

Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och region Skåne

Sammanställd rapport, oktober 2026

SIRONA

Innehållsförteckning.

1 Sammanfattning 1
2 Bakgrund, syfte och metod för genomförande 2
2.1 Revisorernas bakgrund till granskningen 2
2.2 Syfte 2
2.3 Revisionsfrågor 2
2.4 Avgränsning 2
2.5 Metod och genomförande 3
3 Jämförande sammanställning av iakttagelser och bedömningar 6
3.1 Sammanställning av bedömningar kommunerna och Region Skåne 6
3.2 Revisionsfråga 1: Mål, riktlinjer och samverkansrutiner 6
3.3 Revisionsfråga 2: Tillgång till insatser för psykisk hälsa 11
3.4 Revisionsfråga 3: Samverkan och informationsöverföring 16
3.5 Revisionsfråga 4: Uppföljning och utvärdering av insatser 19
4 Sammanfattande slutsats 24
5 Bilagor 25
Bilaga 1: Underlag och källor 25
Bilaga 2: Enkätundersökning Region Skåne 26
Bilaga 3: Enkätundersökning kommuner 30
Bilaga 4: Kvantitativa analyser kommuner och Region Skåne 34
Bilaga 5: Sammanställning av bedömningar 38

1 Sammanfattning

På uppdrag av revisorerna i Region Skåne och 16 skånska kommuner har Sirona genomfört en granskning av arbetet med att uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa bland äldre. Denna rapport utgör en jämförande analys och sammanställning av resultaten från granskningen och syftar till att identifiera gemensamma mönster, utvecklingsområden, goda exempel samt belysa hur samverkan fungerar mellan kommunerna och Region Skåne. Sammanställningen bygger på granskningsrapporterna för respektive deltagande kommun och Region Skåne.

Den sammanställda rapporten visar att både kommunerna och Region Skåne bedriver ett brett arbete som på olika sätt, direkt eller indirekt, bidrar till att främja psykisk hälsa bland äldre. I samtliga kommuner och inom Region Skåne finns strukturer och riktlinjer för förebyggande arbete, sociala och hälsofrämjande insatser samt etablerade former för samverkan, där goda exempel och lärdomar kan delas. Arbetet är i stor utsträckning integrerat och hanteras inom ordinarie verksamhet och styrning och är sällan särskilt utformat för målgruppen äldre med psykisk ohälsa.

Sammanställningen visar att de utmaningar som identifieras sällan är unika för enskilda kommuner. I stället återkommer liknande mönster i flera kommuner och inom Region Skåne, även om omfattningen och de lokala förutsättningarna varierar. De mest framträdande gemensamma utvecklingsområdena avser styrningens genomslag i praktiken, tidig identifiering, möjligheten att nå äldre utan etablerade kontakter, samverkan i komplexa ärenden samt systematisk uppföljning av insatsernas effekter.

Det finns etablerade samverkansstrukturer lokalt, mellan kommunerna och Region Skåne samt mellan Region Skånes verksamheter, exempelvis genom SIP, Mina Planer, multiprofessionella team samt återkommande kontakter och gemensamma insatser mellan professionerna. Det framgår att tillämpningen av samverkan i praktiken fungerar mer varierat. Samverkan med Region Skånes primärvård upplevs över lag fungera väl, medan ansvarsfördelningen och samordningen tenderar att vara mindre tydlig när Region Skånes psykiatri involveras, särskilt vid komplexa vårdbehov.

Sammanställningen visar att kommunernas och Region Skånes uppföljning och utvärdering av insatser för att främja äldres psykiska hälsa generellt inte är helt ändamålsenlig. Det finns i huvudsak etablerade strukturer för uppföljning, analys och kvalitetsutveckling, och resultaten används i varierande utsträckning för verksamhetsutveckling. Uppföljningen avser främst deltagande, behov och verksamhetsresultat, medan särskilda mål, indikatorer och uppföljningsmått för äldres psykiska hälsa över tid ofta saknas.

2 Bakgrund, syfte och metod för genomförande

2.1 Revisorernas bakgrund till granskningen

Utgångspunkten för granskningarna är att psykisk ohälsa bland äldre är ett växande folkhälsoproblem. Fysisk ohälsa, funktionsnedsättning, förlust av närstående, ensamhet och minskade sociala nätverk kan öka risken för psykisk ohälsa. Samtidigt är depression den vanligaste psykiska sjukdomen bland äldre och äldre män är överrepresenterade i suicidstatistiken. Såväl kommuner som Region Skåne har därför viktiga roller i det förebyggande arbetet. Mot denna bakgrund genomfördes under 2026 granskningar av Region Skånes och 16 skånska kommuners arbete med att uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa bland äldre.

2.2 Syfte

Syftet med denna rapport är att jämföra och sammanställa resultat från granskningsrapporterna för respektive deltagande kommun och Region Skåne avseende arbetet med att uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa bland äldre.

2.3 Revisionsfrågor

Den jämförande analysen utgår från befintliga revisionsfrågor inom ramen för granskningen:

1. Finns det tydliga mål, riktlinjer och samverkansrutiner för arbetet med att uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa bland personer som är 75 år och äldre?
2. Erbjuds äldre personer tillgång till insatser för psykisk hälsa, såsom samtalsstöd, rehabilitering och sociala insatser?
3. Finns det fungerande samverkan och informationsöverföring mellan Region Skåne och respektive kommun för att säkerställa kontinuitet och helhetsperspektiv i insatser till äldre med psykisk ohälsa?
4. Följer Region Skåne och respektive kommun, dels på tjänstemannanivå, dels av ansvariga nämnder och styrelser, upp och utvärderar effekterna av insatser för att främja psykisk hälsa bland äldre, och används resultaten för att förbättra verksamheten?

I tillägg till de av revisionen beslutade revisionsfrågorna har Sirona, i samråd med styrgruppen för revisionssamverkan, formulerat kompletterande del- och följdfrågor. Dessa redovisas under respektive revisionsfråga.

2.4 Avgränsning

Rapporten innefattar Region Skåne samt följande 16 kommuner: Bromölla, Helsingborg, Hässleholm, Höör, Klippan, Kristianstad, Landskrona, Lomma, Lund, Malmö, Osby, Svalöv, Tomelilla, Trelleborg, Åstorp och Ängelholm.

Skillnader mellan kommunerna kan delvis bero på organisatoriska förutsättningar, granskningsunderlag och hur arbetet är dokumenterat. Resultaten ska därför inte tolkas som en fullständig rangordning av kommunernas arbete.

2.5 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts av Sirona, med erfaret granskningsteam, på uppdrag av styrgruppen för revisionssamverkan i Skåne under perioden april till oktober 2026. Kontaktpersoner för styrgruppen har varit ordförande Peter J Olsson och vice ordförande Yvonne Augustin.

Denna rapport utgör en jämförande analys och sammanställning av iakttagelser och bedömningar från granskningsrapporterna från de deltagande kommunerna och Region Skåne. Granskningsrapporterna baseras på dokumentstudier, intervjuer, enkätresultat och kvantitativa analyser. Syftet med denna sammanställda rapport är att identifiera gemensamma mönster, återkommande styrkor och utvecklingsområden samt belysa hur samverkan fungerar mellan kommunerna och Region Skåne.

2.5.1 Underlag

Inom ramen för granskningen intervjuades totalt 87 personer från de deltagande kommunerna och Region Skåne, varav 21 personer från Region Skåne och 66 personer från kommunerna. Intervjuerna med regionen omfattade bland annat förvaltningschefer och verksamhetschefer, och från kommunerna omfattades bland annat verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), strateger, samordnare och andra relevanta företrädare. En förteckning över samtliga granskningsrapporter finns i **Bilaga 1: Underlag.**

2.5.2 Enkätstudie

I granskningen genomfördes en enkätstudie som riktade sig till medarbetare med olika roller och kliniska professioner i Region Skåne och i respektive kommun som valt att delta, vilka direkt eller indirekt arbetar med målgruppen äldre och/eller med psykisk ohälsa. Enkäten besvarades anonymt. Val av mottagare för enkäten skedde i samråd med ansvariga chefer inom verksamheterna. Enkäten förmedlades brett till regionala och kommunala medarbetare och berörda verksamheter för att nå så många som möjligt. Totalt har 666 respondenter svarat på enkäten, varav 556 från kommunerna totalt, 30 representanter från psykiatri och 80 representanter från primärvården inom Region Skåne. Enkätresultaten redovisas sammanslaget för samtliga kommuner och separat för Region Skåne, som andel av de svarande inom respektive grupp. Enkätresultat baserade på 5–20 svar tolkas med försiktighet. För varje revisionsfråga redovisas även relevanta teman från fritextsvaren för att belysa återkommande mönster och fördjupa bilden av nuläget.

Att notera är att enkäten endast speglar uppfattningarna hos de respondenter som besvarade den och därför inte kan ge en heltäckande bild av den samlade uppfattningen i Region Skåne eller respektive kommun. Antalet svarande varierar mellan verksamheter och kommuner, vilket innebär att resultaten bör

tolkas med försiktighet. Detaljerade enkätsvar, inklusive sammanställningar av fritextsvar, redovisas i **Bilaga 2: Enkätundersökning Region Skåne och Bilaga 3: Enkätundersökning kommuner**.

2.5.3 Kvantitativa analyser

Granskningen omfattade kvantitativa analyser utifrån tillgängliga datakällor. Analyserna omfattar indikatorer kopplade till befolkningsstruktur, psykisk ohälsa, upplevd ensamhet och samverkan mellan region och kommun. Följande nyckeltal ingår: andel invånare 65 år och äldre, andel personer 65 år och äldre med hemtjänst som besväras av ensamhet, antal suicid per 100 000 invånare, andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar samt antal vårddygn som utskrivningsklar per vårdtillfälle. Analyserna används som indirekta indikatorer då de i vissa fall är bredare än granskningens målgrupp och ligger inte ensamma till grund för granskningens bedömningar. **Bilaga 4: Kvantitativa analyser.**

2.5.4 Definitioner

I denna granskning används begreppet *psykisk ohälsa* som ett samlingsbegrepp för både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykiska besvär kan exempelvis avse oro, nedstämdhet och sömnsvårigheter, medan psykiatriska tillstånd avser psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos, såsom depression, ångestsyndrom eller schizofreni. Med psykisk ohälsa avses således ett brett spektrum av tillstånd och besvär som kan påverka individens psykiska välbefinnande, funktionsförmåga och livskvalitet. *Psykisk hälsa* är ett samlingsbegrepp som omfattar både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Begreppen är inte varandras motsatser, vilket innebär att en person kan leva med exempelvis ADHD eller autism och samtidigt uppleva ett gott psykiskt välbefinnande [1]. I granskningen inkluderas även suicidalitet (suicidtankar, suicidförsök och suicid), då suicidprevention är ett prioriterat område för huvudmännen.

I denna granskning används begreppet äldre som samlad benämning för personer som är 65 år och äldre. Granskningens syfte avser personer som är 75 år och äldre, men målgruppen har i samråd med styrgruppen för revisionssamverkan vidgats, eftersom det inte finns någon entydig åldersgräns för när en person definieras som äldre och behov, livssituation och hälsotillstånd varierar mellan individer [2,3]. Åldersgränserna varierar även mellan kommuner och mellan olika insatser.

2.5.5 Omvärldsbevakning och framtida utveckling

Parallellt med granskningen har två nationella initiativ av betydelse för området tillkommit. I september 2026 publicerade Folkhälsomyndigheten, på regeringens uppdrag, icke bindande rekommendationer för att främja psykisk hälsa bland personer 65 år och äldre [4, 5]. De riktar sig bland annat till kommuner, regioner

[1] Socialstyrelsen, webbplats (2024). Vad menas med psykisk hälsa och ohälsa?
[2] Socialstyrelsen (2026). Äldre.
[3] Statistikmyndigheten SCB (2024). Äldre – inte en homogen grupp.
[4] Folkhälsomyndigheten, webbplats (2026). Nya rekommendationer: Så kan verksamheter stärka äldres psykiska hälsa. Nyhet, publicerad 2026-09-01. Hämtad 2026-10-07.
[5] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2025). Flera nya uppdrag i arbetet för psykisk hälsa och suicidprevention. Pressmeddelande, publicerat 2025-12-19.

och civilsamhälle och betonar kunskap om psykisk hälsa och åldrande, äldres delaktighet, att motverka ålderism samt sociala relationer och en meningsfull vardag [6, 7].

Vidare beslutade riksdagen i juni 2026 om lagändringar inom ramen för samsjuklighetsreformen, med ikraftträdande den 1 januari 2028 [8]. De innebär bland annat att regionerna ska samordna beroendevården med övrig psykiatrisk vård och att kraven på samarbete mellan kommuner och regioner ökar [9]. Reformen gäller oavsett ålder och omfattar därmed även äldre med psykisk ohälsa i kombination med skadligt bruk eller beroende.

[6] Folkhälsomyndigheten, webbplats (2026). Nya rekommendationer: Så kan verksamheter stärka äldres psykiska hälsa. Nyhet, publicerad 2026-09-01. Hämtad 2026-10-07.
[7] Folkhälsomyndigheten, webbplats (2026). Rekommendationer och vägledning för äldres psykiska hälsa. Hämtad 2026-10-07.
[8] Prop. 2025/26:251 En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd; bet. 2025/26:SoU34; rskr. 2025/26:388.
[9] Socialstyrelsen, webbplats (2026). Samsjuklighetsreformen. Hämtad 2026-10-07.

3 Jämförande sammanställning av iakttagelser och bedömningar

Avsnittet inleds med en sammanställning av de samlade bedömningarna i granskningsrapporterna. Därefter redovisas en sammanställning av iakttagelser och bedömningar per revisionsfråga för Region Skåne och deltagande kommuner utifrån mönster, återkommande styrkor och utvecklingsområden som identifierats. Varje revisionsfråga avslutas med goda exempel och en sammanställd bedömning.

3.1 Sammanställning av bedömningar kommunerna och Region Skåne

De samlade bedömningarna i respektive rapport har utgått från en sammanvägd bedömning av styrning, arbetssätt, insatser, samverkan och uppföljning. Granskningen visar att de flesta kommuner och Region Skåne har etablerade strukturer, insatser inom området och samverkansformer samtidigt som det finns utvecklingsbehov som påverkar arbetets systematik, likvärdighet eller uppföljningsbarhet. En viktig utgångspunkt har därför varit att skilja mellan utvecklingsbehov inom enskilda områden och den samlade ändamålsenligheten. Flera kommuner har bedömts bedriva ett ändamålsenligt arbete trots att vissa revisionsfrågor bedömts som inte helt ändamålsenliga. Bedömningarna bygger på en helhetsanalys där identifierade utmaningar har vägts mot hur väl den övergripande styrningen, samverkan och insatserna fungerar och direkt eller indirekt innefattar psykisk ohälsa bland äldre. Detta har möjliggjort mer nyanserade bedömningar där utvecklingsområden inte per automatik lett till en negativ helhetsbedömning, utan satts i relation till verksamheternas samlade förutsättningar.

Samlade bedömningarna för Region Skåne och kommunerna:

- Region Skåne har bedömts bedriva ett arbete som inte är helt ändamålsenligt.
- 15 av 16 kommuner har bedömts bedriva ett ändamålsenligt arbete.
- 1 av 16 kommuner har bedömts bedriva ett arbete som inte är helt ändamålsenligt.

En sammanställning av bedömningar per revisionsfråga för Region Skåne och de 16 deltagande kommunerna finns att se i Bilaga 5. Ingen kommun eller Region Skåne har fått bedömningen *inte ändamålsenligt* i någon av revisionsfrågorna.

3.2 Revisionsfråga 1: Mål, riktlinjer och samverkansrutiner

Finns det tydliga mål, riktlinjer och samverkansrutiner för arbetet med att uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa bland personer som är 75 år och äldre?

I följande redogörelse ingår även jämförelser baserat på följande underfrågor: *Har Region Skåne och respektive kommun säkerställt att det finns tydliga arbetssätt för tidig identifiering av psykisk ohälsa bland personer som är 75 år och äldre?* samt *Har personal inom berörda* verksamheter *tillräckliga förutsättningar och kunskap för att identifiera och förebygga psykisk ohälsa hos äldre?*

3.2.1 Sammanställning av iakttagelser och bedömning

I 16 av 16 kommuner bedöms nämndernas mål, riktlinjer och samverkansrutiner för arbetet med att uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa bland personer som är 75 år och äldre vara ändamålsenliga. I Region Skåne bedöms hälso- och sjukvårdsnämndens, primärvårdsnämndens samt psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämndens mål, riktlinjer och samverkansrutiner för arbetet med att uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa bland personer som är 75 år och äldre vara ändamålsenliga. Sammantaget visar granskningen att i de flesta kommuner och i Region Skåne finns det grundläggande styrning med betydelse för äldres psykiska hälsa, välbefinnande och livskvalitet samt för det suicidpreventiva arbetet. Trots detta förebyggande arbete och pågående utvecklingsinsatser kvarstår dock behov av att stärka implementeringen och förankringen av mål, riktlinjer och arbetssätt i verksamheterna. Inom exempelvis det suicidpreventiva arbetet saknar vissa kommuner aktuella styrande planer eller strategier, medan andra befinner sig i en tidig implementeringsfas.

3.2.2 Övergripande styrning finns, men målgruppsanpassning och praktiskt genomslag varierar

Region Skånes styrning utgår från nationella och regionala strategier för psykisk hälsa och suicidprevention samt från Region Skånes primärvårds handlingsplan för äldre. Äldre och äldre män anges som grupper som behöver uppmärksammas, men strategierna innehåller inte särskilda mål för psykisk ohälsa bland äldre specifikt. Hälso- och sjukvårdsnämnden har huvudansvar för att upprätta handlingsplaner utifrån strategin för psykisk hälsa. Samtidigt saknas delmål och indikatorer som specifikt avser psykisk ohälsa bland äldre. Primärvårdsnämnden har kommit längst i att formulera en särskild verksamhetsinriktning för äldre. I handlingsplanen framgår att psykisk ohälsa och social sårbarhet ska identifieras och följas upp. Den gäller som inriktning för utvecklingsarbetet under 2026–2027 varvid flera av de arbetssätt, riktlinjer och stöd som planen avser inte fullt implementerats än. Det framkommer även att arbetssätt inom Region Skånes primärvård varierar och att åtgärder ofta sätts in reaktivt. Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden ansvarar för äldrepsykiatrisk vård och regional suicidprevention. Förvaltningen har efterfrågat tydligare prioritering, implementering och uppföljning i strategin för psykisk hälsa samt större fokus på äldreomsorg. Samtidigt är styrningen inom Region Skånes psykiatri huvudsakligen diagnosbaserad och de gemensamma suicidpreventiva planerna riktas inte specifikt till äldre.

Intervjuerna med representanter från Region Skåne visar att styrningens genomslag varierar mellan de berörda verksamheterna. Inom hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde har det tidigare funnits särskilda mål för äldres psykiska hälsa, men dessa uppges ha varit svåra att prioritera. Region Skånes primärvård förväntas vara huvudingången för äldre med psykiska besvär, men arbetssätten varierar beroende på lokala prioriteringar, bemanning, kompetens och enskilda medarbetares engagemang. Psykisk ohälsa riskerar även att få mindre uppmärksamhet när äldre har omfattande somatiska vårdbehov. Inom Region Skånes psykiatri utgör äldre en mindre del av patientgruppen, och vissa når Region Skånes psykiatri först när problemen har blivit omfattande. Region Skånes psykiatri bidrar med rådgivning och handledning, men det finns behov av tydligare vägar till specialistvården för äldre. Utvecklingsbehoven gäller därmed

främst en tydligare konkretisering av den övergripande styrningen, mer enhetliga arbetssätt för tidig identifiering och vidare hantering samt fortsatt utveckling av Region Skånes psykiatris stöd och äldrepsykiatriska vårdformer. Den övergripande styrningen med tillhörande riktlinjer bedöms alltså som etablerad baserat på dokumentstudien men att det finns utvecklingsområden inom arbetet med psykisk ohälsa bland äldre.

I majoriteten av kommunernas styrande dokument, såsom kommunens årsredovisning, budget och nämndernas årsrapportering, beskrivs behovet av att anpassa både verksamheter och arbetssätt till en växande äldre befolkning och till ett ökat fokus på förebyggande arbete. I flera kommuner kopplas även det förebyggande arbetet till den nya socialtjänstlagen och omställningen mot fler tidiga, lättillgängliga och förebyggande insatser. I en del kommuner har omställningen redan påbörjats eller implementerats. I samtliga kommuner finns det övergripande mål, planer, styrdokument eller strukturer som berör exempelvis äldreomsorg, trygghet, livskvalitet, psykisk hälsa, suicidprevention, ensamhet, hälsosamt åldrande, livskvalitet eller förebyggande arbete. Däremot innehåller kommunernas styrdokument i begränsad utsträckning mål och riktlinjer som uttryckligen avser att uppmärksamma eller förebygga psykisk ohälsa bland äldre som en särskild målgrupp. Samtidigt finns det undantag där styrningen är mer målgruppsanpassad genom exempelvis strategier och planer med konkreta aktiviteter inom psykisk hälsa, hälsosamt åldrande och ofrivillig ensamhet, där arbetet uttryckligen riktas till äldre. Se *Goda exempel* längre ner i detta kapitel.

Samtliga fem skånska delregioner har strukturer för suicidpreventivt arbete genom strategier, handlingsplaner, rutiner, arbetsgrupper eller samordnade aktiviteter. Arbetet omfattar bland annat förebyggande insatser, gemensamma arbetssätt för att uppmärksamma och hantera suicidrisk samt stöd för implementering och samverkan mellan kommunerna och Region Skåne. I majoriteten av alla kommunernas styrdokument framstår det suicidpreventiva arbetet som den mest utvecklade delen av styrningen. Granskningen visar att kommunernas arbete med suicidprevention har kommit olika långt och äldre är inte genomgående en särskilt angiven målgrupp. I flera kommuner finns antagna suicidstrategier, suicidplaner och konkretiserade mål och i några kommuner arbetar man med äldre som en specifik riskgrupp. Vissa kommuner befinner sig i ett utvecklings- eller revideringsskede.

I några av intervjuerna med kommunrepresentanter framhålls behovet av att tydligare integrera äldreperspektivet och konkretisera hur övergripande mål ska tillämpas för målgruppen. Intervjuerna visar också att övergripande styrning inte alltid får ett tydligt genomslag i verksamheternas praktiska arbete.

Från dokumentstudier gjorda i kommunrapporterna framgår olika typer av förebyggande och uppsökande arbetssätt, exempelvis uppsökande verksamhet, förebyggande hembesök, hälsosamtal och riskbedömningar för att uppmärksamma bland annat ensamhet, social isolering och förändrade stödbehov hos äldre. I vissa kommuner beskrivs även arbetssätt som tvärprofessionella team, konsultativa funktioner eller lokala rutiner och stödmaterial. Insatsernas utformning och vilka åldersgrupper som omfattas varierar

dock mellan kommunerna (mellan 65–80+ år). Tidig identifiering sker främst inom bredare förebyggande och hälsofrämjande arbete, snarare än genom särskilda arbetssätt för psykisk ohälsa.

Dokumentstudien visar även att många kommuner erbjuder kompetensutveckling för medarbetarna inom psykisk hälsa och suicidprevention, exempelvis Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA), Psyk-E bas senior och utbildningar om suicidprevention eller psykiatriska tillstånd i syfte att höja kompetensen och således förbättra förutsättningarna för tidig identifiering.

Intervjuerna med kommunrepresentanter visar att tidig identifiering främst sker i personalens ordinarie kontakter med äldre, exempelvis genom samtal, observationer, hembesök, omvårdnadsarbete och multiprofessionella team. Arbetet bygger ofta på personalens erfarenhet och kännedom om lokala kontaktvägar. Förutsättningarna för tidig upptäckt beskrivs som bättre för äldre som redan har kontakt med kommunen, medan äldre utan kommunala insatser är svårare att nå. Det praktiska genomförandet varierar därför mellan verksamheter och kan i vissa fall bli beroende av lokala initiativ eller enskilda medarbetares kunskap och engagemang.

Från intervjuerna framgår det dock även att flera kommuner efterfrågar ökad kompetens, metodstöd och tydligare rutiner för hur personalen ska agera när psykisk ohälsa uppmärksammas. Arbetet beskrivs i vissa fall som reaktivt, med oklarheter kring ansvar, tillgängliga resurser och kontaktvägar. Det finns också exempel på att förebyggande arbete har nedprioriterats till följd av besparingar. Samtidigt utvecklar flera kommuner arbetet genom psykiatrisjuksköterskor, psykiatrironder, särskilda stödteam och förbättrade arbetssätt för dokumentation och uppföljning. Det finns sammantaget etablerade arbetssätt som stödjer arbetet med äldres psykiska hälsa i majoriteten av alla kommuner med uppdateringar av suicidplaner, ett skift mot mer förebyggande och uppsökande arbetssätt och införanden av specialistkompetens.

3.2.3 Resultat av enkätstudien och statistik för kommunerna och Region Skåne

I enkätstudien framgår det att 24 procent bland de svarande från kommunerna anser att det finns tydliga mål och riktlinjer för arbetet med att upptäcka och förebygga psykisk ohälsa bland personer som är 75 år och äldre. Motsvarande andel är 18 procent inom Region Skånes primärvård och 27 procent inom Region Skånes psykiatri. Av samtliga svarande från kommunerna anser 24 procent att det finns tydliga rutiner för samverkan inom kommunen. Inom Region Skåne uppgår motsvarande andel till 16 procent i primärvården och 20 procent i psykiatrin. För båda frågorna svarar merparten inom såväl kommunerna som Region Skånes primärvård och psykiatri Nej eller Delvis.

I enkätstudien framgår det att 25 procent bland de svarande från kommunerna upplever att det finns tydliga arbetssätt och rutiner för tidig upptäckt, se **Bilaga 3.** Motsvarande andel är 25 procent inom Region Skånes primärvård och 40 procent inom psykiatrin. Bland de svarande från kommunerna anser 34 procent att de har rätt förutsättningar och kunskap. Motsvarande andel är 50 procent inom Region Skånes primärvård och 43 procent inom Region Skånes psykiatri. Resultaten för psykiatrin bör tolkas med

försiktighet eftersom antalet svarande är lägre, 30 personer jämfört med 80 inom Region Skånes primärvård, se **Bilaga 2.**

Enligt fritextsvaren från kommunerna efterfrågas bland annat tydligare riktlinjer, arbetssätt, ansvarsfördelning och vägar för att hänvisa äldre till rätt stöd. Hög arbetsbelastning och låg bemanning uppges även begränsa möjligheten att uppmärksamma och följa upp äldres psykiska mående, se **Bilaga 3.** Fritextsvaren från Region Skåne visar att ofrivillig ensamhet återkommande lyfts som en central orsak till psykisk ohälsa bland äldre. Samtidigt beskrivs begränsade resurser, låg bemanning och bristande prioritering som hinder för bedömning och behandling, se **Bilaga 2.**

Den kvantitativa sammanställningen visar att andelen personer som är 65 år och äldre varierar från 15 procent i Malmö till 28 procent i Tomelilla. Under perioden 2020–2024 finns även skillnader mellan kommunerna vad gäller antalet suicid per 100 000 invånare som är 25 år och äldre, från 12 i Ängelholm till 32 i Bromölla, jämfört med 16 i Skåne. Höör, Hässleholm, Åstorp och Tomelilla ligger över nivån i Skåne, medan Trelleborg, Landskrona, Helsingborg, Lund, Malmö, Svalöv och Ängelholm ligger under. Uppgifterna om suicid avser åldersgruppen 25 år och äldre och redovisar således inte förhållandena bland äldre separat, se **Bilaga 4**.

3.2.4 Goda exempel

Granskningen har identifierat flera goda exempel på hur Region Skåne och kommunerna genom mål, riktlinjer och samverkansrutiner styr och stödjer arbetet med att uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa bland äldre. Nedan redovisas ett urval av exempel.

I granskningen av Region Skåne har specifikt två goda exempel på styrning inom området identifierats.

- Det första är *Strategi för psykisk hälsa 2025–2035,* som utgör ett gemensamt ramverk för regionens arbete med psykisk hälsa och suicidprevention. Strategin omfattar alla åldrar men lyfter äldre som en grupp med särskild risk för psykisk ohälsa. Tillsammans med den regionala suicidpreventiva strategin, där äldre män särskilt uppmärksammas, skapar den en sammanhållen grund för det fortsatta arbetet.
- Det andra goda exemplet är *Primärvården Skånes handlingsplan för vård av äldre patienter 2026–2027*, som konkretiserar styrningen inom primärvården. I handlingsplanen anges att psykisk ohälsa och social sårbarhet ska identifieras och följas upp som riskområden. Den tydliggör även vårdcentralernas ansvar att uppmärksamma psykisk ohälsa hos äldre, delta i regionalt utvecklingsarbete och upprätta en samordnad individuell plan när den äldre behöver insatser från flera huvudmän.

I kommunernas granskningar har bland annat följande goda exempel identifierats:

- I Helsingborgs stad har vård- och omsorgsnämnden inom det suicidpreventiva arbetet formulerat kort- och långsiktiga mål, aktiviteter och mätbara indikatorer. Handlingsplanen för 2025 innehåller även långsiktiga mål som uttryckligen avser äldres psykiska hälsa och suicidprevention.

- I Svalövs kommun har socialnämnden genom sitt folkhälsoprogram samlat psykisk hälsa, hälsosamt åldrande, ofrivillig ensamhet, hälsosamtal och suicidpreventiv kompetens i en gemensam struktur med planerade aktiviteter och tydlig ansvarsfördelning.
- Hässleholms kommun har i omsorgsnämndens suicidpreventiva strategi särskilt identifierat äldre som en riskgrupp, vilket ger en tydligare grund för att uppmärksamma målgruppens behov än om äldre endast omfattas av generella mål för psykisk hälsa.
- Flera kommuner kombinerar MHFA och annan utbildning inom psykisk ohälsa och suicidprevention med lokala rutiner, metodstöd och tillgång till psykiatrisk specialistkompetens.

3.2.5 Sammanfattande bedömning

Kommunerna och Region Skåne har bedömts ha övergripande riktlinjer, mål, strukturer och förebyggande arbetssätt med betydelse för att uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa bland äldre. Det finns flera kontaktytor där psykisk ohälsa och stödbehov kan uppmärksammas då förebyggande och uppsökande arbetssätt existerar i många kommuner. Den tidiga identifieringen bygger dock ofta på personalens observationer, erfarenhet och kännedom om lokala kontaktvägar. Målgruppsanpassade arbetssätt för att identifiera, bedöma, föra vidare och följa upp behov är inte genomgående etablerade eller kända.

Det rekommenderade utvecklingsbehovet gäller främst hur den befintliga styrningen konkretiseras, förankras och omsätts tydliga prioriteringar, ansvar och enhetliga arbetssätt i berörda verksamheter i praktiken. Skillnaderna mellan kommunerna gäller framför allt graden av målgruppsanpassningen, utvecklingen av det suicidpreventiva arbetet och verksamheternas implementering av mål och rutiner.

3.3 Revisionsfråga 2: Tillgång till insatser för psykisk hälsa

Erbjuds äldre personer tillgång till insatser för psykisk hälsa, såsom samtalsstöd, rehabilitering och sociala insatser?

3.3.1 Sammanställning av iakttagelser och bedömning

I 15 av 16 kommuner bedöms nämnderna erbjuda äldre personer tillgång till insatser för psykisk hälsa (såsom samtalsstöd, rehabilitering och sociala insatser) på ett ändamålsenligt sätt och 1 kommun bedöms som inte helt ändamålsenligt. I Region Skåne bedöms hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden samt psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden erbjuda äldre personer tillgång till insatser för psykisk hälsa, såsom samtalsstöd, rehabilitering och sociala insatser på ett inte helt ändamålsenligt sätt. Kommunerna erbjuder flera sociala, förebyggande, rehabiliterande och hälsofrämjande insatser. Insatserna är dock främst generellt inriktade på hälsa, gemenskap, livskvalitet och minskad ensamhet. Möjligheten att nå socialt isolerade äldre och äldre utan etablerade vård- och omsorgskontakter är mer begränsad. Tillgången till professionellt samtalsstöd och specialiserade insatser varierar.

3.3.2 Breda insatser, men svårare att nå äldre som lever isolerat

Dokumentstudien visar att Region Skåne erbjuder medicinska, psykologiska, rehabiliterande och sociala insatser genom Region Skånes primärvård, psykiatri och geriatrik. Insatserna omfattar bland annat behandling, samtalsstöd, rehabilitering, gruppverksamhet och rådgivning. Äldre omfattas dock främst av generella vårdstrukturer och tillgången till riktade insatser för psykisk hälsa varierar mellan verksamheter och geografiska områden. Det framgår också via nationella utvärderingar att många insatser i hög grad attraherar äldre som redan är relativt friska, socialt aktiva och proaktiva, medan det är svårare att nå personer som är socialt isolerade, multisjuka eller har psykisk ohälsa då deras situation kan begränsa förmågan att aktivt efterfråga stöd och insatser.

I granskningen av Region Skånes dokument framgår vidare att primärvården under året har genomfört riktade insatser för att motverka psykisk ohälsa hos äldre. Insatserna har bland annat bedrivits via vårdcentralernas äldremottagningar, där medicinsk och psykosocial rådgivning erbjuds. Äldremottagningarna beskrivs också bidra med anpassade insatser som ska förebygga försämrad hälsa och bibehålla funktion och livskvalitet hos äldre patienter. I Helsingborgs stad finns äldrepsykiatrisk verksamhet och planer om liknande satsningar pågår inom andra kommuner i Skåne, men utvecklingen av dessa satsningar har inte kunnat prioriteras av Region Skåne under 2025 på grund av ekonomiska begränsningar.

Enligt intervjuerna med representanter från Region Skåne uppges tillgången till insatser variera mellan verksamheter och geografiska områden och vara beroende av lokala förutsättningar, såsom kompetens, prioriteringar och tillgång till konsultativt stöd. Inom Region Skånes primärvård uppges flera av vårdcentralerna erbjuda någon form av rådgivning, stödjande samtal eller gruppinsats riktad till äldre. Vidare framhålls att äldre patienter med psykisk ohälsa i högre grad får läkemedelsbehandling, medan psykologisk behandling förekommer mer sällan, såsom till exempel psykoterapi. Samtidigt beskrivs det förebyggande arbetet som begränsat och ofta underordnat behandlingen av redan etablerad sjukdom.

I intervjuerna med representanter från Region Skånes psykiatri uppges insatserna i hög grad vara medicinskt inriktade, medan tillgången till psykologiska, rehabiliterande och kurativa insatser är mer begränsad. Insatser ges huvudsakligen utifrån diagnos och inte utifrån ålder, vilket innebär att äldre i regel omfattas av samma vårdprogram som övriga vuxna. Det finns samtidigt lokala exempel från äldrepsykiatrisk verksamhet som erbjuder kombinerade insatser, såsom samtalsstöd, arbetsterapeutiska insatser och gruppverksamhet med inriktning mot social aktivering och minskad isolering. Utvecklingen av målgruppsanpassade vårdformer uppges dock inte ha genomförts fullt ut.

I flera av granskningens dokumentstudier för kommunerna framgår det att kommunerna erbjuder flera sociala och förebyggande insatser som direkt eller indirekt kan främja psykisk hälsa bland äldre. Insatserna är i huvudsak inriktade på gemenskap, delaktighet, självständighet och minskad ensamhet, snarare än särskilt utformade specifikt för äldre med psykisk ohälsa. Rehabiliteringsinsatserna är främst inriktade på fysisk funktions- och aktivitetsförmåga. Samtliga 16 kommuner redovisar någon kombination av:

- träffpunkter och mötesplatser,
- anhörigstöd,
- samtalsstöd,
- förebyggande hembesök eller hälsosamtal,
- rehabilitering,
- dagverksamhet,
- seniorvägledning eller äldrelots,
- demensstöd,
- sociala aktiviteter,
- individuellt behovsprövade insatser

Utmaningar att nå socialt isolerade äldre eller personer utan etablerade kontakter framgår i dokumentstudier i samtliga kommunrapporter. Flera kommuner har förebyggande och sociala insatser, men dokumentationen ger en mindre tydlig bild av om det finns systematiska arbetssätt för att identifiera och nå äldre som lever isolerat och saknar etablerad kontakt med kommunens eller Region Skånes verksamheter.

Dokumentstudien visar att kommunerna arbetar på olika sätt för att nå äldre och förebygga social isolering. Bland annat genom förebyggande hembesök eller hälsosamtal, telefonkontakter, seniorvägledning, träffpunkter, mobila verksamheter, informationsträffar och samverkan med civilsamhället. Arbetets omfattning, åldersintervall och organisatoriska placering varierar mellan kommunerna. Exempelvis riktas förebyggande hembesök eller hälsosamtal till olika åldersgrupper, medan vissa kommuner använder öppna eller mobila mötesplatser och andra stödformer för att öka tillgängligheten.

Det återkommande tillgänglighetsproblemet är att insatserna ofta förutsätter att den äldre:

- känner till vilket stöd som finns,
- själv tar kontakt eller ansöker om stöd,
- accepterar ett erbjudande om kontakt eller insats,
- redan är känd inom kommunen eller hälso- och sjukvården,
- tillhör den målgrupp eller åldersgrupp som omfattas av insatsen,
- eller har praktiska möjligheter att delta i aktiviteter vid en fysisk mötesplats.

I majoriteten av alla intervjuer med kommunrepresentanter framgår det att den främsta utmaningen är att nå äldre som lever isolerat, tackar nej till kontakt eller saknar kontakt med kommunen och hälso- och sjukvården. Insatserna riskerar därför att främst nå äldre som själva söker stöd eller redan har kontakt genom exempelvis hemtjänst, hemsjukvård, biståndshandläggning eller primärvård. Tillgängligheten begränsas även av geografiska avstånd, behov av transport, digitalt utanförskap, resursbrist och otydliga kontaktvägar.

I flera intervjuer med kommunrepresentanter framgår att olika kontaktytor används för att tidigt identifiera behov och nå äldre som annars riskerar att inte uppmärksammas. Det handlar bland annat om uppsökande hembesök, hälsosamtal, telefonkontakter, mobila träffpunkter, seniorvägledare och äldrelotsar samt samverkan med primärvården, civilsamhället, bostadsbolag, anhöriga och andra personer i den äldres närhet. Arbetssätten är dock inte alltid systematiskt tillämpade, vilket innebär att möjligheterna att tidigt uppmärksamma behov varierar.

3.3.3 Resultat av enkätstudien och statistik för kommunerna och Region Skåne

I enkätstudien framgår det att 35 procent bland de svarande från kommunerna uppger att kommunen erbjuder personer som är över 75 år insatser för psykisk hälsa. Lika stor andel svarar Vet ej, vilket kan tyda på begränsad kännedom om befintliga insatser, se **Bilaga 3.** Motsvarande andel är 64 procent inom Region Skånes primärvård och 70 procent inom psykiatrin. Resultaten för psykiatrin bör tolkas med försiktighet eftersom antalet svarande är lägre, 30 personer jämfört med 80 inom Region Skånes primärvård, se **Bilaga 2.** Fritextsvaren för kommunerna betonar behovet av tid och trygghet för samtal samt individanpassning och kontinuitet. Flera efterfrågar också fler förebyggande och sociala insatser samt bättre tillgång till psykiatriskt stöd och samtalsstöd, se **Bilaga 3.** I fritextsvaren för Region Skåne lyfts framför allt bristande tillgång till kuratorer och annat samtalsstöd. Indragna kuratorsfunktioner uppges påverka både patientstödet och stödet till övrig personal, se **Bilaga 2.**

Andelen äldre med hemtjänst som besväras av ensamhet varierar mellan kommunerna, där självuppskattningen i Klippans kommun är högst bland kommunerna på 64 procent och Helsingborgs stad ligger lägst bland kommunerna med 48 procent, se **Bilaga 4.**

3.3.4 Goda exempel

Granskningen har identifierat flera goda exempel på insatser som kommunerna och Region Skåne erbjuder för att främja psykisk hälsa bland äldre. Nedan redovisas ett urval av insatser som bedöms vara särskilt relevanta och kunna bidra till lärande och fortsatt utveckling inom området.

- En del av Region Skånes vårdcentraler har äldremottagningar som erbjuder anpassade insatser till äldre patienter och förebygger försämrad hälsa. Det finns även mobila närsjukvårdsteamen inom regionen som har utökad tillgänglighet och används för att stärka samverkan kring patienter med komplexa vårdbehov.
- I Helsingborg stad finns en äldrepsykiatrisk mottagning och en vårdavdelning för patienter som är 67 år eller äldre som är i behov av anpassad psykiatrisk inom såväl öppen- som slutenvård.
- I Lunds kommun finns det planer på ett äldrepsykiatriskt team för patienter som är 67 år eller äldre, med fokus på depression och ångest och i Malmö stad finns det planer på ett särskilt mobilt team för äldre.
- I Kristianstads kommun planeras rekrytering av två sjuksköterskor med inriktning mot äldrepsykiatri som ska arbeta konsultativt.

- Region Skånes psykiatri utvecklar även vårdformer utanför traditionell mottagningsverksamhet, exempelvis mobila team, specialistpsykiatrisk vård i hemmet, mellanvårdsinsatser och digitala behandlingsformer. Dessa arbetssätt kan minska tillgänglighetshinder för äldre med begränsad rörlighet eller omfattande somatisk sjuklighet.

I kommunernas granskningar har bland annat följande konkreta goda exempel på insatser identifierats:

- Malmö stad har inrättat Seniorens hus vid två öppna mötesplatser. Där finns en seniorrådgivare som vägleder seniorer och anhöriga till rätt stöd.
- Trelleborgs kommun har en äldrelots som hjälper äldre att hitta och komma i kontakt med relevanta stödinsatser.
- Ängelholms kommun erbjuder riktade gruppinsatser utifrån olika livssituationer, bland annat mansgrupper för personer som är 65 år eller äldre. Kommunen erbjuder även en fixartjänst genom den förebyggande enheten. Tjänsten ger äldre praktisk hjälp i hemmet och bidrar samtidigt till att förebygga fallrisker och skapa kontakt med personer som kan behöva ytterligare stöd.
- Landskrona stad har permanentat den hälsofrämjande satsningen HERO, som inleddes i projektform. Satsningen har därmed införlivats i kommunens ordinarie verksamhet.

3.3.5 Sammanfattande bedömning

Region Skåne erbjuder äldre flera olika typer av medicinska, psykologiska, rehabiliterande och socialt inriktade insatser genom primärvården, psykiatrin och geriatriken. Tillgången varierar dock mellan verksamheter och geografiska områden samt utifrån lokala förutsättningar. Arbetet är i hög grad inriktat på behandling av redan identifierad psykisk ohälsa, medan det förebyggande och målgruppsanpassade arbetet är mindre utvecklat. Sammantaget finns ett brett utbud av insatser, men tillgängligheten och möjligheterna att tidigt nå äldre med behov av stöd varierar.

Majoriteten av alla kommuner bedöms erbjuda äldre tillgång till insatser för att främja psykisk hälsa på ett ändamålsenligt sätt. Kommunerna erbjuder flera sociala, förebyggande, rehabiliterande och hälsofrämjande insatser, såsom mötesplatser, äldrelots, anhörigstöd, hälsosamtal, uppsökande verksamhet och rehabilitering.

Kommunernas återkommande utmaning är att nå äldre som lever isolerat, saknar etablerade vård- och omsorgskontakter eller inte själva söker stöd. Insatsernas räckvidd påverkas även av geografiska avstånd, transportmöjligheter, digitalt utanförskap och kännedom om vilket stöd som finns. Tillgången till professionellt samtalsstöd, psykosocial rehabilitering och specialiserade insatser varierar mellan kommunerna. Förekomsten av ett brett utbud innebär därför inte nödvändigtvis att insatserna når äldre som har störst behov men som inte själva efterfrågar stöd.

3.4 Revisionsfråga 3: Samverkan och informationsöverföring

Finns det fungerande samverkan och informationsöverföring mellan Region Skåne och respektive kommun för att säkerställa kontinuitet och helhetsperspektiv i insatser till äldre med psykisk ohälsa?

I följande redogörelse ingår även iakttagelser som avser delfrågeställningarna: *Är ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och respektive kommun tydlig avseende förebyggande insatser för psykisk ohälsa bland äldre?* samt *I vilken utsträckning används gemensamma forum för att identifiera utvecklingsbehov och förbättra samverkan kring äldre med psykisk ohälsa?*

3.4.1 Sammanställning av iakttagelser och bedömning

I 10 av 16 kommuner (från kommunnämndernas perspektiv) bedöms samverkan och informationsöverföring mellan nämnderna och Region Skåne, när det gäller att säkerställa kontinuitet och helhetsperspektiv i insatser till äldre personer med psykisk ohälsa, inte helt fungera ändamålsenligt. I 6 av 16 kommuner bedöms samverkan fungera ändamålsenligt. I region Skåne bedöms hälso- och sjukvårdsnämndens, primärvårdsnämndens samt psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämndens samverkan och informationsöverföring mellan nämnderna och Region Skåne, när det gäller att säkerställa kontinuitet och helhetsperspektiv i insatser till äldre personer med psykisk ohälsa, inte helt fungera ändamålsenligt. Det finns etablerade strukturer, forum och verktyg för samverkan och informationsöverföring mellan Region Skåne och kommunerna, men det framgår i majoriteten av intervjuerna att den praktiska tillämpningen inte fullt ut fungerar ändamålsenligt. Återkommande utvecklingsbehov gäller ansvarsfördelning, informationsöverföring, överlämningar och samordning vid komplexa behov.

3.4.2 Etablerade samverkansstrukturer men variationer i den praktiska tillämpningen

I granskningen avseende Region Skåne framgår det i dokumentstudien att samverkan mellan Region Skåne och kommunerna bedrivs genom gemensamma strukturer på central, delregional och lokal nivå. Vårdsamverkan Skåne, inklusive omställningen till god och nära vård, samt hälso- och sjukvårdsavtalet utgör övergripande ramar, medan lokala samverkansgrupper och verksamhetsnära kontakter kompletterar dessa. Den övergripande ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna regleras genom lagstiftning, avtal, överenskommelser och gemensamma rutiner. Hälso- och sjukvårdsavtalet omfattar bland annat ansvarsfördelning, läkarmedverkan, samordnad individuell plan (SIP) och samverkan vid utskrivning. Region Skåne bedriver flera regionsövergripande utvecklingsarbeten för att stärka samverkan och kontinuitet, däribland genom säker digital kommunikation, Nationell patientöversikt, översyn av SIP i Mina planer, mobila närsjukvårdsteam och ett ramverk för uppföljning med pilotverksamhet för sköra äldre. Dokumentstudien pekar även på ett behov av att anpassa Region Skånes psykiatris arbetssätt och stöd till äldre samt säkerställa konsultativt stöd och kunskapsöverföring.

Enligt intervjuerna med representanter från Region Skåne framkommer det att samverkan inte fullt ut fungerar i enlighet med avtalens intentioner. Samverkan fungerar bättre när den äldres behov redan har

identifierats och berörda aktörer har etablerat en direkt dialog, exempelvis vid gemensam vårdplanering och användning av SIP. Samverkansformerna fungerar dock olika väl mellan verksamheter och geografiska områden och är delvis beroende av lokala relationer och personliga kontaktvägar. Avsaknaden av gemensamma informationssystem uppges samtidigt försvåra informationsöverföring och kontinuitet. Att frågor om psykisk hälsa, äldre och demens delvis hanteras i olika samverkans- och kunskapsstrukturer kan också försvåra ett samlat perspektiv på målgruppen.

Vidare framgår i intervjuerna med Region Skånes representanter att ansvarsfördelningen beskrivs som relativt tydlig mellan Region Skåne och kommunerna, men mindre tydlig i gränssnitten mellan primärvård, specialistpsykiatri och geriatrik. Detta gäller särskilt äldre med komplexa vårdbehov. Intervjuerna pekar även på behov av stärkt konsultativt stöd och kunskapsöverföring från Region Skånes psykiatri till Region Skånes primärvård och kommunala verksamheter.

I dokumentstudierna från majoriteten av kommunerna framgår det att strukturen är tydligast för personer som redan omfattas av kommunal hälso- och sjukvård eller har identifierade vårdbehov. Samtidigt ger dokumentationen inte alltid en samlad och tydlig bild av roller, ansvar, resurser och kontaktvägar inom området psykisk hälsa och förebyggande arbete. I gränsöverskridande ärenden som omfattar psykiska, somatiska och kognitiva behov kan ansvarsfördelningen därför bli mindre tydlig i praktiken. Det framgår även utmaningar i informationsdelningen och samordningen, särskilt vid utskrivning från slutenvård. Exempelvis förekommer ofullständiga kartläggningar, sena förändringar inför hemgång och otillräcklig information från slutenvården. Skilda journalsystem och varierande tillämpning av gemensamma rutiner försvårar också informationsöverföringen.

I flertalet intervjuer med kommunrepresentanter framgår det att kommunerna i vissa fall får en drivande roll i samordningen, samtidigt som ansvarsfördelningen för medicinsk bedömning, fortsatt stöd och uppföljning kan vara oklar. Samverkan beskrivs dessutom ofta vara beroende av kontinuitet, lokala relationer och kända kontaktvägar. SIP kan fungera väl när rätt aktörer deltar, men genomförandet och ansvarstagandet varierar.

I intervjuer med kommunrepresentanter beskrivs det att samverkan med Region Skånes primärvård är mer etablerad än samverkan med Region Skånes psykiatri. I 9 av 16 kommuner framkommer utvecklingsbehov i kontakterna med Region Skånes psykiatri, bland annat avseende ansvarsfördelning, överlämningar, dokumentation, hänvisning och återkoppling. Intervjuerna beskriver även brister i informationsöverföringen vid utskrivning från psykiatrisk slutenvård samt svårigheter att få tillgång till rådgivning, konsultativt stöd och läkaruppföljning.

3.4.3 Resultat av enkätstudien för kommunerna och Region Skåne

Enkätstudien visar genomgående låga andelar som upplever att samverkan fungerar. Bland kommunernas svarande uppger 16 procent att samverkan med Region Skånes primärvård fungerar, 14 procent att samverkan med Region Skånes psykiatri fungerar och 12 procent att den regioninterna samverkan mellan

Region Skånes primärvård och psykiatri fungerar, se **Bilaga 3.** Inom Region Skåne uppger 15 procent i primärvården och 10 procent i psykiatrin att samverkan och informationsöverföringen mellan primärvården och kommunerna fungerar. För samverkan mellan psykiatrin och kommunerna är motsvarande andelar 5 respektive 20 procent, och för samverkan mellan Region Skånes primärvård och psykiatri 8 respektive 13 procent, se **Bilaga 2.** Resultaten för psykiatrin bör tolkas med försiktighet eftersom antalet svarande är lägre, 30 personer jämfört med 80 i primärvården.

Fritextsvaren visar att det finns flera samverkansforum, men också behov av tydligare kontaktvägar, ansvarsfördelning och samsyn mellan kommunerna, Region Skåne och psykiatrin, se **Bilaga 3.** Individanpassning, kontinuitet och specialiststöd lyfts som utvecklingsområden, se **Bilaga 2.**

3.4.4 Goda exempel

Granskningen har identifierat flera goda exempel på fungerande samverkan och informationsöverföring mellan Region Skåne och respektive kommun för att säkerställa kontinuitet och helhetsperspektiv i insatser till äldre med psykisk ohälsa. Nedan redovisas ett urval av identifierade goda exempel:

- Region Skåne utvecklar ett gemensamt ramverk för uppföljning av omställningen till god och nära vård, med en pilot för att följa samverkan och kontinuitet för sköra äldre.
- Centralsjukhuset Kristianstad och Kristianstads kommun har placerat biståndshandläggare på akutmottagningen för att underlätta tidig planering och övergången till stöd i hemmet.
- Den äldrepsykiatriska mottagningen i Helsingborg samverkar med kommunala verksamheter, Region Skånes primärvård och andra berörda aktörer kring äldre med sammansatta behov.
- Geriatriken inom Region Skåne genomför gemensam vårdplanering med kommunerna och Region Skånes primärvård, bland annat genom Mina planer, för äldre med sammansatta vård- och omsorgsbehov.

I kommunernas granskningar har bland annat följande konkreta goda exempel på teamarbete och samverkan nära den äldre identifierats:

- Bromölla kommun, Höörs kommun och Lomma kommun har multiprofessionella team, kognitiva stödteam och etablerade kontaktvägar mellan omvårdnadspersonal, legitimerad personal, biståndshandläggare och primärvård. Arbetssätten ger förutsättningar att uppmärksamma psykiska, somatiska, kognitiva och sociala behov.
- Helsingborgs stad har en samordnare för psykiatri och suicidprevention med ett förvaltningsövergripande uppdrag. Funktionen samordnar utvecklingsarbetet inom psykisk hälsa, suicidprevention och ofrivillig ensamhet samt stödjer framtagandet och införandet av handlingsplaner, rutiner och kompetenshöjande insatser.
- Ängelholms kommun har en medarbetare med samordningsansvar för psykiatri som medverkar i kommunens samverkans- och utvecklingsarbete. Något närmare formaliserat uppdrag eller mandat för funktionen framgår dock inte av rapporten.

- Hässleholms kommun har etablerade samverkansstrukturer och gemensamma forum samt fungerande kontaktvägar med Region Skånes primärvård. Kommunen arbetar även med att inrätta en psykiatrisamordnande funktion som ska stödja verksamheterna i komplexa ärenden och ge personalen handledning. Funktionen var vid granskningen under införande.

3.4.5 Sammanfattande bedömning

Mellan Region Skåne och kommunerna finns etablerade avtal, samverkansstrukturer, forum och gemensamma verktyg, såsom SIP, Mina planer och NPÖ. Den praktiska tillämpningen varierar dock och fungerar inte fullt ut enligt avtalens intentioner. Samverkan är generellt mer utvecklad kring äldre som redan har kommunala vård- och omsorgsinsatser eller andra etablerade kontakter. För äldre med komplexa psykiska, somatiska och kognitiva behov kan ansvarsfördelningen vara mindre tydlig. Återkommande utvecklingsbehov gäller informationsöverföring, överlämningar, samordning och uppföljning, särskilt vid utskrivning från slutenvården.

I flera kommuner beskrivs samverkan med Region Skånes primärvård som mer etablerad än samverkan med Region Skånes psykiatri. Kontakterna med psykiatrin präglas i högre grad av otydliga kontaktvägar samt begränsad tillgång till återkoppling, rådgivning och konsultativt stöd. Samverkan är också ofta beroende av kontinuitet, lokala relationer och kända kontaktpersoner. Region Skånes psykiatris tillgänglighet och roll i komplexa ärenden utgör ett bredare utvecklingsområde som berör såväl kommunerna som Region Skåne. Sammantaget finns grundläggande strukturer för samverkan och informationsöverföring, men tillämpningen behöver bli mer enhetlig och mindre personberoende.

3.5 Revisionsfråga 4: Uppföljning och utvärdering av insatser

Följer Region Skåne och respektive kommun, dels på tjänstemannanivå, dels av ansvariga nämnder och styrelser, upp och utvärderar effekterna av insatser för att främja psykisk hälsa bland äldre, och används resultaten för att förbättra verksamheten?

I följande redogörelse ingår även iakttagelser som avser delfrågeställningen: *I vilken utsträckning används gemensamma forum för att identifiera utvecklingsbehov och förbättra samverkan kring äldre med psykisk ohälsa?*

3.5.1 Sammanställning av iakttagelser och bedömning

I 14 av 16 kommuner bedöms nämndernas uppföljning och utvärdering av effekterna av insatser för att främja psykisk hälsa bland äldre, samt användningen av resultaten för att förbättra verksamheten, inte vara helt ändamålsenlig. I 2 av 16 kommuner bedöms nämndernas uppföljning och utvärdering av effekterna av insatser vara ändamålsenlig. I Region Skåne bedöms hälso- och sjukvårdsnämndens, primärvårdsnämndens samt psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämndens uppföljning och utvärdering av effekterna av insatser bedöms inte vara helt ändamålsenlig. Kommunerna och Region Skåne har etablerade former för generell verksamhets- och kvalitetsuppföljning, men uppföljningen avser främst kvantitativa mått. Det

saknas i stor utsträckning en samlad uppföljning som visar hur insatserna påverkar äldres psykiska hälsa, ensamhet och livskvalitet. Ett återkommande utvecklingsbehov är därför att komplettera den generella uppföljningen med mer målgruppsanpassade mått samt att sammanställa och använda resultaten i styrning och verksamhetsutveckling.

3.5.2 Etablerade strukturer för verksamhetsuppföljning, men begränsat fokus på psykisk ohälsa bland äldre

I dokumentstudien för Region Skåne framgår det att det finns etablerade strukturer för uppföljning på individ-, verksamhets-, styrelse- och nämndnivå. Uppföljningen sker inom den ordinarie verksamhetsstyrningen genom mål, månads- och delårsrapporter och uppföljning av verksamhet, resultat och ekonomi. Vårdkontakter, diagnoser och andra processmått används bland annat för att följa vårdbehov, vårdkonsumtion och förekomsten av psykisk ohälsa i olika patientgrupper över tid. Hälso- och sjukvårdsnämnden följer även återbesök efter slutenvårdspsykiatri och läkemedel hos personer som är 75 år och äldre. Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden följer upp vårdnära suicid och andra allvarliga händelser månadsvis och genom fördjupade granskningar. Primärvårdsnämnden gör uppföljningar av förebyggande insatsers långsiktiga effekter begränsad och ännu inte fullt ut implementerad.

Region Skånes strategi för psykisk hälsa 2025–2035 anger att resultat och lärdomar ska användas för planering, styrning och förbättringsarbete. Strategin innehåller dock inte några särskilda indikatorer, mål eller uppföljningsintervall för äldre. I årsrapporter presenteras främst genomförda aktiviteter, vårdkontakter, tillgänglighet och andra processmått. I uppföljningsdokument saknas det i stor utsträckning åldersuppdelade indikatorer och sammanhållna resultat som visar insatsernas effekter på äldres psykiska hälsa, ensamhet och livskvalitet. Av dokumentationen framgår inte heller att sådana resultat systematiskt återrapporteras och används i den övergripande styrningen och verksamhetsutvecklingen.

I intervjuer med representanter för Region Skåne beskrivs att uppföljningen främst avser genomförda insatser, vårdkontakter, besök, väntetider, tillgänglighet och andra processmått. Det saknas en sammanhållen systematik för att följa om psykisk ohälsa bland äldre identifieras och vilka effekter insatserna har på psykiskt mående, återhämtning, livskvalitet och ensamhet. På individnivå används vårdplaner och vissa mätningar av mående och livskvalitet för att följa patientens utveckling och anpassa fortsatta insatser. Resultaten sammanställs dock mer sällan på verksamhetsövergripande nivå. De intervjuade belyser även begränsningar i datakvaliteten, avsaknad av tydliga indikatorer och svårigheter att registrera psykisk ohälsa när äldre söker vård för somatiska besvär. Detta försvårar en samlad bedömning av insatsernas långsiktiga effekter för äldre och begränsar möjligheten att använda resultaten som underlag för ett mer övergripande förbättringsarbete.

I dokumentstudierna för kommunerna framgår det att samtliga 16 kommuner har etablerade former för generell kvalitets-, verksamhets- och i flera fall patientsäkerhetsuppföljning. Uppföljningen omfattar bland annat:

- nämndmål och verksamhetsresultat,
- brukarundersökningar,
- kvalitetsregister,
- individ- och verksamhetsuppföljningar,
- egenkontroller,
- avvikelsehantering,
- klagomål och synpunkter.
- uppföljning av aktiviteter, volymer och deltagande.

Det framgår att kommunerna löpande följer upp äldreomsorgens verksamhet genom bland annat mål- och budgetprocesser, delårsrapporter, kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser, brukarundersökningar, kvalitetsregister, egenkontroller och avvikelsehantering. Uppföljningen avser främst ekonomi, kvalitet, patientsäkerhet, verksamhetsvolymer och genomförda aktiviteter samt trygghet, delaktighet och kontinuitet. Resultaten återrapporteras i flera kommuner till ansvarig nämnd och används för verksamhetsplanering och förbättringsåtgärder.

Särskilda mål, indikatorer och sammanhållna analyser av insatsernas effekter på äldres psykiska hälsa saknas dock i flertalet kommuner. Uppföljningen ger därför sällan en samlad bild av förändringar i psykiskt mående, ensamhet, social isolering och livskvalitet. I flera kommuner framgår det inte heller alltid att ansvariga nämnder efterfrågar eller får en sådan målgruppsspecifik uppföljning. Det finns samtidigt exempel på mer riktad uppföljning. I några kommuner följs förebyggande hembesök och gruppinsatser upp utifrån exempelvis upplevd hälsa, välbefinnande, social situation, oro och nedstämdhet. Det förekommer även särskilda verktyg och effektmått för att följa ensamhet och riktade aktiviteter samt uppföljning genom deltagandegrad, utvärderingar och återkoppling från deltagare. Resultaten används i vissa fall för att prioritera utvecklingsområden och planera fortsatta insatser.

I intervjuer med kommunrepresentanter framgår en liknande bild, där uppföljningen huvudsakligen sker genom ordinarie kvalitetsarbete, verksamhetsdialoger, brukarundersökningar, individuppföljningar, teammöten och uppföljning av särskilda aktiviteter eller projekt. I några kommuner används även resultaten från exempelvis brukarundersökningar, egenkontroller och verksamhetsuppföljningar för att identifiera utvecklingsområden, anpassa arbetssätt och prioritera insatser. Uppföljningen avser dock främst antal deltagare, genomförda aktiviteter och generella verksamhetsmått. Uppföljning på individnivå och inom enskilda projekt förekommer, men resultaten sammanställs sällan så att nämnderna får en samlad bild av insatsernas effekter för äldre. De intervjuade beskriver bland annat svårigheter att mäta effekter på psykiskt mående, ensamhet och livskvalitet samt begränsningar i dokumentation, analyskompetens och sammanställning av resultat. I några kommuner saknas systematiskt dokumentationsstöd för insatser utan individuell behovsprövning, medan andra arbetar med att utveckla skattningsskalor för ensamhet och upplevd hälsa. Dessa utgör dock ännu inte fullt etablerade modeller för uppföljning av insatsernas effekter.

3.5.3 Resultat av enkätstudien för kommunerna och Region Skåne

Enkätstudien visar att 8 procent av kommunernas svarande uppger att kommunen följer upp och utvärderar insatsernas effekter på äldres psykiska hälsa, jämfört med 26 procent inom Region Skånes primärvård och 13 procent inom psykiatrin, se **Bilaga 3** och **Bilaga 2.** Lika stor andel av kommunernas svarande, 8 procent, uppger att det finns gemensamma forum för samverkans- och utvecklingsfrågor, jämfört med 9 procent i primärvården och 7 procent i psykiatrin. Andelen *Vet ej* är hög bland kommunernas medarbetare, medan merparten inom Region Skåne svarar *Nej* eller *Delvis*. Resultaten för psykiatrin bör tolkas med försiktighet eftersom antalet svarande är lägre, 30 personer jämfört med 80 i primärvården.

Kommunernas fritextsvar visar att uppföljning sker genom bland annat individuella planer, dokumentation, dialog, tvärprofessionella möten samt BPSD och Senior Alert. Resultaten används för att anpassa insatser och medicinering, se **Bilaga 3.** Region Skånes fritextsvar beskriver uppföljning av läkemedelsbehandling, symtom, funktionsförmåga och livskvalitet, bland annat genom återbesök, hälsoundersökningar och stödsamtal, se **Bilaga 2.**

3.5.4 Goda exempel

Granskningen har identifierat flera goda exempel på uppföljning av insatser för att främja psykisk hälsa bland äldre. Nedan redovisas ett urval av olika verktyg för uppföljning och verksamhetsutveckling inom Region Skåne och kommunerna.

- Inom omställningen till nära vård har Vårdsamverkan Skåne reviderat sin handlingsplan med ett ökat fokus på uppföljning. Ett ramverk för lärande uppföljning har etablerats och ett arbete med gemensamma indikatorer har initierats. Arbetet är under utveckling och innebär ännu inte en fullt etablerad gemensam effektuppföljning.
- Äldrecentralerna är utformade med förslag på indikatorer för bland annat skattad hälsa, upplevd isolering, känsla av sammanhang, meningsfullhet och social gemenskap. Indikatorerna skapar förutsättningar för en mer målgruppsanpassad uppföljning, men utgör fortfarande en del av ett pågående utvecklingsarbete.

I kommunernas granskningar har bland annat följande konkreta exempel på mer riktad uppföljning identifierats:

- Klippans kommun följer preventiva hembesök utifrån bland annat upplevd hälsa, välbefinnande, social situation, oro och nedstämdhet. Resultaten används för att identifiera utvecklingsområden och planera fortsatta insatser.
- Landskrona stad använder inom HERO ett särskilt verktyg för att följa social och emotionell ensamhet.
- Osby kommun följer förebyggande hembesök och gruppträffarna Livslots för seniorer, med övergripande återrapportering till ansvarig nämnd två gånger per år.
- Helsingborgs stad använder effektmått för att följa riktade aktiviteter mot ofrivillig ensamhet. Resultaten används som underlag för att utveckla verksamheten.

- Svalövs kommun följer vissa gruppinsatser genom utvärderingar, deltagandegrad och återkoppling från deltagarna.

3.5.5 Sammanfattande bedömning

Kommunerna och Region Skåne har etablerade strukturer för generell verksamhets-, kvalitets- och individuppföljning. Uppföljningen omfattar främst aktiviteter, vårdkontakter, deltagande, tillgänglighet, kvalitet och andra processmått. Resultaten används i viss utsträckning för planering, prioriteringar och utveckling av verksamheterna.

Effektuppföljningen av insatser för äldres psykiska hälsa är däremot mindre utvecklad. Det saknas i stor utsträckning målgruppsanpassade och åldersuppdelade indikatorer samt sammanhållna analyser av insatsernas betydelse för psykiskt mående, ensamhet, återhämtning och livskvalitet. Uppföljning förekommer på individnivå och inom vissa projekt, men resultaten sammanställs sällan så att nämnder och styrelser får en samlad bild av effekterna för äldre.

Det finns samtidigt exempel på mer riktad uppföljning av bland annat förebyggande hembesök, ensamhet och gruppinsatser. Inom Vårdsamverkan Skåne och äldrecentralerna pågår även arbete med gemensamma indikatorer och modeller för lärande uppföljning. Sammantaget finns en grund för verksamhetsuppföljning, men arbetet behöver utvecklas för att tydligare visa insatsernas effekter och ge underlag för styrning och verksamhetsutveckling.

4 Sammanfattande slutsats

Den sammanställda rapporten visar att kommunerna och Region Skåne bedriver ett brett arbete, som direkt eller indirekt, bidrar till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland äldre. Arbetet omfattar styrning, förebyggande och hälsofrämjande insatser, etablerade former för samverkan och uppföljning. Det är samtidigt i stor utsträckning integrerat i ordinarie verksamhet och sällan särskilt utformat för äldre med psykisk ohälsa. Målgruppen omfattas i stället ofta av bredare strukturer och generella insatser, vilket inte är en brist i sig.

Äldre utgör en växande målgrupp med varierande behov och förutsättningar, vilket kan medföra utmaningar i att utforma träffsäkra och behovsanpassade insatser. En risk är att insatserna blir alltför generella, vilket kan försvåra identifiering och uppföljning av personer med mer omfattande eller komplex psykisk ohälsa.

Sammanställningen visar att arbetet i vissa fall kan vara reaktivt och främst aktiveras när den äldre redan har kontakt med vården eller den kommunala omsorgen. Detta innebär en utmaning i att tidigt identifiera och nå äldre som lever isolerat, saknar etablerade kontakter eller inte själva söker stöd. Samtidigt finns flera exempel på förebyggande och uppsökande arbetssätt och insatser som syftar till att uppmärksamma ensamhet, främja social delaktighet och nå äldre i ett tidigare skede. Förutsättningarna och arbetssätten varierar dock mellan kommuner och inom Region Skåne.

Det finns ett antal utvecklingsområden som återkommer i flera kommuner och inom Region Skåne. De gäller framför allt styrningens genomslag i praktiken, tidig identifiering, möjligheten att nå äldre utan etablerade kontakter, samverkan vid komplexa behov och systematisk uppföljning av insatsernas effekter. Även om samverkansstrukturer finns på plats varierar upplevelsen av hur det fungerar i praktiken, särskilt i samverkan mellan kommun och Region Skånes psykiatri.

Uppföljningen av och kunskapen om insatsernas långsiktiga effekter på äldres psykiska hälsa, ensamhet och livskvalitet är fortfarande begränsad. Det försvårar bedömningen av vilka insatser och arbetssätt som ger störst nytta för målgruppen äldre. De goda exempel och lokala erfarenheter som har identifierats kan därför ses som en gemensam kunskapskälla och tas till vara i det fortsatta utvecklingsarbetet inom kommunerna och Region Skåne samt i fortsatt samverkan mellan parterna.

5 Bilagor

Bilaga 1: Underlag och källor

Som utgångspunkt för denna sammanställda rapport har granskningsrapporterna för Region Skåne och respektive kommun använts som underlag.

Underlag

- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Bromölla kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Helsingborgs stad.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Hässleholms kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Höörs kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Klippans kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Kristianstads kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Landskrona stad.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Lomma kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Lunds kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Malmö stad.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Osby kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Svalövs kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Tomelilla kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Trelleborgs kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Åstorps kommun.
- Sirona (2026). Granskning av psykisk ohälsa bland äldre inom kommunerna och Region Skåne – Ängelholms kommun.

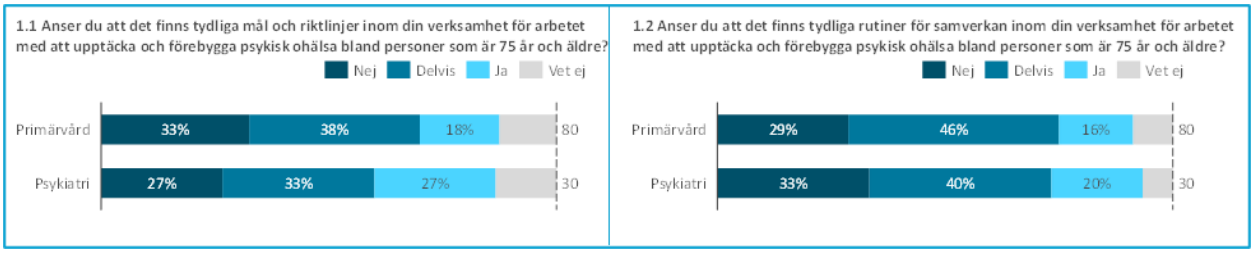
Källor

- Folkhälsomyndigheten, webbplats (2026). Nya rekommendationer: Så kan verksamheter stärka äldres psykiska hälsa. Nyhet, publicerad 2026-09-01. Hämtad 2026-10-07.
- Folkhälsomyndigheten, webbplats (2026). Rekommendationer och vägledning för äldres psykiska hälsa. Hämtad 2026-10-07.
- Prop. 2025/26:251 En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd; bet. 2025/26:SoU34; rskr. 2025/26:388.
- Regeringskansliet, Socialdepartementet (2025). Flera nya uppdrag i arbetet för psykisk hälsa och suicidprevention. Pressmeddelande, publicerat 2025-12-19.
- Socialstyrelsen, webbplats (2024). Vad menas med psykisk hälsa och ohälsa?
- Socialstyrelsen, webbplats (2026). Äldre.
- Socialstyrelsen, webbplats (2026). Samsjuklighetsreformen. Hämtad 2026-10-07.
- Statistikmyndigheten SCB, webbplats (2024). Äldre – inte en homogen grupp.

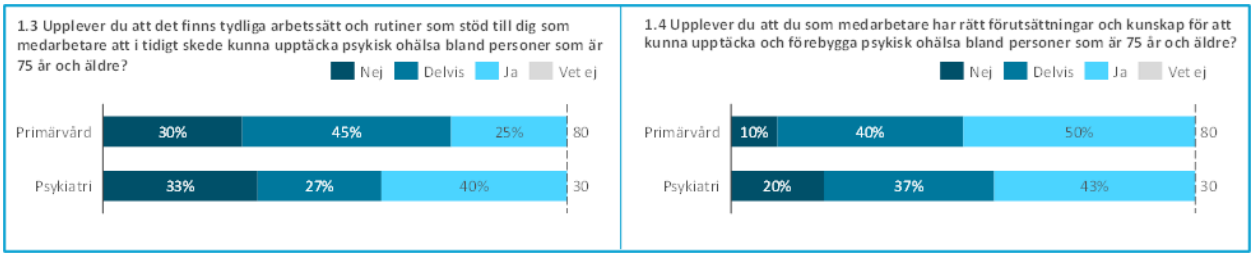
Bilaga 2: Enkätundersökning Region Skåne

Genomförd enkätstudie delades brett till regionala medarbetare inom primärvården och psykiatrin, för att nå så många som möjligt. Detta har bland annat inkluderat: läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, psykologer, kuratorer, fysioterapeuter och chefer. I enstaka fall har arbetsterapeuter, skötare och kiropraktorer svarat på enkäten.

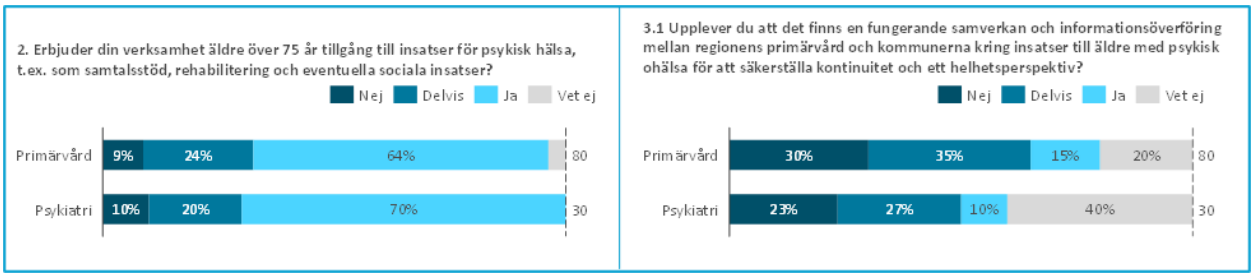
Nedan följer en sammanställning av resultaten för enkätfrågor som rör respektive revisionsfråga fördelat på respondenter från primärvården och psykiatrin. Inom gruppen *Primärvård* finns svar från respondenter som uppgett att de arbetar vid vårdcentraler, mobil primärvård, äldremottagningar och primärvården. Inom gruppen *Psykiatri* finns svar från respondenter som uppgett att de arbetar inom allmän-, äldre- och vuxenpsykiatri, LARO/beroendemottagning och ADHD-mottagning.



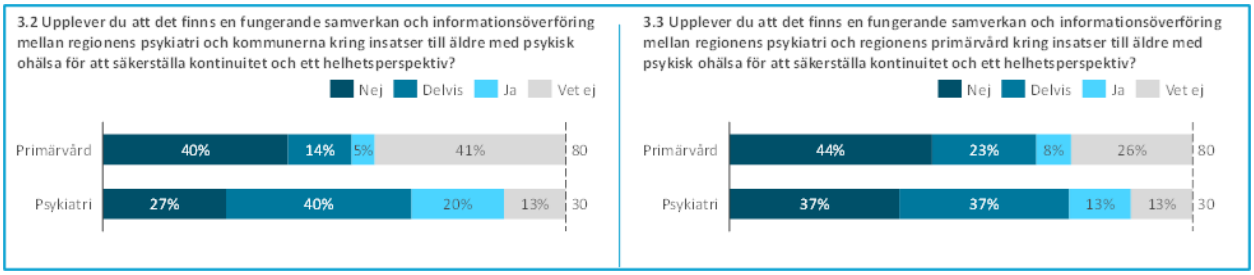
Figur 1. Sammanställning av resultat för enkätfrågor som rör revisionsfråga 1.



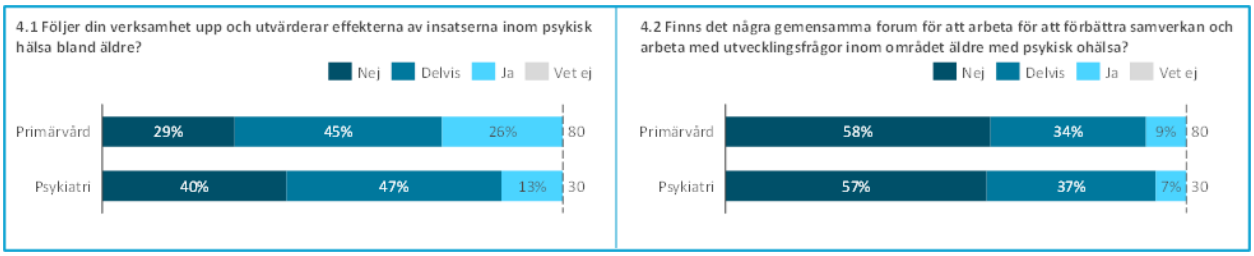
Figur 2. Sammanställning av resultat för enkätfrågor som rör revisionsfråga 1.



Figur 3. Sammanställning av resultat för enkätfrågor som rör revisionsfråga 2 och 3.



Figur 4. Sammanställning av resultat för enkätfrågor som rör revisionsfråga 3.



Figur 5. Sammanställning av resultat för enkätfrågor som rör revisionsfråga 4.

Nedan följer en sammanställning av de enkätfrågor som innehöll fritextsvar och som redovisas per revisionsfråga:

2.1 Upplever du att du som medarbetare har rätt förutsättningar och kunskap för att kunna upptäcka och förebygga psykisk ohälsa bland personer som är 75 år och äldre? [Fritextfält kopplat till fråga] – syntes av 14 fritextsvar, där samtliga svarat *Nej* med kommentar:

- *Tid, resurser och handlingsutrymme:* Hälften av kommentarerna lyfter tidsbrist och otillräckliga resurser som det främsta hindret; för lite tid med patienterna och tid som tas i anspråk av tillgänglighet via telefon och digitala medier. Någon beskriver även att det går att upptäcka psykisk ohälsa, men att möjligheterna att göra något åt den är mycket begränsade.
- *Kunskap, utbildning och åldersspecifik kompetens*: Flera efterfrågar utbildning och specifik kunskap om åldersgruppen 75 år och äldre, särskilt för att kunna skilja normalt åldrande från psykisk ohälsa.
- *Rutiner och praktiskt metodstöd*: Enstaka kommentarer efterfrågar konkret vägledning för hur och när frågor om psykisk ohälsa ska ställas, samt information om vilka blanketter och underlag som används, exempelvis hos kurator.
- *Samverkan, informationsöverföring och dokumentation*: Flera pekar på brister i journalföring och kommunikation; uppgifter av vikt dokumenteras inte alltid, information når bara en mindre grupp och

inte alltid den personal som har huvudansvaret för patienten. Behov av teamarbete mellan läkare, sjuksköterska, kurator, psykolog, skötare, arbetsterapeut och fysioterapeut lyfts fram.

- *Ledningens prioritering:* Upplevd avsaknad av fokus och intresse från högsta ledningen anges som en orsak till bristande förutsättningar.

2.2 Följer din verksamhet upp och utvärderar effekterna av insatserna inom psykisk hälsa bland äldre? [Fritextfält kopplat till fråga] – syntes av 23 fritextsvar, där samtliga svarat *Ja* med kommentar:

- *Återbesök och telefonuppföljning som huvudsakliga former*: Flertalet av de som kommenterat beskriver uppföljning genom bokade återbesök, uppföljande samtal och telefonkontakt; ofta i kombination. Enstaka nämner en äldrevårdsmottagning med omfattande uppföljande telefonsamtal och besök vid behov.
- *Samtalsstöd via kurator, psykolog och terapeut*: Flera beskriver att patienten följs av kurator, ibland vid upprepade besök, alternativt av psykolog eller terapeut när sådan kontakt är inkopplad. Kuratorskontakt beskrivs i flera fall som erbjuden och beroende av patientens samtycke.
- *Medicinsk uppföljning och läkemedelsgenomgång*: Flera framhåller uppföljning av insatt läkemedelsbehandling, symtomutveckling och eventuella biverkningar bedöms, och behandlingen justeras vid behov.
- *Strukturerad bedömning av mående och funktion*: Några beskriver en mer systematisk uppföljning där mående, symtom, funktionsförmåga och upplevd livskvalitet bedöms vid återbesök, och där insatserna anpassas utifrån patientens behov.
- *Teamarbete och samverkan mellan aktörer*: Enstaka beskriver uppföljning i inarbetat teamarbete med hemsjukvård, hemtjänst eller motsvarande funktion på särskilt boende, tillsammans med anhöriga och vid behov öppenvårdspsykiatrin, där SIP (samordnad individuell plan) lyfts som en viktig del. Anhörigkontakt nämns även separat.
- *Uppföljning som del av verksamhetens ordinarie uppdrag*: Några anger att uppföljning ingår i verksamhetens normala arbetssätt – exempelvis sedvanlig uppföljning inom öppenvårdspsykiatri, äldrepsykiatrisk mottagning, remissuppföljningar från psykiatrin, uppföljning av sjuksköterska särskilt inriktad mot äldre samt hälsoundersökning och stödsamtal med läkarbesök minst en gång per år.

2.3 Finns det några gemensamma forum för att arbeta för att förbättra samverkan och arbeta med utvecklingsfrågor inom området äldre med psykisk ohälsa? [Fritextfält kopplat till fråga] – syntes av 9 fritextsvar, där samtliga svarat *Ja* med kommentar:

- *Återkommande samverkansmöten mellan region och kommun*: Flera beskriver regelbundna mötesformer över huvudmannagränserna, exempelvis veckovis äldrerond där hemsjukvård och primärvård kan diskutera patienter, samt samverkansmöten med kommunens sjuksköterskor och deras chef två gånger per termin.

- *Interna forum på arbetsplatsen*: Enstaka lyfter interna mötesstrukturer som arena för utvecklingsfrågor; yrkesmöten inom respektive yrkeskategori, arbetsplatsträffar (APT) och gröna korset, där utvecklingsfrågor arbetas med löpande.
- *Gemensamma aktiviteter och arbetssätt riktade mot befolkningen*: Enstaka beskriver bredare samverkan mellan primärvård och kommun i form av gemensamma seniordagar och seniormässa, samverkan med kommunens träffpunkter, ömsesidiga hänvisningar mellan primärvård och kommunala aktiviteter, samt arbete inom god och nära vård som resulterar i gemensamma arbetssätt.

2.4 Har du något annat att tillägga inom ramen för granskningen? [Fritextfält] – syntes av 23 fritextsvar:

- *Ofrivillig ensamhet som central orsak till psykisk ohälsa*: Det mest återkommande temat, berört i ungefär en fjärdedel av kommentarerna. Ensamhet beskrivs som en av de främsta orsakerna till psykisk ohälsa bland äldre, och folkhälsoarbete mot ensamhet anges kunna ge störst effekt. Det påpekas att äldre är mindre benägna att själva söka upp nya sociala sammanhang.
- *Samverkan med civilsamhället och sociala insatser*: Flera lyfter förslag om samverkan utanför vården; social prescribing, samlokalisering av vårdcentraler och träffpunkter för äldre efter modell av familjecentraler, Kultur på recept samt kommunala mötesplatser med balansgrupp, sittgympa och datorkurser. Ett förslag gäller fysioterapeutledda träningsgrupper som slussar deltagarna vidare till närliggande gym, för att fånga både fysisk aktivitet och ensamhetsproblematik.
- *Bristande tillgång till kurator och samtalsstöd*: Flera beskriver att kuratorsfunktionen dragits in när tidigare medarbetare slutat och inte ersatts, vilket upplevs som en påtaglig förlust; både för patienterna och som bollplank för övrig personal. Psykologer anges sakna kunskap och tid att fylla funktionen. Enstaka föreslår att samtalsstöd erbjuds proaktivt till alla individer över 75 år, särskilt ensamstående utan närstående.
- *Resurser, bemanning och prioritering*: Flera beskriver att primärvårdens uppdrag är för stort i förhållande till bemanning och ekonomi, att äldre riskerar att bortprioriteras för både bedömning och psykologisk behandling, och att man "lovat mer än vad man kan leverera". Äldres psykiska hälsa anges sällan vara prioriterad.
- *Samverkan med psykiatrin och kommunen*: Flera riktar kritik mot samverkan; psykiatrin beskrivs i enstaka fall ha nekat att ta emot äldre för utredning eller bedömning, kontakten med psykiatrin på en annan ort beskrivs inte fungera alls med svårighet att nå samsyn, och kommunen anges brista. Enstaka lyfter samtidigt att psykiatrin står inför en stor utmaning gällande den äldre patientgruppen.
- *Kontinuitet, helhetssyn och teamarbete*: Enstaka beskriver att arbetet fungerar väl när teamet kring patienten är inarbetat och kontinuiteten i kontakterna upprätthålls, medan problem uppstår när kontinuiteten brister och inblandade parter enbart hanterar sin egen del utan helhetsperspektiv. SIP lyfts som ett bra forum för att mötas och arbeta konstruktivt.
- *Kunskap, kompetens och åldersspecifika rutiner*: Otillräcklig kunskap om vad som är naturligt åldrande jämfört med psykisk ohälsa lyfts som ett problem, liksom behovet av ökad kunskap och fokus för att motverka ålderism. Enstaka anger att det finns generella riktlinjer men inga specifikt för åldersgruppen.

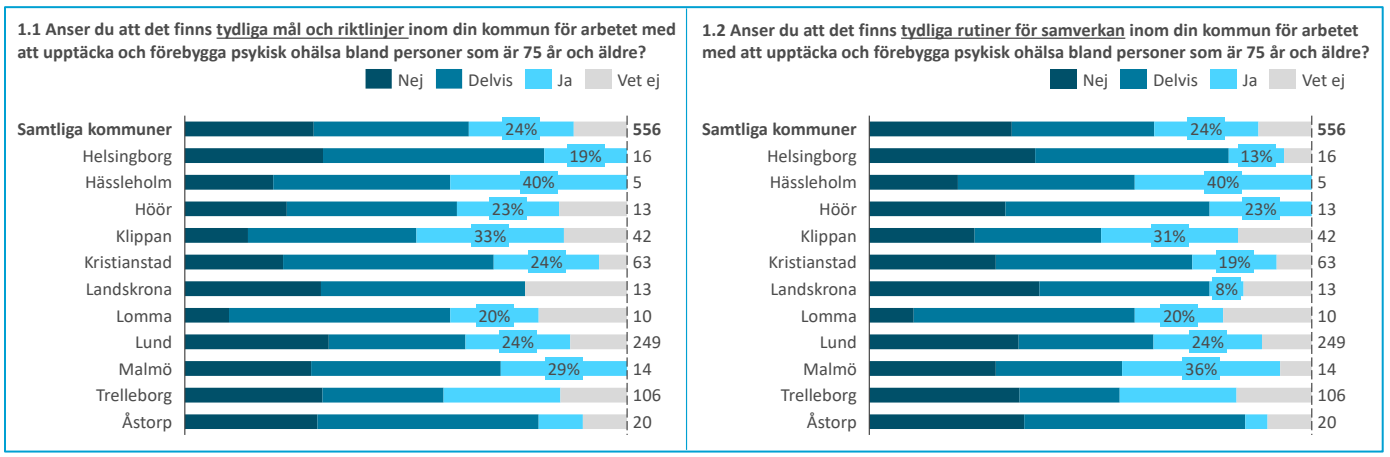
Bilaga 3: Enkätundersökning kommuner

Genomförd enkätstudie delades brett till kommunala medarbetare inom berörda verksamheter, för att nå så många som möjligt. Resultat baserade på färre än fem svar redovisas inte separat. Resultat baserade på 5–20 svar tolkas med stor försiktighet. Respondenttätheten per 1 000 årsarbetare i särskilt utvalda personalområden inom kommunen redovisas som ett kompletterande täckningsmått. Följande områden har inkluderats: *Ledning, utveckling och stöd*; *Vård och omsorg; Rehab; IFO, omsorg och integration*.

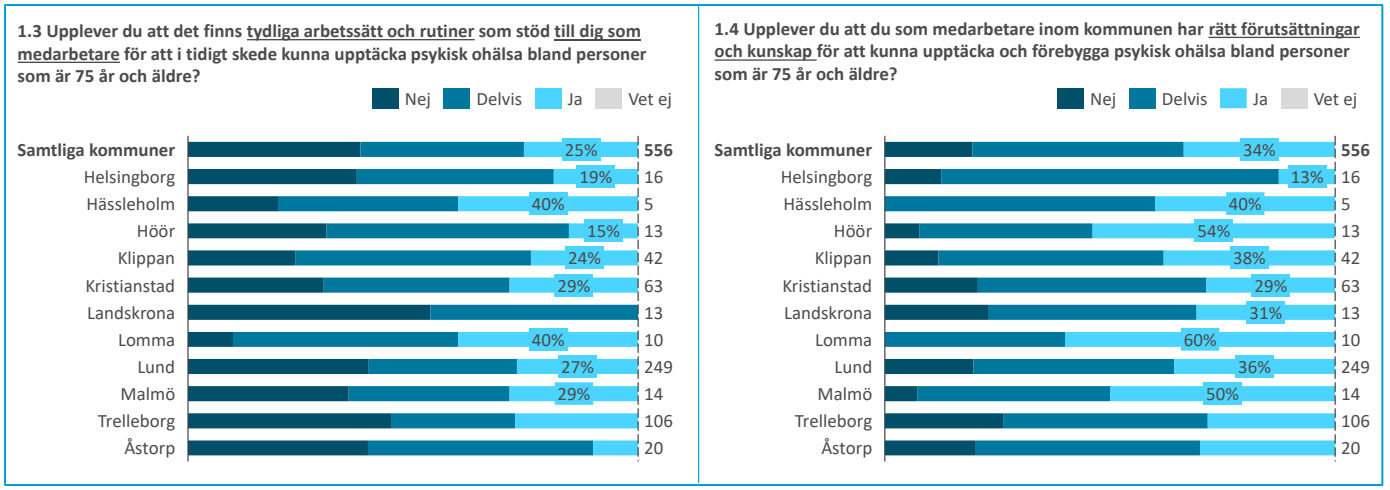
Kommun	Antal respondenter	*Respondenttäthet per 1 000 årsarbetare i berörda personalområden*
Bromölla	0	0
Helsingborg	16	3
Hässleholm	5	2
Höör	13	23
Klippan	42	62
Kristianstad	63	18
Landskrona	13	18
Lomma	10	14
Lund	249	52
Malmö	14	1
Osby	1	2
Svalöv	0	0
Tomelilla	4	10
Trelleborg	106	66
Åstorp	20	40
Ängelholm	0	0
Samtliga kommuner	556	15

Tabell 1. Respondenttäthet per 1 000 årsarbetare i särskilt utvalda personalområden. Källa: Sveriges kommuner och regioners personalstatistik, Kommunvisa tabeller.

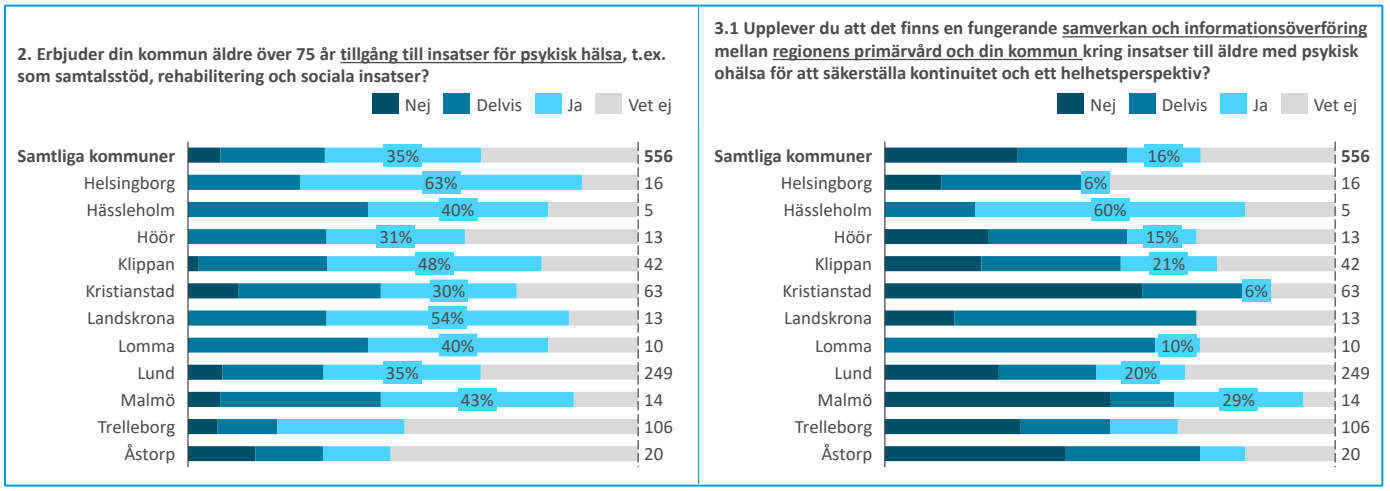
Nedan följer en sammanställning av resultaten för enkätfrågor som rör respektive revisionsfråga.



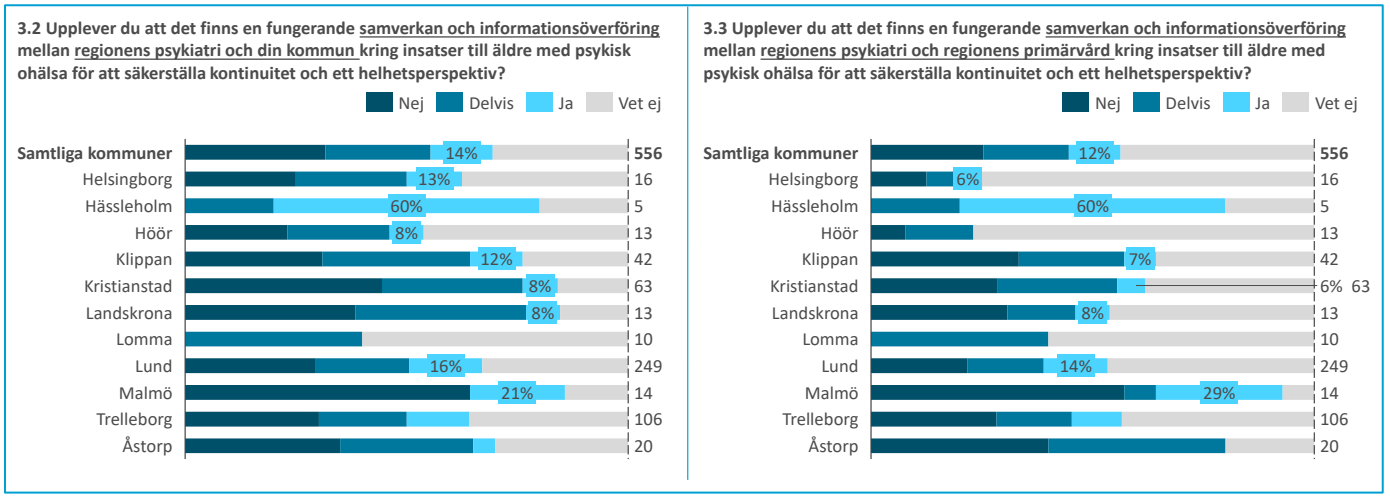
Figur 6. Sammanställning av resultat för enkätfrågor som rör revisionsfråga 1.



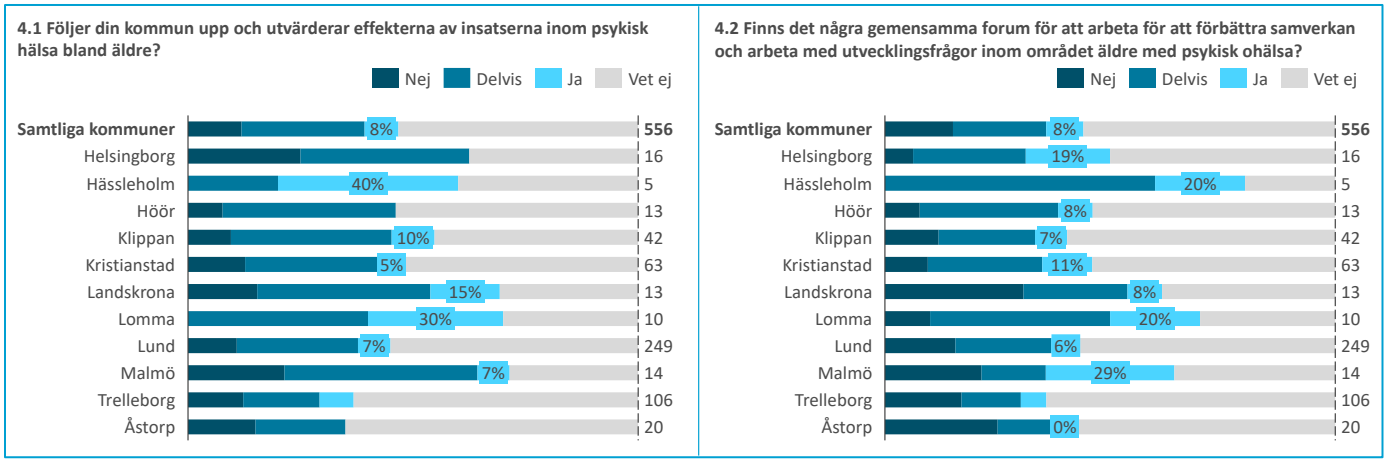
Figur 7. Sammanställning av resultat för enkätfrågor som rör revisionsfråga 1.



Figur 8. Sammanställning av resultat för enkätfrågor som rör revisionsfråga 2 och 3.



Figur 9. Sammanställning av resultat för enkätfrågor som rör revisionsfråga 3.



Figur 10. Sammanställning av resultat för enkätfrågor som rör revisionsfråga 4.

Nedan följer en sammanställning av de enkätfrågor som innehöll fritextsvar och som redovisas per revisionsfråga:

3.1 Upplever du att du som medarbetare inom kommunen har rätt förutsättningar och kunskap för att kunna upptäcka och förebygga psykisk ohälsa bland personer som är 75 år och äldre? [Fritextfält kopplat till fråga] – syntes av 108 fritextsvar, där samtliga svarat *Nej* med kommentar:

- *Utbildning, kunskap och praktiska verktyg:* Majoriteten efterfrågar grundutbildning, fortbildning och konkreta arbetssätt, inklusive kunskap om varningssignaler och suicidprevention.
- *Upptäckt, bedömning och bemötande*: Majoriteten vill ha bättre stöd för att identifiera, bedöma och bemöta psykisk ohälsa, vissa nämner särskilt vid demens, samsjuklighet eller suicidala tankar.
- *Rutiner, ansvar och organisatoriskt stöd*: Flera efterfrågar tydliga rutiner, ansvarsfördelning, informationsvägar, handledning och stöd när psykisk ohälsa upptäcks.
- *Tid, bemanning och arbetsbelastning*: Flera uppger att tidsbrist, minutstyrning, låg bemanning och hög arbetsbelastning begränsar möjligheten att ställa frågor, lyssna och följa upp.
- *Prioritering av psykisk hälsa*: Flera upplever att psykisk hälsa, existentiella frågor och förebyggande arbete får mindre utrymme än basala och praktiska behov.
- *Samverkan, hänvisning och specialiststöd*: Flera efterfrågar tydligare samarbete och kontaktvägar mellan kommunen, vårdcentralen, psykiatrin och andra aktörer samt bättre tillgång till specialistkompetens.
- *Förebyggande arbete och meningsfull vardag*: Vissa efterfrågar mer utrymme för social samvaro, promenader och aktiviteter som kan motverka ensamhet och skapa meningsfullhet.
- *Samtal och kommunikation*: Vissa lyfter behovet av tid och trygghet för att våga ställa frågor, stanna kvar och ta hand om svaren. Språkliga hinder nämns i enstaka fall.
- *Individanpassning och kontinuitet*: Vissa betonar att stödet behöver anpassas efter individens behov, förtroende och bakomliggande orsaker samt att kontinuitet är viktigt.

3.2 Följer din kommun upp och utvärderar effekterna av insatserna inom psykisk hälsa bland äldre? [Fritextfält kopplat till fråga] – syntes av 42 fritextsvar, där samtliga svarat *Ja* med kommentar:

- *Individuella planer och dokumentation*: Flera beskriver uppföljning genom genomförande-, vård- eller handlingsplaner samt dokumentation i journaler och rapportering mellan yrkesgrupper.
- *Dialog och tvärprofessionell uppföljning*: Flera anger att uppföljningen sker genom samtal, observationer, besök, teammöten och samarbete mellan omsorgspersonal, sjuksköterskor, läkare och rehabiliteringspersonal.
- *Bedömnings- och kvalitetsverktyg*: Flera nämner BPSD, Senior Alert, individuella bedömningar, formulär och riskanalyser.
- *Anpassning av insatser:* Flera beskriver att resultaten används för att fortsätta, avsluta eller justera insatser och medicinering.
- *Begränsningar*: Vissa beskriver att uppföljningen främst gäller sociala insatser eller medicinering och att kompetens, information och samtalsstöd kan vara begränsade.

3.3 Finns det några gemensamma forum för att förbättra samverkan och arbeta med utvecklingsfrågor inom området äldre med psykisk ohälsa? [Fritextfält kopplat till fråga] – syntes av 46 fritextsvar, där samtliga svarat *Ja* med kommentar:

- Strategiska samverkansforum: Flera nämner regionala eller kommunövergripande nätverk, styrgrupper och utvecklingsgrupper mellan kommuner och Region Skåne.
- Operativa och tvärprofessionella forum: Flera beskriver lokala team, arbetsgrupper, APT och konsultativa eller multiprofessionella möten.
- Tematiska nätverk och samordning: Flera nämner grupper för psykisk hälsa, samsjuklighet eller suicidprevention samt ombud och särskilda samordnande funktioner.
- Kvalitets- och kompetensforum: Vissa nämner BPSD, Senior Alert, uppföljningsverktyg, utbildningar, föreläsningar och samverkansdagar.
- Stödverksamheter: Vissa nämner anhörigcentrum och anhörigstöd, personligt ombud, Fontänhuset, träffpunkter och boendestöd som delar av samverkansstrukturen.

3.4 Har du något annat att tillägga inom ramen för granskningen? [Fritextfält] – syntes av 90 fritextsvar:

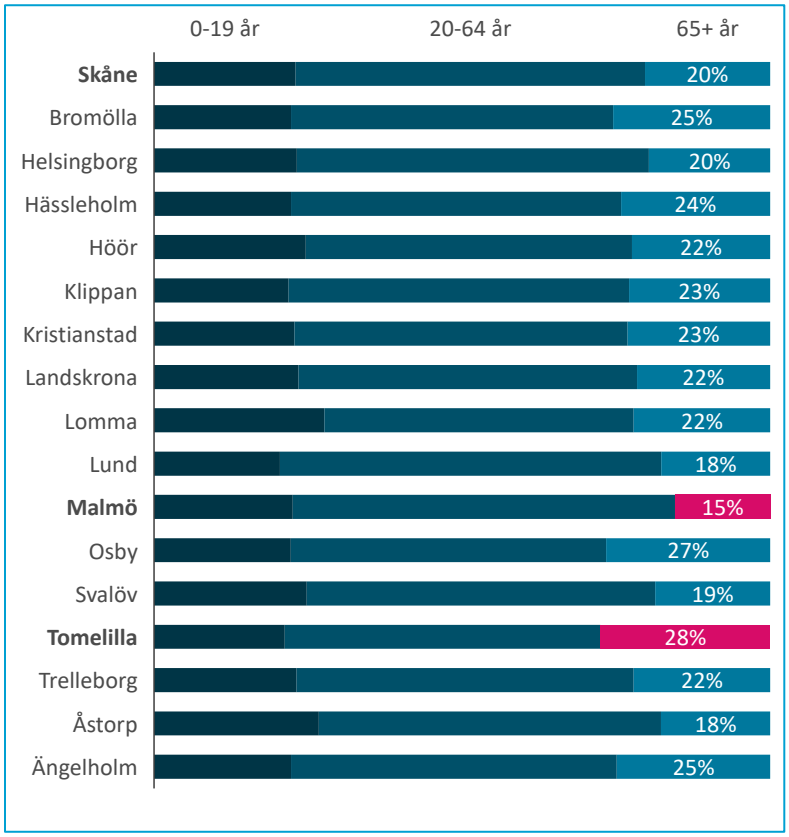
- *Upptäckt, bemötande och stigma*: Flera efterfrågar tidigare upptäckt och ett mer lyhört bemötande. Psykisk ohälsa uppges ibland förbises, stigmatiseras eller tolkas som normalt åldrande.
- *Tydliga mål, rutiner och ansvar*: Flera efterfrågar tydligare riktlinjer, arbetssätt, ansvarsfördelning och vägar för att hänvisa äldre till rätt stöd.
- *Kompetens och utbildning*: Flera efterfrågar mer och återkommande utbildning om psykisk ohälsa, depression, psykiatriska diagnoser och sambandet mellan psykiska och kroppsliga besvär.
- *Samverkan och informationsöverföring*: Flera vill se bättre samarbete och informationsöverföring mellan kommun, primärvård, psykiatri och olika yrkesgrupper.

- *Psykosociala och förebyggande insatser*: Flera efterfrågar mer tid för samtal, promenader, aktiviteter och social gemenskap som kan motverka ensamhet och skapa meningsfullhet.
- *Tillgång till psykiatriskt stöd och samtalsstöd*: Flera efterfrågar bättre tillgång till kuratorer, psykologer, psykiatrisjuksköterskor och andra former av specialist- och samtalsstöd.
- *Resurser, bemanning och arbetsmiljö*: Flera uppger att tidsbrist, låg bemanning, stress, minutstyrning och begränsade resurser försvårar närvaro och förebyggande arbete.
- *Boendeformer och individanpassat stöd*: Flera efterfrågar fler anpassade boendeformer, dagverksamheter och insatser som utgår från den äldres individuella behov.
- *Uppföljning och systematiskt förbättringsarbete*: Flera efterfrågar mer systematisk dokumentation, uppföljning, kontinuitet och kvalitetssäkring av insatserna.

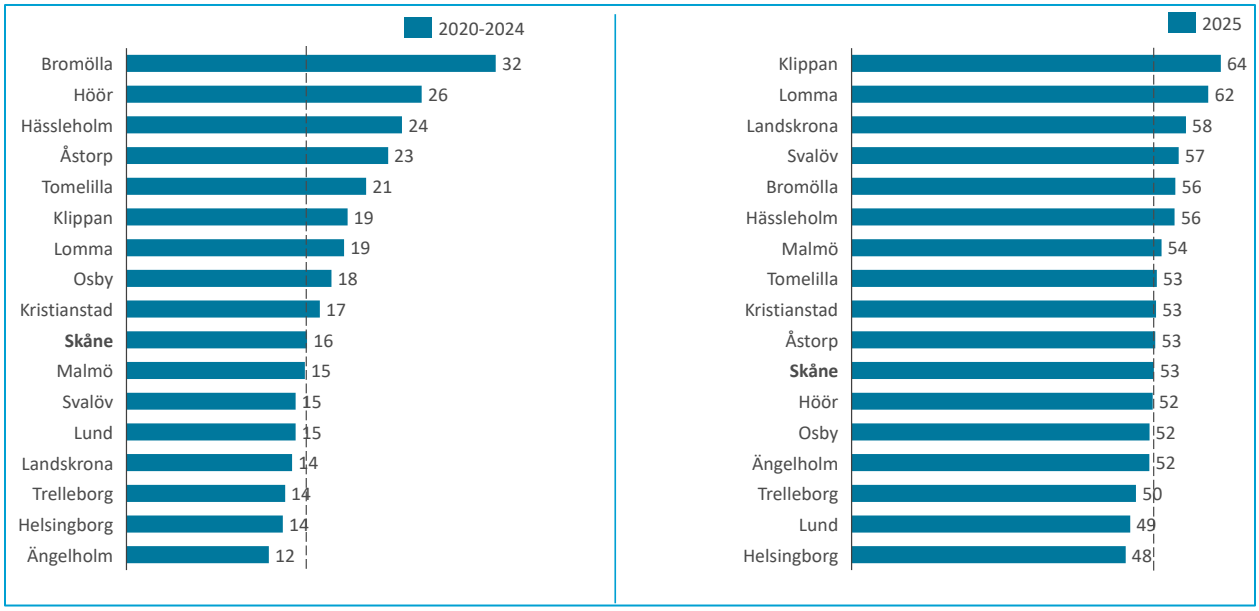
Bilaga 4: Kvantitativa analyser kommuner och Region Skåne

Kommuner

Genomförda kvantitativa analyser redovisas samlat för Skåne och per deltagande kommun. Vissa av nyckeltalen avser vidare åldersgrupper än granskningens målgrupp och är inte specifika för psykisk ohälsa. De används därför som indirekta indikatorer och ligger inte ensamma till grund för granskningens bedömningar. Redovisade år varierar mellan nyckeltalen och framgår av respektive figurtext.



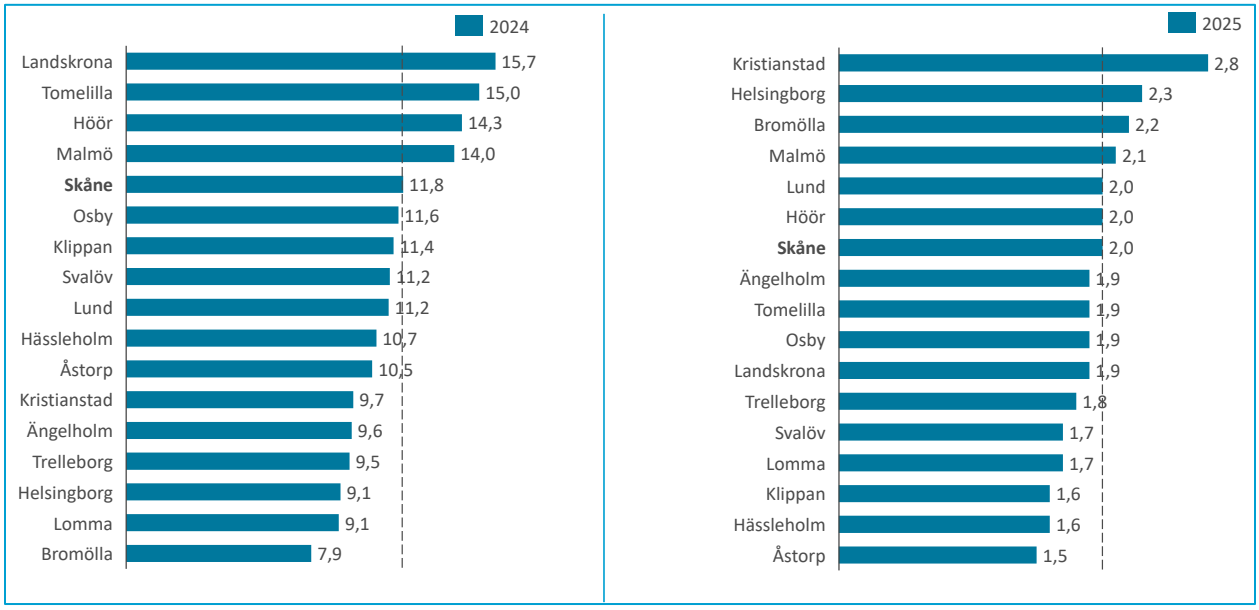
Figur 11. Andel invånare per åldersgrupp, 2025. Källa: SCB, Statistikdatabasen.



Figur 12.

Till vänster: *Antal suicid per 100 000 invånare, 25 år och äldre, åldersstandardiserat (mot Sveriges medelbefolkning år 2021), 2020 till 2024. Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret, via Folkhälsomyndighetens statistikdatabas Folkhälsodata. Små förändringar i antalet fall ger stora utslag i kommuner med få invånare.*

Till höger: *Andel personer 65 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst som uppgett lätta eller svåra besvär av ensamhet, 2025. Källa: Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen. Uppgifterna är självskattade och omfattar inte äldre generellt eller personer i särskilt boende.*



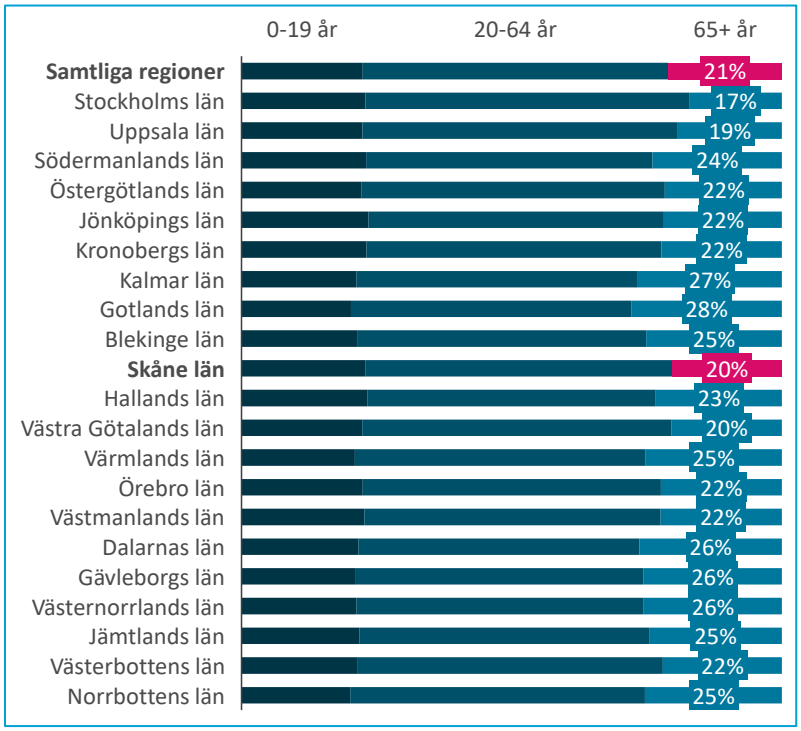
Figur 13.

Till vänster: *Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre, 2024. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.*

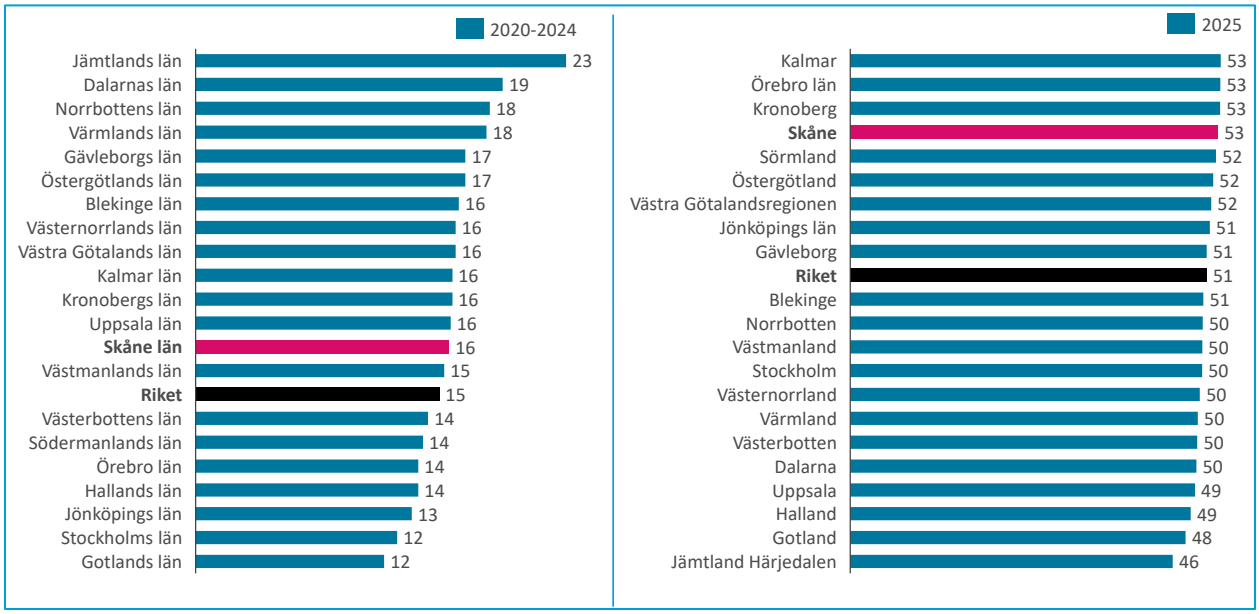
Till höger: *Antal sjukhusvårddygn som utskrivningsklar per vårdtillfälle för personer 65 år och äldre, 2025. Källa: Vården i siffror, Sveriges Kommuner och Regioner.*

Region Skåne

Genomförda kvantitativa analyser redovisas samlat för Skåne, per region och för riket. Vissa av nyckeltalen avser vidare åldersgrupper än granskningens målgrupp och är inte specifika för psykisk ohälsa. De används därför som indirekta indikatorer och ligger inte ensamma till grund för granskningens bedömningar. Redovisade år varierar mellan nyckeltalen och framgår av respektive figurtext.



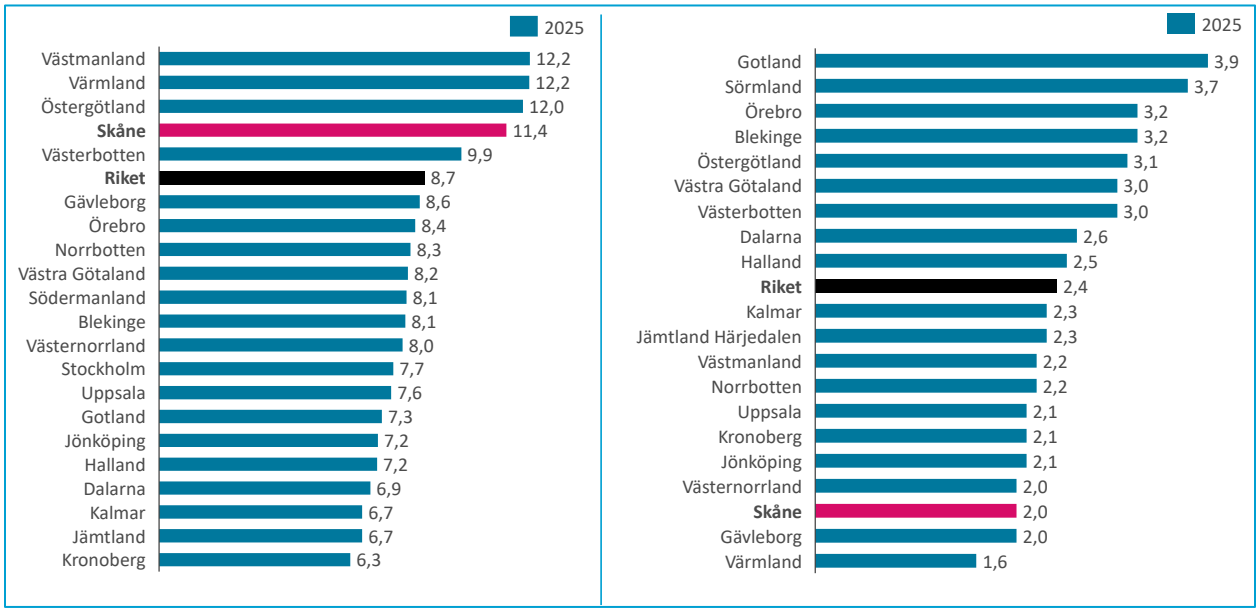
Figur 14. Andel invånare per åldersgrupp, 2025. Källa: SCB, Statistikdatabasen.



Figur 15.

Till vänster: *Antal suicid per 100 000 invånare, 25 år och äldre, åldersstandardiserat (mot Sveriges medelbefolkning år 2021), 2020 till 2024. Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret, via Folkhälsomyndighetens statistikdatabas Folkhälsodata. Små förändringar i antalet fall ger stora utslag i kommuner med få invånare.*

Till höger: *Andel personer 65 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst som uppgett lätta eller svåra besvär av ensamhet, 2025. Källa: Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen. Uppgifterna är självskattade och omfattar inte äldre generellt eller personer i särskilt boende.*



Figur 16.

Till vänster: *Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre, 2024. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.*

Till höger: *Antal sjukhusvårddygn som utskrivningsklar per vårdtillfälle för personer 65 år och äldre, 2025. Data för Region Stockholm saknas. Källa: Vården i siffror, Sveriges Kommuner och Regioner.*

Bilaga 5: Sammanställning av bedömningar

Sammanställning av bedömning per kommun och per revisionsfråga, *inte ändamålsenlig, inte helt ändamålsenlig, ändamålsenlig*:

Samlad bedömning:

Ändamålsenligt arbete, 15 av 17.

- Helsingborgs stad
- Höörs kommun
- Klippans kommun
- Landskrona stad
- Lomma kommun
- Lunds kommun
- Malmö stad
- Osby kommun
- Svalövs kommun
- Trelleborgs kommun
- Åstorps kommun
- Ängelholms kommun
- Bromölla kommun
- Kristianstads kommun
- Hässleholms kommun

Inte helt ändamålsenligt arbete, 2 av 17.

- Region Skåne.
- Tomelilla kommun

Revisionsfråga 1: Mål, riktlinjer och samverkansrutiner.

Ändamålsenliga, 17 av 17:

- Region Skåne
- Helsingborgs stad
- Klippans kommun
- Landskrona stad
- Lomma kommun
- Lunds kommun
- Malmö stad
- Svalövs kommun
- Tomelilla kommun
- Trelleborgs kommun
- Åstorps kommun
- Ängelholms kommun

- Bromölla kommun
- Hässleholms kommun
- Kristianstads kommun
- Höörs kommun
- Osby kommun

Revisionsfråga 2: Tillgång till insatser för psykisk hälsa.

Ändamålsenligt, 15 av 17:

- Bromölla kommun
- Helsingborgs stad
- Höörs kommun
- Klippans kommun
- Kristianstads kommun
- Landskrona stad
- Lomma kommun
- Lunds kommun
- Malmö stad
- Osby kommun
- Svalövs kommun
- Trelleborgs kommun
- Åstorps kommun
- Ängelholms kommun
- Hässleholms kommun

Inte helt ändamålsenligt, 2 av 17:

- Region Skåne
- Tomelilla kommun

Revisionsfråga 3: Samverkan och informationsöverföring.

Ändamålsenligt, 6 av 17:

- Helsingborgs stad
- Lomma kommun
- Malmö stad
- Osby kommun
- Svalövs kommun
- Trelleborgs kommun

Inte helt ändamålsenligt, 11 av 17:

- Region Skåne
- Bromölla kommun

- Hässleholms kommun
- Höörs kommun
- Klippans kommun
- Kristianstads kommun
- Landskrona stad
- Lunds kommun
- Tomelilla kommun
- Åstorps kommun
- Ängelholms kommun

Revisionsfråga 4: Uppföljning och utvärdering av insatser.

Ändamålsenlig, 2 av 17:

- Klippans kommun.
- Svalövs kommun.

Inte helt ändamålsenlig, 15 av 17:

- Region Skåne
- Bromölla kommun
- Helsingborgs stad
- Hässleholms kommun
- Höörs kommun
- Kristianstads kommun
- Landskrona stad
- Lomma kommun
- Lunds kommun
- Malmö stad
- Osby kommun
- Trelleborgs kommun
- Åstorps kommun
- Ängelholms kommun
- Tomelilla kommun