Analys av stöd till personer över 65 år som har eller riskerar psykisk ohälsa inom Stockholms län

Om primärvårdens och kommunernas samverkan och stödinsatser, deras förutsättningar att upptäcka psykisk ohälsa samt hur personer med psykisk ohälsa ser på dessa insatser

Författare

Lis Bodil Karlsson, FoU Nordost
Charlotte Klinga, FOU nu
Elisabeth Rydwik, FOU nu
Eva Lindqvist, Nestor FoU-center
Anders Nordlund, Nestor FoU-center
Milja Ranung, Nestor FoU-center
Carin Lennartsson, Stockholms läns Äldrecentrum
Lars Sonde, Stockholms läns Äldrecentrum

Layout: Andreas Larsson, FOU nu

Copyright 2018

Förord

Stockholms fyra FoU-enheter som arbetar inom äldreområdet har gemensamt tagit på sig detta uppdrag, att analysera det stöd som personer över 65 kan ta del av inom länet vid psykisk ohälsa. Att våra verksamheter har sina uppdrag och sin finansiering från kommunerna och landstinget har underlättat att ta på sig gemensamma uppdrag där Stockholms läns landsting och Storsthlm tillsammans har stått som uppdragsgivare.

Gemensamt för FoU-enheterna är uppdraget att driva och medverka i FoU-projekt i nära samverkan med praktiken och genom detta bidra till kunskapsbaserad vård och omsorg. I detta uppdrag kunde vi nyttja vår kunskap om fältet, få till en god geografisk spridning, använda olika metoder vid datainsamling och tack vare våra olika professionella bakgrunder inta olika perspektiv vid analys. Eftersom vi redan arbetar med flera aktiviteter inom området psykisk hälsa för äldre personer har vi goda möjligheter att också använda resultatet från analyserna i våra pågående arbeten. I nästa steg är vi beredda att söka kunskap och förståelse där luckor fortfarande kvarstår och fortsätta vara en del av länets arbete för psykisk hälsa för äldre personer.

Åsa Hedberg Rundgren, direktör, Stockholms läns Äldrecentrum
Håkan Uvhagen, bitr. verksamhetschef, FOU nu
Lina Palmlöf, tf. verksamhetschef, FoU Nordost
Eva Lindqvist, FoU-chef, Nestor FoU-center

– Delar av Regional Samverkans- och Stödstruktur, RSS, i Stockholms län

Sammanfattning

Denna rapport är en fördjupad analys gällande personer över 65 år med psykisk ohälsa i Stockholms län utförd av fyra FoU-verksamheter i länet på uppdrag av Uppdrag psykisk hälsa i Stockholms län. Rapporten presenterar förslag på aktiviteter inom arbetet för en förbättrad psykisk hälsa hos de äldre personerna i Stockholms län.

Som grund för rapporten finns fyra studier med olika fokusområden och design. Två studier samlade data genom enkät till kommuner och vårdcentraler i länet: 1) *Stödinsatser för äldre personer med risk för psykisk ohälsa och förebyggande insatser*, 2) *Samverkan mellan kommun och landsting rörande målgruppen*. I två studier intervjuades utvalda grupper inom kommun, landsting respektive frivilligorganisationer: 3) *Förutsättningar för medarbetare att uppmärksamma psykisk ohälsa* och 4) *Erfarenheter hos målgruppen av stöd från kommun och landsting*.

Åtgärdsförslag samlades under fyra rubriker: 1) *Att fånga in målgruppernas behov och möta dessa*, 2) *Insatsernas nytta och tillgänglighet för målgrupperna*, 3) *Utmaningar för den nödvändiga samverkan*, 4) *Professionernas behov av kunskap och stöd för att nyttja den*. Exempel på aktiviteter som föreslås är:

- att utreda regionalt hur aktörer kan gå tillväga för att ta in perspektivet från äldre personer med psykisk ohälsa/riskerar psykisk ohälsa vid insatser som riktar sig till dem,
- att utföra en regional analys av utvalda befintliga insatser gällande t.ex. hur väl man når ämnad målgrupp och om kända faktorer för god psykisk hälsa för äldre ingår i insatserna,
- att göra en regional kartläggning av befintliga lokala arenor för samverkan där frågor om psykisk ohälsa hos äldre personer kan avhandlas,
- att skapa en samsyn med Regionalt resurscentrum för psykisk hälsa i Stockholm – Gotland om vilken kunskap professioner inom socialtjänsten behöver och hur den bäst presenteras.

Inom ett antal av de aktiviteter som har föreslagits kan FoU-verksamheterna bidra genom att ta på sig ett specifikt uppdrag eller vara ett kompletterande stöd.

Innehållsförteckning

Förord **2**
Sammanfattning **4**
Inledning **7**
En analys på uppdrag från Uppdrag psykisk hälsa 7
Rapportens innehåll och metodupplägg 7
Bakgrund **9**
Psykisk ohälsa och risk för psykisk ohälsa hos personer över 65 år 9
Lagar som påverkar insatser för äldre personer med psykisk ohälsa 10
Överenskommelser som berör psykisk hälsa hos äldre personer i Stockholm 11
Samverkan och kompetens för stöd till individer med psykisk ohälsa 11
Definitioner 12
Design och metod **13**
Tabell 1: Studier som är underlag för rapporten: Titel, design och fokusområde 14
Resultat **15**
Målgruppens och brukarorganisationernas perspektiv 15
Kommunernas och primärvårdens insatser för målgruppen 16
Samverkan mellan och inom huvudmän 19
Olika professioners behov av kunskap och stöd 21
Diskussion - Underlag till förslag på åtgärder **23**
Att fånga in målgruppernas behov och möta dessa 23
Insatsernas nytta och tillgänglighet för målgrupperna 23
Utmaningar för den nödvändiga samverkan 25
Professionernas behov av kunskap och stöd för att nyttja den 26
Slutord med översikt av förslag på vidare steg **28**
Tabell 2: Föreslagna aktiviteter 29
Referenser **30**

Inledning

En analys på uppdrag från Uppdrag psykisk hälsa

Den gemensamma styrgruppen för Uppdrag psykisk hälsa i Stockholm beslutade i oktober 2017 att en fördjupad analys gällande personer över 65 år med psykisk ohälsa skulle genomföras 2018. De fyra FoU-enheterna inom länet som har inriktning mot personer över 65 år fick i uppdrag att gemensamt utföra analysen. Den består av fyra övergripande frågeställningar.

- Undersöka vilka stödinsatser som ges för äldre med psykisk ohälsa samt vilka förebyggande stödinsatser som ges till gruppen som riskerar psykisk ohälsa,
- Kartlägga samverkan mellan kommuner och landsting,
- Beskriva förutsättningar hos medarbetare (i hemtjänst, socialtjänst och primärvård) för att upptäcka signaler om, och att initiera åtgärd vid, psykisk ohälsa,
- Beskriva vilka erfarenheter representanter för patient-, brukar- och anhörigorganisationer har av det stöd som ges från kommuner och landsting till personer över 65 år med psykisk ohälsa

Analysen slutrapporteras till projektkansliet för Uppdrag psykisk hälsa i september 2018 i form av en sammanfattande rapport. Studierna som ligger till grund för denna slutliga rapport finns tillgängliga som självständiga rapporter.

Rapportens innehåll och metodupplägg

Denna rapport ger en sammanfattande bild av utmaningar inom området psykisk ohälsa för personer över 65 år i Stockholm utifrån uppdragets frågeställningar. Rapporten innehåller en resultatsammanfattning av de fyra underliggande studierna och en diskussionsdel där utmaningarna från resultatdelen diskuteras. I diskussionsdelen presenteras också förslag på aktiviteter utifrån de utmaningar som framkommit i resultatet. Fyra studier har genomförts och använts som underlag för denna rapport. För en mer detaljerad beskrivning hänvisar vi till rapporterna från dessa studier, som var och en svarar mot en av de fyra övergripande frågeställningarna. Dessa är utförda av respektive FoU-enhet i samråd med övriga FoU-enheter. Titlarna på de underliggande rapporterna är:

- **Patient- brukar- och anhörigorganisationers** erfarenheter av stödet till äldre personer med psykisk ohälsa från Stockholms läns kommuner och landsting.

Författare: Lars Sonde, Jenny Österman och Carin Lennartsson från Stockholms läns Äldrecentrum (refereras som Studie 1 i rapporten)

- **Stödinsatser** för äldre som har eller riskerar psykisk ohälsa. Författare: Charlotte Klinga och Elisabeth Rydwik från FOU nu (Studie 2)
- **Kartläggning av samverkan** mellan kommun och primärvård i Stockholms län vid insatser för äldre personer med psykisk ohälsa. Författare: Anders Nordlund och Eva Lindqvist från Nestor FoU-center (Studie 3)
- **Upptäcka signaler** om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa av äldre personer. Författare: Lis Bodil Karlsson från FoU Nordost (Studie 4)

Bakgrund

Psykisk ohälsa och risk för psykisk ohälsa hos personer över 65 år

Enligt WHO handlar psykisk hälsa bland annat om att människor upplever sin tillvaro som meningsfull, kan använda sina resurser, vara delaktiga i samhället och uppleva att de har förmåga att hantera livets normala motgångar. Psykisk hälsa beskrivs som mer än frånvaron av psykisk ohälsa. Arbetet med den psykiska hälsan i befolkningen berör i stort sett samtliga verksamhetsområden inom kommun och landsting. Denna analys fokuserar dock på personer över 65 år som har eller riskerar psykisk ohälsa. Uppdrag psykisk hälsa har valt att använda begreppet psykisk ohälsa som ett begrepp som övergripande beskriver *”allt psykiskt illamående från lindriga psykiska tillstånd som lättare ångest och nedstämdhet till allvarliga tillstånd…”*.

Äldre personer är ingen homogen grupp och åldrandet tar sig individuella uttryck och påverkar funktionsförmågan på olika sätt. Man kan ha drabbats av psykisk ohälsa eller sjukdom tidigt i livet och åldrats med den, eller senare i livet, på grund av olika förluster i och med stigande ålder. Det kan vara förluster av förmågor, förändrad identitet och ett försvagat socialt nätverk. Åldrandet leder också till ett ökat beroende av andra människor. Sorg, nedstämdhet eller psykisk ohälsa behöver inte vara detsamma som psykisk sjukdom utan symtomen kan istället vara normala reaktioner på en påfrestande livssituation (Rolfner Suvanto, 2018).

Det är utifrån nuvarande forskning och rapportering svårt att få en klar bild av hur vanligt förekommande psykisk ohälsa är bland äldre personer. Förekomsten varierar mellan olika studier, bland annat beroende på skillnader i vilka mätinstrument som använts och vilka populationer som har analyserats. Risken för psykisk ohälsa ökar dock med stigande ålder (Svenska psykiatriska föreningen, 2013). Socialstyrelsen har uppskattat att 11–15 procent av befolkningen över 65 år vid något tillfälle har en depression. Ångestsjukdomar är vanliga och drabbar 5–10 procent av de äldre, ofta i samband med depression. Psykossjukdomar uppskattas till 3–4 procent bland äldre (Socialstyrelsen, 2012). Missbruk av alkohol har ökat för både äldre män och äldre kvinnor (Socialstyrelsen, 2017).

Fysisk sjukdom, läkemedel och kriser, som dödsfall, sjukdom och separation, kan utlösa psykiska besvär (Socialstyrelsen, 2008). Även ofrivillig ensamhet är en riskfaktor för psykisk ohälsa (Forsman, 2014). För äldre är dessa förluster vanligt förekommande och för äldre med intellektuell funktionsnedsättning gäller oftast detta i ännu högre grad, då de ofta har ett mycket begränsat socialt nätverk (Svenskt Demenscentrum, 2018). Vid demenssjukdom är beteendemässiga och

psykiska symtom vanligt förekommande, exempelvis depression och ångest (Svenska psykiatriska föreningen, 2013). Ytterligare en riskfaktor för psykisk ohälsa är migration. En stor andel av de äldre personer som kommit till Sverige som flyktingar har varit med om traumatiska händelser som kan leda till psykisk ohälsa i ålderdomen (Metso, 2018). Exempelvis kvarstår risken för depression efter flera år i det nya landet (Fazel m.fl., 2005).

Lagar som påverkar insatser för äldre personer med psykisk ohälsa

Det finns skrivningar i lagar och föreskrifter som landsting och kommuner styrs av i de områden som denna rapport berör och som man behöver förhålla sig till.

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (Kap 3, 2 §). För äldre människor med psykiska besvär som kräver medicinsk behandling ligger ansvaret i första hand på primärvården, som remitterar till specialistpsykiatri vid behov. Primärvården är basen för en långsiktig behandling enligt den så kallade principen om Lägsta effektiva omhändertagandenivå (SOU 2016:2) och långsiktig samverkan sker främst mellan vårdcentraler och andra utförare, exempelvis kommunal omsorg.

Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. (Lag 2010:427). Det finns en förväntan att socialtjänsten ska få en ännu större roll i att förebygga sociala problem och social utestängning och enligt delbetänkandet behöver ett förebyggandeperspektiv utvecklas i kommunerna (SOU 2018:32). De kommunala insatserna kan beviljas antingen enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Handläggare arbetar på uppdrag av socialnämnden vars uppdrag utgår från SoL.

Sedan 2010 finns en bestämmelse om när kommun och landsting ska ta initiativ till att upprätta en samordnad individuell plan (SIP) och detta skall ske då en person har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården för att personen ska få sina behov tillgodosedda. SIP kan enbart initieras om personen lämnar sitt samtycke.

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612) trädde i kraft i januari 2018 och hösten 2018 sker övergången i länet till de nya arbetssätten. Den nya lagen ska främja en god vård och omsorg för personer som efter utskrivning från sjukhus behöver insatser från socialtjänsten och den landstingsfinansierade öppna vården, bl.a. vårdcentraler. Lagen innebär bland annat att landsting och kommuner tillsammans ska fastställa gemensamma riktlinjer för samverkan. SIP får en än mer betydande roll i och med denna lag.

Socialstyrelsen föreskriver att de som bedriver socialtjänst eller är vårdgivare ska identifiera och dokumentera processer i sin organisations ledningssystem, där samverkan behövs för att säkra kvalitet respektive förebygga vårdskada och på detta sätt ska det säkerställas att samverkan med andra aktörer möjliggörs (SOSFS 2011:9).

Överenskommelser som berör psykisk hälsa hos äldre personer i Stockholm

Sveriges kommuner och Landsting (SKL) har sedan 2007 tecknat överenskommelser med staten för att förbättra och förstärka kommuner och landstings arbete för att minska den psykiska ohälsan och öka den psykiska hälsan. De betonar att det finns behov av att skapa mer sammanhållna vård- och stödprocesser som utgår från den enskildes behov och rättigheter, ökad delaktighet i sin egen vård och omsorg för de berörda och en strategisk och långsiktig kompetensförsörjning. De övergripande målen med de länsgemensamma handlingsplanerna för alla åldrar är att:

- *befolkningen erbjuds behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser som medicinsk behandling och sociala insatser. Insatser ska vara jämlika, jämställda och tillgängliga.*
- *skapa ett uthålligt och långsiktigt hållbart arbete med att stärka strukturer för utveckling och kunskapsstyrning inom området psykisk hälsa. Arbetet ska baseras på ett gemensamt ansvarstagande i ordinarie strukturer, för att skapa förutsättningar för huvudmännen att erbjuda insatser med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap* (Uppdrag psykisk hälsa, 2017).

Samverkan och kompetens för stöd till individer med psykisk ohälsa

Socialstyrelsen (2013) betonar vikten av att t.ex. vårdbiträden och undersköterskor upptäcker tidiga tecken på psykisk ohälsa och att de delger sin chef eller ansvarig sjuksköterska som i sin tur kan delge läkare inom primärvården. För att kunna delge information till rätt person behövs en fungerande samverkan mellan verksamheter i kommun och landsting. En viktig förutsättning för att kunna samverka är att man har kunskap om den andres kompetens och hur olika utförares kompetens och uppdrag kompletterar varandra (Axelsson & Bahari Axelsson, 2013). En annan viktig förutsättning är att lagar och riktlinjer ger förutsättningar för samordning (Vårdanalys, 2016).

Samtidigt krävs också att medarbetare inom hemtjänst har kompetens att se tecken på psykisk ohälsa och i förläng-

ningen kunna stödja de personer som upplever psykisk ohälsa. Kunskap kan inhämtas från olika typer av utbildningar, vilket också görs. För att underlätta så att kunskapen kommer målgruppen till gagn behövs möjligheten att kritiskt reflektera utifrån den inhämtade kunskapen. Det kan innebära att lära av misstag, problematisera ens egna antaganden och delge varandra kunskap och visioner (Avby 2018). Lika viktigt är att verksamheten verkar för att kunskapen fångas upp och integreras i befintliga rutiner och strategier och utvecklas i verksamheten (Avby, 2018).

Definitioner

Primärvård: Enlig Hälso- och sjukvårdslagen avser primärvård hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppenvård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (kap 5, §6). I primärvård ingår bland annat mottagningsverksamheter som kan kallas både vårdcentral och husläkarmottagning. I denna rapport kommer benämningen vårdcentral att användas.

Äldremottagning: Sedan början av 2017 har länets vårdcentraler haft möjlighet att starta så kallade Äldremottagningar för personer 75 år eller äldre. Syftet är att skapa tillgänglighet, trygghet och kontinuitet för gruppen. Kriterierna för en Äldremottagning är att det ska finnas ett direktnummer utan knappval, att den äldre personen ska kunna få en fast vårdkontakt vid behov samt erbjudas besök, eller annan kontakt samma dag eller dagen efter. Äldremottagningen ska vidare ha tillgång till läkare med geriatrisk kompetens alternativt specialist i allmänmedicin. Totalt hade 177 av länets 209 vårdcentraler en Äldremottagning i slutet av 2017. Inom SLSO hade alla enheter utom en, en Äldremottagning. Nästan nio av tio vårdcentraler (86 procent) inom de privata koncernerna hade Äldremottagningar och sju av tio (72 procent) av övriga privata vårdcentraler (Stockholms läns Äldrecentrum, 2018).

Boendestöd: En insats som inte förekommer i lagstiftningen, men som är en etablerad insats enligt socialtjänstlagen (2001: 453) och det kan definieras som bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper i ordinarie boende, vilket kan betyda personer med funktionsnedsättning eller beroendeproblematik. Insatser ska anpassas till personens behov för att kunna ha ett normalt vardagsliv i ett ordinarie boende (Socialstyrelsen 2010).

IBIC: IBIC, (Individens Behov I Centrum) är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt för professioner som arbetar med vuxna personer utifrån socialtjänstlagen och LSS. Utifrån Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, beskrivs nuläge, mål och resultat. *"Målet är att individen får sina behov beskrivna på ett likvärdigt sätt i hela landet och att individen får möjlighet att stärka sina egna resurser avseende genomförande av aktiviteter och delaktighet."* (Socialstyrelsen, 2018).

Design och metod

Rapporten lutar sig mot fyra studier som har utförts inom ramen för uppdraget. Två av studierna (studie 2 och 3) var enkätstudier som skickats till ledningarna i samtliga kommuner och husläkar-mottagningar i länet. De andra två var intervjustudier (studie 1 och 4) där informanter valdes ut i syfte att få ett nyanserat och rikt material för att besvara frågeställningarna. Se tabell 1. För mer detaljerad information om metod i varje enskild studie hänvisas till respektive rapport. Samtliga studier har avgränsat sig till att undersöka primärvården (vård-centraler) på landstingssidan och inte psykiatrin och inom kommunens ansvar har studierna avgränsats till att gälla personer som bor i ordinarie boende och inte på vård- och omsorgsboende. Som uppdraget tydligt framhåller är studiernas fokus på personer över 65 år.

Efter att uppdraget togs emot hade den gemensamma arbetsgruppen, bestående av fem personer, haft tre gemensamma möten initialt för att få en gemensam förståelse för uppdrag och frågeställningar och även diskuterat respektive upplägg. Därefter har FoU-enheterna ansvarat för och genomfört en studie vardera som ämnat besvara en av de övergripande frågeställningarna. Under arbetets gång har deltagarna i arbetsgruppen rådgjort och samarbetat med varandra utifrån behov. Som sista steg har ett gemensamt, internt analysseminarium med tio deltagare hållits, där samtliga resultat har diskuterats och analyserats för att svara emot uppdraget, att ge en sammanhållen bild av läget i länet och vilka vidare steg som kan rekommenderas. Under analys-seminariet ställdes frågor som: Kan vi se kopplingar mellan de olika studierna? Vad kan dessa kopplingar betyda? Vilka utmaningar framträder? Vad behöver vi veta mer om? Vad behöver utvecklas? I diskussionerna var det viktigt att förhålla sig till de begränsningar som studierna har i form av låg svarsfrekvens i enkätstudier och att kvalitativa intervjuer inte har ambitioner att ge representativ kunskap. Diskussionen nedtecknades och en rapport sammanställdes med en huvud-författare och fyra medförfattare, som var och en bevakade ett visst perspektiv i den slutliga rapporten. Samtliga deltagare i arbetsgruppen har granskat texten i sin slutliga form.

Tabell 1: Studier som är underlag för rapporten: Titel, design och fokusområde

Studie 1: ***Patient- brukar- och anhörigorganisationers erfarenheter av stödet till äldre personer med psykisk ohälsa från Stockholms läns kommuner och landsting.***

Intervjustudie: Semistrukturerade intervjuer utfördes med sju representanter för tre av de större patient- och brukarorganisationerna samt med tre frivilligorganisationer. Intervjuer gjordes även med fyra nyckelpersoner med kunskaper inom ämnesområdet. Fokusområde: Vad företrädare för patient-, brukar- och anhörigorganisationer anser om landstingets och kommunernas stöd till äldre personer med psykisk ohälsa, dels om vad företrädarna, men också experter, anser behöver utvecklas inom området.

Studie 2: ***Stödinsatser för äldre som har eller riskerar psykisk ohälsa*****.**

Enkätstudie: En enkät sändes till samtliga ledningar i kommuner och husläkarmottagningar inom länet, med en svarsfrekvens för kommunerna på 56 % (n=22) och för landstinget på 25% (n=54). Fokusområden: Vilka förebyggande insatser erbjuds från kommun och landsting för äldre som riskerar psykisk ohälsa och vilka befintliga insatser erbjuds för äldre personer med psykisk ohälsa. Insatser för några specifika riskgrupper efterfrågades utifrån beställarens önskemål (t.ex. nyanlända, personer med invandrarbakgrund, våldsutsatta kvinnor och personer med beroende). I enkäten har inte innehåll, målgrupp och omfattning för respektive insats efterfrågats.

Studie 3: ***Kartläggning av samverkan mellan kommun och primärvård i Stockholms län vid insatser för äldre personer med psykisk ohälsa*****.**

Enkätstudie: En enkät sändes till samtliga ledningar i kommuner och husläkarmottagningar inom länet tillsammans med studie 2. Svarsfrekvens, se studie 2.

Fokusområden: Aspekter som inverkar på hur väl primärvårdens och kommunernas samordning av insatser fungerar för den berörda personen. T.ex. i vilken grad de båda aktörerna tar ett övergripande ansvar för samverkan avseende vård och omsorg för målgruppen och i vilken mån processer för samverkan är förankrade i organisationernas ledningssystem.

Studie 4: ***Upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa för äldre personer.***

Intervjustudie: Tretton intervjuer utfördes individuellt, i par eller i grupp med ett varierat antal deltagare. Sammanlagt deltog sex distriktssköterskor, sex biståndshandläggare, sju hemtjänstchefer och nio hemtjänstmedarbetare.

Fokusområden: Hur märker ni/får ni reda på att någon äldre person lider av psykisk ohälsa? Hur kan ni stärka den enskildes förmåga att motverka psykisk ohälsa? Vilka insatser finns, vilka saknas? Vilken kunskap/kompetens har ni för att fånga upp signaler om psykisk ohälsa? Hur ser era rutiner för samverkan ut?

Resultat

Målgruppens och brukarorganisationernas perspektiv

I arbetet med studie 1 blev det tydligt att även om det finns brukarorganisationer som har äldre medlemmar och som bevakar deras intresse inom ramen för sitt område har gruppen äldre personer med psykisk ohälsa inte någon specifik intresseorganisation och därmed inga självklara företrädare vid diskussion och beslut i utvecklingsfrågor. I denna del beskrivs de intervjuades mer generella tankar kring målgruppen, målgruppens behov och hur de kan mötas.

Att nå målgruppen

Det finns äldre personer med psykisk ohälsa som är svåra att nå, både för kommunen, landstinget och brukar- och intresseorganisationerna. Det kan till exempel gälla personer som inte vill ingå i en grupp eller som inte vill identifiera sig med att vara ensam och isolerad. Ytterligare andra kan undvika att göra saker p.g.a. sin ekonomi.

> *”Många som kommer till oss är fattiga och ensamma. Kombinationen av ensamhet och fattigdom är bland det värsta en människa kan behöva uppleva. Ensamhet i sig genererar nedstämdhet och depression.”*
>
> *– Representant frivilligorganisation*

De intervjuade anser att det är viktigt att fokusera på de som är runt 75 år och äldre. Det är först då som man börjar uppleva förluster, kanske att man förlorar en partner, egna förmågor och även upplever en försämring i ekonomin.

> *”Ofta händer något kring 75-80. Framförallt när män förlorar sin partner. Det är klokare att inte sprida resurser till att alla som är över 65, då många är ganska friska, utan mer riktat mot ännu äldre som får funktionsnedsättningar, blivit ensamstående. […] Många (som valt att begränsa tidsperioden för tjänstepensionens utbetalande) förlorar sin tjänstepension när de fyllt 75.”*
>
> *– Sakkunnig*

Målgruppens behov

Det lyfts fram av de intervjuade att de personer som haft en psykisk sjukdom under en längre tid har begränsad kunskap om sin sjukdom och om vad som sker då man åldras. En del äldre personer med psykisk ohälsa har tidigare erfarenheter av institutionsvård där de inte fick lära sig att ta hand om sig själva. Hur man skulle kunna komma tillrätta med personernas begränsade kunskap om hälsa och bristande förtroende för läkemedel och sjukvården föreslås av en intervjuad:

> *”Äldre brukare som behövde uppleva långvård på t.ex. Beckomberga, med långbad, duschningar, har bristande kunskap kring sina sjukdomar och tilltro till medicinska åtgärder. De väljer kanske att inte ta mediciner vilket kan*

leda till livsfarliga konsekvenser. Denna patientgrupp skulle behöva gå fler utbildningar om medicinintag, hur de sköter sin kropp, KBT, mindfulness o.s.v. samt öka sin tilltro och kunskap till dessa insatser. Deltagande i sådana grupper kan göra att de får en nyttig rutin i vardagen att förhålla sig till och ökar deras sociala gemenskap."

– Sakkunnig

Att möta behoven – vem kan göra vad?

En åsikt är att det inte är nödvändigt att samhället (landsting/kommun) ska stå för det direkta stödet till dem som drabbas av psykisk ohälsa sent i livet, utan i stället kunna ge stöd genom ekonomiska bidrag till frivillig- och brukarorganisationer. Dessa organisationer har redan idag ekonomiskt stöd från landsting och kommun, men flera menar att stödet skulle kunna utökas, så att verksamheterna till exempel ska kunna vara igång även under långhelger och sommaren. Risken med direkta insatser från landsting och kommun anses vara att hälso- och sjukvård och social omsorg blir den dominerande åtgärden, när gruppen i första hand behöver förebyggande insatser för att undvika ensamhet, isolering och i förlängningen oro och depression.

"Det är inte nödvändigt så att samhället ska stå för stödet. Det blir en förskjutning mot vård och omsorg och då tappar vi väldigt mycket. Den här gruppen (ensamma, oroliga …) behöver förebyggande insatser typ äldretelefonen, öppna träffpunkter, öppna verksamheter. Kommunen kan skapa förutsättningar (ge bidrag) men behöver nödvändigtvis inte stå för aktiviteten. På vårdcentralen kan det kännas konstigt att sitta och diskutera existentiella frågor – men man kan fånga upp människor och antingen lotsa vidare…"

– Representant brukarorganisation

De intervjuade anser däremot att frivillig- och brukarorganisationer ibland har svårt att möta behov hos personer med svårare problematik. De personerna kan vara svåra att inkludera i t.ex. samtalsgrupper. Vårdcentralerna föreslås få ett ökat ansvar för att uppmärksamma gruppen och tillhandahålla stöd i form av kurator, psykolog, samtalsgrupper och rehab-insatser.

"… om man lider av en allvarlig psykisk åkomma blir man inte inkluderad till grupperna, t.ex. vid svår demens, allvarligare missbruksproblematik eller psykotiska tillstånd."

– Representant frivilligorganisation

Kommunernas och primärvårdens insatser för målgruppen

Primärvårdens insatser i förebyggande syfte och för personer med psykisk ohälsa

Enligt den enkät som gick ut till vårdcentralerna i länet (studie 2) är deras vanligaste förebyggande insatser för personer med risk för psykisk ohälsa information om kost och måltider (n=30), screening av ångest (n=24) och screening av depression (n=24). Närmare hälften av de svarande anger två eller fler förebyggande insatser. Andra insatser som

uppges av vårdcentralerna är exempelvis äldremottagning, god tillgång till distriktssköterska och läkare, anhörigstöd, kurator samt +65 grupp som riktar sig till personer över 65 år med psykisk ohälsa. Vidare framhålls första linjens psykiatri och geriatriker på vårdcentraler. Regelbundna årsbesök rapporteras också. Där tas frågor kring mående, sömn och livskvalitet upp för att hitta personer som riskerar psykisk ohälsa och identifiera de som redan har psykisk ohälsa.

De vanligaste insatserna för personer med psykisk ohälsa som vårdcentralerna rapporterade är äldremottagning (n=49), psykosocialt team (n=30) och psykologiska interventioner (psykolog) (n=30). Närmare hälften av de svarande anger tre eller fler förebyggande insatser. Under fritextsvar lyfter vårdcentralerna exempelvis upp mindfulness, stödsamtal hos distriktssköterska eller husläkare och psykosociala interventioner såsom KBT. Vidare framhålls +65 grupp, SVEA-team (Sammanhållen vård genom enhetliga arbetssätt) samt generell rehabilitering och hänvisning till kommunen. Patienter erbjuds också föreläsning om hälsa samt yogaträning som kompletterande behandling till annan vård. Riktade insatser finns främst för våldsutsatta kvinnor och personer som har en beroendeproblematik.

Det vanligast förekommande sättet att informera om tillgängliga insatser inom landstinget är enligt studie 2 via distriktssjuksköterskan eller webbsida. Enligt brukarorganisationerna är både de och målgruppen osäkra på vilka insatser primärvården kan erbjuda (studie 1).

Kommunernas insatser i förebyggande syfte och för personer med psykisk ohälsa

Inom kommunerna är de vanligaste förebyggande insatserna dagverksamhet (n=20), anhörigkonsulent (n=19) och social samvaro, café (n=14). Närmare hälften av de svarande anger sju eller fler förebyggande insatser. Kommuner uppger också att det finns aktiviteter som föreläsningar och träffpunktsverksamhet. Vidare framhålls boendestöd, hemstödsgrupp samt uppsökande verksamhet. I studie 4 beskrivs också att kommunens anhörigkonsult eller Silviasyster kan organisera anhörigutbildningar och/eller ägna sig åt uppsökande verksamhet. En mindre kommun rapporterar att de inte har aktiviteter direkt riktade till äldre personer som riskerade psykisk ohälsa utan att de anordnar gemensamma aktiviteter för alla äldre personer.

De vanligaste insatserna för äldre personer med psykisk ohälsa som kommunerna rapporterar är boendestöd (n=20), socialpsykiatriska insatser (n=15) och särskilt boende med inriktning psykisk ohälsa (n=23). Närmare hälften av de svarande anger tre eller fler förebyggande insatser. Under fritextsvar framhålls av kommunerna exempelvis öppna mötesplatser, dagverksamhet vid behov samt köp av externa platser. Riktade insatser finns främst för våldsutsatta kvinnor och personer som har en beroendeproblematik. Vidare framhålls av en kommun att antalet äldre med psykisk ohälsa är så lågt att de får ta del av ordinarie utbud. I kommunerna finns ofta verksamheter som inte drivs av kommunen själv utan av ideella organisationer, t.ex. väntjänst och Röda korset som i olika

utsträckning finansieras av kommuner. I studie 1 lyfts det fram att frivilligorganisationer främst har resurser att arbeta förebyggande eller preventivt.

Det vanligast förekommande sättet att informera om tillgängliga insatser inom kommunerna är via biståndsbedömaren eller via sin webbsida.

Att arbeta klientcentrerat och möta målgruppens behov

Det är viktigt att inte bara beakta vilka insatser som utförs utan också i vilken grad de möter målgruppens behov. Enligt studie 3 rapporteras att ungefär 80 procent av vårdcentralerna i hög grad eller helt och hållet arbetar lyhört utifrån den äldre personens behov, vid planering av insatser. Detta är värt att notera eftersom brukarorganisationerna beskriver enligt studie 1 att deras medlemmar anser att den gängse bilden är att vårdcentralen främst skriver ut läkemedel: *De äldre själva säger att vårdcentralen ger dem medicin – ”det är det enda jag erbjuds”* (representant brukarorganisation).

Brukarorganisationernas medlemmar anser vidare att de sällan upplever att det finns personer på vårdcentralen som de känner igen och som de kan känna sig sedda av, vilket de saknar. Även de intervjuade inom frivillig- och brukarorganisationerna känner en osäkerhet huruvida de kan föreslå sina medlemmar att kontakta vårdcentralen för samtal med psykolog eller kurator. De vet inte vilka resurser som finns på de olika vårdcentralerna.

Det framkommer i studie 1 att de personer som har haft en psykiatrisk diagnos under lång tid riskerar att allt för stort fokus läggs på deras psykiska hälsa när det gäller insatser från kommun och landsting och att åsikten hos de intervjuade är att det med ökande ålder behövs också ett större fokus på den fysiska hälsan.

Brukarorganisationer beskriver vidare att personer som har haft sin psykiska sjukdom och sitt stöd från kommunen under en längre tid kan oroa sig för om befintliga kommunala insatser kommer att dras in vid 65, t.ex. boendestöd och personligt ombud. De organisationer som främst träffar personer som har fått sin psykiska ohälsa under senare tid i livet menar att dagens kommunala utbud är begränsat för äldre personer med psykisk ohälsa. Framför allt gäller det då man vill bryta ensamhet och isolering.

De intervjuades förslag på utvecklingsområden

Några biståndshandläggare i studie 4 önskar att alla äldre personer som behöver får möjlighet att delta i någon form av dagverksamhet. Önskvärt vore också att det fanns specialiserad hemtjänst med spetskompetens som rör psykisk ohälsa, men också att det finns spetskompetens på kommunens biståndsenhet som kan fungera som resurs på arbetsplatsen.

Ett förslag från brukarorganisationerna är att ha utbildningar för personer som haft sin psykiska ohälsa länge, där det ingår medicinsk kunskap (behandling, medicinering) och kunskap om vad åldrandet kan innebära i fråga om sociala förändringar, förluster och separationer. Det föreslås

också, även om det också finns andra lämpliga platser för djupare samtal, att vårdcentraler skulle kunna erbjuda samtal:

> *”Varje vårdcentral kanske skulle kunna erbjuda dem samtal om sitt åldrande, där de får prata om sådant som oroar och gör en rädd. Där personalen fångar upp dessa riskgrupper. Äldre uttrycker ett behov av att bli sedda, att få prata, men att det de får istället är tabletter.”*
>
> *– Representant brukarorganisation*

Samverkan mellan och inom huvudmän

Uppdrag, ansvarsfördelning och arenor inom ramen för samverkan

I studie 3 lyfts kunskap om grannaktörernas uppdrag upp som en förutsättning för samverkan mellan kommuner och vårdcentraler. I studien värderar de tillfrågade sin egen verksamhets och den andra verksamhetens kunskap om de respektive verksamheternas uppdrag. 79 procent av respondenterna från kommunerna uppger att kommunen inte har, endast i begränsad grad har, eller inte vet om de har kunskap om primärvårdens uppdrag. Respondenter från vårdcentraler har en liknande uppfattning om kommunernas kunskap om primärvårdens uppdrag, men främst framgår att representanter från vårdcentraler inte vet (45 procent) vilken kunskap kommunerna har. Dessa siffror skiljer sig markant från representanter från vårdcentralernas svar om sin kunskap om kommunens uppdrag, där 48 procent uppger att de i hög grad eller helt och hållet har den kunskapen. Detta bör jämföras med kommunens uppfattning om samma kunskap där endast 8 procent av respondenterna svarar att medarbetare på vårdcentraler i hög grad innehar god kunskap om kommunens uppdrag.

Det finns en relativt god samstämmighet mellan kommunernas och vårdcentralernas representanter huruvida det i hög grad eller helt och hållet finns en tydlig ansvarsfördelning mellan parterna avseende vård och omsorg för målgruppen. På frågan om detta ansvar också tas av de olika huvudmännen, visar resultatet att 39 procent av vårdcentralernas representanter har uppfattningen att det görs i hög grad eller helt och hållet, medan endast 17 procent av kommunens representanter har samma uppfattning. Grupperna uppfattar situationen gällande om det finns mötesplatser för att diskutera samverkansfrågor ganska lika. En knapp majoritet anser att dessa mötesplatser finns, men noteras bör att en femtedel av de tillfrågade i båda grupperna inte känner till om de finns. Det som inte framgår i resultatet är vilka typer av frågor som avhandlas, på vilken nivå dessa mötesplatser verkar och vad diskussionerna leder till konkret.

I studie tre uppger ungefär tre fjärdedelar av respondenterna i båda grupperna att Samordnad Individuell Plan (SIP) används för målgruppen. Vad som däremot inte framkommer är hur ofta SIP används och hur processen genomförs. I studie fyra beskriver distriktssköterskorna att det finns en förväntning på att SIP ska göras men beskriver samtidigt att SIP inte används i så stor utsträckning, vilket

främst beror på att det krävs att flera personer kan mötas trots pressade tidsscheman. Särskilt svårt anses det vara att få läkarna att delta eftersom de är väldigt uppbokade långt fram i tiden.

Samverkan i vardagen

I studie 4 beskrivs samarbetet till vardags, där biståndshandläggare och distriktssköterskor tar upp svårigheten med det stora antalet hemtjänstutförare, vilket gör det svårt att kommunicera runt klienterna/patienterna. Att det är hög personalomsättning inom hemtjänst nämns också som ett problem. Hemtjänstmedarbetare har inte alltid undersköterskekompetens vilket vore önskvärt.

Däremot beskrivs att hemtjänstmedarbetare kontaktar distriktssköterskan vid oro för en klient. Undersköterskorna uppfattar genomgående kontakten med distriktssköterskorna som god, även om mer tid för samtal med dem skulle uppskattas: *”Vi har inte tid att sitta ned med dem, men det är ju dem vi vänder oss till hela tiden.”* De uppfattar att distriktssköterskorna har en ännu mer pressad situation än de själva, bl.a. eftersom de har ett medicinskt ansvar. Den tidsbrist som distriktssköterskor har, ser också biståndshandläggarna, i och med svårigheten att nå dem.

I studie 4 rapporteras också om samverkan mellan hemtjänstpersonal /deras chefer och biståndshandläggare. Denna samverkan innebär ett antal utmaningar, till exempel att nå varandra, men också att det finns en uppfattning att samarbetet kan vara väldigt personberoende, *”en del [biståndshandläggare] är mer humana”* (hemtjänstchef) och att utförarna uppfattar att biståndshandläggare inte alltid litar på hemtjänstens behovsbedömningar. Biståndshandläggare känner å sin sida en oro för att den hemtjänstmedarbetare som går till en klient med psykisk ohälsa, inte läst den beskrivning som biståndshandläggaren gjort för att förklara svårigheterna för personen, vilket gör att medarbetaren inte agerar med den lyhördhet som krävs. Ett sätt som nämns, och som också sker på sina håll, för att komma till rätta med utmaningarna är att ha gemensamma möten som gör att utförarna får en bättre förståelse för biståndshandläggarnas uppdrag och varför de gör som de gör.

Behov som rapporteras av hemtjänstchefer i studie 4 är ett mer innehållsrikt underlag om hemtjänstkunder som kommer hem från sjukhus, då skulle de vara mer förberedda om t.ex. psykisk ohälsa föreligger. De ser det som en brist att de inte har direkt kontakt med sjukhuset inför personens hemgång. De ser också behov av att veta hur man ska agera då man upptäcker tecken på psykisk ohälsa hos en hemtjänstkund.

Strukturer och förutsättningar för samverkan

En knapp majoritet av respondenterna, oavsett huvudman (kommun 54 procent, vårdcentral 61 procent), uppger att det finns rutiner för samverkan med andra utförare beskrivna i den egna organisationens ledningssystem. Det finns indikationer på att dessa rutiner verkar strikt inom den egna organisationen. En stor majoritet i bägge grupper rapporterar att det finns rutiner som säkerställer att

brister i samverkan hanteras inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet, men hälften av kommunrepresentanterna och en tredjedel av vårdcentralsrepresentanterna anser inte, eller vet inte, om kommun och vårdcentral har gemensamma rutiner för att åtgärda brister inom samverkan för målgruppen. Det går i linje med att runt 40 procent av representanterna från kommuner och vårdcentraler rapporterar att det inte finns eller att man inte känner till att det finns processer och rutiner för samverkan med andra aktörer beskrivna i organisationens eget ledningssystem.

Som exempel på svårigheter att få till samverkansrutiner uppger några biståndshandläggare (studie 4) att de inte har utarbetade rutiner på hur de ska agera då de får reda på att en äldre person lider av psykisk ohälsa, inte heller gentemot psykiatrin eller socialpsykiatrin, *”jag tror att vi har försökt, men vi har väl inte fått så mycket respons”*. Samverkan förutsätter att tid i arbetet kan avsättas, men också att samverkan sanktioneras från överordnade, enligt några handläggare, och att man avsätter tid för möten som ska vara obligatoriska för alla berörda parter. En handläggare betonar särskilt att ”*vi måste gilla mer att samverka*”, och att ärenden som gäller personer som är 65 år och äldre och lider av psykisk ohälsa inte bara får avfärdas och bli ingens ansvar. I praktiken blir det i första hand hemtjänstens ansvar, och i andra hand distriktssköterskans. En hemtjänstchef tror också att bristen på samverkan beror på att chefer inte prioriterar samverkan. Det finns exempel då bristen på samverkan gör att omsorgstagare inte får sina läkemedel i tid eller inte alls får den tilldelad, vilket i sin tur kan leda till psykisk ohälsa.

Olika professioners behov av kunskap och stöd

De intervjuade i flera professioner (distriktssköterska, biståndshandläggare och hemtjänstmedarbetare) lyfter behov av mer kunskap om psykisk ohälsa och skillnaden på psykisk ohälsa och normalt åldrande. Även mer kunskap om bemötande vid psykisk ohälsa nämns. Det beskrivs av en biståndshandläggare så här:

> *”Jag tror att man måste öka kunskapen, just det här med att det är ett så brett spektra, just från ensamhet till psykisk ohälsa. Eller det här med sjukdomar: Vad innebär det att ha ångest? Eller panikångest som vissa har. Att vi får rätt förutsättningar för att möta. Alltså, det är ett så brett spektra för att möta alla i det här. Just för att vi får så mycket kring demens, det är ju väldigt, väldigt mycket om det. Men det här är ju också en väldigt stor grupp, och att de går oftast in i varandra. När man får en demens så blir det ju ofta som att man bli deprimerad. Det gäller ju att ha allt.”*
>
> *– Biståndshandläggare*

Hemtjänstmedarbetare behöver kunna vila i sin kompetens och kunna använda kompetensen i samtal med andra aktörer. Hur utbildning stärker undersköterskans mandat beskrivs nedan:

”Man kan märka att de talar till oss på olika sätt, när man har jobbat ett tag och vet liksom vad. Nu läser jag till Silviasyster, kanske det ska tilläggas, så jag blir så här: ”Slåss för demenssjuka! Du ska vara ambassadör.” Då tar man ju på sig den rollen, att man krigar på ett annat sätt. Man visar att jag har kunskapen för att tala om för dig att du gör fel och det här är rätt. Det är väl det vi behöver, alla vi som jobbar i vården, att vi liksom får veta, att vi har lite mer mandat och säga någonting när man ser att någonting är fel.”

– Medarbetare hemtjänst

Biståndshandläggare beskriver att Silviasystrar (undersköterskor med utbildning inom demens genom Silviahemmet, Ekerö i Stockholm) kan vara en resurs, både för att larma om en hemtjänstkund sviktar, men också för att bistå vid hembesök. Detta ligger i linje med distriktssköterskors önskan att hemtjänstmedarbetare generellt har undersköterskeutbildning. Det skulle underlätta kommunikationen och stärka samarbetet dem emellan. De önskar också att hemtjänsten skulle uppgraderas genom att knytas till vårdcentralen genom delegering för att på så sätt avlasta vårdcentralen.

Det samtliga tillfrågade professioner för fram när det gäller vad som behöver utvecklas inom verksamheterna, så handlar det om att få möjlighet att lägga engagemang och tid på det mänskliga mötet. Intervjuade biståndshandläggare, distriktssköterskor och hemtjänst-medarbetare tar upp att de behöver få tillräckligt med tid hos personer som upplever psykisk ohälsa, för att kunna ge dem trygghet och värdighet och på så sätt stödja dem.

”Att personen du kommer till märker att du har tid att vara där. Att du vill hjälpa och att du kan det. Att man är utbildad och har kompetens. De känner sig trygga när du kommer in... är också värdighet.”

– Medarbetare hemtjänst

Både chefer och medarbetare beskriver att stödet kan te sig okomplicerat, som att sitta och prata en stund. De nämner också att de vill kunna vara till stöd för närstående. För att kunna vara ett stöd tar man upp behovet av tid till reflektion, handledning och kollegialt lärande, vilket bygger på att kollegor med mycket kunskap, har kompetens och intresse av att dela med sig av kunskapen till sina kollegor.

Diskussion – Underlag till förslag på åtgärder

Att fånga in målgrupp-ernas behov och möta dessa

Som noterades i resultatdelen finns inga brukarorganisationer som har äldre personer med psykisk ohälsa som enda målgrupp. För dem som drabbats av psykisk ohälsa sent i livet, p.g.a. t.ex. förluster och ensamhet, finns inga riktade brukarorganisationer / intresseorganisationer alls. Detta gör att företrädare för målgruppen för närvarande saknas vid samtal och beslut vid utveckling av verksamheter. Ett av flera argument som SKL (2015) för fram varför det är viktigt att ha brukarföreträdare i utvecklingsarbeten är att den erfarenhet som dessa personer besitter kan användas för att öka träffsäkerhet, effektivitet och kvalitet i olika välfärdstjänster. Det finns därför en stor anledning att utreda hur man kan gå tillväga för att få in målgruppens perspektiv vid insatser som riktar sig till dem.

Förslag: *Utreda regionalt hur aktörer kan gå tillväga för att ta in perspektiv från äldre personer med psykisk ohälsa, eller riskerar psykisk ohälsa, vid insatser som riktar sig till dem. Detta är ett uppdrag som är lämpligt för FoU.*

Både insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (HSL: kap 5, §1, SOL: kap 1, §1). För att det ska vara möjligt att kunna ta beslut om insatser behövs kunskap om sin sjukdom, vilket brukarorganisationerna har sett att det finns brister i, när det kommer till personer som har haft sin psykiska sjukdom under längre tid. Det är därför viktigt att förmedla dem den kunskap som krävs för att kunna sköta sin hälsa och ta beslut som rör den. Vi skickar därför förslaget från brukarorganisationerna vidare, att ta fram utbildningar för olika målgrupper både om det som gäller den psykiska hälsan och vad som händer vid åldrandet.

Förslag: *Erbjuda utbildning till äldre personer med psykisk ohälsa, om psykisk och fysisk hälsa.*

Insatsernas nytta och tillgänglighet för målgrupperna

När det gäller de olika insatserna för målgruppen framkommer att det finns ett antal olika insatser för personer med risk för psykisk ohälsa, och, främst på

kommunsidan, insatser för att förebygga ohälsa. Insatserna är både individuella och i grupp och på kommunsidan, kan det vara externa aktörer i form av frivilligorganisationer som utför dem med bidrag från kommunen. Den underliggande studien (studie 2) har inte i syfte att undersöka syftet med insatsen, hur insatserna är utformade eller hur väl den når de olika tänkta målgrupperna. Att undersöka insatserna utifrån ovanstående faktorer bör kunna vara ett viktigt stöd vid beslut om vilka insatser som ska prioriteras. För att få en uppfattning om insatsernas förväntade effekter skulle faktorer för god psykisk hälsa (ex WHO, 2004; 2013) kunna vara ramen för undersökningen av innehållet. Eftersom samverkan eftersträvas mellan kommun, landsting och andra aktörer är det av värde att också undersöka hur samordningen mellan landsting, kommun och frivilligorganisationerna fungerar gällande de olika insatserna.

Förslag: *I sammanfattning föreslås att en regional analys utförs av utvalda befintliga insatser: 1) Hur insatser är samordnade mellan olika aktörer, 2) Hur väl man når ämnad målgrupp, 3) Om kända faktorer för god psykisk hälsa ingår i insatserna. Detta är ett uppdrag som är lämpligt för FoU.*

Det framkommer att särskilt vårdcentraler anser att de arbetar mer klientcentrerat med målgruppen än vad som beskrivs att brukarorganisationernas medlemmar anser, vilket kan indikera att personerna i målgruppen har ett begränsat inflytande över de insatser som de får. Resultatet kan sättas i samband med att Sverige ligger relativt lågt när det gäller medborgares uppfattning om huruvida vården är personcentrerad (OECD, 2016). Arbetssättet skulle kunna utvecklas för en ökad personcentrering för äldre personer som har eller riskerar att få psykisk ohälsa. Det behöver finnas en samsyn och kunskap i vad personcentrerat arbetssätt är och rutiner och strukturer behöver främja ett personcentrerat arbetssätt. Förslag på ett första steg är att kartlägga befintliga utbildningar inom området och i den mån det går satsa på utbildningsinsatser över huvudmannagränserna. I första hand kan det vara lämpligt med utbildning för chefer, eftersom att arbeta personcentrerat kräver goda rutiner och arbetssätt och att den övergripande organisationen är anpassad för detta (Centrum för personcentrerad vård, 2018).

Förslag: *Kartlägga befintliga utbildningar inom personcentrerat arbetssätt för olika professioner och ledning.*

I intervjuerna framkom att brukarorganisationers representanter och deras medlemmar känner osäkerhet huruvida vårdcentralerna kan erbjuda t.ex. kurator eller psykologstöd. Denna osäkerhet över vad vårdcentraler erbjuder kan påverka personers motivation att söka hjälp.

Förslag: *En konkret åtgärd är att se över hur tydligt och tillgängligt vårdcentraler kommunicerar till*

allmänheten (och i vilka kanaler) om sitt uppdrag och de insatser som erbjuds.

Utmaningar för den nödvändiga samverkan

Inom samverkan mellan kommuner och vårdcentraler kan tre stora utmaningar lyftas fram. Den första är incitamenten eller förutsättningarna att samverka. I materialet finns indikationer på att det saknas ”vilja” eller troligare, tillräckliga incitament på lokal ledningsnivå när det gäller att samverka med sina grannaktörer. Det gäller både att samverka utifrån varje enskild individ med psykisk ohälsa eller med risk för psykisk ohälsa, och förbättringsarbete där det t.ex. handlar om att sätta gemensamma rutiner. Detta är en känd utmaning för landstinget (SLL, 2017) och utifrån vår vetskap pågår ett arbete med förutsättningar för samverkan oavsett diagnos (SLL, 2017). Goda incitament för samverkan borde kunna motivera lokala chefer att skapa rum för och efterfrågan på lokal samverkan, vilket skulle gynna personer med psykisk ohälsa.

Förslag: *Regionalt skapa incitament för att de lokala ledningarna ska prioritera och skapa förutsättningar för medarbetarna att arbeta personcentrerat för personer med psykisk ohälsa, eller med risk för psykisk ohälsa, i samverkan med andra aktörer (t.ex. SIP).*

Den andra utmaningen är den brist på gemensamma processer och rutiner för samverkan som föreskrivs enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2011:9) och som också uttalat eller outtalat efterfrågas av de intervjuade grupperna. Resultatet visar på en begränsad kunskap om varandras uppdrag och trots att det i viss grad anses finnas en tydlig ansvarsfördelning mellan vårdcentral och kommun, anses ansvaret tas endast i begränsad grad. Konsekvenserna av detta är att de klientnära professionerna behöver lösa problem i skarpt läge, och att rättigheter som klienten har, t.ex. att få en SIP till stånd, inte infrias. Även direkta faror för enskilda personer har rapporterats. Ytterligare en försvårande omständighet är de många aktörerna både inom primärvården och inom hemtjänsten, vilket talar för att dokumenterade processer och rutiner är än mer nödvändiga. Det behövs en samsyn och bred förankring i hur målgruppen ser ut och vad de olika verksamheterna och professionerna ansvarar för i processer som innefattar samverkan. Processer behöver dokumenteras och kommuniceras till medarbetarna. Detta borde underlätta för de medarbetare som möter målgruppen dagligen och som i dag inte vet vem de ska kontakta vid oro för en klients psykiska hälsa.

Förslag: *Förstärk det pågående arbetet att skapa lokala gemensamma processer och rutiner för samverkan i de områden tveksamheter råder, utifrån föreskriften om ledningssystem. FoU kan i viss mån bidra genom att föra*

in området psykisk ohälsa i befintliga samverkansarenor som leds av FoU.

Den tredje utmaningen är starkt kopplad till den föregående. Knappt hälften av tillfrågade respondenter vet inte om det finns arenor för samverkan där frågor som berör psykisk ohälsa hos äldre kan tas upp. Detta indikerar att om de finns, så används de inte av samtliga. Det finns också indikationer på att de befintliga arenorna för samverkan skulle kunna utvecklas för att än mer lämpa sig för gemensamma utvecklingsarbeten, där man kan lära mer om varandras uppdrag och ansvar, lära känna varandra, utveckla tillit till varandras kompetens/ambition och därmed ha en grogrund för att skapa gemensamma processer för en god samordning för personer med psykisk ohälsa (Axelsson & Bihari Axelsson, 2014). Information om hur dessa arenor fungerar utifrån ovanstående faktorer, och utifrån deras syfte, deltagare och ingående frågor behöver inhämtas, för att få kunskap om i vilken grad förutsättningar för att utveckla samverkan finns.

Förslag: *Gör en regional kartläggning av befintliga lokala arenor för samverkan utifrån ovanstående frågor. Detta är ett lämpligt uppdrag för FoU.*

Professionernas behov av kunskap och stöd för att nyttja den

Professionernas behov av kunskap kan ses vara inom tre områden. Det första området handlar om att känna till de lokala förutsättningarna, d.v.s. hur man ska göra när någon mår psykiskt dåligt, vilket är en mycket viktig lednings- och samverkansfråga, som tas upp i föregående stycke. Det andra området är bästa tillgängliga kunskap om äldres hälsa. Det tredje området är att kunna tillvarata och förädla kunskap som finns i den lokala gruppen genom t.ex. reflektion.

Resultatet visar att hemtjänstmedarbetare, biståndshandläggare och distriktssköterskor vill ha mer kunskap om psykisk ohälsa hos äldre och då i relation till det normala åldrandet både för att kunna upptäcka psykisk ohälsa hos målgruppen och kunna ge personerna stöd. Något som tidigare lyfts fram som gynnsamt är gemensamma tvärprofessionella basutbildningar, eftersom de stärker personalens yrkeskompetens, och skapar möjligheter för samverkan (Strandberg m.fl., 2013). Distriktssköterskorna lyfter behovet av screeninginstrument för att kunna fånga indikationer på psykisk ohälsa. Det finns lättanvända, prövade instrument i dag, t.ex. Geriatric Depression Scale (Conradsson m.fl., 2013) och MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979). En ökad spridning och användning av dessa behövs.

Eftersom hemtjänstkunder både med och utan psykisk ohälsa ofta har somatisk sjukdom, betonar distriktssköterskorna värdet av att hemtjänstmedarbetare har medicinsk kunskap, för att underlätta kommunikation och samarbete. Möjligheten till delegering har tagits bort i de flesta kommuner, vilket kan ha inneburit minskad kontakt mellan professionerna. Om det är så, kan det finnas en risk att hemtjänstmedarbetare har mindre medicinsk kunskap idag och att medicinskt intresserade undersköterskor lämnar hemtjänsten. En annan viktig faktor att nämna i samband med utbildning är det som en undersköterska i studie 4 beskrev, att utbildning behövs för att få mandat så att andra professioner lyssnar på ens åsikter. Att som undersköterska blir stärkt till följd av utbildning, t.ex. i relation till överordnade och personer med andra professioner har uppmärksammats tidigare vid utbildning just i psykisk ohälsa (Strandberg m.fl., 2013).

Förslag: *Kartlägg befintliga utbildningar inom åldrande och psykisk ohälsa med fokus på professionernas olika behov av kunskap. Ta till vara de utbildningssatsningar FoU redan har på området, t.ex. webbutbildningar.*

I resultatet nämns att en viktig del av arbetet är att ta sig tid för samtal som stödjer personen som tar emot hemtjänst. Vidare beskrivs behov av kollegialt lärande och handledning för dessa samtal eller i andra svåra möten med personer med psykisk ohälsa. Psykologiskt stöd är en del av socialt arbete och att kunskap för att kunna ge det behöver kombineras med öronmärkt tid för reflektion (Astvik, 2003). Viktigt i detta sammanhang är även att medarbetarnas kunskap kommer alla medarbetare till del, att kunskapen relateras till kunskap utifrån och denna sammanlagda kunskap ligger till grund för de processer och rutiner som enheten tar fram, d.v.s. att en struktur för lärande skapas (Avby, 2018). Att nyttja kunskap utifrån kräver dock att man identifierar kunskap som är relevant och sedan kan omvandla den till konkreta förhållningssätt i vardagen. En förhoppning är att det nya initiativet *Regionalt resurscentrum för psykisk hälsa i Stockholm – Gotland* ska kunna tillhandahålla användbar kunskap för detta. Resurscentrum skapas i samverkan mellan landstinget och kommunerna och har som mål att stödja en förstärkt struktur för kunskapsutbyte för psykisk hälsa, för att skapa bättre förutsättningar för evidensbaserade insatser och jämlik psykisk hälsa (HSF, 2018).

Förslag: *Skapa förutsättningar på lokal nivå för kunskapsinhämtning, reflektion och handledning runt svåra situationer som är relaterade till klienters psykiska hälsa med tydlig koppling till systematiskt kvalitetsarbete.*

Förslag: *Skapa en samsyn med Regionalt resurscentrum för psykisk hälsa i Stockholm – Gotland vilket stöd/typ av kunskap professioner inom socialtjänsten behöver och hur den bäst presenteras. Här kan FoU vara delaktiga i diskussioner.*

Slutord med översikt av förslag på vidare steg

Denna rapport bygger på fyra studier med de fyra övergripande frågeställningar: 1) Undersöka vilka stödinsatser som ges för äldre med psykisk ohälsa samt vilka förebyggande stödinsatser som ges till gruppen som riskerar psykisk ohälsa, 2) Kartlägga samverkan mellan kommuner och landsting, 3) Beskriva förutsättningar hos medarbetare (i hemtjänst, socialtjänst och primärvård) för att upptäcka signaler om, och att initiera åtgärd vid, psykisk ohälsa och 4) Beskriva vilka erfarenheter representanter för patient-, brukar- och anhörigorganisationer har av det stöd som ges från kommuner och landsting till personer över 65 år med psykisk ohälsa.

För att förstå vad argumenten i denna rapport grundar sig på är det lämpligt att söka djupare kunskap i var och en av delstudierna. Där kan man också få en inblick i de begränsningar som respektive studie har, t.ex. gällande representativitet och bortfall. Uppdraget för denna analys var att ta fram förslag på kommande aktiviteter. De aktiviteter som tagits fram bygger på kunskapen kring evidens-baserad praktik och kunskapsbaserad socialtjänst, brukarmedverkan och personcentrerad vård samt forskning om samverkan. Det betyder förhoppningsvis att de föreslagna aktiviteterna, se nästa sida för en översikt, är rimliga och ses som relevanta då Uppdrag psykisk hälsa i Stockholm gör prioriteringar för kommande aktiviteter. FoU i Stockholm hoppas på att också fortsättningsvis kunna bidra i arbetet för god psykisk hälsa tillsammans med Uppdrag psykisk hälsa i Stockholm och andra aktörer i kommande aktiviteter.

Tabell 2: Föreslagna aktiviteter

Fokusområde och förslag på aktiviteter	FoU
Att fånga in målgruppernas behov och möta dessa	
• Utreda regionalt hur aktörer kan gå tillväga för att ta in perspektivet från äldre personer med psykisk ohälsa eller riskerar psykisk ohälsa, vid insatser som riktar sig till dem. • Erbjuda utbildning till äldre personer med psykisk ohälsa, om psykisk och fysisk hälsa.	*FoU kan tillföra relevant kompetens i utredning*
Insatsernas nytta och tillgänglighet för målgrupperna	
• Utföra en regional analys utförs av utvalda befintliga insatser: 1) Hur insatser är samordnade mellan olika aktörer, 2) Hur väl man når ämnad målgrupp, 3) Om kända faktorer för god psykisk hälsa ingår i insatserna. • Kartlägga befintliga utbildningar inom personcentrerat arbetssätt för olika professioner och ledning. • Se över hur tydligt och tillgängligt vårdcentraler kommunicerar till allmänheten (och i vilka kanaler) om sitt uppdrag och de insatser som erbjuds.	*FoU har kompetens och kunskap för att genomföra en sådan analys*
Utmaningar för den nödvändiga samverkan	
• Regionalt skapa incitament för att de lokala ledningarna ska prioritera och skapa förutsättningar för medarbetarna att arbeta personcentrerat för personer med psykisk ohälsa, eller med risk för psykisk ohälsa, i samverkan med andra aktörer (t.ex. SIP).	
• Förstärk det pågående arbetet att skapa lokala gemensamma processer och rutiner för samverkan i de områden tveksamheter råder, utifrån föreskriften om ledningssystem.	*FoU kan delvis bidra genom att föra in området psykisk ohälsa i befintliga samverkansarenor*
• Gör en regional kartläggning av befintliga lokala arenor för samverkan utifrån ovanstående frågor.	*FoU har kompetens och kunskap för en sådan kartläggning*
Professionernas behov av kunskap och stöd för att nyttja den	
• Kartlägg befintliga utbildningar inom åldrande och psykisk ohälsa med fokus på professionernas olika behov av kunskap.	*FoU har utbildningar på området, t.ex. on-site och webbutbildning*
• Skapa förutsättningar på lokal nivå för kunskapsinhämtning, reflektion och handledning runt svåra situationer som är relaterade till klienters psykiska ohälsa med tydlig koppling till systematiskt kvalitetsarbete.	
• Skapa en samsyn med Regionalt resurscentrum för psykisk hälsa i Stockholm – Gotland vilket stöd/typ av kunskap professioner inom socialtjänsten behöver och hur den bäst presenteras.	*FoU kan delta i diskussioner*

Referenser

Astvik, W. (2003): Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten. *Arbete och hälsa, vetenskaplig skriftserie 2003:8.* Stockholm. Stockholms universitet.

Avby, G. (2018): En lärande socialtjänst. *I SOU 2018:32 Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst*

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

Centrum för personcentrerad vård GPCC (2018): Personcentrerad vård. Hämtad 2018-09-12 från https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-vard

Conradsson M, Rosendahl E, Littbrand H, Gustafson Y, Olofsson B, Lövheim H. (2013): Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *Aging and Mental Health; 17*:638-45.

Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005): Prevalence of serious mental disorders in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review. *Lancet; 365*: 1309-1314

Forsman, A., Nordmyr, J., Wahlbeck, K. (2011): Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International, Vol. 26*: i85-107

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2018): *Resurscentrum psykisk hälsa i Stockholm-Gotland - Preliminär nulägesanalys*

Metso, F. (2018): *När kriget är allt du minns. Att lindra PTSD hos äldre.* Gothia fortbildning AB.

Montgomery, SA., Åsberg, M. (1979): A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry, 40*: 382–389.

OECD (2016): *PaRIS Patient-Reported Indicators Survey. The next generation of OECD health statistics.*

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

SKL (2015): *När brukare och patienter blir medskapare – en lönsam historia En idébok om brukar och patientmedverkan som inslag i kommuners, landstings och regioners styrning.* Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2016): *Äldres psykiska ohälsa. Att fånga upp psykisk ohälsa hos äldre i handläggningsprocessen.* Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

SLL, Landstingsrevisorerna (2017): *Samverkan i vårdens gränssnitt En analys av tidigare identifierade återkommande problem*. Projektrapport 4/2017

Socialstyrelsen (2008): *Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. S*tockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010): *Det är mitt hem - Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011): *SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2012): *Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd.* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2013): *Se tecken och ge rätt stöd – Vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017): *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2017.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2018): Individens behov i centrum. Hämtad 2018-09-12 från https://www.socialstyrelsen.se/individensbehovicentrumibic

SOU 2018:32: J*u förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst*

Stockholms Läns Äldrecentrum (2018): *Stockholms läns landstings Äldremottagningar*. 2018:4

Strandberg, L., Matsson, P., Karlsson, L-B., Rydwik, E. (2013): Slutrapport *Trygga möten – Bemötande av äldre personer med psykisk funktionsnedsättning.* FOU nu. 2013:3

Svenska psykiatriska föreningen, nr. 11 (2013): *Äldrepsykiatri – Kliniska riktlinjer för utredning och behandling.* Gothia fortbildning AB.

Svenskt demenscentrum (2018): *Åldern har sin rätt – om att åldras med intellektuell funktionsnedsättning.*

Vårdanalys (2016)*: Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningens utmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. 2016: 1*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

WHO (2004): *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report.* ISBN 92 4 159159 5

WHO (2013): *The European Mental Health Action.* Hämtad 2018-09-22 från http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf?ua=1