

Att främja en trygg hemgång från sjukhus

En beskrivande studie av två olika
Trygg hemgångsmodeller

Eva Lindqvist
Helena Viberg
Emanuel Åhlfeldt

November 2019

Nestor FoU-center ägs gemensamt av Region Stockholm och kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö. Vi vill genom praktisk forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
Hemsida: www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16
e-post: adm@nestorfou.se

Rapporten kan laddas ner på
www.nestorfou.se

Eva Lindqvist
Helena Viberg
Emanuel Åhlfeldt

Att främja en trygg hemgång från sjukhus - En beskrivande studie av två olika Trygg hemgångsmodeller

Nestor FoU-center 2019
ISSN 1652-4608
ISBN 978-91-85347-31-5
Nestor FoU-centers Skriftserie nr 03/19
© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

Denna rapport presenterar en kvalitativ intervjustudie som har initierats och genomförts av Nestor FoU-center på uppdrag av Nestors styrgrupp. Här beskrivs två modeller för hur kommuner med hjälp av specifika team ger utökat stöd till äldre sköra personer som skrivs ut från slutenvården - ofta kallat Trygg hemgång. Trygg hemgångskonceptet har fått stor spridning i Sveriges kommuner under senare år. Modellerna kan se olika ut men ändå ha det gemensamt att de kan ge goda resultat när det gäller såväl ökad trygghet som effektivare utskrivningsprocesser och minskade kostnader. De verksamheter som ingår i rapporten har arbetat med team för trygg hemgång under lång tid och utvecklat modeller som skiljer sig från varandra på intressanta sätt. Den ena finns i Södertälje kommun och den andra i Haninge kommun, båda i Stockholms län, där hemsjukvården fortfarande drivs av Region Stockholm. Rapporten bidrar med kunskap om de olika sätt man kan organisera Trygg hemgång och belyser faktorer som vi ser har betydelse för konceptet. Rapporten kan fungera som stöd för andra kommuner som ska utforma eller utveckla liknande stöd.

Ett stort tack till de medarbetare och chefer i Södertälje kommun, i Haninge kommun och på Praktikertjänst N.Ä.R.A. som har tagit sig tid att delta i intervjuerna.

Haninge 20191120

Eva Lindqvist
Leg Arb ter, Med Dr
FoU-chef

Helena Viberg
Socionom
Projektledare

Emanuel Åhlfeldt
Fil dr, Sociologi
Projektledare

Innehåll

Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning	5
Bakgrund	6
Vad är Trygg hemgång?	6
Vilket problem ska Trygg hemgång lösa?	7
Vad säger tidigare rapporter om Trygg hemgång?	9
Vad kännetecknar styrningen av Trygg hemgång?	10
Syfte och frågeställningar	11
Metod	11
Insamling av material	11
Bearbetning och analysprocess	12
Etiska överväganden	12
Beskrivning av två Trygg hemgångsmodeller	14
Haningemodellen – Trygg Hem	14
Vilka var motiven till att teamet startade – och hur uppnås de?	14
Vilken målgrupp riktar sig insatsen till?	15
Modellens utformning	16
Hur ser teamets insatser ut?	17
Södertäljemodellen – Trygg och säker hemgång	20
Vilka var motiven till att teamet startade – och hur uppnås de?	20
Vilken målgrupp riktar sig insatsen till?	21
Modellens utformning	21
Hur ser teamets insatser ut?	23
Diskussion - Om styrkor, utmaningar och möjliga vägar framåt	26
Trygg hemgång – Innefattar styrkor som samtidigt utmanar	26
Olika tillvägagångssätt kompletterar varandra?	29
Referenser	31

Sammanfattning

Sedan några år tillbaka finns ett antal Trygghemgångsteam i Stockholms län. I och med den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård har konceptet Trygg hemgång blivit än mer intressant för kommunerna i länet. I denna intervjustudie beskriver vi två Trygghemgångsmodeller som funnits i flera år. Trygg Hem i Haninge, som utgår från Handedgeriatriken, Praktikertjänst N.Ä.R.A., och Trygg och säker hemgång i Södertälje som utgår från myndigheten för äldre och funktionsnedsättning på kommunen. De har olika organisatorisk hemvist, olika sammansättning vad det gäller teamets professioner och olika fokus på insatserna. Studien omfattar nio intervjuer med teamens medarbetare, handläggare och deras chefer. Intervjuerna tar upp medarbetarnas syn på teamets uppkomst, struktur, organisation och arbetsprocesser inom Trygg hemgång. Gemensamt för teamen är att de utför trygghetsskapande och samordnande uppgifter, men det görs på olika sätt. En väsentlig skillnad är att teamet i Södertälje har tyngdpunkt på en förlängd period för behovsutredning och förberedelser inför ordinarie hemtjänst medan Haninge lägger stor vikt vid rehabilitering och medicinskt stöd. Studien belyser ett antal faktorer som kan ses som Trygg hemgångskonceptets styrkor. Dessa styrkor kan också föra med sig utmaningar, vilket tas upp i rapportens diskussionsdel. Här diskuteras även hur de olika yrkesgruppernas kompetenser skulle kunna komplettera varandra för att få till en ännu tryggare hemgång.

Bakgrund

Vad är Trygg hemgång?

Vad innebär en trygg hemgång – och vad innebär *Trygg hemgångskonceptet*?

Många kommuner vill kunna erbjuda en trygg hemgång för sina äldre invånare. Vad *trygg* konkret kan innebära är förstås olika beroende på vem man frågar. Med stöd av litteraturen utgår vi från de tre hörnstenar som antas bidra till en känsla av sammanhang, KASAM (Antonowsky, 1987), där främst *hanterbarhet* – att ha tillgång till sina och andras resurser för att hantera krav – och *begriplighet* – att förstå sig själv, sin omgivning och sin tillvaro, samt att vara förstodd – motsvarar trygghet (Boström, 2014). Den tredje hörnstenen, *meningsfullhet*, sätts mer i samband med att stärka individens motivation (ibid), vilket också är viktigt i det här sammanhanget. Drivkraften hos äldre att kunna bo kvar i sitt hem är ofta stark. Hemmet kan beskrivas ge både trygghet och frihet på samma gång (Tanner m.fl., 2008). Det är en plats som äldre kan känna att de har kontroll över, både för att de har kontroll över den fysiska miljön och för att de där kan skapa regelbundna, värdefulla vanor (Pettersson m.fl., 2012). Givet att hemmet har denna betydelse så kan ett förstärkt stöd vid hemgång från sjukhus kännas värdefullt.

Det finns flera exempel på hur kommuner erbjuder förstärkta, tidsbegränsade insatser vid utskrivning från slutenvården. En vanlig benämning av dessa insatser är *Trygg hemgång*, vilket är det begrepp vi kommer att använda i denna rapport. Utöver Trygg hemgång kan dessa team gå under namn som Förstärkt hemgång, Mottagningsteam, Anpassningsstöd, Trygghetsteam eller Rehabiliteringsteam. I en skrift utgiven av Sveriges kommuner och landsting, SKL, beskrivs vad som kan avses med Trygg hemgång (Eklund m.fl., 2017, sid. 5):

Trygg hemgång avser den kommunala verksamheten som ansvarar för individens vård och omsorg i hemmet efter en sjukhusvistelse fram till den tidpunkt då ordinarie hemtjänst och hemsjukvård tar vid och skiljer sig i sin utformning och målsättning från ordinarie hemtjänst och hemsjukvård genom att tjänsten är tidsbegränsad och syftar till att så snabbt som möjligt utveckla eller återta individens tidigare funktionsförmåga och självständighet.

Denna beskrivning visar att det handlar om en tidsbegränsad och rehabiliterande insats i den äldres hem, en tillfällig kraftsamling av resurser och kompetenser under en period mellan tiden på sjukhus och det fortsatta livet med ordinarie hemtjänst och primärvård. Trygg hemgång är inte en fördefinierad insats, utan kan ses som ett så kallat tjänstekoncept. Det innebär ett paket av insatser som kan anpassas till mottagaren för att uppnå det övergripande målet om en trygg och säker hemgång (Bowin & Norén, 2014; Goldstein m.fl., 2002). I Trygg hemgångsteamet ses den äldre och dennes anhöriga som aktiva parter och de har en viktig roll i såväl planering som genomförande av insatser (Eklund m.fl., 2017). För att stödja en person till att återta tidigare funktionsförmåga och självständighet är det viktigt att personalen arbetar utifrån ett aktiverande förhållningssätt, vilket omfattar ett målinriktat och pedagogiskt arbetssätt för att ta tillvara personens egna resurser, och att ge hjälp till självhjälp i vardagens aktiviteter med stöd av uppsatta mål (Socialstyrelsen, 2007). De olika Trygg hemgångsmodellerna lägger olika tonvikt på målet att skapa

ökad självständighet hos de äldre, vilket kan bero på vilka professioner som ingår i teamen. En del team har bestått av undersköterskor med lång yrkeserfarenhet och andra team har haft hälso- och sjukvårdspersonal kopplade till sig. Arbetsterapeut och fysioterapeut lyfts fram som centrala kompetenser, men även sjuksköterska, läkare och dietist (Eklund m.fl., 2017). I brittiska konceptet "Reablement" är multiprofessionellt team och fokus på självständighet de två bärande komponenterna (Tessier et al, 2016). Konceptet används i stor skala i Storbritannien och även i Norden och har likheter med Trygg hemgångskonceptet.

Målgruppen för Trygg hemgång varierar mellan kommuner

Det är huvudsakligen biståndshandläggare som beviljar eller beslutar om Trygg hemgång. De gör en sammanvägd bedömning om en person tillhör målgruppen utifrån de kriterier som kommunen har satt upp. Målgruppen för Trygg hemgång varierar mellan olika kommuner, från att enbart omfatta äldre med omfattande och komplicerade behov till att inkludera samtliga äldre som skrivs ut från sjukhus (Eklund m.fl., 2017). Vissa kommuner riktar insatserna till äldre som skulle ha fått en plats på korttidsboende om Trygg hemgång inte fanns. Andra kommuner riktar insatsen till äldre vars behov har uppstått, eller förändrats, i samband med sjukhusvistelsen eller om man känner stor oro inför hemgången. Vård- och omsorgsbehov anses ofta vara svårbedömda och föränderliga för denna grupp. Ofta tillkommer även kognitiv svikt/sjukdom eller psykiatriska diagnoser hos personer i den här målgruppen (Eklund m.fl. 2017).

Vilket problem ska Trygg hemgång lösa?

Kända utmaningar – otrygghet för den äldre och kostnader för kommunen

Det finns flera kända utmaningar kring processen då äldre personer skrivs ut från slutenvården. Många äldre känner otrygghet inför att komma hem till vardagen i det egna hemmet. Det kan vara oro inför ensamhet och att inte klara av vardagen om de har förlorat vissa förmågor. Man kan uppleva oklarheter runt sitt medicinska status. Det kan också handla om rädsla för att inte få nödvändigt stöd från primärvård eller hemtjänst, eller att anhöriga inte ska orka med det nya ansvaret (Forsman & Svensson, 2019).

Ett annat problem är att många äldre har stora vård- och omsorgsbehov som inte alltid kan hanteras fullt ut av hemtjänsten och hemsjukvården, vilket riskerar att leda till onödiga återinläggningar eller till att personer blir kvar på sjukhuset trots att behandlande läkare bedömt dem som utskrivningsklara (SOU 2015:20). Omkring fem procent av landets vårdplatser beräknas vara belagda av äldre patienter som är klara för utskrivning (ibid). Det medför även kostnader för kommunerna då de har betalningsansvar för utskrivningsklara patienter (SFS 2017:612). Den vårdform som är tänkt att vara en tillfällig lösning efter sjukhusvistelse, korttidsboende, ses av många kommuner inte som en tillfredsställande åtgärd för att ta emot utskrivningsklara äldre (Stiftelsen Äldrecentrum, 2018). Korttidsboende är mer resurskrävande än hemtjänst och studier visar att korttidsboenden som inte utformas med fokus på rehabilitering riskerar att bidra till större hjälpbehov som leder vidare till permanent vård- och omsorgsboende (ibid).

Hinder för att arbeta personcentrerat i hemtjänsten

Många äldre personer som skrivs hem från sjukhuset kan som tidigare nämnts känna stor oro och har ofta omfattande och svårbedömda behov. Den ordinarie hemtjänsten och hemsjukvården saknar ofta tid för att möta gruppens behov på ett tillfredsställande sätt enligt en studie från fackförbundet Kommunal (Ahlin m.fl. 2015). I forskningen har personcentrerad vård och omsorg beskrivits som den mest fördelaktiga modellen för att bedriva vård och omsorg – i synnerhet för äldre personer som har komplexa behov (Nilsson m.fl., 2019). Personcentrering innebär att vården och omsorgen ska utgå från den enskilda människan och dennes förmågor, resurser och perspektiv samt att denne ska involveras och vara delaktig i vård- och omsorgsprocessen (Ekman m.fl., 2014). Detta kräver givetvis kompetens hos personal och chefer, men enligt Corlin m.fl. (2016) är stress och tidsbrist de faktorer som främst motverkar att äldre ges personcenterad vård och omsorg. Detta eftersom det tar tid att lära känna de äldre som individer, att sitta ner och lyssna och att arbeta utifrån ett aktiverande förhållningssätt där de äldre är delaktiga (Socialstyrelsen, 2007). Tid till reflektion i arbetsgruppen och utbyte av erfarenheter saknas ofta (Ahlin m.fl., 2015). Omsorgspersonalen upplever att de saknar tid och utrymme att använda sin yrkeskunskap. Yrkesrollen beskrivs som reducerad till att följa detaljerade arbetsscheman med minutsatta insatser (ibid). Denna beskrivning där kvaliteten på omsorgsarbetet främst kopplas till organisatoriska förutsättningar som resurser, tid, styrning och kontroll, behöver även kompletteras med en diskussion om personalens kompetens. Enligt en statlig utredning (SOU 2019:20) finns det alltför få medarbetare med undersköterskekompetens inom hemtjänst, och en del kommuner sätter en mycket låg nivå för den kompetens som ska motsvara undersköterskans. Personalens kompetens påverkar givetvis hur omsorgsarbetet utförs.

En ny utmaning – att leva upp till lagen om samverkan

Ovan nämnda problem och utmaningar har varit kända sedan länge, men diskussionen om utskrivning från slutenvård har på senare tid aktualiserats till följd av en tydligare statlig styrning genom lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612). Bakgrunden till den nya lagen beskrivs i de statliga utredningarna ”Effektiv vård” (SOU 2016:2) och ”Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård” (SOU 2015:20). Intentionen med den nya lagen är att stödja en effektivare och mer personcentrerad vård och omsorg för personer som skrivs ut från slutenvården. Det handlar bland annat om att korta ner vårdtiderna inom slutenvården och att patienter som inte behöver slutenvård ska kunna lämna sjukhuset på ett tryggt sätt och få fortsatta insatser i det egna hemmet. Med den nya lagen antas primärvården få en tydligare samordnande funktion i utskrivningsprocesser när personen har behov av insatser från både kommun och region. Den nya lagstiftningen kräver att äldreomsorgen, slutenvården och primärvården utvecklar nya processer och arbetssätt. Det behövs nya idéer och lösningar och inte minst ett omfattande utvecklingsarbete i samverkan mellan de berörda aktörerna. Konceptet Trygg hemgång lyfts ofta fram som en organisatorisk lösning som kan fylla en viktig funktion i detta arbete (Eklund m.fl., 2017; SOU 2015:20).

Vad säger tidigare rapporter om Trygg hemgång?

Målet med Trygg hemgång kan beskrivas som *”att skapa trygghet och hjälp till självständighet och därmed minska risken att individen utvecklar ett beroende av omsorgsinsatser”* (Eklund m.fl. 2017, s 4) genom att de äldre ska utveckla eller återta tidigare funktionsförmåga. Detta mål kan ses som högt ställt i de fall då målgruppen är sköra äldre med komplexa behov, eftersom alla inte kan sträva efter att bli oberoende av omsorgsinsatser (Nørskov Bødker 2019). Detta mål visar dock att Trygg hemgång både förväntas minska nyttjandet av samhällets insatser och öka trygghet och självständighet för personer som nyttjar Trygg hemgång. Det finns därför anledning att undersöka i vilken grad dessa önskade effekter kan nås.

En mer ingående eller konkret beskrivning av hur trygghet upplevs av dem som har fått stöd och hjälpinsatser av Trygg hemgång saknas ofta i utvärderingar. De visar dock att Trygg hemgång bidrar till ökad trygghet. Upplevelsen av trygghet har t ex undersökts med hjälp av VAS, visual analog scale, (Eklund & Treschow, 2014) där man kunde se en signifikant ökad trygghet efter en Trygg hemgångsinsats än före. En mindre jämförande enkätstudie visade att under den första dagen skattade de som haft Trygg hemgång sin trygghet högre än de som haft ordinarie hemtjänst, men efter två veckor hemma var upplevelsen av trygghet densamma hos båda grupper (Löfqvist, 2014). I de fall man mer konkret beskriver hur Trygg hemgång har stärkt tryggheten kan vi se att information inför hemgång, att någon möter upp och att det praktiska fungerar ökar tryggheten (Löfqvist, 2014). Även att tiden är väl tilltagen (Hjalmarsson m.fl., 2019) och att någon koordinerar alla kontakter (Hjalmarsson m.fl., 2019; Svahn & Ström, 2012) upplevs öka tryggheten. Andra positiva effekter är bättre tillgång till hjälpmedel i hemmet (Bowin & Norén, 2014) samt ökad funktionsförmåga och självständighet för den enskilde (Eklund & Treschow, 2014; Järf, 2019; Löfqvist, 2014; Oscarsson & Johansson, 2016). Samtidigt visar en studie från Stiftelsen Äldrecentrum (Hjalmarsson, m.fl., 2019) att Trygg hemgång inte har några påvisbara effekter på funktionsförmåga jämfört med vanlig hemtjänst.

När det gäller nyttjandet av samhällets insatser har utvärderingar visat effekter som kortare ledtider i samband med utskrivning och därmed färre antal dagar då kommunen har betalningsansvar (Oscarsson & Johansson, 2016; Eklund m.fl., 2014). Flera utvärderingar indikerar även att Trygg hemgång kan bidra till att minska det långsiktiga vård- och omsorgsbehovet, framförallt behovet av korttidsboende (Bowin & Norén, 2014; Eklund & Treschow, 2014; Oscarsson & Johansson, 2016; Eklund m.fl. 2014), men även uppskjutet behov av särskilt boende (Eklund & Treschow, 2014) och färre onödiga återinläggningar i slutenvården (Bowin & Norén, 2014). Det finns dock utvärderingar som ifrågasätter dessa resultat och visar att Trygg hemgång inte har någon signifikant effekt på flytt till särskilt boende (Hjalmarsson m.fl., 2019). Inte heller har denna utvärdering kunnat se minskat behov av hemtjänst för denna grupp efter 90 dagar jämfört med personer med ordinarie hemtjänst. Det tidigare nämnda brittiska konceptet ”Reablement”, som har stora likheter med Trygg hemgång, har i studier också visat på motsägelsefulla resultat. En systematisk översikt visar på ökad ADL-förmåga, ökad hälsorelaterad livskvalitet och minskat hemtjänstbehov hos grupper som haft Reablement jämfört med kontrollgrupper (Tessier m.fl., 2016). En annan studie drar slutsatsen att Reablement var för vagt definierat och riktade sig till en för vagt

beskriven grupp för att det skulle gå att utvärdera effekter av tjänsten (Legg m.fl., 2016). Att målgruppen är svår att definiera även för konceptet Trygg hemgång, lyfter Stiftelsen Äldrecentrum i sin rapport (Hjalmarsson m.fl., 2019).

Vad kännetecknar styrningen av Trygg hemgång?

Det rekommenderas en tydlig uppdelning mellan Trygg hemgång och ordinarie verksamheter. En uppdelning anses möjliggöra specialiserade och målinriktade insatser, som utförs av ett tvärprofessionellt team (Eklund m.fl., 2017). En annan aspekt av denna uppdelning är att det gör det möjligt att Trygg hemgång organiseras och styrs enligt andra principer än vad som gäller för den ordinarie verksamheten. Hur en verksamhet fungerar och hur medarbetare upplever sin arbetssituation är starkt förknippat med hur verksamheten styrs och organiseras (Tillitsdelegationen, SOU 2018:47). Vård- och omsorgsorganisationer beskrivs ofta vara så kallade professionsbyråkratier, som kännetecknas av spänningar mellan principer för organisationsstyrning och principer för professionsstyrning (Mintzberg, 1983; Svensson, 2011), se tabell 1. Med organisationsstyrning, eller så kallad organisatorisk professionalism, avses principer som premierar en centraliserad, hierarkisk maktstruktur med skriftliga regler. Centrala element är standardisering, dels genom direkt kontroll med styrdokument, rutiner och riktlinjer, dels genom kontroll i efterhand med prestations- och kvalitetsmätningar (Evetts, 2009; Svensson, 2011). Hemtjänsten styrs ofta utifrån dessa element och detta skiljer den ordinarie hemtjänsten från Trygg hemgång, där man i hög grad i stället använder sig av professionsstyrning, eller så kallad yrkesprofessionalism. Denna styrform kännetecknas av en mer decentraliserad styrning, där professionella yrkesutövare har stort eget handlingsutrymme och kan fatta självständiga beslut utifrån forskning, beprövad erfarenhet, etik och sin egen förvärvade yrkeserfarenhet (Evetts, 2009; Molander & Grimen, 2010).

Tabell 1. Organisatorisk professionalism och yrkesprofessionalism.

Organisatorisk professionalism	Yrkesprofessionalism
Organisationsstyrning	Professionsstyrning
Organisatorisk kontroll	Kollegial kontroll
Standardiserade arbetsprocesser	Handlingsfrihet och självständiga beslut
Regler och rutiner	Sakkunskap och yrkesetik
Redovisningsskyldighet, målstyrning och prestationsmätning	Tillit till professionella från arbetsgivare, brukare/patienter och anhöriga

Bearbetning av tabell i Evetts (2009, 2010, 2013). Se även Sahlin & Eriksson-Zetterquist (2016) och Svensson (2011).

Även om omsorgsycket inte uppfyller traditionella villkor för en profession, som akademisk utbildning och legitimation (Brante, 1987; Wreder, 2005), finns det ändå inslag av en yrkesprofessionell logik i omsorgsycket (Evetts, 2003). I omsorgsforskningen används exempelvis begreppet omsorgsrationalitet (Wærness, 1984) för att betona den skickliga omsorgspersonalens förmåga att bedöma och anpassa omsorgsinsatserna till individens behov och situation (Eliasson, 1992; Szebehely, 1995). Styrning av vård och omsorg har debatterats flitigt under senare år och diskussionen har ofta varit infekterad. Många forskare har hävdade att vården och omsorgen blivit alltför byråkratiserade med långtgående krav på dokumentation, uppföljning och kontroll

(t.ex. Tillitsdelegationen, 2018; Bornemark, 2018). Vår utgångspunkt är att det finns viktiga värden i båda styrningsformerna. Båda formerna behövs och behöver balanseras mot varandra på ett rimligt sätt (Evetts, 2009; Sahlin & Eriksson-Zetterquist, 2016; Svensson, 2011). Organisationsstyrning främjar exempelvis rättssäkerhet, kostnadskontroll, standardisering och effektivitet medan professionsstyrning i högre grad främjar flexibilitet, anpassningsförmåga och lyhördhet till specifika individer och situationer.

Syfte och frågeställningar

Med denna intervjustudie vill vi, genom att lyfta fram erfarenheter från chefer, biståndshandläggare och medarbetare i de två teamen för Trygg hemgång, beskriva de olika modellerna och därmed också synliggöra faktorer som har betydelse för Trygg hemgång. Detta görs genom följande frågeställningar:

1. Vilka motiv fanns för att starta de respektive teamen?
2. Hur organiseras och styrs de två modellerna och hur förhåller de sig till ordinarie verksamhet och andra inblandade aktörer?
3. Hur ser respektive modell ut när det gällande rutiner, ramar, kompetenskrav och innehåll?
4. Vad är teamets, handläggarnas och deras chefers uppfattning om vad modellen innebär?

Metod

Tabell 2: Deltagande informanter

Informanter	Antal intervjuer	Antal informanter
Haninge	4	7
<i>Teammedlemmar</i>	<i>1</i>	<i>3</i>
<i>Teamsamordnare</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Biståndshandläggare</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Chef för biståndshandläggarna</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Södertälje	5	7
<i>Teammedlemmar</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Teamsamordnare</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Biståndshandläggare</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Chef för teamet</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Chef för biståndshandläggarna</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Totalt	9	14

Insamling av material

Intervjuerna har genomförts av två medarbetare på Nestor FoU-center. Underlaget i studien utgörs av nio kvalitativa intervjuer med fjorton informanter från Haninge respektive Södertälje kommun. Informanterna är teammedlemmar, teamsamordnare, biståndshandläggare med ansvar för utskrivningsplanering från sjukhus och chefer på beställarenheten i kommunerna (se tabell 2). I Haninge var de intervjuade teammedlemmarna sjuksköterska, arbetsterapeut och

sjukgymnast medan de i Södertälje var undersköterskor. Båda teamen hade samordnare som ansvarade för planeringen och det nära ledarskapet i teamet. Dessa personer intervjuades. I Håninge intervjuades biståndshandläggarnas närmsta chef som också ansvarade för Trygg hemgångskonceptet. I Södertälje organiserades inte Trygg hemgång under biståndshandläggarchefen utan under chefen för verksamhetsstöd. Därför intervjuades även denna chef.

Intervjuerna utgick från en frågeguide med teman samtidigt som det fanns flexibilitet och möjlighet att ställa följdfrågor och ta upp nya frågor som väcktes under intervjuernas gång (Kvale, 1997). Frågeguiden utgick från följande fyra huvudteman: (1) Bakgrund och syfte, med frågor om vilka problem insatsen skulle lösa, hur målgruppen definierades och vilka kriterier som fanns för att få insatsen. (2) Hemgångsteamets sammansättning och arbetssätt, med frågor om vilka som ingick i teamet, deras kompetens och kompetensutveckling, hur uppdraget formulerades av biståndshandläggarna samt teamets konkreta arbetsinsatser. (3) Konceptets förankring i den ordinarie verksamheten, med frågor om politikernas och ledningens stöd samt delaktighet och intresse från övriga handläggare och vård- och omsorgspersonal. (4) De intervjuades uppfattningar om vad Trygg hemgångsmodellen innebar för de äldre personerna. Varje intervju pågick under cirka en timme. De spelades in och relevanta delar transkriberades ordagrant medan övriga delar skrevs ut som referat. Det resulterade i totalt 65 sidor text som legat till grund för analysen.

Bearbetning och analysprocess

Bearbetningen inleddes med genomläsning av allt intervjumaterial för att skapa en helhetsförståelse. I nästa steg delades respektive material upp i nio innehållsområden utifrån intervjuguidens teman och textens innehåll. Dessa områden var (1) problemformulering och syfte, (2) målgrupp, (3) teamets sammansättning och organisering, (4) flexibilitet och handlingsutrymme, (5) insatser och arbetssätt, (6) förankring i verksamheten, (7) ansvarsfördelning mellan kommun och landsting, (8) teamet som resurs för lärande samt (9) resultat och effekter. Textpassagerna för dessa innehållsområden lästes igenom och meningsbärande enheter markerades och sammanfogades sedan till underkategorier som låg till grund för framställningen i resultatkapitlet. I nästa steg i analysen komprimerades materialet och de tidigare frågeområdena lades ihop. Material som inte bidrog till att svara på frågeställningarna togs bort. Vi strävade efter att de två modellerna skulle få en likvärdig presentation i den beskrivande texten, i den mån materialet tillät det, i form av utrymme och innehåll. Vi har i några fall kontaktat informanterna via mail eller telefon för att få svar på specifika frågor eller få klarhet i ett påstående. Informanterna har även läst och kommenterat det första, beskrivande utkastet av respektive enhet och missförstånd har korrigerats. Den texten låg sedan till grund för den fortsatta analysen. Texten kondenserades i nästa steg för att lyfta fram de delar som mötte frågeställningarna.

Etiska överväganden

Rapporten har väglett av forskningsetiska principer vid rekrytering av informanter, datainsamling, databearbetning och rapportering (Vetenskapsrådet, 2017). Informanterna fick muntlig information om utvärderingens bakgrund, syfte, metod och konfidentialitet samt hur resultatet

skulle rapporteras och spridas. Det betonades att deltagande var frivilligt. Vi har strävat efter att avidentifiera informanterna i den mån det har gått. Informanterna benämns ofta med generella beteckningar, exempelvis ”teammedlem”, ”biståndshandläggare” eller ”chef”.

Tabell 3: Beskrivning av de två modellerna Trygg och säker hemgång och Trygg Hem.

	Trygg och säker hemgång i Södertälje	Trygg Hem i Haninge
Start	• 2015	• Projekt 2011, permanentat 2012
Syften	• Minska behov av korttidsboende • Minskade behov av återinläggningar • Minskad oro vid hemgång • Mer träffsäkra BHL*-beslut	• Minska behov av korttidsboende • Minskade behov av återinläggningar • Minskad oro vid hemgång
Målgrupp initialt	• Från sjukhus • Svårbedömda och omfattande behov • Oro • Behov av fem insatser eller fler • Ny hemtjänstkund	• Från sjukhus • Behov av rehabilitering, medicinsk vård och hemtjänst för att kunna vara hemma • Oro • Ej kognitiv sjukdom/svikt
Målgrupp våren 2019	• Även från korttids • Även hemmaboende, t ex i komplexa ärenden eller vid utredning om Särskilt boende • Även vid behov av färre än fem insatser • Även redan kända kunder	• Även från korttids • Även hemmaboende, t ex i komplexa ärenden eller vid utredning om Särskilt boende • Även vid kognitiv sjukdom/svikt
Antal som tar del av teamet/månad	• 7-8 personer	• 8 -18 personer
Antal samtidigt in-skrivna	• 2-3 personer	• 10-20 personer
Teamets hemvist	• På kommunens beställarsida	• På geriatrisk sjukhusenhet, finansierat av kommunen
Professioner i teamet	• Undersköterska	• Arbetsterapeut • Sjukgymnast/Fysioterapeut • Sjuksköterska • (Läkare)
Insatsens form	• Erbjuds efter samlad bedömning av BHL – ej möjlig att ansöka om • Rambeslut enligt SoL av BHL • Avgift tas ut • Ca 8-9 dagar arbetsdagar • Tillgång till teamet på dagtid/vardag. Andra tider, den valda hemtjänstutföraren • Rehab och vård sker i primärvård	• Erbjuds efter samlad bedömning av BHL – ej möjlig att ansöka om • Samlat beslut av BHL • Avgiftsfritt • Ca 10-15 arbetsdagar • I och med samarbete med ASIH fanns teamet tillgänglig dygnet runt • Hemtjänst sker av vald utförare genom kommunen • Möjlighet till direktintag till geriatriken
Insatser	• Besök på sjukhus inför hemgång • Trygghetsskapande • Samordning • Kartläggning av behov som stöd för BHLs utredning • Sedvanliga hemtjänstuppgifter utifrån ett aktiverande förhållningssätt	• Besök på sjukhus inför hemgång • Trygghetsskapande • Samordning • Rehabilitering och basal hemsjukvård utifrån bedömningar och individens målsättning

*BHL = biståndshandläggare

Beskrivning av två Trygg hemgångsmodeller

Här följer en beskrivning av de två Trygg hemgångsmodeller som vi har undersökt. De respektive modellerna beskrivs separat under ett antal gemensamma rubriker som är kopplade till syftet med undersökningen. För en mer översiktlig beskrivning av skillnader mellan modellerna, se tabell 3, s 13. I den efterkommande diskussionen lyfts ett antal faktorer som vi anser vara relevanta och intressanta för den här studien.

De personer som mottar Trygg hemgångsteamens insatser kallas i Södertälje för brukare och ”den enskilde”, medan Haninge benämner dem som patienter. Vi har valt att använda benämningen den äldre personen genomgående i rapporten.

Haningenmodellen – Trygg Hem

Trygg Hem finansieras av Haninge kommun, men ligger organisatoriskt under Handengeriartiken, Praktikertjänst N.Ä.R.A. Teamet består idag av två sjuksköterskor, två arbetsterapeuter och två sjukgymnaster, samt tillgång till läkare. Modellen togs fram i ett gemensamt projekt med stöd av stimulansmedel från staten under 2007-2011. En utvärdering av projektet gjordes 2011 av Nestor FoU-center (Pettersson, 2011). Modellen permanentades 2012. Haninge kommun sade upp avtalet med Praktikertjänst N.Ä.R.A. under hösten 2019 och avtalet löper fram till årsskiftet 2019/20.

Vilka var motiven till att teamet startade – och hur uppnås de?

Teamet, som kallas ”Trygg Hem” startade som ett samarbetsprojekt mellan Haninge kommun och Handengeriatriken med stöd av statliga medel. Upprinnelsen till projektet var brist på korttidsplatser. Det medförde att äldre som var utskrivningsklara men inte redo för hemgång blev kvar på geriatriken i väntan på korttidsplats. Med stöd av Trygg Hem i hemmet var intentionen att fler personer skulle kunna gå hem från sjukhuset direkt. Det kunde beskrivas som att de äldre fick korttidsboende hemma genom att de fick mer stöd i hemmet än vad ordinarie verksamheter kunde ge. Kommunen bistod med ordinarie omsorgspersonal och Handengeriatriken med hälso- och sjukvårdspersonal genom Trygg Hem. Med dess resurser kunde den äldre få stöd av arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska i sitt hem och på så sätt förlängdes insatsen från sjukvården. Äldre som kände sig osäkra inför att komma hem efter en sjukhusvistelse skulle då kunna få rehabilitering och utprovning av hjälpmedel hemma.

”Det är många äldre som vi träffar som vill komma hem, men de känner sig otrygga och därför ansöker de om korttidsboende där det finns personal dygnet runt, men jag tycker att Trygg Hem har varit till stor hjälp för att hjälpa personen att åka hem efter sjukhusvistelsen med hjälp av olika professioner som teamet har / ... / som hjälper till med bostadsanpassningar och hjälper till med omvårdnad och allt annat som personen behöver efter en sjukhusvistelse på sjukhuset”. (BHL)

När de statliga medlen tog slut valde Haninge kommun att fortsätta med Trygg Hem främst för att teamet skulle öka möjligheterna för de äldre att bo kvar i sina hem. Motiveringen till att ha kvar teamet i sin organisatoriska form – att hälso- och sjukvårdsinsatser utfördes av landstinget

med finansiering av kommunen – var att de som hade fått ta del av teamets insatser annars troligen skulle ha behövt plats på korttidsboende och då hade hälso- och sjukvårdsinsatserna ändå finansierats av kommunen.

När det gäller hur teamet i dag påverkar behovet av korttidsplatser och antalet återinläggningar beskriver de intervjuade att teamet gör det möjligt för de äldre att komma hem direkt från geriatriken och inte behöver nyttja korttidsboende. Däremot har kommunen inte någon statistik på att kostnader för hemtjänst eller korttidsplaceringar har minskat. Man tror dock att dessa samordnade insatser fördröjer behovet av en plats på särskilt boende för personerna. Teamets chef anser att om teamet inte skulle finnas skulle många som skrivs ut troligen behöva plats på korttidsboende. Chefen för teamet beskriver att insatser från primärvården riskerar att vara otillräckliga för att förhindra problem av olika slag vilket skulle kunna innebära återinläggning på sjukhus. Enligt chefen för biståndshandläggarna riskerar de äldre bli utan träning i hemmet om Trygg Hem inte kan gå in, vilket kan medföra stillasittande och ökad risk för fall. De intervjuade anser dock att det är svårt att avgöra huruvida Trygg Hem förhindrar återinläggningar. Det är inte ovanligt att sköra äldre åker in och ut på sjukhuset oavsett om de får Trygg Hem eller inte.

Patienter, anhöriga och chefer i kommunen är nöjda med teamets insatser och teamet beskrivs som uppskattat. Upplevelsen för de äldre som tar del av teamets tjänster mäts i en patient- och närståendeenkät och den visar att de som tar del av Trygg Hem är väldigt nöjda. Biståndshandläggarna anser att Trygg Hem kan öka tryggheten inför utskrivningen, särskilt när det gäller personer som inte har några anhöriga.

Vilken målgrupp riktar sig insatsen till?

Kriterierna för att få stöd och hjälp av Trygg hemgångsteamet var initialt att omsorgstagaren skulle vara 65 år eller äldre, vara bosatt i Haninge kommun och ha behov av hemtjänst och förstärkta insatser kring rehabilitering och medicinsk vård. Det var dock inte ett kriterium att personen skulle ha ork att träna för att erbjudas teamets insatser. Oro inför hemgång var också ett skäl till att få insatser från Trygg hem. Om en person behövde stöd av många personer och mycket hjälpmedel vid förflyttningar i hemmet eller bodde långt ut i kommunen erbjöds korttidsboende. Det gällde även om en större bostadsanpassning krävdes före hemgång. Teamet tog initialt inte på sig ärendet om personen hade en demenssjukdom.

Med tiden har kriterierna för att få Trygg hem vidgats. Trygg Hem har fortfarande uppdraget att stödja äldre som skrivs ut från slutenvården, men i och med att lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård ((2017:612) har börjat gälla, har mer fokus lagts på att möjliggöra snabba utskrivningar för personer som kommer hem utan utskrivningsplanering eller de som saknar hjälpmedel. Trygg Hem har även i uppdrag att ge insatser till personer som kommer hem från korttidsboende. Intervjupersonerna beskriver att det finns en uppfattning att personer som vistas för länge på korttidsboende riskerar att bli ”hospitaliserade”. Att teamet har gått in

för att trygga upp vid hemgång från korttidsboende har, bland annat enligt chefen för biståndshandläggarna, visat sig fungera väldigt bra.

Trygg Hem besöker också äldre personer som känner oro för att vistas i hemmet för att utreda möjligheterna för dem att bo kvar hemma. De går även in i svåra ärenden, ofta handlar det om personer som har sociala och/eller psykiska problem, som inte kan ta hand om sig själva eller inte tar emot hemtjänst. Målgruppen har även vidgats genom att numera inkludera personer med kognitiv svikt eller demenssjukdom. Handläggarna betonar dock att det alltid görs sammanvägda individuella bedömningar. Teamet anser att de personer som får insatsen i stort uppfyller de kriterier som har ställts upp för att tillhöra målgruppen.

Modellens utformning

Modellens struktur och organisation

Trygg Hem arbetar dagtid på vardagar och består av arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska med tillgång till läkare för konsultation. Teamet har en enhetschef som också är sjuksköterska. På kvällar, nätter och helger går personal från ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet), också organiserat under Praktikertjänst N.Ä.R.A., in under namnet Trygg Hem. Personal från Trygg Hem eller ASIH kan nås via telefon dygnet runt. Teamets insatser är kostnadsfria för personen. Journal förs enligt Hälso- och sjukvårdslagen. När man är inskriven i teamet utför teamet basal hemsjukvård och samtliga rehabiliteringsinsatser. Teamet tar emot mellan 8 och 18 personer per månad och kan ha mellan 10 och 20 personer inskrivna samtidigt. Hemtjänst väljs på sedvanligt sätt genom kommunen.

Teamet ligger organisatoriskt under Handengeriatriken, Praktikertjänst N.Ä.R.A inom det palliativa verksamhetsområdet och finansieras i sin helhet av Haninge kommun. I det avtal som finns mellan de respektive verksamheterna regleras vilka yrkeskategorier som ska ingå i teamet och hur ersättningsmodellen ser ut. Avdelningschef och beställarchef på äldreförvaltningen har samverkansmöte med chef för Trygg Hem. Teamet och kommunens beställarenhet diskuterar två till fyra gånger per år vad som händer i verksamheten och uppdragets utformning. Att teamet är placerat på geriatriken beskrivs av chefen för biståndskansliet ge de äldre trygghet, bland annat för att det innebär insatser från sjukvårdspersonal, tillgång till läkare och möjlighet till återinskrivning. Då slipper den äldre gå via akuten. Även biståndshandläggarna beskriver närheten till geriatriken som positiv, bland annat för att teamet redan före utskrivning kan ha en dialog med den sjuksköterska som var ansvarig för personen.

Under åren har frågan om hur teamet är finansierat kommit upp. Teamet beskrivs från kommunens sida fungera bra för de äldre och att teamet skapar trygghet, men de anser samtidigt att teamets uppgifter i stora drag liknar primärvårdens och därmed är det inte kommunens ansvar. Detta anses ha blivit ännu tydligare sedan vårdcentralerna har fått ett större ansvar för utskrivning från sjukhus, i och med nya lagen (2017:612).

Trygg Hem utför punktinsatser, som är jättebra för de kan instruera hemtjänstpersonal, men sedan sköter de mediciner, de kanske gör nåt träningsprogram, man kommer hem dit några gånger per vecka. Men de gör ju punktinsatser som faktiskt skulle kunna utföras av primärvården. (informant kommunen)

De intervjuade beskriver även att det finns en oro i kommunen för att Trygg Hem i kombination med korttidsboende medför att läkare på sjukhusen blir mer benägna att skriva ut personer för tidigt, vilket gör att det medicinska ansvaret läggs på kommunen.

Teamets uppgifter och kompetens

Teamet utreder, planerar, åtgärdar behov samt samordnar och delegerar uppgifter utifrån respektive yrkeslegitimation. Exempel på åtgärder är förskrivning och utprovning av hjälpmedel, bostadsanpassning, mobiliseringsträning, förskrivning av inkontinensskydd och provtagning (se utförligare beskrivning i nästa avdelning). Varje vecka genomförs medicinsk rond och teamrond. Längden på insatsen sätts individuellt utifrån den äldre behov. Oftast handlar det om två till tre veckor. Kommunen förordar att personen är kopplad till teamet högst tre till fyra veckor, men lämnar över beslutet till teamet i de enskilda ärendena. Teamets ersättning från kommunen minskar under insatsperioden utifrån en ersättningstrappa. Om färre personer är inskrivna en period och det uppstår luckor i schemat kan teamet ta igen administration och kompetensutveckling eller göra extra besök.

Samtliga medarbetare i teamet har högskoleutbildning inom hälso- och sjukvård och innehar legitimation. Fortbildning för teamet sker genom Praktikertjänsts utbildningsprogram med ämnen som demens, konfusion, bemötande, stress, diabetes som all personal går. Handledning sker mellan kollegor i arbetsgruppen. Kunskaper och kompetenser som lyfts fram som extra viktiga är att kunna arbeta i team, kunskap om demenssjukdomar och att arbeta med äldre och förstå den problematik som äldre kunde uppleva, både som patient och anhörig.

Relationen till andra aktörer

De intervjuade beskriver att samverkan mellan handläggare och teamet är god och att Trygg Hem har blivit ett bra ”verktyg” för handläggarna. Det förenklar att det finns upparbetade kontakter mellan teamet och handläggarna och att de har tillgång till teamet för rådgivning – att det ligger geografiskt nära är en fördel. Teamet kan också ta snabba beslut och agera snabbt, till exempel då hjälpmedel behöver komma på plats. Nya handläggare inom kommunen känner dock inte alltid till att teamet finns eller hur det fungerar. Även personal inom geriatriken kan missa att informera biståndshandläggarna när de har träffat patienter som tillhör målgruppen för Trygg hem.

Hur ser teamets insatser ut?

Beslut om och förberedelser inför teamets insatser

Kommunens biståndshandläggare har i uppdrag att besluta om Trygg Hem för de personer som bedöms uppfylla kriterierna för insatsen. Det går inte att ansöka om Trygg hem för den äldre. Det ligger inte någon paragraf i socialtjänstlagen till grund för beslutet. Beslutet tas ibland i samråd med kollegor och chef. Handläggaren gör upp en övergripande plan med den äldre och därefter tar teamet över. Teamet får överrapportering från avdelningen och personen skrivs in

i Webcare där handläggaren också kan hålla sig uppdaterad om hur det går för personen. De intervjuade beskriver att teamet kan planera insatserna utifrån personens individuella behov, vilket blir möjligt eftersom teamet är multiprofessionellt. Eftersom det redan på sjukhuset kan vara svårt att identifiera behov och svårigheter efter hemgång anser biståndshandläggarna att det är positivt att kunna berätta för personen att ett tvärprofessionellt team ska möta upp hemma.

Det kan vi också förklara för kunden att det kommer att gå jättebra hemma med, för att öka tryggheten kan vi koppla ett team med läkare och ... sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster" (BHL).

Teamet presenterar sig för den äldre personen innan den lämnar sjukhuset, vilket flera av intervjupersonerna beskriver som en trygghet för personen. Om det finns oro och tveksamheter kring hemgången kan teamet motivera den äldre att göra ett försök, och att stötta personen så att den vågar pröva på att vara hemma i några dagar. Efter dessa dagar brukar den äldre känna sig trygg med att vara hemma.

Teamets insatser i hemmet

En viktig uppgift för teamet är att möta upp i hemmet vid hemkomst från sjukhuset, vilket oftast görs av en arbetsterapeut och en fysioterapeut. De gör då en bedömning gällande förflyttning för att försäkra sig om att personen kan komma i och ur säng och göra sina toalettbesök. Sjuksköterskan gör ofta ett första besök dagen efter hemgång, men vid behov samma dag. Vid första besöket är det viktigt att beskriva för den äldre vad teamet är och vad teammedlemmarna kan göra för typ av insatser. De informerar om telefonnummer dit personen och anhöriga kan nå teamet dygnet runt.

Det [Info med teamets telefonnummer] är det bästa vi haft, sen kanske de aldrig har ringt, men bara vetskapen, att ha det här nummer.. att vi finns tillgängliga har stor betydelse för dem när det är kopplat till oro och såna saker med hemgången". (Teamet)

Eftersom det är viktigt att kunna skapa stabilitet de första dagarna så att personen kan stanna kvar i hemmet, är en viktig uppgift att även samordna andra aktörer. Ibland behöver teamet kontrollera att hemtjänsten har blivit inkopplad och att mat finns hemma. Vid tveksamheter kontaktas biståndshandläggare och hemtjänsten. Ofta är hemtjänst på plats samtidigt med teamet och de brukar då komma överens om hur de ska hålla kontakten. Samarbetet brukar fungera bra, särskilt med de hemtjänstutförare som de har mött vid tidigare tillfällen. Om teamet uppmärksammar ett behov av SIP (samordnad individuell plan) kontaktar de biståndshandläggaren. Både teamet och handläggarna anser att det är korta kontaktvägar inom teamet och att det finns ett stort värde i det. Att teamets medlemmar lätt meddelar varandra gör att handläggaren kan kontakta en i teamet för att få svar på frågor från flera teammedlemmar. Teamet kan också snabbt beställa hem hjälpmedel om behov uppstår eller snabbt få justerade läkemedel. En sjukgymnast i teamet säger:

Står jag hemma hos en patient som jag ser 'men jag kan inte träna med honom för han har för ont, då kan jag lyfta luren och ringa till [sjuksköterska] och säga 'vad gör vi? Kan jag ge honom något för vi har delegering ändå'/.../ Eller 'kan vi titta över det här, ta upp det i morgon', så har man det åtgärdat inom ett dygn, skulle man bara va primärvården kan det bli en process på en vecka innan de/.../ smärtstillande är justerade till exempel". (sjukgymnast)

Den initiala bedömningen av förflyttningar kompletteras med bedömning av framkomligheten i hemmet eller mer omfattande bostadsbedömningar, även intyg om bostadsanpassning kan skrivas. Vid kartläggning av behov kan instrument för bedömning av balans, styrka, funktions- och aktivitetsförmåga användas. Bedömningar av personens ADL-förmåga utförs och behov av hjälpmedel kan utredas och därefter förskrivas och prövas ut. Sjuksköterskan kan göra riskbedömningar vad det gäller trycksår, fall, undernäring, munhälsa och smärta. Sjuksköterskan går även igenom patientens läkemedel, ser över provtagningar och kommunicerar med läkare vid behov.

När insatser och mål formas utgår de från de kartläggningar, bedömningar och samtal som gjorts initialt. Mål sätts tillsammans med personen utifrån kartläggningen. De kan handla om att bibehålla eller stärka förmågor och öka sin självständighet. Mål och åtgärder förs in i journalen. Teamet beskriver att fokus ofta är på hur situationen hemma kan fungera bättre. Det kan handla om att iordningställa hemmiljön, handleda hemtjänst eller ordna med hjälpmedel. Individuellt träningsprogram kan initieras. Teamet beslutar i varje enskilt fall tillsammans med personen hur ofta teamet gör besök. Det beror bland annat på i vilken mån personen vill och kan träna. Ibland är personen ännu inte i fas för att påbörja rehabilitering och ibland är rehabilitering en stor del av insatserna. Det kan bli flera besök per dag eller någon gång i veckan.

Avslut av teamets insatser och förberedelser för fortsättningen

Teamet beslutar om avslut och samordnar insatserna för patienten med närstående, hemtjänst, biståndshandläggare och andra vårdgivare i samband med utskrivning från Trygg hem. De återkopplar till handläggaren i kommunen via en slutanteckning i Webcare. Ibland kompletteras anteckningen med muntlig rapportering. Detta stöd uppskattas av handläggarna. De slutanteckningar teamet skriver kan ligga som underlag i utredningarna, och handläggarna tycker att utredningen därmed blir bättre, till exempel inför en flytt till särskilt boende. Överrapportering till patientens vårdcentral sker via remiss och muntligen samt till primärvårdsrehab eller neuroteam om detta behövs. Teamet rapporterar även till hemtjänst och kan också hjälpa hemtjänst med t.ex. förflyttningsteknik, se över hjälpmedel, informera och instruera.

Södertäljemodellen – Trygg och säker hemgång

Trygg och säker hemgång består av ett team med sex undersköterskor och en samordnare. Teamet är placerat på myndighetssidan i kommunen. Det startade som ett internt finansierat projekt i maj 2015 och permanentades i oktober samma år. Södertäljemodellen har inspirerats av en modell som utvecklats i Ronneby kommun (Bowin & Norén, 2014; Svahn & Ström, 2012).

Vilka var motiven till att teamet startade – och hur uppnås de?

Det avgörande skälet att Trygg och säker hemgång startades var att minska behovet av platser på korttidsboende. Teamet skulle inte ersätta korttidsboende, men de äldre skulle kunna erbjudas att komma hem med stöd av teamet och om det inte fungerade kunde korttidsboende beviljas. Trygg och säker hemgång startades också för att minska antalet undvikbara återinläggningar på sjukhus. Teamet skulle även syfta till att minska oro under utskrivningsprocessen och den första tiden i hemmet, att stärka personerna att bli mer självständiga i hemmet samt möjliggöra mer träffsäkra beslut om hemtjänstinsatser. Konceptet benämndes ofta ”hemtjänst under utredning” för att synliggöra denna del av syftet. Intervjuade chefer och biståndshandläggare beskriver att före teamets tillkomst kom många äldre hem med svårbedömda behov från sjukhuset, vilket gjorde att de av säkerhetsskäl beviljades ganska mycket tid. Den beviljade tiden riskerade sedan att bli kvar på samma höga nivå trots att stödbehovet hade avtagit efter ett par dagar hemma. Enligt chefen för handläggarna var det ett viktigt argument för politikerna när teamet permanentades. Ett underliggande problem som gjorde att teamet behövdes beskrivs i termer av att hemtjänst inte hade fungerat fullt ut. Dessa brister kopplas framför allt ihop med att hemtjänsten kännetecknas av en pressad arbetssituation, tidsbrist, stor personalomsättning, svårigheter att rekrytera personal med tillräcklig kompetens, samt låg flexibilitet.

De intervjuade beskriver att man i dag i viss mån följer i vilken mån teamets insatser minskar kommunens kostnader. För att kunna avgöra om teamet inverkar på kostnader för hemtjänst görs en jämförelse mellan uppskattat hemtjänstbehov före insatsen och behovet som identifierats i det faktiska beslutet därefter. Från biståndshandläggarnas sida uppfattar man att teamet medverkat till att återinläggningarna och behovet av korttidsplatser har minskat. Uppfattningen hos de intervjuade är att tack vare teamet kan fler personer direkt flytta hem, i stället för att komma till korttidsboende. Det finns ett stort intresse för teamet både hos förvaltningsledningen och i äldreomsorgsnämnden. Nämnden har beslutat att permanenta teamet, bland annat för att de har sett att antalet korttidsplaceringar har gått ner, före-efter mätningen av uppskattat insatsbehov har visat goda resultat och för att teamet har uppskattats av alla parter. De intervjuade beskriver att teamet ofta får mycket positiv respons från de äldre och deras anhöriga. Telefonuppföljningarna som görs två veckor efter insatsens slut visar att de äldre är mycket nöjda. En teammedlem anser att uppföljningen på individnivå efter det att teamet har lämnat över till hemtjänsten, skulle kunna göras ännu mer strukturerat för att utveckla teamets arbetssätt.

Vilken målgrupp riktar sig insatsen till?

Initialt riktade sig insatsen till personer som vårdats på sjukhus och hade ett svårbedömt och omfattande omsorgsbehov efter hemgång. När Trygg och säker hemgång startade fanns det även ett kriterium att det skulle röra sig om nya hemtjänsttagare och att det aktuella omsorgsbehovet skulle motsvara minst fem tänkta hemtjänstinsatser. Ett skäl kunde också vara att personen upplevde oro inför hemgång, exempelvis för fall och fallskador. Det kunde också vara personer med omfattande behov, som i samband med hemgång från sjukhus uttryckte att det var nödvändigt med en plats på särskilt boende medan handläggaren bedömde att personen kunde komma hem med stöd av teamet.

Enligt samtliga intervjuade har målgruppen förändrats över tid. Vid intervjutillfället är det fortfarande en stor majoritet som kommer från sjukhus. Även personer från korttidsboende och personer som bor hemma, som antingen redan har hemtjänst eller behöver motiveras till att ta emot hemtjänst, kan bli aktuella för Trygg och säker hemgång. Kriterierna har också vidgats så att även personer med mindre behov än fem tänkta hemtjänstinsatser ingår. En insats som nyligen har tillkommit är att under två dagar pröva om det fungerar för personen att vistas i sitt hem, som en sista åtgärd innan det blir aktuellt med flytt till särskilt boende. Istället för att hålla sig strikt till tidigare kriterier betonas behovet en individuell bedömning, vilket kan illustreras av följande citat från en av cheferna:

De [biståndshandläggarna] använder sitt bedömningsinstrument givetvis när de gör sin bedömning. Det finns inget från oss chefer som säger att ni får bara skicka dom eller dom, utan det är ju flexibelt där utifrån det biståndshandläggaren ser utifrån deras bedömningsgrunder. (Chef)

Teamet anser att det i stort sett var rätt personer som får dess insatser. Ibland har de märkt de att en person skulle ha klarat sig med ordinarie hemtjänst. I dessa fall kan de avsluta teaminsatsen ganska snart efter hemgång.

Modellens utformning

Modellens struktur och organisation

Trygg och säker hemgång består av sex undersköterskor och en samordnare som arbetar dagtid på vardagar. På kvällar, nätter och helger får de äldre insatser från den ordinarie hemtjänsten. Personen får ett avgiftsbeslut med beslut om insatser och betalar för utförd tid. Teamet arbetar utifrån öppna rambeslut med väl tilltagna resurser vad det gäller tid. Social dokumentation förs enligt socialtjänstlagen. Medicinska och rehabiliterande insatser arrangeras på vanligt sätt inom primärvården. Ungefär sju till åtta personer är inskrivna i teamet under en månad och teamet kan ha två till tre personer inskrivna samtidigt.

Teamet ligger organisatoriskt under beställarsidan i kommunen och tillhör avdelningen för verksamhetsstöd på myndigheten för äldre och funktionsnedsättning. Inom verksamhetsstöd finns även anhörigkonsulenter, uppsökande verksamhet och bostadsanpassning. Biståndshandläggarna och vårdplanerarna som beviljar Trygg och säker hemgång tillhör en annan avdelning på myndigheten. Att teamet organiseras på beställarsidan beskrivs underlätta samarbetet mellan

teamet och biståndshandläggarna, exempelvis när det gäller att stödja utredningsprocessen. Teamet sitter i samma lokaler som handläggarna och de kan ha en daglig dialog. Handläggarna kan också följa hur det går för de äldre i hemmet. Placeringen på beställarsidan beskrivs också underlätta att teamet kan nyttjas även av de personer som sedan väljer privata utförare. Att inte ligga på utförarsidan gör också att de separeras från ordinarie hemtjänst vilket cheferna anser minska risken för att teamet ska "ätas upp" av den och för att i förlängningen bli en del av ordinarie hemtjänst.

Teamets uppgifter och kompetens

Teamets arbetsuppgifter är att möta upp och stötta vid hemkomsten från sjukhus, kartlägga personens behov, samordna insatser och kontakter runt de äldre, hjälpa till med hjälpmedel och träning i hemmet, genomföra sedvanliga hemtjänstinsatser och i förekommande fall motivera de äldre att ta emot hemtjänst. Insatserna pågår totalt 8 – 9 arbetsdagar. Enligt alla intervjuade har teamet lagom stor kapacitet, även om antalet ärenden kan variera. Det finns perioder med få ärenden. När luckor uppstår kan de ta på sig kortare ärenden med kartläggning för behov av hemtjänstinsatser. Ibland ägnar de sig åt fortbildning eller rutinuppgifter, som att tvätta bilar. Teamet har inte gått in i ordinarie hemtjänst vid dessa tillfällen.

För att arbeta i teamet ska man vara utbildad undersköterska och kunna arbeta självständigt. Enligt de intervjuade är de viktigaste kompetenserna skicklighet i det nära omsorgsarbetet, rehabiliterande arbetssätt och bemötande, att bedöma de äldres omsorgsbehov och kunna navigera i vård- och omsorgssystemet. När det gäller omsorgsarbetet betonas särskilt att kunna möta brukare och anhöriga och även att kunna motivera och skapa trygghet.

De ska vara duktiga på att motivera och trygga de här brukarna så att de känner sig lugna och trygga. Sedan ska de också vara duktiga på att se omvårdnadsbehoven och kartlägga. Så det är flera delar de behöver vara bra på. De är oerhört duktiga på just det här motivationsarbetet skulle jag säga, att trygga både brukare och anhöriga i att det här kommer att fungera. (Chef)

Teammedlemmarna har inte formell kompetens i behovsbedömning, men enligt intervjuade chefer har de god faktisk kompetens. De använder bedömningsinstrumentet BAS – Behov av stöd (Socialstyrelsen, 2013) som stöd för att kartlägga behov. Fortbildning för teamet sker genom kommunens interna utbildningsprogram och teamet har även gått kortare kurser om bland annat psykisk ohälsa, suicid, stroke, demens och hjälpmedel. Därutöver har de fått handledning vid ett par tillfällen och de handleder varandra i teamet. Chefen för teamet och chefen för handläggarna beskriver att de i framtiden vill se att teamet används som en resurs för kompetensutveckling av hemtjänstpersonal. Biståndshandläggare och chefer ser också att det skulle finnas ett värde i att utveckla teamet till att innefatta fler kompetenser utöver undersköterskor, som arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska.

Relationen till andra aktörer

Enligt samordnaren har teamet byggt upp ett bra samarbete med Södertälje sjukhus, vårdcentraler, primärvårdsrehab och hemtjänst. De har kontakt med 13-14 vårdcentraler, ett antal hemrehabteam och flera hemtjänstutförare. En biståndshandläggare berättar att personalomsättning på sjukhuset kan göra att sjukhusets medarbetare inte känner till teamet och därför

föreslår att patienter ska gå direkt till korttidsboende. Det beskrivs också att en del paramedicinare på sjukhuset felaktigt tror att teamet är ett rehabteam som kan ta över deras rehabiliteringsansvar.

Samordnaren och chefen för handläggarna säger att de ser en risk i att teamet tar på sig ansvar som bör ligga på primärvården, exempelvis när det gäller hjälpmedel. Teamet ordnar ibland fram hjälpmedel, för att inte riskera att personen blir återinlagd på sjukhuset. Samordnaren säger att det är en svår balansgång, det kan vara bra för brukaren, men det skapar gränsdragningsproblem mellan kommunen och primärvården. En informant säger följande:

Ibland kan vi uppleva att Trygg och säker gör lite av deras [primärvårdens] arbete/.../ De går in och roddar så att allting blir bra för patienten med hemgång, och då motar nog primärvården i viss utsträckning över saker på teamet, när det till exempel gäller kontakten med primärvårdsrehab. /.../ Vi har en liten farhåga inför LUSen, att vi inte för mycket ska kratta manegen för primärvården. Vi ska vara tydliga med vilka uppgifter som är vems, även om vi ska samverka/.../ Det är viktigt att veta vad som åligger varje huvudman.” (Informant)

I intervjuerna beskrivs även en risk att hemtjänsten skjuter över ansvar på teamet. Eftersom teamet fungerar så bra och har mer resurser, både avseende tid och kompetens, har hemtjänsten ibland försökt att koppla in teamet trots att de själva anses kunna hantera problematiken. Ofta handlar det om att få hjälpmedel på plats.

Hur ser teamets insatser ut?

Beslut om och förberedelser inför teamets insatser

Biståndshandläggarna har i uppdrag att bedöma behov och besluta om vilka äldre som ska erbjudas Trygg och säker hemgång utifrån socialtjänstlagen (SoL) kap 4 paragraf 1. Det går inte att ansöka om Trygg och säker hemgång. Beslutet tas ibland efter samråd med kollegor och chef i ärendedragningar. Syftet med insatsen kan vara att minska oro eller att göra en kartläggning. Teamet har stor frihet att utforma, planera och genomföra de konkreta insatserna. På frågan hur ett uppdrag kan se ut svarar en handläggare:

Ibland är det ju så att personen inte säger vad den vill ha hjälp med, den säger bara att den inte kan någonting, men dom kan. Och då är det svårt att säga till teamet 'dom behöver hjälp med det här'. Det måste de se med egna ögon och göra en bedömning själva utifrån sin kompetens. (BHL)

Kontaktpersonen från teamet träffar den äldre på sjukhuset inför utskrivningen, för att presentera sig och informera om vad som händer vid hemkomsten. Detta besök har de sett är viktigt för att minska oro och skapa trygghet. Vid samtalet på sjukhuset samlar kontaktpersonen även in information som behövs för att planera hemgången, exempelvis vilken vårdcentral den äldre tillhör, tidigare kontakter med rehab och hur hemmet ser ut och är rustat inför hemgång.

Teamets insatser i hemmet

En viktig uppgift är att ta emot personen utanför bostaden direkt vid hemkomsten från sjukhuset. Det beskrivs att de äldre ofta är stressade och trötta när de kommer hem från sjukhuset. Därför är det bra om hemkomsten sker på förmiddagen så att de har tid att komma i ordning och att sitta ner och prata för att skapa en lugn stämning. Teamet har också till uppgift att

samordna olika aktörer, de beskriver sig som ”spindeln i nätet”. De kontakter hemsjukvården, rehab och hemtjänst för att boka in besök första dagen i hemmet, och för att se till att samarbetet med dessa fungerar bra. Under de första dagarna får personerna ofta många besök och då vill teammedlemmarna förmedla trygghet. På förslag från biståndshandläggarna kartlägger teamet personens behov av stöd med BAS (*Behov av stöd*, Socialstyrelsen, 2013) för att stärka handläggarnas beslutsunderlag. Att vänta med behovskartläggning tills personen har kommit hem beskriver handläggarna som positivt. Behoven bli tydligare i hemmet då personen hunnit ”landa”. Handläggarna och deras chef beskriver att besluten om insatser blir bättre och mer träffsäkra med teamet.

Under dagtid utför teamet vanliga hemtjänstinsatser. De har hört från de äldre att de ses som ”räddare i nöden” som fixar allt under hemkomsten, vilket skapar trygghet. Teammedlemmarna beskriver att deras stora handlingsutrymme ger möjlighet att avgöra vilka insatser varje person behöver och hur mycket tid som krävs. De har mer tid än den ordinarie hemtjänsten, vilket i enstaka fall kan bli upp till flera timmar på en dag. De arbetar enligt ett rehabiliterande arbetsätt, där de låter personerna pröva på att på egen hand utföra sina vardagliga sysslor. Teamets arbetssätt ses av en chef som en möjlig förebild för den ordinarie hemtjänsten:

Det är mycket mer stöd än hjälp som de går in med. Inom hemtjänsten binner man nog inte tänka så salutogent som de gör inom teamet. På så sätt tror jag att teamet är en förebild faktiskt för hur man skulle kunna bedriva hemtjänst på ett helt annat sätt. Att vara mer tuff och tro på människan i sig liksom. (Chef)

Teamet hämtar vid behov förskrivna hjälpmedel från primärvården för att de snabbt ska komma på plats. Enligt informanterna har teamet en bra dialog med arbetsterapeuterna där och de samråder ofta i frågor om hjälpmedel, till exempel om teamet ser behov av hjälpmedel. Ytterligare en arbetsuppgift är att hjälpa till med träning i hemmet. Teamet stödjer personens träning utifrån sjukgymnasternas instruktioner, vilket flera informanter anser bidra till ökad självständighet. Chefen för teamet uppger att många äldre som är på sjukhus tror sig kunna klara av mindre än de faktiskt gör. Om de med teamets hjälp får testa att komma hem så kan många klara sig hemma med hemtjänst trots att utskrivningen har varit omgärdad av stor oro.

De kan få en brukare att gå från att vara mer eller mindre hjälplös till att faktiskt vara ganska självständig på de här dagarna, för att de börjar tro på sig själva och kan se att de kan gå på toaletten själva, de kan ta sig mellan rummen. / .../ 'Du kan, prova', och så kan de. Och då växer de ju med det. (Chef för teamet)

På senare tid erbjuder teamet en ny typ av kortare insats för att möta det snabbare utflöde av patienter från sjukhus, som är en följd av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus (2017:612). Teamet tar emot den äldre i hemmet och ordnar det viktigaste i samband med hemkomsten. Denna insats innehåller inte en utvidgad utredning.

Avslut av teamets insatser och förberedelser för fortsättningen

Ungefär fem dagar efter hemkomst har den äldre, biståndshandläggaren och kontaktpersonen från teamet ett uppföljningsmöte för att stämma av hur det har fungerat i hemmet. På mötet deltar även anhöriga, hemtjänst och ibland primärvården. Därefter tar handläggaren beslut om ordinarie hemtjänstinsatser med stöd av BAS. Teamet trappar ner sina insatser och förbereder den äldre på övergången till ordinarie hemtjänst. Redan tidigt i processen har teamet informerat

om att Trygg och säker hemgång är en tidsbegränsad insats. Svårigheten för teamet att trappas ner och avsluta insatserna hos deras omsorgstagare kan illustreras med följande citat från en teammedlem:

"Vi är ganska tydliga. Från början var det kanske lite svårare att säga det, men nu är vi tydliga. /.../ Vi kommer att fasa ut oss själva. För det blir tyvärr så att de flesta blir väldigt förtjusta i oss och alla vill ju ha oss kvar. Det är ju så. Vi har märkt att man måste börja på va tydligare att 'så här och så här är det'. Det är jättetråkigt, men så ser vår vardag ut." (Teammedlem)

Teamet rapporterar över till hemtjänsten och meddelar även anhöriga. I regel finns det fungerande rutiner på plats när teamet lämnar över till hemtjänsten. Teamet kan stödja hemtjänsten vid överlämningen exempelvis genom att instruera dem om förflyttningar. Det kan även hända att teamet hjälper hemtjänsten att skriva genomförandeplaner.

Diskussion – Om styrkor, utmaningar och möjliga vägar framåt

I denna studie beskrivs de två kommunernas motiv för att skapa Trygg hemgångsinsatser och hur de olika Trygg hemgångsmodellerna har formats utifrån dessa motiv. Det visar sig att kommunerna motiveringar till att starta sina respektive team liknar varandra. Däremot har de helt skilda lösningar när det gäller bemanning, arbetsuppgifter och val av organisatorisk hemvist. Dessa skillnader påvisar att det ofta använda begreppet Trygg hemgång omfattar en stor bredd och variation. Skillnaderna bör i sin tur rimligtvis också inverka på den äldres situation. Vi kommer här att diskutera hur kommunernas olika tillvägagångssätt skulle kunna möta de äldres behov på ett kompletterande sätt. Vi börjar dock med att ta upp ett antal styrkor hos Trygg hemgångskonceptet som vi har identifierat i intervjustudien – styrkor som samtidigt kan innebära utmaningar.

Trygg hemgång – Innefattar styrkor som samtidigt utmanar

Trygg hemgång har visat sig vara en uppskattad stödform enligt informanterna i denna rapport, vilket är i linje med tidigare rapporter (exempelvis Hjalmarsson m.fl. 2019; Eklund & Treschow, 2014; Löfqvist, 2014). Utifrån begreppet KASAM, känsla av sammanhang (Antonowsky, 1987), visar resultatet att båda modellerna möter behovet av begriplighet exempelvis genom att båda teamen möter upp omsorgstagarna inför hemgång och i hemmet de första timmarna för att förklara vad som kommer att hända, ge kontaktuppgifter och svara på frågor. Båda teamen bidrar även till hanterbarhet, genom att stärka den äldres förutsättningar att öka på sina egna förmågor genom träning, aktiverande förhållningssätt, hjälpmedel och modifieringar i hemmet. De bidrar även genom att ge tillgång till andras resurser som hemtjänst och hälso- och sjukvårdspersonal, när den äldres egna resurser inte räcker till. Konceptet bygger på stor flexibilitet, exempelvis vad det gäller tidsåtgång, insatser och vilka som omfattas av teamets insatser. Flexibilitet ger personalen ett stort handlingsutrymme som gynnar den äldre som får ta del av insatsen, men detta innebär också vissa utmaningar.

Ett flexibelt och individuellt stöd i kontrast till ordinarie hemtjänst

Båda teamen får via rambeslut från biståndshandläggarna stort handlingsutrymme för att forma insatser och avgöra tidsåtgång hos sina omsorgstagare. Denna flexibla arbetsform där man främjar den äldres trygghet, är något som lyfts fram både i denna och i tidigare rapporter (Hjalmarsson m.fl, 2019; Löfqvist, 2014; Eklund & Treschow, 2014). Den här typen av ”öppna” uppdrag verkar skapa goda förutsättningar för att uppfylla personcentrering och ett aktiverande synsätt. Att låta teamets medarbetare, utifrån deras kompetens och förmåga, identifiera och hantera de äldres behov och situation (”professionsstyrning”, Svensson 2011), står i kontrast till den ordinarie hemtjänsten där verksamheten snarare styrs av rutiner och riktlinjer (”organisationsstyrning”, Svensson 2011). Ordinarie hemtjänst har dessutom mer pressade tidsscheman och större

variation när det gäller personalens kompetens. Vi kan se många fördelar med professionsstyrning i detta fall. Det ger stort handlingsutrymme för de professionella att anpassa insatserna till enskilda personer. Det ökar chanserna att kommunen sätter in stöd som individen prioriterar och ser behov av. Men det kan också leda till minskad kontroll för den äldre och även för kommunen över vad de kan förvänta sig av insatserna, det vill säga i vilken mån teamet håller sig inom sitt uppdrag. Detta kan påverka kostnader för kommunen och kanske även rättssäkerheten för den enskilde. Genom att Trygg hemgångsteamet tar ansvar för tidfördelningen mellan sina omsorgstagare, kan det också väcka frågor kring vad som ligger till grund för fördelningen.

Skulle avståndet mellan Trygg hemgång och ordinarie hemtjänst kunna minska? I dag placeras ofta team i en annan del av organisationen än den ordinarie hemtjänsten, vilket både Haninge och Södertälje hade valt att göra. Detta ligger i linje med Eklunds m.fl. (2017) rekommendation att det bör finnas en tydlig uppdelning mellan Trygg hemgång och ordinarie verksamhet, eftersom man då lättare kan forma ett team som skiljer sig markant från ordinarie verksamhet och som innebär specialiserade och målinriktade insatser (Eklund m.fl., 2017). Ett separat team kan tilldelas större resurser i form av tid och kompetens och organiseras med större flexibilitet och anpassningsförmåga. I denna studie såg vi att teamen hade dessa fördelar. Den tydliga uppdelningen kan samtidigt medföra nackdelar. Att teamet inte ingår i ordinarie verksamhet kan innebära att det blir isolerat och att de inte når ut med information om verksamheten till berörda aktörer. Risker är att insatsen därmed bara kommer vissa till del och att insatserna då inte i någon större utsträckning påverkar kostnader för korttidsplatser eller antalet dagar med betalningsansvar. Det finns också en risk att medarbetare inom ordinarie hemtjänst blir frustrerade av att de inte kan erbjuda sina omsorgstagare samma resurser, vilket kan resultera i att Trygg hemgångsteamet inte helt och fullt accepteras. I Södertälje fanns det tankar om att utveckla ett starkare samarbete med hemtjänsten. Kanske skulle det kunna innebära att mindre erfaren personal i hemtjänst kan erbjudas handledning eller att ingå i teamet under en period. Teamet skulle även kunna pröva nya arbetssätt i liten skala för att sedan medverka till att föra ut dem till andra hemtjänstutförare. Detta skulle tydligare kunna knyta ihop, öka kännedomen och skapa ömsesidig nytta i de olika verksamheterna oavsett om de ligger på samma eller olika ställen i organisationen.

I gränslandet mellan olika plånböcker och lagar

Båda teamen har som tidigare nämnts ett stort handlingsutrymme. Detta handlingsutrymme ser vi som en viktig förutsättning för att kunna ge den äldre ett helhetsstöd och för att kunna hantera oväntade problem vid hemgången (jfr Evetts, 2009; Svensson, 2011). Trots det stora handlingsutrymmet inom uppdraget, eller kanske på grund av det, upplever teammedarbetarna att det finns en risk att de kan ta över uppgifter på främst primärvårdens område och övertar deras uppgifter. I Haninge, där teamets och primärvårdens personal i stort sett har samma professioner och står under samma lag, hälso- och sjukvårdslagen, kan utmaningen främst ses som en finansieringsfråga, vilket lyfts i intervjuerna. Risker är att kommunen betalar för en insats som är primärvårdens ansvar anses påtaglig. I linje med denna uppfattning har kommunen nyligen sagt upp avtalet med teamet. I Södertälje består teamet av undersköterskor som står under socialtjänstlagen. Där finns också utmaningen vad det gäller finansieringen men också att teamet

består av undersköterskor som inte har den formella kompetensen eller lagstödet att utföra vissa insatser som primärvården ansvarar för. Till exempel när det gäller hjälpmedelshantering beskrivs risken att ta över uppgifter. I Södertälje tar man upp vikten av att ha en överenskommelse om uppgifts- och ansvarsfördelningen för att kunna samverka och undvika att man tar över uppgifter från primärvården. Om de enheter och professioner som är avsedda att utföra vissa uppgifter också utför dem blir resursåtgång och ansvar tydligt och säkerhet och kvalitet högre. När det gäller exempelvis hjälpmedel kan det handla om att ge information om deras funktion och underhåll samt pröva hjälpmedlet och göra funktionskontroll i personens hemmiljö (Vårdhandboken, 2019).

Målgruppens föränderlighet kan både stärka och utmana konceptets legitimitet

Som tidigare nämnts skiljer sig förutsättningarna för teamets insatser markant från dem som gäller för ordinarie verksamhet, oavsett om det gäller kommunens hemtjänstinsatser eller primärvårdens insatser. Insatserna är dock inte möjliga att ansöka om, istället erbjuds personer som uppfyller vissa kriterier vid en samlad bedömning, att få stöd och hjälp av Trygg hemgångsteamet. Då stora resurser går till ett så begränsat antal personer finns det goda skäl att hävda att det bör finnas möjlighet att ansöka om insatserna, och att det ska finnas tydliga kriterier för vad som krävs för att en person ska få del av dem. Det gör att man kan säkerställa och kommunicera vad tillgången till insatserna grundar sig på, vilket har stor betydelse utifrån socialtjänstlagens krav på en jämlik socialtjänst. Att kriterierna är utformade så att det går lätt att identifiera om en person tillhör målgruppen underlättar också för de involverade aktörerna att identifiera och rekrytera lämpliga personer till Trygg hemgångsteamet (Eklund et al, 2014).

Vi noterar att inklusionskriterierna har förändrats över tid, vilket har medfört att målgruppen för de båda teamens insatser har breddats. En annan förändring är att även personer som ska hem från korttidsboende eller som har en komplex situation i hemmet, kan bli aktuella för båda teamen. Målgruppen har också vidgats när det gäller diagnos till att även innefatta personer med kognitiv svikt/sjukdom (gäller Haninge) och när det gäller graden av behov av hemtjänstinsatser (gäller Södertälje). Även andra insatser håller på att utvecklas för att kunna svara upp mot förändringarna i och med den nya lagen om utskrivning från slutenvård (2017:612). Detta gör att ännu fler personer tillhör målgruppen. Att ha en bred målgrupp kan vara positivt eftersom teamen då kan nå sin fulla potential när det gäller att använda tiden väl (Eklund et al, 2014). Det vi ser är att teamens kompetens då kan nyttjas i komplexa, tidskrävande ärenden och att flera personer kan ta del av en uppskattad insats. Att fler får ta del av insatsen innebär också att Trygg hemgång kan inverka på en mer generell nivå, exempelvis med minskat behov av korttidsplatser (Eklund m.fl., 2014). En möjlig nackdel med en breddad målgrupp kan vara att det initiala syftet med insatsen och kriterier som är nödvändiga för att uppdraget ska förbli legitimt kommer i skymundan. Det kan exempelvis handla om gränsdragningar mellan Trygg hemgång och privata hemtjänstutförare eller primärvårdsrehab - beroende på vilken Trygg hemgångsmoddell som används - för att undvika skev konkurrens.

Olika tillvägagångssätt kompletterar varandra?

Trygghet och samordning kan skapas på olika sätt

Även om de båda teamen har tagit sig an sina uppdrag på olika sätt uppges båda modellerna ge goda resultat. Enligt teamens egna utvärderingar upplever de äldre och deras anhöriga både nöjdhet med teamen och trygghet tack vare teamens insatser. Tidigare i diskussionsdelen beskrevs att båda teamen främjar hanterbarhet och begriplighet (från KASAM, Antonowsky, 1987) genom de insatser och rutiner de har. Dock vore det rimligt att anta att teamen kan förmedla olika typ av trygghet, eftersom de olika modellernas upplägg, teamens sammansättning och insatser skiljer sig åt. Eller kanske ännu troligare att de olika teamen tryggar upp inom samma områden, men att det görs på olika sätt. Det kan exempelvis gälla att finnas på plats när personen kommer hem (Löfqvist, 2014) eller att koordinera alla kontakter (Hjalmarsson m.fl., 2019; Svahn & Ström, 2012), två viktiga uppgifter för att skapa trygghet. När det gällde att koordinera kontakter tog Södertäljeteamet kontakterna med primärvården när det gällde frågor som rörde vård och rehabilitering. I Haninge hade man motsvarande kompetenser i teamet vilket gav korta kontaktvägar då det gällde exempelvis läkemedel, smärta eller hjälpmedel. I Södertälje å sin sida var kontaktvägar kortare till biståndshandläggare och ordinarie hemtjänst.

Tidigare forskning har visat att de äldre kan uppvisa oro för sin medicinska status och för hur de ska kunna hantera vardagen när de har förlorat delar av sin funktionsförmåga (Forsman & Svensson, 2019). Vid den typen av oro ser vi att ett team med hälso- och sjukvårdspersonal bör kunna skapa trygghet på ett mer tillfredsställande sätt än ett team som enbart består av undersköterskor. Vid oro kopplad till ensamhet, att inte få nödvändigt stöd från hemtjänsten, eller att de anhöriga inte skulle orka med det nya ansvaret (Forsman & Svensson, 2019), ser vi att ett team med undersköterskor har större möjligheter att skapa trygghet genom det praktiska stöd, den närvaro och de samtal de kan erbjuda, under förutsättning att ett väl anpassat stöd även erbjuds efter det att teamet har avslutat sitt uppdrag.

Olika personer i olika situationer – olika fokus på stödet?

Båda teamen har en trygghetsskapande och samordnande roll, men hur de sedan utformar sina respektive verksamheter ser olika ut. Södertälje har valt att införa en förlängd period för behovskartläggning och förberedelser inför ordinarie hemtjänst med ett team med undersköterskor placerat på myndighetssidan. Haninge har valt att i stället sträcka ut tiden för medicinskt stöd och mer omfattande rehabilitering utifrån individens satta mål med ett team med hälso- och sjukvårdspersonal placerat på geriatriken. Detta kan ses som de mest avgörande skillnaderna mellan de två modellerna. Haninges modell ligger i linje med den beskrivning av Trygg hemgång som finns i Eklund med kollegors rapport (2017). I den beskrivs att de centrala principerna för Trygg hemgång är att personen återtar tidigare funktionsförmåga och självständighet efter en sjukhusvistelse genom teambaserade, tvärprofessionella och målinriktade insatser, vilket antas leda till minskat beroende av omsorgsinsatser. Det finns goda skäl att tro att en äldre person som får stöd i sin rehabilitering av ett flexibelt, multiprofessionellt team med generösa tidsmarginaler, har möjlighet att öka sin funktions- och aktivitetsförmåga (se t ex Sims Gould et al., 2017). Personen bör inte ha samma möjlighet att öka sin funktions- och aktivitetsförmåga

om denne får insatser från ett team som främst fokuserar på en god kartläggning för ett väl avvägt hemtjänststöd. Även om personen får stöd av primärvårdens aktörer finns det risk att de har mindre tid till sitt förfogande. Samtidigt kan ett välavvägt individanpassat hemtjänststöd ha en större betydelse över tid, då teamet kan fånga in vad som är meningsfullt i vardagen för den äldre och hur vardagen ska formas.

Det är också viktigt att se att alla personer som får insatser från äldreomsorgen inte har ork till rehabilitering. Om det är rehabilitering eller en utökad kartläggning av kommande stöd som har största värde för individen kan handla om hur personen mår för tillfället, hur motiverad personen är, var i återhämtningsprocessen personen befinner sig eller vilket skede i livet denne är (se t ex Nørskov Bødker, 2019). Det finns ett värde i att hitta en balans mellan att träna upp sina förmågor för ökad självständighet och att få dra sig tillbaka och använda sin kraft till andra, mer värdefulla aktiviteter (ibid). Ett gott helhetsstöd skulle kunna ges till personer som kommer hem från sjukhus, genom en balanserad kombination av de två angreppssätten, där det i varje enskilt fall avgörs hur de olika professionernas kompetenser kan användas. Kanske skulle ett sådant tillvägagångssätt också kunna minska behovet av korttidsboende och återinläggningar. En lösning som lyfts av Stiftelsen Äldrecentrum (Hjalmarsson m.fl., 2019) är att ett team med undersköterskor skulle kunna ha en utökad samverkan med primärvården, där ett team skulle kunna finnas med resurser för att arbeta parallellt med Trygg hemgång. Det finns också möjlighet att ha tvärprofessionella Trygg hemgångsteam. Dessa finns på flera håll i Sverige och liknar det brittiska konceptet Reablement, vilket kommer att utvärderas för svenska förhållanden (Bergström m.fl., 2019). Eftersom det enligt vissa studier finns visst stöd för att tvärprofessionella team har god effekt på hälsorelaterad livskvalitet och ger minskat hemtjänstbehov kan det finnas skäl att närmare undersöka dessa initiativ (Tessier et al 2016).

Oavsett vilken modell som används stödjer denna studie att det är viktigt att uppmärksamma de faktorer som verkar göra Trygg hemgång till en väl fungerande modell: Det flexibla tillvägagångssättet, goda tidsresurser och hög kompetens i personalgruppen. Dessa verkar göra det möjligt att med fokus på personen ta itu med de utmaningar och den otrygghet som den äldre ofta upplever, arbeta för att stärka den äldres resurser och förbereda hemtjänsten att kliva in i de situationer där den äldres resurser inte räcker till. Eftersom detta relativt omfattande koncept har visat på stor nöjdhet och ökad trygghet anser vi att det är viktigt att det finns en tydlighet i vem som har rätt till denna insats.

Referenser

- Ahlin Werkelin, A., Dalin, T., Taxén, O., & Ölmebäck, E. (2015). *Plats för proffsen – Ett alternativ till New Public Management i hemtjänsten*. Stockholm: Kommunal.
- Antonowsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Bergström, A., Borell, L., Meijer, S., Guidetti, S. (2019). Evaluation of an intervention addressing a reablement programme for older, community-dwelling persons in Sweden (ASSIST 1.0): a protocol for a feasibility study *BMJ Open* 2019;9
- Bornemark, J. (2018). *Det omätbaras renässans – En uppgörelse med pedanternas världsberravälde*. Stockholm: Volante.
- Boström, m. (2014). *Trygghet – på vems villkor? Uppfattningar och erfarenheter av trygghet äldre personer med behov av omsorg*. School of health sciences, Jonköping University. Dissertation series no. 53, 2014. Jönköping 2014.
- Bowin, R. & Norén, D. (2014). *Trygg Hemgång i Ronneby – Utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting*. HCM Health Care Management. Nedladdad från: www.inrikta.se/files/skl-aldre-trygg-hemgang-ronneby.pdf
- Brante, T. (1987). Sociologiska föreställningar om professioner. I: Bergryd, U. (red.). *Den sociologiska fantasin. Teorier om sambället*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Corlin Elfstrand, T., Kajonius, P.J. & Kazemi, A. (2016). The impact of personality on person-centred care: a study of care staff in Swedish nursing homes. *International Journal of Older People Nursing* 12(2),1–10
- Eklund, F., Lindskog, P. & De Wever Treschow, A. (2017). *Trygg hemgång – För effektivare och säkrare utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Eklund, F. & Treschow, A. (2014). *Mottagningsteamet i Landskrona. Slutrapport*. Landskrona stad & inRikta. Nedladdad från: www.inrikta.se/files/landskrona-mottagningsteam.pdf
- Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I: Ekman, I. (red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber.
- Eliasson, R. (1992). Omsorg som lönearbete: om taylorisering och professionalisering. I: Eliasson, R. (red.). *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Lund: Arkiv förlag.
- Evetts, J. (2003). The Sociological Analysis of Professionalism: Occupational Change in the Modern World. *International Sociology* 18(2), 395–415.
- Evetts, J. (2009). New Professionalism and the New Public Management: Changes, Continuities and Consequences. *Comparative Sociology* 8(2), 247–266.
- Evetts, J. (2010). Reconnecting Professional Occupations with Professional Organizations: risks and opportunities. In: Svensson, L. G. & Evetts, J. (eds) *Sociology of professions: Continental and Anglo-Saxon traditions*. Göteborg: Daidalos.
- Evetts, J. (2013): Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology* 61(5-6), 778–796.
- Forsman, B., Svensson, A. (2019). Frail Older Persons' Experiences of Information and Participation in Hospital Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(16), 2829.
- Goldstein, S.M., Johnston, R., Duffy, J. & Rao, J. (2002). The service concept: the missing link in service design research? *Journal of Operations Management* 20(2), 121–134.
- Hjalmarsson, I., Meinow, B., Norman, E. & Johansson, L. (2019). *Att komma hem från sjukhus och få ett tryggt mottagande – Om insatser från äldreomsorg efter sjukhusvistelse*. Rapport 2019:1. Stockholm: Stockholms läns Äldrecentrum.
- Järf, J. (2019). *Slutrapport. Projektet Trygg hemgång*. Rapportnr: Dnr äld 2019/44. Järfälla kommun.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Löfqvist, A. (2014). *Trygg hemgång i samband med utskrivning från sjukhuset – En enkätstudie*. Magisterarbete. Blekinge Tekniska Högskola, Vårdvetenskap, Sektionen för Hälsa.
- Mintzberg (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Molander, A. & Grimen, H. (2010). Understanding Professional Discretion. In: Svensson, L. G. & Evetts, J. (eds.). *Sociology of professions: Continental and Anglo-Saxon traditions*. Göteborg: Daidalos.
- Nilsson, A., Edvardsson, D. & Rushton, C. (2019). Nurses' descriptions of person-centred care for older people in an acute medical ward – On the individual, team and organizational levels?. *Journal of Clinical Nursing* 00, 1–9.

- Nørskov Bødker, M. (2019). Potentiality made workable – exploring logics of care in reablement for older people. *Ageing & Society*, 39: 2018-41
- Oscarsson, I. & Johansson, C. (2016). *Slutrapport. Utvärdering av Förstärkt hemgång med stöd av Hemgångsteam*. Alingsås kommun. Nedladdad från: www.alingsas.se/sites/default/files/slutrapport_hemgangsteam_slutversion.pdf
- Pettersson, I., Lilja, M., Borell, (2012). To feel safe in everyday life at home – a study of older adults after home modifications. *Ageing & Society*, 32, 791-811
- Pettersson, Å. (2011). "Nog kan jag handskas med ett dussin tjejer". *Utvärdering av Trygg Hem*. Stockholm: Nestor FoU-center. Nedladdad från: www.nestorfo.se/nestor_publicationer/nog-kan-jag-handskas-med-ett-dussin-tjejer/
- Sahlin, K. & Eriksson-Zetterquist, U. (2016). *Kollegialitet – En modern styrform*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS (2017:612). *Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*. Socialdepartementet, Regeringskansliet.
- Sims-Gould, J., Tong, C.E., Wallis-Mayer, L., Ashe, M.C. 2017. Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review. *JAMDA- The Journal of post-acute and long-term care medicine*, 18: 653-63
- Socialstyrelsen (2007). *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*. Artikelnr 2007-123-26. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *BAS – Behov av stöd. Bedömningsinstrument för biståndshandläggare i äldreomsorgen*. Artikelnr 2013-10-16. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2015:20). *Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård*. Betänkande av Utredningen om betalningsansvarslagen.
- SOU (2016:2). *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- SOU (2018:47). *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn*. Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen.
- SOU (2019:20) *Stärkt kompetens i vård och omsorg*. Betänkande av Utredningen Reglering av undersköterska. Statens offentliga utredningar.
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2018). *Behovet och betydelsen av läkarvård i korttidsboende – i gränslandet mellan sjukvård och socialtjänst. Rapport om korttidsvård för äldre i Stockholms län*. Rapport 2018:3. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Svahn, A., Ström, C. (2012). *Trygg Hemgång 2012*. Ronneby kommun,
- Svensson, L.G. (2011). Profession, organisation, kollegialitet och ansvar. *Socialvetenskaplig tidskrift* 18(4), 301–319.
- Szebehely, M. (1995). *Vardagens organisering – Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Avhandling. Lund Studies in Social Welfare IX. Lund: Arkiv förlag.
- Tanner, B., Tilse, C & de Jonge, D. (2008). Restoring and sustaining home: The impact of home modification on the meaning of home for older people. *Journal of Housing for the Elderly*, 22:3, 195-215
- Tessier, A., Beaulieu, M-D., McGinn, C A., Latulippe, R. 2016. Effectiveness of reablement: A systematic review. *Healthcare Policy*. 11(4):49-59
- Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Stockholm: vetenskapsrådet.
- Vårdhandboken (2019). Hämtad 20191031. <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/hjalpmedel/hjalpmedel-vid-fysiska-funktionsnedsattningar/forskrivning/>
- Wærness, K. (1984). The rationality of caring. *Economic and Industrial Democracy* 5(2), 185–211.



Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16