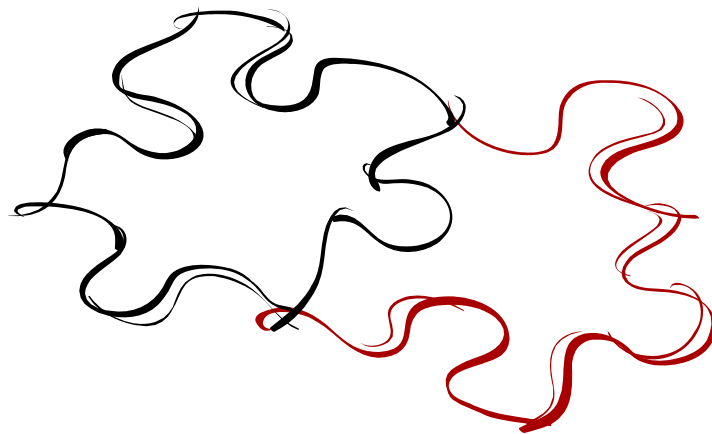


# Äldre med psykiska funktionshinder – en kartläggning 2008



En sammanfattande rapport  
Kartläggning inom äldreomsorgen i Stockholms stad

Birgitta Ljungdahl i samarbete med Sven Erik Wånell, Äldrecentrum



## Förord

På uppdrag av Äldreförvaltningen har Utrednings- och statistikkontoret AB (USK) tillsammans med Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (Äldrecentrum) genomfört en kartläggning av psykiskt funktionshindrade inom äldreomsorgen (65- år).

Kartläggningen ska bland annat utgöra ett underlag för att utveckla olika stödinsatser för målgruppen. Undersökningen belyser därför på olika sätt de äldre psykiskt funktionshindrades situation socialt, de insatser som erhålls från äldreomsorgen idag och vad som önskas utifrån målgruppens behov. Det framkommer bland annat att de psykiskt funktionshindrade är en heterogen grupp med skiftande sjukdomsbild, behov och socialt kontaktnät. De insatser som erbjuds från äldreomsorgen skulle kunna vara mer inriktade mot den enskildes funktionshinder. Dessutom finns det väsentliga skillnader i vad som erbjuds mellan de 14 stadsdelsförvaltningarna. Många förvaltningar efterlyser mer utbildning för handläggare och hemtjänstpersonal för att bättre kunna svara mot de funktionshindrades behov. En bättre samverkan med landstinget efterfrågas också.

Undersökningen har genomförts under oktober 2008 – januari 2009. Information har inhämtats genom en enkät till biståndshandläggare, intervjuer med brukare, personal inom äldreomsorgen, företrädare för landstinget och brukar- och anhörigorganisationer. Allt material presenteras i tre delrapporter, där USK har genomfört en webbenkät (del 1) och intervjuer med äldreomsorgschefer/biståndshandläggarchef, biståndshandläggare och arbetsgrupper inom äldreomsorgen (del 2). Äldrecentrum har genomfört ett 10-tal intervjuer med äldreomsorgstagare och deras äldreomsorgspersonal. Dessutom har intervjuer skett med företrädare för landstinget samt brukar- och intresseorganisationer (del 3). Ansvarig rapportskrivare för respektive delrapport står för innehåll och slutsatser.

I följande rapport sammanfattas resultaten från de tre olika delrapporterna. Slutrapporten har utarbetats gemensamt av USK och Äldrecentrum.

Projektledare för undersökningen har Birgitta Ljungdahl, USK, varit. Från USK har Linda Zetterman ansvarat för genomförandet och rapporteringen av del 1 och del 2. I del 1 har Karin Fägerlind svarat för tekniken runt webbenkäten och Marie Göranson för databearbetningar. I del 3, som genomförts av Äldrecentrum, har Sven Erik Wånell (huvudansvarig), Lisbeth Hagman och Lotta Henrikson genomfört intervjuer och rapportering.

För Utrednings- och statistikkontoret AB  
Mars 2009



Lena Daag  
VD



**Innehåll**

1	Sammanfattning .....	7
2	Bakgrund .....	10
2.1	Uppdraget .....	10
2.2	Syfte.....	10
2.3	Genomförda undersökningar .....	11
2.4	Metod.....	11
2.4.1	Webbenkät .....	11
2.4.2	Intervjuer på stadsdelsförvaltningarna.....	12
2.4.3	Fallstudie samt intervjuer med landsting och anhörig- och brukarorganisationer .....	12
2.4.4	Metoddiskussion.....	13
3	Psykisk funktionsnedsättning .....	14
3.1	De psykiatriska sjukdomarna .....	14
3.2	Antal personer med psykisk funktionsnedsättning.....	15
4	Psykiskt funktionshindrade en heterogen grupp med gemensamma behov .....	18
5	Biståndshandläggning.....	20
5.1	Aktualisering av ärenden .....	20
6	Äldreomsorgens insatser .....	22
6.1	Nuvarande insatser .....	22
6.1.1	Hemtjänst.....	22
6.1.2	Hemtjänst med inriktning mot psykiskt funktionshinder .....	23
6.1.3	Boendestöd .....	24
6.1.4	Särskilda boendeformer .....	26
6.1.5	Servicehus.....	27
6.1.6	Dagverksamhet/träfflokaler .....	28
6.2	Önskvärda insatser.....	29
6.2.1	Skillnader i önskade insatser .....	30
6.3	65 år ingen naturlig gräns .....	31
6.4	Gräns boendestöd-hemtjänst?.....	32
6.5	Utbildning och handledning .....	32
7	Framtiden.....	34
7.1	Planer inom äldreomsorgen .....	34
7.2	Förväntningar på Äldreförvaltningen .....	35
8	Landstingets insatser .....	37
8.1	Landstingets organisation för vuxenpsykiatri .....	37
8.1.1	Äldrepsykiatriska teamet .....	38
8.1.2	Norra Stockholms psykiatri .....	38
8.2	Övriga vårdgivare .....	39
8.2.1	Primärvården .....	39
8.2.2	Geriatriken.....	39
8.2.3	Den somatiska slutenvården .....	39
8.3	Landstingets bedömningar av situationen .....	40
8.4	Stadsdelsförvaltningarnas kontakt med hälso- och sjukvården.....	41
8.4.1	Kontakt med primärvården.....	41
8.4.2	Kontakt med psykiatri .....	42
9	Några slutsatser .....	43



## 1 Sammanfattning

På uppdrag av Äldreförvaltningen har USK tillsammans med Äldrecentrum genomfört en kartläggning av äldreomsorgstagare med psykiska funktionshinder under hösten 2008. Kartläggningen har syftat till att belysa de äldre psykiskt funktionshindrades situation socialt, de insatser som erhålls från äldreomsorgen idag och vad som önskas utifrån målgruppens behov. Dessutom ingår att belysa de administrativa rutinerna på stadsdelsförvaltningarna samt landstingets insatser och samverkan med staden.

Målgruppen definieras utifrån Socialstyrelsens definition kompletterat med den specifikation som görs i stadens riktlinjer. Den äldre (65- år) definieras i riktlinjerna som en person med långvarigt psykiskt funktionshinder, närmare bestämt:

*”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.”*

I undersökningen ingick bland annat att kartlägga antalet äldre med psykiska funktionshinder och deras behov av insats. Det visade sig vara svårt för biståndshandläggarna att identifiera målgruppen och antalet blev betydligt lägre än vad som kunde förväntas utifrån andra studier. Från de drygt 320 svar som inkommit bedöms ändå uppgifterna om typ av insats, nuvarande och önskvärda, som representativa för målgruppen.

De psykiskt funktionshindrade är en heterogen grupp med skiftande sjukdomsbild och symptom som oro, depression, vanföreställningar och ångest. Många lider av andra sjukdomar vilket ger tidigt åldrande och kortare livslängd. Förekomsten och graden av funktionshinder är inte alltid så lätt att förstå vid ett första möte.

En gemensam erfarenhet från äldreomsorgspersonalen är att funktionshindren medför ett tydligt behov av stöd i vardagen förutom eventuell annan service eller personlig omsorg. Den funktionshindrade behöver bland annat hjälp med att ”komma igång”, organisera sin tid, bryta sin isolering. En del av personerna i målgruppen har få/inga kontakter med anhöriga eller vänner. Detta är något som även bekräftas via de intervjuer som genomförts med ett 10-tal psykiskt funktionshindrade. Personalen inom äldreomsorgen upplever att om den funktionshindrade inte får rätt stöd så kan personen snabbt hamna i misär.

De flesta psykiskt funktionshindrade som äldreomsorgen arbetar med aktualiseras från socialpsykiatrin till äldreomsorgen i och med 65 årsdagen. Detta sker på olika sätt i de 14 stadsdelsförvaltningarna. Olika är också vilka insatsformer som erbjuds den funktionshindrade från 65 år och uppåt. Denna organisatoriska åldersgräns medför problem för den funktionshindrade, vilket bland annat påtalas av brukar- och intresseorganisationerna. Den innebär bl.a. att insatsen boendestöd försvinner i vissa stadsdelar från 65-årsdagen. En anledning som flera tar upp är att de inte av organisatoriska eller ekono-

miska skäl kan erbjuda den insatsformen – med hänvisning att den tillhör socialpsykiatrin.

Kartläggningen av vilken typ av insatser som ges från äldreomsorgen visar att en majoritet har insatser som till sin form inte är anpassade för målgruppens behov. Biståndshandläggarna önskar i större utsträckning att insatserna ska ha en inriktning mot psykiskt funktionshinder. Det gäller hemtjänst, dagverksamhet, kontaktperson, gruppboende samt servicehusboende men också att fler bör få boendestöd.

Exempel på en anpassad verksamhet är de hemtjänstteam som är inriktade på att arbeta med äldre personer med psykisk funktionsnedsättning och som finns i vissa stadsdelsförvaltningar (bl.a. Södermalm och Kungsholmen).

Drygt fyra av tio psykiskt funktionshindrade i kartläggningen av insatsformer hade ett äldreboende, men en minoritet av dessa hade ett boende som var inriktat mot psykiskt funktionshinder. Oavsett om boendeformen är servicehus, gruppboende eller någon annan form framkommer att boendet behöver vara anpassat för den enskildes behov. Bland annat behöver personalen ha adekvat utbildning och erfarenhet.

För att bryta isolering men också för att ge vardagen struktur och innehåll har en del av de psykiskt funktionshindrade ett behov av olika kontaktskapande verksamheter. Ett fåtal (en av tio enligt kartläggningen) psykiskt funktionshindrade har den biståndsbedömda insatsen dagverksamhet. I övrigt finns träfflokaler att tillgå. Av intervjuerna med personal och de funktionshindrade (10-tal) framgår att det behövs motivationsarbete för att personen ska ta emot en insats men också stöttning för att ”komma i gång”. Utan stötningen kommer personen kanske inte iväg till dagverksamheten eller träfflokalen. Motivationsarbetet kan ta lång tid.

Viktigt är också att dagverksamheten/träfflokalen har en verksamhet eller aktiviteter som är anpassade till målgruppens behov och har kunnig personal. Exempel på sådan verksamhet är Mimer på Norrmalm.

De framtidsplaner som framförts av personalen inom stadsdelsförvaltningarnas äldreomsorg rör:

- samverkan inom den egna förvaltningen för att överbrygga övergången från socialpsykiatrin till äldreomsorgen vid 65 årsdagen
- att se över möjligheterna att erbjuda boendestöd oavsett organisation i förvaltningen
- ändrad organisation kring handläggningen för att bättre fånga upp olika målgruppers behov
- vidareutbildning av biståndshandläggare och hemtjänstpersonal för att öka kunskapen om målgruppen psykiskt funktionshindrade

Stadsdelsförvaltningarna önskar att Äldreförvaltningen tar ett övergripande ansvar för att följa metodutvecklingen/forskningen runt målgruppen psykiskt funktionshindrade. Det finns också önskemål om att Äldreförvaltningen organiserar utbildningar som rör målgruppen för olika personalkategorier. Likaså anser flera förvaltningar att ansvaret



för profilboenden borde ligga på central förvaltning, då stadsdelsförvaltningarna är osäkra på hur stor efterfrågan på platser är och inte vill ansvara för eventuellt tomma platser.

Slutligen efterfrågas att riktlinjerna för äldreomsorgen specificeras mer vad det gäller psykiskt funktionshindrade. Ett samarbete med socialpsykiatri förordas.

I en rapport från landstinget 2004 konstaterades att ”det delade huvudmannskapet, överbelastning av primärvården och resursminskningen inom psykiatri har inneburit negativa konsekvenser för äldrepsykiatri”. Dessa förhållanden har inte förändrats enligt de intervjuer som genomförts med företrädare för psykiatri i länet. Både från landstinget och stadsdelsförvaltningarna så anser man att samarbetet mellan huvudmännen i många fall kan bli bättre. Till stor del är relationerna mellan parterna personbundna. Det pågår ett arbete inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen tillsammans med KSL<sup>1</sup> att utarbeta en gemensam policy i länet som grund för samarbetsformer och rutiner kring samverkan med psykiatri.

Utifrån vad som framkommit i kartläggningen finns det behov av att utveckla verksamheten såväl inom äldreomsorgen som inom landstinget. Bland annat framkommer att:

- Det krävs spetskunskap hos den personal som inom hemtjänst eller vård- och omsorgsboende arbetar med gruppen äldre personer med psykiska funktionshinder. Grundutbildning som mentalskötare eller motsvarande, fortbildning, kontinuerlig handledning och samarbete mellan socialpsykiatri och äldreomsorgen kan tillgodose kunskapsbehovet.
- Samverkan med äldreomsorgen och psykiatri/primärvård behöver förstärkas för att säkerställa en sammanhållen vård och tillgång till specialistkompetens. Länsovergripande avtal kompletterat med lokala avtal kan stödja en sådan utveckling.
- Organisatoriska hinder, såsom att vissa insatser har en övre åldersgräns vid fyllda 65 år, bör arbetas bort.
- Fler profilboenden behövs för denna grupp. Detta bör ses som ett kommunövergripande ansvar.
- Speciella hemstödsteam bör kunna erbjudas äldre personer med psykiska funktionshinder. Team som kan erbjuda såväl boendestöd som hemtjänst.

---

<sup>1</sup> Inom Sveriges Kommuner och Landsting en lokal avdelning avseende Stockholms län

## 2 Bakgrund

Äldreomsorgen erbjuder idag olika insatsformer för att möta äldres behov. För äldre som bor kvar hemma kan man bland annat erbjuda hemtjänst, ledsagning, trygghetslarm, boendestöd mm medan de som bedöms ha större omvårdnadsbehov kan få olika typer av omsorgsboenden. Äldreförvaltningen genomför regelbundet brukarundersökningar för att utvärdera de insatser som erbjuds och betyget från omsorgstagarna är generellt gott.<sup>2</sup>

Även om flertalet äldreomsorgstagare får insatser som möter deras behov finns en grupp äldre där Äldreförvaltningen vill öka kunskapen ytterligare. Denna kartläggning vill fånga upp de behov som äldre från 65 år med psykiska funktionshinder har.

### 2.1 Uppdraget

På uppdrag av äldreförvaltningen har USK tillsammans med Äldrecentrum genomfört en kartläggning av insatser som riktar sig till äldreomsorgstagare med psykiska funktionsnedsättningar (enligt Socialstyrelsen definition enligt nedan). Kartläggningen avser att utgöra underlag för utveckling av olika stödinsatser för målgruppen. Undersökningen har genomförts under hösten 2008.

### 2.2 Syfte

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 grund<sup>3</sup>. 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.”*

Kartläggningen syftar till att i möjligaste mån klargöra hur många äldreomsorgstagare (65- år) som har ett psykiskt funktionshinder. Dessutom syftar kartläggningen till att

<sup>2</sup> Brukarundersökningar inom Hemtjänsten 2007, 2009 - USK

<sup>3</sup><http://www.stockholm.se/OmStockholm/Forvaltningar-och-bolag/Fackforvaltningar/Socialtjanstforvaltningen/Riktlinjer/>

synliggöra den enskildes behov, både de sociala behoven och de insatser som kan ges från äldreomsorgen. Behovet av olika insatser jämförs också med nuvarande för att klargöra vilka typer av ytterligare insatser som målgruppen kan vara i behov av.

Ytterligare frågeställningar är hur de administrativa rutinerna på stadsdelsförvaltningarna ser ut vad gäller äldre personer med psykiska funktionshinder, vilka verksamheter som finns att erbjuda i de olika stadsdelarna och vad som planeras. Vidare frågeställningar är bland annat vilka insatser som görs från landstinget och hur samverkan ser ut mellan staden och landstinget för denna målgrupp.

## 2.3 Genomförda undersökningar

Kartläggningen av målgruppen äldre med psykiska funktionshinder har genomförts med flera olika undersökningar. Del 1 och 2 har genomförts av USK och del 3 av Äldrecentrum och delarna består av:

- 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 psykisk funktionsnedsättning och utförare, landstingets primär- och psykiatrivård samt anhörig- och brukarorganisationer. (Äldrecentrum)

## 2.4 Metod

### 2.4.1 Webbenkät

I delstudie 1, som syftade till att ge en uppfattning om målgruppens storlek samt nuvarande och önskvärda insatser för personerna i målgruppen, fick biståndshandläggarna på stadsdelsförvaltningarna fylla i en webbenkät. Biståndshandläggarna bedömdes vara den yrkesgrupp som har den bästa möjligheten att bedöma de äldres tillhörighet till målgruppen. På varje stadsdelsförvaltning har äldreomsorgscheferna haft ansvar för att biståndshandläggare som arbetar med äldre personer med psykiska funktionshinder har fyllt i en webbenkät för varje person i målgruppen. I de fall stadsdelsförvaltningen är organiserad så att personen är aktuell på annan enhet än inom äldreomsorgen så har äldreomsorgscheferna uppmanats ha en samordnande roll. I undersökningen ingår inte enheten för hemlösa.

Biståndshandläggaren ombads i webbenkäten att för varje enskild person i målgruppen (en enkät per person) bland annat uppge nuvarande insatsformer samt önskvärda insatser. För att undvika en större arbetsbelastning än nödvändigt valdes att inte registrera samtliga 27 000 aktuella ärenden i staden. Totalt har närmare 100 handläggare besvarat webbenkäten av totalt cirka 250 handläggare. I 8 av de 14 stadsdelsförvaltningarna är det enbart handläggare på äldreomsorgsenheterna som besvarat enkäten. I de övriga stadsdelsförvaltningarna har även handläggare från andra enheter besvarat enkäten. Webbenkäten och resultaten presenteras i sin helhet i delstudie 1.

### 2.4.2 Intervjuer på stadsdelsförvaltningarna

I delrapport 2 har information bland annat inhämtats angående målgruppens behov, insatser för målgruppen och framtida planer rörande insatser för målgruppen. Dessutom beskrivs stadsdelsförvaltningarnas handläggningsrutiner samt hur samverkan med landstinget fungerar. Intervjuer har genomförts med verksamhetschefer/biståndshandläggargchefer och biståndshandläggare samt gruppintervjuer med två arbetsgrupper.

Stadens 14 äldreomsorgschefer bjöds in till personliga intervjuer. Av dessa valde fem att genomföra intervjun själva, fyra personer valde att genomföra intervjun tillsammans med en annan person från stadsdelsförvaltningen (biståndshandläggargchefen). Ytterligare fyra överlät helt intervjun till en annan/andra personer. En stadsdelsförvaltning deltog inte i intervjuundersökningen. Intervjuerna har även omfattat personer som arbetar som biståndshandläggare på några av stadsdelsförvaltningarna. Två arbetsgrupper intervjuades på två skilda stadsdelsförvaltningar. Intervjuerna har skett på respektive arbetsplats förutom en som genomförts på USK.

Samtliga intervjuer genomfördes under november och december 2008. Intervjuguider och resultat presenteras i sin helhet i delstudie 2.

### 2.4.3 Fallstudie samt intervjuer med landsting och anhörig- och brukarorganisationer

Delstudie 3 syftar till att bland annat ge exempel på hur den sociala situationen för personerna i målgruppen kan se ut samt att komplettera med erfarenheter från anhörig- och brukarorganisationer. Dessutom har synpunkter inhämtats från företrädare från landstinget angående deras erfarenheter vad gäller målgruppen och deras samarbete med staden.

Intervjuer har skett med 11 äldre och deras boendestödjare/hemtjänst. Intervjupersoner har förmedlats av stadsdelsförvaltningarna och det visade sig endast möjligt för dem som hade en specialiserad utförarorganisation (boendestödjare för äldre eller hemstöds- team). Vidare har de tillfrågade stadsdelarna bedömt att det inte var lämpligt eller möjligt att intervju personer med grava psykiska problem eller personer som avvisar kontakt. Intervjuerna med den enskilde skedde vanligen hemma hos den äldre, intervjun med personal på deras arbetsplats eller via telefonintervju.

Därutöver har cheferna vid två äldreboenden med inriktning mot psykisk funktionsnedsättning intervjuats för att öka kunskapen om målgruppens behov av profilboende. Intervjuerna med brukarorganisationerna har skett som gruppintervjuer, alla övriga har skett individuellt.

Intervjuerna genomfördes under oktober 2008 till januari 2009. Intervjuguider och resultaten i sin helhet finns i delstudie 3.

#### 2.4.4 Metoddiskussion

De använda undersökningsmetoderna medför att resultaten har vissa begränsningar i några delar. Dessa begränsningar presenteras nedan.

Webbenkäten syftade bland annat till att ge en uppfattning om målgruppens storlek, dvs antal äldre omsorgstagare med psykiska funktionshinder. De svar som inkom gav ett lägre antal än vad som kunde förväntas utifrån andra studier. Sammantaget tyder detta på endera att förhållandevis få av personerna i målgruppen har insatser från äldreomsorgen, eller att biståndshandläggarna har haft svårt att identifiera alla personerna i målgruppen. Mycket tyder på att det är det senare fallet som gäller och att det därmed har skett en underrapportering. För detta talar även det faktum att det är en mycket stor variation i den andel som identifierats i de olika stadsdelarna och där flertalet stadsdelsförvaltningar har en låg andel. I följande rapport presenteras därför endast ett resonemang runt målgruppens storlek utifrån webbenkätens resultat och annan information. I konsekvens med detta är det inte heller meningsfullt att presentera några uppgifter på stadsdelsförvaltningsnivå. Även om antalsuppgifterna ska tolkas med försiktighet så bedöms biståndshandläggarnas bedömning av önskade insatstyper ge en ur statistik synpunkt tillförlitlig bild av behovet av olika typer av insatser.

I del 2 och 3 har kartläggningen genomförts med kvalitativ metod, vilken ger möjlighet att inhämta allsidig information från många olika kategorier av respondenter på ett bra sätt. Intervjuerna med stadsdelsförvaltningarna (del 2) har skett enskilt eller i grupp. Enskilda intervjuer har nedtecknats och därefter analyserats medan gruppintervjuerna har spelats in, transkriberats och analyserats. Då datainsamlingen har genomförts med kvalitativ metod redovisas inte hur många av intervjupersonerna som har en viss uppfattning. Enskilda citat i rapporten kan då inte ses som representativa för målgruppen i sin helhet och följaktligen bör inte generella slutsatser dras utifrån dem. I några fall har citaten modifierats från talspråk för att bli mer lättölästa.

I fallstudierna intervjuades elva äldre personer, vilka hade valts ut via stadsdelarna (ingår i del 3). Stadsdelarna valdes så att de skulle representera både inner- och ytterstad. Dock visade det sig att endast de 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 intervju personer med grava psykiska problem eller personer som avvisar kontakt, vilket begränsat urvalet vad gäller omfattning av psykisk funktionsnedsättning. 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. Även i denna del kan inte enskilda citat i rapporten ses som representativa för målgruppen alternativt olika yrkesgrupper i sin helhet och följaktligen bör inte generella slutsatser dras utifrån dem.

### 3 Psykisk funktionsnedsättning

I detta avsnitt beskrivs psykiatriska sjukdomar för att förtydliga gränsdragningsproblematiken gentemot den använda definitionen av psykiska funktionshinder. Dessutom presenteras den information som finns om målgruppens storlek.

#### 3.1 De psykiatriska sjukdomarna

Undersökningens målgrupp är personer, 65 år och äldre med psykiska funktionshinder. Vid beskrivning av målgruppen har som nämnts Socialstyrelsens definition använts, se avsnitt 2.2. I stadens riktlinjer anges att målgruppen har en uttalad psykosproblematik och att dit räknas personer som lider av sådan personlighetsstörning att den ger svårigheter i vardagslivet eller andra psykiska funktionshinder som svåra fobier etc. Störningen ska dessutom vara långvarig (minst 6 månader). Sjukdomar som följer av åldrandet eller användning av läkemedel kan i vissa fall ge symptom som kan vara svåra att skilja från de beteenden som personer med psykiska funktionsnedsättningar kan visa. Här följer en beskrivning av de vanliga psykiska sjukdomarna<sup>4</sup>.

En *depression* kännetecknas av konstant nedstämdhet och en förlust av intresse. Den deprimerade kan inte finna nöje av något längre, inte ens det som tidigare var en favoritsysselsättning. Kroppsliga symtom förekommer ofta som förändringar av aptiten, koncentrationssvårigheter, sömnstörningar och trötthet. Man kan ibland se psykomotoriska störningar såsom förlångsamt rörelsemönster eller ett agiterat beteende. Det kan också finnas känslor av att vara värdelös, av livsleda och självmordstankar. Man kan ibland se negativa känslor av psykotisk karaktär.

Med *ångest* avses inom psykiatrisk terminologi en inre känsla av intensiv oro som åtföljs av kroppsliga symtom som t.ex. hjärtklappning, svettning, andnöd eller skakningar. Inom denna grupp finns många olika tillstånd såsom panikattacker, generaliserad ångest, fobier och tvångssyndrom.

*Depressionssjukdomar* är vanliga bland äldre, 11-13 % av den äldre befolkningen. Även *ångestsyndrom* är vanliga bland äldre (5-11 % av de äldre), och utgör ofta en förelöpare till depression<sup>5</sup>.

*Psykotiska tillstånd* kännetecknas av förekomsten av vanföreställningar, vantolkningar och hallucinationer. Andra symtom är desorganiserat och svårbegripligt tal och beteende samt så kallade negativa symtom i form av känslomässig avflackning, utarmat tankeliv och viljelöshet. Det vanligaste psykotiska tillståndet hos äldre är paranoida tillstånd. Förekomsten av psykotiska symtom är svåra att mäta i befolkningsstudier eftersom dessa personer p.g.a. sjukdomens natur ogärna vill ställa upp på intervjuundersökningar. Få studier har därför kunnat redovisa tillförlitliga resultat. De flesta studier redovisar en

<sup>4</sup> Källa till detta avsnitt när inte annat anges är Yvonne Forsell, Psykisk ohälsa hos äldre. Äldrecentrum-rapport 2000:12

<sup>5</sup> Källa: Kerstin Sparring Björkstén, Äldrepsykiatri i SLL utom demenssjukdomar, Fokusrapport Stockholms läns landsting 2005

frekvens av psykotiska tillstånd hos äldre på 1-2 procent. Då är de dementa med psykotiska symtom inte inräknade.

I yngre åldrar har kvinnor en större risk än män att utveckla depression och ångesttillstånd. Könsskillnaden utjämnas dock med åldern. Kvinnor söker också hjälp i högre grad än män för dessa tillstånd. Förklaringen till detta är sannolikt både biologisk och social. Det kan dock även bero på att kvinnors och mäns psykiska ohälsa har olika uttryckssätt. När det gäller psykos så förekommer det lika ofta hos bägge könen. Männen har dock oftare ett tidigare insjuknande och sjukdomen har ett allvarligare förlopp än hos kvinnorna.

Det finns ett samband mellan alla slags psykiska sjukdomar och översjuklighet/överdödlighet, minst för patienter med depression, högst för patienter med psykos. Psykisk ohälsa är ofta kopplat till kroppsliga sjukdomar vilka givetvis är vanligare hos äldre än hos yngre. Förutom att det gör att den psykiska ohälsan är svårare att upptäcka så komplicerar det behandlingen.

Många kroppsliga sjukdomar åtföljs av psykiska symtom såsom ämnesomsättnings-sjukdomar, lungsjukdomar och olika typer av cancersjukdomar. Dessutom finns en hel del mediciner som kan ge psykiska symtom av sådan grad att de kan misstänkas för sjukdom. Dosen kan vara inom den rekommenderade men den äldre personen kan vara extra känslig.

När det gäller psykotiska symtom så ökar förekomsten vid degenerativa hjärnprocesser såsom demens. De flesta personer som drabbas av demens har någon gång under förloppet psykotiska symtom. Många äldre upplever psykotiska symtom i samband med akuta kroppsliga förändringar vid operation eller narkos.

Äldre personer med psykisk funktionsnedsättning 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.

### 3.2 *Antal personer med psykisk funktionsnedsättning*

Andelen av den äldre befolkningen som någon gång lider av **psykisk ohälsa** är förhållandevis hög. I Kungsholmsstudien<sup>6</sup>, där man studerat den psykiska sjukligheten, visade det sig att sjukligheten vid 75 års ålder var 15 %. Denna siffra innefattar bara personer med psykiatriska diagnoser; depressiva syndrom, ångestsyndrom samt psykotiska tillstånd. Här ingår inte demenser, personlighetsstörningar, somatoforma<sup>7</sup> syndrom eller missbrukstillstånd. Räknar man in de personer som saknar diagnos men har psykiska symtom av sådan grad att de innebär ett dagligt lidande blir siffran cirka 25 %. Ur praktisk synpunkt är det således 25 % som kan anses ha psykisk ohälsa i sådan grad att nå-

<sup>6</sup> Longitudinell studie 1987-2000 som Äldrecentrum svarade för i samverkan med KI

<sup>7</sup> en psykiatrisk sjukdomsbild med olika typer av kroppsliga (somatiska) symtom utan organisk bakgrund (ex hypokondri) som gör att man söker läkare gång på gång för detta symtom

gon insats behövs. Insatserna kan vara av vitt skilda slag som hjälp med det dagliga hemarbetet, justering av blodsockret, synhjälpmedel, eller professionell psykiatrisk vård<sup>8</sup>.

Inom ramen för den longitudinella studien SNAC<sup>9</sup> finns data från Kungsholmen om de som har hemtjänst och/eller hemsjukvård. I SNAC:s vårdssystemdel registreras inte psykiatriska diagnoser, däremot faktorerna oro/otrygghet, nedstämdhet och vad som benämns svårhanterligt beteende. 15 % av dem som har äldreomsorg har av biståndshandläggarna eller ansvarig på vård- och omsorgsboende bedömts ha svår eller mycket svår oro/otrygghet, 13 % lida av svår eller mycket svår nedstämdhet och 8 % bedöms ha svårhanterligt beteende. Majoriteten av dessa personer bor i särskilt boende, vanligen ett vård- och omsorgsboende. Detta gäller särskilt gruppen som bedöms ha svårhanterligt beteende, varav de flesta lider av en demenssjukdom. Även i gruppen som bedömts vara otrogga och de som bedömts vara nedstämda har flertalet en kognitiv nedsättning.

Det saknas säkra data om hur många äldre i befolkningen 65 år och äldre som har en psykisk funktionsnedsättning som svarar mot Socialstyrelsens definition och som använts för att definiera målgruppen i denna studie. Om man enbart skulle avgränsa den till personer med psykotiska tillstånd skulle antalet med ledning av de ovan redovisade prevalenstalen kunna i åldersgruppen 65-79 år skattas till cirka 750-1 500 personer (1-2 % av befolkningen). Till detta kommer personer som är 80 år och äldre. Här kan förekomsten antas vara lägre, eftersom medellivslängden för personer med psykosjukdomar bedöms vara kortare än den genomsnittliga. Detta kan dock ses som en väl snäv avgränsning, eftersom även personer med depression och med ångestsyndrom också kan ingå i gruppen med långvarig psykisk funktionsnedsättning som ger sociala konsekvenser. Hur stor andel av personer som lider av någon av dessa båda psykiska sjukdomar som kan bedömas tillhöra denna studies målgrupp finns dock inga uppgifter om.

Även den kartläggning som staden genomförde 2006 av psykiskt funktionshindrade under 65 år<sup>10</sup> tyder på att andelen äldre i befolkningen med psykiskt funktionshinder kan uppgå till närmare 1 %.

Stadsdelarna ombads att via sina biståndshandläggare kartlägga målgruppen för att bland annat belysa hur många äldreomsorgstagare som har psykiska funktionshinder utifrån Socialstyrelsens definition. Det visade sig svårt för stadsdelarna att genomföra detta eftersom många stadsdelar inte arbetar diagnosrelaterat och därför har svårt att definiera målgruppen. Totalt identifierades drygt 320 personer tillhöra målgruppen av cirka 27 000 äldreomsorgstagare. Det är drygt 1 % av äldreomsorgstagarna i staden men i relation till befolkningen i staden 0,3 %. Andelen av alla 65 år och äldre varierade mellan stadsdelarna från lägst 0,1 % till högst 1 %. Sannolikt har inte alla i målgruppen kommit med i kartläggningen.

<sup>8</sup> Källa till detta avsnitt när inte annat anges: Yvonne Forsell, Psykisk ohälsa hos äldre, Äldrecentrumrapport 2000:12

<sup>9</sup> Swedish National Study on Ageing and Care, som startade 2001 i fyra områden i landet, varav Kungsholmens stadsdel är en

<sup>10</sup> Rapport: Personer med psykiskt funktionshinder, Kartläggning 2006/2007 (USK)



Av de cirka 320 äldre som bedömts ha ett psykiskt funktionshinder är en majoritet kvinnor (56 %). Flertalet i målgruppen är under 80 år (75 %), vilket kan jämföras med att i hela stadens befolkning 65- år är andelen lägre (63 % under 80 år). Medianåldern är 73 år, dvs. hälften av personerna är 65-73 år. Att en majoritet av dem som bedömts ha ett psykiskt funktionshinder är under 80 år är troligen helt logiskt då dessa äldre kan antas ha en kortare medellivslängd än övriga äldre. Men en förklaring kan också vara att det är svårare att identifiera psykiska funktionshinder i äldre åldrar. Biståndshandläggarna inom äldreomsorgen och andra enheter uppger att cirka 40 procent av de 320 personerna har kontakt med öppen psykiatrisk vård eller annan insats från hälso- och sjukvården.

Utifrån de intervjuer som gjorts med företrädare från landstingets psykiatrivård framkommer helt andra uppgifter på antal personer som kan antas ha ett psykiskt funktionshinder. Det gäller uppgifter från äldreteamet inom Psykiatri Södra<sup>11</sup> som uppger att de har kontakt med cirka 600-700 personer. Detta äldreteam har kontakt med personer som har behov av specialiserad psykiatrisk vård. En majoritet av dessa bedöms också ha någon form av insats från äldreomsorgen. Uppräknat till hela staden skulle detta motsvara 1 600-1 900 personer. Till detta kommer personer i målgruppen som har annan vårdkontakt än äldreteamet.

Sammantaget är det alltså svårt att ge en exakt uppgift om hur många personer som har en psykisk funktionsnedsättning enligt socialstyrelsens definition och har kontakt med äldreomsorgen. Uppgifterna från biståndshandläggarna inom äldreomsorgen och från psykiatrien ligger alltså på helt olika nivåer. Mycket tyder på att rapporteringen från biståndshandläggarna ger en underskattning. Ett skäl kan vara att äldreomsorgen är vanare att identifiera demenssjukdomar än psykiska funktionshinder.

---

<sup>11</sup> Uppagningsområde är stadsdelarna Södermalm, Skarpnäck, Enskede-Årsta-Vantör och Farsta

## 4 Psykiskt funktionshinderade en heterogen grupp med gemensamma behov

Äldre personer med psykisk funktionsnedsättning är en heterogen grupp. Några har lidit av en psykisk funktionsnedsättning större delen av sitt liv, några har fått den på äldre dagar. Några har ett rikt socialt nätverk men andra lever helt isolerade förutom kontakterna med äldreomsorgen. Många är deprimerade och känner oro och 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 lider också ofta av polyfarmaci, dvs man har många läkemedel som kan ge biverkningar och interagera med varandra.

Den äldres psykiska hälsa är inte alltid så lätt att förstå. En boendestödjares uttrycker det som att:

*”Det är svårare att stötta en person som blivit deprimerad på äldre dagar 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.”*

Gemensamt för de **personer som intervjuats** 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 äldreomsorgen med öppna armar, men några har äldreomsorgen via boendestödjaren sakta fått närma sig innan en kontakt kunnat etableras.

Det är svårt för de **intervjuade boendestödjarna/hemtjänsten** i stadsdelarna att beskriva ett typiskt fall eller en genomsnittlig person i målgruppen men bilden som växer fram beskriver en relativt ensam man eller kvinna som ofta är ganska misstänksam mot nya människor. Denna misstänksamhet beskrivs av intervjupersonerna som problematisk och kan utgöra en barriär när det gäller att ta emot hjälp från äldreomsorgen. Personalen beskriver hur arbetet med att få den enskilde att ta emot hjälp många gånger kräver ett långsiktigt arbete med att bygga upp ett förtroende innan en insats från äldreomsorgen kan bli aktuell. En av intervjupersonerna beskriver:

*”Det kan vara oerhört svårt att komma in och göra en bedömning, ofta får vi lägga brev i brevlådan, prata genom brevinkastet, det värsta är känslan av att de far illa under tiden utan att man kan göra något.”*

I skildringen av målgruppen betonas också hur förhållandena kring dessa personer snabbt kan förändras och bli kaosartade. Målgruppen beskrivs som betydligt känsligare för förändringar än andra äldre och olika yttre faktorer kan innebära dramatiska förändringar i personernas beteende. Intervjupersonerna ger exempel på hur utåtagerande personer kan blir aggressiva och därmed utgöra en fara mot sig själva och andra eller att introverta personer kan bli djupt deprimerande eller självmordsbenägna. Det är också en grupp där flera intervjupersoner beskriver hur det ofta finns en missbruksproblematik med i bilden. Man berättar också hur, i vissa fall, långvarig isolering tillsammans med bristande förmåga att ta hand om sig själva kan resultera i misärliknande förhållanden. En intervjuperson ger sin bild:

*”Förhållanden kan ändras väldigt snabbt för den här gruppen, situationer eller förändringar i livet som inte påverkar dig och mig kan utlösa en psykos eller mycket stark ångest hos dessa personer.”*

Några intervjupersoner beskriver också hur det i gruppen finns oerhört starka personligheter men där deras avvikande sätt eller starka fobier har skapat ett begränsat livsrum. En av utförarna ger sin bild:

*”Det kanske är en person som inte klarar av att kissa i toaletten för de har fått för sig att det är farligt, men som när man sitter och pratar är hur ”vettig” som helst och mycket ”vettigare” än de personer jag träffade inom den ordinarie hemtjänsten.”*

Intervjupersonerna ger en beskrivning av målgruppen som personer som ofta levt ensamma länge och som har få eller inga sociala kontakter. Man beskriver hur biståndshandläggare, hemtjänst eller vårdpersonal ofta är den enda regelbundna kontakten med andra. Flera vittnar också om hur målgruppen ofta har bränt sina kontakter med anhöriga och har ingen eller mycket liten kontakt med barn/make/maka eller annan släkt. Ensamheten tar sig bland annat uttryck i att hemtjänstpersonalen ofta är mycket efterlängtat. Två utförare beskriver:

*”Ofta står de och väntar på att man ska komma och öppnar dörren innan man har klivit ur hissen, de blir glada när man kommer, man är efterlängtat.”*

*”Hej, kommer du nu, äntligen, så sitter de där vid köksbordet och väntar.”*

## 5 Biståndshandläggning

### 5.1 Aktualisering av ärenden

I Stockholms stad svarar äldreomsorgen för myndighetsutövningen för personer som är 65 år och äldre. Normalt är det således äldreomsorgens biståndshandläggare vid de olika stadsdelarna som ansvarar för biståndsbesluten. I de fall då personen haft insatser före fyllda 65 år har dessa vanligen kommit från stadsdelens socialpsykiatri, som kan ha olika organisatorisk hemvist – Individ- och familjeomsorgen (IoF) eller omsorgen om funktionshindrade.

I flertalet fall får äldreomsorgen enligt dem som intervjuats i stadsdelarna kännedom om personer i målgruppen från den egna organisationen. Ofta har personen varit ett aktuellt ärende inom IoF och socialpsykiatri på den egna stadsdelsförvaltningen och ärendet förs över till äldreomsorgen när personen fyller 65 år.

Flera stadsdelsförvaltningar beskriver hur de har lyckats skapa rutiner och arbetssätt för att överlämningen ärendena ska fungera så smidigt som möjligt och för att minimera risken att information hamnar mellan stolarna. I flera fall beskrivs hur information om kommande ärenden lämnas av andra enheter tre till sex månader innan personernas sextiofemårsdag. På vissa stadsdelsförvaltningar träffas alltid den nya och tidigare handläggaren för genomgång av ärendet och vid behov förekommer även gemensamma hembesök.

I flera fall beskrivs alltså överlämning och fortsatt handläggning som smidig. Men det finns stadsdelsförvaltningar där man beskriver rigida enhetsgränser som har skapat barriärer för samarbete och där det finns mer att önska när det gäller både överlämning och gemensamma, enhetsövergripande mål för arbetet med målgruppen. Några intervjupersoner beskriver hur risken med dålig kommunikation och bristande samarbete mellan enheterna kan medföra att viktig information missas. Andra konsekvenser kan vara att handläggare åker ut på hembesök dåligt förberedda vilket kan få negativa konsekvenser för både den enskilde och personalen.

Några menar att det ofta är i organisationsstrukturen problemet sitter. Man beskriver en kultur som sitter i väggarna. Någon menar att stadsdelsförvaltningens stuprörsorganisation har skapat en tradition där samarbete över enhetsgränserna är sällsynt. Några av intervjupersonerna förklarar:

*”IoF har bara fokus på de yngre, de har inget intresse av att samarbeta med oss som jobbar med äldre, vi får sällan signaler om knepiga fall det får vi närmast upptäcka själva, oftast ligger bara ärendena i en mapp i facket.”*

*”Det jobbigaste är att det är den enskilde som far illa, vid ett fall avslutades boendestödet utan att en god man var utsedd, eftersom hemtjänsten inte öppnar post låg det obetalda räkningar vilket hade kunnat få förödande konsekvenser, nu kräver vi bättre avslut och information innan ärenden lämnas över till oss...”*

Oavsett om arbetet med överlämning och vidare handläggning fungerar bra eller mindre bra är flertalet intervjupersoner överens om att det är viktigt med en dialog mellan enhetscheferna om hur handläggning och fördelning av resurser ska ske mellan enheterna. Det är också viktigt att den kunskap som finns inom organisationen, inte minst inom socialpsykiatrien kommer andra enheter till del. Kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte mellan enheterna är två mycket viktiga begrepp att arbeta med inom stadsdelsförvaltningen menar flera.

*”Vi måste bli mycket bättre på att nyttja den kunskap som finns internt, vi måste lära oss samarbeta runt de här frågorna.”*

## 6 Äldreomsorgens insatser

I följande avsnitt beskrivs de insatser som ges av äldreomsorgen och vilka insatser som vore önskvärda utifrån de behov som psykiskt funktionshindrade äldre har.

### 6.1 Nuvarande insatser

Från biståndshandläggarna har information erhållits om de vanligaste insatsformerna från äldreomsorgen som ges till målgruppen psykiskt funktionshindrade. Vanligt är att den äldre har mer än en insats pågående samtidigt. Drygt fyra av tio personer av dem som biståndshandläggarna bedömt tillhöra målgruppen har hemtjänst i traditionell bemärkelse, dvs utan någon speciell inriktning. Av dem med hemtjänst har färre än var tionde även boendestöd. De mer frekventa insatstyperna är efter storleksordning:

- Hemtjänst
- Trygghetslarm
- Boende i servicehus med hemtjänst
- Boendestöd
- Gruppboende inriktning Psykiskt funktionshinder
- HVB-hem
- Ledsagning SoL
- Dagverksamhet inriktning Psykiskt funktionshinder
- Sjukhem/Ålderdomshem
- Kontaktperson

Totalt bor mer än fyra av tio i någon form av servicehus, vård- och omsorgsboende, bostad med särskild service eller HVB-hem. Vanligast är servicehus (1/3 av dem som har ett annat boende än ordinärt). Relativt liten andel -mindre än var femte insats- av de insatser som ges har inriktning mot psykiskt funktionshinder.

Genom de olika undersökningarna har det blivit tydligt att de insatsformer som erbjuds är beroende av i vilken stadsdel personen bor och om personen hade insatser före fyllda 65 år. Här följer exempel på hur situationen kan se ut inom hemtjänst, hemtjänst med inriktning mot psykisk funktionsnedsättning, boendestöd, äldreboende och dagverksamhet/träfflokaler.

#### 6.1.1 Hemtjänst

Den vanligaste insatsen för målgruppen är hemtjänst *utan* inriktning mot psykiskt funktionshinder. Det innebär att den enskilde kan få serviceinsatser som hjälp med städning, matinköp mm. Därutöver ges efter behov personlig omsorg som till exempel duschning eller på- och avklädning.

Den ordinarie hemtjänsten i form av service och omsorg är inte organiserad för att tillgodose de psykiskt funktionshindrades behov av motivation och stöd. Flera intervjupersoner framhåller vikten av stöttning för att förmå den enskilde att klara av att utföra vardagssysslor själv, snarare än att som den ordinarie hemtjänsten, utföra sysslorna åt

den enskilde. Ändå är det som konstaterats sådan hemtjänst som många personer i målgruppen faktiskt har (9 av 10 av dem som har hemtjänst har utan speciell inriktning enligt enkäten till biståndshandläggarna).

Flera intervjupersoner beskriver också svårigheten och det motstånd som ofta måste överbryggas innan den enskilde överhuvudtaget vill ta emot hjälp. Man betonar vikten av att bygga en långsiktig relation med den enskilde baserat på trygghet och förtroende för att därigenom kunna arbeta med motivation och stöttning, ett arbete som mer liknar boendestöd än hemtjänst. Flera menar att ju äldre personerna i målgruppen blir desto större blir omvårdnadsbehovet och därmed behovet av traditionell hemtjänst.

En svårighet som beskrivs när det gäller insatsen hemtjänst för äldre med psykiska funktionshinder är att personalen inom hemtjänsten inte alltid har redskapen för att kunna arbeta med den motivation och stöttning som anses som så viktigt. De specifika behov målgruppen ofta har kan vara svåra för hemtjänstpersonal att identifiera och därigenom också svåra att tillgodose. Många intervjupersoner framhåller att hemtjänstpersonalen gör vad de kan och alltid försöker att hitta lösningar, men att det finns ett stort behov av utbildad personal med kompetens att arbeta med personer med psykiska funktionshinder. Några röster från äldreomsorgen beskriver hemtjänstens arbete på följande sätt:

*”De här personerna behöver mycket stöd och motivation med till exempel att sköta sin hygien, de behöver inte främst någon som kommer och städar åt dem, säg att hemtjänstpersonalen går och diskar åt personen men inte motiverar dem till att duscha du kan ju tänkta dig hur det blir efter ett tag.”*

*”Hemtjänsten gör verkligen vad de kan, men de känner sig ofta osäkra och har brist på kunskap när det gäller att arbeta med personer med psykiska problem.”*

*”Hemtjänstpersonalen kan känna en väldig maktlöshet kring de här personerna, de har det tufft, jättetufft med den här gruppen och vänder ut och in på sig för att hitta lösningar, men det är inte lätt.”*

I vissa fall beskrivs hur det inom hemtjänsten kan finnas enskilda personer i verksamheten med särskilt intresse att arbeta med målgruppen och som därigenom har lärt sig tillgodose målgruppens behov. Ett riktat arbete mot målgruppen menar man dock, kan inte vara avhängigt vissa eldsjälar.

### 6.1.2 Hemtjänst med inriktning mot psykiskt funktionshinder

Några stadsdelsförvaltningar erbjuder hemtjänst med inriktning mot äldre med psykiska funktionshinder. I kommunens regi finns bland annat Bondens specialteam på Södermalm och Kungsholmens hemstödsgrupp. Genom intervjuerna framkommer att det finns vissa privata utförare som har planer på att inrikta arbetet mot personer i målgruppen. Det framkommer också att detta sätt att arbeta, med inriktade hemtjänstteam mot målgruppen, är relativt okänt för många. Enligt biståndshandläggarna (webbenkäten) är det få i målgruppen som har hemtjänst med inriktning mot psykiskt funktionshinder.

I intervjuerna med de två hemtjänstteamen, där flertalet tidigare arbetat inom den ordinarie hemtjänsten, framkommer att en styrka med dessa team är att de har mer tid med personerna.

*”Det är viktigt att få den här utökade tiden med pensionärerna, många är rädda för kontakt med andra och det gäller att motivera dem till minsta grej, och det tar tid. Det går inte bara att ta en kvart för att duscha en pensionär, det kan behövas lång tid att bara motivera en person att gå in i badrummet.”*

Risken menar intervjupersonerna är att man inom den ordinarie hemtjänsten inte hinner arbeta lika motivationsinriktat och att den enskilde i och med detta far illa. Det är dock viktigt att framhålla att även om dessa hemtjänstteam har mer tid hos den enskilde upplever de flesta intervjupersoner att ännu mer tid hos varje enskild pensionär är önskvärt för den enskildes bästa.

En ytterligare styrka med specialistteamet som framhålls är att de hinner lära känna pensionärerna och kan arbeta med ett mer långsiktigt relationsarbete som är extra viktigt för personer i målgruppen. I ett specialistteam ingår ett mindre antal personer, vilket ger större kontinuitet för den enskilde, och har därigenom lättare att bygga upp ett förtroende. Några utförare beskriver:

*”Vi har mer tid med pensionärerna, det är mycket mer ut och in inom den vanliga hemtjänsten...”*

*”Trygghet och kontinuitet är allt för den här målgruppen, om de inte känner det kan det bli så sjuka att de behöver åka in på psyket, det kan vara allt till att de blir aggressiva till att de slutar äta eller blir oroliga, slutar ta sina mediciner, inte sover och det kan gå ganska snabbt.”*

*”Det viktigaste är att man är lyhörd, lyssnar och ger dem en känsla av trygghet, man måste vara en människokännare, och lirka och känna av ...”*

### 6.1.3 Boendestöd

Enligt biståndshandläggarna (webbenkäten) är det 1 av 10 i målgruppen som har boendestöd. Utmärkande för boendestöd 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 också röra hemmets skötsel, eller att komma ut, kanske ta sig till en träfflokal. Några intervjupersoner beskriver det så här:

*”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.”*

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

Av intervjuerna med cheferna inom äldreomsorgen så framkommer en skiftande bild om boendestöd som insatsform kan erbjudas eller inte. Flera av de förvaltningar som inte erbjuder insatsen uttrycker önskemål om att insatsen även ska kunna ges efter 65 års ålder.

Ett exempel på en boendestödsenhet är Äldrepsykiatriska stödteamet som är en verksamhet inom Farsta stadsdelsförvaltnings socialpsykiatri. Verksamheten erbjuder alla i området över 65 år med psykisk funktionsnedsättning att få stöd i det egna hemmet med syftet att öka livskvaliteten. 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.

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 funktionsnedsättning. Det finns kritik från boendestödjarna mot allt för snäva tider och för oflexibla beställningar, men denna bild skiftar mellan stadsdelar och olika biståndsbedömare.

*”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.”*

Även om boendestödjarna önskar mer tid hos den enskilde finns det exempel på personer som upplever att deras behov blir tillgodosedda. Bland de 11 äldre som intervjuats uttalar flera att de tycker att den tid de får i form av 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”*.

#### 6.1.4 Särskilda boendeformer

De boendialternativ som erbjuds synes enligt webbenkäten till biståndshandläggarna vara av mycket varierande art, från servicehus, sjukhem, gruppboende till HVB-hem<sup>12</sup> och familjehem. Drygt fyra av tio i målgruppen uppger att de bor i någon av ovanstående boendeformer. En minoritet bor i ett boende med inriktning psykiskt funktionshinder, så kallat profilboende.

Denna undersökning ger flera exempel på de svårigheter som kan uppstå runt personer i målgruppen inom ett boende. Flera intervjupersoner beskriver situationer där chefen på ett boende kontaktar biståndshandläggaren för att påtala problem med exempelvis aggressiva/utåtagerande personer, kraftigt ångestfyllda personer eller att personerna vägrar släppa in personalen. Intervjupersonerna beskriver också den frustration biståndshandläggarna kan känna i en sådan situation eftersom det inte finns några direkta boendialternativ för målgruppen. I resonemanget framkommer också att målgruppen ofta är för friska (fysiskt) för särskilt boende men för dåliga (psykiskt) för att bo själva hemma vilket skapar svårigheter då det särskilda boendet oftast är anpassat för boende med ett omsorgsbehov med demens eller fysisk funktionsnedsättning. Även här menar intervjupersonerna att ju äldre målgruppen blir desto bättre kan deras behov tillgodoses av det vanliga utbudet av särskilt boende. Men för yngre äldre är dessa boendialternativ ett problem. En intervjuperson uttrycker situationen på följande sätt:

*”Vi är mycket bättre på att möta behoven när det gäller demenssjukdomar, både inom hemtjänst och på servicehus. Där har det funnits möjlighet och resurser att kompetensutveckla och möta behov, inom demensproblematiken har vi en bra grundstruktur.”*

Erfarenheter från två chefer som förestår profilboenden är att flytten till boendet sker när hemsituationen blivit ohållbar. Exempel på skäl för att en person flyttat till profilboendet kan vara:

- Att en person har haft daglig hemtjänst men som ej fungerat tillfredsställande. Främsta orsaken är att den äldre vägrar att släppa in personalen.
- Att hjälpen fungerar dåligt i hemmet pga stort omvårdnadsbehov psykiskt och fysiskt.
- Att den äldre inte klarar sig i det egna boendet pga att han/hon upplever stark ångest, är ständigt rädd och behöver mer kvalificerad omvårdnad.
- Att personen levit i total misär, lägenheten var full med saker från golv till tak. I lägenheten fanns ingen plats för förvaring av mat eller kylning av mat.

<sup>12</sup> HVB-hem är Hem för Vård och Boende och hemmen är ofta placerade i annan kommun

- Att personen har stort behov av insatser, saknar sjukdomsinsikt, kan ej fatta beslut av vikt för sitt leverne och välbefinnande.
- För att få livet att fungera har personen stort behov av trygghet, stöd för att få i sig mat och behov av allmänt socialt stöd i sin vardag.

I de två profilboenden som studerats arbetar man med en speciell metodik. Man har en fast struktur för rutiner samtidigt som man har ett individuellt bemötande och strävar efter hög personalkontinuitet. Personalen är vanligen utbildad till mentalskötare.

Flera intervjupersoner framhåller bristen på profilboenden till äldre med psykiska funktionshinder. Några stadsdelsförvaltningar har dock boendeplatser som är anpassade för målgruppen och uppger att man i de flesta fall kan lösa boende genom de platser man har eller genom att köpa platser. Situationen upplevs alltså olika av stadsdelsförvaltningarnas företrädare, vissa upplever utbudet av profilboende som tillfredställande och andra inte.

För det fåtal personer som har en HVB-placering så köps platserna ibland ute i landet. Det innebär att den enskilde måste flytta, något som inte alltid är helt oproblematiskt. En handläggare uttrycker situationen på följande sätt:

*”Det är svårt att hitta boendeformer som fungerar, vi köper en del platser i landet, det gillas inte alltid av de anhöriga...”*

### 6.1.5 Servicehus

En typ av särskilt boende som idag många gånger erbjuds äldre med psykiska funktionshinder är servicehus. Den boendeformen är sällan optimal för den enskilde menar vissa intervjupersoner i stadsdelsförvaltningarna. Flera anser att målgruppen inte passar in på servicehus då de oftast har andra behov än övriga boenden vilket kan skapa oro både för den enskilde och för övriga. En av svårigheterna är att på de vanliga servicehusen så saknas specialutbildad personal med vana att arbeta med målgruppen.

*”Det fungerar inte alltid så bra för dessa personer att bo på servicehus, de passar inte in, oftast har de inte ett omvårdnadsbehov, de klarar sig bra själva men klarar inte av att bo själva. De är för friska för servicehus men för sjuka att bo hemma.”*

*”Servicehus är den sämsta lösningen, där passar de sällan in, de blir inte accepterade i gruppen.”*

Bilden är dock inte entydig. En av de 11 intervjuade äldre 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.”*

För att det ska fungera för den enskilde behöver det finnas tillgång till kompetent personal på servicehuset påpekar en chef som har erfarenhet av ett äldreboende som inrymmer både servicehuslägenheter och boende med inriktning psykiskt funktionshinder.

### 6.1.6 Dagverksamhet/träfflokaler

Enligt biståndshandläggarna har knappt 1 av 10 i målgruppen insatsen dagverksamhet. Dagverksamhet kan omfatta 1-7 dagar i veckan och ger social samvaro, struktur i vardagen och har aktiviteter som matlagning, hantverk mm. Träfflokaler erbjuds som en icke biståndsbedömd aktivitet dit alla som önskar kan gå. För målgruppen psykiskt funktionshindrade kan det dock vara problematiskt att ta emot en erbjuden insats och/eller att själv ta initiativ till att gå till en träfflokal.

De intervjuade som jobbar inom äldreomsorgen understryker det faktum att en del i målgruppen lever ensamma och har få eller inga sociala kontakter utanför kontakten med personal. Vissa av de äldre har behov av att aktiveras för att möjliggöra fler sociala kontakter. En utförare beskriver hur en dag för en pensionär i målgruppen kan se ut:

*”Vissa har ju fruktansvärt tråkigt, det är hemskt egentligen, dagarna ser exakt likadana ut, det är kaffe, lunch, kaffe, middag, kaffe och sen gå och lägga sig. Vissa har jätte långtråkigt och är mycket tacksamma om man har några minuter över för att sitta och prata, då har man gjort deras dag känns det som.”*

En vanlig vardag kan se mycket olika ut för de elva 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. För några tar den psykiska funktionsnedsättningen 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. 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.

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. Men det finns också exempel på personer som har ett socialt nätverk runt sig. En man berättar att han ofta har släktingar och vänner som ringer och pratar bort en stund vilket han tycker är trevligt.

Några av de 11 intervjuade äldre har stor glädje av att det finns träfflokaler med verksamhet anpassad för psykiskt sköra personer. Sådana träfflokaler finns på många håll i stan. Ett problem är dock att vissa verksamheter från stadens sida är tänkta för personer som är yngre än 65 år, där sysselsättning erbjuds till dem som inte kan yrkesarbeta. För

en förtidspensionär innebär 65-årsdagen ingen förändring. Behovet av meningsfullhet och gemenskap minskar inte, snarare kan behovet av gemenskap med andra bli större med ökande ålder. Med ökande ålder krymper ofta det sociala nätverket och funktionsnedsättningar ökar, vilket medför att behovet ökar av att det finns träfflokaler lättillgängligt.

Det finns idag verksamheter som är inriktade mot äldre med psykiska funktionshinder, Mimer på Norrmalm är en som flera intervjupersoner hänvisar till. Det finns också ett antal verksamheter som vänder sig till yngre med psykiska funktionshinder men där även äldre är välkomna. Några hänvisar till verksamheter som bedrivs av frivilligorganisationer. I resonemanget framkommer dock att det finns svårigheter med att få personer med psykiska funktionshinder att delta i organiserad sysselsättning/dagverksamhet. Många gånger krävs ett långsiktigt motivationsarbete. Detta motivationsarbete tar också mycket tid i anspråk och kräver, menar många, specialutbildad personal och boendestöd istället för hemtjänst som flertalet personer har idag. Några av intervjupersoner beskriver:

*”Sysselsättning är jätteviktig för den här gruppen, problemet är att de inte alltid blir accepterade av andra pensionärer just för att de är lite annorlunda, det gäller att verksamheten anpassas för den här målgruppen.”*

*”Det krävs en stor insats av personalen som jobbar med den här gruppen, man måste jobba mycket med motivation och stöd, den här gruppen kan ha jättesvårt att passa tider exempelvis.”*

*”Den sociala biten är viktig, men det tar tid att bygga förtroende och få dem att våga delta i sociala aktiviteter.”*

## 6.2 Önskvärda insatser

Biståndshandläggarna har för målgruppen fått ange om det vore önskvärt att samma insats som idag ska fortsätta eller om annan insats/insatser önskas. För cirka 75 % av målgruppen önskas samma insats som idag. För var fjärde som bedöms behöva samma insats som idag önskas även en kompletterande insats av annat slag.

I de fall som biståndshandläggaren gör en bedömning att behoven **inte** tillgodoses av samma insats som idag (25 %) bedöms drygt hälften av dessa ha behov av annan insats. Sammanlagt bedöms drygt en tredjedel av målgruppen ha behov av en annan form av insats än idag. Att andelen är så pass låg kan ha ett samband med att det saknas kunskap om målgruppens behov och vilka insatsformer som bäst kan tillgodose behoven. Flera intervjupersoner uttrycker ett behov av kunskap och utbildning rörande målgruppen.

För dem som det önskas en annan insats för rör det sig i snitt om två olika insatsformer per person. De önskade insatsformerna enligt biståndshandläggarna är:

- Hemtjänst
- Hemtjänst inriktning Psykiskt funktionshinder

- Boendestöd
- Dagverksamhet inriktning Psykiskt funktionshinder
- Kontaktperson ” ” ”
- Gruppboende ” ” ”
- Boende i servicehus med hemtjänst
- Sjukhem/Ålderdomshem
- Boende i servicehus med hemtjänst inriktning Psykiskt funktionshinder
- Sysselsättning i form av aktiviteter

Lite överraskande har hemtjänst (utan specialinriktning) önskats som en annan insatsform. Flertalet av de handläggare som kryssat för alternativet har också uppgett att den äldre redan i dag har insatsformen. Det kan tolkas som att den nuvarande hemtjänsten behöver förändras i något avseende som tex i timmar eller form. Det finns också ett uttalat behov av att hemtjänsten får en tydlig inriktning mot målgruppens behov, dvs inriktning psykiskt funktionshinder. Likaså önskas den inriktningen även för dagverksamhet, kontaktperson, gruppboende och servicehusboende. Därutöver anges också att fler har behov av boendestöd. Dessutom nämns dagverksamhet/aktiviteter som syftar till att bryta isolering och ge vardagen ett rikare innehåll.

En tydlig skillnad mellan nuvarande och önskade insatser är att boendestöd behövs för fler äldre. Likaså behövs alltså att insatsformerna får en tydligare inriktning mot målgruppens behov, dvs inriktning mot psykiskt funktionshinder. Från cheferna inom äldreomsorgen lyfts samma typer av insatser fram för att bättre möta målgruppens behov.

Det är också relativt många psykiskt funktionshindrade som av biståndsbedömaren bedöms ha behov av kontakt med landstingets öppna psykiatriska vård av dem som inte har någon kontakt idag (enl handläggarnas kännedom). Även cheferna inom äldreomsorgen påpekar detta behov.

### 6.2.1 Skillnader i önskade insatser

Av webbenkäten till biståndshandläggarna framgår att för en majoritet av målgruppen önskas inte någon förändring av insatsformen. Det kan tolkas som att behoven hos många av de funktionshindrade inte är synliga för biståndshandläggaren, att kunskapen är otillräckliga om behoven eller att handläggaren ej är van att utnyttja andra insatsformer än de som brukar användas inom äldreomsorgen. Från intervjuerna med cheferna inom äldreomsorgen finns skillnader i hur väl man upplever att man tillgodoser målgruppens behov. Det framkommer bland annat från vissa stadsdelsförvaltningar en viss frustration att det idag kan vara svårt att erbjuda de insatser man upplever att målgruppen främst behöver. Några menar att det vore önskvärt att kunna erbjuda äldre med psykiska funktionshinder samma insatser som de yngre (främst boendestöd). Åsikter som att äldreomsorgen helt enkelt inte har tillgång till de insatser som målgruppen främst behöver framhålls. De svårigheter eller hinder i arbetet som nämns beskrivs som antingen organisatoriska, ekonomiska, eller att utbud av insatser som är anpassade för målgruppen är begränsat.

Från de äldre själva framhålls att de framförallt behöver någon som har tid att lyssna på vad de säger, som möter dem med respekt och ”får igång dem”. Tid och flexibilitet är två nyckelord som nämns av personal som arbetar som boendestödare. Att inte konstruera en gräns vid 65 års ålder för vilka insatser man kan få är det viktigaste budskapet från intresseorganisationerna.

Det framkommer alltså önskemål om nya insatsformer men upplevelsen om hur väl det fungerar skiljer mellan olika stadsdelar och olika biståndshandläggare. Från intervjuerna med målgruppen och personal framkommer tydligt behovet av insatser som kan vara flexibla i tid och innehåll.

### 6.3 65 år ingen naturlig gräns

Kartläggningen har visat att organisationen av äldreomsorgen i de olika stadsdelsförvaltningarna medför att de psykiskt funktionshindrade bemöts olika. Ett tydligt exempel på detta är de som före 65-årsdagen har boendestöd och efter omprövning får en del behålla insatsformen medan andra förvaltningar erbjuder enbart hemtjänst.

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.

I de stadsdelsförvaltningar där man inte erbjuder boendestöd efter att den enskilde fyllt 65 år beskriver intervjupersonerna att boendestöd helt enkelt inte finns som en insats att erbjuda äldre personer. I vissa fall förklaras det med att boendestödet, som ofta organiseras under socialpsykiatri inom stadsdelsförvaltningen, inte arbetar med målgruppen äldre och att man därför inte kan köpa den insatsen.

Det framkommer tydligt även i intervjuerna med stadsdelsförvaltningarna att det finns en frustration kring hur personer som fyllt 65 år betraktas och vilket ansvar äldreomsorgen förväntas ta. Flera intervjupersoner beskriver irritation och känslan av att vara en ”dumpningsplats” och hur de upplever andra aktörers plötsliga ointresse så fort en person fyller 65 år.

Kritiken riktas inte enbart mot den egna organisationen utan även mot Stockholms läns landsting - SLL och psykiatrins syn på de äldre. Svårigheten detta framförallt för med sig är en känsla av otillräcklighet i hur man ska kunna möta målgruppens behov när kunskapen om denna komplexa problematik inte alltid finns inom den egna enheten. Några av intervjupersonerna ger sin bild:

*”Det är som att så fort någon fyllt 65 år så tror man att alla tidigare problem försvinner, då blir man bara gammal och lämpas över på oss.”*

*”IoF verkar tro att alla tillfrisknar när de fyllt 65 och det verkar även Landstinget tro.”*

#### 6.4 Gräns boendestöd-hemtjänst?

En diskussion som förs bland personalen är gränsdragningen mellan boendestöd och hemtjänst. En åsikt är att det kan finnas skäl för att samma person svarar för både stöd och praktisk hjälp i vardagen. Så arbetar också hemstödsteamerna i 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.

Det visar sig att personalens organisatoriska hemvist har en betydelse för *hur* man kan arbeta. Några av de intervjuade boendestödjarna menar att det är en fördel att höra till socialpsykiatrien, 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. En av de intervjuade i personalen uttrycker det på följande sätt: *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."*

#### 6.5 Utbildning och handledning

Intervjupersonerna betonar de allt högre krav som ställs på biståndshandläggare vad gäller att kunna bedöma och utreda ärenden av mycket varierande karaktär. Biståndshandläggarna möter äldre personer med mycket skiftande bakgrund och behov vilket ställer höga krav på kunskap och kompetens inom många olika behovsområden och ämnen.

Även om flera intervjupersoner anser att arbetet med ärenden i målgruppen fungerar bra finns det stadsdelsförvaltningar som tydligt framhåller de svårigheter biståndshandläggarna inom äldreomsorgen står inför. I flertalet fall har ärendena i målgruppen, innan de kommer till äldreomsorgen handlagts av personer med specialkompetens inom socialpsykiatri. När ärendena senare blir aktuella inom äldreomsorgen förväntas de utredas av handläggare som inte alltid har samma spetskompetens om målgruppens behov. Detta framhålls av flera som svårt och något som kan väcka känslor av otillräcklighet hos handläggarna. Några intervjupersoner beskriver:

*"Det är svårt att ta över just de här ärendena, handläggare inom äldreomsorgen har inte samma kompetens som de inom socialpsykiatrien."*

*"Många upplever att det är svårt att identifiera behoven i den här gruppen, man har dålig kunskap och erfarenhet av den här gruppen."*



*”Det här var ju ingen grupp vi pratade speciellt mycket om under utbildningen det handlade mer om att möta personer med demensproblematik.”*

I undersökningen framkommer att alla de sex intervjuade boendestödjarna/hemstödjarna har erfarenhet eller utbildning för att arbeta med målgruppen psykiskt funktionshindrade. Flera av dem har till exempel lång erfarenhet av arbete med personer med psykisk ohälsa. Tre av de sex intervjuade har en grundutbildning som mentalskötare och två som undersköterskor. En har en annan utbildning men har gått kurser stadsdelsförvaltningen erbjuder. En av undersköterskorna har gått Stockholms stads två terminers internutbildning för boendestödjare. Några lyfter fram den internutbildning de fått via Stockholms stad som värdefull, och hoppas på ett steg 2 till den.

De boendestödjare/hemstödjare som intervjuats har alla talat om vikten av att få handledning i arbetet, något alla de 6 intervjuade har, en eller två gånger per månad av extern handledare.

Från en av företrädarna för psykiatrin inom landstinget sätts däremot ett frågetecken för hur det generellt förhåller sig med kunskapen hos den äldreomsorgspersonal som kommer i kontakt med äldre med psykisk funktionsnedsättning. När allt låg inom landstinget framhåller intervjupersonen att det fanns bra interna utbildningar som alla fick gå. Önskemål finns om att alla som arbetar med personer med psykiska funktionshinder ska ha relevant kompetens. Detta är även önskemål från flera inom stadsdelsförvaltningarna:

*”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.”*

*”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.”*

## 7 Framtiden

I avsnittet presenteras de framtidsplaner som finns inom äldreomsorgen samt vad Äldreförvaltningen kan bidra med för att underlätta stadsdelsförvaltningarnas arbete.

### 7.1 Planer inom äldreomsorgen

De framtidsplaner som finns inom äldreomsorgen rör samverkan inom den egna förvaltningen, insatsen boendestöd, ändrad organisation runt handläggningen, utbildning till hemtjänstpersonal samt i någon stadsdelsförvaltning fler profilboenden. Det finns som tidigare nämnts även behov av utbildning för biståndshandläggare (avsnitt 6.4).

Vid intervjuerna med äldreomsorgen framkommer att de allra flesta intervjupersoner är överens om att mycket kunskap om målgruppen finns inom den egna stadsdelsförvaltningen. Flera hänvisar till IoF och socialpsykiatri/social omsorg och menar att det inom det verksamhetsområdet finns mycket kunskap som är viktigt att överföra till handläggarna inom äldreomsorgen. Vidare uppger flera intervjupersoner att ett viktigt utvecklingsområde är att **öka samverkan** och hitta gemensamma arbetsätt och att bli bättre på att samlas kring ärenden och dra nytta av varandras kunskap och erfarenhet.

En fråga som är central i diskussionerna kring samarbete är frågan om **boendestöd** och huruvida insatsen ska kunna ges till personer över 65 år eller inte. Där man idag hantlar boendestöd för personer över 65 år betonas vikten av att arbeta för att behålla det upparbetade arbetsättet och det samarbete med IoF som finns. Av de intervjupersoner som uppger att boendestöd inte ges till personer över 65 år betonar några istället vikten av att se över hur man kan förbättra samarbetet med IoF och se över möjligheterna att ge boendestöd till personer över 65 år. Detta menar man kräver dock vilja och satsning från alla inblandade.

Flera av intervjupersonerna anser att det är intressant att se vidare på möjligheten att öka kompetensen och **vidareutbilda hemtjänstpersonal** som är specialiserade på målgruppen äldre med psykiska funktionshinder. Andra menar att det är intressant att se över möjligheterna att ställa krav på privata utförare att inrikta sig och skapa team som arbetar speciellt mot målgruppen.

*”Det är helt klart intressant att se vidare på frågan om utförarnas kompetens vad gäller inriktning mot målgruppen.”*

*”Vi har inga konkreta planer men det är helt klart intressant att se vidare på hemtjänst med specialkompetens inom psykiskt funktionshinder.”*

*”Vi kommer att fortsätta se över möjligheterna att upphandla hemtjänst med profilinriktning.”*

Det finns exempel i staden där man har infört eller planerar att införa en **ändrad organisation kring handläggning** av ärenden inom äldreomsorgen. I dessa fall är organisa-

tionen uppbyggd mot olika grupper äldre. På detta sätt kan man fånga handläggarnas speciella intressen och därmed också rikta utbildningsinsatserna för handläggarna bättre. På en av stadsdelsförvaltningarna där man planerar en ändrad organisation beskriver intervjupersonerna att det också finns planer på gemensam handledning där handläggare från både socialpsykiatri och äldreomsorgen träffas tillsammans. Fördelen som nämns är bland annat möjlighet att diskutera ärenden över enhetsgränserna och därmed utbyta kunskap och erfarenhet.

Det finns enstaka planer i staden på att starta **profilboende** för målgruppen men generellt anser flertalet intervjupersoner att osäkerheten kring behoven är för stor för att starta upp en inriktad boendeverksamhet. Med anledning av att stadsdelsförvaltningen bär kostnadsansvaret för tomma boendeplatser anses risken för stor att förvaltningen får oönskade utgifter. Flera intervjupersoner framhåller att det vore önskvärt att staden centralt tar ansvar för att starta upp profilboenden för målgruppen för att därigenom tillgodose stadens samlade behov. Några intervjupersoner beskriver:

*”Det är ju inte som att starta upp ett vanligt gruppboende som man fyller direkt, när en flyttar ut vet man att det står någon på tur, på ett profilboende kan det stå tomt en tid, det finns det ingen som har råd med.”*

*”Det är viktigt med specialboenden men man vågar inte satsa på ett eget, vi hade sju platser som vi hade kunnat använda till detta men ingen kan lova kunder och eftersom vi har kostnadsansvar så vågar vi inte satsa nu.”*

## 7.2 Förväntningar på Äldreförvaltningen

Vid flera fall har intervjupersonerna lyft svårigheten för biståndshandläggarna att hålla sig a jour med alla de skiftande ämnen och områden de kommer i kontakt med. När de intervjuade inom staden tillfrågas om vilken roll Äldreförvaltningens ska ha så påtalas behovet av utbildningstillfällen och omvärldsbevakning kring frågor som rör målgruppen. Bland annat uttrycker handläggarna följande behov:

*”Det är viktigt att Äldreförvaltningen samordnar kurstillfällen för handläggarna, många kurser på den privata marknaden är alldeles för dyra, det vore väldigt bra om Äldreförvaltningen kunde samordna utbildningsfrågorna, till exempel när det gäller hur man bättre kan identifiera personer i målgruppen.”*

*”Det vore jättebra om Äldreförvaltningen kunde ordna temadagar och nätverksmöten om äldre med psykiska funktionshinder, kraven har ökat på handläggarna och komplexiteten i ärendena har ökat. Det vore bra om Äldreförvaltningen kan möta det med kurser, stöd och information till handläggarna.”*

En annan fråga som berörs av flera intervjupersoner är att Äldreförvaltningen borde se över de riktlinjer som finns för att ge förutsättning för en mer homogen bedömning av ärenden som rör psykiskt funktionshindrade. Flera är medvetna om att det kan se olika ut på olika stadsdelsförvaltningar, något som anses vara mindre bra både för den enskil-

de och för biståndshandläggarna. Det finns önskemål om att Äldreförvaltningen samarbetar tillsammans med Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningen för att bestämma hur ärenden i målgruppen ska betraktas och bedömas i stadens riktlinjer. Några menar att en anledning till oklarheter vad som gäller på stadsdelsförvaltningarna är resultatet av en bristande samsyn på hur insatser ska kunna ges till den enskilde mellan Äldreförvaltningen och Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningen. En intervjuperson ger följande exempel:

*”Äldreförvaltningen borde tillsammans med Socialpsykiatrin inom Socialtjänstförvaltningen se över och bestämma vad som egentligen gäller kring exempelvis insatsen boendestöd.”*

## 8 Landstingets insatser

I avsnittet beskrivs kortfattat landstingets organisation för målgruppen psykiskt funktionshindrade, olika representanters synpunkter på målgruppens behov samt de kontakter äldreomsorgen har med landstinget och vice versa.

Husläkarverksamheten har det basala ansvaret för hälso- och sjukvården, vilket inbegriper ansvar för personer med psykisk ohälsa. För dem som har behov av specialiserade insatser finns vuxenpsykiatri, som under 2007 hade kontakt med cirka 2 000 personer som var 75 år och äldre, 1,6 % av alla 75 år och äldre i länet. Av husläkarverksamheternas patienter har dock förhållandevis få, cirka två procent av dem som är 75 år och äldre, en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos. Inom geriatriken har cirka 20 procent av dem som är 75 år och äldre en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos.

### 8.1 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.

Dessa kliniker har 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<sup>13</sup>. 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 drivs i landstingets egen regi, av Stockholms läns Sjukvårdsområde.

Av de sju klinikerna omfattar tre befolkningen i Stockholms stad:

- **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 (Norrmalm, 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

<sup>13</sup> Äldrepsykiatriska mottagningar i Spånga, Bromma och Traneberg; äldrepsykiatriskt team i Liljeholmen samt en psykiater med inriktning mot äldre i Farsta-Skarpnäcks socialpsykiatriska enhet.

patienter över 65 år i hela området. Kliniken har den enda slutenvårdsavdelningen i länet för äldre patienter (14 vårdplatser).

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

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 Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) i uppdrag att tillsammans med KSL<sup>14</sup> utarbeta en gemensam policy som grund för samarbetsformer och rutiner kring samverkan om psykiatrin.

### 8.1.1 Äldrepsykiatriska teamet

Teamet arbetar i södra Stockholm med en socialpsykiatrisk inriktning. De försöker förena medicinska, sociala och psykologiska perspektiv. Honnørsord 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.

Alla som kontaktar Psykiatrin Södra får en bedömning. 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 Psykiatrin Södra några dagar i veckan. Teamet praktiserar gemensamma vårdplaneringsmöten för en samordnad vårdplanering vilket visat sig vara en effektiv arbetsform.

Möjligheten att få snabb konsultation från teamet bedöms av de intervjuade i teamet som god. Det gäller såväl den äldre personen med psykisk ohälsa själv som för andra personer runt den äldre. Det finns möjlighet att ringa dygnet runt och konsultation brukar ordnas snabbt. Alla som är i kontakt eller tidigare varit i kontakt har ett antal telefonnummer de kan ringa.

### 8.1.2 Norra Stockholms psykiatri

I Norra Stockholms psykiatris upptagningsområde ingår stadsdelsområdena i innerstaden samt västerort. Inom upptagningsområdet finns flera olika verksamheter som riktar sig mot personer med psykiska sjukdomar. Det finns till exempel en speciell vårdkedja för psykoser och mobila team. Det finns möjlighet att göra hembesök tillsammans med kommunens personal.

<sup>14</sup> Kommunförbundet Stockholms län, en lokal avdelning avseende Stockholms län inom Sveriges Kommuner och Landsting.

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 psykoser.

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.

## 8.2 Övriga vårdgivare

### 8.2.1 Primärvården

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 hemsjukvården<sup>15</sup> konstateras att samarbetet med psykiatrin är varierande i länet. På vissa håll har man ett bra samarbete, och gör gemensamma hembesök. För andra husläkarverksamheter, även de som är verksamma i områden med många personer med psykiska funktionshinder, finns inget samarbete alls.

### 8.2.2 Geriatriken

Geriatrikens 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.

### 8.2.3 Den somatiska slutenvården

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.

---

<sup>15</sup> Lena Törnkvist, Sven Erik Wånell: Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga vårdbehov – hur kan vården förbättras? Stockholms läns landsting 2008

### 8.3 Landstingets bedömningar av situationen

I en fokusrapport<sup>16</sup> redovisas situationen i Stockholm år 2004 avseende äldrepsykiatrin. I rapporten konstateras att ”det delade huvudmannskapet, 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.

I en rapport från Hälso- och sjukvårdsnämnden<sup>17</sup> från 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 psykosjukdom, missbruk och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, personlighetsstörningar och komplexa vårdbehov. Rapportförfattarna bedömde det som angeläget att det finns anpassad heldygnsvård för äldre.

Vid ett internt seminarium som HSN-f anordnade i november 2008 konstaterades att depressionssjukdomar är underdiagnostiserade. Detta beror bl.a. på att patienterna söker primärvården för kroppsliga besvär eller sömnproblem och att den bakomliggande problematiken då inte uppmärksammas. Ängestsyndrom uppmärksammas inte heller tillräckligt i vården. Psykosjukdomar 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 och psykiatrin erbjuder för få slutenvårdsplatser för äldre.

Av de kontakter denna utredning har haft med företrädare för landstinget framkommer att situationen inte har förändrats sedan den beskrevs 2004. Önskvärt vore att förverkliga fokusrapportens förslag om subteam i varje psykiatriskt öppenvårdsteam, inriktade på de äldre. Som konstaterats försummas dessa patienter ofta 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 även några specialiserade enheter som också kan fungera som kunskapscentrum.

Hur psykiatrins konsultationsansvar till övrig verksamhet inom landstinget och kommunerna fungerar i praktiken beror i dagsläget i stor utsträckning på den person som sköter konsultationen.

I syfte att förbättra utbudet av psykiatrisk vård för denna målgrupp och stärka samverkan med kommunerna har HSN-f påbörjat ett arbete avseende insatserna för personer 75år eller äldre med psykisk funktionsnedsättning.

<sup>16</sup> Kerstin Sparring Björkstén: ”Äldrepsykiatri i SLL utom demenssjukdomar”, SLL 2005

<sup>17</sup> HSN-f:s rapport Framtida inriktning och struktur för den psykiatriska vården för vuxna 2007



## 8.4 Stadsdelsförvaltningarnas kontakt med hälso- och sjukvården

Vid intervjuerna med stadsdelsförvaltningarna framkommer att samarbetet upplevs fungera olika bra på olika stadsdelsförvaltningar och till stor del beroende på vem som tillfrågas (enhetschef, biståndshandläggare eller utförare). Några menar att det alltid funnits samverkansproblem mellan SLL och staden. Flera intervjupersoner framhåller också att relationerna i hög utsträckning är personbundna

### 8.4.1 Kontakt med primärvården

Genom intervjuerna med biståndshandläggarna framkommer en viss frustration när det gäller kontakten med primärvården. Ofta handlar det om att få den enskildes husläkare att göra hembesök för att utreda om personen har en psykiatrisk problematik som kräver insatser i form av exempelvis öppen psykiatrisk vård. Några handläggare beskriver:

*”Det är jättesvårt att få till hembesök, läkarna känns generellt väldigt ovilliga att ställa en diagnos och utan diagnos så blir det ingen hjälp från psykiatrin och det är hela tiden den enskilde som far illa.”*

*”Det är väldigt frustrerande när en läkare går hem till en pensionär som man vet är psykiskt sjuk och där läkaren säger att de här problemen går inte att lösa medicinskt...”*

*”Jag upplever att det är lättare att få med sig psykiatrin än vad det är att få med sig vårdcentralerna, jag vet inte om det beror på tidsbrist eller ointresse...?”*

Ett samarbete som flera intervjupersoner däremot är mycket positiva till är det med distriktssköterskan, två biståndshandläggare beskriver:

*”Det fungerar bra med distriktssköterskan, om vi inte kommer in till personen hjälps vi åt.”*

*”Jag tycker att det framförallt fungerar bra med distriktssköterskan, hon gör ju hembesök och det är oftast lättare att få tag på henne än husläkaren.”*

Det framkommer också önskemål från utförarhåll om att ha mer kontakt med behandlande läkare/distriktssköterska för att kunna ställa frågor som exempelvis rör den enskildes medicinering och eventuella biverkningar som kan påverka tillståndet. En utförare beskriver:

*”Det skulle vara mycket värdefullt för oss att få mer kunskap om medicinernas påverkan på allmäntillståndet, många gånger äter de flera olika mediciner och det skulle vara bra för oss att veta hur kombinationen av läkemedel påverkar. Då skulle vi kunna flagga upp mer om läget förbättras eller försämras.”*

### 8.4.2 Kontakt med psykiatri

I de fall de 11 intervjuade äldre med psykiskt funktionshinder kommenterat kontakterna med psykiatri så uttrycker de flesta 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.

Bilden från stadsdelsförvaltningarna är splittrad. En stadsdelsförvaltning beskriver hur psykiatri har visat intresse för en ökad samverkan mellan äldreomsorgen och den psykiatriska öppenvårdsmottagningen i området vilket ses som mycket positivt och efterlängtat. En annan stadsdelsförvaltning beskriver hur samarbetet redan är välfungerande och att det psykiatriska teamet i området erbjuder utbildning och handledning till såväl biståndshandläggare som utförare. Andra intervjupersoner har uppfattningen att samverkan fungerar okej men skulle kunna förbättras.

Ingen av de intervjuade boende-/hemstödjarna lyfter fram att de får stöd från landstingets vuxenpsykiatri, trots att alla utom en av de personer de är kontaktperson för har kontakt med både med öppenvårdsmottagning och i ett par fall med en psykosmottagning. Flera beskriver hur de kan känna sig ensamma med ansvaret för en person som mår psykiskt mycket dåligt och att det då kan vara svårt att få stöd av såväl biståndshandläggare och personer inom psykiatri.

*”Det skulle vara jätteskönt att veta vart man kan vända sig om en pensionär mår jättedåligt, det vet man inte idag, idag finns det ingen.”*

*”Jag har varit på psykakuten med en av mina pensionärer när det behövs och då har hänt att avdelningen varit full och hon blir hemskickad. När man sen kontaktar biståndshandläggaren så säger de att det inte finns något akutboende och nu har hon tvingats bo hemma i röran för att läkaren säger att det inte är psykiatrins problem utan att det är kommunens ansvar att hitta ett akutboende.”*

*”Förut fanns en samverkansgrupp mellan Landstinget och kommunen då kunde vi få delta och framföra synpunkter ”från golvet” men det finns inte längre. Det är väldigt svårt att veta vem som ansvarar för vad nu? Vem är det som ska kontakta vem?”*

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

## 9 Några slutsatser

De olika undersökningarna inom ramen för kartläggningen av psykiskt funktionshindrade inom äldreomsorgen har visat på att verksamheten kan förbättras i en rad avseenden. Några av de viktigaste slutsatserna följer här.

### *En osynlig grupp med individuella behov*

Äldre med psykiska funktionshinder är inte någon stor grupp bland äldreomsorgstagarna. Många biståndshandläggare hade i vår undersökning svårt att identifiera dem. Webbenkät och intervjuer vittnar om att stadsdelarna också har svårt att se vilka insatser dessa personer behöver – man verkar ofta erbjuda det som redan finns, anpassat för den ”vanlige” äldreomsorgstagaren. Man skulle kunna säga att äldre med långvariga psykiska funktionshinder i många fall är en osynlig grupp i stadens äldreomsorg.

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 från de äldre själva. 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.

### *65-årsgränsen ett organisatoriskt hinder*

Vid 65-årsdagen förs personer med psykiska funktionshinder i stadens organisation över från socialpsykiatri till äldreomsorgen. Ett resultat av det är att vissa insatser, som boendestöd, kan upphöra. Boendestöd ses i flera stadsdelar som en verksamhet inom socialpsykiatri och för personer yngre än 65 år. Det finns inte heller annat än i ett fåtal stadsdelar hemtjänstenheter eller dagverksamhet/träfflokaler specialiserade för denna grupp äldre. Det är lätt att hålla med flera av de intervjuade i att staden här utgått från organisation. Rimligare vore att se till individen och utgå från lagstiftningen som inte känner några åldersgränser.

### *Hemstödsteam ett utvecklingsområde för staden*

En svårighet som beskrivs när det gäller insatsen hemtjänst för äldre med psykiska funktionshinder är att personalen inom hemtjänsten inte alltid har redskapen för att kunna arbeta med den motivation och stöttning som anses som så viktigt. De specifika behov målgruppen ofta har kan vara svåra för hemtjänstpersonal att identifiera och därigenom också svåra att tillgodose.

Boendestöd är den insats som de flesta av de 11 intervjuade funktionshindrade 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.

Staden bör överväga hur samspelet mellan boendestöd och hemtjänst kan utformas. I avhandlingen *Relationer som arbete*<sup>18</sup> 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 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 på samma sätt som profilboenden. Därtill behövs ett bättre samarbete mellan staden och landstinget.

### *Skräddarsytt boende*

Cirka en tredjedel av de psykiskt funktionshindrade som bor i särskilda boendeformer bor på en boendeenhet i Stockholm med specialinriktning på personer med psykiska funktionshinder. Av webbenkäten och av intervjuerna med stadsdelsförvaltningarna framkommer att det finns ett behov av fler profilboenden. Några stadsdelar har haft planer på att starta ett antal boendeplatser för äldre med psykiska funktionshinder men farhågan att inte fylla platserna har gjort att planerna ändrats. En lösning kan vara att central förvaltning har någon form av kommunövergripande ansvar för profilboenden.

### *Behov av kunskap*

En förutsättning för att kunna erbjuda rätt insatser och kunna utföra insatserna på rätt sätt utifrån målgruppens behov är en god kunskap om äldrepsykiatri. Kunskap finns inom socialpsykiatri och i viss mån inom äldreomsorgen, till exempel där verksamheterna fått specialisera sig i särskilda hemstödsteam eller i profilboenden. I allt för få stadsdelar sker en kunskapsöverföring så att kunskapsnivån kan höjas både bland biståndshandläggare och utförare. Här finns dock goda exempel, som exempelvis i en av stadsdelarna som planerar att ha gemensam handledning där handläggare från både socialpsykiatri och äldreomsorgen träffas tillsammans.

Äldreförvaltningen har en roll som omvärldsbevakare kring frågor som rör målgruppen och att anordna utbildningar för såväl biståndshandläggare som utförare.

---

<sup>18</sup> Wanja Astvik, *Relationer som arbete*, akademisk avhandling Stockholms Universitet 2003

### *Samarbete*

Som konstaterats behöver samarbetet förstärkas inom stadsdelen mellan socialpsykiatri och äldreomsorg men också mellan staden och landstinget. Flertalet intervjuade i både staden och landstinget vittnar om att samarbetet med husläkarverksamheten och psykiatrien är alltför personbundet. Psykiatrien har ett ansvar att stödja övriga verksamheter inom landstinget och kommunerna, men lever ännu inte upp till det i hela länet.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har ett politiskt uppdrag att ha överläggningar med KSL om ett samverkansavtal "VUS" – vuxna med psykiska funktionshinder. Det finns lokala samverkansavtal mellan utförare att repliera på, men enligt Landstingets revisorer har dessa avtal en varierande betydelse i verkligheten. Det är därför angeläget att få tillstånd ett "VUS" som sedan kan översättas i konkreta samverkansavtal som reglerar de olika aktörernas (psykiatrien, primärvården, socialpsykiatrien, äldreomsorgen) ansvar och hur de ska samverka.

