

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Agder (Vest)

Rapport: Psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet blant eldre over 65 år.

Camilla Jenshus Hansen og Torunn Helen Eidså
05.04.2024

Innhold

Rapport: Psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet blant eldre over 65 år.....	0
Bakgrunn:	2
Aktuell forskning.....	2
Litteratursøk:.....	2
Intervju:.....	4
Problemstilling:	5
Metodevalg	5
Rekruttering og utvalg:	5
Gjennomføring:	5
Analyse:.....	6
Funn:	6
Diskusjon.....	9
Videre anbefalinger for prosjektet.....	10
Litteraturliste.....	12
Vedlegg:	13
Vedlegg 1: litteraturliste kunnskapsgrunnlaget	13
Vedlegg 2: Mail forespørsel.....	17
Vedlegg 3: Intervjuguide	18
Vedlegg 4: samtykkeskjema.....	21

Bakgrunn:

I oktober 2021 igangsatte Helsefellesskapets faggruppe for analyse og styringsdata arbeidet med å videreføre Helsedirektoratets styringsdata for Helsefellesskapene på gruppene kompleks multimorbiditet og skrøpelige eldre. I rapporten fra analysegruppen fremkom det at gruppen over 65 år utgjorde en svært liten prosentandel av totalforbruket av tjenester innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Det har ikke latt seg gjøre å identifisere forbruket i kommunehelsetjenesten, men det er en antakelse at mange får støtte hos kommunens ordinære tjenester, slik som fastlege, hjemmesykepleie, dagsenter og institusjon. Men noe kan også skyldes redusert tilbud til denne befolkningsgruppen (Hernes & Abildsnes, 2022, s.7 rapport 1; Hernes & Abildsnes, 2022, s.6 rapport 2).

Basert på funnene anbefalte analysegruppen at Faglig samarbeidsutvalg psykisk helse og rus gjennomfører følgende arbeid:

- *Kartlegging av eksisterende tilbud til eldre med psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet i kommuner og helseforetak.*
- *Foreslår utarbeidelse av gode pasientforløp for de vanligste og mest krevende forløpene på bakgrunn av kartleggingen.*

I september 2023 var det møte i Helsefellesskapet hvor rapportene ble presentert, og målet var å få en felles forståelse for oppdraget, drøfting omkring hvordan arbeidet skulle organiseres. Grunnet ferdigstilling av andre prosjekter, og bytte av ledelse i faglig samhandlingsutvalget, hadde ikke utvalget kapasitet til å starte på arbeidet før i starten av 2024. Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Agder vest tilbydde seg å starte på noe av arbeidet med å sette seg inn i oppdraget, innhenting av noe av kunnskapsgrunnlaget, samt å se på mulige metoder for å innhente data på tjenestetilbud kommunene i Agder har til denne gruppen. Hensikten er at dette arbeidet skal presenteres for faglig samarbeidsutvalget som et bidrag inn i deres videre arbeid med oppdraget fra Helsefellesskapet.

Vi har løst oppdraget ved å ha sett på aktuell forskning og gjennomført intervju blant ansatte ute i tjenestene. Resultatet av arbeidet og anbefalinger for videre arbeid med oppdraget er samlet i denne rapporten.

Aktuell forskning

Det ble gjennomført litteratursøk for å innhente empiri som finnes på området fra tidligere.

Litteratursøk:

Kristiansand kommune har et samarbeid med bibliotekar ved Universitet i Agder som kan bistå med litteratur søk i forbindelse med innhenting av kunnskap. Følgende forespørsel ble sendt:

I mandatet ble det beskrevet to områder man ønsket å se nærmere på:

- *Kartlegge eksisterende tilbud til eldre med psykiske helseproblemer, rus og medikamentavhengighet i kommunene og helseforetakene.*
- *Utarbeide gode pasientforløp for de vanligste og mest krevende forløpende innen psykisk helsevern og rusbehandling.*

Det er ønskelig å se om det finnes noe forskning/litteratur på området som kan danne grunnlag for videre arbeid. Finnes det noe litteratur på de mest vanlig og krevende forløpende innen psykisk helsevern og rusbehandling blant eldre over 65 år? Gjerne om det finnes noe på «best practice» Eller nasjonale/internasjonale anbefalinger. Erfaringer med pakkeforløp. Gjerne om det finnes noen kunnskapsoppsummeringer på tema.

I tillegg har det blitt foretatt enkle litteratur søk i Google Scholar, samt at vi har blitt tipset om aktuelle artikler av fagpersoner som arbeider innenfor fagfeltet.

Forskningen vi har sett på kan deles inn i underkategorier:

- Eldre med alkoholoverforbruk, og/eller bruk av vanedannende medikamenter. Hvordan det påvirker den enkelte, og kjennetegn ved disse.
- Depresjon blant eldre
- Helsepersonell erfaringer/rolle i møte med eldre med alkoholoverforbruk, og/eller bruk av vanedannende medikamenter.
- utfordringer med oppfølging av eldre med rusproblemer og psykiske lidelser fra et system nivå.
- Diskriminering av eldre.
- Psykisk helse i eldre år.

Under har vi presentert et utvalg av noen av artiklene som belyser ulike perspektiver knyttet til eldre med rus og psykisk helseutfordringer. En mer utfyllende litteraturliste er lagt ved som vedlegg.

I studien «Alkoholbruk blant eldre: En oppsummering av kunnskap» (Fredwall & Antonsen, 2023) pekes det på at eldre drikker mer alkohol enn tidligere. De har også manglende kunnskap om risiko forbundet med å drikke alkohol. Samt risiko ved å drikke alkohol samtidig som man bruker legemidler. På tjenestenivå arbeides det ikke med systematisk kartlegging av alkoholvaner. Flere studier viser at alkoholbruk eller kombinasjonsbruk av alkohol og vanedannende legemidler oppfattes som tabu, privatsak og/eller noe som forsøkes å holdes skjult. Det beskrives fra helsepersonell at det er krevende å ta opp.

I artikkelen til Grønli & Høyne (2019) viser de til studier som økt risiko for demensutvikling i årene etter en depressiv periode. Depresjon kan være et prodromalsymptom på en allerede begynnende demens og depresjon kan fremskynde eller forverre en pågående preklinisk demenstilstand. Derfor vil primærforebygging av depresjon hos eldre være svært viktig,

Artikkelen til Skatvedt, Andvig og Baklien (2015) tar for seg helsepersonell i hjemmetjenesten sine erfaringer med å gi et helhetlig tilbud til eldre hjemmeboende med psykiske utfordringer. De ser på hvordan rammebetingelser både organisatoriske og på aktørnivå påvirker arbeidet i hjemmetjenesten. Det pekes på hvordan viktige psykisk helsebehov sjeldent utløser tjenestetilbud. Og at det da fører til at de ansatte konfronteres med etiske dilemmaer fordi tjenestetilbudet til eldre med psykisk helseutfordringer ikke gjenspeiler realiteten de møter der ute.

I studien til Briseid & Madsen (2023) ble det blant annet sett på betydningen av organisatoriske rammebetingelser for fastlegetjenestene til eldre med rusproblemer og dårlig psykisk helse. Dette er ofte en gruppe som har «kroniske», «sammensatte» og «omfattende behov». Regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten inneholder en rekke tiltak rettet mot denne

pasientgruppen, ved blant annet tverrfaglig legekontorer. I artikkelen pekes det på hvordan takstsystem stimulerer til nedprioritering av denne pasientgruppen. Den peker også på uoverensstemmelser i hva handlingsplanen trekker frem som utfordringer og hva fastlegene som ble intervjuet trekker frem som utfordringer. De trekker også frem at i forskningslitteraturen om eldre med rusproblemer og dårlig psykisk helse finnes noen typiske trekk ved pasientens møte med helsevesenet:

- Psykiske helseproblemene maskeres ofte bak annen helseproblematikk
- Lidelsene er skambelagte, underbehandlet, og underdiagnostisert.

Samt at eldre med disse lidelsene ofte får dårligere helsehjelp enn yngre med tilsvarende problemer.

Briseid (2022) tar opp ulike forskningsartikler som rapporterer om trekk ved det kommunale psykisk helse feltet: 1) Eldres psykisk helsebehov underbehandles, 2) Eldre har dårligere tilgang enn yngre til psykisk helse hjelp og 3) De psykososiale dimensjonene ved kommunal eldreomsorg nedtones. Det diskuteres hvordan Norge befinner seg i et veiskille der universalismen er under press eller avvikling. Universalismen kan forstås som likhet for alle, og i vår sammenheng handler det om likt tilbud av helsetjenester uavhengig av alder. Det diskuteres hvordan velferdsordningen ikke kan kalles universell når det er ulikt tilbud avhengig av hvilken aldersgruppe du hører til.

Intervju:

I rapporten fra analysegruppen er det en antakelse om at en mulig årsak til nedgang i bruken av psykisk helsetilbud i spesialisthelsetjenesten kan forklares ved at pasientgruppen ivaretas i kommunehelsetjenesten. Vi ønsket derfor å ta utgangspunkt i dette når det ble gjennomført intervjuer. For å få en best mulig innsikt i tematikken ønsket vi først og fremst å intervju ansatte i tjenestene som jobbet tett på brukerne for å høre om deres erfaringer og perspektiver på tjenestetilbudet til denne gruppen. I tillegg til å intervju ansatte i tjenesten, ønsket vi også intervju/samtale med fastlege, men lyktes ikke i å rekruttere en representant her.

I oppdraget blir det beskrevet at det er ønskelig med kartlegging av eksisterende tilbud. Sammen med forespørsel om intervju til aktuelle kommuner, ble det samtidig etterspurt data på følgende:

- Hvilke tjenester kan kommunen tilby eldre over 65 år som sliter med psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet.
- Finnes det noe statistikk eller oversikt hvor mange som benytter seg av tjenesten som er over 65 år?
- Hvilken finansieringsmodell brukes i din kommune?
- Hvordan får innbyggerne tilgang til tjenestene? Vedtak? Lav terskel?

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsepersonell med tjenestetilbudet til eldre over 65 år med psykiske helseproblemer, rus og medikamentavhengighet?

Metodevalg

Kvalitativt design med semistrukturert intervju som metode. Det ble gjennomført 3 intervjuer; 2 i gruppe og 1 individuelt. Hensikten med intervjuet var å få innsikt i de ansattes opplevelser basert på erfaringer.

Rekruttering og utvalg:

Det var ønskelig å gjennomføre datainnsamling i en liten, mellomstor, og stor kommune. Bakgrunnen for dette var at vi hadde en tanke om at tjenestetilbudet og organisering av tjenester kan være ulikt ut ifra kommunestørrelse og geografiske perspektiver. Ved å velge ut 3 ulike kommuner kunne vi få frem eventuelle nyanser i det vi skulle utforske.

En måte å definere kommunestørrelse er gjennom innbyggertall. SSB har definert det på denne måten (Langørger, Løkken & Aaberge, 2015, s. 10):

- Små kommuner: Kommuner med 0-4 999 innbyggere
- Mellomstore kommuner: Kommuner med 5 000-19 999 innbyggere
- Store kommuner: Kommuner med minst 20 000 innbyggere

Det har vært utfordrende å rekruttere deltakere til intervju, og ønsket om å gjennomføre intervju i en liten, mellomstor, og stor kommune ble ikke fullstendig oppfylt. Vi har lyktes i å rekruttere en stor kommune, og to små kommuner. Små kommunene var henholdsvis på ca. 3400 og 1300 innbyggere.

Rekruttering til intervju foregikk gjennom nettverk til fagkoordinator rus og psykisk helse til utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Agder (Vest). Det ble sendt ut mailforespørsel (vedlegg2) til flere ressurspersoner innenfor fagfeltet rus og psykiske helse. Disse hjalp med rekruttering til intervjuene. Det var ønskelig å intervju ansatte som jobber tett på brukere og kjenner tjenesten godt.

Gjennomføring:

Alle deltakerne signerte et samtykkeskjema (vedlegg 4), og fikk beskjed om at det var frivillig å delta og at de kunne trekke samtykket underveis. Det ble utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 3) som ble brukt på alle intervjuene.

Det ble gjennomført totalt 3 intervjuer. To av intervjuene ble gjennomført som fokusgruppeintervju hvor deltakere besto av leder og ansatte ute i tjenestene. Et intervju ble gjennomført som individuelt intervju med en ansatt. Alle de ansatte i tjenesten arbeidet innenfor en form for ambulerende team som arbeidet med kombinasjon av rus og psykisk helse der de fulgte opp brukere med behov for sammensatte tjenester.

Det ble også etterspurt noen konkrete tall angående antall eldre over 65+ som benyttet seg av tilbudene til kommunen. Det har vært vanskelig å hente ut tall, men de som svarte anslår en plass mellom 10-15% av brukermassen deres faller innenfor våre kriterier. Dette er de som har tjeneste innenfor psykisk helse, som kom frem under intervjuene. Kommunene har ikke svart ut tall for øvrige tjenester som kan ivareta denne gruppen, men som ikke organisert under ambulerende oppfølgingsteam, slik som hjemmetjeneste, frisklivssentralen, rask psykisk helse hjelp m.m

Analyse:

Det er tatt utgangspunkt i Malterud (2011) sin systematiske tekstkondensering i analyse av datamaterialet etter intervjuene.

Funn fra analysen er presentert i 4 hovedkategorier i følgende kapittel:

Generelle kjennetegn ved målgruppen, Målgruppens vei inn til tjenestene, Organisering av tjenestene og Samarbeid på tvers og innad i kommunen.

Funn:

Generelle kjennetegn ved målgruppen

«De eldste trenger mer»

I alle intervjuene ble det trukket frem at det var få brukere over 65 år av det totale antallet brukere som hadde tjenester. Men en kommunene hadde opplevd en økning av henvendelser de siste årene og på aktivitetssentrene hadde de nå en overvekt av deltakere på over 65 år.

Felles for alle informantene er at de erfarer at målgruppen har sammensatte helseutfordringer og trenger hjelp til både å ivareta sin somatiske helse og praktiske utfordringer i hverdagen i tillegg til oppfølging for psykiske helseutfordringer. De har ofte en «*historikk*», vært i «*systemet*» lenge eller store deler av livet. De har gjerne flere tjenester som bl.a. hjemmesykepleie, hjelpemidler som medisindispenser og trygghetsalarm, fysioterapi, bemannet bofellesskap, LAR m.m. i tillegg til psykisk helseoppfølging. I to av intervjuene nevnes det også at det kan være utfordrende å forholde seg til timeavtaler, ikke alle har mobil eller digipost, og det nevnes også at det kan være vanskelig å «*holde leiligheten*» og komme seg ut for å handle mat.

En av informantene sier at de «*ser at det er mer kognitivt enn det man tror*». Brukerne glemmer ting, kan være «*mer sinte*» og det er usikkert om det skyldes rusbruk eller om det er mer som ligger bak. De mangler kompetanse og skulle «*...gjærne hatt mer kursing, vite mer hva vi skal se etter*». Det er også utfordrende å få gjennomført utredning og tester, da de erfarer at brukerne selv ikke ønsker det. Det nevnes også at «*mange har vondter men føler seg ikke sett av lege*» og at ikke alle vil eller kan betale for legetime.

Alle informantene trekker frem at «*mange er ensomme og isolerte*». Ikke alle har så mye nettverk. Den ene informanten nevner også utrygghet. Hun erfarer at eldre brukere med rusutfordringer er sårbare, de blir utnyttet av andre i rusmiljøet.

Målgruppens vei inn til tjenestene

«Vi treffer gjerne folk når vi er ute hos brukerne, informerer dem om mulighet til å søke hjelp»

En av informantene som jobber i ambulerende tjeneste fortalte at når de er hos brukerne og ser personer som har behov for hjelp, informerer de om aktuelle tjenester og hvordan man kan søke. Kollegaen hennes pleide til og med å ha med søknadsskjema på baklomma. Hennes erfaring var at de som trengte det mest, gjerne ikke visste veien inn eller hadde noen til å hjelpe til med å søke.

Generelt for målgruppen var veien inn til tjenestene via hjemmesykepleien, fastlege eller at de selv tok kontakt. Noen ble også søkt inn via andre tjenester i kommunen (feltsykepleie, andre deler av psykisk helsetjenesten) eller via PLO-melding fra spesialisthelsetjenesten etter en innleggelse enten på somatisk avdeling eller avdeling i psykisk helsevern.

«Tror ikke vi treffer mange, siden vi har så få i den aldersgruppen» var et utsagn fra en av informantene. Alle informantene nevnte at det var viktig at brukerne fikk informasjon om tjenesten via informasjonskanaler som treffer dem der de er. Det er ikke alle som er like aktive på digitale plattformer. Alle hadde informasjon på nettsider, en kommune hadde informasjon på legesentre via kompskjerm. Informantene hadde tanker om at informasjonen burde vært tilgjengelig andre steder, som for eksempel i lokalavisa, og at det var viktig at spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle var godt informert om tjenestetilbudet.

Organisering av tjenestene

«For oss har det vært viktig at de ikke må igjennom en papirmølle, men at de bare kan ta kontakt. Det har vært en revolusjon for oss!»

En kommune hadde endret på organiseringen av tjenestene og gått bort ifra vedtaksbaserte tjenester samtidig som de hadde satset på økt kompetanse og utvikling innen psykisk helsefeltet. De som trengte hjelp kunne ta kontakt og fikk samtale innen 14 dager. Terskelen inn var ikke så stor, folk tok kontakt før behovet ble for stort og oppfølgingen ble avsluttet tidligere enn før. Hvis brukeren hadde behov for mer hjelp, var «veien veldig kort tilbake» til tjenesten. Det ble fortsatt fattet vedtak der brukerne hadde behov for sammensatte tjenester.

De to andre kommunene hadde for det meste vedtaksbaserte tjenester med unntak av tilbud som «Drop in» og «Rask psykisk helsehjelp».

Ingen av kommunene hadde en øvre aldersgrense på tjenestene sine.

Brukerne som hadde sammensatte hjelpebehov fikk hjelp fra ulike instanser i kommunen, dette var felles for de 3 kommunene som ble intervjuet. I to av intervjuene fortalte informantene at kommunen hadde bofellesskap for de brukerne som trengte mest, men at andre kommunale tjenester ble koblet på ved behov. Det ble da nevnt for eksempel hjemmesykepleie og samtaler med en psykisk helseoppfølger. Den ene informanten nevnte at det søkes bofellesskap, men hun erfarer at de eldste brukerne med samtidig rusavhengighet «faller litt mellom 2 stoler. Vi har ikke helt taket på de.». Det mangler bofellesskap som er tilpasset denne målgruppen der «de fleste er stabile i rusen, de vet hva de trenger». De bofellesskapene som er i dag er gjerne preget av mye uro og rus, og de eldre med rusutfordringer er sårbare for å bli utnyttet og bosituasjonen blir utrygg.

En annen informant nevnte at «Vi skulle hatt en samlet plass, der de kunne bodd mange og hjulpet hverandre. Også hatt tjenestene mer samlet. Vært i samme bygget(...) Det å få livskvalitet når du blir eldre, at alderdommen blir god». I alle intervjuene ble «ensomhet» trukket frem som en utfordring blant målgruppen.

Alle kommunene hadde individuelle samtaletilbud. To av kommunene hadde også aktivitetssenter, i den ene kommunen var det overvekt av deltakere over 65 år mens i den andre kommunen var det få deltakere i denne målgruppen. Tilbud på frivillighetssentral og frisklivssentral ble også nevnt i to av intervjuene. Den ene informanten opplever at der er «ikke like bra helsetilbud til mennesker over 65 år som resten av befolkningen», da med tanke på de brukerne hun følger opp som har samtidige rus- og psykisk helseutfordringer.

I to av intervjuene blir opplevelse av tidsutfordringer nevnt. Den ene informanten sier at arbeidet preges av *«Mest brannslukking. Ønsker å yte mer enn vi kan, men er begrenset tid og midler (...) Ser behov for mer, men får ikke gjennomslag hos forvaltning på grunn av økonomi»*. En annen informant sa at *«Før hadde vi bedre tid. De som tidligere bodde i institusjon, opplever at de ansatte ikke har nok tid i forhold til hva de hadde før. Vi prøver å gjøre det vi kan for at de får dekket de behov som de har»* og nevnte blant annet det å kunne gå på tur og ha mer tid til å snakke sammen.

I to av intervjuene opplevde informantene at de hadde gode nok tjenester i sin kommune, samtidig som de hadde innspill til forbedring og utvikling av tjenesten. I alle intervjuene kom det frem at det var utfordrende å sikre gode tilbud til de brukerne der det er store og sammensatte utfordringer og da spesielt ved akutt krise. En av informantene erfarte at *«Får innlagt hvis det trengs. Vi får hjelp, men de sykeste (...), de er vanskelige å få inn(...) Det er litt trist. På en måte er de for syke til å bo hjemme»*. Alle informantene opplyste om at de hadde en form for akuttseng ved krise, men at dette tilbudet ble lite benyttet.

Samarbeid på tvers og innad i kommunen

«Generelt, kan jeg si (...) at vi kan tilby hjelp med små og store utfordringer, men hvis utfordringene blir massive, så kommer vi til kort!»

I den minste kommunen, trakk informantene frem behovet for samarbeid interkommunalt og på tvers av tjenester og sektorer for å kunne tilby god hjelp til de brukerne som har ekstra store utfordringer spesielt knyttet til rus og psykisk helse. De hadde hatt et samarbeid med et tilbud i en nabokommune, men det ble svært kostbart da det ikke var ofte de hadde behov for å benytte seg av et slik forsterket akuttilbud.

Alle informantene samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, og det ble nevnt bl.a. FACT/ambulant team, FACT-rus, ARA, LAR og DPS. Informantene hadde ulike erfaringer med tanke på samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I et av intervjuene ble det sagt at det var *«litt større terskel for å benytte 2.linjetjenester, er enklere å benytte seg av tjenestene i 1.linje»*. De erfarte at brukere gjerne hadde *«vært innlagt sikkert 100ganger før i livet, uten særlig effekt, bedre å være hjemme i kjente omgivelser»* og de hadde positive erfaringer med å kombinere oppfølging hjemme med veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Behov for mer kompetanse og samarbeid rundt brukerne med store og utfordrende hjelpebehov ble nevnt i alle intervjuene. En informant sa at de *«savnet oppfølging av psykiater.(...) Er litt vanskelig å få de inn i spesialisthelsetjenesten og lite tilgang til psykolog i kommunen»* og nevnte i samme forbindelse at de hadde hatt lyst ut psykologstilling i kommunen, men ikke fått noen aktuelle søkere. Erfaringen med å søke brukeren inn til behandling i psykisk helsevern var at *«De kjenner brukeren, og vanskelig å få han inn»*. En annen informant sa at *«når de får tilbud, blir de raskt utskrevet»*.

I et av intervjuene ble det nevnt at de erfarte at brukerne mistet tilbud i spesialisthelsetjenesten på grunn av at de ikke møtte opp og henvisningen ble da avsluttet. Dette gjaldt både henvisninger til somatisk behandling og rus/psykisk helse-behandling. Noen av brukerne hadde ikke fått beskjed om timen, ikke alle har mobil, digipost eller er på nett. For andre kan det være vanskelig å møte opp på time *«Mange vanskelig med å forholde seg til tid»*. Informanten savnet bedre kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten; sikre at tjenesten samtidig med brukeren fikk beskjed om timeavtaler slik at de kunne sikre at brukeren kom seg til avtalen og at de også fikk beskjed når bruker ble utskrevet fra et eventuelt opphold. En måte å løse det på var at fastlege la inn informasjon om kontaktperson i tjenesten i henvisningen.

Informantene trakk frem at de i tillegg til spesialisthelsetjenesten samarbeidet med mange aktører både innad i kommunen og på tvers. Det ble nevnt samarbeid med bl.a. fastlege,

hjemmesykepleie, fysioterapi, andre psykisk helsetjenester innad i kommunen, rusteam, feltsykepleie, frivillighetssentral, habilitering, verge, tannlege, nav, AMK, legevakt og akuttambulanseteam. Alle informantene trakk fram samarbeid som viktig. Den ene informanten fortalte at de ved behov «*samlar aktuelle tjenester og lager et rigg for stabilisering rundt brukeren (...) Samarbeid på tvers er viktig for oss, når vi ser det er nødvendig må vi få det til!*».

I to av intervjuene nevnte informantene at de hadde gitt veiledning til flere av tjenestene de samarbeidet med, både offentlige og frivillige tjenestetilbud.

Det var varierende grad av samarbeid med frivillige organisasjoner i de ulike kommunene, men informantene fortalte at flere av brukerne oppsøkte på eget initiativ tilbud hos frivillige og hadde glede av det.

Diskusjon

Bakgrunnen for arbeidet med denne rapporten var at man ser at eldre over 65 år er lite representert i statistikk over bruk av tjenester innen psykisk helsevern. Vi arbeidet ut ifra en antagelse om at denne brukergruppen befinner seg i det kommunale tjenesteapparatet. I intervjuene opplyste de fleste informantene om at denne gruppen kun utgjorde en liten andel av de som fikk oppfølging for psykisk helse- og/eller rusutfordringer.

I arbeidet med denne rapporten, ser vi at det er behov for å differensiere brukergruppen eldre med rus- og/eller psykiske helseutfordringer i to grupper videre i diskusjonen. Vi har valgt å inndele i følgende grupper:

1. Mennesker med kronisk og langvarig rus og/eller psykisk helseutfordringer som har vært i «systemet» over en lengre tid.
2. Mennesker med milde til moderate psykiske helseplager og/eller rusproblematikk som har oppstått i eldre år. For eksempel knyttet til ensomhet etter at tidligere nettverk ha falt bort, sorg over fallende funksjon og en økende trend blant eldre med alkohol og pille forbruk.

I våre intervjuer har vi vært i kontakt med ansatte som arbeider med den førstnevnte gruppen; kronisk og langvarig rus og/eller psykisk helseutfordringer. I intervjuene fremkom det et behov for ulike tjenester. En tjeneste var inne for å bistå med praktisk bistand i hverdagen; slik som hjelp med rengjøring av bolig, handling, og hjelp til strukturering av hverdagen. En annen del av tjenesten bistod med oppfølging av rus og/eller psykisk helseutfordringer gjennom medikamenter eller annen oppfølging. Dette kunne både være fra 1. og 2. linjetjenesten. I tillegg kunne det også være andre tjenester involvert for å bistå med oppfølging av for eksempel medisintil levering eller sårstell. Vi ser at det er mange ulike aktører som er inne for å utføre helsehjelp. Det stiller høye krav til samarbeid og samhandling for å imøtekomme pasientens behov for gode og helhetlige tjenester. Vi må se videre på hvordan dette kan ivaretas på best mulig måte når mange aktører er inne. Kanskje er tiden inne for å tenke litt nytt rundt organisering av tjenestene? En mulighet kan være å arbeide mer i tverrfaglig team for å imøtekomme kompleksiteten til pasienten; behovet for oppfølging knyttet til rus og/eller psykiske helseutfordringer, praktisk bistand og somatisk helse. Dette kan bidra til mer sømløse overganger og kvalitetssikring av tjenesten ved at det er færre aktører som må samhandle rundt pasienten. Kan det også tenkes at et tverrfaglig team kan være ressursbesparende ved at teamet har kompetanse til å håndtere ulike problemstillinger med det redusere behovet for å involvere flere aktører?

I intervjuene kom det frem at fåtallet var over 65år. Vi undres over hva som kan være årsaken til dette? Videre i intervjuene nevnes det manglende kompetanse på somatisk helse blant ansatte i tjenesten. De formidlet at de så en endring i helsetilstanden til pasienten, men at de ikke hadde kompetanse til å gjøre riktige observasjoner og igangsette tiltak. Noen brukere ønsket ikke å oppsøke lege, da de hadde erfaring med at de ikke ble sett og hørt. Studier viser også til at for mange er rus- og psykiske lidelser skambelagte (Briseid & Madsen, 2023). Ved økende alder er man mer sårbar for å utvikle somatiske symptomplager. Kan en årsak til at vi fant så få eldre representert blant brukerne i rus- og psykisk helsetjenestene, være at de er å finne i andre mer tradisjonelle somatiske tjenester; slik som for eksempel hjemmesykepleie eller omsorgsboliger/omsorgssentre? Vi mener derfor at det er viktig å utforske dette videre, og se nærmere på om de får et helhetlig og godt tilbud også knyttet til oppfølging av psykisk helse og rus. En annen mulighet for at det er et lavt antall eldre i tjenestene vi intervjuet, kan være valg av informasjonskanal kommunene anvender. Det trekkes frem at flere fra brukergruppen ikke nødvendigvis er på nett eller har telefon og dermed ikke har like forutsetninger for å finne veien inn til tjenesten gjennom disse kanalene. Det påpekes også viktigheten av at 2.linjetjeneste kjenner til tjenestetilbudet til kommunen, for å kunne hjelpe personen med å søke riktig tjeneste.

I alle intervjuene ble ensomhet nevnt. Ensomhet og sosial isolasjon nevnes i Opptrappingsplanen for psykisk helse (Meld. St. 23, 2023) som en av de store folkehelseutfordringene. Flere studier viser at dette kan være både en årsak til men også konsekvens av psykiske lidelser, samt ha innvirkning på den somatiske helsen. I videre arbeid med eldre og gode helsetjenester er det derfor viktig å ha med det forebyggende perspektivet både for å forebygge og å redusere den ufrivillige ensomheten.

I våre intervjuer har vi ikke fått kartlagt godt nok tjenestetilbudet for personer med milde til moderate psykisk helse- og/eller rusutfordringer og det vil derfor være svært viktig i videre arbeid å kartlegge hvilke tjenestetilbud de benytter seg av.

Sosiale, strukturelle og organisatoriske faktorer kan påvirke tjenestene, og vil være et viktig perspektiv å utforske videre. Hvordan legger holdninger til brukergruppen og verdier i samfunnet føringer for utarbeidelse av tjenester? Dette er faktorer som kan være litt usynlige, men som likevel kan påvirke i stor grad. Brised & Madsen (2023) nevner i sin artikkel at eldre med rus og psykisk helseutfordringer ofte er underbehandlet og underdiagnostisert. I en annen artikkel tas det opp hvordan eldre har et dårlige tjenestetilbud knyttet til psykisk helse- og rusutfordringer enn resten av befolkningen (Brised, 2022).

I arbeidet med denne rapporten er ikke pasient/bruker- og pårørendeperspektivet blitt tatt med. I videre arbeid med kartlegging og utarbeidelse av gode og helhetlige pasientforløp, er det svært viktig at dette perspektivet blir ivaretatt.

Videre anbefalinger for prosjektet

Med bakgrunn i det som har kommet frem av arbeidet med denne rapporten, har vi følgende anbefalinger for videre arbeid med hovedoppgaven:

- **Videre arbeid med kartlegging:**
 - Utforske om dagens tjenestetilbud imøtekommer behovet til brukergruppen:
 - Intervjue personer fra ulike tjenester og organisasjoner som kan belyse problemstillingen ytterligere utover ansatte fra psykisk helse- og rusfeltet.
For eksempel: hjemmesykepleietjenesten, fastlege og Frisklivssentraler og andre lavterskeltilbud i kommunene, Bruker og pårørendeorganisasjoner, Pasient- og brukerombud, Statsforvalter samt Frivillige og ideelle organisasjoner som er i kontakt med brukergruppen.
 - Intervjue brukere av tjenestene for å frem deres erfaringer og tanker rundt tjenestetilbudet.
 - Utforske mulige måter å samle inn data/statistikk fra kommunene for å gi et bedre grunnlag av situasjonen.
 - Rekruttere masterstudenter fra ulike masterforløp (helse, psykososial helse, statsvitenskap/sosialantropologi etc.) via f.eks. Kommuneforskningsprogrammet. PHD-kandidater kan også være aktuelle samarbeidspartnere her.
- **Samfunnsperspektiv/samfunnsnivå:**
 - Utforske hvordan organisatoriske og strukturelle faktorer påvirker tjenestetilbudet ved å se nærmere på følgende:
 - Hvilken Innvirkning rammebetingelser og organisering har for tjenestetilbudet
 - Hvordan påvirker holdninger i samfunnet tjenestetilbudet
 - Hvordan påvirker boformer og de sosiale rammene tjenestetilbudet
 - Hvordan kan ensomhet forebygges
- **Innspill til utarbeiding av modell for gode og helhetlige pasientforløp:**
 - I utarbeidelse av gode og helhetlige pasientforløp må pasient/bruker- og pårørendeinvolvering stå sentralt.
 - Se på modeller for helhetlige og sammensatte tjenester, for å skape sømløse tjenester
 - Hva fungerer i dag og hva kan vi bygge videre på?
 - Organisering av tjenestene:
 - Egne tverrfaglig team som følger opp brukergruppen (kompetanse på psykisk helse, rus og somatisk helse).
 - Sykehjemsplasser med tilrettelegging for mennesker med rusutfordringer.
 - Tjenester med kunnskap om rus og psykisk helse og fokus på livskvalitet.
 - Kan vi hente kunnskap og inspirasjon fra andre fagfelt innen helsefeltet; kan det lindrende perspektivet få en større plass innenfor psykisk helse og rus omsorgen? Fokus på «Hva er viktig for deg?».
 - utforske om det er andre steder i Norge eller utland der de har fått til gode og sammensatte tjenester?

Litteraturliste.

Briseid, K., M. & Madsen, L. (2023). Problemer, taushets og tiltak. Om hvordan fastleger og regjeringen fremstiller problemene med fastlegeordningen for eldre pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. *Norsk antropologisk tidsskrift* 34(1), 24-44.

<https://doi.org/10.18261/nat.34.1.3>

Briseid, K. (2022). *Velferdsstatlig universalisme – en saga blott?* H.Vike, B. Karlsson, R. Sundet (Red.), Velferdsstatens transformasjoner (s. 119–141).

Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa200905>

Fredwall, Terje Emil, og Anne Jørstad Antonsen. «Alkoholbruk blant eldre: En oppsummering av kunnskap», 2023. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/3068929>.

Grønli, O. & Høye, A. (2019). Gammel og deprimert. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 16(139). DOI: 10.4045/tidsskr.19.0640

<https://tidsskriftet.no/2019/11/leder/gammel-og-deprimert> Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. februar 2024

[Hernes & Abildsnes. \(2022, 15.09\). Rapport 1: Skrøpelig eldre og personer med kompleks multimorbiditet. Faggruppe Analyse helsefelleskapet.](#)

[Hernes & Abildsnes. \(2022, 15.09\). Rapport 2: Skrøpelig eldre, kompleks multimorbiditet, storforbrukere kommune/sykehus. Faggruppe Analyse helsefelleskapet.](#)

Langørgen, Løkken & Aaberge (2015). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2013 (2015/19)*. Statistisk sentralbyrå.

https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/_attachment/225199

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. (3.utg.). Universitetsforlaget.

[Meld.st. 23 \(2022-2023\). Opptrappingsplan for psykisk helse. Helse og omsorgsdepartementet](#)

Skatvedt, A., Andvig, E., Baklien, B. (2015) Bakkebyråkratietes yttergrense. Hjemmetjenestens møte med eldre med psykiske problemer. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning* (11) 1.

<https://doi.org/10.7557/14.3479>

Vedlegg:

Vedlegg 1: litteraturliste kunnskapsgrunnlaget

- Ahlström, Salme. «Alcohol Use and Problems among Older Women and Men: A Review». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 25, nr. 2 (1. april 2008): 154–61.
<https://doi.org/10.1177/145507250802500206>.
- Alpert, Patricia T. «Alcohol Abuse in Older Adults: An Invisible Population». *Home Health Care Management & Practice* 26, nr. 4 (1. november 2014): 269–72.
<https://doi.org/10.1177/1084822314527765>.
- Bergh, Sverre, Elin Michaelsen, Nina Beate Andfossen, Bjørn Lichtwarck, Geir Selbæk, og Øyvind Kirkevold. «Bruk av alkohol og vanedannende legemidler hos eldre norske hjemmetjenestemottakere». *Tidsskrift for omsorgsforskning* 7, nr. 3 (7. september 2021): 1–12. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-03>.
- Bye, Elin Kristin, og Ingeborg Rossow. «Concomitant Alcohol and Sedative-Hypnotic Drug Use among the Elderly in Norway». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 34, nr. 1 (1. februar 2017): 18–27. <https://doi.org/10.1177/1455072516683896>.
- Briseid, K. (2017). On the old and the new: An ethnographic study of older people's mental health services in a changing welfare state [doktorgradsavhandling, University College of Southeast Norway]. <http://hdl.handle.net/11250/2443831>
- Briseid, K. (2022). *Velferdsstatlig universalisme – en saga blott?* H.Vike, B. Karlsson, R. Sundet (Red.), Velferdsstatens transformasjoner (s. 119–141). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa200905>
- Briseid, K., M. & Madsen, L. (2023). Problemer, taushets og tiltak. Om hvordan fastleger og regjeringen fremstiller problemene med fastlegeordningen for eldre pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. *Norsk antropologisk tidsskrift* 34(1), 24-44.
<https://doi.org/10.18261/nat.34.1.3>
- Bjørkøy, A., M., B. (2020) Aldersdiskriminering. *Samtidslitterære alderdommer*. (s. 61-63). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215032474-2020-04>
- Bø, Anette Stefferud, og Merete Stubbene. «Hvordan kan sykepleieren i hjemmetjenesten ivareta den eldre alkoholisererte pasienten.» Bachelor thesis, NTNU, 2019.
<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2613285>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Treatment and Care for Older Drug Users : EMCDDA Selected Issues*. LU: Publications Office, 2010.
<https://data.europa.eu/doi/10.2810/39905>.
- Fauchald, K., R. Audestad, K. Paulsen, K. T. Heggset, og A. Mørkrid. «Rett Hjelp Til Rett Tid: Kunnskapsgrunnlag for Rusmelding, Oslo Kommune», 2017.
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2500259>.

- Flesland, Liv. «Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov». *Nordisk sygeplejeforskning* 4, nr. 1 (19. mars 2014): 43–58.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-01-05>.
- Flesland, Liv Holmefjord. «Rusmiddelbruk blant eldre som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester : om erfaringer og læringsmuligheter blant ansatte i tjenestene», 2010.
<https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/150505>.
- Fredwall, Terje Emil, og Anne Jørstad Antonsen. «Alkoholbruk blant eldre: En oppsummering av kunnskap», 2023. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/3068929>.
- Gunnarsson, Evy. «Alkoholmissbruk Och Självbestämmande – En Kartläggning Av Den Svenska Hemtjänstens Förutsättningar Att Arbeta Med Äldre Personer Med Alkoholproblem». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 30, nr. 3 (1. juni 2013): 227–42.
<https://doi.org/10.2478/nsad-2013-0017>.
- Gunnarsson, Evy, og Lis-Bodil Karlsson. «Äldre, alkohol och omsorgsbehov: Biståndshandläggare om arbetet med äldre personer med missbruksproblem». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 34, nr. 1 (1. februar 2017): 43–56.
<https://doi.org/10.1177/1455072516682439>.
- Grønli, O. & Høye, A. (2019). Gammel og deprimert. *Tidsskrift for den norske legeforening*.16(139). DOI: 10.4045/tidsskr.19.0640
<https://tidsskriftet.no/2019/11/leder/gammel-og-deprimert> Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. februar 2024
- Helvik, Anne-Sofie, Knut Engedal, og Aud Johannessen. «Elevated Alcohol Consumption among Geriatric Psychiatric In-Patients». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 37, nr. 4 (1. august 2020): 400–410. <https://doi.org/10.1177/1455072520936813>.
- Johannessen, Aud, Knut Engedal, Marianne Larsen, Elin Lillehovde, Line Tegner Stelander, og Anne-Sofie Helvik. «Alcohol and Prescribed Psychotropic Drug Use among Patients Admitted to a Department of Old-Age Psychiatry in Norway». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 34, nr. 1 (1. februar 2017): 57–71.
<https://doi.org/10.1177/1455072516682642>.
- Johannessen, Aud, Knut Engedal, og Anne-Sofie Helvik. «Assessment of Alcohol and Psychotropic Drug Use among Old-Age Psychiatric Patients in Norway: Experiences of Health Professionals». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 34, nr. 3 (1. juni 2017): 243–54. <https://doi.org/10.1177/1455072517696323>.
- Johannessen, Aud, Kjerstin Tevik, Knut Engedal, og Anne-Sofie Helvik. «Health Professionals' Experience of Nursing Home Residents' Consumption of Alcohol and Use of Psychotropic Drugs». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 38, nr. 2 (1. april 2021): 161–74. <https://doi.org/10.1177/1455072520961890>.
- Jäger, C., Steinhäuser, J., Freund, T., Baker, R., Agarwal, S., Godycki-Cwirko, M., Kowalczyk, A., Aakhus, E., Granlund, I., van Lieshout, J., Szecsenyi, J., Wensing, M. (2015) Process evaluation of

five tailored programs to improve the implementation of evidence-based recommendations for chronic conditions in primary care. *Implementation Science* 11(123). [Process evaluation of five tailored programs to improve the implementation of evidence-based recommendations for chronic conditions in primary care | Implementation Science | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

Kvalbein-Olsen, L, C., Aakhus, E., Haavet, O, R., Werner E, L. (2023) Unrecognised depression among older people: a cross-sectional study from Norwegian general practice. *BJGP Open*. 7 (1) <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2022.0135>

Kelfve, Susanne, Neda Agahi, Alexander Darin Mattsson, og Carin Lennartsson. «Increased Alcohol Use over the Past 20 Years among the Oldest Old in Sweden». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 31, nr. 3 (1. juni 2014): 245–60. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0020>.

Lindén-Boström, Margareta, Carina Persson, og Mats Berglund. «Riskfylld Alkoholkonsumtion Bland Äldre – Resultat Från En Svensk Befolkningsundersökning». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 26, nr. 5 (1. oktober 2009): 399–416. <https://doi.org/10.1177/145507250802600510>.

Lunde, Linn-Heidi. «Eldre pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling». *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 50, nr. 10 (4. oktober 2013). <https://psykologtidsskriftet.no/fagbulletin/2013/10/eldre-pasienter-i-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>. «Eldres rusvaner». *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 55, nr. 1 (3. januar 2017). <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2017/01/eldres-rusvaner>.

McInerney, Kevin, David Best, og Ainslea Cross. «Characteristics of People Who Have Received Treatment for Late-Onset Problem Drinking and Alcohol Use Disorder: A Systematic Review and Narrative Synthesis». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 40, nr. 2 (1. april 2023): 100–126. <https://doi.org/10.1177/14550725221143170>.

Nordhus, I.H & Nielsen G.H (2013). Psykiske lidelser i eldre år Sentrale tilstandsbilder, utbredelse og nytteverdien av psykologisk behandling. *Nordisk psykologi*. 57 (1) <https://doi.org/10.1080/00291463.2005.10637362>

Nyhagen, Hege Tollefsen, og Helge Waal. «Den aldrende LAR pasienten». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 34, nr. 1 (1. februar 2017): 72–79. <https://doi.org/10.1177/1455072516682637>.

Næss, Ole, og Sverre Nesvåg. «Vurdering av helsetjenester for eldre med alkoholrelaterte problemer: Hva virker og hva kan bli bedre?». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 34, nr. 1 (1. februar 2017): 91–96. <https://doi.org/10.1177/1455072516682635>.

Næverlid, Gry Veronica. «Eldre og alkohol: Gamle vaner?» 39, april 2022. <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/3016765>.

Oslin, David W. «Alcohol Use in Late Life: Disability and Comorbidity». *Journal of Geriatric*

- Psychiatry and Neurology* 13, nr. 3 (1. oktober 2000): 134–40.
<https://doi.org/10.1177/089198870001300307>.
- Phillips, Peter, og Anthony Katz. «Substance Misuse in Older Adults: An Emerging Policy Priority». *NT Research* 6, nr. 6 (1. november 2001): 898–905.
<https://doi.org/10.1177/136140960100600604>.
- Ramstedt, Mats. «Alkoholkonsumtion Och Alkoholrelaterade Problem Bland Äldre Svenskar – Hur Ser Det Ut Egentligen?» *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 26, nr. 5 (1. oktober 2009): 385–97. <https://doi.org/10.1177/145507250802600514>.
- Rogstad, Ida. «Et ‘must’ med mast? Kartlegging av skadelig bruk av alkohol hos eldre», 2015.
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/46047>.
- Selseng, Lillian Bruland. «“Focus on the Young Ones”: Discourses on Substance Abuse and Age». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 32, nr. 3 (1. juni 2015): 277–93.
<https://doi.org/10.1515/nsad-2015-0026>.
- Skatvedt, A., Andvig, E., Baklien, B. (2015) Bakkebyråkratietes yttergrense. Hjemmetjenestens møte med eldre med psykiske problemer. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning* (11) 1.
<https://doi.org/10.7557/14.3479>
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G.H., Engedal, K., Selbæk, G., Hellevik, A-S. (2015) Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 40(5-6).
<https://doi.org/10.1159/000437299>
- Woldstad, Ingjerd. «Aldring og skadelige rusmiddelvaner – muligheter og utfordringer». *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 34, nr. 1 (1. februar 2017): 97–102.
<https://doi.org/10.1177/1455072516682644>.
- Woodruff, Susan I., John D. Clapp, Daniela Sisneros, Elizabeth Clapp, Cameron McCabe, og Raymond DiCiccio. «Alcohol Use Risk Levels Among Older Patients Screened in Emergency Departments in Southern California». *Journal of Applied Gerontology* 28, nr. 5 (1. oktober 2009): 649–60. <https://doi.org/10.1177/0733464809338040>.
- Wu, Li-Tzy, og Dan G. Blazer. «Illicit and Nonmedical Drug Use Among Older Adults: A Review». *Journal of Aging and Health* 23, nr. 3 (1. april 2011): 481–504.
<https://doi.org/10.1177/0898264310386224>.
- Wyller, T., B. (2016). Alderisme og aldersdiskriminering i helsetjenestene? *Nasjonalt senter for aldring og helse*. <https://www.aldringoghelse.no/alderisme-og-aldersdiskriminering-i-helsetjenesten/>

Vedlegg 2: Mail forespørsel

Hei.

Vi ønsker å komme i kontakt en eller flere ansatte i kommunen som kan bistå med å belyse ulike tjenestetilbud innen psykisk helse og rus for målgruppen eldre over 65 år. Har din kommune mulighet til å bistå?

Helsefellesskapet Agder skal i gang med et prosjekt som omhandler psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet blant eldre over 65 år. Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester Agder Vest (USHT Agder vest) skal bistå i oppstarten av dette arbeidet.

I den forbindelse gjennomfører vi samtaler med ulike kommuner for å få et innblikk i hvordan status er i Agder.

Det ble gjennomført et analysearbeid i 2021 hvor rapporten viste at de over 65 år står for en svært lav prosentandel av totalforbruket av tjenester psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Det er en antakelse om at denne pasientgruppen ivaretas i kommunene, men det har vært vanskelig å hente ut tilsvarende data fra kommunehelsetjenesten.

Basert på det skal samhandlingsråd psykisk helsevern, som er en del av helsefellesskapet Agder kartlegge eksisterende tilbud til eldre med psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet i kommuner og helseforetak, og på bakgrunn av en slik kartlegging foreslå utarbeidelse av gode pasientforløp for de vanligste og mest krevende forløpene.

Forespørselen vår er to-delt.

1. Vi ønsker gjerne å komme i kontakt med noen som jobber tett på brukere og kjenner tjenesten godt. Hensikten er å få innsikt i ansatte sine erfaringer og tanker rundt tilbudet til eldre med psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet. Vi ser for oss å gjennomføre et fokus(gruppe)intervju med 1-3 aktuelle deltakere, som vil vare ca 60 minutter. Ønsket er gjennomføre intervjuet før jul.

2. Vi ønsker at noen kan svare ut spørsmålene under som omhandler organisering/struktur av tjenestene. Svar kan mailes tilbake til

Camilla.jenshus.hansen@kristiansand.kommune.no

- Hvilke tjenester kan kommunen tilby eldre over 65 år som sliter med psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet.
- Finnes det noe statistikk eller oversikt hvor mange som benytter seg av tjenesten som er over 65 år?
- Hvilken finansieringsmodell brukes i din kommune?
- Hvordan får innbyggerne tilgang til tjenestene? Vedtak? Lav terskel?

Gi gjerne snarlig tilbakemelding på om dere kan bidra.
På forhånd, takk for samarbeidet.

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Fase 1: Rammesetting	Løs prat (3min) Uformell prat. Informasjon (7 min) - Ønske helsepersonell velkommen. Husk lydløs mobil - Presentasjon av moderator og sekretær. - Les opp informasjonsskriv (tema, bakgrunn, hva intervjuet skal brukes til, frivillighet, taushetsplikt, lydopptak og anonymitet både individuelt og kommune) - Avklar roller (moderator, sekretær og deltagere). - Dere er ekspertene, vi vil lære av dere. Dere sitter med "fasiten", ingen gale/dumme svar. - Har noen spørsmål til det som er sagt?
Fase 2: erfaringer	Åpningsspørsmål (5 min) 1. Kan du kort presentere deg? <ul style="list-style-type: none">• Navn• Utdanning• Hvor du jobber• Hvor lenge du har jobbet med dette

	<p>2. Hvordan ser en normal arbeidshverdag ut hos deg?</p> <p>Overgangsspørsmål (15 min)</p> <p>3. Hva kjennetegner personene du møter i arbeidshverdagen din?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alder? • Diagnoser/ psykisk helseutfordringer/ Rus /legemiddelavhengighet • Sosiale forhold/ nettverk • Sammensatte brukergrupper? <p>4. Hvilke erfaringer har du med om tjenestetilbudet til de over 65 år?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henvendelser fra 65 + gjengen • Hvordan kommer de i kontakt med dere? Vedtak? Lavterskel? • Tar personen selv kontakt eller er det andre som tar kontakt på vegne av pasienten (Pårørende, fastlege, hjemmesykepleien, 2 linjetjenesten?) • Ser du noen forbedringspotensialer ved tjenestetilbudet i dag? Evt hva? • Forbyggende perspektiv? <p>Hvis svaret er nei, de har ingen over 65 år som mottar tjenester</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva årsaken til det tror du? (Ikke behov? Ikke tilgjengelig tjenester. Får hjelp fra andre, gjerne hvem? Eldre er ikke syke. Handler det om systemet eller enkelt personen? • Hvor er disse brukerne? (Får hjelp fra andre?) • Hvordan kan vi nå disse personene? <p>I en ideell verden, hvordan hadde tjeneste tilbudet sett ut?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisering? • Samhandling ? • Hvilke tilbud?
<p>Fase 3 fokusering</p>	<p>5. Hvordan samarbeider dere med andre tjenester?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Hvem samarbeider dere med? • Hvem gjør hva? • Får dere forespørsel fra andre tjenester om veiledning knyttet til tema? Hvordan gjøres dette? + oppfølging? • Frivillig organisasjoner <p>6. Hvilke behov av tjenester mener du at de du møter i dag har? Basert på egne erfaringer, innspill fra andre samarbeidspartnere (FL. Pårørende, pasient, hjemmetjeneste, 2.linje?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treffer tjenestene vi gir i dag, behovet til brukerne? <p>7. Savner du noen tjenester? Eller om du får noe tilbakemelding fra bruker/pårørende om tjenester som mangler.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvis personen ikke får hjelpen de trenger, hvordan går du frem da? <p>8. I en ideell verden, hvordan hadde tjeneste tilbudet sett ut?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Organisering? ○ Samhandling? ○ Hvilke tilbud?
<p>Fase 4: Tilbakeblikk Oppsummering (5 min).</p>	<p>Er det noe rundt selve intervjusituasjonen vi skal snakke om før vi avslutter?</p>

Vedlegg 4: samtykkeskjema

Vil du bidra med dine erfaringer i prosjektet Eldre og psykisk helse?

Dette er et spørsmål til deg om å delta med dine erfaringer rundt eldre og psykisk helse.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Helsefellesskapet Agder skal i gang med et prosjekt som omhandler psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet blant eldre over 65 år. Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester Agder Vest (USHT Agder vest) skal bistå i oppstarten av dette arbeidet.

I den forbindelse gjennomfører vi samtaler med ulike kommuner for å få et innblikk i hvordan status er i Agder.

Det ble gjennomført et analysearbeid i 2021 hvor rapporten viste at de over 65 år står for en svært lav prosentandel av totalforbruket av tjenester psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Det er en antakelse om at denne pasientgruppen ivaretas i kommunene, men det har vært vanskelig å hente ut tilsvarende data fra kommunehelsetjenesten.

Basert på det skal Samhandlingsråd psykisk helsevern, som er en del av Helsefellesskapet Agder, kartlegge eksisterende tilbud til eldre med psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet i kommuner og helseforetak og på

bakgrunn av en slik kartlegging foreslå utarbeidelse av gode pasientforløp for de vanligste og mest krevende forløpene.

Hvem er ansvarlig?

USHT Agder vest, ved Camilla Jenshus Hansen og Torunn Helen Eidså er ansvarlig innsamling av data i.f.m. kartlegging og grunnlag for videre arbeid med prosjekt Eldre og psykisk helse.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker gjerne å komme i kontakt med ansatte som jobber tett på brukere og kjenner tjenesten godt. Hensikten er å få innsikt i ansatte sine erfaringer og tanker rundt tilbudet til eldre med psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi ser for oss å gjennomføre et fokus(gruppe)intervju med 1-3 aktuelle deltakere, som vil vare ca. 60 minutter.

Under intervjuet vil vi ta notater som blir anonymisert.

Dataene fra alle intervju samles deretter i en **rapport**, der ditt navn og navn på kommune **ikke** oppgis men anonymiseres. Rapporten vil bli utarbeidet innen første kvartal 2024 og skal brukes i arbeidet videre i prosjekt med å utarbeide gode pasientforløp for eldre med psykiske helseproblemer, rus- og medikamentavhengighet i regi av Helsefelleskapet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet/intervjuet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn frem til ferdig utarbeidet **rapport**. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Notater fra intervjuet vil bli lagret anonymisert og kun bli tilgjengelig for medarbeidere som deltar i arbeidet med utarbeidelse av rapporten.
- I rapporten vil dataene kun bli gjengitt som data fra «erfaringer fra ansatte i en liten, mellomstor eller stor kommune».

Hva skjer med personopplysningene dine videre?

Vi samler ikke inn persondata av sensitiv art. Dataene skal brukes i rapport, som nevnt over, og vil bli slettet senest innen utgangen av 2024.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til kartleggingen som utføres, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Camilla Jenshus Hansen, USHT Agder vest,
Camilla.Jenshus.Hansen@kristiansand.kommune.no
- Torunn Helen Eidså, USHT Agder vest,
Torunn.Helen.Eidsa@kristiansand.kommune.no
- Vårt personvernombud: Ingrid Skaim, Ingrid.Skaim@kristiansand.kommune.no

Med vennlig hilsen

Camilla Jenshus Hansen, USHT Agder vest
Torunn Helen Eidså, Agder vest

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Eldre og psykisk helse* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

