

Trygg hemgång

Presentera oss

Projekt som började i mars 2016 med förlängd projekttid från årets början till augusti i år med förhoppning om att bli permanent i höst. Detta året har det varit helt implementerat i den dagliga verksamheten, alltså inga tillskjutna projektmedel.

Organisationen i Olofström är annorlunda mot övriga kommuner i länet. Usk utgår från sin tillhörande hemtjänstgrupp. Där de känner sig hemma och är en i gruppen då ingen trygg hemgångare finns

Målgrupp; 65 år eller äldre, från KT eller LAS, i behov av återstående återhämtning/rehabilitering, undantag palliativ vård o uttalad demens men det är inte hugget i sten utan trots att man tillhör de senaste grupperna eller är yngre än 65 år så ser vi till behovet.

Biståndsbeslut från Biståndshandläggare ca 14 dagar

Möts upp av resp usk; ser över hemmet, mat hemma eller behov av matdistr, finns mediciner eller behöver något hämtas på apoteket, planerar tillsammans vilken tillsyn som behövs över dygnet, larm, tillgång till telefon, ser till så de ordinerade hjälpmedlen finns o vet hur de ska användas, info till hemtjänst o natt

Runt vårdtagaren bygger man upp trygg hemgångsteamet med områdets usk, patientansvarig- ssk, AT och sjukgymnast

Tillhör hemsjukvården - ssk kommer första dagen för ev. l.m delning, planering för provtagning, såromläggning, läkaråterbesök, suturtagning o.s.v. Även under trygg hemgångstiden ställer ssk frågan till den ansvariga läkaren om läkemedelsgenomgång ska ske. I så fall görs en skattning för att identifiera ev. läkemedelsrelaterade symtom. Dag 1 eller 2 kommer rehab för planering av rehabilitering, ser till att rätt hjälpmedel finns, instruera usk ev träningsprogram

Samma usk återkommer sedan varje vardag efter vad behovet kräver och fasar sig ut mer och mer efter hand som dagarna går. Att samma återkommer varje dag skapar kontinuitet. Och kontinuitet i sin tur ger en upplevd trygghet
Vid behov av hjälp kvällar och helger ges denna hjälp av områdets hemtjänst på de ev. planerade besöken

Inom 3 dagar gör usk och den PAS för detta området tillsammans riskbedömning i Senior Alert för att identifiera risk för tryck, undernäring, fall och munohälsa. Tillsammans på teammöten tittar hela teamet på vad som behövs och man planerar vilka åtgärder som behövs.

Likaså gör usk och patientansvarig rehab för området tillsammans ett TLS, som är ett aktuellt status, de första dagarna. Ett överskådligt status med stoppljusets färger som identifiera vad man klarar av; där grönt är klara själv, gult behöver stöttning och rött behöver aktiv hjälp. Här sätts även målet upp. Detta följs upp innan avslut.

Dagarna går och de planerade insatserna görs. Usk tar under denna tid, som vårdtagaren har trygg hemgång, även över de övriga ev. beviljade "sysslorna" såsom städ, tvätt, dusch o.s.v.

Efter ca 10-14 dagar, kan även vara tidigare, görs en ny VPL tillsammans med usk, BH, PAS, AT och sjukg där även anhöriga bjuds in om vårdtagaren önskar. Ser man ett behov av hemtjänsts insatser efteråt så bjuds även den blivande kontaktansvariga usken från

hemtjänsten in. Vid detta möte bestäms hur den vidare hjälpen ska se ut. Det kan vara nyinsatt hjälp från hemtjänsten, eller fortsatt hemtjänst, som man hade tidigare, eller ökad hemtjänst men det kan också "bara" vara fortsatt träning som nu då kontaktansvarig i de flesta fall tar över.

Vi kan också använda TH uskarna till s.k trygg hemkomst. Där man inför en hemgång där man sedan tidigare inte har hemtjänst kan få hjälp den dag man kommer hem från LAS för att ge ordna till de primära behoven.

Vid intervjuer av vårdtagare efteråt så har vi fått mycket positiv respons. Många gånger så är det första kontakten med sjukvården. "Tänk att få vara hemma, sova i sin egen säng, släcka när man vill och inte bli störd av någon, att det kan fungera så bra"

Trygg hemgång bygger på som namnet säger att skapa trygghet. Trygghet skapar man genom att få vara delaktig i de beslut som tas som rör mig själv, samverka att man får känna sig som en medspelare i laget tillsammans med teamet runt om, att man får den återstående rehabiliteringen i hemmet på ett tryggt sätt och framför allt som nog är den största framgångsfaktorn att det är kontinuitet att det är samma som kommer dag efter dag och man kan bygga upp en relation.