13
6. Teoretisk tolkningsram	14
6.1 Gerontologiskt perspektiv	14
6.2 Livsloppsperspektiv	15
6.3 Jagutvecklingen	16
6.4 Applicering av tolkningsram	16
7. Metod.....	17
7.1 Population och urval	17
7.2 Datainsamling.....	17
7.3 Tematisk analys	19
7.4 Tillförlitlighet	19
7.5 Etiska överväganden	20
7.6 Metoddiskussion.....	21
8. Resultat	22
8.1 Samverkan.....	23
8.1.1 Samverkan med andra professioner	23
8.1.2 Samverkan med andra verksamheter	23

8.1.3 Samverkan med brukare och anhöriga.....	24
8.2 Enhetschefers erfarenheter av stöd.....	25
8.2.1 Stigmatisering och ålderism mot äldre med psykisk ohälsa.....	25
8.2.2 Överskuggning och samsjuklighet.....	26
8.2.3 Äldre som faller mellan stolarna.....	26
8.3 Bemötande och behov av stöd.....	27
8.3.1 Individualitet.....	27
8.3.2 Utbud av stöd.....	27
8.3.3 Behov inom äldreomsorgen.....	28
8.4 Utvecklingsbehov inom äldreomsorgen.....	29
8.4.1 Kompetensutveckling.....	29
8.4.2 Utvecklingsbehov gällande samverkan.....	31
8.4.3 Bristande bemanning och resurser.....	31
9. Diskussion.....	32
9.1 Vad är enhetschefers erfarenheter kring de stöd som finns på verksamheten?.....	32
9.2 Vilket behov av stöd finns för äldre med psykisk ohälsa på verksamheten?.....	34
9.3 Vilka utvecklingsområden finns kring stöd till äldre med psykisk ohälsa?.....	36
10. Slutsats.....	38
10.1 Fortsatt forskning.....	38
Referenser.....	39
Bilagor.....	42

1. Inledning

Det finns i dagens samhälle ett utökat behov av stöd till äldre personer med psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten (2019) redogör för att samhället genomgår en förändring där världens population blir allt äldre. Vilket leder till att det i framtiden kommer finnas ett större antal äldre i jämförelse till det motsvarande antalet yngre personer i befolkningen. Förekomsten av en åldrande population kommer leda till ett ökat behov av stöd, speciellt då äldre med psykisk ohälsa i dagens samhälle redan har bristfälligt stöd (Folkhälsomyndigheten, 2019). Trots problematiken förekommer brist på studier som innehar en helhetsbild kring äldres psykiska hälsa. Många studier fokuserar på enstaka diagnoser eller skattningar och mätninginstrument, vilket leder till en ofullständig bild av situationen dessa äldre befinner sig i. Dessa indikationer kan redogöra för förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre genom till exempel den höga förekomsten av depression (Folkhälsomyndigheten, 2019). Enligt Bülow et al. (2020) kan psykisk ohälsa hos äldre uppstå i åldrandeprocessen eller på grund av andra bakomliggande anledningar ej kopplat till åldrandet. Bülow et al. (2020) syftar till att äldres upplevelser av stöd och vård skiljer sig från resten av befolkningens, de kan behöva hjälp från både offentliga äldreomsorgen och allmänna psykiatrivården.

2. Bakgrund

I bakgrunden beskrivs de begrepp som används i studien, äldre och psykisk ohälsa.

Definitionerna som presenteras nedan är de definitioner som studien kommer att utgå ifrån.

Då människor idag blir allt äldre, resulterar det i att de flesta spenderar en längre tid med att vara just äldre. Trots detta förekommer stora skillnader mellan äldres levnadsförhållanden och hälsa. Många av de äldres situation präglas av sjukdom eller en nedsatt funktionsförmåga, vilket kan ses på antalet äldre som i dagens samhälle tar del av olika former av stöd. Enligt Socialstyrelsen (2019c) fick 401 397 äldre från 65 år och uppåt insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) år 2019. Av dessa insatser var det 244 174 ärenden med hemtjänst i ordinärt boende och 108 523 äldre med särskilt boende. Det är 19 % av hela den äldre befolkning i Sverige, över 65 år, som får insatser enligt SoL (Socialstyrelsen, 2019c).

Enligt Socialstyrelsens (2019b) patientregister led 13 463 äldre över 65 år av någon form av psykisk ohälsa eller beteendestörningar under 2019, vilket är en siffra som ökat från 2010. Det resulterar i ett utökat behov av stöd från offentligt finansierade verksamheter till denna målgrupp. Vård och stöd för äldre är svårtillgängligt samt ej anpassat för problematiken som kommer med ålderdom och psykisk ohälsa. Psykiatri, geriatriken, primärvården, socialtjänstens äldreomsorg och socialpsykiatri är exempel på offentligt finansierade verksamheter som är aktuella vid behandling av äldre personer som lider av psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2019).

2.1 Äldre

Föreliggande studie fokuserar på äldre och det finns flera perspektiv på hur man ska tolka vad som anses som att vara äldre. Utgår man från kronologisk ålder, antalet år man levtt, benämns yngre äldre som mellan 60-65 års ålder, äldre benämns som 75-80 år och uppåt. De allra äldsta benämns vara från 85 års ålder (Bravell & Östlund, 2020). Utgår man från biologisk ålder ser man på individens funktionsförmåga samt deras ålder i relation till deras möjliga livslängd. Psykologisk ålder utgår från mognaden av mentala förmågor som intelligens, inlärningsförmåga, personlighet etcetera. Social ålder syftar till vilka roller och funktioner individen har i samhället (Bravell & Östlund, 2020). Folkhälsomyndigheten (2019) definierar äldre som 65 och äldre. Denna studie kommer använda Folkhälsomyndighetens definition av äldre för att ringa in den aktuella gruppen äldre.

2.2 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa som begrepp innefattar både lättare psykiska problem som nedstämdhet, oro och allvarligare symtom som kan klassas med psykiatriska diagnoser (Socialstyrelsen, 2018).

Enligt den psykosociala modellen påverkas psykisk hälsa av psykologiska och sociala processer och faktorer. Att motverka och behandla psykisk ohälsa kräver insatser med syfte att förbättra psykologiskt och socialt välbefinnande. Enligt Biering (2019) är den medicinsk-psykiatriska modellen dominerande vid behandling av äldre med psykisk ohälsa. Den medicinsk-psykiatriska modellen, där psykisk ohälsa är knutet till biologi och patofysiologi, fokuserar på symtomen vid psykisk ohälsa och kan förbise andra faktorer som orsakar psykisk ohälsa, till exempel normala livsförändringar (Creswell-Smith et al. 2020; Biering, 2019). Denna studie fokuserar på den psykosociala modellen som belyser en större helhet av individens mående.

Psykisk ohälsa bland äldre är ett problem som påverkar den enskilde individen och samhället i helhet. Området kring äldres psykiska hälsa är relativt outforskat och tidigare forskningen har tendens att fokusera på en sjukdom eller diagnos, vilket framkommer i en bredare kunskapsöversikt av Folkhälsomyndigheten (2019). Det förekommer ett stort antal äldre med självmordstankar, emotionell distress och psykiatriska symtom som uppfyller kriterierna för diagnoser. Trots detta förekommer ett stort antal äldre utan diagnos. Det finns ett stort antal fullbordade självmord hos äldre, det kan relateras till bristande tillgänglighet av stöd, vilket kan vara på grund av underdiagnostisering (Corna et al., 2010). Enligt Socialstyrelsens (2019a) dödsorsaksregister tog 81 äldre i åldern 65 år och uppåt sitt eget liv under 2019, vilket innebär att 7,4 av 100 000 äldre av hela befolkningen i samma ålder avslutade sitt eget liv det året (Socialstyrelsen, 2019a). Äldre har svårt att få stöd för psykisk ohälsa trots den höga förekomsten. Cirka 22 % av alla med psykisk ohälsa eller beteendestörningar under 2019 bestod av äldre (Socialstyrelsen, 2019b). Psykisk ohälsa hos äldre fortsätter vara oupptäckt och obehandlad, vilket resulterar i en större risk för otillräcklig vård och omsorg (Lee & Dugan, 2015).

3. Problemformulering

Enligt Clarke et al. (2013) finns inte tillräcklig personal eller specialister som kan hantera och stötta behovet hos äldre med psykisk ohälsa. Det krävs utveckling i kompetensen kring psykisk ohälsa hos professionella inom socialt arbete med äldre. Bristande kunskap leder till att äldres psykiska ohälsa skymms eller under- och fel diagnostiseras. Utveckling av professionellas kunskap kan skapa möjligheter att synliggöra äldres problematik med psykisk ohälsa. Sedan kan utformningen av adekvat stöd och korrekt bemötande till äldre med psykisk ohälsa börja (Bain et al., 2019; Biering, 2018; Clarke et al., 2013).

På grund av komplexiteten kring psykisk ohälsa hos äldre krävs anpassat stöd utefter problematikens olika aspekter. Det behövs en större helhetsbild för att sedan kunna fånga upp äldre med psykisk ohälsa på ett mer omfattande sätt inom socialt arbete hos socialtjänsten och äldreomsorgen (Creswell-Smith et al., 2020).

Sammanfattningsvis krävs en utvecklad välfärd för att möta upp äldre med psykisk ohälsas behov. Det är därför viktigt att få en inblick i det stöd som erbjuds till äldre med psykisk ohälsa och komplexiteten det innebär. För att sedan få en uppfattning om de behov och former av utveckling som krävs inom socialt arbete med äldre, speciellt de som har psykisk ohälsa.

4. Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att beskriva enhetschefers inom äldreomsorgens erfarenheter av stöd som finns för äldre personer med psykisk ohälsa. Det övergripande syftet har resulterat i följande tre frågeställningar.

- Vad är enhetschefers erfarenheter kring de stöd som finns på verksamheten?
- Vilket behov av stöd finns för äldre med psykisk ohälsa på verksamheten?
- Vilka utvecklingsområden finns kring stöd till äldre med psykisk ohälsa?

5. Tidigare forskning

I följande avsnitt beskrivs tidigare forskning om äldre med psykisk ohälsa. Vidare presenteras befintlig forskning som berör studiens syfte och frågeställningar. I sökandet efter relevant forskning användes databaserna Web of Science, Sociology Collection och PsycINFO. Sökningen utgick från sökorden mental health, elder, care och support. Fokus lades på publikationer och artiklar kring äldre med psykisk ohälsa samt erfarenheter av stöd till äldre med psykisk ohälsa. Den tidigare forskningen handlar om den komplexa problematiken hos äldre med psykisk ohälsa, stigmat runt psykisk ohälsa som äldre, risken för feldiagnostisering samt tillgängligheten av stöd för äldre och anpassning som kan behövas för att tillmötesgå gruppens behov.

5.1 Psykisk ohälsa hos äldre en mångfacetterad problematik

Psykisk ohälsa är mångfacetterad och består av en komplex problematik där flera livsområden och faktorer påverkar individen och måendet (König et al. 2013; Creswell-Smith et al. 2020). Hos äldre individer ökar komplexiteten på grund av faktorer som anses tillhöra åldrande processen. Genom åldrandet påverkas den socioekonomiska positionen, det sociala nätverket och kroppsliga och psykiska funktionsförmågor, (König et al. 2013). Creswell-Smith et al. (2020) menar att Diener (1984) påpekar att psykiskt välbefinnande består av två aspekter, kognitiva och affektiva aspekter. Kognitiva aspekter handlar om bedömningen av sin livstillfredsställelse och affektiva aspekter handlar om balansen mellan positiva och negativa känslor. Vidare refererar Creswell-Smith et al. (2020) till Seligman (2011) som menar att psykiskt välbefinnande är en modell som omfattar flera olika domäner såsom positiva känslor, relationer, engagemang, mening och prestation. Ryff (2014), refererad i Creswell-Smith et al. 2020) beskriver att psykiskt välbefinnande byggs på kärndimensionerna autonomi, mening med livet, personligutveckling, kontroll av sin miljö, positiva relationer och självacceptans.

Bjørkløf et al. (2016) menar att coping och extern locus påverkar äldres livskvalitet. Coping fokuserar på den äldres förmåga att använda strategier som problemlösning genom känsloreglering. Extern locus handlar om faktorer i miljön som till exempel andra personer eller instanser som påverkar individen. Dessa två aspekter påverkar i sin tur den äldre befolkningens livskvalitet (Bjørkløf et al. 2016).

5.2 Feldiagnostisering av psykisk ohälsa bland äldre

Delaney (2011) hävdar att 78 % av deprimerade äldre som vårdas i hemmet, inte får vård för sin depression, de 22 % som får vård får inte sin behandling enligt accepterade riktlinjer som används för yngre patienter. Sköterskor till hemvårds patienter dokumenterar depression korrekt i 13 av 35 fall och följer inte riktlinjerna lika korrekt med äldre patienter. Bara 17,9 % av äldre får vård för sin psykiska hälsa, 46 % av de med depression och 61 % av de med minnesproblem får ingen vård alls (Delaney et al., 2011; Lee & Dugan, 2015). Att upptäcka och identifiera psykisk ohälsa hos äldre är svårt, deras besvär kan ta fysisk form, till exempel depression kan ge symtomen som viktnedgång, trötthet och sömnbesvär hos äldre, vilket är icke typiska symtom för depression generellt. Äldres symtom av psykisk ohälsa kan skrivas under en tidigare tillskriven diagnos, till exempel ökad ångest kan vara del av en demensdiagnos, vilket gör det svårt att upptäcka äldres psykiska ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2019; Bain et al., 2019).

Medicinering är vanligaste insatsen som äldre med psykisk ohälsa får och äldres användning av antidepressiva läkemedel ökade från 6,3 % till 39,9 % mellan 1982 och 2000 (Creswell-Smith et al., 2020). Läkare och sjuksköterskor som arbetar med äldre är medicinsk-psykiatrisk modell orienterade där medicinering anses vara bästa behandlingen för psykisk ohälsa (Creswell-Smith et al., 2020).

Ahlström et al. (2020) visar att personer med intellektuell nedsättning som bor på specialboende heltid får mindre vård än de som bor på deltid. Heltids boende bör ha god tillsyn från vårdpersonal som hjälper med kontakter till vård de har behov av. Ahlström et al. (2020) tror att diagnostisk överskuggning, förklaringar av negativa symtom eller beteenden med en redan tillsatt diagnos är orsaken. Diagnostisk överskuggning påverkar våra äldre när diagnostiseringen av till exempel depression försvåras av sjukdomar med liknande symtom som uppkommer i högre ålder. Vilket kan vara anledningen att rapporterade äldre med depression inte har ökat (Arthur et al., 2020).

5.3 Samhälleliga och sociala faktorer för psykisk ohälsa bland äldre

Inom samhället finns flera faktorer som påverkar äldres möjlighet och förmåga att söka stöd. Bristande information och anpassning påverkar äldres möjlighet att få stöd. Många äldre har inte kunskap om stöd som finns eller vilken professionell de kan kontakta. Osäkerheten kring ämnet ökar av att inte veta till vilka eller vart de ska söka sig. Äldre söker sig hellre till en allmänpraktiserande läkare än till specialister inom psykiatri både för fysiska och psykiska åkommor (Bain et al. 2019). Miljön den äldre bor i påverkar tillgängligheten och utbudet av stöd, en liten ort har mindre utbud av stöd än större städer. Skillnaden i utbud gör att personer i mindre kommuner inte söker stöd i samma utsträckning som de i en större stad. Stödet skiljer sig beroende på var den äldre befinner sig istället för behovet av hjälp (Bain et al., 2019). Generella stödet till personer med psykisk ohälsa fångar enligt Bain et al. (2019) ej upp äldres problematik. Professionella har inte adekvat kunskap att hantera psykisk ohälsa hos äldre. Det krävs anpassning och utveckling av stödet för att behoven hos äldre med psykisk ohälsa ska bli bemötta.

Personer som befinner sig i en socioekonomiskt utsatt situation har större risk att lida av psykisk ohälsa. Generellt har äldre med sämre socioekonomisk status högre risk för psykisk ohälsa enligt Folkhälsomyndigheten (2019), vilket ökar deras behov av stöd. Äldres socioekonomiska status och psykiska hälsa påverkas av deras sociala nätverk, vilket resulterar i en ytterligare risk då äldres sociala nätverk ofta minskar med åldern. Den äldre befolkningen är mer isolerad från andra än den resterande vuxna befolkningen, deras sociala nätverk minskar till exempel vid bortgången av vänner eller partner (Folkhälsomyndigheten, 2019). Bortgång av det sociala nätverket resulterar i en påverkan av äldres hälsa och förmåga att hantera vardagen. Somatiska besvär och smärtor påverkar möjligheten att ta kontakt och underhålla relationer till andra. Den förlorade funktionsförmågan bidrar till psykisk ohälsa, vilket kan leda till uppgivenhet och orklöshet (König et al., 2013).

Äldre kan vara motvilliga att anmäla, fråga efter vård eller söka hjälp för psykisk ohälsa eller depression på grund av stigma (Arthur et al., 2020; Bain et al., 2019; Lee & Dugan, 2015). Rädsla och tron att problemen är en vanlig del av åldrandet, avskärmning från samhället och okunskap om tillgänglig vård och stöd gör dem mindre benägna att söka hjälp (Bain et al., 2019; Lee & Dugan, 2015). Professionellas stigma och ålderism resulterar i att äldre inte känner sig hjälpta trots ansökan om hjälp. Äldre söker inte hjälp av rädsla att bli stigmatiserade, de ser psykisk ohälsa som skamligt, en svaghet och vill dölja sin problematik från omgivningen (Bain et al., 2019).

6. Teoretisk tolkningsram

I följande avsnitt beskrivs de teoretiska perspektiven som kommer att användas i denna studie. De teoretiska perspektiven tar avstamp utifrån det mångvetenskapliga begreppet gerontologi och det socialpsykologiska livsloppsperspektivet och Erik H. Eriksons jagutveckling.

6.1 Gerontologiskt perspektiv

Det gerontologiska perspektivet handlar om läran om åldrandet och åldrandets olika processer. Gerontologin har två huvudgrenar, geriatrik med fokus på biologiska och medicinska aspekter av åldrandet, samt socialgerontologin, med fokus på de psykologiska, sociala-psykologiska och sociala aspekterna av åldrandet under livets gång (Tornstam, 2018; Bravell & Östlund, 2020).

Gerontologi som vetenskap är relativt nytt, under 1950-60 talen blev det internationella och mer omfattande vetenskapliga studiet av åldrandet påbörjat (Bravell & Östlund, 2020). Det används inom socialt arbete för att bemöta äldre på ett adekvat sätt med en helhetssyn på äldre brukarens situation (Harnett & Jönson, 2015). Sociala aspekters påverkan på individen är komplexa. Individens socioekonomiska situation, utbildning, klass, yrke och inkomst påverkar deras möjligheter i samhället. Attityderna i samhället besitter kring åldrande påverkar äldres situation och möjligheter till vård och stöd. Det moderna samhället värdesätter produktivitet och självständighet vilket skapar negativa attityder av improduktiva äldre. Konsekvenserna blir att äldre inte prioriteras i utformningen av samhället och välfärden (Tornstam, 2018).

Gerontologins socialpsykologiska nivå handlar om hur samspelet mellan människor påverkas av åldrandet. Ett exempel på detta är ålderism som fokuserar på hur fördomar och stereotyper kring äldre eller ålder påverkar samspelet mellan människor. Enligt Tornstam (2018) kan ålderism delas upp i tre delar, kunskaps moment, känslomässiga attityd dimensioner samt eländesperspektiv. Kunskap momentet syftar till hur samhället tror sig veta något om en grupp människor. Genom stereotyper kategoriseras grupper i samhället, vilket resulterar i att grupperna endast ses utifrån den etikett eller stereotyp de tilldelats. Ett exempel av detta är hur äldre ofta uppfattas av samhället som slöa, rigida eller sjuka, trots det inte är fallet för alla äldre. Det är något samhället tror sig veta om äldre. Stereotyper används enligt Tornstam (2018) för att lättare kunna bryta ner och förstå omvärlden. Genom stereotyper

förenklas samhället ner i olika kategorier, vilket gör det lättare att förstå samhället och dess olika beståndsdelar. Den känslomässiga attityd dimensionen syftar till det känslomässiga avståndet som förekommer till personer som tilldelats negativa stereotyper. Hur samhället tar avstånd till äldre på grund av de negativa stereotyperna som förknippas med ålderdom (Tornstam, 2018). Eländesperspektivet syftar till det dolda förakt mot svaghet som förekommer i samhället. Stereotyper resulterar i en ålderism som innebär ett avståndstagande mot äldre som enligt samhället anses vara svaga, improduktiva och osjälvständiga (Tornstam, 2018).

6.2 Livsloppsperspektiv

Livsloppsperspektivet syftar till att förtydliga och uppmärksamma sambanden mellan yttre strukturella förhållanden, sociala interaktioner, det biologiska åldrandet och den subjektiva bilden av skeenden under livets gång (Tornstam, 2018). Genom att fokusera på faser som individer går igenom under livets gång framkommer föreställningar om egenskaper och roller som är bundna till dem. Tre faser av livet finns enligt perspektivet, barn och ungdomsfasen kännetecknat av socialisering och utbildning. Vuxenlivsfasen som kännetecknas av arbetsförbarhet. Äldre fasen består av människor som lämnat arbetslivet och övergår sedan i en fas som kännetecknas av sjukdom och beroende. Äldres uppfattning av sin situation påverkas av samhället. Livsloppsperspektivet tar hänsyn till människors utveckling i relation till det sociala, psykiska och miljömässiga sammanhanget de befinner sig i för att skapa en helhetsbild av individen. Perspektivet beskriver ett samspel mellan människans livslopp och samhällets förändringar (Harnett & Jönson, 2015). Livsloppet eller livscykeln beskrevs av den amerikanske socialpsykologen Erikson bland annat genom begreppet jagutveckling (Tornstam, 2018).

6.3 Jagutvecklingen

Jagutvecklingen beskriver åtta steg i utvecklingen av en individ. Varje steg representerar en kris som påverkar utvecklingen av personens anpassning och förhållningssätt. De olika stegen är spädbarnsåldern kännetecknat av tilltro kontra misstro samt självständighet kontra skam. Den tidiga barndomen av initiativkraft kontra skuld. Skolåldern kännetecknat av flit kontra underlägsenhet, samt puberteten av identitet kontra identitetsförvirring. Tidiga vuxenåldern kännetecknas av intimitet kontra isolering, medelåldern av skapande kontra stagnation. Ålderdomen kännetecknat av integritet kontra förtvivlan. Erikson menade enligt Tornstam (2018) att alla steg och kriser kan pågå under hela livet men är mer framträdande och dominerade under vissa perioder. Lyckat åldrande uppkommer vid acceptans över livet, där individen finner sammanhang och integritet. Endast om man levt genom motgångar och triumfer, accepterat dessa som del av livet kan visdom och meningsfullhet uppnås enligt Erikson. Förekommer komplikationer i steg åtta uppkommer istället fruktan inför döden och förtvivlan. Individen upplever att tiden har tagit slut och att inget kan förändra situationen de befinner sig i. Inom jaget utvecklas negativa känslor av förakt och meningslöshet (Tornstam, 2018).

6.4 Applicering av tolkningsram

Användning av gerontologiska perspektiv synliggör flera delar av äldres tillvaro till skillnad mot att fokusera på specifika delar av åldrandet (Tornstam, 2018). Det socialpsykologiska gerontologiska perspektivet bidrar till kunskap och en helhetsbild om äldres situation, vilket leder till bättre anpassning och utformning av stöd till äldre i kontakt med socialt arbete (Harnett & Jönson, 2015). Studien tillämpar det socialgerontologiska perspektivet för att förklara och analysera äldres psykiska ohälsa och situation (Tornstam, 2018).

Livsloppsperspektivet och Erikssons jagutveckling används för att få förståelse för företeelser i äldres liv och dess påverkan av deras mående och psykiska hälsa.

7. Metod

I detta avsnitt redovisas genomförandet av studien, bearbetning av material och data. Studien utgår från en kvalitativ strategi och intervjumetod för att undersöka respondenternas erfarenheter av stöd till äldre med psykisk ohälsa (Creswell & Poth, 2017). Nedan presenteras och motiveras val som gjorts samt etiska överväganden.

7.1 Population och urval

Populationen består av nio enhetschefer inom hemtjänsten och särskilda boenden i Regionen Dalarna. Målstyrt urval användes för att få relevanta deltagare för studien samt besvara forskningsfrågorna. Enligt Bryman (2016) innebär målstyrt urval att urvalet utformas utifrån målet med forskningen tillsammans med kriterier för att besvara studiens forskningsfrågor. Inkluderingsskriterier var att respondenterna arbetade som enhetschef inom äldreomsorgen på särskilt boende eller inom hemtjänsten. Dalarnas kommuner mejlades för kontaktinformation till deras enhetschefer, sju kommuner svarade och nio enhetschefer ställde upp på intervju. Ambitionen var att få intervjupersoner från både större och mindre kommuner inom Regionen Dalarna. Respondenterna bestod av nio kvinnor varav fyra hade socionomexamen, två likvärdig högskoleutbildning medan tre inte hade motsvarande högskoleutbildning. Yrkeserfarenheten varierade mellan de olika respondenter, från 3 till över 32 år.

7.2 Datainsamling

Intervjuer valdes som datainsamlingsmetod för att på bästa sätt kunna ta del av enhetschefernas erfarenheter. Kvalitativa intervjuer ska enligt Creswell och Poth (2018) framföra detaljerade beskrivningar av respondenternas subjektiva värld. Kvantitativa metoder hade ej kunnat utvinna det önskade resultatet eftersom kvantitativa metoder ej är lämpade för att subjektivt beskriva respondenternas erfarenheter. En första kontakt togs i och med att ett informationsbrev (se bilaga 1) och en samtyckesblankett (se bilaga 2) skickades ut till kommunerna. Information om studiens syfte, vald intervjumetod, urvalskriterier, beräknad intervjutid samt etiska aspekterna framgick i detta utskick. Via mailkontakt bokades intervjuerna utifrån respondenternas önskemål. Intervjuerna erbjöds att genomföras via Zoom, Microsoft Teams eller Skype på grund av begränsade möjligheter att träffas fysiskt på grund av pågående pandemi. Alla intervjuer skedde på distans, sex intervjuer skedde via Zoom, tre

över Microsoft Teams. Intervjuerna genomfördes av båda författarna med delat ansvar för intervjun. Samtliga intervjuer spelades in med diktafon och pågick mellan 13 och 45 minuter.

Semistrukturerade intervjuer med möjlighet till uppföljningsfrågor valdes som datainsamlingsmetod för att få djupare förståelse av respondenternas erfarenheter. Enligt Bryman (2016) ger semistrukturerade intervjuer möjlighet till flexibilitet men ändå behålla struktur vilket underlättar bearbetningen av materialet. Strukturen bidrar till att såväl författarna som respondenterna håller sig till det relevanta ämnet för studien (Bryman, 2016). Intervjuguiden utformades (se bilaga 3) med frågor som besvarar studiens syfte och frågeställningar. En pilotintervju gjordes för att prova intervjuguidens effektivitet samt för att eventuellt förändra intervjuguiden till studiens resterande intervjuer. Pilotintervjun var lyckad och inga förändringar gjordes i intervjuguiden efter pilotintervjun, vilket gjorde att pilotintervjun användes i studiens resultat. Under intervjuerna vidhölls ordningen från intervjuguiden för att minska risken för svaren att påverkas av författarna. Följdfrågor ställdes för att klargöra och förtydliga frågor eller svar.

7.3 Tematisk analys

Tematiska analysen innebär upprepad genomgång av insamlad data, med fokus på återkommande mönster, det vill säga uttalanden som överensstämmande bildade mönster och teman. Dessa mönster bearbetas till teman och underteman (Bryman, 2016). Tematisk analys användes för att tolka och analysera intervjumaterialet i studien. Intervjuerna transkriberades, avidentifierades och överfördes noggrant från tal till skrift. Materialet lästes igenom flertal gånger för att få en överblick över innehållet samt förberedelse inför kommande analys. Därefter bearbetades och kondenserades materialet genom markeringar med överstrykningspenna av uttryck och svar som liknade varandra. Teman började utarbetas in i ett separat schema för bättre översikt åt oss författare. Det separata schemat renskrivdes och kortades ner och följande fyra huvudteman framkom i analysen: (I) Samverkan med underteman: Samverkan med andra professioner, samverkan med andra verksamheter samt samverkan med brukare och anhöriga. (II) Enhetschefers erfarenheter av stöd med underteman: Stigmatisering, förekomsten av ålderism mot äldre med psykisk ohälsa, överskuggning, samsjuklighet samt äldre som faller mellan stolarna. (III) Bemötande och behov av stöd med underteman: Individualitet, utbud av stöd samt behov inom äldreomsorgen. (IV) Utvecklingsbehov inom äldreomsorgen med underteman: Kompetensutveckling, utvecklingsbehov gällande samverkan, bristande bemanning och resurser. Resultatet redovisas systematiskt utifrån de huvudteman och underteman som framtogs. Resultaten presenteras i resultatdelen i den ordning som de presenteras i tabell 1.

7.4 Tillförlitlighet

Tillförlitlighet består enligt Bryman (2016) av fyra delkriterier som är trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet samt den kvalitativa motsvarigheten till objektivitet. Trovärdigheten uppnås när studien uppfyller samtliga kriterier och resultatet stämmer med den sociala verkligheten som respondenterna beskrivit. Överförbarheten syftar till huruvida data kan säga något om liknande situationer och kontexter. För detta krävs täta och fylliga beskrivningar av kontexten och sociala verkligheten som studeras (Bryman, 2016). Denna studie bör inte generaliseras på grund av bristande kvantitet av respondenter, men kan bidra till en uppfattning av stödet för äldre med psykisk ohälsa. Pålitligheten handlar om vilka processer och metoder som används, vilken kvalitet de har och hur de tillämpats. Att metoderna som använts passar varandra, syftet och frågeställningen (Bryman, 2016). Pålitligheten uppfylls

då delmomenten i arbetet framställs med tydlighet. Objektivitet innebär att forskaren inte genom personliga värderingar påverkar respondenten eller undersökningens slutsatser (Bryman, 2016). Äkthet är ett femte kriterium som tas upp av Bryman (2016). Äkthet handlar om att ge en rättvis bild av gruppen som studerats och om studien har på något sätt hjälpt de som studerats. Denna studie använder citat för att ge en rättvis bild av vad respondenterna uttryckt, studien kan i framtiden användas till ytterligare forskning inom ämnet vilket kan anses hjälpa respondenterna i deras situation. För att uppnå transparens har tillvägagångssättet för studiens metod och genomförande redogjorts på tydligt sätt under föreliggande arbete. Studien har följt hur de valda kvalitativa metoderna ska utföras, däröver hålls en metoddiskussion över svårigheter och övervägningar av metodanvändning.

7.5 Etiska överväganden

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) ska skydda deltagare i forskning och säkerställa respekt för den enskildes människovärde. Utöver lagen om etikprövning finns det fem etiska principer att förhålla sig till vid forskning (Bryman, 2016).

Informationskravet, deltagarens rätt till information om vad undersökningen innebär (Bryman, 2016). Informationskravet uppfylls i denna studie genom utskick av informationsbrev om studien innehållande syfte, metod, risker med studien och information om att deltagande är frivilligt och att deltagandet kan avbrytas när och om de så önskar.

Samtyckeskravet, deltagarens rätt att samtycka eller neka sitt deltagande utan påtryckningar utifrån (Bryman, 2016). Samtyckeskravet uppfylls i denna studie genom utskick av skriftlig samtyckesblankett som deltagarna får skriva under om de önskar att vara med i studien.

Konfidentialitetskravet innebär att deltagarna ej ska kunna identifieras och att insamlad data förvaras säkert så obehöriga ej får tillgång (Bryman, 2016). Detta krav uppfylls genom aidentifiering av uppgifter och att GDPR regler och riktlinjer följs.

Nyttjandekravet innebär att insamlad data endast får användas enligt deltagarens samtycke. Det vill säga att insamlad data inte får användas till något annat än överenskommet med deltagaren, till exempel får inte rå data användas till en annan studie än som den insamlades till (Bryman, 2016).

Etiska övervägande skedde genom ifyllning av Högskolan Dalarnas blankett för etisk egengranskning, se bilaga 4. Känsliga uppgifter behandlas inte i studien, all data

inkommer utifrån deltagarnas professionella roll och avidentifieras. Ingen kontakt sker med brukare utan enbart med professionella. Personliga uppgifter eller känsliga uppgifter, som till exempel religion, ålder och så vidare, om deltagarna tas inte upp i studien. Detta leder till att studien kan genomföras utan risk för skada för deltagarna. Studien ska präglas med respekt för respondenterna för att genomföras på korrekt sätt.

7.6 Metoddiskussion

Studien är en kvalitativ intervjustudie som fokuserar på erfarenheter. Metoden valdes för att på bästa sätt besvara syftet. Eftersom studien har ett kvalitativt syfte utgår studien från att använda kvalitativa datainsamlingsmetoder och analysmetoder. Det finns flera kvalitativa datainsamlingsmetoder och analysmetoder. Datainsamlingsmetoden med semistrukturerade intervjuer valdes för att få färskt information utifrån hur det ser ut i dagsläget jämfört med om studien skulle samlat in data genom en litteratursammanställning. Tematisk analys valdes istället för till exempel innehållsanalys för att inte börja räkna hur ofta något framkom under intervjuerna utan hålla sig till att lyfta olika saker som kom fram utan att rangordna efter vad som sas oftast.

Intervjuerna genomfördes på distans digitalt på grund av omständigheter med pandemin och för att öka antalet deltagare. Digitala intervjuer kräver inte samma förberedelse eller tid från deltagarnas sida. Respondenternas svar kan ha påverkats av att de inte fick möjlighet att tänka igenom svaren eftersom de inte fick ta del av intervjuguiden innan intervjun. Hade intervjuguiden skickats ut i förväg kunde svaren påverkats av kollegor eller omgivning och därför delades den inte med deltagarna.

Pilotintervjun inkluderas i resultatet, eftersom inga förändringar skedde i intervjuguiden eller i genomförande av intervju efter pilotintervjun. Respondenterna som deltog i studien, inklusive pilotintervjun, bestod av nio kvinnor i olika åldrar med varierande yrkeserfarenheter. Ojämn könsfördelning kan ha påverkat resultatet men bortsågs ifrån då fokus ej låg på könsaspekter.

Under intervjuerna förekom motsägande svar från respondenterna, en åsikt eller påstående framfördes i början av intervjun för att senare motsägas av respondenten senare i intervjun. Resultatet kan påverkas av att motsägelserna presenteras i helhet för att ge rättvisa åt respondentens hela svar. Dålig återkoppling från kommunerna utgjorde svårighet i att hitta respondenter, det målstyrda urvalet fick element av bekvämlighetsurval och respondenter som svarade ja deltog i studien.

8. Resultat

I detta kapitel presenteras resultatet utifrån huvudteman och underteman som framkommit från respondenternas svar. Huvudteman och underteman presenteras under skilda rubriker för tydligare struktur. Intervjuszvaren sammanfattades och arbetades fram genom tematisk analys. Citerad text presenteras i fristående stycken. Fyra huvudteman samt tolv underteman framkom under analysen och sammanställningen av resultatet. Huvudteman och underteman som framkom presenteras i följande tabell 1.

Tabell 1. Huvudteman och underteman.

Huvudtema	Undertema
Samverkan	-Samverkan med andra professioner -Samverkan med andra verksamheter -Samverkan med brukare och anhöriga
Enhetschefers erfarenheter av stöd	-Stigmatisering och ålderism -Överskuggning och samsjuklighet -Äldre som faller mellan stolarna
Bemötande och behov av stöd	-Individualitet -Utbud av stöd -Behov inom äldreomsorgen
Utvecklingsbehov	-Kompetensutveckling -Utvecklingsbehov gällande samverkan -Bristande bemanning och resurser

8.1 Samverkan

Under intervjuerna fick enhetscheferna frågor angående samverkan. Respondenterna tog upp både de professionerna som finns inom egna verksamheten och professioner inom andra verksamheter, samverkan mellan verksamheten och brukaren eller de anhöriga togs också upp.

8.1.1 Samverkan med andra professioner

Vid samverkan med andra professioner tog många respondenter upp sina medarbetare, undersköterskor, sjuksköterskor och läkaren som gjorde en veckorond på deras verksamhet. Denna samverkan upplevdes som väldigt bra och många beskrev att de hade nära samverkan med professionerna inom verksamheten. Några nämnde också rehabiliterings personalen, arbetsterapeuten och sjukgymnasten på verksamheten eller som de hade direkta samarbeten med. Vilket kunde vara i form av team-möten med personal på verksamheten varje eller varannan vecka. Samverkan med bas personalen inom verksamheten beskrevs som mest välfungerande och bra.

Och då sitter ju alla professioner med då är det sjuksköterska, det är terapeut, sjukgymnast, enhetschef och personal som sitter tillsammans (Respondent 6).

8.1.2 Samverkan med andra verksamheter

Enhetschefernas svar kring samverkan med andra verksamheter och deras professioner blev varierade. Verksamheter och professioner som nämndes var regionen, hälso- och sjukvården, psykiatrin, biståndshandläggare, socialtjänsten och hemtjänsten. Aktivitetssamordnare, anhörigcentrum, boendestöd, demensteamet, diakonin, samt andra kommunala verksamheter nämndes också. Flera respondenter beskrev isolering från andra professioner och verksamheter på boendet, att det var svårt att få kontakt och samverkan utanför den egna verksamheten. Enligt enhetscheferna ansåg andra verksamheter att särskilt boende uppfyllde alla brukarens behov. Konsekvensen menade enhetscheferna blev att andra verksamheter backade ur behandlingen av brukare som fått särskilt boende. Enhetscheferna berättade om resurs- och kunskapsbrist för att ta över ansvaret från verksamheter som drar sig tillbaka. Biståndshandläggarens samverkan blev beskrivet mest positivt av alla utomstående professioner medan psykiatrins samverkan beskrev respondenterna som mest negativt.

Men psykiatrin de är inte med på det sättet vi har inga nära samarbeten med dem men liksom [Respondenten suckar] (Respondent 6).

Enhetscheferna beskrev samarbetet med psykiatrin som svår, de var svåra att nå oavsett det fysiska avståndet. Flera sade att de önskade mer stöttning från psykiatrin och kontinuerlig samverkan. Kontinuerlig samverkan kunde enligt enhetscheferna ske om psykiatrin var med på team-träffarna där flera professioner redan träffas kontinuerligt. Förutom det var psykiatrin svår att få med på de Samordnade Individuella Planerna (SIP). Enhetscheferna nämnde att de måste "dra med" psykiatrin på SIP-träffarna och med på tåget för brukare som bor på särskilt boende.

8.1.3 Samverkan med brukare och anhöriga

Samverkan med brukaren och anhöriga beskrevs av enhetscheferna som väldigt viktigt då det gäller äldre med psykisk ohälsa. Många påpekade att man aldrig ska tvinga en brukare till stöd, medicin eller insats. Respondenterna menade att för att undvika tvång måste brukaren få och förstå informationen om insatsen, hur den fungerar och hur den går till, acceptera och tacka ja till den. En enhetschef pratade om samverkan med anhöriga och brukare som något som hjälper eller stjälper samverkan med andra verksamheter och boendets egen förmåga att stödja brukaren. Resonemanget var att insatser ibland innebär ändringar i brukarens vardag som den behöver stöttning i.

Den personen ville inte heller medicineras och då menar dom [psykiatrin] ju på att man inte kan göra så mycket mer (Respondent 5).

Respondenterna beskrev att insatsens framgång beror på hemtjänstens eller det särskilda boendets förmåga att få brukaren att genomföra ändringen. Misslyckande att få brukaren att följa verksamheternas instruktioner påverkar synen på huruvida din verksamhet gör ett bra jobb eller inte menade enhetscheferna.

8.2 Enhetschefers erfarenheter av stöd

Under intervjuerna beskrev enhetscheferna erfarenheter av stöd till äldre med psykisk ohälsa samt bemötandet dessa brukare får. De framförde att förekomsten av stigma, ålderism och överskuggning försvårar äldres möjlighet att söka stöd. Motståndet äldre med psykisk ohälsa möter menade respondenterna bidrar till ett stort mörkertal av brukare som ej får hjälp och faller mellan stolarna.

8.2.1 Stigmatisering och ålderism mot äldre med psykisk ohälsa

Respondenterna beskrev förekomsten av stigma kring psykisk ohälsa. Äldre med psykisk ohälsa passar inte den stereotypiska brukaren som verksamheterna möter och får därför inte hjälpen de behöver menade enhetscheferna. Respondenterna framförde att äldre med psykisk ohälsa oftast endast får behandling i form av psykofarmaka oavsett kontakt med psykiatrin eller annat stöd tidigare. Respondenterna betonade att det fanns ytterst lite samtalsstöd till äldre med psykisk ohälsa. Här menade respondenterna att stereotyperna och stigmat sätter stopp för bedömningen av individens unika behov, istället utgår man från att äldre med psykisk ohälsa ej är relevanta för särskilda stöd.

Men när man ringer till psykiatrin då, då är det ungefär, man läser upp personnumret, då är det ungefär som ja nämen näe... Då är man inte aktuell längre (Respondent 8).

Många äldre möter motstånd på grund av sin ålder, detta menar respondenterna synliggörs i de stöd och insatser som finns för äldre med psykisk ohälsa. De framförde att samhället och de olika professionerna som finns runt äldre anser att psykisk ohälsa inte förekommer hos äldre. Flera av respondenterna menade att det är som de äldre har passerat "ett bäst före datum" gällande den psykiska ohälsan. De betonade att ålderismen bidrar till att många äldre ignoreras eller inte uppmärksammas i sin psykiska ohälsa. Vilket leder till att de ej får stödet som de behöver för att må bra enligt enhetscheferna.

En del respondenter menade istället att specialiserade insatser för äldre med psykisk ohälsa skulle resultera i stämpling. De syftade till att insatser utformade för äldre med psykisk ohälsa skulle leda till att de uppmärksammades enbart som stämplingen eller problematiken istället för individer. Enhetscheferna menade att det är mer stigmatiserande med specifika och riktade insatser och att fokus istället bör ligga på individanpassat stöd. Andra respondenter

menade att riktat stöd skulle minska stigma genom att fånga upp och tillgodose individens behov.

8.2.2 Överskuggning och samsjuklighet

Många äldre har flera diagnoser och symtom, samsjukligheten gör det enligt enhetscheferna svårt för professionella inom äldreomsorgen och sjukvården att behandla och tillgodose alla behov. Respondenterna beskrev svårigheten i att veta om en person har psykisk ohälsa då symptomen kan passa eller falla under andra diagnoser och sjukdomar. De beskrev att behandlingen försvåras av dessa symtom då stödet ser olika ut beroende på diagnosen man utgår ifrån. En otydlig sjukdomsbild tillsammans med stigma som förekommer kring äldre och psykisk ohälsa gör att mer somatiska besvär ofta överskuggar den psykiska ohälsan menar respondenterna. Enhetscheferna beskrev hur psykisk ohälsa är del av symtomen som förekommer vid demens vilket gör att psykisk ohälsa då överskuggas av en demensdiagnos.

Och som blir svårt kan jag tycka här, på ett äldreboende när man kanske till och med har det i kombination med en demensdiagnos och där man inte riktigt vet vilket är vilket liksom behöver man ha olika tillvägagångssätt i bemötande, omvårdnad och sådana saker beroende på demensen eller det psykiska liksom (Respondent 6).

En del respondenter menade att psykisk ohälsa ebbar ut med åldern och endast ligger som bakomliggande orsak till olika beteenden och symtom hos den äldre. De lyfte fram att detta resulterar i att den psykiska sjukdomen eller ohälsan ej anses som det primära tillståndet och att andra besvär prioriteras. Respondenterna menade att det sker överskuggning där somatiska besvär leder till att psykisk ohälsa ej synliggörs.

8.2.3 Äldre som faller mellan stolarna

Majoriteten av enhetscheferna som deltog i studien framförde att de upplevde att många äldre med psykisk ohälsa faller mellan stolarna. På grund av komplikationerna som förekommer beskriver flera enhetschefer äldre som en målgrupp som ej uppmärksammas eller prioriteras. Respondenterna betonade att stigma och ålderismen kring brukarna gör att de faller mellan stolarna trots att de tagit kontakt med psykiatrien eller vårdcentralen. Enhetscheferna menade att samsjukligheten bidrar till detta, den otydliga sjukdomsbilden gör att brukaren ej passar in under endast en diagnos. De beskrev att den äldre hamnar mellan olika instanser som ej anser

att de hör till deras ansvarsområde. Flera respondenter lyfte fram att det krävs stöd som bättre fångar upp och uppmärksammar den psykiska ohälsan hos äldre.

Så att vi fångar upp dom [brukare] här. Det är väl det man kanske måste utveckla lite mera... För att få kontakt med dom [brukare], för jag menar de är ju som jag säger jag tror att de är ett stort mörkertal som sitter alldeles [ensamma], som mår dåligt som inte vi har kontakt med (Respondent 3).

8.3 Bemötande och behov av stöd

När enhetscheferna fick frågan om stöd till äldre med psykisk ohälsa beskrev samtliga ett behov av stöd samt ett bristande utbud. Alla utom en av respondenterna framförde även att de inte hade något specifikt stöd eller riktad resurs till dessa äldre.

8.3.1 Individualitet

Många av respondenterna arbetade med IBIC, Individens Behov i Centrum. De stöd de hade att erbjuda utgick ifrån detta. De menade att man utgick ifrån varje individs unika behovsbild och satte in stöd efter det, istället för att ge samma stöd till alla med psykisk ohälsa. Någon talade starkt emot generalisering av äldre under intervjun och ville inte kategorisera eller stämpla människor. Enhetschefen betonade att det handlade om att se varje person som en individ och ha god människosyn där man ser hela människan. Andra berättade att alla stöd som de erbjuder, erbjuder de alla, inte bara till dem som har psykisk ohälsa eller bara till dem utan psykisk ohälsa.

Men ibland så ibland så får man göra special lösningar liksom, i de unika fallen så att man ser att ja men det här är det som är bäst för den här personen liksom (Respondent 5).

8.3.2 Utbud av stöd

När det gällde vilka stöd de kunde erbjuda blev flera respondenter tveksamma och menade att det inte fanns stöd eller insatser som de kunde erbjuda äldre med psykisk ohälsa.

Psykofarmaka nämndes i störst utsträckning, följt av dagliga aktiviteter. Mediciner erbjöds enligt respondenterna för att minska smärta och ångest, men många menade att det var otillräckligt. Flera nämnde att medicin ibland inte hjälpte alls eller inte alltid ger tillfredsställande resultat. Enhetscheferna beskrev att dagliga aktiviteter fanns på vardagarna

som alla äldre hade tillgång till. Att planera personliga aktiviteter i egna hemmet eller att kunna gå ut på promenad någon gång i veckan var också möjligt enligt respondenterna. Men då äldre inte alltid är intresserade av aktiviteterna menade respondenterna att även detta var otillräckligt. En del av respondenterna menade att behovet av att vara aktiv och hålla på med olika hobbies och aktiviteter minskar med åldern. De menade att bara ha tillgång till aktiviteter leder till att man inte når brukarna som inte går på dem. De flesta av enhetscheferna kunde inte erbjuda samtalsstöd till sina brukare. Några menade på att de kunde referera sina äldre till verksamheter som erbjuder samtalsstöd och att de hjälper till att skapa en kontakt mellan brukaren och den verksamheten.

Tablett form, droppar, eller annat. Det tror jag är det vanliga. Jag tror inte att samtalsstödet är så särskilt vanligt (Respondent 9).

8.3.3 Behov inom äldreomsorgen

Flera respondenter nämnde grundläggande behov vid frågorna om stöd. Grundläggande behov som mat, vatten och hygien tillgodoses. Däremot beskrev de brister i andra grundläggande behov. Några av enhetscheferna räknade fysisk beröring och socialt nätverk som mänskliga grundbehov och menade att det var svårt att uppfylla behovet av fysisk beröring och ett socialt nätverk på ett särskilt boende. Respondenterna betonade att sociala-band kapas när man blivit äldre och flyttat in på särskilt boende. Vänner och släktingar går bort, man flyttas till annan miljö och distansen bryter kontakterna. Personalen, menade enhetscheferna, kan inte fylla upp behovet, det finns inte tillräckliga tidsresurser för att sitta ner med varje brukare och prata, umgås eller hålla en äldre i handen när de är oroliga. En enhetschef berättade starkt om det mänskliga behovet av att känna sig behövd. De menade att många förlorar sitt syfte efter dem gått i pension och känner att de existerar på undantag när de flyttat in på särskilt boende. Även äldre behöver ha mening med vardagen och känna att det finns personer som behöver dem. De lyfte även fram att kontakten med anhöriga som kommer och hälsar på och blir glada att se dem blir väldigt viktigt.

Där försöker ju vi jobba mycket med att skapa mening, alltså... Vi människor har ju det här att vi behöver få känna oss behövda för att må bra (Respondent 5).

Enhetscheferna uttryckte under intervjuerna en enhetlig bild av ökningen av psykisk ohälsa i samhället och bland äldre personer i befolkningen. De flesta ansåg att samhället och

deras egen verksamhet inte fullt ut kunde tillmötesgå behovet av att stötta de äldre i deras psykiska ohälsa. De menar att de tillmötesgår brukarnas grundläggande behov och kan hålla dem vid liv, men kvaliteten brister. Några av enhetscheferna påpekade att vart man bor påverkar vilket utbud av stöd som finns tillgängliga. En berättade att det är svårt för en liten ort att ha tillräckliga resurser och stöd till brukare som faller utanför normen. Medan en större ort har lättare att ha mer specifika resurser tillgängliga.

8.4 Utvecklingsbehov inom äldreomsorgen

Enhetscheferna i studien betonade vikten och behovet att utveckla verksamheten och dess resurser inom flera områden och alltid sträva att bli bättre. De framförde att äldreomsorgen hanterar många individer och brukare med olika behov och menade att det händer att kompetensen eller resurserna att bemöta och tillgodose behoven är otillräckliga.

Respondenterna beskrev att den ökade förekomsten av äldre och äldre med psykisk ohälsa innebär större behov av anpassning och utveckling inom verksamheten för att möta upp det ökande behovet.

8.4.1 Kompetensutveckling

Enhetscheferna framför behovet av att skapa en bättre arbetsplats för personalen där de känner sig stöttade och bekväma i deras arbetsroll. De lyfte fram att det krävs ytterligare kompetens för både enhetscheferna och personalen. De beskriver bristande kompetens när det kommer till hanteringen och bemötandet av klienter med psykisk ohälsa. Flera enhetschefer beskrev att de tillsammans med verksamhetens personal deltagit i utbildning kring psykisk ohälsa bland äldre men efterfrågade fortfarande ytterligare kompetens. En del respondenter lyfte istället fram ett bristande utbud av utbildningar med kompetens av äldre med psykisk ohälsa. De menade att det inte fanns möjlighet att kompetensutveckla enhetscheferna eller personalen. Andra menade att otillräckliga resurser eller otillräckligt med personal hindrar från att delta i de utbildningar som existerar. Detta trots medvetenheten om behovet av kompetensutveckling.

Då har vi en skyldighet som profession liksom att hjälpa dom [brukarna] på bästa sätt sen kan vi ju säkert återigen bli bättre. Men ja jag kan väl säga att det inte är så mycket utbildningar att ta del av heller (Respondent 2).

En del respondenter svarade motsägande i behovet av utökad kompetens, där de beskrev att det krävs mer utbildningar men även att det inte fanns ett större behov av dem. Enhetscheferna menade att andra utbildningar som till exempel vissa demensutbildningar har överförbar kunskap som kan appliceras på äldre med psykisk ohälsa. De beskrev istället att det krävs mer erfarenhet, handledning och stöttning till personalen för att bemöta och hantera äldre med psykisk ohälsa.

På frågan om enhetscheferna ansåg att de har tillräcklig kunskap för att hantera äldre personer med psykisk ohälsa, lyfte en del enhetschefer fram att det ej är deras arbetsuppgift att inneha kompetens när det kommer till psykisk ohälsa.

Jag tänker såhär att, i min roll som enhetschef så behöver ju inte jag vara specialkunnig på, på psykisk ohälsa mer än att jag behöver kunna de vanligaste formerna (Respondent 9).

Dessa respondenter syftade till att det är andra verksamheters eller professionellas ansvar. Andra respondenter menade att de har tillräcklig kunskap för att bemöta äldre med psykisk ohälsa.

Lite grann har man väl [Kunskap för att hjälpa äldre med psykisk ohälsa], utifrån socionomutbildningen så känner jag att jag sitter lite där (Respondent 5).

Här skiljde sig enhetschefernas åsikter kring behovet av kompetensutveckling. Vissa menade att det finns ett behov för att kunna hjälpa brukare i behov av stöd och stötta personalen medan andra menade att det ej ingår i deras arbete.

8.4.2 Utvecklingsbehov gällande samverkan

Samtliga enhetschefer lyfte upp behovet av bättre samverkan kring äldre med psykisk ohälsa. Både för att enligt respondenterna kunna få bättre information om de stöd och möjligheter som finns för äldre med psykisk ohälsa och att hjälpa brukarna till en hjälpkontakt. Flera respondenter beskrev behovet av kontakt och samarbete kring den äldre för att bemöta personens psykiska ohälsa. Men även för att få inblick i vilket stöd olika verksamheterna kan erbjuda.

Vi har ju ingen kontakt med psykiatrin så det kan jag inte säga. Bättre samarbete då, kanske. Alltså jag har ju ganska dålig inblick i vad psykiatrin håller på med i huvudtaget (Respondent 4).

En respondent betonade att det behövs kontakt med psykiatrin på samma sätt som andra verksamheter och professioner som samverkar kring brukaren, för att underlätta för äldre som lider av psykisk ohälsa.

8.4.3 Bristande bemanning och resurser

Respondenterna menade att det fanns behov av högre personaltäthet för att tillmötesgå brukarna och kunna ge ett bättre stöd. Flera av respondenterna uttryckte brist på tid och resurser, vilket resulterar i att vissa vårdbehov ej tillgodoses i utsträckningen som önskas. Både enhetschefer inom hemtjänsten och särskilda boenden framförde att det ej finns tillräcklig personal för att alla brukare ska få alla behov tillgodosedda.

Vi har ju som säger en personal budget ifrån 0,55 är vår bemanning, alltså en 0,55 vårdarbetare per boende... så där kan jag tycka det krockar ju med hur mycket ansvar där jag ska liksom hålla i ekonomin samtidigt som jag ser behovet av att vi behöver mer personal (Respondent 6).

Enhetscheferna framförde att en högre personaltäthet skulle resultera i bättre kvalitet på vården, då de menade att personalen kan fokusera på sociala och psykologiska behov som oftast måste underprioriteras somatiska besvär.

9. Diskussion

Under detta kapitel presenteras en diskussion av studiens resultat som analyserats utifrån studiens tolkningsram samt tidigare forskning. Diskussionen har sedan för avsikt att besvara studiens syfte samt frågeställning och har därför utformats med rubriker utifrån frågeställningarna för tydlighet och struktur.

9.1 Vad är enhetschefers erfarenheter kring de stöd som finns på verksamheten?

I resultatet beskriver respondenterna erfarenheter av att de äldre kan stigmatiseras, förekomsten av ålderism, överskuggning och samsjuklighet bland äldre med psykisk ohälsa, vilket även stöds i tidigare forskning av Ahlström et al. (2020). Samtliga enhetschefer och statistik enligt Socialstyrelsen (2019b) beskriver även en ökning i antalet äldre med psykisk ohälsa, där flera även lyfter fram en ökning inom deras respektive verksamheter. Trots ökningen lyfts ingen erfarenhet fram av ett utökat stöd till äldre med psykisk ohälsa. Enligt Delaney (2011) kan detta även ses på antalet äldre med depression i relation till antalet äldre som får stöd eller behandling för deras besvär. Där 78 % av äldre som vårdas i hemmet ej får tillgång till vård gällande sin psykiska hälsa.

Enhetscheferna beskriver en förekomst av stigma när det kommer till äldre med psykisk ohälsa. Vilket leder till att de äldre ofta inte får stödet de behöver eller ansöker om stöd på grund av en oro för stigmatisering (Bain et al., 2019; Lee & Dugan, 2015). Stigmat resulterar i att äldre med psykisk ohälsa ej blir prioriterade. Det framkommer i resultatet och i kunskapsöversikten från Folkhälsomyndigheten (2019) att professionella inom psykiatri och sjukvården anser att psykisk ohälsa är del av det naturliga åldrandet. Enligt det gerontologiska perspektivet påverkas synen och uppfattningen samhället har om äldre av stereotyper och stigma, vilket kan resultera i uppfattningen att äldre är svaga och sjuka (Tornstam, 2018). Således uppfattas nedsatt funktionsförmåga och psykisk ohälsa som normalt hos äldre. Vilket sedan kan påverka utformningen av stöd eller tillgången till stöd då de professionella ej anser att psykisk ohälsa bland äldre är något utöver det normala. Detta framkommer även i professionellas bemötande av äldre, där riktlinjer som finns för personer med psykisk ohälsa ofta ignoreras i kontakt med äldre (Delaney et al., 2011; Lee & Dugan, 2015). Stigmatisering och ålderism bland professionella resulterar således i ett motstånd där äldre inte får adekvat stöd på grund av bilden av äldre och psykisk ohälsa (Bain et al., 2019).

Professionellas fokus ligger på somatiska besvär och symtom på psykisk ohälsa som anses vara del av till exempel demensdiagnos (Ahlström et al., 2020; Bain et al., 2019). Respondenterna beskriver överskuggning där mer fysiska behov skymmer den psykiska ohälsan, som ligger kvar som bakomliggande faktorer till olika beteenden och besvär. Bain et al. (2019) menar att psykisk ohälsa resulterar i fysiska symtom hos äldre. Respondenterna syftar till att äldre undviker att söka hjälp på grund av skuld och skam kring psykisk ohälsa, de vill ej uppmärksamma sin problematik. Livsloppsperspektivet betonar att för att förstå en person måste man utgå från individens livshistoria och utveckling över livet som helhet. Perspektivet menar att yttre förhållanden, samhällets normer och sociala interaktioner tillsammans med det biologiska åldrandet påverkar individen (Tornstam, 2018). För få insikt om äldres situation och handlingar måste man utgå från förekommande stigma och normer kring psykisk ohälsa under deras livstid och uppväxt. Förr förekom en större av stigmatisering av psykisk ohälsa vilket påverkar äldres kunskap och benägenhet att söka hjälp (Bain et al., 2019).

Enhetscheferna beskriver även samverkans betydelse för bra och utvecklat stöd till äldre personer med psykisk ohälsa. De syftar till att samverkan inom verksamheten, mellan den egna personalen och andra professioner på plats fungerar bra. Flera av dem lyfter fram vikten av bra samarbete med brukaren och anhöriga. Samverkan med andra verksamheter som psykiatri och sjukvården beskrivs som bristande. Vilket respondenterna menar resulterar i att äldre faller mellan stolarna.

9.2 Vilket behov av stöd finns för äldre med psykisk ohälsa på verksamheten?

Enligt Bain et al. (2019) och de flesta av enhetscheferna kan inte det generella stödet från samhället eller deras verksamhet helt tillmötesgå behoven som äldre med psykisk ohälsa har. De grundläggande mänskliga behoven kunde uppfyllas, men när det gäller de mer specifika behoven uttryckte enhetscheferna att det fanns brister. Enhetscheferna beskrev att det inte fanns någon form av specifikt stöd till äldre med psykisk ohälsa. Speciellt då den psykiska ohälsan är mångfacetterad och alla livsområden kan påverka individens mående (König et al., 2013; Creswell-Smith et al., 2020). Enligt jagutvecklingen passerar individer faser genom livets gång där de får olika roller och tillskrivs olika egenskaper. Den äldre fasen består av människor som lämnat arbetslivet och handlar om kampen mellan att behålla sin integritet eller hamna i förtvivlan, sjukdom, beroende och fruktan inför döden (Harnett & Jönson, 2015; Tornstam, 2018). Detta ökar komplexiteten med psykisk ohälsa och behov av stöd kan uppkomma enbart i hög ålder på grund av processer som sker när vi åldras (Tornstam, 2018; König et al., 2013). Produktivitet och självständighet värderas av samhället, därför skapas negativa attityder av äldre som anses improduktiva. Enligt respondenterna känner många äldre att de har förlorat sitt syfte när de gått i pension och flyttar in på särskilt boende och enligt jagutvecklingen kan äldre utveckla en psykisk ohälsa om de inte finner acceptans över sitt liv (Tornstam, 2018). Detta är unikt för äldre och behöver behandlas på ett unikt sätt. Yngre personer med psykisk ohälsa har andra möjligheter och påverkande faktorer jämfört med äldre som respondenterna menar inte passar in i bilden av den stereotypiska brukaren. Respondenterna beskriver att äldre brukare möter motstånd på grund av sin ålder. Att tro att de kan behandlas likadant som yngre brukare som inte möter detta motstånd vore naivt.

Kunskap om dessa processer som tillhör åldrandet och dess påverkan på äldre individers socioekonomiska situation, sociala nätverk och funktionsförmågor, krävs enligt det gerontologiska perspektivet för att ha en helhetssyn på den äldre brukarens situation (Harnett & Jönson, 2015; König et al., 2013). Enhetscheferna berättar att de i sin verksamhet inte har kunskaperna eller resurserna att ta över ansvaret när de andra verksamheterna drar sig tillbaka. Respondenterna menar också att brukarens behov av stöd från dessa verksamheter inte försvinner av att uppnå en viss ålder. Men enligt respondenterna backade flera verksamheter när brukaren passerat "bäst före datumet". Denna stigmatisering från professionella resulterar i att äldre blir mindre benägna att söka hjälp och inte känner sig hjälpta när de väl har sökt hjälp (Bain et al., 2019; Lee & Dugan, 2015).

Flera menade att utbudet av stöd som de kan erbjuda är begränsat, några var tveksamma om det fanns något att erbjuda alls. Respondenterna menade att de oftast kan erbjuda sina brukare mediciner, vilket enligt Creswell-Smith et al. (2020) är den generellt vanligaste behandlingen för äldre med psykisk ohälsa. Respondenterna kunde också erbjuda några sorters aktiviteter på vardagarna och eventuellt samtalsstöd eller hjälp till kontakt med samtalsstöd. Däremot menade de att utbudet var otillräckligt då de stöden inte alltid funkade eller passade till brukarna. Mediciner kunde vara ineffektiva och då aktiviteter är frivilliga blir de ineffektiva om de skulle nekas av brukarna. Att bara fokusera på symtomen kan göra att man förbiser andra faktorer som kan orsaka psykisk ohälsa (Creswell-Smith et al., 2020; Biering, 2019).

Enhetscheferna talade om att arbeta utifrån att alla är olika och behöver olika sorters stöd för att få sina behov bemötta. Ingen lösning passar åt alla och det kan behövas många alternativ för att kunna hjälpa varje individ. Tillsammans med detta har ofta äldre flera diagnoser, symtom och är samsjukliga vilket försvårar för behandlingar och stödinsatser (Ahlström et al., 2020). Det kan vara svårt att se vilket symtom som utlöser de andra om symtomen ingår i flera diagnoser.

Både respondenterna och Clarke et al. (2013) menar att det finns behov av större personaltäthet för att tillmötesgå brukarna och ge dem bättre stöd. Det finns inte tillräckligt personal för att alla brukare ska få alla behov tillgodosedda. Personalen kan inte fylla upp behovet av till exempel social tillvaro. Det finns inte tillräckliga tidsresurser för att sitta ner med varje brukare och prata, umgås eller kanske hålla i handen vid oro.

9.3 Vilka utvecklingsområden finns kring stöd till äldre med psykisk ohälsa?

Stöd till äldre med psykisk ohälsa behöver utvecklas så äldre kan påverka sitt stöd. Bjørkløf et al. (2016) menar att äldre personers inverkan på sitt stöd ökar extern locus som kopplas till en bättre livskvalitet. Delaktighet och ökad påverkan över deras ärende påverkar deras mående positivt. Utvecklad välfärd och stöd krävs enligt både respondenterna och Biering (2018) för att fånga upp äldres komplexa problematik och inte endast fokusera på diagnoser och symptom. Genom att bedöma stöd utifrån behovet och med medvetenhet kring hur äldres psykiska ohälsa påverkar flera områden i deras liv kan underanvändning och otillräckligt stöd undvikas (König et al., 2013).

I resultatet framkommer det brist av kompetens och kunskap kring äldre med psykisk ohälsa, det krävs således en utvecklad kompetens för att ge äldre adekvat och korrekt stöd för deras psykiska ohälsa (Clarke et al., 2013). Här skulle bättre kunskap och kompetens i bemötande av äldre med psykisk ohälsa och hur psykisk ohälsa påverkar äldre anses kunna bidra till en bättre helhetsförståelse av den äldres situation. Vilket enligt det gerontologiska perspektivet krävs för att kunna utforma ett bra stöd (Tornstam, 2018). Utbudet av utbildningar inom ämnet uttrycks både i resultatet och enligt Clarke et al. (2013) vara litet och flera av respondenterna anger att det inte finns resurser att ta del av de utbildningar som finns. Vissa respondenter menar istället att utbildningar om demens har överförbar kunskap som till viss del kan användas även vid annan psykisk ohälsa, men då behövs det mer erfarenhet, handledning och stöttning till personalen för att se till att alla behov blir uppfyllda.

Respondenterna känner sig isolerade från andra verksamheter och anger att det är svårt att få bra samverkan med utomstående professioner. Bättre samverkan krävs för att få bättre information och möjligheter till stöd åt äldre med psykisk ohälsa. Samarbeten underlättar för brukaren och möter deras behovsbild bättre. Ett stort antal av äldre med psykisk ohälsa faller mellan stolarna, det är en grupp som ej uppmärksammas eller prioriteras enligt respondenterna. Stigma, ålderism, den komplexa sjukdomsbilden och verksamheter som ej anser att de hör till deras ansvarsområde resulterar enligt respondenterna samt Bain et al. (2019) i att de äldre inte får stöd. Bättre samverkan skulle leda till tydlighet om vilken verksamhet som ansvarar för vad och minska risken att denna grupp faller mellan stolarna enligt respondenterna. Då samverkan kan anses utöka kunskapen kring äldre med psykisk ohälsa, vilket sedan kan motverka stigmat och ålderismen som präglar samhället (Tornstam, 2018).

I dagsläget finns inga specifika insatser eller stöd till äldre med psykisk ohälsa inom de verksamheter som studerats i denna studie. Detta stöds även av Bain et al. (2019) som syftar till ett behov av specifika stöd som kan fånga upp äldres problematik. En del av respondenterna beskriver att det inte finns specifika stöd enbart till för specifika grupper utan att alla stöd finns tillgängliga för alla med behov av stödet. Man utgår från IBIC och varje individs unika behovsbild. Genom att utgå från och fokusera på individens behov kan man enligt gerontologiska perspektivet fånga upp äldres psykiska ohälsa med hjälp generella stöd och användningen av förhållningssätt som IBIC (Tornstam, 2018). Flera nämner att de få stöd som finns inte tillmötesgår behoven hos äldre med psykisk ohälsa. Trots detta menar en del av respondenterna att det finns en risk med specialiserade insatser för äldre med psykisk ohälsa. En del respondenter syftade till att insatser utformade för äldre med psykisk ohälsa kan leda till att de endast uppmärksammas som sin problematik istället för individer. Att det skulle resultera i stämpling och stigmatisering för målgruppen. Andra menar att riktat stöd kan minska stigma då det skulle fånga upp och tillgodose dessa individers behov.

För att tillmötesgå brukarnas behov behövs även en personaltäthets höjning enligt respondenterna. Högre personaltäthet skulle minska tidsbristen, resultera i bättre kvalitet på vården och ge personalen möjlighet att fokusera på sociala och psykologiska behov hos brukarna (Clarke et al., 2013). Behov som sällskap, samtal och umgås eller hålla handen vid oro underprioriteras idag för mer krävande somatiska besvär skulle då lättare kunna uppfyllas.

10. Slutsats

Slutligen visar resultatet på flera aspekter som kan anses påverka utformningen, hanteringen och tillvägagångssätt gällande stöd till äldre med psykisk ohälsa. Resultatet påvisar således ett behov av till exempel en utökad kompetens och kunskap kring äldre med psykisk ohälsa. Då det kan antas att en ökad kompetens om hur psykisk ohälsa påverkar äldre bidrar till bättre hantering och bemötande. En utökad kunskap kring äldre skulle även anses kunna motverka samt minska stigma och ålderism.

Studien påvisar att stöd som äldre tar del av idag tenderar att bestå till största del av psykofarmaka, vilket inte alltid anses ge önskad effekt. Därför kan det krävas ett utvecklat stöd som tillmötesgår andra behov hos äldre. Frågan är hur detta stöd ska utformas då det förekommer skilda tankar om ett specificerat stöd för äldre med psykisk ohälsa vore bra eller dåligt.

Studien påvisar även en efterfrågan från enhetscheferna efter ytterligare resurser i form av personaltäthet och ekonomiska medel som antas kunna hantera det ökade behovet till äldre med psykisk ohälsa.

10.1 Fortsatt forskning

Forskning kring äldre kräver mer information om psykisk ohälsa hos äldre. Kunskap om hur psykisk ohälsa påverkar och framträder hos äldre är viktig att ha för att utforma ett tillräckligt och korrekt stöd. Det krävs en bättre helhetsbild av förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre som inte endast fokuserar på skilda diagnoser eller symtom. Helhetsbilden behöver innefatta både hur mycket psykisk ohälsa som finns bland äldre och vilka typer av psykisk ohälsa som de lider av. För tillfället finns väldigt lite forskning gällande äldres psykiska ohälsa och är därför ett ämne som behöver fyllas på i allmänhet.

Referenser

- Ahlström, G., Axmon, A., Sandberg, M., Hultqvist, J. (2020). Specialist psychiatric health care utilization among older people with intellectual disability – Predictors and comparisons with the general population: A national register study. *BMC Psychiatry*, *20*(1). DOI:10.1186/s12888-020-02491-6
- Arthur, A., Barnes, L., Borjian-Borojeny, A., Brayne, C., Denning, T., Jagger, C., Matthews, F., Robinson, L., & Savva, G. (2020). Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, *216*(1), 49–54. doi: 10.1192/bjp.2019.193
- Bain, H., Kennedy, C., Lee, S. & Wells, J. (2020). The experiences of older adults with a diagnosed functional mental illness, their carers and their healthcare professionals in relation to mental health service delivery: an integrative review. *Journal of clinical nursing*, *29*(1-2), 31-52. DOI:10.1111/jocn.15067
- Biering, P. (2019). Helpful approaches to older people experiencing mental health problems: A critical review of models of mental health care. *European Journal of Ageing*, *16*(2), 215-225. DOI:10.1007/s10433-018-0490-3
- Bjørkløf, G., Corazzini, K., Engedal, K., Helvik, A., Laks, J., Selbæk, G. & Østbye, T. (2016). Are coping strategies and locus of control orientation associated with health-related quality of life in older adults with and without depression?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *64*(2016), 130-137.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.014>
- Bravell, M. & Östlund, L. (2020). *Äldre och åldrande*. (3 uppl.) Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Bryman, A. (2016) *Samhällsvetenskapliga metoder*. (uppl. 3) Stockholm: Liber AB.
- Bülow, P., Bülow, P.H., Ernsth-Bravell, M. & Finkel, D. (2020) De dubbelt marginaliserade. *Äldre i centrum, aktuell forskning om äldre och åldrande*, *20*(1).
- Clarke, P., Klein, R., Koskinen, L., Krasuckiene, D., Küçükgülü, Ö., Lamsodiene, E., Marques, A., Piscalkiene, V. & Soares, C. (2019). Older people's views and expectations about the competences of health and social care professionals: a European qualitative study. *European Journal of Ageing*, *16*(1), 53-62.
DOI:10.1007/s10433-018-0466-3
- Corna, L., Cairney, J. & Streiner, S. L. (2010). Suicide Ideation in Older Adults: Relationship

- to Mental Health Problems and Service Use. *The Gerontologist*, 50(6), 785-797.
DOI:10.1093/geront/gnq048
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (Fourth edition). Los Angeles: Sage Publications.
- Creswell-Smith, J., Nordmyr, J., Donisi, V., Lara, E., Martin-Maria, N., Nyholm, L. & Forsman, A. (2020) Mental wellbeing among the oldest old: revisiting the model of healthy ageing in a Finnish context. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), Artikel 1734276. DOI:
10.1080/17482631.2020.1734276
- Delaney, C., Fortinsky, R., Doonan, L., Grimes, R.L.W., Pearson, T.L., Rosenberg, S., Bruce, M.L. (2011) Depression Screening and Interventions for Older Home Health Care Patients: Program Design and Training Outcomes for a Train-the-Trainer Model. *Home Health Care Management & Practice*, 23(6), 435-445. DOI:
10.1177/1084822311405459
- Folkhälsomyndigheten (2019). *Skilnader i psykisk ohälsa bland äldre personer: En genomgång av vetenskaplig litteratur samt en epidemiologisk studie.*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/85e04b9f6cde4e8daa2894d389ade1ad/skillnader-psykisk-ohalsa-aldre-personer.pdf>
- Harnett, T., & Jönson, H. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur.
- König, H., Luppä, M., Riedel-Heller, S. & Stein, J. (2013). Assessing met and unmet needs in the oldest-old and psychometric properties of the German version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). *International Psychogeriatric*, 26(2), 1-11. DOI:10.1017/S1041610213001993
- Lee, H.J. & Dugan, E. (2015) How Large Is the Gap Between Self-Report and Assessed Mental Health and Does It Impact Older Adult Mental Health Service Utilization? *Journal of Gerontological Social Work*, 58(1), 3-19. DOI:
10.1080/01634372.2014.919978
- Socialstyrelsen. (2018) *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*. (Artikelnummer: 2018-9-12). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2018-9-12.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019a) *Statistik om dödsorsaker 2019*. Sveriges officiella statistik.
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/dodsorsaker/>
- Socialstyrelsen. (2019b) *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2019*. Sveriges

officiella statistik.

www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/sjukdomar-och-symptom/

Socialstyrelsen. (2019c) *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2019*. Sveriges officiella statistik <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/socialtjanstinsatser-till-aldre/>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Tornstam, L. (2018). *Åldrandets socialpsykologi*. (9 uppl.) Lund: Studentlitteratur AB

Bilagor

Bilaga 1

Information om studien kring enhetscheferns erfarenhet av stöd till äldre med psykisk ohälsa.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna studien. Syftet med studien är beskriva enhetscheferns erfarenheter kring stöd som finns för äldre med psykisk ohälsa. Urvalet består av 10 enhetschefer som arbetar inom äldreomsorgen, på särskilt boende och inom hemtjänsten. Deltagarna är valda utifrån ett målstyrt urval för att säkerställa att syftet besvaras. Du har blivit tillfrågad då vi anser att enhetschefer besitter den kunskap och arbetserfarenhet som krävs för att besvara syftet.

Vad innebär deltagandet:

Som deltagare i studien kommer du kontaktas för ett samtycke och en intervju genom digitala medel. Intervjun kommer bestå av 7-10 frågor och pågå i ca: 45 min, beroende på hur lång tid det tar att gå igenom frågorna. Därefter kommer du eventuellt kontaktas för förtydligande samt för att få tillgång till transkribering, data eller den färdiga studien om så önskas.

Intervjuerna kommer koda och avidentifieras så att känsliga eller personliga uppgifter hanteras konfidentiellt. Den inspelade intervjun kommer sparas på en dator utan koppling till internet och den transkriberade datan sparas på en lösenordsskyddad dator. Endast studiens författare, det vill säga Chloé Högosta, Erika Ahlskog samt handledaren kommer ta del av datan.

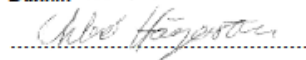
Högskolan Dalarna är ansvarig för behandlingen av personuppgifter i samband med examensarbetet. Som deltagare i undersökningen har du enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) rätt att få information om hur dina personuppgifter kommer behandlas. Du har också rätt att ansöka om ett så kallat registerutdrag, samt att få eventuella fel rättade. Vid frågor om behandlingen av personuppgifter kan du vända dig till Högskolans dataskyddsombud.

Ditt deltagande i studien är frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Studien kommer att presenteras i form av ett examensarbete vid Högskolan Dalarna.

Falun, 2021-01-26

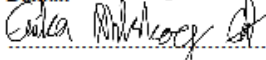
Chloé Högosta	Erika Ahlskog	Handledare: Thomas Strandberg
h18chlho@du.se	h14eriab@du.se	ts@du.se

Datum: 2021-01-28



Student: Chloé Högosta

Datum: 2021-01-28



Student: Erika Ahlskog

Bilaga 2

Samtyckesblankett

Tack för att du vill delta i studien *Stöd till äldre med psykisk ohälsa.*, syftet med studien är att beskriva enhetschefers erfarenheter kring stöd som finns för äldre med psykisk ohälsa. Före ditt deltagande behöver du lämna ditt samtycke för deltagande och behandling av eventuella personuppgifter Studien genomförs inom ramen för kursen Examensarbete för socionomexamen på socionomprogrammet vid Högskolan Dalarna

Läs igenom blanketten noggrant och ge ditt medgivande genom att skriva under längst ned på sidan.

Medgivande

- Jag har tagit del av informationen kring studien och är medveten om hur mitt deltagande kommer att gå till och den tid det förväntas ta i anspråk.
- Jag har fått möjlighet att få mina frågor angående studien besvarade innan den påbörjas och vet vem jag ska vända mig till om jag har ytterligare frågor.
- Jag deltar i denna studie helt frivilligt och har blivit informerad om varför jag har blivit tillfrågad och vad syftet med deltagandet är.
- Jag är medveten om att jag när som helst under studiens gång kan avbryta mitt deltagande och återkalla mitt samtycke utan att jag behöver förklara varför.
- Jag ger mitt medgivande till *Högskolan Dalarna* att behandla och lagra personuppgifter nödvändiga för att genomföra studien förutsatt att det görs i enlighet med bestämmelser i GDPR och PUL¹.
- Jag ger detta medgivande förutsatt att inga andra än de studenter och handledare som är knutna till studien kommer att ta del av det insamlade materialet och att materialet endast kommer att användas till studiens syfte.
- Jag ger detta medgivande förutsatt att materialet från studien kommer att behandlas konfidentiellt i den mening som att mitt namn aldrig kommer att publiceras eller kopplas till enskilda utsagor.

Ort / datum

Namnteckning

.....

.....

Namnförtydligande

.....

¹ Alla uppgifter om dig som samlas in i studien är skyddade enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt General Data Protection Regulation (GDPR). Ansvarig för dina personuppgifter är Högskolan Dalarna. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. För frågor om behandling av personuppgifter kan du kan även kontakta Högskolan Dalarnas dataskyddsombud Anders Forsman, e-post: dataskydd@du.se eller på telefon: 023-77 89 56. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet

Bilaga 3

Intervjuguide:

1. Hur länge har du arbetat inom äldreomsorgen?
2. Vad är din spontana tanke när du hör "äldre med psykisk ohälsa"?
 - 2.1. Kan du utveckla och förklara varför du tänker så?
3. Vad är din erfarenhet av äldre personer i psykisk ohälsa?
 - 3.1. Har du erfarenhet av att någon äldre i din verksamhet haft psykisk ohälsa (t ex depression, ångest)?
 - 3.2. Vad är dina erfarenheter av stöd till äldre med psykisk ohälsa?
 - 3.3. Upplever du det som du har kunskap för att hantera och hjälpa äldre med psykisk ohälsa?
4. Vad anser du är verksamhetens ansvar när det kommer till psykisk ohälsa hos de äldre?
 - 4.1. Vilken verksamhet är ansvarig för de andra delarna?
 - 4.2. Har ni god samverkan med dem?
5. Hur hanterar ni äldre med psykisk ohälsa?
 - 5.1. Vilka behandlingar/stöd har ni att erbjuda?
6. Upplever du att de äldre med psykisk ohälsa får sina behov bemötta?
 - 6.1. Utveckla och förklara utifrån dina erfarenheter?
7. Finns ett behov av stöd som endast är riktade mot äldre med psykisk ohälsa?
 - 7.1. Fångar det generella stödet från hälso och sjukvård samt psykiatri upp deras behov?
8. Vilket utvecklingsbehov finns för äldre med psykisk ohälsa?
 - 8.1. Ser du några utvecklingsområden i den verksamhet du företräder?
 - 8.2. Hur ser du på samhällsstödet för denna grupp generellt, finns det något som bör utvecklas?
 - 8.3. Finns ett behov av ett utvecklat stöd för äldre med psykisk ohälsa?
9. Anser du att dina medarbetare/ din personal har kunskap för att hantera och stödja äldre med psykisk ohälsa?
 - 9.1. Motivera och utveckla ditt svar.
10. Finns det något du vill berätta om som vi inte har frågat?

Bilaga 4

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Använd blanketten som en grund för forskningsetiska reflektioner tillsammans med din handledare och för att komma fram till bästa forskningsetiska förhållningssätt samt beslut om ansökan till den Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna alternativt Etikprövningsmyndigheten behövs eller ej. Blanketten behålls av studenten och handledaren.

Projekttitel: Stöd till äldre med psykisk ohälsa.

Student/student: Chloé Högosta & Erika Ahlskog

Handledare: Thomas Strandberg

	Ja	Tveksamt	Nej
1 Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas dvs. omfattar studien deltagare som kan betraktas tillhöra en sårbar grupp t.ex. barn (under 18 år), personer med nedsatt kognitiv förmåga, psykisk funktionsnedsättning eller sådana som har en beroendeställning till den som genomför studien t.ex. som patienter eller elever till densamma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2 Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3 Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4 Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5 Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6 Avser du behandla känsliga personuppgifter, som etnicitet, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening, hälsa eller sexualliv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7 Avser du behandla personuppgifter om lagöverträdelse, som brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8 Avser du att behandla personuppgifter? Observera att: <ul style="list-style-type: none"> • Samtliga uppgifter som kan kopplas till en levande person betraktas som personuppgifter, även om de är kodade eller krypterade. • I händelse av att studentarbetet INTE omfattar några känsliga personuppgifter och heller INTE deltagare som tillhör en sårbar grupp eller deltagare som INTE står i beroendeställning till den som genomför studien, behöver inte någon ansökan till Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna göras. • Vid behandling av personuppgifter ska dock ALLTID anmälan om detta göras på avsedd blankett som sänds till: dataskydd@du.se 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Fastställt av Forskningsetiska nämnden 2020-09-23