

Protokoll fört vid enskild föredragning

Social- och miljöavdelningen

Socialvårdsbyrån, S2

Beslutande

Minister

Wille Valve

Föredragande

Specialsakkunnig

Gunilla Lindqvist

Justerat

Omedelbart

Ärende/Dnr/Exp.

Beslut

Nr 58

Projekt Äldres psykiska ohälsa, slutrapport

ÅLR 2016/6135

69 S2

Projekt *Äldres psykiska ohälsa* slutrapport antecknas till kännedom i
enlighet med **bilaga 1 S219E08**.



Äldres psykiska ohälsa

-Projektrapport

April 2019

Innehåll

Förord.....	4
Introduktion	5
Bakgrund	6
Äldre befolkningen på Åland	6
Psykisk hälsa och ohälsa	8
Vanliga former av psykisk ohälsa bland den äldre befolkningen	8
Depression.....	8
Oro och ångest	9
Konfusion.....	10
Missbruk/Substansbruk.....	10
Suicid	11
Äldre personer med långvarig psykisk ohälsa	11
Vård av äldre med psykisk ohälsa	12
Uppdraget.....	13
Syfte.....	13
Metoder.....	14
Projektledning och styrgrupp	14
Intervjuer	15
Enkätstudie.....	15
Utbildningsinterventionen Första hjälpen vid psykisk hälsa för äldre - MHFA-Äldre	15
Utvärdering MHFA-Ä	16
Allmän förmedling av kunskap kring psykisk ohälsa bland äldre	16
Etiska ställningstaganden	17
Etiska ställningstaganden i samband med intervjuer.....	17
Etiska ställningstaganden i samband med enkätundersökningar	17
Resultat.....	18
Samarbete och organisering	18
Intervjumaterial om samarbete och organisering.....	22
Projektledarnas och styrgruppens reflektioner kring samarbete och organisering	24
Boendelösningar.....	25
Intervjumaterial om boendelösningar	26
Projektledarnas och styrgruppens reflektioner kring boendelösningar	27
Kompetensutveckling.....	28
Intervjumaterial om kompetensutveckling	29

Enkätstudie.....	30
Utvärdering MHFA-Ä	31
Projektledarnas och styrgruppens reflektioner kring kompetensutveckling	31
Hälsofrämjande och förebyggande arbete	32
Intervjumaterial om hälsofrämjande och förebyggande arbete.....	33
Projektledarnas och styrgruppens reflektioner kring det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet	33
Anhöriga	34
Patient	35
Sammanfattning och rekommendationer	37
Samarbete och organisation	37
Boendelösningar.....	39
Kompetensutveckling.....	40
Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder	41
Källförteckning.....	42

Bilaga 1 Styrgruppens sammansättning och mötestillfällen

Bilaga 2 Frågeguide till intervjuerna

Bilaga 3 Intervjuernas syfte och användningsområde

Förord

Våren 2014 gick startskottet. Då togs ett beslut inom Ålands landskapsregering att tillsätta en arbetsgrupp bestående av berörda nyckelpersoner från olika områden i syfte att se över och ge riktlinjer för de vård-/servicekedjor som äldre med tillfällig eller kronisk psykisk ohälsa berörs av.

Det låter inte mycket för världen, men det var här det började. Arbetsgruppens uppdrag var "att utarbeta riktlinjer för de områden inom vården och omsorgen som anses vara av särskild betydelse för äldre med psykisk ohälsa. Målet var att skapa möjligast optimala strukturer och innehåll i omsorgen och vården utgående ifrån ett helhetsperspektiv på klienten/patienten och utgående från att rätt vård och omsorg ges på rätt tid och på rätt plats." (Ålands landskapsregering, 2016, s.5).

Som ett resultat av den lägesrapport som gjordes 2015 tillsatte sedan landskapsregeringen det PAF-finansierade projektet "Äldres psykiska ohälsa" 17.11. 2016 som skulle se över vården kring äldres psykiska ohälsa. Två personer anställdes på 50% av heltid 01.02. 2017–30.04. 2019. Landskapsregeringen beslöt initialt att projektet bör knytas an till relevant forskning i syfte att säkerställa evidensbaserade resultat. LR beslöt därför att projektet skulle samarbeta med Högskolan på Åland.

Psykisk ohälsa används ofta som en övergripande term och inrymmer olika former av psykiska besvär och psykisk sjukdom. På grund av de utmaningar som åldrandet medför kan psykisk ohälsa utvecklas i åldrandet. Men naturligtvis finns det även äldre personer som burit med sig psykisk ohälsa från tidigare i livet. Forskning visar psykisk ohälsa som sträcker sig över stora delar av livet är tung att bära. Upplevelsen av psykisk ohälsa genomsyrar ofta livet. Personer med psykisk hälsa beskriver ofta sitt livslopp utifrån barndom, uppväxt, familj, och pensionering, och ofta med positiva förtecken. Personer med långvarig psykisk ohälsa relaterar nästan uteslutande istället till sjukdoms- och vårderfarenheter t.ex. när man började höra röster, när man insjuknade och när man fick en ny medicin. Det förefaller som om sjukdomen och ohälsan har ett så starkt inflytande över upplevelsen att andra livsinslag kommer i skymundan. Detta antas vara av vikt när man beaktar äldre med långvarig psykisk ohälsa, att deras referenser i livet kan se mycket annorlunda ut.

Ålands äldre blir allt fler och därmed också antalet äldre med psykisk ohälsa. Denna slutrapport om "projekt Äldres psykiska ohälsa" är därför mycket angelägen och kommer att vara en viktig byggsten i bygget av Ålands äldrepolitik under de kommande åren.

Wille Valve

Social- och hälsovårdsminister

Introduktion

Våren 2014 togs ett beslut inom Ålands landskapsregering att tillsätta en arbetsgrupp bestående av berörda nyckelpersoner från olika områden i syfte att se över och ge riktlinjer för de vård-/servicekedjor som äldre med tillfällig eller kronisk psykisk ohälsa berörs av. Arbetsgruppens uppdrag var "att utarbeta riktlinjer för de områden inom vården och omsorgen som anses vara av särskild betydelse för äldre med psykisk ohälsa. Målet var att skapa optimala strukturer och innehåll i omsorgen och vården utgående ifrån ett helhetsperspektiv på klienten/patienten och utgående från att rätt vård och omsorg ges på rätt tid och på rätt plats." (Ålands landskapsregering, 2016, s.5).

På grund av resursbrist var det dock inte möjligt att inleda arbetet omgående. Istället beslutades våren 2015 att genomföra en kartläggning med syfte att lyfta fram de tankar som aktörerna inom vård- och servicekedjan själva ansåg vara av betydelse och nyckelområden som var viktiga att undersöka vidare. En enkät sändes ut under våren 2015 till personer i ledande ställning vid berörda vård- och serviceproducenter. Svaren bearbetades och en rapport sammanställdes där det konstateras att "(U)r de inkomna enkätsvaren framträder en relativt samstämmig bild av dagens situation och de områden inom vård- och servicekedjan som är i behov av förändring. Det finns tre tydliga utvecklingsområden: 1. Samarbete och organisering. 2. Boendelösningar. 3. Kompetensutveckling." (Ålands landskapsregering, 2016, s.7). Denna projektförberedande rapport har legat som grund för föreliggande projekt "Äldres psykiska ohälsa".

Projektet har genomförts i samarbete med Högskolan på Åland och Åbo Akademi. Erika Boman, medicine dr i omvårdnad och överlärare vid Högskolan på Åland har deltagit som sakkunnig i projektet. För att förstärka utvärderingsmöjligheterna har Erika knutit an en doktorand vid Åbo Akademi till projektet. För att kunna möjliggöra doktorandens arbete har extern finansiering erhållits från Ålands lagtings fond till minne av självstyrelsens 75-årsjubileum (5000€), Svenska kulturfonden i Finland (10000€) samt från Signe och Ane Gyllenbergs stiftelse (4000€).

I denna avslutande rapport ges en bakgrund till ämnesområdet "äldres psykiska (o)hälsa". Uppdraget och projektets syfte beskrivs. Vidare beskrivs metoder som används inom projektet samt vilka resultat som stigit fram. Rapporten avslutas med diskussion baserat på projektledarnas och styrgruppens reflektioner kring projektets utvecklingsområden: samarbete och organisering, boendelösningar samt kompetensutveckling samt sammanfattande rekommendationer.

Huvudansvariga för denna rapport har varit sakkunnig Erika Boman samt projektledarna Annika Skaglund och Gunnar Sjöblom.

Bakgrund

“Äldre” kan definieras på olika sätt. Ett sätt är att använda sig av kronologisk ålder, dvs antal år som personen levit (Ernst Bravell, Christiansen, Blomqvist & Edberg, 2017). I detta projekt definieras äldre utifrån kronologisk ålder och utifrån att personen är 65 år eller äldre.

Ett annat sätt att definiera äldre är att utgå ifrån biologisk ålder. Det biologiska åldrandet inkluderar kroppsliga förändringar som är inprogrammerade hos alla människor, så kallat “ normalt åldrande”, samt förändringar som påverkas av gener, livsstil och miljö. Dessa förändringar tillsammans leder på sikt till nedsättningar i de flesta av kroppens funktionella system (Ernst Bravell et al., 2017).

Åldrandet kan även förstås utifrån psykologiskt perspektiv och personens förmåga att anpassa sig till förändringar. Intelligens, minne, inlärningsförmåga och personlighet sägs vara av betydelse för psykologiskt åldrande. Det psykologiska åldrandet och hur väl äldre personer kan förväntas anpassa sig till förändrade livsvillkor (t ex. förändringar i miljö eller att hantera sjukdom och/eller funktionsnedsättning) kan således förklaras av t ex minnesstörningar, utbildningsnivå, adekvat eller otillräcklig information och hur väl man har utvecklat/fått stöd att utveckla strategier för att hantera förändringar tidigare i livet (Ernst Bravell et al., 2017).

Ett annat sätt att förstå åldrandet är att utgå från social ålder. Social ålder kan förstås utifrån människans kontakter med andra människor och människans position(er) i samhället. Förändring av roller/rollförlust är en del av det sociala åldrandet, såsom att bli mor-/farförälder, gå i pension, bli änka/änkling (Ernst Bravell et al., 2017).

Sammantaget bidrar förändringar i åldrandet till att äldre i allmänhet är mer sårbara, och det är väl känt att samtidigt som befolkningens livslängd ökar så lever vi även längre med olika typer av sjukdom och funktionsnedsättning.

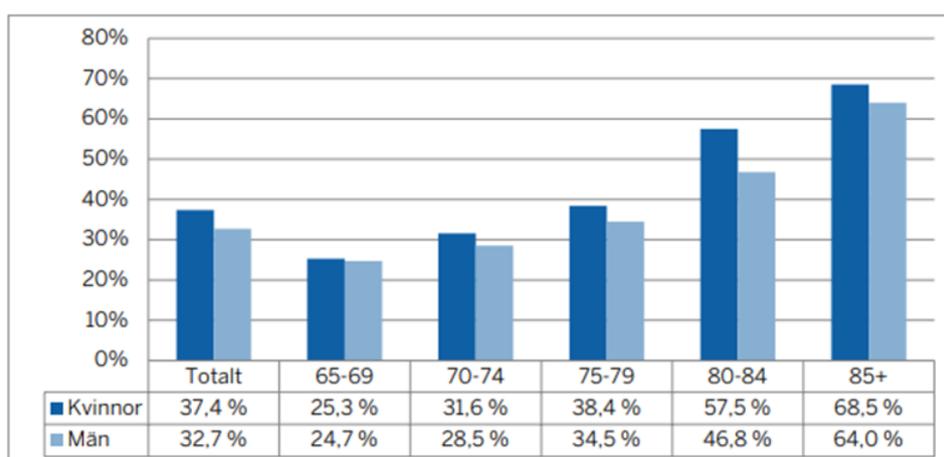
Äldre befolkningen på Åland

På Åland utgör andelen äldre personer ca 22% (totalt 6401 personer) av befolkningen. Av dem bor 42% (2666 personer) i Mariehamn, 48% (3057 personer) på landsbygden och 11% (678 personer) i skärgården. Drygt hälften (54%) är gifta/sambos, en femtedel (21%) är änka/änkling och övriga är fränksilda (14%) eller ogifta (11%) (Ålands statistik- och utredningsbyrå, 2018).

I det hälsopolitiska programmet för Åland kan man läsa att målet är att 90 procent av den åländska befolkningen som fyllt 75 år skall kunna bo kvar och leva självständigt i sitt hem och invanda boendemiljö (Ålands landskapsregering, u.å.). För att stödja kvarboende finns stödstrukturer som hemservice och närståendevård. I hemservice ingår hjälp med uppgifter i hemmet och/eller personlig omvårdnad och stöd. Avgifter uppbärs i enlighet med de tjänster som anlitas (Ålands landskapsregering, 2017). Närståendevård innebär att ett avtal upprättas mellan kommunen, den vårdbehövande och närståendevårdaren, inom ramarna för vilket en vård- och serviceplan för den vårdbehövande görs upp. Närståendevårdaren erhåller i och med detta vissa angivna rättigheter och skyldigheter. För servicen erhåller närståendevårdaren ett arvode. Storleken på vårdarvodet som betalas till närståendevårdaren bestäms enligt hur bindande vården är (Ålands landskapsregering, 2016a). År 2017 hade 315 personer tilldelats närståendevård och 691 hushåll hade fått hemservice (Ålands statistik och utredningsbyrå, 2018). För äldre personer som inte kan/önskar bo hemma ska kommunerna ordna med boendeservice. Denna service kan erbjudas i form av serviceboende eller effektiverat serviceboende. Inom det sistnämnda finns personal på plats dygnet runt. Båda formerna ingår i kommunernas öppenvård och avgifter uppbärs i enlighet med de tjänster som anlitas. Till

personer med större behov ska institutionsvård kunna erbjudas. Institutionsvård är vård på den högsta vårdnivån. Servicen och avgiften omfattar omsorg, vård, upphålle och rehabiliterande verksamhet (Ålands landskapsregering, 2017). År 2017 bodde 127 personer inom institutionsboende och 298 i serviceboende (Ålands statistik och utredningsbyrå, 2018).

För att undersöka hälsa och livskvalitet bland äldre på Åland har enkätundersökningar genomförts vid Högskolan på Åland. År 2010 inbjöds samtliga äldre kvinnor på Åland och år 2015 erbjöds alla, 65 år och äldre, att delta i undersökningen. År 2015 svarade totalt 3488 personer (1811 kvinnor, medelålder 73,9 år och 1677 män, medelålder 73,3 år), vilket motsvarar ca 60% av populationen. Utifrån bakgrundsfrågor i enkäten tolkas svaren vara representativa för hemmaboende äldre i tredje åldern, dvs de friskare äldre som långt klarar att bo självständigt med mindre stödinsatser. Utifrån resultaten kan det konstateras att de äldre kvinnorna generellt skattar sin hälsa sämre än männen (se figur nedan). Följande konstateras: "(K)vinnorna rapporterar i större utsträckning olika typer av icke-dödliga och "icke-botbara" symtom och (sjukdoms)tillstånd som påverkar funktionsförmåga och livskvalitet såsom muskel/ledbesvär, urinläckage och sömnlöshet. Männen, å andra sidan, rapporterar i större utsträckning livshotande sjukdomstillstånd som hjärtsjukdom samt diabetes." (Boman, 2016, s. 37). Som grupp skattar ca 1/3 sin hälsa som någorlunda eller dålig (se figur nedan). Anden är lägre i de yngre yrkesgrupperna, för att stiga i åldersgrupp för åldersgrupp. I den äldsta åldersgruppen är det 2/3 som upplever att hälsan sviktar (Boman, 2016).



Figur 21. Självskattning av hälsan som någorlunda/dålig; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1784 för kvinnor och n = 1655 för män)

Att äldre har mer hälsobesvär än den yngre befolkningen kan även noteras i statistiken över mottagningsbesök inom Ålands hälso- och sjukvård. Trots att det "bara" är 22% av befolkningen på Åland som är 65 år eller äldre, representerades 44% av besöken inom somatisk specialsjukvård och 47% av besöken inom primärvården av personer som var 65 år eller äldre (Ålands statistik- och utredningsbyrå, 2018). Inom psykiatrin var besöksstatistiken för äldre betydligt lägre. Endast 6% av mottagningsbesöken representerades av en person som var 65 år eller äldre (Ålands statistik- och utredningsbyrå, 2018).

Ska vi tolka besöksstatistiken som att det är en mindre andel äldre personer i samhället som lider av psykisk ohälsa? Knappast. Det är väl känt att äldre utsätts för utmaningar som kan påverka den psykiska hälsan negativt. Dessa utmaningar kan kopplas till de förändringar som sker i åldrandet, dvs det biologiska, psykologiska och sociala åldrandet. Dessa förändringar kan bland annat inkludera fysiologiska förändringar i hjärnan, somatisk sjukdom och funktionsnedsättning, kognitiv svikt, obearbetade livshändelser tidigare i livet, rollförluster, förlust av socialt kontaktnät; alla faktorer som

kan bidra till psykisk ohälsa. I undersökningen *Hälsa och livskvalitet bland äldre män och kvinnor på Åland 2015* konstateras att ca 1 av 10 av de hemmaboende, friskare äldre lider av ensamhet och lika stor andel av nedstämdhet. Andelen ökar med ökande ålder (Boman, 2016). Det är känt att äldre med mer sjuklighet och som är vårdberoende rapporterar högre grad av psykisk ohälsa.

Psykisk hälsa och ohälsa

Det finns variationer i hur psykisk hälsa respektive psykisk ohälsa definieras. Enligt Världshälsoorganisationen kan *psykisk hälsa* betraktas som "ett tillstånd av välbefinnande där varje individ kan uppnå sin egen potential, kan hantera vanliga utmaningar i livet, kan vara produktiv och ha meningsfull sysselsättning, och kan bidra till det samhälle hen lever i" (fritt översatt från World Health Organization, WHO, 2014).

Psykisk ohälsa används ofta som en övergripande term och inrymmer olika former av psykiska besvär och psykisk sjukdom. *Psykiska besvär* kan omfatta olika tillstånd då människor visar psykisk obalans och/eller symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. Besvären är inte så omfattande att en diagnos kan sättas och är oftast normala reaktioner på en påfrestande livssituation. *Psykisk sjukdom* är ett tillstånd där psykiska besvär eller symtom uppfyller kriterierna för en diagnos (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Psykisk funktionsnedsättning är följd av omfattande och långvariga konsekvenser av psykisk sjukdom. Personer med psykisk funktionsnedsättning upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden (Brunt & Hansson, 2014).

Vanliga former av psykisk ohälsa bland den äldre befolkningen

I en litteratursammanställning konstateras att ca 20% av den äldre befolkningen lider av psykisk ohälsa (personer med demenssjukdom är exkluderade) (Skoog, 2011). De vanligaste formerna av psykisk ohälsa i åldrandet bedöms vara depression, oro och ångest. Det beräknas att ca 5–10% av den äldre befolkningen lider av depression och betydligt fler lever med depressiva symtom som präglar vardagen. Ungefär lika stor andel antas leva med oro och ångest som påverkar vardagen (Skoog, 2011). Man behöver också ha i åtanke att äldre är extra utsatta för att drabbas av förvirringstillstånd, så kallad konfusion, som påverkar det psykiska välbefinnandet och kan sammanblandas med till exempel depression, ångest och demenssjukdom. I relation till psykisk ohälsa bland äldre är det också av vikt att beakta missbruk/substansbruk och risk för suicid.

Depression

Åldersdepression är en heterogen sjukdomsgrupp med varierande bakgrund och konsekvenser. Förekomsten av depression är högre hos äldre än den yngre befolkningen. Riskfaktorer för att utveckla depression är kvinnligt kön, vara ensamstående, ha låg socioekonomisk status, avsaknad av meningsfull aktivitet, bristfälligt socialt stöd, missbruk, tidigare depressiva episoder, samtida somatisk sjuklighet/multisjuklighet, konsumtion av riskläkemedel/flera olika typer av läkemedel, kognitiv nedsättning och negativa livshändelser. Det är också känt att hjärnans åldrande medför förändringar i hjärnan som kan bidra till depression. Som med många andra sjukdomstillstånd bland i den äldre befolkningen behöver sjukdomen inte yttra sig i form av klassiska symtom, utan istället kan somatiska symtom dominera sjukdomsbilden. Depressiva symtom kan också vara ett av de första tecknen vid demenssjukdom och det kan vara utmanande att skilja mellan depression och demenssjukdom. Sammantaget kan den komplexa symtom- och sjukdomsbilden göra det utmanande att identifiera och

diagnostisera depressiva tillstånd bland äldre. Studier visar också att depression bland äldre är underdiagnostiserat och felbehandlat (Dehlin & Rundgren, 2014).

Som för alla andra gäller att lindriga depressioner bland äldre bör behandlas med psykologisk behandling/samtalsterapi. Vid svårare depressioner bör denna behandling kombineras med läkemedelsbehandling och eventuellt elektrokonvulsiv behandling (ECT) (Dehlin & Rundgren, 2014; SBU, 2015). Statens beredning för medicinsk och social utvärdering i Sverige konstaterar att inventeringar av psykiatrisk vård för äldre tyder på att gruppen ofta nedprioriteras på ett sätt som inte står i samklang med samhällets värderingar. Det har visat sig att t ex äldre inte i samma utsträckning som yngre erbjuds psykologiskt stöd (SBU, 2015). Vidare konstateras: "Ur ett samhällsperspektiv är depression hos äldre ett kostsamt tillstånd om behandling inte ges. Internationella studier visar att hälso- och sjukvårdskostnaderna för äldre personer med depression är minst dubbelt så höga som för de som inte är deprimerade. Även den informella vård och omsorg som ges av anhöriga, ökar kraftigt för personer äldre än 65 år som har depression. Mot bakgrund av att den äldre befolkningen redan har en lägre livskvalitet i genomsnitt än den yngre befolkningen, kan depression leda till en mycket låg sammantagen livskvalitet. De betydande kostnaderna och förlusterna av livskvalitet gör det angeläget att behandla depression bland äldre." (SBU, 2015, s.23).

Oro och ångest

Oro är en naturlig del av livet, ett sätt att skydda oss mot fara, men när oro och ångest blir irrationell, skrämmande och destruktiv kan det bli problematiskt. Det hör inte till det "normala" åldrandet att leva med mer eller mindre ständig oro, ångslan eller ångest som är lättväckt eller ohanterlig (Edberg, Ericsson & Gunnarsson, 2017).

Ångest förekommer ofta tillsammans med depression. Ångest definieras som ett tillstånd med uttalad ångslan och oro som personen ifråga inte kan kontrollera och åtföljs av minst tre av följande symtom: rastlös eller uppskärnad, lätt uttröttbar, svårt att koncentrera sig, irritabel, spända muskler, sömnsvårigheter. Symtomen ska ha funnits de flesta av dagarna under det senaste halvåret. En annan definition är ett tillstånd av ångslan så starkt att det kommer uttryck i form av kroppsliga symtom som muntorrhet, hjärtklappning, hyperventilering, känsla av att inte få luft, svettning, darrighet med mera. Det finns många olika typer av ångestsyndrom såsom panikångest, social fobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och generaliserat ångestsyndrom. Ångest kan också uppstå sekundärt i samband med olika sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdom (ex. kärilkramp, hjärtrytmrubbningar), sjukdomar med andnöd (ex. astma och KOL), diabetes (framför allt vid låga blodsockervärden) och vid förvirringstillstånd. Ångest kan också vara ett symptom vid begynnande demenssjukdom. Ångest i den äldre befolkningen är vanligare bland kvinnor och ångestnivån ökar under åldrandet. Som vid depression rapporterar äldre patienter mer sällan ångestsymtom, utan beskriver oftare somatiska besvär. Det finns därför en risk för att ångest förblir obeaktad och obehandlad om vårdpersonal saknar kompetens att identifiera och behandla ångestsyndrom bland äldre (Dehlin & Rundgren, 2014).

En speciell form av ångestsjukdom är posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Litteraturen lyfter fram att relativt många äldre lider av tillståndet. Orsaken är svåra trauman som kan ligga mycket långt tillbaka i tiden och den drabbade kan ha levt ett långt liv med sjukdomen obemärkt. I samband med åldrandet kan minnena förvärras och trauman återkomma. Depression och demens kan också förvärra symptomen. Problematiken framträder genom att den äldre personen återupplever trauman, har sömnproblematik med mardrömmar, hög ångestnivå och depressionsymptom. Liksom med övriga typer av psykiska bekymmer kan det vara svårt för äldre att tala om problematiken, vilket kan orsaka feldiagnostiseringar (Karlsson, 2013). PTSD kan botas och vård ska erbjudas oavsett ålder. Traumabehandling innebär att utsätta sig för sina minnen återupplevs genom bearbetning. Det kan

vara skrämmande för den äldre personen, varför det är viktigt att det finns ett nätverk kring personen som kan stötta. En spänd och traumatiserad person behöver hjälp att slappna av och reglera sitt hotssystem och sin rädsla. Behandlingen pågår både hos den specialiserade sjukvården och fortsätter med tex andningsövningar på äldreboendet (Johansson Metso, 2018).

Konfusion

Konfusion är ett övergående tillstånd av förvirring, bristande förmåga till uppmärksamhet, oro, van- och synföreställningar (Rolfner-Suvanto, 2018). Relaterade begrepp är akut förvirringstillstånd och delirium. Det handlar om ett tillstånd som påverkar medvetandet och ger upphov till olika typer av kognitiva och andra psykiska symptom. Konfusion kan komma i alla åldrar men är vanligast hos äldre personer. Hos äldre som vårdas på sjukhus är prevalensen mellan 10–50% och vid intensivvård ännu högre. Underdiagnostik leder till felbehandlingar och risk för sekundära skador.

Konfusion kan uppstå pga. av en rad orsaker. I sammanhanget bör nämnas att läkemedel kan öka risken, varför läkemedelsbehandling av äldre bör göras med försiktighet och av personer med geriatrisk kompetens. Utöver olika fysiologiska störningar/brister kan även psykologisk stress, understimulering, sömnbrist och brist på mänsklig kontakt vara riskfaktorer för konfusion. Likaså är förflyttningar mellan boendet och sjukhus en riskfaktor. Förflyttningen kan utgöra en stressande belastning som tar upp till tre månader att försvinna (Karlsson, 2013).

Symptomen vid konfusion är alltid någon typ av medvetandepåverkan och kan likna de vid psykisk sjukdom, såsom försämrad kontakt med omgivningen, minskad förmåga till uppmärksamhet och känslomässig kontakt och hallucinationer, illusioner och paranoida vanföreställningar kan förekomma. Symtombilden bidrar till att konfusion kan sammanblandas med psykiatriska diagnoser. Behandlingen består av att de framkallande faktorerna identifieras och elimineras och god grundläggande omvårdnaden är av central betydelse i sammanhanget (Karlsson, 2013).

Konfusion förlänger sjukhusvistelse och risken för institutionalisering ökar med 2,4 gånger och risken för demens ökar med 12,5 gånger. Om konfusionen inte hävs ökar mortaliteten från 20–40%. Förutom den akuta mortaliteten kan också en överdödlighet inom 1–2 år efter en konfusionsperiod ses. Prognosen är sämre vid demenssjukdom, vid flera samtidigt pågående somatiska sjukdomar, vid den hyperaktiva typen av konfusion och vid sjukdomar som påverkar syreupptaget i kroppen. (Karlsson, 2013).

Missbruk/Substansbruk

Beroendeproblematik hos äldre kan oftast handla om bruk av alkohol eller läkemedel. Riskbruket i åldersgruppen 65–84 år ökar enligt svensk statistik. Framför allt är det alkoholkonsumtion bland kvinnor som ökar (Rolfner-Suvanto, 2018). Symtomen vid alkoholmissbruk hos äldre är atypiska jämför med den yngre befolkningen. Missbruket kan yttra sig som yrsel, förvirring, depression, ångest och sömnproblem. Vidare reagerar kroppen annorlunda på alkohol, liksom på andra typer av läkemedel/droger. I åldrandet minskar mängden vätska i kroppen, vilket leder till högre koncentrationer av intagna substanser. Det tar också längre tid för kroppen att bryta ner de intagna substanserna (Edberg, Ericsson & Gunnarsson, 2017).

Bruket av narkotika och droger minskar med stigande ålder statistiskt sett, men i vilken utsträckning åldersgruppen över 65 år brukar är okänt. Bland äldre har de narkotika klassade läkemedlen större betydelse. De senaste tjugo åren har det skett en ökning på 70% på läkemedelsförskrivningar till personer över 75 år. Beroendeframkallande läkemedel som förskrivs till äldre kan vara bensodiazepiner, smärtstillande morfinliknande läkemedel, sömnmediciner och neuroleptika. Det kan

även förekomma ett skadligt bruk av receptfria läkemedel (Alin Åkerman, Andreen, Stain & Wasserman 2017).

Vid behandling av denna typ av problematik är de psykosociala insatserna betydande. Likaså behandling mot abstinens. Personal som möter äldre med beroendeproblematik står alltid inför etiska dilemman. Den äldre personens integritet behöver bejakas samtidigt som de behöver beskyddas mot skadligt bruk. Det kräver enskilda bedömningar genom samtal, överväganden och reflektion (Rolfner-Suvanto, 2018).

Suicid

Suicid är den allvarligaste konsekvensen av psykisk ohälsa. Av de äldre personer som begår suicid har 60–90% depressiva inslag (Dehlin & Rundgren, 2014). Alkohol och beroendeproblematik ökar suicidförsök och -risk med 10 gånger. Förutom depressionsförekomsten är också fysiska sjukdomar, förlust av funktioner och ett minskat socialt nätverk orsaker till känsla av hopplöshet. Felaktiga attityder till åldrandet kan göra att äldres suicidalitet ses som "förståeligt" och kan då göra att man missar behandlingsbara tillstånd. Multidisciplinära insatser behövs ofta i vården av äldre suicidnära personer. Både att behandla depressionen och fysiska symptom så som t.ex. smärta är viktigt och kan ge en känsla av kontroll över situationen. Mobila team med uppsökande verksamhet är effektiva vid suicidprevention för personer med psykiatrisk öppenvårdskontakt. Patientsäkerheten inom suicidprevention gagnas av tillgänglighet, kontinuitet och aktivt samarbete mellan patient, anhöriga och vårdgrannar (Wærn, 2013).

I början av 2019 publicerade Ålands landskapsregering ett program för suicidprevention. Som suicidpreventiva insatser utanför hälso- och sjukvården rekommenderas begränsad tillgång till suicidmedel (ex. skjutvapen och läkemedel), minskad användning av alkohol och droger, samt ge goda livschanser för sårbara och mindre gynnade grupper, där äldre nämns som en av dessa grupper. För att främja psykisk hälsa och motverka suicid bland äldre rekommenderas specifikt insatser för att minska social isolering och öka social stimulans samt insatser för att motverka digitalt utanförskap. Vidare rekommenderas utbildningen MHFA för allmänheten (Ålands landskapsregering, 2019). Generellt rekommenderas idag att våga fråga om självmordstankar om det finns misstankar att personen funderar på det. Att få tala om sina känslor och få lägga sin börda på en annan person kan vara början till en läkningsprocess (Alin Åkerman, et al., 2017).

Äldre personer med långvarig psykisk ohälsa

På grund av de utmaningar som åldrandet medför kan psykisk ohälsa utvecklas i åldrandet. Men naturligtvis finns det även äldre personer som burit med sig psykisk ohälsa från tidigare i livet. Forskning visar att psykisk ohälsa som sträcker sig över stora delar av livet är tungt att bära. Upplevelsen av psykisk ohälsa genomsyrar ofta hela livet. Personer som inte drabbats av psykisk ohälsa beskriver ofta sitt livslopp utifrån barndom, uppväxt, familj och pensionering, och ofta med positiva förtecken. Personer med långvarig psykisk ohälsa relaterar nästan uteslutande istället till sjukdoms- och vårdberedelser t.ex. när man började höra röster, när man insjuknade och när man fick en ny medicin. Det förefaller som om sjukdomen och ohälsan har ett så starkt inflytande över upplevelsen att andra livsinslag kommer i skymundan. Detta antas vara av vikt när man beaktar äldre med långvarig psykisk ohälsa, att deras referenser i livet kan se mycket annorlunda ut (Bullov, 2008).

Vård av äldre med psykisk ohälsa

Det konstateras att psykisk ohälsa kan vara svårt att identifiera och samtidigt är ett stort hot mot ett gott åldrande. En annan utmaning är att psykisk ohälsa i åldrandet hamnar i gränslandet mellan olika specialiteter, men även i gränslandet mellan organisatoriska ansvarsområden såsom specialistsjukvård, primärvård och kommunal äldreomsorg. Det finns därför en överhängande risk att de äldre patienterna med psykisk ohälsa "hamnar mellan stolarna" (Edberg, Ericsson & Gunnarsson, 2017).

Tidigare litteratur visar att vård av (äldre) personer med psykisk ohälsa är färgat av stigma. I en avhandling som berör erfarenheter av stigmatisering bland personer med psykisk ohälsa konstateras att "(F)enomenet stigma kan ses som ett paraplybegrepp som utöver stereotypier, fördomar och diskriminering också inkluderar den stigmatiserades skam, förnedring, ångest, samt rädsla för och konsekvenser av omgivningens fientlighet och bortstötning." (Lundberg, 2010, s.18). Vidare konstateras att det inte är ovanligt att personer med psykisk sjukdom upplever att de tillhör en grupp som är nedvärderade och diskriminerade i samhället. En högre frekvens av stigmatiserande erfarenheter visar samband med bland annat sämre psykosocial funktionsförmåga, frekventa inläggningar i slutenvård, låg självkänsla samt en sämre upplevd livskvalitet (Lundberg, 2010).

I den genomgång av forskning som gjorts i avhandlingen av Lundberg (2010) konstateras "att professionellas och allmänhetens attityder inte tycks skilja sig nämnvärt åt när det gäller behovet av att socialt distansera sig från personer med psykisk sjukdom. Professionella vårdgivare tycks vara mer positiva till integrering av personer med psykisk sjukdom i samhället och till deras medborgerliga rättigheter (t.ex. rösträtt, körkortstillstånd, föräldraskap) men beträffande explicita stigmakomponenter som stereotypier och behov av social distans, förefaller inte vårdgivares attityder skilja sig från allmänhetens." (Lundberg, 2010, s. 24). Det har vidare konstaterats att det finns en koppling mellan bristande kunskap och negativa attityder och motvilja till att vårda personer med psykisk ohälsa. Vidare konstateras att utbildningsinterventioner bör genomföras för att öka kunskap för att påverka attityder och minska stigma bland vårdpersonal (Markström, et al., 2009; Mutiso, et al., 2017).

Uppdraget

Förstudien som låg till grund för projektet lyfte fram tre utvecklingsområden för att förbättra vård och omsorg för äldre med psykisk ohälsa på Åland:

1. Boendelösningar
2. Kompetensutveckling
3. Samarbete och organisering.

Dessa tre områden omfattar både behovet att utveckla det förebyggande, stärkande och hälsofrämjande arbetet och lyfter behovet att utveckla det professionella samarbetet kring de som behöver stöd.

Målet med projektet var att skapa optimala strukturer och innehåll i omsorg och vård med utgångspunkt i ett helhetsperspektiv på individer 65 år och äldre med tillfällig eller kronisk psykisk ohälsa. Ytterligare utgångspunkt var att individen ska ha rätt till vård och omsorg på rätt plats och vid rätt tid.

Målgrupper för projektet var aktörer på Åland inom det berörda området:

- Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS)
- Socialvård och äldreomsorg i kommunerna
- Tredje sektorn
- Privata aktörer
- Kvinnor och män 65 år och över med tillfällig eller kronisk psykisk ohälsa
- Forskarvärlden

Resultat från projektets utredningar skulle samlas upp och utvärderas. Projektet skulle vidare utmynna i en slutrapportering med en övergripande plan för framtida vård- och serviceinsatser.

Syfte

Syftet med det aktuella projektet var att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet kring äldres psykiska ohälsa och utveckla formerna för det multiprofessionella samarbetet kring de individer som behöver mycket stöd. Detta genom att se över organisationsstruktur och samarbetsformer och förbättra service- och vårdkedjan kring äldre, bidra med kompetensutveckling av omvårdnadspersonal samt utveckla boendelösningar för personer med psykisk ohälsa. Vidare, att på basen av projektets resultat utarbeta en övergripande plan för framtida vård- och serviceinsatser gällande äldre med psykisk ohälsa.

Metoder

För att uppnå syftet har olika metoder använts. Metoderna presenteras nedan.

Projektledning och styrgrupp

För att driva projektet anställdes två projektledare, à 50% tjänstgöring, 28.02.2017/08.05.2017-30.4.2019. Projektledarna har arbetat varannan vecka, totalt under 51 veckor var (semestrar borträknat).

Vidare har en styrgrupp tillsatts. Projektledarna arbetar under styrgruppen, som består av representanter från Ålands Landskapsregering, Ålands hälso- och sjukvård, kommunerna och tredje sektorn. Styrgruppen har sammanträtt 10 gånger under projekttiden. Styrgruppens deltagare och mötestillfällen presenteras i bilaga 1.

Styrgruppens arbete har bestått av att diskutera olika problem och finna möjliga lösningar baserat på materialet som projektledarna har samlat in och presenterat. Styrgruppen har också lyft egna synpunkter och funderingar gällande vård och omsorg av äldre med psykisk ohälsa på Åland. Projektledarnas primära arbetsuppgifter har varit att fördjupa sig i ämnet, samla in information, sammanfatta informationen och presentera det för styrgruppen. Projektledarna har fungerat som presentatörer, sekreterare och ordförande vid styrgruppsmötena. Projektledarna har även arbetat aktivt på fältet med att skapa värdefulla kontakter med personal som möter äldre med psykisk ohälsa. Genom att aktivt lyfta ämnet bidrar projektledarna till att avstigmatisera ämnet. Projektledarna har även planerat och genomfört MHFA-utbildningar som innefattat både praktisk undervisning samt administrativa uppgifter kring anmälningar och efterarbete för att deltagarna ska få diplom. Projektledarna har arbetat med de bägge evenemangen som ordnades under hösten 2017 samt våren 2019.

Vidare har projektledarna besökt äldreomsorgsmässan med temat *meningsfullhet* i Älvsjö under hösten 2017. Målet med mässan var att få inspiration och att skapa kontakter. På Mässan fanns omkring 90 olika utställare inom området äldreomsorg. Projektledarna fick bland annat möjlighet att stifta bekantskap med flertalet olika boendelösningar i Sverige. Föreläsningar med olika teman besöktes, bland annat att bevara sin värdighet, existentiell ensamhet hos äldre, välfärdsteknik, rättssäker handläggning utifrån individens behov, kunskap och kompetens gör skillnad i omsorgen av äldre med flera. Föreläsare var bland andra bloggaren Dagny Carlsson, då 105 år, Yngve Gustavsson, Susanne Rolfner-Suvanto, Anna-Karin Edberg med flera. Kontakt till Susanne Rolfner-Suvanto (närmare presentation på sidan 17) skapades genom mässbesöket.

Projektledarna har också besökt Nordens välfärdscenters konferens *skapa åldersvänliga städer i Norden* som ordnades i Stockholm hösten 2018. I Norden är det sju städer som valt att ansluta sig till Världshälsoorganisationens (WHO) nätverk *Age-friendly cities and communities*. För att ansluta sig krävs ett strukturerat arbete utgående från åtta temaområden som WHO tagit fram. Målet är att skapa samhällen där boende, transporter, stadsplanering, hälso- och sjukvård och omsorg är anpassat till alla invånare, även äldre. Detta för att skapa livskvalitet för äldre med möjlighet till de fyra hörnpelarna för ett gott åldrande: fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap och meningsfullhet. Även om ett samhälle inte ansluter sig till nätverket är det viktigt att komma ihåg att ha alla inkluderade vid planeringen. Samhällsplaneringen ska vara anpassad att fungera för alla åldrar, för så väl en åttaåring som en 80-åring. För att få in seniorperspektivet behövs de äldre involveras i planeringen.

Projektledarna har även tagit del av en stor mängd litteratur som berör ämnet och som delvis presenteras i denna rapport.

Intervjuer

I projektets förstudie genomfördes en enkätstudie med personer i ledande ställning inom vård och omsorg. För att ta tillvara kunskap och erfarenhet bland personal som arbetar närmast äldre personer med psykisk ohälsa, samt tillvarata idéer om förändringsmöjligheter som personalen ser i nuvarande vårdssystem, har i detta projekt 17 fokusgruppintervjuer genomförts med totalt 51 personer (närvårdare, sjukskötare och äldreomsorgsledare) som arbetar inom vård och omsorg och möter äldre med psykisk ohälsa i sitt arbete.

Det fanns också en önskan om att få in äldres och närståendes perspektiv. Av den anledningen genomfördes en gruppintervju med fyra närstående till äldre personer med psykisk ohälsa samt en intervju med en person som själv har psykisk ohälsa.

Intervjuerna har planerats och genomförs av projektledarna i samråd med sakkunnig Erika Boman, Högskolan på Åland. Inför intervjuerna gjordes en frågeguide upp (bilaga 2). Intervjuerna med personal har genomförts i ostört utrymme på arbetstagarnas arbetsplats. Intervjuerna med närstående genomfördes i Landskapets lokaler och intervjun med personen som själv har psykisk ohälsa genomfördes på Klubbhuset Pelaren. Intervjuernas längd varierade mellan 22–59 minuter. Intervjuerna bandades och transkriberades ordagrant.

En preliminär analys av intervjuerna har genomförts av projektledarna och presenteras i denna rapport. I resultatet presenteras även ett urval av citat för att bidra till metodologisk trovärdighet. En mer djupgående analys av personalens erfarenheter kommer genomföras av projektledare Annika Skaglund och presenteras i form av en avhandling från magisterprogrammet i hälsokunskaper vid Åbo Akademi samt i en vetenskaplig artikel och i doktorsavhandling av Magdalena Häger, projektanställd vid Högskolan på Åland och doktorand vid Åbo Akademi.

Enkätstudie

För att kartlägga vårdpersonals beredskap att möta äldre med psykisk ohälsa har en enkätstudie genomförts i samarbete med Högskolan på Åland och Åbo Akademi. All vårdpersonal inom vård och omsorg som möter äldre med psykisk ohälsa på Åland har bjudits in att delta. Frågeformulären inkluderade bakgrundsfrågor (ålder, kön, utbildning, arbetsområde, erfarenhet i yrket), frågor kring tidigare erfarenhet av att möta (äldre) personer med psykisk ohälsa, beredskap att möta äldre med psykisk ohälsa, attityder till vård av personer med psykisk ohälsa samt kunskap kring psykisk ohälsa bland äldre. Frågeformulären har distribuerats i pappers- eller elektroniskt format utifrån deltagarnas önskemål. Frågeformuläret skickades ut våren 2018, med påminnelser under hösten. Vid skrivandet av rapporten hade totalt 495 personer besvarat enkäten. Under våren 2019 tillfrågades även läkarna inom Ålands hälso- och sjukvård att delta. Vid rapportens skrivande hade 15 läkare svarat.

Utbildningsinterventionen Första hjälpen vid psykisk hälsa för äldre - MHFA-Äldre

Mental Health First Aid (MHFA) (Första hjälpen vid psykisk ohälsa) är ett tvådagars utbildningskoncept utarbetat i Australien. Syftet med utbildningen är att sprida kunskap och få redskap att stödja personer med psykisk ohälsa samt minska fördomar och stigmatisering. Utbildningen ger en överblick över olika former av psykiska symtom och sjukdomstillstånd samt hur psykisk ohälsa kan identifieras. Vidare ska kursdeltagarna få redskap för att kunna gripa in vid t ex kriser, psykos och självmordsbenägenhet samt beredskap att ta emot information, bekräfta och uppmuntra till att söka lämplig psykiatrisk hjälp och att uppmuntra till användandet av självhjälpsstrategier. Utbildningskonceptet har använts och testats

i flera delar av världen, bl. a i Sverige, Danmark och Finland med positiva resultat (Hadlaczky et al., 2014; Jensen et al., 2015; Svensson & Hansson, 2014).

I Sverige har en modell för MHFA utvecklats med inriktning på äldre, *Mental Health First Aid - Elderly* (MHFA-E, eng.; MHFA-Ä, sv.). Även detta utbildningskoncept har utvärderats, om dock sparsamt. Det har konstaterats att kursdeltagare har mer kunskap sex månader efter utbildningsinterventionen jämfört med innan. Deltagarna hade också mer positiva attityder jämfört med före studien. Vidare har det konstaterats att deltagarna har använt sig av sina kunskaper och faktiskt utfört första hjälpeninsatser (Svensson & Hansson, 2016). MHFA-Ä, liksom MHFA-konceptet i stort har visat positiva resultat, men det finns dock ett behov av att utvärdera MHFA-Ä vidare.

Redan i det projektförberedande arbetet togs beslut om att projektet skulle omfatta kompetenshöjning av personal inom vård och omsorg i form av att erbjuda MHFA-Ä. De båda projektledarna samt en representant från Mariehamns stad och en representant från Folkhälsan på Åland utbildades till MHFA-instruktörer i december 2017. Instruktörerna fick behörighet att utbilda inte bara i MHFA-Ä, utan även i ett standardkoncept och ett koncept inriktat till personer som möter ungdomar med psykisk ohälsa. Under projekttiden har totalt 11 utbildningstillfällen erbjudits och totalt 180 personer har genomgått utbildningskonceptet MHFA-Ä. I tillägg har projektledarna hållit en utbildning vid Ålands Fountainhouse, klubbhuset Pelaren, där åtta personer genomförde utbildningen MHFA-Standard. Alla deltagare som genomgått fullständig kurs har fått intyg över det från Karolinska Institutet.

Utvärdering MHFA-Ä

Då utbildningskonceptet MHFA-Äldre är sparsamt utvärderat togs beslut om att genomföra en utvärdering i samarbete med Högskolan på Åland/Åbo Akademi. I planering av utvärderingen har initiativtagarna till MHFA-Ä vid Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, Karolinska institutet involverats liksom tidigare utvärderare av konceptet vid Institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet.

Utvärderingen sker i tre steg. Kursdeltagarna har fått fylla i ett frågeformulär (motsvarande det som beskrivs under rubriken Enkätstudie ovan) vid tre tillfällen: i samband med kursens uppstart (vid inledning dag 1), i samband med att kursen avslutas (vid avslutning dag 2) samt sex månader efter avslutad utbildning. Vid skrivandet av denna rapport hade 29 personer svarat vid alla tre mättillfällen. En mer djupgående analys av svaren kommer presenteras i en vetenskaplig artikel och en doktorsavhandling av Magdalena Häger, projektanställd vid Högskolan på Åland och doktorand vid Åbo Akademi.

Allmän förmedling av kunskap kring psykisk ohälsa bland äldre

I november 2017 ordnades två föreläsningstillfällen, en på eftermiddagen och en kvällstid. Föreläsningarna riktade sig till politiker, vård- och omsorgspersonal samt allmänheten. Föreläsningstillfällena omfattade allmän information om projektet och pågående arbete för att främja psykisk hälsa bland äldre samt föreläsningar av Susanne Rolfner-Suvanto. Susanne är sjuksköterska med stor erfarenhet inom områdena äldreomsorg och psykiatri. Hon har bland annat arbetat som utredare för Sveriges regering för att ta fram nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen i Sverige. Hon har även arbetat som projektledare inom Sveriges kommuner och landsting för att öka kunskaper om äldres psykiska hälsa och är aktiv författare och föreläsare. Susannes presenterade ämnet äldres psykiska ohälsa på ett lättfattat och mycket uppskattat vis. Föreläsningstillfällena besöktes av totalt 140 personer.

I april 2019 hölls ett avslutande seminarium i Ålands hälso- och sjukvårds konferensutrymmen. Under seminariet berättade projektledarna om arbetet med projektet. De presenterade även rekommendationerna till Ålands landskapsregering. Under seminariet hölls även föreläsningar. Erika Boman, Högskolan på Åland, berättade om erfarenheter från projektet "Främjande av psykisk hälsa bland äldre Åland". Urban Markström, Umeå Universitet, föreläste om boendestöd ur äldres perspektiv. Anna Forsman, Åbo Akademi, föreläste om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder för äldre. Magdalena Häger, Åbo Akademi/Högskolan på Åland, presenterade sin forskning om hur personals beredskap att möta äldre med psykisk ohälsa, samt utvärderingen av utbildningen MHFA-Äldre. Dagen avslutades med en paneldiskussion. Där deltog föreläsarna tillsammans med social- och hälsovårdsminister Wille Valve, Ålands hälso- och sjukvårds chefsläkare Olli-Pekka Lehtonen, ordförande från Äldrerådet i Mariehamn Leif Jansson, samt äldreomsorgschef från Saltviks kommun Maria Knip. Cita Nylund moderator under dagen. Total 135 personer var anmälda till seminariedagen.

Etiska ställningstaganden

Enligt god vetenskaplig praxis ska, vid humanvetenskaplig forskning, respekt visas för den undersökta personens självbestämmanderätt. Det innebär att deltagandet ska vara frivilligt och basera sig på tillräcklig information. Vidare ska skada undvikas. Skada kan betraktas olägenheter i samband med att materialet insamlas och sparas och när undersökningen publiceras. Ytterligare ska personlig integritet och dataskydd beaktas (Forskningsetiska delegationen, 2009).

Etiska ställningstaganden i samband med intervjuer

För att säkra att alla eventuella etiska frågeställningar i samband med genomförande av intervjuer hade beaktats skickades en anhållan om etiskt godkännande in till Ålands hälso- och sjukvårds etiska kommitté. Anhållan godkändes med några kommentarer som har beaktats i arbetet.

Inför intervjuerna med personal söktes och erhöles tillstånd från respektive verksamhetsledare. Inför intervjuerna informerades deltagarna om intervjuens syfte och användningsområde (bilaga 3) och muntligt informerat samtycke erhöles.

Intervjumaterialet kodades av intervjuledarna (dvs projektledarna) och enbart intervjuledarna har kännedom om vem som har intervjuats. Det kodade materialet har enligt överenskommelse delgivits forskare och projektanställd vid Högskolan på Åland, delvis för transkribering samt för vidare analys.

Allt intervjumaterial förvaras på lösenordskyddade datorer och utskrivet material i låsta utrymmen i samband med bearbetning av insamlat data. Intervjumaterialet kommer vidare att förvaras i Ålands landskapsregerings arkiv under sekretessmarkering.

Etiska ställningstaganden i samband med enkätundersökningar

I enkätstudien för att kartlägga vårdpersonals beredskap att möta äldre med psykisk ohälsa var frågeformulären okodade och svaren har inte gått att spåra tillbaka till deltagaren. Information om studien har bifogats och ett ifyllt och returnerat formulär tolkas som givet informerat samtycke.

I enkätstudien för att utvärdera MHFA har frågeformulären varit kodade för att kunna följa deltagare över tid. Kodlista har upprättats av projektledarna och kodlistan förvaras i låst utrymme, skilt från enkätsvaren. Det material som överlämnats till forskare vid Högskolan på Åland är således avidentifierat och går inte att spåra till deltagarna.

Resultat

I den projektförberedande rapporten identifierades tre utvecklingsområden: 1. Samarbete och organisering. 2. Boendelösningar. 3. Kompetensutveckling. Resultatet presenteras utifrån dessa utvecklingsområden. I tillägg presenteras material om hälsofrämjande och förebyggande arbete –ett tema som inte steg fram i den projektförberedande rapporten, men som ingår som en del av syftet i detta arbete. För att se ett bredare perspektiv i sammanhanget lyfts även anhörigas erfarenheter in i rapporten. Därtill upplevdes det av stor relevans att också få ett perspektiv hur det är för den enskilda personen som lever med psykisk ohälsa. Dessa tillkommer därför i rapporten.

Samarbete och organisering

Organisering av vård och omsorg av äldre med psykisk ohälsa - förr och idag

Det har varit typiskt för människan i alla tider att ta hand om sina sjuka och skadade som hört tillhört familjen, stammen eller de som hör till samma gemenskap (Qvarsell, 1993). På Åland och i övriga Finland trädde samhällets ansvar i form av kommunalt stöd och fattigvård i kraft först in när familjens egna mentala och ekonomiska resurser sviktade. Under 1800-talet och början på 1900-talet tillämpas "rotegang" där de resurssvaga individerna roterade mellan olika hemman inom fattigvårdsdistriktet. Fattigvårdsauktioner hölls där de hjälpbehövande auktionerades ut till den som tog minst betalt (Kommittébetänkande no. 6 1909). Att få möjligheten att kunna skriva in en person med psykisk sjukdom på sjukhus var svårt och denna typ av vård erbjöds enbart på fastlandet (Karl Ers gårdsarkiv, 1925).

I början på 1900-talet öppnades Ålands kommunalhem där det fanns tre platser avsedda för psykiatriska patienter (Ålands landskapsstyrelse, 1995). Fortsättningsvis vårdades majoriteten av personerna med psykisk ohälsa i sina hem eller var utackorderade. Ett fåtal vårdades på de fastländska sjukhusen. År 1943 öppnade Grelsby sinnessjukhus och blev snabbt en instans där man vårdade psykiatriska patienter och äldre parallellt. När man år 1979 frångick enkönade avdelningar genomfördes även andra omstruktureringar och en akutavdelning och en avdelning för långtidssjuka psykiatriska patienter öppnades (Vårdförbundet, 1980). Med tiden profilerades den psykogeriatriska avdelningen mot specialiserad vård av äldre patienter med psykisk ohälsa och beteendestörningar som var utmanande att vårda inom då befintliga äldrevårdsinstitutioner. Avdelningen kunde möta ett ökande behov av vårdplatser för äldre med psykisk ohälsa eftersom behovet av vårdplatser för långtidssjuka äldre samtidigt minskade på grund av satsningar inom öppenvården.

I och med att ÅHS bildades och kommunerna i allt större utsträckning tog ansvar för omsorgen av den äldre befolkningen minskade behovet av psykogeriatriska avdelningens tjänster. Avdelningen stängde 2007 och den psykogeriatriska vården integrerades med den psykiatriska akutavdelningens verksamhet (Ålands hälso- och sjukvård, 2007). En del av patienterna som tidigare vårdats på den psykogeriatriska avdelningen hittade sin plats på den specialiserade avdelningen för personer med kognitiv svikt och demenssjukdom på f.d. Gullåsen. I slutet av år 2016 stängdes dock den avdelningen då med namnet *Avdelning 1a* avdelningen för demens och konfusion (Ålands hälso- och sjukvård, 2016).

Idag har Ålands landskapsregering det övergripande ansvaret för att leda, utveckla, planera och följa upp hälso- och sjukvårdsverksamheten och socialvården i landskapet (Ålands landskapsregering, u.å.). Den offentliga hälso- och sjukvården tillhandahålls av myndigheten Ålands hälso- och sjukvård. Ålands hälso- och sjukvård är underställd landskapsregeringen. Landskapsregeringen handhar den allmänna styrningen och övervakningen av Ålands hälso- och sjukvård (Landskapslag 2011:114 om hälso- och

sjukvård). Kommunerna ska ombesörja planering och verkställandet av socialvården (Socialvårdslag (FFS 710/1982) samt tillämpning genom Landskapslagen (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård). Kommunerna på Åland samverkar genom olika kommunalförbund och andra mellankommunala samarbetsformer genom till exempel Ålands omsorgsförbund och Oasen boende och vårdcenter (Ålands kommunförbund, 2014).

Stiftelsen Hemmet har varit ett komplement till den offentliga vård och omsorgen sedan år 1950. Stiftelsen Hemmet är ett privat vårdhem med rätt att bedriva socialvård samt hälso- och sjukvård. Målgruppen utgörs av personer över 16 år med psykisk ohälsa och/eller socialt lidande. "Genom åren har verksamheten under olika tidsperioder riktat sig till olika målgrupper. En tid var Hemmet uppfostringsanstalt för barn och därefter åldringsboende. År 1985 påbörjades den verksamhet som fortfarande bedrivs i dag – ett psykiatriskt vårdhem på kristen och vårdvetenskaplig värdegrund. I maj 2012 färdigställdes byggandet av ett nytt modernt vårdhem där verksamheten bedrivs i dag." (Stiftelsen Hemmet, u.å.)

Ålands Fountainhouse - Pelaren är ett klubbhus för personer som har eller har haft psykisk ohälsa. Missionen är att människor som hamnat i någon form av utanförskap skall bli en del av ett sammanhang där man är viktig, önskad och behövd. Pelaren skall verka för medlemmars sysselsättning, i eller utanför verksamheten, samt arbeta för en ändrad samhällssyn av människor med psykisk funktionsnedsättning (Ålands Fountainhouse förening r.f., 2018).

Lagstiftning rörande organisering och samarbete

Det finns ett flertal lagar som kan ses ligga till grund för organisering av vård och omsorg för den äldre personen med psykisk ohälsa.

Landskapslag (2011:114) om hälso- och sjukvård. Denna lag tillämpas på den offentliga hälso- och sjukvården i landskapet. Hälso- och sjukvården omfattar hälsofrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård. Lagens syfte är 1) att främja och upprätthålla hälsa och välfärd, arbets- och funktionsförmåga samt till verksamhetsområdet hörande social trygghet för befolkningen i landskapet, 2) att minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper i landskapet, 3) att säkerställa att hela befolkningen i landskapet har rätt till sådan hälso- och sjukvård som vars och ens hälsotillstånd förutsätter, inom de gränser som står till hälso- och sjukvårdens förfogande vid respektive tidpunkt, 4) att säkerställa en hög kvalitet på hälso- och sjukvården i landskapet, 5) att öka patient- och klientorienteringen inom hälso- och sjukvården i landskapet samt 6) att utveckla samarbetet med den kommunala socialvården (Landskapslag 2011:114 om hälso- och sjukvård, 1 § Tillämpningsområdet och syftet).

Socialvårdslag (FFS 710/1982) samt tillämpning genom Landskapslagen (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård. Med socialvård avses i denna lag socialservice, utkomststöd, sociala understöd och med dessa sammanhängande funktioner som är avsedda att främja och upprätthålla enskild persons, familjs och samfunds sociala trygghet och prestationsförmåga. Kommunen ska bland annat ombesörja anordnandet av socialarbete¹,

¹ Med *socialarbete* avses sådan ledning, rådgivning och utredning av sociala problem som handhas av yrkesutbildad personal inom socialvården samt andra stödåtgärder som upprätthåller och främjar individens och familjens trygghet och förmåga att komma tillrätta samt samfunds funktionsduglighet

hemservice², boendeservice³ och institutionsvård⁴ (Socialvårdslag (FFS 710/1982), 1 § Lagens tillämpningsområde, 13 § Kommuns socialvård).

Mentalvårdslagen (FFS 1116/1990) gäller på Åland enbart till den del som rör vård oberoende av patientens vilja. Vård oberoende av patientens vilja kan enbart genomdrivas om patienten har psykisk sjukdom, patientens vårdbehov på grund av den psykiska sjukdomen är sådant att hans sjukdom väsentligt skulle förvärras eller det allvarligt skulle äventyra hans eller andras hälsa eller säkerhet om han inte får vård och andra vårdtjänster inte är lämpliga eller de är otillräckliga (*Mentalvårdslagen (FFS 1116/1990)*, 8 § Förutsättningarna för beslut om vård).

Lag om patientens ställning och rättigheter (FFS 785/1992) samt tillämpning genom *Landskapslagen (1993:61) om tillämpning i landskapet Åland av lagen om patientens ställning och rättigheter*. I lagen framkommer bland annat att var och en som varaktigt bor i Finland har utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Varje patient har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården och behandlingen skall ges i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling, skall den i mån av möjlighet och i samförstånd med honom ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. Om en patient som har uppnått myndighetsåldern på grund av mental störning eller psykisk utvecklingsstörning eller av någon annan orsak inte kan fatta beslut om vården eller behandlingen, skall hans lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person höras före ett viktigt vårdbeslut i avsikt att utreda hurdan vård som bäst motsvarar patientens vilja. Om detta inte kan utredas, skall patienten vårdas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans bästa (*Lag om patientens ställning och rättigheter (FFS 785/1992)*, 3 § Rätt till god hälso- och sjukvård samt till gott bemötande, § 6 Patientens självbestämmanderätt).

I lag om patientens ställning och rättigheter skrivs också om journalhandlingar och sekretess: Uppgifter i journalhandlingarna är sekretessbelagda. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller någon annan som arbetar vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller utför uppdrag för den får inte utan patientens skriftliga samtycke till utomstående lämna sådana uppgifter som ingår i journalhandlingarna. Om patienten saknar förutsättningar att bedöma betydelsen av ett sådant samtycke, får uppgifterna lämnas med skriftligt samtycke av patientens lagliga företrädare. Med utomstående avses i denna lag personer som inte vid verksamhetsenheten eller på uppdrag av den deltar i vården av patienten eller i andra uppgifter i samband med vården. Uppgifter kan dock, utan hinder få lämnas. Detta gäller bland annat uppgifter som behövs för ordnande av undersökning och vård av patienten till någon annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården samt en sammanfattning av den vård som givits patienten till den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som har remitterat patienten till vården, och till den läkare som eventuellt har utsetts till ansvarig läkare för patienten, i enlighet med patientens eller dennes lagliga företrädares muntliga samtycke eller sådant samtycke som annars framgår av sammanhanget. Uppgifter får även lämnas som är nödvändiga för ordnande av undersökning och vård av patienten till någon annan verksamhetsenhet

² Med *hemservice* avses fullgörande av eller bistånd vid fullgörandet av uppgifter eller funktioner som hör till boende, personlig skötsel och omvårdnad, vård och uppfostran av barn samt till annan normal och invand livsföring.

³ Med *boendeservice* avses anordnande av service- och stödboende.

⁴ Med *institutionsvårdvård* avses anordnande av vård, uppehälle och rehabiliterande verksamhet i sådan verksamhetsenhet inom socialvården som lämnar fortlöpande vård.

för hälso- och sjukvård eller yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, om patienten på grund av mental störning, utvecklingsstörning eller av någon annan motsvarande orsak saknar förutsättningar att bedöma betydelsen av sitt samtycke och inte heller har någon laglig företrädare, eller om patienten inte kan ge sitt samtycke på grund av att han eller hon är medvetlös eller av någon annan därmed jämförbar orsak (Lag om patientens ställning och rättigheter (FFS 785/1992), 13 § Sekretessbelagda uppgifter i journalhandlingarna).

Lag om klientens ställning och rättigheter (FFS 812/2000) samt tillämplig genom *Landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård*. Klient den som ansöker om eller anlitar socialvård. En klient har rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvård. Socialvårdspersonalen skall för klienten utreda hans eller hennes rättigheter och skyldigheter samt olika alternativ och deras verkningar liksom också andra omständigheter som är av betydelse för klientens sak. Ordnanande av socialvård skall basera sig på ett myndighetsbeslut eller, när privat socialvård ordnas, på ett skriftligt avtal mellan den som lämnar socialvård och klienten. När socialvård lämnas skall i första hand klientens önskemål och åsikt beaktas och klientens självbestämmanderätt även i övrigt respekteras. Klienten skall ges möjlighet att delta i och påverka planeringen och genomförandet av de tjänster som tillhandahålls klienten. Detsamma gäller andra åtgärder som ansluter sig till den socialvård som ges klienten. Klientens sak skall behandlas och avgöras med hänsyn i första hand till klientens intresse. Om en myndig klient på grund av sjukdom eller nedsatt psykisk funktionsförmåga eller av någon annan motsvarande orsak inte kan delta i och påverka planeringen och genomförandet av de tjänster som tillhandahålls klienten eller de andra åtgärder som anknyter till den socialvård som ges klienten eller inte kan förstå föreslagna alternativa lösningar eller beslutens verkningar, skall klientens vilja utredas i samråd med klientens lagliga företrädare, en anhörig eller någon annan närstående (Lag om klientens ställning och rättigheter (FFS 812/2000), 3§ Definitioner, 4 § Rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande, 7 § Service- och vårdplan, 8 § Självbestämmande och medbestämmande, 9 § Självbestämmanderätt i speciellsituationer).

Även i denna lagstiftning berörs handlingssekretess och tystnadsplikt. Socialvårdshandlingar som innehåller uppgifter om socialvårdsklienter eller andra enskilda skall hållas hemliga. En sekretessbelagd handling eller en kopia eller utskrift av en sådan handling får inte företes för eller lämnas ut till utomstående. Den som ordnar eller producerar socialvård samt den som är anställd hos denne, liksom den som innehar ett förtroendeuppdrag inom socialvården, får inte röja en handlings sekretessbelagda innehåll eller en uppgift som vore sekretessbelagd om den ingick i en handling, och inte heller någon annan omständighet som han eller hon har fått kännedom om i samband med uppdrag inom socialvården och för vilken tystnadsplikt föreskrivs genom lag. Uppgifter ur en sekretessbelagd handling får dock lämnas ut med klientens uttryckliga samtycke eller så som särskilt bestäms i lag. När klienten saknar förutsättningar att bedöma betydelsen av samtycket, får uppgifter lämnas ut med samtycke av klientens lagliga företrädare. Om samtycke inte kan erhållas eller om klienten eller dennes lagliga företrädare uttryckligen förbjuder att en uppgift utlämnas, får den som ordnar eller lämnar socialvård utan hinder av skyldigheten att iaktta sekretess ur handlingen lämna ut sådana uppgifter som är nödvändiga för att behovet av vård av, omsorg om eller utbildning för klienten skall kunna utredas, för att vården, omsorgen eller utbildningen skall kunna ordnas eller genomföras eller för att förutsättningarna för försörjningen skall kunna tryggas. Förutsättningar är dock bland annat att den som handlingen gäller är i uppenbart behov av vård eller omsorg på grund av att hans eller hennes hälsa, utveckling eller säkerhet äventyras och det inte annars går att utreda behovet av vård eller omsorg eller att vidta vård- eller omsorgsåtgärder, eller om uppgifterna behövs för att trygga klientens oundgängliga intressen och rättigheter och klienten själv saknar förutsättningar att bedöma

sakens betydelse (Lag om klientens ställning och rättigheter (FFS 812/2000), 14 § Handlingssekretess, 16 § Samtycke till utlämnande av uppgifter, 17 § Utlämnande av sekretessbelagda uppgifter för tryggnad av vården av och omsorgen om klienten, § 18 Utlämnande av sekretessbelagda uppgifter i vissa andra situationer oberoende av klientens samtycke).

Sammanfattning över ansvarsfördelning mellan Ålands landskapsregering, Ålands hälso- och sjukvård och kommunerna

Ålands landskapsregering är övervakande myndighet för hälso- och sjukvården respektive socialvården och stiftar och tar ställning till lagar som gäller på Åland. Landskapsregeringen formulerar också målsättningar och visioner för ÅHS, som ansvarar för special- och primärvård. Personer som vårdas inom ÅHS anges som patient.

Socialvården är uppdelad på 16 kommuner, som verkar som självständiga enheter. Viss samverkan sker genom kommunförbund. Personer som vårdas inom ramarna för socialvårdslagstiftningen anges som klient.

Vidare konstateras att den psykiatriska specialsjukvårdens behandlings- och vårdarbete sker inom ramarna för den psykiatriska verksamheten i form av öppen- och slutenvård. Den psykiatriska vården på Åland sköter det mesta inom ramarna för den egna organisationen, ÅHS. Vård utom Åland används sparsamt om man jämför med många andra specialiteter (Ålands hälso- och sjukvård 2010; 2015; 2017).

Intervjumaterial om samarbete och organisering

Ur intervjumaterialet framträder en bild av att det finns en del problem i samarbetet mellan den kommunala äldreomsorgen, primärvård och psykiatriska vården. Personalen inom äldreomsorgen upplever genomgående att det är svårt att få rätt hjälp i olika utmanande situationer. Det kan handla om situationer som inkluderar hot och våld, både mot personal och medboende. Det kan även handla om situationer där personalen upplever att patienten lider av svår depression eller ångest och man är i behov av bedömning av psykiatriska tillstånd. Ibland upplevs också att den äldre personen vårdas på fel vårdnivå; att vårdarna inte har kapacitet att ge vård så att klienten, medboende och personal är trygga.

Flera som arbetat inom vård och omsorg en längre tid säger att den psykogeriatriska avdelningen saknas. Dit kunde personalen tidigare vända sig om problem uppstod. Personalen berättar också att de nu saknar ett samarbete och någon man kan vända sig till för att rådfråga.

“Vilket samarbete? Vi vet ju inte ens vart vi skall vända oss om vi skulle behöva dem. Så länge Grelsby fanns kunde vi ringa.” (Intervju nr. 14)

“Tidigare fick vi stöd från geriatrika, men nu saknas detta stöd.” (Intervju nr. 14)

“Det känns inte som nån idé mera att man ska kontakta dom för det hjälper ju inte. man får ju ändå ingen hjälp liksom hur mycket man än... Man nästan gråter i telefonen”. (Intervju nr. 4)

När äldreomsorgspersonalen anser att de behöver få stöd i att hantera olika problematiska situationer kontaktas boendets omvårdnadsledare eller hemsjukvården, som sedan i sin tur tar kontakt med expertis inom området. Det sägs dock inte alltid vara optimalt att kontakt skapas genom en mellanhand. De som arbetar närmast patienterna och står inför de utmanande situationerna i sitt dagliga arbete framhåller en önskan om att kunna få stå i direkt kontakt med personal med expertkunnande.

När det gäller bedömning av medicinska tillstånd och behov, inklusive behov och justering av läkemedelsbehandling har man inom de flesta kommunerna löst tillgång till läkare genom att anlita hälsocentralläkare. I intervjuerna framgår dock att omvårdnadspersonalen upplever att primärvårdsläkare, och även läkare på andra avdelningar inom ÅHS, inte alltid har kompetens att möta upp mot den komplexa problematik äldre med psykisk ohälsa och dess vårdare kan stå inför. Vidare sägs att det är svårt att få kontakt med läkarna i akuta situationer. Tidigare kunde medicinjusteringar ske under intagning på ÅHS vårdavdelning för demens och konfusionssjukdomar. Patienter kunde vårdas på avdelningen i perioder för att justera medicinering och sedan fungera bra i äldreomsorgen mellan perioderna.

”Om vi har tur ska jag säga att vi får kontakt med läkare två gånger i veckan, för dom har ju hela norra Åland så jag menar att det inte är så.” (intervju nr. 13)

”Då känner vi att... där också... läkarna inte har den där kunskapen.” (Intervju nr. 16)

Läkarna som ansvarar för patienterna i äldreomsorgen kan remittera patienterna till psykiatriska specialistvården vid behov. Flera av de intervjuade tycker dock att det är svårt för äldre att få tillgång till denna typ av specialiserad vård och att de som erbjuds vård på psykiatrisk avdelning skrivs ut för tidigt. Erfarenheten är att ”för tidig” utskrivning, utan ökat boendestöd eller implementering av åtgärder som kan stödja den äldre, ofta leder till att den äldre personen måste återremitteras, vilket medför onödiga förflyttningar samt återkommande ut- och inskrivningar.

”De blir som en jojjo mellan sjukvården och här, och ÅHS tillbaka och här, och ÅHS tillbaka och så vidare.” (Intervju nr. 12)

En av anledningen till att patienten förflyttas från äldreomsorgen till specialistvården kan vara bristande resurser. Det framkommer att personal inom äldreomsorgen upplever att deras resurser överskattas då patienter skrivs ut från specialistsjukvården. Personal inom specialistsjukvården vet inte alltid vilken vårdnivå som erbjuds i de olika typerna av boendeformer som kommunerna har. Det handlar om tillgång till exempelvis sjukskötare och läkemedel.

”Vi är ett effektiviserat boende eller ett serviceboende. Vi är ingen institution, men ändå tycker folk att vi skall kunna så mycket. Vi skall kunna trola...”. (Intervju nr. 14)

I flera intervjuer efterlyses mera gränsöverskridande samarbete, både inom ÅHS och mellan ÅHS och äldreomsorgen. Effektivare vårdkedjor efterlyses så att vård och omsorg kan bli mer lättillgänglig och mer anpassad efter patientens/klientens behov.

”Organisera vårdkedjorna bättre för att få det att löpa kring äldre med psykisk ohälsa.” (Intervju nr. 2)

”Det skulle vara bättre samarbete mellan läkarna också inom... här inom olika enheter på ÅHS också, att dom kan sätta sig ner och fundera på var den här personen kan få bästa vården och vilka vårdåtgärder som krävs för att patienten skall få det så bra som möjligt. Det är kanske också liksom, så att samarbetet med klinikerna... samarbetet som behöver förbättras.” (Intervju nr. 17)

Vidare beskriver personal inom äldreomsorgen att det brister i samarbetet genom avsaknad av gemensamma vårdplaneringstillfällen. Brist på väsentlig information för att kunna bedriva god vård och omsorg uttrycks också. Äldreomsorgen tycker att de inte får veta tillräckligt för att vårda den äldre efter en sjukhusvistelse och personal på ÅHS upplever i sin tur att de ibland får för lite information av äldreomsorgen.

Ett hinder som framförs som särskilt utmanande gällande informationsöverföring är olika journalhanteringssystem i kommunal vård och inom ÅHS. Den sekretess som begränsar personal med arbetsförhållande utanför psykiatriska enheten att ta del av den psykiatriska journalen uppges också

utgöra ett hinder. För att personal inom ÅHS ska kunna ta del av den psykiatriska journalen krävs en aktiv forcering; en åtgärd som sällan tillämpas då man är rädd att bli misstänkt för brott mot sekretesslagen. För att personal utanför ÅHS ska kunna ta del av journalhandlingar från ÅHS krävs ett samtycke från patienten. En del kommuner har en samtyckesblankett för ändamålet. Det beskrivs vara ett problem att samtyckesblanketten inte är uppgjord när patienten skrivs ut från ÅHS. Personal från ÅHS kan dock inte heller ta del av omvårdnadsjournalerna som patienterna har i äldreomsorgen. Det upplevs att samarbetet begränsas av den tolkning av sekretesslagarna som råder samt av de separata journalföringssystemen. Det blir ofta en fördröjning som innebär att personalen inte får tillgång till den information som behövs för att planera och utföra vård och omsorg av den äldre personen.

”Vi vet inte hur pass svår depressionen är eller hur stor den psykiska ohälsan är.” (Intervju nr. 12)

”Det kan vara så att vi får in en patient som kommer till oss och så märker man att den här personen, hon mår inte bra, det är någonting... Vad kan det vara, kan det vara nåt... och du tittar i journalen och ser ingenting. Men då är det så att vi inte kan se psykiatris journal. Det kan ta flera veckor att få svar”. (Intervju nr. 16)

I vissa kommuner tycker man inte att det finns problem med tystnadsplikten eller samtyckesförfrågan. Det finns också beskrivningar av att kontakten med den psykiatriska vården och hälsocentralläkaren fungerar väl.

”Hon går väl till psykiatern som alltid kommer till henne. Det fungerar alldeles utmärkt. Där får ingen annan läkare röra någonting av hennes mediciner.” (Intervju nr. 2)

”Hälsocentralläkaren fungerar ofta bra när kontakten är etablerad och det finns kontinuitet” (Intervju nr. 13)

Projektledarnas och styrgruppens reflektioner kring samarbete och organisering

Samarbetet mellan ÅHS och den kommunala äldreomsorgen är en väldigt viktig faktor för att kunna tillgodose vård- och omsorgsbehoven hos äldre med psykisk ohälsa. I intervjuerna lyfter personalen inom äldreomsorgen fram behovet av ett gränsöverskridande samarbete. De uttrycker att de försöker allt och ringer till flera instanser utan att få hjälp. När hjälpen uteblir trots att de gjort många upprepade försök känner de till slut uppgivenhet och tar ibland till desperata utvägar så som att ringa efter ambulans. En ambulanstransport blir en påfrestande händelse för en äldre person som lider av psykisk ohälsa och personen hamnar till akutmottagningen för bedömning. Beroende på aktuell arbetsbelastning kan den äldre personen få vänta flertalet timmar innan bedömningen sker. Efter det flyttas den äldre personen till någon av avdelningarna på sjukhuset eller förs tillbaka till boendet, vilket medför att den äldre personen kan utsättas för flertalet flyttar inom en kort period. Dessa flyttar belastar den äldre personens mående ytterligare och litteraturen säger att det tar upp till tre månader innan den här typen av flyttstress försvinner (Karlsson, 2013). Äldreomsorgspersonalen upplever också att de äldre inte blir mottagna till den psykiska vården på grund av hög ålder. Äldre personer som tidigare varit patienter inom den psykiatriska vården är nu helt flyttade till äldreomsorgen och tidigare regelbundna uppföljningar uteblir. Medicinjusteringar som tidigare skett hos den psykiatriska vården är nu överlämnad till primärvårdens läkare som saknar specialkompetens inom området. Äldreomsorgspersonalen behöver få uppdateringar gällande medicinändringar och biverkningar för att kunna följa den äldres mående och effekten av medicineringen efter justeringar skett.

För att stöda samarbetet mellan äldreomsorgen och ÅHS har styrgruppen lyft tanken på ett expertteam. Expertteamet kunde bestå av redan befintliga personer inom ÅHS. Personerna i teamet behöver ha specialkompetens inom området och komplettera varandra. Viktiga nyckelpersoner i expertteamet kan vara psykiater, geriatriker, psykolog, socialkurator, specialistsjukskötare,

ergoterapeut och fysioterapeut. Expertteamet kan sammankallas vid svårlöst problematik och kan konsulteras av primärvårdens läkare, hemsjukvård och av boendestödsteamet (se nedan; boendelösningar).

Både i intervjuer och i forskning kring psykisk ohälsa har det tydligt visat sig en saknad efter en lättillgänglig öppenvårdspsykiatri. Det stöds även av Saarni (2019) som anser att ingen tar helhetsansvar över öppenvårdspsykiatrin på Åland. Enligt Saarni (2019) finns det brister i förändringsvillighet på Åland. Därför är det viktigt att organisationerna ser möjligheter i förändringsarbete som syftar till att arbeta över organisationsgränserna.

Det framkommer problematik kring frågor som har med sekretess att göra. Personal är rädd att bryta tystnadsplikten och är osäker på vad lagen om tystnadsplikt egentligen betyder. Det gäller både personal inom äldreomsorgen och personal inom ÅHS. Inom äldreomsorgen står personalen ibland helt utan viktig information om klienter de vårdar. Information om den äldre personen vid utskrivning från sjukhuset går oftast till hemsjukvården, om personen har hemsjukvård. Hemsjukvården tillhör primärvården och verkar under ÅHS. Hemsjukvården har inte kapacitet till hembesök med kort varsel. Det här kan göra att hemtjänsten vårdar den äldre personen en längre period utan att ha tillgång till viktig information om exempelvis mediciner och sjukdomar. Det uppstår också problematik kring sekretessfrågor inom ÅHS då den psykiatriska vården har särskild sekretess i journalen. "Sekretessmuren" kan forceras av personal som har ett vårdförhållande till patienten men få gör det då de är rädda för att begå tjänstefel.

Patienter ska ha en väl uppdaterad vårdplan. Men då äldreomsorgen och ÅHS inte har samarbete i journalsystemet leder det till att den äldre personen har en vårdplan aktiv inom äldreomsorgen och en annan vårdplan då den är inskriven på sjukhus. Dessa båda planer är helt skilda och delas inte med övriga som vårdar samma person, vilket bedöms vara problematiskt.

Boendelösningar

Boendemiljön är av central betydelse för människans psykiska välbefinnande då en stor del av vårt liv tillbringas i vårt hem eller annan boendemiljö. En person med psykiska funktionsnedsättningar behöver ett bra stöd med anpassade och specialiserade hjälpinsatser för att hantera aktuell boendemiljö. Ett anpassat boendestöd bidrar till livskvalitet samt ökad funktionsnivå i relation till psykisk funktionsnivå och ålder (Andersson, 2009; Anderson & Gustafsson, 2017; Topor, 2014).

Boendestöd

Boendestöd är ett socialt stöd i vardagen, ett vardagsstöd som äger rum på olika platser, inte bara i hemmet. Det sociala samspelet och själva sällskapet av boendestödjaren är en väsentlig aspekt av ett stödjande boende. Det inbegriper såväl emotionellt som vägledande stöd, psykoedukation. Boendestödet kan beskrivas som en ömsesidig social process, där båda parter är sociala aktörer och tillsammans skapar ett specifikt och socialt sammanhang (Andersson & Gustafsson, 2017). Genom att främja de äldres sociala interaktion och socialt stöd från omgivningen kan man förebygga känslor av ensamhet och psykisk ohälsa i olika riskgrupper (Forsman, 2014). Ett väl genomfört boendestöd omfattar närvaro, stävjar ensamhet, avlastar anhöriga, liksom inre spänningar hos individen samt innefattar tillräckligt med tid; tidsaspekten avgör handlingsutrymme för vad två personer kan och hinner göra tillsammans (Andersson, 2009).

Boendestödsbehovet bedöms utgående från allmänna och individuella kriterier som vilar på en vetenskaplig grund av en professionell bedömare i samarbete med klienten (Andersson, 2009; Topor, 2014).

Bland annat genom inlägg i Nya Åland av framkommer att patientföreningen Reseda överlag är kritisk till det boendestöd som erbjuds oavsett åldersgrupp på Åland. Man upplever inte att stödet är anpassat till de behov som personer med psykisk ohälsa har. Man säger sig ha påtalat bristerna under flera års tid och anser att dagens vård leder till försämrade psykisk hälsa, isolering från samhälle, tvingar klienterna att jaga vårdkontakter för att få någon sorts stöd, om det finns. Personerna med sviktande psykisk hälsa blir beroende av anhöriga, som i sin tur blir utmattade. Mediciner kan ibland vara det enda alternativet. Vissa personer påverkas så kraftfullt av läkemedlen så de tappar sin funktionsförmåga. Man efterfrågar en vård som är relationsorienterad och har kontinuitet. Man efterfrågar även att det finns tid, möjlighet till delaktighet i vården och en vård som utgår från individuella behov (Lagerberg, Ringvall, Åsbacka, 2016; Bergqvist, 2015; Ålands handikappförbund, 2017; Nordling, 2016).

Intervjumaterial om boendelösningar

I intervjuerna framkommer avsaknad av specialiserade avdelningar i samband med vård av patienter med svår psykisk ohälsa, ibland i kombination med demensproblematik. Särskilt olika former av beteendestörningar som aggressivitet, ångest och utåtagerande oro sägs vara utmanade. Personalen känner sig många gånger handfallen. Denna problematik påverkar inte bara den drabbade personen, utan sägs också påverka medpatienter och personalens arbetsmiljö.

”Såna här klienter hör inte hemma på kommunala åldringshem... att... många klienter blir rädda också... att... men var ska dom vara?” (Intervju nr. 12)

”Det är ju liksom inte bara den klienten som lider av psykisk ohälsa som mår dåligt, utan det blir ju som kringeffekter av det hela. Det skapar oro i hela boendegruppen.” (Intervju nr. 14)

Personal med lång arbetserfarenhet, som arbetat under den tid då den psykogeriatriska avdelningen existerade, säger sig sakna en motsvarande enhet. Då inte boendeformen är anpassad efter patientens behov finns det risk för att patienten får söka vård vid andra/olika vårdinrättningar.

”Prata om att hitta passligt boende... ja, när dom åker in och efter en stund så är dom tillbaka och så åker dom hem, så in, så tillbaka och så väldigt, väldigt... det kan vara ångestattacker, det kan vara vad som helst... så in och så hem tillbaka.” (intervju nr. 16)

”Vi behöver ha den här psykogeriatriken på Åland. Vi kan inte ta den för det blir en osäkerhetsfaktor också för våra andra boenden. Dom är livrädda och går in på sina rum och ringer till sina anhöriga och ringer och ber dem att hämta dem härifrån.” (intervju nr. 15)

”Men kanske för att dom skulle behöva lite mera psykiskt mera stöd känns det som det här, finns ju egentligen inte riktigt något för äldre boenden för äldre människor med psykiska problem.” (Intervju nr. 16)

Vidare lyfts ensamhet som ett boendeproblem. Det finns äldre som har ett mycket begränsat socialt nätverk. Det kan vara svårt att leva med ångest och oro när man inte har något socialt stöd och saknar någon att prata med. Avsaknad av närstående gör att vårdpersonal ofta får ta större ansvar för de äldres grundläggande behov. Det kan handla om behov så som behov av närhet, kroppskontakt och behov av att bli bekräftad som människa. Avsaknad av anhöriga gör också att vårdpersonal upplever avsaknad av stöd än större.

”Ett besök till banken kan bli långdraget för att man har stort behov av att prata. Kan vara den enda man träffar den dagen.” (intervju nr. 12)

”Jag menar just oro och ångest, det är ju klart att det finns ju och i hemmet, om vi pratar om det, det är ju ensamheten som skapar det”... ”Ibland räcker det med att avsätta tid för samtal för att minska oron ofta räcker det med det.” (intervju nr. 2)

”Väldigt jobbigt om personen inte har nån anhörig. Man vet inte riktigt till vem man skall vända sig.” (Intervju nr. 7)

Projektledarnas och styrgruppens reflektioner kring boendelösningar

I styrgruppen har problematiken med boendemiljö i samband med svåra beteendestörningar diskuterats. Intervjuerna har visat att utåtagerande beteende, hot och våld är svåra boendeproblem som påverkar många i kommunernas boende. I dag har boendena inte alltid personalresurser att hantera problematiken. Man upplever att det saknas kunskap och stöd för personalen i dessa situationer som kan vara svåra, personalen behöver hjälp att hantera situationen.

I intervjuerna framkommer också önskemål om ett särskilt gruppboende för personer med psykisk ohälsa. Susanne Rolfner-Suvanto konsulterades i frågan när hon var till Åland och föreläste. Hon rekommenderade inte att man bygger sådana särskilda boenden. Hennes uppfattning är att en modern vård vid psykisk ohälsa skall i möjligaste mån ges där patienten bor eller finns.

Även frågan om trapphusboende har varit upp för diskussion i styrgruppen som ett möjligt alternativ. Det blir ett hem för klienten så länge det behövs. Styrgruppen har inte fördjupat sig i den frågan men det är också en möjlig boendelösning. Dock behöver man ha i åtanke hur stödet kan utvecklas eftersom, om personens vårdbehov ökar vartefter.

Det är viktigt att notera att de klienter som behöver boendestöd är de personer som har störst problem med sin psykiska ohälsa. Det finns nästan undantagslöst svåra psykiatriska diagnoser i bakgrunden.

Boendestödjaren är på många sätt det yttersta stödet. Om stödet fungerar kan individens välbefinnande höjas, livskvalitet stärkas och förutsättningar för att möta nya utmaningar skapas. Individen stärks och dåligt mående lindras och risken för intagningar minimeras. Ett bra boendestöd är ett stöd i vardagen och är ett viktigt led i helhetsvården av personer med de största och mest krävande psykiska funktionshindren. Ett bra boendestöd minimerar också återkommande intagningar på sjukhus. Utifrån vad som sagts i intervjuerna och i tidigare litteratur (Andersson, 2009; Lindkvist, 2014; Strandberg, 2014) finns det förmodligen personer på Åland inte får rätt stöd, det vill säga det stöd som sjukdomen och funktionsnedsättning kräver.

Att bygga upp ett boendestöd på Åland, som har ett relativt litet befolkningsunderlag, kräver att vi inte särskiljer boendestöd för olika åldersgrupper. Alla ålänningar bör erbjudas boendestöd oberoende av ålder. Det betyder att förslaget som föreligger om boendestöd inte enbart gäller äldre personer utan alla åldersgrupper i samhället.

Åland har i många avseenden en bra och välutvecklad vård kring psykiatriska patienter, relativt bra med psykiatriska bäddvårdsplatser, en dagavdelning som ger stöd och psykoedukation, en psykiatrisk rehabiliteringsenhet i öppenvård samt goda möjligheter till öppenvård och psykoterapi i olika former (Saarni, 2019). Man kan se boendestödet som den verksamhet som skall backa upp insatserna som ges av psykiatrin. Utan ett bra boendestöd riskerar psykiatrins insatser bli ineffektiva och kan leda till upprepade återfall och intagningar på avdelning. Boendestödet är grundläggande för en bra psykiatrisk hälso- och sjukvård (Ringbom-Fonsell, 2018).

Det finns en modell för boendestöd som tillämpas inom specialomsorgen inom Ålands omsorgsförbund. Stödinsatsen kan inkludera till exempel handledning i vardagliga sysslor som

städning, hygien, matlagning, läkarbesök, myndighetskontakter, medicinhantering och fritid, men även en social- och stödsamtalsfunktion (Ålands omsorgsförbund, u.å). Denna service erbjuds dock bara personer som omfattas av specialomsorgen. Boendestöd för de personer som står utanför specialomsorgen existerar inte på Åland, vilket betyder avsevärda brister enligt till exempel Andersson (2009), Topor (2014) och Lindqvist (2014). Boendestöd för äldre med psykisk ohälsa, som bygger på att klienterna får en objektiv bedömning av sin funktionsförmåga och boendestödsinsatser utgående från en professionell bedömning, saknas. Det gäller inte bara äldre klienter utan gäller samtliga åldersgrupper som står utanför specialomsorgen. Man kan undra varför denna del av stödet för psykiatriska patienter inte utvecklats? Kanske beror det på ett stort antal kommuner där det varit svårt att skapa resurser för gemensamma projekt och samarbete över gränserna.

Det lyfts att anhöriga kan få ta orimligt stort ansvar då boendet inte fungerar optimalt. Intervjuerna lyfter fram bristen på ett effektivt boendestöds system som man kunde vända sig till för att få kompetent hjälp. Klient- och anhörigintervjuerna (som presenteras senare i arbetet) lyfter också fram att det kan brista i stödet hemma efter en utskrivning, efter att man lidit av en allvarlig psykisk sjukdom och är skör. Klientintervjun visar också hur viktigt det sociala kapitalet är när en personlig utveckling kommer igång. Att ha åtminstone en nära relation som man kan knyta an till öppnar upp för personlig utveckling.

Boendestödsteam

Ett specialiserat boendestödsteam skulle kunna innebära många fördelar. Boendestödsteamet kunde bli en grupp professionella som har stor kunskap i att vårda personer med psykisk ohälsa, och därmed också bli det "kunskapscentrum" som andra kan vända sig till. Ett sådant team kan bestå av sjukskötare och närvårdare. Boendestödsteamet skulle kunna ha möjlighet att snabbt reagera om klienters psykiska välbefinnande försämras, göra bedömningar och snabbt kontakta experter vid behov.

I dag är det socialarbetarna som har ansvaret att bedöma klienternas behov av stödinsatser eller servicebehov. Som stöd i bedömningen används vårdplaneringsverktyget RAI. Vid ett samtal med socialarbetare framkommer att arbetet med bedömningar inte genomförs systematiskt. Vidare konstateras att resurserna är så begränsade, att även om man ser behoven, så har man inte möjlighet att möta upp mot dem. Det upplevs också att det är mycket svårare att bedöma psykiska behov än fysiska, som är synligare. I Sverige har man utvecklat ett system där särskilda boendestödsbedömare gör en bedömning av klientens stödbehov. Klienten har en så aktiv roll som möjligt i den processen och boendebedömmaren och klienten kommer tillsammans till vilken form av stöd är bäst för klienten (Lindqvist 2014).

Kompetensutveckling

Kompetens kan ses som ett paraplybegrepp, som ett övergripande begrepp som fokuserar på olika krav på individens varierande förmågor och förmågan att utföra en arbetsuppgift på ett kompetent sätt. Kunskap ingår som en väsentlig del av att beskriva vad kompetens är (Fruåkrer och Nilsson, 2013).

Det finns olika typer av kunskapsformer. Redan för ca 2 300 år sedan gjorde den grekiska filosofen Aristoteles en indelning av olika kunskapsformer; ett angreppssätt av kunskap som ekar kvar i litteraturen än idag. Aristoteles presenterade fem olika kunskapsformer: 1. *episteme*, vetenskaplig kunskap, påståendekunskap, veta att; 2. *techne*, praktisk-produktiv kunskap, färdighetskunskap, veta hur; 3. *fronesis*, praktisk klokhet, det goda omdömet, veta när; 4. *sofia*, filosofisk kunskap, visdom,

och 5. *nous*, förnuftsinsikt, intuition. Aristoteles poäng var att kunskapen har många former, varav den vetenskapliga bara är en (Svenaesus, 2009).

Aristoteles beskrivning av olika kunskapsformer kan sammankopplas till evidensbegreppet. Evidensbaserad hälso- och sjukvård omfattar "(E)tt förhållningssätt och en vilja att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga bevis som underlag för vårdbeslut" (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011, s.22). Att arbeta evidensbaserat inom hälso- och sjukvården innebär att den vetenskapliga kunskapen kompletteras och kombineras med kunskap om enskilda patienters och närståendes behov och upplevelser, samt de organisatoriska och ekonomiska förutsättningar som råder. Det innebär att integrera bästa tillgängliga bevis för att tillsammans med patient och närstående fatta beslut om insatser inom de organisatoriska ramar som erbjuds. Att arbeta evidensbaserat innebär att den professionelle väger samman sin bästa tillgängliga kunskap, den enskilde patientens situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

Som tidigare nämnts har det konstaterats att det finns en koppling mellan bristande kunskap och negativa attityder och motvilja till att vårda personer med psykisk ohälsa (Markström, et al., 2009; Mutiso, et al., 2017). Mot bakgrunden ovan kan det gå att förstå, att för att öka kunskapen så krävs att kunskap utvecklas på olika plan. För att kunna erbjuda god vård till äldre med psykisk ohälsa krävs teoretisk kunskap (*episteme*), men det krävs även att veta hur och när kunskapen ska användas (*techné, fronesis*). Många gånger krävs även förvärvad visdom och intuition (*sofia, nous*). För att öka kompetensen av att vårda äldre med psykisk ohälsa bland äldre har utbildningen MHFA-Å erbjudits till vårdpersonal (utbildningen beskrivs närmare under metodavsnittet). I tidigare utvärdering av utbildningen har det konstaterats att kursdeltagarna har mer kunskap efter utbildningen och deltagarna hade använt sina kunskaper och faktiskt utfört första hjälpen-insatser. Vidare så hade kursdeltagarna mer positiva attityder jämfört med före studien, vilket kan minska risk för stigmatisering av äldre med psykisk ohälsa (Svensson & Hansson, 2016).

Intervjumaterial om kompetensutveckling

I intervjuerna framträder att deltagarna upplever sig sakna tillräckliga kunskaper om psykisk ohälsa generellt, och specifikt kunskap kring psykisk ohälsa bland äldre. En önskan om mer utbildning inom området önskas.

"Det är så brett! Det är otroligt. Att hur hanterar man liksom sådana här personer med psykisk ohälsa." (intervju nr. 7)

"Vi behöver utbildning i hot och våld och depression ganska kontinuerligt." (intervju nr. 12)

I intervjuerna framkommer att man på grund av personalbrist ibland anställer vikarier utan utbildning. Det lyfts fram att brist på kunskap sägs kunna påverka vårdkvaliteten.

"Kunskapsbristen leder lätt till att man inte tar patientens problem på allvar och inte tar itu med ohälsan direkt utan låter patienten vänta." (intervju nr. 13)

Brist på kunskap gör vidare att vårdarna börjar tvivla på sin egen förmåga att ge en god vård. Det sägs att man många gånger går till sig själv och frågar sig om man gjorde något fel, till exempel då man blivit utsatt för hot eller våld. Personalen hamnar i etiska dilemman där det är lätt att beskylla sig själv för att inte kunna hantera en situation. Det framkommer att det finns personer som upplever det tungt att gå till arbetet på grund av rädsla och för att man inte riktigt vet vad man kan göra för att undvika hotfulla situationer. Det framgår att bristande kompetens kan vara en riskfaktor för att hamna i en situation där personalen inte alltid kan tolka och förstå vad som händer och utlöser vissa situationer. Det kan vara svårt att förstå vad som ligger bakom klienternas frustration och därmed blir det svårt att

bemöta den på ett bra sätt så att den inte leder vidare till ökade grader av irritation som sedan eskalerar till hot och våldssituationer. En viktig av den etiska kompetensen är att inse att ingen är ofelbar och att alla situationer inte kan förstås i realtid. Här blir en bra handledning viktig.

”Vad gjorde jag för att få en smäll? --- Jag menar att man... får man en smäll tillräckligt ofta så undviker man kanske att gå till sin arbetsplats, för ingen människa vill ha stryk.” (Intervju nr. 14)

”Man går och funderar på om man gjort rätt eller och... vad har jag inte gjort, hur skulle vi gjort och så vidare.” (Intervju nr. 7)

”Har man inte kunskap blir det lätt så att man har svårare att ta eller förstå hot som grundar sig i den psykiska ohälsan, t.ex. personlighetsstörning kan vara svårt för viss personal att förstå att det inte var menat mot mig.” (Intervju nr. 13)

Vidare säger man sig sakna redskap att möta obearbetade händelser och sorg, och också veta hur mycket man ska ”tränga sig på”. Äldre är ofta ovana att prata om svåra saker, man skall inte klaga så mycket. Det framkommer i flera intervjuer att personalen upplever att man inte riktigt räcker till kunskapsmässigt och är osäker på hur man skall förhålla sig till patientens integritet, vad är att tränga sig på och vad går att ta upp och var gränserna går. Personalen efterlyser verktyg att hantera sorg och existentiella frågeställningar.

”Det skulle vara bra att ha verktyg att behandla den här sorgen. De är ofta vana som det var förr, att man inte pratar om det... man skall inte klaga så mycket... prata om det.” (Intervju nr. 2)

”Hur mycket kan man tränga sig på, försöka hjälpa när dom inte vill ha. Det är en fin gräns.” (intervju nr. 12)

Det framkommer också att vårdpersonalen upplever att det kan vara svårt att motivera personer med psykisk ohälsa och saknar kunskap i hur man ska ta sig an detta. Här rör man sig också ofta på nivåer där de existentiella hälsonivåerna och kunskap om psykisk ohälsa behöver mötas för att nå fram till klienten.

”Kan vara svårt att motivera patienterna för aktiviteter. Känns nu som om att motivationsarbetet är den svåraste delen.” (Intervju nr. 12)

”Ja man vet inte riktigt vad man skall motivera dem med när man hållit till sist, som när man tragglar och tragglar och tragglar och tragglar. Och ändå händer det inget. Man vet inte hur pass svår depression eller hur pass stor den psykiska ohälsan är heller.” (Intervju nr. 12)

I frågorna kring kunskap återkommer intervjudeltagarna till brist på det stöd som även nämns under rubriken Samarbete och organisering. Man saknar ett ställe dit personalen kan ringa och fråga när man är osäker i hur man ska hantera olika utmanande situationer.

”Det kunde finnas en koordinator man som man kan ringa till, en person som känner till ja som kan ge verktyg åt personalen när dom ringer och så, när dom inte vet och så.” (Intervju nr.4)

Även om många känner sig tveksamma framkommer också att personal har god tillit till sin förmåga att ge god vård och att hantera svåra situationer.

”Fast jag skulle nog säga att vi är ganska proffsiga vi också i det lilla vi gör.” (Intervju nr.12)

”Det kan se hemskt ut när den här klienten blir upprörd, men tar man det på rätt sätt så löser man det ofta på ett fint sätt.” (Intervju nr. 12)

Enkätstudie

De preliminära resultat från enkätstudien som presenteras i denna rapport baserar sig på svar från de största yrkesgrupperna, dvs sjukskötare och närvårdare (eller motsvarande). De preliminära resultaten

baseras på svar från totalt 337 sjukskötare och närvårdare (sjukskötare: 57,8%; kvinnor: 94%; arbetserfarenhet: 5 år eller mindre: 12,3%; 5–15 år: 28,9%; mer än 15 år: 58,7%).

De preliminära indikerar att en signifikant större andel av närvårdarna jämfört med sjukskötarna känner sig ganska eller mycket säkra på att hjälpa en äldre person med psykisk ohälsa. Närvårdarna skattade även sin förmåga att vårda äldre med psykisk ohälsa högre jämfört med vad sjukskötarna gjorde. Mer än hälften av sjukskötarna kände sig inte bekväma med att möta äldre med psykisk ohälsa. I materialet fanns en uppsättning kunskapsfrågor som rör äldre med psykisk ohälsa. Ingen signifikant skillnad i kunskapsnivå mellan närvårdare och sjukskötare kunde identifieras, men resultatet indikerar ändå att sjukskötarna kan ha en något högre kunskapsnivå. De preliminära resultaten visar vidare att personal inom specialist- och primärvård hade signifikant högre poäng (bättre kunskap) jämfört med personal inom äldreomsorg. Det fanns ingen skillnad i kunskapsnivå i grupperna med olika arbetserfarenhet.

Utvärdering MHFA-Ä

I metodavsnittet i denna rapport beskrivs att kursdeltagarna i utbildningen MHFA-Ä har erbjudits att fylla i ett frågeformulär. Frågeformuläret har besvarats i samband med utbildningens uppstart (mättillfälle 1), när utbildningen avslutades (mättillfälle 2) och sex månader efter avslutad utbildning (mättillfälle 3). Vid rapportens skrivande har inte alla utbildningstillfällen inom ramarna för projektet genomförts och sexmånadersuppföljning fortsätter under hösten 2019. Baserat på de svar som inkommit kan enbart enstaka preliminära resultat presenteras här. Arbetet med insamling och bearbetning av data fortgår efter avslutat projekt i samarbete med Högskolan på Åland och Åbo Akademi.

Resultaten indikerar att kunskapen verkar stiga efter utbildningen (på gruppnivå). Dessa resultat baseras på en utfallet av en kunskapsskala som finns med i enkäten. Skalan består av olika påståenden som "Depressionssjukdom är den vanligaste formen av psykisk sjukdom i hög ålder" och "Psykisk ohälsa är lika vanligt bland ensamstående äldre jämfört med par". Svartalternativen är "Stämmer"; "Stämmer inte"; "Vet inte". Varje korrekt svar ger en poäng. Totalt inkluderades 14 frågor i uppföljningen (möjlig maximal poängsumma: 14 poäng). Vid mättillfälle 1 hade deltagarna 8,4 poäng som medelvärde (27 svaranden), vid mättillfälle 2 hade medelvärdet stigit till 12,2 (28 svaranden), för att sedan sjunka till 10,7 vid mättillfälle 3 (18 svaranden).

Projektledarnas och styrgruppens reflektioner kring kompetensutveckling

I intervjuerna stiger behovet av kunskapsutveckling fram starkt. På fältet efterlyser man flera olika typer av kunskapsbehov. Det handlar om bemötande då man i många fall känner sig handfallen i mötet med psykisk ohälsa hos äldre.

Styrgruppen tog i ett tidigt stadie beslutet att genomföra MHFA-Äldre på Åland. De utsåg projektledarna och ytterligare två instruktörer från samarbetspartners för att gå utbildningen till instruktörer och hålla i MHFA-äldre på Åland. Från start fanns en förhoppning om att kunna hålla en endags utbildning i MHFA, men förslaget fick avslag av Karolinska Institutet som håller i utbildningen. Inom projektbudgeten kunde material till 180 personer avsättas. Det fanns en ambition att utbilda fler personer i konceptet. Styrgruppen har diskuterat att det är viktigt att få till en fortlöpande fortsättning av MHFA utbildningen och vill att den ska erbjudas till alla som möter personer som lider av psykisk ohälsa men primärt till personal inom äldreomsorg och den personal som möter äldre med psykisk

ohälsa inom ÅHS. Det är personalen inom äldreomsorgen som har den långsiktiga kontakten till de äldre och det är de som har möjlighet att påverka de äldres välmående i längden.

Utifrån de preliminära resultaten av utvärderingen av MHFA-Å finns det indikation på att deltagarnas kunskap ökar efter genomgången kurs. Resultaten indikerar dock också att viss kunskap delvis går förlorad över tid. Det kan finnas skäl att fortsätta erbjuda MHFA-Å, men det krävs fler instruktörer och medel avsatta för att hålla utbildningen löpande. Det är också viktigt att arbetsplatserna lyfter fram ämnet på kontinuerlig basis för att behålla de erhållna kunskaperna hos personalen.

Det framkommer också i intervjuerna att personal möter olika typer av hot och våld i sitt arbete. Det kan handla om slag, knuffar och olika typer av muntliga hot som är tungt att bearbeta i längden. Personalen funderar i banor där de till viss del skuldbelägger sig själva, har de själva gjort någonting för att trigga igång situation och skulle de borda bemött annorlunda för att bryta situationen snabbare. Ibland har personalen även känt att de behöver beskydda andra äldre som befinner i samma lokaler för att våldet inte ska gå ut över dem. Personalen behöver verktyg för att hantera dylika situationer och handledning för att bearbeta händelser som skett.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Det är viktigt att den psykiska hälsan och välbefinnandet upprätthålls i den växande äldre befolkningen, eftersom det möjliggör att man längre upp i åldrarna kan njuta av livet och vara delaktig i samhället (Forsman 2014). Det i sin tur kräver planering och åtgärder för att skapa ett åldersvänligt samhälle. Skapandet av bra boendemiljöer, naturliga mötesplatser samt lättillgängliga aktiviteter av social gemenskap och fysisk träning är viktiga komponenter i det hälsofrämjande arbetet (Jönsson, 2018).

I och med att fokus här ligger på förebyggande av psykisk ohälsa riktar sig de preventiva hälsointerventionerna till individer som befinner sig i olika riskgrupper, och får en snävare utgångspunkt än generellt inriktade hälsofrämjande interventionerna (Forsman, 2014). Det är således viktigt att tidigt identifiera vem i den äldre åldersgruppen som är i riskzonen för psykisk ohälsa för att tidigt kunna vidta förebyggande åtgärder. I insatser för att förebygga psykisk ohälsa är det viktigt att vara medveten om vilken nivå interventionerna sker och att tydligt definiera hälsointerventionernas syfte, målgrupp och önskad effekt (Forsman, 2014).

Lagstiftning rörande hälsofrämjande och förebyggande arbete

Enligt *Landskapslag om hälso- och sjukvård (2011:114)* ska Ålands hälso- och sjukvård ordna sådant arbete för psykisk hälsa som behövs för att främja hälsan och välfärden för invånarna i landskapet. Med arbetet för psykiska hälsan avses att undersöka och behandla samt ge medicinsk rehabilitering i samband med psykiska symptom och sjukdomar. Det arbete som utförs av Ålands hälso- och sjukvård ska planeras och utföras så att det bildar en funktionell helhet med tillsammans med den kommunala helheten (Landskapslag om hälso- och sjukvård, (2011:114), 40 § Arbetet för psykisk ohälsa)

Vidare ska Ålands hälso- och sjukvård ska eftersträva efter att förebygga psykisk ohälsa hos invånarna i landskapet genom att stärka de faktorer som skyddar den psykiska hälsan och att minska och avlägsna faktorer som hotar den psykiska hälsan. Med förebyggande av psykisk ohälsa avses 1) att ge en sådan handledning och rådgivning beträffande de faktorer som skyddar och hotar den psykiska hälsan, som ingår i hälso- och sjukvården samt vid behov ge psykosocialt stöd till individen och familjen samt 2) att samordna det psykosociala stödet i exceptionella krissituationer. Det arbetet med att förebygga

psykisk ohälsa som utförs på Ålands hälso- och sjukvård ska planeras och genomföras så att det bildar en funktionell helhet med den kommunala socialvården (Landskapslag om hälso- och sjukvård, (2011:114), 35 § Förebyggandet av psykisk ohälsa).

Socialvården har lite andra formuleringar om hälsofrämjande och förebyggande av psykisk ohälsa men samma formulering om att arbetet skall bilda en funktionell enhet. Nytt i den föreslagna socialvårdslagen för landskapet Åland är att en *samverkansöverenskommelse* om förebyggande av psykisk ohälsa skall ingås mellan Ålands hälso- och sjukvård och socialvården. Syftet med föreslagen äldrelag för Åland är att bland annat främja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand (Ålands landskapsregering, 2018).

Intervjumaterial om hälsofrämjande och förebyggande arbete

Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet nämns sparsamt vilket kan förklaras av att vi inte ställde direkta frågor om det. Den sociala kontaktens och aktivitetens betydelse framträder som viktig och ibland tillräcklig för att förebygga nedstämdhet och ge en känsla av gemenskap och mening. Alla människor i grunden sociala varelser med behov av varandra det är vårt naturliga tillstånd men i en depression kan personen tappa kontakten med grundläggande behov att vara i kontakt. Då kan den kontakten åter upprättas med hjälp av en medmänniska i klientens omgivning och hen är med igen.

”De kan vara lite deprimerade och så, att går man in och pratar med dem och sen lockar dem och så är dom med. Och sen helt plötsligt glömmet dom bort... och då är dom glada och tycker att det är så roligt. Att det behövs liksom den där puffen och knuffen att få ut dom att dom kommer med”. (Intervju nr.2)

Det framkommer att det är viktigt med tidig upptäckt och för att starta behandlingen i tid vid psykisk ohälsa. En mycket viktig fråga är att ge personalen verktyg och kunskap för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa. En relevant utbildning och ökad medvetenhet är en nyckelfråga i det här sammanhanget.

”Men det är som du säger att komma i tid. För det finns ju så många olika depressioner, och det kan ju hänt nåt inom familjen att man blir deprimerad. Kanske vi borde... bli duktigare att ställa frågor” (Intervju nr.7)

Projektledarnas och styrgruppens reflektioner kring det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet

I dag är det ingen som riktigt tar ett helhetsansvar för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet kring psykisk ohälsa för äldre, även om det stipuleras i hälso- och sjukvårdslagen. Någon gemensam strategi i ett större perspektiv mellan Ålands hälso- och sjukvård och äldreomsorg/socialvård existerar inte.

Äldre som fyllt 75 år är en grupp som statistiskt sett börjar må allt sämre, depressionsproblematiken och ångestproblematiken ökar och ensamheten blir ett större problem. Också självmorden ökar i högre ålder. På Åland finns en ergoterapeut som tillsammans representant från med socialvården gör förebyggande hembesök till personer som nått 75 års ålder. Det kan ses som ett viktigt förebyggande arbete. I samtal med ergoterapeuten inom ÅHS framkommer att det är utmanande att veta vart äldre personer med psykisk ohälsa kan vända sig/vart hon kan hänvisa dem. Situationen har underlättats efter att primärvården fått psykolog och sjukskötare med inriktning mot psykisk ohälsa (Hagström, I. Personlig kommunikation, 1 april. 2019).

Det är viktigt att fånga upp olika former av psykisk ohälsa så tidigt som möjligt för att undvika onödigt lidande, frågan behöver lyftas bland personalen både inom Ålands hälso- och sjukvård och

socialvården. Det är uppenbart att vissa nyckelgrupper behöver utbildning kring psykisk ohälsa och tidiga tecken. Det finns också olika former av utvecklade screeninginstrument man kan ta i bruk (t.ex. BDI vid depression och BAI vid ångest). Det behöver dock definieras är i vilka situationer instrumenten används och i vilka riskgrupper. Det är också viktigt att definiera resurser och strategi för hur man tar hand om den problematik som eventuellt kommer fram.

Individens relation till sig själv är den enda relationen som gäller genom hela livet. Forskning kring människans självkänsla och tredjeågens psykoterapi t.ex. Compassion fokuserad psykoterapi har visat att en negativ och sträng hållning till oss skapar psykisk ohälsa (Anderson & Viotti, 2013; Bertlander, 2014). Hållningen till oss själva är en del av vår existentiella hälsa och mycket avgörande för vår psykiska hälsa. Det finns all anledning att betrakta äldre med en negativ syn på sig själv som en riskgrupp för psykisk ohälsa. Det blir viktigt att personalen kan fånga upp dem och har beredskap för att diskutera klienternas tankar och ta del av deras berättelser i den existentiella dimensionen (Melder, 2014). Också människor i olika livskriser som svåra sjukdomar, förluster, kroppsliga förändringar eller traumatiska händelser i nutid eller traumatiska minnen som kommer upp behöver uppmärksammas (Suvanto, 2014; Strandberg, 2014). För att kunna möta klienter och patienter på denna nivå krävs utbildning.

Anhöriga

Inom projektet har det även gjorts en intervju med en grupp anhöriga. I intervjun framkommer att psykisk ohälsa kan färga anhörigas liv på ett och dramatiskt sätt. De anhöriga som deltog i intervjun hade alla fått erfarenheter som påverkat deras liv på ett genomgripande sätt. Även intervjuerna med personal visar på vilket tungt ansvar anhöriga ofta får axla. Personal berättar att anhöriga säger att de blir helt knäckta och inte orkar längre, allt blir kaosartat kring dem. Plötsligt förändras livet och kan bli väldigt krävande och fyllas av ett nästan *övermäktigt ansvarstagande* som faller tungt och skapar oro och ångest hos anhöriga. Det är alltför vanligt att anhöriga kan belastas med orimligt mycket ansvarstagande i samband med psykisk ohälsa (Andersson, 2009; Topor, 2014). Detta bekräftas också av intervjuerna. Om vården sviktar och inte möter klientens behov av omsorg på ett flexibelt sätt faller ansvaret tungt på anhöriga. En av det intervjuade säger att det är ett tungt och påfrestade ansvar som påverkar hela livet. När anhöriga plötsligt är i situationen där psykisk ohälsa framträder i familjen har man svårt att överhuvudtaget förstå vilken situation man hamnat i och beskriver det som en chock. Finns tankar om att vem tar över när vi är borta man litar inte riktigt på att samhällets insatser är tillräckliga.

”När en anhörig som nästan tar livet av sig, kan man inte lämna. Jag har inte samvete att lämna henne i det skicket”. (Intervju nr 19)

”Vem skall ställa upp sedan när vi är borta”? (Intervju nr. 19)

Anhöriga kan uppleva ett bristande stöd från samhället och i vissa situationer när ens anhöriga behöver hjälp det är lätt att känna att man som anhörig är ensam med problemen. Man upplever inte att samhället kommer emot tillräckligt med hjälp och att den anhöriga därför känner sig förpliktad att bära ett tungt ansvar. Det är uppenbart att den anhöriga upplever att vägen till hjälp är svår, det förefaller som om vårdsystemet inte förmår leda patienten/klienten rätt på ett lätt sätt. Tvärtom man måste kämpa för att hitta rätt i systemet.

”Så jag fick hjälpa henne ända från början fast jag själv skulle ha varit sjukskriven. Det var en väldigt påfrestning och sedan hitta hjälp åt henne, det var det som var det svåraste. Att vilken väg skall man gå.”. (Intervju nr 19)

”Men det är en påfrestning för min man också när det blir så här, vi kan inte planera nåt just någonting när det blir så här. Vi måste nästan hela tiden vara beredda att ställa upp när hon mår som värst”. (Intervju nr.19)

”Dom har sparkat ut henne från psykiatrin, dagvården och tycker att hon skall klara sig själv”. (intervju nr. 19)

När man fått växa upp med en förälder med psykisk ohälsa leder det till en speciell och i många avseenden tuff uppväxt där man som barn får ta stort ansvar och tvingas bli vuxen tidigt. Det ställer till det och det är lätt att uppleva situationen som problematisk på flera nivåer när den vuxna inte klarar av föräldrarollen fullt ut. För ett barn blir det lätt så att det blir en smärtsam upplevelse som är svår att bära och hantera och kan leda till att man vill fly från hela situationen.

”men det är klart att när den som skall vara vuxen i ens liv inte klarar av den rollen, det är klart det påverkar”. (Intervju nr.19)

”Det blir en känsla på många nivåer inte bara praktiskt, mest kanske emotionellt”. (Intervju nr. 19)

”Att bli tvungen att uppleva anhöriga eller en förälder som är oförmögen att ta vara på sig kan vara en smärtsam upplevelse som kan leda till att man vill fly”. (Intervju nr.19)

Patient

Att lida av psykisk ohälsa leder lätt till att man blir isolerad, apatisk, orkeslös, viljelös och så småningom ensam. Psykisk ohälsa är ofta förknippad med ensamhet då det ligger speciellt i depressionens natur att dra sig undan, upplevelser av att inte duga och inte vara värd andra människors uppmärksamhet hör till. Men det finns bara en väg ut och det är att knyta kontakt till andra människor. Den intervjuade har kommit igång med att bygga ett litet socialt nätverk åt sig. Plötsligt upptäcker hen att hen är behövd och är efterfrågad som hundvakt på grund av ett utökat socialt nätverk.

”Den har gjort mig väldigt isolerad och ensam när den pågått. Därför för att jag varit så apatisk och inte orkat och inte velat ta mig för något” (Intervju nr.20)

Ensamheten har varit tung att bära har saknat socialt sammanhang men har nu på senare tid fått tag i en tråd och börjat bygga på ett litet socialt nätverk. Det håller på att växa fram ett sammanhang. (Intervju nr. 20)

”bestämde mig att ge både Pelaren och mig en vettig chans, livet började löpa på väldigt bra. Sen via FB måste jag säga. Är med i grupper som intresserar mig har fått utbyte av det” (Intervju nr. 20)

”Plötsligt var jag hundvakt”. (Intervju nr. 20)

Den intervjuade upplever på något vis att det är jobbigt att depressionen inte syns utanpå, då blir det svårt för andra att se att man mår dåligt. Det är ofta en osynlig ohälsa som ofta inte syns och där det finns fördomar och stigmatisering, man döljer den genom att vara en duktig skådespelare för att man vill dölja och man räknar inte med att bli förstådd.

”Ja depression är en sjukdom på sitt sätt och det jobbiga med den är att den inte syns utåt det är väldigt svårt för andra människor att se att man mår dåligt”. (Intervju nr.20)

”Då sade jag känner du inte mig så bra att du vet att jag är en väldigt bra skådespelare”. (Intervju nr.20)

Psykisk ohälsa skapar ofta ett obegripligt inre lidande som blandas upp av ett lidande så man har svårt att orka vara i sig själv. Det lidandet blandas också ofta upp av väldigt svåra upplevelser tidigare i livet, många gånger traumatiska upplevelser. Det kan skapa ett inre tryck som bara måste ut på något vis. Den intervjuade har fått förståelse av vårdpersonal och kunnat berätta om det svåra och kunnat få ut det som trycker på. Att få förståelse är viktigt och att våga berätta är ofta befriande.

”När jag varit på avdelning har jag fått förståelse, jo det har jag. Jo många gånger man går och bär så mycket inom sig, att det blir fullt, det måst ut på något vis. (Intervju nr.20)

Det är svårt och kan ta lång tid innan man vågar ta itu med den problematik man har i sig och som har påverkat den intervjuades psykiska hälsa en stor del av livet. Det finns tunga erfarenheter långt bak i tiden som är obearbetade. Den intervjuade har känt ett motstånd och vågat eller varit färdig att ta itu med det. Det finns ännu en del hos hen som är tveksam men hon har bestämt sig för att det dags att ta itu med det svåra genom psykoterapi.

”För jag har mycket svåra saker i min bakgrund men inte varit färdig att ta itu med det. Svåra saker som ligger långt bak i tiden i mitt liv som har blivit obearbetat men som nog ligger till grund för mina depressioner och så”. (Intervju nr.20)

”Att även fast jag egentligen inte skulle vilja rota i det där, för det har hänt och går inte att göra o gjort men nå jag ser nog fram mot att prata om det. Det ligger så djupt i mig”. (Intervju nr.20)

Vårdinsatserna har kantats av misstag i medicinering, bristande uppföljning, missriktade insatser, missförstånd, som t.ex. försvunna remisser som försvårat att komma vidare i vården för att nå kärnan. Det har också funnits inre orsaker som att inte vara färdig att ta de steg om krävs komma vidare med problemen. Bemötandet i vården har varit bra i det stora hela.

”Därför stod jag till slut med fyra antidepressiva mediciner och så började han skriva ut Opamox för att döva biverkningar”. (intervju nr.20)

”...jag har väl i stort sett blivit bra bemött men visst har jag väl varit arg och besviken många gånger men det nog mycket legat i mig själv”. (Intervju nr20)

Att begära hjälp har varit svårt för den intervjuade men hen har förstått att det är viktigt, en del av att vara människa. En viktig lärdom att ta med sig och träna vidare på, ett sätt knyta an till andra människor. Det kan vara svårt att begära hjälp av olika orsaker, men som individ har man mycket att vinna på det. Det har den intervjuade förstått och märkt att det går att lära sig och bli bättre på det.

”Det är svårt för mig att begära hjälp men jag måste det, är en lärdom det med. Det är svårt men jag måst och världen stannar inte för det”. (Intervju nr. 20)

Sammanfattning och rekommendationer

I uppdraget ingick att en övergripande plan för fortsatta vård- och serviceinsatser för äldre personer med psykisk ohälsa skulle ingå. Här presenteras projektledarnas och styrgruppens rekommendationer till Ålands landskapsregering. Rekommendationernas målgrupp är den äldre populationen på Åland, men vi ser också att metoder och arbetssätt som fungerar för äldre med stor fördel även kunde implementeras på andra åldersgrupper. Men behöver även ha i åtanke att göra individuella bedömningar utgående från individens behov, och inte bedömningar endast utgående från ålder. För att arbeta personcentrerat bör individens behov alltid sättas före biologisk ålder. Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder sparar pengar på längre sikt. Det ger friskare invånare som är i behov av färre vårdinsatser, oberoende åldersgrupp. Att även arbeta med personer under 65 år är en förebyggande åtgärd för befolkningen som så småningom blir äldre.

Samarbete och organisation

I många av intervjuerna med vård- och omsorgspersonal kommer frågan upp *vart man ska vända sig från äldreomsorgen för att få hjälp med äldre klienter som lider av psykisk ohälsa*. Personalen upplever den psykiatriska vården svårtillgänglig vilket ibland leder till att personalen känner uppgivenhet och frustration kring att arbeta att vårda och stötta klienterna, som själva kan ha svårt att agera för sina egna intressen. Det kan röra sig om klienter som varit inskrivna i den psykiatriska vården tidigare i livet men i ålderdomen helt flyttats över på äldreomsorgen. Man upplever också att primärvårdens läkarresurser ibland inte är tillräckligt tillgängliga och specialkunskaperna inom äldrepsykiatri saknas.

Äldreomsorgspersonalen har ett stort ansvar i arbetet och de arbetar ibland ensamma med ett stort klientantal. Det här leder ibland till att personalen inte ser någon annan utväg än att skicka in den äldre personen med ambulans till akuten för att få hjälp och stöd. För att stöda möjligheterna till bedömningar på plats i den äldre personens hem borde ett expertteam tillsättas.

- Tillgänglig kontaktperson inom ÅHS med specialkompetens inom geriatri och psykiatri som äldreomsorgspersonalen kan kontakta gällande äldre som lider av psykisk ohälsa. Personen kunde vara en person från expertteamet (se nedan) exempelvis en specialistsjukskötare verksam inom psykiatri eller primärvård.
- Bedömningar av den äldre personen bör i mån av möjlighet ske där personen är bosatt; undvik alla typer av onödiga förflyttningar och arbeta istället utgående från ett personcentrerat arbetssätt.
- Tillsätta ett expertteam bestående av redan existerande resurser inom ÅHS. Modeller för expertteamet finns inom barnskyddet. Ett projekt kunde tillsättas för att pröva metoden.
- Vården får inte diskriminera på grund av ålder. Äldre personer har rätt till samma sjukvård, psykiatrisk specialsjukvård med diagnostisering och behandling som övriga åldersgrupper.

Bristande informationsflöde på grund av skilda journalsystem upplevs vara ett stort hinder. Detta gäller inte bara mellan äldreomsorg och ÅHS, utan även inom ÅHS där man upplever problematik då psykiatrins journaler kräver extra forcering. En av orsakerna till varför informationsflödet inte fungerar är rädsla och bristande kunskaper om sekretessfrågor hos personal. Problematiken blir påtaglig då patienter skrivs ut och endast begränsad information når äldreomsorgspersonalen. Epikriser går ofta till hemsjukvården som ibland inte kommer och träffar den äldre personen direkt, vilket oftare sker då patienter skrivs hem inför veckoslut. Detta leder till att äldreomsorgspersonalen ibland vårdar äldre personer med psykisk ohälsa en längre tid utan nödvändig information för att kunna bedriva en god

och patientsäker vård. Problemet är ännu mer påtagligt om den äldre personen inte har hemsjukvård och då står helt utan kontakt till ÅHS efter en utskrivning. Utan tillräcklig information kan inte en patientsäker vård utföras. Bristerna kan ibland bero på att det inte finns kunskaper inom ÅHS om vilken typ av boendeform kommunerna har. Olika former är bland annat institution, effektiviserat serviceboende (ESB), servicehus eller pensionärlägenheter. Mellan de olika boendeformerna finns variationer i bland annat tillgången på personal, sjukskötare, vid behovsläkemedel och hjälpmedel. Vid utskrivning av äldre personer med svårare problematik är vårdplaneringsmöten viktiga redskap i arbetet. Det är särskilt viktigt då det ska ske en första kontakt med äldreomsorgen. Det ger patienten och alla kring hen en möjlighet att planera den fortsatta vård och omsorg personen behöver för att leva ett gott liv. Där vårdplaneringsmötet saknas blir risken större att den äldre personen kommer åter till sjukhuset inom en kort tid för att hemsituationen inte fungerar eller hen är på fel vårdnivå.

- ÅHS patientjournal behöver finnas tillgänglig för all personal inom ÅHS som har ett vårdförhållande till patienten. Omvårdnadsjournalen med vårdplan behöver finnas tillgänglig även för äldreomsorgspersonalen då vårdförhållandet är fastställt. Kommunerna har idag arbetat in samma journalhanteringssystem som ÅHS har, dvs Abilita, vilket möjliggör delande av information mellan kommun och ÅHS. Detta behöver tas hänsyn till då nya journalsystem utarbetas inom ÅHS. I den gemensamma omvårdnadsjournalen finns den obligatoriska vårdplanen tillgänglig och bör uppdateras vid behov. Där skulle också aktuell sjukskötarepikris finnas tillgänglig.
- För att underlätta informationsflödet bör en samtyckesblankett upprättas mellan inblandade vårdgivare redan innan patienten skrivs ut från ÅHS till den kommunala äldreomsorgen.
- Vårdplaneringsmöte innan utskrivning är viktigt ur flera aspekter. Del kan relevanta frågeställningar klargöras som om patienten skrivs ut till rätt vårdnivå och om mottagande personal har fått tillgång till den informationen som behövs för att vårda den äldre personen. Vårdplaneringsmötet skulle vara en bra tidpunkt att ge information om och genomföra samtyckesblanketten.

Det finns en *otydlig ansvarsfördelning* inom vård och omsorg av de äldre som ofta är multisjuka individer med dubbeldiagnoser. Vid otydlig ansvarsfördelning uppstår problematiken att också *helhetsansvaret saknas*. Det kan resultera i att patienten förflyttas upprepade gånger mellan boende och olika avdelningar och riskerar "falla mellan stolarna" i systemet. Det är svårtydda gränser mellan äldreomsorg och specialistsjukvård, särskilt då det handlar om dubbeldiagnoser hos äldre. Äldreomsorgen hör till kommunerna medan psykiatrien hör till specialistsjukvården. Äldreomsorgen och vården som sker i kommunerna är under ansvar för respektive kommun att ordna. Skulle institutionsvården och/eller anställningen av samtliga sjukskötare inom den kommunala vården läggas under landskapet kunde många fördelar ses. Det skulle bli ett naturligt och lättare samarbete mellan kommun och ÅHS. Det skulle vara enklare att få rätt till samma möjlighet av vårdnivå oavsett vilken kommun den äldre personen bor i. Den äldre kunde få stanna på sitt boende längre och undvika onödiga sjukhustransporter för enklare behandlingar så som exempelvis intravenösa-behandlingar med vätskedropp och antibiotika. Detta kräver tillgängliga sjukskötare med kompetens och erfarenhet. Kompetensnivån på personalen skulle vara lättare att höja i en större organisation som har vana att handha liknande ärenden. Alternativt kunde en omorganisering och utökning av hemsjukvården motsvara samma syfte.

- Det behöver komma till ett samarbete mellan den kommunala äldreomsorgen, primärvården och specialistsjukvårdens psykiatri med en tydlig struktur för ansvarsfördelningen

Boendelösningar

Alla kommuner på Åland har någon typ av ESB, servicehus eller pensionärlägenheter. De flesta kommuner har ett fungerande samarbete med Oasen boende och vårdcenter. De kommuner som inte har platser där har egen institutionsvård eller uppger att de ordnar plats efter behov. Det är känt att vård av personer med demenssjukdom och svår psykisk ohälsa kräver specialutbildad personal och anpassade lokaler. Detta bör kommunerna tänka på i framtida planering för att möta upp alla typer av äldreomsorg. Det framkommer att flera av kommunerna inte har skilda avdelningar för personer med demens, olika typer av psykisk ohälsa och äldre personer i en normal åldrandeprocess, det skapar en blandad problematik på boendena och höga krav på kompetens hos äldreomsorgspersonalen. Det kan ske situationer där personalen inte vet hur de ska agera och medboende blir rädda när någon blir till exempel utåtagerande. Det skapar *oro på boendet*. Det framkommer att man från kommunernas sida saknar den typen av vård som fanns på *Grelsby psykiogeriatriska och fd. Gullåsens avdelning för demens och konfusion*. Man upplever att det blivit stora brister i utredningar och medicinjusteringar efter nedläggningar av dessa. Då det handlar om äldre personer med särskilda behov upplevs det att avdelningarna på sjukhuset inte tillräckliga resurser för att ge rätt stöd och vård.

- Bedömningar vid utredning och medicinjusteringar som görs i den äldre personens egen hemmiljö ger det mest rättvisa resultatet och påverkas inte av stressen som kan upplevas av att vara på ett nytt ställe. För att göra dessa bedömningar är expertteamet en viktig aktör och behöver finnas inkopplade dels för att göra bedömningen och dels för att stöda boendestödsteamet.
- Ett boendestödsteam är en grupp särskilt utbildade närvårdare, sjukskötare och socionomer. Boendestödsteamet arbetar för att möta vård- och omsorgsbehov bland äldre med psykisk ohälsa. Teamet kompletterar äldreomsorgen och handleder och utbildar personal på boenden. Medlemmarna i teamet gör den första bedömningen innan expertteamet kan kopplas in. Boendestödsteamet behövs för alla åldersgrupper, men det krävs särskild utbildning för den äldre åldersgruppen. Boendestödsteamet jobbar långsiktigt med att bygga relation och förtroende med den äldre personen. Boendestöd hjälper även den äldre personen att hitta rätt i sjukvård. Boendestöd borde gå under handikappservicelagen för att inte ytterligare belasta en redan ekonomiskt utsatt grupp. Bedömningen för boendestödsbehovet behöver ske av personer med särskild utbildning och enligt särskilda modeller. Modeller för boendestöd och bedömning av boendestöd finns i Sverige. Man kan även dra lärdom av befintlig boendestödsmodell som finns inom specialomsorgen på Åland. Ett projekt kunde tillsättas för att pröva metoden.

För äldre personer kan *ensamheten* vara ett stort problem och utgöra ett hot mot hälsan. Ensamhet kan bero på isolering i eget hem och på ett reducerat socialt nätverk. Tredje sektorn kan vara ett bra stöd för den äldre personen genom till exempel Röda Korsets väntjänst. Hinder i det egna boendet kan vara ett ekonomiskt hinder med höga hyror då många äldre har låga pensioner. Tillgänglighet är ett annat hinder då många hus saknar hissar.

- För att motverka ensamhet behöver stödinsatser som innefattar både service-, omvårdnads- och sociala insatser med aktiviteter och samvaro i fokus utvecklas.
- Vid planering av ändringar i stadsbilden bör det göras med tanken på en åldersvänlig stad som är lättillgänglig för alla oavsett ålder och skapar naturliga mötesplatser för äldre.

- Landskapsbidrag finns att söka för att åtgärda avsaknaden av hiss. Bidraget har nyligen höjts men upplevs fortfarande som lågt och det finns behov av ytterligare bidrag från kommunerna för att klara den ekonomiska utgiften för fastighetsägare.

Kompetensutveckling

Det har varit stor efterfrågan på utbildningsplatserna till MHFA utbildningen vilket visar på ett stort intresse för mer kunskaper i ämnet äldres psykisk hälsa. Resultatet i intervjuerna understryker att *utbildning efterfrågas* hos personalen.

Projektledarnas undervisningstid och administrativa uppgifter har ingått i projektledarnas arbetsuppgifter och således bekostats av projektet. Instruktörerna från Mariehamns stad samt Folkhälsan på Åland har lyft lön från sin respektive arbetsgivare. Kostnaderna för materialet till kursdeltagarna är för närvarande 37€/styck (tillkommer moms och frakt). Materialet består av en manual som är personbunden. Denna kostnad har under projekttiden bekostats av aktuella projektmedel.

För att genomföra MHFA-utbildningen krävs att två instruktörer är närvarande vid varje kurstillfälle. Detta på grund av att utbildningen behandlar känsliga ämnen så som t.ex. självmord, vilket kan röra upp känslor hos kursdeltagarna och en instruktör behöver kunna avsättas för individuella samtal under utbildningens gång. Instruktörerna behöver hålla tre utbildningar varje år för att behålla sin instruktörsbehörighet. Diskussioner om fortsättning av MHFA utbildning har hållits med Röda Korset på Åland samt med Öppna Högskolan på Åland. Utbildningarna kunde också föras vidare genom privat aktör. Första hjälpen till psykisk hälsa borde klassas likvärdigt med första hjälpen-kurser i hjärt-lungräddning, då bägge kurser är livräddande. Dock behöver ytterligare instruktörer utbildas för att stärka MHFAs möjligheter att fortsätta på Åland. I dagsläget finns ingen fortsatt finansiering av utbildningen.

- För att kunskaperna inte ska falla i glömska behövs kontinuerlig utbildning av ny personal och för att upprätthålla redan erhållen kompetens.
- Ytterligare instruktörer behövs för att kunna driva MHFA vidare på Åland. Dessa kunde med stor fördel vara personer verksamma inom även ungdom och vuxen verksamhet där det finns erfarenheter att möta personer i olika åldersgrupper som lider av psykisk ohälsa.
- En aktör behöver ta på sig ansvaret för att fortsätta driva MHFA på Åland

Vid intervjuerna har också framkommit ett stort behov av *kunskapsutveckling inom bemötande* av äldre personer med psykisk ohälsa som har särskilda behov. Det framkommer också problematiska händelser då våld och hot förekommer. Dessa är svåra att hantera för personalen. Upplevelser av att de själva kan ha orsakat det och en ovilja att gå till arbetet på grund av hotfulla situationer finns.

- Utbildning för att hantera hot och våldssituationer behöver ordnas för all vård- och omsorgspersonal. Lämpligt koncept kan vara MAPA (Management of Actual or Potential Aggression).
- Boendestödsteamet och expertteamet kunde handleda och undervisa personal i den äldre personens befintliga boende med utgångspunkt i personcentrerad omvårdnad.
- Rätt sorts handledning är viktig och bör finnas tillgänglig på arbetsplatserna.

Anhöriga bär ett stort ansvar och är viktiga nyckelpersoner för den äldre som lider av psykisk ohälsa. Många gånger fungerar de direkt eller indirekt som vårdare. Ett tillräckligt bra stöd är hälsofrämjande för både anhörig och patient och förlänger möjligheterna för patienterna att vårdas hemma längre.

- Anhöriga behöver få stöd och utbildning för att klara sin hemsituation.

Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder

Den samlade bilden som stigit fram under projekttiden visar att det inte är någon som tar helhetsansvar för det förebyggande arbetet på Åland som socialvårds- och lagen för hälso-och sjukvård påbjuder. Det skulle behöva arbetas effektivt med information och aktiviteter för äldre personer som är i riskgrupperna för psykisk ohälsa. Arbetssättet i projektet *Främjande av psykisk hälsa på Åland* (Boman, 2019) har setts som väldigt positivt med ett flexibelt arbetssätt.

- Utöka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet genom att skapa fler lättillgängliga mötesplatser och aktivitetscentrum för äldre med möjlighet till social samvaro. På dessa platser kunde en koordinator finnas tillgänglig för att informera om rättigheter och ge stöd i att söka bidrag, utkomststöd med mera.
- Olika transportalternativ måste ordnas så att det kan vara möjligt för alla som önskar att delta i aktiviteter kan göra det. Färdtjänstbiljetterna räcker idag inte till både praktiska sysslor så som att handla och till aktiviteter och hobbies.
- Åldersvänliga städer är en hälsofrämjande och förebyggande åtgärd där man ökar tillgänglighet för alla, även för äldre personer.

Med ökad ålder ökar risken för psykisk ohälsa. Med fördel kunde användning av screeninginstrument implementeras för att upptäcka depressions- och ångestproblematik i ett tidigt skede. Vid tidig diagnostik kan tidig behandling påbörjas och vägen till återhämtning blir kortare. Det behöver finnas en tydlig plan att följa efter att psykisk ohälsa hos äldre har identifierats

- Inför obligatorisk screening av depression och ångest med exempelvis GDS (Geriatric Depression Scale), HADS (Hospital Anxiety and depression scale), PSWQ (Penn State Worry Questionnaire), BDI (Becks depression Inventory) eller BAI (Becks Anxiety Inventory).

Personalen upplever att det känns stressigt på arbetet inom äldreomsorgen. De saknar tid och möjlighet till att samtala och bara vara närvarande med de äldre. Det har visat sig vara av stor betydelse för de äldre att ha möjlighet att dela med sig av sin livshistoria och bearbeta avgörande händelser i livet genom att berätta. Många bär på existentiella frågor och behöver bygga en trygg relation innan de är trygga att prata om dem. Det finns upplevelser som talar om att äldre är en grupp som har särskilt svårt att sätta ord på sin psykiska ohälsa. Det kan handla om en generationsfråga, men även om att psykisk ohälsa är stigmatiserat i samhället.

- Arbetsledare behöver bygga upp arbetet på ett sådant sätt att det ska finnas tid för de viktiga samtalen.
- Arbetsklimatet behöver vara av sådan art att det är tillåtet att sitta ner med de äldre och umgås och inte bara koncentrerad på praktiska sysslor.
- Samhället behöver arbeta fram strategier att aktivt jobba mot stigmatisering av psykisk ohälsa

Källförteckning

- Alin Åkerman, B., Andreen, J., Stain, R. & Wasserman, D. (2017). *Första hjälpen till psykisk hälsa – äldre*. Stockholm: NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa vid Karolinska institutet
- Anderson, C. & Viotti, S. (2013). *Compassion fokuserad terapi*. Team Media Sweden AB, Falkenberg. Natur och kultur.
- Andersson, G. (2009). *Vardagsliv och boendestöd - en studie om människor med psykiska funktionshinder*. Doktorsavhandling Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.
- Andersson, G. & Gustafsson, H. (2017). *Boendestöd på papper – Boendestöd i praktiken*. FoU Söderströms skriftserie 152/17. Avhandling. Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.
- Bergkvist, L. (2015). 19 augusti. Psykisk ohälsa på Åland. *Nya Åland*.
- Bertlander, E. (2015). *Att leva i stället för att överleva*. Buena vida.
- Bülov, P. & Svensson, T. (2008). *Att vara sin sjukdom: Om psykiskt funktionshinder och åldrande*. I Jeppson Grasman (red) *Att åldras med funktionshinder*. (s. 165–199). Lund: Studentlitteratur.
- Blomqvist, K., Edberg, A-K., Ernsth Bravell, M. & Wijk, H. (red.) (2017). *Omvårdnad & äldre*. Lund: Studentlitteratur.
- Boman, E. 2016. *Inner strenght as a health resourses among older women*. Doktorsavhandling. Umeå universitet, Instutionen för omvårdnad.
- Boman, E. (2016). *Hälsa och livskvalitet bland äldre på Åland (HÄMKÅ15)*. Hämtat https://www.ha.ax/uploads/2018/04/boman_erika_halsa-bland-aldre-man-och-kvinnor-pa-aland_2016_hamka15.pdf
- Brunt, D. & Hansson, L. (red.) (2014). *Att leva med psykisk funktionsnedsättning: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2014). *Geriatrik*. Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A-K., Ericsson, I. & Gunnarsson, E. (2017). Psykisk ohälsa. I K. Blomqvist, AK. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (red.). *Omvårdnad & äldre*. (Upplaga 1, s. 431–462). Lund: Studentlitteratur.
- Ernsth Bravell, M., Christiansen, M., Blomqvist, K. & Edberg, A-K. (2017). Åldrandets olika dimensioner. I K. Blomqvist, AK. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (red.). *Omvårdnad & äldre*. (Upplaga 1, s. 105–156). Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Levnadsvillkor och levnadsvanor. Begrepp psykisk hälsa*. Hämtat från Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/begrepp-psykisk-halsa/>
- Forskningsetiska delegationen. (2009). *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. Hämtat 16 mars, 2019, från Forskningsetiska delegationen (TENK). Hämtat <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf>
- Forsman, A. (2014). *Främjande av psykisk hälsa och förebyggande av psykisk ohälsa*. I S. Rolfner Suvanto. (red) *Äldres psykiska hälsa och ohälsa*. 17-35) Gothia fortbildning: Stockholm.

- Fruåkrer, C. & Nilsson, A. (2013). Kompetens, kunskap och lärande. I J. Leksell & M. Lepp (red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (1. Uppl., s. 15–36). Stockholm: Liber.
- Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V. & Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 467–475.
- Johansson Metso, F. (2018). *När kriget är allt du minns*. (1 uppl.). Stockholm: Gothia utbildning.
- Jensen, K., Morthorst, B.R., Vendsborg, P.B., Hjorthøj, C.R. & Nordentoft, M. (2015). The effect of the mental health first-aid training course offered employees in Denmark: study protocol for a randomized waitlist-controlled superiority trial mixed with a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 15, 80.
- Jönson, A. (2018.) *En bättre plats att åldras på - Arbetet för åldersvänliga städer i Norden*. Nordens välfärdscenter i Sverige.
- Karl Ers gårdsarkiv. (1925). Rapport från fattigvårdsinspektören i första distriktet till Ålands Landskapsnämnd. Utredning över vårdkrävande Sinnessjuka på Åland 1926. Rapport 805.
- Karlsson, I. (2013). Konfusion. I svenska psykiatriska föreningen. *Äldrepsykiatri: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. (1. Uppl., s.91–97) Stockholm: svenska psykiatriska föreningen.
- Karlsson, I. (2013). Ångest med debut vid hög ålder. I svenska psykiatriska föreningen. *Äldrepsykiatri: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. (1. uppl., s.55–58.) Stockholm: svenska psykiatriska föreningen,
- Kommittebetänkande (1906). No. 6. Till hans Kejsarliga Majestät från kommitté för sinnessjukvårdens ordnande underdånigast. Sinnessjukvårdskommitténs betänkande. I vården af sinnessjuka i egentlig bemärkelse.
- Lindkvist, C. (2014). *Att låta behoven styra över organisationen: Att utveckla rätt stöd på rätt plats*. I S. Rolfner Suvanto. (Red). *Äldres psykiska hälsa och ohälsa*. (s. 117–135) Stockholm: Gothia utbildning.
- Ladberg, G. (2014). *Hjärnan flocken ensamheten*. Om människans natur och det moderna livet. Drukarina GS. Kraków.
- Lagerberg, H. Ringvall, E. Åsbacka, R. (2016, 8 september). Öppet brev till Mariehamns stads folkvalda. *Nya Åland*.
- Lundberg, B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Lund. Hämtat från <https://lup.lub.lu.se/search/ws/files/4061185/1715659.pdf>
- Landskapslag (2011:114) om hälso- och sjukvård*. Ålands författningssamling. Hämtat från http://www.ahs.ax/files/ll_halsosjukvard_0.pdf
- Landskapslag (1993:61) om tillämpning i landskapet Åland av lagen om patientens ställning och rättigheter*. Ålands lagsamling. Hämtat https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/page/l_halso_och_sjukvard_halsoskydd_och_djurskydd_2012.pdf
- Landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård*. Ålands lagsamling. Hämtat från

http://old.regeringen.ax/.composer/upload/modules/lagar/m_socialvard_och_sysselsattning_2012.pdf

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (22.9.2000/812). Hämtat från Finlex <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812>

Lag om patientens ställning och rättigheter (17.08.1992/785). Hämtat från Finlex <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>

Markström, U., Gyllensten, A. L., Bejerholm, U., Björkman, T., Brunt, D., Hansson, L., ... & Eklund, M. (2009). Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities -- a follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Education Today*, 29, 660–665.

Meead G.H (1995). *Medvetandet jaget och samhället – från socialbehavioristisk ståndpunkt*. Lund: Argos.

Melder, C. (2014). *Bättre och bättre dag för dag*: Existentiell hälsa på äldre dagar. I S Rolfner Suvanto. (Red.). *Äldres psykiska hälsa och ohälsa*. (s. 36–63) Stockholm. Gothia fortbildning.

Mentalvårdslag (14.12.1990/1116) Hämtat från Finlex <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mutiso, V. N., Musyimi, C. W., Nayak, S. S., Musau, A. M., Rebello, T., Nandoya, E., ... Ndetei, D. M. (2017). Stigma-related mental health knowledge and attitudes among primary health workers and community health volunteers in rural Kenya. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(6), 508–517. <https://doi.org/10.1177/0020764017716953>

Nordling, T. (2016, 18 mars). Allvarliga brister i boendestöd för psykiskt funktionshindrade. *Ålandstidningen*.

Nylund, T. Person-Bru H (2018, 8 oktober). Boendestöd och brukarinflytande. *Ålands radio*

Qvarsell, R. (1993). *Skall jag ta vara på min broder? Tolv artiklar om vårdens, omsorgens och det sociala arbetets historia*. Idéhistoriska skrifter 15. Institutionen för idéhistoria. Umeå universitet.

Rolfner-Suvanto, S. (2018). (Red.). *Psykisk ohälsa hos äldre – Prevention, förhållningssätt och arbetsmetoder*. Stockholm: Gothia fortbildning.

Rolfner-Suvanto, S. (red.) (2014). *Äldres psykiska hälsa och ohälsa*. Stockholm: Gothia fortbildning.

Saarni, S. (2019). *ÅHS Psykiatriutredning 2018–2019*. Rapport och rekommendationer. Ålands hälso- och sjukvård

Sackett, D.L., Straus, S.E. Rikardsson, W.S., Rosenberg W.&Haynes R.B. (2000). Evidence based medicin. How to practice and teach EMB (2 ed). London: Churchill Livinstone.

SBU (2015). Behandling av depression hos äldre. Hämtat https://www.sbu.se/contentassets/091b2eda2ea94eec983300d0d1236e04/depression_aldre_2015.pdf

Skoog, I. (2011). Psychiatric disorders in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(7), 387–397.

Socialvårdslag (710/1982). Hämtat från Finlex <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1982/19820710>

Stiftelsen Hemmet (u.å.). *Om Stiftelsen Hemmet*. Hämtat <http://www.stiftelsenhemmet.ax/>

- Strandberg, L. (2014). *Trygga möten*. I S. Rolfner Suvanto. (Red). Äldres psykiska hälsa och ohälsa. (s 136–156. Stockholm: Gothia fortbildning.
- Strang, P. (2014). *Att höra till om ensamhet och gemenskap*. Natur och kultur: Falun
- Svenaesus, F. (2009). Vad är praktisk kunskap? En inledning till ämnet och till boken. I J. Bornemark & F. Svenaesus (red). *Vad är praktisk kunskap?* (s. 11–34). Södertörn studies in practical knowledge 1, Södertörns högskola.
- Svensson, B. & Hansson, L. (2014). Effectiveness of Mental Health First Aid Training in Sweden. A Randomized Controlled Trial with a Six-Month and Two-Year Follow-Up. *PLoS ONE* 9(6): e100911.
- Tew, J. (2011). *Social approaches to mental distress*, New York: Palgrave Mcmillan.
- Topor, A. (2014). *Boendestödarens erfarenhetskunskap: Boendestöd - Erfarenheter från Lidingö stads socialpsykiatri*. Stockholm Universitet. Institutionen för Socialt Arbete.
- Topor, A. & Denhov, A. (2011). *Evidensbaserade insatser – Vilken vems evidens?* Topor A. (red). *Psykiatri som socialt arbete*. Stockholm: Bonnier.
- Wærn, M. (2013). Suicidnära äldre. I Svenska psykiatriska föreningen. *Äldrepsykiatri: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. (1. uppl. ,s. 59–68) Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen.
- World Health Organisation (WHO). (2014). *Mental health: a state of well-being*. World Health Organization. Hämtat https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Ålands Fountainhouse förening r.f. (2018). *Verksamhetsplan 2018*. Hämtat https://docs.wixstatic.com/ugd/e471b7_5e498b3dfb3f4528854b3a449e71c52f.pdf
- Ålands handikappförbund rf. (2017, 6 maj). Svårare att få hjälp för psykiskt sjuka. *Nya Åland*.
- Ålands hälso- och sjukvård. (2007). Verksamhetsberättelse. Hämtat http://www.ahs.ax/files/textdel_2007.pdf
- Ålands hälso- och sjukvård. (2010). Verksamhetsberättelse. Hämtat <http://www.ahs.ax/files/textdel2010web.pdf>
- Ålands hälso- och sjukvård. (2015). Verksamhetsberättelse. Hämtat http://www.ahs.ax/files/vb_2015.pdf
- Ålands hälso- och sjukvård. (2016). Verksamhetsberättelse. Hämtat http://www.ahs.ax/files/verksamhetsberattelse_2016_webb.pdf
- Ålands hälso- och sjukvård. (2017). Verksamhetsberättelse. Hämtat http://www.ahs.ax/files/ahs_verksamhetsberattelse_2017.pdf
- Ålands kommunförbund. (2014). *Kommunal samverkan*. Hämtat <http://www.kommun.aland.fi/standard.con?iPage=30&m=104>
- Ålands landskapsregering. (2016a). *Projekt "Äldres psykiska ohälsa". Projektförberedande rapport*. Hämtat https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/article/projekt_aldres_psyki_ska_ohalsa.pdf
- Ålands landskapsregering. (2016b). *Omsorg om en anhörig*. Hämtat <https://www.regeringen.ax/halsa-omsorg/vuxna-familjer/omsorg-om-anhorig>

Ålands landskapsregering. (2017). *Äldreomsorg*. Hämtat <https://www.regeringen.ax/halsa-omsorg/aldre/aldreomsorg>

Ålands landskapsregering. (2019). *Program för suicidprevention*. Hämtat https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/article/program_for_suicidprevention.pdf

Ålands landskapsregering. (u.å.). *Hälsopolitiskt program för Åland 2010–2020*. Hämtat <https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/guidedocument/halsopolitiskt-program-for-aland-2010-2020.pdf>

Ålands landskapsstyrelse. (1995). *Kommunalhemmet i Grelsby*. Fältstarbetsstudie. Etnologiska sektionen.

Ålands omsorgsförbund. (u.å.). *Boendestöd*. Hämtat <http://www.aof.ax/vara-tjanster/boendeservice/boendestod>

Ålands statistik- och utredningsbyrå. (2018). Hämtat *Statistisk årsbok för Åland*. https://www.asub.ax/sites/www.asub.ax/files/attachments/page/statistisk_arsbok_for_aland_2018_2.pdf

Ålands vårdförbund. (1980). *Verksamhetsberättelse*.

Styrgruppens sammansättning

Ordförande

02.05.17-31.12.17 Tomas Fellman, Socialvårdsbyrån, Ålands Landskapsregering (LR)
ersatts 17.09.18-28.02.19 av Mikael Granholm

Ordförande

ersatts 01.01.18 av Annika Skaglund, Projektledare

Övriga styrgruppsmedlemmar

Olli-Pekka Lehtonen, Landskapsläkare, Ålands Landskapsregering
från och med 01.03.18 Chefläkare, Ålands hälso- och sjukvård

Pauliina Körkkö, Äldreomsorgschef, Mariehamns stad
ersatts 01.07.18 av Pernilla Karlsson

Maria Knip, Äldreomsorgschef, Saltviks kommun

Camilla Jansson, Ålands omsorgsförbund
ersatts 01.09.17 av Elin Sundback
ersatts 15.12.17 av Marie-Louise Påvals

Lena Karlsson, Oasen boende- och vårdcenter
Vikarierad från 01.02.18 av Roger Sundman

Leif Jansson, Äldrerådet i Mariehamn

Mats Erkas, Ålands erfarenhetsexperter

Åsa Olander, Geriatri, Ålands hälso- och sjukvård

Pauliina Aarnio, Psykiatri, Ålands hälso- och sjukvård
Ersatts 01.07.18 av Maria Sandqvist

Liz Nilsson, Primärvården, Ålands hälso- och sjukvård

Erika Boman, Sakkunnig forskare, har varit närvarande vid samtliga styrgruppsmöten.

Gunnar Sjöblom, Projektledare, har varit närvarande vid samtliga styrgruppsmöten.

Förteckning över samtliga tillfällen styrgruppsmöten sammanträtt

2017	05.06.17	klo. 13.00-15.00
	12.10.17	klo. 10.00-12.00
	21.11.17	klo. 10.00-12.00
2018	17.01.18	klo. 09.00-11.00
	28.02.18	klo. 09.00-11.00
	24.04.18	klo. 09.00-11.00
	13.09.18	klo. 09.00-11.00
	08.11.18	klo. 08.30-10.30
2019	31.01.19	klo. 08.30-10.30
	10.04.19	klo. 13.00-15.00

Frågeguide till intervjuerna

Hur uppfattar ni psykisk ohälsa hos äldre?

Hur är den typiska klienten som lider av psykisk ohälsa?

Hur bemöter ni de här klienterna?

Vad upplever ni som svårast kring dem?

- Hot och våld?

Känner ni att ni har tillräckligt med kunskap/redskap att möta dem?

- Vad skulle ni behöva?

Hur tycker ni att man kunde organisera vården kring de här patienterna bättre?

- Boendeproblemtik?

- Hur fungerar samarbete?

Upplever ni att tystnadsplikten kan vara ett hinder i samarbetet?

Vad fungerar bra och mindre bra i vård- och servicekedjorna för närvarande?

Intervjuernas syfte och användningsområde

Förfrågan om medverkan i intervju gällande "Äldres psykiska ohälsa"

Forskning visar att antalet äldre i samhället ökar kraftigt, och med det stiger antalet äldre som av olika anledningar lider av psykisk ohälsa. Landskapsregeringen har beslutat att vård- och servicekedjor som berör äldre med psykisk ohälsa skall ses över och riktlinjer ska skapas. Arbetet startades 2015 med enkätundersökningar.

Syftet med enkätundersökningen var att få en heltäckande bild av de vård- och servicekedjor som är aktuella för äldre med psykisk ohälsa. Tanken med projektet är att fylla de behov som de verksamma enheterna lyft fram. Projektet arbetar utgående från forskning och deltagarnas upplevelser och erfarenheter.

För att höra deltagande instanser kommer intervjuer att genomföras och Ni tillfrågas härmed om deltagande i intervjustudien. Intervjun kommer att genomföras på överenskommen plats och Ni kommer att få berätta hur Ni arbetar kring äldre med psykisk ohälsa, vi fokuserar på problemlösning och ser vilka resurser som finns i Er arbetsgrupp. Intervjuerna kommer att bandas och skrivas ner. Samtidigt avidentifieras materialet och endast projektledarna kommer att ha specifik kännedom om vem som intervjuats. Vidare kommer enbart projektledarna och forskare vid Högskolan på Åland har tillgång till grundmaterialet. Materialet förvaras enligt gällande forskningsetiska direktiv. Deltagandet i intervjun är frivilligt och om Ni beslutar att delta men ångrar Ert deltagande kan Ni när som helst och utan att ange orsak avbryta Ert deltagande.

Om Ni önskar mer information eller har några frågor om studien kan Ni kontakta nedanstående.

Annika Skaglund

Projektledare

Äldres psykiska ohälsa

annika.skaglund@landskapsregeringen.ax

Tel: 0457 34 54 188