

Kvalificerat samtalsstöd till äldre personer med psykisk ohälsa ger ökad livskvalitet

Carina Drugge, Gunilla Andersson, Kristina Andersson,
Ann-Christin Sjöström, Margareta Östman

Carina Drugge, socionom, tidigare Landstinget Västmanland.
E-post: carinabirger@hotmail.com.

Gunilla Andersson, leg. psykolog, tidigare Landstinget Västmanland.
E-post: gunilla.z.andersson@gmail.com

Kristina Andersson, socionom, leg. psykoterapeut, tidigare Landstinget Västmanland.
E-post: kjellhandersson_6@hotmail.com

Ann-Christin Sjöström, socionom, tidigare Landstinget Västmanland.
E-post: acsjostrom@outlook.com

Margareta Östman, professor emerita. E-post: margareta.ostman@telia.com

Ett projekt har genomförts där äldre personer med begynnande eller lätt/medelsvår psykisk ohälsa, erbjudits kvalificerat samtalsstöd. Målet med projektet var att utveckla och pröva en modell för kvalificerat samtalsstöd i öppna vårdformer och att öka kunskapen om behovet. Projektet som var finansierat av Socialstyrelsen genomfördes i landstinget Västmanland och Västerås stad under 2012 och 2013. Resultatet visar att det finns uppenbara behov av kvalificerat samtalsstöd i öppna vårdformer. Av de 29 deltagare som besvarade en uppföljande enkät uppgav 25 entydigt att samtalen lindrat känslor av oro, ångest och nedstämdhet. Samtalen har haft olika karaktär och visat på olika behov. Samtalen ledde till bl.a. symptomlindring, insikt om skälet till oro och ångest, hade problemlösande effekt och fungerade för vissa individer som krisbearbetning. Anpassning till den enskilda personens specifika behov och resurser är nödvändig. Slutsatsen är att en uppbyggd verksamhet med kvalificerat samtalsstöd skulle gynna den enskilda äldre personen men också bidra till sänkta kostnader för både landsting och kommun.

In this paper, we present the results of a project in which elderly persons with early stage or mild/medium-level mental health problems were offered professional conversational support. The aim of the project was to develop and test a model for professional conversational support in a non-institutional setting and to increase knowledge about the need for such support. The project, which was financed by Socialstyrelsen, was conducted in the county council of Västmanland and the city of Västerås during 2012 and 2013. The results show that there is a clear need for professional conversational support in a non-institutional setting. Of the 29 who answered a follow up questionnaire, 25 stated unequivocally that the conversations helped to ease feelings of worry, anxiety and sadness. The conversations led to, among other things, a reduction in symptoms, and awareness of the underlying reasons for feelings of stress and anxiety. The conversations also had a problem-solving effect, and served for some individuals as a form of crisis management. Adapting the conversations to the individual person's specific needs and resources is necessary.

Inledning – den äldre människan

Äldre personer med psykisk ohälsa är en utsatt och växande grupp i samhället och det är viktigt att så långt som möjligt bibehålla livskvalitet, social gemenskap och känsla av sammanhang även i hög ålder för främjande av god hälsa och välbefinnande. Ulla Arnell har formulerat *"Ett samhälle utan äldre människor är som ett träd utan rötter"* (Arnell 2006).

Äldre människor kan lika lite som andra samhällsmedborgare betraktas som en homogen grupp.

Enligt Erik H. Eriksson (1995) är människans psykosociala utveckling inte begränsad till de yngre livsfaserna utan omfattar hela livscykeln. En del problem är dock åldersrelaterade och hänger samman med effekter av sjukdomar eller begränsning i ork och rörlighet. Inom läran om åldrandets sjukdomar (geriatriken) talas om primärt och sekundärt åldrande (Bravell Ernsth 2011). Med ökande ålder sker primära åldersförändringar i kroppen som på sikt leder till en ökad känslighet och minskad motståndskraft i det biologiska systemet. Det sekundära åldrandet innefattar sjukdomar som uppstår på grund av inre och yttre faktorer. De drabbar inte alla och är ofta behandlingsbara. Äldre personer har också minskad tolerans för farmakologisk behandling och långsammare omsättning av läkemedel, vilket gör att äldre tål behandling med psykofarmaka sämre än yngre. T.ex. har antidepressiv medicinering inte samma effekt på äldre personer som på yngre och de drabbas också oftare av biverkningar. Viktiga faktorer för

den äldre människans välbefinnande är bra näringsintag, fysisk träning, rehabilitering, hjälpmedel, social stimulans, hemtjänst, fotvård och tandvård (Bravell Ernsth 2011).

Med ökande ålder förändras våra fysiska förutsättningar och vårt sociala livsrum minskar samtidigt som behovet av stöd blir större. Emmy Gut (1998) anser att alla förändringar i kroppsliga funktioner, i betydelsefulla relationer och i den sociala strukturen omkring en äldre människa leder till nya erfarenheter och en successivt ändrad självbild. Samtidigt ger den långa levnadsperioden med erfarenheter och kriser genom livet mognad och lärdomar.

När det gäller synsättet i samhället på åldrande och dess problematik präglas det ofta av motsägelser, obefogade generaliseringar och fördomar. Uttrycket ålderism (ageism) började användas på 1990-talet som ett begrepp för stereotypa föreställningar som är kopplade till ålder. Klichéartade föreställningar finns där äldre personer beskrivs som gnälliga, rigida, omständiga, glömska, långsamma, improduktiva och onyttiga. Dessa attityder bidrar till att äldre påverkas att se på sig själva på samma sätt, en självstigmatisering, som kan skapa en känsla av personlig värdelöshet och resignation (Perris/Linge 2000).

Liknande föreställningar finns när det gäller äldres psykiska hälsa. Trots att depressionstillstånd är vanligt bland äldre människor och i dagsläget ökar (Socialstyrelsen, Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre 2009) finns det i det närmaste inga terapeutiska insatser för människor

över 65 år. Depression ses som en naturlig följd av åldersprocessen, genomgånga sorgeupplevelser och ökande andel somatiska sjukdomar som den äldre människan drabbas av, faktorer som bidragit till att begränsa satsningar på aktiv behandling. Det finns också en föreställning om att äldre är ängsliga, vilket gör att ångesttillstånd inte upptäcks och betraktas som tecken på kroppsliga besvär. Äldre personer med psykiska störningar är klart underrepresenterade på psykiatriska mottagningar, då uppmärksamheten när en äldre person söker vård istället läggs på kroppsliga åkommor. (Socialstyrelsen, Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd 2012).

Det finns också en bristande tilltro till att psykoterapi för äldre är verkligt. Äldre människor söker psykiatrisk vård i mindre omfattning än yngre vilket säkerligen finns en komplex bakgrund till. En orsak kan vara att man söker för fysiska besvär och värkproblem och inte vill dra uppmärksamheten till den psykiska hälsan. Många äldre människor har dessutom själva anammat den gängse uppfattningen i samhället att psykiska besvär hos äldre är en naturlig del i åldrandet.

Projektet

Landstinget Västmanland beviljades tillsammans med Västerås stad 2012 utvecklingsmedel från Socialstyrelsen för ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa, Dnr 5.2-12477/2012. Målet med detta projekt var att utveckla och pröva en modell för kvalificerat samtalsstöd i öppna vårdformer till äldre personer med psykisk ohälsa.

Syfte

Syftet med detta projekt var att få kunskap om hur äldre personer upplever och tillgodogör sig kvalificerat samtalsstöd. Ett ytterligare syfte var att i dialog med verksamheter som stödjer äldre personer öka kunskapen om hur kvalificerat samtalsstöd bör utformas.

Design

I projektet deltog en kommun, ett landsting, Svenska kyrkan och en intresseorganisation. Projektet genomfördes under tiden november 2012 t.o.m. juni 2013. Målgrupp för projektet var personer 65 år och äldre med begynnande eller lätt/medelsvår psykisk ohälsa. Äldre personer med pågående samtalsstöd inom primärvård, psykiatri eller socialtjänst samt personer som hade en demensdiagnos omfattades inte. Vid projektstart tillsattes en arbetsgrupp bestående av en projektledare och tre samtalsterapeuter. Arbetsgruppen planerade och genomförde projektet. Projektet bestod av två delar, dels en intervention, där äldre gavs möjlighet till kvalificerat samtalsstöd, dels en utvärdering/uppföljning, via enkät, av denna intervention. Det kvalificerade samtalsstödet genomfördes av tre samtalsterapeuter, leg. psykolog, socionom/leg. psykoterapeut och socionom. Samtliga hade omfattande yrkeserfarenhet. Personal inom landstingets och kommunens verksamheter, en diakon inom Svenska kyrkan, och en intresseorganisation (här benämnda intresseanmälare) förmedlade äldre till projektet både genom skriftlig och muntlig information till deltagarna. Efter genomförda sam-

talsrier med de deltagande äldre personerna, intervjuades företrädare för de verksamheter som hade förmedlat den äldre. Detta för att få deras uppfattning om behovet av kvalificerat samtalsstöd, samt hur en verksamhet med kvalificerat samtalsstöd bör utformas. Intervjuerna genomfördes av projektledaren/socionom.

Etiska aspekter

För att nå äldre personer med psykisk ohälsa och erbjuda det kvalificerade samtalsstödet utgjorde intresseanmä-larna inom de olika ingående verksamheterna en viktig länk. Detta utifrån att de, i sitt arbete, bland annat träffar personer med psykisk ohälsa och kunde använda den kontakten som utgångspunkt för att informera om det kvalificerade samtalsstödet. Som underlag för intresseanmä-larnas medverkan var det av vikt med ingående information till dessa. Detta för att intresseanmä-larna i sin tur skulle kunna ge en korrekt och informativ bild av samtalsstödet form och innehåll till intresserade äldre. Intresseanmä-larna inom de olika verksamheterna in-formerades i två steg. Först i muntlig form via möten med projektgruppen, därefter i form av ett informationsblad. Intresseanmä-larna tillfrågade därefter äldre personer som de hade kontakt med och som visade tecken på psykisk ohälsa, om de var intresserade av att ta del av projekterbjudandet om kvalificerat samtalsstöd. Förutom den muntliga informationen som intres-seanmä-larna gav dessa äldre personer förmedlade de också ett informationsblad att läsa hemma i lugn och ro och

med möjlighet att visa anhöriga, innan de tog ställning till erbjudandet. I informationsbladet betonades bland annat att samtalen var frivilliga och inte kostade något. Också att samtalsterapeuterna omfattades av tystnadsplikt och sekretess och att det inte var aktuellt med journalföring.

I de fall den äldre personen bestämde sig för att tacka ja till erbjudandet om samtalsstöd sände intresseanmä-laren in en anmälningsblankett med namn och telefonnummer på den aktuella personen och med intresseanmä-larens underskrift.

Därefter ringde en samtalsterapeut upp den äldre personen och erbjöd tid. Personen i fråga fick då en första kontakt med samtalsterapeuten med möjlighet att ställa frågor och även att tacka nej till samtal om han eller hon av något skäl ändrat sig. Samtalsterapeuten ringde upp den aktuella personen för att inte belasta den äldre med att själv ta ansvar för kontakten, i ett läge där psykiska problem kunde utgöra ett hinder för att själv orka ta det initiativet.

Eftersom projektet pågick under en begränsad tidsperiod var det därefter inte möjligt för deltagarna att återkomma med eventuella önskemål om ytterligare samtal. Däremot fanns intresseanmä-larna kvar som möjliga kontaktpersoner för eventuella andra stödinsatser.

Metod

Intervention -

Det kvalificerade samtalsstödet

Inför samtalen skapades en lugn och trygg samtalsmiljö och ett upplägg

som passade den äldre deltagarens behov och önskemål. Tillgång till samtalsrum fanns på ett centralt beläget servicehus. Den äldre deltagaren avgjorde dock själv var samtalen skulle äga rum. Detta innebar ibland att samtalen ägde rum i den äldre deltagarens bostad, på ett äldreboende eller i ett servicehus. Antalet samtal som varje person erhöll varierade från ett till tio samtal. De enskilda samtalen varierade mellan 60 till 90 minuter. Samtalen var kostnadsfria och bedömdes inte som sjukvårdande behandling. Journalföring var därför inte aktuell. Samtalsterapeuterna omfattades av sekretess och tystnadsplikt.

Deltagare

Totalt anmälde sig 36 personer till kvalificerat samtalsstöd, varav fyra senare tackade nej till erbjudandet. 32 personer deltog i samtalsstödet, varav 27 var kvinnor och 5 var män. Åldersmässigt fanns både yngre-äldre (65-79 år) och äldre-äldre (80-100 år) personer representerade. Den yngsta var 67 år och den äldsta 100 år, med en medianålder av 83 år.

De fyra personer som tackade nej till att delta i projektet gjorde detta då de ansåg sig inte vara i behov av kvalificerat samtalsstöd eller inte ansåg sig orka med det.

De flesta deltagare hänvisades från kommunens verksamheter. Ett fåtal kom från landstingets primärvård, en kom från en intresseorganisation och en via Svenska kyrkan.

29 personer svarade på den efterföljande enkäten, som bestod av ett antal frågor. Av dessa var 18 personer gifta

eller i ett samboförhållande, 10 var änka/ änklings och en levde ensam. Den absoluta majoriteten av de äldre hade barn, vänner och/eller andra personer i sitt kontaktnät.

Åldersfördelningen bland de 32 som deltog var 15 personer mellan 65-80 år, 15 personer mellan 81-90 år, och 2 personer mellan 90-100 år. Av de 32 som deltog bodde 19 personer i egen bostad, 11 personer i servicehus och 2 personer i ålderdomshem/gruppboende. I 29 fall utgjordes det kvalificerade samtalsstödet av individuella samtal, i två fall om par-samtal och i ett fall om familjesamtal.

Efter att det kvalificerade samtalsstödet hade genomförts intervjuades 13 intresseanmälare. Frågorna berörde vilken information som behövdes inför genomförande av samtalsstöd, vilka äldre som bedömdes ha behov, hur äldre uppfattade erbjudandet om samtalsstöd, miljön där samtalsstödet gavs och krav på den som erbjuder samtalsstöd. Till sist fick intresseanmälarna ge sin syn på hur en verksamhet med kvalificerat samtalsstöd borde utformas.

Resultat

Problemområden

I samtalskontakterna har deltagarna haft skiftande problematik av både psykisk och social karaktär. Vissa deltagare har, under tunga förhållanden, vårdat anhöriga med svår fysisk eller psykisk sjukdom eller demenssjukdom. Andra deltagare har upplevelser av tidigare svåra trauman eller av egen tidigare psykisk ohälsa som aktualiserats av påfrestningar i den nuvarande livssituationen. Egna svåra somatiska

sjukdomar som cancer, stroke och hjärtbesvär tidigare i livet eller i dagsläget var också vanligt förekommande bland deltagarna. Många samtalsserier har behandlat relationsproblem utifrån komplicerade familjeförhållanden och i den äldre deltagarens förhållande till barn och barnbarn. Vid egen eller anhörigs inflyttning till särskilt boende, med den stora livsomställning detta medför, finns exempel på akuta krisreaktioner. För deltagare i särskilt boende, som karaktäriseras av basala hjälpbehov, har problematiken ofta en grund i en upplevelse av otrygghet på grund av brister inom äldreomsorgen. Som framkommit i samtalen kan ensamhet och isolering vara en annan orsak till psykisk ohälsa. Olika existentiella frågor utifrån den äldres totala livshistoria har också varit aktuellt i många fall.

Symtomområden

Ovan beskrivna problemområden har enligt de äldres berättelser resulterat i en mer eller mindre sammansatt symtombild. Det har visat sig i nedstämdhet, ångslan, oro, ångest, sömnstörningar, trötthet, energilöshet, känsla av värdelöshet, koncentrationssvårigheter, minnesproblem och somatiska besvär. I några fall har kombinationen av symtom visat på en uttalad depression. Starka skuld-känslor gentemot anhöriga har visat sig vara vanligt förekommande, inte minst i de fall deltagaren varit tvungen att ta beslut om placering på ett särskilt boende för en närståendes räkning. Ensamhets- och övergivenhets-känslor, som ibland har lett till en

känsla av hjälplöshet har framkommit, liksom stark besvikelse och bitterhet över livets svåra prövningar.

Samtalens betydelse

Det kvalificerade samtalsstödet, som intervention, har haft olika karaktär. I vissa fall beskrivs interventionen som en *symtomlindring*, där samtalen bidragit till en lättnad av upplevd oro och ångslan över en livssituation med kroppsliga besvär som inte går att förändra i grunden.

Deltagarna har också förmedlat att de genom samtalen kunnat ge uttryck för tankar och känslor som de tidigare inte haft möjlighet att delge någon. De har uppskattat att bli lyssnade på, få förståelse och bli bekräftad i tankar och känslor som normala uttryck i en belastande situation. Att någon utomstående tar del av en äldre persons livsberättelse kan också i sig stärka en sviktande självkänsla och bli en bekräftelse av den person man känner att man i grunden är. Samtalen har också bidragit till att deltagarna upplevt hjälp med att hitta tillbaka till copingstrategier som visat sig vara verksamma tidigare i livet.

I många samtalskontakter har oro, ångest och nedstämdhet beskrivits ha en grund i relationsproblem i familjen. Låsningar i kontakten med barn och barnbarn har beskrivits som oöverstigliga och medfört svåra skuld-känslor och ett smärtsamt grubblande. Hjälp att bena ut dessa situationer har visat att det är möjligt att minska känslor av skuld och att hitta lösningar för en förbättrad kontakt med omgivningen. I de fallen har deltagarna

upplevt att samtalen haft en *problemlösande* effekt.

Det finns också exempel på deltagare som genom samtalen upplevt *insikt* i att den starka oro och ångest som de upplever har en koppling till tidigare upplevda traumatiska händelser, vilka aktualiserats genom påfrestningar i dagsläget. Genom att stödja deltagaren att se mer realistiskt på den aktuella problematiken har oron och ångesten dämpats och möjligheten att hantera den nuvarande situationen ökat.

De deltagare som nyligen flyttat till särskilt boende beskrev den genomgripande förändring av livet som denna flytt innebar. Situationen utlöste en mer eller mindre långvarig kris med nedstämdhet, ångest och ibland förvirring, där grubblerier av existentiell natur ofta förekom parallellt. I vissa fall drabbade krisen även anhöriga, speciellt en maka/make som inte själv var i behov av särskilt boende och som drabbades av svåra skuld känslor inför beslutet. Kvalificerat samtalsstöd under denna svåra omorienteringsperiod upplevdes ha en stabiliserande effekt, och fungerade som *krisbearbetning*.

Deltagarnas uppfattning av samtalen

Efter avslutade samtal fick deltagarna möjlighet att i en enkät svara på frågor om hur de upplevde samtalen.

De flesta deltagarna uppgav att informationen inför det kvalificerade samtalsstödet var tillräckligt. Samtliga ansåg att platsen för samtalet fungerade bra för dem, oavsett var samtalen ägde rum. Samtalslängden på 60 till 90 minuter ansåg samtliga

deltagare fungerade bra. En deltagare kommenterade sitt svar med att längden på samtalen var ”mycket lagom” eftersom ”skärpan försvinner” vid längre tids samtal. Majoriteten av deltagarna framförde att antalet samtal varit tillräckligt och väl anpassade efter den befintliga situationen, medan några uppgav att de gärna haft flera samtal och framförde ett önskemål om fortsatt kvalificerat samtalsstöd.

Drygt hälften av deltagarna hade erfarenheter tidigare i livet av att tala med någon om sina bekymmer, t.ex. via kontakt inom psykiatrin, med verksamheten Anhörigstöd inom kommunen, hos sjuksköterska vid servicehus och med vänner. En deltagare beskrev en avsaknad av förtroende till tidigare samtalskontakt, medan den nuvarande kontakten upplevdes som förtroendefull.

Samtliga deltagare uttryckte att de fått en fungerande kontakt med samtalsterapeuterna.

Några kommenterade särskilt att samtalsterapeuterna verkligen lyssnade på vad de hade att säga, att de känt omtanke från samtalsterapeuten, att samtalen hade varit mycket givande och ”trösterika” och att det hade varit skönt att anförtro sig till någon utomstående. Också erfarenheter av att bli bemötta med nya infallsvinklar och tankeväckare upplevdes som värdefullt. Samtliga som svarade på enkäten upplevde att de kunde ta upp viktiga saker i samtalen och några har förstärkt det i sina kommentarer med ordet ”*absolut*”. Någon uttryckte att det som hade legat som en tung börda hade lättat trots att vissa problem var svåra att lösa. En deltagare poängte-

rade att det varit helt öppet att välja samtalsämne och en annan deltagare att *"jag har alltid känt öppenhet inför det som känts viktigt i samtalen"*.

Samtliga deltagare ansåg att det känts meningsfullt att delta i samtalen. Några uppgav att samtalen varit mycket positiva, välgörande, verkligen meningsfulla och trevliga och att de fått många tankeställare och goda råd för fortsatt levnad. En annan beskrev att det varit mycket meningsfullt och skönt att få ut all sorg ur sin kropp. Ytterligare en sade att livssituationen inom familjen varit extra belastande med sjukdom, varför det känts meningsfullt att delta i samtalen.

Av de 29 som svarade på enkäten uppgav 25 entydigt att samtalen lindrat känslor av oro, ångest och nedstämdhet. Några uppgav att de genom samtalen fått en större medvetenhet om sin situation och att det varit värdefullt att bli bekräftad och få samtala med någon utanför familjen. Vidare uttrycktes att möjligheten att få sätta ord på sina känslor hade gett deltagaren bättre sömn, samt bättre insikt om sig själv och att kunna acceptera den befintliga situationen. En ytterligare kommentar var *"den bästa medicinen var att samtala"*.

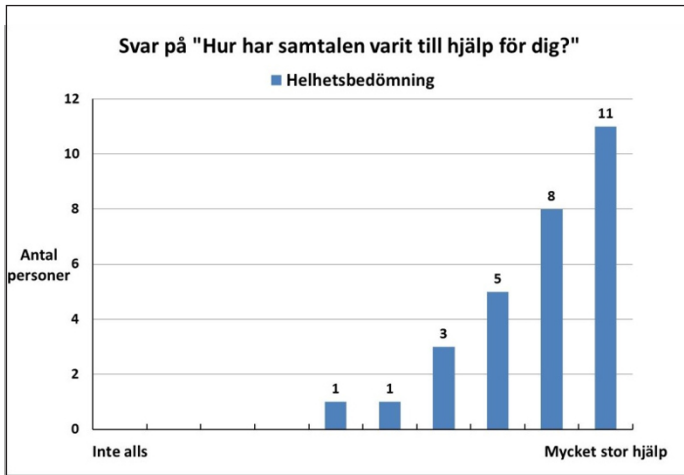
Mer än 90 procent av deltagarna i enkäten uppgav att samtalen varit till stor eller mycket stor hjälp till en positiv förändring i vardagssituationen. En del uttryckte att det handlade om en process som förmodligen skulle komma att pågå efter samtals slut och att ansvaret för vars och ens liv ligger hos personen själv där man behöver anstränga sig för att göra vardagen litet mer varierad. Åter andra

lyfte fram att det har varit viktigt att prata om problemen, att han/hon fått nya tankar till att förändra den svåra situation han/hon befann sig i och att han/hon slutat gråta på kvällarna.

Av de svarande uppgav 50 procent att det förutom den givna interventionen också hade andra behov och önskemål som behövde tillgodoses. En del önskade fler samtal, andra önskade komma till kurator eller psykiater eller någon annan när projektet var avslutat. Ytterligare en önskade en kontakt med väntjänsten. En av de svarande lyfte fram att personalen på det äldreboende där personen bor inte har tid att prata med honom/henne i den utsträckning som personen ifråga behöver. En kvinna uttryckte att hon önskar hjälp så att hennes man kommer till doktorn eftersom *"han behöver hjälp"*. Det fanns också kommentarer om att *"landstinget/kommunen behöver inrätta tjänster enligt projektet för att äldre personer ska ha någon (utanför familjeläkaren) att samtala med för att i möjligaste mån slippa psykisk ohälsa"*. Vidare att *"det är viktigt att dessa tjänster tillsätts med samtalsterapeuter som har lång yrkeserfarenhet, vilket ger större tillit bland pensionärer"*, samt att *"det är viktigt att besöken är kostnadsfria"*.

Enkätens sista fråga var en helhetsbedömning av hur den äldre personen upplevt att det kvalificerade samtalsstödet varit till hjälp. Deltagaren svarande med att på en linje sätta ett kryss, där 0 angav *"inte alls"* och 10 angav *"mycket stor hjälp"*. Deltagarnas svar visas i figur 1.

Det samlade resultatet av enkätundersökningen gav en mycket starkt stöd för att det kvalificerade samtalsstödet varit till mycket stor hjälp.



Figur 1. Deltagarnas bedömning om samtalsstödet varit till hjälp

Intresseanmälnarnas syn på behov av kvalificerat samtalsstöd

De som i detta projekt hänvisat äldre till kvalificerat samtalsstöd (intresseanmälnarna), upplever att det finns många varierande orsaker bakom äldres psykiska ohälsa. Stort behov av kvalificerat samtalsstöd har människor i kris t.ex. vid dödsfall. Vidare personer som har ångest och som har levt i psykisk otrygghet tidigare i livet. Det kan också handla om personer som upplever stora problem med att *"vara tillsammans med andra människor"*, har fobier, inte vågar åka buss osv.. Intresseanmälnarna framhåller också att det finns stort behov av samtalsstöd hos äldre människor som bor i lägenhet, med hemtjänst och utan socialt nätverk och är mycket ensamma och isolerade. Ensamstående äldre män lyfts fram som en särskild riskgrupp. Det kan också handla om personer som har så mycket bekymmer att hela tillvaron präglas av grubblerier och som är nedstämda och deprimerade. Andra

grupper som framhålls är äldre kvinnor som har stor oro och ångest inför problem i relationen till sina anhöriga. Dit hör även kvinnor som ofta söker sin familjeläkare för olika somatiska åkommor med ett bakomliggande behov av att få samtala. Det är också viktigt att erbjuda samtalshjälp till personer som har en ansträngd livssituation eller har haft det tidigare i livet och som uttrycker oro och ångest.

Intresseanmälnarna redogjorde för att äldre personer reagerade mycket olika vid erbjudandet om kvalificerat samtalsstöd. En reaktion var att tacka ja. En annan reaktion var att tacka nej direkt eller visa misstänksamhet. Intresseanmälnarna såg ibland en viss rädsla hos de tillfrågade om att man bedömdes psykiskt sjuk om man erbjöds samtalsstöd. Åter andra reagerade positivt och kände sig utvalda och att det var en ynnest att få vara med. *"Samtalsstöd kan kanske vara bra för mig"*.

Samtliga intresseanmälnare ansåg att det föreligger ett behov av kvalificerat samtalsstöd, som inte är tillgodosett,

för äldre personer med psykisk ohälsa. Ett behov som snarare ökar än minskar med ökande antal äldre i samhället. Ett kvalificerat samtalsstöd kan komma att innebära en reduktion av såväl den psykiska ohälsan hos de äldre som kostnaderna för samhället. En viktig förutsättning är att de äldre med behov fångas upp tidigt i processen, för att undvika onödigt lidande och onödiga vårdkostnader.

Diskussion

Att kvalificerat samtalsstöd upplevts som stödjande för deltagarna i detta projekt har i hög grad bekräftats både till samtalsterapeuterna direkt och i intervjuer med intresseanmälare som stödjer äldre personer samt från de äldre med psykisk ohälsa i enkätsvaren.

En verksamhet av den typ som beskrivs ovan ger möjlighet för äldre människor med psykisk ohälsa att må bättre, känna ökad förmåga att hantera livet och få ökad livskvalitet. Som ringar på vattnet ger det även positiva effekter i nätverket kring den person som får hjälp. I mycket handlar det om förebyggande insatser som kan förhindra djupare psykisk ohälsa. Förutom minskat lidande och ökad livskvalitet för den enskilde personen ger det samhällsvinster i form av avlastning inom sjukvård och äldreomsorg och sannolikt minskade samhällskostnader i stort. I samtalen är det också viktigt att hjälpa personen att finna orsaker till sina symtom och normalisera reaktioner som kan kännas främmande och oroväckande. Vidare bejaka starka känslor som naturliga och viktiga att få uttrycka. I många fall be-

finner sig de aktuella personerna i kris och behöver hjälp att hitta lösningar på aktuella problem. Detta kan innefatta att anhöriga behöver involveras i samtalen.

En medveten linje i projektet har varit flexibilitet och anpassning till olika deltagares behov och förutsättningar som grunden för ett gott resultat av samtalsstödet. Alla delar i upplägget är viktiga, inte enbart själva samtalet, även om detta givetvis är centralt i sammanhanget. Organisationen behöver anpassas till den äldre. Det krävs således ett brett angreppssätt utifrån den enskildes problematik och behov och utifrån såväl fysisk som psykisk och social komplexitet. Man måste se vad varje individ behöver och är betjänt av. Ett existentiellt perspektiv är också nödvändigt att kunna möta upp med i samtalen.

Ovanstående faktorer gör att det inte är lämpligt att fastställa en specifik teoretisk modell eller metod som garanterar ett verksamt resultat. Däremot att skapa ett team med bredd i kompetens, förslagsvis psykolog och socionom. Detta synsätt stöds också av merparten av dem som förmedlat äldre personer till det kvalificerade samtalsstödet. Det är också en fördel om ålderskillnaden mellan samtals-terapeuten och den som deltar i samtalet inte är för stor, något som många av deltagarna lyfte fram.

Det har inte framkommit någon skillnad mellan åldersgrupperna vad gäller möjligheten att ta till sig och känna sig hjälpta av ett kvalificerat samtalsstöd. Mycket gamla personer kan vara lika insiktsfulla i sin problematik som yngre. Äldre personer kan

ha samlat på sig resurser under hela livet och har klarat av svåra saker.

Deltagarna i projektet levde i olika boendeformer och med skiftande omvårdnads- och/eller stödbehov. Drygt hälften hade egen bostad med eller utan hemtjänstinsatser. Ett antal deltagare bodde i servicehus med skiftande behov av daglig omvårdnad och stöd. Andra deltagare bodde i ålderdomshem eller gruppboende. Vår bedömning utifrån projektet är att behovet av kvalificerat samtalsstöd är lika stort oavsett boendeform.

När det gäller könsfördelning i projektet råder stor övervikt för kvinnor, något som även gäller i andra terapeutiska verksamheter med andra åldersgrupper. Sannolikt skulle en permanent verksamhet aktivt kunna arbeta för att öka andelen män till att söka hjälp för psykisk ohälsa.

Grunden i allt terapeutiskt arbete är att skapa en trygg och bärande relation mellan samtalsterapeuten och den som tar emot samtalsstödet. Den aktuella personen behöver känna sig sedd och bekräftad som den person den är i grunden bakom nuvarande begränsningar. Därmed kan också en sviktande självkänsla stärkas. I likhet med Perris-Linges erfarenheter från psykoterapi med äldre personer (Perris-Linge, 2000) bekräftas i projektet att kvalificerat samtalsstöd med äldre i grunden inte skiljer sig från psykoterapi med andra åldersgrupper. När det gäller vitala äldre personer behövs ingen speciell anpassning. Många äldre personer befinner sig dock i ett levnadsskede där det handlar om ett komplicerat samspel mellan kroppsliga sjukdomar, sociala inskränkningar

och psykiska problem. Där behöver samtalen anpassas till den enskilda personens behov och resurser. Flexibilitet är viktigt både vad gäller plats och tidpunkt för samtalen, antalet samtal och längden på dessa och utformning av och innehåll i själva samtalen. Ibland kan tio samtal eller färre räcka, i vissa fall behöver den äldre personen en längre samtalsserie eller möjlighet att återkomma om behov uppstår. Generellt viktigt är det att undvika stresspåslag för personer som kommer till samtal och har begränsningar i ork och rörlighet. Med anpassning av omständigheterna runt samtalen kan personen komma till sin rätt kognitivt. Däremot kan stress inverka negativt och ge en felaktig bild av personens möjligheter till bearbetning av sin problematik.

Att få möta äldre människor i samtalsstöd har för oss samtalsterapeuter varit mycket lärorikt och givande. Det har visat att ålder inte behöver påverka förmågan att bearbeta psykisk problematik och att en relativt begränsad insats kan få stor positiv betydelse för den enskilda personen.

Förslag till uppbyggnad och organisation

Följande kriterier bör gälla för en verksamhet med kvalificerat samtalsstöd:

- Det ska vara en förebyggande verksamhet som bör tillhandahållas den äldre personen i ett tidigt skede. Det ska inte vara någon skillnad om den äldre personen bor i egen bostad eller i särskilt boende för att få tillgång till det kvalificerade samtalsstödet.

- Den enskilde ska kunna söka sig direkt till enheten för det kvalificerade samtalsstödet utan att först gå via familjeläkaren/primärvården eller annan. Den äldre personen ska inte behöva vara ”inne i ett system” med diagnosättning och journalföring utifrån att han/hon har behov av kvalificerat samtalsstöd. Det ska vara okomplicerat och kännas naturligt att ta kontakt med det kvalificerade samtalsstödet för att få hjälp med sin psykiska ohälsa.

- Enheten bör vara belägen på en neutral plats, centralt och vara lättillgänglig. Det ska vara enkelt och smidigt för den äldre personen att ta sig till enheten. Miljön där samtalsstödet ges ska vara tyst, lugn och avskild. Flexibilitet bör råda så att den äldre personen kan få samtalsstödet i det egna hemmet eller på annan plats om han/hon föredrar det.

- Insatsen kvalificerat samtalsstöd bör vara kostnadsfri för den enskilde. Inga journalanteckningar bör föras utan endast arbetsanteckningar/minnesanteckningar.

Sekretess och tystnadsplikt ska råda.

- Den personal som ger det kvalificerade samtalsstödet ska vara välutbildad och ha yrkes- och livserfarenhet och bilda ett team med bredd i kompetens, t.ex. psykolog och socionom.

- En samverkan behövs med andra verksamheter, som vänder sig till äldre personer, inom kommun och landsting, diakoner inom t.ex. Svenska kyrkan och intresseorganisationer. Därigenom skapas förutsättningar att förmedla äldre personer med psykisk ohälsa till det kvalificerade samtalsstödet och för det kvalificerade sam-

talsstödet att slussa äldre personer vidare till kommun eller landsting eller annan om behovet är sådant.

Sammanfattning

Landstinget Västmanland beviljades i samarbete med Västerås stad, hos Socialstyrelsen, utvecklingsmedel för ökat stöd till äldre personer med psykisk ohälsa. Äldre personer med psykisk ohälsa är en utsatt och växande grupp i samhället och det är viktigt att så långt som möjligt behålla en god livskvalitet, social gemenskap och känsla av sammanhang även i hög ålder, för främjande av god hälsa och välbefinnande.

Projektet har erbjudit äldre personer med begynnande eller lätt/medelsvår psykisk ohälsa, kvalificerat samtalsstöd. Målet med projektet har varit att utveckla och pröva en modell för kvalificerat samtalsstöd i öppna vårdformer till äldre personer med psykisk ohälsa. Syftet med projektet har varit att öka kunskapen om behovet av kvalificerat samtalsstöd och hur samtalen bäst kan utformas för äldre personer.

I projektet deltog två familjeläkarmottagningar, några verksamheter från kommunen, en diakon från Svenska kyrkan och en intresseorganisation. Dessa anmälde intresserade äldre personer med psykisk ohälsa i behov av kvalificerat samtalsstöd till projektet. Totalt anmälde 36 personer till kvalificerat samtalsstöd, varav 4 tackade nej till erbjudande om samtalsstöd. Av 36 anmälda till samtalsstöd var 31 kvinnor och 5 män. Åldersmässigt fanns både yngre-äldre (65-79 år) och äldre-äldre (80-100 år)

personer representerade. Den yngsta var 67 år och den äldsta 100 år. Antalet samtal per person varierade mellan 1 till 10 samtal. Samtalslängden varierade mellan 60 till 90 minuter.

Det kvalificerade samtalsstödet genomfördes av tre samtalsterapeuter, leg. psykolog, socionom/leg. psykoterapeut och socionom. Samtliga hade omfattande yrkeserfarenhet. Projektet bestod av två delar, dels en intervention, där äldre gavs möjlighet till kvalificerat samtalsstöd, dels en utvärdering/uppföljning, via enkät, av denna intervention. Personal inom landstingets och kommunens verksamheter, en diakon inom Svenska kyrkan och en intresseorganisation (här benämnda intresseanmädlare) förmedlade information till äldre om projektet både genom skriftlig och muntligt information till deltagarna.

Erfarenheterna från projektet visar att äldre personer mycket väl kan tillgodogöra sig och ha nytta av kvalificerat samtalsstöd. Samtalen har haft olika karaktär och visat på olika behov. I vissa fall handlade det om *symtomlindring*, i andra fall har samtalen haft en *problemlösande* effekt. Hos vissa personer ledde samtalen till *insikt* i att oron och ångesten hade sitt ursprung i traumatiska händelser tidigare i livet och utifrån detta fått hjälp att se mera realistiskt på den aktuella problematiken. Samtalsstödet har också hos några personer fungerat som *krisbearbetning*. Samtalsterapeuterna uppmärksammade några viktiga förutsättningar för ett positivt resultat i mötet med äldre personer. En förutsättning är att samtalen anpassas till den enskilda personens specifika behov och resur-

ser och att flexibilitet får råda både när det gäller plats, tidpunkt och utformning av samtalen. En ytterligare viktig förutsättning är att skapa en trygg och bärande relation mellan samtalsterapeuten och den äldre personen.

Resultatet av projektet visar att det finns uppenbara behov av kvalificerat samtalsstöd i öppna vårdformer för äldre personer med psykisk ohälsa. Behovet kommer förmodligen att öka med den växande äldre befolkningen. Vår bedömning är att uppbyggnaden av en verksamhet med kvalificerat samtalsstöd kommer att gynna den enskilda äldre personen och bidra till sänkta kostnader både för landstinget och för kommunen. Verksamheten bör vara en egen fristående enhet som organisatoriskt ligger under kommunen och vara kommunens ansvar. Att enheten ligger inom kommunens ansvarsområde bedömer vi vara det mest fördelaktiga ur den äldre personens perspektiv.

Referenser

- Arnell, Ulla. 2006. St. Lukas brevet. Brev nr 4.
- Eriksson, Erik H. 1995. Den fullbordade livscykel.
- Ernst Bravell, Marie (red.). 2011. Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi.
- Gut, Emmy. 1998. Ålderdomen som erfarenhet.
- Perris, Carlo; Linge, Egil. 2000. När cirkeln fullbordas. Psykoterapi med äldre i ett livscykelperspektiv.
- Socialstyrelsen. Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre. En kunskapssammanställning. 2009.
- Socialstyrelsen. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. 2012.