



STÖD TILL ÄLDRE MED PSYKISK OHÄLSA

Patient-, brukar- och anhörigorganisationers erfarenheter
av stöd i Stockholms läns kommuner och landsting

Lars Sonde
Carin Lennartsson

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2018:5
Delrapport 4: Uppdrag Psykisk Hälsa i Stockholms län

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	3
INLEDNING	4
BAKGRUND	5
<i>Företrädare för patient-, brukar- och anhörigorganisationer</i>	<i>7</i>
<i>Frågeställningar</i>	<i>7</i>
METOD	8
RESULTAT	9
<i>Målgruppen</i>	<i>9</i>
<i>Vad anser företrädare för patient-, brukar- och anhörig-organisationer om stödet från landsting och kommun till personer över 65 år med psykisk ohälsa?.....</i>	<i>9</i>
<i>Vad kan utvecklas, vilka insatser och stöd saknas från landsting och kommun?</i>	<i>12</i>
KONKLUSION.....	16
DISKUSSION	18

SAMMANFATTNING

I rapporten redovisas resultaten från intervjuer med ett antal nyckelpersoner inom området äldres hälsa och ohälsa. Rapportens frågeställningar handlade dels om vad företrädare för patient-, brukar- och anhörigorganisationer anser om landstingets och kommunernas stöd till äldre personer med psykisk ohälsa, dels om vad företrädare, men också experter, anser behöver utvecklas inom området.

De kommunala insatserna är till stor del biståndsbedömda, men kommunerna kan också ordna mötesplatser och tillfällen för aktiviteter. Det är framför allt personer som haft sin psykiatriska diagnos sedan tidigare i livet som berörs av de kommunala insatserna. De intervjuade är i stort nöjda med insatserna men oro finns för vad som händer efter 65-årsdagen, om insatserna får behållas? Stödet till anhöriga varierar. Kommunen har ett krav att tillhandahålla anhörigstöd, men anhöriga får ta ett (för) stort ansvar, enligt de intervjuade.

Den som drabbas av psykisk ohälsa senare i livet kan få insatser från olika externa organisationer som många gånger stöttas ekonomiskt av kommunerna. Ett ökat stöd efterlyses för att kunna utöka hjälpen och för att kunna nå fler. Ofta och av olika skäl, så är det svårt att nå vissa äldre personer. Ensamheten och isoleringen kan för många bli svår.

Landstingets insatser ges inom primärvård och vid psykiatriska kliniker. Flera av de intervjuade menar att insatserna enbart handlar om att ge mediciner och att primärvården skulle behöva ta ett större ansvar för att både hitta och stötta äldre personer med psykisk ohälsa.

I resultaten framkommer också att målgruppen behöver definieras i undergrupper, då förutsättningar och behov skiljer sig mellan personer som drabbas i samband med åldrandet och de äldre som levt länge med sin psykiska sjukdom .

Från intervjuerna konstateras slutligen att äldre personers psykiska ohälsa behöver uppmärksammas mer än vad som görs idag. Kunskapen om åldrandet och vad det kan innebära fysiskt och psykiskt behöver öka, både hos professionen men också hos de äldre personerna själva.

INLEDNING

Utifrån regeringens strategi inom området psykisk ohälsa 2016–2020 tar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen fram årliga överenskommelser. Kopplat till dessa överenskommelser finns stimulansmedel för utveckling av arbetet med psykisk hälsa. Uppdrag Psykisk Hälsa är resultatet av en sådan överenskommelse. Uppdrag Psykisk Hälsa i Stockholms län är namnet på det regionala arbetet kring psykisk hälsa. Här samlas, synliggörs och sprids utbildningar och goda exempel inom området psykisk hälsa kopplat till de länsövergripande handlingsplanerna.

Uppdrag Psykisk Hälsa i Stockholms läns styrgrupp tillfrågade länets fyra FoU-enheter, som har inriktning mot äldre (Nestor FoU-center, FOU nu, FoU Nordost och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum) att genomföra en fördjupad analys av det stöd målgruppen, personer över 65 år med psykisk ohälsa, erhåller. De fyra FoU-enheterna återkom med ett förslag om fyra delprojekt:

1. Undersöka vilka stödinsatser som ges för äldre med psykisk ohälsa samt vilka förebyggande stödinsatser som ges till gruppen som riskerar psykisk ohälsa.
2. Kartlägga samverkan mellan kommuner och landsting.
3. Beskriva förutsättningar hos personal (i hemtjänst, socialtjänst och primärvård) för att upptäcka signaler om, och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa, samt
4. Beskriva vilka erfarenheter representanter för patient, brukar- och anhörigorganisationer har av det stöd som ges från kommuner och landsting till personer över 65 år med psykisk ohälsa.

Äldrecentrums uppdrag, som redovisas i denna delrapport, är att beskriva vilka erfarenheter representanter för patient-, brukar- och anhörigorganisationer har av det stöd som ges från kommuner och landsting till personer 65 år och äldre med psykisk ohälsa (delprojekt 4).

Delrapporten inleds med en generell beskrivning av hur kommuner och landsting arbetar med att på olika sätt möta behoven hos äldre personer med psykisk ohälsa. Därefter beskrivs de valda frågeställningarna och vilka metoder som användes för att besvara dessa. Resultatredovisningen inleds med en beskrivning av målgruppen och ett förslag på uppdelning för att särskilja de olika undergrupperingarna. Med hjälp av citat från intervjuade nyckelpersoner beskrivs erfarenheterna av stödet från landsting, kommuner men också från olika externa organisationer. Resultatdelen avslutas med de intervjuades förslag på vad som kan utvecklas inom de olika verksamheterna för att möta upp målgruppen/målgruppernas behov. Rapporten avslutas med en diskussion av resultaten och tänkbara utvecklingsområden.

Den fullständiga rapporten ”Analys av stöd för 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 dessas insatser – Nu och framåt”, inkluderar förutom de fyra delrapporterna, en gemensam analys av läget i Stockholms län 2018, och finns publicerad på de fyra FoU-enheternas webbplatser.

BAKGRUND

Psykisk ohälsa hos äldre personer är ett mångtydigt begrepp. Det har bland annat visat sig att det finns en rad svårigheter att identifiera psykiska hälsobesvär hos äldre personer, dels på grund av att psykiska hälsobesvär ofta yttrar sig som fysiska besvär, dels därför att flera icke specifika symtom på depression blir vanligare högre upp i åldrarna. Det är till exempel inte ovanligt att depression yttrar sig i form av viktnedgång och sömnbesvär eller kognitiva nedsättningar som ökade koncentrationssvårigheter¹.

I utredningen ”Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21)², beskrivs att psykisk ohälsa är förhållandevis vanligt förekommande bland äldre personer. Förekomsten av oro, ångslan, ångest och sömnproblem är högre hos äldre personer än för personer i medelåldern. Vid 75 års ålder beräknas mellan 15 och 25 procent ha psykisk ohälsa, men alla dessa har inte en psykiatrisk diagnos³. Depression hos äldre personer ses hos 5 till 10 procent, varav mellan 1 och 5 procent är diagnostiserad depression. Detta gör depression till den vanligaste psykiska sjukdomen hos äldre personer⁴. Orsaker till depression är både biologiska och psykosociala. De biologiska är kopplade till åldrandet och förändringar i hjärnan. De psykosociala orsakerna kan till exempel vara förlust av nära anhörig eller vänner eller att själv drabbas av sjukdom och nedsatta krafter⁵.

I Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer skrivs vidare att äldrepsykiatriska tillstånd ofta är komplicerade och inflätade i varandra. Äldrepsykiatri bygger på förståelse av komplexa sjukdomar och sammanhang och en helhetsförståelse av människan behövs (det går inte att behandla sjukdomen utan att titta på den sociala kontext personen finns i). Äldre personer med psykiska symtom faller ofta ”mellan stolarna”, det vill säga de blir varken en angelägenhet för hälso- och sjukvården eller den sociala omsorgen. Det behövs goda kontakter mellan hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och anhöriga⁶.

Kommuner och landsting arbetar med att på olika sätt möta behoven hos äldre personer med psykisk ohälsa.

- Landstinget ansvarar för insatser inom såväl somatisk som psykiatrisk vård: Medicinsk utredning, hälso- och sjukvård, behandling och rehabilitering i så väl öppen- som slutenvård. Ansvaret gäller också behandling och beroendevård i öppen- och slutenvård för personer med beroendeproblematik och med psykisk sjukdom.
- Kommunerna har skyldighet att erbjuda en god vård och omsorg för sina medborgare, vilket specifikt för målgruppen kan innebära insatser som kontaktperson, hemtjänst, boendestöd, sysselsättning, personligt ombud, dagverksamhet och vård- och omsorgsboende. Insatserna är biståndsbedömda d.v.s. ges först efter att de beviljats av kommunens socialnämnd. Kommunerna kan också ordna mötesplatser och tillfällen för aktiviteter. Dessa är normalt inte biståndsbedömda.

¹ Skoog I, Waern M, Sigström R, Bucht G. Ångest och depression hos äldre. Forte nr 8 2017.

² Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. SOU 2017:21

³ Socialstyrelsen 2016. Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

⁴ Karlsson I, Skoog I. Psykiska sjukdomar hos äldre vanligare än demens. Läkartidningen 2013:110.

⁵ Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. SOU 2017:21

⁶ Sparring Björkstén K, Karlsson I. Inledning. I Sparring-Björkstén (red.) Äldrepsykiatri – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm. Gothia fortbildning, 2013.

När det gäller landstingets insatser behöver äldre personer med psykisk ohälsa både somatiska och psykiatriska vårdinsatser då behoven ofta är mer komplexa än hos yngre personer. Trots att depression är vanligare än demenssjukdomar, är äldre personer underrepresenterade inom specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård⁷. Behandling av psykisk sjukdom sker dessutom inte bara inom psykiatrin utan även inom till exempel internmedicin, kirurgi och geriatrik⁸. De som behandlas inom den specialiserade psykiatriska vården är ofta kända av vårdsystemet sedan lång tid. De "tar med" sin psykiska ohälsa in i ålderdomen. Generellt sett behandlas psykisk ohälsa med läkemedel och/eller psykologisk behandling. Men även om båda behandlingsformerna fungerar bra är det konstaterat att äldre personer sällan erbjuds psykologisk behandling. De behandlas oftare med läkemedel (ofta psykofarmaka) jämfört med yngre personer⁹.

De kommunala insatserna kan beviljas antingen enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Lagarna skiljer sig åt på flera punkter: Socialtjänstlagen är en så kallad ramlag. Det innebär att den inte reglerar rättigheter för den enskilde utan beskriver vilka skyldigheter kommunerna har. Lagen reglerar all social verksamhet i kommunerna. Det kan gälla stöd till barn och unga, äldre personer med beroendeproblematik och människor med funktionsnedsättning. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv. Det är inom ramen för stödet som t.ex. hemtjänst, dagverksamhet och vård- och omsorgsboende kan beviljas. Insatserna är dock inte specificerade, utan det enda som sägs är att den enskilde genom insatsen ska tillförsäkras en skälig levnadsnivå.

LSS är helt annorlunda uppbyggd. I 1 § regleras vilka grupper (personkretsar), som omfattas av lagen. Det finns tre olika personkretsar. Personkrets ett är personer med utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd. Den andra är personer med betydande och bestående begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder. Den tredje personkretsen är personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service. Personer med psykisk ohälsa kan ingå i den här personkretsen.

En annan skillnad mellan lagarna är att det enligt LSS finns tio uppräknade insatser man kan få beviljade. De viktigaste av dessa tio är: Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans, ledsagarservice, biträde av kontaktperson, avlösarservice i hemmet, bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. Samma insatser kan ofta också fås enligt socialtjänstlagen. Det finns dock två viktiga skillnader. För det första ska den enskilde enligt LSS uppnå goda levnadsvillkor, vilket anses vara lite bättre än skälig levnadsnivå, som det sägs i socialtjänstlagen. För det andra är insatser enligt LSS avgiftsfria, medan kommunerna kan ta ut avgift för insatser enligt socialtjänstlagen.

Ansökan om insatser enligt LSS kan göras fram till och med 65-årsdagen, vilket gör att äldre personer exkluderas. I många kommuner får dock personer som fyller 65 år behålla biståndsbedömda insatser enligt LSS, men det är inte något som kommunerna idag är skyldiga att göra.

⁷ Karlsson I, Skoog i. Psykiska sjukdomar hos äldre vanligare än demens. Läkartidningen 2013;110.

⁸ Socialstyrelsen. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012a.

⁹ Socialstyrelsen. Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

Företrädare för patient-, brukar- och anhörigorganisationer

Idag finns det flera organisationer som har som syfte att främja psykisk hälsa men det saknas organisationer som har äldre personers psykiska ohälsa som huvudfråga. De befintliga organisationerna försöker i olika grad stödja personer med psykisk ohälsa i alla åldrar och deras anhöriga.

Nationell samverkan för psykisk hälsa, (NSPH), är ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. I nätverket finns olika grupper och förbund. En del för sina respektive diagnosgruppers talan, andra har ett övergripande engagemang för personer med psykisk ohälsa i alla åldrar och deras anhöriga. Riksförbundet Attention är den största organisationen inom NSPH. De företräder neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och har cirka 17 000 medlemmar. Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) tillsammans med Schizofreniförbundet har flest äldre medlemmar. Totalt har NSPH 13 medlemsorganisationer enligt följande:

- FMN – Riksförbundet Föräldraföreningen mot narkotika
- Frisk & Fri – Riksföreningen mot ätstörningar
- Riksförbundet Attention
- Riksförbundet Balans
- RFHL – Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa, Likabehandling
- RSMH – Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
- Schizofreniförbundet – Intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser
- SHEDO – Self Harm and Eating Disorders Organisation
- SPES – Riksförbundet för suicid prevention och efterlevandes stöd
- Svenska OCD-förbundet (Obsessive Compulsive Disorder = tvångssyndrom)
- Suicid Zero
- Sveriges Fontänhus
- ÅSS – Svenska ångestsyndromsällskapet

Utöver dessa finns också MIND, som är en riksförening med uppgift att främja psykisk hälsa. Även Hjärnkoll kan nämnas. Det är en organisation inom NSPH, som bland annat har så kallade seniorambassadörer som föreläser kring psykisk ohälsa hos äldre personer utifrån egna erfarenheter.

Frågeställningar

Följande två frågeställningar togs fram för att beskriva erfarenheterna av dagens stöd från kommuner och landsting:

- Vad anser företrädare för patient-, brukar- och anhörigorganisationer om stödet till personer över 65 år med psykisk ohälsa?
- Vad anser företrädare och experter kan utvecklas, vilka insatser och stöd saknas?

METOD

Syftet med det fjärde delprojektet var att beskriva vilka erfarenheter representanter för patient-, brukar- och anhörigorganisationer har av det stöd som ges från kommuner och landsting till personer över 65 år med psykisk ohälsa. Delprojektet genomfördes under perioden april till och med juni 2018.

För att besvara frågeställningarna gjordes intervjuer med representanter för tre av de större patient- och brukarorganisationerna samt med tre frivilligorganisationer. Urvalet grundades på behovet av att täcka in erfarenheter från både äldre personer som haft sin psykiska ohälsa sedan tidigare i livet, och de som drabbats senare i livet. Frivilligorganisationerna kontaktades eftersom de ofta arbetar med förebyggande insatser och på så sätt kommer i kontakt med äldre personer med psykisk ohälsa. Totalt sju personer vid följande brukar- och frivilligorganisationer intervjuades:

- NSPH, Hjärnkoll
- Riksförbundet Balans
- MIND, Äldretelefonen
- RSMH, Stockholm (två personer)
- Stadsmissionen
- Sveriges Fontänhus

För att ringa in det aktuella kunskapsläget inom ämnesområdet genomfördes ytterligare intervjuer med fyra nyckelpersoner med kunskaper inom ämnesområdet.

- Susanne Rolfner Suvanto, ansvarig utredare SOU 2017:21, verksamhetsansvarig Omvårdnadsinstitutet i Sverige AB.
- Niklas Bjurström, pensionär, tidigare utredare vid Äldreenheten, Socialstyrelsen.
- Hannele Moisio och Charlotte Klinga, forskare, Karolinska Institutet, Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME).

Intervjuerna var semistrukturerade, d.v.s. fria men följde en intervjuguide. Intervjuguiden togs fram med följande frågor, vilka kunde varieras beroende på respondent:

- Intervjupersonens bakgrund: Koppling till äldre personers hälsa (ohälsa)
- Vilka är, som du ser det, målgruppen?
- Vilka stödinsatser ges idag till personer 65 år och äldre?
- Är stödet tillräckligt?
- Goda exempel på insatser till personer 65 år och äldre? (från kommun, landsting)
- Hur når ni målgruppen? Finns mörkertal, når ni alla?
- Vad tänker du om de olika gruppernas syn på de stödinsatser som landstinget och kommunerna erbjuder:
 - De äldre personerna själva?
 - Brukarorganisationerna?
 - Anhörigorganisationerna?
- Vad kan förbättras och utvecklas i kommun och landsting, för brukare, för anhöriga?
- Vilken typ av insatser saknas idag i landsting och kommun?

Vid intervjuerna användes en inspelare. Anteckningar från intervjuerna grupperades och analyserades utifrån frågeställningarna. Belysande citat plockades ut för att markera de uppfattningar som kom fram.

RESULTAT

Målgruppen

Psykisk ohälsa hos äldre är ett mångtydigt begrepp. För att uppmärksamma de äldres förutsättningar och behov behövs en definition av målgruppen. Vid intervjun med Susanne Rolfner Suvanto, ansvarig utredare för SOU 2017:21, föreslog hon att målgruppen delades in i fyra undergrupper:

1. *"De som drabbas i samband med åldrandet. Här är det depressions- och ångestsjukdomar framför allt. Det är tre till fyra gånger vanligare i gruppen 65+ än före 65. Det är tre faktorer som ligger bakom. Dels biologiska orsaker, vitsubstansförändringar i hjärnan. Dels sociala orsaker, när du tappar din roll och "bara" blir den äldre. Och slutligen psykologiska orsaker och ofta förluster; funktionsförluster, förlust av närstående och vänner, förlust av status. De här tre komponenterna ger ökningen av depression och ångest. Kanske är det 12–15 procent upp till 20 procent vi pratar om. Och ännu fler på äldreboenden."*
2. *"Den andra gruppen handlar om de som levt länge med psykisk sjukdom och ohälsa och som åldras. Riksförbundet Attention som fokuserar mycket på ADHD, där de över 65 till största delen är odiagnostiserade, vet att det går att skatta till ungefär 5 procent, vilket naturligtvis borde gälla även 65+. De siffrorna är tydligare eftersom vi känt till dem länge och de bär med sig sjukdomen in i åldrandet."*
3. *"Den tredje gruppen är de med demenssjukdom + annan psykisk ohälsa, som depressioner och psykoser."*
4. *"Den fjärde gruppen är de med trauma från tidigare händelser, t.ex. krigsupplevelser, och som går in i ålderdomen. Här kan posttraumatiska symtom förväxlas med demens. I den här gruppen finns en överrepresentation av depressioner, ångest, fysisk ohälsa m.m."*

Med utgångspunkt i ovanstående definitioner kommer fokus i resultatdelen att läggas på de två första undergrupperna. En del av de intervjuade företrädare den grupp som drabbas senare i livet (Grupp 1), medan andra företrädare gruppen som haft sin psykiatriska diagnos sedan tidigare i livet (Grupp 2). I resultaten nämns grupptillhörigheten när det är relevant, för att förstå de intervjuades utgångspunkt för sina svar.

Vad anser företrädare för patient-, brukar- och anhörigorganisationer om stödet från landsting och kommun till personer över 65 år med psykisk ohälsa?

Enligt uppdraget skulle fokus ligga på erfarenheter av stödinsatser från kommuner och landsting. I intervjuerna var det framförallt vårdcentralernas insatser som togs upp när landstingets stöd skulle kommenteras. Mer sällan nämndes specifika insatser vid psykiatriska kliniker eller

akutmottagningar. De kommunala insatserna kopplades ofta ihop med insatser från externa organisationer (frivillig-, ideella och religiösa organisationer). Att en del intervjuade såg de insatserna som en självklar del av stödet från kommunen kan till en del förklaras av att kommunen ofta är bidragsgivare. Följande citat kan belysa hur svårt det ibland var att särskilja de olika insatserna och vem som är ansvarig för vad:

”Om stödet är tillräckligt? ... Ja, studieförbunden, eldsjälar, enskilda verksamheter, typ St Lukas, Stadsmissionen, äldrecenter, vårdcentraler ... men Stockholm är komplext, i den meningen att all primärvård är i periferin.”

Landstingets stöd

Vårdcentralen är oftast den instans i landstingets regi som äldre personer med psykisk ohälsa kommer i kontakt med. En bild som framfördes i intervjuerna var vårdcentralen som ett ställe där man får medicin, medan andra åtgärder eller insatser saknas. De intervjuade såg att vårdcentralen skulle kunna göra mycket mer. En av dem säger att hon många gånger hör brukare säga att de saknar en person på vårdcentralen som de kan prata med och känna förtroende för. Dessutom påpekas att kontinuiteten saknas, brukaren möter olika personer vid sina besök på vårdcentralen.

”Vad jag hör så är de (äldre som söker hjälp) inte särskilt nöjda. Man hoppas att det ska finnas någon klok person att rådgöra med angående sig själv eller en anhörigs hälsa. Någon man känner förtroende för. Men ofta får man träffa olika personer från gång till gång. Ingen verkar bry sig.”

En annan av de intervjuade uttrycker också behovet av ytterligare insatser från landstinget:

”Utbudet är litet. Det är den bistra verkligheten. Om vi får frågan vart jag ska vända mig så säger vi kanske vårdcentralen därför att det inte finns något annat. Då kommer frågan: har de någon kurator, psykolog? Det vet jag faktiskt inte om de har?”

Flera av de intervjuade återkom till att vårdcentralen framförallt skriver ut läkemedel (psykofarmaka) men att man efterlyser något mer.

”De äldre själva säger att vårdcentralen ger dem medicin – ”det är det enda jag erbjuds”.

”Varje vårdcentral kanske skulle kunna erbjuda dem samtal om sitt åldrande, där de får prata om sådant som oroar och gör en rädd. Där personalen fångar upp dessa riskgrupper. Äldre uttrycker ett behov av att bli sedda, att få prata, men att det de får istället är tabletter.”

Kommunernas stöd

Det var framförallt de intervjuade som företrädde Grupp 2 (personer med psykiatrisk diagnos sedan tidigare i livet) som kommenterade kommunens insatser specifikt. Boendestöd och personliga ombud sågs som de kanske viktigaste åtgärderna för gruppen. En av de intervjuade, en brukare i 70-årsåldern, var väldigt nöjd med både det boendestöd han hade och hemtjänstens insatser. Han bodde i en kommun där LSS-insatser beviljades även efter 65-årsdagen.

”På det stora hela upplever jag att brukarna är positivt inställda till det stöd som ges. Jag får en del positiva kommentarer från brukare.”

”Boendestödet är det viktigaste, för att brukaren ska kunna leva ett så pass bra liv som möjligt i hemmet. Det är av hemtjänstliknande karaktär, ofta en och samma person som kommer.”

Samtidigt fanns hos företrädarna för Grupp 2 en oro över att det kommunala stödet inte alltid fortsätter efter 65-årsdagen.

”Personligt ombud är bra, men det är osäkert om gruppen 65+ får tillgång till detta. Kommuner arbetar olika. Vissa kommuner anser att de som passerat 65 ska bli omhändertagna av äldreombud. Men de personliga ombuden är i regel praktiskt inriktade, om det kommer en brukare äldre än 65 så tas de ofta hand om. De personliga ombuden arbetar med dem som lider av de mest allvarliga psykiska sjukdomarna oavsett ålder. Ombuden är i regel anställda av kommunen, men även en del föreningar anställer personliga ombud.”

”Boendestödet försvinner för många grupper när de fyllt 65. Många gånger tillhör de en grupp som ”tiger och lider”. Ingen för deras talan ... ju äldre de blir, desto knepigare blir det för den här gruppen. Dagligt stöd för den här gruppen upphör också vid 65 års ålder.”

En av de intervjuade från Stadsmissionen, som i första hand kom i kontakt med äldre personer i Grupp 1 som drabbats senare i livet, menade att dagens kommunala utbud är begränsat för äldre personer med psykisk ohälsa. Framförallt när det gäller insatser för att bryta ensamhet och isolering. Här spelar istället de externa organisationerna en viktig roll. Det finns flera aktörer men det finns också en stor problematik kring hur man når vissa äldre personer, de som inte vill vara i grupp eller som har dåliga erfarenheter av tidigare relationer.

”Jag har gjort en bruttolista men verksamheter i Stockholm dit man kan vända sig om man vill träffa andra människor, t.ex.; Hemgårdar, Viljan, Stadsmissionens äldrecentrum och sedan finns Livsberättargrupperna som Stadsmissionen har. Men haken är; hur får man tag på deltagare? Stadsmissionen löser det genom att de har olika verksamheter där de kan samla upp människor.”

”Men många vill inte vara i grupp, framförallt inte om det skitit sig i andra relationer. Då är man kanske rädd för gruppverksamheter. Både PRO och SPF har jättemycket verksamheter men då ska man vara lagd åt det hållet att man gillar seminarier, promenader, utflykter med mera. Plus att man ska vara stadd i kassa. Vanligtvis kostar det en liten slant.”

Ekonomi är en begränsande faktor.

”Många som kommer till oss är fattiga och ensamma. Kombinationen av ensamhet och fattigdom är bland det värsta en människa kan behöva uppleva. Ensamhet i sig genererar nedstämdhet och depression.”

När det gäller äldre personer i Grupp 1 menade en av de intervjuade att det inte är nödvändigt så att samhället (landsting och/eller kommun) ska stå för stödet. De ska däremot möjliggöra stöd genom att ge ekonomiska bidrag till externa organisationer. Risken med direkta insatser från landsting och kommun är att hälso- och sjukvård och den sociala omsorgen blir den dominerande åtgärden, när gruppen i första hand behöver förebyggande insatser för att undvika ensamhet, isolering och i förlängningen oro och depression.

”Det är inte nödvändigt så att samhället ska stå för stödet. Det blir en förskjutning mot vård och omsorg och då tappar vi väldigt mycket. Den här gruppen (ensamma, oroliga) behöver förebyggande insatser typ äldretelefonen, öppna träffpunkter, öppna verksamheter. Kommunen kan skapa förutsättningar (ge bidrag) men behöver nödvändigtvis inte stå för aktiviteten. På vårdcentralen kan det kännas konstigt att sitta och diskutera existentiella frågor – men man kan fånga upp människor och antingen lotsa vidare eller erbjuda grupper som mansgruppen i Hagsätra. Det handlar om hälsofrämjande åtgärder som kan likställas med Friskis och Svettis.”

Samtidigt har de externa organisationerna ibland svårt att möta upp behov hos personer med svårare problematik. Äldre personer med allvarlig psykisk ohälsa, demens eller beroendeproblematik, kan inte vara med i de samtalsgrupper eller liknande aktiviteter som erbjuds.

”Jag tänker i första hand att vårt arbete är preventivt, att vi riktar oss till dem som har mildare form av depression. Om man lider av en för allvarlig psykisk åkomma blir man inte inkluderad till grupperna, t.ex. vid svår demens, allvarligare missbruksproblematik eller psykotiska tillstånd.”

Vad kan utvecklas, vilka insatser och stöd saknas från landsting och kommun?

Företrädarna för de externa organisationerna och experterna hade ett antal idéer om hur huvudmännen skulle kunna utveckla sina verksamheter. Några av de intervjuade såg att vårdcentralens uppdrag behöver utvecklas för att nå fler äldre personer med psykisk ohälsa. För kommunen önskades att LSS-insatserna kunde fortsätta att ges efter 65-årsdagen. En intervjuad ansåg att kommunens enheter för familj och individ respektive äldreomsorg behöver utveckla sitt samarbete för att möta upp brukarnas behov. Det skulle bland annat kunna uppmärksamma och hjälpa äldre personer med beroendeproblematik.

Utöka vårdcentralernas ansvar

Vårdcentralerna föreslogs få ett ökat ansvar för att uppmärksamma gruppen men också för att tillhandahålla stöd i form av kurator, psykolog, samtalsgrupper och rehabiliteringsinsatser.

”Det behövs bättre rutiner för hur man ska nå de äldre personerna. Det finns en tröskel, framför allt för män, för att kontakta vården och omsorgen. Det är skamfyllt att vara ensam, i betydelsen isolerad, och det är inget som man vill identifiera sig med.

”... Man skulle kunna tänka sig att hitta människor via t.ex. vårdcentralerna”

Möjliggör LSS-insatser efter 65

Oron för vad som händer med beviljade insatser efter 65 år är stor. En intervjuad som representerar Grupp 2 önskar att aktiviteter och insatser ska få fortsätta efter 65 års ålder, för att dagarna för de äldre personerna ska bli meningsfulla.

”För äldre brukare behöver sysselsättningsgraden förbättras, många får totalt sex timmar fördelat på tre dagar, man kan ju föreställa sig hur det skulle vara för en själv att ha så lite att göra. Vore bra om man kunde göra åtgärder för att bryta ensamheten för brukare, skulle krävas samarbete mellan flera olika organisationer för att åtgärda detta.”

”En annan problemgrupp är missbrukare, där skulle jag vilja att individ och familj skulle samarbeta med äldreomsorgen på detta område. Det finns en potential för en ökad integration mellan dessa.”

Utöver de tänkbara förändringarna hos huvudmännen fanns idéer om att förbättra det ekonomiska stödet till de externa organisationerna, att öka kunskapen hos målgruppen själv om åldrandet, att uppmärksamma den fysiska ohälsan, förbättra informationen om gruppen äldre personer med psykisk ohälsa samt förbättra arbetet kring suicidprevention.

Utöka det ekonomiska stödet

De externa organisationerna är ofta beroende av ekonomiskt stöd från kommunerna, men frågan är till vilket pris. En av de intervjuade säger att de inte har möjlighet att arbeta året runt. Personalen måste få semester, vilket gör att de stänger på sommaren när de kanske behövs som mest. Kommunen skulle behöva ta ett utökat ekonomiskt ansvar för verksamheten. Samtidigt anser man att kommunen inte ska styra verksamheten. Men man ser också problematiken i att behöva mer pengar och samtidigt behålla sin självständighet.

”Ideella organisationer drivs av personer som själva vill vara lediga ibland, vilket gör att verksamheter stänger ner t.ex. på sommaren, när de behövs som bäst. Egentligen är väl det som MIND och andra organisationer gör, något som kommun och landsting ska stå för, men det kommer vi aldrig ha råd med. Det förstår jag. Det som görs idag bygger dock på att kommun och landsting ger bidrag till verksamheterna. Men man är inte med och styr verksamheterna.”

Förbättra kunskapen om åldrandet

Kunskapen om det fysiska och psykiska åldrandet behöver öka, både hos personal inom t.ex. hemtjänst och hos dem som arbetar med boendestöd. Men kunskaperna behövs också hos målgruppen själv. En del äldre personer med psykisk ohälsa har tidigare erfarenheter av institutionsvård, där de inte fick lära sig att ta hand om sig själva. De saknar både relevant kunskap om sin hälsa och förtroende för läkemedel och sjukvården, vilket kan få förödande konsekvenser.

”Man behöver öka kunskapsnivån bland dem som möter äldre, förbättra bemötandet när man möter äldre som uppenbart inte mår bra, kunna ta sig tid för dem då.”

”Äldre brukare som behövde uppleva långvård på t.ex. Beckomberga, med långbad, duschningar, har bristande kunskap kring sina sjukdomar och tilltro till medicinska åtgärder. De väljer kanske att inte ta mediciner, vilket kan leda till livsfarliga konsekvenser. Denna patientgrupp skulle behöva gå fler utbildningar om medicinintag, hur de sköter sin kropp, KBT, mindfulness o.s.v. samt öka sin tilltro och kunskap till dessa insatser. Deltagande i sådana grupper kan göra att de får en nyttig rutin i vardagen att förhålla sig till och ökar deras sociala gemenskap.”

Det handlar alltså både om medicinsk kunskap som behandling och medicinering men lika mycket om kunskaper om vad åldrandet kan innebära i fråga om sociala förändringar, förluster och separationer. En intervjuad föreslår att fokus framförallt läggs på gruppen 75 år och äldre. Det är ofta då som både personliga och ekonomiska förluster, som kan påverka hälsan negativt, blir vanligare.

”Det är en livsfas att beakta. Det är en skillnad på 30 år mellan en 65-åring och en 95-åring. För många är det en sorg att åldras, hantering av förluster, separationer osv. Det behövs stöd för att åldras, att försonas med sitt åldrande. Detta visar sig inte minst i den höga andelen självmord bland äldre män. Många vänder sig till kyrkan. Det behövs mer samtalsstöd.”

”Ofta händer något kring 75–80. Framförallt när män förlorar sin partner. Det är klokare att inte sprida resurser till att alla som är över 65, då många är ganska friska, utan mer riktat mot ännu äldre som får funktionsnedsättningar, blivit ensamstående. Många (som valt att begränsa tidsperioden för tjänstepensionens utbetalande) förlorar sin tjänstepension när de fyllt 75. Det kommer bli ett ökat antal personer som lever på garantipension, och som får det finansiellt svårt inom de närmsta åren. En del människor kommer vara nedstämda.”

Uppmärksamma den fysiska hälsan

Den fysiska hälsan behöver uppmärksammas, framförallt hos personer i Grupp 2 som levt länge med sin psykiatriska sjukdom. En av de intervjuade påpekade att vården ofta fokuserar så starkt på den psykiska hälsan att den fysiska hälsan glöms bort. Medellivslängden i den här gruppen är kortare¹⁰. Både vården och omsorgen behöver förbättra sina kunskaper och sin kompetens om att åldras fysiskt med psykisk ohälsa. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter har en viktig roll här.

Vårdcentralen ska vara den instans där de medicinska behoven tas om hand, men några av de intervjuade pekar på brister, både i tillgänglighet och i utbudet av åtgärder. Företrädarna från Grupp 2 efterlyser samtalsgrupper, kognitiv beteendeterapi men också rehabiliteringsenheter för gruppen.

”Frågan om den fysiska hälsan handlar om att personerna i första hand kollas upp kring sin psykiatriska diagnos vid besök i primärvården och den

¹⁰ Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS one. 2013;8:e55176.

fysiska hälsan kommer i andra hand. Livslängden i den här gruppen ligger 15–20 år lägre för män och 10–15 år för kvinnor. Det förklaras av att de får mindre blodtryckssänkande läkemedel, blodsocker, att bukfetma osv kollas i lägre grad. Det här är i sin tur relaterat till den antipsykotiska behandlingen.”

”Fysioterapeuter har en stor roll att spela. Ifall man får brukare mer fysiskt aktiva så kan det påverka läkemedelsintag i positiv bemärkelse. Det behövs större insatser för att förskriva FAR-recept¹¹, kostråd mm.”

”Det saknas samtalsgrupper, läkare som förskriver mediciner, tillgång till KBT. Det behövs konkreta åtgärder, Varför finns inte rehabiliteringshem för dem med psykisk sjukdom?”

Öka stödet till äldre personer med psykisk ohälsa

En av de intervjuade, som är ledare för en brukarorganisation, oroades av bristen på intresse för målgruppen. Enligt honom prioriterar kommuner och landsting andra grupper. Insatser och åtgärder försämras när de istället borde förbättras och utvecklas. Han sa också att många gånger får anhöriga dra ett tungt lass.

”När vi söker bidrag så prioriterar bidragsgivare kvinnor, invandrare och unga, men äldre står ej uttryckligen specificerat. Man har behövt lägga ned en mansgrupp för äldre på en av Stockholms mottagningar, vilket har drabbat brukare hårt. Det påverkar deras livskvalité och gör dem till kostsamma vårdfall om de inte får rätt vård. Enligt en äldre brukare och styrelseledamot hos oss, så har resurser till äldremottagningar dragits ned. Många anhöriga får slita oerhört hårt. I vissa fall får äldre anhöriga föräldrar ta hand om psykiskt sjuka anhöriga, i vissa fall är de också drabbade av psykisk sjukdom. Anhörigstödet är ganska bra men inte fullkomligt.

Uppmärksamma suicidrisken

Äldre personer med depression är också en riskgrupp för självmord och ett systematiskt preventionsarbete behövs. Susanne Rolfner Suvanto betonar att personal och andra involverade måste förstå att det ofta handlar om depression. Idag finns utbildningsinsatser i form av webb-utbildning (från Nestor-FoU), kurser och föreläsningar. Men stödet skulle också kunna utvecklas genom att kommuner anställer speciella psykiatrisjuksköterskor.

”Det som saknas idag för den här gruppen är bl.a. suicidprevention - vilket är en skandal! Ibland förklaras det med att det skulle handla om en ”egenaktiv dödshjälp” vid svår sjukdom men det är det INTE. Det är depressioner. Södermalms stadsdel arbetar just nu med hälsofrämjande förebyggande insatser för äldre med psykisk ohälsa. Där ingår även suicidprevention som en folkhälsostrateg ansvarar för, vilket är helt riktigt. Nestor har sin webb-utbildning: Våga fråga, våga se. Sedan är det bra med en specialistfunktion, kanske en psykiatrisjuksköterska. Med de här funktionerna kan du fånga helheten i kommunen.”

¹¹ Fysisk Aktivitet på Recept = FAR. Recept som kan skrivas ut av arbetsterapeut, dietist och sjukgymnast. FAR ordinerar i behandlande eller förebyggande syfte.

KONKLUSION

Det huvudsakliga syftet med studien var att beskriva vilka erfarenheter representanter för patient-, brukar- och anhörigorganisationer har av det stöd som ges från kommuner och landsting till personer 65 år och äldre med psykisk ohälsa. Utifrån studiens resultat kan följande konstateras:

- De kommunala insatserna är till stor del biståndsbedömda. Det handlar om hemtjänst, kontaktperson, boendestöd, sysselsättning, personligt ombud, dagverksamhet och särskilt boende. Kommunerna kan utöver de biståndsbedömda insatserna också ordna mötesplatser och tillfällen för aktiviteter. Det är framför allt personer som haft sin psykiatriska diagnos sedan tidigare i livet som berörs av de kommunala insatserna och då oftast genom insatser enligt LSS. I stort är de intervjuade nöjda med insatserna, men en stor oro finns kring vad som händer med insatserna efter 65-årsdagen, om brukaren får behålla sina insatser. Här behövs tydligare riktlinjer för kommunens socialtjänst. Stödet till anhöriga varierar. Brukarorganisationerna har fokus på den äldre personen. Kommunen har ett krav att tillhandahålla anhörigstöd (anhörigkonsulenter), men det fanns en oro hos de intervjuade om att anhöriga får ta ett (för) stort ansvar.
- När det gäller Grupp 1, som drabbats senare i livet av psykisk ohälsa, ges en del insatser av kommunen (träffpunkter), men en stor del av insatserna finns att tillgå via externa organisationer. Kommunerna stöttar många av de externa organisationerna ekonomiskt. Trots det efterlyses mer stöd för att kunna utöka hjälpen och för att kunna nå fler äldre personer med psykisk ohälsa. Många äldre personer upplever ensamhet och är isolerade, vilket gör dem svåra att nå. De intervjuade var väl medvetna om problematiken men hade inga enkla lösningar.
- Landstingets insatser ges inom primärvården och vid psykiatriska kliniker. Insatserna omnämns många gånger som att ”de ger bara mediciner, inget annat”. De önskemål om förändringar som kom fram i intervjuerna handlade om att primärvården skulle behöva ta ett större ansvar för att både hitta och stötta äldre personer med psykisk ohälsa. De insatser som efterlyses är många gånger kopplade till behovet av samtal, individuellt eller i grupp. Sådana insatser kan vara i form av samtal med kurator, psykolog eller i grupp.

Utöver erfarenheterna av landstingets och kommunens stöd kom ett antal bifynd fram som är viktiga att redovisa för att ytterligare belysa den kontext äldre personer med psykisk ohälsa befinner sig i och det behov av stöd som finns:

- Idag saknas organisationer som är helt inriktade på att föra talan åt äldre personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga.
- Gruppen äldre personer med psykisk ohälsa behöver definieras bättre. Två undergrupper kan ses. Den ena gruppen (Grupp 1) är de individer som drabbas i samband med de sociala, fysiska och psykologiska förändringar som kommer i och med åldrandet. Den andra gruppen (Grupp 2) består av individer som levt länge med sin psykiska sjukdom och som nu blivit äldre.
- Ett alltför stort fokus på den psykiska ohälsan gör att den fysiska hälsan glöms bort inom den psykiatriska vården. Det är en bidragande orsak till att personer som levt med psykisk sjukdom i större delen av sitt liv (Grupp 2) har kortare livslängd, vilket behöver uppmärksammas.

- De intervjuade konstaterar att äldre personers psykiska ohälsa behöver uppmärksammas mer än vad som görs idag. Det handlar om att öka den medicinska kunskapen (se punkten ovan) och kunskapen om vad åldrandet kan innebära i fråga om sociala förändringar, förluster och separationer, hos både professionen och hos brukarna själva.
- Äldre personer med depression är en grupp med kraftigt ökad risk för självmord. Ett systematiskt preventionsarbete behövs.

DISKUSSION

Det finns i dagsläget inte några organisationer som specifikt för de äldre personernas talan i frågor om psykisk ohälsa. Det finns dock en medvetenhet om att gruppen äldre personer med psykisk ohälsa finns och representanter för organisationer för specifika diagnosgrupper samt organisationer med inriktning psykisk hälsa (och ohälsa) försöker att på olika sätt tillvarata gruppens intressen. Till största delen handlar det om organisationer för personer som har haft sin psykiska sjukdom sedan lång tid och som nu blivit äldre.

Den stora gruppen äldre personer med psykisk ohälsa är äldre personer som på olika sätt drabbas av psykisk ohälsa senare i livet. I SOU 2017:21¹² konstateras att psykisk ohälsa hos äldre personer är förhållandevis vanligt förekommande. Många lider av psykisk ohälsa men alla har inte en psykiatrisk diagnos. Depression är vanligast bland dem som fått psykiska hälsoproblem senare i livet men mer "vaga" symptom som oro och nedstämdhet är också vanligt förekommande. Det är den här gruppen som många av de intervjuade syftar på när de pratar om ensamhet, isolering och hur ett förebyggande arbete ska se ut.

Landstingets och kommunernas verksamheter är inte primärt inriktade på att förebygga psykisk ohälsa bland äldre personer. Vissa kommuner erbjuder dock social samvaro och sysselsättning samt aktiviteter i olika former, som aktiviteter vid dagcentraler eller träffpunkter. Syftet med dessa aktiviteter är i första hand att bryta social isolering och ensamhet, men många äldre personer som upplever social isolering och en känsla av ensamhet erfar också i stor utsträckning psykisk ohälsa och fysiska hälsoproblem. De har också en ökad risk att dö i förtid¹³. Forskningen har även visat att äldre personer som upplever social isolering och ensamhet i större utsträckning utnyttjar hälso- och sjukvården än de som inte är socialt isolerade eller känner sig ensamma. Detta samband kan dock i vissa fall förklaras av att denna grupp i större utsträckning har hälsoproblem, men det kan också innebära att gruppen kan sakna någon som kan hjälpa och stödja dem¹⁴.

Det gäller alltså många gånger att bryta isoleringen och få den äldre personen att delta i olika aktiviteter tillsammans med andra. I SOU 2017:21 påtalas betydelsen av samverkan med ideella föreningar, organisationer och frivilligverksamheter (det som i studien kallas externa organisationer). I propositionen - Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre¹⁵ – sägs bl.a. följande:

Organisationer som engagerar frivilliga spelar en betydelsefull roll för att motverka isolering och erbjuda social samvaro bland äldre människor. De erbjuder även information och kunskaper. I vissa fall erbjuder de även praktiska insatser som hjälp med avlösning till anhängvårdare, m.m. Organisationerna skall inte ersätta den offentliga omsorgen men kan fungera som ett värdefullt komplement.

Vi ser i studien att de externa organisationerna har en både viktig och uppskattad roll. Organisationerna får ofta ekonomiskt stöd från kommunen. Samtidigt önskas ytterligare finansiering för

¹² Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. SOU 2017:21

¹³ Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS one. 2013;8:e55176.

¹⁴ Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, & Stephenson D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. Perspectives on Psychological Science, 10(2), 227-237. doi:10.1177/1745691614568352.

¹⁵ Proposition 2005/06:115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre. S. 94.

att kunna behålla eller utöka insatserna. I SOU 2017:21 övervägdes att genom lagstiftning förtydliga socialtjänstens (kommunens) ansvar att verka för att tillgängliggöra sociala aktiviteter, träffpunkter, väntjänst etc. En sådan bestämmelse skulle avse öppna verksamheter som kompletterar kommunens skyldighet enligt socialtjänstlagen att ge dem som behöver det insatser såsom hemtjänst och dagverksamhet och förstärka bestämmelsen i 5 kap. 4 § Sol, om att socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Det som talar för en sådan lagstiftning är det angelägna behovet. Det som talar emot är att en absolut majoritet av kommunerna redan arbetar med denna typ av verksamheter, i egen regi eller med hjälp av externa organisationer.

Om stödet från kommunerna kommer att utökas får framtiden utvisa. Resultaten från denna delrapport visar att behoven finns.

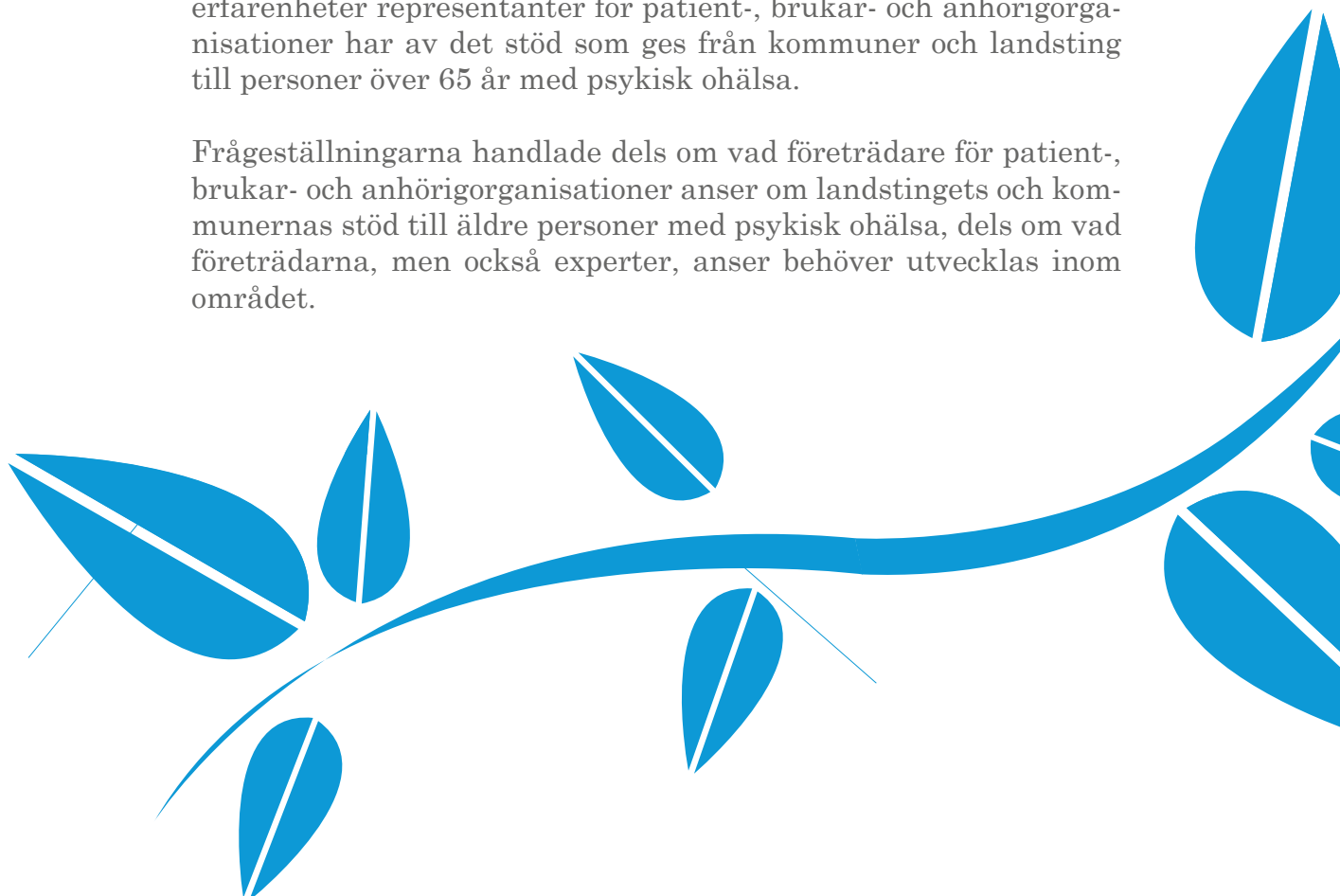
Hur ser patienter, brukare och anhöriga på landstingets och kommunernas stöd till äldre (65+) med psykisk ohälsa?

År 2018 gav Uppdrag Psykisk hälsa i Stockholms län fyra FoU-enheter med inriktning mot äldre i uppdrag att närmare undersöka gruppen äldre med psykisk ohälsa.

Detta projekt beskriver stödinsatser som ges till äldre med psykisk ohälsa och förebyggande åtgärder för dem som riskerar att drabbas, liksom samverkan mellan kommuner och landsting och förutsättningar för personal att upptäcka och initiera åtgärd vid psykisk ohälsa, samt hur insatserna upplevs av målgruppen.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrums rapport beskriver vilka erfarenheter representanter för patient-, brukar- och anhörigorganisationer har av det stöd som ges från kommuner och landsting till personer över 65 år med psykisk ohälsa.

Frageställningarna handlade dels om vad företrädare för patient-, brukar- och anhörigorganisationer anser om landstingets och kommunernas stöd till äldre personer med psykisk ohälsa, dels om vad företrädarna, men också experter, anser behöver utvecklas inom området.



Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings- och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg.