

# Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa

– vägledning för verksamhetsansvariga inom  
socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård  
samt primärvård

*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, utan tillgång till specialistpsykiatrins kompetens.

Denna vägledning har tagits fram inom ramen för regeringsuppdraget. Den vänder sig till ansvariga för socialtjänstens, den kommunala hälso- och sjukvårdens samt primärvårdens insatser till äldre med psykisk ohälsa. Genom vägledningen vill Socialstyrelsen ge dessa grupper underlag för att utveckla processer och rutiner som kan bidra till en god vård och omsorg för äldre personer med psykisk ohälsa. Särskilt fokuseras på behovet av samverkan och samordning utifrån en helhetssyn på den enskilda äldre personens behov.

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

---

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Behov av stärkt vård och omsorg för äldre med psykisk ohälsa</i>	8
Om denna vägledning	8
Begrepp och termer	9
<i>Psykisk ohälsa hos äldre personer</i>	10
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 risken för försämrad hälsa	12
Vanligt med läkemedel istället för andra rekommenderade behandlingar	12
<i>God vård och omsorg</i>	14
Utvecklingsområden	14
Evidensbaserad praktik	15
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	15
Värdegrund för ett värdigt liv som äldre	16
<i>Samverkan</i>	17
Framgångsfaktorer för samverkan	17
Överenskommelser om samverkan	19
Inventering av personer med psykiska funktionshinder	21
<i>Det dagliga mötet</i>	23
Tillgänglighet	23
Kontinuitet	23
Samordning i vardagen	25
Ett ojämlikt maktförhållande	27
De anhörigas betydelse	27
Återhämtning	28
<i>Olika stödinsatser</i>	29
Stöd i boendet	29
Stöd för rehabilitering och egenvård	31
Annat stöd i vardagen	33
<i>Utvecklad kompetens</i>	35

Behov av kompetensutveckling inom socialtjänsten	35
Adekvat kompetens inom primärvården	36
<i>Uppföljning och utvärdering</i>	37
Äldres behov i centrum	38
Läkemedelsgenomgångar	38
<i>Referenser</i>	40
<i>Bilaga 1. Experter och referensgrupp</i>	44
Experter	44
Referensgrupp	44
<i>Bilaga 2. Samordning i vardagen – exempel på lokalt utvecklingsarbete</i>	45
Referenser	45

# 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 specialistpsykiatrins kompetens.

Flertalet äldre med psykisk ohälsa behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det är därför viktigt att de som ansvarar för dessa verksamheter och de som arbetar i dem utgår från ett helhetsperspektiv vid bedömningen av den äldres situation och behov, och att man samverkar över verksamhetsgränserna.

Sedan den 1 januari 2010 finns det krav i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL på huvudmännen att ingå överenskommelser om samverkan. Inför tecknandet av nya överenskommelser är det viktigt att både beakta behoven hos personer som blivit psykiskt funktionshindrade tidigt i livet och hos dem som blir det i högre ålder. Andra områden som man behöver enas om är vem som ska ansvara för den personliga ombudsverksamheten, vilket stöd man ska ge till närstående, hur man ska samarbeta om grupper med särskilda behov av samverkan samt vilka resurser som parterna ska avsätta för samverkan. Organisationer som företräder brukare eller deras närstående bör ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna om det är möjligt. Ett stöd i arbetet med överenskommelser kan vara inventeringar av målgruppens omfattning, behov och insatser.

För att ge den äldre personen rätt stöd i vardagen behövs samordning på flera nivåer, mellan huvudmän, verksamheter och olika roller. Ofta behövs en samordningsresurs som kan komma från landstinget eller kommunen. Bestämmelserna om samordnad individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen, och en fast vårdkontakt inom hälso- och sjukvården, är viktiga för samordning i vardagen av vård och omsorg för äldre personer med psykisk ohälsa.

För äldre personer med psykisk ohälsa är det angeläget att olika former av stöd är lätt tillgängligt och ges med kontinuitet och rätt kompetens samt utgår från den enskildes behov. Hemtjänst och särskilt boende är insatser som många äldre personer får. Det är viktigt att hemtjänst- och boendepersonalen har förutsättningar att systematiskt upptäcka förändringar hos den enskilde som kan vara tecken på psykisk ohälsa och se till att den äldre får den vård- och omsorg han eller hon kan behöva. En förstärkning av hemtjänstpersonalens kompetens för att möta äldre personer med psykiska funktionshinder kan också bidra till att dessa inte behöver flytta till ett särskilt boende. På motsvarande sätt är det angeläget att personalen inom primärvården har kunskaper att upptäcka äldre med psykisk ohälsa.

Kompetensförsörjning är därför av central betydelse för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

# 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 (inklusive socialpsykiatri), 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 de inte alltid får den vård och omsorg som de har rätt till enligt lagstiftningen [2]. I dag finns äldre personer med psykisk ohälsa framför allt inom primärvården och äldreomsorgen, ofta utan tillgång till specialistpsykiatriens kompetens. Därmed ökar risken för att en psykisk sjukdom inte upptäcks eller behandlas, vilket kan skapa onödigt lidande [3].

## Om denna vägledning

### Målgrupp och syfte

Målgrupp för vägledningen är ansvariga för socialtjänstens, den kommunala hälso- och sjukvårdens samt primärvårdens insatser till äldre med psykisk ohälsa. Vägledningens syfte är att bidra till att äldre med psykisk ohälsa ska få en god vård och omsorg. Med vägledningen vill Socialstyrelsen ge verksamhetsansvariga stöd för att utveckla processer och rutiner för detta.

### Innehåll och avgränsningar

Vägledningen tar upp psykisk ohälsa efter 65 års ålder hos såväl personer som först då visar tecken på psykisk ohälsa/sjukdom som hos personer som redan tidigare gjort det och som har levt en längre tid med psykiska funktionsnedsättningar. I vägledningen behandlas främst frågor om samverkan, samordning och övergripande ledningsfrågor, inklusive kompetens och uppföljning. Den omfattar därför inte samtliga områden som behöver beaktas i arbetet med personer med psykisk ohälsa. Exempelvis berörs förebyggande arbete samt olika sorters behandlingar 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.

Experter och sammansättningen av referensgrupper framgår av bilaga 1.

## Begrepp och termer

### Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett vittomfattande 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.

### Samverkan, samordning och samarbete

Termerna samverkan, samordning och samarbete används i denna vägledning utifrån vad som anges i lagstiftningen och Socialstyrelsens termbank [5]:

- Samverkan: övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte.
- Samordning: koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet.
- Samarbete: gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift.

# 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. Äldre personer kan insjukna i psykos utan att tidigare ha drabbats. Förekomsten av psykossjukdomar och psykotiska symtom har rapporterats vara upp till 3–4 procent bland personer som är 65 år och äldre [8].

Till bilden hör också att en fjärdedel av alla självmord begås av personer som är 65 år eller äldre [9].

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 [10]. 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. Det gör även psykosociala faktorer som låg fysisk aktivitet, ensamhet, bristfällig kost, missbruk samt biverkan av läkemedelsbehandling. Symtomen på psykisk ohälsa är ofta diffusa och kan också vara tecken på flera andra sjukdomar.

Pensioneringen kan innebära en ny livssituation och en ny roll att identifiera sig med. Aldrandet 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 [11, 12].

Äldre personer är dock ingen homogen grupp utan behov, livsvillkor och önskemål skiljer sig åt mellan individer i kanske ännu högre grad än mellan

andra vuxna personer. Äldre personer bör därför ha tillgång till samma specialiserade psykiatriska vård som personer under 65 år [6]. 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, 13].

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 [14]. 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 [15]. 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 [16]. 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 när det 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 [17–20].

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, 21].

## Samsjuklighet ger ökad risken för försämrad hälsa

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 en klar överdödlighet jämfört med andra i samma åldergrupp. De drabbas också oftare än andra befolkningsgrupper av undvikbara sjukdomstillstånd [17–20]. 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 [22].

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 [23, 24].

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 [25]. 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 [24].

## 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 [26]. KBT och IPT är enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderade behandlingar vid depression och ångest [24].

Läkemedelsbehandling bland äldre med psykisk ohälsa är förknippad med flera problem och risker. Det är inte säkert att de läkemedel som används är de rätta. När det gäller behandlingen av sömnstörningar är det bara 56 procent i gruppen 80–84 år som använder de läkemedel som enligt Socialstyrelsens bedömning bör vara förstahandsvalet [27]. I en undersökning fann Socialstyrelsen att unga personer med schizofreni förskrevs nyare typer av antipsykotiska läkemedel och att användandet av äldre antipsykotiska läkemedel ökade med åldern [28]. Äldre kvinnor tenderar att ha flera olika läkemedel och ordineras äldre läkemedelssorter än yngre och än män [28].

På en mer generell nivå är risken för läkemedelsrelaterade vårdskador särskilt hög bland äldre eftersom åldrandet innebär kroppsliga förändringar som gör att de ofta är betydligt känsligare för läkemedel än yngre [30]. Men det finns också risk för att äldre personer inte får psykofarmaka när de be-

höver det eftersom deras psykiska besvär inte alltid uppmärksammas eller förväxlas med fysiska besvär.

# 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 [31].

Socialstyrelsen har urskiljt 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].

## Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångesttillstånd

I sina nationella riktlinjer om vård vid depression och ångesttillstånd har Socialstyrelsen också generellt rekommenderat att omhändertagandet i första linjens vård, till exempel primärvården, kan tillhandahålla:

- en första bedömning med hög tillgänglighet
- god kontinuitet under hela vårdförloppet, vilket inkluderar samverkan mellan primärvården och specialistpsykiatri
- interventioner med sammansatta vårdåtgärder, anpassade till den enskildes behov och utformade enligt principerna för stegvis vård [24].

För att vårdåtgärderna ska ge avsedd effekt krävs enligt samma riktlinjer:

- tillgång till personal med adekvat kompetens
- en vårdstruktur som främjar ett effektivt omhändertagande
- tillgång till konsultationsinsatser från specialistpsykiatri och möjlighet till uppföljning och utvärdering av behandling [24].

De nationella riktlinjerna avser hälso- och sjukvårdens arbete vid depression och ångesttillstånd, men tar även upp områden som är viktiga för socialtjänstens arbete vid psykisk ohälsa, bland annat tillgänglighet och kontinuitet.

## Utvecklingsarbete på ledningsnivå och i det dagliga mötet

För en god vård och omsorg om äldre personer med psykisk ohälsa behövs såväl utveckling på ledningsnivå som ökad kompetens hos den personal som

dagligen möter de äldre. Viktiga förutsättningar för en god vård och omsorg om äldre med psykisk ohälsa är ett systematiskt arbete för en evidensbaserad praktik, väl fungerande ledningssystem och en värdegrund som utgår från lagstiftningens mål.

En annan förutsättning för god vård och omsorg är att personal inom socialtjänsten, den kommunala och hälso- och sjukvården samt primärvården har kompetens för att upptäcka psykisk ohälsa hos de äldre personer som de möter i sitt arbete. Dessa frågor behandlas i de vägledningar som Socialstyrelsen gett ut om äldres psykiska ohälsa för personal inom primärvården respektive socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

## Evidensbaserad praktik

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

När det finns vetenskaplig kunskap om insatsers effekter behöver den kunskapen vägas in när man fattar beslut om lämplig insats. Men även om det finns vetenskapligt stöd för en viss insats är det inte självklart att den insatsen ska användas i det enskilda fallet. Kunskapen är ett stöd för beslut, inte ett direktiv om att välja en viss insats eller behandling. Det behövs också annan kunskap än den man får av vetenskapliga studier för att kunna ge bästa möjliga vård eller insats till en viss person. Genom att systematiskt följa upp de personer man ger vård, omvårdnad eller 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 dem som getts insatsen/-insatserna
- en dialog med patienterna/klienterna/brukarna.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ett ledningssystem som tydliggör verksamhetens uppdrag, styrning och uppföljning/återkoppling är ett viktigt verktyg för ett bra omhändertagande av den enskilde.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har ett brett tillämpningsområde och gäller för socialtjänsten, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvården. Den som bedriver socialtjänst eller verksamheter enligt LSS ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. På samma sätt gäller för hälso- och sjukvården att vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada. Av processerna och rutinerna ska det framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksam-

heten. Det ska också framgå hur samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS, andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer [32]. Detta framgår av 4 kap. 5 och 6 §§ SOSFS 2011:9.

## 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 om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3) [33]. Enligt dessa bör den nämnd eller den som yrkesmässigt bedriver enskild verksamhet 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 utifrån den enskilde personen. Det kan till exempel gälla upplevelser av att vara maktlös, känna otrygghet och mötas av negativa attityder. 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 [34]. Det är även viktigt att ansvarig nämnd är medveten om de svåra etiska konflikter som personalen ofta ställs inför, och kan ge vägledning i hur de ska agera och ge anvisningar om var de kan få stöd och handledning kring värdegrundsfrågor [35].

En aspekt på värdegrundsfrågorna för äldre personer med psykisk ohälsa är vårdens och omsorgens relationsarbete. Läs mer om detta nedan i kapitlet Det dagliga mötet.



# Samverkan

---

## Framgångsfaktorer för samverkan

Flertalet äldre med psykisk ohälsa är i behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården, och från olika delar av dessa verksamheter. De ansvariga för verksamheterna och de som arbetar i dem behöver utgå från ett helhetsperspektiv såväl vid bedömning/utredning som vid genomförande av insatserna [36].

Samverkan är inte något mål i sig, utan ett medel för att skapa en kvalitativt god vård och omsorg. Samverkan är inte bara mellan huvudmän. Även inom regioner, landsting och kommuner behövs samverkan mellan olika verksamheter utifrån en helhetssyn på den enskildes behov. För en väl fungerande samverkan behöver också de äldre och deras anhöriga få möjlighet att delta i arbetet.

Det finns tydliga krav på samverkan mellan huvudmännen. Ansvaret för att det blir en samverkan kring uppdraget att skapa en god vård och omsorg ligger både på den politiska ledningen och på de professionella. Att ha ett tydligt ledningssystem, rutiner och avtal kan säkerställa en ändamålsenlig samverkansstruktur.

## Styrning, struktur och samsyn

På övergripande nivå finns det kunskapsstöd för hur en framgångsrik samverkan kan utformas och upprätthållas. Det handlar om styrning, struktur och samsyn. Dessa tre delområden kan brytas ner i fler områden: förankring, harmonierande regelverk, tydliga målformuleringar, tillräckligt med resurser, ändamålsenlig organisation och dokumentation, gemensamt synsätt, förståelse för varandras begrepp samt god kunskap om det man samverkar kring och om varandra.

Dagens kunskapsläge visar vad man kan göra för att skapa en framgångsrik samverkan:

- Bygg upp en god samverkanskompetens i organisationen.
- Identifiera de aspekter som underlättar samverkan.
- Planera för att understödja de aspekter som främjar samverkan.
- Identifiera de aspekter som försvårar samverkan.
- Planera för att motverka de aspekter som försvårar samverkan.
- Följ utvecklingen löpande.

Genom samverkan kan de samverkande aktörerna få en tydlig bild av målgruppen och dess behov. Det underlättar för att behoven ska upptäckas och att insatserna kan sättas in i ett tidigt skede.

En framgångsrik samverkan mellan två myndigheter eller verksamheter kräver en tydlig struktur med tydliga mål för samverkan och precisering av

uppdrag och målgrupp. Utifrån nuvarande kunskapsläge finns det några aspekter som är viktiga att beakta när man tecknar ett avtal. Det handlar om att gemensamt definiera målgruppen. Exempelvis kan det vara bra att i ett avtal om samverkan kring psykisk ohälsa och insatser till personer över 18 år dela upp överenskommelsen i olika undergrupper som äldre och missbrukare. Det bör finnas en tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen, med tydliga mål och rutiner för uppföljning och utvärdering.

Sammanfattningsvis kan insatser till äldre med psykisk ohälsa förbättras genom att kommuner och landsting

- utvecklar samverkan med stöd av ledningssystem, rutiner och skriftliga överenskommelser
- skapar ändamålsenliga samverkansstrukturer i organisationerna
- formulerar tydliga uppdrag och ansvarsfördelning för planering, genomförande och uppföljning av insatser
- bygger upp och upprätthåller en god samverkanskompetens
- tar med samverkansaspekten i samband med upphandling av tjänster som rör äldre med psykisk ohälsa
- tillsammans lägger fast tydliga och gemensamma mål som kan följas upp [36].

## Gå igenom ansvar och möjligheter

Ett första steg mot ökad samverkan kan vara att med utgångspunkt från socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens uppdrag gå igenom vårdens och omsorgens ansvar i förhållande till äldre personer med psykisk ohälsa. En sådan genomgång kan ge underlag både för tydligare mål och arbetsformer inom den egna organisationen och för gemensamma mål och insatser.

Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens uppdrag framgår av lagar, förordningar och andra föreskrifter, av vilka flera refereras i denna vägledning.

Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ska, enligt 1 kap. 1 § på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänstlagen omfattar vidare rätten till bistånd till äldre, med till exempel psykisk ohälsa, för att uppnå en skälig levnadsnivå. Enligt 3 kap. 1 § SoL ingår det i socialtjänstens uppgifter att ”göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen” och genom bland annat uppsökande verksamhet ”främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden”.

Av 3 kap. 3 § SoL framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Personalen ska ha lämplig utbildning och erfarenhet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, som både gäller för socialtjänsten och för hälso- och sjukvården innebär det bland annat att den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten som fastställer principer för ledning av verksamheten. I de processer som ingår i ledningssystemet ska det även finnas rutiner som säkerställer att samverkan möjliggörs med vårdgivare som exempelvis primärvården och med brukarorganisationer.

Primärvården är en del av hälso- och sjukvården, som enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, 2 § ska skapa en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt 5 § HSL, ska huvudmännen bedriva ”hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser”. Verksamhetsområden som brukar räknas till primärvård är åtgärder av läkare som upprätthåller en funktion som specialist i allmänmedicin, distriktssköterskeverksamhet, hemsjukvård, barn- och mödrahälsovård och kommunal hälso- och sjukvård [37].

Kvaliteten inom hälso- och sjukvårdens verksamheter ska, enligt 31 § HSL, systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

## Överenskommelser om samverkan

### Lagstiftningen

Den 1 januari 2010 infördes nya paragrafer i SoL och i HSL som ställer krav på huvudmännen att ingå överenskommelser om samverkan. Enligt 5 kap.8 a § SoL framgår:

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

Motsvarande paragraf återfinns i 8 a § HSL:

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

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

Lagstiftaren avstod från att föra in detaljerade bestämmelser i lagen. Regeringen gav därför Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en vägledning om innehållet i överenskommelserna. I maj 2010 publicerade Socialstyrelsen ett meddelandeblad om samverkansöverenskommelser vilken bland annat innehåller vägledning om innehållet i dessa [38].

### *Exempel på innehåll i överenskommelserna*

Det finns idag många exempel på överenskommelser mellan kommuner och landsting. Nedan ges några exempel på områden som vanligtvis tas upp i överenskommelserna:

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

Många överenskommelser saknar tydligt fokus på målgrupper som missbrukare eller äldre med psykisk funktionsnedsättning [3].

En viktig faktor för att samverkan ska komma till stånd är att det finns resurser för detta [36]. Det är därför bra om överenskommelserna även innehåller information om hur samverkansåtgärderna ska finansieras.

### *Tips inför tecknande av överenskommelser*

Inför tecknandet av nya överenskommelser är det viktigt att både beakta behoven hos personer som blivit psykiskt funktionshindrade tidigt i livet och hos dem som blir det i högre ålder. Båda grupperna har sina specifika behov.

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

- Ansvar för personliga ombudsverksamheten. Se även Socialstyrelsens Meddelandeblad 14/2000 om verksamheter med personliga ombud. Meddelandebladet innehåller information som är av intresse inför uppbygganden av verksamhet med personliga ombud. Se också Meddelandeblad 5/2011 om statsbidrag till verksamheten med personliga ombud. Verksamheten med personliga ombud bygger på regeringens proposition 1993/94:218
- Ansvar för stöd till närstående. Se Meddelandeblad 5/2009 och Meddelandeblad från april 2010 med anledning av ändringen i SoL 5 kapitlet 10§ den 1 juli 2009, med krav på att kommunerna ska erbjuda stöd till

närstående som stödjer en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller funktionshindrad.

- Ansvar för grupper med särskilda behov av samverkan, däribland äldre med psykiska funktionsnedsättningar och personer med psykisk ohälsa och samtidigt missbruk.

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

## Inventering av personer med psykiska funktionshinder

Ett stöd i arbetet med att ta fram överenskommelser kan vara att huvudmännen, tillsammans eller var för sig, inventerar målgruppens omfattning, behov och insatser.

Enligt 5 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ska socialnämnden göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för bland annat människor med psykisk funktionsnedsättning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, 2 § är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Båda dessa uppdrag kräver kunskap om medborgarnas behov och hur väl dessa tillgodoses.

I Psykiatriutredningens betänkande ”Välfärd och valfrihet” (SOU 1992:73) angavs att det är viktigt att kommunerna i samverkan med landstinget kartlägger olika behov hos psykiskt funktionsnedsatta som underlag för den övergripande planeringen. Frågan togs också upp i betänkandet ”Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionsnedsatta” (SOU 2006:100). Där konstaterade regeringens särskilde utredare att inventeringen av målgruppen är en viktig del av huvudmännens arbete. Utan kunskap om gruppens omfattning och behov är det svårt att lokalt planera för verksamhetens omfattning och inriktning [39].

Socialstyrelsen har utvecklat ett instrument för att göra det möjligt för huvudmännen att inventera vilken livssituation vuxna med psykisk funktionsnedsättning har och hur väl deras behov tillgodoses [40]. Inventeringsinstrumentet är avsett för personer som har blivit funktionsnedsatta på grund av sin psykiska ohälsa.

Inventeringen kan göras av varje huvudman för sig eller tillsammans. Det är värdefullt om både landstingets och kommunens verksamheter har möjlighet att gemensamt inventera gruppen för att få kunskap om vilka insatser respektive huvudman ger, samt vilka utvecklingsområden som finns. Det kan även ge en ökad kunskap om målgruppens storlek, med tanke på att många enbart har insatser från den ena huvudmannen. På sikt kanske personerna kan behöva insatser även från den andra huvudmannen. I samband med inventeringen är det också viktigt att försöka nå dem som vårdas av anhöriga och ofta saknar regelbunden kontakt med psykiatri eller socialtjänsten.

Instrumentet består av ett antal frågor på en webbsida och rör de insatser som den enskilde personen har samt vilka behov denne har. Det är viktigt att sekretessfrågorna utreds och behandlas innan inventeringen påbörjas, för att belysa vilka möjligheter det finns att förhindra att personer dubbelregistreras. Den risken är stor om en person har insatser från flera kommunala verksamheter och landstingets specialistpsykiatri och primärvård. För att statistiken ska bli bra är det viktigt att dubbelregistreringarna minimeras. Socialstyrelsens rapport Sekretess- och tystnadspliktsgränser från 2012 kan vara ett stöd för att belysa sekretessfrågorna i samband med till exempel inventeringen [41].

Inventeringen kan vara ett värdefullt instrument för att på lokal nivå planera och utveckla den psykiatriska vården och den kommunala omsorgen.

# Det dagliga mötet

---

## Tillgänglighet

En viktig utgångspunkt i arbetet med äldre med psykisk ohälsa, är att utgå från deras situation och deras möjligheter att söka och ha kontakt med vården och omsorgen [24]. Detta är av betydelse även för de närstående. Det är värdefullt att tillgänglighetsfrågorna tas upp i samverkansdiskussioner både mellan huvudmännen och internt hos respektive huvudman. Exempel på angelägna frågor är:

- Hur lätt kan en äldre person med psykisk ohälsa nå biståndshandläggare, sitt vårdbiträde eller primärvården?
- Hur kan telefontiderna anpassas efter behoven hos äldre personer med psykisk ohälsa?
- När är dagverksamheterna öppna och finns det verksamheter som är särskilt anpassade för äldre personer med psykiska funktionshinder?
- Är boendestödsinsatser tillgängliga för äldre?
- Hur väl är äldreomsorgen anpassad för äldre med psykisk ohälsa?
- Förändras möjligheterna för äldre till vissa insatser riktade till personer med psykisk ohälsa i samband med inflyttning till särskilt boende?

Det är även bra att fundera på hur väl verksamheten är tillgänglig för anhöriga. Är det lätt att få kontakt med ansvariga tjänstemän? Kan anhöriga få stöd i form av handledning eller avlastning? Påverkar ersättningssystemen tillgängligheten?

## Kontinuitet

En viktig faktor för att skapa en god vård och omsorg för äldre personer med psykisk ohälsa är att det finns en kontinuitet i stödet till dem, förutsatt att detta stöd i övrigt är av god kvalitet och ges med rätt kompetens [24].

För äldre är det viktigt att inte behöva byta sjuksköterska eller vårdbiträde/undersköterska mer än nödvändigt. Skälen till att många äldre är i behov av kontinuitet i vården är att de har många och regelbundna kontakter med socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Många äldre använder flera olika läkemedel som kan ge biverkningar och detta upptäcks lättare om den äldre har kontakt med ett mindre antal personer. Även andra förändringar hos den äldre, som kan innebära behov av vård och omsorg, upptäcks lättare om det är en bra kontinuitet i vården. Dagliga rutiner som mat, läkemedel, promenader och kontakt med anhöriga kan underlättas om personalbytena minimeras.

Kontinuitet i kontakten och att skapa en förtroendefull relation till den äldre personen är en process som kan ta lång tid. Biståndsbesluten kan be-

höva anpassas i syfte att öka möjligheten till god kontinuitet och trygghet i vården och omsorgen om äldre personer med psykisk ohälsa [42].

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

- yrkesgrupper
- enheter
- nivåer
- verksamheter
- ansvarsområden
- funktioner
- vårdgivare [43, 44].

Ett brott i kontinuiteten av vården sker ofta när en person, som haft insatser från kommunens socialpsykiatri, blir 65 år. Då hänvisas den äldre istället till äldreomsorgen. I några kommuner köper äldreomsorgsförvaltningar boendestödsinsatser till personer över 65 år från den enhet som svarar för boendestödsinsatserna. Andra kan ha boendestödspersonal anställd inom äldreomsorgen. Det kan vara bra att ha med boendestödjaren i frågor som rör vården och omsorgen om den enskilde [45]. Boendestödjaren kan också ge stöd till personalen inom hemtjänsten och i särskilda boenden, så att den äldre personen med psykisk ohälsa ska få en individuellt anpassad vård- och omsorg.

## Bemanning

Bemanningen i olika verksamheter har betydelse för kontinuiteten. För att verksamhetsansvariga ska kunna bedöma bemanningsbehovet inom en verksamhet behöver de kunskap om verksamhetens uppdrag, brukarnas behov och personalens kompetens.

Ett stöd för att bedöma bemanningsbehovet inom äldreomsorgen kan vara Socialstyrelsens manual för att inventera brukarnas behov och insatser [40]. Inventeringens syfte är att ge ett underlag baserat på målgruppens storlek och behov, som kan användas för planering och utveckling av verksamheten. Inventeringarna kan, vid sidan av biståndsbedömningarna, ge ett stöd för att bedöma vilka yrkesgrupper/kompetenser som krävs för att utföra en bra äldreomsorg, inkluderande kommunal hälso- och sjukvård och socialpsykiatri. Det kan bland annat handla om hur många vårdbiträden och undersköterskor med grundutbildning som behövs och hur många av dessa som bör ha en vidareutbildning inom psykiatri eller geriatrik [46, 47, 49].

För att möta de äldres behov är det viktigt att bedöma hemtjänstenheternas, de särskilda boendenas och primärvårdens behov av sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, läkare, psykologer och psykiatriker samt hur många som bör ha en specialkompetens eller annan vidareutbildning inom geriatrik eller psykiatri. Inventeringen kan vara ett underlag för verksamhetens rekryterings- och utbildningsbehov.



## God man och förvaltare

Många personer med psykisk ohälsa har av tingsrätterna utsedda gode män eller förvaltare. En god man eller förvaltare kan ha till uppdrag att se till att en person får den omsorg och det stöd som han eller hon behöver och har rätt till enligt 12 kap. föräldrabalken (1949:381). I uppdraget som god man ingår dock inte att utföra uppgifter som åligger socialtjänsten eller hälso- och sjukvården [50].

## Samordning i vardagen

För att ge den äldre personen rätt stöd i vardagen behövs samordning på flera nivåer, mellan huvudmän, verksamheter och olika roller. Ofta behövs en samordningsresurs som kan komma från landsting eller kommunen.

Samordningsresursen kan vara ett vårdbiträde eller en undersköterska i rollen som kontaktperson. I andra fall kan det vara en sjuksköterska eller boendestödare som är samordnaren i rollen som fast vårdkontakt. Samordnaren kallas ibland för *care manager* eller en *case manager*, beroende på de befintliga rutinerna kring samverkan och verksamhetens organisation [49, 51].

En samordnare har tät kontakt med patienten efter det första läkarbesöket och följer patientens symtom, ger information om behandling och engagerar patienten i behandlingen. En samordnare ger också läkaren stöd genom att vara en länk till patienten, till exempel genom att ordna återbesök, kontakta patienter som avbrutit behandlingen och hjälpa till med remiss [51].

Syftet med en samordnare är att koordinera vården kring personer med psykiska funktionshinder så att de kan leva ett så självständigt liv som möjligt. En särskilt utsedd person har huvudansvaret för att den enskilde får adekvat vård och stöd, och är den samordnade funktionen för utredning, planering och kontroll av att adekvata insatser genomförs.

I bilaga 2 refereras några regionala och lokala utvecklingsinsatser för att förbättra samordningen i vardagen för äldre personer med psykisk ohälsa.

## Samordnad individuell plan

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

Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde och anhöriga ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det

är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det (2 kap. 7 § SoL och 3 f § HSL). Skyldigheten att upprätta den individuella planen gäller alla, inte enbart personer med psykiska funktionsnedsättningar. Skyldigheten gäller för både barn och vuxna och den är inte begränsad enbart till personer med stora och omfattande behov. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. Detta framgår av prop. 2008/09:193 s. 19-20.

Av planen ska det framgå

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för
- vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än landstinget och kommunen samt vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (2 kap. 7 § SoL och 3 f § HSL).

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

För att utveckla arbetet med den samordnade planeringen är det en fördel om det är ett gemensamt ansvar att följa upp och utvärdera de åtaganden som man har beslutat om, både för enskilda patienter och övergripande [38].

Utöver ansvaret för att genomföra en individuell plan har huvudmännen även ansvar för att genomföra en samordnad vårdplanering (SVPL) i samband med inskrivning och utskrivning av patienter i slutenvård. Mer information om samordnad vårdplanering finns i Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård SOSFS 2005:27.

### Fast vårdkontakt

Det finns möjligheter för patienter att få en fast vårdkontakt som har till uppgift att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (29 a § HSL). Patienten kan därmed få en tydligt utpekad person som koordinerar dennes 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 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 hans eller hennes 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 [43].

Mer information finns i Socialstyrelsens Meddelandeblad 9/2012.

## 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. 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, 33, 34, 51, 52]. Kontaktpersonens uppdrag liknar en fast vårdkontakt men fokus ligger i första hand på insatser inom äldreomsorgen.

## Ett ojämnt 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 [53, 54].

## De anhörigas betydelse

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 viktigt att personalen visar anhöriga ett bemötande som kännetecknas av öppenhet, respekt och vilja till samverkan [55, 56].

Kommunens skyldighet att ge stöd till anhöriga framgår av 5 kap. 10 § SoL. Arbetet med stöd till anhöriga ska omfatta socialtjänstens alla verksamheter. Syftet är att minska de anhörigas psykiska och fysiska belastning. För en del personer handlar det om att få hjälp med insatser som den närstående behöver, för andra handlar det om att de behöver få information eller utbildning av kommunen. För många handlar det också om att få stöd för egen del, exempelvis individuellt samtalsstöd eller möjlighet att träffa andra anhöriga. Det kan också handla om att få möjlighet till egen tid.

## 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 få uppleva att de själva, genom ökad kunskap, kan kontrollera sina symtom. För en person med psykossjukdom kan det sociala nätverket ha försämrats. Familjen kan vara den enda återstående kontakten och 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 [57].

# Olika stödinsatser

---

## Stöd i boendet

Många äldre personer behöver hjälp och stöd för att hantera konsekvenserna av en psykisk ohälsa. Utifrån det behovet kan i första hand kommunen erbjuda olika former av stöd i boendet. De vanligaste insatserna är hemtjänst, särskilt boende, boende i bostad med särskild service enligt LSS och boendestöd i det ordinära boendet. Hemtjänst och särskilt boende är insatser som berör många äldre personer. Det är därför viktigt att det finns förutsättningar för personalen att arbeta systematiskt för att kunna upptäcka och slå larm om förändringar hos den enskilde som kan vara tecken på psykisk ohälsa och se till att dessa åtgärdas med en kompetens som hemtjänst- och boendepersonalen saknar. Det behövs också förutsättningar för att kunna ge ett gott stöd i det dagliga livet utifrån de olika behoven hos äldre personer med psykisk ohälsa.

För att skapa ett utbud av stödinsatser som svarar mot brukarnas behov kan vissa insatser, som till exempel hemtjänsten, behöva utvecklas. En förstärkning av hemtjänstpersonalens kompetens för att möta äldre personer med psykiska funktionshinder kan bidra till att dessa inte behöver flytta till ett särskilt boende [58]. Ett annat sätt att förebygga att äldre med psykisk ohälsa måste flytta till särskilt boende kan vara att skapa speciella psykiatri-team för att hjälpa personalen att möta de äldres behov i hemmet [42]. Att erbjuda personer med psykisk ohälsa funktionsanpassade bostäder i närheten av ett särskilt boende kan göra det möjligt för dem att både ta del av servicen på det särskilda boendet och att leva ett mer självständigt liv i eget hem [59].

## 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.

## Boendestöd

Boendestöd är en biståndsinsats som kan beviljas som stöd i den dagliga livsföringen enligt 4 kap. 1 § SoL, till bland annat personer med psykiska funktionshinder med eget boende. Syftet med boendestödet kan vara att stödja den enskilde att klara av att sköta sin hygien, planera sin mathållning eller delta i fritidsaktiviteter. Boendestödarna har vanligen en mer omfatt-

tande utbildning i psykiatri än personalen i hemtjänsten, vilket gör att de har kompetens att möta människor med allvarliga psykiska funktionshinder.

Boendestöd ska beviljas utifrån den enskildes behov och inte efter ålder. Enligt Socialstyrelsens statistik är det cirka 1 600 personer som har boendestöd efter att de fyllt 65 år [60]. Flertalet av dessa är yngre än 75 år. Den enskildes behov av boendestöd upphör inte i och med att han eller hon fyllt 65 år. Behovet kan upphöra långt senare i och med att personen blir ännu mer funktionshindrad och därför inte längre har tillräcklig hjälp av de insatser som boendestödarna kan ge. För vissa kvarstår behovet av boendestöd långt efter 65-årsdagen.

När den äldres egna önskemål får vara vägledande ökar chanserna för ett bra resultat av boendestödsarbetet. Den äldre kan delta i planeringen av insatsen med hjälp av genomförandeplanen. Dessutom kan han eller hon själv vara delaktig och ges möjlighet att påverka utbudet av hjälp- och stödinsatser. För att kunna göra det behöver den äldre ha tillräcklig information om vilka insatser som har visat sig vara effektiva för personer med liknande problem och behov [61].

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 ska att biståndsinsatserna utformas efter den enskildes behov, 4 kap. 1 § SoL.

## 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.

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, något som kan ha varit orsaken till att personen flyttade till ett särskilt boende. Oro och nedstämdhet kan bero på personliga faktorer (ålder, demenssjukdom, smärta m.m.) men kan också vara ett resultat av den omsorg och den vårdande miljö den äldre erbjuds [42, 61]. Brist på kontinuitet i vården, att inte veta vem som kommer eller när, kan för vissa personer leda till oro eller ångest.

En stor del av de aktiviteter som erbjuds äldre på ett särskilt boende är kollektiva. Det kan vara exempelvis sång, bingo eller högläsning. Samtidigt visar studier att många äldre också gärna vill ha mer individuella insatser utifrån egna behov och önskemål, som egen tid med personalen eller ökade möjligheter att hålla kontakt med anhöriga [62]. Att öka möjligheterna till individuellt anpassade sociala insatser i särskilt boende är därför ett angeläget utvecklingsområde [63]. I det sammanhanget är det viktigt att inte glömma den enskildes rätt att ansöka om bistånd. Det är fullt möjligt att ansöka om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL för individuella sociala behov.

Det saknas idag forskning som visar om det är bra att ha särskilda boenden för personer med psykisk ohälsa eller om dessa bör integreras med personer med andra funktionshinder.

## Stöd för rehabilitering och egenvård

I arbetet med äldre personer som lider av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa är det viktigt att inte bara ge insatser utan att även försöka stärka den äldres egen förmåga att motverka psykisk ohälsa.

### Daglig sysselsättning

Flertalet personer som har ett psykiskt funktionshinder blir vid fyllda 65 år organisatoriskt överflyttade från den specialiserade socialpsykiatrin till den kommunala äldreomsorgen [60, 64]. 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 enligt SoL ansöka om och utreda möjligheten att ge insatser för att stödja den äldre att även efter 65-årsdagen få umgås med personer som 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 [55]. I flera delar av Sverige har vårdgivare startat ”patientskolor” som leds av vårdpersonal, ofta i samarbete med patientföreningar. Bland annat arbetar man enligt en modell för att involvera personer, som länge har levt med en långvarig eller kronisk sjukdom, i sin egen vård [65, 66].

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.

### Självhjälpsgrupper och sorgebearbetning

Att åldras innebär ofta att man drabbas av svåra förluster, förluster som man kan behöva hjälp och stöd för att hantera. En förlust som drabbar många är att ens närmaste make eller maka dör. Att sörja är något naturligt, men ofta kan man behöva stöd i sin sorg. Det är värdefullt om man inom både pri-

märvården och socialtjänsten har beredskap för att möta äldre som sörjer. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser erbjöds 2011 drygt hälften av anhöriga ett eftersamtal vid dödsfall [63].

Flera primärvårdsenheter har i dag team som erbjuder samtalsbehandling av en kurator eller psykolog för sörjande personer och landsting erbjuder självhjälpgrupper till personer som förlorat en livspartner eller på annat sätt drabbats av en svår förlust [11, 12]. Även olika religiösa samfund har sorggrupper.

## Förskrivning av kognitiva hjälpmedel

Kognitiva hjälpmedel hjälper till att kompensera för funktionsnedsättningar som exempelvis påverkar förmågan att planera vardagen. De kan ge stöd i vardagen och därmed öka tryggheten och självständigheten. Det kan i sin tur öka den äldres möjligheter till 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 [45].

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, till exempel en fickdator som kan fungera som minneshjälp och en hjälp att få struktur på vardagen. Mer information om kognitiva hjälpmedel finns på Hjälpmedelsinstitutets webbplats 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 att hälso- och sjukvården erbjuder rådgivande samtal kring bland annat fysisk aktivitet, med skriftlig ordination av fysisk aktivitet till patienter som har en otillräcklig fysisk aktivitet [67]. Studier visar att fysisk aktivitet är betydelsefullt för att uppnå en bra psykisk hälsa [68].

Motionerandet underlättas om det finns grönområden eller friskvårdsaktiviteter tillgängliga i den äldres närhet, till exempel på äldreboenden eller genom pensionärsorganisationer. Många kommuner har lagt in äldres fysiska aktivitet som en del av personalens arbetsuppgifter på särskilda boenden och schemalagt verksamheten utifrån detta. För att säkra att äldre med behov av fysisk aktivitet faktiskt får det, kan detta även ingå i biståndsbeslutet.

För att stimulera till fysisk aktivitet har kommuner utvecklat samarbeten med lokala gym om seniorstyrketräning eller byggt upp gym i anslutning till särskilda boenden som är tillgängliga för äldre med hemtjänstinsatser [69].



## Förebyggande hembesök

Äldre med psykisk ohälsa är en grupp som har högre dödlighet i olika folksjukdomar som cancer och diabetes. En orsak kan vara att djupt deprimerade personer kan ha bristande kunskap om sina rättigheter att få stöd och hjälp. Förebyggande hembesök kan vara ett verktyg för att kunna lämna information om socialtjänsten samt förmedla kontakt med hälso- och sjukvården om den enskilde så vill. Det kan även vara ett medel att informera om kommunens aktiviteter och att ge stöd för hälsosamma kost- och motionsvanor. Därutöver kan det vara ett komplement till Socialstyrelsens inventeringsinstrument (läs mer under Inventering av personer med psykiska funktionshinder) för att få en uppfattning om vilka insatser som enskilda brukare efterfrågar från samhället. Socialstyrelsen har gett ut en vägledning om brukarundersökningar inom psykiatrisk vård och omsorg [70].

För att ändra människors beteenden, exempelvis när det gäller matvanor, krävs dock oftast fler insatser än uppsökande verksamhet. Ett problem är att många tackar nej till hembesök och bland dessa finns troligen en del med allvarlig psykisk ohälsa [45]. Det är angeläget att hitta nya former för att nå äldre med psykisk ohälsa förutom hembesök, till exempel riktade informationsmöten på äldreboenden och vårdcentraler.

## Annat 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 [37, 71]. Mot den bakgrunden har verksamheter utvecklats innehåll 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 balansövningar/basal kroppskännedom, samtal i grupp, föreläsningar/samtal om psykisk ohälsa eller åldrandet 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 [42, 72].

### 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, boendestöd-

jare 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 [42, 72].

# Utvecklad kompetens

---

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

En viktig grund för ett bra omhändertagande i socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård är att personalen har kompetens kring psykisk ohälsa. Det ökar möjligheten att tidigt uppmärksamma äldre som lider av eller riskerar att lida av psykisk ohälsa. Det ökar även möjligheten för personalen att ta de kontakter med andra verksamheter som krävs för att minska ohälsan.

Det är även viktigt att utveckla och behålla kompetens för samverkan och samordning i vardagen inom de verksamheter som möter äldre personer med psykisk ohälsa.

## Behov av kompetensutveckling inom socialtjänsten

För att socialtjänsten ska ha möjligheter att både kunna ge en bra vård- och omsorg till äldre med psykisk ohälsa och att kunna uppmärksamma deras behov av hälso- och sjukvård krävs personal med god kompetens.

Socialstyrelsen publicerade 2011 allmänna råd om vilka grundläggande kunskaper som personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12) behöver. I det allmänna rådet anges att de som arbetar närmast den äldre personen bör ha kunskap om att åldras och att förlora exempelvis anhöriga och fysiska funktioner och hur det kan påverka den psykiska hälsan.

Socialstyrelsen har även gett ut en vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen 2012 [73]. I den vägledningen berörs särskilt vilken kunskap som kan behövas för specialiserade arbetsuppgifter rörande psykisk sjukdom för äldre. Syftet med vägledningen är att stimulera till kompetensutveckling inom äldreomsorgen och då inte minst inom området psykisk ohälsa och sjukdom.

Idag är merparten av kommunernas psykiatriska resurser koncentrerade till socialpsykiatri, bestående av vidareutbildade sjuksköterskor i psykiatri och boendestödare med till exempel en skötarutbildning i botten. Insatserna från den kommunala socialpsykiatri är oftast riktade till personer under 65 år [60]. Det innebär att många äldre inte får vård och omsorg av personal som är utbildad inom psykiatri, eftersom en stor del av hemtjänstens personal saknar denna kompetens. De som har en utbildning i psykiatri saknar ofta fördjupade kunskaper om äldre med psykisk ohälsa.

Utöver att vårdbiträden och undersköterskor erbjuds kortare utbildningar, kan detta kompletteras med att någon i arbetslaget erbjuds en fördjupad utbildning i psykiatri. Inom socialtjänsten är det värdefullt om det finns per-

soner med en fördjupad kompetens som ges möjlighet att samordna arbetet kring äldre med psykisk ohälsa och att implementera ett socialpsykiatriskt arbetssätt som bygger på evidensbaserad kunskap [73]. Alternativt att man ger flera personer en vidareutbildning i psykiatri och att dessa kan ingå i team för att ge ett socialpsykiatriskt stöd till personalen i socialtjänsten [42, 72]. Ytterligare en alternativ lösning kan vara att stärka de demensteam som finns i kommunerna genom att några även har vidareutbildning inom psykiatri.

## Adekvat kompetens inom primärvården

För att kunna möta äldres behov av psykiatrisk vård och omsorg inom primärvården är det viktigt att personalen har en adekvat kompetens för uppdraget. Det kan vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre individer som inte sällan har flera andra samtidiga sjukdomar. Sjukdomsbilden hos äldre är ofta annorlunda än hos yngre och symtom på psykisk ohälsa är ofta mer diffusa och misstolkas ofta som uttryck för somatisk sjukdom. Ett tydligt exempel på detta är att bland de äldre som begår självmord har åtminstone 70 procent sökt sjukvård en månad innan dödsfallet, och mer än var tredje den senaste veckan innan självmordet genomfördes [74].

Det räcker inte med att genomföra kortare utbildningar i ämnet eller kring Socialstyrelsens riktlinjer för att stärka primärvårdens kompetens inom området psykisk ohälsa bland äldre. En kortare utbildning påverkar sällan läkarnas diagnostiska eller kommunikativa förmåga. Det är därför värdefullt att förstärka primärvårdsorganisationen med en för uppgiften speciellt tränad yrkesperson. Det kan till exempel vara en sjuksköterska som arbetar som samordnare med ansvar för stöd och kontinuerlig kontakt med patienter med depression och andra uppgifter, exempelvis utbildning av annan primärvårdspersonal [51].

För att primärvården ska kunna ge ett kvalificerat stöd till äldre med psykisk ohälsa behöver den ha tillgång till konsultstöd i form av till exempel psykoterapeuter och psykologer som kan kunna erbjuda KBT-behandling och annan psykoterapi. Primärvården bör även ha möjlighet att konsultera specialistläkare i geriatrik eller äldrepsykiatri när behov finns.

För att kunna stärka och ta vara på den enskilde äldres egna resurser behöver det finnas tillgång till paramedicinsk kompetens för att till exempel kunna skriva ut kognitiva hjälpmedel och genomföra träning i grupp eller individuellt [75].

# Uppföljning och utvärdering

---

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) [32] ställer i 5 kap. 2 § krav på att vårdgivare och de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Det innebär att ansvarig nämnd och vårdgivare ska ha en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Därutöver har alltid den beslutande nämnden 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. Biståndshandläggare som beslutar om insatser på särskilt boende och i hemtjänsten ska därför regelbundet följa upp att den enskilde får sina beviljade insatser och att de beviljade insatserna motsvarar de behov den enskilde har. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:12) om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilt boende ställs också krav på uppföljning. Enligt 3 kap 5 § SOSFS 2012:12 ska socialnämnden regelbundet följa upp det eller de hemtjänstinsatser som har fattats för en person med demenssjukdom som bor på särskilt boende. Föreskriften och allmänna rådet kommer att träda i kraft från och med den 1 januari 2015.

Uppföljning och utvärdering kan ge vinster i form av effektivare insatser och behandlingar genom att synliggöra vilka insatser som fungerar respektive inte fungerar. Genom att regelbundet följa upp och utvärdera insatser och behandlingar kan primärvården, socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården ta ställning till eventuella byten eller tillägg av åtgärder, samt vid behov ompröva dessa. Detta ger bättre förutsättningar för att rätt vård och omsorg ges vid rätt tillfälle, och att insatser och behandlingar varken blir för omfattande eller för begränsade. Att systematiskt följa upp och utvärdera insatser är också en av hörnstenarna i en evidensbaserad praktik.

Det är viktigt att huvudmän och verksamheter också följer upp den samverkan och samordning som de bedriver. Gemensamma eller gemensamt överenskomna mål kan användas för bedömningar av om det finns tillräckliga förutsättningar för samverkan och om samverkan och samordning fungerar utifrån behoven hos äldre personer med psykisk ohälsa. I det sammanhanget är det möjligt att även belysa hur regionala och lokala styrmedel, exempelvis ersättningssystem, påverkar arbetet med samverkan och samordning samt möjligheterna för öppna verksamheter att konsultera specialister i äldres psykiska hälsa.

## Äldres behov i centrum

Det är viktigt att biståndshandläggarna som beslutar om insatser på särskilt boende och i hemtjänsten regelbundet följer upp om de beviljade insatserna motsvarar de behov den enskilde har. Sådana uppföljningar är en del av ett systematiskt kvalitetsarbete och kan ge underlag till beslut och insatser som är bättre anpassade till den enskilde individens behov.

Det finns särskilda krav på uppföljning av beslutade hemtjänststimmar för personer med demenssjukdom som bor i särskilt boende i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilt boende (SOSFS 2012:12) [48].

Socialstyrelsen har under 2013 påbörjat en utbildningsserie kring att både stärka biståndshandläggarnas yrkesroll och att 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* [54]. 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).

Studier visar att biståndshandläggarna inte alltid uppmärksammar äldres sociala, psykiska och existentiella behov i biståndsutredningar. För att lyfta fram den enskildes behov av hemtjänst eller särskilt boende har Socialstyrelsen utvecklat ett instrument kallat Behov av stöd (BAS) [76].

För att både implementera ny kunskap och följa upp och utvärdera insatser förutsätts ett bra IT-stöd. Socialstyrelsen och SKL påtalade 2011 i en gemensam rapport om evidensbaserad praktik att ”flertalet kommuner behöver räkna med att avsätta betydande resurser för att utveckla och implementera ändamålsenligt IT-stöd till verksamhetsuppföljningen” [77].

En allt större del av kommunernas socialtjänst bedrivs idag av externa utförare. Det innebär att kärnan i kommunernas socialtjänst blir myndighetsfunktionen (biståndshandläggningen) tillsammans med en beställningsfunktion. Det ställer ännu större krav på transparenta uppföljningssystem på aggregerad nivå, som tillämpas likartat hos alla utförare [77].

## Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar är ett instrument för uppföljning inom hälso- och sjukvården, inte minst för att äldre personer med psykisk ohälsa ska få god vård. I dag uppskattas 10–30 procent av alla akuta inläggningar av äldre på sjukhus bero på läkemedelsbiverkningar [78].

Sedan den 1 september 2012 ska vårdgivare erbjuda vissa patienter läkemedelsgenomgångar. Nedan redogörs för vissa krav som gäller för läkemedelsgenomgångar. Patienter som är 75 år eller äldre, och som är ordinerade fem eller fler läkemedel, ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång vid besök hos läkare i öppenvård, inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård och inflyttning i sådan boendeform som omfattas av 18 § HSL. Det framgår av 3 a kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

Skyldigheten att erbjuda läkemedelsgenomgångar gäller för de vårdgivare som i sin verksamhet har anställda läkare eller läkare som arbetar där på uppdrag eller annan liknande grund. Enligt 3 a kap. 4 § SOSFS 2000:1 ska vårdgivaren även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem, eller patienter som misstänks ha sådana problem, en enkel läkemedelsgenomgång.

Ett underlag till läkemedelsgenomgångarna kan vara att sjuksköterskor besöker äldre och går igenom läkemedlen enligt en standardiserad modell. Vid besöket går man igenom vilka läkemedel den äldre har och varför, vilka läkare som är involverade, om läkemedelsanvändningen är säker samt om det kan finnas ett misstänkt missbruk.

Läs också gärna Socialstyrelsens *Vägledning om läkemedelsgenomgångar för äldre och multisjuka* [79].

# 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. Dödsorsaker 2010. Socialstyrelsen; 2011
10. Befolkningsstatistik: Folkmängd efter ålder och kön. År 2009–2110. Statistiska centralbyrån; 2010.
11. Grimsby. A: Sorg och efterlevandestöd Erfarenheter från Änkeprojektet vid Sahlgrenska i Göteborg. Vårdalinstitutet; 2007.
12. Grimsby A. Sorg och stöd bland äldre. Kunskapsöversikt och rekommendationer. Sveriges Pensionärsförbund (SPF); 2002.
13. Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre 2012. Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
14. Rinkeby Äldrecentrum. Mötesplats för äldre i Rinkeby. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum; 2006. Rapport 2006:11.
15. Teckenspråk är ett modersmål bland andra. Tidskriften Äldre i centrum 2007;(3).
16. Det dubbla utanförskapet. Mångfald och sexuell läggning bland äldre. Socialstyrelsen; 2008.
17. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
18. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
19. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
20. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011.
21. Handikappomsorg – lägesrapport 2006. Socialstyrelsen; 2007.



22. Att nå personer med psykisk ohälsa – Uppsökande och informerande verksamhet. Socialstyrelsen; 2012.
23. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2010.
24. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen; 2010.
25. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Socialstyrelsen; 2013.
26. Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre – en kunskapssammanställning. Socialstyrelsen; 2009.
27. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
28. Ojämn villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
29. Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
30. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
31. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Socialstyrelsen; 2013
32. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen; 2012.
33. Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3). Socialstyrelsen; 2012.
34. Äldreomsorgens nationella värdegrund – vad innebär den för dig? Socialstyrelsen; 2012
35. Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2012. Meddelandeblad 3/2012.
36. Samverkan för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer. Socialstyrelsen; 2013.
37. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre – Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Socialstyrelsen; 2011.
38. Överenskommelser om samarbete Socialstyrelsen; 2010. Meddelandeblad 1/2010.
39. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100).
40. Att inventera behov. Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2012.
41. Sekretess- och tystnadspliktsgränser. I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2012.
42. Det måste få ta tid. Metoder och synsätt i patientarbetet vid Äldrepsykiatriska teamet, Södra Älvsborgs Sjukhus Borås. Socialstyrelsen & FoU Sjuhärad; 2013.

43. Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning Socialstyrelsen; 2012. Meddelandeblad 9/2012.
44. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen; 2012.
45. Det är mitt hem – vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2011.
46. Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12). Socialstyrelsen; 2011.
47. Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2011. Meddelandeblad 10/2011.
48. Nya föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden. Socialstyrelsen; 2012. Meddelandeblad 8/2012.
49. Effekter av individuell samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre – en systematisk översikt. Socialstyrelsen; 2013.
50. von Scheele E, Wallgren J. Överförmyndarpraktika, en praktisk vägledning för överförmyndaren. Norstedt; 2012.
51. Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012.
52. Handbok om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen; 2011.
53. Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri – en kartläggning av forskning och praktik. Socialstyrelsen; 2012.
54. Äldres behov i centrum – Vägledning för behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF. Socialstyrelsen; 2013.
55. Rolfner Suvanto S. Mellan äldreomsorg och psykiatri: om bemötande av äldre med psykisk ohälsa. Gothia; 2012.
56. Ewertzon M. Familjemedlem till person med psykossjukdom Bemötande och utanförskap i psykiatrisk vård. Örebro universitet; 2012
57. Konfusion. I: Äldre psykiatri, kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Sparring Björkstén K, Karlsson I red. Gothia; 2013.
58. Trygga Möten. Bemötande av äldre personer med psykisk funktionsnedsättning. Rapport till Socialstyrelsen. FoU Nu; 2012.
59. Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa. Utvärdering inför beslut gällande förbättringar och utvecklingen av vården för äldre med psykisk ohälsa. Linköpings kommun; 2013.
60. Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012 – Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen; 2013.

61. Det är mitt hem – vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2011.
62. Cohen-Mansfield J, et al.m.fl. No pharmacological treatment of agitation: A controlled trial of systematic individualized intervention. *Journal of Gerontology* 2007;62A(8):908–916.
63. Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2011.
64. Bostad med särskild service och daglig verksamhet. En forskningsöversikt. Socialstyrelsen; 2011
65. Region Skåne. Utvärdering av Patientforum i Lunds patientutbildningar. *Vård i Norden* 2011;(2).
66. Arbeidsmåten i lærings- og mestringssentrene. Standard metode 2011-versjon. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring; 2011. Hämtad 2013-09-08 från [http://mestring.no/wp-content/uploads/2012/12/Standard\\_metode\\_2011.pdf](http://mestring.no/wp-content/uploads/2012/12/Standard_metode_2011.pdf)
67. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011.
68. Samhällsplanering för ett aktivt liv – fysisk aktivitet, byggd, miljö och folkhälsa. Statens folkhälsoinstitut; 2008.
69. Redovisning av 2007–2009 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. Socialstyrelsen; 2010.
70. Min syn på psykiatrisk vård, stöd och omsorg. Vägledning för att genomföra brukarundersökningar. Socialstyrelsen; 2013.
71. Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom. Socialstyrelsen och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS); 2006.
72. Westring Nordh M. Närhetsprincipen skapar trygghet. Utvärdering av psykiatriteamet i Borgholms kommun. FoU Fokus Kalmar län; 2012
73. Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen; 2012.
74. Larsson Å, Rundgren M. Geriatriska sjukdomar. Studentlitteratur; 2010
75. Kognitiva hjälpmedel. Hämtad 2013-09-08 från <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Hjalpmedel/Sidor/Kognitiva-hjalpmedel.aspx>
76. Den äldres röst – Instrument med nationellt fackspråk för Behov Av Stöd (BAS). Socialstyrelsen; 2013.
77. På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen. Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
78. Läkemedel augusti 2012. Socialstyrelsen; 2012. *Patientsäkerhet* 2012:9.
79. Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel. En vägledning för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2013.

# 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.

## Bilaga 2. Samordning i vardagen – exempel på lokalt utvecklingsarbete

---

Flera projekt och andra utvecklingsinsatser pågår regionalt och lokalt för att förbättra samordningen i vardagen för äldre personer med psykisk ohälsa:

- *Samordnat kontaktmannaskap* är en utveckling av samordnad individuell plan som utvecklats av Landstinget i Jönköpings län. Kommuner och landsting ska erbjuda den enskilde och dennes närstående en professionell kontakt för samordning av insatser givna av kommun och landsting. Kontaktmannaskapet ska bygga på kontinuitet och god tillgänglighet. Kontaktpersonens uppdrag är att förtydliga kommunikation mellan olika verksamheter och professioner samt underlätta att korrekt information ges till berörda. Syftet med modellen är att utveckla samarbetet och samverkansformerna inom och mellan huvudmännen, men framför allt att stärka individens möjlighet till återhämtning efter insjuknande i en psykisk sjukdom [1]. Modellen är en formaliserad modell för case manager över huvudmannagränser.
- *Resursgruppsarbete enligt ACT-modellen* (Assertive Community Treatment) innebär att alla viktiga personer kring den äldre person som har psykisk ohälsa bidrar med sin del utifrån ett helhetsperspektiv. Det kan vara exempelvis anhöriga, kontaktperson och sjuksköterska. Socialstyrelsen rekommenderar ACT-modellen vid insatser för personer med schizofreni och liknande tillstånd. I ett projekt som syftar till att ta fram en modell för samverkan kring den äldre personen har ACT-modellen lyfts fram som ett komplement till en samordnad individuell vårdplan utifrån den äldre personens behov och vid komplexa tillstånd [2, 3].
- I Västra Götalandsregionen har befattningar som *äldresjuksköterskor* inrättats med uppgifter liknande *care manager* för de mest sjuka äldre, inklusive de som har psykisk ohälsa. Utgångspunkten i deras arbete är att skapa en relation till de äldre och stödja den enskilde i sin egenvård, men även säkra den medicinska kvaliteten [4].

### Referenser

1. Samordnat kontaktmannaskap. Arbetsmodell för Arbetsmodell för samordning av insatser för personer med psykiska funktionshinder. Landstinget Jönköping, Jönköpings kommun, Habo kommun och Mullsjö kommun; 2010.
2. Psykisk ohälsa hos äldre. En kartläggning och analys av samverkan mellan huvudmännen. Socialstyrelsen; 2011.
3. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom Socialstyrelsen; 2010.
4. Äldresjuksköterska i primärvården. Västra Götalandsregionen; 2008.