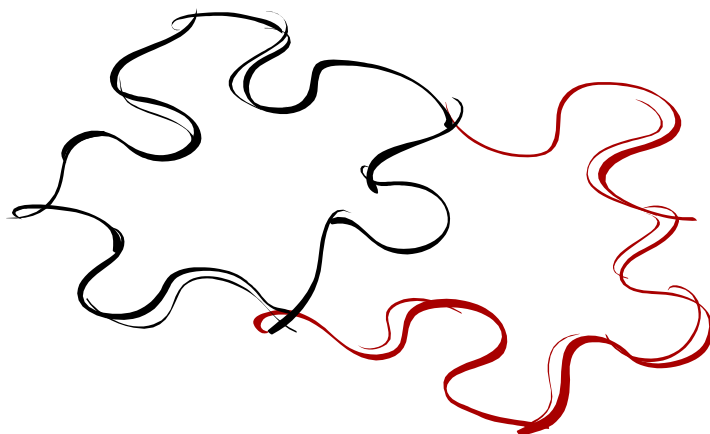


Äldre med psykiska funktionshinder; en kartläggning



Delrapport 3

**Intervjuer med äldre som har insatser från stadens äldreomsorg,
med företrädare för brukarorganisationer samt med personal
inom staden och landstinget**

Lisbeth Hagman

Lotta Henrikson

Sven Erik Wånell

Innehåll

Sammanfattning	5
Uppdraget.....	7
Metod	7
Gemensamma synpunkter från intervjuerna	10
Heterogen grupp med gemensamma behov	10
Boendestöd och hemtjänst	11
65 år ingen naturlig gräns	12
De sociala kontakterna.....	12
Kontakt med psykiatri.....	13
Handledning, utbildning	14
Organisation och flexibilitet	15
Några slutsatser	15
Intresseorganisationerna	17
RSMH och IFS.....	17
Fountain House	18
Stockholms läns landstings insatser.....	20
Landstingets organisation för vuxenpsykiatri.....	20
Övriga vårdutförare.....	21
Landstingets interna bedömningar	22
Vuxenpsykiatri.....	23
Stadens äldreomsorg	27
Hemstöd	27
De äldre.....	27
Boendestöd och hemstöd	27
Vård och omsorgsboende.....	29
Bilaga 1, Intervjuer med de äldre själva	31
Person 1.....	31
Person 2.....	32
Person 3.....	34
Person 4.....	36
Person 5.....	38
Person 6.....	39
Person 7.....	40
Person 8.....	42

Person 9.....	43
Person 10.....	44
Person 11.....	46
Bilaga 2, intervjuer med personal	48
Intervju med personal 1	48
Intervju med personal 2	50
Intervju med personal 3	52
Intervju med personal 4	52
Intervju med personal 5	54
Intervju med personal 6	54
Bilaga 3, intervjuer med äldreboendechefer	56
Boende 1	56
Boende 2	58

SAMMANFATTNING

Någon som har tid att lyssna på vad jag säger, som möter mig med respekt, får igång mig, det är några kommentarer om hur ett bra stöd från socialtjänsten ska vara. Tid och flexibilitet är två nyckelord när personal som arbetar som boendestödjare intervjuas. Att inte konstruera en gräns vid 65 års ålder för vilka insatser man kan få är det viktigaste budskapet från intresseorganisationerna.

Heterogen grupp

Äldre personer med psykisk funktionshinder är en heterogen grupp. Några har lidit av en psykisk funktionshinder större delen av sitt liv, några har fått den på äldre dar. Några har ett rikt socialt nätverk, andra är helt isolerade. Många är deprimerade, behöver stöd för att kunna företa sig något. Några lider av vanföreställningar av olika slag, och kan plågas av rädsla att vara förföljda. De som haft en psykisk funktionshinder under lång tid har ofta olika somatiska sjukdomar. Samsjukligheten är stor, och livslängden sannolikt betydligt kortare än den genomsnittliga.

Boendestöd och hemtjänst

Boendestöd är den insats som de flesta av de intervjuade har och är mycket nöjda med. Denna insats kan bedömas som både adekvat och nödvändig för samtliga de intervjuade. Utan det kontinuerliga stödet de intervjuade får finns en påtaglig risk för att de skulle hamna i en social misär. Utmärkande är att man gör de vardagssysslor som finns tillsammans med personen själv. Man hjälper inte, man gör inget åt, man stödjer personen att göra det själv. Det kan handla om så vardagliga ting som att komma sig för att öppna sin post. Det kan gälla hemmets skötsel, eller att komma ut, kanske ta sig till en träfflokal. Några av de intervjuade har också hemtjänst som hjälper med insatser som städning och tvätt.

Behovet av stöd kan skifta från dag till dag beroende av hur man mår. Det optimala synes vara att boendestödjaren och den äldre kan anpassa såväl tid som vilka insatser som ska göras till behoven för dagen. Om tid och insatser är för reglerade försvårar det att ge en insats som svarar mot behoven för äldre med psykisk funktionshinder. Personalen betonar vikten av kontinuitet, att de kan få utveckla relationen till de personer som de stödjer, och att de har frihet att utforma insatserna så som den äldre vill ha dem just den dagen, och om möjligt anpassa tiden till behovet.

Gränsdragningen mot hemtjänst är flytande. Det kan finnas skäl för att samma person svarar för både stöd och praktisk hjälp i vardagen. Så arbetar också hemstödsteamet i en av de stadsdelar som ingår i denna studie. Några av de intervjuade menar dock att rollerna inte ska blandas ihop, ren hjälp bör ges av hemtjänst, stödinsatser av boendestödjare. Staden bör dock överväga hur samspelet mellan boendestöd och hemtjänst kan utformas. Mycket talar för en modell där man inte specialiserar sig efter uppdrag – boendestöd och hemtjänst – utan utifrån klientgrupp.

Utmaningen för stadens äldreomsorg kanske kan formuleras som att kunna överbrygga den organisatoriska gränsen mot socialpsykiatri och integrera boendestöd och hemtjänst i en arbetsenhet som kan arbeta med hög professionalitet och flexibilitet utifrån den enskildes behov av när insatsen bör ges och hur den ska utformas.Handledning och kontinuerlig kompetensutveckling måste vara självklara inslag. En sådan enhet bör kunna verka utanför den vanliga kundvals- och ersättningsmodellen som inte är utformade för den specifika målgruppen äldre med långvarig psykisk funktionshinder.

65-årsgränsen svarar mot organisationens, inte den äldres behov

I ett par av intervjuerna med de äldre, och tydligt från intresseorganisationerna, finns en kritik mot att stadens organisation får styra vilka insatser som beviljas. Boendestöd ses i många stadsdelar som en verksamhet inom socialpsykiatri och för personer yngre än 65 år. Vid fyllda 65 förs man över till äldreomsorgen, som inte självklart har boendestöd som en av sina insatser. Några av de intervjuade menade att i stället för att se till individen och utgå från lagstiftningen som inte känner några åldersgränser så utgår man från organisation och hur stadsdelens budget är styrd till olika delverksamheter. Det är svårt att finna några vägande skäl för att upphöra med boendestöd bara för att en person fyller 65 år.

Några av de intervjuade har stor glädje av träfflokal med verksamhet anpassad för psykiskt sköra personer. Träfflokaler finns, och fyller en central roll för några av de intervjuade. En del aktiviteter är dock öppna bara för personer under 65 år, vilket inte förefaller adekvat för denna grupp, där flertalet är förtidspensionärer, och inget händer vid 65-årsdagen. Snarare ökar behovet av träfflokal, eftersom många har en samsjuklighet med olika former av somatiska sjukdomar som sätter ner rörligheten samtidigt med att det sociala nätverket successivt minskar med stigande ålder.

Boendet

En av de intervjuade bor på servicehus, och har stor glädje av att kunna äta mat i restaurangen och delta i aktiviteter. Detta kan vara en bra boendeform för vissa, men erfarenheterna från ett servicehus i centrala Stockholm visar att det krävs personal med erfarenhet att stödja för att den äldre inte ska riskera att bli lika isolerad på servicehuset som i sin tidigare bostad. Kanske morgondagens trygghetsboende, med möjlighet att äta mat gemensamt och med tillgång till aktiviteter och viss personal i huset kan vara lämplig för de vars problem främst är att de pga. depression och nedsatt hälsa har svårigheter att ta sig någonstans och därmed löper risk att bli isolerade.

Skälet för flytt till vård- och omsorgsboende är ofta att stödet som hemtjänst kan ge inte är anpassat för gruppen med svår psykisk funktionshinder. Det äldreboendet kan ge är personal med kompetens och en god struktur.

UPPDRAGET

På uppdrag av äldreförvaltningen har USK tillsammans med Äldrecentrum genomfört en kartläggning av insatser som riktar sig till äldreomsorgstagare med psykiska funktionshinder (enligt Socialstyrelsens definition enligt nedan). Undersökningen har genomförts under hösten 2008 och består av tre delar.

- Del 1. Webbenkät till biståndshandläggare (USK)
- Del 2. Intervjuer med arbetsgrupper, chefer och handläggare inom äldreomsorgen på de 14 stadsdelsförvaltningarna (USK)
- Del 3. Intervjuer med personer med psykiska funktionshinder och utförare, landstingets primär- och psykiatrivård samt anhörig- och brukarorganisationer. (Äldrecentrum)

Kartläggningen avser att utgöra underlag för utveckling av olika stödinsatser för målgruppen äldre med psykiska funktionshinder. I kartläggningen har Socialstyrelsens definition av psykisk funktionsnedsättning använts. Den lyder:

”Personer 65 år och äldre med svår psykisk störning/sjukdom som orsakat en funktionsnedsättning med förlust av förmågan (funktionshinder) i sådan grad att det inverkar på den dagliga livsföringen (sociala konsekvenser) och att detta handikapp bedöms bli långvarigt”.

För att ytterligare beskriva målgruppen har stadens riktlinjer gällande insatser för psykiskt funktionshinder legat till grund¹. Detta förtydligande lyder:

”Med ”långvarigt” avses att funktionshindret varat eller beräknas vara minst ett halvår. I målgruppen inräknas vanligtvis personer med psykosproblematik. Dit räknas personer som lider av sådan personlighetsstörning att den ger svårigheter i vardagslivet eller andra psykiska funktionshinder som svåra fobier etc. Däremot räknas inte personer med primär utvecklingsstörning eller utredd åldersdemens in i målgruppen.”

Metod

Denna delstudie omfattar intervjuer med 11 äldre och deras boendestödjare/hemtjänst samt med två chefer vid två äldreboenden för personer med långvarig psykisk funktionshinder och med företrädare för landstinget och för brukarorganisationerna. Studien har genomförts med kvalitativ metodik, genom intervjuer. Intervjuerna med brukarorganisationerna har skett som gruppintervjuer, övriga har skett individuellt. Intervjuerna med den enskilde skedde vanligen hemma hos den äldre, intervjun med personal på deras arbetsplats.

Elva äldre personer har valts ut via stadsdelarna. Stadsdelarna valdes så att de skulle representera både inner- och ytterstad. Dock visade det sig att endast de

¹<http://www.stockholm.se/OmStockholm/Forvaltningar-och-bolag/Fackforvaltningar/Socialtjanstforvaltningen/Riktlinjer/>

stadsdelar som hade en specialiserad utförarorganisation (boendestödjare för äldre eller hemstödsteam) klarade av att välja ut och tillfråga personer om de ville bli intervjuade, vilket har inneburit en begränsning av urvalet intervjuade vad gäller vilken typ av insatser de har. Vidare har de tillfrågade stadsdelarna bedömt att det inte var lämpligt eller möjligt att intervjua personer med grava psykiska problem eller personer som avvisar kontakt, vilket begränsat urvalet vad gäller omfattning av psykisk funktionshinder. Detta innebär dels att intervjuerna skett i stadsdelar som har ett utbud av boendestöd eller liknande även för personer som fyllt 65 år, dels att flertalet av de intervjuade inte har behov av omfattande insatser. Det går därför inte att generalisera resultaten till alla i målgruppen.

I intervjuerna med de äldre skulle följande områden belysas:

- Den enskildes sjukdomshistoria, funktionshinder med anledning av sjukdomen, socialt nätverk, insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvården samt övriga bakgrundsdata.
- Hur väl insatserna svarar mot den enskildes behov, enligt de olika intervjuades bedömning.
- Hur väl insatserna svarar mot vad den enskilde själv önskar.
- Vilka insatser som enligt de intervjuade ytterligare eller i stället skulle vara önskvärda.

Intervjuerna med den äldres kontaktperson/boendestödjare syftade till att få en kompletterande bild kring hur personalen ser på om de kan erbjuda den äldre de insatser som behövs, och vad som kan främja respektive hundra det.

För att skydda de intervjuades identitet anges inga namn eller stadsdelar.

Intervjuerna med brukarorganisationer skedde med RSMH, IFS och Fountain House, med frågor inom följande frågeområden:

- Organisationens bedömning av hur stadens och landstingets nuvarande insatser för deras medlemsgrupper som är 65 år och äldre fungerar. Är de adekvata? Tillräckliga? Utförs de med det inkännande och individualisering som är önskvärd? Finns den kompetens som behövs?
- Organisationens bedömning av vilka ytterligare eller helt andra insatser som är önskvärda.
- Organisationens syn på samarbetet med socialtjänsten i staden och dess stadsdelar.
- Viktigaste frågorna organisationen driver/vill driva för sina äldre medlemmar.

Två äldreboenden med inriktning mot målgruppen valdes ut utifrån att de inte skulle ha kommit till som ersättning när de stora mentalsjukhusen avvecklades. Chef för respektive boende intervjuades, med syfte att få en bild av varför de boende flyttat till äldreboendet, i vilken mån annat boende hade varit adekvat och vad som är specifikt för ett äldreboende för denna målgrupp.

Från landstinget intervjuades en handläggare vid Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, en verksamhetschef vid Norra Stockholms psykiatriska klinik och två medarbetare i äldreteamet inom Psykiatrien södra. Härigenom speglas verksamheten vid två av de tre psykiatriska kliniker som i Stockholms stad svarar för vuxenpsykiatrisk vård.

GEMENSAMMA SYNPUNKTER FRÅN INTERVJU- ERNA

Någon som har tid att lyssna på vad jag säger, som möter mig med respekt, får igång mig, det är några kommentarer om hur ett bra stöd från socialtjänsten ska vara. Tid och flexibilitet är två nyckelord när personal som arbetar som boendestödjare intervjuas. Att inte konstruera en gräns vid 65 års ålder för vilka insatser man kan få är det viktigaste budskapet från intresseorganisationerna.

Heterogen grupp med gemensamma behov

Äldre personer med psykisk funktionshinder är en heterogen grupp. Några har lidit av en psykisk funktionshinder större delen av sitt liv, några har fått den på äldre dar. Några har ett rikt socialt nätverk, andra är helt isolerade. Många är deprimerade, behöver stöd för att kunna företa sig något. Några lider av vanföreställningar av olika slag, och kan plågas av rädsla att vara förföljda.

För dem med tunga psykoser och liknande är samsjukligheten stor, dvs. patienterna har olika somatiska sjukdomar pga. tidigt åldrande och kortare livslängd än andra grupper. Det finns ett samband mellan alla slags psykiska sjukdomar och översjuklighet/överdödlighet, minst för patienter med depression, högst för patienter med psykos.

De vanligaste diagnoserna hos personer över 65 är depression eller ångest eller kombination av de två. En mindre grupp har psykosproblematik, oftast med misstänksamhet. I denna studie är det den sistnämnda gruppen som är i fokus.

Speciellt med gruppen äldre med psykiska funktionshinder är att de på grund av åldrandet ofta även har kroppslig ohälsa. De lider också ofta av polyfarmaci, dvs. man har många läkemedel som kan ge biverkningar och interagera med varandra. Känslan av bräcklighet ökar med åldrandet. Äldre är faktiskt inte utsatta för våld i någon större utsträckning men de tror att de är väldigt utsatta. De blandar ihop sin känsla av bräcklighet med faktisk utsatthet.

Äldre personer med psykisk funktionshinder har många gånger svåra trauman bakåt i tiden som följt med obearbetade genom livet. Det finns forskning idag som visar att trauman som skett tidigare i livet inte behöver visa reaktion förrän långt senare i livet. Åldrandet kan i sig vara utlösande faktor för att man inte orkar förtränga händelsen längre. Symtomen kan visa sig så sent som 30 år senare.

Gemensamt för de personer som intervjuat i denna studie är att de har relativt begränsade fysiska behov av att få hjälpinsatser. De är tillsynes självgående, men har ett behov av att komma igång, organisera sin tid, bryta sin ensamhet. Flertalet har tagit emot stödet från socialtjänsten med öppna armar, men några har boendestödjaren sakta fått närma sig innan en kontakt etablerats.

Det som är speciellt med äldre personer med psykisk funktionshinder, så som en boendestödjare ser det, är att de ofta har en depression och känner oro. Det är vanligt att symtomen kopplas till somatiska besvär. Det är svårare att stötta en person som blivit deprimerad på äldre dar eftersom tecknen inte syns lika tydligt som hos den som varit sjuk hela livet. De äldre personerna kan verka helt vanlig först, men när man lyssnat på dem en stund upptäcker man ofta att de mår mycket dåligt. Det är viktigt att ha god tid och inte stressa dem.

Boendestöd och hemtjänst

Det stöd man behöver benämns ofta boendestöd. Utmärkande är att man gör de vardagssysslor som finns tillsammans med personen själv. Man hjälper inte, man gör inget åt, man stödjer personen att göra det själv. Det kan handla om så vardagliga ting som att komma sig för att öppna sin post. Det kan gälla hemmets skötsel, eller att komma ut, kanske ta sig till en träfflokal.

”De äldre måste i princip ha stöd med allt i det vardagliga livet. Det handlar för det mesta att hjälpa de äldre att komma igång på morgonen eller att få dagarna att fungera enligt ett särskilt strukturerat schema. Ofta handlar det om att påminna den äldre om att sköta sin hygien, att ta på sig rena kläder och att betala sina räkningar och hjälpa till med besök hos tandläkare och läkare. Arbetet är tidskrävande och det sker ofta oförutsedda händelser i arbetet som gör att man ständigt måste prioritera om under dagen.”

Några har också hemtjänst som hjälper med insatser som städning och tvätt. En diskussion som förs bland personalen är gränsdragningen mot hemtjänst. Gränsen är flytande. Det kan finnas skäl för att samma person svarar för både stöd och praktisk hjälp i vardagen. Så arbetar också hemstödsteamet i en av de stadsdelar som ingår i denna studie. Några av de intervjuade menar dock att rollerna inte ska blandas ihop, ren hjälp bör ges av hemtjänst, stödinsatser av boendestödjare. Däremot anser de att det är önskvärt att man arbetar nära varann, att man kan vara där samtidigt. Det kan bli problem när boendestödjare och hemtjänst arbetar alltför olika.

”Som boendestödjare är det viktigt att aldrig göra något åt klienten, utan alltid tillsammans med. När det gäller äldre personer med psykisk funktionshinder kan det bli svårare eftersom de ofta även har hemtjänst som arbetar på ett annat sätt, vilket kan vara förvirrande för den äldre personen.”

Behovet av stöd kan skifta från dag till dag beroende av hur man mår. Det optimala synes vara att boendestödjaren och den äldre kan anpassa såväl tid som vilka insatser som ska göras till behoven för dagen.

”Dessa äldres dagar och rutiner är mer komplexa än för de flesta av oss andra. Det är vanligt att det finns bra och dåliga dagar under en vecka, stöttningen i de olika momenten tar olika lång tid.”

Om tid och insatser är för reglerade försvårar det att ge en insats som svarar mot behoven för äldre med psykisk funktionshinder. Det finns kritik från boendestödjarna mot allt för snäva tider och för oflexibla beställningar, men denna bild skiftar mellan stadsdelar och olika biståndshandläggare.

”Socialsekreterarnas beställningar begränsar flexibiliteten. Innan systemet med beställare och utförare fanns, var boendestödjarna mycket mer fria att göra det som klienten behövde.”

”Biståndsbesluten ser väldigt olika ut, det beror på hur kompetent biståndshandläggaren är. Handläggarna har på senare år blivit mer restriktiva med insatserna, särskilt tiden för de olika moment som skall göras. Det saknas ständigt tid för att hinna med det som skall göras så att arbetet kan utföras seriöst. Uträkningarna från biståndshandläggarna är också så snäva att det är svårt, näst intill omöjligt att kunna situationsanpassa arbetet. Det känns inte som man satsar på äldre funktionshindrade.”

”Det är vanligt att vi hemstödjare måste bilda oss en uppfattning om behovet innan vi kan ge ett bra stöd. Den äldre är inte så bra på att uttrycka detta själv. I början när vi får ett nytt ärende måste vi lägga ned mycket tid på att försöka förstå den äldre och pröva oss fram hur den bästa hjälpen kan utformas.”

De äldre uttalar ofta att de tycker att den tid de får som boendestöd är tillräcklig, och att de känner sig trygga med att om de behöver mer tid så får de det. *”Det är bra att veta att man kan få hjälp om man vill”*.

65 år ingen naturlig gräns

I ett par av intervjuerna med de äldre, och tydligt från intresseorganisationerna, finns en kritik mot att stadens organisation får styra vilka insatser som beviljas. Boendestöd ses i många stadsdelar som en verksamhet inom socialpsykiatri och för personer yngre än 65 år. Vid fyllda 65 förs man över till äldreomsorgen, som inte självklart har boendestöd som en av sina insatser. Några av de intervjuade menade att i stället för att se till individen och utgå från lagstiftningen som inte känner några åldersgränser så utgår man från organisation och hur stadsdelens budget är styrd till olika delverksamheter.

De sociala kontakterna

Boendestödjare och hemtjänst svarar för en viktig del av de sociala kontakterna. *”Ljuset på dagen är när hemstödet kommer med maten”* berättar en dam, som från början inte ville släppa in hemstödspersonalen alls i sin lägenhet. Några av de intervjuade har stor glädje av träfflokal med verksamhet anpassad för psykiskt sköra personer. Sådana träfflokaler finns på många håll i stan. Ett problem som nämnts är att vissa verksamheter från stadens sida är tänkta för personer som är yngre än 65 år, men behoven minskar inte, snarare blir de större med ökande ålder, då behovet av en nära träfflokal ökar samtidigt med att ens sociala nätverk krymper.

En av de intervjuade bor på servicehus, och har stor glädje av att kunna äta mat i restaurangen och delta i aktiviteter. Några av de intervjuade har hemställt om att få flytta till servicehus eftersom de är så ensamma, men fått avslag. Någon överväger att ansöka på nytt. Som en av boendestödjarna uttrycker det: *”Många äldre psykiskt funktionshindrade har svårt att ta sig för att komma iväg på aktiviteter som innebär färdtjänst och/eller långa resvägar. För dessa skulle närheten och gemenskapen på ett servicehus vara en bra lösning.”*

En vanlig vardag kan se mycket olika ut för de 11 äldre som intervjuats. Några tycker inte att de har några problem med att få dagarna att gå. Men för andra är dagarna långa, och det är svårt att komma igång på egen hand. En kvinna berättar att det är jobbigt att stiga upp på morgnarna. Hon skulle helst vilja ligga kvar i sängen. När hon väl är uppe, kanske hon sitter en stund vid datorn och läser tidningarna. Boendestödjaren kommer oftast på förmiddagen och hjälper till med något. Utöver detta säger kvinnan att hon inte gör något mer än väntar på att tiden ska gå. Hon är inte speciellt intresserad av att se på teve och hon har svårt att hålla i en bok. Ett tag provade hon talböcker, men kunde inte koncentrera sig på dem.

Flera av de intervjuade har ett klen socialt nätverk. En man berättar att han inte har mycket umgänge. Han har haft en syster och en halvbror, men de är döda. Syskonbarn finns men han har ingen kontakt med dem. En annan berättar dock att han ofta har släktingar och vänner som ringer och pratar bort en stund vilket han tycker är trevligt. Men även för honom är det svårt på grund av rörelsehinder och depression. Det är svårare att motivera sig att göra saker och att träffa människor. *”Vägen dit blir så lång.”* Han önskar ett servicehusboende för att lättare kunna knyta kontakter på nära håll och att äta en mer varierad kost tillsammans med andra.

För några tar de psykiska funktionshindren mycket kraft. En kvinna berättar att känslan av att vara förföljd och bevakad tar mycket av hennes krafter och det finns inte tillräckligt med lugna stunder i hennes tillvaro. En annan kvinna önskar att få stöd varje morgon att komma igång och att regelbundet få hjälp att få struktur på sin vardag. En av de intervjuade berättar att han har daglig hjälp av hemstödgruppen för att få struktur och kunna klara sin vardag. Med hemstödet hjälper fungerar det riktigt bra.

Kontakt med psykiatri

I de fall de intervjuade kommenterat kontakterna med psykiatri så uttrycker de att de är nöjda och känner sig trygga med att de kan ringa när de mår dåligt och då få den hjälp de behöver. Mest tydligt missnöjd är den dam som bedömts vara för frisk för att få ha fortsatt kontakt med det äldrepsykiatriska teamet utan hänvisats åter till sin husläkare. En man med en traumatisk barndom och psykisk sjuklighet sedan tonåren har dock själv fått söka upp och bekosta psykoterapi.

Ingen av de intervjuade boende/hemstödjarna lyfter fram att de får stöd från landstingets öppenpsykiatri, trots att alla utom en av de personer de är

kontaktperson för har kontakt med både öppenpsykiatri och i ett par fall psykosmottagning.

En av boendestödjarna berättar att om behov av akut hjälp uppstår, ringer boendestödjarna i första hand varandra och ber om hjälp. De har också mycket bra stöd från Lindegården. Lindegården tillhör landstinget och har både en sluten och en öppen mottagning. De flesta klienterna har kontakt med Lindegården, de hämtar till exempel medicin där. Samtliga klienter har både en kontaktperson och en behandlingsansvarig på Lindegården. Boendestödsenheten samarbetar med Lindegården om det händer något speciellt med klienterna eller om de bara vill ha råd angående någon av dem. Vid behov av akut hjälp kan de alltid skicka någon person med boendestödjaren, så att de går två tillsammans till klienten. Däremot känner hon inte riktigt till det äldrepsykiatriska teamet ännu men att hon kanske ska arbeta upp ett samarbete med dem.

I intervjun med personal i landstingets äldrepsykiatriska team framkommer att de har ett bra samarbete med stadsdelarnas biståndshandläggare men att de behöver utöka rådgivning, handledning och utbildning till omsorgspersonalen, och ha fler gemensamma vårdplaneringsmöten.

Handledning, utbildning

De boendestödjare/hemstödjare som intervjuats har alla talat om vikten av att få handledning i arbetet, något alla de intervjuade har, en eller två gånger per månad av extern handledare.

De intervjuade är kunniga och välutbildade. Några lyfter fram den internutbildning de fått via Stockholms stad som värdefull, och hoppas på ett steg 2 till den.

”Det är också viktigt att den psykiatriska kompetensen används och också kommer mer i fokus så att vi inte bara blir en vanlig hemtjänstgrupp. Det är väldigt viktigt att vi inte drar alla äldre över en kam, gruppen äldre psykiskt funktionshindrade har speciella behov som måste tillgodoses med personal med rätt kompetens.”

Från några intervjuade sätts dock vissa frågetecken för hur det generellt förhåller sig med kunskapen hos den äldreomsorgspersonal som kommer i kontakt med äldre med psykiska funktionshinder.

”Hemtjänsten borde egentligen ha kompetens för att utföra de insatser som boendestödet nu gör då så mycket av arbetsuppgifterna ändå är hemtjänstinsatser. Men då krävs det en ordentlig utbildningssatsning inom hemtjänsten. De som arbetar där idag har för låg kompetens och är ofta rädda för äldre personer med psykiska funktionshinder.”

Organisation och flexibilitet

Den organisatoriska hemvisten har en betydelse för hur personalen kan arbeta. Några av de intervjuade boendestödjarna menar att det är en fördel att höra till socialpsykiatri, inte till äldreomsorgen. Personalen betonar vikten av kontinuitet, att de kan få utveckla relationen till de personer som de stödjer, och att de har frihet att utforma insatserna så som den äldre vill ha dem just den dagen, och om möjligt anpassa tiden till behovet. *Vi måste vara duktiga på att utforma insatserna helt utifrån individens behov och önskemål*". Här pekar några av de intervjuade på att detta kan krocka med "hemtjänstlogiken" med restriktiv tidsbedömning, fasta tider och styrning i biståndsbeslutet vad den äldre ska få hjälp med. *"Dessa äldres dagar och rutiner är mer komplexa än för de flesta av oss andra ... Det måste finnas mer flexibilitet i tänkandet, mer individuellt och situationsanpassat arbetsschema"*.

Några slutsatser

De intervjuade äldre har inte kommit så långt i "äldreomsorgskarriären". Även om flera av dem har hemtjänst, har ingen omfattande hemtjänstinsatser. Det går därför inte utifrån denna studie att uttala sig om hur behoven ser ut av särskilda vård- och omsorgsboenden för denna grupp. Däremot framstår det som tydligt att servicehuset för några av de intervjuade kan vara en bra boendeform. Kanske morgondagens trygghetsboende, med möjlighet att äta mat gemensamt och med tillgång till aktiviteter och viss personal i huset kan vara lämplig för de vars problem främst är att de p.g.a. depression och nedsatt hälsa har svårigheter att ta sig någonstans och därmed löper risk att bli isolerade. För personer med mer omfattande psykisk funktionshinder torde dock andra boendeformer krävas, med personal med god kunskap om hur man kan stödja dessa personer.

Träfflokaler finns, och fyller en central roll för några av de intervjuade. En del aktiviteter är dock öppna bara för personer under 65 år, vilket inte förefaller adekvat för denna grupp, där flertalet är förtidspensionärer, och inget händer vid 65-årsdagen. Snarare ökar behovet av träfflokal, eftersom många har en samsjuklighet med olika former av somatiska sjukdomar som sätter ner rörligheten samtidigt med att det sociala nätverket successivt minskar med stigande ålder.

Boendestöd är den insats som de flesta av de intervjuade har och är mycket nöjda med. Denna insats kan bedömas som både adekvat och nödvändig för samtliga de intervjuade. Utan det kontinuerliga stödet de intervjuade får finns en påtaglig risk för att de skulle hamna i en social misär.

Urvalet av intervjuade har styrts av var det funnits möjlighet att nå personer villiga att bli intervjuade. Det visade sig inte möjligt i stadsdelar där personer som fyllt 65 år är hänvisade till enbart hemtjänst, däremot i stadsdelar med boendestöd eller hemstödsenheter även för äldre. Det går därför inte utifrån intervjuerna att bedöma hur väl hemtjänst kan möta upp mot de specifika behoven av stöd i vardagen. Från intervjuerna med intresseorganisationerna framkommer en tydlig kritik mot att många stadsdelar alltså sätter en gräns för insatsen boendestöd vid

65-årsdagen. Det är lätt att hålla med dem, det finns inga vägande skäl för att upphöra med denna insats bara för att en person fyller 65 år.

Däremot bör staden överväga hur samspelet mellan boendestöd och hemtjänst kan utformas. I avhandlingen *Relationer som arbete*² visar Wanja Astvik att en väl fungerande modell kan vara att man inte specialiserar sig efter uppdrag – boendestöd och hemtjänst – utan utifrån klientgrupp. Arbetet måste enligt henne organiseras med syfte att skapa och underhålla kontinuitet. Planering och beslut om hjälpinsatser måste få vila på omsorgsgivarens kunskaper och erfarenheter av vad den äldre vill och behöver. Organisationen måste också skapa möjlighet för omsorgsgivaren att fördjupa sina kunskaper, arbetsmetoder och samarbetsrelationer. En klientgruppspecialiserad organisation möjliggör enligt Wanja Astvik att klienternas samlade behov kan tillgodoses och den kan bidra till långsiktig höjning av yrkeskunnandet.

Utmaningen för stadens äldreomsorg kanske kan formuleras som att kunna överbrygga den organisatoriska gränsen mot socialpsykiatri och integrera boendestöd och hemtjänst i en arbetsenhet som kan arbeta med hög professionalitet och flexibilitet utifrån den enskildes behov av när insatsen bör ges och hur den ska utformas.Handledning och kontinuerlig kompetensutveckling måste vara självklara inslag. En sådan enhet bör kunna verka utanför den vanliga kundvals- och ersättningsmodellen som inte är utformade för den specifika målgruppen äldre med långvarig psykisk funktionshinder.

² Wanja Astvik, *Relationer som arbete*, akademisk avhandling Stockholms Universitet 2003

INTRESSEORGANISATIONERNA

RSMH och IFS

Intervjuerna skedde med företrädare för de två intresseorganisationerna för personer med psykiska funktionshinder. RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) är en organisation för människor med egen erfarenhet av psykisk och social ohälsa. Bland medlemmarna finns även närstående och andra som har intresse av RSMH:s arbete. RSMH arbetar med kamratstöd och intressepolitik. Intervju skedde med tre representanter för RSMH Stockholm, två styrelseledamöter och en anställd.

IFS (Intresseföreningen för schizofreni och andra psykotiska tillstånd) är en intresse- och handikappförening som arbetar för att tillvarata intressen för dem som drabbats av schizofreni och liknande psykossjukdomar. De flesta av medlemmarna är anhöriga. Intervjun skedde med sex medlemmar från olika stadsdelar i Stockholms stad. Flertalet av dem var anhöriga – mödrar till söner med psykossjukdom.

IFS och RSMH har båda det gemensamt att de inte har så många äldre medlemmar. Den erfarenhet de har är att problemen man burit med sig under livet kan förvärras på äldre dar, med fysiska krämpor och känsla av värdelöshet. Från IFS sida betonar man de problem som samsjukligheten för med sig, beroende av livsstil (stillasittande, felaktig kost, rökning), biverkningar av psykosmedicin och dålig ekonomi. Personer med långvarig psykisk funktionshinder borde enligt IFS få del av riktad hälsoinformation. Rökavvänjning anpassad för denna grupp efterlyser man också.

Det krävs av boendestödjare/hemtjänst kunskap om hur man bemöter äldre personer med psykisk funktionshinder. De har levt ett långt liv, har mycket livserfarenhet men kan samtidigt ha vant sig vid att stänga allt inne. Det kan gälla att förstå att den äldre inte tror att någon vill göra något bra för henne eller honom. Bemötandet är viktigt, att lyssna med respekt. Personalen måste ha tid, och lyssna på vad man säger, vara öppen för varje ny individ. Det går inte att komma med färdigpaketerade lösningar.

Brukarorganisationerna menar att det finns en åldersdiskriminering, t.ex. att vissa insatser såsom boendestöd och viss daglig sysselsättning enligt kommunen bara är till för dem som är under 65 år.

Träfflokalerna är viktiga, och där bör inte finnas några åldersgränser. RSMH driver själva sju träffverksamheter i Stockholms stad. Staden stödjer med lokal och i en del stadsdelar verksamhetsstöd. IFS berättar att i vissa stadsdelar har kommunala träffverksamheter avvecklats, och en stadsdel har tvingats stänga en pga. protester från grannar.

IFS pekar på en för många IFS-medlemmar central fråga. Många av medlemmarna är föräldrar till personer med långvarig psykisk funktionshinder.

De har sett hur illa det kunnat gå när en förälder som alltid varit det centrala stödet för den sjuke dör, och de är själva oroliga för vad som ska hända när de själva inte finns längre. *"Vad händer då med mitt barn, det är en ständig oro."* De efterlyser uppsökande verksamhet till äldre anhöriga. De saknar någon som tar ett helhetsansvar för deras son/dotter.

Såväl RSMH som IFS har representanter i stadsdelarnas handikappråd. De ser det som en bra kanal, men det kan vara svårt att få in organisationens frågor. Det kan också vara ett problem för en person med psykiskt funktionshinder att hänga med i rådets mötestempo.

IFS påpekar att det finns en lång kö till gruppboende, och att det är problem om en enskild stadsdel ska stå som beställare, borde skötas kommuncentralt menar de. De har också noterat att det skiljer sig mellan stadsdelarna om plats i gruppboende beviljas enligt LSS eller SoL.

Fountain House

Fountain House grundades i New York 1948 av patienter från mentalsjukhuset Rockland State Hospital. Tanken var att skapa ett alternativ som ska utgå från varje människas förmåga, frihet och rätt till egna beslut. De ville bryta med vårdens traditionella fokusering på sjukdomsbilden. Verksamheten bygger på fyra grundbultar:

- Fountain House är en klubb och tillhör de som är medlemmar i den och ger den liv. Du är och kallas följaktligen medlem, inte patient eller klient. Medlemskapet är frivilligt och utan tidsbegränsningar.
- Du är välkommen och väntad på Fountain house. Din närvaro har betydelse för andra.
- Alla önskar din medverkan.
- Du behövs på Fountain House.

Stiftelsen Fountain House i Stockholm bildades 1980 och har till uppgift att underlätta för psykiskt funktionshindrade att kunna leva ett bättre liv. Verksamheten bygger på var och ens fria vilja att komma till klubbhuset och efter förmåga bidra till dess verksamhet. Stiftelsen är partipolitiskt och religiöst obunden.

Fountain House är en världsomfattande organisation och finns i 27 länder. Verksamheten fokuseras på arbete, delaktighet och social gemenskap och det är medlemmarna själva som planerar och utformar arbetet i klubbhuset. Det finns ett antal anställda handledare, men de är så få att medlemmarnas aktiva deltagande är en förutsättning för arbetets genomförande.

Intervjun skedde med en av de anställda och några av medlemmarna.

Verksamhetens synpunkter och förslag

Samhället saknar över lag tillräckligt med bra alternativ för människor med psykiska funktionshinder. För gruppen äldre med psykiska funktionshinder är

situationen extra svår då kombinationen med ålderssvaghet och fysiska sjukdomar ofta ger ett stort socialt handikapp. Risken för social isolering är då överhängande och därför behövs bra alternativ för att tidigt fånga upp dessa äldre. Företrädarna vid samtalet tycker att skyddsnät i samhället saknas för denna grupp utsatta människor. Det finns anledning att fundera över hur de äldre har det där hemma och hur livet fungerar för dem. Detta gäller även för de äldre som besöker vårt klubbhus. Vi måste vara aktiva och lyhörda för våra medlemmars behov.

De flesta av Fountain House medlemmar är idag under pensionsåldern men fler och fler börjar komma upp i ålder och därmed ökar även behovet att inom organisationen erbjuda bra alternativ för äldre. Organisationen planerar att genomföra en översyn av hur många medlemmar som finns i klubben som är över 65 år och vad dessa önskar för utveckling inom verksamheten för egen del. De känner idag till att 6-7 medlemmar som är över 65 år är aktiva besökare, tendensen är också att intresset för Fountain House från äldre som är över 65 år har ökat det senaste året.

Verksamheten är till för alla och organisationen gör ingen skillnad på om man är under eller över 65 år. Däremot märks det i kontakterna Fountain House har med kommunen där det finns en tydlig skillnad om personen är över eller under 65 år. Bland annat beviljas inget bistånd till daglig sysselsättning när personen har fyllt 65 år. Det skulle innebära att vi egentligen skulle "kasta" ut personen från verksamheten, men det gör vi ju naturligtvis inte. Det här känns konstigt utifrån den humanistsiska synen att en åldersgräns skall avgöra vad en människa behöver eller inte. Här hoppas vi på en ändring i synsättet från kommunerna.

Diskussioner pågår inom Stiftelsen om möjligheten att bygga och driva ett äldreboende, ett s.k. Fountain Hem. Förebilden finns i New York där den amerikanska organisationen erbjuder äldre med psykiska funktionshinder en form av kollektivt boende där anställda och boende hjälps åt för att skapa en bra boendemiljö. Många äldre med psykiska funktionshinder kan ha svårt med tillhörigheten inom ett vanligt äldreboende, för dem skulle ett Fountain Hem vara ett bra alternativ. Stiftelsen ser gärna ett samarbete med Stockholm stad och Stockholms Läns Landsting om uppförande av ett sådant äldreboende.

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTINGS INSATSER

Landstingets organisation för vuxenpsykiatri

Den vuxenpsykiatriska vården bedrivs vid sju kliniker i länet. De olika klinikerna skiljer sig delvis åt när det gäller inre struktur, inriktning och tillgänglighet. Målgruppen är alla personer 18 år och äldre, och de vuxenpsykiatriska klinikerna ska enligt sitt uppdrag beakta de särskilda vårdbehoven hos äldre. Klinikerna får en högre ersättning för hembesök för patienter över 75 år.

De kliniker som betjänar befolkningen i Stockholms stad är:

- Psykiatri Södra, som ansvarar för att erbjuda vård till personer med psykiska sjukdomar bosatta inom stadsdelarna Farsta, Enskede-Årsta-Vantör, Södermalm och Skarpnäck. En av klinikens verksamheter är äldrepsykiatri som är en del av öppenvårdsmottagningarnas ordinarie verksamhet.

- Norra Stockholms Psykiatri, som ansvarar för att erbjuda vård till personer med psykiska sjukdomar bosatta inom norra Stockholm. Kliniken är uppdelad i tre geografiska områden: City (Normalm, Kungsholmen och Östermalm), Väst (Bromma, Hässelby, Vällingby och Ekerö) samt Spånga-Kista (Spånga, Tensta, Kista och Rinkeby). Den psykiatriska slutenvården är gemensam för samtliga områden. Kliniken har en geropsykiatrisk enhet, som vänder sig till patienter över 65 år i hela området. Kliniken har den enda slutenvårdsavdelningen i länet för äldre patienter (14 vårdplatser).

- Psykiatri Sydväst, som ansvarar för att erbjuda vård till personer med psykiska sjukdomar bosatta i Botkyrka och Huddinge kommuner samt stadsdelarna Hägersten, Skärholmen, Älvsjö och Liljeholmen. För invånare över 65 år finns det Geropsykiatriska teamet som tillhör Liljeholmens psykiatriska mottagning.

Det finns i Stockholms läns landsting totalt 57 öppenvårdsmottagningar och 47 specialmottagningar (bl.a. psykosvård) samt 20 vårdmottagningar för akutvård för vuxna. Fyra av dessa mottagningar är specialiserade mot äldre personer. Psykiatrisk heldygnsvård ges bl.a. på S:t Görans sjukhus (en avdelning för äldre), Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Löwenströmska sjukhuset. Merparten av verksamheterna är delar av Stockholms läns Sjukvårdsområde, dvs. drivs i egen regi.

Under 2007 hade 2 022 personer 75 år och äldre kontakt med vuxenpsykiatri, vilket var 1,6 procent av alla 75 år och äldre. Cirka 70 procent av dessa var kvinnor. Den vanligaste diagnosen var depressioner (55 %), därefter psykos (18 %) och ångestsyndrom mm (17 %).

Den psykiatriska vården har på senare år i stora delar av länet antagit lokala samverkansöverenskommelser med lokal primärvård och kommuner/stadsdelar. Hälso- och sjukvårdsnämnden gav i februari 2008 HSN-förvaltningen i uppdrag

att tillsammans med KSL utarbeta en gemensam policy som grund för samarbetsformer och rutiner kring samverkan om psykiatrin.

Övriga vårdutförare

Husläkarverksamheterna ska utan avgränsningar vad gäller fysiska och psykiska sjukdomar svara för befolkningens behov av medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Husläkarverksamheten ska prioritera äldre med stora och sammansatta vårdbehov. I en fokusrapport om den basala hemsjukvården³ konstateras att samarbetet med *psykiatrin* är varierande i länet. På vissa håll har man ett bra samarbete, och gör gemensamma hembesök. För andra enheter, med stora behov av stöd, finns inget samarbete alls. Äldre personer med psykotiska eller psykosnära tillstånd i kombination med fysisk ohälsa har behov av vård och omsorg från olika instanser inom såväl kommun som landstinget. Många av dessa personer har tidigare under långa perioder vårdats på mentalsjukhus och utgör idag en växande grupp äldre med multiproblematik. På grund av sin psykiska sjukdom har denna grupp äldre människor svårt att klara av sina dagliga aktiviteter och att etablera en hållbar relation till andra människor. Deras rädsla och i viss mån misstänksamhet för nya kontakter kan innebära att de avböjer den hjälp de erbjuds, och då blir stödet till hemsjukvårdspersonalen från psykiatrin extra viktig.

Cirka två procent av dem som är 75 år och äldre har en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos inom primärvården.

Geriatriskens slutenvård ska omfatta utredning, diagnostik, medicinsk behandling och omvårdnad vid somatiskt sjukdomstillstånd. Vård ska ges vid psykiskt sjukdomstillstånd och beroendeproblematik i kombination med somatiskt sjukdomstillstånd när det senare överväger. Inom den slutna geriatriska vården finns ett okänt antal patienter med somatisk sjukdom som är kraftigt utagerande pga. demensliknande tillstånd. Dessa patienter utgör en grupp som vården idag har svårt att hantera.

Cirka 20 procent av dem som är 75 år och äldre har en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos inom geriatriken.

Akutsjukhusen ska präglas av helhetssyn och kontinuitet där hänsyn tas till såväl fysiska, psykiska, sociala som existentiella aspekter. Cirka en halv procent av dem som är 75 år och äldre har en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos i den somatiska slutenvården.

³ Lena Törnkvist, Sven Erik Wånell: Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga vårdbehov – hur kan vården förbättras? Stockholms läns landsting 2008

Landstingets interna bedömningar

Fokusrapport

Överläkare Kerstin Sparring Björkstén har skrivit en fokusrapport med titeln "Äldrepsykiatri i SLL utom demenssjukdomar" (SLL 2005) med bl.a. en kartläggning av vilka insatser som vände sig specifikt till äldre. I Stockholm fanns år 2004 den ovan nämnda vårdavdelningen med 14 platser på S:t Görans sjukhus, äldrepsykiatriska mottagningar i Spånga, Bromma och Traneberg, äldrepsykiatriskt team i Liljeholmen och Östermalm samt en psykiater med inriktning mot äldre i Farsta-Skarpnäcks socialpsykiatriska enhet. Det äldrepsykiatriska teamet på Östermalm har sedan dess lagts ner. I fokusrapporten konstateras att "det delade huvudmannaskapet, överbelastning av primärvården och resursminskning inom psykiatrin har inneburit negativa konsekvenser för äldrepsykiatrin". Psykiatrin har av resursskäl tvingats prioritera andra patientgrupper än äldre. I rapporten förordas ett teamorienterat samarbete som också ska kunna arbeta konsultativt mot primärvård, geriatrik och kommun.

Seminarium HSN-f november 2008

Vid ett internt seminarium som Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) anordnade i november 2008 konstaterades att *depressionssjukdomar* är vanliga bland äldre (11-13 % av den äldre befolkningen⁴), men är underdiagnostiserade. Detta beror bl.a. på att patienterna söker primärvården för kroppsliga besvär eller sömnproblem och att den bakomliggande problematiken då inte uppmärksammas. *Ångestsyndrom* är vanliga bland äldre (5-11 % av de äldre), och utgör ofta en förelöpare till depression och uppmärksammas inte heller tillräckligt i vården. *Psykossjukdomar* är ovanligare (1-2 %) men uppmärksammas vanligen pga. deras mer dramatiska uttryck.

Resurserna för äldrepsykiatrisk vård är ojämnt fördelade i länet. Den psykiatriska öppenvården tar emot för få i förhållande till sjukdomsprevalensen i befolkningen. Psykiatrin erbjuder för få slutenvårdsplatser för äldre.

Rapport från HSN-f 2007

I HSN-f:s rapport Framtida inriktning och struktur för den psykiatriska vården för vuxna (2007) anges att den psykiatriska vården för äldre personer behöver utvecklas. Äldre är påtagligt underrepresenterade inom den psykiatriska vården. Vården kräver nära samverkan med primärvård, geriatrik och kommunerna. Särskilda problem rör grupperna äldre med kronisk psykossjukdom, missbruk och neuropsykiatriska funktionshinder, personlighetsstörningar och komplexa vårdbehov. Rapportförfattarna bedömde det som angeläget att det finns anpassad heldygnsvård för äldre.

⁴ Källa: Kerstin Sparring Björkstén, Äldrepsykiatri i SLL utom demenssjukdomar, Fokusrapport Stockholms läns landsting 2005

Intervju med handläggare på HSN-f

Det har inte funnits några specifika beställningar avseende gruppen äldre med psykisk sjukdom. Det finns inte någon uppföljning av utbudet för denna grupp. Förhållandena torde vara ungefär desamma som i den kartläggning Kerstin Sparring Björkstén gjorde 2004-2005. Den bild som gavs i fokusrapporten stämde då, och stämmer nu (oktober 2008). Inget har gjorts för att förverkliga förslagen från denna rapport. Fokusrapportens lista över äldrepsykiatriska verksamheter stämmer i huvudsak, men några säkra uppgifter finns inte idag hos HSN-f. Det beror på att dessa verksamheter inte är beställda, utan kommit till tack vare lokala eldsjälar.

Önskvärt vore att förverkliga fokusrapportens förslag om subteam i varje psykiatriskt öppenvårdsteam, inriktade på de äldre, eftersom dessa patienter nu ofta försummas eftersom personalen i öppenvården inte har tillräcklig kunskap om och intresse för de äldre, och det leder till att den målgruppen prioriteras ner. Inom slutenvården behövs några specialiserade enheter som också kan fungera som kunskapscentrum.

Hur psykiatrins konsultationsansvar fungerar i praktiken i stor utsträckning beror på den person som sköter konsultationen. Beställningarna till psykiatrin är tämligen tydliga, men ekonomiska incitament och uppföljning saknas för äldre patienter.

HSN-f ska ha överläggningar med KSL om ett samverkansavtal ”VUS” – vuxna med psykiska funktionshinder - efter mönster av BUS (Barn och unga i behov av särskilt stöd)⁵. Det finns fungerande lokala samverkansavtal mellan utförare att repliera på, sannolikt i hela länet. I en revisionsrapport från Landstinget beskrevs dessa avtal som att de har varierande betydelse i verkligheten.

Vuxenpsykiatrin

Intervjuer har skett med företrädare från Norra Stockholms psykiatriska klinik och Psykiatrin.

Psykiatrin Södra

I området som omfattar Psykiatrin Södra finns tre jour- och öppenvårdsmottagningar och tre socialpsykiatriska enheter för integrerad och öppen slutenvård. ”Centrala jouren” är öppen kvällar, nätter och helger. Det finns ingen speciell enhet som vänder sig till enbart äldre personer, vilket har både för- och nackdelar. Det finns ett integrerat team för äldre; Äldrepsykiatriska teamet. Teamet består av på enheterna verksamma medarbetare och en psykiatriker och en sjuksköterska. Deras uppdrag är intern och extern konsultation, rådgivning och utbildningsinsatser gällande äldrepsykiatri.

Teamet arbetar efter ett socialpsykiatriskt sammanhang, de ser inte enbart till biologiska bakgrundsförklaringar. De försöker förena medicinska, sociala och

⁵ avtal om hur samverkan ska ske kring barn och unga – ett avtal som uppges fungera väl

psykologiska perspektiv. Honnörsord de arbetar efter är kontinuitet, tillgänglighet och helhetssyn. Varje patient får en behandlingsansvarig personal och en patientansvarig läkare, vid inskrivning även en kontaktperson. Teamet arbetar även konsultativt mot geriatriken, primärvården och kommunen samt bidrar till intern och extern kompetensutveckling gällande äldrepsykiatri.

Många får kontakt genom husläkaren eller geriatriken. Äldrepsykiatriska teamets psykiatriker är psykiatrisk konsultläkare på områdets geriatrik. På de flesta vårdcentraler i området finns personal från Psykiatri Södra några dagar i veckan. Härigenom tillförs husläkarverksamheterna specialistkompetens, vilket är relativt unikt i länet. Det finns enligt de två intervjuade god kompetens gällande äldres psykiska ohälsa hos distriktssköterskor, biståndshandläggare, boendestödjare, hemtjänstpersonal och övrig personal på äldreboenden. Teamet praktiserar gemensamma vårdplaneringsmöten för en samordnad vårdplanering vilket visat sig vara en effektiv arbetsform.

Psykoterapi i grupp kan erbjudas även för patienter över 65 år. I området finns det cirka 600 till 700 personer över 65 år som har kontakt med psykiatri. Av dessa uppskattas en majoritet även ha kontakt med äldreomsorgen.

Norra Stockholms psykiatri

I Norra Stockholms psykiatri upptagningsområde bor 400 000 personer varav 65 000 är över 65 år. På S:t Görans sjukhus finns den enda enheten i hela landstinget som har vårdplatser enbart för äldre personer (14 platser). På kliniken tas endast de "svåraste fallen" emot (de som inte klaras av någon annanstans). Det gäller främst personer med bipolär sjukdom, personer med ångestsymtom samt några personer med psykoser. Vissa patienter har bestående handikapp, då är de ofta av kognitiv natur.

Det finns en speciell vårdkedja för psykoser och mobila team. Det finns möjlighet att göra hembesök tillsammans med kommunens personal. Olika aktiviteter erbjuds.

Det finns en överlappning mellan personer med psykisk sjukdom och med demenssjukdom, särskilt då de personer som har så kallade BPSD-symptom (beteendemässiga och psykologiska symptom vid demens). Ett mobilt team, med sin bas i Norra Stockholms psykiatriska klinik, har startat med hela länet som sitt arbetsfält, för att kunna finnas som stöd för personal i särskilt boende och primärvård.

Är insatserna till äldre personer med psykisk funktionshinder tillräckliga?

Personer i den här gruppen får ofta hembesök, det behövs eftersom de kan vara väldigt skröpliga. De kan även få samtalskontakter med kognitiv inriktning. Riktigt störda personer kan komma till mottagningen, personer med psykoser kan gå på psykosmottagningarna runt om. Det fungerar enligt den intervjuade på Norra Stockholms Psykiatri bra.

Likaså menar denne att alla som kommer in i systemet får hjälp. Alla får ett mottagningsbesök och alla får ett läkarbesök, en diagnos och en vårdplan.

Äldre personer som drabbas av affektiva sjukdomstillstånd, klarar sig ofta bra. Förutsättningen är att de är friska för övrigt. Om de drabbas av somatiska sjukdomar ökar risken att psykiska funktionshinder bryter ut. På Norra Stockholms psykiatriska klinik arbetar man efter en så kallad ”belastning och sårbarhetsmodell” som innebär att när belastningen ökar så ökar även sårbarheten.

Landstinget bedriver sjukvård och kommunen har ansvar för boende, sysselsättning och aktivitet. Det är, menar de intervjuade i Södra psykiatrin, svårt att hitta bra boenden och aktiviteter för äldre personer med psykiska funktionshinder fattas. Det skulle behövas förebyggande insatser för att bryta isolering. Det borde även finnas fler träfflokaler. Landstinget skulle kunna ge mer hjälp/sjukvård i hemmet.

Snabb konsultation?

Möjligheten att få snabb konsultation från äldreteamet är enligt de båda intervjuade god. Det gäller såväl den äldre personen med psykiska funktionshinder själv som för andra personer runt den äldre. Det finns möjlighet att ringa dygnet runt och konsultation brukar fixas snabbt. Alla som är i kontakt eller tidigare varit i kontakt har ett antal telefonnummer de kan ringa.

Samverkan/samordning

Samverkan och samordning mellan huvudmän kunde alltid vara bättre men även i den frågan är de intervjuade i Södra Psykiatrin eniga att de har ett bra samarbete med kommunen, till exempel med biståndsbedömarna. Vad som skulle kunna förbättras är insatser för personal. Rådgivning, handledning och utbildning ges men kan utökas. Gemensamma vårdplaneringsmöten behöver utvecklas och kunskapsöverföring mellan varandras områden skulle också vinna på att utvecklas.

På Kungsholmen finns en speciell ”hemstödsgrupp” istället för enskilda boendestödjare. Gruppen har ett mycket bra samarbete med Mimer dagvård. Kommunala verksamheter kontakter akutvård eller kristeam om de behöver snabb hjälp/konsultation. Det har funnits personer med oerhört svåra problem och beteenden. Berörda har pratat ihop sig och samarbetat bra kring dem.

Drömscenario

Gränsdragningar mellan olika huvudmäns ansvarsområden är svårt att dra, kanske vore det lättare om det bara fanns ett huvudmannaskap runt demenssjukdomar och psykisk sjukdom menar de båda intervjuade i Södra Psykiatrin. Det kanske också kunde vara bättre om det fanns en speciell enhet med specialistkompetens för bara äldre. Om det fanns gemensam dagverksamhet och gruppverksamheter för både landstingets psykiatri och kommunen vore det också bra. Det fungerar ganska bra för gruppen äldre personer med psykiska funktionshinder men det vore ändå bättre om man fick mer tid hemma hos patienterna. Det är viktigt att det finns

tillräckligt med personal som har ett äkta intresse och tålamod för de äldre personerna.

Det är viktigt med god kompetens hos dem som arbetar närmast de berörda menar den intervjuade i Norra Stockholms psykiatri. När allt låg inom landstinget fanns bra interna utbildningar som alla fick gå. Har till exempel hemtjänstpersonal rätt kompetens för att bemöta personer med svåra komplexa beteenden? Önskemålet är att alla som arbetar med personer med psykiska funktionshinder har kompetens för det.

STADENS ÄLDREOMSORG

Hemstöd

De äldre

Totalt intervjuades 11 äldre personer från tre olika stadsdelar. De har skiftande livssituation. Gemensamt är att de för att kunna hantera sin vardag är beroende av det stöd de får från boendestöd/hemstöd. Gemensamt för dem är också att de är nöjda med de insatser de får.

Intervjuerna med de äldre själva återfinns i bilaga 1, intervjuerna med personalen i bilaga 2.

Boendestöd och hemstöd

Inom Stockholms stad kallas omvårdnadspersonal som arbetar med äldre personer med psykisk funktionshinder för antingen hemstödjare eller boendestödjare. Deras organisatoriska hemvist varierar. I denna studie har intervjuarna mött tre olika varianter;

Äldrepsykiatriskt stödteam

Äldrepsykiatriska stödteamet är en verksamhet inom stadsdelsförvaltnings socialpsykiatri. Verksamheten erbjuder alla i området över 65 år med psykisk funktionshinder att få stöd i det egna hemmet med syftet att öka livskvalitén. Det kan innebära att utföra vissa sysslor i hemmet tillsammans med klienten, social samvaro, motivation, struktur, tröst och trygghet. Man har ett nära samarbete med psykiatrin och övriga verksamheter inom socialpsykiatrin. Det finns ett äldrepsykiatriskt stödteam och ett neurologiskt psykiatriskt stödteam. Båda är kommunala verksamheter.

Boendestöd

Boendestödjarna tillhör stadsdelsförvaltningens socialpsykiatriska boendeenhet som också har en egen enhetschef med bakgrund inom psykiatrin. Socialpsykiatriska boendeenheten består av en boendeenhet och en enhet av boendestödjare som arbetar ute i de enskilda klienternas egna hem. Uppdraget till boendestödjarna kommer från biståndshandläggarna inom äldreomsorgen och från handläggarna inom omsorgen för funktionshindrade.

Boendestödjarnas arbetsuppgifter är att aktivera den enskilde att klara sina vardagsgöromål själva. Det handlar om stöttning och motiveringsarbete. Tillsammans med den enskilde gör boendestödjaren upp en genomförandeplan vad, hur och när insatserna skall utföras och ett antal mål som skall uppnås. Skillnaden från hemtjänsten beskrivs vara att boendestödjarna arbetar mer flexibelt och inte så statiskt som hemtjänsten ofta arbetar. En boendestödjare beskriver sitt uppdrag som att *”jag ska egentligen göra så lite insatser som möjligt*

och bara vara en garant att den enskilde kan klara sig själv". Ibland händer det att den enskilde också har fysiska åkommor som innebär ett mer omfattande omvårdnadsbehov. I de situationerna är oftast både hemtjänsten och boendestödjaren inkopplade. Detta är inte alltid bra och inte helt okomplicerat. Kritiska synpunkter finns från de enskilda, hemtjänsten och boendestödjarna. Det blir enligt de intervjuade förvirrande vem som gör vad och i vissa fall upplever också den enskilde en sämre kontinuitet.

Hemstöd

Hemstödjarna tillhör stadsdelsförvaltningens äldreomsorg. De ingår i en hemtjänstenhet där enhetschefen har en äldreomsorgsbakgrund. Åldersspannet på ärendena ligger för närvarande mellan 49-93 år. Tanken är att hemstödjarna skall arbeta med äldre över 65 år men i de fall där yngre personer med psykiska funktionshinder har boendestödjare är det hemstödjarnas uppgifter att sköta omvårdnad och städning medan boendestödjarna ansvarar för stimulans och stöttning i vardagen i övrigt. Hemstödjarna är inte glada åt denna uppdelning då de i vissa fall endast får ta den tunga delen i hemmet. En hemstödjare säger *"boendestödjarna verkar arbeta med händerna på ryggen. Först ska vi hemstödjare städa och duscha den enskilde sen kommer boendestödjaren och ska gå ut och promenera eller följa med och handla"*. Hemstödjarna tycker inte att det finns någon anledning till denna uppdelning då de tycker att om de ska städa kan de också promenera eller så kan boendestödjarna städa själva.

Hemstödjarna anser att de har tillräcklig kompetens att ta hela ansvaret, uppdelningen blir inte bra för den psykiskt funktionshindrade då det blir onödigt många personer inblandade i omvårdnaden.

Hemstödjarna tycker också att de ofta får för lite tid tilldelat från biståndshandläggarna då det många gånger är väldigt rörigt och smutsigt i lägenheterna. *"Det är inte som att städa hos en ordinär pensionär."*

De skulle också önska mer stöd i arbetet från en psykiatrisk kunnig person, för närvarande har de handledning en gång i månaden men det upplevs för lite.

Utbildning och handledning

De intervjuade boendestödjarna/hemstödjarna har olika bakgrund och utbildningar. Tre av de sex intervjuade har en grundutbildning som mentalskötare och två som undersköterskor. En har en annan utbildning men har gått kurser stadsdelsförvaltningen erbjudit. En av undersköterskorna har gått Stockholms stads två terminers internutbildning för boendestödjare. Flera av dem har lång erfarenhet av arbete med personer med psykiska funktionshinder.

Alla de intervjuade arbetar i arbetsenheter som har regelbunden extern handledning.

Vård och omsorgsboende

Cheferna för två äldreboenden har intervjuats. Intervjuerna redovisas i bilaga 3. I båda äldreboendena är ett par av boendeenheterna avsedda för personer med psykisk funktionshinder. I det ena huset finns 15 lägenheter, i det andra 18. Staden har ett fast pris för dessa profilboenden.

Vad är orsaken till att man flyttar till vård- och omsorgsboendet?

Båda de intervjuade beskriver orsaken till flytten till det särskilda boendet med att hemsituationen blivit ohållbar. I några av biståndshandläggarnas beställningar kan vi läsa följande:

- Tidigare haft daglig hemtjänst men som på senare tid ej fungerat tillfredställande. Största orsaken är att den äldre vägrar att släppa in personalen.
- Stort omvårdnadsbehov både psykiskt och fysiskt, hjälpen fungerar dåligt i det egna hemmet.
- Den äldre upplever stark ångest, är ständigt rädd, behöver mer kvalificerad omvårdnad. Klarar inte att ta hand om sig själv i det egna boendet.
- Varit inlagd akut på psykiatrisk klinik, levt i total misär, lägenheten var full med saker från golv till tak. I lägenheten fanns ingen plats för förvaring av mat eller kylning av den.
- Stort behov av insatser, saknar sjukdomsinsikt, kan ej fatta beslut av vikt för sitt leverne och välbefinnande.
- För att få livet att fungera, stort behov av trygghet, stöd för att få i sig mat. Allmänt socialt behov i sin vardag.

Det är vanligt att de som flyttar in har behov av både fysisk och psykiskt stöd. Det är heller inte ovanligt att den äldre utvecklar en demenssjukdom under sin tid på boendet.

Vad skiljer ett vanligt äldreboende från ett äldreboende för psykisk funktionshindrade?

Ur ett perspektiv är de fyra boendeenheterna lika andra enheter i vård- och omsorgsboenden. *”Detta är ett vanligt äldreboende, vi stöttar och jobbar med vård- och omsorg precis som vi gör inom de övriga boendena.”* Samtidigt avviker det, eftersom det är de psykiska funktionshindren, inte de somatiska, som varit skälet för att man flyttat in. *”De flesta som bor här är fysiskt pigga och är rörliga. De går eller åker ofta ut på stan. Vi har ingen låst verksamhet utan de boende kommer och går som de själva önskar. Ibland kan det vara oroligt att de flesta är så rörliga och gärna vill klara sig själva under sina utevistelser. Vi måste dock vara lyhörda för var och ens önskemål. Många av de boende har sedan tidigare en vana att vara mycket ute och röra sig på grund av sitt psykiska funktionshinder som kan ge både oro och ångest.”*

Det som är speciellt är arbetsmetodiken. Båda cheferna betonar värdet av att jobba med en fast struktur samtidigt som man har ett individuellt bemötande och strävar

efter hög kontinuitet. Personalen är vanligen utbildade mentalskötare. *”Det är viktigt att personalen är kompetent och kan bemöta de boende på ett individuellt sätt.”* *”Våra medarbetare har regelbunden handledning en gång per månad.”*

De boende har ofta färre anhörig- och närståendekontakter än vad som är vanligt. *”Man förstår att ensamheten varit ett problem i det egna boendet.”*

I det ena boendet finns också ett stödboende för personer med psykiska funktionshinder och som är yngre än 65 år. De tre enheterna har nära samverkan med varandra. De kan också stödja dem som arbetar i servicehusdelen av huset, där det också bor en del personer med psykiska funktionshinder.

Skulle någon av dina boende klara sig i en vanlig lägenhet ute på stan men med annat stöd och i så fall vilket stöd?

De båda cheferna är eniga i sin bedömning att det inte skulle vara möjligt för de som bor i deras boendeenheter att kunna bo i en vanlig lägenhet.

”Nej, det är tveksamt, många har levt ett så besvärligt liv under flera år så det skulle nog vara svårt att flytta tillbaka hem. ... Det kommer alltid att finnas människor som behöver stöd i sitt sociala liv och som samtidigt har ålderskrämpor och sjukdomar som gör situationen ohållbar i en vanlig lägenhet.”

Däremot skulle man kanske enligt de båda intervjuade cheferna ha kunnat senarelägga flytt till vård- och omsorgsboendet om stödet i det ordinära boendet varit bättre utformat.

”Om det skulle vara möjligt för dessa äldre att klara av att bo kvar hemma måste man titta på olika alternativ utifrån ett helhetsperspektiv. Idag är utbudet för snävt. Det skulle behövas fler psykteam, gärna att socialpsykiatrin är involverad även för personer som är över 65 år. Det känns osäkert idag, vad händer när de blir pensionärer, sjukdomen finns ju kvar. Det finns också för lite öppna dagverksamheter dit äldre kan åka och umgås. Den här gruppen äldre skulle behöva en träffpunkt med social gemenskap. Det skulle också vara bra med några växelvårdsplatser eller en verksamhet som t.ex. Hornskroken dit man kan vända sig och bo några dygn för att få stöd och uppfräschning.”

”Det skulle däremot vara bra att det fanns kunskap inom hemtjänsten så att den äldre skulle kunna få stöd och hjälp så länge den ville bo hemma. Tyvärr fungerar inte hemtjänsten så idag, det saknas kunskap och kontinuitet för att möta dessa äldres behov.”

Efterfrågan på lägenheter

Den ena chefen har en kö till sina platser medan den andra chefen konstaterar att efterfrågan går upp och ner. Omsättningen är inte så stor, eftersom många av de boende har en förhållandevis bra fysisk hälsa, och att de får en god omvårdnad.

BILAGA 1, INTERVJUER MED DE ÄLDRE SJÄLVA

Person 1.

Man, bor i stödboende. Önskar slippa medicineringen.

Beskrivning av mannens situation samt fysiska och psykiska tillstånd

Mannen bor i ett så kallat stödboende. Fler personer med behov av stöd bor i huset. Boendestödjare kan komma till personerna på kort varsel, om det behövs, förutom att de har schemalagd tid med sin boendestödjare.

Mannen har inga ålderskrämpor eller sjukdomar, förutom domningar i fötterna. Åkomman kallar han själv för *cerebral pares*. Han menar att det kan bero på en vindling i hjärnan som han fått av att tänka så mycket, hjärnan har tagit stryk och så påverkar det fötterna. Mannens läkare säger att det inte förhåller sig så.

Mannen har haft kontakt med psykiatrin länge, det förefaller som större delen av livet. Numera är han knuten till en psykiatrisk mottagning. Dit går han för att få sprutor var fjortonde dag. Han tycker inte om att medicineras, säger att det är många biverkningar, men han har svårt att precisera vilka. Han går dock frivilligt och tar sina sprutor annars hämtas han med polis, som de gjorde förr innan han gick dit självmant. Personalen säger att han beter sig underligt om han inte tar medicinen, men själv tycker han inte att han beter sig underligt. Han återkommer dock flera gånger till påståendet att han är en undermålig människa, han har klen förstånd och har inte klarat av något i livet. Han har arbetat med flera olika saker men bara under en kort tid (arkivarbetare, kontorsbiträde, lärare, socialassistent, brevbärare). Hans chefer har inte velat veta av honom. Han är ofta deprimerad över att han aldrig haft ett riktigt arbete och att han aldrig kunnat skaffa familj. Mannen säger att han är upprymd också ibland.

Vilka insatser har mannen?

Förutom att mannen bor i ett stödboende har han en boendestödjare en gång i veckan. Hon hjälper till att städa och diska. Boendestödjarna i området brukar ordna med kaffe i en gemensamhetslokal. Mannen gick ofta dit förr men tycker inte han har råd nu. Dessutom har han inget större utbyte av de andra som kommer dit, ”de är inte intellektuellt lagda och själfulla”.

Mannen har även en som han kallar kontaktman. De umgås en gång i månaden. De gör då en utflykt och dricker kaffe tillsammans. Det finns också en speciell person som är behandlingsansvarig för honom vid den psykiatriska mottagningen.

Är insatserna tillräckliga

Mannen tycker att de insatser han har är tillräckliga. Han tyckte mer om sin förra boendestödjare än den nuvarande. Vid frågan om han skulle vilja göra fler utflykter med kontaktmannen, svarar han att det är tillräckligt.

Mannen har sökt om att få samtalsterapi men blivit hänvisad till olika personer som skulle hjälpa honom med det, och sedan har det inte blivit något.

Hur en vanlig dag ser ut

En vanlig dag i mannens liv ser ut ungefär; han stiger upp klockan 6, äter frukost och ser på morgonteve. Han går ut en sväng, läser och ser på teve. Han gör ibland en utflykt på egen hand. Han går ut varje dag, cyklar gärna en tur. Han går i kyrkan varje söndag och gärna mitt i veckan om det erbjuds andakt eller musikstunder. Kyrkan bjuder ofta på mat och det tycker mannen om.

Mannen har inte mycket umgänge. Han har haft en syster och en halvbror, men de är döda. Syskonbarn finns men han har ingen kontakt med dem.

Önskemål

Om mannen fick önska fritt, önskar han att slippa medicinen. På frågan om han skulle önska sig samtalsterapi svarar han jakande.

Person 2

Kvinna, bor i servicehus. ”Mycket aktiviteter på servicehuset”

Beskrivning av kvinnans situation samt fysiska och psykiska tillstånd

Kvinnan lider av depression och ångest. Besvären började för fem år sedan. Kvinnan fick då bröstcancer och samtidigt miste hon sin särbo som plötsligt och oväntat avled i en hjärtinfarkt när de var på resa. Sedan dess har hon inte känt sig bra. Hon känner hela tiden oro och ångest, säger att det känns som hon ”kallsvettas inne i kroppen”.

Efter att besvären börjat sökte kvinnan hjälp på vårdcentral. Husläkare skrev ut lugnande medicin, men den hjälpte bara i några timmar. Därefter sökte kvinnan hjälp hos en privat läkare som skrev ut alldeles för stark dos lugnande medicin. Kvinnan kände, när hon tagit medicinen, att hon fick kramper och lyckades själv ringa ambulans. Hon höll sig upprätt tills den kom, då ramlade hon och skadade axeln. Väl i ambulansen blev hon medvetslös. Då hade hon dessutom skadat axeln, så illa att den fortfarande inte är bra. Hon fördes till ett sjukhus och blev inlagd tre veckor. Axeln opererades och blev bättre men inte helt bra. För ”psyket” (hennes eget uttryck) fick hon dock ingen hjälp. Efter sjukhusvistelsen kom kvinnan en liten tid på ett ställe för rehabilitering. Det tyckte hon var väldigt bra. Väl hemma igen fick kvinnan kontakt med en psykiatrisk mottagning och fick träffa en psykiatriker, men ingen har lyckats finna någon medicin som hjälper henne utan att hon får de hemska biverkningarna.

Sedan drygt två år bor kvinnan på ett servicehus. Hon trivs bra där. På dagarna mår hon bäst i liggande ställning, säger att hon inte känner de kalla kårarna så mycket då. Hon har svårt att koncentrera sig på att läsa men ser mycket på teve. Det finns mycket aktiviteter på servicehuset som hon provar på.

Vilka insatser har kvinnan?

Kvinnan har alltså fått servicehuslägenhet på grund av sin dåliga axel, dålig balans och för sitt psykiska tillstånd. Hon har rollator som är bra eftersom hon har balanssvårigheter. Kvinnan har två boendestödjare som kommer båda tillsammans var fjortonde dag i en timma. De hjälper kvinnan att gå ut om hon önskar det, annars sitter de mest och pratar och ser hur hon mår. Kvinnan tycker mycket om båda två, det känns tryggt att de är samma personer som kommer och som hon känner och trivs med. Hon känner sig alltid lite bättre när boendestödjarna varit där. Om medicineringen behöver ändras, kommer en läkare med boendestödjarna till henne.

Från hemtjänsten (på servicehuset) får kvinnan hjälp med dusch en gång i veckan, hjälp med att ta medicin varje dag och städning var tredje vecka. Kvinnan får följa med till en mataffär och handla varannan onsdag. Ibland får hon följa med hemtjänstpersonalen på en biltur. Om hon vill gå ut själv så måste hon ha hjälp att sätta på sig kappa och då måste hon passa en tid.

Kvinnan äter alltid i restaurangen som serverar god husmanskost till ett bra pris, och hon träffar då lite folk också. På servicehuset har man börjat med Qi gong en gång i veckan, som kvinnan provat på och känner sig märkbart bättre efter. Varje onsdag är det caféverksamhet som hon går på. På måndagar visas alltid film. Nu ska de börja med bingo och det ser kvinnan fram emot.

Är insatserna tillräckliga?

Kvinnan trivs bra på servicehuset och hon tycker att de insatser hon har är tillräckliga. Hjälpn är bra. Kvinnan tycker det är bra att hon får samma hjälp jämt, det betyder mycket. Kvinnan har även kontakt med den psykiatriska mottagningen men det framkommer inte om hon gör regelbundna besök där. Hon säger att hon har flera telefonnummer som hon kan ringa när hon behöver. När hon använt sig av dem har hon alltid kommit rätt och hon har alltid fått hjälp (det har då handlat om att få samtala med någon).

Hur en vanlig dag ser ut.

En vanlig dag kommer hemtjänstpersonalen klockan 8 och hjälper till med påklädning (som hon inte själv klarar på grund av axeln), de bäddar och gör i ordning frukost. Efter det brukar hon ligga ovanpå sängen och ser ofta på teve. Vid halv 11 går kvinnan ner till restaurangen för att äta. Där brukar hon stanna en halvtimme och efteråt går hon på någon aktivitet, om det erbjuds någon. Efter eventuell aktivitet går kvinnan tillbaka till sin lägenhet. Till kvällen ordnar hon själv lite enklare kvällsmat.

Om vädret tillåter promenerar kvinnan gärna med rollatorn utomhus, men det blir mest sommartid. Hon sitter gärna på sin balkong också, men även det blir förstås på sommaren. Kvinnan har färdtjänst men använder den mest för att åka på läkarbesök eller till tandläkare.

Önskemål

Kvinnan uttalar inga speciella önskemål, inte ens när hon får önska precis vad hon vill. ”det är bra som det är” säger hon och ler lite svagt.

Person 3

Kvinna som bor i lägenhet. ”Har svårt att komma ut”

Beskrivning av kvinnans situation samt fysiska och psykiska tillstånd

Kvinnan trivs i sin lägenhet och hon trivs med området, men skulle behöva hiss eftersom lägenheten ligger två trappor upp och hon har svårt att gå i trappor. Huset kvinnan bor i ligger uppe i en brant backe, vilket också försvårar för henne att komma ut. Kvinnan har varit en hänförd friluftsmänniska och det är svårt att inte komma ut så lätt i naturen.

Kvinnan har sedan många år tillbaka ett diskbråck som gör att hon har svårt att röra sig. Under senare år har utslitna axlar tillstött liksom en utsliten höftled. Allt medförde att kvinnan fick mer och mer svårt att röra sig. Ovanpå detta har hon undan för undan fått den ena somatiska sjukdomen efter den andra. Under tiden hon fått sjukdomarna har hon drabbats av några tråkiga privata incidenter, vilket lett till att hon blivit deprimerad och så har det förhållit sig i några år.

För några år sedan tog kvinnan kontakt med husläkaren för att få hjälp med sin depression. Läkaren remitterade henne till Äldrepsykiatriska teamet. Där fick hon träffa en ”riktig” psykiatriker (hennes eget uttryck) och hon fick rätt till boendestöd.

Kvinnan säger att hon inte får ha kvar kontakten med Äldrepsykiatriska teamet längre utan är hänvisad till husläkaren. Kvinnan anser att husläkaren inte vet någonting om mediciner, speciellt inte mediciner mot depression, så kvinnan mixtrar själv med dosen. Det har funnits bra husläkare på vårdcentralen, enligt kvinnan, men de försvinner och man får inte alls välja. Om den man väljer har fullt med patienter fördelas övriga patienter till olika läkare efter de gator de bor på.

Kvinnan tog en gång kontakt med en privatpraktiserande psykiatriker på andra sidan stan. Hon hälsades välkommen dit, men när det var dags orkade hon aldrig åka dit.

Vilka insatser har kvinnan?

Kvinnan har boendestöd varje dag utom söndag. Boendestödjaren kommer en timme varje gång och hjälper till med det kvinnan ber om. Det kan skifta mycket, till exempel kan de gå ut och handla och hon får hjälp att bära hem varorna. Ibland har hon fått hjälp att laga lite god mat som smakar och doftar. Hon kan också få hjälp med att torka golven eller plocka upp saker, eller så sitter de bara och pratar.

Förutom boendestödjare så har kvinnan hemtjänst en gång i månaden. Hemtjänsten hjälper till med tvätt och storstädning. Hon har färdtjänst och en elmoppe.

Är insatserna tillräckliga?

Tiden och omfånget av boendestödet anser kvinnan är tillräckligt. Hon får hjälp med det hon behöver. Samma sak gäller hemtjänsten. Färdtjänsten har hon dock synpunkter på. Den ska man alltid vänta på och så måste man åka med långa omvägar, det gör att hon drar sig för att använda den. Hon skulle gärna komma ut och gå i naturen, men då ska det passas och matchas med färdtjänsten, så det blir inget av. Elmoppe är bra men bidrar ändå till vissa svårigheter som hindrar henne att komma ut som hon vill. Ut i skogen kommer hon inte med elmoppen. Kvinnan skulle vilja fortsätta få hjälp från äldrepsykiatri, men enligt henne säger de där att det är så många som mår ändå sämre än hon och att hon klarar sig med rätt medicin.

Hur en vanlig dag ser ut?

Kvinnan har svårt att beskriva hur en vanlig dag ser ut. Hon tycker det är jobbigt att stiga upp på morgnarna och skulle helst vilja ligga kvar i sängen. När hon väl är uppe, kanske hon sitter en stund vid datorn och läser tidningarna. Boendestödjaren kommer oftast på förmiddagen och hjälper till med något. Utöver detta, om inget speciellt sker eller någon annan kommer (hemtjänst) säger kvinnan att hon inte gör något mer än väntar på att tiden ska gå. Hon är inte speciellt intresserad av att se på teve och hon har svårt att hålla i en bok. Ett tag prövade hon talböcker, men kunde inte koncentrera sig på dem.

Kvinnan har en dotter och ett barnbarn som bor i Italien. De träffas som mest en gång om året men de har bra kontakt. Hon har även en son, men han arbetar så mycket att han inte har tid att hålla så mycket kontakt. Kvinnan säger att det är för dotterns och sonens skull som hon överhuvudtaget lever. Goda vänner finns, men de bor en bit bort så de träffas inte så ofta. Många omkring en dör vilket är sorgligt, säger hon. Handarbete eller att utöva någon slags hobby är omöjligt att utföra på grund av alla de fysiska skador kvinnan har.

Kvinnan är mycket intresserad av ekologisk mat och försöker bara äta grönsaker. Dottern och hon delar detta intresse och det är roligt att diskutera vad som bör och inte bör ätas. Kvinnan är även intresserad av naturläkemedel och tar dem utöver alla de traditionella mediciner hon får för sina sjukdomar. Hon doserar själv och säger att hon måste fixa det själv eftersom husläkaren inte vet någonting om naturläkemedel.

Önskemål

Att få kontakt med Äldrepsykiatri igen och att få koma ut i naturen. Gärna en lättillgänglig lägenhet utan trappor och brant backe.

Person 4

Man som bor i egen bostadsrättslägenhet i Stockholm. "Livslång kontakt med psykiatri".

Beskrivning av mannens situation samt fysiska och psykiska tillstånd

Mannen har lång erfarenhet av kontakt med psykiatri. Mannen berättar om en traumatisk barndom, vilken han ser som roten till hans psykiska tillstånd. Han hade kontakt med psykiatri redan i tonåren och hans föräldrar såg till att han fick terapeutisk hjälp. I tonåren upptäcktes att han hade det som idag kallas bipolär sjukdom.

Mannen har haft olika heltidsarbeten i närmare 40 år. Han har trivts bra med sina arbeten. Mannen blev så småningom, enligt honom själv, bortrationaliserad genom Arbetsförmedlingens försorg. Han fick sjuksättning istället för anställning. Det har han varit besviken över men har ändå trivts med tillvaron utan arbete. Då fick han mer tid över för att arbeta för RSMH (kamratförening för personer med psykiska funktionsnedsättningar) som han varit engagerad i sedan många år tillbaka. Han har växelvis varit aktiv och passiv medlem. Idag arbetar han ideellt för dem. Mannen trivs med tillvaron men saknar arbetskamrater.

Mannen har tidvis haft behov av psykiatrisk hjälp. Från början räckte det att vara dagpatient på ett sjukhus i Stockholm. Efter att ha drabbats av en sköldkörtelrubbing och att det samtidigt hände några tråkiga saker på det personliga planet, blev han riktigt dålig och fick heldygnsomsorg på sjukhuset. Han har medicinerat sedan många år tillbaka. Han kan redogöra för exakt vartenda läkemedel han tagit och namn på läkare som skrivit ut dem. Efter att ha legat inne på sjukhuset har han arbetat med arkivarbete. Han har hela tiden prövat psykoterapi parallellt med medicinska behandlingen. Psykoterapi har varit varierande bra beroende på terapeut. Den han har nu, tycker han är bra.

Mannen har vissa problem med sköldkörteln som han medicinerar för och vissa hjärtproblem. Hjärtproblemen får han också medicin för.

Idag arbetar mannen ideellt för RSMH med olika uppdrag. Han uttrycker stolthet när han berättar om alla olika uppgifter han har ansvar för, varannan dag tar en dag för "retreat", som han kallar det. Det innebär att han ligger på sängen och stänger ute världen för att ta igen sig. Efter en sådan dag är han "på hugget" igen.

Vilka insatser har mannen?

Mannen har kontakt med områdets psykiatriska mottagning. Han besöker läkare där två gånger om året. Han får komma oftare om han vill. Nu äter han "senaste versionen av neuroleptika" som är den "bästa medicinen han ätit hittills". För de kroppsliga besvären får han hjälp på sin vårdcentral. Ibland upplever han det som att han har ett tryck i huvudet på grund av all medicin han ätit, men trycket har han inte kunnat få hjälp med.

Om en krissituation inträffar kan mannen ringa psykosmottagningen. Han har alltid fått hjälp att samtala med någon när han ringt. Det har aldrig hänt att han behövt ringa nattetid, så hur det fungerar då vet han inte. Mannen har flera vänner som han kan ringa när han behöver tala med någon. De är oftast den bästa hjälpen.

Mannen har boendestödjure varannan vecka. Han har tre olika personer som kommer. De stannar en och en halvtimme varje gång. De hjälper till med det han önskar få hjälp med, ofta rör det sig om att sortera post. Närmast ska de följa med som smakråd när mannen ska köpa vinterkläder.

Mannen har även en kontaktman på psykosmottagningen. Kontaktpersonen ska speciellt se till mannens bästa. Tidigare träffades de en gång i månaden, idag inte lika ofta. Mannen vet att han kan ringa om han vill ses oftare och det är en trygghet att veta.

Är insatserna tillräckliga?

Mannen upplever att den hjälp han får är tillräcklig. ”det är lagom som det är”. Om han hade mer hjälp skulle han inte hinna med alla sina åtaganden, säger han. Det är bra att veta att han kan få mer hjälp om han vill, men nu känns det inte som det finns behov av det. Det gäller såväl kontaktmannen som boendestödjarna.

Mannen har som tidigare nämnts, gått mycket i psykoterapi. Han har skaffat kontakterna själv och även bekostat terapin själv. Terapin har varit en förutsättning för att han över huvudtaget ska kunna fungera. Vissa perioder har terapin fungerat så bra att mannen inte behövt någon medicin.

En period sökte mannen stöd hos olika ”sektor”. Han berättar att han prövade flera olika men hade självbevarelsedrift att inte stanna hos någon. ”jag drog mig ur just när jag kände att fällan skulle slå igen”.

Det har funnits perioder då mannen inte behövt medicin men han berättar att utan medicin var han mycket lättretlig. ”Om någon kom in till mig kunde han få en stol i huvudet”, berättar han. Därför tycker han det har varit skönt med medicinen trots alla biverkningar, den har även dämpat oro och ångest. Utan medicin känner han sig sorgsen.

Den bästa hjälp mannen haft fick han från en vän som tyvärr avled för flera år sedan. De diskuterade och debatterade mycket och utan den vännen skulle han aldrig ha klarat sig, säger mannen.

Hur se en vanlig dag ut?

En vanlig dag stiger mannen upp vid 9-tiden. Han brukar börja dagen med att prata i telefon med sina kompisar. Ofta åker han ut till Djurgården och tittar på fåglar med någon av kompisarna. Efteråt brukar de gå och äta lunch på ett servicehus, som serverar mycket god mat i restaurangen. Tre gånger i veckan arbetar mannen för RSMH. Då jobbar han till 9 på kvällen. Lediga kvällar ser

mannen mycket på teve. Han är suppleant i styrelsen till Läns-RSMH och dit kommer han ungefär en gång i månaden.

Person 5

Kvinna som bor i bostadsrättslägenhet i Stockholm. ”Utreddes för hjärtat”

Beskrivning av kvinnans situation samt fysiska och psykiska tillstånd.

Kvinnan ger ett mycket friskt intryck. Hon låter glad och är välklädd och välvårdad. Det är trevligt och ombonat i hennes hem och hon har precis kommit tillbaka utomlands från en golfresa med en god vän.

Kvinnan har flera utbildningar bakom sig, både inom hantverk och för att arbeta med barn. Hon har arbetat med flera olika saker på många olika håll i landet. Kvinnan ser med glädje tillbaka på många roliga arbetsår.

Den här kvinnan har ett stort trauma från barndomen som hon aldrig bearbetat eller berättat om för någon. När hon var i 60-årsåldern genomgick hon flera svåra slag. Hennes särbo omkom plötsligt och oväntat och hennes enda barn, en son, omkom på ett brutalt sätt. När allt detta hänt drabbades kvinnan av panikångest. Hon fick en fruktansvärd hjärtklappning som hon ofta vaknade av på nätterna. När detta inträffade sökte kvinnan hjälp på vårdcentral. Symtomen sattes inte i relation till hennes psykiska och sociala situation utan hon utreddes för hjärtat. Hon blev inlagd på ett sjukhus för utredning. Där konstaterades att hon hade ett skänkel i hjärtat, men det ansågs inte vara orsaken till hennes besvär. Hon skickades hem med lugnande mediciner. Medicinerna hjälpte en viss tid men inte så mycket och inte i längden. Hon sökte ånyo på vårdcentralen och där fanns en sköterska som ansåg att kvinnan skulle ha hjälp av samtalsterapi. Kvinnan remitterades till områdets psykiatrimottagning och fick 10 samtal med en terapeut. Efter det gick hon i gruppterapi under ungefär ett år. (KBT). Kvinnan tycker hon haft hjälp av samtalen. Hon har lärt sig att styra tankarna i andra riktningar, lärt sig ”att använda sig av tankens kraft”.

Idag lever kvinnan ett aktivt liv. Hon är med i styrelsen i bostadsrättsföreningen, hon spelar golf, reser mycket och har många kontakter med syskon och goda vänner. Trots den glada ytan verkar kvinnan lida av en form av existentiell ensamhet. ”jag används inte som människa” säger hon.

Vilka insatser har kvinnan?

Kvinnan har fått psykofarmaka som hon bara tar ibland vid behov. Hon har ingen hemtjänst och inget boendestöd.

Är insatserna tillräckliga?

Kvinnan har inte behov av att få mer medicin. Hon vill inte heller ha sömnmedicin trots att hon ofta ligger vaken på nätterna och grubblar. Det hon uttrycker sig ha behov av är att få diskutera och samtala mer, ”slipa intellektet”. Syskon och vänner pratar hon med men inte ”på det sättet” hon skulle önska.

Omgivningen tycker också att hon har det så bra och alltid hittar på trevliga saker, de undrar vad hon har att klaga på. Innan vi skiljs åt frågar kvinnan mig hur jag uppfattar henne. Inom sig känner kvinnan hela tiden en tomhet och att hon har resurser som inte används.

Hur ser en vanlig dag ut?

Kvinnan har inga problem att få en vanlig dag att gå. Hon sköter allt hushållsarbete själv och har många kontakter och aktiviteter, som tidigare berättats.

Önskemål

Trots stort umgänge och många olika aktiviteter önskar kvinnan hitta något som hon känner mer mening med, än det hon gör nu, ”att få använda sina resurser”.

Person 6

Kvinna, bor ensam i lägenhet i Stockholm. ”Successivt byggdes ett förtroende”

Beskrivning av den äldre situation

Den äldre säger att hon inte har några problem med psykiska funktionshinder men däremot svårt att hålla ordning och struktur i livet. Hemstödjaren har heller aldrig hört att kvinnan ska ha fått någon diagnostiserad psykisk sjukdom, problemen handlar mer om social isolering. Vid samtalet med den äldre framhåller hon att det största problemet är ensamheten och oförmågan att klara sig själv med olika vardagsbestyr. Förutom detta beskriver den äldre problem med svullna ben, och ett ont knä. Hon uttrycker oro över sin fysiska hälsa och över att bli gammal och ensam. Hemstödjaren berättar att den äldre i början var mycket reserverad för personalen, hon ville inte gärna släppa in dem i lägenheten. De första insatserna från hemstödgruppen bestod i att leverera matlådor som överlämnades nere i porten i samband med en liten pratstund. Successivt byggdes ett förtroende upp mellan hemstödjaren och kvinnan vilket ledde till att hemstödjaren till slut välkomnades in i bostaden. Numera är problemet det omvända eftersom kvinnan inte vill att hemstödjaren skall gå ifrån henne då hon upplever det som höjdpunkten på dagen när hemstödet kommer.

Det märks vid vårt samtal att kvinnan är mycket social och kontaktsökande, säger flera gånger att det är väldigt trevligt att få besök då dagarna ofta blir väldigt långa och ensamma.

Den äldre har tidigare bott tillsammans med sina föräldrar tills de avled. Har haft ett par vänner som hon umgått med men som avlidit under senaste året, känner sig därför mycket ensam. Behöver stöd i alla vardagliga situationer för att få struktur i tillvaron.

Aktuella insatser

Har hjälp av hemstödgruppen med vardaglig stöttning, hygien, städning, handling, tvätt och ärenden 5 timmar/vecka. Går även på dagverksamhet två dagar

i veckan som är mycket uppskattat av kvinnan. Vid samtalet berättar hon att hon är tvungen att gå till tandläkaren en av de dagarna som hon brukar besöka dagverksamheten och detta tycker hon inte om. På dagverksamheten skall det just den dagen vara musikunderhållning som kvinnan uppskattar mycket.

Hemstödjaren berättar att insatserna successivt har utformats så att den äldre numera har ett relativt heltäckande stöd över veckans alla dagar, fem dagar av hemstödsgruppen och två dagar genom dagverksamheten. Hemstödjaren berättar också att den äldre klarar sig relativt bra numera men att det bygger på att de ständigt finns där för att stötta och påminna om sådant som annars inte skulle bli gjort.

Är insatserna tillräckliga?

Enligt den äldre själv motsvarar insatserna hennes behov utom på en punkt, den äldre skulle önska mer tid för pratstunder då ensamheten är så påtaglig. Detta bekräftas också av hemstödjaren som tycker att kvinnan skulle må bra av mer social stimulans.

Den äldre saknar helt jämngamla vänner och har ingen kontakt med släktingar, kvinnan ger därför ofta uttryck för ensamhet och övergivenhet vilket ofta känns svårt för hemstödjarna. Den äldre berättar att förmiddagarna blir väldigt långa och består mest av väntan på att hemstödet skall komma med maten. Hemstödet stannar bara under en timme för att stötta med det som behövs för dagen. Därefter återkommer ensamheten och ny väntan infinner sig till nästkommande dags lunchbesök alternativt besök i dagverksamheten.

Hur en vanlig dag ser ut.

De dagar som kvinnan är hemma beskriver hon som långa och ensamma. Ljuset på dagen är när hemstödet kommer med maten och att det då ges möjlighet att prata en stund. De dagar som hon åker till dagverksamheten är trevliga och dessa vill hon inte missa, hon tycker särskilt om när någon speleman eller underhållare kommer på besök.

Önskemål

Kvinnan önskar mer tid för social samvaro och är mycket glad för de två dagarna i veckan hon får besöka dagverksamheten. Skulle gärna åka dit oftare om hon fick. Ett annat önskemål är att få mer sällskap på kvällarna som är väldigt ensamma och tråkiga.

Person 7

Man, bor ensam i lägenhet. ”Stötta så att saker och ting blir gjort”

Beskrivning av den äldres situation:

Den äldre berättar att han har stora besvär från mag- och tarmkanalen. Besväras av luft och gaser som påverkar hans andning. Har till och från också svårt att äta och dricka. Har omfattande besvär av smärtor från nacke, skuldror och armar. Var

för några år sedan utsatt för ett otäckt överfall där han ådrog sig allvarliga skador, bl.a. skallskador. Mannen berättar att han efter överfallet fick kvarstående problem som han måste leva med hela livet. Han drabbades också efter händelsen av en depression, vilken han tycker är bättre för tillfället men finns ständigt där. Har under året också genomgått en prostataoperation.

Mannen vill inte gärna äta mediciner men är tvungen att ta en svagt antiinflammatorisk medicin. Smärtorna från nacke, skuldror och armar behandlar han med värmekudde. Han har haft mycket kontakt med neurologen på Huddinge sjukhus vilket han tycker fungerat bra. Går även på behandling hos en naprapat för att få bättre rörelse i sina händer som han under en tid inte kunde använda alls.

Mannen har barn som han träffar regel bundet och har i övrigt ett mycket gott socialt nätverk. Har varit mycket aktiv inom sitt yrkesområde och har fortfarande kontakter inom branschen.

Aktuella insatser

Har en timmes boendestöd/vecka. För det mesta handlar det om sällskap och för att komma ut på promenader eller få stöd med vissa ärenden.

Är insatserna tillräckliga?

Den äldre upplever att insatserna väl motsvarar det behov han har. Han berättar att han varit med om att lägga upp en plan för insatserna och att han känner sig trygg med hjälpen han får av boendestödjaren. Han säger sig trygg med att veta att han kan få mer hjälp ifall behovet skulle uppstå.

Boendestödjaren berättar att insatserna var mer omfattande från början men att det numera bara handlar om att motverka försämringar hos mannen. ”Vi håller kontroll på läget och stöttar så att saker och ting blir gjorda. Det är viktigt att vi är flexibla i vårt stöd”.

Hur en vanlig dag ser ut.

Mannen är mycket rörlig och aktiv, besväras dock mycket av sina problem från mag- och tarmkanalen som hämmar honom emellanåt. Försöker att vara ute så mycket som möjligt. Tycker om att laga god och hälsosam mat men unnar sig gärna en godbit då och då.

Önskemål

Den äldre skulle önska att slippa sina mag- och tarmbesvär. I övrigt tycker han att det fungerar relativt bra trots att han har smärtor som gör sig ständigt påminda. Han har börjat planera ifall han på sikt skulle behöva flytta till ett äldreboende. Han har varit och tittat på olika boenden där han skulle kunna tänka sig att bo.

Person 8

Kvinna, bor ensam i lägenhet. "Förföljd och bevakad"

Beskrivning av den äldres situation:

Har stora problem med både dålig syn och dålig hörsel säger sig i övrigt vara i god fysisk form, promenerar mycket. Synnedsättningen upplever kvinnan som svårast att hantera. Öronen har hon opererat tre gånger och använder hörapparat. Kvinnan hör bra med hörapparaten men har problem med ena hörselnäcken som inte blev rätt inpassad, vilket gör att hörapparaten tjuter så fort hon rör på huvudet. Väntar på tid för hjälp med ny inpassning men väntetiden är mycket lång. Under tiden får kvinnan genomlida ett ständigt tjutande i örat om hon skall höra något alls och detta tycker kvinnan som mycket besvärligt och ledsamt.

Ett annat stort problem för kvinnan är att hon känner sig förföljd och bevakad vilket hon upplever som mycket otäckt. Den äldre berättar att hon ständigt är rädd och vaksam. Hon har redan flyttat ett antal gånger de senaste åren på grund av detta. Under en period vågade kvinna inte sova hemma utan fick hjälp av en läkare att vara på en psykiatrisk låst avdelning under en tid för att tillförsäkra sig trygghet. Är dock orolig för att folk ska tycka att hon är "tokig" på grund av detta.

Har inte bott så länge i sin nuvarande lägenhet och berättar att hon nu på senare tid upplevt att det även "pågår något i detta hus". Säger att hon vet att det går in folk i lägenheten när hon inte är hemma. Berättar att hon en längre tid stått i kö för servicehus/äldreboende både inom och utom Stockholms kommun. Har tidigare fått avslag på servicehus men överklagat till länsrätten och nu fått rätt av flytta till ett servicehus. Hon uppger också att hon skall flytta om två dagar. Inget är ännu packat i lägenheten men säger att hemtjänsten skall hjälpa henne med det imorgon.

Säger sig inte ha något bra socialt nätverk, umgås inte med några bekanta eller släktingar. Har två barn men har bara kontakt med den ena.

Aktuella insatser

Boendestödjare kommer 1 gång/vecka. Kvinnan har hjälp med stöd i vardagen, ibland går boendestödjaren med och handlar och ibland städar eller tvättar de tillsammans. Det kan också hända att de hjälper henne att laga mat annars hämtar kvinnan oftast själv mat från närliggande servicehus. Har också ledsagarservice 10 timmar/månad. Fått besök av heminstruktör på grund av sin synskada, fick då hjälp med att byta ut spisen.

Enligt boendestödjaren handlar det om att framför allt stötta i kvinnans vardag och att vara en professionell vän. Boendestödjaren säger att kvinnan har svårt med syn och hörselnedsättningen men är för övrigt i god fysisk form vilket gör att hon är mycket ute och rör på sig.

Är insatserna tillräckliga?

Insatserna från kommunen är tillräckliga förutom att kvinnan länge velat flytta till servicehus. Hon uppger att hon saknar lugn och ro och måste få komma någonstans där hon inte är bevakad. I övrigt tycker hon att hjälpen fungerar bra från boendestödjaren.

Hur en vanlig dag ser ut.

Det tar tid för kvinnan att göra sig inordning på morgonen på grund av sin synnedsättning. Hon är mycket ute och går och tar gärna bussen till närliggande servicehus för att hämta matportioner. Maten tycker hon är riktigt bra och god. Känslan av att vara förföljd och bevakad tar mycket av hennes krafter och det finns inte tillräckligt med lugna stunder i hennes tillvaro.

Önskemål

Den äldre önskar ett tryggt boende utan att behöva känna sig förföljd och bevakad.

Person 9

Kvinna, bor ensam i lägenhet. ”Hjälp att få kontroll i tillvaron”

Beskrivning av den äldres situation:

Har haft en hjärninfarkt och känner sig efter den ”rörig” i huvudet och är enligt hennes egen beskrivning ofta initiativlös. Tycker att hon blivit mycket bra omhändertagen inom akutsjukvården. Går regelbundet till sin läkare på kontroller, berättar att hon då och då får mindre tromboser som hon är rädd skall ställa till det värre för henne. Säger att hon ofta pendlar mellan att vara manisk och känna av svåra ångestattacker. Diagnosen manisk-depressiv har diskuterats men inte fastställts. Har under åren ätit flera ”tung” antidepressiva mediciner men som hon numera nästan slutat med.

Kvinnan har haft framgång inom sitt yrke och har alltid varit väldigt aktiv och engagerad som person. Utstrålar kraft och en stark energi. Kvinnan är mycket medveten om sina besvär och söker ständigt efter lösningar och förklaringar till hennes symptom.

Upplever att det största problemet är att ha kontroll på tillvaron. Glömmer och tappar ofta sina saker. Upplever det som mycket obehagligt. Tycker ibland att det är svårt att bo ensam i egen lägenhet. Är mycket rörlig och aktiv, särskilt inom svenska kyrkan där hon har många vänner.

Går regelbundet hos en psykolog vilken hon tycker hjälper henne att fungera bättre i vardagen.

Aktuella insatser

Har två timmar boendestöd/vecka. Insatserna består av stöd att skapa ordning och struktur på tillvaron. Boendestödjaren berättar att den äldre kommer att få ökade insatser till 1,5 timmar två gånger i veckan för att få en bättre regelbundenhet på stödet. Det dagliga stödet består av det som den äldre önskar hjälp med, kan vara handling, städning, tvätt, sortering av papper m.m. Boendestödjaren säger att hon tillsammans med kvinnan dag för dag kan bestämma vad hjälpen skall bestå av men det finns en genomförandeplan som grund.

Är insatserna tillräckliga?

Insatserna kommer att öka efter nyligen fattat biståndsbeslut. Den äldre säger att hon behöver mer stöd på morgonen för att komma igång. Skulle också önska att få bättre kondition, vill därför ha stöttning i att komma ut och promenera mycket mer.

Boendestödjaren tycker att det fungerar bra. Det handlar om att ge hjälp till självhjälp. Boendestödet är mer generöst än inom hemtjänsten, men hemtjänsten skulle kunna komma in och avlasta en del praktiskt från boendestödet. Boendestödjaren tycker också att kvinnan borde ha en god man som stöd för sin ekonomi då kvinnan ofta uttrycker osäkerhet och oro över om hon betalar sina räkningar ordentligt.

Hur en vanlig dag ser ut.

Kvinnan har svårt att komma igång på morgnarna men när hon väl är igång så flyter det på. Glömskan gör att det lätt blir rörigt men hon försöker ständigt skapa struktur på tillvaron. Är ofta ute och rör på sig och besöker olika föreningar, helst kyrkan där hon har många vänner. Tycker om att prata och är mycket social. Planerar att resa till en släkting utomlands under december månad, har köpt flygbiljett men är osäker på om hon kommer iväg.

Önskemål

Kvinnan önskar att få stöd varje morgon att komma igång och att regelbundet få hjälp att få struktur på sin vardag.

Person 10

Man, bor ensam i lägenhet. ”Ständigt deprimerad”

Beskrivning av den äldres situation:

Lider av balansproblem efter upprepade strokes. Går med krycka och behöver stöd att resa sig. Har också problem med närminnet och upplever att han är mycket glömsk. Har tidigare också haft blödande magsår. Känner sig ständigt deprimerad, har därför svårt att motivera sig till ett fungerande dagligt liv. Mannen berättar att han tycker att det är viktigt att försöka klara sig själv, märker att han gör framsteg med boendestödjarens hjälp.

Mannen äter 6 olika mediciner om dagen inklusive behandling för depressionen.

Miste sin sambo för några år sedan och saknaden är stor. Har tre syskon, varav den äldsta ställer upp mycket för honom, de har kontakt minst varannan dag. Har även regelbunden kontakt med övriga syskon. Har också goda vänner som hör av sig, men han orkar inte träffa sina bekanta så mycket som han skulle vilja. Han hoppas dock att han snart skall känna sig så stark så att han kan ta emot besök.

Aktuella insatser

Har boendestöd 3 timmar/vecka uppdelat på tre dagar. Behöver stöd med tvätt och städning. Sköter numera handlingen själv och lagar sin egen mat. Boendestödjaren tycker dock att det blir lite ensidigt lagad mat, i princip handlar det om två olika rätter. Boendestödet handlar om att motverka isolering på grund av depressionen, att vara ett socialt stöd och hjälpa till med praktiska saker i vardagen.

Är insatserna tillräckliga?

Mannen tycker att boendestödet fungerar bra och motsvarar hans förväntningar. Han har tidigare ansökt om servicehusboende men fått avslag på grund av att han var för frisk. Han berättar att han vid ansökningstillfället var betydligt sämre än vad han är nu. Hans önskemål var att få tillgång till gemenskap nära sin bostad då han drabbats av både stroke och sambons bortgång. Livet kändes väldigt tungt vid den tiden. Han överväger att ansöka på nytt då han tror att han skulle nå bättre om han hade tillgång till samvaro med andra.

Boendestödjaren tycker att mannen skulle ha sällskap vid måltiderna. Maten blir lite enahanda och inte så näringsrik som den borde vara. Boendestödjaren tycker därför att mannen borde få beviljat servicehusboende som han tidigare fått avslag på. Mannens problem är att han är så ledsen över sin situation och saknaden över sambons bortgång. Social samvaro skulle avleda dessa känslor. Där han bor idag är det inte så lätt att ta sig iväg till en dagverksamhet utan betydligt mer insatser, han skulle förmodligen tycka det var för jobbigt säger hon.

Hur en vanlig dag ser ut.

På grund av rörelsehinder och depression tar det rätt mycket tid för den äldre att bli klar på morgonen. Han tycker om att promenera dagligen och går ut även om det är dåligt väder. Klarar numera själv att handla och laga sin mat. Har ofta släktingar och vänner som ringer och pratar bort en stund vilket han tycker är trevligt. Tycker om att vara social men har på grund av sina sjukdomar fått svårare att motivera sig att göra saker och att träffa människor. ”Vägen dit blir så lång”.

Önskemål

Servicehusboende för att lättare kunna knyta kontakter på nära håll och att äta en mer varierad kost tillsammans med andra.

Person 11

Man, bor ensam i lägenhet, trots allt

Beskrivning av den äldres situation:

Har en lång sjukdomshistoria där vanföreställningar, messiaskomplex, tankar om att vara den utvalde, koncentrationssvårigheter och initiativlöshet hört till symtombilden. Berättar att livet varit besvärligt, har aldrig kunnat arbeta vilket märks nu på äldre dagar då pensionen är mycket liten. Bodde under många år i kollektiv med andra psykiskt funktionshindrade men bor sedan fem år tillbaka i egen lägenhet, vilket han tycker är underbart. Mannen släktingar var oroliga när han skulle flytta till eget boende men de tycker det gått över förväntan och ger mycket beröm till hemstödgruppen att det fungerat så bra.

Har tre syskon varav han har mycket hjälp och kontakt med sin ena syster. Har för övrigt ett gott socialt nätverk med många bekanta som han träffar då och då. Den äldre lägger stor vikt vid att vårda sitt nätverk. Tycker om att vara ute och promenera och besöker gärna loppmarknader där han under åren gjort många fynd. Lägenheten är fylld med möbler och prydnadssaker från olika loppmarknader.

Är fysiskt i rätt god form men har problem med balansen, tror själv att många års medicinering kan ha skadat hans kropp.

Aktuella insatser

Har dagligt stöd av hemstödgruppen. Insatserna består av lättare städning, småplock och stöd i att hålla ordning och reda samt hjälp med tvätt. Varje fredag besöker mannen en badinrättning för lättare gruppgymnastik och bad.

Har fått hjälp av kommunens ”hemmafixare” vilket den äldre tycker är jättebra då han tycker det tekniska är lite knepigt.

Känner till att han kan ringa psykiatrins mobila team om behov skulle uppstå men han tycker att det känns som om han besvärar dem när han ringer. Han säger att han hellre vill ringa dem när han känner sig orolig än att ta lugnande medel.

Har trygghetslarm som går till larmcentralen för vidarebefordran till hemstödgruppen vilket han känner sig trygg med. Han tycker hemstödet fungerar mycket bra.

Är insatserna tillräckliga?

Den äldre tycker att han får hjälp med det han behöver, men kanske skulle tiden kunna vara lite utökad emellanåt när något speciellt behöver göras. Dagarna ser så olika ut säger mannen att han ibland behöver få vara lite mer spontan i vad han vill göra. Framhåller att han är mycket nöjd med hemstödgruppen som han tycker håller hög kontinuitet och kompetens. Han tycker det är viktigt att personalen har kompetens och kunskap om de äldres olika sjukdomstillstånd.

Hemstödjaren säger att det ibland kan kännas som om de behöver stanna en stund och då finns inte tiden till. Det skulle vara bra om vi mer kunde förfoga över den totala tidplaneringen, mycket mer än vad som går idag.

Hur en vanlig dag ser ut.

Den äldre är mycket aktiv och har ett stort nätverk av vänner och bekanta. Får daglig hjälp av hemstodsgruppen för att få struktur och kunna klara sin vardag. Med hemstödets hjälp fungerar det riktigt bra. Tycker om att vara ute och besöker gärna loppmarknader. Deltar varje vecka i gruppgymnastik för att sköta sin hälsa.

Önskemål

Den äldre tycker att pensionerna borde ses över, ”det är svårt att leva på sin pension när man varit sjuk hela livet”. Skulle också önska lite längre insatstid emellanåt.

Hemstödjaren tycker att tiden skulle vara mer situationsanpassad efter den äldres dagsform. Personer med psykiska funktionshinder fungerar olika bra olika dagar därför är det väldigt viktigt att vi också kan anpassa oss till det.

BILAGA 2, INTERVJUER MED PERSONAL

Intervju med personal 1

Erfarenheter, tid inom området äldre psykiskt funktionshindrade

Den intervjuade har nyss börjat i den här gruppen som arbetar med att stödja äldre personer med psykiska funktionshinder. Tidigare har hon varit boendestödjare för personer i andra åldersgrupper.

Äldre personer med psykiska funktionshinder

Det som är speciellt med äldre personer med psykiska funktionshinder, anser den intervjuade vara att de ofta har en depression och känner ofta oro. Det är vanligt att symtomen kopplas till somatiska besvär. Det är svårare att stötta en person som blivit deprimerad på äldre dar eftersom tecknen inte syns lika tydligt som hos den som varit sjuk hela livet. De äldre personerna kan verka helt vanlig först, men när man lyssnat på dem en stund upptäcker man ofta att de mår mycket dåligt. Det är viktigt att ha god tid och inte stressa dem. Idag får de flesta som har boendestödjare det stödet i en och en halv timme. Det räcker enligt den intervjuade, för längre tid orkar man inte som boendestödjare hos samma person.

Det finns cirka 100 personer i området som får boendestöd. I en del av stadsdelen finns dessutom ett stödboende. I stödboendet arbetar boendestödjarna under längre tid plus att de kan komma när som helst till de boende.

Hur boendestödjarna arbetar

Som boendestödjare är det viktigt att aldrig göra något *åt* klienten, utan alltid *tillsammans med*. När det gäller äldre personer med psykisk funktionshinder kan det bli svårare eftersom de ofta även har hemtjänst som arbetar på ett annat sätt, vilket kan vara förvirrande för den äldre personen.

Boendestödjarna har en gemensam lokal där de träffas varje morgon och ser över ärendena. De går igenom om det hänt något särskilt eller om någon av dem är sjuk. De fördelar arbetet mellan sig. Var och en organiserar sitt eget arbete men om det behöver göras ändringar i ordinarie schemat (arbetsuppgifter som tillkommer, ändras eller försvinner) så är det ”schemaansvarigs” uppgift. Eventuellt kontaktas vikarier.

Beställningarna kommer från socialsekreterarna (inom handikapp LSS-handläggarna och inom äldreomsorgen biståndsbedömarna). När en ny beställning kommit till boendestödjarna gör de ett nybesök hos klienten. Därefter görs en definitiv beställning och senare även en genomförandeplan tillsammans med klienten. Genomförandeplanen ska göras inom tre veckor.

Teamet har två bilar, även dessa fördelas på morgonen mellan dem som arbetar. I den ena av bilarna går det bra att skjutsa klienter.

En heltidsanställd boendestödjare har tre till fyra klienter per dag. Efter morgonmötet går de till sina klienter. En i gruppen sköter schemaläggning och viss administration. Om allt flyter på som vanligt och inget speciellt inträffar har boendestödjarna endast skyldighet att göra dokumentationsarbete var 14:e dag. Alla har "betalt" en timme i veckan för dokumentation.

Är insatserna tillräckliga?

Den intervjuade anser att boendestödet för det mesta fungerar bra. Äldre personer med psykiska funktionshinder vill aldrig att boendestödjare ska gå sin väg. De flesta av de äldre klienterna har även hemtjänst. Sammantaget tycker hon att insatserna är tillräckliga. Hon säger att om hon tar kontakt med socialsekreterarna så kan hon få mer tid om hon bara kan motivera varför.

Men, säger hon, socialsekreterarnas beställningar begränsar flexibiliteten. Innan systemet med beställare och utförare fanns, var boendestödjarna mycket mer fria att göra det som klienten behövde.

Den intervjuade anser att "yngre äldre" skulle behöva komma ut mer och de skulle även behöva mer tid av boendestödjarna. I huset där boendestödjarnas lokal ligger, finns en träfflokal med café och kursverksamhet för klienterna. Personer över 65 år har dock inte tillträde till kursverksamheten, vilket hon anser är helt fel. De får gärna komma till träfflokalen däremot, men gör det sällan, förmodligen på grund av att de känner sig utanför, säger hon.

Går det att få hjälp snabbt (om det behövs)?

Om behov av akut hjälp uppstår, ringer boendestödjarna i första hand varandra och ber om hjälp. De har också mycket bra stöd från Lindegården. Lindegården tillhör landstinget och har både en sluten och en öppen mottagning. De flesta klienterna har kontakt med Lindegården, de hämtar till exempel medicin där. Samtliga klienter har både en kontaktperson och en behandlingsansvarig på Lindegården. Boendestödsenheten samarbetar med Lindegården om det händer något speciellt med klienterna eller om de bara vill ha råd angående någon av dem. Vid behov av akut hjälp kan de alltid skicka någon person med boendestödjaren, så att de går två tillsammans till klienten.

På frågan om de ringer det äldrepsykiatriska teamet ifall de behöver råd eller konsultation om någon klient svarar hon att hon inte riktigt känner till deras verksamhet ännu men att hon kanske ska arbeta upp ett samarbete med dem.

Hur ser samverkan och samordning ut mellan olika huvudmän?

Samverkan boendestödjarna emellan är god. Samarbetet mellan Boendestödsenheten och Lindegården är mycket god. När det gäller beställarenheten så har det just skett en omorganisation så att alla biståndsbedömarna har nya områden och är därför nya för klienterna. För övrigt berörs inte boendestödjarna av fler grupper. Man strävar även efter att ha ett bra samarbete mellan föräldrar, andra anhöriga och med god man. Även om

samarbetet med andra professioner i huvudsak fungerar bra, så kan det alltid förbättras.

Begreppen kontaktperson och boendestödjare

I dokumentationssystemet Parasol ska alltid anges en person som *kontaktperson* när ett ärende påbörjas. Med *kontaktperson* avses då en person som ansvarar för klienten och är ansvarig för möten. Kontaktpersonen är en av boendestödjarna. Övriga personer runtomkring klienten kallas bara *personal* i Parasol.

Boendestödjarnas kompetens

Enligt den intervjuade är boendestödjarnas kompetens god. Det finns mentalskötare av både gamla och nya stammen, en socialpedagog och en beteendevetare. Alla har bra kompetens och alla har gått internutbildningar. Även utbildning i KBT har erbjudits. Just nu finns en boendestödjarutbildning på Ersta högskola. Trots den befintliga goda kompetensen, är man alltid på jakt efter bra folk enligt henne.

Handledning

Boendestödjarna har två sorters handledning. Den intervjuade är mycket nöjd med båda. Den ena behandlar aktuella ärenden som boendestödjarna behöver diskutera. Den handledningen ges fem gånger under hösten och handledaren är en konsult utifrån. Den andra handledningsformen syftar till att främja samarbetet inom gruppen under hösten 2008 har boendestödjarna fått den sortens handledning tre gånger. Den drivs också av en handledare utifrån.

Drömscenario

Den intervjuade skulle vilja ha tillbaka möjligheten att inte vara så bunden till beställningarna. Då behövde man inte räkna timmar utan kunde fördela arbetstiden på ett annat sätt, till exempel göra utflykter och samla ihop flera klienter till den. Idag blir det så mycket extra jobb om man ska begära flera timmar. Hon önskar att de äldre fick koma ut lika mycket som de yngre och att det inte drogs en gräns vid 65 år för deltagande i olika aktiviteter.

Intervju med personal 2

Erfarenheter, tid inom området äldre psykiskt funktionshindrade

Den intervjuade berättar att anledningen till att han började arbeta med äldre psykiskt funktionshindrade var att han tyckte det lät spännande att få vara med och starta upp något nytt. Han hade höga ambitioner med sin insats och tycker att kompetensen togs tillvara från början men har försämrats pga. olika effektiviseringar som lett till att uppdraget ändrats. Han säger också att han tycker att denna form av stöd är helt rätt och trivs fortfarande bra med sitt arbete.

Handledning

Arbetsgruppen har regelbunden handledning av en extern handledare 1g/månad vilket fungerar bra. Han tycker att det är viktigt att få handledning då arbetet är väldigt krävande. Han hoppas också att de får fortsätta med handledningen så att den inte dras in p.g.a. besparingar.

Arbetsituationen

Den intervjuade är kontaktman för sju äldre personer. Han tycker arbetet flyter på bra men innehålllet har urholkats de senare åren. Det har blivit mer och mer likt vanligt hemtjänstarbete. Något som kan uppfattas underligt är att hemstödjarna för de som är äldre än 65 år måste utföra städningar åt boendestödjarna för dem som är yngre än 65 år inom stadsdelen. Anledningen är att boendestödjarna inte utför städningar.

De äldre som han besöker måste i princip ha stöd med allt i det vardagliga livet. Det handlar för det mesta att hjälpa de äldre att komma igång på morgonen eller att få dagarna att fungera enligt ett särskilt strukturerat schema. Ofta handlar det om att påminna den äldre om att sköta sin hygien, att ta på sig rena kläder och att betala sina räkningar och hjälpa till med besök hos tandläkare och läkare. Arbetet är tidskrävande och det sker ofta oförutsedda händelser i arbetet som gör att man ständigt måste prioritera om under dagen.

Biståndsbesluten ser väldigt olika ut, det beror på hur kompetent biståndshandläggaren är säger han. Det är viktigt att handläggaren har en empatisk förmåga och klarar av att bilda sig en uppfattning om hur den äldre har det och vilka svårigheter som finns. Han tycker också att handläggarna på senare år blivit mer restriktiva med insatserna, särskilt tiden för de olika moment som skall göras. Det saknas ständigt tid för att hinna med det som skall göras så att arbetet kan utföras seriöst. Uträkningarna från biståndshandläggarna är också så snäva att det är svårt, näst intill omöjligt att kunna situationsanpassa arbetet. Det känns inte som man satsar på äldre funktionshindrade.

Önskemål om framtiden

Det är viktigt att beslutsfattarna satsar på denna gruppen människor. De har det svårt och är en "tyst" grupp som sällan säger till vad de behöver stöd med. Det är vanligt att vi hemstödjare måste bilda oss en uppfattning om behovet innan vi kan ge ett bra stöd. Den äldre är inte så bra på att uttrycka detta själv. I början när vi får ett nytt ärende måste vi lägga ned mycket tid på att försöka förstå den äldre och pröva oss fram hur den bästa hjälpen kan utformas.

Det är också viktigt att den psykiatriska kompetensen används och också kommer mer i fokus så att vi inte bara blir en vanlig hemtjänstgrupp. Det är väldigt viktigt att vi inte drar alla äldre över en kam, gruppen äldre psykiskt funktionshindrade har speciella behov som måste tillgodoses med personal med rätt kompetens.

Intervju med personal 3

Handledning

Arbetsgruppen får handledning 1gång/månad av en extern handledare som fungerar bra.

Arbetsituationen

Arbetet tycker den intervjuade känns viktigt, hon berättar att det går ut på att stötta den äldre så att vardagen fungerar för dem. Hon har sju äldre som hon är kontaktperson för och besöker de flesta av dem varje dag hon är i tjänst. Det är viktigt med kontinuitet och struktur för dessa äldre så att deras rutiner inte bryts. Arbetsdagen består förutom den allmänna stöttningen av personlig hygien, städning, handling, promenader och tvätt. Det viktigaste är att vi har utbildning och kan stötta den äldre utifrån deras olika behov berättar hon. Arbetsdagarna är ofta stressiga och hon tycker inte att det finns tid för att anpassa insatserna om den äldre någon dag behöver mer eller annorlunda hjälp. Schemat är tajt och det går sällan att göra några avsteg. Resultatet blir istället att man går ifrån den äldre och känner sig otillräcklig.

Biståndsbesluten upplevs ändå som individuella och utgår från den enskildes behov, det är mer tiden och flexibiliteten i det dagliga arbetet som saknas.

Önskemål om framtiden

Hon skulle vilja att biståndshandläggaren kunde vara mer generös med tiden för denna grupp av äldre. Dessa äldres dagar och rutiner är mer komplexa än för de flesta av oss andra. Det är vanligt att det finns bra och dåliga dagar under en vecka, stöttningen i de olika momenten tar olika lång tid. Hon tycker att frågan skulle behöva diskuteras mer inom äldreomsorgen och gärna med dem som är ute på fältet. Hon tycker att äldre psykiskt funktionshindrade ofta har haft ett tufft och svårt liv och att de är en bortglömd grupp i samhället. Det måste finnas mer flexibilitet i tänkandet, mer individuellt och situationsanpassat arbetsschema. Hon tycker också att det varit en mycket tråkig utveckling inom äldreomsorgen där effektivitetsivern tagit över förnuftet.

Ett exempel på att insatserna inte fungerar fullt ut för denna grupp beskriver hon med att t.ex. ledsagning måste signaleras tre dagar i förväg. Många av dessa äldre kan inte planera för utestitelser eller klädinköp så lång tid i förväg då det är deras dagsform som avgör om de kan komma iväg eller inte.

Intervju med personal 4

Handledning

Arbetsgruppen får handledning av en extern handledare två gånger/månad. Handledaren är leg. Psykolog och handledningen ges utifrån den kognitiva inriktningen. Den intervjuade tycker handledningen är värdefull då den ger

personalen ”perspektiv på vad vi sysslar med samt hjälper oss med problemlösning”.

Arbetsituationen

Beställningarna kommer från äldreomsorgens biståndshandläggare. Besluten ser väldigt olika ut, han tror inte att biståndshandläggarna vill vara snåla på tid men det varierar väldigt mycket mellan handläggarna. Några ”öser” gärna på och andra är för försiktiga. Det mesta brukar ändå bli bra när vi hunnit bilda oss en uppfattning om hur insatserna ska se ut och tiden för dessa. Varje klient får tilldelat ett visst antal timmar/månad som boendestödjaren tillsammans med den äldre gör upp hur de skall användas.

De som kommer till boendestödet ska ha påtagligt psykiska problem där ett annat förhållningssätt än vanlig hemtjänst behövs. Vi ska ta ärenden där det finns möjlighet att utveckla personen utifrån ett psykiatriskt perspektiv. Om det inte finns någon möjlighet till utveckling går ofta ärendet över till den vanliga hemtjänsten. Det händer också att boendestödet går in och stöttar den äldre vid sämre perioder för att sedan gå tillbaka till hemtjänsten.

Han framhåller att det inte finns några generella lösningar utan att varje individ är unik. Det som passar för den ene passar inte för den andre. Det hör till arbetet att vara uppfinningsrik och flexibel, de som arbetar måste anpassa sig efter den äldres behov därför är det bra att det finns möjlighet till flexibilitet i arbetsplaneringen.

Uppdragen ser väldigt olika ut. Rutinen är att samtliga äldre har två kontaktpersoner. Totalt är därför boendestödjaren kontaktperson för 16 äldre. Kontaktpersonerna hjälps åt runt ett ärende, det kan vara uppdelning på olika dagar eller olika insatser. Ibland passar en av kontaktpersonerna bättre för en uppgift än den andra. Oftast försöker man ha en manlig och en kvinnlig kontaktperson/ärende. Arbetsordningen görs upp tillsammans med den äldre vid upprättandet av genomförandeplanen.

Önskemål om framtiden

Boendestödjaren framhåller att det måste finnas tillräckligt med tid, personal och kommunikation mellan den äldre och de som ska stötta henne/honom. Han har hört att det finns planer på en högskoleutbildning för boendestödjare vilken han vill genomgå när den kommer. Uppskattar också att stadsdelens beslutsfattare uppmuntrar till vidareutveckling inom området. Han säger att ”vi uppmuntras att hänga med”.

Benämningen boendestödjare tycker han är lite ”flummigt” men uppgifterna ser också väldigt olika ut hos de olika klienterna. Vi måste vara duktiga på att utforma insatserna helt utifrån individens behov och önskemål. Han ser också en viktig roll i att ”länka ihop olika professioner runt den enskilde på ett odramatiskt sätt”.

Intervju med personal 5

Handledning

Gruppen får regelbunden handledning 1,5 timmar i månaden varannan vecka av en extern handledare som är utbildad för just detta ändamål. Tillämpar handledning utifrån det kognitiva beteendet.

Arbetsituationen

Tycker arbetet är väldigt stimulerande. Arbetet går ofta ut på att ge den äldre stöd med praktiska göromål, exempelvis; handling, städning, tvätt o.s.v. Boendestödet skall inte göra insatserna åt den äldre som hemtjänsten gör utan motivera den äldre att klara göromålen själv och få livet att fungera i vardagen. Arbetsuppgifterna är varierande och varje individ är unik, det är därför så intressant att arbeta inom boendestödsgruppen. Oftast blir framstegen stora och det går att minska på stödet rätt rejält efter ett tag. Det kan räcka med att boendestödjaren gör kortare besök för att se till att allt är i sin ordning och eventuellt gripa in där de tycker att det behövs.

Önskemål om framtiden

Det skulle vara bra att utveckla samarbetet med hemtjänsten lite mer så de skulle kunna komma in och t.ex. städa i samverkan med oss för att senare kunna ta över. Övergången skulle bli smidigare då. Boendestödjaren tycker också att flera av de äldre som hon besöker har för lite social stimulans. Det är också en svår bedömning att göra om den äldre skulle ha det bättre på ett servicehus eller ett äldreboende. Hon tycker att biståndshandläggarna ändå skulle se lite mer till behovet av social samvaro när de beslutar om den äldre ska ha rätt till servicehusboende eller ej. Många äldre psykiskt funktionshindrade har svårt att ta sig för att komma iväg på aktiviteter som innebär färdtjänst och/eller långa resvägar. För dessa skulle närheten och gemenskapen på ett servicehus vara en bra lösning.

Intervju med personal 6

Handledning

Gruppen får regelbunden handledning var 14:e dag av en extern handledare. Den intervjuade tycker handledningen fungerar bra och är en viktig ventil i arbetet.

Arbetsituationen

En arbetsdag kan se väldigt olika ut. En boendestödjare måste kunna göra många olika saker. Arbetet innebär att tillsammans med den äldre städa, tvätta, handla men också att stötta den äldre med att få struktur på tillvaron. Ofta är det inte själva insatsen som den äldre inte klarar av utan att ta sig för och komma igång att göra den. ”Med vår hjälp brukar det fungera riktigt bra. Vi erbjuder också social samvaro och har många trevliga pratstunder under tiden vi utför praktiska saker tillsammans med den äldre.”

Boendestödjaren är för tillfället kontaktperson för 20 olika äldre, men verksamheten tillämpar dubbelt kontaktmannaskap vilket innebär att man är två boendestödjare/äldre.

Arbetet utgår från genomförandeplanen som upprättats tillsammans med den äldre. Det är viktigt att det finns en flexibilitet i planeringen då dagarna ser väldigt olika ut och kräver anpassning till den äldres tillstånd just den dagen. Hon framhåller också att allt som görs måste vara individuellt anpassat efter respektive individ.

Önskemål om framtiden

Boendestödjaren tycker att hemtjänsten egentligen borde ha kompetens för att utföra de insatser som boendestödet nu gör då så mycket av arbetsuppgifterna ändå är hemtjänstinsatser. Hon framhåller dock att det då krävs en ordentlig utbildningssatsning inom hemtjänsten. De som arbetar där idag har för låg kompetens och är ofta rädda för äldre personer med psykiska funktionshinder.

Intervjuer har skett med följande personal inom landstinget

Anne Tham (AT) är docent vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, KI, och överläkare vid Norra Stockholms psykiatri, lokaliserad till S:t Görans sjukhus.

Hans Cagnell är handläggare vid Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

Eeva Espalani är sjuksköterska med specialisering i psykiatri och arbetar i äldrepsykiatriska teamet i Södra Psykiatrin.

Ami Hedegard är arbetsterapeut och arbetar i äldrepsykiatriska teamet i Södra Psykiatrin.

BILAGA 3, INTERVJUER MED ÄLDREBOENDE-CHEFER ÄLDREBOENDE

Boende 1

Boendet för äldre med psykiska funktionshinder består av två enheter om totalt 18 lägenheter. Samtliga lägenheter har full standard och egen balkong. Balkong är viktigt då många av de boende är storrökare. De som önskar kan äta tillsammans i gemensam matsal och det finns även ett gemensamt vardagsrum per enhet om 9 boende. Personalen är utbildade mentalskötare vilket är viktigt för att kunna ge en professionell omvårdnad. Inom boendet finns det också en sjuksköterska som har psykiatrisk utbildning.

Vad är orsaken till att man flyttar till boendet?

De flesta som bor här kommer från en ordinär lägenhet ute på stan, några har också flyttat hit från Beckomberga när det lades ned. De flesta har en psykiatrisk diagnos. Vi tar inte emot äldre med en demensdiagnos när de flyttar in men många utvecklar en demens under tiden de bor här och då bor de naturligtvis kvar. Arbetssättet är olika om man jobbar med äldre med demenssjukdom eller om man jobbar med äldre psykiskt funktionshindrade.

Orsaker till inflyttning:

- En ohållbar hemsituation.
- De har farit illa i hemmet.
- Kan ej sköta sitt hem eller sin hygien.
- Äter inte mat och/eller tar inte sin medicin.
- Stört grannar, vräkningshot.
- In och ut från akutsjukvården på Sankt Görans psykiatriska klinik.

De som flyttat till oss har varit bra utredda där utredningen ofta varit omfattande under en längre tid. Vi har också haft flera kontakter med biståndshandläggarna innan det är aktuellt för den äldre att flytta in.

Vad skiljer ett vanligt äldreboende från ett äldreboende för psykiskt funktionshindrade?

De flesta som bor här är fysiskt pigga och är rörliga. De går eller åker ofta ut på stan. Vi har ingen låst verksamhet utan de boende kommer och går som de själva önskar. Ibland kan det vara oroligt att de flesta är så rörliga och gärna vill klara sig själva under sina utevistelser. Vi måste dock vara lyhörda för var och ens önskemål. Många av de boende har sedan tidigare en vana att vara mycket ute och röra sig på grund av sitt psykiska funktionshinder som kan ge både oro och ångest.

Vår personal måste vara duktig på att läsa mönster i beteenden, det är viktigt med regler och vanor. Vi har ett individuellt bemötande med ett tillåtande klimat. Många äldre med psykiska funktionshinder är statiska i sitt sätt att tänka och vara.

Det tar också ofta lite längre tid att bli accepterad av den äldre och att lära känna varandra. Många vill fortsättningsvis vara mer anonyma än vad som är vanligt. För oss är därför kontinuiteten väldigt viktig och vi jobbar aktivt för att hålla en så god kontinuitet som möjligt.

Det är färre anhöriga runt dessa äldre än vad som brukar vara vanligt. Många har en god man eller förvaltare. Där det finns anhöriga kan vi ofta märka att relationen är mycket nära dem emellan.

Det kan finnas inslag av bokstavssjukdomar som ADHD eller autism och det är därför viktigt att personalen har kompetens att hantera även dessa tillstånd.

Det är värt att fundera över om det kan bli problem i framtiden mellan lagstiftningarna LSS och SoL. Det finns stödboende för de som är under 65 år med psykiskt funktionshinder men vad händer när de blir äldre? Det kanske heller inte alltid är bra med just ett äldrepsykiatriskt boende för personer med förståndshandikapp som har inslag av ett psykiskt funktionshinder. Det vore värdefullt att planera för framtiden utifrån dessa olika behov. Det som är speciellt hos oss är att vi i huset har ett stödboende för psykiskt funktionshindrade under 65 år. Verksamheten drivs av socialpsykiatrin och vi har ett nära samarbete mellan våra verksamheter vilket är mycket bra för våra respektive personalgrupper.

Den sjuksköterska som arbetar på enheten för äldre med psykiska funktionshinder adjungeras även för övrig verksamhet inom äldreboendet. Det händer att vi har personer som bor i den gamla servicehusdelen och som har ett psykiskt funktionshinder. Sjuksköterskorna som ansvarar för den verksamheten har då möjlighet att få råd och stöd från den specialistutbildade psykiatrisjuksköterskan.

De som kommer hit kan ibland ha svårt att få fram möbler då de ofta bott spartanskt eller tidigare bott på institution och därför inte har några egna möbler. Här får vi ibland titta ihop möbler eller hjälpa till att köpa nya.

Skulle någon av dina boende klara sig i en vanlig lägenhet ute på stan men med annat stöd och i så fall vilket stöd?

Inte som det ser ut idag. Om det skulle vara möjligt för dessa äldre att klara av att bo kvar hemma måste man titta på olika alternativ utifrån ett helhetsperspektiv. Idag är utbudet för snävt. Det skulle behövas fler psykteam, gärna att socialpsykiatrin är involverad även för personer som är över 65 år. Det känns osäkert idag, vad händer när de blir pensionärer, sjukdomen finns ju kvar.

Det finns också för lite öppna dagverksamheter dit äldre kan åka och umgås. Den här gruppen äldre skulle behöva en träffpunkt med social gemenskap. Det skulle också vara bra med några växelvårdsplatser eller en verksamhet som t.ex. Hornskroken dit man kan vända sig och bo några dygn för att få stöd och uppfrysning.

Det har däremot hänt att en boende tack vare vår kompetenta personal och goda omvårdnad blivit så pass mycket bättre i sitt psykiska funktionshinder att den

äldre kunde flytta till en lägenhet i servicehuset. Med bra medicinering och regelbundna vanor blir många så mycket bättre i sin sjukdom och livet kan fungera mer normalt än tidigare. Rätt stöd och regelbundna vanor är väldigt viktigt för denna grupp.

Hur är efterfrågan på lägenheter hos dig?

Detta är ett profilboende vilket innebär att jag har ett fast pris på platserna. Det är större efterfrågan än vad som finns att tillgå vilket märks i att vi har kö hit, vi har aldrig tomma platser. Många av de som bor här bor också på boendet väldigt länge på grund av god omvårdnad och en god fysisk hälsa.

Boende 2

Verksamheten om 15 lägenheter är insprängd i en fastighet där man också bedriver gruppboende för demenssjuka och boende för somatiskt sjuka. Lägenheterna för äldre med psykiska funktionshinder har eget pentry och eget hygienutrymme, de är grupperade om 7 respektive 8 lägenheter. Till respektive grupp finns gemensamt kök och vardagsrum där de som så önskar kan äta och umgås med varandra. Samtliga som bor inom gruppboendet har en psykiatrisk diagnos, några har även en demenssjukdom i kombination.

Vad är orsaken till att man flyttar till boendet?

Hemsituationen har blivit ohållbar. I några av biståndshandläggarnas beställningar går det att utläsa följande om några av de boende:

- Tidigare haft daglig hemtjänst men som på senare tid ej fungerat tillfredställande. Största orsaken är att den äldre vägrar att släppa in personalen.
- Stort omvårdnadsbehov både psykiskt och fysisk, hjälpen fungerar dåligt i det egna hemmet.
- Den äldre upplever stark ångest, är ständigt rädd, behöver mer kvalificerad omvårdnad. Klarar inte att ta hand om sig själv i det egna boendet.
- Varit inlagd akut på psykiatrisk klinik, levt i total misär, lägenheten var full med saker från golv till tak. I lägenheten fanns ingen plats för förvaring av mat eller kylning av den.
- Stort behov av insatser, saknar sjukdomsinsikt, kan ej fatta beslut av vikt för sitt leverne och välbefinnande.
- För att få livet att fungera, stort behov av trygghet, stöd för att få i sig mat. Allmänt socialt behov i sin vardag.

Det är vanligt att de som flyttar in har behov av både fysisk och psykiskt stöd. Det är heller inte ovanligt att den äldre även har en demenssjukdom eller utvecklar en sådan under sin tid på boendet.

Vad skiljer ett vanligt äldreboende från ett äldreboende för psykiskt funktionshindrade?

Detta är ett vanligt äldreboende, vi stöttar och jobbar med vård- och omsorg precis som vi gör inom de övriga boendena. Enheten är inte låst utan de boende kommer och går som de önskar. Vi kan därför inte ta emot boende som behöver en låst verksamhet. Samtliga boende har en psykiatrisk diagnos vid inflyttningen ibland i kombination med en demenssjukdom.

Vi kan inte se att de äldre som bor på gruppboendet för äldre psykiskt sjuka skiljer sig så mycket från övriga äldre. Oftast går det bra att delta i olika aktiviteter tillsammans med andra i huset för de som så önskar men, många vill inte delta och föredrar att hålla sig för sig själva. De som har mest svårt att delta i gemensamma aktiviteter är de som har en demenssjukdom och det gäller oavsett om det också finns ett psykiskt funktionshinder eller ej.

Det som är speciellt för enheten är att vi är noga med att jobba med en fast struktur och vad gränserna går. Personalen är utbildade mentalskötare och/eller undersköterskor. Vår personal är kompetent och bemöter de boende på ett individuellt sätt. Alla är olika och de enskilda individerna skall bemötas utifrån sin person och sina speciella behov.

Vi har noterat att dessa äldre har något färre anhörig- och närståendekontakter än vad som är vanligt. Många gånger finns bara en god man som ansvarar för ekonomin. Man förstår att ensamheten varit ett problem i det egna boendet.

Under våren 2009 får våra medarbetare handledning en gång per månad.

Skulle någon av dina boende klara sig i en vanlig lägenhet ute på stan men med annat stöd och i så fall vilket stöd?

Nej, det är tveksamt, det skulle nog vara svårt att flytta tillbaka hem med tanke på deras psykiska funktionshinder. Den här typen av boende måste finnas som utbud inom äldreomsorgen. Det kommer alltid att finnas människor som behöver stöd i sitt sociala liv och som samtidigt har ålderskrämpor och sjukdomar som gör situationen ohållbar i en vanlig lägenhet. Man hör talas om äldre som har svårt att klara sig med enbart fysiska problem, för de äldre som dessutom har psykiska funktionshinder blir livet riktigt svårt och risken är stor för isolering och misär. Det skulle vara bra att det fanns kunskap inom hemtjänsten så att den äldre skulle kunna få stöd och hjälp så länge den ville bo hemma. Vi skulle behöva ett helhetstänk där det ges ett tidigt och bra stöd i hemmet så länge den enskilde kan bo hemma för att sedan övergå om behov föreligger till ett mer omfattande stöd i ett äldreboende. En samverkan mellan olika parter skulle också vara bra.

Ibland kan det också vara svårt att erbjuda äldre med psykiska funktionshinder en gruppgemensam lösning då, många är skygga och länge levt i ensamhet. Därför måste vi vara lyhörda och respektera olika individers integritetsbehov.

Hur är efterfrågan på lägenheter hos dig?

Det går upp och ner. Det tar längre tid nu än tidigare att få äldre anvisade till lägenheterna. Det händer då och då att anhöriga kontaktar oss och vill veta vad detta är för typ av boende. Kunskapen är kanske inte så stor för gemene man vilket utbud som finns för de äldre.

Jag tror att denna form av boende behövs och kommer att behövas i ändå större utsträckning framöver. Jag tycker man borde se över vad som händer för psykiskt funktionshindrade när de fyller 65 år. Mer samarbetet mellan LSS och SoL-handläggare. Det verkar inte fungera så bra när den funktionshindrade blir pensionär, då ska man vara som alla andra äldre och funktionshindret åsidosätts för att man fyller pensionsålder, det kan inte vara rätt tänkt.

För framtiden hoppas jag att det byggs fler mindre enheter inte så stort som detta. Personer med psykiska funktionshinder mår bättre om de bor inom en mindre enhet, t.ex. runt 30 lägenheter.