

# Se tecken och ge rätt stöd

– vägledning för att uppmärksamma äldre  
med psykisk ohälsa inom socialtjänst och  
kommunal hälso- och sjukvård

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

# Förord

---

För att utveckla det psykiatriska stödet till äldre personer med psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram vägledning till berörda huvudmän, verksamheter och professioner (S2010/2666/ST, S2011/11229/VS). I dag återfinns äldre personer med psykisk ohälsa framför allt inom primärvården och äldreomsorgen, ofta utan tillgång till specialistpsykiatrins kompetens.

Denna vägledning har tagits fram inom ramen för regeringsuppdraget. Den vänder sig till personal inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården som möter äldre med psykisk ohälsa. Genom vägledningen vill Socialstyrelsen ge dessa grupper konkret stöd för upptäckt av psykisk ohälsa hos äldre personer och för utformningen av deras dagliga stöd.

Projektledare för arbetet med vägledningen har varit utredaren Niklas Bjurström. Utredarna Lena Strandberg, Maja Stenberg, Pär Alexandersson och sakkunnig Frida Nobel samt experten Ingvar Karlsson har medverkat i arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Susanna Wahlberg.

Lars-Erik Holm  
Generaldirektör



# Innehåll

---

<b><i>Sammanfattning</i></b>	<b>7</b>
<b><i>Behov av stärkt vård och omsorg för äldre med psykisk ohälsa</i></b>	<b>8</b>
Om denna vägledning	8
Psykisk ohälsa som begrepp i vägledningen	9
<b><i>Psykisk ohälsa hos äldre personer</i></b>	<b>10</b>
Förekomst	10
Många orsaker till psykisk ohälsa	10
Faktorer som påverkar den psykiska hälsan	11
Med psykisk ohälsa följer ofta fysisk sjukdom och dålig ekonomi	11
Samsjuklighet ger ökad risk för försämrad hälsa och överdödlighet	12
Vanligt med läkemedel istället för andra rekommenderade behandlingar	12
<b><i>God vård och omsorg</i></b>	<b>13</b>
Utvecklingsområden	13
Förutsättningar för god vård och omsorg	13
Samverkan och samordning	14
Uppföljning och utvärdering	14
Värdegrund för ett värdigt liv som äldre	15
<b><i>Tecken på psykisk ohälsa</i></b>	<b>17</b>
Sänkt grundstämning	17
Uppvarvad och överaktiv	18
Ångest	19
Oro	20
Hallucinationer	21
Vanföreställningar	21
Fobier och överdrivna känsloreaktioner	22
Trauman i livet kan ge symtom under ålderdomen	22
Akut förvirringstillstånd eller konfusion	23
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom	23
Missbruk hos äldre personer	24
Kognitiva funktionsnedsättningar	25
Mat, sömn och hygien	25
Själv mordstankar och självmordsplaner	26

<b><i>Stöd i boendet</i></b>	<b>28</b>
Hemtjänst	28
Boendestöd	28
Särskilt boende	29
<b><i>Stöd för rehabilitering och egenvård</i></b>	<b>31</b>
Daglig sysselsättning	31
Patientutbildning	31
Självhjälpsgrupper för sörjande	31
Förskrivning av kognitiva hjälpmedel	32
Förskrivning av fysisk aktivitet – enskilt eller i grupp	32
Förebyggande hembesök	32
Telefonnummer för stöd	33
<b><i>Stöd i vardagen</i></b>	<b>34</b>
Sociala aktiviteter	34
Äldrepsykiatriska team/stödteam	34
Kontaktperson	34
Fast vårdkontakt	35
Olika arbets- och förhållningssätt	35
<b><i>Ett professionellt bemötande</i></b>	<b>38</b>
Ett ojämnt maktförhållande	38
Anhöriga	38
Återhämtning	38
<b><i>Referenser</i></b>	<b>39</b>
<b><i>Bilaga 1. Experter och referensgrupp</i></b>	<b>43</b>
Experter	43
Referensgrupp	43

# Sammanfattning

---

Många äldre lider av psykisk ohälsa. Vid 75 års ålder beräknas 15–25 procent lida av psykisk ohälsa, men alla dessa har inte en psykiatrisk diagnos. I dag återfinns äldre personer med psykiatrisk problematik framför allt inom primärvården och äldreomsorgen, utan tillgång till specialist-psykiatriens kompetens.

En förutsättning för god vård och omsorg för äldre personer med psykisk ohälsa är att personal inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården har kompetens för att upptäcka tecken på psykisk ohälsa hos dessa personer och att ge dem rätt stöd i det dagliga livet. Många äldre personer träffar bara läkare inom primärvården någon enstaka gång per år och då under en ganska kort tid per tillfälle. Distriktssköterskor och personal inom hemtjänst och särskilt boende kan däremot dagligen ha kontakt med multisjuka äldre, och har därmed stora möjligheter att upptäcka om en äldre person har eller riskerar att få psykisk ohälsa.

Andra viktiga förutsättningar för en god vård och omsorg för äldre personer med psykisk ohälsa är ett systematiskt arbete för en evidensbaserad praktik, inklusive uppföljning och utvärdering. En värdegrund byggd på respekt för den enskilde brukaren och dennes upplevelser hör också till förutsättningarna för en god vård och omsorg, liksom samverkan mellan verksamheter och professioner utifrån en helhetssyn på den enskilda äldre personens situation och behov.

I denna vägledning ges exempel på tecken på psykisk ohälsa som kan signalera problem av varierande allvarlighetsgrad.

Många äldre personer behöver hjälp och stöd för att kompensera konsekvenserna av en psykisk ohälsa, och det behovet utgör ofta grunden för de insatser som en kommun erbjuder målgruppen. De vanligaste insatserna, utöver hemtjänst och särskilt boende, är ett boende i bostad med särskild service enligt LSS eller boendestöd i det ordinära boendet. Det är viktigt att dessa insatser utformas med insikt om att många som tar del av dem har psykisk ohälsa, så att deras behov och möjligheter inte förbises.

För att möta äldre personer som har eller riskerar psykisk ohälsa är det viktigt att inte bara ge insatser utan även ge möjlighet att stärka den egna förmågan att motverka psykisk ohälsa. Ett väl utvecklat relationsarbete i förhållande till äldre personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga är också en viktig del av en god vård och omsorg.

# Behov av stärkt vård och omsorg för äldre med psykisk ohälsa

---

För att utveckla det psykiatriska stödet till äldre personer med psykisk ohälsa ger Socialstyrelsen ut tre målgruppsanpassade vägledningar, som riktas till följande tre målgrupper:

- Verksamhetsansvariga inom socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården samt primärvården, med fokus på samverkan och samordning i arbetet med psykisk ohälsa hos äldre.
- Personal inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, med fokus på upptäckt av tecken på psykisk ohälsa bland äldre och ett gott dagligt stöd till dessa personer.
- Personal inom primärvården, med fokus på upptäckt av tecken på psykisk ohälsa hos äldre samt utredning och diagnostik.

Socialstyrelsen har uppmärksammat att kommunerna och landstingen inte alltid prioriterar äldre personer som lider av svår psykisk sjukdom, och att dessa personer inte alltid får den vård och omsorg som de har rätt till enligt lagstiftningen [2]. I dag återfinns äldre personer med psykisk ohälsa framför allt inom primärvården och äldreomsorgen, ofta utan tillgång till specialistpsykiatrins kompetens. Därmed ökar risken för att en psykisk sjukdom inte upptäcks eller behandlas, vilket kan skapa onödigt lidande [3]. En psykisk sjukdom ökar också behovet av vård och omsorg för äldre personer.

## Om denna vägledning

### Målgrupp och syfte

Målgrupp för denna vägledning är personal inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården, som möter äldre med psykisk ohälsa. Det gäller bland annat biståndsbedömare och undersköterskor.

Syftet är att dels ge en översikt över vanliga och viktiga tecken på psykisk ohälsa hos äldre personer, dels ge vägledning om hur dessa personers behov av dagligt stöd kan tillgodoses. Genom vägledningen vill Socialstyrelsen ge konkret stöd för arbetet med att upptäcka psykisk ohälsa hos äldre personer och för utformningen av deras dagliga stöd.

### Innehåll och avgränsningar

Vägledningen tar upp psykisk ohälsa efter 65 års ålder, dels hos personer som först då visar tecken på psykisk ohälsa, dels hos personer som sedan tidigare lider av psykisk ohälsa och som har levt en längre tid med psykiska funktionsnedsättningar. Den berör några viktiga områden som behöver beaktas i arbetet med personer med psykisk ohälsa. Förebyggande arbete samt olika sorters behandlingar tas upp endast i begränsad utsträckning.



## Arbetet med vägledningen

Arbetet med vägledningen har genomförts med stöd av externa experter inom området. Litteratursökningar har genomförts för att hitta forskningsstudier om vård- och omsorg av äldre med psykisk ohälsa. Det visade sig att det finns få vetenskapliga studier som rör målgruppen och som rör socialtjänstens ansvarsområde. Flertalet av de studier som identifierades rörde vård och omsorg på särskilda boenden och personer med psykisk ohälsa i samband med en demenssjukdom. Vägledningen bygger på den kunskap och samlade praktiska erfarenhet som framkommit genom litteraturstudier och referensgruppens erfarenheter.

Innehållet i vägledningen har behandlats av externa referensgrupper bestående av företrädare för brukar- och intresseorganisationer samt av enskilda experter.

Experter och sammansättningen av referensgrupper framgår av bilaga 1.

## Psykisk ohälsa som begrepp i vägledningen

Psykisk ohälsa är ett vitt begrepp. I den här vägledningen inkluderar det både psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning, när inte något annat begrepp passar bättre.

När begreppet psykisk funktionsnedsättning används i vägledningen avses i första hand väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden som funnits eller kan antas bestå under en längre tid [4]. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller övergående natur [5].

I delar av vägledningen inkluderar psykisk ohälsa även personer som riskerar att få en psykisk funktionsnedsättning.

# Psykisk ohälsa hos äldre personer

---

## Förekomst

Psykisk ohälsa är vanligt bland äldre personer. Förekomsten av oro, ångslan, ångest och sömnproblem hos äldre personer är hög jämfört med andra vuxna. Vid 75 års ålder beräknas 15–25 procent lida av psykisk ohälsa, men alla dessa har inte en psykiatrisk diagnos [6].

För enskilda diagnoser ser bilden ut så här:

- Depression är den vanligaste psykiska sjukdomen i hög ålder. Omkring 10–15 procent av alla som är 65 år och äldre beräknas lida av depression. I de högsta åldrarna ökar denna andel till det dubbla, likaså vid flera kroppsliga sjukdomar som kan drabba äldre personer [7, 8].
- Ångestsjukdomar drabbar 5–10 procent av de äldre och förekommer ofta tillsammans med depression [8].
- Psykossjukdomar debuterar ofta i unga år, men kan utgöra en bestående funktionsnedsättning under ålderdomen. Samtidigt kan också äldre personer insjukna i psykos för första gången i livet. Förekomsten av psykosjukdomar och psykotiska symtom har rapporterats vara upp till 3–4 procent bland personer som är 65 år och äldre [8].

Antalet äldre i samhället kommer att öka väsentligt och risken att utveckla ohälsa, både psykisk och fysisk, ökar med hög ålder. Statistiska Centralbyrån (SCB) uppskattar att antalet äldre år 2035 kommer att öka till 2,4 miljoner (23 procent av befolkningen) och av dessa kommer 0,8 miljoner att vara 80 år eller äldre [9]. Samhället kan alltså förvänta sig ett ökat behov av stöd och vård för äldre personer med psykisk ohälsa.

## Många orsaker till psykisk ohälsa

Det finns många orsaker till psykisk ohälsa bland äldre och problemet behöver därför beaktas ur flera perspektiv. En rad faktorer påverkar, som biologiska förändringar i hjärnan och kroppslig sjukdom. Även psykosociala faktorer som låg fysisk aktivitet, ensamhet, bristfällig kost, missbruk samt bieffekter av läkemedelsbehandling påverkar. Symtomen på psykisk ohälsa är ofta diffusa och kan också vara tecken på flera andra sjukdomar.

Pensioneringen innebär en ny livssituation och en ny roll att identifiera sig med. Åldrandet för med sig förluster av förmågor som syn, hörsel och rörelseförmåga samt ett försvagat socialt nätverk när anhöriga blivit sjuka eller gått bort. Sorgen över förluster kan, om den förblir obearbetad eller obehandlad, utvecklas till psykisk ohälsa [10,11].

Äldre personer är dock ingen homogen grupp utan behov, livsvillkor och önskemål skiljer sig mellan individer i kanske ännu högre grad än mellan yngre/vuxna personer. [6].

Eftersom det enligt 2 § HSL är den som har det största behovet av hälso- och sjukvård som ska ges företräde till vården så finns det ingen grund för att ge äldre sämre möjlighet att erhålla specialiserad psykiatrisk vård än yngre personer.

Samtidigt är det viktigt att lyfta de särskilda behov av vård och omsorg som den äldre personen kan ha. Man behöver titta på flera faktorer – biologiska, sociala och psykologiska – som kan ligga till grund för den psykiska ohälsan [8].

## Faktorer som påverkar den psykiska hälsan

Kön, etnicitet, socioekonomiska förhållande, utbildning, arbete, status och delaktighet påverkar en persons åldrande och hälsoutveckling. Kvinnor lever längre än män men har en högre grad av ohälsa. Kvinnor får oftare antidepressiva läkemedel än män medan fler män än kvinnor tar sitt liv [6, 12].

När det gäller utlandsfödda personer kan den psykiska hälsan påverkas av erfarenheter från krig och svåra upplevelser i samband med migrationen. Att ha lämnat sitt hemland kan ha inneburit en förlust av sociala relationer. Brisande tillgång till det egna språket ökar den sociala isoleringen, som är en riskfaktor för psykisk ohälsa [13]. Den sociala isoleringen kan också drabba de språkliga minoriteter – tornedalsfinska, romani, jiddisch, samiska och finska – som finns i Sverige. Även teckenspråkiga riskerar social isolering om de inte kan använda sitt språk i vardagen [14]. Även andra sociala och etniska minoriter kan drabbas av social isolering som kan leda till psykisk ohälsa.

Äldre personer som är homo-, bi- eller transsexuella är en grupp som inte är speciellt uppmärksammat i forskning och utbildning. Det finns äldre som har erfarenheter av en tid då det var förenat med straff eller sjukdomsstämpel att tillhöra någon av dessa grupper. Många har också erfarenheter av att anhöriga tagit avstånd från dem, vilket kan ha försvagat deras sociala nätverk. Det kan vara orsaken till att de aldrig haft en livspartner och levt mer socialt isolerade än andra grupper [15]. Trots en större öppenhet och medvetenhet om dessa grupper i dagens samhälle finns det äldre som vill dölja sin läggning och val av partner.

## Med psykisk ohälsa följer ofta fysisk sjukdom och dålig ekonomi

Äldre med psykisk sjukdom kan ha en eftersatt kroppslig hälsa. Det finns en ökad risk för fysisk sjukdom i gruppen på grund av behandling med vissa mediciner under lång tid. Rökning och/eller brister vad gäller kosthållning och motion, vilket kan vara en konsekvens av den psykiska ohälsan, ökar också risken för kroppslig sjukdom. Sjukvården har inte uppmärksammat den kroppsliga hälsan och livsstilen i gruppen i tillräcklig utsträckning, vilket lett till allvarliga konsekvenser för många med en långvarig psykisk sjukdom. Socialstyrelsen har i flera rapporter påvisat att dödligheten i sjukdomar som diabetes, stroke och cancer är mycket hög i gruppen med psykisk sjukdom [16–19].

En långvarig svår psykisk sjukdom har för många inneburit ett liv utanför den reguljära arbetsmarknaden. Det betyder att dessa personers ekonomiska situation har påverkats så att de har lägre pension och mindre sparande jämfört med den övriga befolkningen [8, 20].

## Samsjuklighet

Äldre personer med flera samtidiga sjukdomar har ökad risk för att drabbas av psykisk ohälsa. Äldre personer som lider av både kroppslig och psykisk ohälsa har ökad dödlighet. De drabbas också oftare av undvikbara sjukdomstillstånd än andra befolkningsgrupper. Dessa risker visar att det är viktigt att uppmärksamma både den psykiska och den kroppsliga hälsan hos den äldre personen. Det visar också att hälsoinformation och motiverande hälsoarbete kan vara värdefulla förebyggande insatser för äldre personer som är i riskzonen för psykisk ohälsa [21].

Demenssjukdomar kan initialt förväxlas med andra psykiska sjukdomar och psykisk ohälsa kan tolkas som begynnande demenssjukdom hos den äldre. Depressioner i samband med demenssjukdom är svårupptäckta och de båda sjukdomstillstånden kan på olika sätt dölja varandra. Demenssjukdomar kan också ge depression, psykos och beteendeförändringar. Detta skapar en komplex situation med komplexa behov och kan kräva komplexa lösningar [22, 23].

Eftersom äldre sällan får tillgång till specialistpsykiatrins kompetens finns en risk att sambandet mellan psykisk ohälsa och somatisk sjukdom inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning hos multisjuka äldre [24]. Det helhetstänkande som är en förutsättning för en adekvat behandling, fordrar att också psykisk sjukdom beaktas. I det aktuella kunskapsunderlag som finns, talar allt för att behandling av en depression också kan minska överdödligheten [23].

## Vanligt med läkemedel istället för andra rekommenderade behandlingar

Läkemedel används i stor omfattning för äldre patienter medan psykologisk behandling, som till exempel kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT), används i liten omfattning [25]. KBT och IPT är rekommenderade behandlingar enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid depression och ångest [23].

# God vård och omsorg

---

## Utvecklingsområden

Trots hög förekomst av psykisk ohälsa bland äldre personer visar studier av både hälso- och sjukvård och äldreomsorg att gruppen inte får den vård och omsorg som den har rätt till enligt lagstiftningen [24].

Socialstyrelsen har urskilt fyra centrala behov för att vården och omsorgen till äldre med psykisk ohälsa ska utvecklas i positiv riktning:

- ett utvecklat och strukturerat samarbete mellan huvudmännen och ett gemensamt ansvarstagande
- spridning av kunskap genom forskning, utbildning och praktiskt utövande av vård och omsorg
- en förstärkt kompetens bland personal inom specialistpsykiatri, primärvård och socialtjänst
- ett utvecklat och förbättrat utbud när det gäller boendeformer och stöd för äldre personer med psykisk ohälsa [8].

De av Socialstyrelsen utgivna nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom berör viktiga frågor om hur vården och omsorgen ska bemöta personer som lider av psykisk ohälsa. De delar som framför allt berör socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården anger att vården och omsorgen ska vara lättillgänglig, att verksamheten ska bedrivas med god kontinuitet och att personalen ska vara kompetent och arbeta utifrån en tydlig värdegrund [23].

## Förutsättningar för god vård och omsorg

För en god vård och omsorg om äldre personer med psykisk ohälsa behövs såväl utveckling på ledningsnivå som förbättrad kompetens om upptäckt, utredande och stöd i socialtjänstens, den kommunala hälso- och sjukvårdens samt primärvårdens dagliga möte med äldre.

Att bedriva ett systematiskt arbete för en evidensbaserad praktik samt ha ett väl fungerande ledningssystem är två viktiga förutsättningar för en god vård och omsorg om äldre med psykisk ohälsa. Evidensbaserad praktik innebär att den professionelle väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser. När det finns vetenskaplig kunskap om insatsers effekter behöver den kunskapen vägas in när man fattar beslut om lämplig insats. Men även om det finns vetenskapligt stöd för en viss insats är det inte självklart att den insatsen ska användas i det enskilda fallet. Kunskapen är ett stöd för beslut, den är inte ett direktiv om att man ska välja en viss insats eller behandling. Det behövs även annan kunskap än den man får av vetenskapliga studier för att hitta bästa möjliga vård eller insats vid kommunal verksamhet

till en viss person. Genom att systematiskt följa upp de personer man ger vård och omsorg till skapas beprövad erfarenhet och kunskap lokalt.

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

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

Ytterligare en förutsättning för god vård och omsorg är att personal inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården har kompetens för att upptäcka tecken på psykisk ohälsa hos äldre personer och kan ge dem stöd i det dagliga livet.

## Samverkan och samordning

En förutsättning för ett bra omhändertagande av äldre personer med psykisk ohälsa är att huvudmännen samverkar, eftersom det behövs insatser från både primärvård och äldreomsorg och eventuellt också från specialistpsykiatri och socialpsykiatri. Som stöd för en tydlig arbetsfördelning mellan huvudmännen kan samverkansavtal skrivas.

Många äldre personer träffar läkare inom primärvården endast någon enstaka gång per år och då under en ganska kort stund per tillfälle. Distriktsköterskor och personal inom hemtjänst och särskilt boende kan däremot ha daglig kontakt med multisjuka äldre och har därför större möjligheter att upptäcka om en äldre person har eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa. Det är angeläget att det finns kompetens hos både primärvården och socialtjänsten för att upptäcka psykisk ohälsa hos äldre och föreslå lämpliga insatser, alternativt konsultera andra verksamheter om nödvändig kompetens saknas i den egna verksamheten.

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i både hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL (3 f §) och socialtjänstlagen (2001:453) SoL (2 kap. 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en samordnad individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att den enskildes samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst kan tillgodoses [27].

Läs mer om samverkan och samordning i Socialstyrelsens vägledning om arbetet med äldres psykiska hälsa till verksamhetsansvariga inom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst.

## Uppföljning och utvärdering

Genom att regelbundet följa upp och utvärdera behandlingar kan hälso- och sjukvården få ett underlag för bedömning av om den enskilda personens behandling verkar fungera bra eller om den behöver förändras eller kompletteras. Kanske behöver även diagnosen omprövas. Detta ger bättre förut-

sättningar för att rätt åtgärder sätts in vid rätt tillfälle och att såväl över- som underbehandling undviks.

Det är alltid den beslutande nämnden som har ansvaret för att den enskilde verkligen får det bistånd som har beviljats, oavsett vem som verkställer det beslutade biståndet. Med detta ansvar följer självklart en skyldighet att dokumentera att beslutet har verkställts samt att följa upp det beviljade biståndet. Detta framgår bland annat av proposition 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre s. 118.

Biståndshandläggarna ska alltså göra uppföljningar. Det gäller även insatser till följd av psykisk ohälsa.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilt boende, SOSFS 2012:12, 3 kap 5 §, ska socialnämnden regelbundet följa upp besluten om hemtjänstinsatser till personer med demenssjukdom som bor på särskilt boende [28]. Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter om bemanning kommer att börja gälla från och med 1 januari 2015.

Som framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) är dessutom uppföljning och utvärdering en viktig del av ett systematiskt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsen har under 2013 påbörjat en utbildningsserie kring att både stärka biståndshandläggarnas yrkesroll och strukturera de äldres behov av insatser och eventuellt bistånd. Utbildningsmaterialet bygger på Socialstyrelsens skrift *Äldres behov i centrum – vägledning för behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF* [29]. Utgångspunkten i modellen är att äldre personer ska få hjälp och stöd utifrån sina individuella behov, inte utifrån utbudet av existerande insatser. Modellen utgår från den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

## Värdegrund för ett värdigt liv som äldre

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

Socialstyrelsen har publicerat allmänna råd (SOSFS 2012:3) om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre [31]. Enligt dessa bör den nämnd som ansvarar för äldreomsorgen bland annat se till att

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

I arbetet med värdegrunden är det även viktigt att belysa frågor ur den enskilde brukarens perspektiv. Det kan till exempel gälla upplevelser av att

vara maktlös, känna otrygghet och mötas av negativa attityder gentemot personer med psykisk ohälsa. Hur arbetar vi för att bemöta dessa upplevelser? Äldreomsorgen ställs regelbundet inför en rad etiska konflikter att reflektera kring. Kanske kan en del av tiden vid arbetsplatsträffar användas för det, gärna med stöd av en handledare.

Socialstyrelsen har publicerat ett vägledningsmaterial som är tänkt som stöd för arbetet med den nationella värdegrunden [31]. Det är även viktigt att ansvarig nämnd är medveten om de svåra etiska konflikter personalen ofta ställs inför och kan ge vägledning i hur de ska agera samt ge anvisningar om var de kan få stöd och handledning kring värdegrundsfrågor.

I Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre och Socialstyrelsens Meddelandeblad 3/2012 finns mer att läsa om socialtjänstlagens värdegrundsparagraf [31, 32].



# Tecken på psykisk ohälsa

---

Psykisk ohälsa kan debutera i samband med åldrandet, men kan också ha debuterat tidigare och inneburit en långvarig funktionsnedsättning. I båda fallen är det angeläget att de som arbetar med vård och omsorg för äldre tidigt kan upptäcka tecken på psykisk ohälsa så att den enskilda personen får stöd och vård utifrån sina behov.

Det är viktigt att till exempel de vårdbiträden eller undersköterskor som träffar och känner den äldre personen är uppmärksamma på tecken på psykisk ohälsa och dokumenterar förändringar som de iakttar. Vid tecken på psykisk ohälsa vänder sig personalen vanligtvis till närmaste chef eller ansvarig sjuksköterska som rapporterar vidare till läkare inom primärvården eller psykiatri [33].

I detta kapitel ges exempel på tecken på psykisk ohälsa av varierande allvarlighetsgrad. Arbetssätt som livsberättelse och krisplan kan öka möjligheterna att upptäcka förändringar som kan vara tecken på psykisk ohälsa. Dessa arbetssätt beskrivs nedan i kapitlet Stöd i vardagen.

## Sänkt grundstämning

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

Många äldre med nedstämdhet söker inte hjälp hos sjukvården eftersom både den äldre personen själv och omgivningen ofta tror att nedstämdheten är en naturlig följd av att bli äldre.

Ökad oro, hopplöshetskänsla, sömnlöshet, aptitlöshet och viktnedgång är vanliga tecken på nedstämdhet [34]. Symtomen kan komma smygande och äldre beskriver ofta kroppsliga besvär som exempelvis värk och trötthet och att de inte har lust och ork till de vanliga göromålen och intressena. Andra berättar om sämre koncentrationsförmåga och minne eller minskat självförtroende och känslor av skam och skuld. Många är pessimistiska inför framtiden och upplever livet så glädjelöst och tungt att de har självmordstankar.

## Bemötande vid sänkt grundstämning

Det är av stor betydelse att personalen lär sig uppmärksamma tecken på nedstämdhet hos den äldre. Nedstämdheten kan vara en depression. Tillståndet rapporteras vidare enligt de rutiner som finns inom hemtjänst eller på boendet så att behandlingsinsatser kan sättas in så snart som möjligt.

Större förändringar i grundstämningen samt de åtgärder som vidtas ska dokumenteras.

Personalen kan behöva föra svåra samtal med den äldre om hur han eller hon mår och om hans eller hennes eventuella självmordstankar. För det krävs kunskap, mod och ork, och personalen kan behöva handledning eller annat stöd för att klara uppgiften.

En person som är deprimerad har svårt att orka med och komma igång med vardagliga saker. Personalen är då ett värdefullt stöd för att inge hopp och trygghet. En grund i mötet med den äldre är att utgå från dennes somatiska sjukdom, psykiska ohälsa och sociala förändringar. Ett stöd för personalen kan vara de kunskaper som inhämtats om den äldre personen, via samtal, livsberättelser, anhöriga eller någon i personalgruppen.

Betydelsefullt kan till exempel vara:

- att känna till vilka intressen, sociala kontakter och viktiga personer som finns i den äldre personens närhet
- att ta reda på vilka fysiska eller sociala aktiviteter som kan passa den äldre personen
- att skapa en trygg situation för den äldre personen
- att påverka miljön/atmosfären i lägenheten/rummet utifrån den äldre personens behov [35, 36].

Personalen kan också undersöka vad som kan göras i miljön för att påverka möjligheterna till avslappning och sömn utifrån den äldre personens behov [34, 39, 41].

Ytterligare något som personalen kan göra är att fundera över om de kan påverka den äldres depression, till exempel genom att till en del ändra sitt arbetssätt. De kanske kan förbättra kontinuiteten, minska byten av tider, ordna så att de vårdbiträden som har bäst kontakt med den äldre går till honom eller henne. Att utse en kontaktperson med uttalat ansvar för den äldre kan vara ett bra sätt att skapa trygghet och kontinuitet i vården. Det är också viktigt att uppmärksamma förändringar hos den äldre personen. Ofta kan en äldre person med en depression plågas av oro eller osäkerhet på grund av att han eller hon inte vet vilka som kommer och vilken tid de kommer [37].

## Uppvarvad och överaktiv

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

Ett kraftigt förhöjt stämningsläge, storslagna idéer och en överaktivitet som är svår för omvärlden att följa med i kan vara tecken på att en person börjar bli manisk. Andra tecken är att personen får svårt att hålla tråden i samtal, har svårt att göra klart påbörjade sysslor samtidigt som han eller hon verkar

vara fullt sysselsatt. Omdömet kan börja svikta, vilket kan leda till att personen fattar viktiga beslut som får negativa konsekvenser. Anhöriga eller personal kan också märka att det brister i personens självinsikt om att tillståndet inte är det normala för personen ifråga. Det kan också finnas inslag av irritabilitet, aggressivitet och förvirring. Personen sover för lite, slarvar med mat, kläder och hygien. Detta innebär en stor risk för sociala och ekonomiska konsekvenser samt för fysisk utmattning. För äldre med hjärt- och kärlsjukdom kan tillståndet vara allvarligt, till och med livshotande [23].

### Bemötande när den äldre är uppvarvad och överaktiv

Det är bra om personalen har kompetens att ställa relevanta frågor och agera när de ser tidiga tecken på att den äldre personen är uppvarvad och överaktiv. Personalen kan även rapportera tillståndet till sin chef eller den person som enligt rutinen ska kontaktas.

Bipolär sjukdom är en sjukdom som i många fall är livslång. Den kan också debutera i hög ålder. Anhöriga och nätverket kring den äldre personen är betydelsefulla för att ge personalen kunskap om personens förutsättningar, sårbarhet och behov. Men nätverket är även en viktig tillgång för att ge den äldre ett gott stöd och en god omvårdnad. Den äldre kan ha erfarenheter från institutionsvård med skrämmande behandlingar och inskränkningar i den personliga integriteten [8]. För att skapa trygghet i relationen behövs tålmod och långsiktigt förtroendeskapande arbete hos personalen. Det är betydelsefullt att personalen finns tillhands för att lugna och stötta när den maniska fasen är över och den äldre personen kanske är plågad av skuld- och skamkänslor. Det kan vara viktigt att informera biståndsbedömare om den äldres situation eftersom beslut om insats(er) kan behöva ändras under sjukdomens olika faser.

En krisplan kan underlätta för att på ett tidigt stadium kunna se tecken på psykisk ohälsa [36].

## Ångest

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

Ångest kan uttrycka sig på olika sätt och har flera likheter med rädsla. Båda känslorna är reaktioner på ett upplevt hot som gör oss beredda att fly eller slåss. Ångest som sjukdom kännetecknas av att det inte finns något reellt yttre hot men ändå känns det så för den som drabbas och kroppen reagerar som om det faktiskt föreligger ett hot. Om ångesten kommer till uttryck i form av en panikattack som i beskrivningen ovan, kan det vara svårt att förstå att det ”enbart” handlar om ångest. Den kraftiga hjärtklappningen gör det lätt att tro att det är fråga om en hjärtinfarkt, vilket kan leda till att panik-känslorna förstärks.

## Bemötande vid ångest

I det här exemplet kan personalen hjälpa den äldre personen att andas kontrollerat och lugnt. En person som har en panikattack bör inte lämnas ensam under tiden som attacken pågår. Personal behöver finnas i personens närhet och försöka lugna och förmedla trygghet. Personen bör därefter få en kroppslig undersökning snarast möjligt för att somatiska sjukdomstillstånd ska kunna uteslutas [8, 23, 38]. Det sägs att ångest kan vara ”smittsam” eftersom det är lätt att dras med i det uppjagade tillståndet, och det är därför extra viktigt att personalen försöker behålla lugnet. När ångestattacken är över och situationen är lugnare kan det vara lämpligt att prata med den äldre om vad ångest är, varför den kan uppstå, att den inte är farlig samt att den kan komma tillbaka men att det är möjligt att både bemöta och behandla den. Man kan till exempel lära personen att försöka avvärja panikattackerna genom att fokusera på andningen och tänka på ett visst föremål när panik-känslorna är på väg [39].

## Oro

*Michael oroar sig för om hemtjänsten verkligen ska komma och när den ska komma. Han ringer flera gånger varje dag för att försäkra sig om att det man kommit överens om faktiskt gäller. Michael säger ofta att han kanske vill gå med till affären, men när hemtjänstpersonalen ska gå och handla och han får frågan om han ska gå med, svarar han oftast ”kanske senare”. Han brukar därefter ångra sig men då har hemtjänsten redan handlat.*

Personer med en så kallad generaliserad ångest, som i exemplet med Michael, kan vara oroliga för både det ena och det andra, till exempel den egna hälsan, anhörigas hälsa eller ekonomin. Oron kan ta sig uttryck i att personen har mycket svårt att bestämma sig även inför små beslut. Om tillståndet håller i sig kan det ge nedsatt livskvalitet och i förlängningen en funktionsnedsättning. Ångesten kan också ge kroppsliga obehag som svettningar, darrningar, huvudvärk, hjärklappning, mag-tarmbesvär och störd nattsömn [23, 39].

## Bemötande vid oro

Ambitionen bör vara att försöka förebygga ångest och att lindra. Att delta i sociala aktiviteter kan lindra och förebygga ångest. I några kommuner har man börjat med möten för äldre med detta syfte på kommunens träffpunkter. För den äldre personen är det värdefullt att få prata om sin ångest med någon som kan ge trygghet. Nyckeln till ett bra bemötande är att vara lyhörd för den enskilde personens situation och behov. En person behöver fysisk aktivitet medan en annan har behov av att vara i avskildhet, lyssna på musik eller få massage. Det finns hjälpmedel för äldre personer med ångest och dessa beskrivs nedan i kapitlet Stöd i vardagen [8, 23, 38].

Följande kan också vara bra att tänka på vid bemötande av äldre personer med oro:

- Den äldre personen behöver känna lugn och trygghet och få hjälp med förutsägbarhet och struktur, exempelvis genom att delta i planering av insatser för att veta vilken personal som kommer och när den kommer.
- Den äldre personen med ångest kan ha hjälp av att lära sig andningstekniker och/eller avslappningstekniker.
- Den äldre personen kan behöva stöd för att komma igång med sociala och/eller fysiska aktiviteter.
- Personalen kan med fördel göra en krisplan i förebyggande syfte med information om vilka tecken som förekommer i ett tidigt skede av personens försämrade psykiska hälsa, vad den äldre personen själv anser brukar lindra samt namn på viktiga personer i den äldre personens närhet.

## Hallucinationer

*Lennart bor i egen lägenhet på nionde våningen. Han har hjälp från hemtjänsten med att få maten levererad och medicinerna utdelade. En dag ringer han till sin kontaktperson inom hemtjänsten och berättar att han har fullt med råttor på balkongen. Han är skräckslagen och vill att hemtjänsten omedelbart kommer och tar bort råttorna eller hjälper honom att ringa någon annan som kan ta bort dem. Eftersom Lennart bor på nionde våningen misstänker personalen att det inte står rätt till med Lennart.*

Hallucinationer kan ha många orsaker, exempelvis psykisk sjukdom eller kroppslig sjukdom som till exempel infektioner, social isolering eller reaktion på läkemedel. Upplevelserna kan vara skrämmande men ibland också trevliga.

### Bemötande vid hallucinationer

En äldre person med hallucinationer bör läkarundersökas för att ta reda på om det finns somatiska orsaker till förvirringstillståndet eller om det är en psykisk sjukdom. Det är viktigt att personen känner sig tagen på allvar och att personalen förmedlar lugn och trygghet. Det är inte meningsfullt att argumentera om vad som är sant och inte. Om hallucinationerna beror på en psykiatrisk sjukdom kan det hjälpa personen att sysselsätta sig med något annat, exempelvis lyssna på musik [38].

Hallucinationer förekommer också vid demenssjukdom. I sådana fall kan det vara svårt att resonera med personen. Personalen bör istället försöka lugna och inge trygghet [35, 40].

## Vanföreställningar

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

Vanföreställningar innebär att den äldre personen tolkar in budskap i vardagliga händelser och ser andra budskap än avsedda i tillvaron och i kommunikationen med andra. Det kan väcka starka känslor som till exempel vanmakt, rädsla och panik. Vanföreställningar kan ha flera bakomliggande orsaker, som psykos eller demenssjukdom, men kan även drabba personer med syn- eller hörselnedsättning, ofta kombinerat med social isolering.

### Bemötande vid vanföreställningar

Precis som vid hallucinationer är det inte meningsfullt att argumentera om vad som är rätt eller fel. Personen bör läkarundersökas för att ta reda på om det finns somatiska orsaker till vanföreställningarna eller om det är en psykisk sjukdom. Det är dock viktigt att ta den äldre personen på allvar, vara lyhörd och försöka inge lugn och trygghet. I vissa fall kan tillståndet innebära att personen inte vågar lämna hemmet eller ta emot besök, vilket i förlängningen påverkar livskvaliteten. Fysiska och sociala aktiviteter kan verka förebyggande [35, 40].

### Fobier och överdrivna känsloreaktioner

Oro vid specifika situationer och vid specifika platser, så kallad fobi, kan innebära funktionshinder i vardagen. En fobi kan ofta tränas och behandlas bort och det är därför angeläget att dokumentera och rapportera personens besvär till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att han eller hon ska få hjälp så snart som möjligt [35].

Personer med demens kan få plötsliga och överdrivna känsloreaktioner som kan vara utlösta av exempelvis mediciner, infektioner, urinstämning, förstoppning och smärta, och därför bör en medicinsk undersökning göras. Men känsloreaktionerna kan även bero på personalens bemötande eller på att miljön är stökig och orolig. Personalens uppgift blir att försöka ta reda på vad som kan ha utlöst den starka reaktionen och att skapa en lugn och rofylld miljö där den äldre personen kan känna sig trygg [35, 41].

### Trauman i livet kan ge symptom under ålderdomen

Åldrandet är en tid i livet som ger utrymme för reflektion över hur ens liv varit. En del äldre personer har varit med om svåra traumatiska upplevelser. I gruppen sverigefinska personer, som är den största gruppen äldre med annat ursprung, finns personer som upplevt andra världskriget som barn eller vuxna. Många kom till Sverige som krigsbarn och har minnen av svåra och långa separationer. En annan grupp med traumatiska minnen är de överlevande från koncentrationsläger. Många av dessa har inte haft möjlighet att bearbeta sina upplevelser tidigare i livet. De nertryckta minnena kan komma upp under ålderdomen i form av återupplevanden, mardrömmar och ångest. Det kallas posttraumatiskt stressyndrom. Ytterligare en grupp med traumatiska händelser bakom sig är migranter från krigsdrabbade länder. Deras trauman behöver inte vara relaterade till krigshändelser utan kan också vara upplevelser av andra svåra händelser som sexuella övergrep och obearbe-

tade kriser och förluster. Det är inte ovanligt att människor som upplevt trauman tidigare i livet, utan att då visa några symtom, istället visar kraftfulla symtom i samband med åldrandet [22].

I den akuta situationen behöver personalen försöka inge lugn och trygghet. Att diskutera traumat är olämpligt eftersom det kan skapa mycket svår ångest. Det är värdefullt om personalen tar del av den personens livsberättelse för att få en ökad förståelse för honom eller henne och kunna ge bättre bemötande och hjälp [22, 36, 42].

## Akut förvirringstillstånd eller konfusion

Konfusion eller akut förvirringstillstånd är ett tillstånd som leder till att mentala funktioner inte fungerar normalt. Orsakerna till konfusion är möjliga att behandla, och tillståndet kan oftast gå tillbaka. Det kan drabba vem som helst, men risken ökar med stigande ålder eftersom gränsen för vad som utlöser konfusionen, den så kallade konfusionströskeln, blir lägre. Åldrandet, hjärnskada, läkemedel, kroppslig sjukdom och yttre psykologiska faktorer påverkar. Ofta samverkar olika faktorer, vilket innebär att en ganska liten förändring kan vara utlösande [43].

Studier [43] har visat på vikten av att all personal som arbetar nära den äldre har kunskap om hur man vårdar personer med konfusion. En viktig faktor för att minska lidande och komplikationer i samband med konfusion är ”att den drabbade känner sig trygg och att det är tillåtet att visa sina känslor. Ett mänskligt möte där lidandet får ord och form underlättar denna process” [43]. Detta kan även minska vårdens och omsorgens kostnader genom att allvarliga skador kan förhindras [41, 44].

### Bemötande vid förvirringstillstånd

En person med konfusion har svårt att tolka och förstå vad som händer i omgivningen och behöver hjälp med att tolka intrycken. Stress förvärrar tillståndet medan lugn och trygghet är läkande faktorer.

Efter en attack av konfusion känner sig den äldre personen ofta ensam med sina märkliga upplevelser och personalen behöver därför ta sig tid att lyssna och försöka förstå. Personen kan behöva stöd i att bearbeta sina många gånger svåra och skrämmande upplevelser. Det är därför viktigt att personalen är lyhörd och försöker inge lugn och trygghet.

## Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

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

## Bemötande vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Vid vandringsbeteende kan det vara lämpligt att förebygga fallskador genom att den äldre personen till exempel har funktionella skor och att det finns gott om möjligheter att sätta sig ner och vila. Det är också viktigt att personen äter extra kaloririk mat, dricker för att inte få vätskebrist och får hjälp att gå på toaletten. Man kan ibland försöka sysselsätta personen som vandrar med någon uppgift som ger ett avbrott i vandrandet. När det gäller ropbeteendet är det viktigt att utesluta kroppsliga orsaker. Att sitta med den äldre personen, ha kroppskontakt, hålla i handen eller ge taktill massage är olika sätt att försöka minska lidandet. Studier har visat att massage tillsammans med klassisk eller lugn musik kan ha en lugnande effekt [45]. Ibland kan dessa åtgärder kombineras med farmakologisk behandling [46].

När det gäller bemötande vid demenssjukdom och BPSD-symtom finns information och litteraturhänvisningar på exempelvis det nationella BPSD-registrets webbsida ([www.bpsd.se](http://www.bpsd.se)). Där kan man läsa om symtom, bemötande och behandling av BPSD. Information finns även i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom [22].

## Missbruk hos äldre personer

Missbruksproblem hos äldre handlar oftast om alkohol, men också tablettmissbruk förekommer. Eftersom bruk av alkohol är lagligt och ingår i ett socialt accepterat beteende kan det vara svårt för personalen att veta när man ska ingripa.

Vissa äldre personer har ett dolt missbruk och/eller håller på att utveckla ett missbruk. Detta kan vara svårt att upptäcka och det finns inga utarbetade strategier för hur hemtjänsten ska agera. När det gäller alkohol och missbruk kan det vara svårt att avgöra var gränsen går mellan individens rätt till självbestämmande och personalens skyldighet att ingripa.

Socialstyrelsens etiska råd skriver att de äldres självbestämmande ska gälla inom äldreomsorgen och alkohol ska inhandlas på samma sätt som andra varor. Däremot ska hemtjänsten inte medverka till att upprätthålla ett missbruk. I den konkreta situationen kan det vara mer komplicerat att bedöma om hemtjänsten medverkar till att upprätthålla ett missbruk eller inte, vilket framkommer i de få studier som gjorts inom området. Någon enkel lösning på problemet finns inte [46]. Hur en biståndshandläggare, undersköterska eller sjuksköterska bör agera om en äldre person missbrukar eller riskerar att missbruka alkohol är något den som bedriver verksamheten kan beakta i samband med upprättande av ledningssystemet. Mer information om etiska frågeställningar finns på Socialstyrelsens etiska råds webbsida ([www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/organisation/socialstyrelsensstodfunktioner/etiskaradet](http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/organisation/socialstyrelsensstodfunktioner/etiskaradet)).

## Bemötande vid missbruk hos äldre personer

Personalen kan vända sig till arbetsledaren som informerar biståndsbedömaren om den äldres missbruk. Det är viktigt att arbetsledaren stödjer persona-



len och ser till att det ges möjlighet till reflektion och samtal, och även handledning [47].

## Kognitiva funktionsnedsättningar

Kognitionen omfattar hur vi tänker, förstår, lagrar information, är uppmärksamma, lär oss nya saker och planerar. Många sjukdomstillstånd kan påverka kognitionen, till exempel demenssjukdom, långvariga psykoser, depression, hjärtsvikt och stroke. Under och efter psykisk sjukdom och långvarig psykisk ohälsa kan personen få svårigheter att

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

En stor grupp äldre med kognitiv svikt har svårt att uttrycka sina känslor och behov. Här kan vårdpersonal och/eller anhöriga vara en viktig informationskälla i samband med till exempel vårdplaneringar, läkarbesök och i möte med biståndshandläggare. De känner de äldre och kan vara de första som upptäcker beteendeförändringar i vardagen. För äldre med kognitiva funktionshinder kan det vara betydelsefullt att ha en fast vårdkontakt eller en särskild kontaktperson för att upprätthålla kontinuiteten i vården och omsorgen. (Se vidare i kapitlet Stöd i vardagen.)

## Mat, sömn och hygien

Vid psykisk ohälsa kan aptiten förändras och leda till att vikten antingen ökar eller minskar. Även vissa läkemedel som används vid psykisk ohälsa kan påverka aptiten [6, 23, 34].

Att sova för mycket, sova för litet, ha svårt att somna, sova oroligt, vakna flera gånger under natten och vakna för tidigt är vanligt vid psykisk ohälsa. Äldre behöver i regel mindre sömn än yngre och många personer med sömnproblem tvingas ligga i sängen mycket längre tid än den tid de behöver sova. Detta kan kännas stressande och kan påverka sömnen negativt genom att man småslumrar korta tider under dagen, vilket gör det svårt att somna senare på kvällen. Om man inte sover tillräckligt och med bra sömnkvalitet kan det orsaka trötthet, irritabilitet och koncentrationssvårigheter. Det kan även ge humörsvängningar och minskad koncentrations- och prestationsförmåga. Problem som oro, ångslan och sömnsvårigheter ökar risken att drabbas av allvarigare psykiska problem eller fysiska sjukdomar som exempelvis diabetes. Läs mer om detta på Kunskapsguiden (<http://www.kunskapsguiden.se/aldre/halsoproblem/somnsvarigheter/Sidor/default.aspx>).

Vid kognitiva funktionshinder, exempelvis vid depression eller psykosjukdom, kan personen tappa intresse för sitt utseende, börja missköta hygi-

enen och hemmet, förlora ork och motivation. Funktionsnedsättningen kan innebära att personen inte tar väl hand om sig själv och till följd av det får en försämrad hälsa. Ibland kan problemet vara att planera för och komma igång med de dagliga sysslorna medan det går bättre att sedan utföra dem [23, 46].

Näringsfattig kost, sömnrubbingar, stillasittande, rökning och alkohol är exempel på faktorer som kan leda till både försämrad kroppslig och psykisk hälsa. Det kan också innebära att personen inte själv har de resurser som krävs för att förbättra och utveckla sin situation.

## Bemötande vid problem med mat, sömn och hygien

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

En del personer vill äta ensamma, andra vill helst befinna sig i en social situation där de äter samtidigt som de umgås med andra. Den enskilde kan också behöva till följd av sjukdomar och funktionsnedsättningar, som att behöva äta på rummet vid sviter efter stroke som gör det svårt att svälja. Det är viktigt att personalen uppmärksammar och ger stöd och kanske tillfrågar arbetsterapeut om hjälpmedel för att utreda om den äldre personen kan ha möjlighet att äta i gemenskap med andra.

Personalen kan också se över förhållanden kring maten: Är maten vällagad, smakrik och upplagd på ett fördelaktigt sätt? Är miljön lugn, utan störningsmoment som diskmaskinsljud eller telefonsamtal? Ibland kanske maten kan lagas i hemmet, med matdoften som aptithöjare. Det är även bra att försöka engagera den äldre personen och göra det möjligt för denne att välja mellan olika maträtter. För äldre som lider av undernäring kan det även vara en fördel att personalen, med stöd av en dietist, provar att göra välsmakande näringsdrycker till den äldre med en matberedare. Läs gärna Socialstyrelsens artikelsamling *Mat för äldre för mer tips*. (<http://www.socialstyrelsen.se/aldre/boendeochstod/mat>)

Om den äldre har sömnproblem kan det vara viktigt att undersöka tänkbara orsaker. Kanske är personen orolig för något, behöver gå på toaletten flera gånger per natt vilket stör sömnen, eller är hungrig. Personalen kan hjälpa den äldre att föra sömndagbok för att komma underfund med vad som kan störa sömnen. Personalen kan också fråga hur den äldre personens sömnvanor varit tidigare och om möjligt hjälpa honom eller henne att behålla sina vanor. Sömnkvaliteten kan påverkas i positiv riktning av aktivitet och stimulans dagtid. Energität dryck, mjölk och smörgås, lugnande musik och kvällspromenad kan underlätta insomnandet. Det finns hjälpmedel som exempelvis bolltäcke som kan lugna vid oro, avslappningsmusik, och påminnelsefunktioner och scheman som kan ge stöd och minska oron [46].

## Självordstankar och självmordsplaner

Personer över 65 år står för ungefär en fjärdedel av självmorden i Sverige. Depression är den viktigaste orsaken till såväl självmordsförsök som fullbordade självmord bland äldre [93]. Fysiska sjukdomar, förlust av funktioner och krympande socialt nätverk kan bidra till nedstämdhet och känslor av

hopplöshet. Våra attityder till åldrandet kan medföra att vi ser äldre personers nedstämdhet och önskan att dö som "förståelig" och därför inte ens tänker tanken att detta lidande både kan och bör behandlas. Läkemedelsbehandling och psykologisk behandling kan häva en depression och ge livslusten tillbaka. Även andra saker som beviljad hemtjänst, effektivare smärtlindring, att få flytta till ett boende, kombinerat med att bli mer aktiv och ingå i ett socialt sammanhang, kan positivt påverka livslusten [35,48, 49, 50].

Riskfaktorer för självmord bland äldre är depression, alkoholmissbruk, ångest och psykosjukdomar samt tidigare självmordsförsök. Andra riskfaktorer är bland annat anhörigs dödsfall, ett svagt socialt nätverk, sömnstörning, fysiska sjukdomar, vanföreställningar kring kroppslig sjukdom och att någon anhörig tagit sitt liv. Bland skyddsfaktorer kan nämnas fysisk aktivitet och deltagande i sociala aktiviteter. Aktiviteterna bidrar till bättre fysisk funktion och kan göra att individens förmågor kan behållas längre. Insatser för att stimulera sociala aktiviteter och kontakter är därför viktiga för alla äldre [48, 49, 51].

Det finns många myter och vanföreställningar kring självmord. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, NASP, skriver om myterna på sin hemsida ([www.ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=28731&a=82055&l=sv](http://www.ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=28731&a=82055&l=sv)).

## Bemötande

Vård- och omsorgspersonalen spelar en mycket viktig roll för en äldre person med självmordstankar. Personalen behöver skärpa uppmärksamheten på den äldre personen, lyssna aktivt och att inte backa för svåra samtalsämnen. Personalen ska försöka inge den äldre personen hopp och kan på så vis vara en stabiliserande faktor och ett stöd, även om den äldre personen inte ser någon ljusning just då. Vid tecken på att den äldre funderar på eller planerar för självmord ska personalen slå larm. En upprättad krisplan underlättar för att på ett tidigt stadium kunna se tecken på psykisk ohälsa [38, 49–53].

# Stöd i boendet

---

Många äldre med psykisk ohälsa behöver hjälp och stöd. De vanligaste insatserna är hemtjänst, särskilt boende och boendestöd. Även andra insatser förekommer, främst bostad med särskild service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Det är viktigt att dessa insatser utformas med insikt om att många som tar del av dem har psykisk ohälsa, så att deras behov och möjligheter inte förbises.

## Hemtjänst

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

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

## Boendestöd

I samband med biståndsprövningen för äldre med psykisk ohälsa kan det vara värdefullt att även utreda om den enskilde är i behov av boendestöd som ges av vidareutbildad personal i psykiatri. I Sverige finns idag två vetenskapligt testade instrument för att kartlägga behoven av boendestöd: Camberwell Assessment of Need – Äldre (CAN – Ä) och Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ). Fler instrument finns i bruk men de har inte genomgått någon vetenskaplig prövning [54].

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

Alla insatser ska utföras med respekt för den enskildes självbestämmande, 1 kap. 1 § SoL. Personens egna önskemål bör få vara vägledande för att öka

chanserna för ett bra resultat av boendestödsarbetet. Personen kan delta i planeringen av insatsen med hjälp av genomförandeplanen. Dessutom kan personen själv vara delaktig och ha möjlighet att påverka utbudet av hjälp- och stödinsatser. För att kunna göra det behöver han eller hon ha tillräcklig information om vilka insatser som har visat sig vara effektiva för personer med liknande problem och behov [54].

Boendestöd är en insats som, på motsvarande sätt som andra insatser, ska beviljas utifrån den enskildes behov och inte efter ålder. Enligt Socialstyrelsens statistik har cirka 1 600 personer boendestöd efter det att de fyllt 65 år [55]. Flertalet av dessa är yngre än 75 år. För vissa upphör behovet av boendestöd senare på grund av att funktionshindren förvärras eller blir fler, men för andra kvarstår behovet en längre tid.

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

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

## Särskilt boende

Särskilt boende är ett individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av 4 kap. 1 § SoL. På ett särskilt boende kan man få hemtjänstinsatser, men även insatser från den kommunala hemsjukvården upp till och med sjuksköterska.

När en äldre person med psykisk ohälsa inte kan återfå full hälsa utan har kvarstående symtom eller funktionshinder kan särskilt boende vara ett alternativ. Det saknas idag forskning som visar om det är bra att ha särskilda boenden för personer med psykisk ohälsa eller om det är bättre att de integreras med personer med andra funktionshinder. En viktig faktor i det sammanhanget är vad funktionshindret innebär. Det finns farhågor för att personer som erbjuds särskilt boende erbjuds detta på grund av att hemtjänstens personal har svårt att bemöta dem och inte för att de har ett stort omvårdnadsbehov i sig [56]. För att äldre personer med psykisk ohälsa ska slippa flytta till särskilt boende kan personalen erbjudas utbildning eller annat stöd för att stärka sin förmåga att möta äldre med psykiska funktionshinder. Ett annat sätt kan vara att erbjuda personer med psykisk ohälsa funktionsanpassade bostäder i närheten av ett särskilt boende [56–58].

Många av de äldre som bor i särskilda boendeformer inom äldreomsorgen lider av psykisk ohälsa, åtminstone om man ser till användningen av psyko-farmaka, rapporterade symtom och de behov som dokumenteras. Ett stort antal lider av oro och nedstämdhet, vilket kan ha varit orsaken till att personen flyttat till ett särskilt boende. Oro och nedstämdhet kan bero på personliga faktorer (till exempel ålder, demenssjukdom och smärta) men kan också vara en reaktion på den omsorg och den vårdmiljö som den äldre erbjuds

[54, 57]. Brister i kontinuiteten i vården och att inte veta vem som kommer eller när, kan leda till att vissa äldre känner oro eller ångest.

En stor del av de aktiviteter som erbjuds äldre på ett särskilt boende är kollektiva. Det kan vara exempelvis sång, bingo eller högläsning. Samtidigt visar studier att många äldre också gärna skulle vilja ha mer individuella insatser utifrån egna behov och önskemål. Exempel på andra önskemål är mer egen tid med personalen eller ökade möjligheter att hålla kontakt med anhöriga. Det är viktigt att inte glömma bort att den enskilde har rätt att ansöka om bistånd för individuella behov enligt 4 kap. 1 § SoL [59].

Det är ett angeläget utvecklingsområde att öka möjligheten för äldre att få sociala insatser anpassade efter egna behov och önskemål [60]. Vidare att ge möjlighet för den äldre att få upprätthålla kontakten med anhöriga.

# Stöd för rehabilitering och egenvård

---

I arbetet med äldre personer som lider av eller riskerar att drabbas psykisk ohälsa är det viktigt att inte bara ge insatser utan att även försöka stärka den äldres egen förmåga att motverka psykisk ohälsa. Det här avsnittet handlar till stor del om att stärka den enskildes förmåga och makt att själv påverka sin situation genom sysselsättning, hjälpmedel, utbildning eller självhjälp-grupper.

## Daglig sysselsättning

Flertalet personer som har ett psykiskt funktionshinder blir vid fyllda 65 år organisatoriskt överflyttade från den specialiserade socialpsykiatrin till den kommunala äldreomsorgen [55, 59]. Det innebär ofta att de går miste om daglig sysselsättning. Sådan verksamhet kan ha hjälpt till att strukturera och ge innehåll till vardagen och även gett möjlighet att träffa personer med liknande problem. Eftersom många psykiskt funktionshindrade har ett dåligt socialt nätverk och ofta har behov av regelbundenhet i vardagen, är det angeläget att övergången till livet som ålderspensionär planeras i förväg. I detta ingår att planera för verksamhet som har möjlighet att erbjuda gruppen daglig sysselsättning utifrån den enskildes behov och önskemål även efter 65-årsdagen. Det kan till exempel vara att utreda möjligheten för den äldre att även efter 65-årsdagen få umgås med personer han eller hon känner från sin tidigare dagliga sysselsättning.

## Patientutbildning

Patientutbildning i grupp är en verksamhet för patienter med långvariga och kroniska sjukdomar och deras anhöriga. Syftet är att ge kunskap om sjukdomen, olika behandlingar, vilka rättigheter man har som patient och anhörig, och om vart man kan vända sig med problem och frågor. Genom patientutbildningen kan patienterna även få kunskap om olika behandlingsalternativ och om hur de kan sköta sin egenvård [61].

I dag genomförs patientutbildningar i huvudsak inom hälso- och sjukvården. Det finns inget som hindrar att motsvarande utbildningar genomförs inom socialtjänsten, exempelvis i samarbete med kampanjen (H)järnkoll – om öppenhet kring psykisk ohälsa.

## Självhjälpgrupper för sörjande

Att åldras innebär ofta att man drabbas av svåra förluster, som man kan behöva hjälp och stöd att hantera. En förlust som drabbar många är att ens make eller maka dör. Det är värdefullt om man inom både primärvården och socialtjänsten har beredskap för att möta äldres sorg. Flera primärvårds-

enheter har i dag team som erbjuder samtalsbehandling hos en kurator eller psykolog.

Självhjälpgrupper för sörjande organiseras i dag i huvudsak inom hälso- och sjukvården och av religiösa samfund. Det finns inget som hindrar att sådana grupper ordnas inom socialtjänsten.

## Förskrivning av kognitiva hjälpmedel

Kognitiva hjälpmedel hjälper till att kompensera funktionsnedsättningar som exempelvis påverkar förmågan att planera vardagen. De kan ge stöd i vardagen och därmed öka tryggheten och självständigheten, och dessutom stödja den äldres aktiviteter och delaktighet i samhället. Ibland kan hjälpmedlen också medföra att anhöriga kan känna sig tryggare och bli avlastade. Ett kognitivt hjälpmedel kan ha olika syften och funktioner och det kan användas på olika sätt i olika aktiviteter i vardagslivet [54].

Oftast är det en arbetsterapeut som bedömer behovet av och förskriver eller lånar ut kognitiva hjälpmedel. Arbetsterapeuter finns i både landstinget och kommunen. Det finns skillnader mellan landstingen och kommunerna när det gäller organisationen kring förskrivningen av kognitiva hjälpmedel och vilka regler som gäller. Arbetsterapeuter har kunskap om hjälpmedel och hur de på bästa sätt kan användas.

Det är viktigt att landstinget eller kommunen kan förskriva de kognitiva hjälpmedel som den enskilde behöver, som till exempel fickdatorer som kan fungera som minneshjälp och en hjälp att få struktur på vardagen. Mer information om kognitiva hjälpmedel finns på Hjälpmedelsinstitutets hemsida Hjälpmedelstorget ([www.hi.se/sv-se/hjalpmedelstorget/](http://www.hi.se/sv-se/hjalpmedelstorget/)).

## Förskrivning av fysisk aktivitet – enskilt eller i grupp

I nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderar Socialstyrelsen hälso- och sjukvården rådgivande samtal kring bland annat fysisk aktivitet, med skriftlig ordination av fysisk aktivitet till patienter som har en otillräcklig fysisk aktivitet [61]. Studier visar att fysisk aktivitet är betydelsefullt för att uppnå en bra psykisk hälsa [62, 63].

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

## Förebyggande hembesök

Äldre med psykisk ohälsa har högre dödlighet i olika folksjukdomar som cancer och diabetes. En förklaring kan vara att djupt deprimerade personer har bristande kunskaper om sina rättigheter att få stöd och hjälp. Uppsökande hembesök kan vara ett sätt att lämna information om socialtjänsten och förmedla kontakt med hälso- och sjukvården, om den enskilde så vill. Vid hembesöken kan man även informera om kommunens aktiviteter och ge stöd för hälsosamma kost- och motionsvanor. Enbart uppsökande verksamhet räcker dock inte för att ändra människors beteenden, som till exempel matvanor. För det krävs oftast kompletterande insatser.



Ett problem är att många tackar nej till hembesök och bland dessa finns troligen en del med allvarlig psykisk ohälsa [64]. Det är angeläget att hitta nya former för att nå äldre med psykisk ohälsa förutom hembesök, exempelvis riktade informationsmöten på äldreboenden och vårdcentraler.

## Telefonnummer för stöd

Våren 2013 startade Föreningen Psykisk hälsa, med stöd av Stockholms Stads Äldreförvaltning och Stiftelsen Solstickan, en Äldretelefon riktad till personer som mår psykiskt dåligt. Telefonen är bemannad av specialutbildade volontärer vardagar klockan 10–15.

Även Riksförbundet för SuicidPrevention och EfterlevandeStöd (SPEC) har telefonjour för dem som är anhöriga till någon som tagit sitt liv. Telefonen är bemannad klockan 19–22, med personer som har liknande erfarenhet.

# Stöd i vardagen

---

## Sociala aktiviteter

Möjlighet till socialt stöd och sociala aktiviteter har, av både Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut, beskrivits som betydelsefullt för att förebygga psykisk ohälsa och förhindra återinsjuknande [64, 67, 68]. Mot den bakgrunden har verksamheter utvecklat innehållet på träffpunkter/mötesplatser så att äldre personer med psykisk ohälsa får möjlighet till social samvaro i ett sammanhang där deras behov synliggörs. Utöver det erbjuder en del träffpunkter till exempel samtal och föreläsningar kring att möta psykisk ohälsa, matlagning, studiecirklar dans och social samvaro (musik, kaffe, mat).

En erfarenhet är att initialt ha lågt ställda krav på deltagande eftersom många äldre med psykisk funktionsnedsättning har svårt att komma iväg till en ny aktivitet. Biståndsbedömd ledsagning och stöd av kontaktperson eller boendestödjare kan vara ett sätt att underlätta deltagandet i sociala aktiviteter [57, 69].

## Äldrepsykiatriska team/stödteam

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

Teamens uppdrag, upplägg och sammansättning varierar, men många är uppbyggda så att det finns olika roller och professioner i teamet, så kallade multiprofessionella team. Teamen kan exempelvis bestå av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, skötare/undersköterska, boendestödjare och en samordnande funktion. Många av teamen handleder personal som arbetar i vård eller omsorgsverksamhet som en del av sitt uppdrag. Flera av dagens äldrepsykiatriska team drivs i projektform, men för att säkra kontinuiteten i verksamheten bör teamen – enligt genomförda utvärderingar – ha ett långsiktigt perspektiv och integreras i den ordinarie organisationen [57, 69].

## Kontaktperson

Det är viktigt att socialtjänsten erbjuder äldre med stora omvårdnadsbehov en kontaktperson som, förutom att ge omsorg till den enskilde, också ansvarar för att ha kontakt med hälso- och sjukvården, planera läkar-/sjukhusbesök, ha kontakt med anhöriga och sprida viktig information till övrig vård- och omsorgspersonal som ger insatser till den äldre. Kontaktpersonen kan också dokumentera om personens behov förändras och föra informationen vidare till exempelvis ansvarig sjuksköterska, enhetschef eller

biståndshandläggare. Kontaktpersonen kan även vara ett betydelsefullt stöd för anhöriga.

Om kontaktpersoner erbjuds till äldre är det viktigt att förklara syftet med att ha en kontaktperson och att berätta vilket uppdrag, vilka befogenheter och vilket ansvar kontaktpersonen har. Det är en fördel om uppdraget är skriftligt och om möjligt ingår som en del i ledningssystemet [31, 32, 70]. Kontaktpersonens uppdrag liknar en fast vårdkontakt men fokus ligger i första hand på insatser inom äldreomsorgen.

## Fast vårdkontakt

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

Samordning av insatser och förmedling av information med exempelvis andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas. Fast vårdkontakt ska tillhandahållas om en patient begär det. Detta gör att patientens egen uppfattning om sina behov blir styrande. När en fast vårdkontakt utses ska patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses så långt det är möjligt (proposition 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning s. 61–62).

Av 29 a § HSL framgår att verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten [71].

Ytterligare information finns i Socialstyrelsens Meddelandeblad 9/2012 Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning.

## Olika arbets- och förhållningssätt

### Livsberättelse

Livsberättelsen används inom äldreomsorg och vid vård och omsorg av yngre vuxna med psykisk ohälsa. Det är ett sätt att kommunicera med det friska hos personen och få veta mer om hur personen levde och var innan sjukdomen bröt ut. Det kan vara värdefullt att lyfta livsberättelsens betydelse för att upptäcka tidigare psykisk ohälsa men också för att bättre kunna

förstå den äldre personen. Livsberättelsen kan också ge idéer om hur innehållet i omsorgen kan anpassas till den enskildes behov och underlätta vid upprättandet av en krisplan [6, 72]. En livsberättelse är ofta indelad i avsnitten "barndom/ungdom", "vuxenliv" och "livet som pensionär". Inom varje avsnitt uppmärksammas områden som "familj och relationer", "viktiga platser", "intressen" och "personlighet/betydelsefulla händelser". För att stärka den äldres möjligheter att få en individuellt anpassad vård och omsorg är det en fördel om formuläret fylls i redan då den äldre har insatser från hemtjänsten i sitt eget ordinära boende [73].

### Krisplan

Krisplan är ett dokument som används för att uppmärksamma förändringar hos den enskilde som kan leda till risk för allvarlig psykisk ohälsa. Den är ett stöd både för den äldre och för verksamheten, för att till exempel förhindra självmord. I krisplanen får den enskilde personen sätta ord på de känslor och beteenden som är tidiga varningstecken på försämrat mående. Även sådant som brukar framkalla tillståndet behöver beskrivas. Genom att använda en krisplan kan personalen ingripa på ett tidigt stadium. I vissa fall kan det försämrade måendet brytas med en lugnande promenad, i andra fall med en tidig kontakt med läkare som kan ordinera medicin. Krisplanen tas fram av den äldre personen tillsammans med exempelvis en kontaktperson eller en anhörig i nätverket. Livsberättelsen kan vara ett hjälpmedel för att få en helhetsbild vid framtagandet av en krisplan [38, 42].

### Ett självständigt liv (ESL)

Behovet av att utveckla arbetsmetoder inom socialtjänsten har uppmärksamats under flera år, bland annat för att bättre kunna anpassa stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning. Metodiken i ESL syftar till att underlätta vardagen för den enskilde personen och kan med fördel användas i en daglig kontaktpersonsfunktion [37, 54]. En svensk översättning av metoden och en manual för hur man ska arbeta med metoden finns under namnet Steg-för steg och är anpassad till svenska förhållanden [42].

### Motiverande samtal (MI)

Motiverande samtal, MI, är en metod som syftar till att påverka viljan till förändring och medverka till insatser som kan skapa dessa förändringar, på individens egna villkor. I sammanhanget betonas vikten av ett helhetsperspektiv, det vill säga att hela den enskildes hälso- och livssituation inkluderas. För att bemöta äldre personer med psykisk ohälsa, som har svårigheter att klara vardagliga sysslor, kan MI vara ett alternativ. När det gäller missbruk är MI en väl beprövad metod [54, 65]. Mer information om Motiverande samtal finns på Socialstyrelsens webbsida under Metodguide för socialt arbete [61].

## Salutogent perspektiv

Salutogent perspektiv introducerades av den medicinske sociologen Aaron Antonovsky på 1980-talet. Han funderade över varför vissa människor klarar sig i livet trots hög belastning av arbete, påfrestningar och problem och varför det inte är möjligt att förutse konsekvenserna av en viss belastning för en enskild människa. Hans slutsats är att hälsovetenskaplig forskning måste intressera sig för de ”redskap” människor använder för att hantera och förstå livets utmaningar [66].

Ett centralt begrepp som Antonovsky utgår från i sin teori är KASAM (en känsla av sammanhang.) KASAM har utvecklats för att mäta en livshållning som kan öka motståndskraften vid stress och därmed vara en hälsofrämjande egenskap. Begrepp som påverkar känslan av sammanhang för en person är begriplighet, hanterbarhet och förutsägbarhet. Känslan av sammanhang är snarast ett förhållningssätt, som uttrycker i vilken utsträckning man har en varaktig och genomträngande känsla av tillit till sin egen förmåga att möta livets olika skiften [66, 73].

# Ett professionellt bemötande

---

## Ett ojämlikt maktförhållande

Den äldre har rätt att bli bemött med respekt, ödmjukhet och empati. Även om många äldre kan beskriva sin situation och sina behov väl står de i ett beroendeförhållande till socialtjänsten och hälso- och sjukvården, som de vill få hjälp och stöd av. Beroendeförhållandet är ännu tydligare när det gäller äldre personer som på grund av sjukdom har svårt att själva berätta om sin ohälsa, och/eller saknar anhöriga som kan stötta dem i kontakten med vården och omsorgen [2].

## Anhöriga

Forskning visar att anhöriga betyder mycket för personer med psykisk ohälsa. De anhöriga kan vara de enda betydelsefulla kontakterna som dessa personer har kvar utanför vård- och omsorgsorganisationen. Av bland annat den anledningen är det angeläget att personalen visar anhöriga ett bemötande som kännetecknas av öppenhet, respekt och vilja till samverkan. [36, 37].

## Återhämtning

Återhämtning beskrivs som en subjektiv process som fokuserar på individens vilja och strävan att uppnå personliga mål eller gå i önskad riktning. Det innebär att individen lär sig strategier för att hantera sin vardag och leva ett så bra liv som möjligt, trots den psykiska ohälsan. Människor med psykisk ohälsa behöver känna hopp och stöd från omgivningen samt känna att de själva, genom ökad kunskap, kan kontrollera sina symtom. För en person med psykossjukdom kan det sociala nätverket ha försämrats och familjen kan vara den enda återstående kontakten, som kan ha stor betydelse för personens återhämtning. Om personen inte har någon familjekontakt blir personalen ännu viktigare och det relationsskapande arbetet med personen kan behöva prioriteras [41].

# Referenser

---

1. Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2010/C 83/02) SV 30.3.2010 Europeiska unionens officiella tidning C 83/389.
2. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
3. Psykisk ohälsa hos äldre. En kartläggning och analys av samverkan mellan huvudmännen. Socialstyrelsen; 2011.
4. Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Nationell psykiatrisamordning; 2006. Rapport 2006:5.
5. Socialstyrelsens Termbank. Hämtad 2013-09-05 från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>
6. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Socialstyrelsen; 2012.
7. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
8. Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Socialstyrelsen; 2008.
9. Befolkningsstatistik: Folkmängd efter ålder och kön. År 2009–2110. Statistiska centralbyrån; 2010.
10. Grimsby, A. Sorg och efterlevandestöd. Erfarenheter från Änkeprojektet vid Sahlgrenska i Göteborg. Vårdalinstitutet; 2007.
11. Grimsby, A. Sorg och stöd bland äldre. Kunskapsöversikt och rekommendationer. Sveriges Pensionärsförbund (SPF); 2002.
12. Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre 2012. Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
13. Rinkeby Äldrecentrum. Mötesplats för äldre i Rinkeby. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum; 2006. Rapport 2006:11
14. Teckenspråk är ett modersmål bland andra. Tidskriften Äldre i centrum. 2007;(3).
15. Det dubbla utanförskapet. Mångfald och sexuell läggning bland äldre. Socialstyrelsen; 2008.
16. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
17. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
18. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
19. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011.
20. Handikappomsorg – lägesrapport 2006. Socialstyrelsen; 2007.

21. Att nå personer med psykisk ohälsa – Uppsökande och informerande verksamhet. Socialstyrelsen; 2012.
22. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2010.
23. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen; 2010.
24. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Socialstyrelsen; 2013.
25. Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre – en kunskapssammanställning. Socialstyrelsen; 2009.
26. Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
27. Överenskommelser om samarbete. Socialstyrelsen; 2010. Meddelandeblad 1/2011.
28. Nya föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden. Socialstyrelsen; 2012. Meddelandeblad 8/2012.
29. Äldres behov i centrum – Vägledning för behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF. Socialstyrelsen; 2013.
30. Äldreomsorgens nationella värdegrund – vad innebär den för dig? Socialstyrelsen; 2012
31. Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3). Socialstyrelsen; 2012.
32. Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2012. Meddelandeblad 3/2012.
33. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre. Delrapport II. Socialstyrelsen; 2012.
34. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stänicke E. Psykiatri, Sjel-Kropp-Samhälle. Liber; 2011.
35. Skärsäter I. Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå. Studentlitteratur AB; 2011.
36. Rolfner Suvanto S. Mellan äldreomsorg och psykiatri: om bemötande av äldre med psykisk ohälsa. Gothia; 2012.
37. Ewertzon M. Familjemedlem till person med psykossjukdom Bemötande och utanförskap i psykiatrisk vård. Örebro universitet; 2012
38. Hillborg H, Rosenberg D. Rehabilitering för delaktighet – bakgrund och metoder. I: Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder. Bogarve C, Ershammar D, Rosenberg D, red. Gothia 2012.
39. Schön U-K. Vad avses med återhämtning från psykisk ohälsa. I: Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder. Bogarve C, Ershammar D, Rosenberg D, red. Gothia; 2012.
40. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011



41. Konfusion. I: Äldre psykiatri, kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Sparring Björkstén K, Karlsson, I, red. Gothia; 2013.
42. Borell P. Steg för steg. Psykologia; 2008.
43. Stenhagen E-B. Att förebygga och lindra konfusion. En litteraturstudie. Högskolan Borås; 2011.
44. Skoog M. Råd till dig som möter patienter med demenssjukdom. Stockholms läns landsting; 2011.
45. Remington R. Calming Music and Hand Massage With Agitated Elderly. *Nursing Research* 2002;51(5):317–323.
46. Om psykiatrisk diagnos och behandling. En sammanställning av systematiska litteraturöversikter. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012.
47. Gunnarsson E. Vi får klara oss själva – Om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem. Arbetsrapport. Stockholms universitet; 2010.
48. Waern M. Suicidnära äldre. Äldre psykiatri, kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Gothia AB; 2013.
49. Wiktorsson S. Attempted suicide in late life – a prospective study. Doktorsavhandling, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet; 2012.
50. Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Östling S, Waern M. Attempted Suicide in the elderly: Characteristics of Suicide Attempters 70 Years and Older and a General Population Comparison Group. *American Journal of Geriatric Psychiatry*; 2010.
51. Beskow J. När himlen är nära ... samtal med svårt sjuka äldre samt deras närstående, vårdare och efterlevande. Riksförbundet SPES för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd; 2007
52. Waern M. Sambandet mellan fysisk sjukdom och suicid hos äldre. *Suicidologi* 2005;10(1);11–13.
53. Förslag till nationell handlingsplan för säkerhetsfrämjande arbete för äldre personer. Fokus på fall-, trafik-, brand- och drunkningsolyckor, självmord samt våld och andra brottsliga handlingar. Socialstyrelsen; 2011.
54. Det är mitt hem – vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2011.
55. Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012 – Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen; 2013.
56. Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa. Utvärdering inför beslut gällande förbättringar och utvecklingen av vården för äldre med psykisk ohälsa. Linköpings kommun; 2013.
57. Det måste få ta tid. Metoder och synsätt i patientarbetet vid Äldrepsykiatriska teamet, Södra Älvsborgs Sjukhus Borås. Socialstyrelsen & FoU Sjuhärad; 2013.
58. Trygga Möten. Bemötande av äldre personer med psykisk funktionsnedsättning. Rapport till Socialstyrelsen. FoU Nu; 2012.

59. Bostad med särskild service och daglig verksamhet. En forskningsöversikt. Socialstyrelsen; 2011.
60. Tillsynsrapport 2011. Hälsa- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2011.
61. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011.
62. Samhällsplanering för ett aktivt liv – fysisk aktivitet, byggd, miljö och folkhälsa. Statens folkhälsoinstitut; 2008.
63. Samhällsplanering för ett aktivt liv – fysisk aktivitet, byggd, miljö och folkhälsa. Statens folkhälsoinstitut; 2008.
64. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Socialstyrelsen; 2011.
65. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen; 2011.
66. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Natur och Kultur; 2005.
67. Nationella folkhälsoenkäten. Statens folkhälsoinstitut; 2008.
68. Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom. Socialstyrelsen och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS); 2006.
69. Westring Nordh M. Närhetsprincipen skapar trygghet. Utvärdering av psykiatriteamet i Borgholms kommun. FoU Fokus Kalmar län; 2012
70. Handbok om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen; 2011.
71. Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning. Socialstyrelsen; 2012. Meddelandeblad 9/2012.
72. Bülow P, Svensson T. Att vara sin sjukdom: Om psykiskt funktionshinder och åldrande. I: Att åldras med funktionshinder. Jeppsson Grassman E, red. Studentlitteratur; 2008.
73. Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri – en kartläggning av forskning och praktik. Socialstyrelsen; 2012.

# Bilaga 1. Experter och referensgrupp

---

## Experter

Ingvar Karlsson, docent och överläkare i äldrepsykiatri

Frida Nobel, utredare och sakkunnig (geriatrik), Socialstyrelsen

## Referensgrupp

Anita Hansson, Sveriges Psykologförbund Sveriges och Geropsykologers förening

Eva Toft, Föreningen Sveriges Socialchefer

Ingvar Karlsson, Svensk Förening för Äldrepsykiatri

Ann Georgsson, Kommunal

Camilla Sköld, Akademikerförbundet SSR

Stefan Lundberg, Vårdförbundet

Elina Berg, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Sonja Modin, Svensk Förening för Allmänmedicin

Rakel Lundgren, Schizofreniförbundet och Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)

Monica Bäckman och Gunvor Pettersson, Svenska KommunalPensionärs Förbund (SKPF)

Jan Olof Forsén, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) och Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)

Eva Sahlin, Sveriges Pensionärsförbund (SPF)

Synpunkter har även lämnats av Susanne Rolfner-Suvanto, fil. mag. i vårdpedagogik

Nätverket för psykiaritteam med inriktning mot äldre har haft möjlighet att lämna synpunkter.