



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Äldrepsykiatriskt teamarbete

*– en fallstudie om samverkan över verksamhets- och
professionsgränser*

Socionomprogrammet

C-uppsats, HT-2008

Författare: Anna Klasson

Handledare: Birgitta Ljungberg

Abstract

Titel: Äldrepsykiatriskt teamarbete – en fallstudie om samverkan över verksamhets- och professionsgränser

Författare: Anna Klasson

Nyckelord: tvärprofessionellt teamarbete, samverkan, äldrepsykiatri

Bakgrund

Vi lever längre, men utsätts samtidigt för en allt större risk att drabbas av psykisk ohälsa och sjukdom, vilket bland annat beror på att depressioner är åldersrelaterade, orsakade av olika kroppsliga sjukdomar eller förluster av nätverk. Bland äldre över 70 år har 30 % en lättare eller svårare psykisk sjukdom och/eller ohälsa. Detta är en stor utmaning för framtidens vård och äldreomsorg.

Syfte och frågeställningar

Syftet är att visa exempel på hur man över verksamhets- och professionsgränser kan arbeta och bemöta äldre som lider av psykisk ohälsa och sjukdom. Jag vill även ta reda på vilken roll socialarbetaren kan ha i ett äldrepsykiatriskt team. Forskningsfrågorna är:

- Vilka arbetsmetoder och förhållningssätt använder det äldrepsykiatriska teamet i mötet med de äldre?
- Vilken roll kan socialarbetaren ha inom ett äldrepsykiatriskt team?
- Hur ser de professionella i teamet på samverkan över professionsgränser?
- Hur ser de professionella i teamet på samverkan med andra huvudmän?

Metod

Jag har gjort en fallstudie av ett äldrepsykiatriskt öppenvårdsteam, genom kvalitativa intervjuer. Respondenterna utgjordes av en läkare, en psykolog, en kurator, en sjuksköterska och en mentalskötare. Litteratur och tidigare forskning utgörs av vetenskapliga artiklar, artiklar från dagspress, böcker och avhandlingar. Intervjuerna analyserades utifrån sex analyssteg samt genom meningskoncentrering.

Resultat

Ett tvärprofessionellt team anses vara en förutsättning i arbetet med äldrepsykiatriska patienter, som ofta bär på bred problematik. Kuratorn har ett utvecklat kontaktnät utanför teamet och är tillsammans med sjuksköterskan den främsta samarbetspartnern inom teamet. Hon har uppföljande samtal och blir en brygga mellan slut- och öppenvård. Teamets mål är att ge en samlad, adekvat och evidensbaserad vård under en kortare period, där patienten görs delaktig. Vårdplaner upprättas utifrån patientens situation och resurser. Arbetsmetoderna är medicinska och samtalsbaserade. Teamarbete anses medföra gemensamt beslutstagande, rådfrågning och helhetsperspektiv. De professionella samverkar oftast med någon med liknande professionsbakgrund eller vid behov av kompletterande kunskap både inom och utom teamet. De har likvärdig syn på samverkan inom teamet, men olika syn på betydelsen av samverkan utåt. Ökad samverkan är önskvärd och anses värdefull. Samverkan mellan professionerna inom teamet är utbyggd, medan samverkan utåt sker främst genom informella kontakter. Att förmedla kunskap till anhöriga och andra professionella nämns som det allra viktigaste med teamets arbete.

Förord

Jag vill tacka nära och kära som stöttat och uppmuntrat mig under skrivandet av denna uppsats. Samtidigt vill jag framföra ett tack till min handledare Birgitta Ljungberg som gett mig vägledning genom hela skrivprocessen.

ETT STORT tack till de professionella i det äldrepsykiatriska öppenvårdsteamet, som tog sig tid att dela med sig av kunskaper och erfarenheter. Utan er hade det inte blivit någon fallstudie!

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| 1. Inledning | 1 |
| 2. Bakgrund | 2 |
| 2.1 Förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre | 2 |
| 2.2 Psykiska sjukdomstillstånd | 2 |
| 2.3 Depressioner, förvirringstillstånd och nedstämdhet bland äldre | 3 |
| 2.4 Ångestproblematik bland äldre | 3 |
| 2.5 Självmord bland äldre | 3 |
| 2.6 Behandling av äldre med psykisk ohälsa | 4 |
| 2.7 Samhällets insatser och delat ansvar | 4 |
| 2.8 Socialstyrelsens förslag till åtgärder för bättre förutsättningar för äldre med psykisk ohälsa | 5 |
| 3. Syfte och frågeställningar | 6 |
| 3.1 Avgränsningar | 6 |
| 3.2 Begreppsförklaringar och förkortningar | 6 |
| 4. Förförståelse | 8 |
| 5. Litteraturgenomgång och tidigare forskning | 9 |
| 5.1 Förhållningssätt inom vård och omsorg | 9 |
| 5.2 Behovet av samverkan kring äldre | 9 |
| 5.3 Faktorer som försvårar samverkan | 11 |
| 5.4 Faktorer som gynnar samverkan | 11 |
| 5.5 Styrkan med och potentiella utvecklingsmöjligheter för teamarbete | 12 |
| 6. Teoretiska perspektiv | 14 |
| 6.1 De olika perspektiven inom den psykiatriska vården | 14 |
| 6.2 Nätverksteori/systemteori | 15 |
| 6.3 Kristeori | 16 |
| 6.4 Den salutogena teorin | 17 |
| 7. Metod | 18 |
| 7.1 Kvalitativ forskningsmetod | 18 |
| 7.2 Fallstudie som övergripande angreppssätt | 18 |
| 7.3 Kvalitativa intervjuer som metod | 18 |
| 7.4 Urval | 19 |
| 7.5 Genomförande | 19 |
| 7.6 Genomgång av litteratur och tidigare forskning | 19 |
| 7.7 Insamlandet av empiri | 20 |
| 7.8 Bearbetning av materialet | 21 |
| 7.9 Analysprocessen | 21 |
| 7.10 Validitet | 21 |
| 7.11 Generaliserbarhet och reliabilitet | 23 |
| 7.12. Etik och forskningsetiska frågor | 23 |

| | |
|--|-----------|
| 8. Resultat | 24 |
| 8.1 Presentation av teamet | 24 |
| 8.2 Olika yrkesbakgrunder | 24 |
| 8.3 Likvärdiga roller | 25 |
| 8.4 Synen på varandras roller | 25 |
| 8.5 Kuratorns roll i teamet | 26 |
| 8.6 Temates arbetsätt | 27 |
| 8.7 Ett respektfullt förhållningssätt | 28 |
| 8.8 Samverkan inom och över professionsgränser | 29 |
| 8.9 Samverkan utanför teamet | 30 |
| 8.10 Former för samverkan | 31 |
| 8.11 Styrkan med teamarbete | 32 |
| 8.12 Potentiella utvecklingsmöjligheter för teamarbete | 33 |
| 8.13 Att förmedla kunskap | 35 |
| 8.14 Sammanfattning av resultat | 36 |
| 9. Analys och diskussion | 37 |
| 9.1 Teamets arbets- och förhållningssätt | 37 |
| 9.2 Samverkan över professionsgränser | 38 |
| 9.3 Samverkan över verksamhetsgränser | 39 |
| 9.4 Socialarbetarens roll i ett äldrepsykiatriskt team | 40 |
| 9.5 Att förmedla kunskap | 41 |
| 9.6 Uppsatsens syfte har uppnåtts | 42 |
| 9.7 Förslag till fortsatt forskning | 42 |
| 10. Referenslista | 43 |
| 11. Bilaga – intervjuguide | 46 |

1. Inledning

Mitt intresse för att skriva om äldre som lider av psykisk ohälsa och/eller sjukdom har bland annat växt fram då jag kommit i kontakt med artiklar i media med citat likt detta: ”För drygt ett år sedan kom Gerd fram till att hon inte ville leva längre. Hon skulle ta sitt liv genom att skära sig i halsen med en kniv. En vecka tidigare hade hon skrivit ut sig från den psykiatriska klinik där hon tillbringat några nätter på grund av akut ångest. På kliniken hade sköterskorna varit stressade och inte haft tid att prata. Istället för att bli bättre var det där hon bestämde sig för att göra slut på sitt liv. Men den hemligheten behöll hon för sig själv” (Larsson 2008).

När jag har gjort min praktik inom slutenvuxenpsykiatri samt vikarierat som biståndsbedömare inom äldreomsorgen har jag mött många äldre som lidit av psykisk ohälsa och/eller sjukdom. Jag har därför kommit att fundera över hur professionella kan möta denna problematik, som Socialstyrelsen har kommit att kalla ett folkhälsoproblem. Den psykiatriska verksamhet som jag gjorde min praktik inom präglades av kognitiv akupsykiatri med snabba beslut, korta sjukhusvistelser och försök att så snabbt som möjligt integrera patienter i samhället. Efter att ha gjort ett studiebesök hos ett äldrepsykiatriskt team insåg jag snart vikten av att i ett så tidigt skede som möjligt knyta patienten till öppenvården, exempelvis genom att en remiss skickades till teamet.

Jag har valt att göra en fallstudie kring ett äldrepsykiatrisktteams verksamhet och metoder för nyinsjuknande äldre över 70 år med psykisk ohälsa och/eller sjukdom, för att visa exempel på hur man kan arbeta med denna grupp äldre. Äldre med psykisk ohälsa och sjukdom kan inte ses som en homogen grupp. För vissa debuterar ohälsan i samband med att man blivit äldre, för andra debuterar den tidigare i livet, vilket kan ha lett till långvarig funktionsnedsättning. Jag har velat undersöka om äldrepsykiatriskt teamarbete kan vara ett sätt att överbygga professions- och verksamhetsgränser och om samverkan mellan berörda huvudmän, kan bidra till att det för fler äldre kan sluta som det gjorde för Gerd.

”För Gerd är självmordsförsöket numera historia. Hennes medicinering mot depressionen och det höga blodtrycket ligger på rätt dos och hon mår mycket bättre. Hon har regelbunden kontakt med äldrepsykiatriska avdelningen på sjukhuset där hon bor. Där blir hon omhändertagen. En gång i veckan träffar hon en sjuksköterska och varje månad läkaren. Dessutom ordnas det gruppsamtal om olika ämnen, till exempel ångest och depression. Hennes ångest är inte helt borta, men nu har hon ett ställe där hon känner sig trygg och där det är öppet dygnet runt, om hon skulle behöva det. Däremot har hon inte pratat om varför det blev som det blev, varken med sin make eller sina barn” (Larsson 2008).

2. Bakgrund

Antalet personer över 65 år har mer än fördubblats de senaste 50 åren, vilket framför allt beror på minskad dödlighet. Medellivslängden år 2007 var 83 år för kvinnor och 78,8 år för män (Socialstyrelsen 2008). Vi lever längre, men utsätts samtidigt för en allt större risk att drabbas av psykisk ohälsa och sjukdom. Epidemiologiska undersökningar visar att befintligheten av psykisk ohälsa bland äldre ökar i takt med en stigande ålder, vilket bland annat beror på att depressioner är åldersrelaterade, orsakade av olika kroppsliga sjukdomar eller förluster i sociala nätverk. Detta är en stor utmaning för framtidens vård och äldreomsorg (Allard 2003).

Allmänhetens syn på psykisk ohälsa och sjukdom har genom historien bidragit till stigmatisering och utanförskap. I vår tid råder nu en större öppenhet, men trots detta upplever många äldre fortfarande att de stigmatiseras och isoleras från samhället (Socialstyrelsen 2008).

2.1 Förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre

27 % kvinnor och 14 % män i åldrarna 65-79 år har uppgett att de lider av lättare eller svårare ångest eller oro. Den så kallad H70- studien från 2007, har visat att 30 % av äldre över 70 år har en lättare eller svårare psykisk sjukdom och/eller ohälsa. Psykisk ohälsa bland äldre främst ångest- och depressionssjukdomar, är så vanligt att man kan tala om ett folkhälsoproblem (Socialstyrelsen 2008).

2.2 Psykiatriska sjukdomstillstånd

Nedan nämns några av de grupper av äldre som de professionella i det äldrepsykiatriska öppenvårdsteam jag studerat, kan möta i sin verksamhet.

Äldre kan drabbas av koncentrations- och minnesstörningar och få ett ökat kontrollbehov och utföra tvångshandlingar. I bemötandet av den äldre kan man som professionell eller anhörig då behöva hjälpa till att strukturera den yttre miljön (Grönquist 1999).

En bipolär sjukdom, även kallad manodepressivt tillstånd kan drabba äldre. Detta kan innebära att personen befinner sig i perioder av förhöjd sinnesstämning och ökad aktivitetsnivå, som avlöses av en depressiv period som kan präglas av pessimism, hämning och ibland självmordstankar. (Grönquist 1999).

Psykos- eller paranoia tillstånd är vanliga hos äldre. Paranoia tankar kan i värsta fall yttra sig i hallucinationer, vanföreställningar, tankestörningar och aggressivitet. Personer med dessa symtom kan stundtals leva ett förhållandevis normalt liv, men i perioder kan symtomen bli så påtagliga att man inte kan ta hand om sig själv och behöver behandling (Olsen-Hellberg/Melin, 1996). Begreppet psykos delas in i schizofreni, paranoia tillstånd och övriga psykos. De flesta människor som insjuknar i schizofreni gör detta före 50- års ålder, men av dem som uppvisat symtom efter 60 års ålder är det vanligaste symtomen röst-, lukt- och synhallucinationer. När äldre utsätts för påfrestningar som bostadsbyte, förlust av närstående eller infektioner och uppvisar psykotiska symtom är det viktigt att de snabbt kommer i kontakt med psykiatrin. Traumatiska upplevelser kan leda till att en äldre människa reagerar med en psykos och inläggning kan undvikas om personen får vård och stöd i tid (Grönquist 1999).

2.3 Depressioner, förvirringstillstånd och nedstämdhet bland äldre

De allra flesta patienter som teamet möter har depressiva eller ångestrelaterade besvär. Depressioner bland äldre ibland kan yttra sig i demensliknande beteende genom att personen till exempel är motoriskt hämmad, har begränsad mimik eller svårigheter att orientera sig i sin omgivande miljö. Om man uppmärksammar att en äldre person är deprimerad bör man stödja honom eller henne att uppsöka läkare för utredning, bedömning och behandling. Det är viktigt att uppmuntra social stimulans, men samtidigt vara lyhörd inför hur mycket den äldre anser att hon eller han orkar med. Orsakerna till äldres depressioner kan exempelvis vara sorgereaktioner, stress och oro, som uppstått av somatisk sjukdom eller förändringar i den omgivande miljön (Grönquist 1999). Patienterna kan behöva mycket mänsklig kontakt och samtal för att bland annat kunna acceptera åldrandet och se positiva sidor av livet (Olsen Hellberg/Melin 1996).

Konfusion eller förvirring är vanligt bland äldre och är ett symptom som orsakats av störning i hjärnans funktion. De vanligaste orsakerna är läkemedelskollisioner, kroppslig sjukdom, relationskonflikter och/eller förändringar i den äldres livssituation. En noggrann utredning måste därför göras med hjälp av anhöriga och professionella. För äldre med förvirringstillstånd handlar det om att göra omgivningen till en trygg och harmonisk miljö, bland annat genom att äldre tillåts vara delaktiga i sin vård och omsorg (Olsen-Hellberg/Melin 1996).

Precis som yngre kan äldre drabbas av olika typer av nedstämdhet under perioder i livet, exempelvis på grund av ensamhet och förluster i det sociala nätverket. Nedstämdhet kan finnas sekundärt till psykiska sjukdomstillstånd som schizofreni, demens och personlighetstörningar, men kan också utgöras av en form av grundstämning. Långvariga och svåra smärttillstånd kan också ge psykiska symptom som nedstämdhet eller depression. Det är viktigt att i vården och omsorgen inte bara ge stöd genom läkarkontakt, utan även eventuell psykoterapeutisk behandling för att kunna möta och bekräfta den äldre. Detta kan ge honom eller henne en möjlighet att sätta ord på sin situation och se den ur ett nytt perspektiv (Grönquist, 1999).

2.4 Ångestproblematik bland äldre

Depressioner hos äldre är ofta kombinerade med ångest och kan exempelvis leda till nedsatt koncentration, minne och aptit eller hjärtklappning. Ångest kan också yttra sig i aggressivitet, sömnsvårigheter eller i kroppsliga symptom. Vid bemötande av äldre med ångest är det viktigt att skapa en trygg miljö bland annat genom samtal. Det är också viktigt att vara uppmärksam på att somatiska sjukdomar, vätskebrist och läkemedel ger upphov till ångest (Olsen-Hellberg/Melin 1996).

2.5 Självmord bland äldre

300-400 personer över 65 år tar sitt liv i Sverige varje år, vilket motsvarar cirka en fjärdedel av alla begångna självmord (Socialstyrelsen 2008). Marga Waern psykiater och docent vid Sahlgrenska akademien konstaterar att orsaken till självmord vanligen är depressioner, som ofta börjar då äldre utsätts för någon form av trauma eller av försluter i sociala nätverk. Stefan Wiktorsson, som är psykolog och doktorand vid Sahlgrenska akademien i Göteborg, har i studier fått fram att äldre över 70 år, som vårdats akut efter självmordsförsök, mått bättre då de fått rätt medicinering, plats på särskilt boende eller hjälp av hemtjänsten (Larsson 2008).

2.6 Behandling av äldre med psykisk ohälsa

En tredjedel av äldre med depression får ingen behandling alls, vilket kan bero på att äldre inte är

vana att tala om sin depression, eller på att vårdpersonalen inte är uppmärksam på symtomen och helt enkelt är för okunnig. Större ansträngningar måste göras för att förbättra kvaliteten på såväl bedömning, behandling och forskning eftersom bristerna inom detta område i dag är stora (Bergdahl 2007). Ofta blir det de akuta somatiska och sociala besvären som uppmärksammas och behandlas och problematiken runt äldre psykiska hälsa bör lyftas fram i ett bredare perspektiv (Socialstyrelsen 2008).

Psykiska sjukdomar som drabbar äldre har hög återfallsfrekvens. Återfallen kan minskas genom noggrann uppföljning och behandling. Äldre är även sårbara för psykofarmakas biverkningar. Därför måste professionella vara uppmärksamma och inneha kunskap om åldersrelaterade förändringar vid användning av läkemedel. Den första bedömningen av den äldres hälso- och sjukdomstillstånd bör göras vid ett hembesök och resultera i en vårdplan och uppföljning, med klara mål och definierade ansvarsområden för de professionella. En mångsidig äldrepsykiatrisk service bör vara individcentrerad och samordnad för att kunna garantera kontinuitet inom vården. Den mängd expertkunskap om äldrepsykiatri som finns bör spridas i de vård- och omsorgsmiljöer där den praktiseras (World Health Organisation /World Psychiatric Association 1996)

Läkemedel ges ofta till äldre och de erbjuds sällan psykoterapi eller samtalsbehandlingar, vilket bland annat beror på väletablerade fördomar om att äldre inte kan tillgodogöra sig terapi trots att forskning visar att vissa äldre kan ha stor vinning av en del typer av korttids psykoterapi (Sparring Björkstén 2005)

2.7 Samhällets insatser och delat ansvar

Sen 1970-talet har anstalter och avdelningar för psykiatrisk långtidsvård lagts ner och ansvaret för den vardagliga vården och omsorgen har förts över på kommunernas äldre- och handikapps-omsorg. Många äldre som skrivs ut från dagens psykiatri bor på olika kommunala boenden eller i eget boende, vissa har kontakt med öppenvård, hemtjänst eller hemsjukvård, men många undviker och avvisar kontakt med myndigheter. Psykiatrireformen från 1995, skulle underlätta för personer med psykisk ohälsa, som inte behöver heldygns vård att kunna leva ett så normalt liv som möjligt (Piuva/Grönquist/Söderlund 2000). Införandet av 1990-talets Ädel- och Psykiatrireform har inneburit att kommunen ansvarar för varaktig service, vård och omsorg till äldre medan landstingen svarar för den akuta vården (Grönquist 1999).

Kommunens vård och omsorg om de äldre exempelvis hemtjänstinsatser och särskilda boendeformer regleras genom Socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS). Kommunens personal kan ibland även arbeta efter Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) exempelvis vid läkemedelsdelegering. Landstingens insatser regleras genom HSL, vars mål enligt portalparagrafen är att tillförsäkra befolkningen god hälsa och vård på lika villkor (Gynnerstedt/Schartau 2000).

Trots avsatta statliga medel har många landsting inte satsat på gruppen äldre. Detta kan bland annat bero på att föreställningar om att åldrandet som en period i livet där nedstämdhet utgör en naturlig del, vilket bidragit till att de äldres behov av professionella insatser inte tillgodosetts. Svensk förening för äldrepsykiatri konstaterar i en färsk inventering att 12 av 21 landsting saknar specialiserad medicinsk kompetens för äldre med psykisk sjukdom. Biståndsbedömare som ska bedöma äldres hjälpbehov ser inte alltid den psykiska ohälsa, som många äldre lider av utan

fokuserar på vad den äldre klarar av i sin vardag. Idag har hemtjänsten heller inte alltid tid att stanna och prata med de äldre (Molin 2008).

Problematiken kring äldres psykiska ohälsa och sjukdom svävar idag mellan områdena psykiatri, geriatrik, äldreomsorg och primärvård, utan att någon tar ett samlat ansvar. Trots att kunskap och effektiva metoder finns har dessa inte nått ut i alla kommuner och landsting. Det saknas en samlad strategi för att kunna ge äldre med psykisk ohälsa och/eller sjukdom en god vård och omsorg. Orsaken till detta är synen på åldrande och bristande samverkan. Huvudmännen behöver ges stöd i att utveckla metoder för att hjälpa äldre som lider av psykisk ohälsa och ta ett gemensamt ansvar för att ge äldre en god vård, genom att samla sin kompetens från olika discipliner. Faktorer som utbildning, arbete, delaktighet eller social isolering tycks påverka hur åldrandet och hälsotillståndet utvecklas bland äldre (Socialstyrelsen 2008). Gränser mellan huvudmän och nuvarande regelsystem bör ses över. I projekt där psykiatrin varit en av huvudmännen har det generella samarbetsklimatet varit bristfälligt (Danermark/Kullberg 1999).

2.8 Socialstyrelsens förslag till åtgärder för bättre förutsättningar för äldre med psykisk ohälsa

Regeringen bör ta större hänsyn till äldres psykiska ohälsa i statliga åtgärder inom äldrepolitiken och psykiatrin. Åtgärder bör riktas in på att stödja de olika huvudmännen så att former för samarbete och ett gemensamt ansvarstagande utvecklas. Personalens kunskap om denna grupp äldre bör förbättras inom såväl specialistpsykiatri, som primärvård och kommunal äldreomsorg. Behovet av insatser från flera olika yrkesgrupper bör kunna verkställas, till exempel genom olika centrum- och teamlösningar. Där tillgång till konsultverksamhet, stöd till befintliga verksamheter, uppföljning av evidensbaserade metoder och arbetssätt kan samlas och ges i kompetenshöjande syfte till professionella inom sjukvård och äldreomsorg. Läkemedelsgenomgångar och en ökad tillgång på professionella med psykosocial kompetens inom huvudmännens organisationer ses även som viktiga åtgärder. Det är också viktigt att huvudmännen ser till så att äldre med psykisk ohälsa har möjlighet att bo antingen hemma eller på särskilda boenden under trygga förhållanden (Socialstyrelsen 2008).

3. Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att genom att göra en fallstudie gestalta exempel på hur man över verksamhets- och professionsgränser kan arbeta och bemöta äldre som lider av psykisk ohälsa och eller sjukdom. Jag vill även ta reda på vilken roll socialarbetaren kan ha i ett äldrepsykiatriskt

team samt vilken kunskap och vilka arbetsmetoder de professionella anser är bra verktyg i mötet med de äldre. Mina frågeställningar är:

- Vilka arbetsmetoder och förhållningssätt använder det äldrepsykiatriska teamet i mötet med de äldre?
- Vilken roll kan socialarbetaren ha inom ett äldrepsykiatriskt team?
- Hur ser de professionella i teamet på samverkan över professionsgränser?
- Hur ser de professionella i teamet på samverkan med andra huvudmän?

3.1 Avgränsningar

Eftersom min C-uppsats ska omfatta tio veckors heltidsarbete har jag valt att endast belysa ett teams arbete samt att koncentrera mig på deras målgrupp, som är nyinsjuknande äldre över 70 år. Det kan enligt Trygged (2005) vara svårt att avgränsa fallstudier, därför anser jag att det är mycket viktigt att ha en avgränsad urvalsgrupp. Jag har även valt bort att fördjupa mig i demensproblematiken då den endast kommer att nämnas i relation till andra psykiatriska sjukdomstillstånd. Eftersom min fokus inte ligger på vilka olika tillstånd som kan drabba äldre utan på teamarbete och samverkan. Den avsatta tiden för uppsatsen har jag heller inte ansett som tillräcklig för att intervjua de äldre patienterna.

3.2 Begreppsförklaringar och förkortningar

Äldrepsykiatri: definieras i min uppsats som all specialiserad sjukvård och omsorg för äldre med psykisk ohälsa och sjukdom (Grönquist 1999).

Psykisk ohälsa – Jag använder mig av definitionen som Statens folkhälsoinstitut har satt upp där begreppet endast innefattar tillstånd som ökar risken för allvarlig sjuklighet eller död i förtid. Tillstånd som inkluderas i begreppet ska: 1) ha psykisk karaktär, 2) vara relativt vanliga, samt 3) öka risken för allvarig sjukdom, exempelvis risken för kliniska depressioner, eller död i förtid. Inåtvända psykiska problem som oro, ångest, depressiva symptom, sömnsvårigheter och huvudvärk skulle exempelvis kunna vara exempel på psykisk ohälsa (www.fhi.se, Statens folkhälsoinstitut, 2008).

Psykisk sjukdom – Jag utgår ifrån den internationella klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem som används i Sverige med stöd från diagnoskoder i ICD 10. För psykisk sjukdom används även en klassifikation med tydliga kriterier i klassifikationssystemet DSM-IV. De tillstånd som klassificeras som psykisk sjukdom inom dessa system varierar över tid (www.fhi.se, Statens folkhälsoinstitut, 2008).

Tvårprofessionella team – består av medlemmar med olika professionsbakgrunder med tydliga yrken som kräver en längre utbildning, som samarbetar tillsammans mot ett gemensamt mål och ingår som en del i en vård- och omsorgskedja (Thylefors 2007).

Samverkan och samarbete – begreppen kommer ofta att betyda samma sak men att skillnaden emellan dem är att om samverkan ska uppnås så krävs samarbete, och att syftet med samverkan är att uppnå ett bättre resultat genom att ta användning av varandra resurser (Grönquist 1999). Jag kommer i min uppsats att använda dessa begrepp synonymt då jag anser att de förutsätter varandra.

Omsorg – utövas av flera yrkeskategorier och innefattar ansvar, respekt, bemötande, tillit och ömsesidighet (Grönquist 1999).

Omvårdnad – innebär att tillgodose allmänmänskliga och personliga behov samt tillvarata individens egna resurser för att bevara eller återvinna hälsa. Omvårdnad kan utgöra ett komplement till medicinsk vård och tar hänsyn till psykiska, sociala och kulturella hänseenden. (Grönquist 1999).

Epidemiologi - vetenskapen om de epidemiska sjukdomarna (www.saol.se, *Svenska Akademiens ordbok*, 2008).

MMT- Mini Mental Test - kan ge en objektiv värdering av patienters kognitiva funktioner och kan vägleda vid utredning av demens eller demensliknande tillstånd (www8.vgregion.se/mun-h-center/archive/pdf/lectures/mmttest.pdf, 2008).

Med *Huvudmännen* menas i denna uppsats kommun och landsting. Begreppet vårdgrannar används synonymt.

Gerontologi – läran om det normala åldrandet (Olsen- Hellberg/Melin 1996).

Geriatrik – Läran om det sjuka åldrandet (Olsen- Hellberg/Melin 1996).

Somatisk vård- synonymt med kroppslig vård och motsats till psykiatrisk vård (www.saol.se, *Svenska Akademiens ordbok*, 2008).

Socialarbetare och *kurator* kommer i denna uppsats att användas synonymt.

Arbetsmetoder och *arbetssätt* används i denna uppsats synonymt.

4. Förförståelse

Forskarens syn på världen påverkar hela forskningsprocessen från skapandet av forskningsfrågor till insamlandet, analysen och tolkningen av materialet (Merriam 1994). Forskarens värderingar är en viktig komponent i förståelsen av sociala fenomen, som endast blir giltiga för forskaren då

de relateras till den kultur forskaren verkar i (Gilje/Grimen 2004). Min förförståelse har påverkat mitt val av forskningsområde och hur jag sedan valt att framställa det, samtidigt som min förförståelse varit en förutsättning för att kunna sätta forskningsområdet i ett sammanhang. Den kontext som studien sätts i präglas av min erfarenhet som jag bland annat fått genom min praktik, tidigare arbeten med funktionshindrade och äldre, men också via min socionomutbildning.

Den samhällsvetenskaplige forskarens känslor och värderingar överskuggar beskrivningarna av ett socialt fenomen och det är viktigt att som forskare vara uppmärksam på detta (Gilje/Grimen 2004). Då jag gjorde min praktik inom vuxenpsykiatri och såg problematiken kring äldres psykiska ohälsa samt hur man organisatoriskt löste den, har jag insett att detta påverkat min förförståelse. Min praktik som kurator innebar att jag bidrog med ett psykosocialt perspektiv inom den psykiatriska vården. Då min handledare betonade vikten av att se hela patientens professionella och sociala nätverk kan också detta ha påverkat min förförståelse. Samtidigt kan min utbildning som ofta i teori och praktik betonar vikten av helhetsperspektiv också influerat min syn på verksamheten samt mitt val av forskningsområde. Jag har även vikarierat som biståndsbedömare och sett konsekvenser av när samverkan med psykiatri brister. Då min egen, mina kollegors och hemtjänstpersonalens kunskaper kring den äldre varit knapphändig, har jag också fått erfara hur detta påverkat en äldre människas hälsa och livssituation, men också hur det påverkat professionellas självförtroende. Gilje/Grimen (2004) menar att en forskare aldrig förhåller sig helt utan föreställningar inför sitt undersökningsområde. Språk, personliga erfarenheter, trosuppfattningar och föreställningar utgör alla forskares förförståelse. Min egen ålder samt min syn på åldrande, som jag bland annat kan ha fått genom utbildning och i media kan också ha präglat min förförståelse. Författarna skriver också att förförståelsen är en betydelsefull del i forskningsprocessen då den ger undersökningen av ett fenomen en viss riktning och gör tolkning möjlig. Explorativa studier baseras också på att forskaren har en förförståelse av fallet. Eftersom förförståelsen färgar mina tolkningar anser jag att det är viktigt att redovisa och tydliggöra den i min uppsats.

5. Litteraturgenomgång och tidigare forskning

Litteraturen och forskningen utgörs av vetenskapliga artiklar, artiklar från dagspress, böcker och avhandlingar, som jag sammanställt för att redovisa kunskap och perspektiv kring samverkan, teamarbete och äldres psykiska ohälsa.

5.1 Förhållningssätt inom vård och omsorg

Ett gott förhållningssätt och ett bra bemötande kännetecknas av att professionella har en förmåga att ta del av patientens värld, resurser och problematik med syftet att påverka en utveckling mot oberoende. Det förhållningssätt och bemötande som man som professionell har är grundat i en människosyn, förmågan att kommunicerar samt hur man ser på hälsa respektive ohälsa och vad det innebär att vara patient (Grönquist 1999). Det som återkommer i människors berättelse om återhämtning från psykisk ohälsa och/eller psykisk sjukdom är att de kände sig respekterade och hörda. Det handlar om sympati, empati och personkemi. Stöd från anhöriga och att professionella kan erbjuda sig själva och ställa sina resurser till patientens förfogande, spelar en avgörande roll i en människas återhämtning (Topor 2004).

Ett professionellt förhållningssätt grundar sig på en självkänedom och kunskap om sina samverkanspartners inom ens arbetsområde. Professionella som arbetar med människor inom psykiatri och omsorg bör ha ett flexibelt arbetsinstrument och att vara öppna för vidare kunskaps- och kompetensutveckling. Yrkesmässigt arbete handlar om att i sitt förhållningssätt ta vara på faktakunskaper och praktiska erfarenheter, som kan stödja den äldres resurser och styrkor så att fysiska och psykiska funktioner kan utvecklas och bestå. Det är viktigt att man professionell har ett konstruktivt förhållningssätt och kan hjälpa den äldre till att se orsaker till beteende och ens livssituation. Ett relationsarbete är viktigt och präglas av ett psykosocialt förhållningssätt, som handlar om att ta hänsyn till psykiska och sociala problem i försök att ge en helhetsbild av den äldres situation. Samtidigt behöver de professionella kunskap och erfarenhet om olika psykiatriska sjukdomstillstånd som äldre kan drabbas av för att kunna ge dem ett tryggt och professionellt bemötande (Grönquist 1999).

5.2 Behovet av samverkan kring äldre

För att Psykiatri- och Ädelreformen ska kunna genomföras måste landsting och kommuner samverka och planera vård och omsorg (Piuva/Grönquist/Söderlund 2000). De sammansatta medicinska, sociala och psykologiska orsakerna till äldres psykiska ohälsa kräver samarbete mellan olika vårdgivare och professioner i sjukvården, socialtjänsten och frivilligorganisationer, men även med anhöriga. Undersökning och behandling av äldre kan innebära gränsöverskridande mellan olika yrkesroller. Därför är det nödvändigt att reda ut vilka yrkeskategorier som möter de äldre i vården och omsorgen. Vården och omsorgen av äldre med psykisk ohälsa behöver ett gemensamt förhållningssätt och ett gemensamt språk, där psykiatrisk, geriatrisk, social och psykosocial kunskap bör ingå. En ökad befintlighet av psykisk ohälsa efter 65 års ålder, som kräver specifik behandling är grunden till utveckling av en äldrepsykiatrisk disciplin, som successivt inrättats sedan 1950-talet. I de länder äldrepsykiatri är en etablerad specialitet har statusen för denna grupp äldre också ökat. Detta har bidragit till att forskning och utbildning inom området startats upp för studerande inom såväl sjukvårdens som det sociala arbetets utbildningar (World Health Organisation /World Psychiatric Association, 1996). Äldrepsykiatri i Sverige har inte någon status som medicinsk specialitet.

Därför måste våra politiker och tjänstemän på berörda myndigheter uppmanas till ökad uppmärksamhet, resurstilldelning och samverkan kring vård och omsorg för äldre som lider av psykisk ohälsa (Allard 2003). Regeringen tillsatte år 2003 en psykiatrisamordnare som skulle arbeta fram en nationell strategi för samhällets insatser för personer med psykiska sjukdomstillstånd och/eller funktionshinder. Förslagen som samordnare betonade för de äldre handlade om vikten av samverkan mellan huvudmännen och deras ansvar att tillgodose äldres

behov, men för att de ska kunna samverka på ett systematiskt sätt krävs gemensamma ledningsorgan och skriftliga avtal (Socialstyrelsen 2008). Detta skulle innebära att samhällets resurser används på bästa sätt samt att patienten får sina behov tillgodosedda efter de mål som samhället satt upp (Grönquist 1999).

Psykisk ohälsa är det största problemområdet i vård och äldreomsorg och brister påtalats av såväl de äldre, som av olika intresseorganisationer och professionella. Organisatoriska och strukturella förändringar som skett i samhället har bidragit till neddragningar av somatiska och psykiatriska vårdplatser, vilket lett till att äldrepsykiatrisk vård och omsorg präglas av överbelastning och resursbrist. Psykiatrins och primärvårdens professionella har på grund av detta prioriterat andra patientgrupper framför de äldre. Många äldre är också omedvetna om sin psykiska ohälsa och söker därför trots sitt lidande ingen vård. Äldre nekas dessutom slutenvård då de inte passar in i den rådande psykiatriska miljön och det är de äldsta som får minst psykiatrisk vård. Att särskilda ekonomiska resurser öronmärks åt äldrepsykiatri föreslås bland annat för att realisera och samordna äldrepsykiatrisk vård och omsorg (Sparring Björkstén 2005).

Det finns ofta brister i samverkan mellan slutenvård och primärvård och mellan primärvård och hemtjänst. Olika försök har bland annat gjorts i Stockholms läns landsting för att förbättra och samordna huvudmännens insatser och ansvar, framförallt för att få slutenvård och öppenvård att samarbeta mot patientens bästa. I olika studier har man fått fram att samverkan kan nås på olika sätt och inte nödvändigtvis behöver betyda förändringar i huvudmannskapet. Utvärderingar har visat att samverkan mellan huvudmännen innebär att professionella tar ett helhetsansvar för patienten (Wånell, 2007).

Relevant och tidig diagnostisering kan förbättra prognosen för de äldre, vilket kräver specialistkunskap såväl som tvärprofessionellt samarbete och samordning mellan servicefunktioner. Psykisk ohälsa på bland äldre är så vanlig och förståelsen för hur tillstånden yttrar sig samt diagnostisering bör vara av högsta prioritet för alla som arbetar inom sjukvård och socialtjänst. De aktuella diagnosinstrumenten som till exempel ICD-10, DSM-IV tar inte tillräcklig hänsyn till kulturella och sociala förändringar som sker i ålderdomen. Diagnossystemen gör heller ingen åtskillnad mellan ohälsa och sjukdom, vilket medför ett snävt tänkande där vissa former av ohälsa inte uppmärksammas och behandlas korrekt. Diagnostiskt ställningstagande bör inte bara belysa patientens brister utan även dess förmågor. Åtgärder som främjar självständighet, exempelvis träning av vardagliga aktiviteter i hemmet, så kallad ADL-träning, kan förbättra tryggheten i det egna hemmet. Praktiskt stöd och information exempelvis kring äldres sociala och juridiska rättigheter anses vara viktiga insatser (World Health Organisation /World Psychiatric Association, 1996).

5.3 Faktorer som försvårar samverkan

Behovet av samverkan ställer nya krav på planering av verksamheter, som de professionella inte alltid är rustade för. I vissa samverkansprojekt som studerats har det geografiska läget varit ett bekymmer då problem uppkommit när man behöver hjälp från instanser belägna i andra byggnader. Oklara målsättningar med samverkan mellan professionella leder till svårigheter att bryta ned syftet med samverkan till faktiska mål som är nödvändiga i det praktiska arbetet. Skillnader i människosyn, ekonomiska intressen och maktstrukturer är också faktorer som kan

utveckla problem vid samverkan. Läkaren i psykiatri har länge haft en dominerad ställning och har i samarbete med andra professionella haft tolkningsföreträde när det kommer till att ställa diagnos och vilken behandling patienten ska ha. Detta har bidragit till att andra yrkesgruppers kunskaper och kompetens åsidosatts (Danermark/Kullberg 1999). Motsättningar som prestigekamper och stagnation kan undvikas genom att professionella är trygga i sina yrkesroller. Odefinierade och outtalade ansvarsgränser mellan exempelvis socialtjänst och psykiatri är faktorer som leder till problem då olika huvudmän ska samverka (Thylefors 2007).

Det finns schismer mellan huvudmännens bedömningar av patienten. Medan psykiatriens verksamhet grundar sig på ett medicinskt sjukdomsperspektiv, grundar sig socialtjänstens verksamhet på ett normaliseringsperspektiv med patientens funktioner i fokus. Det kan uppstå problem när dessa synsätt ska sammankopplas och vissa författare anser att dessa kunskapsideal är oförenliga. Professionella kan ha svårare att samverka på grund av kunskapsideologiska avstånd som leder till sämre kommunikation och varierade mål. Att hälso- och sjukvården och socialtjänsten många gånger har olika organisationskultur och lagstiftning kan också bira till svårigheter att samverka dem emellan (Danermark/Kullberg 1999). Sekretessregler nämns dessutom som ett vad de främsta hindren för samverkan mellan vård och omsorgens professionella. Hög personalomsättning och arbetsbelastning kan också påverka samarbete mellan huvudmännen negativt (Grönquist 1999).

5.4 Faktorer som gynnar samverkan

Konkreta och tydligt definierade målgrupper anses gynna samverkan. Professionella strävar efter samarbete då varje enskild profession eller huvudman inte kan åtgärda ett problemområde var för sig utan att insatserna samordnas. Samverkan gynnas också av tydliga målsättningar, regler samt ansvars- och kostnadsfördelning. Då de professionella ska samverka bör de från början ha gemensamma referensramar, metoder och etiska förhållningssätt. Inre faktorer som de professionellas yrkesbakgrund, motivation samt erkännande och respekt för andra yrkeskategorier påverkar samverkan dem emellan. Den administrativa och politiska ledningen samt att finansieringen är samordnad ses också som gynnande faktorer (Danermark/Kullberg 1999). En uppföljning som Socialstyrelsen (2008) gjort av en statlig satsning på psykiatri och socialtjänsten mellan åren 2005-07 visade att då krav ställs på att kommun och landsting gemensamt ansöker om statsbidrag så stärks också samarbetet dem emellan.

Exempel på samverkansformer är vårdplaneringsmöten, omvårdnadsmöten samt att professionella genom exempelvis telefonkontakt kan inhämta information som kan tillförsäkra den äldre patienten en god vård och omsorg (Grönquist 1999).

5.5 Styrkan med och potentiella utvecklingsmöjligheter för teamarbete

Tvärprofessionella team har vunnit gehör och det finns många argument för arbetssättet, exempelvis att det sammankopplar kompetens och resurser, samt leder till att insatser blir mer effektiva och ger en helhetsbild av patientens problematik. Patienter är ofta nöjda med den service och de insatser de får genom tvärprofessionella team. Teamens konsultationer leder också till att kunskap och metoder sprids. Med arbetssättet följer en förståelse för andra professioner samtidigt som det skärper kompetensen inom den egna specialiteten. Teamverksamhet kan ge

högre arbetstillfredsställelse genom att professionella finner stöd i varandra. Då det är lika viktigt att öppet lyssna på andras synpunkter, samtidigt som man själv kan lägga fram sina egna kunskaper och bedömningar. Teamarbete kräver träffpunkter då ett bra mötesklimat blir en hjälp i arbetet med patienterna medan sämre klimat leder till tidsbrist och irritation (Thylefors 2007).

Teambaserat arbete har växt fram sen 1980- talet och har bidragit till att psykiatrisk verksamhet och psykiatriska sjukdomar har setts ur ett mer tvärvetenskapligt perspektiv (Danermark/Kullberg, 1999). Teamarbete kan enligt Carlström/Berlin (2004), överbrygga huvudmannagränser, möta behovet av processinriktat synsätt och utveckla samverkan. När problematiken runt en patient blir komplex och svår att överskåda samt osäkerheten ökar bland professionella, krävs olika erfarenheter och yrkesbakgrunder, vilket talar för tvärprofessionella team. Lennér - Axelsson (2005) skriver att idealet är mogna flexibla team där varje professionell kan stå på egna ben samtidigt som de kan känna samhörighet med övriga teammedlemmar.

Teamsamverkan fungerar bäst då de professionella har en gemensam uppgift att fokusera på. De får då ofta ett koncentrerat patientperspektiv där olika kompetenser inom och utom organisationen tas till vara. Att skapa välfungerande team inom hälso- och sjukvården är en svår uppgift, som kräver balans mellan faktorer som engagemang, individualism och systematisering för att förhindra stagnering och splittring. I ett team behövs kompetenta professionella med goda kunskaper inom såväl det egna området som vilka insatser verksamheten i sin helhet har att erbjuda patienten. Inom hälso- och sjukvården finns det få empiriska belegg för att tvärprofessionella team är mer effektiva än om professionerna ger vård och omsorg enligt traditionellt sätt. Kritiker hävdar att teamarbete kan leda till raserande av gamla kunskaper och beteende. Professionellas motivation att delta i verksamheten kan då förtas samt att det kan bildas kollektivism och lojalitet som gör att teamet och dess professioner inordnas i hierarkier. Team är inte ständigt välbalanserade och deras medlemmar inte alltid eniga, vilket kan leda till bristande kommunikation och konflikter som undertrycker teamets förmåga att möta patienternas behov och önskemål. Tvärprofessionella team anses ändå av många som en bidragande faktor till ökad kontakt och samverkan mellan professionella från olika yrkeskategorier. Detta tycks särskilt konstruktivt inom hälso- och sjukvården där många arbetsuppgifter är yrkesskyddade och ibland endast överläts genom delegation (Carlström/Berlin 2004).

Trots att teamarbete är vanligt förekommande inom sjukvården finns det idag få utbildningsprogram eller kurser som förbereder professionella inför rollen som teammedlem. Detta kan sända ut signaler att teamarbete är enkelt och något alla klarar av utan specifik kunskap eller utbildning. Det leder till att vissa professionella många gånger ger upp när de möter svårigheter och hinder i teamarbete och i samarbete med andra.

Professionella ur olika tvärprofessionella team menar att arbetet bland annat leder till att man sparar tid, fördubblar ansträngningarna, minskar uppsplittrade vård- och omsorgskontakter, reducerar tunnelseende, främjar mångsidig vård samt energi och engagemang. Även samarbetet med patienten utvecklas och livskvaliteten för de äldre patienterna tilltar. För att ett teamarbete och samverkan ska utvecklas i och utanför teamet krävs klargjorda normer och definierade roller som förhandlats fram samt utvecklade föreskrifter för medlemmarna och ledaren om ett gemensamt ansvar.

Ett demokratiskt ledarskap är att föredra i tvärprofessionella team där läkaren bör vara den som har den främsta beslutsrätten, medan andra professionella kan vara formella ledare, då just deras specifika kompetens och kunskap behövs. Så snart studenter och professionella lär sig att samarbeta över professionsgränser är det mer troligt att mångsidig och koordinerad vård görs tillgänglig för äldre patienter (Miller 2004).

Omständigheter som talar för ett tvärprofessionellt teams arbetsformer är att det bör kunna ge hälso-ekonomiska vinster och bättre vårdkvalitet för äldre. Exempelvis kan vården och omsorgen då göras mer tillgänglig för äldre, genom att professionella kan göra fler hembesök än en ordinär vårdcentral. Tidiga upptäckter och bättre uppföljning av sjukdomstillstånd hos de äldre är svårt att belägga med statistik, men att vinster som minskad konsumtion av akut- och slutenvård skulle kunna urskiljas på lite längre sikt. Teamarbete och samverkan har också visat sig ge en lägre läkemedelskonsumtion bland de äldre (Wånell 2007).

Äldrepsykiatriska centrum, som är knutna till psykiatriska kliniker med ett ansvar för forskning och kompetensutveckling för professionella bör lanseras. Centrumet bör vara en basresurs för ett äldrepsykiatriskt teamarbete i öppenvård. Verksamheten skulle kunna bedrivas via en mottagning, genom hembesök samt som en konsultativ resurs gentemot primärvård och geriatrik. Ett tvärprofessionellt team kan ingå i ett nätverksamarbete mellan kommunal äldreomsorg, landstingets primärvård, psykiatri samt geriatri och bör ta form för att möta de demografiska, medicinska och sociala utmaningar som samhället står inför (Sparring Björkstén 2005).

6. Teoretiska perspektiv

Jag kommer belysa mitt ämne och mina forskningsfrågor ur olika teoretiska perspektiv, dels för att äldrepsykiatrin präglas av olika teoretiska och professionella utgångspunkter och dels för att visa på att problematiken kring äldres psykiska ohälsa är komplex, och därför bör ses utifrån olika teoretiska begrepp för att sträva efter ett helhetsperspektiv. Systemteorin kommer att användas som metateori, med syftet att sammankoppla olika teoretiska begreppen. Danermark/Kullberg (1999) skriver att begreppet samverkan är komplext och att inget forskningsperspektiv ensamt kan täcka in alla sätt som det kan belysas på. Därför har jag även

valt att belysa synen på och behovet av samverkan med hjälp av systemteorin och ett nätverksperspektiv. I min uppsats använder jag av begrepp från kristeorin, Eriksons utvecklingsteori samt Antonovskys salutogena perspektiv, men först kommer jag att beskriva de vanligaste synsätten som förekommer i den psykiatriska vården.

6.1 De olika perspektiven inom den psykiatriska vården

Problematiken runt äldre med psykisk ohälsa och/eller sjukdom kan betraktas på tre olika teoretiska nivåer. Individnivån studeras främst ur ett medicinsk och psykologisk synsätt med fokus på individuella sjukdomstillstånd, vårt genetiska arv samt olika utvecklingsprocesser. Studier på grupp-nivå bedrivs ofta av sociologer och socialpsykologer som fokuserar på det sociala nätverkets eller organisationens betydelse. Samhällsnivån är ett intresseområde för sociologer, nationalekonomer, men även historiker som studerar hur samhällsstrukturer, lagstiftning och ekonomi inverkar på äldre människors situation (Samuelsson 2000). Danermark/Kullberg (1999) menar att även begreppet samverkan kan beskrivas utifrån dessa tre nivåer. Jag kommer i min uppsats att belysa alla dessa nivåer för att försöka nå ett helhetsperspektiv, men jag kommer främst att fokusera på grupp- och individnivån.

Psykiatrien präglas i dag i hög grad av ett kognitivt synsätt med snabba beslut och korta inläggningar. Inom detta perspektiv menar man att positiva och negativa bekräftelser påverkar människans beteende och psykisk ohälsa och/eller sjukdom orsakas av ett felinlärt beteende. Det psykodynamiska perspektivet präglar också den psykiatriska vården, då psykisk ohälsa ses som framkallad av individens obearbetade och omedvetna konflikter från uppväxten. Psykiska krafter koopererar till individens upplevelser och handlande, som då ses som meningsfulla och förståliga (Grönquist 1999).

Erik H Erikson har belyst människans utveckling inom det psykodynamiska perspektivet. Han kan ses som en förespråkare av ett psykosocialt perspektiv då han tidigt insåg att den sociala miljö som människan lever i, har avgörande betydelse för hennes utveckling. Erikson beskriver åtta stadier där motsatta handlingstendenser och omgivningen ska hanteras av individen. En lyckad lösning av de konflikter som uppstår är personlighetsutvecklande och ger jag-styrka, medan misslyckade lösningar försvårar den fortsatta personlighetsutvecklingen och hanterandet av olika händelser i livet. Erikson menar att integritet och/eller förtvivlan och bitterhet hör till åldrandeperioden. Likt den salutogena teorin menar Erikson också, att den äldre kan komma ha en känsla av sammanhang då livet känns meningsfullt. Om den äldre har en svag känsla av sammanhang är risken, enligt Erikson, stor att tillstånd av förtvivlan, fruktan inför döden och meningslöshets känslor kan uppstå. Det som särskiljer Eriksons teori är hans sätt att parvis ställa upp konflikter i relation till de sociala relationer som den äldre har och på så vis tydliggöra nätverkets stödjande funktion under äldreperioden (Hagberg 2000).

Psykiatrien präglas på sina håll också av en socialpsykologisk teoretisk modell där utvecklingen av individens normer, attityder, värderingar, rolltagande och socialisationsprocesser i samhället utforskas. Olika teoretiska perspektiven samverkar ofta och förekommer i blandad form inom psykiatrien. Ett helhetsperspektiv förutsätter att professionella kan tolka mänskligt beteende ur olika perspektiv och samverka därefter, eftersom inget av perspektiven ensamt kan ange upphovet till ett beteende eller fenomen (Grönquist 1999).

6.2 Nätverksteori/systemteori

Krisen är en utgångspunkt i nätverksarbete, genom att faktorer i det sociala nätverket har betydande effekt på kriser. Människans nätverk fungerar som en buffert vid situationer som präglas av stress och trauma. Systemteorin betonar helheter och är den grundläggande teori, som vägleder vid ett nätverksperspektiv. Traditionell psykiatrisk verksamhet kan förstärka patienters isolering genom att inte uppmärksamma och arbeta utifrån det sociala nätverket. En professionell som i mötet med en patient ser till hela människans sammanhang kan sägas arbeta utifrån ett nätverksperspektiv och arbetsformerna kan utgöras av exempelvis upprättande och diskussioner kring nätverkskarta och/eller nätverksmöte (Forsberg/Wallmark 2002).

Att som professionell ha ett systemteoretiskt synsätt innebär att man ser patientens symtom och problem som en oskiljbar del i ett samspel mellan individer. Medan intrapsykiska teorier som exempelvis den psykodynamiska inte betonar det sociala nätverkets betydelse, så består sammanhanget runt patienten i fokus för systemteorin. Då professionella inte ser sig som en del i ett myndighetsnätverk runt patienten begränsas blickfånget och man koncentrerar sig då endast på den egna hjälprelationen. Patienter i dagens vård och omsorg har kontakt med flera hjälpinstanser och problem uppstår ofta när det multiprofessionella systemet kör fast genom att inte veta vilka insatser den andre ger eller genom att skylla det resultatlösa insatserna på varandras brister. När man lyfter upp problematiken på den här nivån kan den ses ur myndigheternas oförmåga att samverka istället för att de tillskrivs patienten (Forsberg/Wallmark 2002).

Nätverksarbete och nätverksterapi kan ses som ett sätt att öka möjligheterna till samarbete mellan olika huvudmän i ett många gånger splittrat hjälpsystem, men kan även bidra till ett naturligt sätt att samverka med patientens anhöriga. Nätverksarbete behöver inte ersätta redan existerande arbetsmetoder, men perspektivet kan skapa möjligheter för integrering av olika huvudmäns metoder så att man kan se till patientens hela situation. Genom att de olika professionella möts tillsammans med patienten och dennes nätverk kan vars och ens hjälpinsatser få ett gemensamt syfte. Nätverksarbete är inte en magisk och slutgiltig lösning på social eller psykiatrisk problematik, men det ger professionella chansen att möta ett större antal problem än om man traditionellt arbetar var för sig med skilda arbetsmetoder och förhållningssätt. Sociala nätverk är ett begrepp som hjälper oss att förstå en helhet av interaktioner mellan patienten och olika professionella och mellan patienten och dennes anhöriga (Seikkula 1996).

Ett systemteoretiskt synsätt fokuserar just på hur olika delar samverkar vare sig det är en människa eller ett socialt system. Helheten skall förstås utifrån delarnas interaktion. Systemet kan både bestå av en person, en personalgrupp eller en organisation och utgörs inte av en isolerad enhet, utan kan vara en del i en större helhet; ett suprasystem. Feedback betyder att ett samspel pågår mellan systemet och den omgivande miljön. Systemet utför något, så kallad output, som har verkan på miljön, förhållandet mellan miljön och systemet eller systemet i sig självt.

Följden av handlingarna rapporteras i form av feedback till system och fungerar i och med detta som input, som medverkar till att forma systemets fortsatta handlingar. Feedback kan också hamna i en spiral där man inte kan skilja mellan början och slutet, vilket kännetecknas av en cirkularitet. Systemets output returneras förr eller senare och fungerar då som ny input till systemet. Detta innebär att en händelse kan betraktas i relation till varandra. En människas handlingar påverkas av den omgivande miljön samtidigt som dessa handlingar även inverkar på omgivningen. Ett exempel på ett uttalande enligt detta är att en persons psykiska problem är

förenade med hans eller hennes kontinuerliga samspel med familj och vänner (Schödt/Egeland 1994).

Psykiatrisk forskning och behandling har länge handlat om relationernas betydelse mellan människor. Tidigare har man mest studerade relationer ur ett negativt perspektiv, men bland annat nätverksforskningen belyser nu de positiva i mellanmänskliga relationer. Kunskapen om nätverkets betydelse kan förse professionella inom psykiatrisk omvårdnad med begrepp och verktyg för att analysera och förstå relationers betydelse (Lokensgard 1997).

Faktorer i det sociala nätverket har stor betydelse för vår hälsa och vid psykosociala kriser. Studier har visat att det finns uttryckliga samband mellan social integration, hälsa, välbefinnande, tillfrisknande och överlevnad. Att ge äldre hjälp och stöd i att upprätthålla sociala kontakter och aktiviteter är därför mycket viktigt. En persons nätverk brukar delas upp i ett professionellt nätverk, med professionella med olika yrkesbakgrund och från olika myndigheter och institutioner med exempelvis ett syfte att ge vård och omsorg. Det sociala nätverket är det privata nätverket som exempelvis kan bestå av familj och vänner. I flera sammanhang skiljs inte nätverken åt utan båda ses som det totala nätverket runt en person, som kan ha en stor betydelse för informationsutbyte. Anhöriga besitter en viktig funktion i omvårdnadsarbetet och kan ibland hjälpa till att bidra med information som en individ inte själv kan förmedla (Grönquist 1999).

6.3 Kristeori

Ålderdomen kan bli svåruthärdligare än den behöver på grund av problematiska situationer, exempelvis då man efter pensioneringen inte längre har ett arbete där man fyller en funktion. Den äldre människans egna och livspartnerns funktioner nedsätts, man blir skröpligare och med åren också psykiskt skörare vid påfrestningar, som exempelvis en infektionssjukdom. Detta kan leda till krisreaktioner hos äldre. Många bor också ensamma och isolerade, samtidigt som man blir mindre införstådd med och delaktig i samhällsförändringar. Rädsla och tankar inför döden är dessutom något som är påtagligt bland äldre, men även självmordstankar är ett allvarligt problem eftersom äldre oftare än yngre fullbordar självmordsförsök (Cullberg 2003).

Äldres psykiska behov ses också ofta som mindre viktiga bland vissa professionella. Cullberg (2003) beskriver bland annat när han blivit kallad till ett särskilt boende för att ordinera lugnande till en äldre och aggressiv boende. Han fick då genom samtal fram att den äldre förälskat sig i en av de boende som flyttats till en annan avdelning. Personalen hade visserligen uppmärksammat att de tytt sig till varandra, men ingen tänkte på att det blev en svår sorg för den som blev lämnad ensam och att maktlösheten gav sig uttryck i aggressivitet. Traumatiska och svårhanterliga kriser kan uppstå när *"individens psykiska situation vid en yttre händelse som är av den arten eller graden att individens fysiska existens, sociala identitet och trygghet eller basala tillfredsställesemöjligheter i tillvaron hotas"* (s.120).

Om en kris definieras som en utvecklingskris eller en traumatisk kris beror på hur man uppskattar det utlösande traumats karaktär. Ibland kan äldre fastna i långvariga sorgereaktioner som blir ett hinder i vardagen, man kan då tala om att krisen är överdeterminerad, det vill säga inte proportionerlig till det som inträffat i personens liv. En äldre make som förlorat sin maka kan befinna sig i en svår sorg och han har svårt att finna psykisk styrka och initiativ till att hitta nya vägar. Detta kan leda till att han isolerar sig och blir ensam. Bemötandet av en äldre som är i en sorg- och krisreaktion kan vara avgörande för hur krisen utvecklar sig. Det behöver inte alltid

bara handla om behandling utan även om att ge emotionellt och praktiskt stöd (Cullberg 2003).

6.4 Den salutogena teorin

En nätverksorienterad teori kan också präglas av ett salutogent synsätt, men Antonovsky (2003) menar att det är mer relevant att se till individens känsla av sammanhang än att endast betrakta det sociala nätverkets egenskaper. Den salutogena teorin bygger på en känsla av sammanhang (KASAM), och har sin utgångspunkt i en hälsobefrämjande syn på människan. Människan har en inneboende motståndskraft mot fysiska och psykiska påfrestningar. Det teoretiska perspektivet betonar också vikten av att se det positiva, det friska hos människor och att se möjligheter istället för svårigheter. KASAM är ett kognitivt begrepp där beståndsdelarna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är grunden till en känsla av sammanhang. Begriplighet kan ge människan förklaringar och förutsägbarhet inför händelser i livet genom hennes intellektuella funktioner exempelvis via tänkande, varseblivning och minne. Ett tillvägagångssätt för att öka en individs begriplighet är att skapa rutiner och struktur i sitt liv eller göra individen delaktig för att motverka känslor av maktlöshet. Hanterbarhet handlar i sin tur om beteende, det vill säga om en människa har resurser för att behärska påfrestningar som hon utsätts för. Olika resurser som andra kontrollera åt individen påverkar också känslan av hanterbarhet. Till sist handlar meningsfullhet om motivationen finns hos en individ för att denne ska anse att problem och krav är värda att engagera sig i (Antonovsky 2003).

Ålderdomen präglas av förändringar som exempelvis att gå i pension, vilket är en stressfaktor för individen. Människans förmåga att hantera åldersrelaterade förändringar blir av stor betydelse för upprätthållande av hälsa och välbefinnande. Denna förmåga är beroende av situationens natur, individens personlighet, men är också av faktorer i det sociala sammanhang man befinner sig. Då samband mellan KASAM och sjukdomssymtom bland äldres studerats i tvärsnittsstudier har forskare kommit fram till att äldre utan eller med svaga symtom hade högre KASAM än de som uppvisade fler symtom. Till symtom var de som främst såg som relaterade till ett låg KASAM hörde bland annat depression, sömnproblem, yrsel och viktproblem (Rennemark 2004).

7. Metod

7.1 Kvalitativ forskningsmetod

Kvalitativa forskningsmetoder är mer sensibla och används ofta för att exemplifiera (Svenning 2003). Jag har valt en kvalitativ metod för att besvara mina forskningsfrågor, som handlar om att belysa ett fall utifrån de professionellas upplevelser. Inom kvalitativ forskning kan det vara av betydelse att beskriva de vetenskapsfilosofiska utgångspunkterna för undersökningen (Larsson

2005). Jag placerar in min studie i inom det hermeneutiska perspektivet då mina intervjuer kan ses som kunskapande samtal. Forskningsintervjun är ett samtal kring den mänskliga livsvärlden, där en muntlig diskurs omvandlas till text som sedan ska tolkas (Kvale 1997). Jag tycker att min uppsats med systemteori som metateori, passar in i den hermeneutiska traditionen då den innefattar försök till att se helheten kring den äldrepsykiatriska problematiken (Larsson 2005 och Kvale 1997). En studie som bygger på hermeneutisk teori kan leda till olika forskningsstrategier, men uppfattas ofta som det vetenskapsfilosofiska argumentet för att använda just kvalitativa metoder (Thomassen 2007).

7.2 Fallstudie som övergripande angreppssätt

En fallstudie är en metod som kan användas för att systematiskt studera ett fenomen, exempelvis en institution. Fallstudien är heuristisk, vilket betyder att den kan vidga läsarens förståelse av det fenomen som studeras. Den kunskap som kan utvinnas ur fallstudier är snarare konkret och kontextuell än teoretisk. Kvalitativa fallstudier kan ses som en intensiv, helhetsbeskrivning och analys av en enda enhet där forskarens främsta syfte är att förstå innebörden av enheten eller upplevelsen av den (Merriam 1994). Jag väljer att se fallstudien som forskning kring ett fall, som i min uppsats utgörs av ett äldrepsykiatriskt öppenvårdsteam. Min studie är en explorativ fallundersökning och kan som Trygged (2005) skriver bidra till att avtäckta mönster på det äldrepsykiatriska fältet.

En fallstudie är förankrad i verkligheten och ger därför innehållsrika och holistiska beskrivningar av ett problem. Nackdelar med metoden kan vara att fallstudien kan uppfattas som en redogörelse av helheten av en situation när den i själva verket endast beskriver en del (Merriam 1994). Trygged (2005) ser till skillnad från Merriam (1994) fallstudien snarare som ett angreppssätt än en metod. Jag valde Tryggeds (2005) definition av fallstudie som ett övergripande angreppssätt, samt att låta mina intervjuer utgöra den kvalitativa metoden, eftersom det var bästa sättet för att få svar på min frågeställning.

7.3 Kvalitativa intervjuer som metod

Enligt Kvale (1997) nyttjas ofta kvalitativa intervjuer i fallstudier för att som i min studie belysa generella fenomen. Vid kvalitativa forskningsintervjuer är det respondenternas upplevelsevärld som står i fokus. Forskaren har ett intresse av att förstå respondenten och redovisa sina resultat i teman som tolkas och analyseras (Larsson 2005). Kvalitativ data består av detaljerade beskrivningar av ett fenomen, av direktcitater från olika intervjupersoners erfarenheter, åsikter och tankar (Merriam 1994). Mina intervjuer är tänkta att belysa de professionellas syn på arbetsmetoder, förhållningssätt och samverkan.

Explorativa intervjuer är öppna och föga strukturerade därför valde jag en semistrukturerad intervjuguide, eftersom jag ville ha en viss information från alla yrkeskategorier, men samtidigt låta intervjuerna flyta mer fritt utifrån respondenternas utsagor.

Denna typ av intervju styrs av ett antal frågeställningar som ska utforskas, men exakta frågor eller dess ordningsföljd bestäms inte i förväg utan formas av forskaren under intervjuerna (Merriam 1994). Detta tillvägagångssätt gav mig möjlighet att invänta hur intervjusituationerna utvecklades samt hur respondenternas bild av världen och verksamheten såg ut. Vilket också möjliggjorde att nya frågor dök upp och att jag kunde se min frågeställning utifrån nya infallsvinklar. Intervjuarens personlighet och förmågor, respondenternas attityder och hur

parterna definierar situationen styr vilken typ av information som kommer fram under intervjuerna (Merriam 1994).

7.4 Urval

Det tvärprofessionella team som jag bestämde mig för att använda till min fallstudie uppmärksammade jag i Socialstyrelsens rapport från 2008. Eftersom den verksamhet som teamet bedriver är sällsynt och endast förekommer i ett fåtal landsting i Sverige, valde jag att ta kontakt med detta team. Urvalet till fallstudier skall ske selektivt utifrån vissa kvaliteter hos undersökningsobjekten (Svenning 2003). För att besvara min frågeställning har jag intervjuat fem personer med olika professionsbakgrund. Endast en av teamets två sjuksköterskor intervjuades. Dessa professionella valdes ut därför att de besitter samlad och bred kunskap om äldrepsykiatri. Respondenterna till mina intervjuer utsågs utifrån att de arbetar i en unik verksamhet och, som Merriam (1994) skriver, på basis av hur mycket de kunde bidra till min förståelse av det jag ville studera, därav gjordes ett målinriktat urval. Enhetschefen för teamet har jag använt som informant då han har svarat på frågor kring verksamheten och organisationen i stort. Att intervjupersonerna är för få och att intervjuerna därmed inte får ett generaliserbart resultat är en kritik mot fallstudier. Samtidigt kan forskaren genom att koncentrera sig på enskilda fall få en möjlighet att djupare och mer i detalj undersöka ett fenomen (Kvale 1997). Kunskaper från fallstudier bygger i större omfattning på en viss referenspopulation som forskaren själv bestämmer, för att forskaren vill lära sig så mycket som möjligt om sitt forskningsområde. En jämförelse kan göras med en situation där experter kallas in för att ge sina uppfattningar om ett komplicerat medicinskt fall. Experterna kallas inte in för att ge en genomsnittsåsikt för hela läkarkåren, utan kallas in på grund av sin specialistkunskap (Merriam 1994).

7.5 Genomförande

Under min praktik gjorde jag ett studiebesök hos ett äldrepsykiatriskt team, som jag i september 2008 tog kontakt med. I samtal med enhetschefen framkom det att teamet fortfarande endast bestod sjuksköterskor. Då min frågeställning bland annat skulle belysa socialarbetarens roll bestämde jag mig för att kontakta ett tvärprofessionellt team, som jag uppmärksammat i Socialstyrelsens rapport från 2008. Under oktober 2008 tog jag därför kontakt med enhetschefen för det äldrepsykiatriska öppenvårdsteamet, för att höra efter om jag skulle kunna komma dit för att intervju de anställda i teamet. Enhetschefen gav senare sitt medgivande till detta efter att ha talat med de professionella i teamet.

7.6 Genomgång av litteratur och tidigare forskning

Vid litteratursökningen har jag använt mig av Göteborgs universitetsbiblioteks databas GUNDA. Litteratur hämtades även från Göteborgs Stadsbibliotek samt Mönlycke lokalbibliotek, där respektive sökmotor vid dessa bibliotek användes. Sökorden utgjordes av "äldrepsykiatri", "teamarbete" och "äldreomsorg". Jag har även "googlat" dessa sökord för att få en översiktlig bild av befintlig litteratur och tidigare forskning.

För min litteraturgenomgång sökte jag även artiklar via *ArtikelSök* på Göteborgs universitetsbiblioteks hemsida. Här användes "äldrepsykiatri" som sökord. Artiklar i *Artikel Sök* länkade vidare till *Medicaments* hemsida, där jag också hämtade ett flertal artiklar. Artiklarna gav en ingång till vidare litteraturgenomgång och tidigare forskning då jag tittade närmare på referenslistor och källförteckningar. Jag sökte artiklar i databaserna "Ageline" inom medicin och "Social Services Abstracts" inom socialt arbete från Göteborgs universitets hemsida. Sökorden

som användes och kombinerades var "psychiatry", "elderly", "teamwork", "cooperation" och "neuropsychiatry". Av resultaten används endast Patricia A Millers artikel som publicerats i Tepper M.Lynn och Cassidy M. Thomas (ed) (2004): *Multidisciplinary Perspectives on Ageing*. Jag fann senare sökorden "multiprofessionella team" och "tvärprofessionella team" som då gav bättre och mer relevanta sökträffar i databaserna. Via *Uppsatser.se* tog jag del av publicerade C-uppsatser där man använt fallstudiemetodik, för att få en bild av hur en sådan uppsats kan vara uppbyggd. Uppsatserna användes också som inspiration till mitt uppsatsskrivande. Litteraturen och forskningen utgörs sammanfattningsvis av vetenskapliga artiklar, artiklar från dagspress, böcker och avhandlingar, som sammanställts för att redovisa kunskap och perspektiv kring samverkan hos tvärprofessionella team och äldres psykiska ohälsa. Grundboken till metoddelen är Merriam (1994) eftersom den specifikt tar upp och belyser fallstudiemetodik. Syftet med litteratur och forskningssammanställningen var att belysa mina forskningsfrågor ur olika perspektiv som finns på det äldrepsykiatriska fältet.

Jag har inte tagit del av några måldokument, verksamhetsbeskrivningar eller dylikt dels eftersom mina forskningsfrågor fokuserar på de professionellas upplevelser av arbetsmetoder och samverkan och dels på grund av den begränsade tid som är avsatt till uppsatsskrivandet. Under skrivandets gång har jag dock haft regelbunden kontakt med enhetschefen som redogjort och berättat om de mål och beskrivningar som finns för teamet och dess verksamhet

7.7 Insamlandet av empiri

Jag formulerade min intervjuguide utifrån ett par rubriker med underfrågor främst för att jag som intervjuare skulle känna mig trygg i intervjusituationen, samtidigt valde jag att ha fria stödord runt dessa frågor som kunde bidra till ett mer öppet samtal under intervjuerna. Innan jag genomförde intervjuerna gjorde jag en mindre pilotundersökning genom att testa min intervjuguide på tre personer som har olika koppling till vård och omsorg av äldre. En fråga ströks då den var oklar och egentligen inte var kopplad till mina forskningsfrågor.

Att använda bandspelare vid kvalitativa intervjuer bidrar till att datainsamlingen blir mer korrekt samt att forskaren då kan använda sig av direktcitrat från respondenterna i sin rapport (Larsson 2005). Merriam (1994) tar upp tre grundläggande tekniker för att registrera intervjuinformation. Ett sätt är att använda ljudinspelningar, ett annat är att forskaren antecknar under intervjun eller att forskaren endast antecknar allt man kommer ihåg efter intervjun. Av dessa använde jag mig av de två första som författaren anser vara de mest önskvärda. Vissa forskare vill föra anteckningar även om intervjun spelas in, kanske för att ge en signal att respondentens utsaga är viktig och/eller för att kunna sakta ner eller öka tempot i intervjun (Merriam 1994). Under intervjuerna förde jag anteckningar, men eftersom jag samtidigt spelade in på band, försökte jag koncentrera mig på att lyssna på respondenterna. Intervjuerna tog mellan 45 minuter upp till en timme att genomföra. Jag har efter intervjuerna lyssnat på dem igen och skrivit ut dem i fulltext för tolkning.

Intervjuutskriften har jag endast sett som arbetsmaterial och de kommer inte att redovisas i sin helhet i uppsatsen. Däremot kommer intervjuguiden att finnas med som bilaga.

7.8 Bearbetning av materialet

Eftersom min undersökning varit explorativ och mitt ämne mycket komplext har det varit svårt att sortera ut vilken empiri och forskning, som var relevant för mina forskningsfrågor. I mina

utskrifter av intervjuerna skrev jag ut vissa beteendetryck och kroppsspråk, som till exempel leenden och skratt. I bearbetningen av materialet och i redovisningen av resultatet sorterades dock dessa bort, för att göra citaten mer lättlästa. Även upprepade ord och utfyllnadsuttryck som ”öhh” togs bort i samma syfte. Min litteratur och tidigare forskning sattes senare i relation till mina intervjuer och resultat, dessa jämförelser fick senare ligga till grund för min analys och diskussionsdel. I redovisningen av mitt resultat prövade jag först att väva in analysen, men detta visade sig bli oöverskådligt och ”upphackat” därför valde jag istället att sammanföra analysen med diskussionen då det föll sig mer naturligt.

7.9 Analysprocessen

När jag genomfört min bearbetning av datainsamlingen valde jag att analysera mitt empiriska material från intervjuerna med hjälp av Kvaless (1997) sex analyssteg. Respondenterna har under intervjuerna fått beskriva sina roller, arbetsuppgifter och sin syn på verksamheten. Under intervjuerna har jag tolkat respondentens svar och ”sant tillbaka” min tolkning för att ge dem möjlighet att ge respons i retur på om jag uppfattat dem rätt. Exempelvis försökte jag under samtalet med sjuksköterskan spegla tillbaka min tolkning av hennes utsaga om att biståndsbedömaren och sjukvårdspersonal styrs av olika lagstiftning och ser patienten från olika perspektiv. Detta kan leda till att samverkan försvåras, vilket hon menade var en av orsakerna till samverkanssvårigheterna.

I min analys använder jag mig av meningskoncentrering, som är en av Kvaless intervjuanalytiska metoder. En kvalitativ analys innebär att forskaren läser igenom utskrifterna av intervjuerna för att skaffa sig en bild av återkommande teman, som kan kopplas till mina forsknings- och intervjufrågor. Vissa intressanta, såväl typiska som avvikande utsagor har analyserats djupare och formuleras i texten (Kvale 1997). Skapandet av teman kräver både ett konvergent tänkande för att se vad som hör ihop med vad, samt ett divergent tänkande som går ut på att ”få mer kött på benen”, genom att fylla ut temana när man har namngivit dem. Det viktiga är att formulera ett stöd för de mönster som man som forskare hittat samt att vara öppen inför det som tyder på att resultaten inte skulle vara hållbara (Merriam 1994). Ett flertal direktcitater redovisas därför i min resultatdel. En tydlig redogörelse för de olika stegen i analysprocessen stärker uppsatsens validitet och reliabilitet (Kvale 1997). Eftersom respondenterna inte önskat se sammanställningar av intervjuerna lämnade jag inte ut dessa och uteslöt därmed det femte steget i analysprocessen. Jag tänker inte belysa Kvaless sjätte steg då jag anser att mina intervjuer inte var av terapeutisk art.

7.10 Validitet

Studiens validitet hade kunnat stärkas av en metodtriangulering (Merriam 1994). Jag hade exempelvis kunnat komplettera mina intervjuer med observationer, men min bedömning vid uppstarten av uppsatsskrivandet var att jag som ensam forskare inte skulle hinna med att utföra båda metoderna under tio veckor.

Den kvalitativa intervjun avfärdas ibland med att den inte är vetenskaplig eller objektiv. Intervjuns status beror dock på valda definitioner och innebörder av begreppet vetenskap (Kvale 1997). Jag tycker att intervjun som metod kan producera vetenskaplig kunskap i form av metodiskt förvärvat och systematisk kunskap, som är värdefull för forskningen. Kärnan i intervjun blir den intersubjektiva interaktionen mellan respondent och intervjuare.

I kvalitativ forskning är forskaren själv ett mätinstrument och uttolkare av mening i analyseringen av den insamlade datan. Vilket betyder att validiteten till stor del är beroende av forskarens kompetens, skicklighet och empati. Krav ställs på att forskaren kan strukturera intervjun med tydliga frågor för att möjliggöra rika beskrivningar (Larsson 2005). Jag har som intervjuare försökt vara öppen, aktivt lyssnat, försökt klarlägga och tolka respondentens utsagor. Mina ljudinspelningar stärker mina resultatets validitet då exakta citat har kunnat återges.

Min uppsats bygger på en abduktiv ansats då jag utgått från empirisk data, samtidigt som jag tagit hänsyn till olika teoretiska begrepp. Forskningsprocessen har kännetecknats av en pendling mellan teori och insamlad empirisk data, där båda har påverkat varandra. Att ha med flera teorier och tillhörande begrepp i analysen av sina data öppnar upp för teoretisk triangulering och stärker validiteten i datainsamlingen och analysen (Larsson 2005). Jag har försökt stärka mina resultatets validitet och göra dem mer generaliserbara genom att koppla resultaten till flera teorier och teoretiska begrepp. Triangulering kan också bestå av att man som forskare använder flera olika informationskällor. En fallstudieforskare samlar in omfattande information kring sin frågeställning för att formulera en tolkning om det fenomen som skall studeras och stärker därigenom sin studie (Merriam 1994). Jag har gjort en utförlig litteraturgenomgång och redovisning av tidigare forskning, för att koppla mina resultat till andra studier som exempelvis Socialstyrelsen och Svensk förening för äldrepsykiatri tagit fram. Intern validitet innebär i vilken utsträckning resultatet stämmer överens med verkligheten samt om forskaren verkligen studerar och mäter det som hon eller han avser att mäta. Det är forskarens skyldighet att redovisa en ärlig återgivning av sitt genomförande och respondenternas upplevelser (Svenning 2003).

Extern validitet innebär i vilken omfattning resultaten är tillämpliga även i andra situationer, det vill säga hur generaliserbara resultaten från studien är. Forskaren väljer att göra en fallstudie för att gå på djupet utifrån ett visst fall, i mitt fall ett team, och inte med syftet att ta reda på om något gäller generellt för många eller andra undersökningsenheter (Merriam 1994). Mitt syfte med undersökningen var att hitta och belysa ett sätt på vilket man kan arbeta med äldre som lider av psykisk ohälsa och/eller sjukdom. Detta utesluter inte att det även finns andra sätt att arbeta med målgruppen. Jag anser att mina resultat ändå är generaliserbara utifrån det syfte och den frågeställning som min studie bygger på. Ett sätt att betrakta extern validitet i förhållande till fallstudier är att tänka utifrån termer av läsarens perspektiv, som måste fråga sig om studien kan vara tillämbart i andra situationer (Merriam 1994). Validiteten är alltså kopplad till om läsaren kan skapa sig en tydlig bild genom de beskrivningar, tematiseringar och analyser som forskaren gjort av det studerade området (Larsson 2005). Jag har plockat ut och redovisat återkommande teman ur tidigare forskning och intervjuer, samt stärkt dessa med direkta citat och anser därför att min uppsats interna och externa validitet har stärkts. Validiteten kan också, enligt Merriam (1994), stärkas av att jag som intervjuare omformulerade, speglade tillbaka och sammanfattade respondenternas utsagor för att kontrollera att jag uppfattat dem rätt.

7.11 Generaliserbarhet och reliabilitet

Fallstudiens styrka är dess fokus på fallets unika drag. Då det inte går att hävda en statistisk representativitet, därför blir argumentation och teoretisk generaliserbarhet viktig.

Generaliserbarheten i fallstudier handlar snarare om att se mönster, och tala om att översätta kunskaperna från fallstudier till nya sammanhang, än att tala om reliabilitet (Trygged 2005). Jag

ger därför inte reliabiliteten särskilt mycket utrymme i denna uppsats. Reliabiliteten handlar om i vilken mån ens resultat kan upprepas och komma fram till samma resultat och är problematisk och svår att fastställa inom samhällsvetenskaplig forskning. Människors beteenden är föränderliga och inte statistiska. Forskare gör samtidigt inte någon direkt mätning, utan fokus ligger på upptäckten och beskrivningen av ett visst fenomenets kvalité och världen beskrivs utifrån hur människor uppfattar den. En kvalitativ forskare är mer intresserad av olika perspektiv än av själva sanningen (Merriam 1994). Jag väljer att se min uppsats som min tolkning av det valda forskningsområdet. Uppsatsens reliabilitet har jag ändå försökt stärka genom att noga redogöra för mitt genomförande av studien samt redovisa tidigare forskning och litteratur.

7.12 Etik och forskningsetiska frågor

Det råder en allmän enighet om att verksamheter i samhället bör utövas utifrån ett etiskt försvarbart tillvägagångssätt. Ett medvetet etiskt förhållningssätt skall vägleda och bedöma ett visst fenomen. Forskningsetiken har växt fram genom ett önskemål om etisk reglering av forskning. I Sverige har det upprättats ett forskningsetiskt råd, vars uppgift är att bedöma om forskning som bedrivs är etiskt försvarbar (Gilje/Grimen 2006). Fyra huvudkrav har fastställts av Vetenskapsrådet om forskningsetiska principer, från vilka de etiska aspekterna av samhällsvetenskaplig och humanistisk forskning kan bedömas. Kraven som satts upp är informations-, samtyckes-, konfidentialitets-, samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2008). Etiska avgöranden sker under hela forskningsprocessen (Kvale 1997). Jag har i min studie ta hänsyn till Vetenskapsrådets fyra huvudkrav för att undvika att hamna i etiska dilemman under forskningsprocessens gång. Hänsyn till informationskravet togs då informanten och respondenterna upplystes om vem jag är, mitt syfte med studien samt att det var frivilligt att delta. Enligt samtyckeskravet har samtycke inhämtas från respondenterna, innan intervjuerna genomfördes.

Fallstudier går ut på att belysa unika fall, vilket kan medföra svårigheter att behålla personer och verksamheter anonyma. Därför är de etiska övervägandena som forskaren gör mycket viktiga (Trygged 2005). Jag kommer att hålla det äldrepsykiatriska öppenvårdsteamet specifika geografiska läge anonymt och skriva ut att teamet verkar i närheten av X-stad, för att följa konfidentialitetskravet. Respondenterna skyddas genom att endast benämnas utifrån yrkestillhörighet. Konfidentialitetskravet har också följts genom att jag noga har förvarat ljudinspelningar och intervjuutskrifter för att de inte ska komma i orätta händer.

En annan etisk aspekt som Trygged (2005) tar upp är att forskaren vid intervjuer kan komma att få en terapeutisk inriktning, därför är det mycket viktigt att forskaren är klar över sin roll. Jag har noga funderat över min roll som intervjuare och försökt att tydligt formulera den gentemot respondenterna, vilket motverkade att intervjusituationen fick en terapeutisk prägel.

Nyttjandekravet kommer slutligen att följas då studien kommer att förvaras på Göteborgs universitet – Institutionen för socialt arbete, som en offentlig handling, men den kommer även att vara tillgänglig via sökmotorn "Google" efter mitt godkännande.

8. Resultat

8.1 Presentation av teamet

Det äldrepsykiatriska öppenvårdsteam som jag har studerat är tvärprofessionellt och består av sex professionella, en läkare, två sjuksköterskor, en mentalskötare, en kurator och en psykolog. Deras

målgrupp är, enligt muntlig kontakt med enhetschefen, nyinsjuknade äldre över 70 år i behov av psykiatrisk specialist-, bedömning, - utredning och - behandling i öppenvård. Om den äldre redan har en befintlig vårdkedja påbörjar man inte en ny kontakt med mottagningen, utan enbart om sjukdomen ändrat karaktär eller är nytillkommen blir en kontakt med teamet aktuell.

Den psykiatriska verksamheten där teamet ingår består av tre delar, en minnesmottagning som har målgruppen patienter med nydebuterad minnesstörning och/eller demenssjukdom utan åldersgräns. Den andra delen är en omsorgsmottagning som tar emot patienter över 18 år med intellektuella funktionshinder och psykisk sjukdom. Det händer att teamet på den mottagning jag studerar möter äldre med demensproblematik, men oftast remitteras dessa till minnesmottagningen. Patienter har i allmänhet varit inlagda på en slutenvårdsavdelning eller blivit remitterade från vårdcentral innan de kommer till teamet. Läkaren som är enhetens överläkare förtydligar i intervjun att teamet är en specialistenhet inom psykiatri och säger att det specifika för teamet är deras konsultverksamhet mot landning och kommun. Deras arbetsmetoder är olika former av medicinsk- och samtalsbaserad behandling. De arbetar även med utredning och uppföljning och har ofta kontakt med personer i patientens nätverk. Arbetsgången i teamet går enligt en så kallad nybesökscreeningsmodell, där oftast sjuksköterskan eller mentalskötaren, efter att en remiss kommit in, nybesöksutreder patienten antingen på mottagningen eller genom att göra ett hembesök. Patienten får då fylla i ett frågeformulär och genomgå olika tester och skattningsskalor, som exempelvis självmordsstegen eller ett MMT- test. Resultaten och patientens syn på sin problematik lyfts upp vid en teamträff, som de professionella samlas till en gång i veckan. Där bestäms vem som skall göra vad och vem som ska bli patientens kontaktman och vara den som står för den främsta kontakten med patienten. En utvärdering av behandlingen av patienten löper under tiden teamet arbetar. Individens behov utformar behandlingskontakten samt vilket ansvar teamet ska ha för dennes situation. Teamets behandlingskontakt är tidsbegränsad och har som avsikt att avslutas genom att patienten återremitteras, förhoppningsvis kan leva ett självständigt liv och vid behov fortsätta ha kontakt med sin vårdcentral. Vissa patienter, exempelvis de som lider av en bipolär sjukdom och får lituminjektioner har i allmänhet en livslång kontakt med teamet.

8.2 Olika yrkesbakgrunder

Läkaren säger att ett team med olika yrkesbakgrunder är en förutsättning för att kunna arbeta med äldrepsykiatri, eftersom det är ett så väldigt brett fält där omvårdnads- och psykosociala åtgärder många gånger kan vara minst lika viktiga som de medicinska.

”Att vi i teamet har olika yrkesbakgrunder är en förutsättning för att kunna arbeta med äldrepsykiatri eftersom det är ett jättebrett fält...där omvårdnadsåtgärder många gånger kan vara minst lika viktiga som de farmakologiska och sen har vi hela den socialpsykologiska biten, den psykosociala med vår kurator det är ju också en stor del...det behövs ju verkligen. Vi använder traditionella arbetsmetoder fast vi är många olika yrkeskategorier, så att vi får en väldig bredd på kunskaperna tack vare detta/.../det är mycket som man måste ta hänsyn till när man behandlar äldrepsykiatriska patienter” (läkaren)

8.3 Likvärdiga roller

De professionella betonar att de alla känner sig likvärdiga, som en del i teamet. Trots att läkaren anses vara den som har ledningsansvaret så tycker ingen att verksamheten präglas av ett

hierarkiskt system, utifrån en negativ bemärkelse. Att arbetssättet är gemensamt och bygger på en viss struktur ses som en grund till att alla tycker att de tillför något i teamet på jämlika villkor.

”Vi är nog alla bra på att presentera patienten och problemet som patienten vill ha hjälp med men kommer vi inte fram till något resultat så beslutar läkaren att så här gör vi...det är ju ändå han som har det yttersta ansvaret...så om vi inte är helt ense så bestämmer han rakt av hur det ska bli.../ Vi är väl alla en del i teamet och jag tillför ju med mina ögon och kan se från mitt håll, precis som en sjuksköterska kan se från sitt håll och psykologen på ett annat sätt” (kuratorn)

”Jag känner att jag är likvärdig med de andra medlemmarna jag har aldrig känt att jag skulle vara sämre, utan vi har ju lika viktiga roller, ibland vet man ju inte om det är tablettorna som gör nytta eller om det är min kontakt som kontaktperson” (mentalskötaren)

”Vi har ju våra teammöten där alla de olika yrkeskategorierna tittar på problematiken och försöker ge sin input och så väger vi ihop den till en behandlingsmodell ihop med vilka resurser patienten har...och mitt jobb är ju så att säga att hålla ihop allt detta så att vi kommer fram till en behandlingsmodell och så att vi kommer igång och börjar jobba/.../i och med att vi har en tydlig struktur så kan ju teamet utan mig göra väldigt mycket också och kan ta det vidare i olika steg för att man vet vad som underliggar modellen” (läkaren)

Alla de professionella uttrycker att varje person i teamet bidrar med sin del och sin syn på patientens problematik och resurser. De anser sig också ha vana ögon och kan se när patienten behöver den ena eller andra insatsen.

”Jag tycker att alla ser sina specifika delar av ett stort behov/.../ till exempel om en person inte klarar sina räkningar och de får klagomål på hyran, då är det ju specifikt för kurator... och det är ju ofta hon får vara med och ordna god man eller förvaltare. Psykologen tränger ju in mera i patientens tidigare liv och vad det är för något som kanske stör från början, det är ju givetvis något som psykologen kan väldigt bra...och själv är jag väldigt lyhörd för det kroppsliga och det vet vi ju att den kroppsliga åkomsten förekommer ju bland psykiatriska patienter också...det ligger ju väldigt nära till hands att det kan ligga en underliggande sjukdom eller så kan medicinpåverkan ge en depression” (sjuksköterskan)

8.4 Synen på varandras roller

De professionellas redogörelser för varandras roller och arbetsuppgifter var likartade och stundtals identiska. Det verkar som att man i teamet tydligt vet vilken roll och vilka arbetsuppgifter man själv och ens kollegor har i teamet. Psykologen menar exempelvis att de i teamet är duktiga på att säga ifrån och lyfta upp till diskussion om man anser att någon är inne på någon annans arbetsområde. De hjälps därigenom åt att definiera varandras roller. Psykologen säger samtidigt att alla tillåts vara experter på sitt område.

”/.../Och det tycker jag att vi är ganska bra med att säga till och vara tydliga, och det kan vi också ta upp till diskussion om man upplever det...att liksom vad gör du nu? Och vad gör jag?...det tåls ju att vädras många gånger...men sen är det väl också det att om jag har en patient

som går här oss mig i samtalsbehandling så brukar vi ju ha den policyn att kontaktpersonen backar något så att det inte ska bli för många kontakter för patienten /.../ Lite av en expert blir man i teamet, att läkaren står för medicinen och psykologen för den mer djupliggande problematiken på en psykologisk nivå” (psykologen)

Läkaren uppger själv att hans roll är att leda teamet medicinskt och att hans arbetsuppgifter utgörs av diagnostisering och medicinska bedömningar.

”Jag har ju det medicinska ansvaret och sjuksköterskorna har ju ett visst ansvar också, men jag har ju det övergripande ansvaret för patienter, så det är klart att min roll blir ju väldigt speciell i ett team... vad jag gör är ju diagnostiken och den farmakologiska till stora delen medicinska... det blir kanske inte så mycket behandling, men den medicinska bedömningen av patientens alla andra sjukdomstillstånd hur de spelar in och sen ser jag det som mitt jobb” (läkaren)

Sjuksköterskan utför medicinska genomgångar och uppföljningar samt olika former av samtal med patienter och hemtjänstpersonal. Hon är, tillsammans med mentalskötaren nästan alltid den som blir patienternas kontaktperson, som oftast träffar patienten först.

”Min roll är ju att lyfta mina patienter, att göra uppföljningar /.../ jag gör också medicinenomgångar med samtliga av mina patienter när jag träffar dem första gången/.../ min roll rör sig mycket kring medicinska frågor” (sjuksköterskan)

Mentalskötaren menar själv att hennes arbetsuppgifter är samma som sjuksköterskan förutom att hon inte ger injektioner. Hon är omvårdnadshandledare, har stödsamtal, motivationssamtal, anhörigkontakter och mycket kontakt med andra huvudmän.

”Samma som sjuksköterskorna utom injektionsgivningen, annars har jag likadana arbetsuppgifter. Sen har jag ju arbetat som omvårdnadshandledare också, halvtid oftast eftersom det beror på efterfrågan... efterfrågan är inte alltid konstant... jag handleder också personal i omvårdnadsfrågor på boendena/.../ Ja på min nivå är det ju mycket stödsamtal, anhörigkontakt och kontakt med andra vårdgrannar, hemtjänsten och vi har mycket kontakt, så det är inte bara kontakt med patienten” (mentalskötaren)

Psykologen uppger att hon inte är den i teamet som man kopplar in i första hand.

”Man har tänkt till några varv innan jag blir inkopplad och sett att här behövs psykologkontakt och då gör jag egentligen så att jag går in i alla ärenden som jag får och gör en bedömning/.../ Utifrån det drar jag en slutsats kring hur ett fortsatt arbete skulle kunna se ut... så går jag tillbaka till teamet och säger att nu har jag träffat patienten de här gångerna och så kommer vi överens om att det blir på det ena eller andra sättet” (psykologen)

8.5 Kurators roll i teamet

Kurators roll i teamet präglas mycket av att hon ofta samarbetar med andra teammedlemmar under olika former. Det är hon och sjuksköterskan som står för de främsta kontakterna utåt mot samhället. Kuratorn arbetar halvtid i teamet och halvtid inom slutenvården.

Hon fungerar som en ”brygga” mellan sluten och öppen vård. Kuratorn deltar även på vårdplaneringar inom både sluten- och öppenvården.

”Ibland påbörjar jag samtal med patienterna på avdelningen och fortsätter sen här i öppenvården /.../ Jag är ju med på nästan alla vårdplaneringar som är i sluten- och öppen vården” (kuratorn)

”Kuratorn är ju specialist på dels relationsproblematik och har jobbat mycket med familjeproblematik, men arbetar även gentemot resten av omvärlden som socialtjänsten, med ekonomi och sådana här mer juridiska frågor och där är ju våra sjuksköterskor jätteduktiga på sådana saker också som hemtjänst och dagverksamhet” (läkaren)

De andra i teamet uppger att hennes roll påminner om sjuksköterskan och psykologens, men med vissa undantag. Psykologen beskriver skillnaden mellan hennes och kuratorn arbetsuppgifter som att hon själv har samtalsbehandling vid mer djupare problematik samt att hon gör neuropsykologiska utredningar medan kuratorn har samtal av mer stödjande art.

”Psykologen står mer för den här mer djupliggande problematiken på en psykologisk nivå...för kuratorn har ju också samtal men hon har ju mer samtal av stödjande karaktär. Hon kan ju också ha anhörigsamtal och ibland har vi haft parsamtal ihop” (psykologen)

Kuratorn uppger att hon har samtal av mer stödjande karaktär, men även anhörigsamtal. Hon fungerar även som konsult för patienter och kollegor vad gäller exempelvis god man, förvaltare, i frågor som rör hemtjänst eller särskilt boende.

”/.../sen har jag olika former av stödjande samtal, anhörigsamtal, men jag fungerar ju även som konsult för andra vad gäller exempelvis god man, förvaltare, ja även frågor som rör hemtjänst och annat boende och sådana saker” (kuratorn)

8.6 Teamets arbetssätt

De professionella verkar överens om att målet för deras arbete är att ge en samlad, adekvat och evidensbaserad vård under en kortare period och att patienten efter behandlingen ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt. Målet är att kontakten med patienterna ska avslutas, förutom med de patienter som har vissa läkemedel som exempelvis vid injektionsläkemedel, som litium där patienten per automatik blir kvar i behandling livet ut.

”Målet är väl egentligen att ge så god och adekvat vård som möjligt för patienten...och i bästa fall kunna avsluta honom eller henne och att patienten har blivit bättre /.../ nu hör ju till saken att många av oss har arbetat ihop i nästan tjugo år och vi känner varandra/.../så det kommer mycket personlig kännedom in i arbetet också/.../ så vi känner varandra väl så det finns ingen prestige i att gå och fråga någon annan i teamet” (kuratorn)

Under teamträffarna gör teamet gemensamt upp vårdplaner med fokus på patientens situation och vad dennes omgivning har för resurser. Upprättande av vårdplaner bidrar till att teamets arbetsmetoder och patientens vård struktureras upp.

”Om man har en vårdplan som vi har piskat oss till så är det lättare att avsluta patienten och få lite mer struktur på vården så det är ju till vinst för patienten att man inte går här för evigheter och att man inte faller mellan stolarna” (mentalskötaren)

”Vi försöker arbeta strukturerat och vi försöker implementera det här med vårdplaner så att vi har ju en viss arbetsgång.” (läkaren)

De professionella framhåller också hur viktigt det är för patientens skull att ha ett strukturerat och gemensamt arbetssätt och att man i teamet arbetar mot samma mål.

”Ja, eftersom vi nu har mer struktur än vi hade tidigare har det gagnat patienten att vi gör på samma sätt, att vi har samma mål, arbetssätt och tankesätt, det är nog det som är det bästa med vårt team...att alla gör lika” (mentalsköterskan)

”Vi sätter ju upp mål för patienten att minska oro eller öka aktivitet eller förstå sin sjukdom...det är bara exempel och så går vi gemensamt igenom patientens situation /.../ lite olika åsikter har vi nog ibland, men i stort sett håller vi oss inom samma synsätt skulle jag vilja säga...vi är nog väldigt överens för det mesta” (sjuksköterskan)

8.7 Ett respektfullt förhållningssätt

Samtliga professionella nämner att respekt inför patienten och dennes syn på sin situation, som det viktigaste kännetecknet på ett gott och professionellt förhållningssätt. Egenskaper som nämns i intervjuerna är att man som professionell är lyhörd, lyssnar, är empatisk, visar medmänsklighet, är tillåtande och ger patienten utrymme, samtidigt som man ställer krav. Sjuksköterskan och kuratorn är de som betonar relationens betydelse.

”Det är ju egentligen många saker...som att man vid första mötet känner att man får en relation med den här patienten och det är ju viktigt att man tycker om patienten och att dem tycker om behandlaren, annars är det svårt att arbeta...och att man tar deras bekymmer och problem på allvar...och att man får till en allians” (kuratorn)

”Ett bra förhållningssätt gentemot de äldre anser jag är att man är inlyssnande, tillåtande, ger utrymme, men ställer ändå lite krav, medmänsklighet, att man är professionell och allra först skulle jag vilja sätta att man får patientens förtroende...det är liksom ingången till hela samtalet och det tror jag vi är ganska duktiga på i teamet” (sjuksköterskan)

”Det är nog det här att man signalerar någon form av respektfullhet...det tycker jag nog att patienterna signalerar tillbaka att de inte är så vana vid...att de själva känner att det är lite slit och släng mentalitet överlag” (psykologen)

Läkaren tar också upp vikten av att som professionell alltid försöka diskutera med patienten om att det finns alternativ och försöka redogöra kring dessa, för att ge patienter möjligheten att välja och vara delaktiga sin vård och omsorg. Han trycker också på betydelsen av att vara flexibel som professionell, exempelvis kan en äldre får gå kvar i behandling hos teamet till dess att han eller hon fått det boende som man beviljats, detta menar läkaren är nödvändigt för att för att den äldre inte ska trilla mellan stolarna.

”/.../att man i bemötandet alltid försöker diskutera med patienten om det finns alternativ och att man försöker redogöra för dem och ge patienter möjligheter att välja.../ det händer ju att vår behandling ligger kvar tills de har fått det här boendet, innan vi avslutar...det är ändå en nödvändighet för att det ska fungera framöver” (läkaren)

8.8 Samverkan inom teamet och över professionsgränser

Samtliga teammedlemmar tycker att samverkan inom teamet fungerar bra. Deras samverkan framträder och knyts till deras teamträff, som de har en gång i veckan. De stämmer även kontinuerligt av med varandra utanför teamträffen, exempelvis genom rådfrågning. Både psykologen och sjuksköterskan betonar att deras verksamhet även präglas av ett ensam- eller pararbete.

”Det är ganska mycket ensamarbete...men ibland ska vi gå två på ett besök och då kan det även vara en annan sjuksköterska eller mentalskötare med” (sjuksköterskan)

”Det ju just detta att var och en jobbar med sitt” (psykologen)

Trots att de professionella uppger att de samarbetar med alla i teamet syns ändå ett mönster av att man i teamet oftare samverkar med någon som har samma eller liknande yrkesbakgrund. Samarbetet präglars också av vilken utgångspunkt man väljer att ha på patientens problematik. Läkaren och sjuksköterskan men också mentalskötaren, som även utbildad undersköterska, samarbetar ofta utifrån en medicinsk utgångspunkt. Psykologen, kuratorn, sjuksköterskan och mentalskötaren samarbetar ofta utifrån en psykologisk, social eller omvårdnads präglad utgångspunkt.

”Man kan säga att jag samarbetar med alla i teamet...vi har ju våra teamträffar och sen har vi ju kontakter under behandlingen. Alla problem kommer ju inte upp på teamnivå utan vi har ju en del medicinska saker som jag diskuterar med patientsens kontaktman, som oftast är sjuksköterska eller mentalskötare, som står för den huvudsakligen kontakten med patienten och med mig” (läkaren)

Samarbete sker även då man som professionell behöver kompletterande kunskap. Kuratorn uppger att de ibland har patienter ihop då hon exempelvis står för samtalen och kontaktpersonen för medicinska insatserna. Hon menar att när det gäller äldre så rör det sig ofta mycket kring mediciner och då kommer hon ingen vart i samtalen med patienten, därför tycker hon det är det bra att kunna hänvisa till kontaktperson i frågor om mediciner.

”Jag samarbetar nog mest med kuratorn /.../vi kan göra hembesök tillsammans...som ett exempel kan jag nämna att jag och kuratorn hade en patient tillsammans som var mycket magerlagd...och då försökte vi se om det var kroppsligt eller psykiskt/.../ det är väldigt viktigt att ta uppgifter om patientens hela livssituation” (sjuksköterskan)

”Jag samarbetar med alla i teamet/.../ ibland har vi också patienter ihop, för ofta har jag exempelvis samtalen och sen en kontaktman som sköter det rent medicinska /.../ när det gäller äldre så rör det sig ofta mycket kring mediciner och då kommer man ingen vart i samtalsdelen kan jag tycka så då är det bra om de har en kontaktperson som man kan hänvisa vidare till när de kommer upp frågor om mediciner så att man kan hålla sig till ämnet helt enkelt...så på sätt är vi ju nästa alltid två om patienterna” (kuratorn)

”Jag samarbetar med kuratorn ganska mycket, men även psykologen kan jag diskutera med när jag känner att jag inte vet riktigt hur jag ska göra...man måste ju ha stöd av varandra/.../läkaren naturligtvis, har jag ju mycket kontakt med om medicineringen, symtomen och biverkningarna. Sen arbetar vi ju två och två många gånger och i mitt fall är det ju kuratorn som jag går ut med på hembesök. Då kan ju den ena fokusera på patienten och få den bilden och den andre kan prata med någon annan i familjen och då får man ju en bredare blick” (mentalskötaren)

”Kuratorn samarbetar jag ju med en del...hon är ju också knuten till avdelningen så där har vi ju också ett samarbete... och sen det är klart sköterskorna kan jag ju ha patienter ihop med också...läkaren står ju alltid bakom medicinskt och sen kanske patienten går hos mig en period och sen har man ändå en kontaktperson som backar upp vid medicinska frågor...som de kan ringa och fråga” (psykologen)

8.9 Samverkan utanför teamet

Samtliga av de professionella nämner att den psykiatriska slutenvården är den främsta samverkanparten utanför teamet. Andra samverkanspartners som nämns är hemsjukvårdens läkare och sjuksköterskor, vårdcentralpersonal, boendepersonal, anhöriga, biståndsbedömare, överförmyndarnämnden och hemtjänstpersonal. Psykologen är den enda i teamet som säger att hon sällan samverkar med personal utanför teamet.

”Utanför teamet samarbetar vi mycket med vår slutenvård/.../ vi har inte något närmare samarbete runt enskilda patienter, men med vissa patienter som ”avviker från det normala” och där det finns problem, där har vi ju kontakter med varandra och vi träffas ju en gång i veckan på ett speciellt möte där även enhetscheferna från de olika enheterna deltar tillsammans med de olika överläkarna... det är inte alltid alla är med men där träffas vi när vi behöver diskutera någonting annars har vi telefonkontakt...från boenden vill vi ju alltid ha en remiss i och med att det är så poängen räknas i systemet annars syns det ju inte att vi gör någonting/.../ socialtjänsten och hemtjänsten är ju vanligt att man har haft eller har kontakt med...det är ju också en del av problemet att en del patienter inte vill ha någon hemtjänst även om man kan tycka att de är i behov av det...så där försöker vi hjälpa till och förmedla kontakt” (läkaren)

”Utanför teamet samarbetar jag med vårdgrannar...det kan vara hemsjukvård, vårdcentralskontakter, sjuksköterskor, mycket kontakt med boenden, anhöriga och barn” (mentalskötaren)

”Jag har ju kontakt dels med biståndsbedömare, ibland hemsjukvård och överförmyndarnämnden då man exempelvis diskuterar godsmansärenden...jag har mycket kontakt med anhöriga” (kuratorn)

”Jag samverkar egentligen inte så mycket utanför teamet...till exempel hade jag kontakt med en vårdcentralsläkare för ett tag sen/.../ utan det är ju mer det här arbetet mot slutenvårdavdelningarna...de har ju också teamgenomgång en gång i veckan där vi är med jag och kuratorn” (psykologen)

De professionella menar att samverkan med andra huvudmän innebär tillförsel och utbyte av kunskap och erfarenheter om patienten för att ge honom eller henne bästa möjliga vård. Alla de professionella ser fördelar med samverkan utom teamet både för den egna professionens

utveckling, men framförallt för patientens hälsa. Alla professionella är positivt inställda till samverkan med vårdgrannar. Den enda som inte ser ett direkt behov av samverkan utanför teamet är psykologen.

”Tar jag kontakt med personer utanför teamet så sker det via telefon i så fall...jag har ju inte så mycket kontakter och det tycker jag egentligen inte att det finns något behov av heller, utan det är ju mer det här arbetet mot avdelningarna...” (psykologen)

”Jag tycker att samverkan är viktig/.../Vi tillför och utbyter ju mer kunskap om patienten för att ge honom eller henne bästa möjliga vård” (kuratorn)

”Vi har ju mycket kontakt med vårdgrannar /.../ det är ju otroligt värdefullt för oss och för patienten” (sjuksköterskan)

”Jag skulle vilja att samverkan utåt vore mer påtaglig” (läkaren)

”Hemtjänsten ser ju den äldre hela tiden och kan ju ge sin syn på hur symtombilden ser ut och vad som har hänt, naturligtvis kan barnen, maka eller make ge sin bild, men den kan ju vara en mer partisk bild när det handlar om nära anhöriga så den kan ju vara färgad av andra saker...men somatiken och psykiatrin kan inte skiljas åt... kunskaper om båda behövs/.../ Om vi samverkar är blir det till vinst för patienten naturligtvis” (mentalskötaren)

8.10 Former för samverkan

Samtliga professionella uppger att den främsta samverkansformen är telefonkontakt. Andra samverkansformer utanför teamet sker brevlades, då kuratorn, sjuksköterskan och psykologen deltar på teammöten och vårdplaneringar med andra professionella i slutenvården, i de äldres hem eller på boendena. Mentalskötaren och kuratorn uppger också att kontakter kan tas med andra kuratorer på vårdcentraler eller medicinavdelningar, om någon av deras patienter läggs in. De professionella uppger att samverkan med andra huvudmän från och till varit tajtare, där man deltog på gemensamma möten. Bland orsakerna till att samverkan idag är mindre påtaglig och har en annan form, nämns bland annat att det är alltfler stafettläkare på vårdcentralen, att man har satsat mycket mer på primärvården och att teamet därför inte behövs lika mycket längre. Läkaren och psykologen menar att resursbrist och underskott på deras yrkeskategori är en av orsakerna till att samverkan utom teamet inte är så utbyggd. Enligt enhetschefen finns inga skrivna samverkansavtal.

”På min nivå är det mest att jag pratar med dem på telefon...vi har inga möten. Vi har mycket kontakt med slutenvårdsavdelningarna naturligtvis/.../ jag har även ibland kontakt med kuratorer på sjukhuset när våra patienter hamnar på medicinska avdelningar/.../ från och till har samverkan mellan våra vårdgrannar varit tajtare, men vad jag vet så samverkar vi inte så mycket med vårdcentralen nu och det hade kanske varit bättre om vi gjorde det...nu är det ju mycket stafettläkare på vårdcentralerna och det beror säkert också på att man har ju satsat mycket mer på primärvården...jag tror att de också har blivit mycket duktigare och de behöver kanske inte oss så där värst mycket längre” (mentalskötaren)

”Jag tycker nog att det kanske finns bättre lösningar för samverkan med våra vårdgrannar /.../ det som är svårt är att få tag på personerna via telefon /.../och jag kanske inte alltid sitter vid telefonen när de ringer upp...så där kan jag känna en viss irritation att jag inte får tag på personalen...det är ju tidsödande och så, och de tycker säkert samma saker om oss...men på något annat sätt kan jag nog inte tänka att samverkan kan gå till på...men allting går an att förbättra...” (sjuksköterskan)

”Problemet för oss här är väl att vi är så små...mindre än vi skulle vara, vilket bland annat beror på läkarbristen, så att det finns väldigt lite resurser för att upprätthålla samarbete med andra huvudmän så det skulle kunna förbättras...men vi har ett stort upptagningsområde med många distriktsläkare och omvårdnadspersonal och det är svårt med personliga kontakter...så av nödvändighet får kontakten ske till stora delar genom brevväxlingen...men de är ju alltid välkomna att vända sig hit för rådfrågning per telefon och det händer ju att de gör också” (läkaren)

”Slutenvårdsavdelningarna har ju teamgenomgång en gång i veckan där vi är med jag och kuratorn och en arbetsterapeut...men det är lite svårt för där poppar man upp en dag i veckan och /.../ sen försvinner man...det kan jag tänka att det är under utveckling hur man ska kunna lägga upp det så det blir bra...egentligen kan jag tycka att det skulle ha varit en psykolog som bara var i slutenvården...det är ju en resursfråga också...det är ju lite resurser på det viset” (psykologen)

8.11 Styrkan med teamarbete

De professionella uppger att det bara finns fördelar med tvärprofessionellt teamarbete. Styrkan med teamarbete nämns både i relation till den egna professionen, men också utifrån patientens bästa. Positiva effekter av teamarbetet uppges vara att arbetssättet innebär ett gemensamt beslutstagande och rådfrågning, som leder till en trygghet både för teammedlemmarna och för patienten.

”Jag kan ju också få mer kött på benen genom att få tips och råd från andra i teamet” (mentalsköterskan)

”Det är väldigt positivt att vi kan rådfråga varandra och alla respekterar den enskildes kunskap och jag känner att vi väldigt ofta är överens om vad patienten behöver...jag tycker att det känns väldigt positivt i teamet” (sjuksköterskan)

”Alla har förmågan att arbeta efter en gemensam modell/.../ olika professioner ger ju en god dynamik...jag upplever inga direkta hinder i vår samverkan” (läkaren)

”Vi försöker ha patienten i fokus och se på hans eller hennes problem utifrån olika infallsvinklar. Patienten är också medveten om att vi diskuterar honom eller henne i teamet...det kan kännas skönt ibland när man står inför ett beslut kring en patient att det inte är jag som bestämmer eller ensam behöver ta det beslutet utan jag lyfter frågan till teamet och så beslutar vi där” (kuratorn)

Många av de professionella påtalar att deras teamarbete och arbetssätt leder till att de kan se patientens situation och sjukdomstillstånd ur olika infallsvinklar, vilket ger en helhetsbild samtidigt som patienten sätts i centrum.

”Alla bidrar ju med sin kompetens, alla har ju sin specialitet, så lägger man ihop det så blir det ju en ganska bred bild av patientens situation och problematik” (psykologen)

”Jag tycker egentligen att patienten får det bästa utav allt...är det tveklöst att hon ska ha psykologkontakt så ser vi till att hon får det eller om det finns ett behov av kuratorsinsatser inklusive samtal så får dem det” (sjuksköterskan)

”Vinsten för patienten är att man ser helheten på patientens situation från olika synvinklar och man kan komma på nya lösningar/.../ vi har allas ögon på patienten...patienten är i centrum och allas särskilda kompetenser runt patienten” (mentalskötaren)

Psykologen menar att en annan styrka med deras arbetssätt är att det inte blir sårbart om någon av teammedlemmarna skulle vara borta från teamet under en tid. Hon säger samtidigt att hon hoppas att deras arbete har en uppfångande effekt, att patienterna inte ska känna sig ensamma eller utelämnande oavsett om de varit inlagda i slutenvården eller ej.

”Man få ju både psykologin och medicin och jag kan tänka att det gagnar patienten på sikt att eftersom de ofta har en bred problematik, som slår ut på väldigt många plan och behöver hjälp med väldigt mycket och om en person skulle stå med det själv...här blir det ju mer att man går in med insatser på det som man är utbildad till och praktiserar inom och då får de ju det bästa av varje del så att säga...det är ju inte så såbart då...jag menar om någon av oss skulle bli sjuk en längre period eller vad det nu skulle kunna vara så har ju patienten någon av oss att vända sig till eller någon annan i teamet som backar upp så på det viset blir ju kontakten inte så sårbar om det finns fler inblandade/.../Många som har legat inne tycker ju det är bra med den uppföljning de får härifrån och att det känns tryggt, så att man inte bara går ut från avdelningen och är alldeles ensam” (psykologen)

Läkaren betonar också att patienter ofta kommer från en splittrad vårdkedja där teamkontakten kan ge en kontinuitet i vården och omsorgen.

”Den stora fördelen för patienten är ju att de kanske kommer från ställen där de bara fått en del och vården är ju ofta utspridd och de kanske inte har fått de här andra delarna som vi kan erbjuda...utan de kanske bara har fått den farmakologiska biten och det räcker inte för att det behövs fler åtgärder” (läkaren)

8.12 Potentiella utvecklingsmöjligheter för teamarbete

Sjuksköterskan och mentalskötaren nämner ett önskat samarbete med sjukgymnast och arbetsterapeut, som i dag inte finns i teamet för att vidga helhetsperspektivet ytterligare.

”Det som är positivt med vårt team är ju att alla yrkeskategorier är representerade... men vi saknar ju sjukgymnast eller arbetsterapeut i vårt team” (sjuksköterskan)

”Vi har ju inte sjukgymnast och arbetsterapeut i vårt team längre, det har vi haft förr i världen, men vi skulle behöva ha vårt rehabiliteringslag närmare så att vi kan använda sjukgymnasten för kroppskännedom och avslappningstekniker till exempel det skulle vidga våra behandlingsmetoder ytterligare” (mentalskötaren)

Mentalskötaren nämner i ovanstående citat betydelsen av att de man samverkar med finns under samma tak. De professionella belyser vikten av geografisk närhet och psykologen betonar att målet är att verksamheterna kring de äldre ska slås ihop till ett äldrepsykiatriskt centrum.

”Vi hjälper patienterna att komma igång med någon verksamhet i området där de bor, någon aktivitet så att de får ett stöd i vardagen, för många är ju ensamma och kanske inte har så mycket nätverk runt omkring sig...så det finns ju en del kommunalt som man kan knyta upp dem till och sen har vi ju här inom verksamheten det här Rehabteamet, som är som en dagverksamhet som också kan bli en sån där utslussande funktion...den ligger nu i en annan stadsdel, men tanken är väl att den ska komma under samma tak...det är ju tänkt som en sammanslagning av den verksamheten och våran verksamhet så att det blir som ett äldrepsykiatriskt centrum”
(psykologen)

Läkaren som arbetar två dagar i veckan med forskning trycker också mycket på fördelarna att den äldrepsykiatriska forskningen finns under samma tak och hur viktigt det är för verksamheten att ligga i fronten. Han menar att målet för verksamheten är att bygga upp en äldrepsykiatrisk verksamhet som dels kan fungera som ett kunskapscenter och dels som en modell för resten av regionen.

”Ett mål är ju att bygga upp en äldrepsykiatrisk verksamhet som kan vara en modell för resten av regionen lite av ett kunskapscenter. Vi jobbar ju tätt ihop med den äldrepsykiatriska forskningen...vi sitter i stort sett vägg i vägg med den... rent traditionellt i X-stad finns det inte så mycket klinisk äldrepsykiatrisk forskning, men vi jobbar däråt och hoppas att om några år ha fått igång en del studier kring äldrepsykiatriska patienter, men vad vi framförallt gör nu så tittar vi på den äldre befolkningen och sjukdomspanoramat och det är väl ett av målen/.../ vad vi också försöker ordna är en verksamhet som är ute i fronten bland den kunskap som finns och att vi även försöker bidra till den här kunskapen själva, för vi har ju program som vi håller på att jobba med, del hur vi ska kunna öka våra kunskaper och hur vi kan omsätta dem i praktiken” (läkaren)

Mentalskötaren betonar behovet och betydelsen av kunskapsutbyte genom handledning av ny personal och ökat samarbete med andra huvudmän.

”Vi kan bara bli bättre om vi försöker...vi har ju mycket studiebesök från andra städer och utbyte med andra /.../ Just det är att jag är ute och handleder på olika ställen så förs ju kunskaper vidare som jag kan och så får jag kanske lite av dem...vi är ju gamla här och många går snart i pension...så vi behöver rekrytera nya...så jag har hand om ky-studenter så att de också kan få inblick i arbetet/.../...vi har ju inte heller så värst mycket samarbete på alla delar/.../men vi strävar ju mot att det ska bli bättre” (mentalskötaren)

Sjuksköterskan belyser svårigheter att se utifrån varandras perspektiv vid samverkan med andra huvudmän.

”Hemtjänsten ska ju göra det här basala för patienten och en del är ju fantastiskt duktiga och stöttar kanske lite extra, men vi i vården är duktiga på att göra det där lilla extra ibland och det saknar jag väldigt ofta hos många i hemtjänsten...de är så styrda av annat/.../ Biståndsbedömarna har ju sitt tak att följa och de har sina överordnade och det är inte alltid lätt att få ett annat boende...jag tycker ofta att de säger att ”vi ger så gärna mera bistånd i hemmet”,

men patienterna behöver ha en annan trygghet...jag tycker inte alltid att biståndsbedömarna ser att det finns ett stort psykiatriskt behov...de ser mer de synliga sjukdomarna och hindren...de ser inte att någon är superängslig och inte vågar leva ensam i sin lägenhet det tycker jag är ett minus hos en del...man jag tycker att det har varit ett bra samarbete med dem...när de verkligen lyssnar på oss om en patient har legat inne på sjukhuset och både läkare och nattpersonal tycker att den här patienten ska ha ett annat boende, tycker jag att de väldigt ofta kan gå emot och /.../ då känner jag frustration när min patient åkt in så många gånger på sjukhuset och blir sämre och sämre och att man ytterligare ska spä på det genom att låta dem vara hemma”
(sjuksköterskan)

Enhetschefen för teamet uppger att han går och utbildar sig i Case-mangement, som han tror att verksamheten kommer att övergå till i framtiden och göra det lättare för de olika huvudmännen att mötas. Modellen går bland annat ut på att patienten står i centrum och att psykiatri och kommun tydligt samverkar genom att patienten har en case-manager, som ansvarar och ser till att patienten inte hamnar mellan stolarna.

8.13 Att förmedla kunskap

De professionella i teamet menar att många svårt sjuka äldre bor och vårdas i hemmet eller på olika boenden och betonar därför hur viktigt det är att förmedla kunskap till anhöriga och boendepersonal.

”Det ligger ju mycket på hemtjänstens axlar just när många svårt sjuka patienter bor hemma...så det är mycket viktigt att de kan få lite kunskaper hos oss, råd och tips hur man hanterar och bemöter” (mentalsköterskan)

”Den stora grejen är ju om patienten bor på ett boende att förmedla kunskaper till den personalen där, så att de kan hjälpa och förstå patienten. Det är mycket det vi försöker jobba med genom att ge strukturerad handledning, men även genom kortare insatser kanske bara en eller två gånger/.../ hemtjänsten får vi ju inte glömma bort, de har ju oftast ganska mycket kontakt med patienter som vi har längre tider...hemtjänsten vet ju att de kan vända sig hit om det skulle behövas...och vi stämmer av med dem hur de tycker att det fungerar, så det är jätteviktigt...sen har vi ju de som bor i hemmet som inte har någon hemsjukvård eller hemtjänst och vi arbetar ju också mycket tillsammans med anhöriga, oftast barnen, de står ju för en stor del av den här insatsen när de gäller de äldre... de vet också att de kan vända sig hit och det händer att vi frågar dem hur de tycker att det går...naturligtvis med patienternas goda minne” (läkaren)

Sjuksköterskan betonar också vikten av utbytet av kunskap och information med hemtjänstpersonal som ofta står för den basala omvårdnaden. Sjuksköterskan tar upp att det är viktigt att handleda personalen både på ett praktiskt och teoretiskt plan.

Hon tar exempelvis emot hemtjänstpersonal eller anhöriga tillsammans med patienten så att de kan gå igenom den medicinering och behandling som de ska ge patienten.

”Sedan får vi ju ta hit hemtjänsten ibland tillsammans med patienten eller anhörig när patienten ska behandlas med medel där man konstaterat begynnande demens eller kognitiv sänkning, de kanske sätter in depåplåster på dem... så man får ta med någon som ser hur det här går till...för att de ska kunna hjälpa den äldre med detta...med det kan emellanåt också handla om en hel del

stöttning utav hemtjänst också i bemötande till exempel om det är någon patient som är svår i bemötandet och svår att hantera, så får vi ibland prata med hemtjänsten och ge lite handledning” (sjuksköterskan)

8.14 Sammanfattning av resultat

Olika professioner i team anses vara en förutsättning i arbetet med äldrepsykiatriska patienter, som ofta bär på bred problematik. Socialarbetaren fungerar som ”spindeln i nätet”, genom att hon har ett utvecklat kontaktnät utanför teamet och tillsammans med sjuksköterskan är den främsta samarbetspartnern inom teamet. Hon har uppföljande samtal och blir en brygga mellan slut- och öppenvård. Teamets mål är att ge en samlad, adekvat och evidensbaserad vård under en kortare period, där patienten görs delaktig i sin vård och omsorg. Vårdplaner upprättas utifrån patientens situation och resurser. Arbetsmetoderna är medicinska och samtalsbaserade och bedrivs både på mottagningen och/eller via hembesök. De professionella är överens om att ett gott förhållningssätt gentemot en äldre patient framförallt kännetecknas av respekt och flexibilitet samt att man som professionell är inlyssnande och empatisk. Teamarbete anses medföra gemensamt beslutstagande, rådfrågning och helhetsperspektiv kring patienten. Teamets arbete skapar också en kontinuitet i patientens vård- och omsorgskontakter. De professionella samverkar oftast med någon med liknande professionsbakgrund eller vid behov av kompletterande kunskap både inom och utom teamet. De har likvärdig syn på samverkan inom teamet, men olika syn på betydelsen av samverkan utåt. Ökad samverkan är önskvärd och anses värdefull. Samverkan mellan professionerna inom teamet är utbyggd, medan samverkan utåt sker främst genom informella kontakter. Potentiella utvecklingsmöjligheter för teamarbete anses vara att fler yrkeskategorier samarbetar, en större geografisk närhet samt att man i teamet arbetar mot att sammanföra kunskaper och forskning om äldrepsykiatri till ett kunskapscenter. Att förmedla kunskap till anhöriga och andra professionella nämns som det allra viktigaste med teamets arbete.

9. Analys och diskussion

Det systemteoretiska begreppet feedback kan leda till att en händelse kan betraktas i relation till en annan. En människas handlingar kan inom detta perspektiv ses som att de påverkas av den omgivande miljön, samtidigt som de inverkar på omgivningen. En persons psykiska problem är förenade med hans eller hennes kontinuerliga samspel med familj och vänner (Schödt/Egeland 1994). Kunskapen om systemteori och nätverkets betydelse kan förse professionella inom psykiatrisk omvårdnad med begrepp och verktyg för att analysera och förstå relationers betydelse

(Lokensgard 1997). Studier har visat att en person med ett socialt nätverk har en starkare KASAM och bättre klarar att hantera kriser. Om den äldre har en svag känsla av sammanhang är risken, enligt Erikson, stor att tillstånd av förtvivlan, fruktan inför döden och meningslöshetskänslor kan uppstå (Hagberg 2000).

9.1 Teamets arbets- och förhållningssätt

Mitt resultat visar att teamet arbetar med utgångspunkt i ett systemteoretiskt perspektiv bland annat genom att de har mycket kontakter med patienternas anhöriga, som bidrar med ett viktigt informationsutbyte. De professionella i teamet kan stämna av med anhöriga exempelvis om hur patienten fungerar i sitt hem under behandlingen. Denna information kan de professionella sedan använda för att hjälpa patienten vidare i sin behandling. Detta kan ses som ett exempel på feedback, där information kan utbytas mellan ”anhörigsystemet” och ”det professionella systemet”.

Mina resultat visar på att teamet arbetar efter ett outtalat nätverksperspektiv eftersom de, som Forsberg/Wallmark (2002) skriver, i mötet med en patient ser till hela människans sammanhang och har mycket kontakter med anhöriga och andra professionella, exempelvis inom hemtjänsten eller på olika boenden. Seeikula (1996) skriver att ett nätverksarbete inte behöver ersätta redan utarbetade arbetsmetoder, utan perspektivet kan istället skapa möjligheter att se till patientens hela livssituation. Jag anser att ett tydligare och mer utvecklat nätverksperspektiv, skulle kunna tydliggöra ett arbetssätt där man genom exempelvis en nätverkskarta klart kunde redovisa patientens nätverk. Då skulle man också kunna uppmärksamma personer och myndigheter som man inte tidigare lagt märke till.

Enligt mitt resultat har teamet inget uttryckt sjukdoms- och diagnosfokus utan arbetar genom strukturella vårdplaner, som belyser vilka resurser patienten och dennes nätverk har och hur dessa kan främja ett tillfrisknade och välbefinnande. Teamets arbete stämmer överens med en positiv och salutogen syn på patientens möjligheter att efter behandling kunna leva ett självständigt liv. Patienten hamnar på så sätt i centrum och deras KASAM stärks, genom att känslor av maktlöshet minskas. Socialstyrelsen (2008) skriver också att människans förmåga att hantera åldersrelaterade förändringar är av stor betydelse för upprätthållande av hälsa och välbefinnande

De professionella är överens om att ett gott förhållningssätt gentemot en äldre patient framförallt kännetecknas av respekt och samt att man som professionell är inlyssnande och empatisk. Om en kris definieras som en utvecklingskris eller en traumatisk kris beror på hur exempelvis professionella uppskattar det utlösande traumats karaktär. Bemötandet av en äldre som är i en sorg- och krisreaktion, kan vara avgörande för hur kriser utvecklar sig. Det behöver inte alltid bara handla om behandling utan även om att ge emotionellt och praktiskt stöd (Cullberg 2003).

Begreppet hanterbarhet inbegriper om en människa har tillräckliga resurser för att behärska påfrestningar och kriser som hon utsätts för. Teamets arbete och bemötande stödjer äldre att få tillräckliga resurser för att behärska och förstå sin situation och de arbetar därmed dels efter ett salutogent synsätt och dels med att förebygga att kriser bland äldre överdetermineras.

Cullberg (2003) beskriver också hur äldres psykiska behov ofta ses som mindre viktiga. Detta är ännu ett argument för en individuell bedömning och behandling, men också enligt min mening, en uppmaning till att man som professionell funderar kring vilka våra föreställningar om åldrande

är, hur de påverkar våra förhållningssätt och vårt bemötande gentemot de äldre. Ett salutogent förhållningssätt innebär att man ser till individens resurser. Då professionella endast ser till svårigheter i behandlingen kan det, enligt Antonovsky (2003), innebära att patienten stigmatiseras och lidandet förlängs. Teamets flexibla arbets- och förhållningssätt erbjuder istället patienten att i sin trygga miljö, under ett hembesök, få en individuell bedömning. Den äldre kan på så sätt vara med och avgöra behandlingens form. Några professionella i teamet framhåller hur viktigt det är att patienten ges valmöjlighet genom att göras delaktig i sin vård och omsorg. Teamets mål är att ge en samlad, adekvat och evidensbaserad vård under en kortare period med syftet att patienten efter behandlingen ska ha tillräckliga resurser för att kunna leva ett så självständigt liv som möjligt. Teamets arbetssätt kan också, i enlighet med ett salutogent synsätt, motverka känslor av maktlöshet, då patienten åsikt värdesätts i behandlingsprocessen. Hagberg (2000) skriver att Erikson menar att integritet, förtvivlan och bitterhet hör till åldrandeperioden. Likt den salutogena teorin menar Erikson ändå att den äldre kan komma att ha en känsla av sammanhang om livet känns meningsfullt. Delaktighet eller social isolering tycks också, enligt Socialstyrelsen (2008), påverka hur åldrandet och hälsotillståndet utvecklas bland äldre.

9.2 Samverkan över professionsgränser

Teammedlemmarna anser att de olika professionerna i teamet är en förutsättning för att arbeta med äldrepsykiatriska patienter, som ofta bär på en bred problematik. Mitt resultat visar också att de olika professionerna ger en helhetsbild av patientens situation, som i enlighet med ett systemteoretiskt synsätt innebär att de ser patientens symtom och problem som en oskiljbar del i ett samspel mellan individer inom både det privata och professionella nätverket (Forsberg/Wallmark 2002).

Tvärprofessionella team anses av många som en bidragande faktor till ökad kontakt och samverkan mellan professionella från olika yrkeskategorier. Detta tycks särskilt konstruktivt inom hälso- och sjukvården där många arbetsuppgifter är yrkesskyddade och ibland endast överläts genom delegation. Teamarbete blir ett sätt att möta patientens komplexa behov, vilket bättre tillförsäkrar patienten en individbaserad vård, skapar en trygghet för de professionella och leder till att samhällets resurser används mer konstruktivt (Carlström/Berlin 2004).

Carlström/Berlin (2004) nämner att positiva effekter av teamarbetet är att arbetssättet innebär ett gemensamt beslutstagande och därmed en trygghet både för teammedlemmarna och för patienten, som ofta kommer från en splittrad vårdkedja. Kontakten med teamet kan ge den äldre en kontinuitet i vården och omsorgen, vilket kan stärka patientens KASAM. Genom att hjälpa patienter att uppmärksamma och behärska de påfrestningar som de utsätts för, minska känslor av maktlöshet och ersätta dem med meningsfullhet och motivation till ett tillfrisknande.

Det tvärprofessionella teamet strävar, enligt min mening, efter att slå vakt om patientens intressen, då denne själv och de professionella med olika yrkesbakgrund engageras i behandlingsprocessen. Denna patientfokus leder till att insatser snabbt kan samordnas genom korta beslutsvägar.

Ett systemteoretiskt synsätt fokuserar på hur olika delar samverkar vare sig det är en människa eller ett socialt system. Helheten skall förstås utifrån delarnas interaktion. Utifrån systemteorin

kan de olika ”behandlingsdelar” som teamet erbjuder leda till en helhetsbild av patientens problematik, sjukdomstillstånd och resurser. De olika yrkeskategorierna i teamet tittar på problematiken och försöker ge sin input, som sedan tillsammans med patientens resurser vägs ihop till en behandlingsmodell; en output. Eftersom alla yrkeskategorier inom den psykiatriska vården har sina teorier och orsaksförklaringar till psykisk ohälsa och/eller sjukdom finns det, enligt min mening, här ett argument för team där olika yrkeskategorier och teoretiska perspektiv finns representerade. Thylefors (2007) skriver att ett tvärprofessionellt teamarbete kan innebära att professionella får respekt och förståelse för andra professionellas syn på patienters problematik. Det tvärprofessionella teamet öppnar, enligt min mening, upp för fler möjliga behandlingsvägar, som gynnar patienten. Exempelvis visar mitt resultat att de professionella har olika syn på betydelsen av att samverka med andra huvudmän. Psykologens arbete präglas mycket av ett individperspektiv och utifrån sin profession ser psykologen inte något direkt behov av samverkan utanför teamet. En av fördelarna med ett tvärprofessionellt team är att det finns andra yrkeskategorier, som till exempel kurator eller sjuksköterska, som vid teamträffar kan lyfta vikten av att samverka med andra huvudmän både utifrån patienten och de professionellas bästa.

9.3 Samverkan över verksamhetsgränser

Mitt resultat visar att samverkan inom teamet är väl utbyggd, men att samverkan med andra huvudmän är bristfällig och består till största delen av informella kontakter. Det stämmer in med vad Wånell (2007) skriver att det ofta finns brister i samverkan mellan bland annat slut- och primärvård. Däremot är samverkan, till skillnad mot vad Wånell skriver, relativt befäst mellan teamet och slutenvården. Ett nätverksarbete skulle också, enligt Forsberg/Wallmark 2002, kunna tydliggöra och förena den splittrade ansvarsfördelning som idag råder mellan huvudmännen. Socialstyrelsen (2008) skriver att det ofta är de akuta somatiska och sociala besvären som uppmärksammas och behandlas samt att problematiken runt de äldres psykiska ohälsa därför bör lyftas fram i ett bredare perspektiv.

Den främsta formen för samverkan mellan teamet och andra huvudmän är telefonkontakt, som även med ett uttalat nätverksperspektiv skulle kunna bestå, men kompletteras med andra samverkansformer. De olika huvudmännen skulle exempelvis kunna delta på ett gemensamt nätverksmöte, där patienten sattes i centrum. Resurser som finns i patientens närhet och vad som skulle kunna bidra till ökat psykiskt välbefinnande skulle då bättre kunna kartläggas. Flera författare, däribland Grönquist (1999), menar att ett nätverk av privata och professionella kontakter har visat sig ge en bättre prognos för äldre, därför anser jag det väldigt viktigt att professionella värdesätter och hjälper den äldre att upprätthålla sociala kontakter, vilket teamet också gör. Gerd, som jag berättar om i min inledning, fick efter ett självmordsförsök kontakt med en äldrepsykiatrisk avdelning. Där anser hon att hon blev omhändertagen och kunde delta i gruppsamtal om till exempel ångest och depression. Hennes ångest försvann inte helt, men hon fick ett ställe att gå till där hon kände sig trygg och sedd.

Teamarbetet innebär som (Carlström/Berlin 2004) skriver att de professionella fokuserar på patienten genom att ta till att vara olika kompetenser inom och utom organisationen. Synen på samverkan skiljer sig mellan professionerna, men de flesta värdesätter ändå det utbyte av erfarenhet, kunskap och information som de professionella menar att samverkan med andra huvudmän innebär. Man anser att det är både till fördel för patienten, som får en sammanlänkad vårdkedja och för utvecklingen för den egna professionen.

I resultatet framgår att problem uppstår vid samverkan med kommunens biståndbedömare då de styrs av en annan lagstiftning och syn på patientens problematik. Synen på samverkan utanför teamet stämmer inte alltid överens med ett systemteoretiskt synsätt, genom att de professionella inte alltid förstår interaktionen och den feedback som utbyts mellan de subsystem som varje huvudman utgör. Huvudmännen ses ibland, tvärtemot systemteorin, som en isolerad enhet, och inte som en del i en större helhet runt patienten (Schödt/Egeland 1994). Forsberg/Wallmark (2002) skriver att det kan vara så att huvudmännens oförmåga till att samarbeta bidrar till att många äldre mår sämre än de skulle behöva, om de fått en mer sammanlänkad och kontinuerlig vård. Problem uppstår ofta när det multiprofessionella systemet kör fast genom att inte veta vilka insatser den andre ger eller genom att skylla resultatlösa insatser på varandras brister. Om man lyfter upp denna problematik på en systemteoretisk nivå kan det bli tydligt hur patientens ohälsa påverkas av myndigheternas oförmåga att samverka, istället för att problematiken tillskrivs patienten. Systemteorin blir då en hjälp till att motverka stigmatisering och att patienten utmålas som syndabock (Schödt/Egeland 1994). Eftersom de olika huvudmännen har med sig olika lagstiftning och perspektiv på patientens situation försvåras ofta samverkan mellan teamet och andra huvudmän. Ett nätverksperspektiv inom äldrepsykiatri skulle, enligt min mening, leda till att huvudmännen möttes mer kontinuerligt och att samverkan underlättas. Detta skulle bättre kunna ena huvudmännens perspektiv, förhållningssätt och arbetsmetoder med fokus på patientens hela livssituation.

Enhetschefen för teamet menar att det vore positivt och utvecklande för samverkan med vårdgrannarna om det fanns skrivna avtal. Vilket bland annat också Socialstyrelsen (2008) har lagt fram. Införande av Case-management och undertecknade samverkansavtal, anser jag, skulle sätta lite mer press på samverkansprocessen och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Det måste kanske komma ett krav om införande av detta på det äldrepsykiatriska fältet från politiskt håll.

De professionella framhåller i min resultatdel att den bristande samverkan kan bero på resursbrist och att teamet känner att medel och tid inte räcker till för utvecklad samverkan med andra, men samtidigt skriver bland andra Miller (2004) att teamsamverkan både sparar tid och arbete. Därför det kan handla om de professionellas inställning och deras kunskaper om samverkan. Till en början kanske ökad samverkan kräver mer tid från professionella. Min uppfattning är ändå att professionella med ökad samverkan sparar både tid och lidande för patienterna på lång sikt, genom att minimera dubbelarbete bland professionella och att patienten slipper "bollas" mellan olika vård- och omsorgsgivare.

9.4 Socialarbetarens roll i ett äldrepsykiatriskt team

I litteraturen har jag inte funnit någon text som specifikt belyser vad socialarbetaren skulle kunna bidra med i ett äldrepsykiatriskt team.

Däremot skriver Socialstyrelsen (2008) att fler professionella med ett psykosocialt förhållningssätt, som psykologer och kuratorer, behövs inom huvudmännens verksamheter. Ett relationsarbete är, enligt Grönquist (1999), viktigt och präglas av ett psykosocialt förhållningssätt, som handlar om att ta hänsyn till psykiska och sociala problem i försök att ge en helhetsbild av den äldres situation.

Bland de professionella i teamet var det sjuksköterskan och kuratorn, som betonade relationens

betydelse och vikten av att skapa en allians i mötet med de äldre. Socialarbetaren kan, enligt min mening, vara en av dem som arbetar utifrån ett psykosocialt perspektiv i ett team. Mina resultat visar att kuratorn tillsammans med sjuksköterskan var de främsta samarbetspartnerna inom teamet. Kuratorn hade också ett brett kontaktnät och stod ofta för kontakterna utåt mot samhället. Hon fungerar som en "brygga" mellan sluten- och öppenvård genom att delta på vårdplaneringar eller ha samtal med patienter inom slutenvården, som hon följer upp i öppenvården där kontakten efter en tid avslutas. Detta stämmer väl överens med ett salutogent synsätt, där patientens känsla av sammanhang stärks, genom att socialarbetaren ger en kontinuitet och trygghet i vården, vilket för patienten också kan innebära en känsla av meningsfullhet, och att hon eller han bättre kan hantera sin situation efter utskrivning. Psykologen påtalar också att hon många gånger mött patienter som efter utskrivning uppgett att de känt att de antingen lämnats ensamma, eller "slängts" mellan olika vård- och omsorgsgivare. Kuratorns roll påminner mycket om sjuksköterskans och psykologens roller, kanske för att dessa utbildningar präglas av ett omvårdnadsperspektiv. Kuratorn fungerar som en konsult i teamet utifrån Socialtjänstlagen eller i exempelvis frågor som rör godmansskap för patienter och professionella. WHO (1996) har lagt fram att praktiskt stöd och information exempelvis kring äldres sociala och juridiska rättigheter anses vara viktiga insatser för äldre med psykisk ohälsa.

Jag anser att kuratorn är den i teamet som skulle kunna gå i fronten för att utveckla ett mer tydligt nätverks- och systemperspektiv i teamets arbetssätt. Hon arbetar redan mycket efter dessa perspektiv, genom att ha kontakter med anhöriga och andra myndigheter runt patienten. Redan i dag måste hon på något sätt kartlägga kontaktnätverket runt patienten, innan hon vet vem av de anhöriga och professionella hon ska kontakta. En mer tydligt uttalad kartläggning skulle kunna komma till användning i såväl patientens vårdplan som i samverkan med andra huvudmän.

9.5 Vikten av att förmedla kunskaper till anhöriga och andra professionella

Mot baksidan av de reformer som splittrat upp huvudmännens ansvarfördelning och eftersom många svårt sjuka äldre idag bor hemma eller på olika boenden, anser teammedlemmarna att det är oerhört viktigt att förmedla kunskap till anhöriga och andra professionella. Socialstyrelsen (2008) skriver att kunskap och effektiva arbetsmetoder finns, men att dessa inte nått ut i alla kommuner och landsting. En trygg miljö och stabila sociala kontakter kanske inte kan hålla depressionen borta, men den kan i alla fall ge stöd och säkerställa att den äldre får vård och omsorg om hon eller han får ett återfall. Därför är det viktigt att exempelvis hemtjänst kan uppmärksamma tecken på om den äldres hälsa försämras (Grönquist 1999).

De professionella nämner, likt Danermark/Kullberg (1999), vikten av geografisk närhet till dem man samverkar med. Ett tvärprofessionellt äldrepsykiatriskt kunskapscentrum där kunskap, erfarenhet och forskning kring äldrepsykiatri kan samlas kan vara ett sätt att sprida adekvata och evidensbaserade arbets- och förhållningssätt.

Teamet kan då genom att konsultera och handleda andra professionella sprida sin specialistkunskap ut i de verksamheter där många äldre med psykisk ohälsa befinner sig. Det äldrepsykiatriska teamet kan, enligt min slutsats, överbrygga professions- och verksamhetsgränser och vara en modell för hur man kan samla och sprida äldrepsykiatrisk kunskap och arbetsmetoder.

9.6 Uppsatsens syfte har uppnåtts

Jag har samlat in och redovisat litteratur, tidigare forskning samt genomfört och sammanställt intervjuer med professionella med olika yrkesbakgrunder i ett äldrepsykiatriskt team. Detta för att fördjupa mig i olika perspektiv på den äldrepsykiatriska problematiken, samt kring samverkan hos tvärprofessionella team. Mitt syfte med denna uppsats har varit att gestalta exempel på hur man genom olika tvärprofessionella och teambaserade arbets- och förhållningssätt, samt genom samverkan, kan möta problematiken kring äldre som lider av psykisk ohälsa och/eller psykisk sjukdom. Valet av systemteori som metateori anser jag har varit ett bra sätt att knyta ihop de olika perspektiv, som finns på det äldrepsykiatriska fältet. Genom att ha fallstudien som angreppssätt och kvalitativa intervjuer som metod, har mina forskningsfrågor belysts och besvarats. Det hade dock varit intressant att även få intervju patienter om deras upplevelse av kontakt med ett äldrepsykiatriskt och tvärprofessionellt team. Mitt resultat stämmer väl överens med den litteratur och forskning som jag redovisat i uppsatsen. Resultaten åskådliggör, likt vad Socialstyrelsen (2008) har lagt fram, att kunskap och effektiva arbetsmetoder finns. Trots detta visar Svensk förening för äldrepsykiatri i en färsk inventering att 12 av 21 landsting saknar specialiserad medicinsk kompetens för äldre med psykisk sjukdom (Molin 2008). Allard (2003) skriver att äldre med psykisk ohälsa och/eller sjukdom idag saknar röststarka företrädare. Min förhoppning är därför att min uppsats kan utgöra ytterligare ett inlägg i debatten, som trycker på behovet av att samla och sprida kunskap i de verksamheter där äldre befinner sig, samt nödvändigheten av ökad samverkan mellan huvudmännen.

9.7 Förslag till fortsatt forskning

Socialstyrelsen (2008) menar att fortsatt forskning och nationellt stöd för att utveckla och kartlägga kunskap kring äldre med psykisk ohälsa behövs. Thylefors (2007) skriver att patienter i allmänhet är nöjda med de insatser de mottagit från tvärprofessionella team. Jag har inte berört äldres upplevelser av vård- och omsorgsinsatser från ett äldrepsykiatriskt och tvärprofessionellt team, jämfört med traditionell vård och omsorg. För att utveckla ett patientperspektiv i forskningen och i den allmänna debatten anser jag att forskning på detta område är nödvändigt.

10. Referenslista

Litteratur

Antonovsky Aron (2003): *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur

Bergdahl, Ellinor (2007): *Depression among the very old*. Doctoral thesis. Umeå universitet, Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering

- Carlström, Eric och Berlin, Johan (2004): *Boken om team- en kunskapsöversikt om team och teamarbete inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Landstingsförbundet
- Cullberg, Johan (2003): *Kris och utveckling. En psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*. Stockholm: Natur och kultur.
- Danermark, Berth och Kullberg Christian (1999): *Samverkan välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur
- Forsberg, Gunnar och Wallmark, Johan (2002): *Nätverksboken – om mötets möjligheter*. Stockholm: Liber
- Gilje, Nils/Grimen, Harald (2004): *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalso.
- Grönquist, Gunilla (1999): *Äldrepsykiatrisk omvårdnad*. Kristianstad: Bonniers Utbildning AB
- Gynnerstedt, Kerstin och Schartau, Mai-Brith (2000): *Reminiscensmetoden – tillämpad i äldreården*. Malmö: Studentlitteratur
- Hagberg, Bo kap: "Psykologiska teorier om åldrandet" i Ove Dehlin, Bo Hagberg, Åke Rundgren, Gillis Samuelsson och Barbro Sjöbeck (2000): *Gerontologi, åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur
- Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, Sam kap: "Kvalitativ metod", i Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Lennér-Axelsson, Barbro/Thylefors, Ingela (2005): *Arbetsgruppens psykologi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lokensgard, Ingebjorg (1997): *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Merrriam, Sharan B (1994): *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur
- Miller Patricia A, kap: " *Interdisciplinary Teamwork. The Key to Quality Care for Older Adults*" i Tepper M.Lynn och Cassidy M. Thomas (ed) (2004) i *Multidisciplinary Perspectives on Ageing*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Olsen-Hellberg, Ingeborg och Melin, Else (1996): *Geriatrisk och äldreomsorg*. Stockholm: Liber
- Piuva Katarina, Grönquist Gunilla, Söderlund Pia (2000): *Värdig vård av äldre med psykisk ohälsa – vägledning till personal inom äldreomsorgen*. Stockholm: Gothia
- Rennemark Mikael, kap: " *Stress, coping och känsla av sammanhang under åldrandet*", i Hagberg Bo och Mikael Rennemark (2004): *Den åldrande människans psykologi – ett livslopp perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

Samuelsson, Gillis, kap: "Det sociala åldrandet", i Ove Dehlin, Bo Hagberg, Åke Rundgren, Gillis Samuelsson och Barbro Sjöbeck (2000): *Gerontologi, åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur

Schjødt, Borrik/Egeland, Thor Aage (1994): *Från systemteori till familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Seikkula, Jakko (1996): *Öppna samtal – från monolog till levande dialog i sociala nätverk*. Stockholm: Bokförlaget Mareld

Svenning, Conny (2003): *Metodboken*. Eslöv: Lorentz Förlag

Thomassen, Magdalene (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion i vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning.

Thylefors Ingela (red) (2007): *Från gränslösa team till slutna rum*. Stockholm: Natur och kultur

Topor Alain (2004): *Vad hjälper – vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och kultur.

Trygged Sven, kap: "Fallstudiemetodik", i Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Artiklar och rapporter

Allard, Per (2003): *Därför behövs äldrepsykiatri*, Medicament, nr 4. Hämtad: 2008-11-25, från: www.medikament.nu

Larsson Annika (2008-10-01): *Deprimerade får inte rätt behandling*. Dagens Nyheter. Hämtad: 2008-11-25, från: www.gu.se, ArtikelSök

Molin, Kari (2008-02-28): *Brist på vård för äldre med psykisk ohälsa*. Dagens Nyheter. Hämtad: 2008-11-25, från: www.gu.se, ArtikelSök

Regeringen har i en proposition (2007/08:110) "En förnyad folkhälsopolitik". Hämtad: 2008-11-30, från: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/100978>

Socialstyrelsen (2008): *Äldres psykiska ohälsa - en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*. Artikelnr: 2008-131-20. Hämtad: 2008-10-30 från: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/849ACF5E-74B4-4E9A-AF5F-08D8A482D219/10648/200813120.pdf>

Sparring, Björkstén Karin (2005): *Fokusrapport, Äldrepsykiatri i SLL utom demenssjukdomar*. Stockholms läns landsting. ISBN 91-85209-41-16

Hämtad: 2008-10-25, från:

http://www.aldrecentrum.se/upload/Psykisk%20oh%C3%A4lsa/FR_Aldrepsykiatri.pdf

Vetenskapsrådet (2008): *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. ISBN: 91-7307-008-4. Hämtad: 2008-10-20 från:

<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>

World Health Organisation/World Psychiatric Association (1996): *Lausanne konsensusuttalande angående äldrepsykiatri*. Hämtad: 2008-11-19, från:

www.aldrepsykiatri.se/whorapportlausanne.pdf

Wånell, Sven (2007): *Vård och omsorg i samverkan mellan huvudmännen – en sammanställning av Äldrecentrums studier under en tjuugoårsperiod om konsten att forma helhetslösningar*.

Rapport Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007:16 ISSN 1401-5129,

Hämtad: 2008-11-29, från:

http://www.aldrecentrum.se/upload/Rapporter/Rapporter%202007/2007_16%20_vard_omsorg_samverkan.pdf

Internetkällor

Epidemiologi (2008). *Svenska Akademiens ordlista*. Hämtad: 2008-12-05 från: www.saol.se

MMT – Mini Mental Test (1997). Hämtad: 2008-11-11, från: www8.vgregion.se/mun-h-center/archive/pdf/lectures/mmttest.pdf, 2008-11-20

Psykisk ohälsa (2008). *Statens folkhälsoinstitut*. Hämtad: 2008-10-03, från: www.fhi.se,

Psykisk sjukdom (2008). *Statens folkhälsoinstitut*. Hämtad: 2008-10-03, från: www.fhi.se,

Somatisk vård (2008). *Svenska Akademiens ordlista*. Hämtad: 2008-12-05 från: www.saol.se

Uppsatser.se (2008) Hämtad: 2008-10-20 från: <http://www.upsatser.se/om/Kvinnojour>, <http://www.upsatser.se/om/Samverkan>, [http://www.upsatser.se/om/Psykisk ohälsa](http://www.upsatser.se/om/Psykisk_ohalsa)

11. Bilaga – intervjuguide

Inledningsfrågor med målet att lugna

- Hur länge har du arbetat i teamet?
- Vilka arbetsuppgifter ?

Beskrivning av teamet och dess arbetssätt

- **Arbetar ni i teamet på något *särskilt sätt*/efter någon särskild modell?**
- **Vilka mål har ni i teamet? Mål o målgrupp?**
- **Något att tillägga om era arbetssätt i teamet?**

Bemötande/förhållningssätt till patienten

- **Vad har era patienter tidigare fått för behandling innan de kom till er? Myndighetskontakter?**
- **Hur arbetar ni i teamet? Vilka arbetsmetoder?**
- **Vad kännetecknar ett gott förhållningssätt till en äldre patient tycker du? Bemötande? Värderingar?**
- **Är det något mer du vill tillägga om förhållningssätt gentemot patienterna?**

Den egna rollen i teamet

- **Beskriv din roll i teamet? Lyssnar? Träffar först? Vardagsmöten? Enstaka tillfällen?**
- **Är det något mer du vill tillägga om din roll i teamet?**

Samverkan i teamet

- **Vilka samarbetar du med i teamet? Hur ser deras roller ut – vad gör de?**
- **Vad bidrar de olika yrkesgrupperna med i teamet? Vilka kompetenser i förhållande till patienten?**
- **Vilka för- respektive nackdelar ser du med att ni i teamet har olika yrkesbakgrunder?**
- **Vilka är vinsterna för patienten med att olika yrkesgrupper är samlade?**
- **Ser du några vinster respektive svagheter i samverkan inom teamet? Är samverkan viktig? Varför i så fall?**

Samverkan utanför teamet

- **Vilka samarbetar du med utanför teamet?**

- **Vad bidrar de olika huvudmännen med?** Vilken nytta har patienten av detta? Hur länge har man gjort/inte gjort detta? Hur gjorde man innan?
- **Hur ser formerna för samverkan ut med andra huvudmän?** Avtal? Nätverksmöten? Hur tar man kontakt?
- **Ser du några vinster respektive svagheter i samverkan utom teamet?**

Utvärdering av samverkan

- **Vilken effekt tycker du att ert teamarbete har haft för patienten?**
- **Skulle du vilja att samverkan mellan er i teamet såg annorlunda ut?**
- **Skulle du vilja att samverkan såg annorlunda ut utanför teamet?** Vilka hinder finns? Samfinansiering? Skriftliga avtal? Nätverksmötet? Lagstiftning? Sekretess? Mål? Dokumentation?
- **Har du arbetat på något annat sätt tidigare?** Kan du jämföra?
- **Vad är ni i teamet särskilt bra på enligt dig?** Hur skulle ert arbete kunna utvecklas?
- **Skulle du vilja ha ytterligare kunskaper och metoder för/i att möta äldre med psykisk ohälsa?** Vad mer skulle du vilja ha/veta? Var skulle du kunna hämta den kunskapen?

Avslutande fråga

- **Är det något mer du vill berätta om ert teamarbete/samverkan som inte kommit upp under intervjun?**