



Stockholms  
stad

**Slutrapport för  
projektet Mobilt  
Äldreteam  
Östermalm  
September 2013**

[stockholm.se](http://stockholm.se)

**Slutrapport för projektet Mobilt Äldreteam Östermalm**  
September 2013

**Dnr:**2013-620-1.2.6.

**Utgivare:** Östermalms stadsdelsförvaltning

**Kontaktperson:** Kerstin Kullberg, projektledare

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b>	<b>4</b>
<b>Vad var syftet – vad skulle prövas i försöksverksamheten?</b>	<b>4</b>
<b>Mål och förväntade resultat</b>	<b>5</b>
<b>Projektets målgrupp</b>	<b>6</b>
<b>Försöksverksamhetens genomförande</b>	<b>7</b>
<b>Förändringar som skett under projektiden</b>	<b>11</b>
<b>Mätbara resultat som uppnåtts</b>	<b>12</b>
<b>Kvalitativa resultat – erfarenheter som inte går att kvantifiera</b>	<b>16</b>
<b>Att lära av misstagen</b>	<b>17</b>
<b>Förutsättningar för fortlevnad och spridning</b>	<b>18</b>
<b>Slutord från projektet</b>	<b>18</b>

## Sammanfattning

Mobilt Äldreteam Östermalms syfte var att hitta nya vägar för stöd till äldre med ett stort vård- och omsorgsbehov samt att verka för ökad samverkan mellan vård och omsorgsgivare. Vård- och omsorgssamordnare med kompetens inom socialtjänst och hälso- och sjukvård anställdes hösten 2011. Uppgiften var att ge information och stöd till hemma boende äldre med omfattande vård- och omsorg. Erfarenheter från försöksverksamheten tyder på att behov finns av stöd till äldre för ökad trygghet och kvarboende. Stödet bör vara en del av socialtjänstens ordinarie verksamhet. För att öka den enskildes rättssäkerhet bör mer regelbundet stöd i hemmet vara en del av socialtjänstens myndighetsutövning.

## Vad var syftet – vad skulle prövas i försöksverksamheten?

Östermalm är en stadsdel inom Stockholms kommun med ca 68 500 invånare varav drygt 13 000 är 65 år och äldre. Det var vid projektets start känt att antalet ensamstående äldre inom stadsdelen var stort samt att det även fanns äldre inom stadsdelen som saknade närstående som kunde ge dem stöd eller hjälpa dem att samordna vården och omsorgen. Det antogs i projektansökan att en bättre samordning av den äldres vård- och omsorg skulle minska antalet sjukhusbesök och därmed även den äldres lidande. Unikt för stadsdelen var även det betydande antalet utförare av vård- och omsorg. Då projektet startade i november 2010 fanns en kommunal och cirka 30 privata hemtjänst samt tio husläkarmottagningar varav en landstingsdriven och nio privata. Detta medförde att varje hemtjänst och husläkarmottagning hade ett stort antal aktörer att samverka med kring patienternas/brukarnas vård- och omsorg. Syftet med försöksverksamheten Mobilt Äldreteam Östermalm (MÄÖ) var att hitta nya vägar för stöd till äldre personer med ett stort vård- och omsorgsbehov. Ytterligare syfte var att verka för ökad samverkan mellan vård- och omsorgsgivare. Två vård- och omsorgssamordnare med kompetens inom både social verksamhet och hälso- och sjukvård började sina anställningar augusti 2011 med uppgift att stödja äldre 65+ med omfattande vård- och omsorg och som bodde i ordinärt boende på Östermalm.

## Mål och förväntade resultat

I projektplanen november 2010 formulerades effekt- och projektmål utifrån projektets syfte. Revidering av uppsatta mål skedde 2011. För närmare förklaring gällande revidering av effektmålen se nedan. Då försöksverksamheten kommit igång visade det sig att projektmålen var för högt uppsatta och därmed oppnåeliga varför revidering skedde.

### *Effektmål*

Förväntade effekter i de ursprungliga effektmålen var att de äldre som fick stöd och hjälp från MÄÖ skulle uppleva ökad trygghet (utifrån ett trygghetsindex) och hälsorelaterad livskvalitet (utifrån mätinstrumentet EQ5D) samt att deras vårdkonsumtion främst inom slutenvården skulle minska.

Det visade sig dock vara svårt att utvärdera effektmålen. Vid ett möte med Stockholms stads juridiska avdelning klargjordes att lagstöd för MÄÖ:s verksamhet fanns i Socialtjänstlagen (SoL) 5 kap §6, det vill säga MÄÖ var en del av socialtjänstens uppsökande verksamhet. All dokumentation som rör enskilda inom socialtjänsten är kopplad till handläggning och utförande av fattade beslut, myndighetsutövningen (SoL 11 kap § 5). Detta har medfört att dokumentation rörande de personer som tagit kontakt och som fått stöd och hjälp av MÄÖ inte har kunnat ske då dessa insatser inte varit en del av myndighetsutövning. Det har därmed inte heller varit möjligt att efter avslutad kontakt följa upp enskilda som haft kontakt med MÄÖ då kontaktpuppgifter inte varit möjliga att spara.

### *Projektmål*

Ett reviderat projektmål var att kartlägga behovet och konsumtionen av vård och omsorg hos de äldre som själva kontaktade MÄÖ alternativt på annat sätt inkluderades i försöksverksamheten. Ytterligare projektmål var att identifiera hinder och framgångsfaktorer för samverkan mellan vård- och omsorgsgivare. Ett projektmål var även att ta fram skriftliga rutiner för samverkan mellan husläkarmottagningar och utförare av hemtjänst. Uppfyllelse av projektmålen redovisas under rubrikerna ”Mätbara resultat som har uppnåtts” samt ”Kvalitativa resultat – erfarenheter som inte går att kvantifiera”

## Projektets målgrupp

Då projektansökan lämnades in 2010 saknades vedertagen definition av de mest sjuka äldre. I projektansökan och projektplan 2010 definierades gruppen som personer 65+ med omfattande stöd och hjälpinsatser från såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Lagstöd saknades dock för samkörning av registerdata från landsting och kommun vilket medförde att det inte var möjligt att komma i kontakt med de mest sjuka äldre utifrån denna definition.

I november 2011 presenterade Socialstyrelsen en definition av de mest sjuka äldre. I denna inkluderades förutom personer med omfattande sjukvården och kommunal omsorg även äldre med enbart omfattande sjukvård alternativt omfattande kommunal omsorg. Insatser från primärvården inkluderas inte i Socialstyrelsens definition.

Det visade sig vara svårare än vad som inledningsvis antagits att komma i kontakt med de mest sjuka äldre. På grund av sjukdom och trötthet tog de äldre oftast inte kontakt själva med MÄÖ. Försöksverksamhetens erfarenhet är att det ofta krävs att det finns anhöriga eller professionella som förmedlar kontakten vidare.

Marknadsföring av MÄÖ skedde inledningsvis och under hela projekttiden genom återkommande annonsering i lokalpress samt genom informationsmöten och utdelande av framtagna broschyr om MÄÖ. Information om MÄÖ gavs till biståndsenheten och alla utförare (såsom hemtjänst, husläkarmottagningar, Stockholmsgeriatriken, City rehab Östermalm, dagverksamheten Östermalm) och frivilligorganisationer (såsom organisationer inom Svenska kyrkan, SPF väntjänst, Östermalms sjukvårdsförening) som i sitt arbete kom i kontakt med de mest sjuka äldre.

På grund av svårigheten att komma i kontakt med de mest sjuka äldre utvidgades målgruppen och samtliga äldre som själva kontaktade försöksverksamheten inkluderades i projektet. Möjligheten att via uppsökande verksamhet nå fler äldre med behov av insatser från MÄÖ prövades även.

### *Uppsökande verksamhet Mobilt Äldreteam Östermalm*

Brevutskick gjordes dels i samband med start av MÄÖ och dels i slutet av projekttiden. Totalt skickades 581 brev till personer +65 år. Flera äldre som MÄÖ har kommit i kontakt med via brevvutskicken har uttryckt uppskattning över att bli kontaktade. Det kan dock konstateras att endast ett fåtal personer själva hörde av sig MÄÖ. En slutsats som MÄÖ gör är att brevkontakt med

äldre alltid behöver följas upp med ett telefonsamtal. Följande brevutskick har gjorts:

- till 392 personer 65+ inskrivna i hemsjukvården vid 5 husläkarmottagningar på Östermalm, hösten 2011. Resultatet – tre personer (1 %) kontaktade försöksverksamheten.
- till 34 personer 65+ med omfattande hemtjänstinsatser hösten 2011. Inom en vecka ringde MÄÖ personerna. Fem (14 %) av de uppringda tackade ja till hembesök.
- till samtliga äldre på Östermalm som fyllde 85 år 2013 och som inte tidigare haft kontakt med socialtjänsten, 155 personer. Inom en vecka ringdes personerna upp. Ett flertal personer var intresserade av att få information hemsänd rörande t.ex. boendesituation, vård- och omsorg samt kommunens öppna verksamhet. Av de uppringda tackade 15 (10 %) ja till hembesök.

## Försöksverksamhetens genomförande

### *Organisation*

Försöksverksamheten har ingått som en del av äldreomsorgen, Östermalms stadsdelsförvaltning (SDF). Ansvarig har varit avdelningschef Marianne Snell som även varit projektmedlemmarnas chef. Projektledaren Kerstin Kullberg har varit administrativt och ekonomiskt ansvarig. Två till tre vård- och omsorgssamordnare med kompetenser såsom socionom, distriktssköterska och sjukgymnast har samtidigt varit anställda i projektet.

### *Projektledning*

Beställare av projektet har varit Östermalms SDF, äldreomsorgen och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholm, Enheten för allmänmedicin/avd för närsjukvård. I projektets styrgrupp har följande personer ingått: avdelningschef Marianne Snell Äldreomsorgen Östermalms SDF, enhetschef Birgitta Charlez Biståndsenheten Östermalms SDF, enhetschef Cecilia Näslund Östermalms hemtjänst, avtalshandläggare Jan-Olov Wiklund Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, verksamhetschef Heidi Rocco Mosander Rehab City Innerstaden, verksamhetschef Elisabeth Hammarlund Gärdets vårdcentral, överläkare Cecilia Bönke Stockholmsgeriatriken, verksamhetschef Mikael Hedendahl Legevisitten AB samt Olov Björlin Stadsdelsnämndens lokala pensionärsråd.

### *Projektstöd – uppföljning*

Anna Cristina Åberg, Docent vid Uppsala Universitet har varit knuten till projektet som metodstödjare på 20 % dec 2010-2012 och 30 % jan-aug 2013. Rollen har utformats för att vara stödjande för projektledaren. Insatserna har fokuserats på utformning protokoll och rapportblad för systematisk bedömning och rapportering av behov och åtgärder vid kontakt med de äldre samt planering och genomförande av projektgruppens rutiner och planeringsdagar. Projektstödjaren har även utformat mallar för fallbeskrivningar och bidragit till rapportsammanställningar.

### *Genomförande*

Projektets genomförande omfattar fyra faser (Tabell 1).

**Tabell 1.** Översiktlig beskrivning av projektets fyra faser och de centrala aktiviteter som genomförts i respektive fas

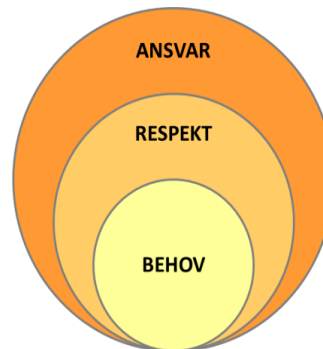
<b>Fas</b>	<b>Period</b>	<b>Centrala aktiviteter</b>
I. Förberedelse	nov 2010 – aug 2011	Projektets styrgrupp formeras Vård- och omsorgsgivare för äldre, verksamma på Östermalm informeras om projektet och den planerade försöks-verksamheten. Kartläggning av stöddressurser för äldre på Östermalm. Översiktlig kartläggning av äldre boende på Östermalm för att ge en bild av behov hos den aktuella målgruppen
II. Pilot	2011 – januari 2012	En verksamhetsmodell för MÅÖ utvecklas Rutiner för försöksverksamheten och dess dokumentation utformas, testas och förfinas. Information om MÅÖ till vård- och omsorgsgivare, frivilligorganisationer och biståndsenheten
III. Försöksverk- samhet	feb 2012 – fortgående	Vidareutveckling av kontaktvägar för: 1) stöd till äldre med behov av stöd från verksamheten 2) och samverkan Etablering av verksamheten genom fortsatt informations-spridning och nätverksbyggande. Kartläggning av äldregruppen som teamet kommer i kontakt med. Kontinuerlig utvärdering av verksamheten som en bas för vidareutveckling
IV. Utvidgning	feb 2013 – fortgående	Undersökning av om uppsökande kontakt personer som är 85 år (2013) ger förutsättning att nå fler äldre med behov av stöd från MÅÖ. Kartläggning av den nytillkomna äldregruppen Stöd till den nytillkomna äldregruppen.
V. Avslut	Juli 2013	Försöksverksamheten avslutas, slutrapport augusti 2013



### *Arbetsätt och rollen som vård- och omsorgssamordnare*

I vård- och omsorgssamordnarnas arbete har ingått att svara på frågor per telefon rörande vård- och omsorg samt att vid behov göra hembesök. Under rubrik ”Mätbara resultat som uppnåtts” i denna rapport redovisas en kategorisering över de personer/organisationer som MÄÖ kommit i kontakt med samt en sammanställning över de behov/motiv som varit orsaken till att kontakt tagits.

Det stödjande förhållningssätt som varit utgångspunkten för vård- och omsorgssamordnarnas arbete kan beskrivas med hjälp av nedanstående ledord. Den äldres **Behov** av vård och omsorg har varit utgångspunkten för vård- och omsorgssamordnarnas insatser. Den äldres medvetenhet om och inställning till de egna behoven av vård- och omsorg har bemötts av vård- och omsorgssamordnarna med stor **Respekt**. Vård- och omsorgssamordnarna har i arbetet med de äldre haft ett **Ansvarsfullt** förhållningssätt genom att respektfullt och långsiktigt arbeta med att motivera den äldre att ta emot den vård- och omsorg som han/hon har haft behov av.



**Figur 1.**  
Schematisk illustration  
förhållningssätt om tillä  
Äldreteam Östermalm.

### *Reflektioner kring rollen som vård- och omsorgssamordnare*

Sammanfattningsvis kan sägas att rollen som vård- och omsorgssamordnare kräver kompetens och tidigare erfarenhet av att arbeta med äldre som bor i ordinärt boende. Arbetet ställer stora krav på lyhördhet då äldre som tillhör gruppen mest sjuka äldre kan ha svårt att uttrycka sig och sina behov av vård- och omsorg. Rollen som vård- och omsorgssamordnare ställer krav på att kunna motivera och bygga upp ett förtroende hos den äldre. De varierande yrkesbakgrunderna inom försöksverksamheten har varit en tillgång i kontakten med de äldre och med vård- och omsorgsutförare.

### *Projektets huvudsakliga aktiviteter*

#### Insatser av stöd och hjälp till äldre

Redovisas under rubrik ”Vilka mätbara resultat har uppnåtts?”

#### Informationsspridning och utvecklande av kontaktvägar

Informationsspridning har skett muntligt vid möten med biståndshandläggare, hemtjänst, primärvård, samhällstjänster och frivilligorganisationer. Annonsering i lokalpress och spridning av informationsmaterial om MÄÖ har skett.

#### Framtagande av tillgänglig och lättläst information

Inom projektets ram har en folder ”A-Ö Östermalm äldreomsorgen” utarbetats med information och kontaktuppgifter både till kommunal- och till landstingsfinansierad verksamhet, frivilligorganisationer etc. Informationsfoldern ger lättillgänglig och lättförståelig information och kontaktuppgifter till dessa verksamheter.

#### Samverkan mellan organisationer på Östermalm

Ett projektmål var att ta fram skriftliga rutiner för samverkan mellan husläkarmottagningarna på Östermalm och utförare av hemtjänst. Projektet har inte uppnått detta projektmål då MÄÖ inte hade formell behörighet för att sammankalla involverade parter samt att de ersättningssystem för husläkarmottagningarna som rådde då projektet startade inte främjade samverkansmöten mellan t.ex. kommun och landsting. Det kan dock sägas att projektet genom försöksverksamhetens arbete, genom diskussioner samt de samverkanskonferenser som hållits på Östermalm under 2012 och 2013 hjälpt till att starta upp den process för utarbetande av lokala rutiner för personer med demens som för närvarande pågår.

För att främja samverkan mellan kommun och landsting har MÄÖ i samarbete med Östermalms SDF bjudit in Ulla Gurner som föreläsare vid ett seminarium samt att ytterligare två seminarier anordnats med fokus på samverkan på Östermalm mellan kommun, landsting och frivilligorganisationer. Vid seminarierna deltog 60 – 70 personer från enheter såsom hemtjänst, husläkarmottagningar, City Rehab Östermalm, Stockholmsgeriatriken, biståndshandläggare Östermalms SDF, politiker Östermalms stadsdelsnämnd, Östermalms sjukvårdsförening, SPF Väntjänst, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Stockholms landstings.

Vård- och omsorgssamordnarna har haft ett nära samarbete med frivilligorganisationer på Östermalm såsom SPF Väntjänst Östermalm, Röda korset, Kontakt och gemenskap Oscars

församling, diakonerna inom församlingarna på Östermalm och Östermalms sjukvårdsförening.

*Reflektioner kring vad som fungerat bra/mindre bra/inte alls med försöksverksamheten*

Försöksverksamhetens erfarenhet är att det finns ett behov av stöd i hemmet till enskilda personer tillhörande gruppen mest sjuka äldre för att öka deras trygghet och möjlighet att bo kvar längre i det egna hemmet. Stödet bör dock ingå i befintlig organisation inom den kommunala äldreomsorgen samt att mer regelbundet stöd såsom vid upprepade stödsamtal, hembesök, då kontakt tas med vård- och omsorgsgivare bör vara en del av socialtjänstens myndighetsutövning. Då stödet är en del av myndighetsutövningen möjliggörs dokumentation och uppföljning samt att detta även leder till en ökad rättssäkerhet för den enskilde,

Organisatoriskt har MÄÖ tillhört Östermalms stadsdelsförvaltning, äldreomsorgen. MÄÖ har dock varit en egen enhet med en något avsides belägen lokal. Detta har negativt påverkat möjligheten till samarbete och informella möten mellan vård- och omsorgsamordnarna och övrig personal inom äldreomsorgen och därigenom även möjligheten att via biståndsenheten komma i kontakt med äldre i behov av stöd från MÄÖ.

*Kopplingar till övriga delar av satsningen Bättre liv för sjuka äldre:*

Förutom SKL:s nätverksträffar har MÄÖ haft erfarenhetsutbyte skett med följande projekt inom satsningen *Bättre liv för sjuka äldre – Blekinge Äldrelotsar, Bättre samverkan, bättre liv i Hägersten, Liljeholm i Stockholm* samt projektet *Den sammanhållna vården i hemmet* i Tyresö.

## **Förändringar som skett under projekttiden**

Som tidigare redovisats reviderades projektmålen samt att projektets målgrupp utökades hösten 2011. Då MÄÖ har varit just en försöksverksamhet har MÄÖ genom att prova olika idéer och förhållningssätt” vuxit fram” under den aktuella projekttiden.

## Mätbara resultat som uppnåtts

Nedan presenteras data som beskriver gruppen äldre som försöksverksamheten kommit i kontakt med samt vilka insatser av stöd och hjälp som de äldre fått vård- och omsorgssamordnarna. Sist följer en fallbeskrivning med ett äldre par som illustrerar både de äldres situation och behov och vård- och omsorgssamordnarnas stödjande arbete.

### Äldregruppen

Under hela perioden september 2011- april 2013 har totalt 156 äldre personer fått stöd av teamet. En översikt av verksamhetens omfattning visas i Tabell 2.

**Tabell 2.** Översikt över kontakter med äldre personer i Mobilt Äldreteam Östermalm (MÄÖ):  
antal kontakter och fördelning relaterat till kontaktvägar och motiv/behov.

<b>Kontaktväg via</b>	<b>n</b>	<b>Motiv/behov</b>
Den äldre själv	78 (50 %)	<b>Information</b> om t.ex: hjälpmedel, boenden, trygghetslarm färdtjänst, vaktmästarservice, husläkarmottagningar, specialistsjukvård samt om möjlighet att få stöd från MÄÖ <b>Hjälp</b> med kontakt till vårdgivare och behov av trygghetsstöd.
Anhörig, nära vän, god man, granne	38 (24 %)	<b>Oro</b> för att den äldre inte får det stöd man ser behov av är den dominerande kontaktorsaken. <b>Information</b> om vägar att komma i kontakt med vård- och omsorgsgivare samt för att förmedla synpunkter på erhållen vård eller omsorg.
Vårdgivare, hemtjänst, biståndshandläggare	40 (26 %)	Upplever <b>behov av mer stöd</b> än vad som kan ges i den egna verksamheten t.ex. trygghetsstöd. <b>Hjälp</b> med kontakt med äldre som är svåra att kontakta (bli insläppt hos) som myndighetsutövare
<b>Totalt</b>	<b>156</b>	

MÄÖ har genomfört hembesök, vid ett eller flera tillfällen hos 97 äldre personer boende på Östermalm, totalt 274 besök. Av dessa kontaktade 34 personer själva MÄÖ efter att ha sett annons i lokalpressen alternativt MÄÖ:s informationsbroschyr på biblioteket eller hos husläkarmottagning. Det hände även att distriktssköterska, rehab etc tipsade personen om att MÄÖ fanns. För 20 personer var det anhöriga/grannar som tog kontakt med

MÄÖ. Via biståndshandläggare, hemtjänst och vårdgivare såsom husläkarmottagning, primärvårdsrehab, hemtjänst fick MÄÖ kontakt med 20 personer. Av de besökta personerna hade MÄÖ själva tagit kontakt med 23 efter brevutskick.

Vid hembesöken samlades data in med hjälp av protokoll. Under försöksverksamhetens inledande skede (Fas II, pilotdelen) testades och justerades dessa för att stämma överens med den besökta gruppen. Nedan presenteras data för de 36 personer som besökts under Fas II i projektet (2012-02-01 – 2013-04-12).

### Beskrivning av personer som fått hembesök av Mobilt Äldreteam Östermalm

De besökta personerna var 67 – 96 år, medelålder 87 år. Personerna besöktes vid ett eller flera tillfällen i hemmet. Av de besökta personerna var ca 2/3 kvinnor (26 kvinnor och 10 män) samt att merparten var ensamboende (29 ensamboende och 7 sammanboende). Cirka hälften (16 personer) av de besökta personerna uppgav att de hade stöd av anhöriga och 1/4 (9 personer) att de fick stöd och hjälp av en granne. Under det senaste året hade 17 av 36 personer besökt akutsjukvården samt att 21 personer hade vårdats på sjukhus. Cirka hälften (16 personer) hade hjälp av hemtjänst och 25 % (9 personer) var inskrivna i hemsjukvården. Omkring hälften av de besökta personerna bedömdes av vård- och omsorgssamordnaren ha en nedsatt minnesfunktion. Cirka 50 % (17 personer) gick själva utan stöd, ca 25 % (10 personer) använde rollator och 1 person använde rullstol. Balansproblem uppgavs av 25 % (9 personer) och närmare 40 % (13 personer) hade fallit under de senaste 6 månaderna.

*Barthel ADL-index* visade att: 22 av 34 personer var oberoende (Barthel=90- 100) i personlig ADL (P-ADL) medan 10 var milt beroende (Barthel=55-85). Endast 2 hade ett omfattande beroende av hjälp med personlig ADL. Data från Barthel ADL-index saknas för 2 individer.

Utvärderingsinstrumentet för hälsorelaterad livskvalitet *EQ 5D* användes för de äldres egen utvärdering av sin hälsa i fem dimensioner: *rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet*. Resultaten visade en dominans av nivån ”måttliga problem” i fyra av dessa dimensioner, medan besvär med hygien förefaller vara små för merparten.

Frågeformulär modifierat *Trygghetsindex*, om trygghetsupplevelse i relation till vård och omsorg samt i det egna hemmet. Trygghetsindexet visade att endast 14 av 33 (36 %)

angav att de mycket ofta eller alltid kände sig trygga i sitt hem med tanke på sin hälsa. Detta kan relateras till utfallet för EQ5D-dimensionen rädsla/nedstämdhet som visade att 23 av 34 (68 %) upplevde måttlig-svåra besvär inom detta område.

Sammanfattningsvis kan sägas att de personer som försöksverksamheten kommit i kontakt till stor del varit oberoende alternativt milt beroende i aktiviteter i det dagliga livet. De flesta har varit ensamstående och kvinnor. Flertalet har besökt akutsjukvården under det senaste året samt vid minst ett tillfälle under det senaste året vårdats inom slutenvården. Hälften av personerna hade hjälp av hemtjänst. Det kan konstateras att flertalet personer som inkluderats i försöksverksamheten skulle kunna beskrivas som ”sköra” äldre samt att flera även kunnat inkluderas i gruppen de mest sjuka äldre.

### *Insatser av stöd och hjälp*

Antal insatser per person varierar från en till nio. Totalt har 114 stödjande insatser utförts av MÄÖ. Den vanligaste insatsen har varit att genom samtal och utifrån försöksverksamheten framtaget protokoll kartlägga den äldres situation och vardagsbehov (29) i syfte att hitta möjliga lösningar på presenterade frågeställningar. Den näst vanligaste åtgärden har varit att förmedla muntlig och skriftlig information till den äldre om vård- och omsorgsgivare, väntjänst etc. (21) Andra vanliga åtgärder har varit att förmedla kontakt till husläkarmottagning och primärvårdsrehab, biståndshandläggare, hemtjänst, budget och skuldrådgivare, syn- och hörselkonsulent, specialistsjukvård och väntjänst. Av de 36 besökta äldre hade 6 ett uttalat behov av återkommande kontakt för trygghetsstöd.

Fallbeskrivning - Karen och Kalle, båda 94 år och sammanboende sedan 60 år

### *Utgångsläge*

Karen och Kalle bodde sedan 50 år i samma lägenhet om två rum och kök, 4 tr. med hiss. Efter att Kalle vårdats på sjukhus hade primärvårdens hemrehabteam gjort hembesök hos paret. Makarna avvisade då all vidare kontakt med hemrehab som kontaktade MÄÖ då paret bedömdes ha ett fortsatt vård- och omsorgsbehov.

Paret satt en ära i att klara sig själva utan hjälp i hemmet. De var mycket negativa till hemtjänst, särskilt Kalle, som inte ville ha ”spring av främmande människor” i sitt hem. Karen brukade ofta gå ut för att besöka sjukvården, uträtta ärenden och sköta matinköp. De hade regelbunden kontakt med sin utlandsboende dotter via internet och telefon. Hon hade tidigare hjälpt dem att ansöka om vård och omsorgsboende, vilket då avslogs. Paret var uppgivet inför situationen, de upplevde att de klarar sig allt sämre

i hemmet och önskade ånyo ansöka om ett vård- och omsorgsboende. Karen var mest drivande när det gällde ändrat boende. Hon upplevde att ansvaret var tungt och att krafterna tröt. Kalle hade osteoporos och gick lätt framåtböjd och hade nedsatt balans. Han hade fallit flera gånger och ådragit sig blödningar i skallen och flera frakturer som läkt. Kalle uttryckte ofta sorg över att inte kunna röra sig utomhus som tidigare. Han hade även nedsatt hörsel. Karen hade nedsatt närminne efter en tidigare stroke. Även hon hade nedsatt hörsel och använde hörapparater. Karen hade också en hjärtåkomma sedan många år och tog därför blodförtunnande läkemedel och hade regelbunden kontakt med specialistsjukvård. Då Kalle föll, vilket ofta inträffade nattetid, brukade Karen hjälpa honom upp samt att hon kontaktade ambulans när det var nödvändigt. Karen hade svårt att sova då hon var orolig för att inte höra om Kalle föll. Oron och bristen på sömn medförde att hennes hjärtåkomma försämrats.

#### *Identifierade behov*

Behovet av stödjande kontakter för ökad trygghet och hjälp i hemmet var uppenbar. Även parets dotter hade behov av information om föräldrarnas situation och hjälp med att stötta dem, då hon var mycket orolig för hur de skulle klara sin vardag.

#### *Insatser*

MÄÖ kontaktade paret och gjorde ett hembesök, vilket blev inledningen till ett halvårs lång kontakt med regelbundna hembesök, då ett ökat förtroende sakta byggdes upp. Karen ringde ofta och alla tider på dygnet till MÄÖ:s telefonsvarare. De tider ingen kunde svara blev hon uppring senast nästa vardag. Genom denna tillgänglighet och vid de regelbundna besöken byggdes en förtroendefull och trygg kontakt upp. Från MÄÖ motiverades paret även till att ta emot andra stödjande kontakter liksom till Trygghetslarm, vilket makarna i princip var positiva till. Men de var ovilliga att lämna ut nycklarna till sin bostad.

#### *Resultat*

Genom MÄÖ:s insatser har paret accepterat och fått:

- Kontakter med biståndshandläggare, hemtjänst, husläkare, distriktssköterska och primärvårdsrehab.
- Hemtjänst fyra gånger per dygn
- Hemsjukvård av distriktssköterska
- Hjälpmedel – en sjukhussäng
- Bostadsanpassning – borttagande av trösklar

Kalle och Karen upplevde sig väl omhändertagna och nöjda. Risken att Kalle skulle falla, skada sig och behöva sjukhusvård minskade. Karens oro minskade, hennes trygghetsupplevelse och hälsa förbättrades. Även deras dotter kände sig tryggare med föräldrarnas nya situation.

## Kvalitativa resultat – erfarenheter som inte går att kvantifiera

Nedan följer svar på de projektmål som formulerades 2011 samt förslag på åtgärder inför skrivande av ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre.

*Följande hinder för samverkan har identifierats av försöksverksamheten.*

Försöksverksamheten har funnit att vård- och omsorgsgivare ofta saknar kunskap och ibland förståelse om den andres arbetsuppgifter och ansvarsområden. Denna brist på kunskap och förståelse leder ofta även till bristande förtroende mellan kollegor från skilda yrkes- och ansvarsområden. Det saknas tydliga rutiner för samverkan mellan vård- och omsorgsgivare vilket leder till brister i vården och omsorgen om den enskilde. Samverkan mellan vård- och omsorgsgivare försvåras av rådande sekretesslagstiftning.

*Framgångsfaktorer för samverkan mellan vård- och omsorgsgivare*

Det behöver tydliggöras vem som har det yttersta ansvaret samt i vilka situationer när det gäller äldre personer som utifrån sin egen eller andras bedömning saknar förmåga att själva ansvara för sin person eller situation. Gemensamma rutiner för vård- och omsorgsgivare behöver arbetas fram för att möta de äldres behov.

Kontinuitet har stor betydelse för den äldres trygghet. Det ska alltid finnas en namngiven biståndshandläggare, distriktsköterska som har ansvar och som kan kontaktas. Vård- och omsorgsgivare behöver lätt kunna nå varandra och därmed ha tillgång till varandras direktnummer.

Frågor kring sekretess mellan vård- och omsorgsgivare (HSL och SoL) behöver få en lösning så att det är möjligt att rapportera över mellan vård- och omsorgsgivare i de fall en person annars riskerar att fara illa. Ersättningsystem behöver utformas så att de stödjer samverkan mellan vård- och omsorgsutförare.

För att få kunskap om varandras arbete och för att öka respekten inför den andres frågor och iakttagelser krävs att mötesplatser och kontaktvägar mellan vård- och omsorgsgivare utvecklas. Främjar samverkan gör t.ex. gemensamma utbildningsdagar och seminarier.



### *Förslag inför skrivande av ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre*

Flera av de äldre som försöksverksamheten varit i kontakt med har haft behov och även senare fått god man. Ett förslag är att information om god man ges i ett relativt tidigt skede och innan dess att den äldre saknar förmåga att sköta sin ekonomi eller själv sörja för sin person. Gode män med specifik kompetens kring äldre personers problematik vore önskvärt.

Lättillgänglig lokal information rörande vård- och omsorg, samhällstjänster, frivilligorganisationer och aktiviteter. Den äldre bör vid behov kunna få denna information vid ett hembesök.

Möjlighet till stöd i hemmet av vård- och omsorgssamordnare för äldre. Utveckla samarbetet med anhängkonsulent som har en liknande yrkesroll som vård- och omsorgssamordnaren. För att öka den enskildes rättsäkerhet bör ett mer regelbundet stöd vara en del av socialtjänstens myndighetsutövning. Ett myndighetsbeslut innebär att stödet ska dokumenteras vilket även möjliggör till uppföljning och utvärdering.

Vid utskrivning från sjukhus bör biståndsbeslutet följas upp inom två till tre veckor från hemgången. HSL-kompetens för stöd och konsultation till kommunens biståndshandläggare bör utvecklas.

## **Att lära av misstagen**

Försöksverksamhetens viktigaste lärdom var att det är mycket svårt att på kort tid starta en nästan helt fristående verksamhet. Det hade varit bra om försöksverksamheten hade varit närmare inkluderad i äldreomsorgens ordinarie verksamhet. Det hade även varit en fördel om MÄÖ:s lokal legat närmare de verksamheter som MÄÖ var tänkt att samarbeta med. Detta hade främjat informella möten och möjligheten till samverkan.

I projektansökan angavs även att MÄÖ skulle vara ett samarbetsprojekt mellan landstinget och kommunen. Det visade sig dock vara mycket svårt att skapa en organisation tillsammans med landstinget. En orsak var att det vid försöksverksamhetens start fanns tio husläkarmottagningar på Östermalm, en landstingsdriven och nio privata.

För att starta en försöksverksamhet krävs omfattande förberedelsearbete. Verksamhetens målgrupp måste redan vid planeringen vara tydligt definierad, de juridiska frågorna utredda samt att det krävs förankring av verksamheten i befintliga organisationer. Vid start av försöksverksamheten ägnades mycket tid åt att informera vård- och omsorgsgivare om MÄÖ. Det tar

dock både tid och kraft att starta upp en helt ny verksamhet och det var inte förrän i slutet av projektiden som MÄÖ blev mer känt bland vård- och omsorgsgivarna på Östermalm.

## **Förutsättningar för fortlevnad och spridning**

Försöksverksamheten avslutade sin verksamhet i juli 2013.

Implementering av försöksverksamhetens resultat sker under 2013 för att 2014 ingå i äldreomsorgens ordinarie verksamhet.

## **Slutord från projektet**

Ett flertal personer som inkluderas i gruppen de mest sjuka äldre har en demenssjukdom eller kognitiv svikt. Östermalms stadsdelsförvaltning kommer, 2013-2014 att utarbeta lokala rutiner utifrån de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom tillsammans med Stockholmsgeriatriken, husläkarmottagningarna och hemtjänsten. De rutiner som arbetas fram kommer även att vara till gagn för gruppen mest sjuka äldre

Personer tillhörande gruppen mest sjuka äldre som bor i ordinärt boende och som på grund av sjukdom och/eller funktionsnedsättning utifrån sin egen eller andras bedömning saknar förmåga att själva sörja för sin person eller ta hand om sin ekonomi befinner sig i ett mycket utsatt läge. Dessa personer har behov av stöd i hemmet liknande det boendestöd som personer med funktionsnedsättning kan ansöka om och beviljas av kommunen. Stöd i hemmet/boendestöd till de mest sjuka äldre skulle kunna beviljas under längre eller kortare tid t.ex. i väntan på att god man utses. För att möjliggöra uppföljning och utvärdering av stöd i hemmet/boendestöd och för att öka den enskildes rättsäkerhet bör ett mer regelbundet stöd vara en del av socialtjänstens myndighetsutövning.