



Upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa hos äldre personer – en kvalitativ studie



FoU-rapport nr 31/2018
Lis Bodil Karlsson

FoU Nordost är en forsknings- och utvecklingsenhet för de nordostliga Stockholmskommunerna Danderyd, Lidingö, Norrtälje, Täby, Vallentuna, Vaxholm och Österåker. FoU Nordost ska genom praktiska forsknings- och utvecklingsinsatser utgöra en resurs för utveckling och utvärdering inom socialtjänsten som omfattar individ- och familjeomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri, samt för utveckling av vård, omsorg, rehabilitering och stöd och service till äldre personer. Stockholms Läns Landsting är medfinansierare av den verksamhet som rör inriktningen mot äldre.

www.founordost.se

Upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa hos äldre personer
– en kvalitativ studie
(Delrapport 4. Kartläggning Uppdrag Psykisk Hälsa i Stockholms län)

© FoU Nordost 2018

Omslagsfoto: Rawpixel/Unsplash

FoU-rapport 31/2018

ISBN 978-91-983772-6-2

Förord

För att kunna se och möta äldre som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa behöver hemtjänstpersonalen, distriktssköterskan eller biståndshandläggaren inte bara kunskap om psykisk hälsa och ohälsa, denna rapport visar att det krävs också mod, engagemang, rutiner, tid och handlingsutrymme och inte minst en fungerande samverkan mellan olika aktörer inom vård och omsorg.

Våren 2018 fick FoU Nordost tillsammans med FOU nu, Nestor FoU-center och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum en förfrågan från *Uppdrag Psykisk Hälsa i Stockholms län*, om att analysera det stöd som personer över 65 år inom länet kan ta del av vid psykisk ohälsa. Syftet med analysen var att ge vägledning i det fortsatta arbetet med strategier för kompetensutveckling inom både landsting och kommuner. FoU Nordosts bidrag till denna analys är att genom denna rapport belysa förutsättningar hos berörd personal att upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa. Den fullständiga rapporten *Analys av stöd till personer över 65 år som har eller riskerar psykisk ohälsa inom Stockholms län – Om primärvårdens och kommunernas samverkan och stödinsatser, deras förutsättningar att upptäcka psykisk ohälsa samt hur personer med psykisk ohälsa ser på dessa insatser* inkluderar, förutom de fyra delrapporterna, en gemensam analys av läget i Stockholms län 2018, och kommer att publiceras på de fyra FoU-enheternas webbplatser.

Vi vill tacka alla som med stort engagemang bidragit med sina reflektioner kring erfarenheter och kompetens och som lyft blicken från sin arbetsvardag för att delge oss sina tankar om vilka förändringar i deras arbete som kan leda till utveckling och ökad kompetens att upptäcka och ge stöd till äldre personer som riskerar psykisk ohälsa.

Danderyd, augusti 2018

Åsa Hedberg Rundgren, med. dr.
Verksamhetschef, FoU Nordost

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	6
Syfte och forskningsfrågor	6
Äldre personer och psykisk ohälsa	6
Rapportens disposition	10
2. METODOLOGISKA VAL OCH ÖVERVÄGANDEN	11
Etiska val och överväganden	13
3. BISTÅNDSHANDLÄGGARNAS PERSPEKTIV	15
Kännedom om äldre som lider av psykisk ohälsa	15
Stärka den enskildes förmåga	17
Samverkan	18
Utbildningsinsatser och kompetens	21
Vad som behöver utvecklas	22
4. DISTRIKTSSKÖTERS KORNAS PERSPEKTIV	23
Kännedom om äldre som lider av psykisk ohälsa	23
Stärka den enskildes förmåga	25
Samverkan	26
Utbildningsinsatser och kompetens	27
Vad som behöver utvecklas	29
5. HEMTJÄNST — VERKSAMHETS CHEFERNAS PERSPEKTIV	30
Kännedom om äldre som lider av psykisk ohälsa	30
Stärka den enskildes förmåga	32
Samverkan	35
Utbildningsinsatser och kompetens	38
Vad som behöver utvecklas	39
6. HEMTJÄNST — HEMTJÄNSTPERSONALENS PERSPEKTIV	40
Kännedom om äldre som lider av psykisk ohälsa	40
Stärka den enskildes förmåga	43
Samverkan	45
Utbildningsinsatser och kompetens	46
Vad som behöver utvecklas	47
7. SAMMANFATTNING	48
Kännedom om äldre som lider av psykisk ohälsa	48
Stärka den enskildes förmåga	50
Samverkan	51
Utbildningsinsatser och kompetens	53
Vad som behöver utvecklas	55

8. DISKUSSION	57
Inledning	57
Förslag till utbildningsinsatser	58
Vad som behöver utvecklas.....	58
 REFERENSER	 61
 BILAGOR	 62
Bilaga 1. Samtycke till deltagande i forsknings- och utvecklingsarbete	62
Bilaga 2. Intervjuguide — Förutsättningar hos personal inom hemtjänst, socialtjänst och primärvård att upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa	63

1. Inledning

SYFTE OCH FORSKNINGSPRÅGOR

Följande rapport är en kvalitativ studie med fokus på erfarenheter från kommunal biståndshandläggning, hemtjänst och primärvård gällande gruppen personer över 65 år som riskerar psykisk ohälsa. Syftet är att beskriva förutsättningar hos den berörda personalen att upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa. Tecken på psykisk ohälsa är symtom så som ångslan, ångest, oro, depression, självmordstankar, önskad ensamhet, samlarsyndrom, beroende av alkohol och läkemedel samt nedsatt funktionsförmåga. Rapporten har sammanställts som en del i ett uppdrag att kartlägga psykisk ohälsa hos personer över 65 år, från *Uppdrag Psykisk Hälsa i Stockholms län*, (www.uppdragpsykiskhalsa.se/stockholmslan). Följande forskningsfrågor besvaras i rapporten:

- Hur de berörda aktörerna – biståndshandläggarna, distriktssköterskorna, verksamhetscheferna och omsorgspersonalen inom hemtjänst – märker/får reda på att äldre personer över 65 år lider av psykisk ohälsa?
- Hur kan aktörerna stötta den enskildes förmåga att motverka och/eller lindra psykisk ohälsa?
- Vilken utbildning och vilken kompetens har personal som möter målgruppen i att fånga upp signaler om psykisk ohälsa?
- Hur hanteras frågor som rör samverkan? Rutiner?
- Vad behöver utvecklas? Utbildningsbehov?

ÄLDRE PERSONER OCH PSYKISK OHÄLSA

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (1982:763), är tydlig med att hälso- och sjukvården ska ge vård på lika villkor med respekt för den enskildes värdighet och lika värde. Lagen är också tydlig med att den som har störst behov ska ges företräde. Trots det prioriteras inte alltid äldre personer som drabbats av svår psykisk sjukdom, enligt Socialstyrelsen (2012a). Socialstyrelsen (2013c, sid. 9) konstaterar att ”äldre personer med psykiska funktionsnedsättningar omfattas av samma lagstiftning som andra äldre”

och hänvisar till Socialtjänstlagens 5 kap. §4 (2001:453) som anger att socialtjänstens omsorg ska inriktas mot att äldre personer kan ”leva ett värdigt liv och känna välbefinnande”. Samtidigt ska socialnämnden verka för att denna grupp får möjlighet att leva ”under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra”.

Äldre som drabbas av psykisk ohälsa debuterar antingen efter 65 års ålder eller kan också ha drabbats tidigare i livet. Trots att äldre människor lider av psykisk ohälsa får de inte alltid den omsorg eller den vård som de har behov av, vilket kan bero på bristen på verksamheter som riktar sig till gruppen äldre över 65 år (Socialstyrelsen 2013c, sid. 11). Primärvården och äldreomsorgen möter inte sällan äldre med en psykiatrisk problematik, utan att för den skull besitta särskild kompetens inom specialpsykiatri (a.a.), vilket riskerar att medföra underdiagnostisering. Detta medför onödigt lidande för de berörda äldre, inte minst eftersom symtom som exempelvis depression och nedstämdhet associeras till normalt åldrande (a.a.).

Socialstyrelsen berör också att samverkan mellan olika aktörer inte alltid fungerar, inte minst eftersom biståndshandläggare måste hålla kontakt med ett flertal kommunala och privata utförare av hemtjänst, dagverksamheter, vårdbiträden/undersköterskor och särskilda boenden (2013c, sid. 14). Primärvården, oavsett om den är offentligt eller privat driven, har exempelvis svårt att prioritera samverkan eftersom ersättningssystemen i sig inte gynnar samverkan (2013c, sid. 16).

De berörda professionerna har inte sällan begränsad kunskap om äldre personer med psykisk ohälsa, inte minst om vilka metoder som är effektiva. Äldre personer drabbade av psykisk ohälsa har ofta komplexa behov som förutsätter både psykiatriska och somatiska insatser (2013c, sid. 17). Så kan personal inom exempelvis primärvård och hemtjänst ha otillräcklig kunskap om ”att upptäcka, behandla, bemöta och förebygga psykisk ohälsa hos äldre personer” (a.a. sid. 17). Äldres symtom kan också skilja sig från yngre människors symtom och det saknas tillförlitliga bedömningsinstrument, vilket kan göra att det är svårare att upptäcka psykisk ohälsa hos gruppen som helhet. Ett annat skäl som Socialstyrelsen tar upp är fenomenet ålderism, det vill säga schablonartade föreställningar om hur äldre är, vilket i sin tur kan bidra till att vården och omsorgen är eftersatt. Ett tredje skäl är äldres egna negativa attityder till psykisk ohälsa och att de undviker att söka hjälp trots sin psykiska ohälsa.

Äldre personer drabbade av psykisk ohälsa tillhör de mest sjuka äldre, enligt Socialstyrelsen (2013c, sid. 19). Samtidigt konstateras att olika personalkategorier inom vård och omsorg behöver olika stöd och därför måste kunskapsspridningen också skilja sig åt. Till exempel behöver primärvårdens läkare och sjuksköterskor kunskap för att kunna ställa diagnos och behandla psykisk ohälsa. Socialstyrelsen bedömer dock ”att det inte är en särskild vägledning avseende överenskommelser kring äldre med psykisk ohälsa som är behovet, utan snarare hur överenskommelser kan skrivas som uppmärksammar behov för olika målgrupper” (a.a. sid. 21), och exemplifierar med de överenskommelser som finns idag avseende dem som är beroende av alkohol eller andra beroendeframkallande medel som läkemedel. Socialstyrelsen (2013a) betonar vikten av vårdens och omsorgens tillgänglighet,

exempelvis hur lätt man kan nå primärvården; biståndshandläggare respektive vårdbiträde/undersköterska. En avgörande aspekt i sammanhanget är exempelvis hur äldreomsorgens telefontider är anpassade efter äldre personers behov.

Personal inom hemtjänst och särskilt boende samt distriktssköterskor har oftast daglig kontakt med äldre multisjuka personer som inte sällan lider av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2013b, s. 7). Socialstyrelsen betonar några förutsättningar för att den enskilde ska erhålla god vård och omsorg; en värdegrund som utgår från respekt och acceptans för den enskildes upplevelser, samverkan mellan olika aktörer utifrån en helhetssyn på den enskildes behov och livssituation. Arbetet ska genomsyras av en evidensbaserad praktik, utvärdering och uppföljning. Bemötandet av äldre som har eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa ska inte bara handla om att ge insatser, utan också om att stärka personens egen förmåga att motverka psykisk ohälsa. Med psykisk funktionsnedsättning avser Socialstyrelsen ”väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden som funnits eller kan antas bestå under en längre tid” som konsekvenser av bestående eller övergående sjukdom eller följden av en förvärvad eller medfödd skada (s. 9).

Socialstyrelsen (2013b) betonar att den komplexitet som råder när det gäller psykiska sjukdomar och demenssjukdomar innebär att demens i ett begynnande skede emellanåt blandas samman med depressioner och tvärtom. Den kommunala hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten behöver kompetens för att upptäcka psykisk ohälsa, för att kunna ge adekvat stöd. Ett gott omhändertagande förutsätter att de olika aktörerna samverkar, och en möjlighet är att skriva samverkansavtal. Faktum är att många äldre bara vid enstaka tillfällen träffar läkare inom primärvården, till skillnad mot hemtjänstpersonal och distriktssköterskor som dagligen möter denna grupp och därför av naturliga skäl har lättare att märka om någon har eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa. Socialstyrelsen drar därför följande slutsats:

Det är angeläget att det finns kompetens hos både primärvården och socialtjänsten för att upptäcka psykisk ohälsa hos äldre och föreslå lämpliga insatser, alternativt konsultera andra verksamheter om nödvändig kompetens saknas i den egna verksamheten (2013b s, 14).

Sedan den 1 januari 2010 finns en lagstadgad skyldighet i Socialtjänstlagen (2001:453) SoL (2 kap, 7 §) respektive hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL (3 f §) att huvudmännen (kommun och landsting) ska upprätta en samordnad individuell plan, SIP, för att säkerställa samarbetet dem emellan, när någon har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Socialstyrelsen (2013b) framhåller vikten av att omsorgens personalgrupper, som exempelvis vårdbiträden och undersköterskor, upptäcker tidiga tecken på psykisk ohälsa och att de i sådana fall delger sin chef eller ansvarig sjuksköterska som kan kontakta läkare inom psykiatrin eller primärvården. Socialstyrelsen listar indikatorer på psykisk ohälsa; så som sänkt grundstämning som kan vara tecken på depression, eller att vara uppvarvad och överaktiv som kan vara tecken på mani, ångest kan

uttrycka sig som rädsla och oro. Äldre personer kan också drabbas av hallucinationer som inte nödvändigtvis behöver vara skrämmande, utan kan vara trevliga eller angenäma. Vanföreställningar, fobier och överdrivna känsloreaktioner är andra symtom på psykisk ohälsa. Likaså kan trauman tidigare i livet ge symtom på ålderns höst i form av mardrömmar, ångest och återupplevande. Andra tecken är akut förvirringstillstånd eller konfusion och psykiska symtom vid demens. Äldre personer kan också ha en beroendeproblematik eller lida av kognitiva funktionsnedsättningar.

Socialstyrelsen (2012b, sid. 19) konstaterar att vissa kunskaper kan behövas för specialiserade arbetsuppgifter rörande psykisk sjukdom för äldre, exempelvis kunskap om vad som är psykisk ohälsa och orsaker och tecken på ohälsa, samt behandlingsmetoder, men också hur läkemedel kan påverka. Kunskap om beroende och missbruk är något som Socialstyrelsen betonar som essentiellt och värdefullt. Annat är ökad kunskap om socialpsykiatriska insatser och hur man kan planera, genomföra och följa upp riktade insatser till äldre drabbade av psykisk ohälsa.

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, skriver om ålderism som begrepp för att benämna den diskriminering som har sin grund i fördomar och stereotypa föreställningar om människor av en viss ålder (2015, sid. 4). Ett exempel på det, är enligt SKL, att vi generellt uppfattar äldre personer som "icke-drickare", med andra ord personer som inte dricker alkohol, vilket är något som biståndshandläggare bör vara medvetna om: "Handläggare måste ha ett klarsynt perspektiv och våga se även det som inte 'känns' rätt" (sid. 8). SKL hänvisar till att mötet med äldre är avgörande och vikten av att vara medveten om att även äldre kan drabbas av psykisk ohälsa. Därför är det avgörande att det vid första besöket hos en handläggare avsätts tillräckligt med tid. Samtidigt bör handläggare inte vara rädda för att ställa raka frågor kring den äldres psykiska hälsa eller beröra existentiella frågor, eftersom dessa i sin tur påverkar hur människor bedömer sin psykiska hälsa. Här kan Äldres/Individens behov i centrum, ÄBIC/IBIC, fungera som ett stöd i samtalet (sid. 11). SKL listar några tecken på psykisk ohälsa; exempelvis ångest, som yrsel, hjärtklappning och rädsla för att dö. Som tecken på depression nämns nedstämdhet, sömnstörning, självmordstankar. Psykos kan indikeras av social isolering, ökad känslighet för sinnesintryck och ändrad dygnsrytm (sid. 12). SKL betonar att det fortfarande finns ett stigma kopplat till attityder kring psykisk ohälsa, vilket leder till att äldre personer inte söker den hjälp de skulle behöva. Detta är allvarligt eftersom människor med obehandlad psykisk ohälsa far illa, och kanske försöker ta sina liv (sid. 13). På grund av rådande ålderism räknas inte heller äldre som "lika värdefulla människor som den yngre befolkningen" (sid. 13). Samhällets strukturer påverkar handläggares arbete. De har emellertid stor makt och har därför i arbetet möjligheter att påverka och förändra rådande struktur.

En förutsättning för ett sådant arbetssätt är att även organisationerna ser både de individuella och samhällsmässiga vinsterna med att göra "rätt" från början och på så vis kunna förebygga ett större lidande och stödbehov. Genom att både se strukturerna och människan i sitt sammanhang och som en berättelse kan rätt stöd ges – och det på en gång (sid. 13).

RAPPORTENS DISPOSITION

Efter detta introducerande kapitel följer kapitel 2 med fokus på Metodologiska val och överväganden, där jag redogör för studiens design. Det är en kvalitativ studie med data insamlad genom enskilda intervjuer, par- respektive fokusgruppsintervjuer med distriktssköterskor, biståndshandläggare, hemtjänstens chefer respektive hemtjänstpersonal, som vårdbiträden och undersköterskor. I kapitel 3 redovisas biståndshandläggarnas perspektiv utifrån de aktuella forskningsfrågorna. I kapitel 4 följer distriktssköterskornas perspektiv. I kapitel 5 respektive 6 presenteras erfarenheter från verksamhetschefer och omsorgspersonal inom hemtjänsten. Rapporten avslutas med en sammanfattning respektive diskussion kring studiens resultat.

2. Metodologiska val och överväganden

Föreliggande projekt fokuserar på erfarenheter från biståndshandläggning, hemtjänst och primärvård gällande gruppen personer över 65 år som riskerar psykisk ohälsa, med syfte att beskriva förutsättningar hos berörd personal att upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa. Tecken på psykisk ohälsa är symptom så som ängslan, ångest, oro, depression, självmordstankar, oönskad ensamhet, beroende av alkohol och läkemedel, samlarsyndrom, våld i nära relationer samt nedsatt funktionsförmåga.

Inom projektets ramar genomfördes en kvalitativ studie med 13 semistrukturerade person-, par- och fokusgruppsintervjuer. Tre parintervjuer gjordes med distriktssköterskor, tre par- eller fokusgruppsintervjuer med biståndshandläggare, fyra enskilda eller parintervjuer med hemtjänstens chefer samt tre enskilda eller fokusgruppsintervjuer genomfördes med hemtjänstpersonal (se tabell 1. Översikt av intervjuer).

Ursprungligen tänkte vi genomföra en personintervju med distriktssköterska och hemtjänstens chefer respektive fokusgruppsamtal med biståndshandläggare och hemtjänstens utförare. Men aktörerna hade emellanåt andra förslag, så fick vi exempelvis en parintervju med två distriktssköterskor i innerstadsdelen och en enskild intervju i stället för en fokusgruppsintervju med hemtjänstens utförare i den norra kommunen. Rogers (2012) beskriver maktasymmetrin mellan forskare och respondenter/intervjupersoner och betonar vikten av att involvera de senare i ett tidigt skede av forskningsprocessen. Genom att låta tilltänkta intervjupersoner själva avgöra huruvida de ville delta, i en enskild intervju, par- eller fokusgruppsintervju, hoppades vi överbrygga detta faktum. I tabell 1 nedan kan läsaren ta del av vilken typ av intervju som genomfördes med respektive aktör.

Vid urvalet fokuserades på fyra kommuner/stadsdelar med hänvisning till parametrar som glesbygd – storstad, stor – liten, norr – söder, respektive socioekonomiska faktorer. I praktiken valdes en innerstadsdel, en liten kommun och två närförorter. Vi förväntade oss att få en överblick över befintliga arbetssätt, utmaningar och utvecklingsområden.

Vid rekrytering av distriktssköterskor tog vi en första kontakt via mejl med ansvariga chefssjuksköterskor inom den kommun/stadsdel som vi hade valt. Chefssjuksköterskorna hörde sedan med berörda distriktssköterskor om eventuellt intresse av att delta i en intervju. För att nå biståndshandläggare kontaktades avdelningschef/beställarchef bistånd äldre via mejl som sedan tillfrågade handläggare om de var intresserade av att medverka. Hemtjänstens verksamhetschefer kontaktades också mejlledes med en förfrågan om en intervju. De informerade i sin tur de medarbetare, undersköterskor och vårdbiträden, som var i tjänst, om möjligheterna att delta i en (fokusgrupps)intervju. Innan tid bokades följdes de första mejlen upp med bekräftande telefonsamtal och epost.

Tabell 1. Översikt av intervjuer

Stadsdel/ kommun	Distriktssköterska – parintervjuer	Biståndshandläggare – par- & fokusgruppsintervjuer	Hemtjänstens chefer – enskilda, par- & fokusgruppsintervjuer	Hemtjänstens utförare – enskilda, par- & fokusgruppsintervjuer
Innerstad	Parintervju vid privat vårdcentral	Parintervju med biståndshandläggare och vårdplanerare	Parintervju med verksamhetschefer, privat utförare	Enskild intervju med undersköterska
Norrkommun	Parintervju vid privat vårdcentral	Parintervju med biståndshandläggare & enhetschef	Enskild intervju med verksamhetschef, privat utförare	–
Närförort	Parintervju vid privat vårdcentral	–	Parintervju med verksamhetschefer, privat utförare	Parintervju med undersköterska och vårdbiträde
Närförort	–	Fokusgruppsintervju med biståndshandläggare (4 deltagare)	Fokusgruppsintervju med tre verksamhetschefer, kommunal utförare	Fokusgruppsintervju med tre undersköterskor & tre vårdbiträden
Summa deltagare: 28	6	6	7	9

Samma intervjuguide användes vid samtliga intervjuer med distriktssköterska, hemtjänst och biståndshandläggare (se Bilaga 2). Intervjuguiden rör sig kring några huvudfrågor: I. Hur märker ni/får ni reda på att någon äldre person lider av psykisk ohälsa? II. Hur kan ni stärka den enskildes förmåga att motverka psykisk ohälsa? Vilka insatser finns? Vilka saknas? III. Vilken kunskap/kompetens har ni för att fånga upp signaler om psykisk ohälsa? IV. Hur ser era rutiner för samverkan ut?

Varje intervju skiljer sig åt, men samtalen kretsade kring ovanstående frågor. Det ligger i sakens natur att svaren varierar beroende på stadsdel/kommun, men vissa gemensamma nämnare återkommer, så som exempelvis fenomenet att de äldre plågas av ensamhet, oavsett var hen är bosatt. Intervjuerna har olika längd, mellan 45 och 90 minuter, beroende på hur lång tid deltagarna kunde avsätta från sin arbetstid. Intervjuerna transkriberades sedan av bisittaren (A.T.) så ordagrant som möjligt. Även skrott och pauser samt omtagningar är angivna i transkriberingarna. Varje transkriberingsutskrift är i snitt 23 sidor och det sammanlagda antalet sidor är cirka 300.

Analysen utgår från Malteruds fenomenologiska ansats och började med en förutsättningslös genomläsning av varje intervju. Sedan påbörjades en kodning genom att sortera meningsbärande enheter under något av de fem teman som återkom: *Kännedom om äldre som lider av psykisk ohälsa; Stärka den enskildes förmåga; Samverkan; Utbildningsinsatser och kompetens samt Vad som behöver utvecklas*. Därpå gick vi igenom utskrifterna rad för rad för att identifiera meningsbärande enheter, som kunde vara längre textavsnitt eller kortare fragment. Kodningsarbetet handlade om att klassificera citat under respektive teman, det vill säga att klassa alla meningsbärande enheter som hade samband med varandra. Arbetet kan kännetecknas som en dekontextualisering, det vill säga att olika textavsnitt togs ur sitt ursprungliga sammanhang och sorterades tillsammans med besläktade textelement. På så sätt skapades en matris med de fem valda temana. Nästa steg handlade om kondensering, det vill säga att jag abstraherade innehållet i de meningsbärande enheterna genom att gå igenom varje tema för sig och formulera textavsnittens konkreta innehåll till en abstrakt innebörd. Sedan sammanfattade jag textavsnitten genom att rekontextualisera dem, det vill säga att jag sammanfattade dem och skapade nya beskrivningar för att avslutningsvis gå tillbaka till min matris och belysa det sagda med talande citat om så var nödvändigt. Avslutningsvis lästes varje intervju för att validera tolkningen.

ETISKA VAL OCH ÖVERVÄGANDEN

Av etiska skäl är resonemangen från de olika intervjuerna anonymiserade, såväl beträffande arbetsplatser som uppgifter rörande enskilda patienter/klienter/brukare. Deltagare informerades om projektets syfte och huvudman, samt att FoU Nordost tillsammans med tre andra FoU-enheter i Stockholm hade ett uppdrag att kartlägga psykisk ohälsa hos personer över 65 år, från *Uppdrag Psykisk Hälsa i Stockholms län*, (www.uppdragpsykiskhalsa.se/stockholmslan).

Tilltänkta deltagare informerades muntligen om att deltagandet var frivilligt och att man när som helst under arbetets gång kunde avbryta sitt deltagande utan att förklara varför,

samt att personuppgifter om deltagaren inte skulle spridas. Deltagarna informerades också om att den slutgiltiga rapporten kommer att vara offentlig och publiceras på FoU Nordosts webbplats i oktober 2018, samt att den kommer att utgöra underlag för ett fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete för *Uppdrag Psykisk Hälsa i Stockholms län*. Innan samtalen spelades in informerades deltagarna också skriftligen om ovanstående och fick skriva under ett samtyckesformulär (Bilaga 1. *Samtycke till deltagande i forsknings- och utvecklingsarbete*).

3. Biståndshandläggarnas perspektiv

KÄNNEDOM OM ÄLDRE SOM LIDER AV PSYKISK OHÄLSA

Biståndshandläggarna i studien säger att de inte sällan upptäcker om någon lider av psykisk ohälsa redan vid ett första hembesök. Ibland uttrycker den äldre personen själv det, exempelvis genom att berätta att vänner och närstående har gått bort eller att man känner sig ensam. Alternativt kan vuxna barn ”hintar om att föräldrarna börjat dricka lite mer alkohol” eller så kan boendestöd ”flagga för” att någon far illa. Socialtjänsten kan kontakta biståndsenheten när någon håller på att vräkas eller i samband med vårdplaneringar.

De flesta äldre som biståndsenheterna har kontakt med lider av någon form av psykisk ohälsa, som depression eller oro. Biståndshandläggarna märker av att deras brukare inte mår bra, ofta på grund av ensamhet. Äldres ekonomiska situation tycks inte vara avgörande för denna aspekt av livet, ”man kan inte köpa sig fri från sjukdom och psykisk ohälsa, det går inte”. Det kan emellertid kännas tragiskt att komma hem till en människa som bor i en stor lägenhet och har fina kläder, ”men har tappat all mening med livet – det är bland det sorgligaste man kan möta”.

Ibland kontaktas biståndsenheten av barn, grannar eller goda vänner ”för man tycker att det luktar illa” och den äldre personen orkar inte sköta sin hygien eller sitt hem, men då har den destruktiva situationen oftast pågått under en längre tid:

– I den åldern, om man är i 80-års åldern, då är det många vänner och syskon som har gått bort. Det finns många anledningar att man känner sig nedstämd och man blir ju mer ensam och är också funktionshindrad. Man klarar inte av att göra saker som tidigare. Ta sig ut eller engagera sig i saker. Man känner sig kanske inte så välkommen i vårt samhälle heller. Det är inte så mycket som erbjuds.

– Just den kombinationen kan jag tycka är ganska vanlig – att man dels känner sig ensam för att många av ens vänner har gått bort, och barnen har fullt upp med sitt, eller så har man inga barn, men också att man rent fysiskt är

begränsad på ett helt annat sätt [än tidigare]. Man kan inte ta sig ut som du säger. Man vet inte var man ska söka upp sociala aktiviteter. Det kan också ha gått så långt att även om vi planerar de sociala träffarna och dagverksamhet så kan det finnas ett visst motstånd ändå, att man inte vill ha någon form av social kontakt med den där dagverksamheten: "Nej det är inget för mig". De tänker att det är för dementa och sjuka. Det blir på något sätt för arrangerat.

Självbilden påverkas, inte minst av att man kanske hela sitt liv varit "självgående och att man har skött allting själv", då kan det kännas svårt att försonas med bilden att man inte längre har kvar sin förmåga att sköta det man kunnat tidigare:

– Då blir det svårt, vilket gör att man kanske kommer ännu djupare i en depression och att man sitter hemma med sina egna tankar. Ibland känns det som att de mer vill sitta och prata och ha en social stund än egentligen ansöka om praktiska hemtjänstinsatser.

Äldre människors ensamhet kan relateras till psykisk ohälsa, enligt biståndshandläggarna. Även om det finns kontakter med andra i ens omgivning påverkas den äldre personen negativt "när [den fysiska] hälsan sviktar", man kan också känna sig "isolerad i sin kontrollförlust". En enkel urinvägsinfektion kan räcka för att bli bragt ur fattningen och bidra till att man känner att man tappar kontrollen över sin livssituation, inte minst om minnet sviktar, vilket i sin tur kan bidra till paranoida känslor.

Biståndshandläggarna säger att de utvecklar en förmåga att titta på hur situationen ser ut hemma hos den äldre personen, exempelvis om man orkar sköta sitt hem eller inte längre går ut med sina sopor, eller också märker man det på andra saker som att man kanske sviktar kognitivt. En biståndshandläggare säger att hen "går på sin magkänsla" och märker om något inte stämmer i den äldres livssituation. Iakttagelser som man sedan kan höra sig för med anhöriga och/eller med någon från sjukvården om, efter att ha fått samtycke från den berörda brukaren.

Biståndshandläggarna på en enhet gissar att cirka hälften av alla som de hjälper lider av någon form av psykisk ohälsa, exempelvis oro, ångest eller depression. På en annan biståndsenhet bedömer handläggarna att drygt en tredjedel av deras brukare lider av psykisk ohälsa. Men när det är som mest intensivt kan det kännas som att mellan 70 och 80 procent av deras brukare har en psykiatrisk problematik, särskilt om man räknar in ensamhet och demens eller dem som har en partner som insjuknat. De som blir änka/änkling har det svårt, inte minst eftersom vårt samhälle utgår från att man ska ha förmåga att klara sig själv, enligt en biståndshandläggare. När det gäller beroendeproblematik, menar handläggarna, att mellan fem och tio procent av de äldre som de har kontakt med har sådan problematik. Det är dock möjligt att det finns fler som har beroendeproblematik, men att biståndsenheten kanske inte märker av den. Handläggarna säger att äldre människors dryckesmönster håller på att förändras och att det finns en mer liberal syn på alkohol i samhället i jämförelse med tidigare generationer.

STÄRKA DEN ENSKILDES FÖRMÅGA

Biståndshandläggarna talar genomgående om att ett genuint bemötande är avgörande för att stärka den enskildes förmåga, värdet av att bara finnas där och lyssna på klienten och vikten av att ”inte stressa därifrån – att man försöker skapa någon slags förtroende, tillit” under utredningsskedet. Samtidigt är varje biståndshandläggares uppdrag tydligt: ”att kartlägga och utreda ett behov och att bevilja en insats”. Men handläggare kan emellanåt vara benägna att glida över till att utöva ett behandlande arbete, exempelvis fungera som kuratorer, trots att det inte är handläggarnas uppdrag. Det kan emellanåt kännas omänskligt för handläggarna att förväntas vara ”fyrkantig” och bara hålla sig till det utredande arbetet, som att utreda boendemiljön och den äldres fysiska hälsa. Det man kan göra är att inte bara vara fokuserad på att lyssna, utan också att rekommendera sociala träffar eller hänvisa till husläkaren. Samtidigt som man utövar sitt arbete kan man visa omtanke och ett engagemang, med andra ord bekräfta den äldre personen. Särskilt för dem som är isolerade och ensamma är det viktigt att de får möjlighet att träffa samma biståndshandläggare, för att så skapa en god relation.

Inga särskilda insatser finns för dem som lider av psykisk ohälsa förutom boendestöd, däremot finns sociala insatser som exempelvis måltidsstöd för dem som inte klarar av att äta själva. Det förutsätter emellertid att hemtjänstpersonalen har särskild kompetens, att de är ”duktiga på att få den enskilde att trivas och att det känns naturligt” att ge måltidsstöd. Man kan också förmedla kontakt till distriktssköterskan, som i sin tur kan vara behjälplig med att eventuellt boka en läkartid. Andra insatser som är bra för dem som lider av psykisk ohälsa är sociala dagverksamheter med inriktning mot demens eller annan psykisk ohälsa, men också så kallade öppna dagverksamheter som inte kräver ett biståndsbeslut. Somliga äldre gillar att vara på öppen dagverksamhet där de får ett socialt kontaktnät i stället för att sitta hemma i sin bostad: ”De tycker om att vara där. De kommer ut, det händer någonting. Det passar kanske inte för hundra procent, men nästan alla som har kommit dit vill komma dit oftare och de får ju helt plötsligt ett sammanhang.” Sedan finns det Frivillig väntjänst som Röda Korset respektive Svenska kyrkan driver, vilket inte är biståndsbedömt.

Några biståndshandläggare menar att hemtjänsten kan göra stor skillnad med sina insatser för att stärka dem som lider av psykisk ohälsa, men situationen kanske kompliceras av att den äldre personen känner brist på tillit och att hen är tveksam till att ta emot hjälp, inte minst för att man tidigare i sitt liv blivit utnyttjad, och/eller att andra i ens omgivning kontrollerar en:

– Men det är svårt för den här personen att släppa in. Det är svårt för den här personen att acceptera hjälp överhuvudtaget. Man kanske har ett förflutet också. Man har haft problem länge i livet, att vara misstänksam och inte kunna lita på andra. Man har blivit utnyttjad, speciellt kvinnor med missbruk. Jag skulle inte vilja säga att de har svårt att acceptera hemtjänst direkt, men de har ofta blivit väldigt hårt prövade i livet. Så det är svårt. Det känns som att det kanske inte bara räcker. Dessutom finns det fortfarande en koppling till andra personer som inte släpper taget om dem.

Av samtalen framkommer att anhörigkonsulent och Silviasyster¹ till viss del kan arbeta förebyggande genom att organisera anhörigutbildningar eller genom uppsökande verksamhet, ”att vi kan komma in tidigare”. En grupp som några biståndshandläggare nämner som behöver särskilt stöd och ett genomtänkt bemötande är dem som kan karakteriseras som samlare så att de får hjälp genom hela processen att städa igenom sitt hem, ”man måste göra det i den personens takt”, det är inte heller något som sker under en kortare tid, utan det måste få ta tid.

Biståndshandläggarna talar om utmaningarna i arbetet med att bistå sina brukare. Men krav och förväntningar om att hålla budget är inte alltid förenliga med intentioner om att utföra ett gott socialt arbete. Om den äldre exempelvis önskar flytta till ett vård- och omsorgsboende går det inte alltid att uppfylla, vilket leder till besvikelser:

– Sen så vet ju vi att vi sitter här med våra riktlinjer och direktiv och krav och vad man ska ha uppfyllt för någonting. Då känner man sig ju som en bov när man vill utföra ett socialt arbete, men egentligen bara måste komma och döda folks förhoppningar. Det blir liksom inte förenligt med själva arbetet, eller det blir svårt att utföra ett socialt arbete och se till människans bästa när man samtidigt har de här budgetkraven skrikande i ryggen.

SAMVERKAN

Det är svårt att ha kännedom om alla hemtjänstutförare, särskilt som det finns så många som närmare hundra stycken i Stockholm, enligt biståndshandläggarna. En hemtjänstutförare som är liten ena dagen kan växa sig större och ha omfattande verksamhet andra dagen, och tvärtom. Samarbetet med hemtjänst är heller inte okomplicerat, även om exempelvis en av stadsdelarna i studien försöker ha avstämningsmöten med hemtjänstutförarna flera gånger om året. Avstämningsmöten bidrar till ökad förståelse för biståndshandläggarna och varför de gör som de gör och aktualiserar nödvändigheten av att tala om återkommande bekymmer och utmaningar i arbetet. Biståndshandläggarna säger att de bland annat hänvisar äldre personer till olika dagverksamheter som har specialiserat sig på demens och psykisk ohälsa. Några handläggare konstaterar att de inte sällan ser att mindre hemtjänstutförare kan vara mer uppmärksamma på omsorgstagares hälsa. Det kan, i sin tur, leda till att de kontaktar biståndsenheten snabbt om de märker av något avvikande:

1. I samverkan med Sophiahemmets Högskola kan undersköterskor studera det nätbaserade utbildningsprogrammet Silviasyster – specialisering i demensvård för undersköterskor. Utbildningen utgår från den palliativa vårdfilosofin. Efter genomgången utbildning får studenterna ta emot Silviahemmets brosch och rättighet att bära titeln Silviasyster. Utbildningen vänder sig till de som är undersköterska eller har motsvarande kompetens. Syftet med utbildningen är att bidra till personlig utveckling och en unik spetskompetens som vårdare och handledare inom demensvård. I rollen som handledare förväntas Silviasyster sprida kunskap om demenssjukas behov till närstående och kollegor. Utbildningen är utvecklad från den utbildning i demensvård som tidigare bedrevs vid Silviahemmet i Drottningholm och utgår från en tillämpning av den palliativa vårdfilosofin vid vård av patienter med demenssjukdom. <http://www.silviahemmet.se/silviasyster/>

– Jag tror att om man ska se det så att våra privata utförare som är små företag i sig så att de har en annan, om man nu ska jämföra rent krasst, en annan service. De gör ibland det där lilla extra. Jag tror att de kanske ibland ser eller signalerar tidigare till oss om det är någonting som är ett problem kring mående.

Några biståndshandläggare berättar att Silviasystrar kan vara en resurs i det vardagliga arbetet med omsorgstagare då de kan slå larm om någon sviktar kognitivt eller misstänker att det föreligger demens. En Silviasyster i den norra kommunen kan vara engagerad vid hembesök tillsammans med biståndshandläggarna, exempelvis vid vårdplaneringar:

– Hon är en resurs. Hon sitter i våra lokaler där kommunen har sin träffpunkt, öppna verksamhet. Det är utan biståndsbeslut, så där kommer ju många äldre.

Sedan finns ärenden som egentligen hör hemma på missbruksenheten. Biståndshandläggarna berättar att samarbetet med missbruksenheten emellertid kompliceras av om den enskilde inte vill förändra sitt dryckesmönster, eftersom enheten då knappast ägnar sig åt motiverande samtal, särskilt inte för äldre personer: ”Vi kan ju inte tvinga på någon hjälp.” Handläggarna lyfter fram att förnekelsestendenser och skam är vanligt förekommande hos de äldre som dricker, och att de inte sällan kommer med bortförklaringar: ”Det är inte alkoholproblem – jag har alltid tagit lite vin till maten.” Samtidigt finns en benägenhet hos dessa äldre att ”tysta ner” situationen, likaså finns risken att den förvärras genom att den äldre personen inte samtycker till att ta emot det stöd som erbjuds, exempelvis av hemtjänst. En av biståndshandläggarna talar om att en läkare på missbruksenheten avfärdade handläggarens oro över några omsorgstagare med följande ord: ”men de har druckit så länge, det finns ingenting vi kan göra”. I stället blir då fokus att fortsätta arbetet med att erbjuda stödinsatser via hemtjänsten eftersom biståndshandläggarna känner att missbruksenheten avfärdar deras oro med ord som ”äh, vad ska det hjälpa, de är så gamla, de har alltid druckit – det är bara så här det är”.

Biståndshandläggarna i en grupp säger att det inte finns några utarbetade rutiner, gentemot psykiatrin eller socialpsykiatrin, för hur de ska agera vid orosanmälningar eller om de på annat sätt får kunskap om att någon äldre person lider av psykisk ohälsa: ”jag tror att vi har försökt, men vi har väl inte fått så mycket respons”. Samverkan förutsätter att tid i arbetet kan avsättas, men också att samverkan sanktioneras från överordnade, enligt några handläggare. I praktiken handlar det om att man konkret avsätter tid i vardagen för inplanerade möten som rimligen borde vara obligatoriska för alla berörda parter. En handläggare betonar särskilt att ”vi måste gilla mer att samverka”, och att ärenden som gäller personer som är 65 år och äldre och som lider av psykisk ohälsa inte bara avfärdas och blir ingens ansvar. I praktiken blir de emellertid alltid hemtjänstens och biståndsenhetens ansvar:

– Det som saknas, det behöver utvecklas någonting, att äldre fortfarande är en del av samhället. Deras funktioner måste bli synligare. Vi måste visa eller

skapa det åt dem. Där man får plats även om man är funktionshindrad. Det har ingen betydelse att mössan är lite på svaj. Det går att vara med här ändå.

I mötet med distriktssköterskorna märker biståndshandläggarna i en stadsdel att dessa är "överbelastade", men de karakteriseras också som "våldigt snälla och omhändertagande". Emellanåt kan distriktssköterskorna kontakta biståndsenheten eftersom en äldre borde, som de menar, flytta till ett vård- och omsorgsboende. Men enligt handläggarna fungerar det inte riktigt så, att vårdcentralen kan bestämma vilka insatser som kan bli aktuella i varje enskilt fall: "Då blir det knasigt, för då har man redan bestämt insatsen". Kontakten med olika vårdcentraler kan också se olika ut, inte sällan beroende på personalbrist. Några av vårdcentralerna är svårare än andra att nå, "vissa är ju omöjliga att få tag på". Det som underlättar är om man har ett direktnummer till distriktssköterskan, "och det är väldigt smidigt". Samtidigt är biståndshandläggarna medvetna om att arbetet som distriktssköterskorna utför måste få ta tid, det viktigaste är ju att omsorgstagarna kan nå sköterskorna:

- De är ju så stressade på den vårdcentralen, jag hoppas att de prioriterar sina patienter.*
- Men det förstår man ju, det vet vi ju hur det är för oss när vi är belastade, de måste ju ha det ännu värre för att mycket av vårt jobb är ju dokumentation. De har ju annat. Det tar längre tid hos den äldre, och jag menar man kan ju inte ta provtagning och sånt där, om det är hemsjukvården till exempel, de kan ju inte göra det hur snabbt som helst.*

Intervjuare: Nej det kan man ju inte, nej.

- Sen måste de ju också vara vaksamma och titta så att de gör rätt, så att de uppmärksammar om de ska ringa efter ambulans eller måste ta hen till läkare och se till att det blir läkarbesök.*
- Jag tycker ofta att hemtjänsten har bra kontakt med distriktorna, ofta sitter de på telefonnummer till dem som inte vi har.*
- Precis.*
- Det är egentligen det viktigaste – att hemtjänsten kan nå dem. Det tycker jag att det verkar som att de kan.*

Det är onekligen en underdrift att säga att det är en utmaning för biståndshandläggarna att hålla kontakten med det stora antalet hemtjänstutförare som har verksamhet i Stockholms stad. Det finns ingen möjlighet att hålla reda på närmare hundra utförare. Några hemtjänstutförare är specialiserade på demens, men det finns ingen som har specialiserat sig på psykisk ohälsa. Problem uppstår inte sällan vid det första mötet med utföraren om personer som lider av psykisk ohälsa inte känner sig väl bemötta, enligt en biståndshandläggare:

- Det blir ju så dumt, för när vi skickar beställningar till hemtjänsten – om det är ett nytt ärende – då försöker vi ju vara väldigt tydliga med vad som gäller och vad man ska göra. Men det är ju svårt när någon är psykiskt sjuk. Då*

försöker man förklara att man behöver tänka på hur det är med ätandet och så där. Men när det är ett stort hemtjänstföretag, man vet att det är mycket rotation på personal, att det är olika personal som går dit, de läser ju inte alltid det här. Utan du ska gå dit och laga mat, ja då går de dit, och då tänker kanske de flesta att det är som vilken pensionär som helst, och då skär det sig ganska ofta. Då vägrar de släppa in personalen för att det där första mötet blir inget bra. Då har man liksom sumpat det.

Det är i stället ovärderligt att hantera varje person varsamt och att tänka på kommunikationen. Bara ta en sak i taget och att samma hemtjänstpersonal får ta de första kontakterna:

– Det är jättesvårt. Jag vet inte hur man ska lära sig den där kommunikationen att det här behöver ni hantera varsamt. Det behöver liksom gå lugnt framåt. Vi börjar med lite insatser för att kunna utöka. Men det gäller ju att man har kanske en personal som går då till den här personen, för att få ett förtroende. Det funkar ju inte så i praktiken.

I en stadsdel har kommunens biståndsenhet och landstingets vårdcentral återkommande möten och då diskuteras enskilda ärenden om den enskilde har givit sitt tillstånd till det. Dessa möten hålls var sjätte vecka, men fokus är ”samverkansfrågor, och information om vad som har förändrats i år av olika organisationer för att man ska veta lite vad som händer – det är ju mer information”.

UTBILDNINGSSINSATSER OCH KOMPETENS

Biståndshandläggarna berättar att de inte har deltagit i några längre utbildningar, förutom någon endagsutbildning om exempelvis samlarsyndrom, demens och posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. De önskar emellertid praktisk kunskap, som när ärendehandläggningen verkligen fungerar som den ska, men också tvärtom när den inte alls fungerar: ”Ja, alltså bra exempel, när det har fungerat och hur man jobbade och hur man kom fram till det, och dåliga exempel kan också vara bra.” Men biståndshandläggarna önskar också få kunskap om åldrande i relation till psykisk ohälsa; om vad som är normalt åldrande och vad som indikerar psykisk ohälsa. Mer utbildningsinsatser kring psykisk ohälsa skulle behövas för att kunna identifiera problem som rör ohälsa, exempelvis vilka symtom man kan vara vaksam på, men också att symtom kan angränsa till eller sammanblandas med varandra.

– Jag tror att man måste öka kunskapen, just det här med att det är ett så brett spektra, från ensamhet till psykisk ohälsa. Eller det här med sjukdomar: Vad innebär det att ha ångest? Eller panikångest som vissa har. Att vi får rätt förutsättningar för att möta. Alltså, det är ett så brett spektra för att möta alla i det här. Just för att vi får så mycket kring demens, det är ju väldigt, väldigt mycket om det. Men det här är ju också en väldigt stor grupp, och de går oftast in i varandra. När man får demens så blir det ju ofta som att man blir deprimerad. Det gäller ju att ha allt.

En av biståndshandläggarna jämför med fysiska åkommor som är lätta att identifiera, som när någon har ont i benet behöver personen kryckor, medan psykiska åkommor inte är lika lätta att identifiera. Samtidigt är brukarna ändå oftast öppna med att berätta om sina liv och sin livssituation, vilket underlättar kontakten, och det framkommer då i samtalen om den äldre inte mår bra psykiskt: ”Ändå förvånas jag över, och det är något som är härligt med att jobba med äldreomsorgen, det är att de äldre är villiga att prata om sig själva och sina liv. Man kan bli förvånad över hur mycket de vill dela med sig.” Samtidigt kan situationen för den äldre personen kompliceras om det är så att man även om man har specifika omsorgsbehov ändå inte vill ta emot hjälp eller särskilda insatser. Några handläggare skulle vilja gå en utbildning för att få kunskap om dem som lider av samlarsyndrom, eftersom det är ganska många ärenden som är aktuella med personer som har den problematiken.

VAD SOM BEHÖVER UTVECKLAS

Biståndshandläggarna skulle önska att det fanns hemtjänstutförare som var specialiserade på att bemöta äldre som drabbas av psykisk ohälsa, som beroendeproblematik och/eller samlarbeteende. Om det fanns en ”specialiserad hemtjänst”, det vill säga utförare med specialkompetens kring psykisk ohälsa, skulle det inte upplevas som stigmatiserande eller vara ”utpekande” för den enskilde, vilket skulle underlätta arbetet.

Några handläggare menar att även medarbetarna på biståndsenheten borde ha spetskompetens inom psykisk ohälsa, i likhet med utförarna. Om man hade kunskap om psykisk ohälsa skulle det underlätta varje utredning. Att utredningarna ur detta perspektiv inte alltid är fullständiga tror de beror på såväl osäkerhet som ovana att fråga brukaren om psykisk ohälsa, eller som en handläggare säger: ”Då tror jag väl att det många gånger handlar om en osäkerhet. Vad ska man fråga? Hur ska man fråga? Hur tar man emot svaret?” Sedan diskuterar handläggarna självklarheten att alla barn ska ha möjlighet att gå i förskola, men det borde vara lika självklart att människor som är äldre och inte klarar sig själva får möjlighet att delta i en dagverksamhet: ”För de flesta barn är det självklart att de går på dagis, men för de flesta äldre är det lite som att man redan har varit vuxen och då ska man klara sig själv och fortsätta klara sig själv även om man inte gör det.”

Ytterligare ett önskemål från biståndshandläggarnas sida är att det borde finnas billiga servicehus för äldre personer, ”alltså servicehus är ju så fantastiskt, det är en lyx”. Handläggarna önskar att de hade mindre krav och förväntningar om att utföra omfattande dokumentation och i stället kunde ägna tiden åt att träffa äldre människor, men också få möjlighet att göra uppföljningar i olika ärenden. Med andra ord önskar de att ärendetyngden vore mindre, så att arbetet blev mindre akutstyrt:

– Lägga den tiden på möten med människor. Absolut. Bättre kunskaper kring vad det faktiskt är för insatser, besöka alla på boenden, besöka alla dagverksamheter, ha en bättre insyn i vad det faktiskt är vi beviljar. Ha liksom en ärendemängd där man känner att man hinner med varje individ. Att det inte bara blir akutstyrt.

4. Distriktssköterskornas perspektiv

KÄNNEDOM OM ÄLDRE SOM LIDER AV PSYKISK OHÄLSA

Distriktssköterskorna berättar att de oftast ser om patienter far illa redan vid första besöket. Då märker de av de äldre personernas ängslan och oro. Men några sköterskor märker särskilt äldres psykiska ohälsa när de arbetar med ett patientformulär som bland annat tar upp frågor som rör nedstämdhet och ångest. Hemsjukvården lägger dessutom inte sällan märke till de äldres sinnesstämning vid hembesök. Också anhöriga kan delge distriktssköterskorna sin oro.

Distriktssköterskorna bedömer att den psykiska ohälsan är utbredd som en följd av de äldre personernas ensamhet och sociala isolering. Detta oavsett om de äldre har närstående eller inte. Så även om vissa patienter kanske tillhör en välsituerad grupp lider de ändå av psykisk ohälsa, också fattiga människor är deras patienter, särskilt äldre kvinnor, ”ensamheten är ju inte mindre”.

Oftast är det så att hemtjänsten känner till om en äldre person far illa eftersom hemtjänstpersonalen träffar den äldre personen regelbundet och sedan förmedlar detta vidare till distriktssköterskorna:

– Det är hemtjänsten som är där dagligen och ser det dagliga. Ofta är vi där en så kort stund, så det är hemtjänsten som har en bredare bild av hur det ser ut. Ibland kan det vara anhöriga som uppmärksammar eller gör oss uppmärksamma på att det är något. Ibland märker ju vi också av det. Men jag skulle nog säga att det är hemtjänsten som har mest koll.

Distriktssköterskorna säger att de patienter som är mest sköra är de som inte har ett socialt skyddsnät, ”det är där som vi har väldigt stor funktion”, exempelvis om det inte finns någon närstående som kan slå larm om en äldre person far illa. I extrema fall larmar grannar, men det är sällsynt.

Den äldre personens barn är kanske upptagna med sina liv och orkar inte engagera sig i föräldrarnas liv: ”Ensamheten är största boven”. Det främsta skälet till att de äldre

som distriktssköterskorna möter i sin vardag far illa är således ensamhet. De som mår sämst är de äldre personer som lever socialt isolerade, som inte har några barn eller vars barn har gått bort, eller där släktingarna bor på annan ort. Ju mindre nätverk den äldre har, desto sämre tenderar hen att må. Några distriktssköterskor vill tala om att det finns en ”orosproblematik”, hos de äldre som lever helt socialt isolerade och är bundna till sina hem eftersom de är oförmögna att ta sig ut på grund av att de är i för dåligt fysiskt skick. I dessa fall måste distriktssköterskorna ta sig hem till patienten. Ett annat problem som dessa äldre har är inte sällan den allt för stora mängd läkemedel som de har ordinerats. Därför är läkemedelsgenomgången som utförs av ansvarig läkare ovärderlig eftersom hen kan sätta ut de läkemedel som inte längre är nödvändiga.

Vissa psykiatriska symtom, som ångslan, är åldersrelaterade, och kan exempelvis uppstå när man inte längre orkar utföra det som man tidigare inte haft några svårigheter med, enligt distriktssköterskorna. Situationen kan dock lindras om man har någon anhörig, som ”en äkta make, då har man en annan trygghet”. Men är man ensam blir man exponerad på ett annat sätt; ”men så fort man blir lite ensam då är man ju utsatt – den äldre människan blir utsatt och är väldigt beroende av sin omgivning och att andra tar hand om en – patienten hamnar ju i ett underläge som är förskräckligt när man inte mår bra”. Utsattheten handlar egentligen om att man hamnar i ”beroendeställning av en främmande människa”. Det finns emellanåt en uppgivenhet hos vissa av de äldre: ”*Vad är det för mening med det här?* Också att de säger att det inte är någon idé att: ’Jag ansöker till exempel om ett boende, igen, för jag har ju fått avslag och jag tycker inte att hemtjänsten gör det de ska’. Så uttrycker de sig ganska ofta”, enligt en distriktssköterska.

När vi undrar vilka symtomen för psykisk ohälsa är så framkommer att den äldre kan vara ”deprimerad, håglös, [ha] dålig hållning, inte se glad ut”, vidare att de äldre inte orkar sköta sin hygien, eller är ”initiativlösa”. Andra indikatorer på psykisk ohälsa är våld i nära relationer, även om det inte är vanligt förekommande, exempelvis att ett barn misshandlar en äldre förälder eller att maken misshandlar sin fru psykiskt.

Distriktssköterskorna berättar att många äldre patienter som de möter lider av psykisk ohälsa, som oro, ångest, ångslan och depression. Andra indikatorer är att de äldre personerna ”tacklar av, att de inte vill åka på dagverksamhet, att de börjar äta dåligt (...) sen kan det ju vara så att de inte öppnar när vi kommer, att de inte söker kontakt”. Många dricker också alldeles för mycket alkohol, även om de kanske utåt sett håller masken och det inte blir så rörigt så är den psykiska misären lika stor. Utåt kanske man kan hålla masken om man har en bättre ekonomi, men i slutänden är det i alla fall så att den äldre far illa.

Distriktssköterskorna menar att beroendeproblematiken är ganska stor i innerstadsstadsdelen, även om många ”sköter sitt drickande” och håller upp en fasad gentemot omvärlden: ”Det [drickandet] märks inte så mycket, de hörs inte så mycket – det är ytterst sällan som det är lägenhetsbråk och sådant där i den här stadsdelen”. Alkoholproblem yttrar sig på ett annat sätt eftersom det ”sköts annorlunda”, så patienterna är sällan stökiga, ”om man jämför med andra vårdcentraler, med skottlossning och sådant, så är det ju inte här”.

Många äldre dricker också alldeles för mycket alkohol, beroende på att de tidigare druckit, men trots sitt åldrande inte slutar dricka eller drar ner på sin konsumtion. Eftersom man inte längre orkar ta sig ut så sitter man i sin ensamhet och dricker vin. Vissa äldre dricker emellertid inte alls. Andra dricker för att det är roligare och använder alkohol i stället för sömntabletter. Ytterligare några dricker för att det är ångestdämpande. Men alkoholdrickandet kan ha blivit en livsstil för somliga äldre, enligt en distriktssköterska, som berättar att äldre patienter inte medvetet ljugar om sina alkoholvanor. Snarare förskönar de sitt drickande på grund av att de inte vill visa sig sårbara, eller att det anses tillhöra de äldres mest privata sfär.

Distriktssköterskorna på en av vårdcentralerna tror att en av tio av deras patienter är drabbade av psykisk ohälsa. På en annan vårdcentral tror sköterskorna att ungefär hälften lider av psykisk ohälsa eftersom cirka hälften av patienterna där har ordinerats antidepressiva läkemedel. Samtidigt talar sköterskorna om ”ett stort mörkertal”. En distriktssköterska säger att det ”är säkert många fler än vad man tror” som lider av psykisk ohälsa. En annan distriktssköterska menar att många lider av psykisk ohälsa idag, inte bara äldre. Hon betraktar psykisk ohälsa som ”ett samhällsproblem, en samhällssjukdom”.

STÄRKA DEN ENSKILDES FÖRMÅGA

Distriktssköterskorna berättar om värdet av att äldre personer som drabbats av psykisk ohälsa får möjlighet att tala med någon. Men det förutsätter att de äldre uppmärksammas då de far illa och att man uppmuntrar enskilda att söka hjälp; ”att vi är uppmärksamma på hur de mår, men vi gör dem uppmärksamma på att man får söka hjälp, liksom visa att det är okej att man kan få hjälp på olika sätt”.

Distriktssköterskorna på en enhet kontaktar emellanåt den berörda vårdcentralens psykolog som i sin tur gör hembesök om de upptäcker att det finns någon äldre person som far illa. Men vissa äldre önskar inte ha någon kontakt med psykolog, och då kan distriktssköterskorna försöka utverka att personen får mer insatser av hemtjänst om det är så att hen vill det, alternativt informera om möjligheterna att besöka en dagverksamhet. Sedan kan man tipsa om en ideell verksamhet som driver en väntjänst i kommunen. En distriktssköterska menar att det viktiga för äldre som drabbats av psykisk ohälsa är att de får känna att de är en del i ett socialt sammanhang. Det behöver emellertid inte vara särskilt märkligt:

– Jag tror att en del [av de äldre] kanske inte tror att det är dagverksamhet som de behöver. Men sen om de bara ger det en chans så tycker de att det är ganska trevligt att komma ut. Man behöver ju inte umgås med någon egentligen, man kan ju bara sitta med. Få vara i ett sammanhang liksom, tror jag.

Sedan berättar distriktssköterskan om en promenadgrupp för äldre som organiserades genom vårdcentralen. Gruppen blev populär och ledde till att patienterna själva började träffas och promenera de dagar som vårdcentralen inte var involverad. Sedan började de fika hos varandra. Egentligen handlar det, enligt sköterskan, om att avsätta

tid för att skapa mötesplatser, trots att man som professionell kanske initialt tycker att arbetstiden är knapp.

SAMVERKAN

Under en av intervjuerna klargörs att det är distriktssköterskans uppgift att hjälpa sina patienter till ett så bra liv som möjligt, genom att exempelvis göra en vårdplanering, ”det är ju olika aktörer som samlas där, som biståndshandläggare, läkare och sedan vi, och anhöriga – då får man se vad de behöver, kanske behöver de mat, eller komma iväg till dagvård, åtminstone ett par dagar i veckan”. Märker sköterskorna att någon äldre inte ”mår särskilt bra”, kontaktas Patientansvarig läkare, PAL. Emellanåt kontaktas vårdcentralens psykolog. En sköterska berättar om en kvinna som for illa:

– Det var världens misär, håret var långt, naglarna var långa på tårna. Då fick vi ha en vårdplanering och så fick patienten en god man – nu har patienten det jättebra på alla sätt och vis. Fick ju rensa upp i lägenheten. Hon har hemtjänst. God man som tar ut henne till frissan. Fotvårdaren kommer hem. Så nu börjar det ordna upp sig.

Distriktssköterskorna beskriver att kontakten med hemtjänsten inte alltid är optimal. Kontakten försvåras av att det finns alldeles för många utförare på marknaden. ”Ofta är det vi som får ringa hemtjänst och putta på att här behöver det vara lite mer städning eller här behöver ni hjälpa till mer.” En sköterska exemplifierar med att det kan börja lukta illa hos den äldre personen, och att hens kläder eller sängkläder är smutsiga. Kontakten med hemtjänsten kan emellanåt vara bra, men en särskild brist är att allt för många anställda inom hemtjänst saknar medicinsk utbildning.

Distriktssköterskorna berör att hemtjänsten har en särskild ställning i de äldre personernas liv vilket rimligen bidrar till trygghet, men situationen påverkas negativt när personal hela tiden byts ut. Bristen på kontinuitet ser de som en nackdel, men också att hemtjänsten kanske inte alltid är där i tid. De som är dementa kan klara sig ganska bra om de har en frisk anhörig, även om hen i sin tur inte sällan har en svår situation och behöver avlastning.

Kontakten med hemtjänsten varierar och är beroende av varje utförare. Distriktssköterskorna menar att somliga hemtjänstutförare är mer flexibla än andra, vilket underlättar kontakten, exempelvis att det är självklart att de kan tänka sig att gå till Apoteket för att hämta läkemedel i en akut situation, trots att det inte finns något biståndsbeslut på det. Positivt är också om hemtjänstpersonalen hör av sig och berättar om sin oro över någon äldre persons hälsa, exempelvis om hen är suicid: ”Den kommunikationen ger ju också trygghet till patienten: ’Jag ringer till distriktssköterskan och säger det här.’ ’Åh vad skönt, då vet hon om det!’”

Ett uppenbart problem är den stora omsättningen av hemtjänstpersonal. Ett annat problem är att hemtjänstpersonalen inte alltid har en medicinsk utbildning, det vill säga är utbildade undersköterskor. Det gör arbetet mer tungrott för vårdcentralen,

enligt några av distriktssköterskorna. Om hemtjänstens personal skulle ha medicinsk utbildning skulle det underlätta kontakten mellan aktörerna, och särskilt arbetet med äldre personer som lider av psykisk ohälsa. Distriktssköterskorna berättar att de har bättre kontakt med vissa utförare. De önskar samtidigt att hemtjänsten ”skulle larma till oss lite oftare när det är någonting som har hänt och tala om vad som hänt”. De önskar också att hemtjänstens personal fick möjlighet att jobba parvis så att de har tid över till att kontakta distriktssköterskan. I vissa stadsdelar fungerar relationen till hemtjänsten väl och de larmar till distriktssköterskorna om de vet att någon far illa, exempelvis är suicid.

Distriktssköterskorna är medvetna om förväntningar om att få till stånd samordnad individuell planering, SIP, men att instrumentet inte används särskilt ofta eftersom ”det är ganska mycket arbete att få till det, i och med att de då ska vara olika aktörer”, och ”alla har så pressade scheman”. Inte sällan är det svårt att få till mötestider, inte minst för att engagera berörda läkare som oftast är uppbokade månader i förväg: ”så det är ju inte jättelätt att klämma in ett möte, som då kanske tar två timmar, mitt upp i alltihopa”. Speciellt äldre personer som är drabbade av psykisk ohälsa och som är ”extra sköra och känsliga” borde få en genomgång av en utbildad geriatriker anställd vid vårdcentralen där man går igenom deras läkemedel och doser.

Distriktssköterskorna i den norra kommunen betonar vikten av att stärka samarbetet med hemtjänsten, samtidigt som hemtjänsten i sin tur kanske upplever svårigheter i kontakten med distriktssköterskorna eftersom personal på vårdcentralen hela tiden har bytts ut. Emellertid ser sköterskorna möjligheter att utvecklas genom samverkan:

– Det är väl det här med att stärka samarbetet på nytt med hemtjänst. För jag tror att de upplever att vi är lite spretiga, för att det har bytts personal. Vi är en orolig verksamhet med lite oklara besked. Så jag tror att de kommer komma fram till att de [hemtjänsten] tycker att det har blivit sämre. Men det finns ju potential. Vi ligger ju så nära [geografiskt] också, så man kan ju gå ner och prata också på ett annat sätt. Det blir ju lättare att kommunicera än när man ska ringa.

I en av stadsdelarna har distriktssköterskorna återkommande möten med biståndsenheten och hemtjänsten, trots att det inte alltid är lätt att få till tid för ett gemensamt möte så strävar man ändå efter att träffas kring gemensamma ärenden:

– Men det är ju alltid så där att man måste få ihop det med brist på tid, att det är lätt att ett sånt möte skjuts undan för att man har saker som är här och nu som man måste ta tag i. Men det har ju effekt på sikt att ha sådana där gemensamma genomgångar.

UTBILDNINGSSINSATSER OCH KOMPETENS

Distriktssköterskorna säger att de över lag inte har fått någon specifik utbildning om äldre psykiska ohälsa, förutom den kunskap som de fått ta del av när de gick sin

sjuksköterske- respektive distriktssköterskeutbildning. Men de konstaterar att man lär sig genom praktisk erfarenhet.

Några av distriktssköterskorna skulle önska kunskap om symtom för psykisk ohälsa, symtom som man kan uppmärksamma som indikerar just ohälsa. Sedan exemplifierar en sköterska med att yrsel och att man ramlar kan vara indikatorer på att den äldre dricker för mycket alkohol. Andra distriktssköterskor efterfrågar kunskap om olika testinstrument bestående av frågebatterier för att kunna avgöra om en patient lider av exempelvis depression eller har ett alkoholberoende, inte för att ställa diagnos utan för att få en indikator på psykisk ohälsa. Men framför allt för att få kunskap om skillnader mellan normalt åldrande och demens:

– Men sen tänker jag också det här med att man kan se symptom, till exempel att man lär sig och förstår vad är skillnaden mellan demens, eller förstår vad som är skillnaden vid normalt åldrande. Eller vad som är indikatorer på till exempel att man är deprimerad. Den typen av utbildningar.

En distriktssköterska berättar att hon skulle önska mer kunskap om vad normalt åldrande egentligen innebär, om det verkligen är så att åldrandet alltid innebär att man blir nedstämd eller att man alltid tacklar av, och hon undrar om det inte finns vissa fördomar knutna till åldrandet, också hos äldre människor. De äldre personerna vill dock bli tagna på allvar:

– Lite så här att det är bara att acceptera. Det är liksom ingenting egentligen som finns något att göra åt, eller jag vet inte. Det gör väl också att många äldre inte tycker att det känns som att det är någonting man vill söka för heller. För att, man vill ju bli tagen på allvar.

Några distriktssköterskor har fått utbildning i ”våld i nära relationer” som Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum erbjuder. En distriktssköterska betonar särskilt vikten av kunskap om alkohol, inte minst kring symtom som yrsel, fall och depressioner som kan relateras till normalt åldrande men som kan ha sin grund i ett alkoholbruk/beroende. Distriktssköterskorna önskar också fortbildning om äldre och läkemedelsanvändning, det vill säga hur äldre påverkas av mediciner, men också om alkohol och dess påverkan på äldre människors kroppar.

Ett annat önskemål är att få kunskap om konsekvenserna av att vissa äldre patienter ordinerar för många läkemedel eller står på fel dos och vad medicinerna kan ge för kontraindikationer.

Det är svårt att veta hur man ska tackla äldre som är särskilt oroliga och som ständigt ringer till vårdcentralen och ber att få träffa distriktssköterskorna, trots att man bokar in återkommande besök. Sådana ärenden är svårhanterliga och ”uppmärksamhetskrävande” eftersom patienten ”kräver, vill ha, eller har behov av mycket mer uppmärksamhet”. Distriktssköterskorna vet inte riktigt hur de ska förhålla sig:

– För det spelar ingen roll vad man gör alltså, så kommer de [till vårdcentralen]. Jag har en sådan dam som jag går till var 14:e dag med en Apodos och vi går igenom mediciner och liknande. Jag kan vara där på onsdagen och hon är här ändå [dagen därpå]. Hon har ändå ringt på onsdag eftermiddag och hon står här på torsdag med sin oro och ”Hur ska det här bli?” Och då säger man att: ”Vi provar ett tag”. En av våra kollegor tog de här damerna – för det handlar mest om damer – och bokade in dem regelbundet på ett besök för samtal.

Inte sällan indikerar ett sådant beteende oro för att man håller på att gå in i en demenssjukdom och att den äldre därför söker någon form av trygghet och då kan vårdcentralen bistå, enligt distriktssköterskan. Det som komplicerar situationen enligt henne är att dessa äldre kvinnor förmodligen skulle behöva mer insatser från hemtjänsten men att de avfärdar det med: ”Nej, jag klarar mig själv”. Rimligen borde hemtjänst kunna bistå med tillsyn två, tre gånger om dagen, ”bara vara inne en stund, titta till dem, det finns ju den typen av resurser”.

VAD SOM BEHÖVER UTVECKLAS

Det mänskliga mötet ska inte underskattas och i samtalet med varje distriktssköterska framkommer inte sällan hur den äldre mår. Dessutom underlättas ofta samtalen av att den äldre personen är medveten om att det är en distriktssköterska som hen talar med. Tidigare betraktades det som ”lite skämmigt” att beröra sin psykiska ohälsa, man associerade det med ”hospitalet – det var ju någonting hemskt”.

En distriktssköterska säger att hon skulle önska att de kunde göra gemensamma teambesök tillsammans med psykolog, eftersom ”man ser ju liksom olika saker”, eller att vårdcentralen skulle kunna utverka fler hembesök överhuvudtaget. Om några av distriktssköterskorna fick önska fritt så skulle de vilja att hemtjänstens personal hade undersköterskeutbildning som lägsta utbildningsnivå och att det dessutom ingick kunskap om psykisk ohälsa i utbildningen, men också att hemtjänsten skulle uppgraderas genom att knytas till primärvården genom delegering:

– Man skulle [kunna] utveckla hemtjänsten också för att avlasta primärvården. Så att den nästan blev en förlängning av primärvården på ett direkt sätt – nu är det bara suddigt, svävande. (...) Då skulle man också återigen kunna ha delegering på mat och doser, om man hade utbildad personal och man höjer kvaliteten. Man kvalitetssäkrar för patienten, även patientsäkerheten etcetera. Också att man kan ha en kommunikation på ett mer medicinskt plan – om hemtjänsten hade viss medicinsk utbildning.

Psykologer och präster får kontinuerlig handledning och spegling i sitt arbete för att kunna hantera sin arbetssituation, men det får inte distriktssköterskor. Inte heller hinner distriktssköterskorna att tala med varandra i vardagens arbete ”på det sättet som man skulle behöva, som liksom berikar en själv, så man inser ju hur mycket brister det finns”. Handledning handlar om att tala om det som är problematiskt för att sedan låta bli att älta det efteråt; ”man ska ju känna då att man kan lämna det och gå hem till sitt, utan att man går och funderar på det”.

5. Hemtjänst — verksamhetschefernas perspektiv

KÄNNEDOM OM ÄLDRE SOM LIDER AV PSYKISK OHÄLSA

I vissa fall får hemtjänsten reda på att en äldre person lider av psykisk ohälsa redan när den berörda biståndshandläggaren sänder över sin beställning med information om hur den äldre mår och dennes bakgrund. Information om personens hälsotillstånd anges således redan i biståndsbeslutet. Sedan märker hemtjänstpersonalen ganska snart i mötet om omsorgstagare far illa eller inte. En av verksamhetscheferna förklarar att hon märker om äldre personer lider av psykisk ohälsa eftersom de har en attityd av att ha givit upp och utstrålar håglöshet: ”Allt är bara tråkigt, livet är väldigt tråkigt, de har ingenting positivt – de har bara givit upp mer eller mindre”. Hon berättar att på vissa omsorgstagare ser man att de mår dåligt på deras kroppshållning medan andra berättar spontant hur de mår: ”Inget [är] positivt. De hänger med kroppen, ingen glädje, inte glad”. Ganska så snart ser således hemtjänsten om någon far illa i vardagen, ”vissa märker man ju på en gång, medan andra märker man av efter ett tag när de känner sig trygga med oss i personalen, då kommer det fram sakta men säkert”.

Indikatorer på att någon inte mår riktigt bra kan vara att det är stökigt i deras hem, att de saknar ork eller inte vill eller har lust att äta. De kanske har tröttnat på att äta ensamma, särskilt dem som saknar närstående eftersom alla vänner eller nära släktingar har gått bort. Ensamheten är således påtaglig, likaså lider många av depression. Inte sällan märker hemtjänsten också av att det finns en partner som kan vara slutkörd eller trött på grund av att hen vårdar en demenssjuk maka/make eller en partner som har någon form av beroendeproblematik.

En verksamhetschef betonar att vissa äldre far illa på grund av följderna av att de dricker alldeles för mycket alkohol, ”det är väldigt mycket enklare att sitta hemma och försköna tillvaron” genom att dricka alkohol. Hälften av den här utförarens omsorgstagare har problem med alkohol. En annan verksamhetschef kan se svårigheter i vardagens arbete och påtalar den maktlöshet hemtjänsten kan känna inför att äldre som dricker för mycket alkohol far illa, men att de inte kan göra så mycket mer än att bara finnas där och vara ett stöd.

Verksamhetscheferna talar om att flera äldre personer som hemtjänsten hjälper har alkoholproblem, något som emellertid de äldre själva inte tar upp, eftersom det uppfattas som skambelagt och något man föredrar att dölja för sin omgivning: ”Det är inget som man sitter och säger; ’Jag är alkoholist, jag dricker lite för mycket’ – det säger man inte”. Sedan är det också så att man inte kan vidta några åtgärder när en äldre person dricker för mycket alkohol. Man kan bara åse att personerna vänder på dygnet och dricker alldeles för mycket. Samtidigt som drickandets följder belastar hemtjänsten och gör att arbetet hemma hos den personen blir mer tungrovt, exempelvis krävs mer resurser till städning. Men personen kan också belasta hemtjänsten på andra sätt, exempelvis genom att trycka på sitt larm, och när hemtjänsten då kommer hem till den äldre personen visar det sig att hen är berusad. Det hemtjänsten då kan göra är att kontakta biståndshandläggarna med förhoppning om att de ska utverka fler insatser. En verksamhetschef skulle önska att vissa äldre som dricker för mycket alkohol kunde tvångsvårdas för sin beroendeproblematik, ”men tyvärr, så funkar inte lagen i Sverige”. Anhöriga kan emellanåt känna desperation och maktlöshet inför den äldre personens situation, precis som hemtjänstpersonalen och biståndshandläggarna som menar att ”vi kan inte göra mer” om den äldre förnekar sin problematik. Dessa äldre får också tag på alkohol oavsett om hemtjänsten köper från Systembolaget eller inte, exempelvis tar de en taxi eller beställer alkohol via nätet.

Emellanåt kan hemtjänsten få in så kallade orosanmälningar, för att det luktar illa i den äldres trapphus, eller att hyran inte är betald i tid, eller att någon granne har stött på den äldre som inte alls verkar må bra; exempelvis att den äldre varit ute i förvirrat tillstånd eller vänder på dygnet etcetera. Annat som kan förekomma är att den äldre personen lider av vanföreställningar eller har psykotiska erfarenheter, som att ”man ser saker; människor i lägenheten eller utanför som tittar in”. Hemtjänsten kan då kontaktas av grannar eller hyresvärd, och kontaktar i sin tur biståndshandläggarna.

Annan form av psykisk ohälsa har dem som lider av samlarsyndrom och som släpar hem skräp till sina hem. Några av dem kan karakteriseras som ”maniska samlare” och som gör sitt hem till en kaotisk plats av sopor. En verksamhetschef berättar om en kvinna som hade alkoholdemens och vars hem man tömde genom att fylla en hel container. Själva processen från att man initierade att lägenheten skulle tömmas till att det blev en realitet tog ett halvår. Bakom insatsen låg ett omfattande motivationsarbete:

– Vi har ju tömt ett hem hos en dam. Alltså när jag ställde mig vid ytterdörren och skulle se hur det såg ut där på hembesök, då går det alltså inte att gå rakt in i lägenheten, utan man fick liksom kliva och kliva in så. Jag står där vid ytterdörren och: ”Hallå, hallå. Hej, hej.” (skrattar) Då kommer någon dam och liksom kliver sig fram i lägenheten och står som på en höjd i lägenheten. Alltså det är helt absurt.

Efter att lägenheten tömdes och städades har omsorgstagaren fått en god man och hon har fått extra insatser från hemtjänsten som ser till att lägenheten hålls efter: ”Men personalen slänger saker och sen går hon ändå ut och samlar på sig nytt igen, så det blir ju samma sak”. Det går inte alltid att rensa allt hemma hos någon som lever i ett

samlarhem, utan man får ta bit för bit och lirka med omsorgstagaren. Flera verksamhetschefer betonar att det viktigaste är kanske att man kan komma åt kylskåpet så att man kan förvara sin mat någonstans, men också att man har en sovplats.

Det finns ett återkommande dilemma som handlar om att de äldre har behov av att tala med någon om sin livssituation, men hemtjänstpersonalen är oftast klockad på att utföra vissa arbetsuppgifter och måste sedan förflytta sig till nästa omsorgstagare:

– ”Oj shit, jag har inte tid att prata med dig, jag måste fixa mat och sticka” – så det är jättejobbigt för dem. Vem ska de [de äldre] prata med? För vi har inte tid och så fort vi är ute efter tiden, då får vi skit. Vi får inte betalt för det – om det inte är att de har ramlat och gjort sig illa eller så. Det är inget socialt för dem, ingenting.

I en av stadsdelarna bedömer verksamhetschefen att av de äldre som hemtjänsten hjälper lider mellan 65–75 procent av psykisk ohälsa, och då räknar hen med alla dem som lider av ångest, oro och ensamhet. I en annan stadsdel menar verksamhetschefen att det är cirka en fjärdedel som är drabbade av psykisk ohälsa. En tredje verksamhetschef säger att hälften av dem som de hjälper lider av psykisk ohälsa. Med andra ord, oavsett procentsats verkar den psykiska ohälsan bland de äldre vara utbredd. Genomgående bedöms just ensamheten vara det huvudsakliga skälet till att omsorgstagare far illa, exempelvis att man har förlorat sitt vuxna barn eller att man blivit änka/änkling.

STÄRKA DEN ENSKILDES FÖRMÅGA

Genomgående betonas att det är tryggt för varje omsorgstagare när och om man vet vem som kommer och hjälper, och att hen får det stöd som krävs: ”Kunden mår bra när maten går ner, och när man får sin tablett i tid, eller får det här samtalet eller beröringen”. Egentligen handlar det om att det finns tillräckligt med tid i varje möte och att tillmötesgå omsorgstagares önskemål, om de exempelvis vill komma ut på promenad, genom att se till att ordna så att den möjligheten finns.

När det gäller resonemang om förebyggande insatser, som hemtjänst kan ge dem med psykisk ohälsa, svarar en av verksamhetscheferna att det framför allt handlar om att erbjuda hemtjänstpersonal olika kurser som rör psykisk ohälsa, våld mot äldre och hur man ska fråga om de äldres erfarenheter av våld.

Som chef inom hemtjänst kan man återkommande känna av en maktlöshet inför att man ser att omsorgstagare far illa på grund av sin psykiska ohälsa. För dem som vill ta emot hjälp kan man exempelvis erbjuda promenad. En verksamhetschef skulle önska att hemtjänstpersonalen och annan inblandad personal kunde sitta ner en stund och bara ta en kopp kaffe tillsammans med kunden – ”det hjälper ju”.

Något som återkommer i samtalen med verksamhetscheferna är uppfattningen om hemtjänstpersonalens engagemang och betydelsen av personalens särskilda kompe-

tens av att finnas som ett stöd och skapa tillit, bara lyssna. Andra betonar hemtjänstpersonalens driftighet och påhittighet, men också att de har förmåga ”att lirka” med sina omsorgstagare, det vill säga att hitta något som ger omsorgstagarna hopp och motivation:

- *Vi kan vara ett stöd, vi kan pusha på, finnas till, skapa förtroende.*
- *Och sen det här med att lirka.*
- *Ja, lirka.*

Intervjuare: Lirka?

- *Ja, lirka är det bästa. Det är personalen jätteduktig på. De lirkar sig fram. (Skrattar)*

Intervjuare: Kan ni ge något exempel på hur man lirkar sig fram?

- *Det kan de nog bäst göra själva. Alltså lirka, ja, de försöker nog hitta någonting. Det kan finnas hur många olika ingångar som helst på hur dem lirkar, men försöka motivera.*

Det kan med andra ord handla om att göra tid och möjlighet för att kommunicera med den äldre personen och att man vet i vilken ände man ska börja, men det förutsätter också kontinuitet beträffande den personal som går till den äldre:

- *Dels sätta samma personal hela tiden. Den här gick det bra med, då får hon eller han gå dit. Den lilla biten. Nästa steg kanske är att hela tiden försöka få till att kunden känner ett förtroende för personal som kommer.*
- *Att man pratar. Vi säger att de vet någonting om just den här pensionären som är positivt. Att man gör en positiv ingång med någonting som pensionären vill ha eller är beroende av eller någonting. Så att man börjar i rätt ände, och smyger sig in, och när man ändå är där och gör det där så kanske man också kan göra det här som inte var tänkt. ”Oj! Nu blev det duscha idag, min-sann!” Då blev det för att vi började prata om någonting. Dusch, eller vad det nu kan vara, som gör att man lyckas.*

Betydelsen av att lirka är något som flera verksamhetschefer berör, som handlar om förmågan att hålla ”det här motiverande samtalet”, som inte behöver vara så märkvärdigt, utan det handlar om att avsätta en stund för att pratas vid; ”att man tar sig tiden till det där samtalet, det behöver inte vara så långt, men några minuter ändå, att man ger sig tiden till samtalet”.

Ibland kan det vara så att det är stökigt hemma hos någon som är beroende av alkohol, eftersom den äldre får besök av bekanta som också dricker. I sådana fall kan inte personalen göra så mycket annat än att exempelvis lämna en matlåda vid dörren, om det eventuellt behöver städas så kan man få det beviljat att man går två och två, helt enkelt eftersom det blir för oroligt att gå dit själv.

Generellt talar verksamhetscheferna om hemtjänstpersonalens specifika förmåga att anpassa sig och att ställa om till den rådande situationen hemma hos någon äldre person, samtidigt påverkas också situationen av personkemin. Personalen måste helt enkelt vara kreativ i varje möte:

– De [äldre] är olika personer de [personalen] går till och mellan varje [ärende] måste de ställa om sig: ”Hur har hon/han det här? Hur ska man tänka här?” Så de är ju väldigt kreativa med att tänka om.

– Sen är det ju olika personal, alltså personalen är duktiga på olika saker. Så vissa klickar direkt med den här personen, och får göra väldigt mycket för den här personen. Men så kommer en annan dit och: ”Nja”. Det funkar inte riktigt lika bra. Så där är ju också ett arbete, att man hittar rätt person som får börja göra en förändring i hemmet.

Kommunikationen mellan medarbetarna är avgörande, enligt verksamhetscheferna, ”arbetsgruppen behöver prata ihop sig – det är jätteviktigt att de uppdaterar varandra hela tiden”. I en av stadsdelarna säger verksamhetschefen att relationen till omsorgstagarna fungerar till 80 procent medan man i resten av fallen behöver utveckla sitt förhållningssätt, eller som hon uttrycker det, att i 20 procent av fallen famlar personalen och vet inte riktigt vad man ska göra eller hur man ska åtgärda de utmaningar som förekommer. I den berörda stadsdelen arbetar hemtjänsten med att personalen ska kunna utveckla sin egen profession och sin spetskompetens inom ett specifikt område, så att man kan fungera som en resurs för sina kollegor. Denna utförare har palliativa ombud, men också demens-, hygien- och anhörigombud. Dessutom finns tankar om att utbilda blivande ombud inom alkohol och beroende. Ytterligare en aspekt inom den berörda enheten är att de har tillsatt två ”kvalitetsobservatörer som granskar den egna enheten” med ambitionen att deras arbete ska leda till förbättringar av omsorgen.

Verksamhetscheferna i en av stadsdelarna talar om att det finns vissa förebyggande insatser vid psykisk ohälsa, som ensamhet och oro. Då kan någon form av social aktivitet vara aktuell, exempelvis att komma ut på promenad eller att följa med på någon aktivitet, eller någon form av dagvård, eller för de som är dementa att komma ut till en daggrupp. Eller kanske bara gå ut och handla. Ett annat alternativ är att personen får tillsyn några gånger under dagen.

Det är emellertid svårt för hemtjänsten att stärka den enskildes förmåga att motverka psykisk ohälsa om det är så att omsorgstagaren inte vill ta emot någon hjälp. De alternativ som då finns är att ringa till vårdcentralen, koppla in läkare och/eller psykolog – ”men om de inte vill själva kan man inte göra någonting”. Det är också besvärligt om distriktssköterskan har bråttom, då hen i stället borde boka in tid för samtal med de äldre, enligt en verksamhetschef:

– De [distriktssköterskorna] borde ha lite bättre koll på kunderna. Boka in en läkartid fast det kanske inte är dags ännu. En kund till oss har varit på vårdcentralen och bara grät och grät och grät. Inte ha den där stressen – utan kunna sitta ner och prata. Boka tid även om det inte är läkartid, men att det är en samtalstid i alla fall.

En gång i veckan bjuder en av utförarna in alla sina omsorgstagare till ett öppet hus, ”främsta skälet till det är ju för att bryta isolation”. Det behövs dock en viss logistik för att omsorgstagarna ska komma till träffen: ”Nu försöker ju vi på alla sätt och vis att hjälpa dem som inte kan ta sig hit för egen maskin. Vi skjutsar dem helt enkelt. Eller om de har promenad i biståndsbeslutet så promenerar vi hit dem, och hem. Men det bygger ju på att det finns ett beslut.”

SAMVERKAN

Hemtjänsten tar kontakt med biståndsenheten för att förklara situationen hos de äldre om de lider av exempelvis depression, för att få mer tid vid varje enskilt besök för att motivera den äldre att äta och dricka, eller att aktivera sig: ”Då har man ju bra kontakt med vissa handläggare och förklarar situationen för dem”. Biståndsenheten möter ju bara de äldre vid ett enskilt tillfälle medan personalen inom hemtjänst träffar omsorgstagare återkommande, betonar verksamhetschefen. Kommunikationen med biståndshandläggarna kan vara väldigt bra, särskilt när handläggarna är förstående. Sedan tillägger en verksamhetschef att vissa biståndshandläggare är ”mer humana” och lägger till tid för att hemtjänsten ska få tid att prata med omsorgstagaren, även om de inte får skriva att det är social tid som avses.

Om en utförare upptäcker psykisk ohälsa handlar det om att dokumentera situationen hos den äldre men också att informera biståndshandläggare och höra hur hen tycker att man ska gå vidare i ett ärende, enligt en verksamhetschef. Nästa steg är att fråga om omsorgstagaren vill ge sitt samtycke till att kontakta eventuella vuxna barn eller andra närstående. En annan möjlighet är att kontakta distriktssköterska för vidare handläggning. När det gäller distriktssköterskan så är det bra att ha den kontakten eftersom hen ”har full koll på vad personen äter [för läkemedel], kommer ut och ger sina dospåsar och har en snabb koll på hur personen mår och så där”. Verksamhetscheferna i en av stadsdelarna har mycket bra kontakt med distriktssköterskorna, inte minst eftersom de har ett direkttelefonnummer till dem om det skulle vara något som är akut.

Eftersom ensamheten och den sociala isoleringen är så pass stor säger en av verksamhetscheferna att det är viktigt att ha en god kontakt med biståndsenheten för att utverka så att omsorgstagare får mer tid tillstyrkt för social samvaro, exempelvis i form av en promenad eller måltidsstöd, det vill säga att hemtjänstpersonal sitter med under måltiden. Är det så att omsorgstagaren hela tiden larmar under dygnets alla timmar på grund av oro så ser hemtjänsten till att personen får återkommande tillsyn.

Kontakten med biståndshandläggare varierar emellertid och är helt beroende av den enskilde biståndshandläggaren och hur denne arbetar. Med somliga är kontakten bättre och med andra fungerar den inte alls, särskilt under perioder av omorganisation av biståndsenheten/socialtjänsten. När kontakten med biståndsenheten fungerar är det för att ”man pratar samma språk”, exempelvis om man har sin bakgrund i det sociala arbetet. Är det så att den äldre är svårhanterlig verkar biståndsenheten uppskatta att hemtjänstens representanter finns med vid hembesök. En verksamhetschef betonar att

samverkan mellan bistånd, distriktssköterskor, läkare och sjukvård borde förbättras, exempelvis vid en utskrivning från sjukhuset eller vid uppföljningar. Vid en annan utförare skulle man önska att man fick information direkt från sjukhuset om någon av deras omsorgstagare är inläggande patient inom psykiatri, i stället för att biståndshandläggaren kontaktar hemtjänsten.

– Vi får ju inte kunskapen, om vi säger att vi har en person som vi vet mår psykisk dåligt som rätt vad det är åker in till sjukhuset. Vi får inte kunskapen om personens mående när vi ringer till sjukhuset. Det kan ju vi tycka också är lite besvärligt ibland.

– (...) Vi får inte koll på [kunden] när vi ringer till sjukhuset, i och med att de ligger inlagda på psykiatrisk avdelning så får inte vi veta det. Det blir också konstigt för oss. Det blir ett stopp, ett glapp där. Vi kommer liksom inte närmare. Då är det ändå en kund till oss, så det blir lite tokigt.

Den berörda verksamhetschefen skulle önska att hemtjänsten, när de ringer till sjukhuset, får kontakt med en sköterska som kan tala om att den äldre personen är inlagd på en viss avdelning eller inte, ”så att vi har koll på det direkt, får ett svar direkt”. Dock behöver hemtjänsten inte känna till alla detaljer, menar hon, bara få veta när den äldre blir utskriven så att de kan bistå personen när hen väl kommer hem. Verksamhetscheferna betonar också att de skulle uppskatta en återkoppling när personen väl skrivs ut för att veta hur man ska arbeta vidare i ett ärende:

– Så vore det ju också väldigt bra att få en återkoppling av sjukhuset. Hur mår personen nu? Alltså var befinner sig personen när de släpper ut personen från sjukhuset? Det får vi inte heller veta. Det är också konstigt. Hur ska vi gå vidare? Personalen, när de jobbar, de får ju känna av hur den här personen mår. ”Aha, nu är det si eller så. Men verkar må lite bättre och hon eller han gör si eller så. Nu verkar det som att det är ett lyft” osv. Eller det är inget lyft alls. Det här är ju också en vågskål som är tuff att jobba med ute på fältet.

Hemtjänsten förväntas hålla en dialog med biståndshandläggare och distriktssköterska, och då är det avgörande att hemtjänsten vet hur den äldre personen egentligen mår, ”det är ju vårt uppdrag”, som en verksamhetschef säger. När den äldre blir utskriven skulle hen kanske redan från dag ett behöva tillsyn, men hemtjänstpersonalen som går dit kommer kanske dit först en vecka efter utskrivning och måste då larma biståndshandläggaren: ”Vi behöver tillkalla biståndshandläggaren och säga att hon eller han [omsorgstagaren] mår mycket sämre nu och kanske skulle behöva en daglig tillsyn. Men då, eftersom hon eller han har så lite hjälp, så ser vi ju inte det förrän kommande vecka. Det drar ut på tiden, och kunden kanske är jättedålig då.”

Verksamhetscheferna berättar att de genomgående har god kontakt och samverkar med distriktssköterskorna, med några undantag. Det senare förklarar en verksamhetschef med att det kan bero på personalomsättningen vid vårdcentralen. Ytterligare en förklaring kan vara att en av de berörda vårdcentralerna de senaste fyra, fem åren

återkommande bytt ledning och ”man har inte kommit till på samma sätt”. Den vårdcentralen har heller inte varit beredd på att ansluta sig till det övergripande samarbete som finns mellan stadsdelens biståndshandläggare, hemtjänstaktörer och andra distriktssköterskor. Dock ska sägas att de dagliga rutinerna som medicinering av de äldre fungerar, men däremot fungerar det inte alls om de behöver kontakta distriktssköterskorna vid den specifika vårdcentralen: ”Vart ska man ringa? Till vem ska man ringa? Vem kontaktar man? Det är inte så lätt att få tag i dem”. Verksamhetschefen tror att bristen på samverkan kan bero på ”en ledningsfråga, de prioriterar den inte”. Det som, enligt verksamhetscheferna, framstår som avgörande är förmågan att kunna kommunicera med distriktssköterskorna och med biståndshandläggarna, och att samtliga parter har intentionen och viljan att samarbeta.

En av stadsdelarna har tidigare haft problem med personalbrist på vårdcentralen. Det pågick under en längre tid, vilket i sin tur resulterade i strul när läkaren var alldeles för stressad. Så kunde vårdcentralen ringa och be hemtjänsten att hämta läkemedel på apoteket för en omsorgstagare, men när personalen väl kom dit visade det sig att läkaren aldrig skrivit ut något recept: ”Det är ju slöseri med tid, vi får inte tillbaka den tiden”. Om detta händer återkommande säger hemtjänsten till slut att personalen på vårdcentralen själva får hämta läkemedel på apoteket. Relationen med vårdcentralen skulle således kunna förbättras genom att deras kontakt med läkarna blev bättre, så att exempelvis hemtjänsten inte behöver gå till apoteket i onödan.

En av utförarna säger att samverkan med landstinget är en ”absolut katastrof”. Cheferna vid den speciella utföraren uttrycker sin upprördhet över bristen på samverkan, som bland annat resulterar i att omsorgstagare inte får sin medicin i tid eller inte alls blir tilldelad den, vilket i sin tur kan leda till psykisk ohälsa. De vill hävda att det är ett kaos. Vissa omsorgstagare förväntas sköta sin egen medicinering men är i alldeles för dåligt skick och kan inte sköta den själva och då blir de utan sina ordinerade läkemedel.

En annan utförare beskriver att de har ett mycket gott samarbete med den vårdcentral som ligger närmast, ”det är sällan problem, eller aldrig skulle jag nog kunna säga”, vilket framför allt beror på personkännedom, men också på hur de har löst problem; exempelvis med dementa, som är benägna att överdosera sin medicinering, så distribuerar distriktssköterskan läkemedel hos omsorgstagaren i ett låst medicinskåp och hemtjänstpersonalen delar ut den:

– Vi har haft ganska mycket dialog med sjuksköterskan – distriktssköterskan – som delar läkemedlen i dosett eller i dosrulle (...) Framför allt för personer med demenssjukdom som inte kan hantera sina läkemedel, finns det möjlighet att vi har ett medicinskåp hemma hos dem, där kunden inte själv har nyckel, det vill säga att man inför begränsningsåtgärder. Det är ju ganska drastiskt. Ja, det är inte helt lätt etiskt förfarande.

UTBILDNINGSSINSATSER OCH KOMPETENS

Verksamhetscheferna säger att när man utbildar sig till undersköterska ingår kunskap i psykisk ohälsa. Verksamhetscheferna är emellertid eniga om att mer utbildning behövs inom området. En verksamhetschef säger att hon skulle vilja erbjuda en särskild utbildning till sin personal för hur man ska bete sig och bemöta drabbade människor som är uppgivna, upprörda och ledsna.

På frågan om vilken kunskap och kompetens man behöver för att fånga upp psykisk ohälsa berör flera verksamhetschefer behovet av kurser om hur man ska bete sig, om bemötande och om att förstå omsorgstagarens värld och verklighet. Men det behövs också mer specifika utbildningar om demens, beroendeproblematik och våld i nära relationer, men också om konsekvenser av undernäring och vad man kan göra. En av verksamhetscheferna önskar att det fanns en utbildning rörande just psykisk ohälsa som riktade sig särskilt till hemtjänstpersonal, med fokus på geriatrik och människans olika livsfaser. En annan kunskap som cheferna efterlyser är hur man kan se kännetecknen på psykisk ohälsa, med andra ord vilka detaljer, vad man ska titta på som röjer att någon inte mår bra, vilket bland annat handlar om att lära sig att vara lyhörd för sina omsorgstagare.

Verksamhetscheferna från en av stadsdelarna betonar att det fortfarande saknas utbildning inom ämnet psykisk ohälsa, men också att man behöver uppdatera sig även om man har en undersköterskeutbildning, ”det behöver hela tiden matas på, in med mer”. Men en specifik kompetens som de tror att deras medarbetare behöver är ”att kunna nätverka, när vi har någon specifik som är väldigt svår att arbeta med just nu, och att man kan prata kring den personen, nu gör ju de det i sina egna arbetsgrupper, men att lyfta upp det på en annan nivå”.

Men utbildning är inte enda vägen. Lång yrkeserfarenhet och personlig livserfarenhet väger också tungt. En verksamhetschef menar att hennes personal stärks i sin kompetens i mötet med de äldre genom att bara tala om hur det är att besöka personen och hur man ska förhålla sig, ”vi bollar med varandra”. Personalen får bland annat tid att avlasta sig, särskilt när det gäller komplicerade ärenden: ”Man måste ju prata, det går inte annars”. Man lär sig också över tid att läsa av den berörda omsorgstagaren och utvecklar mer eller mindre en ”fingertoppskänsla ju fler man har mött”:

– Personalen som har jobbat länge är så oerhört känslig för ett möte. Vem har man framför sig? Vad man har för respons från den här personen? Direkt. Det blir direkt så. Ett svar – ett kvitto på att jag ser direkt vem jag har framför mig. Vad säger hon eller vad gör hon eller hur mår hon? Hela, det man uttrycker, personligheten, hur hemmet ser ut. De har en sådan bild när de kliver in: ”Jaha, oj, så här är det här”. Så kan de bara gå direkt och säga att den här personen har det så här och så här. Det blir tydligt liksom.

En av verksamhetscheferna uttrycker särskilt önskemål om att det skulle finnas utrymme för att få högre ersättning från kommunen så att man kunde avsätta tid för utbildning men också tid för reflektion på arbetstid.

VAD SOM BEHÖVER UTVECKLAS

En av verksamhetscheferna berättar att det är avgörande, oavsett hur gammal man blir, att man får möjlighet att känna sig behövd. Därför är det rimligt att det alltid finns tillräckligt med tid hos omsorgstagaren för att lyssna på hen, men också att personalen aldrig känner sig stressad för att den ska iväg på nästa besök:

– Men en sak som är superviktig, det är att få in i personalen att vi aldrig någonsin får hålla på med att: ”Nej nu hinner jag inte, nu måste jag skynda mig vidare!” Det går inte! Därför hur känner man sig då? ”Jag är inte speciellt viktig då.” Därför lägger jag in generöst med tid, för att man kan göra det i det här systemet alltså. Att göra den tiden man är beviljad, det är jättebra att göra så och då får man planera. Då upplever ju inte kunderna att ”bara in och ut”. För det är förnedrande att känna det.

En av verksamhetscheferna betonar att det finns en kultur inom omsorgsvärlden där man har för vana att tänka i termer av att det inte finns tillräckligt med tid, ”det är en balansgång utan dess like därför att man måste också få in personalen i det här, för det är mycket enklare att säga det att ’Nej, nu måste jag vidare’, än att ta sig tid”.

Om en av verksamhetscheferna fick önska skulle hon önska att hemsjukvården fick mer tid vid sina besök; ”stanna till, inte vara stressade, då skulle de märka och se jättemycket”. En annan verksamhetschef skulle önska att i stället för biståndshandläggare skulle det vara så att utförarna var dem som bedömer vilken typ av insatser och mängden hjälp som omsorgstagare behöver; ”när vi äskar tid så gör vi det inte för att vi vill ha mer att göra, utan det är för att de (äldre) behöver det, vi skulle inte överutnyttja tiden på något vis, inte för vår egen vinning, utan det är för individens skull”. Sedan berättar verksamhetschefen att utförarens arbete med vissa omsorgstagare förblir obetalt, de ”stångar huvudet ibland”, särskilt för de kunder som ”har ett stort omsorgsbehov”.

6. Hemtjänst — hemtjänstpersonalens perspektiv

KÄNNEDOM OM ÄLDRE SOM LIDER AV PSYKISK OHÄLSA

Hemtjänstpersonalens säger att de oftast får reda på att omsorgstagare lider av psykisk ohälsa när beställningen från biståndsenheten kommer in. Men om man inte har kunskap om den äldres ohälsa sedan tidigare brukar man märka det efter en tid; ”det är väl förändringar så som humör, hur det ser ut hemma, hur man tappar, kanske bara ligger sig i sängen och sover”. Det är emellertid avgörande att man lär känna personen över tid. Överhuvudtaget lär sig personalen att iaktta olika signaler; exempelvis tittar hemtjänstpersonalen på humörsvängningar eller om personen blir ointresserad av sin tillvaro, eller är missnöjd etcetera. När man lär känna omsorgstagaren förstår man också hur hen har det: ”Genom kontinuitet, att man går där ofta, där man ser förändringar hos personen, i beteendet. Aggressivitet kan vara ett tecken. Ja, det är kontinuitet”. Det kan också vara så att de äldre personerna börjar berätta om sin ensamma tillvaro, alternativt drar sig undan:

- *Man verkar ointresserad av allt. Ingenting spelar någon roll. Hemmet ser ut som skit. Man bryr sig inte längre om sig själv.*
- *Bara ligger ner och inte gör någonting. Inte går ut.*
- *Jag kan tycka att de flesta av våra äldre, de talar till slut om att det är så ensamt. Barnbarnen kommer aldrig. Barnen har aldrig tid. ”Och här sitter jag själv.” Jag som är mycket hos demenssjuka, jag kan ju också höra det där, de kan ju ha haft besök precis, men det är ändå aldrig någon där. Den ensamheten är ju hemsk. För vad gör man åt den? När man precis har suttit där i flera timmar så känner de sig ändå så ensamma.*

För vissa omsorgstagare kan personalen känna större oro än för andra, särskilt om omsorgstagaren talar om att hen vill ta sitt liv eller för dem som periodvis dricker alkohol:

- *Alltså, vi har ju de som är så deprimerade så att de pratar om självmord. Jag vet att vi har en kund nu som vi är bekymrade för och liksom gör vad vi kan, utan att gå emot hennes rätt att tacka nej till hjälp. Vi har ju dem som*

dricker [alkohol], missbrukar i perioder, som döljer det. Men vi ser ju det eftersom vi är där varje dag. Nedstämdhet och ensamhet. Man tar sig inte för att göra någonting, det spelar ingen roll. "Varför ska jag gå till frissan? Det är ju ingen som ser mig." Allt det här.

Andra kan bli kontrollerande och ringer omsorgspersonalen för att få bekräftelse:

– Jag har ju några stycken. Den ena märker jag ju ganska tydligt. Då blir hon väldigt kontrollerande. Ringer hela tiden. Vill bli bekräftad. "Kommer du? När kommer du?" Det går en halvtimme, sedan ringer hon igen. Då vet jag att nu är det på väg ner. Då är det liksom dags för den perioden. Hon mår väldigt dåligt. Då är det ju självmordstankar, allt vad det innebär. Det är ju tråkigt. Men sen är det ju väldigt roligt när det är de bra perioderna, när man märker tvärtom, när personen mår bra.

Ett vårdbiträde säger om sitt arbete att det inte är som att "gå på en blind date", utan hemtjänstpersonalen läser på i omsorgstagarens journal för att förbereda sig på hur man ska bemöta hen, genom "att läsa beställningarna också – men det tycker jag att det tjänar man ju själv på att göra innan man möter någon person, så att man vet". Om det är så att hemtjänsten upptäcker att någon far illa psykiskt kontaktas antingen distriktssköterskan eller om omsorgstagaren är aktuell inom psykiatrin kontaktas stadsdelens psykiatriteam. I sammanhanget betonas att dokumentation är avgörande, att man över tid kan följa hur någon mår, det vill säga om det sker försämringar eller förbättringar.

Hemtjänstpersonalen berättar också att de hjälper äldre personer som dricker alkohol. Hemma hos dem är det "rökigt och stökigt". Vissa omsorgstagare lyckas dölja sitt drickande, men det kommer ändå fram när de under perioder ramlar och slår sig. Sedan hamnar dessa äldre i en ond spiral – de dricker och har inte förmåga att ta sig ut och blir då socialt isolerade, vilket i sin tur bidrar till att personen dricker ännu mer som tröst. Hemtjänstpersonalen har också erfarenheter av våld i nära relationer, exempelvis en son som misshandlade sin gamla pappa, men pappan ville absolut inte anmäla situationen. Likaså finns komplicerade förhållanden där en i ett äktenskap lider av demens. Inte alla som är partner till någon som är dement vet om att de har rätt att få avlastning:

– Jag kan ju gå hem på sådana här första hembesök ibland, och de har ju ingen aning om när man säger att: "Ja, 16 timmar i månaden, så att du får vara i fred och göra någonting annat, det kan jag ordna direkt. Det har du rätt till och det kostar dig ingenting."

Hemtjänstpersonalen bedömer att mellan en fjärdedel och hälften av omsorgstagarna har en fastställd demensdiagnos. Personalen misstänker dock att fler än så är dementa. Dessa omsorgstagare har således inte fått någon diagnos ännu. Andra lider av samlarsyndrom eller har svårt att göra sig av med gamla saker eller kläder efter en make/maka som gått bort. Om hemtjänstpersonalen skulle gissa gör de en bedömning

att cirka 70 procent av deras brukare lider av någon form av psykisk ohälsa, som nedstämdhet eller sorg för ”att man inte fungerar som man gjorde innan”. En undersköterska bedömer att cirka 80 procent av utförarens kunder lider av psykisk ohälsa. Hemtjänstpersonalen talar också om en stor sorg hos vissa omsorgstagare, som exempelvis överlevt sin partner med åtskilliga år eller fått uppleva att barnen har gått bort, och att de måste bearbeta sorgen över sin förlust.

Hemtjänstpersonalen menar att de genom sitt arbete räddar omsorgstagare från att ta sina liv, genom att omsorgstagarna får möjligheter att söka sig till mötesplatser genom hemtjänstens försorg, men också att de som personal finns tillgängliga. De exemplifierar med en omsorgstagare som hade långtgående planer på att ta sitt liv:

– Alltså jag tror att vi räddar liv med att de får träffa varandra, får träffa oss, och väntar på oss, och har någonting att se fram emot. Nu får vi hoppas på att vår tant inte tänker ta sitt liv. [Tittar på sin kollega]. Hon pratade om: ”Hur många tabletter ska jag ta? När kommer jag bli hittad?” Men det är ju en person som är helt isolerad i hemmet. Det är bara vi som kan komma dit. Hon kan inte ta sig ut.

Under ett av samtalen framkommer hur hemtjänstpersonalen larmade när de upptäckte hur maken gjorde illa sin fru som var dement. Mannen var mycket stressad och kvinnan sängliggande. Så här lyder berättelsen:

– Vi var med om ett par makar. Hon var demenssjuk och låg i sängen, hon var sängliggande och kom upp ibland. Han var helt utarbetad. Man såg att hans nerver var helt utanpå honom. Han var ju så nervös och hispig. Han mådde inte bra. Det såg vi ju direkt, eller det såg man ju. Hon bad oss till och med om hjälp en gång. Hon hade knappt talförmågan kvar. Det kan man säga att hon inte hade egentligen, men hon sa: ”Hjälp mig, hjälp mig”. Vi förstod att det var något, för ibland hade hon ett knäckt finger.

– Alltså vi förstod liksom att det var någonting för han var ju så hispig och hade så kort tålamod, för han var ju helt utarbetad. Till slut så såg vi ju vad som hände. Vi stod i hallen och skulle gå. I spegeln så ser vi hur han luggar henne.

– Och han bara ”pang” med henne. Vi såg det komma. Det var därför vi sa att: ”Vänta, vi stannar kvar här”. Efter det ringde vi till chefen och sa vad som hade hänt. De sa: ”En stannar kvar där och är kvar ändå tills hon får flytta till ett boende”. Så att det gick ju på några timmar att hon flyttade till ett boende. De fick inte lämnas ensamma en sekund efter det där.

Sammantaget är bemötandet det viktigaste av allt, enligt en undersköterska, oavsett om man är hemma hos någon och städar: ”Det är inte bara att gå in och härja hemma hos någon”. Hennes kollega inflikar: ”även när du städar så kan du göra det på ett värdigt sätt”.

STÄRKA DEN ENSKILDES FÖRMÅGA

En undersköterska talar om vikten av att aktivera den äldre personen och att bryta en eventuell monoton. Men det behöver, enligt hen, inte vara särskilt komplicerat att göra det, eftersom det mest handlar om att hjälpa omsorgstagaren att ta sig ut ur sin lägenhet:

– Dels så kan man ju hitta på aktiviteter med dem. Ta reda på vad de har tyckt varit roligt i livet och sådär. Att man tar sig tid att sitta ner och prata. Bara att gå ut i solen tillsammans, eller ta en promenad. Få igång dem lite. Så att det inte riktigt blir samma sak varje dag. För det är oftast det som leder till att det blir lite deppigt, samma sak som händer varje dag.

Personalen hos en av utförarna berättar att hos dem förekommer inga tiominutersbesök, den kortaste tiden som de har är 20 minuter för tillsyn, medan 45–60 minuter avsätts för måltid, för att tillaga maten respektive att sitta med den äldre personen medan hen äter. Hemtjänstpersonalen talar om att det inte är ”så minutanpassat” eller fixerat vid att något ska ta en viss tid, utan man måste se till helheten eftersom ”inget är hugget i sten” när det gäller omsorgsarbetet. Allt är inte klockat.

– De [utförarens ledning] manar på oss att se till helheten. Idag kanske det inte är det här potatismoset som är det viktigaste, utan det kanske är något annat. Gör då något snabbare så att du hinner sitta med dem en stund. Jag är väl aldrig i tid och håller aldrig mina tider (skrattar).

En annan utförare har som regel att personal som arbetar med demenssjuka aldrig ska lämna omsorgstagaren ensam om hen håller på att äta. Promenader ses som en möjlighet till att aktivera den enskilde: ”Vi lämnar ju aldrig någon med mat, utan vi stannar alltid kvar tills att de har ätit. Sen är det mycket promenader, väldigt mycket promenader, för att det är ju för välbefinnandet och så.”

En annan undersköterska berättar om att utföraren som hon arbetar hos försöker att tänka på personkemin mellan personalen och omsorgstagaren, ”att man klaffar lik-som”. Sedan berättar hon om en man som var stor som en björn och som många initialt var rädda för, men när de lärde känna honom visade det sig att han pratade så högt på grund av att han var döv. Sålunda var det alldeles onödigt att vara rädd för honom. Avgörande var att man inte skickade olika personer varje gång utan att det blev ett stadigt gäng av undersköterskor som ville besöka honom, vilket framför allt handlade om att skapa kontinuitet, ”då vet man hur man ska bemöta, få förtroende och allt går mycket smidare”.

En förebyggande åtgärd som en undersköterska berättar om är att den berörda utföraren som hon arbetar hos anordnar öppet hus varje vecka, oavsett om det är helg eller inte, ”i ur och skur”. Det fungerar i praktiken som ett nätverk för de äldre. Det öppna huset har blivit en fast punkt för vissa omsorgstagare som besöker det och som där

byter telefonnummer med varandra. De umgås till och med privat och sänder exempelvis blommor för att uppmärksamma varandras bemarkelsedagar. Det öppna huset har också blivit ett sätt att ha social kontroll på varandra eftersom man kanske lämnar återbud genom en vän: ”Det är skönt, att de liksom har lite koll på varandra, när partnerna är borta och barnen är upptagna”. Sedan finns också återkommande en grupp som hemtjänsten i stadsdelen organiserar för dem som är demenssjuka, med särskilt anpassad sysselsättning med spel, sång och målning, så att anhöriga kan få avlastning.

Sammantaget strävar personalen hos den berörda utföraren att se till ”hela människan”, vilket i praktiken handlar om att fokusera på den enskilde omsorgstagarens behov. Det blir det som är avgörande. Undersköterskan och vårdbiträdet hos denna utförare förklarar vad de avser:

- *Jag tänker ju, det har jag nog redan sagt, men man tar det som är viktigast idag. Är det idag du är ledsen, och jag märker att du inte mår bra, då sitter vi och håller handen eller pratar om det här. Eller vi gråter eller vad vi gör. Då är det inte städningen som är viktigast, [det] som egentligen står på schemat. Det är väl det. Att kunna vara så –*
- *Flexibel liksom.*
- *Ja, och ha de ögonen på sig, att man ser att det här är, idag är det något helt annat som är viktigt, och kanske en längre tid framöver också.*
- *Intervjuaren: Viktigare än städningen?*
- *Ja.*

De båda tror att denna hållning är unik för den specifika utförare där de arbetar, att det går att prioritera bort inplanerade uppgifter, att ”tvättstugan, var inte livsviktig idag, för den kan man boka in senare och i stället fokusera på det som känns som viktigt” för den berörda omsorgstagaren. Omsorgstagarna måste verkligen vara i fokus:

- *Brukarnas perspektiv verkligen. Att här ser man, här är det inte stödstrumpor på tre minuter, för att sätta på. Sju minuter för att bädda en säng. Det är inte så minutanpassat här, utan här är det verkligen så att man går hem till någon för att vårda och ta hand om. Inte för att stressa iväg för att kommunen ska ha sina 300 kronor eller vad det är liksom. Det är verkligen brukarna här.*

Om den intervjuade hemtjänstpersonalen fick önska fritt så handlar det om att det borde finnas mer ekonomiska resurser till utbildning, och att alla omsorgstagare får den hjälp som de behöver och den tid som de behöver: ”Pengar till utbildning. Och att alla fick tillräckligt med tid. För liksom värdiga måltider, värdiga duschar, att få komma ut, utevistelser regelbundet, att det inte sker med något jäkt”. Med värdighet avses att det finns tillräckligt med tid avsatt för att hjälpa den enskilde och att man har utbildning och kompetens för att bemöta denne, samt att man kan förmedla trygghet: ”Jag behöver inte fundera på om du vet vad du ska göra eller om du vet hur det ska göras, utan det här känns ok”.

Hemtjänstpersonalen önskar också att de inom arbetstiden fick tid till att upprätthålla kontakt med anhöriga, eller att de kunde ägna sig åt någon form av närståendestöd.

En av utförarna har utvecklat ett särskilt sätt att arbeta, bland annat finns tid för reflektion en gång i månaden då undersköterskor och vårdbiträden träffas under en och en halv timme. Hos dem finns också specialiserade demensombud som, inom sin arbetstid, dokumenterar omsorgstagares levnadsberättelser tillsammans med anhöriga. Hemtjänstpersonalen berättar att det då handlar om att samla kunskap om omsorgstagarnas personliga bakgrund så att också resten av personalen får tillräcklig kännedom om omsorgstagaren:

– Där [i dokumentet] står det ju liksom bakgrund, anhörigas namn, vänners namn och barnens namn. Så om de börjar prata om någon då vet man vem personen pratar om. Så står det morgonmänniska eller kvällsmänniska. Bad eller dusch. Favoritträtter. Tycker inte om... Alltså det står ju precis allt. Hur man vill klä sig. Om man brukar ha smink eller inte. Det står precis allting.

SAMVERKAN

Några utförare talar om att de är beredda att ”kriga” för sina omsorgstagare i mötet med biståndsenheten, så att omsorgstagarna verkligen får den omsorg som de är i behov av. Personalen drar sig inte för att ringa enheten för att driva de äldres sak, ”för det är vi som ser om de inte kan berätta själva, eller har någon anhörig som krigar för dem”. Den berörda undersköterskan säger så här:

– Man kan märka att de talar till oss på olika sätt, när man har jobbat ett tag och vet liksom vad. Nu läser jag till Silviasyster, kanske det ska tilläggas, så jag blir så här: ”Slåss för demenssjuka! Du ska vara ambassadör”. Då tar man ju på sig den rollen, att man krigar på ett annat sätt. Man visar att jag har kunskapen för att tala om för dig att du gör fel och det här är rätt. Det är väl det vi behöver, alla vi som jobbar i vården, att vi liksom får veta, att vi har lite mer mandat och kan säga någonting när man ser att någonting är fel.

Denna undersköterska berättar att hennes chef håller daglig kontakt med biståndsenheten. Biståndshandläggarna säger aldrig att hemtjänstens verksamhets- eller enhetschefer ska höra av sig, däremot att brukarna själva måste höra av sig. Det är emellertid inte alltid så lyckat, särskilt inte om den äldre är i nittioårsåldern och hör dåligt och dessutom tackar nej till hjälp. Samtidigt är det ju hemtjänstpersonalen som återkommande besöker omsorgstagaren och som känner personen allra bäst: ”Men i specifika fall så kan man liksom, om jag är den som känner kunden bäst och bara jag förstår hur den är, då kan inte enhetschefen heller ta det samtalet”. Det är trots allt så att den enskilda undersköterskan eller vårdbiträdet är den som känner omsorgstagaren bäst. Flera utförare nämner att när omsorgstagare säger att de inte behöver fler insatser, medan hemtjänsten tycker tvärtom, är biståndshandläggare mer benägna att lyssna till omsorgstagaren, vilket hemtjänsten inte alltid uppskattar.

En av utförarna berättar att den sista tiden har kontakten med biståndsenheten varit problematisk, vilket beror på den stora omsättningen av personal och återkommande omorganiseringar inom socialtjänsten. Det skapar i sin tur bristande kontinuitet i biståndsenhetens respektive ansvarsområden, och utförarna kan då återkommande få höra följande: ”nu är det inte jag som sköter det här längre”.

Hemtjänstpersonalen tycker genomgående att kontakterna med distriktssköterskorna är god, även om det inte alltid finns tid över: ”Vi har inte tid att sitta ner med dem, men det är ju dem vi vänder oss till hela tiden”. Hemtjänsten kontakter distriktssköterskan för allt från omläggningar och inkontinensskydd till om någon inte äter, kosttillskott etcetera. Om hemtjänstpersonalen själva känner av stress så är det ingenting mot den stress som de upplever att distriktssköterskorna känner av. De är ”sönderstressade” samtidigt som de har ett medicinskt ansvar: ”Dem tycker jag jättesynd om – det är ännu mer synd om dem än om oss, ibland”. Utförarna skulle önska att man kunde slå ihop distriktssköterskornas verksamhet – hemsjukvården – med hemtjänstens, eftersom man då skulle ha samma huvudman.

UTBILDNINGSINSATSER OCH KOMPETENS

Den kunskap som vårdbiträdena och undersköterskorna bedömer behövs inom hemtjänsten handlar om förmågan att känna igen symtom, med andra ord behövs mer medicinsk kunskap, exempelvis vad som orsakar att äldre personer blir deprimerade eller drabbas av psykisk ohälsa. Personal behöver särskilt sådan kunskap om man inte sedan tidigare har en empatisk hållning. Vad som återkommande betonas av en av de intervjuade undersköterskorna är betydelsen av helhet, men också empati och medbestämmande. Dessa honnörsord utgör en värdegrund som den berörda utföraren säger sig utgå ifrån. Sedan behöver man kunskap om hur man bemöter och hur man kommunicerar med någon som lider av psykisk ohälsa. Några undersköterskor skulle önska mer kunskap om samlare men också om dem som får diagnoser som bipolär sjukdom, som uppfattas som ”våldigt, väldigt svårhanterade”.

En undersköterska har gått en demensspecialiserad undersköterskeutbildning på distans. En annan av undersköterskorna utbildar sig till Silviasyster, och hon berättar att i utbildningen ”får man ju allt”, så som kunskap om bemötande och kunskap om vårdsystemet, men hon menar att varje utförare inte har råd att utbilda alla till Silviasyster eftersom kostnaden är så hög. Däremot finns endagsutbildningar om psykisk ohälsa hos äldre. Även det kostar pengar för en arbetsgivare om man ska utbilda trettio, fyrtio anställda under en hel dag, vilket sålunda inte är något som är lätt att kräva från arbetsgivaren. Men det är inte bara utbildning som behövs, utan det krävs också att den enskilde medarbetaren är engagerad och tycker att hen gör insatser som bedöms som avgörande för omsorgstagaren; ”man ska inte jobba här om man inte känner för äldre människor”. Men också om man har en särskild kompetens måste man ha förmåga och intresse av att dela med sig av sin specifika kunskap till andra kollegor.

Hos en av utförarna har personalen avgränsade uppgifter, vilket innebär att någon av de anställda är demensombud, en annan är kostombud, en tredje är palliativt ombud och så vidare. På så sätt har arbetsledningen försäkrat sig om att det finns olika kompetens bland medarbetarna. Samtidigt skulle de önska ett bättre samarbete med enheten som arbetar med boendestöd för de äldre personerna som drabbats av psykisk ohälsa, för när man går till en och samma person borde det finnas gemensamma riktlinjer för hur arbetet ska te sig. Det saknas idag eftersom varje aktör går till den äldre olika dagar:

– För det verkar ju jättekonstigt om boendestödet kommer och gör i ordning diskvattnet för att den ska komma igång (skrattar) och sen kommer hemtjänsten in och diskar. (skrattar) Det är ju jättekonstigt!

– Och så har inte vi någon kommunikation då, så då frågar man den här då. ”Ah, jag vet inte, jag ska komma tillbaka, jag vet inte.” Då blir det ju den här osäkerheten. Så det blir nästan mer frågetecken än utropstecken skulle jag ju vilja säga.

VAD SOM BEHÖVER UTVECKLAS

Om hemtjänstpersonalen skulle få önska fritt så vore det att det fanns mer resurser till utbildning och att alla omsorgstagare fick tillräckligt med tid och att omsorgen sker med värdighet och utan hast: ”Att alla fick tillräckligt med tid, för värdiga måltider, värdiga duschar, att få komma ut, utevistelser regelbundet, att det inte sker med något jäkt”. Värdighet handlar för denna undersköterska om att inte stressa utan att det finns tillräckligt med tid för ett gott bemötande, men också att hemtjänstpersonalen är välutbildad och kompetent, samt vet hur den ska bemöta den enskilde omsorgstagaren:

– Att personen du kommer till märker att du har tid att vara där. Att du vill hjälpa och att du kan det. Att man är utbildad och har kompetens. Att de känner sig trygga när du kommer in är också värdighet. Jag behöver inte fundera på om du vet vad du ska göra eller om du vet hur det ska göras. Utan det här känns okej. Det känns okej även om du är i mitt underliv och håller på [avser duschning]. Att jag liksom kan lita på att du vet vad du gör. Det är ju värdigt. Att hinna sitta med och äta.

– Ja, och att småprata och så.

– Att det finns tid till fikabesök. Naturligtvis den här självklara respekten för att vara hos någon annan människa, att göra det på ett sätt som är, vad säger man, som är okej helt enkelt.

Hemtjänstpersonalens status borde förbättras för att få mer engagerad och kompetent personal, enligt en av undersköterskorna. Värdighet är ett nyckelord för henne, och att det är viktigt att man som hemtjänstpersonal kan vila i sin kompetens, inte uteslutande tänka att man bara städar hemma hos den äldre personen, som ”ju inte är så himla kompetenskrävande”, man behöver också veta hur man ska bemöta den äldre och göra det på ett värdigt sätt.

En av undersköterskorna betonar att hon arbetar inom ”den öppna vården” eftersom hon menar att hemtjänst har negativa associationer. Hen menar att man borde byta namn från hemtjänst till den öppna vården, för att kunna höja statusen på arbetet som personalen utför.

7. Sammanfattning

KÄNNEDOM OM ÄLDRE SOM LIDER AV PSYKISK OHÄLSA

I intervjuerna framkommer genomgående att äldre som lider av psykisk ohälsa är ett återkommande fenomen. Framför allt lider många av ensamhet och oro. Biståndshandläggarna på en enhet menar att cirka hälften av alla som de hjälper lider av någon form av psykisk ohälsa, exempelvis oro, ångest eller depression. På en annan enhet bedömer handläggarna att drygt en tredjedel av deras brukare lider av psykisk ohälsa. Men när det är som mest intensivt kan det kännas som om mellan 70 och 80 procent av brukarna har en problematik, särskilt om man räknar in ensamhet och demens eller dem som har en sjuk partner. Att bli änka/änkling medför också att man riskerar att hamna i en livskris. När det gäller beroendeproblematik, menar handläggarna, att mellan fem och tio procent har sådan problematik. Det är dock möjligt att det finns fler som har en sådan problematik, men att biståndsenheten inte känner till dem.

Distriktssköterskorna bedömer att den psykiska ohälsan är utbredd som en följd av de äldres ensamhet och sociala isolering. Distriktssköterskorna säger att de patienter som är mest sköra är dem som inte har ett socialt skyddsnät, ”det är där som vi har en väldigt stor funktion”, exempelvis om det inte finns någon närstående som kan slå larm om en äldre person far illa. De som mår sämst är dem som lever socialt isolerade och inte har make/maka eller några barn eller vars barn har gått bort, eller vars släktingar bor på annan ort. Det finns en orosproblematik hos de äldre som är socialt isolerade och som av fysiska skäl är bundna till sina hem. Vanliga tecken på psykisk ohälsa är oro, ångest, ångslan, depression, minskad matlust eller att man dricker för mycket alkohol för att dämpa sin ångest eller för att alkoholen är rogivande innan läggdags. Distriktssköterskorna på en av vårdcentralerna tror att en av tio av deras patienter är drabbade av psykisk ohälsa, på en annan vårdcentral tror sköterskorna att ungefär hälften lider av psykisk ohälsa eftersom hälften av patienterna där har ordinerats antidepressiva läkemedel. Samtidigt talar sköterskorna om ”ett stort mörkertal”. En distriktssköterska säger att det ”är säkert många fler än vad man tror” som lider av psykisk ohälsa. En annan distriktssköterska menar att många lider av psykisk ohälsa idag, inte bara äldre. Hon betraktar psykisk ohälsa som ”ett samhällsproblem, [som] en samhällssjukdom”.

Verksamhetscheferna inom hemtjänst säger att de inte sällan får reda på om någon lider av psykisk ohälsa redan när beställningen från biståndsenheten skickas över till hemtjänsten. Samtidigt märker hemtjänstpersonalen ganska snart om någon far illa eftersom de äldre kan ha en hållning av att ha givit upp och/eller av håglöshet. Andra indikatorer kan vara att det är stökigt i hemmet eller att de äldre saknar matlust. Ensamheten är påtaglig och många lider av depression. Somliga sitter hemma och dricker alkohol. Det senare uppfattas fortfarande som skambelagt att benämna. Hemma hos dem som dricker blir arbetet mer tungrott, bland annat när det gäller städning. Vissa av de äldre lider av samlarsyndrom och då kan exempelvis grannar slå larm om att det luktar i trapphuset, eller hyresvärdar kontaktar socialtjänsten när hyran inte är betald i tid.

I en av stadsdelarna bedömer verksamhetschefen att av de äldre som hemtjänsten hjälper lider mellan 65–75 procent av psykisk ohälsa, och då räknar hen med alla dem som lider av ångest, oro och ensamhet. I en annan stadsdel menar verksamhetschefen att det är cirka en fjärdedel som är drabbade av psykisk ohälsa. En tredje verksamhetschef säger att hälften av dem som de hjälper lider av psykisk ohälsa. Med andra ord, oavsett procentsats verkar den psykiska ohälsan bland de äldre vara utbredd. Genomgående bedöms just ensamheten vara det huvudsakliga skälet till att omsorgstagare far illa, exempelvis att man har förlorat sitt vuxna barn och/eller att man blivit änka/änkling.

Hemtjänstpersonalen får oftast reda på att omsorgstagare lider av psykisk ohälsa när uppdraget från biståndsenheten kommer. Men har man inte kunskap om den äldres psykiska ohälsa sedan tidigare brukar man märka det efter en tid. Personalen tittar på olika indikatorer, som exempelvis humörsvängningar, likgiltighet, missnöje, eller att personen isolerar sig. Kontinuitet i relationen till omsorgstagare är också avgörande för att man ska se signalerna som indikerar psykisk ohälsa. De äldre personerna kan exempelvis börja berätta om sin ensamma tillvaro. För vissa omsorgstagare kan personalen känna större oro än för andra, särskilt om omsorgstagaren talar om att hen vill ta sitt liv eller dricker alkohol under perioder. Om hemtjänsten upptäcker att någon far illa psykiskt kontaktas distriktssköterskan eller om omsorgstagaren är aktuell inom psykiatrin kontaktas stadsdelens psykiatriteam. I sammanhanget betonas att dokumentation är avgörande, att man över tid kan följa hur någon mår, det vill säga om det sker försämringar eller förbättringar. Hemtjänstpersonalen har också erfarenheter av våld i nära relationer.

Hemtjänstpersonalen gissar att cirka 70 procent av deras omsorgstagare lider av någon form av psykisk ohälsa, som nedstämdhet eller sorg. På en annan enhet bedöms att cirka 80 procent av deras omsorgstagare lider av psykisk ohälsa. Hemtjänstpersonalen talar också om en stor sorg hos vissa omsorgstagare, som exempelvis överlevt sin partner med åtskilliga år eller genomlevt att deras barn har gått bort. Hemtjänstpersonalen menar att de genom sitt arbete räddar omsorgstagare från att ta sina liv, genom att omsorgstagarna får möjligheter att söka sig till mötesplatser genom hemtjänstens försorg, men också att de som personal finns tillgängliga. Sammantaget betonas att bemötandet är viktigast av allt; oavsett om personalen är hemma hos

någon och städar så kan man göra det på ett värdigt sätt, det vill säga utan att stressa eller jaga på.

STÄRKA DEN ENSKILDES FÖRMÅGA

Biståndshandläggarna betonar genomgående att ett bra och genuint bemötande är avgörande för att stärka den enskildes förmåga; betydelsen av att bara finnas där och lyssna på brukaren och ”inte stressa därifrån – att man försöker skapa någon slags förtroende, tillit” under utredningsskedet. Samtidigt är varje biståndshandläggares uppdrag tydligt: ”att kartlägga och utreda ett behov och att bevilja en insats”. Särskilt för dem som lever socialt isolerade och är ensamma är det viktigt att få möjlighet att träffa samma hemtjänstpersonal, för att skapa en god relation, enligt biståndshandläggarna. Biståndshandläggarna säger att det emellanåt kan vara svårt att bistå sina brukare när handläggarna förväntas hålla budget, vilket inte alltid är förenligt med egna förväntningar om vad det innebär att utföra ett gott socialt arbete.

En av de insatser som finns att tillgå för att stärka den enskildes förmåga är att ge måltidsstöd om den äldre inte klarar av att äta själv. Andra insatser kan vara att personen får möjlighet att besöka dagverksamhet med inriktning mot demens eller annan psykisk ohälsa, alternativt får stöd av ideella krafter från väntjänst som Röda korset respektive Svenska kyrkan driver. Emellanåt kan det vara svårt att få till ett stöd eftersom den äldre kanske inte släpper in utomstående eller accepterar hjälp överhuvudtaget. Men om kommunen har en anhörigkonsulent eller en Silviasyster kan dessa organisera anhörigutbildningar eller genom uppsökande verksamhet verka förebyggande.

Distriktssköterskorna säger att det är avgörande för en äldre person som drabbats av psykisk ohälsa att hen får känna att hen är del av ett socialt sammanhang. Märkvärdigare än så behöver det inte vara. Därför har varje dagverksamhet en viktig funktion. Emellanåt förmedlar distriktssköterskorna kontakt till vårdcentralens psykolog.

Verksamhetscheferna talar om betydelsen av att varje omsorgstagare får det stöd som krävs och får tillräckligt med hjälp så att hen kan äta i lugn och ro, kan ta sin medicin utan stress, får tillräckligt med tid i varje möte och gehör för sina önskemål, exempelvis att komma ut på promenad. Hemtjänstpersonalen säger att de måste ha tillräckligt med kunskap för att kunna bemöta dem som lider av psykisk ohälsa. Hemtjänstpersonalens kompetens till ett gott bemötande återkommer i samtalen. Exempelvis nämns personalens förmåga ”att lirka” med omsorgstagare och att ge dem hopp och motivation. En förutsättning för detta är kontinuitet när det gäller personalen, eftersom det bidrar till att man lär känna den äldre över tid och skapar ett förtroende så att man kan göra det som man kanske inte först tänkt göra, exempelvis se till att omsorgstagaren får duscha. Att lirka handlar om förmågan att hålla motiverande samtal, som dock inte behöver vara särskilt märkvärdiga utan kan handla om att mötas en stund.

Hemtjänstpersonalen betonar bland annat vikten av att aktivera den äldre personen för att bryta en eventuell monotoni. Det behöver inte vara särskilt komplicerat att göra

det, eftersom det mest handlar om att hjälpa omsorgstagaren att ta sig ut ur sin lägenhet. Hos en av utförarna förekommer inga tiominutersbesök, den kortaste tiden som de har är tjugo minuter för tillsyn, medan 45–60 minuter avsätts för måltid, för att tillaga maten respektive att sitta med den äldre medan hen äter. Hemtjänstpersonalen talar om att det inte är ”så minutanpassat” eller fixerat vid att något ska ta en viss tid, utan man måste se till helheten eftersom ”inget är hugget i sten” när det gäller omsorgsarbetet. En annan utförare lämnar aldrig någon omsorgstagare som håller på att äta ensam. En tredje utförare strävar efter att tänka på personkemin mellan personal och omsorgstagare. En förebyggande åtgärd som en av utförarna organiserar är ett öppet hus varje vecka, oavsett om det är helg eller inte. Omsorgspersonalen hos en av utförarna strävar efter att se till ”hela människan”, vilket i praktiken handlar om att fokusera på den enskilde omsorgstagarens behov som blir viktigare än exempelvis den för dagen inplanerade städningen.

Om hemtjänstpersonalen fick önska fritt så borde det finnas mer ekonomiska resurser till utbildning, och alla omsorgstagare bör få den hjälp och den tid som de behöver. Personalen önskar också att de fick tillräckligt med tid så att de kan upprätthålla kontakt med anhöriga, eller ägna sig åt någon form av närståendestöd.

En av utförarna har utvecklat ett särskilt sätt att arbeta, bland annat finns tid för reflektion en gång i månaden då undersköterskor och vårdbiträden träffas under en och en halv timme. Hos dem finns också specialiserade demensombud som, inom sin arbetstid, dokumenterar omsorgstagares levnadsberättelser tillsammans med anhöriga. Hemtjänstpersonalen menar att det då handlar om att samla kunskap om omsorgstagarnas personliga bakgrund så att också resten av personalen får tillräckligt med kännedom om omsorgstagarens liv och vanor.

SAMVERKAN

Situationen i Stockholm kompliceras av att det är många utförare som biståndsenheterna måste hålla kontakt med. Flera verksamhetschefer menar att mindre utförare emellanåt kan vara mer uppmärksamma på äldre personers hälsa än större utförare, eftersom man kan ge ”en annan service”, vilket i sin tur kan leda till att man snabbare kontaktar biståndsenheten om man märker något avvikande. Nackdelen med stora utförare är inte sällan hög personalomsättning och att personalen inte alltid avsätter tid till att läsa biståndsenhetens uppdrag, och går till omsorgstagaren i tron att den som är psykiskt sjuk är som vilken person som helst. När den äldre sedan vägrar att släppa in personalen eftersom det har skurit sig redan i första mötet, ”då har man liksom sumpat det”. I stället måste man ta en sak i taget och hantera varje omsorgstagare på ett varsamt sätt. I den norra kommunen är Silviasystemen den som slår larm och kan initiera hembesök tillsammans med biståndsenheten.

Det finns svårigheter att samverka med beroendeenheter som inte sällan avfärdar äldres alkoholproblematik med att dessa druckit genom hela livet, samtidigt som de äldre kanske inte är så motiverade att berätta om sina alkoholproblem på grund av skam. Likaså finns svårigheter att utveckla samverkansrutiner med psykiatrin och med

socialpsykiatrin, bland annat eftersom samverkan inte sanktioneras från överordnade eller att man inte konkret avsätter tid för gemensamma samtal. En biståndshandläggare talar om vikten av att ”gilla mer att samverka”, annars fallerar idén. Risken är annars att varje ärende inte blir någons ansvar, eller i verkligheten blir distriktssköterskornas respektive hemtjänstens uppgift.

Biståndshandläggarnas kontakter med distriktssköterskorna varierar och sköterskorna karakteriseras som överbelastade, även om de också uppfattas som snälla och omhändertagande. Kontakten med distriktssköterskorna varierar beroende på om vårdcentralerna har personalbrist eller inte och somliga är svårare att nå än andra. Men det viktigaste är trots allt att omsorgstagare kan nå distriktssköterskorna. Hemtjänsten har ofta direktnummer till sköterskorna, vilket uppfattas som avgörande för god samverkan. I en av stadsdelarna har biståndsenheten och vårdcentralen återkommande möten där man diskuterar enskilda ärenden, om den berörda personen givit sitt tillstånd. Emellanåt är det mer övergripande information som delas på dessa möten.

Distriktssköterskorna talar om att de är delaktiga när det görs en vårdplanering eller för att få till stånd en samordnad individuell planering, SIP. Kontakten med hemtjänst varierar och är beroende av kontinuitet. Den stora personalomsättningen hos vissa utförare beskrivs som ett problem. Ett annat problem är att hemtjänstpersonalen inte alltid är medicinskt utbildad, och distriktssköterskorna menar att det vore önskvärt att de hade en undersköterskeutbildning. Bristen på denna gör kontakten mer tungrodd eftersom man inte talar samma språk. Distriktssköterskorna skulle också önska att hemtjänstpersonalen larmar om missförhållanden i ett tidigare skede, inte bara när något är akut. Vissa utförare larmar dock i tid om de vet att någon far illa, exempelvis om en omsorgstagare är suicidbenägen. För de äldre som har många läkemedel är det viktigt att en geriatiker gör en läkemedelsgenomgång.

Hemtjänsten kontaktar biståndsenheten om situationen hos omsorgstagaren är oroväckande, exempelvis om man tror att den äldre skulle behöva fler insatser på grund av att hen mår sämre än tidigare. Kontakten mellan hemtjänsten och vissa biståndshandläggare är bättre än andra, vilket beror på att de uppfattas som ”mer humana” än andra kollegor, till exempel när de ser till att hemtjänsten får mer tid till kommunikation med den äldre. Kontakten med biståndsenheten försvåras i tider av omorganisation. Men när kontakten väl fungerar är det för att man talar samma språk, vilket exempelvis kan underlättas av att båda parter har sina rötter i socialt arbete.

Hemtjänstens chefer önskar att det inte vore vattentäta skott mellan hemtjänsten och andra aktörer; exempelvis skulle de önska att utföraren informeras när en person blir inlagd på eller utskriven från sjukhus, så att de i tid kan bistå omsorgstagaren. Verksamhetscheferna har emellertid, med några undantag, genomgående god kontakt med distriktssköterskorna. Eventuella brister i kommunikationen kan bero på vårdcentralens personalomsättning, ledningsbyte eller att ledningen inte har prioriterat samverkan med biståndsenheten och hemtjänsten. När vårdcentralen inte prioriterar samverkan uppfattas det som en ledningsfråga. En av utförarna vill emellertid karakterisera samverkan med landstinget som en ”absolut katastrof”, vilket kommer till

uttryck i att omsorgstagarna inte får sina läkemedel i tid, eller alls, vilket kan leda till att omsorgstagarnas hälsa försämras eller att de drabbas av psykisk ohälsa. Om en omsorgstagare är i alldeles för dåligt skick kan man inte förvänta sig att hen ska sköta sin egen läkemedelshantering. När kontakten med vårdcentralen fungerar är det oftast för att man har personkännedom, men också för att distriktssköterskan vidtagit åtgärder, exempelvis sett till att omsorgstagare har medicinskåp med lås hemma och ordnat så att omsorgspersonalen har ansvar för att dela ut läkemedel.

Det behöver inte vara särskilt komplicerat att bryta äldre personers sociala isolering och monoton i livet, eftersom det mest handlar om att hjälpa omsorgstagaren att ta sig ut ur sin lägenhet, enligt utförarna. Hos en av utförarna förekommer inga tiominutersbesök, den kortaste tiden för tillsyn är tjugo minuter, medan 45–60 minuter avsätts för måltid; för att tillaga maten respektive sitta med den äldre personen medan hen äter. Hemtjänstpersonalen talar om att det inte är ”så minutanpassat” eller fixerat vid att något ska ta en viss tid, utan man måste se till helheten. En av utförarna har som regel att personal som arbetar med demenssjuka aldrig ska lämna omsorgstagaren ensam om hen håller på att äta. Promenader ses som en möjlighet att aktivera den äldre. En annan utförare fokuserar på att personkemin mellan personal och omsorgstagare ska överensstämma.

En förebyggande åtgärd som en utförare anordnar är öppet hus varje vecka, oavsett om det är helg eller inte. Det fungerar i praktiken som ett nätverk för de äldre.

Hemtjänstpersonalen hos en av utförarna strävar efter att se till ”hela människan”, vilket i praktiken handlar om att fokusera på den enskilde omsorgstagarens behov. Detta förhållningssätt betraktas som unikt för den specifika utföraren. Praktiska uppgifter kan prioriteras bort för att personalen i stället ska kunna fokusera på den berörda omsorgstagarens hälsa eller mående. Schemat är inte minutanpassat, utan omsorgstagarnas behov är i fokus. Personalen önskar att det fanns mer tid, men framför allt att omsorgen sker med värdighet. Hemtjänstpersonalen önskar också att de fick tid till att upprätthålla kontakt med anhöriga, eller att de kunde ägna sig åt någon form av närståendestöd.

En av utförarna har avsatt tid för reflektion en gång i månaden, då undersköterskor och vårdbiträden träffas under en och en halv timma. Hos denna utförare finns också specialiserade demensombud som, inom sin arbetstid, dokumenterar omsorgstagares levnadsberättelser tillsammans med anhöriga. Hemtjänstpersonalen berättar att det då handlar om att samla kunskap om omsorgstagarnas personliga bakgrund så att också resten av personalen kan få tillräcklig kännedom om omsorgstagarens liv och vanor.

UTBILDNINGSINSATSER OCH KOMPETENS

Biståndshandläggarna säger att de inte har deltagit i några längre utbildningar om psykisk ohälsa, förutom någon endagsutbildning om exempelvis samlarsyndrom, demens och posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. De önskar emellertid att de fick praktisk kunskap, som när ärendehandläggningen verkligen fungerar som den ska,

men också tvärtom när den inte alls fungerar. Biståndshandläggarna vill också få kunskap om åldrande i förhållande till psykisk ohälsa, exempelvis kunskap om vad som är normalt åldrande och vad som indikerar psykisk ohälsa. Mer utbildningsinsatser kring psykisk ohälsa skulle behövas för att kunna identifiera problem som rör hälsan, exempelvis vilka symtom man ska vara vaksam på. Situationen för den äldre personen kan kompliceras om man har stora omsorgsbehov och ändå inte vill ta emot hjälp eller särskilda insatser. Några handläggare skulle vilja gå en utbildning för att få kunskap om hur de som lider av samlarsyndrom har det, eftersom det är ganska många ärenden som är aktuella med personer som har den problematiken.

Distriktssköterskorna berättar att de över lag inte har fått någon specifik utbildning om äldres psykiska ohälsa, förutom den kunskap som de fått ta del av när de gick sin sjuksköterske- respektive distriktssköterskeutbildning. Men de konstaterar sedan att man lär sig genom praktisk erfarenhet. Några av distriktssköterskorna skulle önska kunskap om symtom för psykisk ohälsa, symtom som man kan uppmärksamma som indikerar just ohälsa, exempelvis att yrsel kan indikera alkoholproblematik. Andra distriktssköterskor efterfrågar kunskap om olika testinstrument bestående av frågebatterier för att kunna avgöra om en patient lider av exempelvis depression eller har ett alkoholberoende – inte för att ställa diagnos, utan för att få en indikator på psykisk ohälsa. Men framför allt för att få kunskap om skillnader mellan normalt åldrande och exempelvis demens. Distriktssköterskorna önskar också fortbildning om äldre och läkemedelsanvändning, det vill säga hur äldre påverkas av mediciner men också om alkohol och dess påverkan på äldre människors kroppar. Ett annat önskemål är att få kunskap om konsekvenserna av att vissa äldre patienter ordineras för många läkemedel eller står på fel dos och vad läkemedlen kan ge för kontraindikationer. Ytterligare önskemål är hur man ska tackla äldre som är särskilt oroliga och som ständigt ringer till vårdcentralen och ber att få träffa distriktssköterskorna, trots att man bokat in återkommande besök. Exempelvis om detta indikerar att personen håller på att gå in i en demenssjukdom och att den äldre därför söker någon form av trygghet och hur vårdcentralen då kan hantera situationen.

Verksamhetscheferna är eniga om att mer utbildning behövs inom området psykisk ohälsa, exempelvis om hur man ska bemöta och vara lyhörd mot dem som är uppgivna, upprörda och ledsna. Men också kunskap om hur man ska bete sig, samt förstå omsorgstagarens värld och verklighet. Det behövs också specifika utbildningar om demens, beroendeproblematik och våld i nära relationer. En av cheferna önskar att det fanns en utbildning rörande psykisk ohälsa som riktade sig särskilt till hemtjänstpersonal med fokus på geriatrik och människans olika livsfaser. Annan kunskap som cheferna efterlyser är hur man kan se kännetecknen på psykisk ohälsa, vad som röjer att någon inte mår bra. Men, enligt verksamhetscheferna, är utbildning inte enda vägen, utan lång yrkeserfarenhet och personlig livserfarenhet väger också tungt. Kollegial handledning och reflektion är härvidlag avgörande för att förstå hur man ska förhålla sig till äldre omsorgstagare.

Den kunskap som, enligt utförarna, behövs inom hemtjänsten handlar om förmågan att känna igen symtom. Med andra ord behövs mer medicinsk kunskap, exempelvis vad som orsakar att äldre personer blir deprimerade eller drabbas av psykisk ohälsa. Återkommande betonas betydelsen av helhet, men också av empati och medbestäm-

mande. Kunskap behövs om hur man bemöter och hur man kommunicerar med någon som lider av psykisk ohälsa.

Det är inte bara utbildning som behövs, det krävs också att den enskilde medarbetaren är engagerad. Om man har en särskild kompetens måste man ha förmåga och intresse av att dela med sig av sin specifika kunskap till andra kollegor.

Hos en av utförarna har några i personalen specialuppgifter. Någon är demensombud, en annan är kostombud, en tredje är palliativt ombud. På så sätt har arbetsledningen försäkrat sig om att det finns spetskompetens bland medarbetarna. Hemtjänstpersonalen önskar ett bättre samarbete med enheten som arbetar med boendestöd hos de äldre personerna som drabbats av psykisk ohälsa. När olika yrkesgrupper besöker en och samma brukare borde det finnas gemensamma riktlinjer för hur arbetet ska genomföras.

VAD SOM BEHÖVER UTVECKLAS

Alla barn har möjlighet att gå i förskola, men det borde vara lika självklart att människor som är äldre och inte klarar sig själva får möjlighet att delta i en dagverksamhet. Ytterligare ett önskemål från biståndshandläggarnas sida är att det borde finnas billiga servicehus för äldre personer. Biståndshandläggarna skulle önska att det fanns utförare som var specialiserade på att bemöta äldre som drabbas av psykisk ohälsa, som beroendeproblematik och/eller samlarbeteende. En specialiserad hemtjänst med spetskompetens om psykisk ohälsa skulle innebära att det inte skulle upplevas som lika stigmatiserande för den enskilde, vilket i sin tur skulle underlätta omsorgsarbetet. Likaså borde handläggarna på biståndsenheten ha spetskompetens kring psykisk ohälsa. Särskild kunskap om psykisk ohälsa skulle underlätta varje utredning. Samtidigt önskar handläggarna att de hade mindre krav och förväntningar på sig att utföra omfattande dokumentation och i stället kunde ägna tiden åt att träffa de äldre, inte minst för att få tid att göra uppföljningar. De önskar att ärendetyngden vore mindre, så att arbetet inte blev så akutstyrt som det är idag.

Det mänskliga mötet ska inte underskattas och i samtal med distriktssköterskan framkommer inte sällan hur den äldre mår. En distriktssköterska önskar möjlighet till gemensamma teambesök med psykolog, men också att vårdcentralen på det hela taget skulle utverka fler hembesök. Det vore också önskvärt om fler inom hemtjänsten hade undersköterskeutbildning som lägsta utbildningsnivå och att det dessutom ingick kunskap om psykisk ohälsa i utbildningen. Men också att hemtjänsten skulle uppgraderas genom att knytas till primärvården genom delegering. På så sätt skulle primärvården avlastas. Några distriktssköterskor skulle önska att de fick kontinuerlig handledning och spegling i sitt arbete för att kunna hantera sin arbetssituation.

En av verksamhetscheferna menar att det är avgörande att man, oavsett hur gammal man är, får känna sig behövd. Därför är det rimligt att det alltid finns tillräckligt med tid hos omsorgstagaren för att lyssna på denne, men också att personalen inte känner sig stressad för att de ska iväg på nästa besök. Sedan betonas också att det, inom omsorgsvärlden, finns en kultur som innebär att man är benägen att tänka i termer av att

det inte finns tillräckligt med tid. En annan av verksamhetscheferna skulle emellertid önska att hemsjukvården fick mer tid vid sina besök. En tredje verksamhetschef skulle önska att det i stället för biståndshandläggarna skulle vara utförarna som bedömer vilken typ av insatser och mängd hjälp som omsorgstagare behöver.

Om hemtjänstpersonalen skulle få önska fritt så skulle det finnas mer resurser till utbildning och tillräckligt med tid till alla omsorgstagare och en omsorg som utförs med värdighet och utan stress. Värdighet handlar om att kunna ge omsorg utan att stressa och att det finns tillräckligt med tid för ett gott bemötande, men också att omsorgspersonalen är välutbildad och kompetent och vet hur den ska bemöta enskilda omsorgstagare.

Hemtjänstpersonalens status borde förbättras för att få mer engagerad och kompetent personal, enligt hemtjänstpersonalen. Någon av undersköterskorna menar att hen arbetar inom ”den öppna vården” eftersom hon menar att hemtjänst har negativa associationer. Hen menar att man borde byta namn från hemtjänst till den öppna vården för att på så sätt höja statusen på hemtjänstens arbete.

8. Diskussion

INLEDNING

Av intervjuerna framkommer en paradox som handlar om att aktörerna efterlyser mer kunskap om äldre och psykisk ohälsa, samtidigt som det står klart att våra intervju-personer besitter stor erfarenhet om ämnet. De nämner att de äldre som är mest sköra är dem som saknar socialt skyddsnät, exempelvis dem som inte har några barn eller andra anhöriga kvar i livet eller i sin geografiska närhet. När dessa äldre drabbas av ohälsa eller sjukdom är de som mest sårbara. Av samtalen framkommer således att ju glesare socialt nätverk, ju sämre tenderar de äldre att må, och desto mer utsatta är de och beroende av samhällets stöd, exempelvis i form av hemtjänst.

Hemtjänsten har en särställning i de äldres liv. Kontinuitet är viktig, men också att personalen har särskild kompetens om psykisk ohälsa. Ytterligare dimensioner som är avgörande vid bemötandet är att det finns en god personkemi mellan personalen och den äldre, samt att personalen har ett empatiskt förhållningssätt. Alla aktörer uppskattar när hemtjänsten hör av sig i tid om något oroväckande uppstått i den äldre persons livssituation. Det är viktigt att inte bara höra av sig när läget är akut, utan också medverka till en kontinuerlig avstämning, vilket även kan bidra till en större trygghet för den äldre. Återkommande möten mellan hemtjänst, biståndsenhet och vårdcentral är högt värderade. Detta sker regelbundet i en av stadsdelarna. Samtidigt nämns, som ett uttryckligt hinder för regelbundna möten, att det finns så många hemtjänstutförare i Stockholm.

Över lag efterlyser våra intervju-personer, oavsett professionell bakgrund, specifika utbildningar om äldre och psykisk ohälsa; exempelvis vad som fungerar och vad som inte gör det. Av samtalen framkommer dessutom betydelsen av att ha spetskompetens, inte minst hos hemtjänstpersonalen, så att de kan fungera som en resurs för sina kollegor. Silviasystrar är undersköterskor som har spetskompetens inom frågor som rör demens, men hos en av utförarna finns också demens- och palliativa ombud. Hemtjänstpersonalens status borde höjas, men också kompetensen och kunskapsnivån; exempelvis borde undersköterska vara lägsta utbildningen för dem som arbetar inom hemtjänsten, vilket i sin tur skulle underlätta kontakten med vårdcentralernas distriktssköterskor.

Framför allt önskas kunskap om hur man ska förstå normalt åldrande respektive vad som indikerar psykisk ohälsa, som demens eller depression. Samtidigt är det viktigt att äldre blir tagna på allvar och att deras oro aldrig avfärdas. Det borde finnas utbildning om äldre och läkemedelsanvändning, kontraindikationer vid läkemedelsanvändning och hur läkemedel påverkar äldre människors kroppar.

FÖRSLAG TILL UTBILDNINGSINSATSER

- Biståndshandläggarna, distriktssköterskorna, verksamhetscheferna och hemtjänstpersonalen önskar alla kunskap om åldrandet och psykisk ohälsa, exempelvis vilka symtom som indikerar psykisk ohälsa och vad som förorsakar ohälsa, i relation till vad som karakteriserar normalt åldrande.
- Biståndshandläggarna önskar kunskap om när ärendehandläggning verkligen fungerar, men också kunskap om när handläggningen inte alls fungerar som den ska.
- Några biståndshandläggare vill gärna ha särskild utbildning om samlarsyndrom.
- Distriktssköterskorna önskar mer kunskap om vilka symtom som indikerar psykisk ohälsa. De efterfrågar också tillförlitliga bedömningsinstrument som kan användas i vardagens arbete, inte för att ställa diagnos, utan för att uppmärksamma om någon är i riskzonen att drabbas av någon form av psykisk ohälsa, exempelvis depression eller beroendeproblematik.
- Distriktssköterskorna efterfrågar fortbildning om äldre och läkemedelsanvändning, det vill säga hur äldre människors kroppar påverkas av läkemedel.
- Distriktssköterskorna efterlyser också kunskap om hur man ska hantera särskilt oroliga patienter som ber att få träffa vårdpersonal, trots att de regelbundet är inbokade på vårdcentralen och kanske har varit där dagen innan.
- Verksamhetscheferna och hemtjänstpersonalen efterlyser utbildning om bemötande av uppgivna, upprörda och ledsna omsorgstagare, men också om hur man ska förstå deras värld och verklighet. De önskar även utbildning om demens, beroendeproblematik och våld i nära relationer.

VAD SOM BEHÖVER UTVECKLAS

- Biståndshandläggarna önskar att alla äldre personer som behöver fick möjlighet att delta i någon form av dagverksamhet – det borde vara lika självklart som att barn får möjlighet att gå i förskola.
- Det borde finnas fler och billiga servicehus för äldre personer, enligt handläggarna.
- Önskvärt vore att det fanns specialiserad hemtjänst med spetskompetens inom psykisk ohälsa.

- Om biståndshandläggarna hade särskild spetskompetens skulle det underlätta utredningsarbetet. En mindre ärendemängd skulle också underlätta, så att handläggarna fick mer tid för uppföljningar och på så sätt skulle arbetet bli mindre akutstyrt.
- Distriktssköterskorna vill gärna ha fler möjligheter till hembesök, också tillsammans med vårdcentralernas psykologer när så behövs.
- Distriktssköterskorna hoppas att en större del av personalen inom hemtjänsten får möjlighet att utbilda sig till undersköterskor eftersom kontakten med hemtjänsten underlättas när man talar samma språk. Hemtjänsten skulle också kunna uppgraderas genom att knytas till primärvården.
- Såväl distriktssköterskorna som hemtjänstpersonalen efterlyser återkommande handledning eller spegling, för att kunna avlasta sig i vardagens arbete och utveckla omsorgen.
- Av samtalen framkommer att det är avgörande att hemtjänstpersonalen är förberedd när den besöker en omsorgstagare. Det är värdefullt att man aldrig går på en blind date, utan man ska vara påläst så att man vet vad det är för människa man kommer att möta. Dokumentation är därför viktig, men också att medarbetare tar del av den. Här fyller ett instrument som skapandet av levnadsberättelser en stor funktion. I levnadsberättelsen kan man läsa om omsorgstagarens bakgrund, anhörigas och vänners namn. Vidare kan det exempelvis anges om personen är morgon- eller kvällsmänniska, om hen gillar att bada eller duscha, hur man vill klä sig eller eventuellt sminka sig och vad man tycker om eller har för favoritmat.
- En av utförarna beskriver att i 80 procent av alla ärenden fungerar omsorgen. Medan i 20 procent gör den inte det. Det kan därför sägas vara en utmaning att utveckla sitt förhållningssätt; här kan de medarbetare som har en spetskompetens om psykisk ohälsa, exempelvis demens, utgöra en unik möjlighet och tjäna som en resurs på respektive arbetsplats.
- Bland hemtjänstpersonalen borde det finnas dem som har spetskompetens inom psykisk ohälsa, som demens och beroendeproblematik etcetera.
- Vidare framkommer betydelsen av ett värdigt bemötande, som exempelvis om hemtjänstpersonal städar hos någon kan det ske på ett värdigt sätt, utan hast och stress. Det handlar också om att personalen inte är klockad på minuten – utan att varje möte måste få ta sin tid, exempelvis när någon behöver måltidsstöd ska personalen sitta med tills måltiden är slut. Dessutom betonas det vardagliga mötet, det vill säga att det ska finnas tid för att kunna dricka en enkel kopp kaffe tillsammans och för en stunds småprat.
- Hemtjänstpersonalens förmåga att lirka med omsorgstagarna betonas återkommande. Det är härvidlag avgörande att personalen har förmåga att skapa ett genuint möte. En av förutsättningarna är att det finns kontinuitet, det vill säga att samma personal har möjlighet att återkommande besöka den äldre perso-

nen för att på sikt skapa ett förtroende. Det är nödvändigt att börja i rätt ände i kommunikationen och utgå från den äldres behov och intressen för att nå fram till omsorgstagaren, så att det finns ett grundläggande förtroende när exempelvis hen väl ska duschas.

- Av samtalen framkommer förslag till att förbättra de äldres livskvalitet som inte är så märkvärdiga, utan mest handlar om att ta till vara personalens resurser. Ibland handlar det om att samordna insatserna, exempelvis att någon håller i kontakten med god man, fotvårdare etcetera. Det behöver inte nödvändigtvis göras en samordnad individuell plan (SIP), bara någon har huvudansvar och initierar kontakter. Hemtjänsten har daglig kontakt med de äldre och märker hur deras situation ser ut i vardagen. Hemtjänsten har också en viktig roll i att förmedla kunskap om de äldre till biståndsenheten och till distriktssköterskan, helt enkelt eftersom de träffar de äldre i sin vardag. Samtidigt ska betonas att utan samordning av insatser och/eller samverkan kring varje ärende hamnar eventuella problem på hemtjänstens och distriktssköterskornas bord.
- Tiden – den är avgörande. Det måste alltid finnas tillräckligt med tid för varje möte. Vem vill uppleva att en person som kommer för att hjälpa till stressar för att bli klar och sedan måste hasta ifrån en för att hinna till nästa? Detta kan säkerligen påverka ens självbild negativt och kännas förnedrande. Tid är en av förutsättningarna för att varje möte ska kunna ske med värdighet. Hemtjänstpersonalens förmåga att hålla ”det motiverande samtalet” med den äldre handlar om att kunna avsätta tid för att prata vid – och samtalet behöver inte nödvändigtvis vara långt – utan det viktiga är att det har en kvalitet som innebär att personalen verkligen får tid och möjlighet att möta omsorgstagaren.
- En utförare skulle önska att det var hemtjänsten som bedömde vilken typ av insatser och antal timmar som varje omsorgstagare behöver.
- Kunskap behövs också för hur man tacklar oroliga omsorgstagare eller dem som är särskilt omsorgs- och/eller uppmärksamhetskrävande, som exempelvis larmar hela tiden eller som kommer på spontanbesök till vårdcentralen.

Avslutningsvis bör uppmärksammas det engagemang för äldre människor som framkommer i samtalen med biståndshandläggarna, distriktssköterskorna, verksamhetscheferna och hemtjänstpersonalen och den vilja som finns att vidareutveckla samhällets insatser för dem som kan betraktas som samhällets mest sköra personer. Utan deras entusiasm hade det inte varit möjligt att skriva föreliggande rapport.

Referenser

Rogers, J. (2012). Anti-oppressive social work research: Reflections on power in the creation of knowledge. *Social Work Education*, 31(7), 866–879.

Socialstyrelsen (2012a). *Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012b). *Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013a). *Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa – vägledning för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013b). *Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013c). *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa. Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Äldres psykiska ohälsa. Att fånga upp psykisk ohälsa hos äldre i handlägningsprocessen*. Stockholm: SKL.

Bilaga 1.

Samtycke till deltagande i forsknings- och utvecklingsarbete

FoU Nordost har tillsammans med tre andra FoU-enheter i Stockholm ett uppdrag att kartlägga psykisk ohälsa hos personer över 65 år, från *Uppdrag Psykisk Hälsa i Stockholms län* (www.uppdragpsykiskhalsa.se/stockholmslan).

I åliggandet ingår att samla data om faktorer som indikerar psykisk ohälsa, som ångslan, oro, ångest, depression, självmordstankar, missbruk, våld i nära relationer etc.

FoU Nordosts särskilda uppdrag är att beskriva förutsättningar hos personal inom hemtjänst, socialtjänst och primärvård att upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa.

Ansvarig för delprojektet är Lis Bodil Karlsson, forskare och FD i socialt arbete, telefon 076 XX XX XXX. Assistent är Amanda Thomsson, telefon 0700 YYY YYY.

I det insamlade underlaget avidentifieras personuppgifter, likaså konfidentiella uppgifter rörande klienter/patienter/omsorgstagare.

Rapporten kommer att vara offentlig och publiceras i oktober 2018 på FoU Nordosts webbplats och utgöra underlag för ett fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete för *Uppdrag Psykisk Hälsa i Stockholms län*.

- Jag deltar i projektet frivilligt och har blivit informerad om att jag när som helst under arbetets gång kan avbryta mitt deltagande utan att jag behöver förklara varför, samt att uppgifter rörande mig som professionell inte kommer att röjas.
- Jag har informerats om att alla uppgifter som rör klienter/patienter/omsorgstagare är konfidentiella.
- Jag samtycker härmed till att delta i projektet och dokumentationen av det.

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

Bilaga 2.

Förutsättningar hos personal inom hemtjänst, socialtjänst och primärvård att upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa

1. Hur märker ni/får ni reda på att någon äldre person lider av psykisk ohälsa?

- Depression?
- Ängslan?
- Ångest?
- Självmordstankar?
- Missbruk och beroendeproblematik?
- Läkemedel?
- Önskad ensamhet?
- Nedsatt funktionsförmåga?
- Dem med samlarsyndrom som riskerar hemlöshet?
- Våld i nära relationer?
- Nyanlända? Dem med invandrarbakgrund?
- Demens
- Våldsutsatta kvinnor med psykisk ohälsa i kombination med beroendeproblematik?
- Vilka är era förutsättningar att upptäcka signaler om psykisk ohälsa?
- Vad gör ni när ni märker att någon drabbats av psykisk ohälsa? Rutiner?

2. Hur kan ni stärka den enskildes förmåga att motverka psykisk ohälsa? Vilka insatser finns? Vilka insatser saknas?

- Vilka förebyggande insatser finns hos er för att motverka psykisk ohälsa?
- Vilka stödinsatser finns hos er för äldre personer som är drabbade/riskerar att drabbas av psykisk ohälsa?

3. Vilken kunskap/kompetens har ni för att fånga upp signaler om psykisk ohälsa?

- Har ni deltagit i någon utbildning/kurs som handlar om psykisk ohälsa?
- Vilken typ av kunskap/utbildning skulle ni behöva för att kunna upptäcka psykisk ohälsa?
- Vad behöver utvecklas?

4. Hur ser era rutiner för samverkan ut?

- Hur hanterar ni frågor som rör äldres psykiska ohälsa?
- Hur ser relationen ut i mötet med andra aktörer?/Samverkan?
- Vilka kontaktvägar finns?
- Vad behöver utvecklas?

5. Finns det något ni vill tillägga?

- Finns det något jag borde ha frågat om?