

”Nog kan jag handskas med ett dussin tjejer”

Utvärdering av Trygg Hem

Åsa Pettersson

Oktober 2011

Förord

Trygg Hem är ett samarbetsprojekt mellan Haninge kommuns äldreomsorg och Handengeriatriken med syftet att underlätta återgången till hemmet efter en sjukhusvistelse. Projektet finansierades med statliga stimulansmedel 2007–2010. Bakgrunden var att utskrivningsklara patienter låg kvar på sjukhuset på grund av platsbrist på korttidsboendena. För att kunna ta hem de svårast sjuka, med sammansatta behov, behövdes en samordning av resurser. Trygg Hem innebär fortsatt tillgång till sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och läkare vid Handengeriatriken. I samband med projektmedlens upphörande 2010 fick Nestor FoU-center i uppdrag att utvärdera Trygg Hem för att ge beslutsunderlag för det fortsatta arbetet. Nestor FoU-center arbetar med äldre frågor på uppdrag av Stockholms läns landsting och kommunerna Haninge, Huddinge, Nynäshamn, Södertälje, Tyresö och Värmdö.

Styrgruppen för utvärderingen bestod av Elizabeth Lindholm Hahne, Yvonne Elo Rydén (Haninge kommun), Trude Ahlgren, Roger Larsson, Carina Wern (Handengeriatriken) och Camilla Andersson (Nestor FoU-center).

Nestor FoU-centers projektteam bestod av Åsa Pettersson (huvudprojektledare), Karin Högstedt (projektledare) och Camilla Andersson (samordnare för programgruppen Förebyggande och rehabiliterande arbete). Utvärderingsarbetet pågick mellan januari och september 2011.

Haninge september 2011

Britt Almberg, Med dr i vårdforskning och FoU-chef

Innehåll

FÖRORD	2
SAMMANFATTNING	4
INLEDNING.....	5
SYFTE.....	5
METOD	6
TRE CENTRALA BEGREPP.....	7
RESULTAT.....	8
SÅ FUNGERAR TRYGG HEM	8
TRYGG HEM I SIFFROR 2009–2010.....	10
SÅ TYCKTE DE INTERVJUADE	14
UTBLICKAR.....	19
TRYGG I TYRESÖ	19
SAMVERKAN RUNT DE MEST SJUKA ÄLDRE.....	19
AVSLUTNING OCH DISKUSSION	21
REFERENSER.....	24
LÄSTIPS	25

Sammanfattning

Trygg Hem initierades för att utskrivningsklara patienter ofrivilligt blev kvar på sjukhus på grund av platsbrist på korttidsboendena. Projektet, som fortfarande pågår, är ett samarbete mellan Haninge kommuns äldreomsorg och Handengeriatriken finansierat med regeringens stimulansmedel 2007–2010. Syftet med denna utvärdering är att ge beslutsunderlag för fortsatt drift av Trygg Hem efter stimulansmedlens upphörande. Utvärderingen bygger på intervjuer med personal, patienter och närstående samt statistik och projektdokumentation. Frågeställningarna handlar om insatsbehov, upplevelsen av Trygg Hem, samarbetet mellan aktörer, avlastning av primärvården och effekter av de gemensamma insatserna.

Trygg Hem kan erbjudas äldre personer som vistats på sjukhus på grund av exempelvis fraktur, operation, nedsatt allmäntillstånd eller flera sjukdomar samtidigt, och som har ett rehabiliteringsbehov och är motiverade att komma hem. Hemma får de träning, hjälpmedel, medicinsk vård av Trygg Hem-teamet som består av arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och en läkare som hör till ASIH på Handengeriatriken. Arbetet samordnas med hemtjänsten som utför exempelvis städning, tvätt och inköp.

Åren 2009–2010 var sammanlagt 75 personer inskrivna i Trygg Hem, varav mellan 70 och 80 procent kvinnor. Genomsnittspatienten vårdades i storleksordningen 50–60 dagar. Efter Trygg Hem kunde ca 70 procent skrivas ut "till hemmet", varav de flesta till vårdcentraler och några till ASIH. Övriga skrevs i huvudsak ut till sjukhusavdelning eller korttidsboende.

Intervjuad hemtjänstpersonal och Trygg Hem-teamet beskriver en god relation sinsemellan. Hemtjänstpersonalen menar att Trygg Hem står för ordning och reda och möjligheten till indirekt fortbildning som spiller över på det övriga arbetet. Biståndshandläggarnas medverkan i Trygg Hem är begränsad till vårdplaneringar, löpande mottagande av listor över Trygg Hem-patienter, beställningar till hemtjänsten och vid behov förändring av insatser via hemtjänstens samordnare. Biståndshandläggarna efterfrågar större inflytande vid vårdplaneringarna.

Under inskrivningstiden kan Trygg Hem-teamet följa och utvärdera behandlingen, både medicinskt och rehabiliteringsmässigt. Vid utskrivning till primärvården är patienterna därför förhållandevis stabila. Intervjuade patienter och närstående är mycket nöjda med tiden i Trygg Hem. Till förbättringsområdena hör kommunikationen, till exempel i fråga om remissförfarande till specialister, entydiga träningsinstruktioner till patienter och mjukare avslutningar.

Utvärderingen visar att organisationen av Trygg Hem gör skillnad såväl för patienter och närstående som för personalen i teamet och hemtjänsten. Resultatet ligger väl i linje med liknande studier om hur personer med sammansatta behov kan tas om hand på ett bra sätt.

Utvecklingsmöjligheter finns i fråga om kommunikationen mellan aktörerna runtom patienten där frågor som samsyn på målgruppen, översäkring till distriktssköterska och former för vårdplanering behöver diskuteras vidare.

Inledning

Trygg Hem är ett samarbetsprojekt mellan Haninge kommuns äldreomsorg och Handengeriatriken, finansierat med stimulansmedel för insatser inom vård och omsorg om äldre personer. Stimulansmedlen fördelades av Socialstyrelsen på regeringens uppdrag åren 2007–2010. Trygg Hem var ett av två rehabiliteringsprojekt som Haninge kommun hade ansökt om medel för. Tillsammans beviljades de båda projekten i storleksordningen nio miljoner kronor under perioden.

Trygg Hem initierades för att utskrivningsklara patienter ofrivilligt blev kvar på sjukhus på grund av platsbrist på korttidsboendena. Många äldre önskade att få komma till bostaden men kände sig osäkra och otrygga inför hemgången. Väntan medförde i sin tur en ökad risk för institutionalisering och därmed en försvårad hemgång.

Målet med Trygg Hem var:

- Att de personer som är utskrivningsklara ska känna trygghet inför hemgång med tillgång till hälso- och sjukvård dygnet runt.
- Att den som är utskrivningsklar ska kunna komma hem trots ett kvarvarande behov av eftervård och rehabilitering.
- Att undvika långa vårdtider och vistelse i korttidsboende på grund av bristande resurser i hemmet.

Satsningen innebar en organisationsförändring där hemrehabiliteringsteamet och äldreteamet vid Handengeriatriken kunde lägga extra resurser på arbetsterapi, sjukgymnastik och medicinsk behandling, och tillsammans med hemtjänsten utveckla arbetet med att rehabilitera den äldre i hemmet. Vid starten såg man framför sig patienter med övervägande rehabiliteringsinsatser men med tiden har Trygg Hem utvecklats till att omfatta både rehabiliterings- och medicinska insatser. Sedan år 2009 är det dessutom möjligt att gå från korttidsboende till Trygg Hem. Det viktigaste kriteriet är den enskildes motivation att komma hem. Kapaciteten är i dag upp till tio inskrivna samtidigt. Vårdtiden pågår omkring 4–10 veckor, tills patienten har nått rehabiliteringsmålen.

Syfte

Målet med Trygg Hem var att möjliggöra en trygg hemgång och därmed undvika långa vårdtider och vistelser i korttidsboende på grund av bristande resurser i hemmet. Syftet med denna utvärdering är att ge underlag för beslut om Trygg Hem ska fortsätta utan stimulansmedlen som nu har upphört. Utvärderingen ingår också som en del i återslagrapporteringen till Socialstyrelsen som ska göras senast i mars 2012.

En övergripande frågeställning för utvärderingen var: Har Trygg Hem bidragit till att patienter kan återgå till hemmet, det vill säga har (de individuella) målen varit uppnådda vid utskrivning? Vad händer sedan? För att ringa in detta har utvärderingen koncentrerats på följande frågor:

- Vilken är bilden av patienternas insatsbehov?
- Hur upplevs Trygg Hem av patienter och närstående i fråga om trygghet och nöjdhet?
- Hur fungerar samarbetet mellan sjukhus, hemtjänst och kommunens beställarsida?
- Hur mycket avlastar Trygg Hem primärvården?
- Vad är effekten av de gemensamma insatserna?

I uppdraget ingick också att med hjälp av statistik åskådliggöra resursanvändningen och hur natthjälpen har fungerat.

Utvärderingen utgår från Haninge kommuns äldreförvaltnings kravspecifikation och frågeställningar som diskuterats fram i styrgruppen för utvärderingen. Trygg Hem-samarbetet har fortlöpt under tiden. Styrgruppen för utvärderingen – d v s beställaren – sammanfaller delvis med den styrgrupp som 2007 bildades för att genomföra Trygg Hem-projektet.

Metod

I linje med Haninge kommuns kravspecifikation och diskussioner i styrgruppen för utvärderingen användes följande underlag:

- Strukturerade intervjuer med patienter och närstående som hade med Trygg Hem att göra 2009–2010.
- Gruppintervjuer med personal (sjukhus, hemtjänst och kommunens beställarsida).
- Kompletterande intervjuer med nyckelinformanter i projektorganisationen.
- Statistik enligt kravspecifikation. Trygg Hem-projektet startade 2007 men på grund av Handengeriatrikens ägarbyte är det enklare att komma åt statistik och patientuppgifter från 2009.

Urval för intervjuer

Patienter och närstående

Handengeriatriken skickade till Äldreförvaltningen i Haninge kommun en lista med namn på samtliga som varit inskrivna i Trygg Hem år 2009 och 2010. Äldreförvaltningen strök de personer som flyttat från kommunen, avlidit eller av annan anledning inte var aktuella för intervju. Listan återlämnades till Handengeriatriken som sorterade namnen i alfabetisk ordning. Namn som förekom fler än en gång togs bort. Därmed återstod 49 namn. Sedan gjordes en kontroll i journaler för att undvika patienter som bedömdes ha svårigheter att genomföra en intervju på grund av demenssjukdom eller talsvårigheter. Ytterligare en person visade sig vara avliden och två personer var fortfarande inskrivna i Trygg Hem.

Till kvarvarande 40 valbara intervjupersoner på listan skickades ett informationsbrev per post till var fjärde person med en förfrågan om att medverka i en intervju. Närstående (ej god man) till utvalda patienter tillfrågades också. Brevet följdes upp med ett telefonsamtal. Då några tackade nej eller inte kunde nås gjordes ett nytt varv i listan. Namn och kontaktuppgifter till villiga intervjupersoner förmedlades till Nestor FoU-center. Per 30 juni hade nio patienter och sex närstående (som sammanlagt representerade tio patienter) initialt tackat ja. En patient drog sig dock ur på grund av vacklande hälsa och ett par gick inte att nå för att boka tid. Således intervjuades sju patienter och fem närstående som sammantaget representerade åtta patienter.

Personal

Personal från Handengeriatrikens Trygg Hem-team (arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och en läkare – totalt 8 personer) intervjuades i två grupper. Hemtjänstpersonal från två kommunala hemtjänstgrupper och en privat utförare (sammanslagd 7 personer) intervjuades fördelat på tre tillfällen. Tre biståndshandläggare intervjuades i grupp. Kompletterande intervjuer gjordes med deltagare i styrgruppen för utvärderingen i samband med genomgången av insamlade data. De preliminära resultaten diskuterades också med styr-

gruppen vid ett möte 30 augusti, vilket bland annat gav inspel till avsnittet Avslutning och diskussion.

För att ge ett perspektiv på Trygg Hem gjordes också korta intervjuer med dels en distrikts-sköterska på en vårdcentral i Haninge kommun, dels en kommunanställd och en sjukhusanställd i det liknande Trygg i Tyresöprojektet som startade 2011.

Statistik

Handengeriatriken tillhandahöll detaljerad statistik över in- och utskrivningar och personalresurser i Trygg Hem. Haninge kommun tog fram uppgifter om intervjupersonernas hemtjänstinsatser före och efter Trygg Hem.

Dokument

Ansökningshandlingar och återrapporering om stimulansbidrag, skriftliga rutiner och mötesanteckningar ingår i underlaget. Andra exempel på samverkan runt de mest sjuka äldre har hämtats ur liknande studier och litteratur.

Tre centrala begrepp

De mest sjuka äldre: För äldre människor med många olika symtom och diagnoser kan kontakterna med olika huvudmän, verksamheter och personalkategorier vara svåra att överskåda. En pågående regeringssatsning handlar om att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre där målet är att få omsorgen och vården i form av hemsjukvård, äldreomsorg, vårdcentral och sjukhusvård att samverka bättre kring de äldre. Ett annat mål är att mer effektivt använda resurserna så att vården och omsorgen i högre grad utgår från patienternas behov. (Regeringens webbplats, 2011)

Korttidsplats: Begreppet korttidsplats utvecklades efter Ädelreformen 1992, och inkluderar korttidsvård efter sjukhusvistelse, växelvård, avlastning av närstående och vård i livets slutskede. (Meinow och Wånell, 2011)

Samordnad vårdplanering: Vid utskrivningen efter en sjukhusvistelse kan patienten behöva fortsatt vård och omsorg för att klara av sitt dagliga liv. För att detta ska fungera praktiskt finns lagar, förordningar och överenskommelser som både den slutna och den öppna hälso- och sjukvården samt kommunens socialtjänst ska följa. Allt detta ska samordnas i den samordnade vårdplaneringen. (Lindström, 2011)

Resultat

Så fungerar Trygg Hem

Trygg Hem är ett samarbete mellan Äldreförvaltningen i Haninge kommun och Handengeriatriken. På Handengeriatriken finns tre slutenvårdsavdelningar – 1) akutgeriatrik, 2) palliativ vård och 3) rehabilitering – och en öppenvårdsverksamhet bestående av ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet), rehabilitering, minnesutredning och Rudans Vårdcentral.

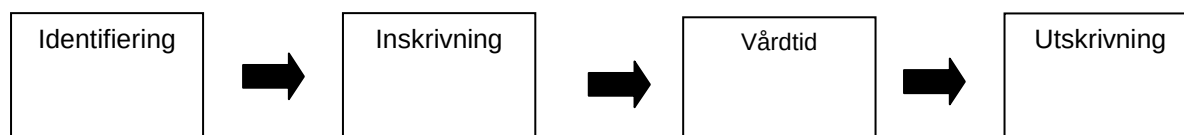
Trygg Hem-teamet, som består av arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och en läkare, sorterar under ASIH. Till ASIH hör även Äldreteamet med fullt medicinskt ansvar för patienter med ett större vårdbehov än vad primärvården klarar av: det handlar om multisjuka äldre som ofta söker sjukhusvård akut. Äldreteamspatienterna är ofta inskrivna tillsvidare och får paramedicinska insatser, det vill säga arbetsterapeut och sjukgymnast, via primärvården.

Rutiner för identifiering, inskrivning, vårdtid och utskrivning i Trygg Hem har växt fram successivt och fastställdes gemensamt av Handengeriatriken och Haninge kommun hösten 2009. Den som kan komma i fråga för Trygg Hem ska formellt sett vara boende i Haninge kommun, 65 år eller äldre, ha ett fortsatt behov av rehabilitering, medicinsk vård och omsorg i hemmet efter vistelse på Handengeriatriken, samt ha behov av hemtjänst. I praktiken är dock viljan att komma hem det viktigaste kriteriet.

Ett utdrag ur en artikel i Dagens Samhälle (2009) beskriver de tidiga Trygg Hem-åren:

Samtliga som deltar eftervårdas hemma och fler än 90 procent behöver inte särskilt boende inom överskådlig tid. Jämför med korttidsboende där periodvis färre än 40 procent kommer hem och merparten får heldygnsoomsorg. Äldre som flyttar hem återhämtar sig alltså bättre och återkommer snabbare till sin tidigare funktionsnivå. [...] Vinsterna för den äldre är uppenbara och samhällsvinsterna stora. 2008 satsade Haninge 950 000 kr på Trygg Hem. Det minskade andra kostnader med 3 miljoner kronor. Varje satsad krona gav trefaldigt tillbaka, pengar som nu kan användas till kvalitetsutveckling och utbyggnad av äldreomsorg.

Sedan starten hösten 2007 har Trygg Hem utvecklats, bland annat genom att utse så kallade lotsar i de kommunala hemtjänstgrupperna med särskilt ansvar för att delta vid projektmöten, sprida information på arbetsplatsen och möta upp hemma när patienten skrivs ut. Lotsen, som också bör vara patientens kontaktperson, ska fungera som en mellanhand mellan hemtjänsten och Handengeriatriken, patienten och närstående. Sedan sommaren 2009 kan man också komma in i Trygg Hem via kommunens korttidsboende. Så här ser vårdprocessen ut:



Identifiering

Trygg Hem-patienter identifieras oftast på Handengeriatriken och ibland på korttidsboende. Förslag kan komma från läkare, paramedicinare, sjuksköterska eller kommunens biståndshandläggare. Det handlar om personer som vistats på sjukhus på grund av (exempelvis) fraktur, operation, multisjukdom eller nedsatt allmäntillstånd, som har ett rehabili-

teringsbehov och önskar komma hem. Insatsbehovet omfattar hjälpmedel, förflyttningar i hemmet, träning, medicinsk vård som dosettdelning, såromläggning och provtagning liksom hushållsarbete i olika omfattning.

På Handengeriatriken finns ett Trygg Hem-team bestående av arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och en läkare. Några i teamet arbetar parallellt på avdelning och är därmed redan bekanta med patienten. På rondan beslutas om avdelningsläkaren ska remittera till Trygg Hem. Teamet resonerar om medicinska och rehabiliteringsbehov och besvarar remissen. Initiativet kan också komma på vårdplaneringen via biståndshandläggaren eller att patienten själv vill hem.

Inskrivning

Om patienten ska skrivas in i Trygg Hem görs en överenskommelse om hemgång några dagar senare, så att paramedicinarna hinner göra hembesök och ordna trösklar, stödhandtag och hjälpmedel. Både paramedicinare och sjuksköterskor har för vana att presentera sig för patienten på sjukhuset när beslutet om inskrivning har fattats. På vårdplaneringen väljer patienten hemtjänstutförare. Hemtjänsten och primärvården informeras om inskrivningen.

Från sjukhuset får patienten med sig Trygg Hem-broschyren och ett telefonnummer som kan ringas dygnet runt. När patienten kommer hem möter både paramedicinare och hemtjänst upp för att gå igenom hur patienten bör förflytta sig inomhus med mera. Närstående brukar delta. Vanligtvis gör även sjuksköterskan ett inledande besök. Efter ett par dagar träffas hemtjänst, paramedicinare och sjuksköterska i hemmet för ett inskrivningsmöte då man planerar vårdtiden och kommer överens om målsättningar för patienten. En intervjuad patient beskrev inskrivningen så här:

Den dan jag skrevs ut hade jag pratat med sjukgymnasten på Handens sjukhus, Robert, som hade varit här hemma och tittat hur det såg ut, och rullade ihop mattor, och hade med sig beta-stöd och lite hjälpmedel. Och när jag kom hem från sjukhuset fanns här sjukgymnast, arbetsterapeut, sköterska, en representant från HSB Omsorg, och så hade man en liten genomgång, hur ska vi gå vidare med det här då för rehabilitering. Det var ju fantastiskt! Jag kom bara in genom dörrn så var alla här. Och så gick vi igenom hur det skulle vara.

Vårdtid

För sjuksköterskorna i Trygg Hem-teamet kan frekvensen variera från två besök om dagen till ett i veckan eller bara telefonsamtal. Paramedicinarna gör ofta 2–3 besök i veckan för att så småningom fasa ut när läget stabiliseras. Då tar man kontakt med hemtjänsten som kommer att finnas kvar hos patienten efter utskrivning (även hemtjänstinsatserna tenderar att bli färre vartefter patientens hälsa förbättras). Förutom Trygg Hem-teamets dygnet runt-telefon fungerar hemtjänsten så att kommunens stödgrupp svarar på Trygghetslarm fram till kl 22 då nattpatrullen tar vid och dessutom utför beställda insatser. Biståndshandläggarna kontaktas om patientens behov förändras under inskrivningstiden. Så här berättade två patienter:

Och det var då det här fina började, som jag tycker är fantastiskt i alla fall. Jag fick ju tillgång till två sjukgymnaster till att börja med, varje dag första veckorna och en sjuksyster som kom en gång i veckan och fixade Waranet åt mig, och även haft tillgång till läkare om jag hade behövt. Sen minskade de här sjukgymnasterna ner litegrann för de tyckte väl kanske att jag hade blivit bättre men jag var inte med på det. Jag trivdes bra när de kom.

I början så delade de ut medicin, det var också lite humor, för de kom med en dosa full med mina tabletter och sköterskan satte sig och fyllde mina dosetter kanske i två veckor. Men så titade hon på mig och sa så här: "Kan du förklara för mig, varför sitter jag och fyller dina mediciner?"

ner, du verkar ju helt klar i huvet.” ”Jaha, det gör inte mig nåt, det bara blev så” sa jag ”att ni kom hit och satte er och fyllde dosan. Det kan jag göra själv.” Och det gör jag, och det har inte blivit nåt fel ännu.

Utskrivning

Vid utskrivningen hålls ett möte där patient, hemtjänst och Trygg Hems sjuksköterska och paramedicinare deltar. Primärvården meddelas per telefon och biståndshandläggarna per e-post. Om en Trygg Hem-patient läggs in på sjukhus akut blir denne oftast, men inte alltid, utskriven från Trygg Hem. En ny remissomgång krävs för återinskrivning. Efter Trygg Hem-tiden är det i första hand de patienter som skrivs ut till ASIH (inklusive Äldreteamet) som vid behov kan få läggas in direkt på Handengeriatriken, utan att gå via till exempel Södersjukhuset.

Trygg Hem i siffror 2009–2010

Inskrivning

Från år 2009 till år 2010 ökade antalet Trygg Hem-patienter från 29 till 46, det vill säga 59 procent. Andelen kvinnor ökade från 69 procent till 78 procent.

De inskrivna kvinnorna var år 2009 mellan 69 och 94 år, i genomsnitt 81,5 år. År 2010 var åldersspannet 67–99 år och medelåldern 80,5 år.

De inskrivna männen var år 2009 mellan 73 och 91 år, i genomsnitt 83 år. Året därpå var åldersspannet 67–91 år och medelåldern 77,5 år.

Tabell 1: Inskrivningar 2009 och 2010

	2009			2010		
	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)	Totalt	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)	Totalt
Inskrivningar	20 (69)	9 (31)	29	36 (78)	10 (22)	46

Mellan åren 2009 och 2010 ökade antalet inskrivningsdagar med 28 procent, vilket rimligtvis berodde på fler patienter. Däremot sjönk inskrivningstiden per patient totalt från medianvärdet 56,5 till 41 dagar (männen noterade till och med en halvering av inskrivningstiden). Trygg Hem-teamet kommenterade detta med att man har fått ett bättre flöde på patienter från korttidsboendena år 2010, det vill säga patienten har i vissa fall varit på korttids ett tag före inskrivning i Trygg Hem vilket bidrar till kortare vårdtid i Trygg Hem. En ytterligare förklaring kan vara bättre ruljängs i bemärkelsen att man har blivit bättre eller snabbare på att skriva ut patienterna.

Kännetecknande för de allra kortaste inskrivningarna var patienter som behövde akutvård på sjukhus eller i något enstaka fall inte ville ta emot hjälp från Trygg Hem eller hemtjänst. Inskrivningsperioder på hundra dagar eller fler avsåg patienter med både komplicerade medicinska problem och svårigheter att träna på grund av exempelvis svårbehandlade smärtor. Viktigt att notera är att siffrorna 194 (2009) och 197 (2010) är extremvärden som gäller en och samma patient.

Tabell 2: Inskrivningsdagar 2009

	2009					
	Kvinnor Min–max	Kvinnor Median (medel)	Män Min–max	Män Median (medel)	Totalt Antal	Totalt Median (medel)
Inskrivnings- dagar	1–194	64 (66)	1–109	40 (47)	1737	56,5 (60)

Tabell 3: Inskrivningsdagar 2010

	2010					
	Kvinnor Min–max	Kvinnor Median (medel)	Män Min–max	Män Median (medel)	Totalt Antal	Totalt Median (medel)
Inskrivnings- dagar	2–197	42,5 (53)	2–90	20 (32)	2215	41 (48)

Fördelning av insatser

När det gäller Trygg Hem-teamets hembesök noterades mellan åren 2009 och 2010 en ökning för sjukgymnaster och arbetsterapeuter och en nedgång för sjuksköterskor, trots att utrymmet för medicinska insatser har ökat med tiden. Medelvärdena är dock inte helt jämförbara med hänsyn till att paramedicinarnas besök ofta tar omkring en timme, och sjuksköterskornas en halvtimme.

Paramedicinarnas arbete handlar först om att förbereda bostadsanpassning i form av trösklar, handtag och hjälpmedel, och sedan om träning. Sjuksköterskorna tar prover, delar dosett, sköter sår med mera. Läkaren får patienten överrapporterad och hälsar på patienten medan den är på avdelningen. Under Trygg Hem-tiden har läkaren telefonkontakt och gör hembesök vid behov.

Tabell 4: Hembesök per personalkategori 2009 och 2010

	2009		2010	
	Antal hembesök	Medelvärde, per patient	Antal hembesök	Medelvärde, per patient
Arbetsterapeut	140	4,8	258	5,6
Sjukgymnast	186	6,4	366	8
Sjuksköterska	1364	47	1025	22,3
Läkare	13	0,4	12	0,3
Summa	1703	59	1661	36

Någon motsvarande datainsamling gjordes inte för hemtjänstinsatserna men en grov uppskattning kan baseras på nio av de tio patienter som var aktuella för intervju (den tionde gick från endast trygghetslarm till särskilt boende). Dessa hade insatser som vård och omsorg, städning, inköp, tvätt, matdistribution, trygghetslarm, dagverksamhet och närståendestöd: i genomsnitt i storleksordningen 40 timmar per månad före Trygg Hem och 50 timmar per månad efteråt. Några hade dock inga insatser alls före Trygg Hem. Ökningen förklaras rimligtvis av en försvårad levnadssituation till följd av den diagnos som föranledde sjukhusinläggning till att börja med.

I ett försök att uppskatta hur mycket tid som ägnas åt varje patient registrerade Trygg Hem-teamet varje förbrukade tio minuter på en lista av arbetsmoment som sedan slogs samman till fyra typer av sysslor. Urvalet för tidsregistreringen var de tre först inskrivna Trygg Hem-patienterna från 14 april 2011.

- *Före inskrivning* inkluderar remisshantering, vårdplanering, kontakt med patienter och närstående samt överrapportering i samband med inskrivning.
- *Löpande administration på sjukhuset (under inskrivning)* avser administration, läkemedelshantering, hjälpmedelshantering/-ordination, dokumentation, telefonsamtal och ronder.
- Till *externa kontakter (under inskrivning)* hör kontakt med andra i teamet utanför rond, kontakt med hemtjänst och överrapportering i samband med utskrivning.
- Slutligen omfattar *hembesök (under inskrivning)* förarbete, resor, tid hos patienter och närstående samt efterarbete.

Den registrerade tiden var sammanlagt 42 timmar för patient 1, en man som var inskriven i 36 dagar. För patient 2 (kvinna) och 3 (man) var motsvarande 44 timmar på 54 dagar respektive 64 timmar på 63 dagar. I dessa tre fall svarade sysslor utöver hembesöken för mellan 30 och 40 procent av den registrerade tiden.

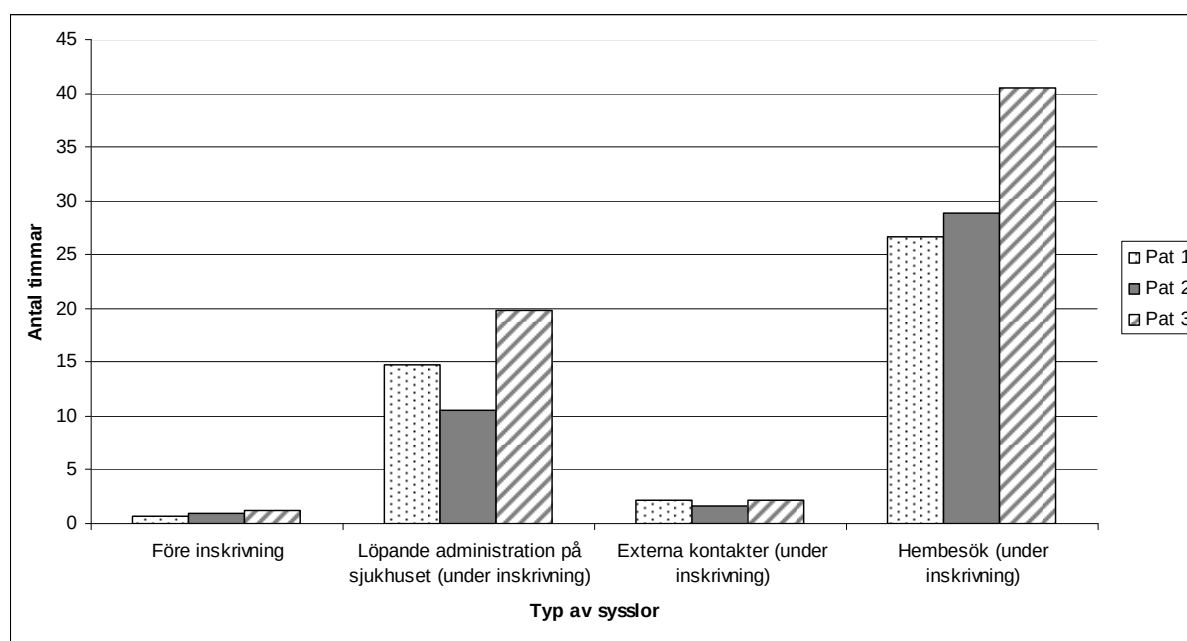


Diagram 1: Registrerad tid för tre patienter 2011

År 2009 kom 24 av Trygg Hem-patienterna (83 procent) från avdelning 1 eller 3 på Handengeriatriken och resterande fem (samtliga kvinnor) från Västerhaninge korttidsboende. Av alla dessa kunde 20 (69 procent) skrivas ut från Trygg Hem "till hemmet", det vill säga 14 till olika vårdcentraler och 6 till ASIH (inklusive Äldreteamet). Återstående patienter skrevs ut till sjukhusavdelning eller korttidsboende.

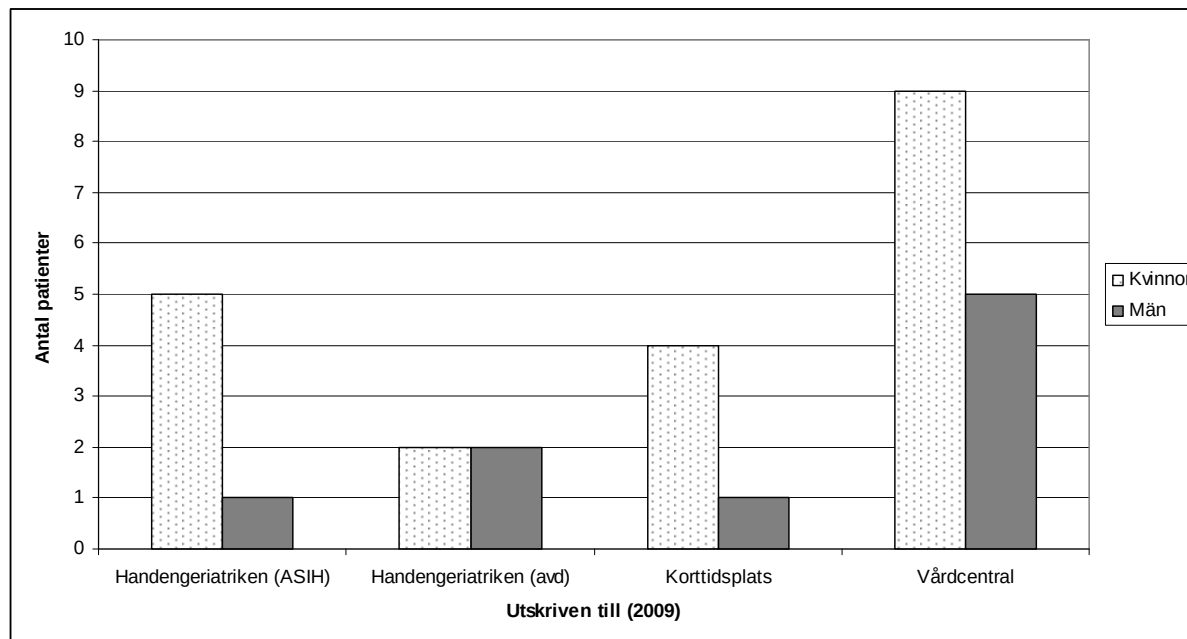


Diagram 2: Utskrivningar 2009

Året därpå skrevs 40 patienter (87 procent) in via Handengeriatrikens avdelningar 1 och 3, och återstående sex patienter (enbart kvinnor) från Västerhaninge korttidsboende. Av 2010 års patienter skrevs 32 (70 procent) ut "till hemmet", varav 29 till någon vårdcentral och 3 till ASIH (inklusive Äldreteamet). Bland återstående patienter skrevs 7 ut till sjukhusavdelning på Handengeriatriken eller annat sjukhus och 2 till korttidsboende. Fyra patienter skrevs inte ut och en avled hemma under vårdtiden.

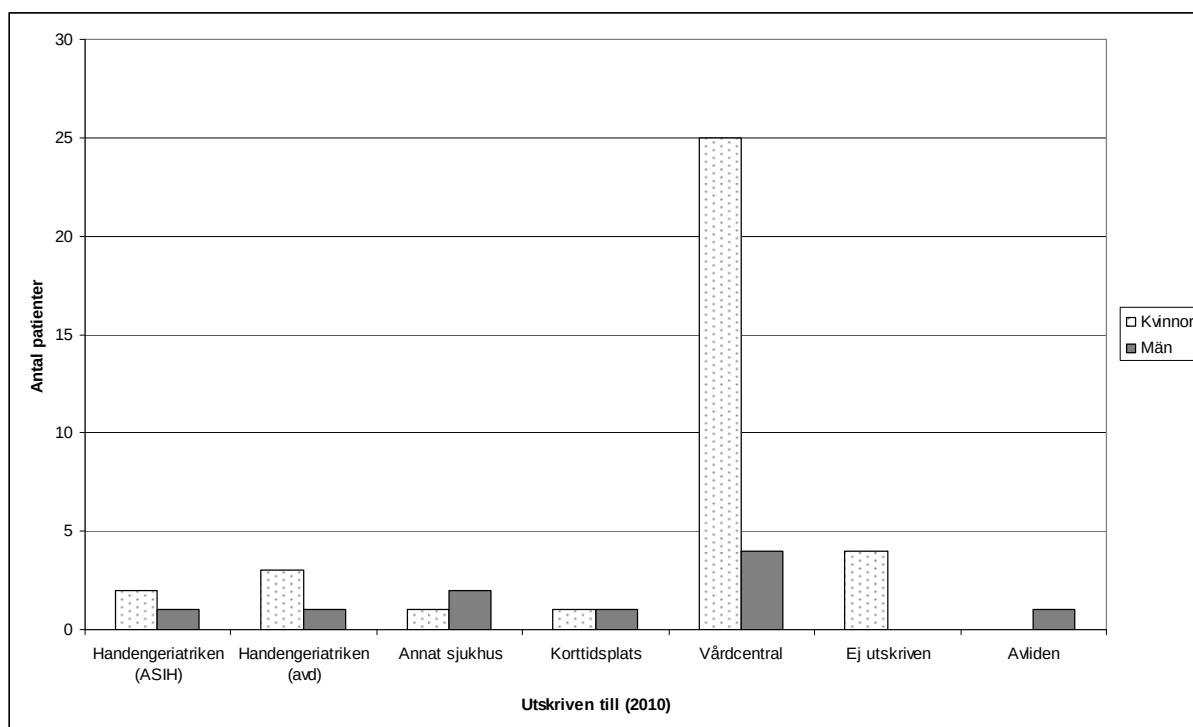


Diagram 2: Utskrivningar 2010

För att precisera insatserna efter utskrivning från Trygg Hem gjorde Handengeriatriken en journalgenomgång av utskrivna patienter under januari–april 2011. Fem av nio patienter skrevs ut till vårdcentraler med följande notering:

1. Inga planerade insatser, patienten kontakter vårdcentralen vid behov.
2. Inga planerade insatser, patienten går själv till distriktssköterskan på vårdcentralen varje månad för skötsel av KAD.
3. Patienten ska gå på Handengeriatrikens dagrehab för träning varje vecka, får besök av distriktssköterskan/hemsjukvården för hjälp med dosettdelning varje vecka.
4. Dosettdelning i hemmet varje vecka av distriktssköterskan/hemsjukvården. Patienten tackar nej till dagrehab.
5. Dosettdelning, omvårdnad och provtagning i hemmet varje vecka av distriktssköterskan (Äldreteamet tog dock över patienten efter ett par veckor).

Så tyckte de intervjuade

Patienter och närstående: Det var fantastiskt!

Samtliga intervjuade patienter och närstående var nöjda eller utomordentligt nöjda med Trygg Hem. Vårdtiden beskrevs med ord som "fantastiskt" och "jag kunde inte ha haft det bättre". Inte bara för de professionella insatserna, utan också för att hembesöken var en källa till glädje och tillfälle att samtala. Nedan följer några utdrag ur intervjuerna:

Jag tyckte det var fantastiskt! Jag vart väldigt snopen över att det fanns nåt sånt här över huvud taget, och att Haninge kommun... framför allt så vart jag nästan chockad när jag fick reda på att det inte kostade nåt. För det där skulle ju ha kostat skjortan egentligen. Och då började jag fundera vad det är för en kommun man bor i, hur sjutton Haninge... det är ju faktiskt kanske det enda som verkligen har fungerat för dem... Annars för det mesta ska de sno vartenda öre för kommuninnevånarna. Det här hoppas jag att du spelar upp på kommunalsammanträdet. [...]

Kanske egentligen det som funkade bäst och gjorde väldigt stor nytta, det var just de här samtalsstunderna. Lite skoj och lite glam.

Några patienter och närstående beskrev träningen:

Arbetsterapeuten var ju väldigt nitisk på att lära mig att klara mig som till exempel jag satt i rullstol och var gipsad men jag fick inte stödja på foten men jag fick ju ta mig upp i alla fall, och jag kommer ihåg en episod när vi var i köket. "Jamen visa nu hur du gör om du ska laga mat eller visa nu hur du gör det och så..." Och då satt jag i rullstolen och så sa jag så här: "Skulle du kunna hjälpa mig och ta ner medicinen där i skåpet?" "Nej, varför det?" sa hon "Det kan du väl göra själv?" Och det tyckte jag var så jättebra. Och så visade hon mig badrummet "Så här tar du dig in och häver dig... Ja, där har du ju tvättmaskinen, då kan du ju stoppa in en tvätt nu." sa hon. "Va?" sa jag "Ja." och det gick ju bra. Så hon fick igång mig. Det är väldigt lätt att man blir bekväm. Så det har jag skrattat åt många gånger. "Det kan du väl göra själv?"

[...] bockar och rollatorer, och kryckor hade jag med från sjukhuset, så det var ingen brist på såna grejer. Och det fick man ju stappla och gå med här till och börja med. Och sen så småningom så började vi ju gå ut också.

Ett par intervjuade berättade att de fått dubbla budskap om hur träningen skulle gå till, och några andra hade önskat mer träning. För patienter med ett stort insatsbehov kunde det bli många besök på en dag...

Det var väldigt många som sprang i början. Ibland nån gång tror jag att det var sju, åtta på en dag. Alltså jag var ju alldeles slut.

... men alla var inte störda av trafiken i hemmet:

Nej, nog kan jag handskas med ett dussin tjejer.

Det kunde också vara betungande för närstående att förbereda och assistera vid hembesöken.

Man ska stiga upp, man ska äta frukost, hon ska inhalera och greja, och allting ska vara klart innan hemtjänsten kommer ju. Och det är ju en stressgrej att få allt det där gjort... Det är som [frun] säger, "Fan, man får aldrig nån sovmorgon."

Några intervjuade patienter eller närstående berättade dock att de valt att avboka hembesök som inte passade eller behövdes. De kritiska synpunkter som framfördes rörde oftast vissa händelser. Några handlade om dröjsmål och felinformation om remisser till specialister samt bristande koordination runt patienten. Någon hade uppmuntrats att pröva Apodos men tyckte att recepthanteringen fungerade dåligt. En annan kommenterade hemtjänsten som "lite strulig" och en tredje tyckte inte att bäddningen höll måttet. Trots att man visste om att Trygg Hem varade en begränsad tid talade flera om en abrupt avslutning. Intervjuerna präglades dock av de positiva intrycken.

Trygg Hem-teamet: Vi kan ta hand om alla frågor

Teamet på Handengeriatriken hade en positiv bild av Trygg Hem och rutinerna för arbetet. Under inskrivningstiden har personalen tid att följa och utvärdera behandlingen, både medicinskt, rehabiliteringsmässigt och i fråga om bostadsanpassning. Personalen upplevde att arbetet fungerar och såg fördelar med att kunna ta emot och slussa vidare alla slags frågor, och tack vare kontinuiteten i besöken upptäcka små förändringar hos patienten.

De kan snabbt få gehör när de har funderingar kring sin smärta eller sina mediciner eller nåt, så kan jag ta med mig den frågan på en gång och antingen så kan jag be "Kan inte du ringa...?", och så kan de efter ett par timmar eller nästa dag få ett samtal från sköterskan eller doktorn [...] Det underlättar för dem. De har så mycket bekymmer, så mycket de tänker på ändå, och när inte de behöver jaga sköterskan för att fråga om det här eller de har svårt att sova... de kan ta allt med oss egentligen.

Sen finns faktiskt en hel del som försämras tillfälligt hemma men som inte behöver läggas in... på grund av lunginflammationer och urinvägsinfektioner hemma också. Alla behöver ju inte komma tillbaks, eftersom vi har lite extra uppsikt över dem."

På så sätt menade man också att man avlastade såväl primärvården som akutvården. Där-
emot såg man behov av en bättre överrapportering till distriktssköterskan.

Upplevelsen tycker jag är, att man ser inte de här lika återkommande in och ut på sjukhuset. De är hemma. De är kvar hemma.

Internt på sjukhuset finns en naturlig kanal mellan medicinavdelningen och Trygg Hem-teamet då en del personal tjänstgör på båda håll. Några menade att informationsöverföringen inte är lika lätthanterad gentemot rehabiliteringsavdelningen som i dagsläget saknar representanter i Trygg Hem-teamet. Internt skulle man också önska ett snabbare remissförfarande vilket dock är lättare sagt än gjort då inskrivningstiden på sjukhuset överlag är kort. Man önskade också kapacitet att ta in fler Trygg Hem-patienter emellanåt. Signalerna från patienter och närstående beskrevs som positiva. Bäst behandlingsresultat såg personalen hos de patienter som verkligen önskade komma hem:

De som kommer igång, de som vi lyckas med, de slipper ju faktiskt fastna på korttids. Det vet vi ju att många som går till korttids kommer inte hem sen. Så att vi räddar ju många till eget boende några år till.

Några beklagade personalomsättningen på kommunens beställarenhet och skulle överlag önska mer kontakt med biståndshandläggarna och korttidsboendet. När det var dags för utskrivning upplevde man hemtjänstpersonalen som trygg.

Ibland uppnår man ju inte målen men man känner ändå att det är stabilt och att de klarar sig, och att de har kommit så pass långt också att de inte är korttidspatienter längre. När man känner, som vi känner då, att vi kan överrapportera till primärvården. Att de klarar sig bra...

Hemtjänsten: Ordning och bonusutbildning

Hemtjänstpersonalen och Trygg Hem-teamet tycktes ha en god relation även om det tillkommit nya aktörer och individer som är mindre insatta i samarbetet. Man har direktnummer till varandra och råkas ibland hemma hos patienten. Hemtjänstpersonalen menade att Trygg Hem står för ordning och reda och att de av teamet har fått lära sig knep som också kan komma andra brukare tillgodo.

Det är som en motorväg, och den jag ringer till vet vem Asta är. Jag behöver inte "nej men då får du ringa till den här distriktssköterskan eller den här, eller så får du ringa på den här telefoni-
den, på den här tiden och lämna meddelande och sen ska vi ringa upp."

När vi får en Trygg Hem-patient så får ju vi lite extra utbildning. De är ju olika, det är olika trix, lösningar. "Så här kan man göra och så här kan man göra, vad bra liksom!" Det kan spilla över på andra personer som inte är Trygg Hem-patienter... Det blir en sån här synergieffekt, man kan inte riktigt mäta det i vare sig tid eller pengar men din kunskap som du får när du har en Trygg

Hem-patient, den använder ju du när du är hemma hos Nisse som inte alls har nånting med Trygg Hem att göra. Och just den kunskapen kanske gör att han faktiskt inte ramlar och bryter lårbenshalsen.

Några beskrev Trygg Hem-patienterna som mer företagsamma och benägna att klara sig bättre än andra.

Det här är deras hem. De kan till exempel koka kaffe eller göra lite smörgåsar eller sådär. Men om de skulle vara i korttidsboende de känner sig som förlamade, de gör ingenting.

Det byggs ju upp en trygghet framför allt. När de kommer hem, det är ju många som har rädsla egentligen när de kommer hem. Det vill klara sig men de är rädda att det ska hända nåt, och har de då kontaktperson eller personal eller överhuvudtaget från oss då till exempel och även från Trygg Hem, så känner de sig jättetrygga. Det är ju det som är jätteviktigt.

Jag upplever att de som är inskrivna i Trygg Hem, de stannar kvar hemma längre [...] I stället för att patienten kommer tillbaka till sjukhuset så kommer vi hem till patienten och ser, för att man har uppfattat att många gånger handlar det om otrygghet. Och när man väl känner att "ja men jag är trygg hemma, det går att anpassa, tar jag bort mattan där...", så man får lära sig att leva med sin sjukdom i sitt hem, då kan man vara hemma.

Någon menade att mycket folk vid hemkomsten från sjukhuset kan upplevas som kaosartat för patienten. Därefter kan det bli många besök på en dag och det är viktigt att hålla tider så att Trygg Hem-teamets och hemtjänstens insatser görs i rätt ordning. Lotsarna ska i princip kunna fungera som kontaktpersoner till Trygg Hem-patienterna men praktiska detaljer som körkortsinnehav och djurallergier kan ibland styra bemanningen på bekostnad av kontinuiteten hos patienterna.

I en hemtjänstgrupp önskade man att få delta i vissa vårdplaneringar eller i alla fall presentera sig för patienten på sjukhuset. Någon menade att Trygg Hem måste vara en samhällsekonomisk vinst.

Biståndshandläggarna: Det borde vara svårare patienter

Biståndshandläggarna och sjukhuspersonalen möts på vårdplaneringen, och handläggarna får regelbundet listor över vilka personer som är inskrivna i Trygg Hem. Kontakten med hemtjänsten består i huvudsak av den beställning som handläggarna gör. Om behov uppstår att förändra insatserna tar hemtjänstens samordnare kontakt.

De intervjuade biståndshandläggarna upplevde inte någon större skillnad i arbetet med Trygg Hem-patienter jämfört med övriga brukare. Det är svårt att hinna med uppföljningen av biståndsbeslut. Biståndshandläggarna föreslår Trygg Hem-patienter men tycker inte alltid att de får gehör. De intervjuade önskade mer dialog liksom fler och omvårdnadsmässigt tyngre patienter. De efterlyste också tydligare kriterier för inskrivning, till exempel genom förmöten med bara personal inför vårdplaneringarna.

"Sen är det ju sagt att de ska alltid ha hemtjänst [...]. Jag skulle vilja att det är de som har mycket hemtjänst, behöver väldigt mycket hemtjänst, men ofta har det varit tyvärr så att det kanske de som har städning och tvättning, serviceinsatser. Det känner jag inte riktigt är meningen... Det ska vara tunga ärenden, mycket omvårdnadsinsatser." (Biståndshandläggare)

"Det är väl kanske därför den här bedömningen känns så luddig... Hon, men inte han, men varför?" (Biståndshandläggare)

Biståndshandläggarna uppfattade ingen nedgång i korttidsplaceringar men förmodade att Trygg Hem-patienterna var trygga och nöjda patienter.

Primärvården: Önskar mer gehör

På en vårdcentral i kommunen finns ett hemsjukvårdsteam bestående av yrkeskategorierna distriktssköterska, sjuksköterska, undersköterska, distriktsläkare och geriatriker. Geografiskt är arbetet indelat i två områden vilket innebär två ronder per vecka. I korthet hanterar distriktssköterskan läkemedel, larm och bedömningar medan undersköterskan sköter exempelvis såromläggningar och insulin. Läkarna har två eftermiddagar per vecka vikta för hembesök och distriktsläkaren har dagjour. Paramedicinarna, som är placerade på en annan vårdcentral, gör enstaka hembesök vid behov men inte i träningssyfte.

Den intervjuade distriktssköterskan kände väl till Trygg Hem. Hon uppfattade inledningsvis Trygg Hem-patienterna som särskilt sårbara men menade att kriterierna för inskrivning har blivit mindre tydliga. Hon har ibland föreslagit Trygg Hem-inskrivning vid vårdplaneringar men fått nej med förklaringen att det varit fullt. Dock menade hon att Trygg Hem, när det fungerar, avlastar primärvården genom att patienterna tas om hand fullständigt tills de skrivs ut och att Trygg Hem kan ge snäppet bättre vård tack vare att de känner patienten i hemmet. Distriktssköterskan upplevde också att Trygg Hem-patienter står för färre upprepade inläggningar än andra.

Utblickar

I detta avsnitt görs utblickar dels mot Trygg i Tyresö som är ett yngre, liknande projekt, dels mot aktuella referenser om samverkan och de mest sjuka äldre.

Trygg i Tyresö

Två personer intervjuades i Trygg i Tyresö-organisationen: en från Handengeriatriken och en i Tyresö kommun. Satsningen, som startade i januari 2011, har många gemensamma nämnare med Trygg Hem såsom vårdkedja, urvalskriterier, inskrivningstid och kontaktpersoner i hemtjänsten. Till skillnaderna hör att biståndsbedömarna är mer involverade i urvalet, bland annat genom en telefonkontakt före vårdplaneringen. Trygg i Tyresö har också ett uttalat närståendefokus som innebär att närstående får trygghetsstöd och involveras i planeringen, och att man månar om att ta kontakt om patienten går bort. Om den närstående inte finns i samma bostad som patienten kan denne ändå involveras i vårdplanering och utskrivningssamtal.

Organisationen beskrevs som stadig och under intrimning. Hittills är intrycket överlag nöjda patienter och närstående. Samarbetet har varit bra men det gäller att utveckla kontakterna med exempelvis hemtjänstens samordnare. I skrivande stund finns fem aktörer som utför hemtjänst. Vidare planeras hur man kan följa upp de närståendes upplevelse av trygghet. Ambitionen att distriktssköterskan ska delta i utskrivningsmötet har inte ännu inte lyckats fullt ut. Dessutom behöver Trygg i Tyresö bli mer känt.

Samverkan runt de mest sjuka äldre

Multisviktproblematik kan bestå av svikt i flera organsystem och samtidigt både fysiska och psykiska funktionsnedsättningar, liksom social svikt i bemärkelsen att boendet inte fungerar, att anhöriga saknas eller inte orkar med. Personer med sammansatta behov bör få träffa personal med kompetens och förmåga att behandla sammansatta problem. Vården behöver utgå från att den äldres alla medicinska problem inte kan botas, i alla fall inte lika snabbt som för yngre och friskare personer. Det behövs också fortsatt vård efter den akuta behandlingen. Dagens hemtjänstpersonal svarar för såväl hushållsgöromål som omsorg, vård och tillsyn av svårt sjuka personer. Det kan handla om hjälp att stiga upp, gå på toaletten, byta blöjor, sköta hygien, ta ögondroppar och mediciner. Numera vårdas personer i hemmet som i början av 1990-talet skulle ha varit aktuella för ålderdomshem eller liknande. (Gurner och Thorslund, 2003).

Till följd av specialisering och korta vårdtider inom den slutna sjukhusvården skrivs äldre personer med långvariga och allvarliga sjukdomar och grava funktionsnedsättningar ofta ut från sjukhusen när man inte längre kan göra någon väsentlig skillnad i fråga om förbättring eller tillfrisknande. Många av dessa äldre är i dåligt skick och behöver omfattande akuta insatser av både hemtjänst och den öppna sjukvården. (Gurner och Thorslund, 2003) Samverkansfrågorna har varit i fokus sedan decennier: försök har gjorts att forma lösningar men de har sällan varit långlivade. Huvudmännens uppdrag har riktats till olika verksamhetsområden var för sig snarare än helhetslösningar. (Weurlander och Wånell, 2011)

Bakom Ädelreformen 1992 fanns en förhoppning om att samordning under ett huvudmannaskap skulle ge både samordningsvinster och en bättre informationsöverföring mellan aktörerna i vårdkedjan. De målbeskrivningar som finns på övergripande nivå i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och diverse styrdokument i kommuner och landsting kan tyckas utopiska men stämmer väl överens med de äldres behov: individens behov ska styra insat-

serna som i sin tur ska bidra till individens trygghet, patienten ska stå i centrum, och vård och omsorg ska ges på lika villkor. För att nå dessa mål i fråga om personer med sammansatta behov förutsätts väl fungerande vårdkedjor, vårdplaneringar och samverkan mellan kommun och landsting. (Gurner och Thorslund, 2003)

Hjalmarson och Norman (2005) har i en rapport samlat erfarenheter om samverkan runt äldre mellan kommuner och landsting i Stockholms län. En slutsats var att det saknas mångprofessionella och flexibla team med god tillgänglighet dygnet runt som kan ta hand om varierande vård- och omsorgsbehov. En annan slutsats gällde svårigheten att hitta nya former för vårdplanering som inte alltid upplevs som meningsfulla, effektiva eller på den äldres villkor. Det kan handla om att involvera primärvården i större utsträckning eller att hålla vårdplaneringarna i den äldres hem. Vårdplaneringsproblematiken lyfts även i Weurlander och Wånell (2011), Lindström (2011) och Gurner och Thorslund (2003).

Äldreteamet i Huddinge startade 2007 som ett gemensamt projekt efter flera års samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (landstinget) och Huddinge kommun. Teamet bedriver avancerad hemsjukvård för de mest sjuka äldre dygnet runt. I syftet ingår att öka såväl antalet hembesök av läkare som möjligheten att bo kvar hemma, liksom att minska antalet akutmottagningsbesök. Inskrivningskriterierna är bland annat ett omfattande och sammansatt behov av vård och omsorg, svårigheter att ta sig till en husläkarmottagning och återkommande behov av snabb medicinsk bedömning. I Äldreteamet finns läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och biståndshandläggare. Äldreteamet ska dessutom tillhandahålla hemtjänstinsatser. En utvärdering genomförd av Äldrecentrum (Hjalmarson, 2011) visade att Äldreteamet bidrar till god livskvalitet och minskad vårdkonsumtion. Dessutom har kostnaderna för utskrivningsklara patienter inom akutsjukvård och korttidsboende minskat, så även efterfrågan på äldreboende. Enligt utvärderingen ger de goda erfarenheterna från Huddinges och andra äldreteam anledning att anta att mobila team kan vara en allmän modell för hemsjukvård för äldre med stora och sammansatta behov:

En organisation där all personal kan göra hembesök, som är tillgänglig dygnet runt, som erbjuder givande kontinuitet och när det behövs mer avancerade insatser, kan bidra till att lösa de svårigheter som den nuvarande hemsjukvården brottas med och även att minska efterfrågan på slutenvård. (s.3)

Liknande slutsatser drogs från ett projekt om utvecklad rehabilitering för multisjuka hemmaboende äldre i Falun (Dalarnas forskningsråd, 2011):

Utvärderingen visade att en tidig och samordnad rehabilitering i kombination med utbildning, handledning och stöd till hemtjänstpersonal och anhöriga leder till stora vinster både på person-, på grupp- och på samhällsnivå med ökad trygghet och självständighet samt minskat hjälpberoende hos kunden, ökad trygghet hos anhöriga, ökad trygghet och säkerhet hos hemtjänstpersonalen, minskade kostnader för hemtjänst och för betalningsansvar på lasarettet. (s.36)

Avslutning och diskussion

Samarbetsprojektet Trygg Hem initierades för att utskrivningsklara patienter ofrivilligt blev kvar på sjukhus på grund av platsbrist på korttidsboendena. I utvärderingen av satsningen söktes bland annat svar på frågor om insatsbehov, upplevelsen av Trygg Hem, samarbetet mellan aktörer, avlastning av primärvården och effekter av de gemensamma insatserna. Som underlag användes intervjuer med personal, patienter och närstående samt statistik och projektdokumentation.

Har Trygg Hem bidragit till att patienter kan återgå till hemmet, det vill säga har målen varit uppnådda vid utskrivning? Vad händer sedan?

Ja, åren 2009–2010 var sammanlagt 75 personer inskrivna i Trygg Hem. Genomsnittspatienten vårdades i storleksordningen 50–60 dagar. Efter Trygg Hem kunde ca 70 procent skrivas ut ”till hemmet”, varav de flesta till vårdcentraler och några till ASIH. Övriga skrevs i huvudsak ut till sjukhusavdelning eller korttidsboende.

Vilken är bilden av patienternas insatsbehov?

Trygg Hem är till för äldre personer som vistats på sjukhus på grund av exempelvis fraktur, operation, nedsatt allmäntillstånd eller flera sjukdomar samtidigt, och som har ett rehabiliteringsbehov och önskar komma hem. Insatsbehovet omfattar hjälpmedel, förflyttningar i hemmet, träning, medicinsk vård som dosettdelning, såromläggning och provtagning liksom hushållsarbete i olika omfattning. Medan några intervjuade menade att de som kommer i fråga inte har tillräckligt tunga behov omvårdnadsmässigt tryckte andra på patientens motivation som en avgörande faktor. Kanhända är utvecklingen från övervägande rehabilitering till både rehabiliterings- och medicinska insatser i Trygg Hem inte lika känd hos alla inblandade.

Hur upplevs Trygg Hem av patienter och närstående i fråga om trygghet och nöjdhet?

Intervjuade patienter och närstående var nöjda eller utomordentligt nöjda med Trygg Hem och tyckte att de hade varit i goda händer. Detta var även personalens intryck, i såväl Trygg Hem-teamet som hemtjänsten. För vissa patienter kunde det bli många tider att passa. Närstående som bidrar med förberedelser och assistans vid hembesöken och kan behöva avlastning. Till förbättringsområdena hör kommunikationen, till exempel i fråga om remissförfarande till specialister, entydiga träningsinstruktioner till patienter och mindre abrupta avslutningar.

Hur fungerar samarbetet mellan sjukhus, hemtjänst och kommunens beställarsida?

Internt på sjukhuset finns en naturlig kanal mellan medicinavdelningen och Trygg Hem-teamet då en del personal tjänstgör på båda håll. Informationsöverföringen är inte lika lätt hanterad gentemot rehabiliteringsavdelningen som saknar representanter i teamet. Inom teamet önskade man ett snabbare remissförfarande och kapacitet att ta in fler Trygg Hem-patienter emellanåt.

Hemtjänstpersonalen och Trygg Hem-teamet beskrev en god relation. Man har direktnummer till varandra och råkas ibland hemma hos patienten. Hemtjänstpersonal menade att Trygg Hem innebär ordning och reda och att de får lära sig knep som även kommer andra brukare tillgodo.

Biståndshandläggarnas medverkan i Trygg Hem är begränsad till vårdplaneringar, löpande mottagande av listor över Trygg Hem-patienter, beställningar till hemtjänsten och vid behov förändring av insatser via hemtjänstens samordnare. Biståndshandläggarna hade uppfattningen att man inte alltid kom till tals vid vårdplaneringarna och att omvårdnadsmässigt tyngre patienter borde kvalificera sig för Trygg Hem. Vårdplaneringsproblematiken är inte unik för Trygg Hem men en samsyn på målgruppen bör eftersträvas.

Hur mycket avlastar Trygg Hem primärvården?

Trygg Hem-teamet menade att de under inskrivningstiden har tid att följa och utvärdera behandlingen, både medicinskt och rehabiliteringsmässigt. Vid utskrivning till primärvården är patienterna förhållandevis stabila. En distriktssköterska instämde i att de patienter som varit inskrivna i Trygg Hem står för färre upprepade inläggningar, och menade att när Trygg Hem fungerar så avlastas primärvården: dels genom att Trygg Hem tar fullt ansvar för patienten under inskrivningen, dels genom att teamet känner patienten i hemmiljö och på så sätt kan ge aningen bättre hjälp. Samma person upplevde dock att primärvården inte fick gehör när man ibland föreslog Trygg Hem på vårdplaneringar.

Det finns patienter som skriver ut sig själva, det vill säga tackar nej till både Trygg Hem och korttidsboende, och därmed överförs till primärvården. Om de inte vill ta emot vård hemma är de sannolikt inte någon större belastning på primärvården, risken är snarare att de insjuknar på nytt och återkommer akut.

Vad är effekten av de gemensamma insatserna?

Återigen, nöjda eller mycket nöjda patienter och närstående som gärna hade fortsatt ett tag till för att Trygg Hem var en positiv upplevelse. Hemtjänstpersonalen talade om en indirekt fortbildning som spiller över på det övriga arbetet. Både Trygg Hem-teamet och hemtjänstpersonalen hade intrycket att Trygg Hem-patienterna kan klara sig hemma längre och tar mer initiativ.

Trygg Hem har bidragit med koordinering och snabba kommunikationsvägar. Projektet kännetecknas av "en dörr in" och patienter och personal som känner varandra. Alternativet hade rimligtvis varit korttidsplats eller hemgång med insatser från primärvård och hemtjänst men med mindre samordning – eller hemgång utan insatser för den inte varit villig att ta emot dem. Erfarenheterna från personalintervjuerna, liksom studier på området, säger dock att de snart hade behövt sjukhusvård igen medan de personer som fått hjälp av mångprofessionella team visat sig bättre rustade att klara sig hemma. Kan Trygg Hem vara en modell för fler?

I uppdraget ingick också att fråga om natthjälpen och med statistik åskådliggöra resursanvändningen. Några patienter och närstående berörde tillgången till ett direktnummer till Trygg Hem att kunna ringa dygnet runt men bara ett fåtal hade behövt utnyttja tjänster nattetid. I en debattartikel från 2009 argumenterade ledande personer i både kommunen och landstinget för att Trygg Hem kostar mindre än både korttidsplatser och ytterligare dygn som färdigbehandlad på sjukhus. Trots allt fler äldre i kommunen köper man relativt färre korttidsplatser i dag.

Utvärderingen visar att organisationen av Trygg Hem gör skillnad såväl för patienter och närstående som för personalen i teamet och hemtjänsten. Resultatet ligger väl i linje med liknande studier om hur personer med sammansatta behov kan tas om hand på ett bra sätt. Några möjliga förbättringsområden handlar om kommunikationen till patienter och närstående i fråga om remissförfarande till specialister, entydiga träningsinstruktioner och mjukare

avslutningar. Utvecklingsmöjligheter finns även i fråga om kommunikationen mellan aktörerna runtom patienten där frågor som samsyn på målgruppen, överrapportering till distriktssköterska och former för vårdplanering behöver diskuteras vidare.

Referenser

- Bjerrehorn, Kjell m fl (2009). *Samverkan sätter äldre i fokus*. Debattartikel i Dagens Samhälle 10/2009
- Bruhn, Åsa (2011). *Projekt En utvecklad rehabilitering för multisjuka hemmaboende äldre i Falun. Utvärdering av ett samverkansprojekt mellan Falu kommun och Närsjukvården i Falun*. Arbetsrapport från Dalarnas forskningsråd. ISBN-13: 978-91-86397-17-3
- Gurner, Ulla och Thorslund, Mats (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Falun: Natur och kultur
- Haninge kommun (2010a). *Ekonomisk redovisning för år 2010. Redovisning av 2010 års stimulansmedel*. Till SCB, dnr 5.2-39561-2010
- Haninge kommun (2010b). *Ansökan om stimulansmedel till kommuner och landsting för en bättre vård och omsorg om äldre personer år 2010*. Till Socialstyrelsen, dnr 6.2.3-5944/2010
- Haninge kommun (2009). *Ansökan om stimulansmedel till kommuner och landsting för en bättre vård och omsorg om äldre*. Till Socialstyrelsen, dnr 21-747/2009
- Haninge kommun (2007). *Ansökningsblankett för stimulansmedel till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre för år 2007 och 2008*. Till Socialstyrelsen, dnr 00-960/2007
- Hjalmarson, Ingrid (2011). *Jag bara lyfter luren – så kommer dom. Utvärdering av Äldreteamet i Huddinge*. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2011:4 ISSN 1401-5129
- Hjalmarson, Ingrid och Norman, Eva (2005). *Samverkan. Enkelt i teorin – svårare att praktisera. Några erfarenheter av samverkan inom äldreområdet mellan kommuner och landstinget i Stockholms län*. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2005:3 ISSN 1401-51
- Lindström, Erika (2011). *Samordnad vårdplanering: Varför fungerar det inte alltid?* FoU Seniorium rapport 2011:01
- Meinow, Bettina och Wånell, Sven Erik (2011). *Korttidsplats – vårdform som söker sitt innehåll*. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2011:6 ISSN 1401-5129
- Regeringens äldresamordning av vård och omsorg <http://www.regeringen.se/sb/d/14622> 2011-09-26
- Weurlander, Inger och Wånell, Sven Erik (2011). *Sköra länkar i vårdkedjan. En studie om gränssytor i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre*. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2011:02 ISSN 1401-5129

Lästips

Ferraz Nunes, José och Persson, Josefine (2010). *Samhällskostnader för sjukdomen stroke. En hälsoekonomisk analys i Västra Götalandsregionen.*

Hjalmarson, Ingrid (2009). *Goda relationer. Grunden för samverkan i Älvsjö. Utvärdering av ett projekt att utveckla samverkan i vården och omsorgen för de mest sjuka äldre i eget boende.* Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2011:4 ISSN 1401-5129

Larsson, Kristina (2006). *Kvarboende eller flyttning på äldre dagar – en kunskapsöversikt.* Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:9 ISSN 1401-5129

Nestor FoU-center (2008). *Samordnad vård- och omsorgsplanering. Modell och manual "Samordnad vård- och omsorgsplanering" inom vård och äldreomsorg.* Haninge: EO Grafiska

Närsjukvården i östra Östergötland (2011). *Rapport av utvecklingsprojekt "Optimal rehabilitering i hemmiljö".* Rehab Öst 2009-11-30

Valastig, Karin, Mohlin, Anki och Kyoko Wada (okänt år). *Delrapport Projekt Hemrehabilitering i Svedala kommun 2007–2009. Projekt Lönne.* Svedala kommun



Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
hemsida: www.nestor-foucenter.se
tel: Tel: 08-777 99 16
e-post: nestor@haninge.se