

EN OSYNLIG GRUPP

BOENDESTÖD FÖR ÄLDRE MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER

KRISTINA LARSSON

ANNA-KARIN BERGER

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007:12
ISSN 1401-5129



FÖRORD

Denna rapport handlar om en osynlig grupp - äldre som drabbats av långvariga psykiska funktionshinder. Trots att psykisk ohälsa uppmärksammats de senaste åren har de äldre varit märkligt frånvarande i debatten. Inom ramen för den nationella psykiatrisamordningen har man nu lyft fram de äldre när det gäller deras behov av boendestöd. Som ett led i att skapa mer kunskap om denna grupp har Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum fått uppdraget att beskriva förekomsten av långvariga psykiska funktionshinder, uppskatta behovet av boendestöd och ge exempel på hur boendestöd kan utformas. I rapporten beskrivs ett antal verksamheter runt om i landet som verkar ”boendestödjande” både i det ordinära bostadsbeståndet och i särskilt boende.

Rapporten har författats av fil.dr. Kristina Larsson och med.dr. Anna-Karin Berger. Linda Wikman, praktikant från Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet, har deltagit i arbetet. Kunskapsöversikten har finansierats av kansliet för Nationell psykiatrisamordning genom Växjö Universitet.

Rapporten visar att det finns stora kunskapsbrister kring vilket stöd äldre med psykisk funktionsnedsättning får, exempelvis hur vanligt det är att boendestöd ges och hur detta är utformat. Bakom kunskapsbristerna tyder allt på att det också finns faktiska brister i det stöd som ges från äldreomsorg och hälso- och sjukvård, och inte minst brister i samordningen mellan de båda huvudmännen. Rapportens syfte är att ge ett underlag för fortsatt forskning och utveckling.

Stockholm 2007-05-25

Sven Erik Wånell
Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	3
PSYKIATRIREFORMEN	4
PSYKIATRIREFORMEN OCH DE ÄLDRE	4
FÖREKOMST AV PSYKISK SJUKDOM I DEN ÄLDRE BEFOLKNINGEN	5
<i>Depression</i>	6
<i>Manodepressiv sjukdom</i>	6
<i>Ångestsjukdom</i>	6
<i>Psykosjukdomar</i>	7
<i>Missbruk</i>	7
BOENDESTÖD FÖR ÄLDRE MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER...8	
SPECIALISERING ELLER EJ?	9
<i>Vilken arbetsmodell var bäst?</i>	10
BOENDESTÖD I ORDINÄRT BOENDE..... 11	
SOCIALPSYKIATRISKA ÄLDRETEAMET PÅ LIDINGÖ	11
HEMSTÖDSGRUPPEN PÅ KUNGSHOLMEN OCH ESSINGEÖARNA.....	13
DAGVERKSAMHETEN MIMER	14
SÄRSKILT BOENDE FÖR PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER..... 16	
LAGUNENS ÄLDREBOENDE I KARLSKRONA.....	16
LILLEKÄRRS ÄLDREBOENDE I GÖTEBORG	18
ÄLDREBOENDE PÅ SKARPNÄCKSGÅRDEN I STOCKHOLM	19
EN SAMVERKAN SOM FUNGERAR	22
BOENDESTÖD I SKELLEFTEÅ	22
DISKUSSION OCH ÖNSKEMÅL INFÖR FRAMTIDEN	24
FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGAR.....	26
FÖRSLAG TILL FORTSATT STUDIER/FORSKNING	28
REFERENSER.....	30

SAMMANFATTNING

Psykisk ohälsa hos den äldre befolkningen är ett betydande folkhälsoproblem. Befolkningsbaserade studier beräknar att ca 30 procent i åldersgruppen över 70 år har en psykisk sjukdom av lättare eller svårare grad. Under den närmaste tioårsperioden väntas antalet personer som är 65 år eller äldre öka med 373 000; en ökning med 23 procent. Det innebär också att antalet äldre med psykisk sjukdom eller ohälsa ökar. En del av dem kommer att vara i behov av boendestöd i någon form, antingen som en särskild insats i hemmet och/eller dagverksamhet, eller i form av ordinarie äldreomsorg som därmed måste utformas på ett sätt som är lämpligt för psykiskt funktionshindrade.

Det finns för närvarande ingen statistik på hur många äldre personer som är beviljade bistånd i form av boendestöd. Begreppet boendestöd verkar dock framför allt förknippas med personer i yrkesverksam ålder medan äldre personer huvudsakligen får hjälp via hemtjänsten. Inom kommunernas hemtjänst har det dock varit svårt att hitta exempel på verksamheter som är direkt avsedda för äldre psykiskt funktionshindrade personer. De blir några i mängden bland andra äldre med olika typer av vårdbehov. Det är dock uppenbart att behoven är stora både vad gäller särskilt boende för psykiskt funktionshindrade personer, inklusive äldre missbrukare, som inte klarar ett eget boende samt av riktade hemtjänstinsatser och dagvård för dem som bor i det ordinära bostadsbeståndet. Minskningen av antalet bostäder i särskilt boende, framför allt servicehus, har gjort att det numera krävs mycket omfattande fysiska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar för att bli beviljad särskilt boende. Äldre med depression eller ångestsjukdom hade tidigare större möjlighet att flytta till servicehus, även utan omfattande omsorgsbehov i övrigt. När servicehusen avvecklas, samtidigt som kommunerna blir alltmer restriktiva med att anordna dagverksamheter, riskerar denna grupp att bli socialt isolerad. Behovet av boendestöd till äldre personer med psykiska funktionshinder som bor i eget hem kan därför beräknas öka.

I denna rapport ges exempel på några verksamheter som fungerar som boendestöd för äldre personer med psykiska funktionshinder, både i det vanliga bostadsbeståndet och i särskilt boende. Rapporten avslutas med förslag till förbättringar för äldre med psykiska funktionshinder samt förslag till studier som kan ge mer kunskap om behov av boendestöd i den äldre befolkningen.

INLEDNING

Personer med långvariga psykiska funktionshinder finns i alla åldersgrupper. Trots det är *äldre* personer med sådan problematik i stort sett frånvarande från den allmänna diskussionen om de psykiskt sjuka. Med denna rapport vill vi förskjuta fokus i riktning mot vård och omsorg för äldre och syftet är att:

- beskriva förekomst av långvariga psykiska funktionshinder i befolkningen som är 65 år eller äldre (med undantag för utvecklingsstörning respektive demenssjukdom),
- uppskatta behovet av boendestöd för denna grupp, både i ”vanliga” bostäder och i särskilt boende,
- ge exempel på hur boendestöd för äldre personer utformats i olika verksamheter, både i ordinärt och i särskilt boende.

Denna rapport har utarbetats av fil. dr *Kristina Larsson* och med. dr. *Anna-Karin Berger* vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *Linda Wikman*, praktikant från Socialhögskolan i Stockholm, har också deltagit i arbetet. Rapporten har skrivits på uppdrag av universitetslektor David Brunt vid Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö universitet. Rapporten ingår i Boendeprojektet, ett riktat projekt inom ramen för kansliet för Nationell psykiatrisamordning.

Som inledning på utredningsuppdraget ordnades i slutet av januari 2007 en hearing med experter på äldrepsykiatri och representanter för verksamheter som arbetar med boendestöd till äldre med psykiska funktionshinder. De som deltog vid mötet, eller som senare lämnat underlag till rapporten, är:

- *Per Allard* - överläkare vid Äldrepsykiatriska enheten, psykiatriska kliniken i Umeå
- *Anders Annell* – psykiatrisk konsult vid Skarpnäcksgården i Stockholm, tidigare socialläkare
- *Eva Bergstam* – verksam vid Mimers dagverksamhet i Norrmalms stadsdelsförvaltning i Stockholm
- *David Brunt* – universitetslektor vid Växjö universitet
- *Arja Hellborg* – enhetschef för hemstödsgrupp för psykiskt funktionshindrade i Kungsholmens stadsdelsförvaltning i Stockholm
- *Rita Kihlström* – enhetschef för Lagunens äldreboende i Karlskrona
- *Karin Melander* – psykiatrisamordnare i Skellefteå kommun och kontaktperson mellan socialtjänst och psykiatri
- *Märtha Vagge* – områdeschef för den socialpsykiatriska verksamheten i Lidingö stad
- *Marie Westerlund* – kvalitetssamordnare på Lillekärrs äldreboende i Hisings Kärra, Göteborg.

PSYKIATRIREFORMEN

1995 års psykiatrireform tillkom för att förbättra livsvillkoren för de psykiskt funktionshindrade. Reformen ska ses mot bakgrund av de stora förändringarna under 1960- och 1970-talen i synen på psykisk sjukdom och hur den skulle behandlas. I snabb takt skedde en omstrukturering av den psykiatriska vården från slutenvård på mentalsjukhus och psykiatrisk klinik till öppenvårdsinsatser; totalt försvann omkring 30 000 vårdplatser under några decennier [1]. Den nya psykiatrin betoning på vård i öppna former visade sig attrahera nya grupper i befolkningen. De som tidigare betraktats som psykiatrin kärngrupp, personer med allvarliga psykiska funktionshinder framför allt beroende på psykostillstånd, hävdade sig sämre i konkurrensen om de knappa resurserna.

I slutet av 1980-talet uppmärksammade regeringen bristerna i vården av de långvarigt psykiskt funktionshindrade. Man tillsatte en särskilt utredare (dir. 1989:22) vare uppdrag senare övergick till en parlamentarisk kommitté, den så kallade *Psykiatriutredningen*. Uppdraget var att föreslå åtgärder för att förbättra de psykiskt stördas livssituation när det gällde exempelvis behov av bostäder, kvalificerat stöd i öppenvård samt insatser för en aktiv och meningsfull fritid. Psykiatriutredningen fann att resurserna till de psykiskt störda i många fall utnyttjades dåligt och att det fanns stora brister i samordning mellan olika samhälleliga aktörer [2]. I regeringens proposition ”Psykiskt stördas villkor” betonades kommunernas ansvar för personer med psykiska funktionshinder, bland annat för att inrätta bostäder med särskilt service och att ordna daglig sysselsättning för dem som till följd av psykiska svårigheter behövde ett sådant stöd [3].

När psykiatrireformen trädde i kraft innebar den en förskjutning av ansvaret för långvarigt psykiskt sjuka från landstingens sjukvård till kommunernas socialtjänst. Efter 1995 ansvarar sjukvården för aktiv psykiatrisk vård och specialistinsatser medan övrig vård, boende och service är kommunernas uppgift. Psykiatrireformen innebar inte någon förändring av den specialiserade psykiatrin, men förutsatte att den skulle anpassa sitt sätt att arbeta för att kunna ge stöd till kommunerna.

Psykiatrireformen och de äldre

I direktivet till den ovan nämnda kommittén ”Utredning om service, stöd och vård till psykiskt störda” (dir. 1989:22) framhöll man att äldre personer var en dominerande grupp bland patienterna i den slutna psykiatriska vården; ungefär hälften av samtliga vårdplatser var belagda av personer som var 65 år eller däröver. Det ökande antalet mycket gamla kunde därmed förväntas ställa krav på ökade insatser från den psykiatriska vården.

Vid uppföljningar av psykiatrireformen visade det sig att endast en sjättedel av de 40 000 till 46 000 personer som var kända av socialtjänsten eller psykiatrin var 65 år eller äldre [4]. Det var alltså endast en liten del av den äldre befolkningen med

psykisk ohälsa som hade kontakt med socialtjänsten eller psykiatrin. Det är dock oklart i vilken utsträckning äldreomsorgens hjälptagare ingick i socialtjänstens inventering.

Även inom den psykiatriska vården som helhet verkade det som om äldre personer var underrepresenterade. Vid en endagsinventering av alla patientbesök i psykiatrisk öppenvård 1997 var endast 10 procent av patienterna 65 år eller äldre, en betydligt lägre andel än vad som kunde förväntas med hänsyn till deras andel av befolkningen [5].

I uppföljningen av psykiatrireformen konstaterade Socialstyrelsen att samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården fungerat mindre bra för några grupper, en av dem var äldre personer med långvariga psykiska funktionsnedsättningar. Äldre personer hade dock inte belysts närmare i utvärderingen och Socialstyrelsen ansåg att denna grupp skulle behöva studeras mer i framtiden [1]. Initiativet att uppmärksamma behovet av boendestöd för äldre personer, inom ramen för kansliet för Nationell psykiatrisamordning, kanske kan ses som ett första steg för att sätta denna grupps behov på agendan.

Förekomst av psykisk sjukdom i den äldre befolkningen

Psykisk sjukdom är ett folkhälsoproblem som beräknas drabba varannan person någon gång i livet [6]. Bland äldre personer är psykisk sjukdom vanligt förekommande. Den befolkningsbaserade H70-studien i Göteborg av personer som var 70 år och äldre fann att ca 30 procent hade en psykisk sjukdom av lättare eller svårare grad [7]. Omräknat till hela befolkningen motsvarar detta ca 450 000 till 500 000 personer över 70 år. Att siffran är så hög beror på att en hel befolkning undersöktes, man inkluderade alltså inte enbart personer som sökt vård för sina psykiska besvär.

Flera befolkningsstudier har visat att det finns ett stort mörkertal av äldre individer med odiagnostiserade psykiska sjukdomar [7,8]. En förklaring till detta är att äldre personer med psykiska besvär inte söker hjälp för sina problem i samma utsträckning som yngre vuxna [9,10]. En annan förklaring kan vara att samhället inte ställer samma krav på äldre personer som på yngre vilka förväntas arbeta och fungera i samhället.

En svårighet när det gäller att beräkna förekomst av psykisk sjukdom hos äldre är att depression, ångest, psykotiska symtom och personlighetsförändringar kan vara tidiga tecken på en begynnande demens, snarare än på en psykisk sjukdom [11-13]. Det omvända kan också förekomma, det vill säga att psykisk sjukdom hos äldre som psykoser, schizofreni och depression förväxlas med demens, eftersom dessa sjukdomar ger kognitiva funktionsnedsättningar som minnesproblem och svårigheter med rums- och tidsuppfattning [14,15].

De stora huvudgrupperna av psykiska sjukdomar är djup depression, manodepressiv sjukdom, ångesttillstånd och psykos/schizofreni. Samtliga dessa sjukdomar kan medföra behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Depression

Depression är den vanligast förekommande psykiska sjukdomen i befolkningen. Studier har visat att cirka 10 - 15 procent av dem som är 65 år eller äldre lider av någon form av depressiv sjukdom [16-18]; ca 5 procent av befolkningen i samma åldersgrupp har en djup depression [19-21]. Detta motsvarar ca 150 000 till 235 000 äldre personer med depressiv sjukdom och av dem lider ca 75 000 av en djup depression.

Hos äldre personer är depressionerna oftare mer långdragna än hos yngre. En djup depression kännetecknas inte bara av nedstämdhet utan även av minskat intresse och engagemang i det dagliga livet. Andra symtom kan vara mindervärdes känslor, pessimism, dålig uthållighet/ork, sömn- och koncentrationsproblem och minskad aptit. Detta påverkar den äldres möjlighet att leva ett självständigt liv. Hos äldre personer förekommer också ofta kroppsliga symtom som uttryck för depressionen, exempelvis diffus smärta/värk eller problem med magen, vilket gör att sjukdomen kan vara svår att upptäcka. Äldre deprimerade personer har ofta stora behov av hjälp och stöd från både anhöriga och samhället.

Manodepressiv sjukdom

Manodepressiv sjukdom innebär en växling mellan episoder av depression och maniska tillstånd. I det maniska tillståndet saknar personen ofta sjukdomsinsikt vilket kan få allvarliga konsekvenser, kanske framför allt på det sociala planet. I de studier som finns rapporteras en förekomst på ca 1 – 3 procent [22-24] vilket motsvarar ungefär 30 000 äldre personer i Sverige. Bland de äldre är mörkertalet stort [25] och prognosen är ofta dålig p.g.a. ökad risk för somatisk sjukdom med hög dödlighet [26].

Ångestsjukdom

Vid ångest förekommer en inre känsla av intensiv oro som också tar sig kroppsliga uttryck som t.ex. hjärtklappning, svettning, andnöd eller skakningar. I vissa fall kan ångesten vara helt förlamande och hindra personen att leva ett normalt liv. Bland ångestsjukdomar ingår panikångest, generaliserad ångest, fobier, tvångs syndrom och posttraumatisk stress. Resultat från H70-studien i Göteborg har visat att 8,6 procent av kvinnorna i åldersgruppen 70-74 år [16] och 10,5 procent av dem som var 85 år hade någon form av ångestsjukdom [18]. Den vanligaste ångestsjukdomen hos äldre är generaliserat ångestsyndrom, vilket innebär ständig, diffus, ångest och oro. I den äldre befolkningen är det ca 3 - 5 procent som har denna diagnos [27-29]. Ångest är också mycket vanligt förekommande vid depression.

Psykossjukdomar

Ca 2 procent av den äldre befolkningen beräknas ha någon psykossjukdom motsvarande ca 30 000 till 40 000 personer [16]. En psykos innebär ofta att personen har en bristande verklighetsuppfattning, perceptionsstörningar/hallucinationer och kognitiva nedsättningar vilket medför att den sociala funktionen och det dagliga livet inte fungerar. Det vanligaste psykotiska tillståndet hos äldre är paranoida tillstånd. Bland icke-dementa 85-åringar har studier visat att ca var 10:e har någon form av psykotiska symtom [30].

Schizofreni ingår i gruppen psykossjukdomar. Både internationella och nationella studier har visat att ca 0,5 - 3 procent av personer över 65 år i befolkningen har schizofreni [31], vilket motsvarar ca 10 000 till 40 000 personer. Ungefär 15 till 20 procent av dessa personer beräknas vara helt beroende av hjälp och stöd. Äldre personer med psykos eller psykotiska symtom är den grupp som orsakar mest problem för omsorgspersonal på grund av de äldres misstro och vanföreställningar.

Missbruk

Beroendetillstånd av alkohol, droger eller läkemedel är diagnoser som tillhör substansrelaterade störningar vilka också är som en form av psykisk sjukdom. Missbruksproblem är vanligt förekommande tillsammans med annan psykisk sjukdom. Flera studier har visat att ca 20 till 30 procent av de patienter som lider av depression, manodepressiv sjukdom eller ångest, oavsett ålder, också är alkoholberoende [32]. Hur många äldre i Sverige som har beroendeproblem är inte känt.

Det vanligaste är att missbruket utvecklas i medelåldern men det finns studier som visat att det även kan debutera efter pensionsåldern [33]. För en del personer dövas ångest och depression till en början genom självmedicinering, som sedan övergår i ett beroende, medan andra som redan utvecklat ett missbruk senare kommer att utveckla en förstämningssjukdom p.g.a. tilltagande isolering, dålig självkänsla och ökat självförakt [32]. Fler personer lever längre med ett missbruk i dag vilket medför ökade krav på vård och omsorg för denna grupp [33].

BOENDESTÖD FÖR ÄLDRE MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER

Enligt Socialstyrelsens termdatabank definieras boendestöd som *bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper i eget boende. Till särskilda målgrupper hör bl.a. personer med funktionsnedsättning eller missbruksproblem. Boendestödet anpassas till den enskildes behov av och möjligheter att utveckla ett normalt vardagsliv.* (<http://app.socialstyrelsen.se/termbank>)

Det finns för närvarande ingen officiell statistik om hur många personer som är beviljade bistånd i form av boendestöd enligt Socialtjänstlagen, eller hur denna insats är fördelad på åldersgrupper. En ny personnummerbaserad statistik införs 2007 och kommunerna kommer då att redovisa vilka personer som är beviljade boendestöd per den 1 oktober. Eftersom statistiken baseras på personnummer blir det möjligt att ta fram uppgifter om hur många av dem med boendestöd som också är beviljade andra insatser som hemtjänst, korttidsvård etc.

Även om hjälptagare med stora psykiska funktionshinder alltid har funnits inom hemtjänsten innebar psykiatrireformen att fler bland gruppen ”medicinskt färdigbehandlade” inom psykiatrin flyttade från sjukhem eller familjevård till egna bostäder. Detta innebar att en ny grupp äldre med stora behov av stöd och hjälp skulle få hjälp av den kommunala hemtjänsten. Omkring 80 procent av dem som omfattades av psykiatrireformen beräknades 1996 bo i vanliga bostäder, de övriga bodde antingen i gruppboende eller på institution [34].

Den kommunala hemtjänsten förändrades även i andra avseenden under 1990-talet. Omsorgsbehoven ökade hos dem som bodde i ordinärt boende och hemtjänsten koncentrerades till en mindre grupp med mer omfattande hjälpbehov [35]. Detta var delvis ett resultat av besparingar inom äldreomsorgen och delvis ett resultat av effektiviseringar och besparingar inom sjukvården. Mellan 1992 och 2003 nära nog halverades antalet vårdplatser inom akutsjukvården [36] vilket innebar att den kommunala äldreomsorgen fick ge hjälp till allt fler äldre personer som hade stora omvårdnadsbehov efter utskrivning [37].

De stora reformer som genomfördes under 1990-talet (Ädel-reformen 1992, Psykiatrireformen 1995 och Handikappreformen 1995) byggde på att vård och omsorg i allt större utsträckning skulle ges i det egna hemmet. Denna vård gavs i huvudsak av vårdbiträden eller undersköterskor inom äldreomsorgen, som tog hand om hjälptagare med allt mer omfattande och komplexa omsorgsbehov. Samtidigt fanns stora brister i vårdbiträdenas kompetens- och utbildningsnivå, ett faktum som inte ändrats under det årtionde som gått. År 2005 saknade 61 procent av vårdbiträdena och 20 procent av undersköterskorna vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå [38]. Störst andel med utbildning hade de som arbetade på särskilda boenden [39], lägst andel hade de som arbetade i hemtjänsten, och i storstadsregionerna [38].

Specialisering eller ej?

Det går som ovan redovisats inte att få reda på hur många äldre personer som för närvarande är beviljade boendestöd. Troligtvis är det vanligare att yngre personer beviljas boendestöd som en separat insats, vilken ges av särskilda boendestödjare, medan äldre personer får hjälp via hemtjänstens vårdbiträden där boendestödet integreras med praktiska hemtjänstinsatser.

I samband med psykiatireformens genomförande startade Arbetslivsinstitutet ett forskningsprojekt för att följa upp hemtjänstens arbete och arbetsvillkor, med särskilt fokus på mötet med de psykiskt funktionshindrade [40]. Syftet var att identifiera modeller för att organisera vården som var bra både för den som gav och den som fick omsorg. Astvik och Aronsson studerade tio arbetsgrupper som arbetade helt eller till viss del med psykiskt sjuka, fem boendestödsgrupper och fem vårdbiträdesgrupper, och försökte identifiera olika typer av arbetsuppgifter. De fann att uppgifterna kunde delas upp i tre huvudgrupper:

- *Ersättning eller komplettering av klienternas bristande mentala och fysiska förmågor i det vardagliga livet.* Det gällde till exempel att ge service och omsorg, hjälpa till med ekonomi, fungera som ombud och hjälpa till med kontakter med myndigheter, ledsaga till aktiviteter eller sjukbesök, visa kärlek och omtanke eller att lyssna och stötta i kamratstödjande arbete.
- *Sjukvård och fysisk rehabilitering.* Det handlade exempelvis om sårvård, medicinutdelning, att bevaka den fysiska eller psykiska hälsan och att ta kontakt med sjukvården vid behov.
- *Stöd och utveckling av klienternas egna resurser.* Detta avsåg psykologiskt stöd för att stärka klienternas självförtroende, fobiträning och kognitivt terapeutiskt arbete; pedagogiskt arbete för att lära klienterna sköta ett hushåll, åka buss etc.; aktiverande arbete för att motivera klienten till aktiviteter, bryta passivitet, träna eller bibehålla fysiska och psykiska funktioner; nätverksskapande arbete för att hjälpa klienten bygga upp ett socialt nätverk exempelvis återknyta kontakten med släkt och vänner.

Med utgångspunkt från om arbetsgrupperna var specialister eller generalister när det gällde arbetsuppgifter, samt om de arbetade enbart med psykiskt funktionshindrade eller med flera olika klientgrupper, skapades följande typologi [40, sid. 14].

Specialisering på uppgifter

		Ja	Nej
Specialisering på klientgrupp	Ja	Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har avgränsade ansvarsområden.	Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har breda ansvarsområden.
	Nej	Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har avgränsade ansvarsområden.	Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har breda ansvarsområden.

Vilken arbetsmodell var bäst?

Ur arbetsmiljösynpunkt var organisationer som innebar en specialisering både på klientgrupp och på arbetsuppgift att föredra, eftersom denna typ av organisation ställde mer begränsade krav på personalen. I ovanstående figur motsvaras detta av den övre vänstra rutan; där återfanns exempelvis de *boendestödsgrupper* som ingick i studien. Deras arbete hade en socialpedagogisk inriktning med syfte att stödja och utveckla vårdtagarnas egna resurser, medan service- och omsorgsinsatser låg utanför boendestödjarnas yrkesroll. Författarna ansåg dock att denna specialisering kunde få negativa konsekvenser på vårdens kvalitet; det fanns en risk att personalens inriktning på vissa typer av arbetsuppgifter styrde vårdens utformning, snarare än klienternas behov.

Den kombination som hade bäst förutsättningar att förena god omsorgskvalitet med bra arbetsvillkor var den vårdbiträdesgrupp som specialiserat sig på klienter med psykiska funktionshinder men som hade ett brett ansvarsområde. De hade en socialpedagogisk inriktning i arbetet samtidigt som de utförde traditionella omsorgs- och vårdinsatser. I ovanstående figur återfinns de i den övre högra rutan. Sämst var villkoren för dem som arbetade som generalister både avseende arbetsuppgifter och klienter, motsvarande den nedre rutan i högra kolumnen. Det ska dock noteras att denna studie bygger på undersökningar av ett litet antal arbetsgrupper och att endast vårdpersonalen har intervjuats.

BOENDESTÖD I ORDINÄRT BOENDE

Boendestöd för äldre personer med psykiska funktionshinder kan utformas på många olika sätt. I detta avsnitt ges några exempel på verksamheter som på olika sätt arbetar för att stödja äldre personer med psykisk ohälsa att kunna bo kvar i eget boende.

Socialpsykiatriska äldreteamet på Lidingö är en *boendestödsverksamhet* som är inriktad på att hjälpa den enskilde med en psykiatrisk problematik av tillfällig eller mer varaktig karaktär, med eller utan behov av hemtjänst i övrigt. I ovanstående typologi [40] motsvarar denna verksamhet den övre vänstra rutan, med specialisering både på klientgrupp och på uppgift.

Hemstödsgruppen på Kungsholmen och Essingeöarna är en *hemtjänstgrupp* för äldre med psykiska funktionshinder där alla klienter har långvariga omsorgsbehov. Denna verksamhet motsvaras av den övre högra rutan i ovanstående figur, med specialisering på klientgrupp men där vårdbiträdena har ett brett ansvarsområde.

En *dagverksamhet* kan också fungera som stöd i boendet, antingen som ett komplement till annan omsorg eller som enda hjälpinsats. Mimers dagverksamhet är exempel på en verksamhet för att bryta isoleringen och höja livskvaliteten för äldre personer med psykisk ohälsa.

Socialpsykiatriska äldreteamet på Lidingö

I anslutning till psykiatrireformen startades ett samarbete mellan dåvarande Östermalm/Lidingö psykiatriska sektor, Lidingö stad och Östermalms stadsdelsförvaltning i Stockholms stad för att erbjuda äldre personer med psykiska funktionsnedsättningar kvalificerad vård och stöd i hemmet. De tre förvaltningarna drev under sju år det Äldrepsykiatriska hemvårdsteamet på Östermalm/Lidingö [41]. År 2002 upphörde hemvårdsteamets verksamhet efter att landstinget sagt upp avtalet i samband med omorganisation av den psykiatriska öppenvården.

Inom Lidingö stads äldre- och handikappomsorg ansåg man dock att det även i fortsättningen fanns behov av att ge äldre personer med en psykisk problematik ett stöd i hemmet. En av mentalskötarna som arbetat i Äldrepsykiatriska hemvårdsteamet knöts till Lidingös socialpsykiatriska enhet som boendestödjare. Från mitten av 2004 utökades verksamheten och ett särskilt äldreteam inrättades inom den Socialpsykiatriska verksamheten med 2,75 boendestödjare.

Socialpsykiatriska äldreteamet arbetar med äldre personer med psykisk problematik som behöver boendestöd för att klara sig i eget hem. Äldreteamets klienter har i många fall långvariga problem med återkommande värdepisoder inom psykiatrisk slutenvård. De psykiska funktionshindren visar sig bland annat genom att personen har svårigheter att bearbeta och förändra sin sociala situation och att

handha sitt dagliga liv praktiskt och socialt. Teamet ger också stöd till äldre personer under begränsad tid där kontakten kan avvecklas efter viss tid, eller återupptas när behov uppstår igen. Det handlar exempelvis om kontakt och stöd i samband med kriser, efter suicidförsök, vid återkommande depressioner etc.

Teamet består av tre mentalskötare, två på heltid och en på deltid. De två "heltidarna" har mycket lång erfarenhet av äldrepsykiatri, från 1971 respektive 1996, medan deltidaren har arbetat med äldre sedan hon anställdes i teamet 2004. Boendestödet består i huvudsak av stödkontakter genom samtal, social träning eller motivationsarbete. För närvarande (mars 2007) är 22 personer beviljade boendestöd och insatsen varierar mellan 1 timme varannan vecka och 4 timmar varje vecka. Hjälpstagarna är mellan 62 och 94 år gamla. (Gränsen för att få boendestöd av äldreteamet är 65 år men man gör undantag om det bedöms att den enskildes behov tillgodoses bättre av äldreteamet än av dem som ger boendestöd till yngre personer).

Boendestödjaren gör tillsammans med klienten en genomförandeplan som beskriver vilka mål man har med kontakten, och denna följs upp efter ett halvår. Det kan exempelvis handla om att en person med svår ångest ska våga gå ut själv, klara att handla själv, ta vissa kontakter etc. Som ett led i detta följer boendestödjaren med på promenader, är stöd vid inköp, motiverar den enskilde att sköta sin hygien etc. Man tar däremot inte över ansvar för omvårdnad, inköp eller städning utan om den äldre behöver hjälp med detta så ges det av hemtjänsten. Majoriteten av dem med boendestöd har dock ingen hjälp av hemtjänsten, 13 av 22 personer, utan boendestödet är deras enda insats från kommunen.

Äldreteamets ärenden initieras från olika håll, vanligtvis från hemtjänsten eller från distriktssköterskor inom primärvården. Det förekommer också att diakoner eller diakonissor tar kontakt med teamet om äldre personer som behöver stöd i eget hem. Däremot är det mindre vanligt att de får ärenden från psykiatrin även om vissa klienter också har regelbunden kontakt med den psykiatriska öppenvården, f.n. gäller det 5 av 22 personer.

För att få boendestöd måste man ha ett biståndsbeslut och Lidingö har en särskild biståndsbedömare inom äldre- och handikappomsorgen som handlägger dessa ärenden. Personer med boendestöd får beslut om hjälp i timmar, till skillnad från dem med hemtjänst som beviljas hjälp med specifika insatser. Klienterna betalar sedan januari 2005 vanlig hemtjänsttaxa för boendestödet; tidigare betecknades boendestödet som en social insats och var avgiftsfri. För personer som redan har hemtjänst räknas boendestödet in i hemtjänsttaxan och kostnaden blir inte så betungande. De flesta har dock inte hemtjänst och där kan det i vissa fall vara svårt att motivera den äldre att betala för boendestödet. Särskilt problematiskt är det i de fall där boendestödjaren får ägna lång tid bara att etablera en kontakt, exempelvis när det gäller paranoidea eller extremt isolerade personer där det är uppenbart att de far illa i hemmet. För denna grupp har avgiften för boendestöd definitivt försvårat arbetet.

Hemstödgruppen på Kungsholmen och Essingeöarna

I Kungsholmens stadsdelsförvaltning i Stockholm finns sedan april 1998 en särskild hemtjänstgrupp för äldre personer med psykiska funktionshinder. När gruppen inrättades stod valet mellan att utbilda och stödja enskilda anställda och att bilda en helt ny grupp för omsorg till äldre med psykiska funktionshinder. Stadsdelsförvaltningen bedömde dock att en särskild hemtjänstgrupp som är insatt i problematiken med psykiskt funktionshindrade skulle vara ett bättre stöd för personalen i detta tunga och ganska påfrestande arbete.

Från början var hemtjänstgruppen anslagsfinansierad och ingick i stadsdelsförvaltningens socialpsykiatriska enhet; numera ingår den i hemtjänsten. För att få hjälp av hemstödet krävs biståndsbeslut och de äldre betalar vanlig hemtjänsttaxa.

För närvarande (februari 2007) har hemstödgruppen 29 kunder, 19 kvinnor och 10 män. (Hemstödgruppen använder begreppet ”kund” som de uppfattar som mer serviceinriktat än exempelvis ”brukare”). Kundernas ålder varierar mellan 62 och 93 år, med ett genomsnitt på 76 år. De vanligaste diagnoserna är manodepressiv sjukdom, depressioner, psykoser/schizofreni. Några är allmänt ”besvärliga” utan att ha någon diagnos; de har ”överförts” till gruppen eftersom andra utförare inte klarat av att ge dem hjälp. Många kunder har också somatiska problem och åldersrelaterade funktionsnedsättningar. Fem personer använder rollator, en använder gåbord och två transportrullstol.

Boendestödjarens viktigaste uppgift är att samtala med den äldre och att hjälpa denne till en fungerande vardag. Arbetet med att etablera relationer är långsiktigt och handlar ofta om att motivera den äldre att ta emot hjälp. I hemstödet arbetsuppgifter ingår sedvanliga hemtjänstuppgifter som städning, personlig omvårdnad, tvätt av kläder, hjälp med personlig hygien och inköp av dagligvaror. Arbetet med att hjälpa den äldre att klara inköp eller sköta sin personliga hygien själv är prioriterade uppgifter medan städning och andra hushållssysslor är av mer underordnad betydelse. För många av kunderna är kontakten med personalen, och i vissa fall någon dagverksamhet, den enda stadigvarande relation de har förutom eventuell kontakt med sjukvården och psykiatrin. Den beviljade tiden varierar från någon gång per vecka till hela dagar. Insattiden kan även skifta för samma person beroende på hur han eller hon mår och behöver hjälp med. Det är av yttersta vikt att det hela tiden är samma personal som går till samma kund då det ofta tar lång tid att etablera kontakt. Många personer accepterar bara en eller ett par av personalen, vilket leder till problem vid sjukfrånvaro och vid semestrar. Varje kund har en kontaktperson och en vice kontaktperson som till största delen sköter kontakten och arbetet hos denne.

I hemstödet lokal finns kontaktkort, med den mest nödvändiga informationen om kunden, samt en mapp med mer ingående information. Varje kund har även ett arbetsblad där personalens arbetsuppgifter anges samt de individuella mål som just den kunden har. Ett sådant mål kan vara ”rutiner runt städning och att lära sig hur man städar och tvättar”. Den typen av mål finns för de kunder som själva kan

vara med och bestämma vilket eller vilka mål som de vill ha. För övriga kunder är målen mer generellt utformade som exempelvis "hjälp och stöd till en skälig levnadsnivå", vilket utgår från Socialtjänstlagens målsättning.

Hemstödet har för närvarande sex personer anställda på heltid och fyra på deltid. Mentalskötartutbildning är ett krav när ny personal rekryteras. Av befintlig personal är fem mentalskötare, en är sjuksköterska och resten är internt rekryterad personal med lång erfarenhet och personlig lämplighet för arbetet.

Dagverksamheten Mimer

Mimer är en dagverksamhet för äldre personer med psykisk ohälsa. Verksamheten har funnits sedan 1985 och idag inryms den i Riddarsporrens seniorboende i Stockholms innerstad. För att få delta krävs att den äldre har en psykiatrisk diagnos; bland gästerna finns personer med depression, bipolär sjukdom, psykos eller schizofreni. Verksamheten tar inte emot dementa men det har hänt att några gäster med tiden utvecklat en demenssjukdom. Då försöker man slussa över dem till en mer adekvat verksamhet. Åldersgränsen är 65 år men undantag förekommer; för tillfället är gästerna mellan 64 och 97 år.

Målet med verksamheten är att bryta ofrivillig isolering, höja livskvaliteten, ge trygghet och glädje och vara en naturlig mötesplats. Verksamheten är öppen måndag till fredag kl. 9 - 15 och söndag kl. 11 - 15; man har även öppet under storhelger då många är ensamma. Sammanlagt är 25 personer inskrivna (februari 2007) men det finns möjlighet att ta emot fler. En fjärdedel av gästerna bor i Stockholms innerstad och övriga i närförorterna.

I genomsnitt kommer ca 10 personer till Mimer varje dag, de flesta 2-3 gånger i veckan, men man får komma upp till fem gånger per vecka. Gästerna tycker att det är skönt att bara komma och "vara" då alla vet varför de andra är där och inga frågor ställs. Maten är en central del av verksamheten och måltiderna, frukost och lunch för vilka gästerna betalar 32,50 kr, är mycket uppskattade. Maten levereras färdig till lokalen och personalen sitter med vid måltiderna. Två gånger i veckan har man sittande gymnastik som leds av en person som är specialutbildad på äldregymnastik. Den intilliggande Vasaträffen har underhållning och allsång en dag i veckan och dit kan även Mimers gäster gå. Andra aktiviteter är handarbete, stickning och vävning. Man har högläsning och löser korsord och det förekommer också att gästerna spelar poker eller bridge. Det finns möjlighet att vila och lyssna på musik och man har tillgång till bibliotek. Sommartid flyttar verksamheten ut till trädgården.

Personalen består av tre personer, en på heltid och två på halvtid, som alla har lång erfarenhet av att arbeta med äldre och psykiskt funktionshindrade. Man är mycket noga med att respektera den äldres integritet. Vid välkomstsamtalet kommer man exempelvis överens om hur personalen ska agera när gästen mår dåligt; vilka kontakter som får tas med sjukvård, anhöriga etc. Det finns möjlighet till stödsamtal mellan den äldre och personalen men det är inte någon terapeutisk

behandling. Varannan vecka får personalen handledning för att kunna hantera svårigheter som uppstår i verksamheten.

För att få komma till Mimers dagverksamhet krävs ett biståndsbeslut. Sedan 2001 är verksamheten avgiftsbelagd och samordnas med eventuell hemtjänstavgift. Mimer är en egen resultatenhet och är beroende av antalet besökare för att finansiera verksamheten. Ersättningen från Norrmalms stadsdelsförvaltning är 615 kronor per person och dag.

Mimers dagverksamhet kan leda till att inläggningarna på psykiatrisk klinik blir färre. Gästerna själva säger att Mimer är deras "sobil" och "livlina" och gästerna månar också om varandra. En del blir goda vänner och umgås även utanför Mimer. En och samma chaufför, enligt avtal med Samtrans, hämtar och lämnar personer som behöver hjälp med transport. När någon av gästerna uteblir tar personalen alltid kontakt för att höra om orsak och i förekommande fall motivera personen att komma. Det är viktigt att känna sig saknad vid förhinder och att bli mottagen och sedd när man kommer.

SÄRSKILT BOENDE FÖR PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER

Termen ”särskilt boende” infördes i samband med Ädel-reformen 1992 som en samlingsbeteckning för bostäder som kommunerna tillhandahåller för personer med någon form av vård- och/eller omsorgsbehov. Dessa bostäder beviljas efter individuell prövning, som bistånd enligt Socialtjänstlagen, och den enskilde kan inte skaffa sig en sådan bostad på egen hand (till skillnad från exempelvis seniorbostäder som förmedlas på den öppna bostadsmarknaden). De tidigare beteckningarna servicehus, ålderdomshem, sjukhem, gruppboende etc. används fortfarande i många kommuner men i officiell statistik grupperas allt ihop under rubriken permanent bostad i särskilt boende.

Många kommuner har olika verksamhetsinriktningar i de särskilda boendena. Det kan gälla särskilda enheter för omsorg och vård av demenssjuka personer, för rehabilitering, för korttidsboende etc. Att många kommuner också har särskilda enheter för personer med psykiska funktionshinder bekräftas i en studie av Socialstyrelsen. En inventering visade att i en tredjedel av de kommuner som valts ut fanns verksamheter med särskild inriktning på omsorg och vård om äldre psykiskt funktionshindrade (exklusive dementa) [39]. Av inventeringen framgår dock inte i vilken utsträckning dessa kommuner hade särskilt utbildad personal och speciell inriktning på verksamheten för att passa psykiskt funktionshindrade. Nedan ges några exempel på olika typer av särskilda boenden för psykiatireformens målgrupp från olika delar av landet.

Lagunen äldreboende i Karlskrona är en liten idyllisk enhet för dem som är alltför störande eller avvikande för att kunna integreras med andra äldre personer. Med tiden har den hemliga miljön kommit i konflikt med kraven på handikapptillgänglighet i takt med att de boende blivit alltmer skröpliga. *Lillekärrs äldreboende i Göteborg* är exempel på ett boende som klarat övergången från den gamla formen av psykiatri till ett modernt äldreboende, även för de mest svårhanterliga äldre. *Skarpnäcksgården i Stockholm* (E- och F-husen) kan karaktäriseras som äldreboende för psykiskt sjuka personer, med eller utan missbrukshistorik, som förlorat sina bostäder eller som inte lyckats få anpassat boende i de stadsdelar där de kommer ifrån.

Lagunens äldreboende i Karlskrona

Äldre personer med långvariga psykiska funktionshinder klarar ibland inte att bo i ett vanligt särskilt boende. Om de är aggressiva, våldsamma eller störande är det förmodligen inte heller lämpligt med tanke på boendemiljön för andra äldre. I Karlskrona startade man 1999 äldreboendet Lagunen just för denna grupp; personer som var svårplacerade med aggressivt och/eller destruktivt beteende eventuellt i kombination med vanföreställningar och hallucinationer. Det uttalade direktivet var att skapa ett boende som kunde upprätthålla de boendes värdighet. Enligt den

utvärdering som gjordes 2002 av Blekinge FoU-enhet hade man lyckats väl med detta [42].

Lagunens äldreboende är inrymt i ett före detta ålderdomshem. Totalt finns plats för åtta personer som har eget rum, utan toalett och dusch, som delar på gemensamt kök och vardagsrum. Bostäderna är inte tillgängliga för personer med rörelsehinder och från början var kravet att den boende skulle vara fysiskt rörlig och i stor utsträckning klara sin egen hygien, eftersom de små rummen gör det svårt för personal att hjälpa dem. De personer som flyttade till Lagunen hade i allmänhet uttömt alla andra möjligheter till boende, både i det vanliga bostadsbeståndet och inom annat omsorgsboende. Några bodde tidigare i ett boende för personer med alkoholdemens.

För närvarande (mars 2007) bor åtta personer på Lagunen, fem män och tre kvinnor, mellan 60 och 85 år gamla. Samtliga boende har någon psykiatrisk diagnos som schizofreni, manodepressiv sjukdom eller alkoholdemens. I takt med att de boende åldrats har de drabbats av funktionsnedsättningar och somatiska sjukdomar, i vissa fall också demens, medan den psykiatriska problematiken kommit i bakgrunden. För närvarande kan endast två personer förflytta sig utan hjälp, medan fyra använder rollator och två är rullstolsburna. Trots att lokalerna är olämpliga för personer med rörelsehinder har man valt att låta de äldre få bo kvar i avvaktan på att Lagunen kan flytta till nya lokaler våren 2008. Man har bedömt att det skulle vara förödande för de äldre att behöva flytta till andra verksamheter.

De boende har alla psykiatriska problem och Lagunen har ett bra samarbete med psykiatriska kliniken på Karlskrona sjukhus. Ca en gång per månad kommer en psykiater till Lagunen. Karlskrona kommun har också en sjuksköterska som samordnar den psykiatriska vården bland de äldre.

Utvärderingen 2002 var överlag mycket positiv till Lagunens verksamhet med en reservation, att utbudet av aktiviteter var otillräckligt med risk för passivisering. Enligt enhetschefen är det idag svårt att ordna aktiviteter utanför boendet på grund av de äldres tillstånd. Endast en av de boende går iväg till sysselsättningsenheten två gånger per vecka, de övriga är hänvisade till aktiviteter inom boendet.

Totalt arbetar sju personer på Lagunen, fem mentalskötare och två undersköterskor, motsvarande 6,3 heltidsanställningar. Lagunen har ingen egen nattbemanning utan delar nattpersonal med den enhet som finns i våningen under i samma byggnad.

I Karlskrona finns ytterligare ett särskilt boende för äldre personer med psykiska funktionshinder, Smaragden. Där bor sex personer, för närvarande endast kvinnor, med schizofreni, oro och ångest men som inte har lika utagerande beteende som de boende på Lagunen. Smaragden är ett modernt äldreboende med fullvärdiga bostäder.

Lillekärrs äldreboende i Göteborg

Verksamheten på Lillekärrs Äldreboende i Hisings Kärra startade 1975; hälften av patienterna kom då från Lillhagen (psykiatriskt sjukhus) och hälften kom från Vasa sjukhus (geriatriskt sjukhus). År 2000 startades de renodlade enheterna med permanent boende för äldre med psykisk sjukdom. Lillekärrs Äldreboende drivs i kommunal regi och har hela Göteborg och några grannkommuner som upptagningsområde. I dag är det kö för att komma till boendet som är det enda av sitt slag för äldre med psykogeriatriska funktionsnedsättningar i Göteborgsregionen.

Äldreboendet består av åtta enheter i en korridorliknande miljö där två enheter ligger intill varandra, med ett gemensamt kök i mitten. I äldreboendet finns tre enheter för personer med psykisk sjukdom och tre enheter för personer som både har en psykisk sjukdom och demens av olika svårighetsgrad. På vardera enheten bor 10 till 12 personer. Lillekärrs Äldreboende har också två enheter för korttidsboende med 28 platser, där personer med psykiska funktionshinder hamnar efter att ha blivit vräkt eller när de inte längre klarar att bo hemma och hemtjänsten inte kan hantera situationen. Sammanlagt finns 93 platser på äldreboendet. Varje boende har eget rum med dusch och toalett och de får inreda med egna tillhörigheter. Man strävar efter att skapa en så hemlik miljö som möjligt.

Äldreboendets målgrupp är personer som är 65 år eller äldre, men det förekommer undantag då den enskilde blir placerad enligt LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade). Majoriteten av de boende är mellan 67 och 85 år. De boende anvisas bostad i respektive enhet efter diagnos. Personer med olika sjukdomar behöver olika bemötande från personalen och olika struktur på omsorgen. Man har funnit att de äldre fungerar bäst tillsammans med personer med liknande tillstånd. På varje enhet finns kodlös men enheterna är inte låsta. De flesta boende är dock för sjuka att ge sig ut på egen hand och går endast ut om någon av personalen följer med.

Bemanningen består av 10 anställda per enhet. Tre finns på plats på morgonen och två arbetar kvällstid. Till varje enhet finns en sjuksköterska knuten för lättare somatisk vård. Nattetid arbetar tre anställda per fyra enheter. Personalen består av undersköterskor och mentalskötare. Sammanlagt finns sex sjuksköterskor som har en direkt patientanknytning. Lillekärrs Äldreboende har egen läkare som kommer två gånger/vecka samt vid behov. Sjukgymnast och arbetsterapeut finns. Präst och diakon kan också ställa upp för samtal för såväl boende som anhöriga och personal.

Varje boende har en egen kontaktperson och man utarbetar individuella vårdplaner. Efter inflyttning har sjuksköterskan och kontaktpersonen ett ankomst-samtal med den nyinflyttade (och anhöriga i de fall det finns) för att få en uppfattning om den äldres bakgrund, behov, intressen och önskemål. Personalens målsättning är att den boende ska komma upp på morgonen, sköta sin hygien själv och vara delaktig i vardagsaktiviteter. De flesta boende har inte så stora somatiska besvär och klarar att sköta sin hygien själv. Inom äldreboendet finns möjlighet till hår- och fotvård som de boende själva får betala för.

En aktivitetspatrull har tillsammans med personalen gjort en kartläggning av individuella aktivitetsbehov hos de boende på respektive enhet. Sedan har man ordnat grupper med personer som har liknande intressen som att spela kort, spela spel, lösa korsord ihop eller bara sitta och fika tillsammans. Personalen har också tagit reda på vilken musik de boende tycker om. Man försöker vara ute så mycket som möjligt oavsett väder. Personalen har balansträning med de äldre eftersom det är stor skillnad att röra sig inne jämfört med utomhus. På sommaren ordnas aktiviteter ute i trädgården.

Kontinuitet är viktigt i vården av äldre med psykiska funktionshinder. För att behålla personalen är det viktigt att nyanställda får en god introduktion. Personalen på äldreboendet går regelbundet på kompetensutvecklingskurser i psykiatri och på enheter med dementa finns vidareutbildning om demens. På tre enheter bor personer som har en psykisk sjukdom men som under årens lopp utvecklat en demens. Det som kan vara svårt att hantera är att personer med psykisk sjukdom ofta kräver strikta rutiner medan dementa inte klarar av att leva efter sådan struktur. Personalen försöker då se till att personer som inte är så svårt dementa sitter tillsammans, exempelvis vid måltider eller aktiviteter, medan de med svårare demens sitter för sig.

En gång i månaden har personalen en arbetsplatsträff där en timme används för vårdplanering, uppföljning och utveckling. Vid förändringar i vårdplanerna är det kontaktpersonerna som ansvarar för att förändringar genomförs och följs upp. Lillekärrs Äldreboende fick Göteborgs Stads kvalitetsutmärkelse 2005 och utsågs av Alecia till Sveriges bästa arbetsplats 2006.

Äldreboende på Skarpnäcksgården i Stockholm

Skarpnäcksgården har drivits som institution av Stockholms stads socialförvaltning sedan 1969 med inriktning på vård av personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller missbrukproblematik. 1994 övertogs driften av Skarpnäck Care AB med en ökad inriktning på boende för personer med psykiska störningar, delvis beroende på psykiatrireformens införande och delvis beroende på psykiatrins nedskurna resurser vilket lett till att behovet av boende för psykiskt sjuka hemlösa ökat. Sedan 2006 drivs verksamheten av Carema Orkidén inom Carema Vård och Omsorg AB, dessförinnan av Skarpnäck Care AB. Skarpnäcksgården består av fem byggnader; E- och F-husen är permanent boende för kvinnor och män med långvariga sociala och psykiska funktionsnedsättningar, där även missbruk är vanligt förekommande. H-huset är ett härbärge för hemlösa män. G-huset är lång- och korttidsboende för män med dubbeldiagnoser (både psykisk sjukdom och missbruk). Herrgården är ett utslussningsboende där de boende sköter det mesta av de dagliga sysslorna själva.

Nedanstående beskrivning handlar framför allt om E- och F-husen. Här bor 90 personer, både män och kvinnor. De boendes ålder varierar från 30 till 87 år, men de flesta är kring pensionsåldern. F-huset har en stor andel alkoholmissbrukare,

varav de flesta med nivåsänkning eller demens. Några är psykotiska. E-huset har en stomme av gamla "kronikerpatienter" som i yngre år vårdades på det numera nedlagda Rålambshovs sjukhus. Praktiskt alla boende har en allvarlig psykisk störning, en del i kombination med narkotikamissbruk men även alkoholmissbruk. Schizofreni är en vanlig sjukdomstyp, men alla typer av diagnoser har förekommit inklusive kromosomrubbingar och ovanliga ärftliga sjukdomar. Ett par äldre personer med schizofreni och somatiska åkommor bor kvar i G-huset men är så fast rotade där att det inte gått att flytta dem till E- eller F-husen, som är bättre anpassade för somatiskt omhändertagande. Motståndet rör byte av personal och rutiner men även lokalernas inredning, även om de byggnadsmässigt är identiska.

Byggnaderna är från 1969, renoverade 2002, och består av tvåvåningshus med långa korridorer. De boende har egna rum med toalett medan bad och dusch finns i gemensamma utrymmen, liksom rökrum och TV. Maten levereras färdig till boendet och man äter tillsammans i en gemensam matsal där varje person har sin egen plats. Det är endast vid sjukdom som måltider äts på rummet eftersom man ser måltiderna som en form av social träning och en viktig samlingspunkt.

Skarpnäcksgården kan betecknas som sista länken i en vårdkedja för personer utan andra alternativ. De flesta boende kommer från Stockholms stad men också från kranskommuner i länet. Många kommer till boendet efter att någon anhörig, som tidigare hjälpt till med ekonomin, har avlidit. Den sjuke blir då vräkt från sitt eget boende eftersom hyrorna inte betalats. Andra personer kommer från olika typer av institutioner och klarar inte att leva ute i samhället. Ofta har de "bränt sina skepp" bland släkt och vänner.

Varje boende har en kontaktperson bland personalen som stöttar honom eller henne i att själv städa sitt rum och sköta sin hygien. Kontaktpersonen ser också till att den enskilde har tillgång till kontanter, hur mycket den boende disponerar åt gången varierar från fall till fall. Vid behov ser man till att god man eller förvaltare förordnas för att sköta den enskildes ekonomi. Eftersom de flesta lever på existensminimum och har begränsat intresse för sitt yttre har man ett förråd ur vilket man hämtar nya kläder till dem som behöver. De boende kan också få håret klippt och få fotvård som en del av omsorgen, utan extra kostnad. Det händer att de boende blir rånade eller attackerade, eller att andra människor blir skrämde av deras beteende; den risken minskar om de inte ser alltför avvikande ut.

Från klockan 7 på morgonen finns tre anställda på plats i vardera E- och F-husen och från kl. 10.00 arbetar ytterligare tre personer. Efter kl. 16.00 finns tre anställda kvar tills nattpersonalen kommer. Nattetid arbetar en person på 45 boende som via kommunikationsradio kan nå de två anställda i G- och H-husen. Bemanningen motsvarar 14,33 heltidstjänster inklusive föreståndaren i vardera E- resp. F-huset.

På E- och F-husen är de anställda undersköterskor eller mentalskötare och policyn är numera att nyanställd vårdpersonal ska ha undersköterskekompetens. På Skarpnäcksgården finns totalt 1,5 sjukskötersketjänst, man klarar därför lättare vårdinsatser som omläggning av sår eller hälsokontroller. En gång i veckan har en

allmänläkare mottagning på Skarpnäcksgården. En psykiatrikerkonsult med erfarenhet av psykogeriatrisk men framför allt av psykosvård, psykosrehabilitering och narkotikamissbruk, arbetar halvtid.

Personalen försöker se till att de boende tar den medicin som de är ordinerade. Det ligger i sjukdomens natur att vissa boende vägrar ta ordinerad psykofarmaka, vilket kan leda till ett beslut om tvångsvård enligt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård). Man eftersträvar att den psykiatriska mottagning som de boende tillhör ska behålla sitt behandlingsansvar och exempelvis ge depot-injektioner, för att den äldre ska ha kvar kontakten med öppenvårdspsykiatri och inte bli avskriven. För att bli inskriven igen krävs att man går via vårdcentralen vilket är för svårt för många att klara av. Ett generellt bekymmer är enligt Skarpnäcksgårdens psykiater att vårdtiderna på psykiatrisk klinik är väldigt korta. Det medför att den sjuke returneras till boendet efter ett par dagars vård, trots försämringar i tillståndet och trots att medicinen inte hunnit ge effekt, vilket egentligen omöjliggör återgång till boendet.

Personalen på E- och F-husen ordnar aktiviteter som bingo och promenader och på sommaren ordnas aktiviteter utomhus som exempelvis kubb, men i övrigt saknas det ordnade sysselsättningar för de boende. En keramikverkstad finns på området där en keramiker har verksamhet för de boende ett par gånger per månad.

Vårdkostnaden är 800 – 1 150 kr per dygn i E- och F-husen, beroende på vårdtyngd, och 500 kronor i H-huset. De boende betalar själva 151 kr per dygn. Det är socialjouren eller klientens socialsekreterare som köper plats på Skarpnäcksgården och det händer att psykotiska personer, företrädesvis då med schizofren störning, först kommer till H-huset eftersom dessa platser är billigast. Detta är olyckligt då det är svårt att flytta personer med sådan störning. Personalens bedömning är att en del personer får flytta från Skarpnäcksgården till egna bostäder för att detta är billigare för kommunen, inte för att det är bra för den enskilde eller ett led i hans/hennes rehabilitering, och att detta skett i ökande grad det senaste året. Eftersom dessa personer sällan får det stöd de behöver i den egna bostaden kommer de ofta tillbaka till Skarpnäcksgården sedan att de misskött bostaden och blivit vräkta.

EN SAMVERKAN SOM FUNGERAR

En samstämmig uppfattning är att kommunens socialtjänst måste få stöd från den psykiatriska vården för att kunna ge ett bra boendestöd till de äldre. I Skellefteå finns sedan två decennier ett väl fungerande samarbete mellan kommunen och den psykiatriska kliniken på Skellefteå lasarett som omfattar även äldre med psykiska funktionshinder.

Boendestöd i Skellefteå

Redan 1983 bildades en arbetsgrupp med representanter från socialtjänsten i Skellefteå och psykiatrin i Västerbottens läns landsting för att planera utflyttningen av patienter från Umedalens sjukhus. Ett gemensamt mål var att undvika att bygga nya institutioner och i stället utnyttja befintliga resurser i samhället. Samarbetet ledde till att Trivselhuset startade, ett samverkansprojekt mellan psykiatrin och socialtjänsten. Idag har träffpunkten vuxit och består av många enheter under namnet Solkraft. Detta tidiga samarbete skapade en plattform av relationer mellan socialtjänst och psykiatri. 1994 togs beslut om samordning och planering för boende med psykiska funktionshinder inför psykiatrireformen. En psykiatrisamordnare anställdes inom socialförvaltningen med ansvar för rehabiliteringsplaner för medicinskt färdigbehandlade. 1995 inrättades en ny avdelning inom socialförvaltningen, Handikappavdelningen, där psykiatrisamordnaren är placerad.

För att följa upp samarbetet träffas en samverkansgrupp 3-4 gånger per termin. Gruppen består av representanter från socialförvaltningens individ- och familjeomsorg, äldreomsorgens chefer, socialchefen och företrädare från handikappavdelningen samt chefsöverläkare, basenhetschef och sektorsamordnare från den psykiatriska kliniken vid Skellefteå lasarett. Sedan 1995 finns ett samverkansavtal mellan kommunen och landstinget som bland annat innebär att betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter i psykiatrisk vård (numera utskrivningsklara) är bortförhandlat. I stället upprättar socialtjänsten och psykiatrin gemensamt en rehabiliteringsplan för den enskilde. Detta har inneburit att man sluppit många gränsdragningsproblem mellan huvudmännen och transfereringar av pengar.

Den gemensamma idén om samarbete över huvudmannaskapsgränserna tillämpas också i arbetet med äldre psykiska funktionshindrade. Genom stimulansmedel i samband med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården tillkom sex anställningar för att förstärka arbetet med psykiskt funktionshindrade, två av dem inriktades mot de äldre. 2005 inrättades ett äldreteam bestående av två sjuksköterskor som samarbetar med distriktssköterskor, kommunens beslut- och utförarverksamhet samt psykiatrisamordnaren. De gör hembesök tillsammans med kommunens eller primärvårdens personal, de följer upp ordinationer och slentrianutskrivningar av medicin, de stöttar socialtjänstens personal

genom omvårdnadshandledning eller genom att förändra sättet på vilket arbetet i hemmet utförs.

I Skellefteå finns ett särskilt boende för elva äldre personer med psykiska funktionshinder, Hjortronet, där alla boende har egna lägenheter. De boende har förutom en psykiatrisk problematik också demenssjukdom/kognitiv nedsättning eller åldersrelaterade somatiska problem. Boendet har personal dygnet runt; de erbjuder aktiviteter i grupp, eller individuellt utifrån behov.

DISKUSSION OCH ÖNSKEMÅL INFÖR FRAMTIDEN

Psykisk ohälsa hos den äldre befolkningen är ett betydande folkhälsoproblem. Under den närmaste tioårsperioden väntas antalet personer som är 65 år eller äldre öka med 373 000; en ökning med 23 procent. Det innebär att också antalet äldre med psykisk sjukdom eller ohälsa ökar. En del av dem kommer att vara i behov av boendestöd i någon form, antingen som en särskild insats i hemmet och/eller dagverksamhet, eller i form av ordinarie äldreomsorg som därmed måste utformas på ett sätt som är lämpligt för psykiskt funktionshindrade.

Den så kallade kvarboendeprincipen, det vill säga att samhället ska möjliggöra för den enskilde att kunna bo kvar i den egna bostaden så länge som man själv vill, har varit äldreomsorgens officiella policy i decennier [43]. Utvecklingen inom den psykiatriska vården har gått i samma riktning, från institutionsvård till vård i öppna former. 1995 års psykiatireform slog fast kommunernas ansvar för omsorg, boende och service för personer med långvariga psykiska funktionshinder. Den stora gruppen *äldre* psykiskt funktionshindrade personer har dock varit märkligt frånvarande när psykiatireformens målgrupp beskrivits, både när reformen infördes och när den senare följts upp.

Äldre personer med psykisk sjukdom eller ohälsa har ofta sammansatta och komplicerade vårdbehov eftersom de, till skillnad från yngre personer, i större utsträckning lider av somatiska sjukdomar. Denna patientgrupp hamnar mellan olika ansvarsområden som psykiatri, geriatrik, övrig specialistvård och primärvård, samtidigt som den kommunala äldreomsorgen i förekommande fall ska svara för deras omsorg. En rapport om äldrepsykiatrisk vård i Stockholms läns landsting konstaterar att den psykiatriska vården för denna grupp är mycket eftersatt, och att den vård som finns är ojämnt fördelad över länet. De äldre får i mindre utsträckning psykiatrisk vård, jämfört med yngre personer, och vårdas i huvudsak inom den somatiska vården, i hemmet eller i särskilda boenden [44]. Det finns exempel på god äldrepsykiatrisk vård. Svensk förening för äldrepsykiatri har dock funnit att den äldrepsykiatriska vården är underdimensionerad, både avseende öppn- och slutenvårdsresurser. De få enheter som finns är i huvudsak lokaliserade i och kring universitetsorterna [45].

Inom kommunernas hemtjänst är det svårt att hitta exempel på verksamheter som är avsedda direkt för äldre psykiskt sjuka personer. Den psykiskt funktionshindrade blir en i mängden bland andra äldre med olika typer av vårdbehov. Personer med långvariga psykiska funktionsnedsättningar är dock inte som hemtjänsttagare i allmänhet. I många fall måste vårdbiträdet övertyga den äldre om att ta emot hjälp och långsamt bygga upp ett förtroende, för att så småningom bli insläppt i bostaden och kunna ge stöd. Denna grupp av hjälptagare ställer stora krav på vårdbiträdets kunskap och erfarenhet. I vissa hemtjänstgrupper utkristalliseras någon eller några vårdbiträden som klarar av att ge hjälp till psykiskt störda hjälptagare och som får huvudansvaret för deras vård, oftast dock utan stöd från eller kontakt med den psykiatriska vården när det gäller bemötande, medicinering etc. I andra grupper får dessa hjälptagare, av ”arbetsmiljöskäl”, rotera runt bland vårdbiträdena för att ingen orkar med dem.

I särskilt boende är det vanligare att det finns verksamheter med specifik inriktning på vård och omsorg av äldre med psykiska funktionshinder; sådana enheter fanns i en tredjedel av de kommuner som tillfrågades av Socialstyrelsen 2001 [39]. Troligtvis hade man på många håll anvisat bostäder till personer med liknande symtom i någon viss del av ett särskilt boende, på samma sätt som man ordnar särskilda enheter för personer med demenssjukdom. I vilken utsträckning enheterna för äldre med psykiska funktionshinder hade specialutbildad personal eller speciellt utformad verksamhet, framgick dock inte av inventeringen.

Äldre personer med schizofreni är exempel på en grupp psykiskt långtidshandikappade som behöver ett särskilt anpassat boende. Personer med denna diagnos blir lätt stressade och om deras vanor störs kan konflikter och aggressivitet uppstå. De kan hysa en så stark rädsla, eller skräck, för förändringar att det blir närmast omöjligt att flytta dem från ett boende till ett annat mer lämpat när de exempelvis också drabbas av fysiska funktionsnedsättningar. För personer med schizofreni är det särskilt viktigt med god personalkontinuiteten eftersom psykotiska personer oftare har specifika svårigheter att anpassa sig till ny personal. Det tar tid för båda parter, ofta flera månader, innan de hittar den rätta emotionella distansen till varandra. Den sjuke har behov av att vara ifred och släpper endast gradvis in nya personer. Det krävs därför både fallenhet, kunskap och erfarenhet hos personalen för att på ett hänsynsfullt sätt kunna bemöta den boende. Personalen blir ofta mycket viktigt för den sjuke eftersom de ofta tappat kontakten med släkt och vänner.

För personer som både är psykiskt sjuka och har en missbruksproblematik kan vårdsituationen bli särskilt besvärlig. På Skarpnäcksgården i Stockholm har man erfarenhet av att äldre psykiskt sjuka blivit bostadslösa när deras närstående, som sett till att hyrorna blivit betalda, avlidit. Man har också märkt en ökning av antalet äldre som blivit vräkta i samband med att deras bostäder ombildats från hyresrätter till bostadsrätter; det händer att den nybildade bostadsrättsföreningen passar på att göra sig av med en besvärlig hyresgäst. För att förhindra vräkning av psykiskt sjuka missbrukare behövs ett väl fungerande samarbete mellan psykiatri och socialtjänst som kan vidta åtgärder i tid, exempelvis hjälpa till med obetalda hyror. Möjligtvis är detta lättare på mindre orter med färre samarbetspartner, med det krävs också en genomtänkt strategi och samarbete med bostadsföretagen för att förhindra avhysningar, liknande det som byggts upp i Skellefteå.

Ett syfte med denna rapport var att uppskatta behovet av boendestöd för äldre personer med psykiska funktionshinder. Detta är inte möjligt, bland annat för att det inte finns någon statistik över hur många som får boendestöd. Det är dock uppenbart att behoven är stora både av särskilt boende för psykiskt sjuka personer (inklusive äldre missbrukare) som inte klarar ett eget boende och av riktade hemtjänstinsatser och dagvård för dem som bor i det ordinära bostadsbeståndet. Minskningen av antalet bostäder i särskilt boende, framför allt servicehus, har gjort att det numera krävs mycket omfattande fysiska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar för att bli beviljad särskilt boende. Äldre med depression eller ångestsjukdom hade tidigare större möjlighet att flytta till servicehus, även utan

omfattande omsorgsbehov i övrigt. När servicehusen avvecklas, samtidigt som kommunerna blir alltmer restriktiva med att anordna dagverksamheter, riskerar denna grupp att bli socialt isolerad.

Förslag till förbättringar

Arbetet med rapporten inleddes med en hearing där experter och yrkesverksamma med lång erfarenhet av psykiskt sjuka äldre diskuterade behovet av boendestöd till denna grupp och hur ett sådant stöd kunde utformas. Några av nedanstående punkter lyftes fram vid hearingen, andra har tillkommit under utredningens gång:

- Äldre med psykisk ohälsa har svårt att hävda sig i konkurrensen med yngre personer. I Stockholms läns landsting har psykiatrin av resursskäl sett sig tvungen att prioritera andra grupper än de äldre [44] och detta är den allmänna bilden också i andra delar av landet [45]. De äldre med psykisk ohälsa har också svårt att hävda sig inom primärvården som prioriterar tillgänglighet för dem som aktivt söker hjälp på bekostnad av uppsökande insatser. Detta drabbar psykiskt sjuka personer som kanske inte ens vill söka vård, utan måste övertalas. Det är därför nödvändigt att bygga ut den äldrepsykiatriska vården som startat på några ställen runt i om landet.
- Den äldrepsykiatriska vården kan stödja äldreomsorgens personal som arbetar med psykiskt funktionshindrade personer. Under åren 2000–2002 samarbetade Äldrepsykiatriska enheten i Umeå, socialtjänsten och primärvården om ett antal mycket vårdkrävande äldre patienter med kronisk psykisk sjukdom. Alla hade en kronisk psykisk störning, vanligtvis psykoser som medförde bristande verklighetsuppfattning och sjukdomsinsikt. Många av de äldre var oroliga, isolerade och inaktiva och hade dessutom problem med näringsintag och hygien. Personalen inom socialtjänsten och primärvården som arbetade med dessa personer fick regelbunden handledning och vidareutbildning inom äldrepsykiatri. Arbetet styrdes av en individuell vårdplan som upprättades för varje klient utifrån en individuell behovsinventering. Hos en stor del av de äldre minskade, i några fall eliminerades, de problem som identifierats i behovsinventeringen. Reduktioner av psykofarmakadoser kunde göras bland dem som använde viss typ av neuroleptika. En viktig framgångsfaktor var den ökade arbetstillfredsställelse som rapporterades av deltagande personal [46]. Projektet kan ses som en modell för hur ett samarbete kan förbättra omhändertagandet av de äldre och stödja personalens tillfredsställelse i kontakterna med vårdtagarna.
- Äldre personer med psykoser är en lika svår grupp att arbeta med som dementa men med den skillnaden att den psykotiske i större utsträckning är ”klar i huvudet” och mer genomtänkt i sitt handlande. Medan den demenssjuke kan ge personalen fysiska ”tjuvnyp” så kan den psykiskt sjuke hitta svagheter hos personalen att trycka på. Under senare år har

äldreomsorgen satsat på att förbättra omvårdanden av demenssjuka genom särskilda insatser på utbildning av personal, särskilda demensteam, dagverksamhet etc. Det är lika viktigt att nu satsa på utbildning i omvårdnad och bemötande av psykiskt sjuka inom den kommunala äldreomsorgen.

- Till skillnad från de dementa finns ingen anhörigförening som för de äldre psykiskt sjukas talan; de är en tyst grupp. De äldre har i många fall "bränt sina skepp" till släktingar och anhöriga och är därmed i större utsträckning beroende av att psykiatrins och äldreomsorgens personal för deras talan.
- Antalet äldre psykiskt sjuka missbrukare kommer att öka och det ställer stora krav på ett förbättrat samarbete mellan psykiatri och socialtjänst/äldreomsorg för att organisera vården på ett bra sätt och undvika utslagning och hemlöshet. Det handlar exempelvis om att psykotiska personer får stöd att följa ordinationer, så att inte sjukdomen förvärras och de blir vräkta på grund av störande beteende.
- Vid psykiatrireformen infördes stödformen "personligt ombud". Målgruppen är psykiskt funktionshindrade som har komplexa behov av vård, stöd och service och som behöver kontakt med socialtjänst, primärvård eller den specialiserade psykiatrin. Ett personligt ombud ska se till att den psykiskt funktionshindrade får sina behov tillgodosedda utifrån sina lagliga rättigheter. Uppdraget har tolkats som "att gripa in där andra misslyckats, se till att den enskilde får ökad livskvalitet och ett mer självständigt liv eller att bistå den enskilde att återta makten över sitt liv". [47], sid. 8. Det är dock endast en mindre del av dem som fått ett personligt ombud som är äldre; av dem som var aktuella 2004 var endast 8 procent över 65 år [48]. De äldre psykiskt funktionshindrade har dock rätt att få hjälp i samma utsträckning som yngre personer. Särskilt missbrukare eller de som hotas eller drabbats av hemlöshet kan ha stor hjälp av att få ett personligt ombud.
- Det finns som ovan nämnts ingen statistik på hur många personer som är beviljade boendestöd och hur många av dem som är äldre. Begreppet boendestöd förknippas dock framför allt med personer i yrkesverksam ålder medan äldre personer huvudsakligen får hjälp via hemtjänsten. Om kommunens vårdbiträden ska kunna ge ett boendestöd anpassat till de psykiskt funktionshindrade behövs dock både utbildning, handledning och att vården organiseras på ett sätt som möjliggör hög personalkontinuitet. Biståndsbedömningarna måste också anpassas efter de psykiskt funktionshindrades behov som kan skilja sig avsevärt från dem som framför allt behöver hjälp på grund av fysiska funktionshinder.
- Kommunernas ansvar för att ordna daglig sysselsättning var en av huvuddelarna i psykiatrireformen. Behovet av daglig sysselsättning upphör dock inte vid 65 års ålder, särskilt inte för personer med psykiska funktionshinder som riskerar i att fastna i inaktivitet och passivitet. Både de som bor i egen bostad och de som bor i särskilt boende har behov av särskilt anpas-

sade aktiviteter, antingen i form av en dagverksamhet som Mimer, eller aktiviteter inom boendet.

Förslag till fortsatta studier/forskning

Det saknas i det närmaste helt kunskap om i vilken utsträckning äldre personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning får omsorg av den kommunala äldreomsorgen i eget hem (av den reguljära hemtjänsten eller särskilt boendestöd) och omsorg i särskilt boende (samt boendets inriktning). Det finns dock data från den pågående äldrestudien SNAC (The Swedish National Study on Ageing and Care) som kan belysa förhållandena för åldersgruppen 65 år och äldre. I denna studie kombineras ett befolkningsperspektiv inriktat på att beskriva åldrandet och de äldres livssituation med ett vårdsystem-perspektiv som beskriver vilka äldre som får äldreomsorg och sjukvård. När data från befolkningsdelen kombineras med uppgifter från vårdsystemdelen kan man få en uppfattning om i vilken utsträckning äldre med psykiska funktionsnedsättningar får vård utifrån sina behov. SNAC-studien startade 2001 och bedrivs på fyra olika områden i landet vilket ger möjlighet att jämföra tätort och glesbygd och områden med olika socio-ekonomisk profil. (Se vidare www.snac.org). Eftersom data inom SNAC-studien insamlas kontinuerligt finns aktuell information, utan att någon ny datainsamling måste göras, som kan ge svar på hur många äldre som har psykiska funktionshinder och hur många av dem som får vård eller omsorg.

En tredjedel av landets kommuner uppgav 2001 att de hade särskilda boendeenheter som var inriktade på äldre personer med psykiska funktionshinder [39]. Det saknas dock helt kunskap om vårdens omfattning och dess kvalitet. Ett första steg borde därmed vara att göra en nationell kartläggning av särskilt boende för äldre med psykiska funktionshinder. Frågor som skulle belyses är exempelvis hur många enheter det finns, om de är jämnt utspridda eller samlade till vissa delar av landet, hur stora enheterna är, om de är samlokaliserade med andra boenden eller ligger separat etc. En kartläggning borde också ge en basal kunskap om de äldres funktionshinder och diagnoser, deras boendetid i enheten, personalbemanning och utbildningsnivå. För närvarande finns sådan kunskap endast på lokal nivå (om ens där) och den nationella överblicken saknas helt.

Ett nästa steg borde vara att studera kvaliteten i vården på dessa särskilda boenden. Har kommunerna fört samman personer med psykiska funktionshinder i särskilda enheter för att kunna ge dem en god vård eller är motivet snarare att minska störningarna för boende i andra enheter? I vilken utsträckning finns personal med utbildning och/eller erfarenhet från psykiatrisk vård och har man regelbunden kontakt med den specialiserade psykiatrin? Får personalen handledning för att arbeta med psykiskt störda personer? Är lokalerna inre och yttre miljö utformade så de passar de boende? Finns det tillgång till dagliga aktiviteter eller anpassad sysselsättning för dem som behöver det?

En allt lägre andel äldre personer flyttar till särskilt boende och det stora flertalet med vård- och omsorgsbehov bor i det vanliga bostadsbeståndet; det gäller även

äldre med omfattande fysiska och/eller psykiska funktionsnedsättningar. Boendestöd i form av dagverksamhet, boendestödjare eller specialiserade hemtjänstgrupper är dock sparsamt förekommande i förhållande till det stora antalet äldre med psykiska funktionshinder i befolkningen. Ett angeläget område för framtida forskning är att studera effekten av specialiserat boendestöd för äldre på hälsa och vårdkonsumtion. Frågeställningen är exempelvis om ett individuellt utformat boendestöd kan förbättra de äldres livskvalitet, minska behovet av hemtjänst, primärvård, sluten somatisk eller psykiatrisk vård eller påverka dödligheten?

REFERENSER

- 1 Socialstyrelsen: Psykiatrireformen : Valfärd och valfrihet? : slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Stockholm, Socialstyrelsen, 1999.
- 2 Psykiatriutredningen: Valfärd och valfrihet : service, stöd och vård för psykiskt störda : slutbetänkande SOU 1992:73. Stockholm, Allmänna förlaget, 1992.
- 3 Regeringens proposition: Psykiskt stördas villkor. 1993/94:218.
- 4 Socialstyrelsen: Reformens första tusen dagar. Årsrapport för psykiatrireformen 1998. 1998:4. Stockholm, Socialstyrelsen, 1998
- 5 Socialstyrelsen: God psykiatrisk vård på lika villkor? 1997:8. Stockholm, 1997
- 6 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
- 7 Skoog I: Psychiatric epidemiology of old age: the H70 study--the NAPE lecture 2003. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:4-18.
- 8 Forsell Y, Jorm AF, Winblad B: Outcome of depression in demented and non-demented elderly: Observations from a three-year follow-up in a community-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1994;9:5-10.
- 9 Katona C: Depression in old age. West Sussex, John Wiley & Sons, 1995.
- 10 Bowling A: The prevalence of psychiatric morbidity among people aged 85 and over living at home. Associations with reported somatic symptoms and with consulting behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:132-140.
- 11 Berger AK, Fratiglioni L, Forsell Y, Winblad B, Backman L: The occurrence of depressive symptoms in the preclinical phase of AD: a population-based study. *Neurology* 1999;53:1998-2002.
- 12 Palmer K, Berger A-K, Monastero R, Bäckman L, Fratiglioni L: The role of anxiety and depressive symptoms as predictors of progression from Mild Cognitive Impairment to Alzheimer's Disease. *Neurology* in press
- 13 Östling S, Palsson SP, Skoog I: The incidence of first-onset psychotic symptoms and paranoid ideation in a representative population sample followed from age 70-90 years. Relation to mortality and later development of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006
- 14 Kindermann SS, Brown GG: Depression and memory in the elderly: a meta-analysis. *J Clin Exp Neuropsychol* 1997;19:625-642.
- 15 Christensen H, Griffiths K, Mackinnon A, Jacomb P: A quantitative review of cognitive deficits in depression and Alzheimer-type dementia. *J Int Neuropsychol Soc* 1997;3:631-651.
- 16 Palsson S, Larsson L, Tengelin E, Waern M, Samuelsson S, Hallstro T, Skoog I: The prevalence of depression in relation to cerebral atrophy and cognitive performance in 70- and 74-year-old women in Gothenburg. The Women's Health Study. *Psychol Med* 2001;31:39-49.

- 17 Gottfries CG: Late life depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251 Suppl 2:II57-61.
- 18 Skoog I, Nilsson L, Landahl S, Steen B: Mental disorders and the use of psychotropic drugs in an 85-year-old urban population. *International Psychogeriatrics* 1993;5:33-48.
- 19 Forsell Y, Jorm AF, Fratiglioni L, Grut M, Winblad B: Application of DSM-III-R criteria for major depressive episode to elderly subjects with and without dementia. *Am J Psychiatry* 1993;150:1199-1202.
- 20 Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ: One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:35-47.
- 21 Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, Wyse BW, Welsh-Bohmer KA, Breitner JC: Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:601-607.
- 22 Boudreaux ED, Cagande C, Kilgannon JH, Clark S, Camargo CA: Bipolar Disorder Screening Among Adult Patients in an Urban Emergency Department Setting. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2006;8:348-351.
- 23 Schaffer A, Cairney J, Cheung A, Veldhuizen S, Levitt A: Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. *Can J Psychiatry* 2006;51:9-16.
- 24 Grant BF, Stinson F.S., Hasin D.S., Dawson D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., Huang, B.: Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66:1205-1215.
- 25 Brieger P, Hensel J, Marneros A: [Bipolar affective and schizoaffective disorders of older age -- classification, symptoms and course]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005;73:343-351.
- 26 Galland F, Vaille-Perret E, Jalenques I: [Bipolar disorders in the elderly]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2005;3:115-123.
- 27 Flint AJ: Generalized anxiety disorder in elderly patients: Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs and Aging* 2005;2:101-114.
- 28 Forsell Y, Winblad B: Anxiety disorders in non-demented and demented elderly patients: prevalence and correlates. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997;62:294-295.
- 29 Weissman MM, Leaf PJ, Holzer CE, Merikangas KR: The epidemiology of anxiety disorders: a highlight of recent evidence. *Psychopharmacol Bull* 1985;21:538-541.
- 30 Östling S, Skoog I: Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:53-59.
- 31 McNulty SV, Duncan L, Semple M, Jackson GA, Pelosi AJ: Care needs of elderly people with schizophrenia. Assessment of an epidemiologically defined cohort in Scotland. *Br J Psychiatry* 2003;182:241-247.

- 32 Wasserman D: Depression - en vanlig sjukdom : symtom, orsaker och
behandlingsmöjligheter. Stockholm, Natur och kultur, 2003.
- 33 Bresford TP: Alcoholism; in Evans JG (ed Oxford textbook of geriatric
medicine. Oxford, Oxford Univ. Press, 2000, 1008-1018.
- 34 Socialstyrelsen: Är vi på rätt väg? Årsrapport för psykiatrireformen 1997.
Stockholm, Socialstyrelsen, 1997
- 35 Szebehely M, Fritzell J, Lundberg O: Funktionshinder och välfärd.
Stockholm, Socialdepartementet, 2001.
- 36 Socialstyrelsen: Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2004.
Stockholm, 2005
- 37 Gurner U, Thorslund M: Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre.
Stockholm, Natur och Kultur, 2003.
- 38 Socialstyrelsen: Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2006.
Stockholm, 2007
- 39 Socialstyrelsen: Vad är särskilt i särskilt boende för äldre? En
kartläggning. Stockholm, Socialstyrelsen, 2001
- 40 Astvik W, Aronsson G: Specialister eller generalister? Arbetsvillkor och
omsorgskvalitet i hemtjänst- och boendestödsverksamhet. Rapport 2000:2.
Stockholm, Arbetslivsinstitutet, 2000
- 41 Larsson K: Äldrepsykiatrisk vård med helhetsperspektiv. Utvärdering av
det Äldrepsykiatriska hemvårdsteamet på Östermalm/Lidingö. Slutrapport.
Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 1999
- 42 Holst G, Strandberg EL, Wirén M: Kunskap för att våga och orka förstå.
Erfarenheter från en psykiogeriatrisk enhet inom kommunens särskilda
boendeenheter. Karlshamn, Blekinge FoU-enhet, 2002
- 43 Larsson K: Kvarboende eller flyttning på äldre dagar. En
kunskapsöversikt. Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum,
2006
- 44 Sparring Björkstén K: Äldrepsykiatri i SLL utom demenssjukdomar -
Fokusrapport. Stockholm, SLL, 2004
- 45 Allard P, Öhman AS, Gustafson L, Karlsson I, Lundmark J:
Äldrepsykiatrin inventerad i Sverige. En bristvara där efterfrågan inte styr
resurstilldelningen. Läkartidningen 2000;97:2976-2980.
- 46 Allard P: Omvårdnad och behandling av äldre psykiskt
långtidshandikappade. Ett pilotprojekt med syfte att höja livskvaliteten hos
en eftersatt grupp. Slutrapport och ekonomisk redogörelse för åren 2000-
2002. Umeå, 2003
- 47 Socialstyrelsen: Mål & metoder. Att arbeta som personligt ombud.
Stockholm, Socialstyrelsen, 2003
- 48 Socialstyrelsen: Personligt ombud 2000-2004. Stockholm, 2005

Psykisk ohälsa hos den äldre befolkningen är ett betydande folkhälsoproblem. Många äldre personer med långvariga psykiska funktionshinder är i behov av särskilt stöd, antingen de bor i eget hem i det vanliga bostadsbeståndet eller i särskilt boende. I denna rapport ges exempel på några verksamheter som på olika sätt arbetar för att stödja de äldre att kunna bo kvar i egen bostad. En *boendestödsverksamhet*, en *hemtjänstgrupp* och en *dagverksamhet* beskrivs med avseende på hur de arbetar för att hjälpa äldre personer med psykiska funktionshinder.

Många kommuner har *särskilda boenden* med inriktning på psykiskt funktionshindrade, ibland i en mindre del av ett boende och ibland som en särskild enhet. I rapporten beskrivs tre boenden med olika verksamhetsinriktning, från skilda delar av landet. Ett exempel finns också från en kommun där *samverkan* verkligen fungerar mellan socialtjänst och psykiatri.

Rapporten avslutas med förslag till förbättringar för äldre med psykiska funktionshinder samt förslag till studier som kan ge mer kunskap om behov av boendestöd i den äldre befolkningen.