

Att arbeta med äldres psykiska ohälsa

– vägledning för socialtjänsten och den
kommunala hälso- och sjukvården

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN ISBN läggs in i större rapporter som ska vara maximalt sökbara
Artikelnr Har de flesta rapporterna. Artikelnummer erhålls av produktionsledaren.

Omslag Om formgivet omslag
Foto Om det finns foton i rapporten
Sättning Om sättning gjorts externt
Tryck Tryckeri, ort, månad årtal alt. om den publiceras på webbplatsen

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	5
<i>Inledning</i>	6
Vägledningens målgrupp	6
Syfte och mål med vägledningen	7
Begrepp som används i vägledningen	Fel! Bokmärket är inte definierat.
<i>Psykisk ohälsa hos äldre personer</i>	8
Många orsaker till psykisk ohälsa	8
Andra faktorer som påverkar den psykiska hälsan	9
Inte bara ett psykiskt lidande	9
De mest sjuka äldre	10
Behandling för äldre personer	10
<i>Samverkande insatser för ett gott omhändertagande</i>	11
Samverkan mellan huvudmännen	11
Inventering av personer med psykiska funktionshinder	13
Samordning av insatser mellan huvudmännen	14
Samordning i vardagen	15
<i>Uppföljning och utvärdering</i>	17
Uppföljning av insatser	17
<i>Det dagliga mötet</i>	20
Tillgänglighet	20
Kontinuitet	20
Värdegrund	23
<i>Utvecklad kompetens</i>	24
Behov av kompetensutveckling	24
<i>Stöd i boendet</i>	25
<i>Stöd för rehabilitering och egenvård</i>	28

Daglig sysselsättning	28
Patientutbildning	28
Självhjälpsgrupper och sorg	29
Förskrivning av kognitiva hjälpmedel	29
Förskrivning av fysisk aktivitet – enskilt eller i grupp	30
Förebyggande hembesök	30
Annat stöd	30
<i>Förändrings- och förbättringsarbete</i>	32
Att arbeta evidensbaserat	32
Praktiskt stöd för att förändra arbetssätt	33
<i>Stöd i vardagen</i>	36
Handledning	36
Äldrepsykiatriska team/stödteam	36
Sociala aktiviteter	36
Olika arbets- och förhållningssätt	37
<i>Relationsarbete vid psykisk ohälsa hos äldre</i>	40
Närstående	40
Återhämtning	40
<i>Tecken på psykisk ohälsa</i>	42
Trauman i livet - bakgrunden påverkar	42
Fobi och överdrivna känsloreaktioner	43
Sänkt grundstämning	43
Självordstankar och självmordsplaner	44
Uppvarvad och överaktiv	45
Ångest	46
Oro	47
Hallucinationer	48
Akut förvirringstillstånd eller konfusion	49
Demenssjukdom	49
Missbruk hos äldre personer	50
Kognitiva funktionsnedsättningar	50
Mat, sömn och hygien	51
<i>Referenser</i>	53

Sammanfattning

Inledning

Äldre personer med psykisk ohälsa omfattas av samma lagstiftning som alla andra äldre. I EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna framgår att äldre personer ska erkännas rätten ”att leva ett värdigt och oberoende liv och att delta i det sociala och kulturella livet.” (artikel 25) [1] I socialtjänstlagen (SoL) 5 kap. 4 § (2001:453) står följande:

Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). 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.

Även hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (1982:763) kan sägas ha en värdegrund i 2 §:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Socialstyrelsen har uppmärksammat att [2] kommunerna och landstingen inte alltid prioriterar äldre personer som lider av svår psykisk sjukdom, och de får inte alltid den vård och omsorg som de har rätt till enligt lagstiftningen.

Vägledningens målgrupp

Målgrupp för vägledningen är ansvariga för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvårdens insatser till äldre med psykisk ohälsa. Den ska också kunna användas av omvårdnads- och omsorgspersonal, men kan även vara till nytta för exempelvis biståndshandläggare.

De patient- och brukargrupper som vägledningen berör är

- personer som debuterar med psykisk ohälsa efter 65 års ålder
- personer över 65 års ålder som debuterade med psykisk ohälsa/sjukdom redan under yngre år och har levt en längre tid med psykiska funktionsnedsättningar.

Syfte och mål med vägledningen

Vägledningens syfte är att bidra till att äldre med psykisk ohälsa ska få en god vård och omsorg. Målet är att stödja verksamhetsansvariga i att bedriva en verksamhet av god kvalitet för denna målgrupp.

Vägledningen kan användas som ett stöd att utveckla processer och rutiner för vård och omsorg till äldre med psykisk ohälsa. Den behandlar strukturella områden som exempelvis systematiskt kvalitetsarbete, uppföljning och utvärdering, samverkan mellan huvudmännen och kompetens. Den innehåller även en del som ger konkret stöd att upptäcka psykisk ohälsa och vilka åtgärder som kan vidtas.

Psykisk ohälsa som begrepp

I vägledningen används genomgående begreppet psykisk ohälsa som inkluderar psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning när inte något annat begrepp passar bättre. När begreppet psykisk funktionsnedsättning används i vägledningen avses en person som ”har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning” [54].

Psykisk ohälsa hos äldre personer

Förekomsten av oro, ångslan, ångest och sömnproblem hos äldre personer är hög jämfört med andra vuxna. En fjärdedel av alla självmord begås av personer som är 65 år eller äldre [2]. Vid 75 års ålder beräknas att 15 – 25¹ procent lida av psykisk ohälsa, men alla har inte en psykiatrisk diagnos trots att de behandlas med läkemedel mot psykisk ohälsa [2, 3]. Socialstyrelsen har i flera rapporter visat att äldre personer inte alltid får den vård och omsorg som de har behov av. Kommuner och landsting tillhandahåller inte alla gånger den vård och omsorg som de äldre personerna har rätt till [3].

Antalet äldre i samhället kommer att öka väsentligt och risken att utveckla ohälsa, både psykisk och fysisk, ökar med hög ålder. Statistiska Centralbyrån (SCB) uppskattar att antalet äldre år 2035 kommer att öka till 2,4 miljoner (23 procent av befolkningen) och av dessa kommer 0,8 miljoner att vara 80 år eller äldre [4]. Samhället kan alltså förvänta sig ett ökat behov av stöd och vård för psykisk ohälsa bland äldre personer.

För att utveckla vården och omsorgen till äldre med psykisk ohälsa finns det behov av:

- ett utvecklat och strukturerat samarbete mellan huvudmännen och ett gemensamt ansvarstagande
- att sprida kunskap genom forskning, utbildning och praktiskt utövande av vård och omsorg
- en förstärkt kompetens bland personal inom specialistpsykiatri, primärvård och socialtjänst
- ett utvecklat och förbättrat utbud vad gäller boendeformer och stöd för äldre personer med psykisk ohälsa [5].

Många orsaker till psykisk ohälsa

Det finns många orsaker till psykisk ohälsa bland äldre och äldres psykiska ohälsa behöver därför ses ur flera olika perspektiv. En rad faktorer påverkar såsom biologiska förändringar i hjärnan och kroppslig sjukdom. Även psykosociala faktorer som fysisk aktivitet, ensamhet, kost, missbruk samt bieffekter av läkemedelsbehandling påverkar. Det är vanligt att symtomen på psykisk ohälsa är diffusa. De kan också vara tecken på flera olika sjukdomar.

Pensioneringen kan föra med sig en ny livssituation och en ny roll att identifiera sig med. Åldrandet för med sig förluster av förmågor som syn, hörsel och rörelseförmåga eller att den äldre personen får ett försvagat socialt nätverk när närstående blivit sjuka eller gått bort. Denna sorg över förlus-

¹ Olika undersökningar anger olika siffror beroende på hur man räknar och vilka typer av psykiatriska tillstånd man inkluderar.

ter kan om den förblir obearbetad eller obehandlad utvecklas till psykisk ohälsa. [2]

Äldre är en heterogen grupp där behov, livsvillkor och önskemål skiljer sig åt mellan individer kanske mer än mellan yngre/vuxna personer. Behovet av vård och omsorg hos äldre personer bör därför inte automatiskt överlämnas till andra metoder, verksamheter eller insatser än de som erbjuds andra vuxna [3,4]. Samtidigt är det viktigt att lyfta de särskilda behov av vård och omsorg som den äldre personen kan ha. Man behöver titta på flera faktorer - biologiska, sociala och psykologiska - som kan ligga till grund för den psykiska ohälsan [2].

Andra faktorer som påverkar den psykiska hälsan

Kön, etnicitet, socioekonomiska förhållande, utbildning, arbete, status och delaktighet påverkar hur åldrandet och hälsoutvecklingen blir för en person. Kvinnor lever längre än män men har högre grad av ohälsa. Kvinnor får oftare antidepressiva läkemedel än män medan fler män än kvinnor tar sitt liv [5, 64, 65]

När det gäller utlandsfödda kan den psykiska hälsan påverkas av erfarenheter från krig, trauma och svåra upplevelser i samband med migrationen. Att ha lämnat sitt hemland kan ha inneburit en förlust av sociala relationer. Bristande tillgång till sitt eget språk ökar den sociala isoleringen som är en faktor som ökar risken för psykisk ohälsa [66]. Den sociala isoleringen kan också drabba de språkliga minoriteter som finns i Sverige – tornedalsfinska, romani, jiddisch, samiska och finska. Även teckenspråkiga riskerar detta om de inte kan använda sitt språk i vardagen. [67]

Äldre personer som är homo-, bi eller transsexuella är en grupp som inte är speciellt uppmärksammat i forskning och utbildning. Det finns äldre som har erfarenheter av en tid då det var förenat med straff eller sjukdomsstämpel. Många har också erfarenheter av att närstående tagit avstånd från dem, vilket kan ha försvagat deras sociala nätverk. Många har därför inte haft en livspartner utan levt mer socialt isolerad än andra grupper [67]. Den som är partner kanske inte framträder så tydligt för personal i vård och omsorg. Den äldre personen kan kanske inte vara öppen med sitt livsval och sin partner. Det är viktigt att anhöriga ges möjlighet att kunna påverka vården och omsorgen, oberoende av till exempel kön, sexuell läggning eller etnisk bakgrund, under förutsättning att den äldre själv vill detta [68].

Inte bara ett psykiskt lidande

Äldre med långvarig psykisk sjukdom kan ha en eftersatt kroppslig hälsa. Det finns en ökad risk för kroppslig sjukdom i gruppen på grund av behandling med vissa mediciner under lång tid. En konsekvens av den psykiska ohälsan kan vara att personen röker och/eller har brister i kosthållning och motion, vilket bidrar till ökad risk för kroppslig sjukdom. Sjukvården har inte uppmärksammat den kroppsliga hälsan och livsstilen i gruppen i tillräcklig utsträckning vilket lett till allvarliga konsekvenser för många med en

långvarig psykisk sjukdom. Socialstyrelsen har i flera rapporter visat på att dödligheten i sjukdomar som diabetes, stroke eller cancer är mycket hög i gruppen med psykisk sjukdom [55 - 58].

En långvarig svår psykisk sjukdom har för många inneburit ett liv utanför den reguljära arbetsmarknaden. Det betyder att den ekonomiska situationen har påverkats genom lägre pension och mindre sparande jämfört med den övriga befolkningen [20, 64, 70].

Mot bakgrund av att många insatser till äldre utförs av närstående är det viktigt att tänka på att en stor andel av de personer som har haft en långvarig psykisk sjukdom kan ha levt sitt vuxna liv utan partner och andra närstående. De har ett svagt socialt nätverk och kan därför ha ett större behov än andra av en lättillgänglig vård och omsorg [61, 70].

De mest sjuka äldre

Äldre personer med flera samtidiga sjukdomar har ökad risk för att drabbas av psykisk ohälsa utöver sina kroppsliga sjukdomstillstånd.

Demenssjukdomar kan initialt förväxlas med andra psykiska sjukdomar och psykisk ohälsa kan tolkas som begynnande demenssjukdom hos den äldre. Depressioner i samband med demenssjukdom är svårupptäckta och de båda sjukdomstillstånden kan på olika sätt dölja varandra. Demenssjukdomar kan också ge depression, psykos och beteendeförändringar. Detta skapar en komplex situation med komplexa behov och kan kräva komplexa lösningar [13, 71, 72].

Äldre personer som lider av både kroppslig och psykisk ohälsa har en klar överdödlighet. Denna grupp drabbas också oftare av undvikbara sjukdomstillstånd än andra befolkningsgrupper. Dessa risker visar att det är viktigt att skatta både psykisk och kroppslig hälsa hos den äldre personen. Det visar också att hälsoinformation och motiverande hälsoarbete är viktiga förebyggande insatser för den äldre personen som är i riskzonen [16].

Då äldre sällan får tillgång till specialistpsykiatrins kompetens finns risk att sambandet mellan psykisk ohälsa och somatisk sjukdom inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning hos multisjuka äldre [73]. Det helhetstänkande, som är en förutsättning för en adekvat behandling, fordrar att också psykisk sjukdom beaktas. I det aktuella kunskapsunderlag som finns, talar allt för att behandling av en depression också kan minska överdödligheten [74].

Behandling för äldre personer

Psykofarmaka används i hög omfattning för äldre patienter medan psykologisk behandling, som till exempel kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT), används i låg omfattning [75]. KBT och IPT är enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid depression och ångest rekommenderade behandlingar [13].

Samverkande insatser för ett gott omhändertagande

Äldre med psykisk ohälsa kan delas upp i två grupper. Gruppen äldre som har psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom innan pensionsåldern och de som debuterade efter att de fyllt 65 år. De som drabbas före 65 års ålder har ofta en redan upparbetad kontakt med den öppna eller slutna psykiatriska vården. De som börjar lida av psykisk ohälsa efter 65 års ålder upptäcks i hög utsträckning av primärvården. Det ställer stora krav på primärvården att tidigt kunna upptäcka psykisk ohälsa och kunna sätta in behandling.

Många äldre personer träffar bara läkarna inom primärvården någon enstaka gång per år och då under en ganska kort tid per tillfälle. Däremot har de kanske daglig kontakt med socialtjänstens personal, i form av hemtjänst. Det är personal som ofta får en ganska djup kontakt med den äldre och därmed har stor möjlighet att upptäcka om personen har eller riskerar att få psykisk ohälsa. Det är därför viktigt att det finns kompetens hos båda huvudmännen att upptäcka psykisk ohälsa för att kunna ge adekvata insatser, alternativt konsultera kompetens som man själv saknar. Det är även angeläget med ett systematiskt samarbete för att respektive huvudman ska klara av sitt uppdrag.

En viktig grund för ett bra omhändertagande i socialtjänsten är att personalen har kompetens kring psykisk ohälsa. Det ökar möjligheten att tidigt uppmärksamma äldre som lider eller riskerar att lida av psykisk ohälsa. Det ökar även möjligheten för personalen att ta de kontakter som krävs för att minska det ohälsan, till exempel genom kontakt med primärvården. En annan förutsättning för ett bra omhändertagande är att huvudmännen samverkar, eftersom det behövs insatser från såväl primärvård och eventuellt psykiatri som äldreomsorg och eventuellt socialpsykiatri. Som stöd för en tydlig arbetsfördelning mellan huvudmännen kan samverkansavtal skrivas.

Även ett ledningssystem, som tydliggör verksamhetens uppdrag, styrning, ansvarsfördelning och uppföljning/återkoppling, är ett viktigt stöd för ett bra omhändertagande av den enskilde. Den som bedriver socialtjänst ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Syftet och vad det ska innehålla framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen har även gett ut en handbok till stöd för att skapa ett ledningssystem [70].

Samverkan mellan huvudmännen

Den 1 januari 2010 infördes nya paragrafer i SoL och i HSL som ställer krav på huvudmännen att ingå överenskommelser om samverkan. 5 kap. 8 a§ SoL är formulerad på följande sätt.

Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Motsvarande paragraf återfinns i 8 a § HSL.

Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

I förarbetena (prop. 2008/09:193 s. 14).uttrycktes att det ”krävs överenskommelser av både principiell och praktisk karaktär. Genom överenskommelser som innehåller bestämmelser om gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper, kan förtroendevalda och andra beslutsfattare skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning, vilket är till nytta både för verksamheternas ekonomi och för medborgarna.”

Lagstiftaren avstod från att föra in detaljerade bestämmelser i lagen. Regeringen gav därför Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en vägledning om innehållet i överenskommelserna. I maj 2010 publicerade Socialstyrelsen i Meddelandeblad 1/2010 en vägledning om vad som bör ingå en samverkansöverenskommelse.

Exempel på vad överenskommelserna kan omfatta

Det finns idag många exempel på överenskommelser mellan kommuner och landsting. Nedan är exempel på områden som vanligtvis tas upp i överenskommelserna. Områdena psykiskt funktionsnedsatta, missbruk och äldre personer, ingår fortfarande sällan i överenskommelserna[10].

- Gemensamma riktlinjer och mål för landstingets och kommunens verksamhet för personer med psykiska funktionsnedsättningar
- Rutiner för samarbete mellan landstinget och kommunen
- Samordnad vårdplanering och samordnad individuell plan
- Betalningsansvar för institutionsvård samt vid in- och utskrivning
- Ansvarsfördelning kring personer med psykisk funktionsnedsättning
 - Utredning för vård och behandling av vuxna
 - Rehabilitering
 - Vuxna med psykisk funktionsnedsättning och samtidigt missbruk/beroende
 - Äldre personer med psykisk funktionsnedsättning
- Läkemedelsansvar och läkemedelshantering
- Ansvarsfördelning vid olika former av boende
- Sammanhållen vårdkedja för personer med psykisk funktionsnedsättning
- Brukarorganisationernas medverkan
- Uppföljning och utvärdering
- Former för hur samverkansproblem/tvister mellan parterna ska lösas

Exempel på överenskommelser återfinns även på SKL:s hemsida för *Individuell plan enligt SoL och HSL/Samordnad individuell plan*.

Tips inför tecknande av överenskommelser

I överenskommelsen är det värdefullt att både gruppen som blev psykiskt funktionshindrade före 65 års ålder uppmärksammas, liksom de som insjuknar efter 65 års ålder. Båda grupperna har sina specifika behov.

Andra områden som kan vara viktiga att lyfta fram i en samverkansöverenskommelse:

- Ansvar för personliga ombudsverksamheten. Se även vidare Socialstyrelsens Meddelandeblad 14/2000 om hur verksamheten med personliga ombud bör bedrivas samt Meddelandeblad 5/2011 om statsbidrag till verksamheten med personliga ombud.
- Ansvar för stöd till närstående. Se Meddelandeblad 5/2009 med anledning av ändringen i SoL med krav på att kommunerna ska erbjuda stöd till närstående som stödjer en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller funktionshindrad.
- Ansvar för grupper med särskilda behov av samverkan däribland äldre med psykiska funktionsnedsättningar och personer med psykisk störning och samtidigt missbruk.

Av både 8 a § HSL och 5 kap. 8a § SoL framgår att organisationer som företräder brukare eller deras närstående bör ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna om det är möjligt.

Ett stöd för att skapa en överenskommelse är att huvudmännen tillsammans eller var för sig genomför en inventering av målgruppens omfattning, insatser och behov. Se nedan under rubriken Inventering av personer med psykiska funktionshinder.

Inventering av personer med psykiska funktionshinder

Enligt 5 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ska socialnämnden göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för bland annat människor med psykisk funktionsnedsättning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, 2 § är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Båda dessa uppdrag kräver kunskap om medborgarnas behov och hur väl dessa tillgodoses. I psykiatriutredningen Välfärd och valfrihet (SOU 1992:73) angavs att ”det är viktigt att kommunerna i samverkan med landstinget kartlägger olika behov hos psykiskt störda som underlag för den övergripande planeringen”. I statens offentliga utredning om psykiska sjukdomar och funktionshinder från 2006 är inventeringen en viktig del. Utan kunskap om gruppens omfattning och behov är det svårt att lokalt planera för verksamhetens omfattning och inriktning [11].

Socialstyrelsen har utvecklat ett instrument för att göra det möjligt för huvudmännen att inventera vilken livssituation vuxna med psykiska funktionshinder har och hur väl de behov som framkommer tillgodoses [6]. In-

venteringsinstrumentet är avsett för personer som har blivit funktionshindrade på grund av sin psykiska ohälsa.

Inventeringen kan göras av varje huvudman för sig eller tillsammans. Det är värdefullt om både landstingets verksamheter och kommunens verksamheter har möjlighet att gemensamt inventera gruppen för att få kunskap om vilka insatser respektive huvudman ger, samt vilka utvecklingsområden som finns. Det kan även ge underlag till att få en uppfattning om målgruppens storlek med tanke på att många enbart har insatser från den ena huvudmannen. På sikt kanske personerna kan behöva insatser från den andra huvudmannen också.

Inventeringen består av ett antal frågor som fylls i på en webbsida som rör de insatser varje enskild person har och vilka behov denne har. Det är viktigt att sekretessfrågorna utreds innan inventeringen påbörjas, för att belysa vilka möjligheter det finns att förhindra att personer dubbelregistreras. Den risken är stor om en person har insatser från flera kommunala verksamheter och landstingets psykiatri och primärvård [7].

Inventeringen kan vara ett viktigt instrument för att på lokalnivå planera och utveckla den psykiatriska vården och den kommunala omsorgen.

Samordning av insatser mellan huvudmännen

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i både HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en samordnad individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. SoL innehåller inte bestämmelser som anger vilken funktion eller befattning inom kommunen som har ansvar för samordning utan det är till exempel socialnämnden som avgör vem som utför olika arbetsuppgifter. I praktiken är det ofta en utsedd handläggare som utreder och beslutar på nämndens vägnar.

Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Skyldigheten att upprätta den individuella planen gäller avseende alla enskilda, inte enbart personer med psykiska funktionsnedsättningar. Skyldigheten gäller också både barn och vuxna. Skyldigheten är inte heller tänkt att begränsas enbart till personer med stora och omfattande behov. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses

Av planen ska det framgå:

- vilka insatser som behövs,
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget och kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Det är viktigt att den planering som man kommer överens om vid hemgång även fungerar när väl den enskilde är hemma i sin bostad.

För att utveckla arbetet med det samordnade planeringen är det en fördel om det är ett gemensamt ansvar att följa upp och utvärdera de åtaganden som man har beslutat om, både för enskilda patienter och övergripande [9].

Ett försök att samordna hälso- och sjukvården med socialtjänstens insatser genomförs av Västernorrlands läns landsting och Umeå kommun. Försöket är döpt till Projekt Multi 7 och syftet är att upprätthålla kontakten med svårt sjuka äldre som skrivits ut från sjukhus. Projektet ingår i den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” [16].

Samordning i vardagen

För att ge den äldre personen rätt stöd i vardagen behövs samordning på flera nivåer, mellan huvudmän, verksamheter och olika roller. Samverkan kan genomföras på olika sätt utifrån den äldre personens behov. Det behövs i många fall en samordningsresurs som kan komma från landsting eller kommunen. Samordningsresursen kan vara vårdbiträden/undersköterskor i rollen som kontaktperson, boendestödare eller samordningssjuksköterska som har detta uppdrag. I andra fall kan det vara en care manager eller en case manager beroende på de befintliga rutinerna kring samverkan och verksamhetens organisation [9, 10, 11,46].

Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan (SIP) är insatser från båda huvudmännen enligt 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL. I de fall den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska huvudmännen upprätta en individuellplan. Den äldre personen med psykisk ohälsa har i många fall komplexa behov vilket kräver insatser från båda huvudmännen för att det ska bli en bra övergång från till exempel slutenvården till den egna bostaden eller för att arbeta förebyggande med riskplan och tidiga tecken.

Resursgruppsarbete (ACT)

ACT-modell (Assertive Community Treatment) som arbetssättet kallas innebär att samverkan görs i form av team/resursgruppsarbete. Resursgrupp ordnas så att alla viktiga personer kring den äldre personen med psykisk ohälsa, exempelvis anhöriga, kontaktperson, sjuksköterska och bidrar med sin del för att kunna arbeta utifrån ett helhetsperspektiv. Detta rekommenderas av Socialstyrelsen vid insatser för personer med schizofreni och liknande tillstånd. I ett projekt som syftar till att ta fram modell för samverkan kring den äldre personen har ACT modellen lyfts som ett komplement till en samordnad individuell vårdplan utifrån den äldre personens behov och vid komplexa tillstånd [12,13].

Samordnat kontaktmannaskap

Samordnat kontaktmannaskap är en utveckling av samordnad individuell plan som utvecklats av Landstinget i Jönköpings län. Kommuner och landsting ska erbjuda den enskilde och dennes närstående en professionell kontakt för samordning av insatser givna av kommun och landsting. Kontaktpersonen ska bygga på kontinuitet och god tillgänglighet.

Kontaktpersonens uppdrag är att förtydliga kommunikation mellan olika verksamheter och professioner samt underlätta att korrekt information ges till berörda. Syftet med modellen är att utveckla samarbetet och samverkansformerna inom och mellan huvudmännen, men framför allt att stärka individens möjlighet till återhämtning efter insjuknande i en psykisk sjukdom [43]. Modellen är en formaliserad modell för case manager över huvudmannagränser.

Uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [9] ställer i 5 kap. 2 § krav på att vårdgivare och de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Det innebär att de som bedriver verksamheten ska ha en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Uppföljning och utvärdering kan ge vinster i form av förbättrad effekt av beviljade insatser. Genom att regelbundet följa upp och utvärdera behandlingar kan socialtjänsten ta ställning till eventuella byten eller tillägg av behandlingar, samt vid behov ompröva insatser. Detta ger bättre förutsättningar för att rätt åtgärder sätts in vid rätt tillfälle, och att såväl över- som underbehandling undviks. Att systematiskt följa upp och utvärdera insatser är också en av hörnpelarna för en evidensbaserad praktik.

Evidensbaserad praktik

Den som behöver vård och omsorg ska erbjudas vård och stöd som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Målet är att de metoder och insatser som används ska vara till nytta och aldrig till skada för den enskilde.

När det finns vetenskaplig kunskap om insatsers effekter behöver den kunskapen vägas in när man fattar beslut om lämplig insats. Men även om det finns vetenskapligt stöd för en viss insats är det inte självklart att den insatsen ska användas i det enskilda fallet. Kunskapen är ett stöd för beslut, den är inte ett direktiv om att man ska välja en viss insats eller behandling. Det behövs även annan kunskap än den man får av vetenskapliga studier för att hitta bästa möjliga vård (eller insats vid kommunal verksamhet) till en viss person. Genom att systematiskt följa upp de personer man ger vård till (eller omvårdnad/omsorg vid kommunala verksamheten) skapas beprövad erfarenhet och kunskap lokalt.

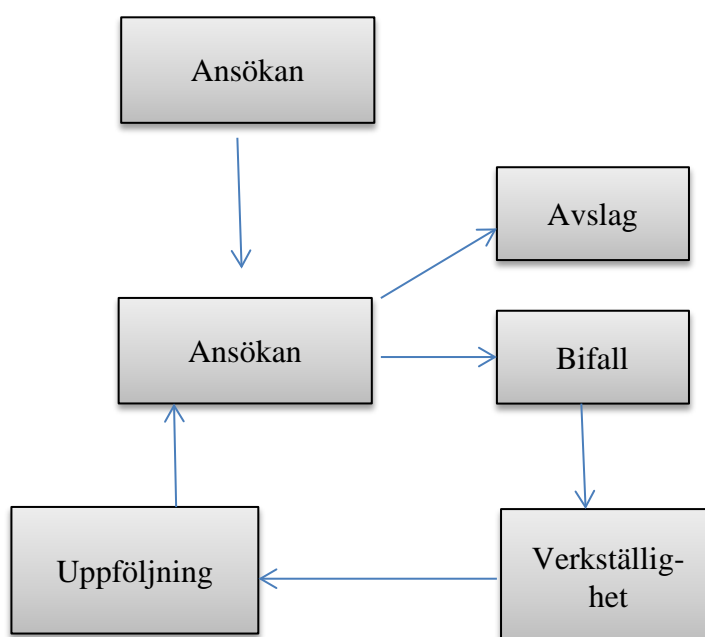
En evidensbaserad verksamhet utmärks bland annat av att det finns lokal kunskap som bygger på:

- reflektion
- systematisk dokumentation
- genomförande av projekt där man prövar nya arbetssätt
- uppföljning av hur det går för de äldre personerna
- en dialog med de äldre personerna

Uppföljning av insatser

Det är viktigt att biståndshandläggarna som beslutar om insatser på särskilt boende och i hemtjänsten regelbundet följer upp om de beviljade insatserna motsvarar de behov den enskilde har. Figur 1 visar på att uppföljning/utvärdering av en beviljad ansökan är en viktig del i ett systematiskt kvalitetsarbete och kan ge underlag till beslut och insatser bättre anpassade efter den enskilde individens behov. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilt boende, SOSFS 2012 XX, 3 kap 5 § ska socialnämnden regelbundet följa upp det eller de hemtjänstinsatser som har fattats för en person med demenssjukdom som bor på särskilt boende [39].

Fig. 1 Förenklat flödesschema över de olika stegen i handläggningen av en enskild ansökan[27]



Socialstyrelsen har under 2013 påbörjat en utbildningsserie kring att både stärka biståndshandläggarnas yrkesroll som att strukturera de äldres behov av insatser och eventuellt bistånd. Utbildningsmaterialet bygger på Socialstyrelsens skrift *Äldres behov i centrum – vägledning för behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF* [40]. Utgångspunkten i modellen är att äldre personer ska få hjälp och stöd utifrån sina individuella behov, inte utifrån utbudet av existerande insatser. Modellen utgår från den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

En av de centrala delarna i modellen är biståndshandläggarens betydelse för att både få fram den äldres hela behovsbild och resurser samt hur de brister som finns ska bistås för att uppnå en skälig levnadsnivå. Det kan delas upp i insatser som kan tillgodose med stöd av socialtjänsten. Det är

även viktigt att biståndshandläggaren i samförstånd med den enskilde kan ta kontakt med hälso- och sjukvården om behov finns av till exempel kognitiva hjälpmedel eller med ansvariga för bostadsanpassning. I beslutsarbetet kan det även vara viktigt att, om den enskilde vill det, ha med närstående. Med en närstående finns det större chans att den äldre kan få svar på alla sina frågor och kan få stöd om att komma ihåg viktig information.

Studier visar att biståndshandläggarna inte alltid uppmärksammar äldres sociala, psykiska och existentiella behov i biståndsutredningar [48]. För att lyfta fram den enskildes upplevelse av vilka behov han eller hon har av hemtjänst eller särskilt boende har Socialstyrelsen utvecklat ett instrument kallat Behov av stöd (BAS). Instrumentet består av ett antal frågor som syftar till att belysa den äldres egen uppfattning av vilka behov han eller hon har. Frågorna i instrumentet använder sig av ICF:s terminologi[48].

För att biståndshandläggningen ska fungera behövs samarbete med externa intressenter såsom primärvården, men även regelbunden uppföljning av insatserna. Med hjälp av ett systematiskt arbetssätt som stöds av ICF nomenklatur finns möjligheten att få en mer likvärdig bedömning av bistånd till just personer med psykisk ohälsa vars behov ofta kan vara svåra att uppmärksamma.

För att både implementera ny kunskap och följa upp och utvärdera insatser förutsätts bra IT-stöd. Socialstyrelsen och SKL påtalade 2011 i en gemensam rapport om evidensbaserad praktik att ”flertalet kommuner behöver räkna med att avsätta betydande resurser för att för att utveckla och implementera andamålsenliga IT-stöd till verksamhetsuppföljningen.”[41]

En allt större del av kommunernas socialtjänst bedrivs idag av externa utförare. Det innebär att kärnan i kommunernas socialtjänst blir myndighetsfunktionen (biståndshandläggningen) tillsammans med en beställningsfunktion. Det ställer ännu större krav på transparanta uppföljningssystem på aggregerad nivå, till exempel genom individbaserad statistik och öppna jämförelser, och att de tillämpas likartat hos alla utförare[41].

Det dagliga mötet

De av Socialstyrelsen utgivna nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom [13] berör viktiga frågor om hur vården och omsorgen ska kunna möta personer som lider av psykisk ohälsa. De delar som framför allt berör socialtjänsten är att vården och omsorgen är lättillgänglig, att verksamheten bedrivs med god kontinuitet och av personal som både är kompetent och som bedriver sitt arbete utifrån en tydlig värdegrund.

Tillgänglighet

En viktig utgångspunkt i arbetet med äldre med psykisk ohälsa, men även deras närstående, är att utgå från deras situation. Vad kan det innebära att vara deprimerad, ha fysiska funktionshinder, höra och se dåligt och så vidare?

Det är värdefullt att tillgänglighetsfrågorna tas upp i samverkansdiskussioner mellan huvudmännen men även internt hos respektive huvudman. Exempel på frågor som kan diskuteras är hur lätt en äldre person med psykisk ohälsa kan nå biståndshandläggare eller sitt vårdbiträde. En annan är vilka tider dagverksamheterna är öppna. Finns det verksamheter avpassade för äldre personer med psykiska funktionshinder? Är boendestödsinsatser tillgängliga för äldre? Hur väl är äldreomsorgen anpassad för äldre med psykisk ohälsa? Förändras möjligheterna för äldre till vissa insatser riktade till personer med psykisk ohälsa i samband med inflyttning till särskilt boende?

Det är även viktigt att fundera på hur väl verksamheten är tillgänglig för närstående, såväl utifrån att få kontakt med ansvariga tjänstemän som till exempel närståendes behov av handledning eller avlastning.

Ett visst stöd för att bedöma tillgängligheten av insatser till äldre med psykisk ohälsa kan vara den behovsinventering som kommuner och landskap gör av personer med psykiska funktionshinder (se sidan 13 under Samverkande insatser ...). Det är dock viktigt att komma ihåg att den inventeringen rör i första hand personer med psykiska funktionshinder och inte alla som lider av psykisk ohälsa.

Kontinuitet

En viktig faktor för att skapa en trygg och tillgänglig vård och omsorg för äldre är att det finns en kontinuitet i vården. Som äldre är det viktigt att inte behöva byta sjuksköterska eller vårdbiträde/undersköterska mer än nödvändigt. Skälen till att många äldre är i behov av kontinuitet i vården är att de har många och regelbundna kontakter med socialtjänsten eller sjukvården. Många äldre använder många olika läkemedel som kan ge biverkningar något som lättare upptäcks om det är samma personer som han eller hon har kontakt med. Även andra förändringar hos den äldre, som kan innebära be-

höva vård och omsorg, upptäcks lättare om det är en bra kontinuitet i vården. Dagliga rutiner som mat, läkemedel, promenader, kontakt med närstående kan underlättas om personalbytena minimeras. En god kontinuitet är ett viktigt stöd för att skapa en trygg vård och omsorg för den enskilde.

Kontinuitet i kontakten och att skapa tillit är en process som kan ta lång tid. Det handlar till stora delar om uthållighet. Biståndsbesluten behöver därför anpassas efter vilket behov av stöd den enskilde äldre personen med psykisk ohälsa har [25].

För att skapa en god kontinuitet i vården och omsorgen är det värdefullt att utveckla rutiner och metoder för samverkan i vård- och omsorgsprocessen inom och mellan olika

- yrkesgrupper
- enheter
- nivåer
- verksamheter
- ansvarsområden
- funktioner
- vårdgivare [17,30]

Kontinuitet kan gälla att minska konflikterna i samband med att personer blir 65 år upphör att få insatser från kommunens socialpsykiatri för att få stöd från äldreomsorgen. I några kommuner köper äldreomsorgsförvaltningar boendestödsinsatser till personer äldre än 65 år från den enhet som svarar för boendestödsinsatserna. Andra kan ha boendestödspersonal anställd inom äldreomsorgen. Boendestödjaren är en naturlig person att ha med i frågor som rör samverkan för den enskilde [20].

Care manager

Ett sätt att minska problemen med eventuella byten kan vara att ha specialistutbildad personal med uppgift att ansvara för stöd och kontinuerlig kontakt med äldre patienter som lider av en depression eller annan psykisk ohälsa. Denna person, som ibland kallas care manager, är även en person som har kontakt med behandlande läkare, ordnar läkarbesök och informerar till exempel socialtjänstens biståndshandläggare vid förändringar [14]. I Västra Götalandsregionen har man exempelvis inrättat befattningar som äldresjuksköterskor [15] med uppgifter liknande care manager för mest sjuka äldre, inkluderande de med psykisk ohälsa. Utgångspunkten i deras arbete är att skapa en relation till de äldre och stödja den enskilde i sin egenvård, men även säkra den medicinska kvaliteten.

Kontaktperson

På motsvarande sätt är det viktigt att socialtjänsten erbjuder äldre med stora omvårdnadsbehov en kontaktperson som, förutom att ge omsorg till den enskilde också ansvarar för att ha kontakt med hälso- och sjukvården, planera läkar-/sjukhusbesök, har kontakt med närstående och sprider viktig information till övrig vård- och omsorgspersonal som ger insatser till den enskilde. Kontaktpersonen kan också dokumentera om det sker förändringar

i behov och föra denna information vidare exempelvis till ansvarig sjuksköterska, enhetschef eller biståndshandläggare.

Kontaktpersonen kan även vara ett viktigt stöd för närstående. Om kontaktpersoner erbjuds de äldre är det viktigt att man har gått igenom syftet med att ha kontaktpersoner, vilket uppdrag kontaktpersonen har och vilka befogenheter och ansvar som de har. Det är en fördel om uppdraget är skriftligt och om möjligt ingår som en del i ledningssystemet [9, 20,26,27].

Fast vårdkontakt

Det finns möjligheter för patienter att få en fast vårdkontakt som har till uppgift att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (29 a § HSL). Patienten kan därmed få en tydligt utpekad person som koordinerar patientens vård. Det kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan i vissa fall vara en mer administrativ funktion. En fast vårdkontakt kan förmedla kontakter med andra personer eller delar inom hälso- och sjukvården, men även fungera som kontaktperson för andra myndigheter såsom socialtjänst och försäkringskassa. Om det behövs kan patienter få flera fasta vårdkontakter. De fasta vårdkontakterna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient.

Samordning av insatser och förmedling av information med exempelvis andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas.

Fast vårdkontakt ska tillhandahållas om en patient begär det, men innehållet och vilken yrkesgrupp som kan ta på sig att utföra uppdraget avgörs av huvudmannen [17]. Ytterligare information återfinns i Meddelandeblad 9/2012.

God man och förvaltare

Många personer med psykisk ohälsa har av tingsrätterna utsedda gode män eller förvaltare. En god man eller förvaltare kan ha till uppdrag att se till att en person får den omsorg och det stöd som han eller hon behöver och har rätt till enligt 12 kap. föräldrabalken (1949:381). En god man har dock inte till uppgift att utföra uppgifter som åligger socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

Bemanning

Hur bemanningen ser ut har betydelse för kontinuiteten. Vilka yrkesgrupper finns inom äldreomsorgen, inkluderande den kommunala hälso- och sjukvården och socialpsykiatri? Hur många vårdbiträden och undersköterskor finns det och hur många av dessa har en grundutbildning från vård och omsorgsprogrammet eller motsvarande [18,19]? Har något av vårdbiträdena eller undersköteskorna vidareutbildning inom psykiatri? Hur tas denna kompetens tillvara? Har de enskilda hemtjänstenheterna eller särskilda boenden tillgång till sjuksköterska, paramedicinare, läkare, psykolog och psykiatriker? Finns det till exempel någon sjuksköterska med vidareutbildning i geriatrik eller psykiatri?

Ett stöd för hur man kan bemanna äldreomsorgen är den inventering som huvudmännen kan genomföra [6]. Inventeringens syfte är att ge ett planeringsunderlag om hur stor målgruppen är, vilka behov gruppen har samt hur dessa behov tillgodoses i dag och vad som bör utvecklas eller förändras.

Värdegrund

En grund för arbetet med etiska frågor finns i 2 § HSL "Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet." I 5 kap 4 § SoL infördes 2011 en bestämmelse med syfte att skapa en nationell värdegrund för äldreomsorgen "Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)".

Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre

Socialstyrelsen har publicerat Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3) [20]. Enligt dessa bör den nämnd som ansvarar för äldreomsorgen bland annat se till att

- äldre personers privatliv och integritet respekteras
- den äldre får stöd i sitt självbestämmande och är delaktig i hur omsorgen utformas
- se till att äldre personer får ett gott bemötande
- verka för att äldre personer ska känna trygghet

I arbetet med värdegrund är det även viktigt att belysa frågor utifrån den enskilde brukaren. Det kan till exempel gälla upplevelse av att vara maktlös, känna otrygghet och mötas av negativa attityder gentemot personer med psykisk ohälsa. Hur arbetar vi för att bemöta dessa upplevelser? Det kan även finnas många etiska konflikter inbyggda i äldreomsorgen som det är viktigt att reflektera kring på arbetsplatsträffar eller med stöd av en handledare. Socialstyrelsen har publicerat ett vägledningsmaterial som kan vara ett stöd för arbetet med den nationella värdegrunden [47]. Det är även viktigt att ansvarig nämnd är medveten om de svåra etiska konflikter personalen ofta ställs inför och kan ge vägledning i hur de ska handla, eller vem de kan få stöd och handledning av kring värdegrundsfrågor.

I Socialstyrelsens Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre och Socialstyrelsens Meddelande 3/2012 går det att läsa mer om Socialtjänstlagens värdegrundsparagraf [20,21].

Bemötande i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen presenterar i september 2013 ett regeringsuppdrag om hur hälso- och sjukvården kan utveckla arbetet med att bemöta patienter på ett tryggt, respektfullt och jämlikt sätt.

Utvecklad kompetens

För att kunna bedriva vård och omsorg som motsvarar målen i HSL och SoL behövs en gedigen yrkeskompetens hos all personal. Kompetensförsörjning är därför av central betydelse för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Behov av kompetensutveckling

För att socialtjänsten ska ha bra möjligheter att både kunna ge en bra vård- och omsorg till äldre med psykisk ohälsa och kunna påtala deras behov av hälso- och sjukvård krävs kunskaper och kompetens. Socialstyrelsen publicerade 2011 allmänna råd om vilka grundläggande kunskaper som personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12). I det allmänna rådet föreslås att de som arbetar närmast den äldre personen har kunskap om att åldras och att förlora exempelvis närstående och fysiska funktioner och hur det kan påverka den psykiska hälsan. Socialstyrelsen gav även ut en vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen 2012 [44]. Ett område som speciellt berördes var kunskaper som kan behövas för specialiserade arbetsuppgifter rörande psykisk sjukdom för äldre. Syftet med vägledningen är att stimulera till kompetensutveckling inom äldreomsorgen och då inte minst inom området psykisk ohälsa och sjukdom.

Idag är merparten av kommunernas psykiatriska resurser koncentrerade till socialpsykiatri, bestående av vidareutbildade sjuksköterskor i psykiatri och boendestödjare med till exempel en skötarutbildning i botten. Insatserna från den kommunala socialpsykiatri är ofta knuten till personer under 65 år [22]. Det innebär att många äldre inte får vård och omsorg av personal som är utbildad inom psykiatri, eftersom stor del av hemtjänstens personal saknar denna kompetens. Många av de som har en utbildning i psykiatri, till exempel genom gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram, saknar fördjupade kunskaper om äldre med psykisk ohälsa.

Utöver att vårdbiträden och undersköterskor erbjuds kortare utbildningar, kan detta kompletteras med att någon i arbetslaget erbjuds en fördjupad utbildning i psykiatri. Inom socialtjänsten är det viktigt att det finns personer med en fördjupad kompetens som ges möjlighet att samordna arbetet kring äldre med psykisk ohälsa och att implementera ett socialpsykiatriskt arbetssätt som bygger på en evidensbaserad kunskap [23]. Alternativt att man ger flera personer en vidareutbildning i psykiatri som kan ingå i team för att ge ett socialpsykiatriskt stöd till personalen i socialtjänsten. Exempel på detta finns från Borgholms kommun [24] och Södra Älvsborg [25]. Ytterligare en alternativ lösning kan vara att stärka de demensteam som finns i kommunerna med att några även har vidareutbildning inom psykiatri och därmed kan ge stöd inom ett bredare fält.

Stöd i boendet

Många behöver hjälp och stöd för att kompensera konsekvenserna av en psykisk ohälsa, och det behovet utgör grunden för de insatser som en kommun erbjuder målgruppen. De vanligaste insatserna, utöver hemtjänst och särskilt boende, är ett boende i bostad med särskild service enligt LSS eller boendestöd i det ordinära boendet.

Hemtjänst

Enligt 4 kap. 1 § SoL har en enskild som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Genom biståndet ska den enskilde få en skälig levnadsnivå och biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv. Den vanligaste formen av bistånd inom äldreomsorgen är hemtjänst i ordinärt eller särskilt boende.

Hemtjänst innefattar dels uppgifter av servicekaraktär, dels uppgifter som är mer inriktade mot personlig omvårdnad. I propositionen (2000/01:149 sid 23) skriver regeringen: Med serviceuppgifter avses bland annat praktisk hjälp med hemmets skötsel, som städning och tvätt, hjälp med inköp, ärenden på post- och bankkontor och hjälp med tillredning av måltider samt distribution av färdiglagad mat. Med personlig omvårdnad avses de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan handla om hjälp för att kunna äta och dricka, klä på sig och förflytta sig, sköta personlig hygien, och övriga insatser som behövs för att bryta isolering eller för att den enskilde ska känna sig trygg och säker i sitt eget hem. Hemtjänst är med andra ord en viktig stöd till äldre som lider av psykisk ohälsa.

Boendestöd

I samband med biståndsprövningen av äldre med psykisk ohälsa är det viktigt att även utreda om den enskilde kan vara i behov av boendestöd utförd av vidareutbildad personal i psykiatri. I Sverige finns idag två vetenskapligt testade instrument för att kartlägga behoven av boendestöd: Camberwell Assessment of Need - Äldre (CAN - Ä) [CAN-S (Camberwell Assessment of Need – Äldre information på Socialstyrelsens webbsida)] och Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ). Fler instrument finns i bruk men de har inte genomgått någon vetenskaplig prövning [27].

Boendestöd är en biståndsinsats som kan beviljas som stöd i den dagliga livsföringen enligt SoL och LSS, till bland annat personer med psykiska funktionshinder med eget boende. Syftet med boendestödet är att stödja den enskilde att klara av att sköta sin hygien, planera sin mathållning eller delta i fritidsaktiviteter.

När den boendes egna önskemål får vara vägledande ökar chanserna för ett bra resultat av boendestödsarbetet. Den boende kan delta i planeringen av insatsen med hjälp av genomförandeplanen. Dessutom kan individen själv vara delaktig och ges möjlighet att påverka utbudet av hjälp- och stödinsatser. För att kunna göra det behöver han eller hon ha tillräcklig information om vilka insatser som har visat sig vara effektiva för personer med liknande problem och behov [27].

Bondestöd är en insats som ska beviljas utifrån den enskildes behov och inte efter ålder. Enligt Socialstyrelsens statistik är det cirka 1 600 personer som har boendestöd efter det att de fyllt 65 år [22]. Flertalet av dessa är yngre än 75 år. Samtidigt slutar inte den enskildes behov av boendestöd i och med att han eller hon fyllt 65 år. Behovet kan upphöra långt senare i och med att personen blir än mer funktionshindrad och inte längre har nytta av de insatser som boendestödjarna kan ge. Ibland upphör inte behovet alls.

Boendestödjarna har vanligen en mer omfattande utbildning i psykiatri än personalen i hemtjänsten, vilket gör att de har kompetens att möta människor med allvarliga psykiska funktionshinder.

Några kommuner köper boendestödsinsatser till personer äldre än 65 år från den enhet som svarar för boendestödsinsatserna. Andra kan ha boendestödspersonal anställd inom äldreomsorgen. Några kommuner har infört speciella team med specialutbildad personal i psykiatri med uppdrag att handleda och stödja hemtjänstpersonal och personal på särskilt boende. Oberoende av hur man organiserar är det viktigt att biståndsinsatserna utformas efter den enskildes behov och inte efter ålder.

Särskilt boende

Det saknas idag forskning som visar om det är bra att ha särskilda boenden för personer med psykisk ohälsa eller om de bör integreras med personer med andra funktionshinder. Det finns farhågor att personer som erbjuds särskilt boende erbjuds detta för att de psykiskt funktionshinder som hemtjänsten har svårt att bemöta, inte för att de har ett stort omvårdnadsbehov i sig. I nordvästra Stockholm genomför FOU:nu en satsning, ”Trygga möten”, för att stärka personalen att möta äldre med psykiska funktionshinder [49]. Detta kan vara ett sätt att stärka personalens förmåga. Ett annat är att skapa speciella psykiatriteam för att stötta personalen att möta äldres behov i hemmet utan att flytta till särskilt boende [25].

Många av de äldre som bor i särskilda boendeformer inom äldreomsorgen är drabbade av psykisk ohälsa, åtminstone om man ser till användningen av psykofarmaka, rapporterade symtom och de behov som dokumenteras. Ett stort antal lider av oro och nedstämdhet, något som kan ha varit orsaken till att personen flyttade till ett särskilt boende. Oro och nedstämdhet kan bero på personliga faktorer (ålder, demenssjukdom, smärta och så vidare) men kan också vara ett resultat av den omsorg och den vårdande miljö den äldre erbjuds [25, 27]. Exempel på detta är att brist på kontinuitet i vården, att inte veta vem som kommer eller när, kan i vissa fel leda till oro eller ångest.

En stor del av de aktiviteter som erbjuds äldre på ett särskilt boende är kollektiva. Det kan vara exempelvis sång, bingo eller högläsning. Samtidigt visar studier att många äldre också gärna skulle vilja ha mer individuella

insatser utifrån egna behov och önskemål. Eller egen tid med personalen eller ökade möjligheter att hålla kontakt med närstående [28].

Linköpings kommun redovisar i en undersökning fördelar med att erbjuda personer med psykisk ohälsa funktionsanpassade bostäder i närheten av ett särskilt boende. De kan då både ta del av servicen på det särskilda boendet och leva ett mer självständigt liv. Flera intervjuade med psykisk ohälsa tyckte att det var en bra lösning för deras egen del [29].

Det är ett viktigt utvecklingsområde att öka möjligheten för äldre att få sociala insatser anpassade efter egna behov och önskemål [50]. Vidare att ge möjlighet för den äldre att få upprätthålla kontakten med närstående.

Stöd för rehabilitering och egenvård

För att möta äldre personer med eller som riskerar psykisk ohälsa är det viktigt att inte bara ge insatser utan även ge möjlighet att stärka den egna förmågan att möta sin psykiska ohälsa. Det här avsnittet handlar till stor del om att stärka den enskildes empowerment² genom sysselsättning, hjälpmedel, utbildning eller självhjälpgrupper.

Daglig sysselsättning

Flertalet personer som har ett psykiskt funktionshinder och fyller 65 år blir organisatoriskt överflyttade från den specialiserade socialpsykiatri till den kommunala äldreomsorgen [22, 26]. Det innebär ofta att de går miste om daglig sysselsättning. Sådan verksamhet kan ha hjälpt till att organisera och ge innehåll till vardagen och även gett möjlighet till att träffa personer med liknande problem. I och med att många psykiskt funktionshindrade har ett dåligt socialt nätverk och ofta kan ha behov av regelbundenhet i vardagen, är det angeläget att övergången till att blir ålderspensionär planeras i förväg. Men i detta ingår även planera för verksamhet som har möjlighet att erbjuda gruppen daglig sysselsättning utifrån den enskildes behov och önskemål.

Patientutbildning

Patientutbildning i grupp är en verksamhet som finns för patienter och närstående vid till exempel långvariga och kroniska sjukdomar. Syftet är att ge patienter och närstående mer kunskap, delaktighet och möjlighet att hantera sjukdomen/funktionshindret och den förändrade situationen. Denna verksamhet kan hjälpa patient och närstående att handskas med sjukdomen och göra det lättare att leva med en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller skada. Det kan även vara ett sätt att få kunskap om olika behandlingsalternativ och egenvård [30]

Flera vårdgivare har startat ”patientskolor” som leds av vårdpersonal, ofta i samarbete med patientföreningar. Flera landsting till exempel Region Skåne [31] har provat en modell som används i Norge att involvera personer i som länge har levt med en långvarig eller kronisk sjukdom i sin egen vård [32].

Även kampanjen (H)järnkoll om öppenhet kring psykisk ohälsa har under de senaste åren utbildat så kallade ambassadörer av personer med erfarenhet från psykiatrisk vård som både informerar personalgrupper och patienter om att ha en psykiatrisk diagnos. (H)järnkoll har även utbildat ambassadörer som är över 65 år som kan vända sig till äldre patienter. Ett komplement till

² Med empowerment avses här egenmakt att individen har makt att påverka sin egen situation.

en patientutbildning kan vara Min guide till säker vård som Socialstyrelsen gav ut 2011 [33].

Patientutbildningarna kan även rikta sig till närstående för att ge kunskap om sjukdomen, olika behandlingar, vilka rättigheter man har som patient och närstående liksom vart man kan vända sig med problem eller frågor. Utbildningarna genomförs idag inom hälso- och sjukvården. Det finns inget som hindrar att motsvarande utbildningar även genomförs inom socialtjänsten, exempelvis i samarbete med (H)järnkoll.

Självhjälpsgrupper och sorg

Att åldras innebär ofta att man drabbas av svåra förluster, förluster som man kan behöva hjälp och stöd för att behandla. En förlust som drabbar många är att ens närmaste make eller maka dör. Att sörja är något naturligt, men ofta kan man behöva stöd i sin sorg. Det är värdefullt om man inom både primärvården och socialtjänsten har beredskap för att möta äldres sorg. Flera primärvårdsenheter har i dag team som erbjuder samtalsbehandling vid sorg av en kurator eller psykolog.

På många ställen i USA erbjuder man sedan 1964 ett widows-to-widows till nyblivna änkor/änklingar. Modellen bygger på att nyblivna änkepersoner kan få stöd i att bygga upp sitt nya liv som ensam av andra änkepersoner som kommit lite längre i sitt sorgearbete [59].

I Sverige erbjuder flera landsting självhjälpsgrupper till personer som förlorat en livspartner eller på annat sätt drabbats av en svår förlust. Ett exempel är Hälsodisken Hissingen som sedan drygt tio år erbjuder självhjälpsgrupper med samtalsledare till änkepersoner [60, 61].

En studie som Stockholms läns landsting genomfört 2013 visar att äldre kan ha god nytta av psykodynamisk gruppbehandling. Syftet med behandlingen är att till exempel acceptera förlust av hälsa och/eller partner men även att försonas med gamla traumatiska upplevelser. Metoden har även prövats på personer med en komplicerad sorg som de själva har svårt att ta sig ur [62].

Enligt Öppna jämförelser [63] erbjöds 2011, 52 procent av närstående ett eftersamtal vid dödsfall. Det är en minskning från föregående år med 7 procent.

Förskrivning av kognitiva hjälpmedel

Många äldre med psykisk ohälsa har även kognitiva funktionshinder såsom minnessvårigheter och svårigheter att planera och organisera sin vardag. Det är viktigt att landstinget eller kommunen har möjlighet att förskriva de kognitiva hjälpmedel som den enskilde behöver som till exempel fickdatorer som påminner och ger struktur på vardagen.

Förskrivning av fysisk aktivitet – enskilt eller i grupp

I nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderar Socialstyrelsen hälso- och sjukvården rådgivande samtal kring bland annat fysisk aktivitet med skriftlig ordination av fysisk aktivitet uppföljning till patienter som har en otillräcklig fysisk aktivitet [34]. Studier visar även att fysisk aktivitet är viktigt hjälpmedel för att uppnå en bra psykisk hälsa [35].

För att stimulera till fysisk aktivitet har kommuner som till exempel Säfte, i samarbete med lokalt gym, startat seniorstyrketräning med ett drygt 100 tal aktiva medlemmar [36]. Andra kommuner har byggt upp gym i anslutning till särskilda boenden som kan vara tillgängliga för äldre med hemtjänstinsatser. Motionerandet underlättas om det finns grönområden eller friskvårdsaktiviteter tillgängliga i den äldres närhet till exempel på äldreboenden eller genom pensionärsorganisationer. Många kommuner har lagt in äldres fysiska aktivitet som en del av personalens arbetsuppgifter på särskilda boenden och schemalagt verksamheten utifrån detta.

För att säkra att äldre med behov av fysisk aktivitet för att uppnå en skälig levnadsnivå kan detta även ingå i biståndsbeslutet.

Förebyggande hembesök

Äldre med psykisk ohälsa är en grupp som har högre dödlighet i olika folksjukdomar som cancer och diabetes. Troligen har även till exempel djupt deprimerade personer bristande kunskap om sina rättigheter att få stöd och hjälp. Uppsökande hembesök kan vara ett verktyg för att kunna lämna information om socialtjänsten samt förmedla kontakt med hälso- och sjukvården om den enskilde så vill. Det kan även vara ett medel att informera om kommunens aktiviteter och att ge stöd för hälsosamma kost- och motionsvanor. Därutöver kan det vara ett komplement till Socialstyrelsen inventeringsinstrument, (se läs under rubriken Inventering av personer med psykiska funktionshinder) för att få en uppfattning om vad de enskilda brukarna efterfrågar för insatser från samhället.

Däremot är enbart uppsökande verksamhet inte effektivt för att ändra människors beteenden till exempel vad gäller matvanor. För det krävs det vanligen andra kompletterande insatser. Ett annat problem är att många tackar nej till hembesök och bland dessa finns troligen en del med allvarlig psykisk ohälsa [45]. Det är angeläget att hitta nya former att nå äldre med psykisk ohälsa förutom hembesök, exempelvis genom riktade informationsmöten på äldreboenden och vårdcentraler.

Annat stöd

Våren 2013 startade Föreningen Psykisk hälsa, med stöd av Stockholms Stads Äldreförvaltning och Stiftelsen Solstickan, en Äldretelefon riktad till personer som mår psykiskt dåligt. Telefonen är bemannad av specialutbildade volontärer vardagar klockan 10-15. Även Riksförbundet för SuicidPrevention och EfterlevandeStöd (SPEC) har telefonjour för dem som är när-

stående till någon som tagit sitt liv. Telefonen är bemannad klockan 19-22, med personer med en liknande erfarenhet

Ett utvecklingsområde är "Första hjälpen till psykisk hälsa" (Mental Health First Aid -MHFA). Det är ett australiskt utbildningsprogram för att främja den psykiska hälsan och förebygga självmord. Under 2013 har Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) i uppdrag att anpassa materialet till äldre. Därutöver kommer cirka 50 instruktörer från hela landet att utbildas, som i sin tur kommer att leda utbildningar i sina egna kommuner och landsting. Målet för satsningen är att öka förståelsen för personer med psykisk ohälsa. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) kommer att utvärdera satsningen. Modellen har tidigare utvärderats för verksamheter riktade till barn och unga [38].

Förändrings- och förbättringsarbete

Om man ska förändra arbetssätt och attityder gentemot äldre med psykisk ohälsa är det viktigt att vara beredd på att det tar tid. Ett systematiskt arbete för att tidigt upptäcka, diagnostisera och behandla äldre med psykisk ohälsa tar tid, och har varken början eller slut. För att lyckas förändra arbetssättet krävs det många olika insatser. Utöver vägledning och utbildningsinsatser behövs det ofta andra insatser som till exempel en samordnare som har en vidareutbildning i psykiatri. Socialstyrelsen har på www.kunskapsguiden.se ett stöd för hur man kan arbeta evidensbaserat i den vardagliga praktiken.

Att arbeta evidensbaserat

Grunden i den evidensbaserade praktiken innebär att den professionelle väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser.

Evidensbaserad praktik innebär att den professionelle väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser.

Evidensbaserad praktik förbättrar möjligheterna att hjälpa, minskar risken för att skada, ger ökad transparens, främjar utveckling och ger sammantaget en bättre beslutsgrund.

Evidensbaserad praktik minskar risken för snabba beslut om insats. En bra strategi är att medvetet försöka undvika att tänka på lämpliga insatser till efter att problemanalysen är genomförd.

Implementering

En viktig del i arbetet med att arbeta med en evidensbaserad praktik är att ha en metod för att implementera ny kunskap och nya arbetsmetoder. På www.kunskapsguiden.se beskrivs fyra faser i implementeringen:

1. Allt utvecklingsarbete börjar med en inventering av vilka behov man har av nya metoder eller arbetssätt.
2. När inventeringen genomförts och det finns ett beslut om att de ska genomföras är det viktigt att säkra att man har de resurser som krävs för genomförandet. För att klara av detta är det viktigt att förändringen har förankrats i organisationen.
3. Varje metod innehåller delar som utgör essensen i metoden, så kallade kärnkomponenter. En viktig del i implementeringen av en ny metod är att använda kärnkomponenterna på det sätt som är avsett. Om kärnkomponenterna har använts på rätt sätt kan man säga att metoden har implementerats korrekt.
4. När mer än hälften av de professionella använder metoden på rätt sätt kan man säga att metoden är implementerad. [51]

Socialstyrelsen har gett ut en broschyr *Om implementering*, som tar upp hur man kan förändra ett arbetssätt [42]. Här beskrivs detta i några punkter.

Praktiskt stöd för att förändra arbetssätt

Myndigheten för Samhällsskydd och beredskap har utvecklat en metod för att genomföra utveckla nya arbetsformer inom och mellan verksamheter som kan vara användbart för att utveckla arbetet med äldre med psykisk ohälsa.

Viktiga utgångspunkter för arbetet

- Aktivt, förebyggande ledarskap. Sök enighet och samarbete för ett långsiktigt och systematiskt arbetssätt.
- Bygg goda relationer och team. Samverka över organisations- och verksamhetsgränser.
- Erkänn behov av förändringar.
- Använd gärna externa krafter men utnyttja dem så att ni själva lär er att utvecklas på egen hand.

Analysera problemet och bestäm inriktning på arbetet

- Klarlägg hinder och möjligheter. Ta hjälp av personer som är relevanta i sammanhanget.
- Utbilda, informera och öva genom hela förändringsprocessen.

Att tänka på: Beslut som är enbart symboliska, det vill säga till intet förpliktigande, ger sällan resultat, framförallt inte hållbara resultat som syftar till att uppnå mål.

Att klargöra innan förändringsarbetet startar

- Att ledningen står bakom behovet av förändring och därigenom skapar personella, ekonomiska och administrativa förutsättningar.
- Inventera befintlig kompetens; räcker den som finns i organisationen eller behövs extern hjälp? Utbildning av alla medverkande är A och O.
- Inventera praktiska och faktiska möjligheter att utföra arbetet.
- Främja ett tillåtande klimat. Det ska vara tillåtet att diskutera och ifrågasätta rådande uppgifter, strukturer, rutiner m.m.

Att tänka på: Se till att hela tiden få med ny personal i utvecklingsarbetet.

Se till att uppgifter, ansvar och befogenheter är

- tydliga.
- relevanta.
- möjliga att genomföra.
- etiska.

Att tänka på: Det är klokt att först satsa på de medarbetare som är positivt inställda.

Stöd och legitimitet

- Förvissa er om att det finns både tillåtelse och en bred acceptans för förändringsarbetet.
- Försäkra er om stöd på flera nivåer i organisationen (nödvändigt för en varaktig förändring).

Att tänka på: Både bland personal och brukare kan enskilda individers intressen och motiv inverka både positivt och negativt på arbetet. Tänk igenom hur eventuella intressekonflikter och revirtänkande kan hanteras. Det är klokt att först satsa på de medarbetare som är positivt inställda.

Genomförande

- Klarlägg ansvarsfördelningen. Ledningen måste vara synlig och tydlig.
- Genomför implementeringen i små steg, ta inte hela organisationen på en gång. Överväg att skapa en separat organisation för implementeringsarbetet. Det ger större kreativitet men å andra sidan kan det sedan bli svårare att integrera förändringen i den ordinarie verksamheten.
- Övervaka och dokumentera genomförandet.

Att tänka på: Undvik om möjligt att genomföra andra krävande aktiviteter medan förändringsarbetet pågår eftersom dessa kan försvåra arbetet. Ha tålamod och visa uthållighet. Implementering av nya arbetssätt kan ta flera år.

Uppföljning och utvärdering

- Följ upp kontinuerligt.
- Utvärdera såväl följsamheten till arbetsmetoden som resultat och effekterna av det arbete som har genomförts.
- Förmedla resultaten och effekterna av såväl uppföljningar som utvärderingar – både positiva och negativa – till alla berörda.

Att tänka på: Det som ska implementeras kan eventuellt behöva förändras med tiden.

Omvärldsbevakning

- Andra aktörers (till exempel myndigheter, organisationer, marknaden och medborgare) agerande kan ha betydelse för implementeringen.

Att tänka på: Ingen organisation verkar helt isolerad från sin omgivning [52].

Genom att använda ett systematiskt arbetssätt för att införa nya metoder eller genomföra förändringar i arbetet ökar möjligheten att de förändringar man tänkt genomföra verkligen genomförs [53]. Genom att arbeta systematiskt med evidensbaserad praktik ökar även möjligheten att de äldre som lider av psykisk ohälsa blir hörda och deras erfarenheter blir en del av den framtida praktiska vården och omsorgen.

Stöd i vardagen

Handledning

Handledningsbegrepp kan behöva definieras eftersom det används olika beroende på verksamhet och behov. Nedan finns beskrivning av metodhandledning och pedagogisk handledning som båda används inom Socialtjänsten.

Metodhandledning inom socialtjänsten innebär handledning i arbetsmetoder, utförande, tekniker, förhållningssätt inom organisationen. Metodhandledning kan ges individuellt eller i grupp [14].

Pedagogiskhandledning utgår ifrån ett strukturerat, lärande samtal där en arbetsgrupp kontinuerligt får möjlighet att reflektera över sitt uppdrag eller sin verksamhet tillsammans och under ledning av en handledare. Reflektionen är central för lärandet och ger möjlighet att ifrågasätta och granska arbetssätt och bemötande i vardagen [14].

Äldrepsykiatriska team/stödteam

Flera kommuner och landsting har startat särskilda team som arbetar med äldre som har psykisk ohälsa. Teamen tillhör i vissa fall den kommunala verksamheten eller landstinget men i några fall är teamen en gemensam angelägenhet för båda huvudmännen.

Teamens uppdrag, upplägg och sammansättning varierar men många är uppbyggda så att det finns olika roller och professioner i teamet så kallade multiprofessionella team. Teamen kan exempelvis bestå av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, skötare/undersköterska, boendestödjare och en samordnande funktion bland dem. Syftet med ett multiprofessionellt team är att det kan bidra till ett bemötande utifrån olika perspektiv med en vidgad bild av situationen. Många av teamen handleder även personal som arbetar i vård eller omsorgsverksamhet som en del av sitt uppdrag. Flera av dagens äldrepsykiatriska team drivs i projektform men för att säkra kontinuiteten i verksamheten visar utvärderingar att teamen bör ha ett långsiktigt perspektiv och integreras i den ordinarie organisationen [16, 76].

Malmö stad är en kommun som har inrättat multiprofessionella stödteam i flera stadsdelar. Stödteamen arbetar på olika sätt utifrån stadsdelens organisation. Även det stödteamet har utöver vård- och omsorgsarbete handledning av personal som en stor del av sina arbetsuppgifter. Teamen ingår i ordinarie verksamhet.

Sociala aktiviteter

Möjlighet till socialt stöd och sociala aktiviteter har, av både Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut, beskrivits som betydelsefullt i syfte att förebygga psykisk ohälsa samt återinsjuknande [77, 78]. Mot den bakgrunden har verksamheter utvecklat innehållet på träffpunkter/mötesplatser så att

äldre personen som har psykisk ohälsa får möjlighet till social samvaro i ett sammanhang där deras behov synliggörs. Utöver det erbjuder en del träffpunkter till exempel:

- Balansövningar/basal kroppskänedom.
- Mindfulnessövningar
- Samtal i grupp
- Föreläsning/samtal om psykisk ohälsa eller åldrandet (psykoedukativa)
- Social samvaro (musik, kaffe, mat)

En erfarenhet är att aktiviteterna initialt bör vara av bör kraven vara lågt ställda på deltagande eftersom många äldre med psykisk funktionsnedsättning har svårt att komma iväg och ta första steget till en ny aktivitet. Biståndsbedömd ledsagning, stöd av kontaktperson eller boendestödjare kan vara ett sätt att underlätta deltagandet i sociala aktiviteter [3, 27,40, 79]

Olika arbets- och förhållningssätt

Ett självständigt liv (ESL)

Behovet av att utveckla arbetsmetoder inom socialtjänsten har uppmärksammats under flera år, bland annat för att bättre kunna anpassa stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning. Metodiken i ESL har som mål att underlätta vardagen för den enskilde personen och kan med fördel användas i daglig kontaktpersonsfunktion. I Borgholm och Jönköping finns exempel på verksamheter för äldre med psykisk ohälsa där man använder sig av ESL som metod [27, 80]. En svensk översättning av metoden och manual för hur man ska arbeta med metoden finns under namnet Steg-för steg och är anpassat till svenska förhållanden[81].

Livsberättelse

Livsberättelsen används inom äldreomsorg och vid vård och omsorg av yngre vuxna med psykisk ohälsa. Det är ett sätt att kommunicera med den friska hos personen och få en möjlighet att veta mera om personen innan sjukdomen. Det kan vara värdefullt att lyfta livsberättelsens betydelse i syfte att upptäcka tidigare psykisk ohälsa men också för att bättre kunna förstå den äldre personens liv då livsupplevelser och egna tolkningar av livserfarenheten kan skilja sig från äldre som inte är drabbad av psykisk ohälsa. Livsberättelsen kan också ge uppslag om hur innehållet i omsorgen kan anpassas till den enskildes behov och underlätta vid upprättande av krisplan [3, 82].

Krisplan

Krisplan är ett dokument som ska användas för att uppmärksamma förändringar hos den enskilde som kan leda till risk för allvarlig psykisk ohälsa. Den är ett stöd både för patienten och för verksamheten att till exempel förhindra självmord. I krisplanen får den enskilde personen sätta ord på de

känslor och beteenden som är tidiga varningstecken på försämrat mående. Även vad som brukar underlätta att tillståndet uppkommer behöver beskrivas. Genom arbete med krisplan kan personalen ingripa på tidigt stadium. Bemötandet blir då anpassat efter den enskilde personen. I vissa fall kan det försämrade måendet brytas med en lugnande promenad i andra fall med tidig kontakt med läkare för medicinering. Krisplanen tas fram av den äldre personen tillsammans med exempelvis kontaktperson, närstående i nätverket. Livsberättelsen kan vara ett hjälpmedel för att få helheten vid framtagande av en krisplan [81, 83].

Motiverande samtal(MI),

Motiverande samtal, MI, är en metod som syftar till att påverka viljan till förändring och medverka till insatser som kan skapa dessa förändringar i livssituationen, på individens egna villkor. I sammanhanget betonas också vikten av ett helhetsperspektiv, det vill säga att hela den enskildes hälso- och livssituation inkluderas. För att bemöta äldre personer med psykisk ohälsa som har svårigheter att klara vardagliga sysslor kan kunskap om MI vara ett alternativ. När det gäller missbruk är MI en väl beprövad metod [27, 77]. Mer information om Motiverande samtal finns i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning [84].

Salutogent perspektiv

Salutogent perspektiv introducerades av medicinske sociologen Aaron Antonovsky på 1980-talet. Han funderade över varför vissa människor klarar sig i livet trots hög belastning av arbete, påfrestningar och problem och varför det inte är möjligt att förutse konsekvenserna av en viss belastning för en enskild människa. Hans slutsats är att hälsovetenskaplig forskning måste intressera sig för de ”redskap” människor använder för att hantera och förstå livets utmaningar [69].

Ett centralt begrepp är KASAM (En känsla av sammanhang.) KASAM har utvecklats för att mäta en livshållning, som kan öka motståndskraften vid stress och därmed vara en hälsofrämjande egenskap. Begrepp som påverkar känslan av sammanhang för en person är begriplighet, hanterbarhet och förutsägbarhet.

Känslan av sammanhang är snarast ett förhållningssätt, som uttrycker i vilken utsträckning man har en varaktig och genomträngande känsla av tillit till sin egen förmåga att möta livets olika skiften [82].

Kognitiva hjälpmedel

Kognitiva hjälpmedel hjälper till att kompensera sådana funktionsnedsättningar och ska vara ett stöd i vardagen genom att ge ökad trygghet, självständighet, aktivitet och delaktighet i samhället. Ibland kan hjälpmedlen också innebära att närstående kan känna sig tryggare och bli avlastade. Ett kognitivt hjälpmedel kan ha olika syfte och funktion och det kan användas på olika sätt i olika aktiviteter i vardagslivet [27].

Att få tillgång till kognitiva hjälpmedel

Vanligtvis är det en arbetsterapeut som bedömer behovet och förskriver eller lånar ut kognitiva hjälpmedel för att den enskilde ska kunna klara sin vardag. Arbetsterapeuter finns i både landstinget och kommunen. Det finns skillnader mellan landstingen och kommunerna när det gäller organisationen kring förskrivningen av kognitiva hjälpmedel och vilka regler som gäller. Arbetsterapeuter har kunskap om hjälpmedel och hur de på bästa sätt kan användas. På hjälpmedelsinstitutets (HI) hemsida hjälpmedelstorget <http://www.hi.se/kognitionsportal> kan man hitta hjälpmedel [27].

Relationsarbete vid psykisk ohälsa hos äldre

Den äldre personen är expert på sin situation och personalen på sitt yrkesområde. Den äldre personen står i ett beroendeförhållande till myndigheten som den vill få hjälp och stöd av och det kan vara viktigt att vara medveten om att maktförhållandet är ojämlikt mellan den äldre personen och personal. Ett professionellt bemötande ska präglas av respekt, ödmjukhet och empati i en förtroendefull relation med den äldre personen [85].

Patient- och anhörigutbildningar

Patientutbildningar och anhörigutbildningar har vuxit fram som en insats för personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning. Syftet med utbildningsinsatsen är att förbättra individens och den anhöriges förmåga att hantera sjukdomen och kanske minska återinsjuknande. Vanligt förekommande inslag är att

- öka kunskaper om sjukdomen och olika typer av insatser
- att lära individen att känna igen tidiga tecken på återfall i sjukdom
- att förstå familjens roll och situation [83, 30].

Närstående

Personalen bör ge varje enskild person individuellt anpassad information det vill säga informationen ska anpassas till varje persons förutsättningar och behov, både vid utformandet och av hur den förmedlas. Om informationen inte kan lämnas till den äldre personen bör den i stället lämnas till en närstående. I de fall den äldre personen uttryckt att informationen inte får lämnas till anhöriga ska vård och omsorgspersonalen respektera detta [30].

Forskning visar att anhöriga betyder mycket för personer med psykisk ohälsa. Det kan ibland vara de enda betydelsefulla kontakterna de har utanför vård- och omsorgsorganisationen. Av bland annat den anledningen är det viktigt att personalen visar anhöriga ett bemötande som kännetecknas av öppenhet, bekräftelse och samverkan. Närstående uppger i en studie att kontinuiteten bland personalen är betydelsefull om den anhörige ska kunna gå in i ett samarbete och uppleva öppenhet och bekräftelse från personalen. [70, 80 87]

Återhämtning

Återhämtning beskrivs som en subjektiv process som fokuserar på individens vilja och strävan att uppnå personliga mål eller gå i önskad riktning. Det innebär att den enskilde lär sig strategier för att hantera sin vardag och leva ett så bra liv som möjligt trots den psykiska ohälsan. Ur ett återhämt-

ningsperspektiv beskrivs att människor med psykisk ohälsa behöver känna hopp och stöd från omgivningen samt möjlighet att själv genom ökad kunskap kontrollera sina symtom. För en person med psykossjukdom kan det sociala nätverket försämrats och familjen kan vara den enda stödjande kontakten som kan ha betydelse för personens återhämtning. Om familjen inte finns blir personalen ännu viktigare och det relationsskapande arbetet kan behöva prioriteras [92].

Tecken på psykisk ohälsa

Tecken på psykisk ohälsa behöver uppmärksammas. Äldres symtom och behov kan skilja sig åt från yngre/vuxna [83]. Den äldre personens psykiska ohälsa kan debutera i samband med åldrandet men kan också ha debuterat tidigare i livet och inneburit en långvarig funktionsnedsättning. De äldre personerna är kvinnor och män med olika bakgrunder, erfarenheter, socioekonomiska tillhörigheter, olika kulturella och etniska tillhörigheter eller sexuell läggning. Symtombilden och sjukdomsförloppet kan därför vara komplext och sammansatt [79]. Att utgå från den äldre personens behov är därför att föredra för målgruppen äldre med psykisk ohälsa [85]. Nedanstående exempel på tecken på psykisk ohälsa kan signalera situationer av varierande allvarlighetsgrad. Det är därför av vikt att personal med legitimerad medicinsk kompetens får rapport om förändringen och kan göra en bedömning. Personalen vänder sig vanligtvis till sin chef eller ansvarig sjuksköterska som rapporterar vidare till läkare inom primärvården eller psykiatrin. Primärvården är första linjens psykiatri. Det är viktigt att de vårdbiträden eller undersköterskor som träffar och känner den äldre personen dokumenterar iakttagelserna och utför de insatser som beslutats [88].

Kompetent personal och kontinuitet är faktorer som har betydelse för tidig upptäckt [5, 79, 80, 83, 84]. Tillstånden är komplexa och bemötandet behöver anpassas för den enskilde äldre personen.

Trauman i livet - bakgrunden påverkar

Åldrandet kan vara en tid i livet som ger utrymme för reflektion kring och integrering av livet som varit. Äldre med traumatiska upplevelser och historik behöver synliggöras med tanke på att andelen äldre födda utanför Sverige ökar. Den största gruppen äldre med annat ursprung är den sverigefinska. I denna grupp finns de som upplevt andra världskriget som barn eller vuxna. Många kom till Sverige som krigsbarn och med minnen från svåra och långa separationer. I andra studier har man belyst situationen för överlevande från koncentrationsläger och deras erfarenheter samt anhörigas upplevelser. Många av de överlevande har inte fått eller kunnat berätta om sina upplevelser tidigare i livet. Konsekvenserna blir att de nertryckta minnena har kommit upp i samband med åldrandet i form av olika kroppsliga besvär. Det kallas också posttraumatiskt stressyndrom. I Sverige finns migranter från krigsdrabbade länder med minnen som kan vara svåra att berätta om och bearbeta. Det är trauman som kan uppstå på nytt i en omvårdnadssituation. Trauman behöver inte vara relaterade till krigshändelser utan kan också vara upplevelser av sexuella övergrep, obearbetade kriser och förluster som aktualiseras i samband med åldrandet. Det är inte helt ovanligt att människor som upplevt trauman inte tidigare i livet haft besvär av det, men i samband med åldrandet får de starka upplevelser av det tidigare vilande traumat [89].

I den akuta situationen så behöver personalen inge lugn och trygghet utifrån situation och person. Det är värdefullt om personalen tar del av den äldre personens livsberättelse som ger en ökad förståelse för den äldre personens liv. Personalen kan därigenom bemöta den äldre personen utifrån hans eller hennes förutsättningar [81,89].

Fobi och överdrivna känslreaktioner

Oro vid specifika situationer och vid specifika platser, så kallad fobi, kan ge personen funktionshinder i vardagen. Fobi kan ofta tränas och behandlas bort varför det är viktigt att dokumentera och rapportera dessa upplevelser till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal så att inte personen lider under onödig tid [85].

Personer med demens kan få plötsliga och överdrivna känslreaktioner som kan vara utlösta exempelvis av mediciner, infektioner, urinstämning, förstoppning, smärta. Personalens uppgift blir att försöka se och förstå vad som kan ha utlöst denna starka reaktion och skapa ett lugn och en rofylld miljö där den äldre personen kan känna sig trygg. En medicinsk undersökning kan ge svar på orsaken och därför är det viktigt att rapportera och dokumentera händelsen [72, 90].

Sänkt grundstämning

Torsten har under senaste halvåret saknat aptit och gått ner i vikt. Han har också svårt att sova. För ett år sedan förlorade han sin hustru. Han klagar över orkeslöshet värk och har svårt att ta sig för vanliga vardagliga saker. Både han och hans barn tycker att hans minne blivit sämre och att han har svårt att koncentrera sig.

Många äldre med nedstämdhet söker inte hjälp hos sjukvården då både den äldre personen själv och omgivningen kan uppleva att det finns naturliga orsaker till nedstämdheten och att den är ett led i att bli äldre.

Symtom kan komma smygande och äldre beskriver ofta kroppsliga besvär som exempelvis värk, trötthet och att inte ha lust och ork till de vanliga intressena. Andra personer anger sämre koncentrationsförmåga och minne eller minskat självförtroende och känslor av skam och ånger. Många är pessimistiska inför framtiden och att livet är så slitsamt att tankar på självmord förekommer. Sömlöshet, aptitlöshet och viktminskning är vanliga fenomen [88].

Bemötande

Det är av stor betydelse att personalen lär sig uppmärksamma de tecken på nedstämdhet som den äldre personen uppvisar. Nedstämdheten kan vara en depression. Tillståndet kan rapporteras vidare enligt de rutiner som finns inom hemtjänst eller på boendet så att behandlingsinsatser kan sättas in och den äldre personen få det stöd som han eller hon behöver. Personalen behöver ha mod, ork och kunskap för att närma sig och våga prata om tankar och

planer på självmord. Men det behövs även möjlighet till handledning och/eller utomstående stöd.

En person som är deprimerad har svårt att orka, att komma igång med vardagliga saker. Personalen är då ett viktigt stöd för att inge hopp och trygghet [13, 52]. Det är viktigt att utgå från den äldres situation, somatisk sjukdom, psykisk ohälsa och sociala förändringar.

- Ett stöd för personalens arbete kan vara de kunskaper som inhämtats om den äldre personen, via samtal, livsberättelser, anhöriga eller någon i personalgruppen.
- Vilka intressen, sociala kontakter, viktiga personer finns i den äldre personens närhet?
- Vilka fysiska eller sociala aktiviteter finns som kan passa den äldre personen?
- Hur kan personalen skapa en trygg situation för den äldre personen?
- Hur kan personalen påverka miljön/atmosfären i lägenheten/rummet utifrån den äldre personens behov?

Personalen kan också se vad som kan göras i miljön för att påverka möjlighet till avslappning och sömn utifrån den äldre personens behov [79, 91, 92].

Personalen kan även själv reflektera över om de genom till exempel sina rutiner kan påverka den äldres depression. De kan till exempel gälla att förbättra kontinuiteten, minska byten av tider, att de vårdbiträden som har bäst kontakt med den äldre går till honom eller henne. Ofta kan den äldres oro eller osäkerhet om vem som kommer och vilken tid de kommer påverka en person som har en depressiv sjukdom negativt [25].

Självordstankar och självmordsplaner

Äldre personer, över 65 år, står för ungefär en fjärdedel av de självmord som görs i Sverige idag. Depression är den viktigaste orsaken till både försök och fullbordade självmord bland äldre [93]. Fysiska sjukdomar, förlust av funktioner och krympande socialt nätverk kan ibland bidra till känslan av nedstämdhet och hopplöshet. Våra attityder till åldrandet kan medföra att vi ser äldre personers nedstämdhet och önskan att dö som "förståelig" vilket kan leda till att man missar tillstånd som kan gå att behandla. Läkemedelsbehandling och psykologisk behandling kan hjälpa den äldre personen att bli fri från sin depression och få tillbaka livslusten. Även andra saker som beviljad hemtjänst, effektivare smärtlindring eller att få flytta till ett boende kombinerat med att bli mera aktiv och ingå i ett socialt sammanhang påverkar livslusten. [72, 94, 95, 96].

Det finns situationer och tillstånd som ökar risken för att den äldre personen tar sitt liv. Det är depression, alkoholmissbruk, ångest och psykosjukdomar samt tidigare självmordsförsök. Andra riskfaktorer är bland annat anhörigs dödsfall, ett svagt socialt nätverk, sömnstörning, fysiska sjukdomar, vanföreställningar kring kroppslig sjukdom och att någon närstående tagit sitt liv. Faktorer som har positiva effekter på välbefinnandet exempelvis fysisk aktivitet och att delta i sociala aktiviteter. Aktiviteterna ger bättre fysisk funktion och gör att individens förmågor kan behållas längre. Insatser

för att stimulera sociala aktiviteter och kontakter är därför viktiga för alla äldre. [94, 95, 97]

Det finns många myter och vanföreställningar kring självmord de kan i värsta fall hindra från att handla på ett riktigt sätt. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, NASP, skriver om myterna på sin hemsida: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=28731&a=82055&l=sv>

Bemötande

Vård- och omsorgspersonalen spelar en mycket viktig roll för att kunna ge stöd och hopp till den äldre personen som har tankar på att ta sitt liv. Personalen behöver bemöta den äldre personen med att ta på allvar, att lyssna, att inte backa för svåra samtalsämnen och att inge hopp i mötet. Personalen blir på så sätt en stabiliserande faktor och stöd även om den äldre personen kanske inte vill eller tror på det som sägs just för tillfället. Det är därför viktigt att skapa trygghet i relationen mellan personal och den äldre personen. Det är även viktigt för att tidigt kunna upptäcka förändringar [79, 86, 95, 97, 71].

Vård- och omsorgspersonal har en viktig roll att slå larm om man upptäcker förändringar hos den enskilde som kan innebära en självmordsrisk. En upprättad krisplan underlättar för att på ett tidigt stadium kunna se tecken på psykisk ohälsa [83, 70].

Uppvarvad och överaktiv

Maria bor ensam i sin lägenhet. Hon får hjälp av hemtjänst med inköp och matlagning. Maria har diabetes, hjärtproblem och nedsatt rörelseförmåga. Maria är uppvarvad på ett sätt som personalen inte känner igen och hon pratar om allt hon ska göra, berättar om en förestående resa och hon visar det hon beställt via TV shop. Hemtjänst personalen upptäcker att hon nästan inte sovit alls och att maten de handlat till henne är kvar i kylskåpet. De ser också att hon inte tagit sin medicin.

Ett kraftigt förhöjt stämningsläge, en överaktivitet som är svår följa med i och ökad energi kan vara tecken på att en person börjar gå in i manisk period. Andra tecken är att personen får svårt att hålla tråden, att göra klart det den påbörjat samtidigt som han eller hon verkar vara fullt sysselsatt. Om-dömet om vad som är klokt att göra och inte kan börja svikta och personen kan ta viktiga beslut som den ångrar efteråt. Närstående eller personal märker också att det brister i personens självinsikt om att tillståndet inte är det normala för henne/honom. Hos äldre kan det finnas inslag av irritabilitet, aggressivitet och förvirring. Hon eller han sover lite, slarvar med mat, kläder, hygien och har många idéer som inte slutförs. Det finns stor risk för sociala och ekonomiska konsekvenser samt fysisk utmattning för personen. För äldre med hjärt- och kärlsjukdom kan tillståndet vara allvarligt, till och med livshotande [13]

Bemötande

Om personalen har kompetens att ställa relevanta frågor och agera när de ser tidiga tecken är det mycket värdefullt för att ligga ”steget före”. Personalen kan även rapportera tillståndet till sin chef eller den person som enligt rutinen ska kontaktas.

Bipolär sjukdom är en sjukdom som i många fall är livslång. Anhöriga och nätverket kring den äldre personen är betydelsefulla för att ge kunskap om personens förutsättningar, sårbarhet och behov, men också om förutsättningar för de att ge stöd. Den enskilde kan ha erfarenheter från institutionsvård med skrämmande behandlingar och inskränkningar i integriteten [5]. För att skapa trygghet i relationen behövs tålmod och långt förtroendeskapande arbete hos personalen. Det är betydelsefullt att personalen finns tillhands för att lugna och stötta när den maniska fasen är över och den äldre personen kanske ångrar vad den gjort och grämer sig över sin situation. Det kan vara viktigt att informera biståndsbedömare som kan behöva ändra beslut om insats under en period då den äldre personen har ett annat behov.

En krisplan kan underlätta för att på ett tidigt stadium kunna se tecken på psykisk ohälsa [83].

Ångest

Birgitta bor på särskilt boende efter en halkolycka då hon skadade höften och blev rullstolsburen. Hon ringer efter personalen, andas häftigt och skriker ”Hjärtat slår så fort att det känns som om det ska hoppa ur kroppen, halsen snörs ihop och jag får så svårt att andas. Jag blir yr och rädd för att ramla ur stolen om jag inte håller i mig. Jag tror jag ska dö!”

Ångest kan uttrycka sig på olika sätt och har flera likheter med rädsla som fenomen. Båda känslorna är reaktioner på ett upplevt hot som gör oss beredda att fly eller slåss. Ångest som sjukdom kännetecknas av att det inte finns något reellt yttre hot. För den enskilde personen känns det ändå så och kroppen reagerar på liknande sätt. Om ångesten är i form av en panikattack som i beskrivningen ovan kan det vara svårt för den äldre personen att själv veta att det är ångest. Den kraftiga hjärklappningen kan göra att personen kan tro att det är en hjärtinfarkt vilket kan leda till ytterligare panikkänsla.

Bemötande

I det här exemplet kan personalen hjälpa den äldre personen att andas kontrollerat och lugnt. Personalen behöver förmedla trygghet, lugn och vara lyhörda på vad den äldre personen behöver. En person som har en panikattack bör inte lämnas ensam under tiden attacken pågår. De bör även få en kroppslig undersökning så fort det är möjligt så att man kan utesluta somatiska sjukdomstillstånd [91, 5, 13]. Det sägs att ångest kan vara ”smittsam” eftersom det är lätt att dras med i det uppjagade tillståndet och det är därför extra viktigt att personalen tänker på att behålla lugnet [79].

Oro

Michael oroar sig för om hemtjänsten ska komma och när de ska komma. Han ringer upprepade gånger varje dag för att försäkra sig om hur det ligger till. Michael säger också att han kanske vill gå med till affären idag. Personalen vet att han ofta säger så men när de frågar om han ska gå med och handla så kan han inte bestämma sig utan säger "kanske senare?" Sedan brukar han ångra sig men då kan tillfället att följa med vara över.

Oron kan också uttrycka sig som en malande känsla som den äldre personen har liten kontroll över. Personer med ett så kallad generaliserad ångest som i exemplet ovan kan vara oroliga för den egna hälsan, anhörigas hälsa eller ekonomin. Oron kan också ta sig uttrycket att den äldre personen har mycket svårt att bestämma sig även kring små beslut. Om tillståndet håller i sig kan det ge nedsatt livskvalitet och i förlängningen en funktionsnedsättning. Ångesten kan också ge kroppsliga obehag som svettningar, darrningar, huvudvärk, hjärtklappning, mag-tarm besvär och störd nattsömn [13, 71]

Bemötande

Det viktigt att uppmärksamma oro och ångest hos äldre i syfte att förebygga och lindra. Att delta i sociala aktiviteter kan lindra och förebygga ångest. I några kommuner har man startat sammankomster för målgruppen på kommunens träffpunkter med detta syfte. För den äldre personen är det viktigt att få prata om sin ångest med någon som kan ge trygghet. Nyckeln till ett bra bemötande ligger i att det är anpassat till just den personen och det den behöver för att bli trygg. Någon behöver fysisk aktivitet och någon annan har behov av att befinna sig i avskildhet, lyssna på musik eller få massage. Det finns hjälpmedel som stöd i vardagen för den äldre personen med ångest och de finns beskrivna i kapitlet om kognitiva hjälpmedel [91, 27, 79, 85, 13].

- Den äldre personen behöver känna lugn och trygghet och få hjälp med förutsägbarhet och struktur. Exempelvis genom att delta i planering för att veta vilken personal som kommer och när de kommer kan lindra oron.
- Personer med ångest kan må bra av att lära sig andningstekniker eller avslappningstekniker.
- Den äldre personen kan behöva stöd för att komma igång med sociala och/eller fysiska aktiviteter.
- Personalen kan med fördel göra en krisplan i förebyggande syfte. I krisplanen ska det stå vilka tecken som förekommer i ett tidigt skede av personens försämrade hälsa. Vad den äldre personen själv anser brukar lindra och viktiga personer i den äldre personens närhet?

Hallucinationer

Lennart bor i egen lägenhet på nionde våningen. Han har hjälp från hemtjänst med att få maten levererad och medicinerna utdelade. En dag ringde han till sin kontaktperson inom hemtjänsten och berättade att han hade fullt med råttor på balkongen. Han var skräckslagen och ville att hemtjänsten omedelbart skulle komma och ta bort råttorna eller hjälpa honom med att ringa till någon som kunde ta bort dem. Eftersom Lennart bor på nionde våningen misstänkte personalen att det inte stod rätt till.

Hallucinationer kan bero på många orsaker, exempelvis psykisk sjukdom som den äldre personen kan ha levt med under lång tid eller kroppslig sjukdom som infektioner, social isolering eller reaktion på läkemedel. Upplevelserna kan vara skrämmande men ibland också trevliga.

Bemötande

Kontakt med sjukvården är ett naturligt agerande för att undersöka om det finns somatiska orsaker till förvirringstillståndet. Det är viktigt att personen känner att den blir tagen på allvar och att personalen förmedlar lugn och trygghet. Det är inte meningsfullt att argumentera om vad som är sant och inte. Om det beror på en psykiatrisk sjukdom kan det hjälpa personen att sysselsätta sig med annat exempelvis lyssna på musik som kan lindra upplevelsen [83].

Hallucinationer förekommer också vid demenssjukdom. I sådana fall kan det vara svårt att resonera med personen om deras upplevelse utan istället får personalen tänka på att skapa lugn, trygghet och välbefinnande [72].

Vanföreställningar.

Sofia har blivit änka. Hon bor nu ensam i en lägenhet och får hjälp av hemtjänst några dagar i veckan med mat och städning. Hemtjänstpersonalen har börjat oro sig för Sofia som sedan en tid stänger ventilerna och påstår att grannen sprutar in gas via ventilationen. Hon har också börjat misstänka att det kommer in gas via fönster och brevinkast.

Vanföreställningar innebär att den äldre personen tolkar in andra budskap och slutsatser i det som händer. Det kan väcka starka känslor som till exempel vanmakt, rädsla och panik. Vanföreställningar kan ha flera bakomliggande orsaker. De kan förekomma vid olika typer av psykoser eller vara kopplat till demenssjukdom, men kan också upplevas av personer med syn eller hörselnedsättning, ofta kombinerat med social isolering.

Bemötande

Precis som vid hallucinationer är det inte framkomligt att argumentera vad som egentligen är rätt eller fel. Det är även här viktigt att ta den äldre personen på allvar. Att skapa lugn och trygghet och vara lyhörd. I vissa fall kan tillståndet innebära att personen inte vågar lämna hemmet eller ta emot be-

sök vilket i förlängningen påverkar livskvaliteten. Fysiska och sociala aktiviteter kan verka förebyggande.

Akut förvirringstillstånd eller konfusion

Konfusion eller akut förvirringstillstånd är ett tillstånd som kan drabba vem som helst men risken ökar med stigande ålder eftersom gränsen för vad som utlöser konfusionen, så kallade konfusionströskeln blir lägre. Åldrandet, hjärnskada, läkemedel, kroppslig sjukdom och yttre psykologiska faktorer påverkar. Ofta samverkar olika faktorer, vilket innebär att en ganska liten förändring kan vara utlösande [98].

Studier[98] har visat på vikten av att all personal som arbetar nära den äldre har kunskap om att vårda patienter/brukare med konfusion. En viktig faktor för att lindra lidande och komplikationer i samband med konfusion ”är att den drabbade känner sig trygg och att det är tillåtet att visa sina känslor. Ett mänskligt möte där lidandet får ord och form underlättar denna process”[98]. En lindrande vård kan även minska vårdens och omsorgens kostnader i och med allvarliga skador kan förhindras [99].

Bemötande

Den äldre personen känner sig ofta ensam med sina märkliga upplevelser och personalen behöver därför ta sig tid att lyssna, fråga och försöka förstå. Den äldre personen kan också behöva bekräftelse samt få stöd i att bearbeta sina många gånger mycket skrämmande upplevelser. Det är därför viktigt att personalen inger lugn och trygghet och utgår från den enskilde personens upplevelser.

Demenssjukdom

Demenssjukdom kännetecknas av nedsättningar av kognitiva funktioner som minne, orienteringsförmåga, språklig förmåga och tankeförmåga. Det förekommer även beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD. BPSD beskrivs dels som psykiska symtom som är belastande för individen (till exempel ångest, depression och hallucinationer) dels som förändrade beteenden som är belastande för omgivningen (till exempel aggressivitet, rop och vandringsbeteende)

Bemötande

Bakom BPSD finns orsaker som kan hänföras både till den som drabbats av demens och till omgivningen.

Vid vandringsbeteende kan det vara lämpligt att förebygga fallskador och att den äldre personen bör ha bekväma skor. Det är också viktigt att personen äter extra kaloririk mat, dricker och får hjälp att gå på toaletten. Man kan ibland försöka att sysselsätta personen som vandrar de med någon uppgift som ger ett avbrott i vandrandet. När det gäller ropbeteendet är det viktigt personalen tänker på att utesluta kroppsliga orsaker. Att sitta med den äldre personen, ha kroppskontakt, hålla i handen eller ge taktill massage är

sätt att minska lidandet. Studier har även visat att massage tillsammans med klassisk eller lugn musik kan ha en lugnande effekt [100]. Ibland kan det även kombineras med farmakologisk behandling [101].

När det gäller bemötande vid demenssjukdom och BPSD-symtom finns forskning, litteratur och information kring ämnet att hitta i exempelvis det nationella BPSD-registret på hemsidan <http://www.bpsd.se/>. Där kan man läsa om symtom, bemötande och behandling av BPSD. Mer att läsa finns även i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom [89].

Missbruk hos äldre personer

Inom äldreomsorgen har äldre med missbruksproblem alltid funnits. Det handlar framförallt om alkohol, men också tablettmissbruk förekommer. Eftersom bruk av alkohol är lagligt och ingår i ett socialt accepterat beteende kan det vara svårt att veta när man ska ingripa.

Ytterligare svårigheter uppstår när en äldre person har ett dolt missbruk och/eller håller på att utveckla ett missbruk. Det kan finnas svårigheter att upptäcka det och det finns heller inga strategier för hur hemtjänsten ska agera. I frågan om alkohol och missbruk kan det vara en hårfin gräns mellan individens självbestämmande och underlåtenhet att ingripa vilket beskrivs som en konflikt mellan ansvaret för den äldre personen och respekt för dennes självbestämmande. Socialstyrelsens etiska råd skriver att de äldres självbestämmande ska gälla inom hemtjänsten och alkohol ska inhandlas på samma sätt som andra varor. Däremot ska hemtjänsten inte medverka till att upprätthålla ett missbruk. I den konkreta situationen kan det vara mer komplicerat och det kan innebära svårigheter att bedöma om hemtjänsten medverkar till att upprätthålla ett missbruk eller inte. Samma problematik framkommer i de få studier som finns inom området. Det är en konflikt som det inte finns någon enkel lösning på utan lösningen ser olika ut i olika situationer [102].

Bemötande

Personalen behöver skapa förtroende i kontakten med den äldre personen. Utgångspunkten för uppdraget är biståndsbeslutet och personalen kan lyfta dilemmat till sin arbetsledare som informerar om tillståndet till biståndsbedömaren. Arbetsledaren har en viktig funktion att ge stöd till personalen och öppna möjligheter till samarbete med andra verksamheter inom kommunen eller landstinget som har kunskap kring beroendefrågor.

Ofta kan det behövas att personalen ges möjlighet till samtal, reflektion och handledning [79].

Kognitiva funktionsnedsättningar

Under och efter psykisk sjukdom och långvarig psykisk ohälsa kan personen få svårigheter att

- ta initiativ och motivera sig själv att göra något

- kunna förstå koppling mellan orsak och verkan, att vissa saker kommer före och andra efter
- planera och organisera
- att stå ut med att vänta på sin tur eller vänta till senare
- koncentrera sig och hålla kvar uppmärksamheten under ett längre tag
- bedöma och värdera det hon/han själv och andra har gjort

Kognitionen omfattar hur vi tänker, förstår, lagrar information, är uppmärksamma, lär oss nya saker och så vidare. Många sjukdomstillstånd kan påverka kognitionen, till exempel demenssjukdom, långvariga psykoser, depression, hjärtsvikt och stroke.

Funktionsnedsättningen kan innebära att personen inte vårdar sig själv och därför får en försämrad hälsa. Näringsfattig kost, dålig sömn, stillasittande, rökning och alkohol är exempel på faktorer som kan leda till både försämrad kroppslig och psykisk hälsa.

Mat, sömn och hygien

Vid psykisk ohälsa kan aptiten förändras och vikten kan gå antingen ned eller upp. Även vissa läkemedel som används vid psykisk ohälsa kan påverka aptiten [91, 3, 13].

Att sova för mycket, sova för litet, ha svårt att somna, sova oroligt, vakna upp flera gånger under natten och vakna för tidigt är exempel på vanliga problem. Äldre behöver i regel mindre sömn än yngre och många personer med sömnproblem ligger i sängen mycket längre tid än den tid de verkligen sover. Detta kan kännas stressande och påverka sömnen. Att inte sova gott och tillräckligt kan orsaka trötthet, irritabilitet och koncentrationssvårigheter. Det kan även ge humörsvängningar och minskad koncentrations- och prestationsförmåga. Problem som oro, ångslan och sömnsvårigheter ökar risken att drabbas av allvarigare psykiska problem eller fysiska sjukdomar som exempelvis diabetes. Läs mera: [<http://www.kunskapsguiden.se/aldre/halsoproblem/somnsvarigheter/Sidor/default.aspx>].

Vid kognitiva funktionshinder, exempelvis vid depression eller psykosjukdom, kan den äldre personen tappa intresse för sitt utseende, hygien och hemmet samt förlora ork och motivation.

Personen upplever kanske att det känns hopplöst och inte lönar sig att städa i hemmet. Eller så kan det psykiska funktionshindret innebära en sämre kroppskännedom och därför inte samma känsla för när det är dags att tvätta sig, byta kläder eller städa. Ibland kan problemet vara att planera för och komma igång med sysslorna. Att sedan utföra dem är inte problemet [12, 27, 103].

Bemötande

Vid de situationer som beskrivs ovan är det av stor betydelse att utgå från den enskilda personens tillstånd, situation, önskemål och behov.

Vid matsituationen vill en del personer äta ensamma. Andra vill helst befinna sig i en social situation, umgås med andra och få i sig mat "på köpet".

Den enskildes behov kan vara annat än önskemål. Alltså något som inte är självvalt, exempelvis att äta på rummet vid sviter efter stroke som gör det svårt att svälja. Viktigt är att personalen uppmärksammar och ger stöd och kanske tillfrågar arbetsterapeut om hjälpmedel. Personalen kan också se över matsituationen så att maten är vällagad, smakrik, upplagd på ett fördelaktigt sätt samt att miljön är lugn utan störningsmoment som diskmaskinsljud eller telefonsamtal. Ibland kanske maten kan lagas i hemmet, med matdoften som aptithöjare. Den äldre personen kan kanske själv få bestämma måltid. För äldre som lider av undernäring kan det även vara en fördel att med stöd av en dietist prova att göra välsmakande näringsdrycker själv med en matberedare. Läs gärna Socialstyrelsens artikelsamling Mat för äldre för mer tips. (<http://www.socialstyrelsen.se/aldre/boendeochstod/mat>)

Vid sömnproblem kan det vara viktigt att undersöka bakomliggande orsaker, som exempelvis om den äldre personen är orolig för något, eller om man vaknar för att gå på toaletten, eller om man vaknar eller inte kan somna pga. hunger och blodsocker fall. Den äldre personen kanske oroar sig för att inte komma upp i tid till frukost eller för att inte komma upp alls? Aktivitet och stimulans dagtid ger bra förutsättningar för att varva ner före läggdags och sedan en god nattsömn .

Personalen kan hjälpa den äldre personen att föra en sömndagbok för att lättare kunna se vad som påverkat sömnen. Energität dryck, mjölk och smörgås, lugnande musik och kvällspromenad kan underlätta insomnandet. Det finns hjälpmedel som exempelvis bolltäckor som kan lugna vid oro eller avslappningsmusik, eller påminnefunktioner och scheman som kan ge stöd och minska oron. Man kan fråga den äldre personen om tidigare sömnvanor och utgå från dennes behov. Kognitiva hjälpmedel finns beskrivna i eget stycke, se sid 50 [27, 79, 103]

Referenser

1. Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2010/C 83/02) SV 30.3.2010 Europeiska unionens officiella tidning C 83/389
2. Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
4. Befolkningsstatistik: Folkmängd efter ålder och kön. År 2009–2110. Statistiska centralbyrån 2010
5. Äldres psykiska ohälsa. – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
6. Att inventera behov. Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2012.
7. Sekretess- och tystnadspliktsgränser – I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2012.
8. Meddelandeblad 1/2010: Överenskommelser om samarbete. Socialstyrelsen; 2010.
- 9 Handbok om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen; 2011.
- 10 Samverkansöverenskommelse för personer med psykisk funktionsnedsättning. Kronobergsläns landsting och kommuner 2012
11. Ambition och ansvar Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder SoU 2006:100]
12. Psykisk ohälsa hos äldre, En kartläggning och analys av samverkan mellan huvudmännen Socialstyrelsen 2011
13. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom Socialstyrelsen; 2010.
14. Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2012.
15. Äldresjuksköterska i primärvården. Västra Götalandsregionen 2008
16. Multi7 – Delprojektet Sammanhållen vård och omsorg. Utvärdering Västerbottens läns landsting och Umeå kommun
17. Meddelandeblad 9/2012 Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning Socialstyrelsen; 2012.

18. Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre SOSFS 2011:12. Socialstyrelsen 2011
19. Meddelandeblad 10/2011 Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. Socialstyrelsen 2011.
20. Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre SOSFS 2012:3. Socialstyrelsen 2012.
21. Meddelandeblad 3/2012 Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre Socialstyrelsen 2012.
22. Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012 - Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen; 2013.
23. Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen Socialstyrelsen 2012.
24. Närhetsprincipen skapar trygghet Utvärdering av psykiatriteamet i Borgholms kommun Socialstyrelsen/FoU Fokus 2012
25. Det måste få ta tid. Metoder och synsätt i patientarbetet vid Äldrepsykiatriskeammet, Södra Älvsborgs Sjukhus Borås. Socialstyrelsen/FoU Sjuhärad; 2013
26. Bostad med särskild service och daglig verksamhet. En forskningsöversikt. Socialstyrelsen; 2011.
- 27 Det är mitt hem – vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen 2011.
28. Jiska Cohen-Mansfield m.fl. No pharmacological treatment of agitation: A controlled trial of systematic individualized intervention. Journal of Gerontology 2007. Vol. 62A No 8 908-916
29. Linköpings kommun: Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa. Utvärdering inför beslut gällande förbättringar och utvecklingen av vården för äldre med psykisk ohälsa; 2013
30. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen; 2012
31. Region Skåne: Utvärdering av Patientforum i Lunds patientutbildningar. Publicerad i tidskriften Vård i Norden 2011:2.
32. Nationalt kompetenscenter för lärling och mestring: Arbetsmåten i lärlings- och mestringscentrene Standard metode 2011- versjon; 2011
- 33 Min guide till säker vård. Socialstyrelsen; 2011.
34. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning. . Socialstyrelsen 2011
35. Samhällsplanering för ett aktivt liv – fysisk aktivitet, byggd, miljö och folkhälsa. Folkhälsoinstitutet; 2008.
36. Redovisning av 2007–2009 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. Socialstyrelsen 2010
37. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre – Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser, sid 51-76. Socialstyrelsen; 2011.

38. Utbildning i första hjälpen vid psykisk ohälsa. En effektstudie i två län. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) 2013
39. Meddelandeblad 8/ 2012 Nya föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden. Socialstyrelsen; 2012
40. Äldres behov i centrum – Vägledning för behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF. Socialstyrelsen 2013.
41. På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2011.
42. Om implementering. Socialstyrelsen: 2012
43. Samordnat kontaktmannaskap. Arbetsmodell för Arbetsmodell för samordning av insatser för personer med psykiska funktionshinder. Landstinget Jönköping, Jönköpings kommun, Habo kommun och Mullsjö kommun. 2010
44. Regionala prognoser: Allt färre bor i glesbygd. Örebro: Statistiska centralbyrån; 2012.
45. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser sid 51-76. Socialstyrelsen 2011
46. Effekter av individuell samordning av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre – en systematisk översikt. Socialstyrelsen 2013.
47. Äldreomsorgens nationella värdegrund – vad innebär den för dig? Socialstyrelsen 2012.
48. Den äldres röst – Instrument med nationellt fackspråk för Behov Av Stöd (BAS). Socialstyrelsen 2013.
49. Trygga Möten Bemötande av äldre personer med psykisk funktionsnedsättning. Rapport till Socialstyrelsen. FoU Nu 2012.
50. Tillsynsrapport 2011 Hälso- och sjukvård och socialtjänst Socialstyrelsen 2011.
51. Att leda evidensbaserad praktik – en guide för dig som är chef inom socialt arbete. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete – Socialstyrelsen 2010.
52. Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) 2013.
53. Kunskapsguiden.se Om evidensbaserad praktik. Socialstyrelsens webbportal för kunskapsspridning 2013.
54. Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning.
55. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
56. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

57. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
58. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
59. Agneta Grimsby: Sorg och efterlevandestöd Erfarenheter från Änkeprojektet vid Sahlgrenska i Göteborg Vårdalinstitutet 2007
60. Vårdalinstitutets hemsida och HälsoDisken Hissingens hemsida
61. Agneta Grimsby Sorg och stöd bland äldre Kunskapsöversikt och rekommendationer utgiven av SPF 2002
62. Stockholms läns landsting: Erfarenheter av psykodynamiska gruppbehandlingar för patienter 65 år och äldre inom Psykiatri Södra Stockholm 2013
63. Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre 2012 Socialstyrelsen och SKL 2013.
64. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. 2012. Socialstyrelsen 2012
65. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2012 Socialstyrelsen 2012.
66. Rinkeby Äldrecentrum. Mötesplats för äldre i Rinkeby. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum 2006:11 Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum 2006.
67. Robertsson, H. & Tovatt, C. (2008). Det dubbla utanförskapet. Mångfald och sexuell läggning bland äldre.
68. Handikappomsorg – lägesrapport 2006 Socialstyrelsen 2007.
69. SOU 2000:19 Från dubbla spår till elevhälsa – i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling.
70. Kasckow, J., Montross, L., Golshan, S., Mohamed, S., Patterson, T., Sollanzo, E. & Zisook, S. (2007). Suicidality in middle aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms: relationship to functioning and quality of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22: 12, pp. 1223 – 1228.
70. Rolfner Suvanto, S Mellan äldreomsorg och psykiatri: om bemötande av äldre med psykisk ohälsa. Stockholm 2012.
71. Förslag till nationell handlingsplan för säkerhetsfrämjande arbete för äldre personer. Fokus på fall-, trafik-, brand- och drunkningsolyckor, självmord samt våld och andra brottsliga handlingar. Socialstyrelsen Stockholm 2011.
72. Skärsäter, I. 2011. Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå. Studentlitteratur AB. Lund.
73. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Socialstyrelsen 2013.
74. Vägledning riktad till primärvården om äldres psykiska ohälsa. Socialstyrelsen. Planerad publicering hösten 2013.
75. Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre -en kunskaps-sammanställning. Socialstyrelsen 2009.

76. Björn R. Lescher-Nuland och Heidi Gautun Helse- og omsorgsbehov blant eldre lesbiske og homofile FAFO (Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon) Oslo 2010
77. Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011
78. Antonovsky, Aaron.(1987/2005) Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur.
79. Schön, U-K. Vad avses med återhämtning. Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder. Bogarve, C. Ershammar, D. Rosenberg, D. (red). Stockholm 2012.
80. Ewertzon, M; Familjemedlem till person med psykosjukdom bemötande och utanförskap i psykiatrisk vård. Örebro universitet Örebro 2012
81. Per Borell: Steg för steg. Värnamo 2008
82. Bülow, P & Svensson, T. (2008). Att vara sin sjukdom: Om psykiskt funktionshinder och åldrande. Jeppsson, Grassman, E. (red) Att åldras med funktionshinder. Lund: Studentlitteratur
83. Hillborg, H. Rosenberg, D. Rehabilitering för delaktighet- bakgrund och metoder. Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder. Bogarve, C. Ershammar, D. Rosenberg, D. (red) Stockholm 2012.
84. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Socialstyrelsen 2011.
85. Nationella folkhälsoenkäten. Statens Folkhälsoinstitut 2008
- 86.
87. Metodhandledning för att utveckla demensvård? Utvärdering av ett projekt inom hemtjänsten i två stadsdelar i Stockholms stad. Rapport/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007:1ISSN 1401-5129 Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007.
88. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre. Delrapport II. Socialstyrelsen: 2012.
89. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelse Stockholm 2010
90. Äldre psykiatri, kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Redaktör Karin Sparring Björkstén. Karlsson, I. Konfusion. Stockholm 2013.
91. Skårderud, F. Haugsgjerd, S. Stänicke, E.(2010). Psykiatri, Sjal-Kropp-Samhälle, Stockholm: Liber
92. Äldre psykiatri, kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Redaktör Karin Sparring Björkstén: Karlsson, I. Bakgrund till psykisk sjukdom i hög ålder. Stockholm 2013
93. Waern, M. Sambandet mellan fysisk sjukdom och suicid hos äldre. Suicidologi, årg. 10 (1): 11 – 13 2005
94. Waern, M. (2013) Suicidnära äldre. Äldre psykiatri, kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen och Gothia utbildning AB.

95. Wiktorsson, S. Attempted suicide in late life – a prospective study. Akademisk avhandling vid Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet Göteborg 2012.
96. Wiktorsson, S. Runeson, Skoog, I. Östling, S., Waern, Margda. Attempted Suicide in the elderly: Characteristics of Suicide Attempters 70 Years and Older and a General Population Comparison Group. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2010
97. Beskow, J. När himlen är nära ... samtal med svårt sjuka äldre samt deras närstående, vårdare och efterlevande. SPES/SENSUS Göteborg 2007.
98. Stenhagen, Eva-Britt Att förebygga och lindra konfusion En litteraturstudie Högskolan Borås 2011
99. Skoog, M: Råd till dig som möter patienter med demenssjukdom. Stockholm: Stockholms läns landsting 2011
100. Remington, Ruth: Calming Music and Hand Massage With Agitated Elderly. Nursing Research: September/October 2002 - Volume 51 - Issue 5 - pp 317-323
101. Gunnarsson, E. Vi får klara oss själva – Om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem, Arbetsrapport. Institutionen för socialt arbete, Stockholm. 2010.
102. Om psykiatrisk diagnos och behandling. En sammanställning av systematiska litteraturoversikter. SBU 2012.
103. Stockholms Läns Landsting (2007) Lausanne konsensusuttalande angående äldrepsykiatri. Stockholm.