Tillsammans för trygg hemgång

Erfarenheter från lärande utvärdering vid uppstart av ny insats för trygg hemgång i Järfälla

Rapport, november 2019

FOU nu

Sammanfattning

Utveckling av stöd till äldre vid hemgång från sjukhus var en angelägen fråga för kommunerna i nordvästra Stockholm varför forsknings- och utvecklingsenheten, FOU nu, fick i uppdrag att följa och stödja Järfälla kommuns Trygg hemgångsprojekt och sedan sprida kunskap och erfarenhet om arbetet till övriga kommuner.

Järfälla kommun drev under två år (2017 - 2018) ett projekt för att utveckla *Trygg hemgång* som en ny insats till äldre som upplevde oro vid återgång till hemmet efter vistelse på sjukhus eller korttidsboende. FOU nu bidrog under projektet med att leda tillfällen för lärande utvärdering med syfte att stödja gemensamt lärande under tiden utvecklingsarbetet pågick. FOU nu genomförde total fyra lärandeträffar med aktörer inom vård, omsorg eller stöd till äldre och deras anhöriga. Det gemensamma lärandet fokuserade dels på insatsen Trygg hemgång och dels på samverkan mellan aktörerna och hur de tillsammans kunde bidra till en trygg hemgång för äldre patienter.

Projektet innebar att ett Trygghemgångsteam bildades med fem undersköterskor som gav stöd vardagar den närmsta tiden efter hemgång. Biståndshandläggare beslutade om och följde upp insatsen som innebar ett rambeslut om ett mer omfattande och flexibelt stöd i hemmet jämfört ordinarie hemtjänstinsatser. Insatsen syftade till att öka välbefinnandet, ge stöd med stor kontinuitet och koordinera stödet från olika vårdgivare i hemmet. Ett förväntat resultat var att insatsen skulle minska behovet av korttidsboende. Slutsatserna som Järfälla kommun gjorde var att oro hos äldre och anhöriga upplevdes minska med Trygghemgångsteamets stöd, att både biståndsbedömare och brukare var nöjda med stödet samt att det var en mer kostnadseffektiv insats än korttidsboende.

Den lärande utvärderingen bidrog till att aktörerna fick kännedom om och förståelse för varandras uppdrag, en samsyn kring insatsen Trygg hemgång samt förbättrade sin samverkan. Insatsen Trygg hemgång förändrades under projekttiden. Stödets omfattning minskades, från initialt cirka två veckor till cirka fem dagar, bl.a. utifrån erfarenheten av att det var under de första dygnen i hemmet som det särskilda stödet behövdes sedan kunde hemtjänst ta över. Målgruppen utökades från äldre som upplevde oro vid hemgång, från sjukhus eller från korttidsboende, till att även omfatta personer som redan bodde hemma men där ordinarie stöd av olika skäl inte räckte till. Insatsens inriktning ändrades succesivt från initialt fokus på ökad trygghet vid hemgång till att även omfatta stöd för kvarboende, stöd för biståndshandläggare att förstå mer om enskildes behov, samordning av vård- och stödinsatser samt övergång mellan olika stödformer.

Den lärande utvärderingen visade på möjligheten att utveckla insatser i samråd med alla andra aktörer som berörs av insatsen för att få en samsyn och stärkt samverkan samt för att bättre kunna anpassa insatsen efter behov och resurser.

Innehåll

Bakgrund 5

Metod och genomförande 7

Lärande kring Trygg hemgång i Järfälla 10

- Insatsen trygg hemgång i Järfälla 10
- Gemensamt lärande för utveckling av trygg hemgång 13
- Värdefulla resultat 15

Reflektioner för fortsatt lärande 17

- Oro vid hemgång 17
- Trygghemgångsteam eller en trygg hemgång i samverkan 19
- Trygghemgångsteam eller särskilt resursteam för stöd i hemmet 19
- Lärande utvärdering i praktiken 19

Referenser 21

Bilagor 22

- Bilaga 1: Innehåll och deltagare vid workshop nr 1–4, år 2017–2018 22
- Bilaga 2: Presentation av insatsen Trygg hemgång i Järfälla 24
- Bilaga 3: Mallar för presentation och dialog under lärande utvärdering 25
- Bilaga 4 Summering av hur bilden av ”trygg hemgång” förändrades 26

Bakgrund

Trygghemgångsteam i Stockholms län

Vårdtiden på sjukhus minskar och kommunernas åtagande att efter kort tid kunna ta hem patienterna ökar. Flera kommuner söker även former för att i högre grad ersätta insatsen korttidsboende med stöd i hemmet. Det har bidragit till att kommuner på olika sätt inför nya insatser eller nya arbetssätt för att underlätta hemgång även då den äldre patienten har omfattande behov av stöd i hemmet efter sjukhusvistelse. I Sverige finns exempel på olika former för ”trygg hemgångsteam”, ”tryggt mottagande” eller ”förstärkt hemgångsteam”. I Stockholms län var Botkyrka och några stadsdelar i Stockholms stad först ut med att 2016 utveckla former för detta utifrån förutsättningarna i Stockholms län där hemsjukvården drivs av primärvården.

En ny lag som reglerar ansvar och arbetssätt vid hemgång från sjukhus infördes 2018; lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso - och sjukvård (2017:612). I Stockholms län innebar det en överenskommelse mellan region Stockholm och kommunerna där nya arbetssätt infördes i november 2018. En revidering av överenskommelsen genomförs och från år 2020 får kommunerna färre antal så kallade ”fristdagar”, de antal dagar kommunen har på sig att ordna hemtagning efter sjukhusvistelse innan kommunen får betala för platsen på sjukhuset.

Under de senaste åren har allt fler kommuner i Stockholms län infört olika former för förstärkt stöd vid hemgång från sjukhus. De olika satsningarna skiljer sig delvis åt avseende t ex uppdrag, målgrupp, organisering, kompetens och huvudmannaskap. Det som är gemensamt är att de kan erbjuda ett utökat, mer flexibelt stöd i hemmet till patienter som annars inte hade klarat eller inte önskat gå hem efter sjukhusvistelse. Vissa kommuner utvecklar former för trygg hemgång inom ramen för ordinarie verksamheter medan andra inför nya kompletterande insatser som t ex Trygghemgångsteam.

Projektet i Järfälla

Järfälla kommun är med sina knappt 80 000 invånare en av de större kommunerna i Stockholms län. Äldrenämnden i Järfälla bedrev under två år, 2017–2018, ett projekt för att testa och utveckla *Trygg hemgång* som en ny insats. Kommunen hade gjort en inventering innan projektet som visade att det fanns personer som bedömdes kunna bo hemma med stöd men där personerna själva eller deras företrädare uttryckte stor oro för detta. Ett syfte med projektet var att minska andelen äldre med korttidsboende och istället stärka stödet i hemmet för att på det sättet öka äldres möjlighet att återgå till sitt hem. Ett team med fem undersköterskor bildades med uppdrag att ge stöd till äldre personer som känner oro för att återgå till hemmet efter vistelse på sjukhus eller korttidsboende.

Trygg hemgång drevs som ett projekt inom socialförvaltningen. Projektet hade en styrgrupp där avdelningschef, chef för biståndsenheten, verksamhetschef för kommunens hemtjänst, projektledare och förvaltningens utredare ingick. Teamets uppdrag och målgrupp justerades av styrgruppen under projekttiden. Under den tid FOU nu följde projektet kom det flera nya personer in på de funktioner

som fanns representerade i styrgruppen. Även ansvarig nämnd som initierat projektet har efter valet omformats. Projektledare har bytts flera gånger men teamet var intakt under tiden för den lärande utvärderingen.

Kommunen gjorde en deluppföljning om projektet maj 2018 och en slutrapport januari 2019. Trygghemgångsteamet övergick till ordinarie verksamhet från 2019.

FOU nu:s uppdrag om lärande utvärdering

FOU nu är en forsknings- och utvecklingsenhet för frågor som rör stöd, vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. FoU-enheten ägs av Järfälla kommun och sex andra kommuner i nordvästra Stockholm samt Region Stockholm. Enheten har haft flera uppdrag som avser samverkan, sammanhållen vård och omsorg, införande av LUS, orsaker till återinläggning och olika former för gemensamt lärande. Trygg hemgång var en angelägen fråga för ägarna av FOU nu som gav uppdraget till enheten att bidra med lärande utvärdering under projektet i Järfälla samt sprida erfarenheter till de andra kommunerna.

FOU nu hade inte i uppdrag att utvärdera projektet.

Denna rapport

Denna rapport återger resultat och erfarenheter som framkom vid tillfällen för lärande utvärdering om trygg hemgång i Järfälla 2017–2018 samt FOU nu:s reflektioner efter avslutat uppdrag. Syftet med rapporten är att bidra till spridning av kunskap och erfarenheter avseende trygg hemgång för äldre som känner oro inför att återgå till hemmet efter sjukhusvistelse. Ett annat syfte är att summera reflektioner kring att använda lärande utvärdering som metod som stöd vid uppbyggnaden den nya insatsen.

I del 3, Lärande kring Trygg hemgång i Järfälla, beskrivs resultat hämtat från lärandeträffarna, om inte annat anges. I den avslutande delen återges FOU nu:s slutsatser och reflektioner.

Rapporten är avstämd med Järfälla kommun.

Metod och genomförande

Lärande utvärdering

Lärande utvärdering är en metod för att gemensamt lära under tiden ett utvecklingsarbete sker. Syfte är att ta vara på och skapa utrymme för lärande.

Lärande utvärdering karaktäriseras av att den:

- är formativ, d v s processbaserad och sker löpande
- kommer in tidigt i ett program-, respektive projektgenomförande
- kräver en närhet till deltagarna
- ska vara till omedelbar nytta för olika berörda
- förutsätter en kontinuerlig återkoppling, som kan ske med olika ambitionsnivåer
- bidrar med underlag för ett utvecklingsinriktat lärande och gemensam kunskapsbildning
- studerar måluppfyllelse, men är medveten om att målen kan förändras över tid
- bidrar till allmän debatt och ger en generell kunskapsbildning.

(Lärande utvärdering, Sjöberg, K, Svensson L m.fl., Studentlitteratur, 2009)

Vid lärande utvärdering används ofta ”lärandeträffar”, till exempel i form av workshops, där berörda aktörer gemensamt bidrar till en ökad förståelse och ökad kunskap om den aktuella frågan.

Hur processen för lärande planerades och genomfördes i Järfälla

FOU nu planerade tillsammans med förvaltningsledningen i Järfälla hur ett stöd inspirerat av lärande utvärdering skulle utformas för att stödja uppstarten av trygghemgångsteamet i Järfälla, bidra till lärande kring trygg hemgång under projekttiden samt möjliggöra spridning av erfarenheter till de andra ägarkommunerna.

FOU nu:s uppdrag var att, under projekttiden, leda lärandeträffar i form av workshops som samlade vård- och omsorgsaktörer i Järfälla som var berörda av trygg hemgång för äldre, bland annat geriatrik, primärvård, hemtjänst, anhörigstöd och biståndshandläggare. Totalt genomfördes fyra träffar mellan maj 2017 och oktober 2018.

Syftet med träffarna var att skapa möjlighet för gemensamt lärande under projektets gång. Lärandeträffarna skulle ge berörda aktörer möjlighet att tillsammans beskriva vad de gjorde för att säkra en trygg hemgång samt vilka resultat och konsekvenser de såg och på det sätt bidra till ökad förståelse och kunskap för möjlighet till lärande och justering av arbetssätt. Fokus för den lärande utvärderingen var hur det samlade stödet till de äldre som uttryckte oro för hemgång efter sjukhusvistelse eller korttidsboende utvecklades samt hur den nya insatsen, Trygg hemgång, bidrog till en trygg hemgång.

Deltagare till lärandeträffarna kom dels från kommunala verksamheter vilka bjöds in av ansvarig chef i Järfälla och dels från aktörer inom landstinget vilka

bjöds in av FOU nu. Det var önskvärt att samma deltagare deltog vid flera eller alla träffarna med det var inte ett krav.

De som bjöds in från kommunen var:

- Styrgrupp för projektet
- Trygghemgångsteamet med projektledare
- Biståndshandläggare
- Anhörigkonsulent
- Hemtjänstutförare
- Ansvariga för trygghetslarm, kväll- och nattpatrull
- Korttidsboendet
- Pensionärsorganisationer i projektets referensgrupp.

De landstingsverksamheter i Järfälla som bjöds in var:

- Geriatrisk klinik
- Vårdcentraler
- Primärvårdsrehabilitering

FOU nu anpassade innehållet i träffarna efter förutsättningarna i projektet. Frågeställningarna för träffarna togs fram med syfte att stödja gemensamt lärande och avgränsades till de områden deltagarna kunde påverka eller bidra kring. Innehåll och inbjudan för respektive tillfälle stämdes av med Järfälla kommun. FOU nu ledde och dokumenterade dessa tillfällen som alla genomfördes i FOU nu:s lokal.

Återkommande punkter vid träffarna var; information om trygg hemgångsteamets uppdrag och resultat samt dialog om kritiska moment/utmaningar och viktiga värden att gemensamt uppmärksamma och lära av. Utifrån att det fanns behov av att utveckla samverkan för att tillsammans skapa en mer trygg hemgång identifierades även utvecklingsområden och konkreta förslag till åtgärder som sedan stämdes av vid nästkommande träff.

Enkla schematiska bilder/mallar togs fram av FOU nu, utifrån dialoger med teamet, som stöd för den gemensamma processen vid lärandeträffarna. Syftet var att på ett effektivt och visuellt sätt samla både information från trygghemgångsteamets arbete och resultat av dialogerna.

1. Mall för presentation av teamets uppdrag, se bilaga 2
2. Mall för presentation av stödet/ resultat hos den enskilde, se bilaga 3
3. Bild av flödet och aktörer som ger stöd till den enskilde vid hemgång, se sid 9
4. Mallar för samla kritiska moment, viktiga värden och utvecklingsområden, se bilaga 3

Varje lärandeträff varade ca 2 timmar och ca 20 till 40 personer från kommunen och landstingsverksamheter deltog vid varje träff. Vid ett par tillfällen deltog representanter från pensionärsorganisationer i Järfälla vilka ingick i kommunens referensgrupp för projektet trygg hemgång. För mer specifik beskrivning av innehåll och deltagande vid träffarna, se bilaga 1.

FOU nu hade återkommande kontakt med projektledare, utredare och med teamet samt deltog vid vissa styrgruppsmöten. Teamet förberedde sina presentationer inför träffarna med stöd av FOU nu

Spridning av erfarenheter till andra kommuner

FOU nu arrangerade i samarbete med Järfälla kommun ett spridningsseminarium efter den första lärandeträffen kring trygg hemgång. I slutet av projekttiden höll FOU nu i ett öppet seminarium med fokus på kvalitet vid samverkan vid vårdövergångar. Efter uppdraget i Järfälla avslutats har FOU nu samverkat med andra äldre-FoU:er i Stockholms län för spridning av flera olika studier av trygg hemgång som gjorts i länet. En gemensam workshop för spridning av FoU:ernas samlade erfarenheter genomförs hösten 2019. Denna rapport är framtagen av FOU nu med syfte att sprida erfarenheter från arbetet i Järfälla till andra kommuner.

Lärande kring Trygg hemgång i Järfälla

Insatsen trygg hemgång i Järfälla

Trygg hemgång var en ny insats i Järfälla som innebar att äldre som kände oro för att gå hem efter vistelse på sjukhus eller korttidsboende kunde erbjudas stöd i hemmet av teamet under den närmsta tiden efter hemgång. Insatsen startade i projektform för att kommunen lättare skulle kunna pröva sig fram kring insatsens utformning och trygghemgångsteamets arbetssätt. Lärande utvärderingen gav kommunen möjlighet att utveckla insatsen i samråd med de andra aktörer som fanns i vård- och omsorgskedjan vid utskrivning från sjukhus.

Det första tillfället för lärande utvärdering var den första gången den nya insatsen och teamet presenterades för landstingets aktörer vid hemgång från sjukhus; geriatrik, rehab, vårdcentral, samt för vissa samarbetsparter inom kommunen så som hemtjänstutförare och anhörigkonsulent. En återkommande punkt vid träffarna var att teamet och projektledningen berättade om de justeringar som gjorts avseende deras uppdrag (se bilaga 2) och de erfarenheter de gjort.

Här följer en beskrivning av hur trygg hemgång utvecklades under projekttiden, vilka teamet gav stöd till och teamets reflektioner kring den oro de äldre gett uttryck för.

Utveckling av trygghemgångsteamets arbete

Trygghemgångsteamet bestod av fem undersköterskor som rekryterats internt till projektet utifrån kompetens och personlig lämplighet. Teamets bemanning ändrades inte under projektet förutom att det i slutet av 2018 tillfördes vikarier vid teammedlemmarnas frånvaro. Projektledare för teamet varierade dock och under en period var teamet utan projektledare.

Teamets uppdrag var att utföra den biståndsbedömda insatsen, Trygg hemgång, som innebar ett rambeslut för ett mer flexibelt utformat stöd än hemtjänst. Den enskilde erbjöds en kontaktperson från teamet som kunde ge personcentrerat stöd med hög kontinuitet och samordna vården och omsorgen i hemmet.

Målgruppen var initialt äldre som upplevde oro vid hemgång från sjukhus eller korttidsboende. Under projektet utökades målgruppen till att även omfatta personer som bodde hemma och där ordinarie stöd av olika skäl inte räckte till.

Insatsen omfattade stöd i hemmet på vardagar, initialt under 2 veckor (upp till 3 veckor) under dag- och kvällstid. Under projektets gång minskades antal dagar till ca fem dagar och stödet gavs enbart dagtid. Minskningen genomfördes bland annat utifrån bedömningen att det framförallt var under de första dygnen i hemmet som behov av teamet var som störst, sedan kunde ordinarie hemtjänst träda in. Färre dagar skulle också kunna möjliggöra att fler fick del av teamets stöd. Det fanns också reflektioner kring att om teamet hade mycket tid hos den enskilde kunde det bli för stor skillnad mot det stöd hemtjänst kunde ge efter överlämning. Under projekttiden avgränsades även stödet till att inte längre

omfatta serviceinsatser (städ, tvätt, inköp), utom då det fanns särskilda behov.

Teamet arbetade för en god övergång bland annat genom att besöka patienten på sjukhuset och ta kontakt med anhöriga innan hemgång. Detta uppfattades bidra till minskad oro för patienten och deras anhöriga. Vid flera av lärandeträffarna lyftes det värde som bedömdes finnas i att arbeta på ett *överlappande* sätt, i betydelsen att personal håller kontakt med den enskilde vid övergångarna.

Under projekttiden infördes uppföljande hembesök med ett samtal ca två veckor efter avslutad insats. Vid besöken överlämnade teamets personal även en enkät för uppföljning som den enskilde sedan skickar till kommunen. Teamet beskrev att samtalen var uppskattade både av den enskilde och av dem själva. De beskrev att det gav ett bättre avslut av insatsen; ”Vi säger inte *hej då* utan *ses snart*!” Det kändes också bra för teamet att höra att det är bra med den enskilde. Teamet uppfattade det som professionellt att följa upp insatsen, att det visade på att de brydde sig om personen och tog ansvar för hela vårdkedjan fungerar; ”att det ska bli en säker och trygg hemgång”. De fick även kunskap om hur övergången till ordinarie stöd fungerade, t.ex. stärktes deras förståelse för att övergången till hemtjänst var en knäckfråga för trygg hemgång.

Teamet utvecklade även former för samverkan med bistånd, anhörigkonsulent, hemtjänst och vårdcentral. Alla parter uppfattade det som värdefullt att ha en personlig kontakt vilket bidrog dels till ett mer samordnat stöd till den enskilde och dels till att det samlade stödet blev mer känt hos aktörerna i vård- och omsorgskedjan.

De som fick stöd av trygghemgångsteamet

Teamet presenterade vid träffarna en sammanfattande bild av vilka som fått stöd av teamet, hur deras behov och situation sett ut och om de bodde kvar hemma efter avslutad insats. Utifrån frågor som dök upp vid lärandeträffarna gav teamet även sin bild av vad som skapat oro hos de äldre och på vilket sätt deras stöd tycks ha lugnat.

I slutet av 2018, d v s efter 18 månader, hade teamet stöttat totalt 125 personer, i olika åldrar från 63 till 101 år. De flesta var mellan 75 och 90 år och drygt hälften (58%) var kvinnor. Deras behov av stöd berodde bland annat på sjukdom och funktionsnedsättning, t ex kognitiv svikt, demenssjukdom, stroke, cancer, eller frakturer. Några led av psykisk ohälsa och några var i ett palliativt skede i sin sjukdom.

De flesta (ca 70%) kom hem från slutenvården, några från korttidsboende och ytterligare några (14%) tillhörde den nya, ökande målgruppen med de som bodde hemma då de fick stöd av teamet.

De flesta bodde kvar i hemmet efter trygghemgångsteamet avslutat sin insats. Knappt var femte (ca 18%) var vid tiden för uppföljningen åter på sjukhus eller hade flyttat till särskilt boende. Ingen var på korttidsboende.

Trygghemgångsteamet lät de som fick insatsen skatta sin egen hälsa dels precis då de kommit hem och dels då insatsen avslutades. Skattningen skedde med

bedömningsinstrumentet EQ-5D[1] som teamet hade utökat med två frågor om oro och trygghet. De flesta skattade sin hälsa som betydligt bättre efter den tid de fått stöd av teamet. I några fall blev inte hälsan bättre och i några fall blev den sämre, vilket ofta var kopplat till komplikationer/sjukdomar eller fallskador som ledde till återinläggning på sjukhus.

Järfälla kommun började, hösten 2018, följa upp insatsen med en enkät till den enskilde ca två veckor efter trygg hemgångsinsatsen avslutats. Enkäten överlämnades av teamet vid uppföljningssamtalet och den enskilde skickade sedan svaren till socialkontoret där utredaren löpande sammanställde resultatet.

Vid den avslutande workshopen för lärande utvärdering kunde utredaren berätta om resultatet för 14 personer varav 3 hade fått hjälp att svara tillsammans med anhörig. Av de som svarat tyckte alla, utom en, att tiden med ”trygg hemgång” varit *mycket bra* eller *bra*. De flesta angav att det som fungerat bra med Trygg hemgång var att det *blivit tryggare i hemmet* (10 pers) och att de *fått hjälp att planera vardagen (10 pers)*. Sex personer svarade att de fått *hjälp att bli så självständiga som möjligt*. Det fanns även möjlighet att lämna kommentarer. De fyra personer som hade gjort det lyfte dels att det var ett *bra stöd för dem som anhörig* och dels att *personalen hade bra kompetens (kunnig, förståndig, personligt, pedagogiskt*). På frågan om vad som fungerade mindre bra eller vad de hade saknat svarade ett par att de *önskat längre tid med teamet* och en person svarade att det *fungerade bra men var många olika människor, svårt att känna igen.*

Teamets bild av de äldres oro och hur de kunnat lugna

De som arbetade i teamet försökte få en bild av vad de äldres oro handlade om och berodde på. De berättade att de kunde dela in den oro de mötte i tre huvudområden:

- **Dålig hälsa/sjukdom**: Psykisk ohälsa, traumatiserad, nedstämd eller kognitionsproblem med svårighet att orientera sig (uppfattade situationen som rörig eller obegriplig). Även smärta, biverkningar av medicin eller sjukdom orsakade oro.
- **Bostaden**: oro kopplat till hur bostaden var beskaffad, behov av bostadsanpassning
- **Anhöriga/brist på anhörig**: det fanns de som inte hade någon anhörig som kunde stödja eller de som var rädda för att belasta sina anhöriga.

Teamet bedömde att de genom deras uppdrag och arbetssätt kunnat minska oro vid hemgång. Några delar de uppfattade som väsentliga för att minska oro var:

- Att de etablerade kontakt med den enskilde då personen var på sjukhus/korttids och aktivt försökte inge ett lugn inför hemgång. Även att de erbjöd uppföljande samtal efter avslutad insats uppfattade de bidrog till ett lugn inför att stödet skulle avslutas.

[1] Ett skattningsinstrument för att mäta den enskildes upplevda hälsotillstånd inom fem olika dimensioner; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet.

- Att de gav stöd att planera och skapa struktur i vardagen samt samordnade de olika stödinsatserna från kommun och landsting.
- Att de hade tid att arbeta i lugnt tempo och göra den enskilde delaktig. De hade tid för samtal, kunde informera och förklara i lugn och ro samt vid behov motivera den enskilde att ta emot stöd. Inledningsvis kunde stödet handla om att se till att personer äter och dricker samt ge stöd i praktiska frågor i hemmet.
- Att de hade tät dialog med anhöriga. De uppfattade att de både kunde avlasta men också lugna anhöriga vilket i sin tur bedömdes kunna minska oro hos den enskilde.

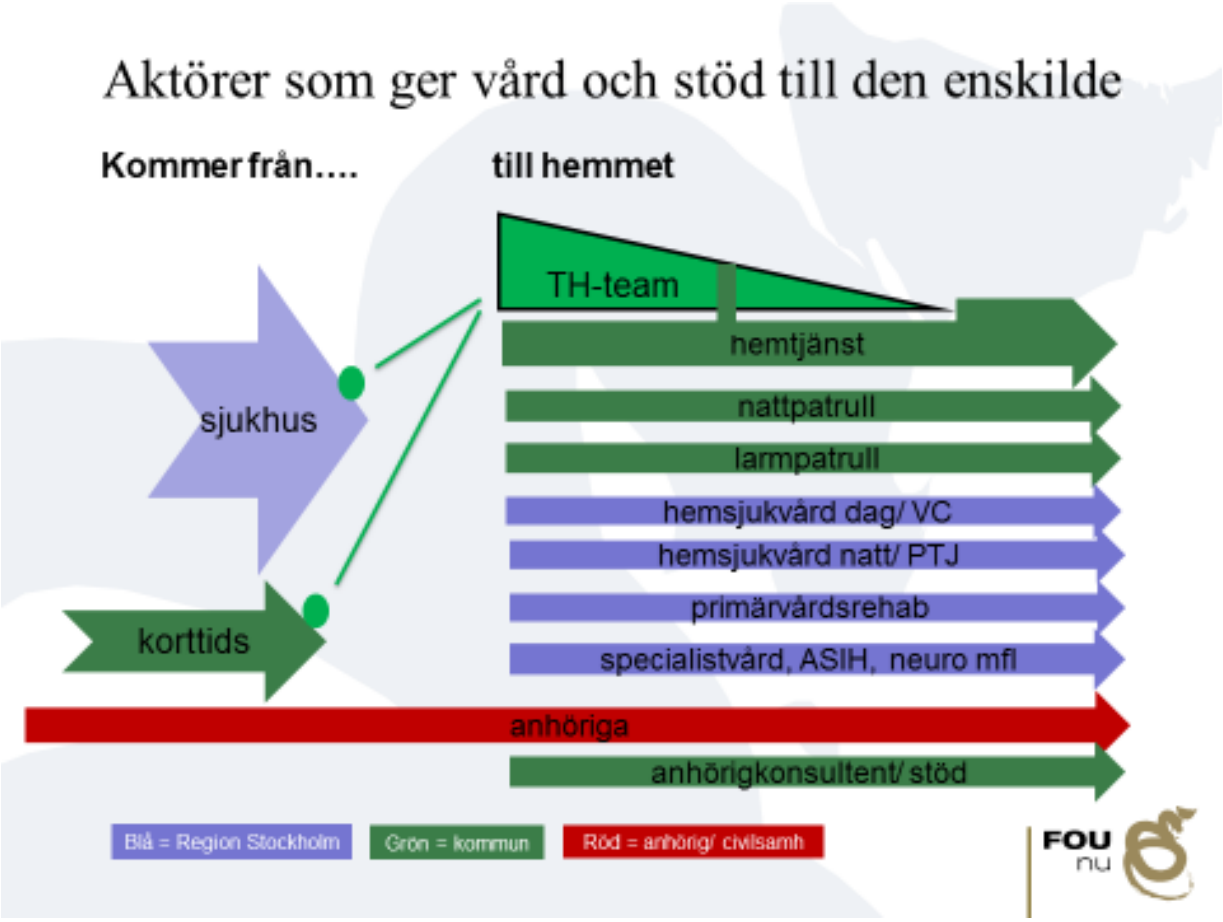
Gemensamt lärande för utveckling av trygg hemgång

Trygghemgångsteamet i dess sammanhang

En grund för lärandet var att ha en gemensam bild av flödet för den äldre patienten som fick stöd av trygghemgångsteamet, hela vägen från behov av insatsen tills efter den avslutats. För detta gjordes en schematisk bild över vård- och omsorgskedjan samt var i flödet vilka aktörer kom in. Bilden baserades på erfarenheter från de sex personer som hade fått stöd av teamet innan det första workshopstillfället.

Bilden tydliggjorde att även om trygghemgångsteamet stod för det mesta av stödet då den enskilde kom hem från sjukhus eller korttidsvistelse fanns det flera andra aktörer som gav vård och omsorg under samma tid. För omvårdnadsuppdraget var det förutom trygg hemgångsteamet den ordinarie hemtjänsten som gav stöd kvällar och helger samt larm- och nattpatruller som kom vid larm eller behov av tillsyn nattetid. Avseende primärvårdsuppdraget så var det rehabenheten och vårdcentralen samt hemsjukvårdens aktör för insatser kvällar, nätter och helger. I flera fall hade den enskilde även vård från specialistvård (t ex ASIH, neuroteam, stroketeam). De flesta hade anhöriga som var en viktig part i vården och omsorgen. Anhörigkonsulent kopplades in som stöd för anhöriga. Därutöver tillkom förstås kontakt med biståndshandläggare.

Införande av den nya insatsen Trygg hemgång innebar förändringar som påverkade de andra aktörerna i vård- och omsorgskedjan vid hemgång från sjukhus eller korttidsboende. Alla aktörerna som medverkade bidrog på olika sätt till en trygg hemgång för den enskilde.



Schematisk bild över vårdkedjan vid hemgång samt vilka aktörer som ger vård, omsorg och stöd till den enskilde.

Kritiska moment, viktiga värden och utvecklingsområden

Den schematiska bilden av flödet utgjorde utgångspunkt till dialoger om kritiska moment, var samverkan krävs men även vilka värden aktörerna gemensamt behöver värna.

De kritiska moment deltagarna identifierade handlade till största del om samplanering av stödet i hemmet inklusive samspel med anhöriga samt övergångar mellan olika insatser. Formerna för övergången mellan trygg hemgångsteamet och hemtjänsten lyftes särskilt. Det blev vid lärandetillfällena tydligt att ett kritiskt moment var hur och när trygghemgångsteamet introducerade de ordinarie resurserna för stöd i hemmet för den enskilde och dennes anhöriga. Det uppfattades som stor risk för att den enskilde och anhöriga skulle önska att ha kvar trygghemgångsteamet istället för att övergå till ordinarie hemtjänst och att de skulle känna sig missnöjda eller oroliga på nytt då hemtjänsten tog över.

Vid den första träffen hade deltagarna många frågor kring trygg hemgångsteamets uppdrag. Efter ökad kunskap om teamets arbete identifierade deltagarna vad de uppfattade som viktiga värden med den nya insatsen Trygg hemgång. Under de senare lärandeträffarna hade deltagarna från de andra verksamheterna en positiv

bild av teamets arbete och bedömde att de bidrog till flera viktiga värden för en trygg hemgång efter sjukhusvistelse. Det handlade dels om att insatsen uppfattades vara bra för den enskilde och dennes anhöriga (personcentrerat stöd med hög kvalitet, kontinuitet och flexibilitet) och dels om att teamet kunde ge bra underlag till biståndsbedömare och hemtjänst som bidrog till ett bra stöd i hemmet efter att trygg hemgångsteamet avslutat sin insats. Deltagarna delade bilden av att insatsen minskade oro för både den enskilde och anhöriga. Ett värde var även att teamet kunde bidra till bättre underlag för att hitta rätt nivå på stödet efter insatsen avslutats vilket var värdefullt både för biståndsbedömare och hemtjänsten. I några fall hade tiden i hemmet visat att rätt stöd för den enskilde var att flytta till ett särskilt boende. Det lyftes som ett viktigt värde att den enskilde och anhöriga ”verkligen fått prova att bo hemma”.

Vid lärandeträffarna identifierades och prioriterades områden för utveckling. Ansvar klargjordes och arbetet följdes upp vid nästkommande lärandeträff. De utvecklingsområden som prioriterades var:

- kontakt/kommunikation mellan aktörer inklusive rutiner för överföring av information kring brukare/patienter
- stärkt samarbete mellan trygghemgångsteamet och hemtjänstutföraren kring brukarna, bl a former för introduktion av hemtjänsten och för överrapportering.
- anpassning av teamets uppdrag och former för samverkan utifrån ändrade förutsättningar, bl a nya arbetssätt enligt regional överenskommelse om LUS samt nya målgrupper.
- uppföljning av trygg hemgång

Värdefulla resultat

Här summeras de resultat som deltagarna avslutningsvis lyfte fram avseende trygg hemgångssatsningens bidrag till hela vård- och omsorgskedjan samt utvecklingen av samarbete mellan aktörerna för en mer trygg hemgång.

Bättre kommunikation och samarbete

Deltagarna uttryckte att kommunikationen och samarbetet mellan de olika aktörerna hade förbättrats under tiden med projektet och den lärande utvärderingen. Några uttryckte vid den avslutande träffen att det ”nu fungerade mycket bra!”.

Samarbetet mellan bistånd och trygghemgångsteamet hade förbättrats och de hade utvecklat formerna för hur och när de kommunicerar. De regelbundna möten mellan teamet och anhörigkonsulenten som införts uppskattades och uppfattades bidra till ett bättre stöd till anhöriga och var även ett bra stöd till teamet.

En faktor som underlättade samarbetet var den personliga kontakt som skapats mellan aktörerna.

Samarbetet mellan Trygghemgångsteamet och hemtjänst betonades särskilt. Övergången till hemtjänst, oavsett utförare, hade varit en återkommande fråga där arbetssättet succesivt hade utvecklats men behov uttrycktes av fortsatt samverkan. Det uttrycktes även önskemål om fortsatt gemensamt lärande mellan teamet och hemtjänst avseende arbetssätt och bemötande. Några deltagare uttryckte synpunkten: ”Vi går ut tillsammans i början av insatsen! Trygg hemgång är en del av hemtjänsten!”.

Deltagarna önskade fortsatt samverkan för en trygg, och som de uttryckte det; *hållbar*, hemgång. De tyckte det var värdefullt att kunna stå upp för att de var en del av en hel vård- och omsorgskedja med syfte att skapa en trygg och säker hemgång för patienterna, från utskrivning tills det ordinarie stödet är på plats. Några deltagare summerade det så här: ”Vi ska visa att vi har koll på **hela processen**!”. ”Inte vi och dom utan; **vi**!”

Trygghemgångsteamet som del i att skapa trygg hemgång

På olika sätt uppfattades trygghemgångsteamet ha bidragit till en tryggare hemgång för äldre med oro. Flera deltagare bedömde att en viktig del i att skapa trygghet var att patienten fick kontakt med teamet innan hemgång. Då teamet hade mer tid och mer flexibelt uppdrag kunde de samordna och säkerställa samarbetet kring den enskilde i hemmet vilket bedömdes bidra till en ökad trygghet för de äldre men även minskad belastning och oro hos anhöriga.

Biståndsbedömarenheten som hade varit drivande i projektet från start uppfattade att det hade blivit ett bra resultat och att de kände sig trygga i att de genom denna insats kunde erbjuda ett bra stöd till äldre. Biståndsbedömarna fick genom teamet bättre underlag för deras bedömning av stöd till den enskilde än de hade fått annars. Det gav förutsättningar för bättre beslut om stöd i nästa skede.

Teamets uppdrag bidrog också till att hemtjänst fick bättre underlag och bättre förutsättningar för att kunna ge stöd i hemmet.

Deltagare vid de avslutande träffarna uttryckte att de ansåg att insatsen hade gett ett bra resultat. Det hade ökat möjligheten att bo hemma längre och minskat oro hos målgruppen. Både brukare och anhöriga tycktes nöjda. Flera deltagare uppfattade insatsen som kostnadseffektiv utifrån att den minskade behovet av korttidsboende och utifrån en generell erfarenhet av att trygga brukare har mindre behov av stöd än de som upplever stor oro.

Utveckling mot bredare uppdrag och målgrupp

Trygghemgångsteamet fick succesivt en bredare målgrupp. Deltagare vid den avslutande lärandeträffen uppfattade att det var positivt och lyfte att stödet från trygghemgångsteamet behövdes även för personer med demenssjukdom i ordinärt boende samt för personer med funktionsnedsättning. Personer som bor hemma och har stora behov av vård och omsorg men som inte söker eller tar emot stöd uppfattades som en viktig målgrupp.

Reflektioner för fortsatt lärande

I denna del lyfter FOU nu några reflektioner och resonemang efter avslutad lärande utvärdering kring satsningen på trygg hemgång i Järfälla, i syfte att bidra till spridning av lärande till andra kommuner.

Oro vid hemgång

Projektet i Järfälla visade på flera intressanta frågor kring oro respektive trygghet. Det som kom fram i lärande utvärderingen kan ge vissa ledtrådar men frågan om oro är komplex och FOU nu bedömer att det finns anledning att gå vidare i sökande efter svar och lärdomar.

I detta exempel från Järfälla var oro grund för insatsen, d v s det som biståndshandläggaren uppfattade som oro hos den äldre, eller dennes anhöriga, inför hemgång från sjukhusvistelse. Erfarenheterna pekade på att oro hos äldre och anhöriga upplevdes minska med Trygghemgångsteamets insats. Det som utmärkte insatsen Trygg hemgång var att det var ett rambeslut med möjlighet att ge den tid den enskilde hade behov av. De kunde bygga upp stödet på ett flexibelt sätt utifrån dialog med den enskilde, d.v.s. den enskilde fick större möjlighet till inflytande över stödet. De kunde hjälpa till med planering och samordning av stödet i hemmet i en situation som var ny eller av andra skäl otrygg för den enskilde. Teamet beskrev att de hade tid att informera, förklara och samtala.

Erfarenheten från lärandeträffarna tyder även på att en aktiv samverkan mellan vård- och omsorgsgivarna och att insatserna överlappar varandra i vårdkedjan kunde öka tryggheten för de äldre och anhöriga. En förutsättning för god samverkan bedömdes vara att de olika aktörerna fick kännedom om varandra och möjlighet att diskutera hur de kunde samverka för att på olika sätt bidra till en trygg hemgång och långsiktigt bra lösning för den enskilde. Samverkansmöten kunde bidra till att aktörerna själva fick en bättre bild av och förståelse för den samlade vårdkedjan och därmed kände sig tryggare i att stödet till den enskilde är bra under hela kedjan. Det i sin tur skulle kunna bidra till att aktörerna bättre kan trygga den enskilde och dennes anhöriga, dels genom att bidra med kunskap om vad som kommer att hända i nästa steg och dels genom att förmedla en trygghet i att det finns en god och sammanhållen vårdkedja.

Det blev redan vid den första lärandeträffen tydligt att de kritiska momenten, utmaningarna för att få en trygg hemgång, till stor del handlade om övergången mellan olika steg i vårdkedjan. I dialogerna lyftes även värdet i att arbeta ”överlappande”, d v s att aktörer aktivt hålla kontakten med den enskilde under och efter vårdövergångar för att på det sättet minska steget mellan olika insatser. Trygghemgångsteamet i Järfälla besökte den enskilde på sjukhus innan hemgång och utvecklade även former för uppföljande samtal två veckor efter insatsen avslutats.

Det finns flera frågeställningar avseende oro som vore intressant att lära mer om:

Vad är de äldre oroliga för?

Varför känner de oro? Varför kände de inte förtroende för att det ordinarie stödet skulle tillgodose deras behov? Vilken bild har de äldre av hur stödet i hemmet ser ut? I vilken mån handlade oron om osäkerhet avseende sin egen förmåga efter sjukdom/fraktur etc.? I vilken mån handlar äldres oro om att de möter oro hos andra; anhöriga, vårdpersonal, biståndsbedömare?

När och hur minskar teamet oron?

Den samlade bilden var att trygghemgångsteamet minskat oron hos de som fick deras stöd. Teamet i Järfälla återgav sin bild samt vad de har hört av dem som de hjälpt. Biståndsbedömarnas bild av oro hos de äldre hade inte på ett systematiskt sätt dokumenterats vilket skulle kunna vara intressant att göra. Enligt SKL:s rapport om trygg hemgång (2017) kan otrygghet bero på den osäkerhet som följer av sjukdomen och sjukhusvistelsen. Det bekräftar teamets bild av att det är dålig hälsa, den nya sjukdomsbilden som bidrar till den enskildes oro. Vad betyder det för vilka faktorer som får störst betydelse i stödet för minskad oro? Kan primärvården minska otryggheten på ett annat sätt än kommunens stöd?

I vilken mån minskar de äldres oro därför att teamet lugnar anhöriga, vård och omsorgspersonal, biståndshandläggare med flera? Hur avgörande för att minska oro är möjligheten att lägga upp stödet på ett personcentrerat sätt? Finns det behov för en ”orienterings- och planeringstid” vid hemkomst från sjukhus, både för den enskilde och för anhöriga? Vad består detta stöd i? Skulle detta behov även kunna bli tillgodosett av andra/annan aktör?

I projektbeskrivningen hade ökad kontinuitet lyfts fram som en faktor för att öka tryggheten och minska oron. Teamet kunde erbjuda större kontinuitet under de dagar de gav stöd jämfört med vad hemtjänst vanligtvis kan vid deras mer fragmenterade uppdrag. Var det avgörande att en person gav stöd under dagen eller var det själva samordningen av stödet som ingav trygghet? Införande av ett särskilt team som ger stöd under några dagar ökar inte kontinuiteten över tid, tvärtom innebär Trygg hemgång att den enskilde och anhöriga behöver etablera kontakt med ytterligare en aktör och fler personer än om detta extra steg inte hade behövts.

Hur känner den enskilde inför att efter trygghemgångsinsatsen avslutats?

Finns det risk för att det uppstår en ny situation med oro då insatsen ska avslutas, på samma sätt som det kan uppstå oro vid hemgång från korttidsvistelse? Vad i insatsens utformning bidrar till minskad oro för att bo hemma med ordinarie stöd? Överlappande arbetssätt och att trygghemgångsteamet aktivt bidrar till att övergång till hemtjänsten blir så bra som möjligt var några faktorer som kom fram vid lärande utvärderingen i Järfälla där ett uttryck myntades; ”teamet ska jobba för att den enskilde ska älska sin hemtjänst, inte teamet” Det vore intressant att lära av flera kommuners erfarenheter av hur trygghet kan skapas i en vårdkedja, över vårdövergångar.

Trygghemgångsteam eller en trygg hemgång i samverkan

Trygg hemgång, kallades projektet, insatsen och teamet i Järfälla. Det fanns initialt en undran från de andra aktörerna om vad det betydde, vilket uppdrag som avsågs. Alla aktörerna upplevde att de på olika sätt redan arbetade med att skapa en trygg hemgång.

FOU nu valde att lyfta fram hela vårdkedjan så att alla medverkande kunde se och diskutera hur de ingick i och kunde bidra till ökad trygghet i den vårdkedja som den enskilde gick igenom. Hade fokus i frågeställningarna enbart varit på kommunens nya insats *trygg hemgång*, på teamets arbete, hade det kunnat leda till att andra aktörerna enbart lämnade synpunkter på teamets arbete, som om teamet ensamt ansvarade för en trygg hemgång. Trygg hemgång från sjukhus eller korttidsvistelse skapas i samverkan mellan aktuella vård- och omsorgsgivare. Vad betyder det för teamets uppdrag, arbetssätt, kompetens och för behov av forum för samverkan? Vad hade krävts för att öka tryggheten vid hemgång om inte lärandeträffarna hade funnits som forum för att lyfta samverkansfrågorna?

Trygghemgångsteam eller särskilt resursteam för stöd i hemmet

Kommunen justerade succesivt uppdraget för Trygghemgångsteamet så att insatsen i slutet av projektet även kunde ges till personer som bodde hemma. Det var vid den sista lärandeträffen en ökande målgrupp. Teamet hade därmed inte längre enbart fokus på hemgång från sjukhus utan utvecklades till ett team som kunde bidra med att hitta rätt stöd till personer där den ordinarie insatsen av något skäl inte räckt till.

Det uppfattades finnas behov av ett team med särskild kompetens som kan ge flexibelt stöd i hemmet i syfte att t ex bättre förstå den enskildes situation och behov, motivera till att ta emot stöd och samordna övriga stödinsatser i hemmet. Det väcker nya frågor om teamets uppdrag, kompetens och samverkan med andra aktörer.

Hur ska det utformas så att teamet inte ersätter ”dåligt fungerande stöd” utan kan bidra till att det ordinarie stödet utvecklas för att kunna möta den enskildes behov? Hur kan teamet få och vidmakthålla god kännedom om ”det ordinarie stödet”?

Lärande utvärdering i praktiken

FOU nu prioriterade de frågor och därmed områden för lärande som låg inom ramen för vad de som deltog vid tillfällena kunde omfatta, inom ramen för deras uppdrag. Med andra deltagare hade resultatet blivit annorlunda.

Lärandeträffarna utformades för att stödja utvecklingen av trygg hemgång i

Järfälla inom ramen för de förutsättningar som fanns för projektet, teamet och samverkan. Det var stor omsättning av personal på alla nivåer och flera parallella förändringar inom äldreomsorgen i Järfälla under den period projektet och lärande utvärderingen genomfördes. De enda som var med under hela perioden för lärande utvärdering var teamet, anhörigkonsulenten och processledaren från FOU nu. Under andra förutsättningar kunde den lärande utvärderingen eventuellt haft annat fokus. FOU nu valde att vid varje tillfälle söka de frågeställningar som bedömdes kunna föra arbetet framåt, något som deltagarna kunde ta hand om efter genomförd workshop.

En utmaning för FOU nu var att säkerställa kontakten med de som ansvarade för teamet och projektet så att inte den lärande utvärderingen riskerade att bli ett parallellt spår med fel frågor. En annan utmaning var att utforma träffarna så att deltagarna fick möjlighet till gemensamt lärande. Det krävdes en balans mellan information om pågående arbetet och tid för dialog, reflektion och gemensamt lärande. Enkla schematiska bilder och mallar på blädderblocksblad visualiserade resultat av träffarna samt underlättade för deltagarna att följa utvecklingen av insatsen trygghemgång samt samverkan mellan aktörerna.

Lärande utvärderingen bidrog till att aktörerna fick kännedom och förståelse för varandras uppdrag, underlättade samverkan och bidrog till samsyn kring att trygg hemgång för den enskilde handlar om hela kedjan av insatser vid utskrivningsprocessen och stödet i hemmet den närmsta tiden efter vistelse på sjukhus/korttids. (bilaga 4).

FOU nu bedömer att om lärandeträffar samlar rätt deltagare kring adekvat fråga och genomförs på ett bra sätt kan det vara ett effektivt sätt att arbeta på. I Järfälla bidrog totalt 9 timmars deltagande vid träffar under 1,5 år till att berörda aktörerna blev informerade och stödjande till den nya insats som prövades och utvecklades under projekttiden. För att nå en trygg hemgång för äldre är många aktörer på olika sätt berörda, en ny insats hos en part innebär förändringar för de andra parterna. Genom att bli involverad i arbetet, genom deltagande vid lärande utvärderingstillfällen, fanns en möjlighet till samskapande och utveckling av samverkan parallellt med att den nya insatsen växer fram.

FOU nu
27 november 2019
Elisabeth Lauritzen

Referenser

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612)

Regional överenskommelse om utveckling av samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, Storsthlm och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting

Trygg hemgång – för effektivare och säkrare utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, SKL, juni 2017

Lärande utvärdering, Sjöberg, K, Svensson L m.fl., Studentlitteratur, 2009

Dokumentation från WS 1-4 trygg hemgång Järfälla, FOU nu, 2017- 2018

Deluppföljning Projektet Trygg hemgång, Jenny Järf, Järfälla kommun, 2018

Slutrapport Projekt trygg hemgång, Jenny Järf, Järfälla kommun, 2019

Bilagor

Bilaga 1: Innehåll och deltagare vid workshop nr 1–4, år 2017–2018

Lärandeträff 1

”Hur kan vi tillsammans se till att det blir en så bra och trygg hemgång som möjligt för äldre i Järfälla?”

Innehåll:

- Presentation av deltagare samt aktörernas uppdrag och resurser avseende trygg hemgång
- Presentation av projektet Trygg hemgång i Järfälla samt teamet; uppdrag, team-medlemmar, kompetens, mål, förutsättningar
- Gemensam bild av flödet för patienten från sjukhus till efter trygg hemgångsinsatsen avslutas.
- Teamet beskrev resultat för de som fått insatsen hittills; vilket övrigt stöd/vård den enskilde hade, skattad hälsa före och efter insatsen, anhörigas synpunkter om stödet.
- Gemensamt identifiera kritiska moment i vård och omsorgskedjan
- Gemensamt identifiera viktiga värden som teamet kan bidra med
- Ta fram förslag till vad de önskade göra tillsammans för att få bästa samverkan kring trygg hemgång
- Identifiera vad som vore önskvärt att följa upp
- Förslag till åtgärder för de utvecklingsfrågor som kommit upp
- Nästa steg

Tid: 2,5 timmar, juni 2017
Deltagare: 40 deltagare från TH-team, hemtjänst, natt/larmpatrull, anhörigstöd, korttids, biståndsbedömare, förvaltningsledning, vårdcentral, rehab och geriatrik

Lärandeträff 2

”Återträff kring trygg hemgång; vad har hänt, vad kan vi lära, tankar framåt?”

Innehåll:

- Uppföljning av utvecklingsfrågorna som identifierades vid WS 1.
- Projektledare redogjorde för hur arbetet i teamet gått, resultat hittills.
- Identifierade vilka viktiga värden som uppnåtts hittills
- Identifiera vilka utmaningar som aktörerna ser för en trygg hemgång
- Förslag till åtgärder
- Nästa steg

Tid: 2,5 timmar, dec 2017
Deltagare: 18 deltagare från TH-team, hemtjänst, anhörigstöd, biståndsbedömare, korttidsboende, rehab och geriatrik

Lärandeträff 3

"Återträff kring trygg hemgång; vad har hänt, vad kan vi lära, tankar framåt?"

Innehåll:

- Kort om insatsen trygg hemgång och hur den har utvecklats sedan start
- Teamets resultat hittills; vilka som fått stöd – hur har deras behov och situation sett ut
- Lärdomar kring vad som skapat oro hos de äldre och vad som lugnat
- Inventering av vad som vore värdefullt att följa upp i den uppföljning som kommunen ska göra av projektet. (input till kommunens utredare)
- Nästa steg

Tid: 2 timmar, maj 2018
Deltagare: 22 deltagare från hemtjänst, anhörigstöd, korttids, TH-team, bistånds-bedömare, förvaltningsledning äldre och funktionshinder, pensionärsorg (referensgrupp), rehab, vårdcentral.

Lärandeträff 4

"Avslutande träff; vad kan vi lära om trygg hemgång, reflektioner och summering"

Innehåll:

- Hur insatsen trygg hemgång har utvecklats sedan start och plan för nästa steg
- Teamets resultat hittills; vilka som fått stöd – hur har deras behov och situation sett ut, lärdomar kring vad som skapat oro hos de äldre och vad som lugnat
- Järfälla kommun presenterade resultat från enkät till de som haft stöd av teamet.
- Summerande dialoger om vad aktörerna önskade uppmärksamma i det fortsatta arbetet och hur de ville gå vidare med fortsatt samverkan för trygg hemgång
- Avslutande reflektioner från FOU nu
- Nästa steg

Tid: 2 timmar, okt 2018
Deltagare: 19 deltagare från hemtjänst, natt/larm, biståndsbedömare, anhörigstöd, TH-team, LSS-verksamhet, pensionärsorg (referensgrupp), förvaltningsledning

Bilaga 2: Presentation av insatsen Trygg hemgång i Järfälla

Här sammanfattas Järfällas trygg hemgångsteams uppdrag och hur det förändrades under projekttiden, så som det presenterades av teamet vid tre av lärandeträffarna.

	maj 2017 (WS1)	**maj 2018 (WS3)**	**Okt 2018 (WS4)**
Målgrupp	Äldre som upplever oro inför att gå hem efter sjukhus eller korttids. (uttryckt av dem eller deras anhöriga)	Samma målgrupp kompletterat med: – hemifrån – motivera – ta emot annat stöd – utreda behovet (ofta för pers. med demens, psyk)	Ingen ändring
Typ av insats	Biståndsbedömd insats, rambeslut	Ej serviceinsatser (fr maj)	Ingen ändring
Omfattning	upp till 2 v (i undantagsfall 3 v)	5 dagar (från 1/5 2018)	Samma + trappar ner stödet succesivt till hemtjänstnivå
Bemanning/ kompetens	5 undersköterskor i teamet	Ingen ändring	Samma + vikarie
Typ av stöd	Ger allt stöd som ingår i omsorgsuppdraget, stöd efter behov, samordnar stödet i hemmet (kontakt med andra vårdgivare, hjälpmedel etc) TH – teamet möter patienten på sjukhuset inför hemgång och möter upp i hemmet då personen skrivs ut.	Samma men ej städ o tvätt (undantag förekommer – utifrån behov)	Samma + gör uppföljande samtal ca 2 v efter avslutad insats
Tider	Mån–tors 7.30–20.00, fre 7.30–17.00 (även röda dagar)	Mån–fre 7.00–17.00 (även röda dagar)	Ingen ändring
Kapacitet	4 brukare aktuella samtidigt	20–25 brukare/mån, 4–5 brukare/dag	Ingen ändring

Bilaga 3: Mallar för presentation och dialog under lärande utvärdering

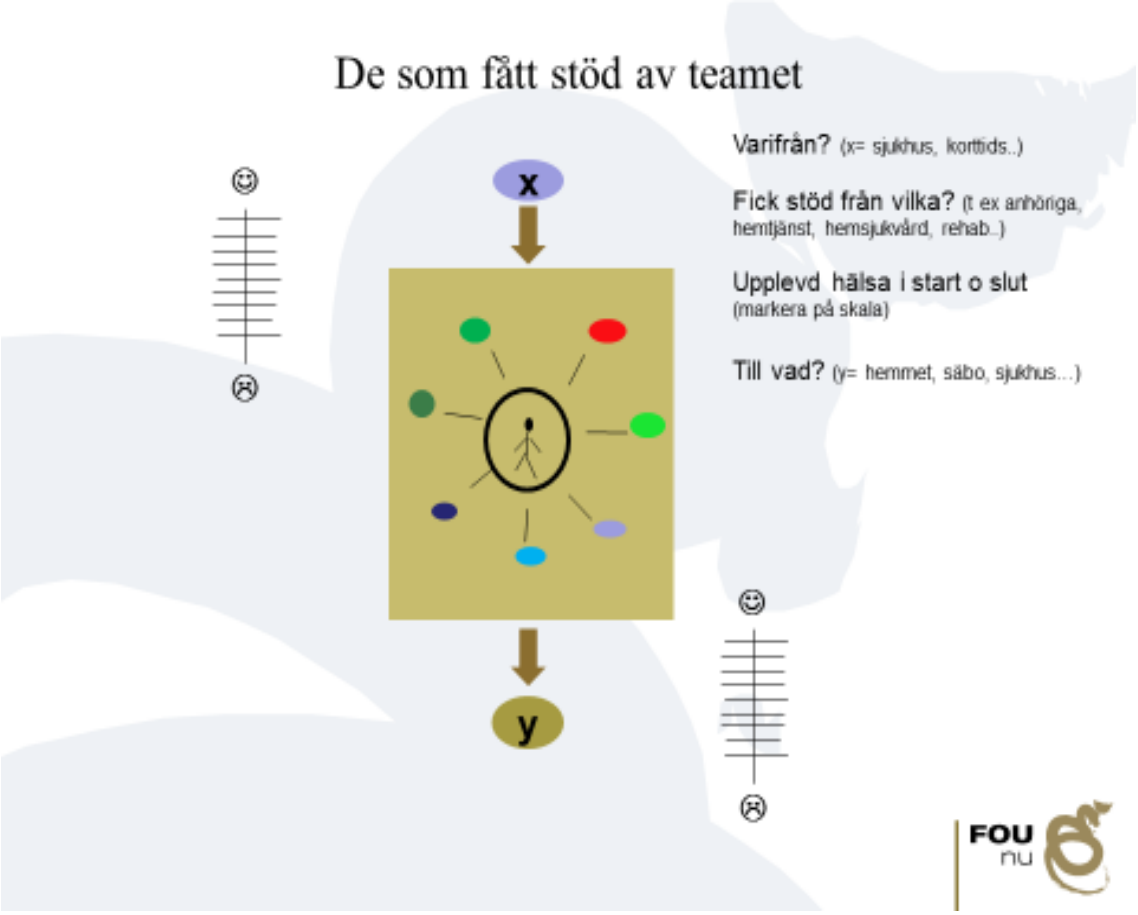


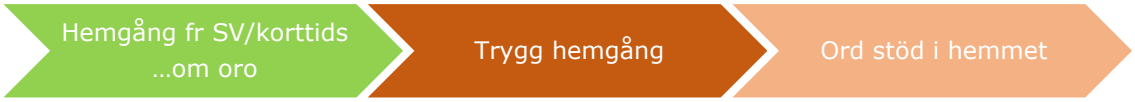
Bild 1: Mall för hur teamet presenterade resultat hos den enskilde

Bild 2: Tre mallar som användes för att visualisera och summera dialoger om kritiska moment, viktiga värden samt utvecklingsområden

Bilaga 4 Summering av hur bilden av ”trygg hemgång” förändrades

FOU nu uppfattade att bilden av ”trygg hemgång” förändrades under processen.

Sammanfattande bild av den ursprungliga idén om trygg hemgångsinsatsen



- Stöd till hemgång från sjukhus eller korttidsboende; om oro
- Öka välbefinnande och trygghet med mer omfattande och flexibelt stöd i hemmet i ett tidigt skede. Hög kontinuitet jämfört ordinarie hemtjänstuppdrag
- Alternativ insats till korttidsboende. Skulle leda till ökad kvalitet och minskade kostnader
- **”Trygg hemgång”** = Trygghemgångsteam = Specialgrupp inom hemtjänst (undersköterskor)

Bilden av trygg hemgång under lärande utvärderingen

- Stöd till hemgång från sjukhus; om oro (inte så mycket fokus på korttidsboende)
- Öka välbefinnande och trygghet med mer omfattande och flexibelt stöd i hemmet i ett tidigt skede.
- Alternativ insats till korttidsboende. Skulle leda till ökad kvalitet och minskade kostnader
- Fokus på vård och omsorgskedjan; Bistånd utreder och fattar beslut om stöd av trygg hemgångsteamet. Teamet etablerar kontakt med patient på sjukhuset samt med övriga vård/omsorgsgivare. Hemtjänst presenteras i ett tidigt skede. Teamet ger stöd utifrån den enskildes behov, samordnar övrigt stöd i hemmet, planerar för avsluta av deras insats. Överför information till bistånd och hemtjänst. Bistånd fattar nytt beslut om stöd. Ordinarie stöd tar över stöd och samordning. Teamet har ett uppföljande samtal med den enskilde en tid efter de avslutat insatsen.
- Trygghemgångsteam = Specialgrupp inom hemtjänst (undersköterskor)
- **Trygg hemgång** avser alla tre stegen.

Bilden av teamets uppdrag vid slutet av projektet

- Stöd i hemmet då ordinarie stöd inte räcker till
  - om oro efter sjukhusvistelse
  - om oro för att gå hem efter korttidsvistelse
  - nekar ta emot stöd (demens, psyk)
  - oklar behovsbild hos person som bor hemma
- Med omfattande och flexibelt stöd i hemmet med fokus på att stödja kvarboende
- Stöd med planering, motivera till stöd, samordning av stöd
- Fördjupad bild av den enskildes behov – stöd för biståndsbedömare
- Alternativ insats till korttidsboende eller annat boende. Skulle leda till ökad kvalitet och minskade kostnader
- Trygg hemgångsteam = Special-stödteam för trygg hemgång och fungerande stöd i hemmet, usk + ev annan kompetens?
- **Trygg vård- och omsorgskedja** avser alla tre stegen

FOU nu är en forsknings- och utvecklingsenhet som samägs av Region Stockholm och de sju kommunerna Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna stad, Upplands-Bro samt Upplands Väsby. Genom att utgå från lokala förutsättningar och de utvecklingsbehov och utmaningar som synliggörs tillsammans med alla berörda parter stärker vi förutsättningarna för ökad kvalitet och effektivitet mellan och inom vård och omsorg om äldre personer och vuxna med funktionsnedsättning.

www.founu.se