



# Trygg Hemgång i Ronneby

## Utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept

Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting

HCM Health Care Management

Rolf Bowin

Dag Norén

17 mars 2014

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning och bakgrund</b> .....	3
<b>2. Trygg Hemgång; utgångspunkterna</b> .....	4
<b>3. Teoretiska utgångspunkter för tjänstekonceptet Trygg Hemgång</b> .....	7
3.1 Tjänstekonceptet som angreppssätt.....	7
3.2 Förmedlingsform som startar i patientens/brukarens grundläggande behov.....	8
<b>4. Trygg Hemgång; utvärderingens observationer och resultat</b> .....	11
4.1 Nyttan för parterna; patient/brukare och verksamheterna.....	11
4.2 Samverkan och organisation; resultat, utmaningar och möjligheter till vidareutveckling.....	13
<b>5. Trygg Hemgång: Slutsatser och rekommendationer</b> .....	14
5.1 Vilka kvalitets- och resursvinster kan ses genom Trygg Hemgång? .....	15
5.2 Vad krävs kompetensmässigt och organisatoriskt för att driva och sprida Trygg Hemgång?.....	16
5.3 Vad skulle kunna utvecklas ytterligare för att förstärka Trygg Hemgång?.....	17
5.4 Vilka förutsättningar och möjligheter finns för att sprida Trygg Hemgång/ tjänstekonceptet ytterligare? .....	18

## 1. Inledning och bakgrund

Den utvärdering av tjänstekonceptet Trygg Hemgång i Ronneby, som föreliggande slutrapport sammanfattar, syftar till att bidra till ett fortsatt systematiskt och sammanhållet lärande kring hur mer personcentrerade arbetsätt kan utvecklas vidare och understödjas gentemot målgrupper med särskilt stora behov av såväl vård som omsorg. Runt om i Sverige pågår en rad olika utvecklingsprojekt kring hur personcentrerade samverkansformer kan utvecklas med fokus på äldre personer med stora behov av insatser från såväl landsting som kommuner. Tjänstekonceptet Trygg Hemgång i Ronneby är ett av dessa utvecklingsprojekt och denna rapport avser att sammanfatta observationer, analyser och slutsatser kring denna satsning samt bidra till en spridning av lärdomarna från Ronneby. Samverkanssatsningen Trygg hemgång har nu övergått till ordinär verksamhet.

Bättre liv för sjuka äldre är en nationell satsning som är kopplad till en överenskommelse med regeringen om prestationsbaserade stimulansmedel till sammanhållen vård och omsorg om sjuka äldre. Ett förbättringsområde handlar om att utveckla öppenvård och hemsjukvård utifrån den äldre personens hela behov. Ur denna satsning finns nu många lärdomar att dras inom ett område som alltjämt är "ny mark" för utvecklingsarbete i samspelet mellan landstingsdrivna sjukvårdstjänster och kommunala vård- och omsorgstjänster.

Trygg Hemgång i Ronneby är ett projekt inom ovanstående förbättringsområde som har ansökt och beviljats projektmedel inom ramen för Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementets satsning inom programmet "Bättre liv för sjuka äldre." I denna avslutande utvärdering med detta projektstöd har tio typfall<sup>1</sup> av äldre, som tilldelats Trygg Hemgång, kartlagts och analyserats utifrån insatsprocesser och kostnader innefattande all vård och omsorg som genomförts under en period av ett år<sup>2</sup>. På detta sätt har tio unika fallstudier byggts upp och granskats utifrån kostnadsanalyser och även kvalitativa utgångspunkter. Till grund för kostnadsberäkningarna ligger en framtagna standardprislista för samtliga aktuella vård- och omsorgsinsatser vilket då möjliggör jämförelser mellan typfallen. Vidare har gruppdiskussioner utförts med nyckelpersoner inom professionen som på olika sätt varit engagerade direkt och indirekt i tjänstekonceptet Trygg Hemgång.

Viktiga frågeställningar i utvärderingen är:

- Vilka kvalitets- och resursvinster kan ses genom användningen av tjänstekonceptet Trygg Hemgång?
- Vad krävs kompetensmässigt och organisatoriskt för att driva och sprida detta samverkanskoncept?
- Vad skulle kunna utvecklas ytterligare för att förstärka Trygg Hemgång?
- Vilka förutsättningar är viktiga och vilka möjligheter kan bedömas för att sprida tjänstekonceptet vidare?

## 2. Trygg Hemgång; utgångspunkterna

För en person som varit inlagd på sjukhus, och som har fortsatt stora behov av vård- och omsorgstjänster därefter, är hemgången till den egna bostaden inte sällan förknippad med oro och osäkerhet. Detta gäller även de anhöriga men också inom professionen kan det finnas osäkerhet hur utvecklingen ska hanteras. Detta är särskilt tydligt när personal från olika huvudman ska samverka runt individen i dennes boende. Alltför ofta kan samordningen brista även om vårdplaneringen är tydlig. Att få tillvaron att fungera och vård- och omsorgstjänster att samspela på en lämplig nivå av engagemang för vård- och omsorgstagaren är viktigt för återhämtningen, livskvaliteten och för att i så stor utsträckning som möjligt undvika återinläggningar på sjukhus med ytterligare behov av vård.

Kan en trygg hemgång etableras med en snabbare övergång till en fungerande hemsjukvård och omsorg kan detta bidra till en bättre vård och omsorg utifrån boendet. Detta bör i flera fall kunna medföra att mindre vård behövs från sjukhus och övrig specialistvård. Denna vård är väsentligt dyrare och dessutom med vårdformer som inte passar den aktuella målgruppen särskilt bra genom att skilda mottagningar måste uppsökas<sup>3</sup>. För kommunen bör

---

<sup>1</sup> Med typfall menas urval av verkliga personexempel, som bedöms illustrera olika relevanta situationer, och som i studien bedöms särskilt intressanta att beskriva och analysera som fallstudier.

<sup>2</sup> Detta underlag finns i en samlad rapport, "Kartläggningar av insatser för Trygg Hemgång i Ronneby kommun", HCM mars 2013, som utgör en bas för denna rapport.

<sup>3</sup> I en nationell kartläggning av 298 patienter med eget boende, inom ramen för SKL:s projekt Mest sjuka äldre, visade på hur sjukhusvård och övrig specialistvård påverkas av hur väl hemsjukvårdens insatser var etablerade

välplanerade och förberedda former för en trygg hemgång medföra att korttidsplatser bör kunna minskas. Detta är en dyr form av tillfälligt omhändertagande som borde kunna undvikas eller minskas mer frekvent. Av dessa skäl borde det därför löna sig att satsa på att säkra goda förhållanden i samband med hemgången, som visserligen kostar mer inledningsvis, men som kan ses som en god ”investering”. Detta för att undvika onödig användning av korttidsplatser, återinläggningar och nya behov av specialistvård som sammantaget leder till sämre livskvalitet för de hemvändande patienterna.

Trygg Hemgång har sitt ursprung i ett samarbetsprojekt, KoLa-projektet från 2010, som byggde på samverkan mellan Äldreförvaltningen i Ronneby kommun och landstingets hemsjukvård i Ronneby<sup>4</sup>. Syftet med detta initiativ var att få till en ökad samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal, enhetschef och biståndshandläggare. Parallellt syftade projektet till att främja ett mer rehabiliterande förhållningssätt genom denna samverkan. Med utgångspunkt från detta etablerades s.k. teamträffar inom alla hemtjänstgrupper i Ronneby kommun. Teamträffarna inkluderade distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast från hemsjukvården tillsammans med kommunens biståndshandläggare, hemtjänstens enhetschef och omvårdnadspersonalen<sup>5</sup>.

De möjligheter till möten kring verksamhetsutveckling som KoLa-projektets bidrog till ledde till idén om att etablera ett fastare mönster av samverkan. Detta utmynnade i Trygg Hemgång som startade som ett projekt 1 januari 2012. Blekinge kompetenscentrum anlätades som stöd för utveckling och handledning av projektet. I juni 2012 övergick projektet till permanentad verksamhet inom Ronneby kommuns Äldreförvaltning efter att positiva resultat hade kunnat dokumenteras.

Målgruppen för Trygg Hemgång kan till viss del beskrivas som vårdens och omsorgens ”debutanter”, oavsett ålder, när det gäller en hög nivå av vård och omsorgsbehov. Målgruppen bedöms till cirka 100 personer årligen. Kriterierna för att erbjudas Trygg Hemgång var inledningsvis<sup>6</sup>:

- Okomplicerade frakturer
- Från oberoende till mycket beroende
- Omfattande sjukvård och omsorg vilket betyder:
  - ≥19 dagar i slutenvården
  - ≥7 öppenvårdstillfällen
  - ≥25 timmar per månad hemtjänst

Dessa ovanstående kriterier har dock nyligen ändrats till enbart ett kriterium: ”Att det kan konstateras en stor oro hos vårdtagaren inför hemgång efter sjukhusvården”. Denna bedömning utförs av en biståndsbedömare för varje enskilt fall.

---

för den äldre, ”Utanför sjukhuset; kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende”, Ulla Gurner, SKL 2012.

<sup>4</sup> Rapport ”Trygg Hemgång 2012”, Ronneby kommun, Annika Svahn, Ronneby kommun & Carina Ström, Blekinge kompetenscentrum, 2012

<sup>5</sup> Hemsjukvården övergick från landstinget till kommunal regi 1 januari 2013

<sup>6</sup> ”Trygg Hemgång 2012”, Ronneby kommun 2012

Trygg Hemgång har ett fast "kärnteam" som består av fyra undersköterskor. En av dessa har varit särskilt inriktad på rehabilitering. Tjänsten Trygg Hemgång initieras i samband med en vårdplanering på sjukhuset. Genom den medverkande biståndshandläggaren, vanligen i samverkan med personal från hemsjukvården, kan en vårdtagare beviljas en "Trygg Hemgång". Vad tjänsten innebär presenteras för vårdtagaren genom en informationsfolder. Detta biståndsbeslut innebär i dagsläget att vårdtagaren med "automatik" får omvårdnadsinsatser på nivå 3 i kommunens tariff vilket innebär minst 26 timmar per månad.

I nästa steg, efter vårdplaneringen och beslutet om Trygg Hemgång, ska den från sjukhuset utskrivna personen mötas i hemmet av ett tvärprofessionellt team. Detta team utgörs av en till två undersköterskor från kommunens "kärnteam" för Trygg Hemgång samt berörd personal från hemsjukvården och hemtjänsten<sup>7</sup>. För att skapa den trygga atmosfären, som är basen i tjänsten och konceptet, ska kärnteamet stanna hos vård-/omsorgstagaren upp till två timmar om denne önskar detta. Grundläggande är att anpassa och säkra förhållandena i boendet. Detta kan bl.a. ske genom att se till att där finns mat och de mediciner som behövs samt att personen kan förflytta sig och utnyttja hemmet efter behov genom bl.a. tillgång till hjälpmedel. Tidigt fann man att alltför mycket fokus på den nyutskrivne vård-/omsorgstagaren blev för intensivt för denne i den särskilda situationen och att man därmed behövde planera för att fördela introduktionen på två dagar. Undersköterskan i Trygg Hemgångs-gruppen har från första början och fortsättningsvis under tjänstens genomförande en nyckelroll som koordinator mellan vård-/omsorgstagaren och de som involveras genom insatser till denne.

Trygg Hemgång ska ses som en kritiskt viktig s.k. intermediär tjänst. Med detta menas en resursstark tjänst, under en kort period, som ska leda till att de välanpassade nivåerna av insatser ska säkras och så snabbt som möjligt. Tjänsten ska avslutas så snart som möjligt genom att "bereda vägen" och etablera stabila förhållanden för den ordinära hemsjukvården, omsorgen och hemtjänsten. Ett riktmärke för tjänstens längd har varit tio vardagar. I en utvärdering från 2012 konstaterades att medelantalet dagar för tjänsten uppgick till 7,4 dagar<sup>8</sup>. Spannet sträckte sig från 1 dag till 15 dagar inom tjänsten.

Tjänsten Trygg Hemgång erbjuds vardagar dagtid. Detta innebär att kvällar och helger övergår stödet från "kärnteamet" inom Trygg Hemgång till hemtjänstgruppen. Detta förutsätter en god rapportering mellan dessa två parter. För att konceptet ska fungera väl utifrån dessa förutsättningar är det säkrast för vård-/omsorgstagaren att denne lämnar sjukhuset efter utskrivning på förmiddagar måndag till torsdag. Detta är en begränsning som har behövt hanteras i arbetet.

Efter 6-7 dagar i hemmet, ofta med Trygg Hemgångs-tjänsten igång, kommer biståndshandläggaren till hemmet för att göra en ny vårdplanering. Nu bör de verkliga behoven för ett stabilt och säkert omhändertagande kunna planeras säkrare än i situationen

---

<sup>7</sup> I projektet definierades det som önskvärt att helst två personer från "kärnteamet" ska finnas på plats vid vård-/omsorgstagarens hemkomst från sjukhuset. Detta för att fortsättningsvis kunna erbjuda en form av personlig kontinuitet från första kontakten gentemot personen i händelse av frånvaro från någon i "kärnteamet".

<sup>8</sup> Baserades på 44 involverade vård-/omsorgstagare, i rapporten "Trygg Hemgång 2012", Ronneby kommun, Annika Svahn, Ronneby kommun & Carina Ström, Blekinge kompetenscentrum, 2012

direkt efter utskrivningen från sjukhuset. Under perioden med Trygg Hemgång upprättas också en genomförandeplan för omsorgsinsatserna och lämnas över till den ordinarie hemtjänstgruppen. Denna arbetsform ska resultera i en succesivt och säkrare övergång, från det kritiska initiala skedet i hemmet efter sjukhusvården, till de mer långsiktiga och stabila formerna för omhändertagande som nu bör ha blivit tydligare.

### 3. Teoretiska utgångspunkter för tjänstekonceptet Trygg Hemgång

Trygg Hemgång kan beskrivas som 1) en *paketerad tjänst* eller ett *tjänstekoncept*<sup>9</sup> innehållande flera olika insatser som ofta förekommer men som vanligtvis är uppdelade i separata moment, och 2) en tjänst utvecklad utifrån ett tydligt men inte systematiskt adresserat behov hos mottagaren av tjänsten, dvs. vård- och omsorgstagaren.

Med tjänstekoncept menas att Trygg Hemgång innehåller flera olika moment av tjänster utifrån en organiserande idé som ska skapa ett övergripande värde (en trygg hemgång). Samtidigt kan såväl de som ger tjänsterna som den som får tjänsterna förstå vilket värde som förväntas uppstå sammantaget (en situation där den trygga hemgången kan säkerställas). På detta sätt underlättas samspelet och organiseringen mellan såväl olika vård- och omsorgsgivare som mellan dessa och vård-/omsorgstagaren. Vad som eftersträvas blir tydligare genom tjänstekonceptets eftersträfvade och uttalade målsättning (trygg hemgång) och möjliggör även i viss omfattning att involvera vård-/omsorgstagaren själv när det skapas en ömsesidig förståelse om vad som ska uppnås.

Analyseras angreppssättet Trygg Hemgång i ett teoretiskt perspektiv och utifrån "best practice" (bästa praktik) är det två viktiga angreppssätt och värden som uppnås eller ska kunna uppnås. Dessa beskrivs nedan som 1) Tjänstekonceptet som angreppssätt och 2) Förmedlingsform som startar i patientens/brukarens grundläggande behov. Detta kan även beskrivas som ett personcentrerat angreppssätt<sup>10</sup>.

#### 3.1 Tjänstekonceptet som angreppssätt

Trygg Hemgång är ett tjänstekoncept i sitt angreppssätt och har därför möjlighet att styra olika separata insatser till ett mer gemensamt målinriktat värde. Tjänstekoncept beskrivs ofta i forskningen som den "saknade länken" mellan en önskan om en samverkande arbetsordning till att denna ordning blir utförd<sup>11</sup>. Det finns många exempel på

<sup>9</sup> Begreppet "Tjänstekoncept" beskrivs inom tjänsteforskningen som 1) på vilket sätt som tjänsten levereras, 2) kundens direkta upplevelse av tjänsten, 3) nyttan och resultatet av tjänsten för kunden, samt 4) värdet av tjänsten i relation till kostnaderna (efter bl.a. The Service Concept; the missing link in service design research, Susan Meyer Goldstein, Robert Johnston, JoAnn Duffy, Jay Rao, Journal of Operations Management, no.20, 2002)

<sup>10</sup> Grunder för vad personcentrerad vård står för beskrivs av Centrum för personcentrerad vård, Göteborgs universitet, <http://www.gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-vard/> samt mer utförligt i boken "Personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård; från filosofi till praktik, Inger Ekman (red.), Liber 2014

<sup>11</sup> The Service Concept; the missing link in service design research, ibid.

utvecklingsprojekt inom vård och omsorg som har etablerat en idé men sedan inte förmått att utveckla arbetsprocesserna utifrån idén, i princip verksamhetsmodellen, som också leder till ett operativt resultat. Detta kan mer förenklat även beskrivas som att det inte finns någon "karta" eller "manual" för hur man ska gå tillväga.

Ett exempel på när tjänstekonceptet inte utvecklats med en "karta" eller manual är följande exempel. Landstinget Gävleborg i samarbete med Gävle kommun beslöt att etablera "Äldreteam" 2007 genom ett gemensamt avtal för samlad verksamhet riktad till de äldre från båda huvudmännen. När verksamheten inte hade kommit igång efter två år (med något enstaka undantag) beslöt man att i en utredning granska varför<sup>12</sup>. Den grundläggande förklaringen var att det inte fanns några tydliggöranden för hur teamen skulle initieras och ledas. Något förenklat beskrivet medförde detta att alla inväntade i princip att någon som visste skulle ta initiativet - med följd av att inget hände under två år. Detta till sist tydliga erkännande av bristen ledde dock så småningom till att man lyckades i nästa utvecklingsprojekt.

Angreppssättet tjänstekoncept, som Trygg Hemgång i praktiken använder sig av, är därför viktigt för att skapa sammankopplingar mellan separata insatser och tydliggöra hur de ska drivas. Basen för detta är en *idé* om att ett större värde kan uppnås genom att förplanera och "automatisera" samverkan utifrån just denna idé. Ett fullt utvecklat tjänstekoncept är inte bara idén om "nyttan" ("Vad") utan innehåller också en plan och modell ("Hur") på vilket sätt denna nytta ska uppstå genom en sammanhållen förmedling.

Tjänstekoncept är också viktiga i förmedlandet av en känsla och ett åtagande. Namnbegrepp som exempelvis "Trygg Hemgång" är en tydlig signalering om vad som eftersträvas. *På detta sätt kan tjänstekoncept användas som angreppssätt och modell för en rad olika områden där samverkan behöver förbättras.* Med tydliga begrepp kan varje involverad person förstå vad som eftersträvas. Detta gäller inte minst patienten/brukaren själv som med detta kan få större möjligheter att bidra mer aktivt med egna handlingar till uppfyllandet av eftersträvad nytta.

### 3.2 Förmedlingsform som startar i patientens/brukarens grundläggande behov

Styrkan i tjänstekonceptet Trygg Hemgång ligger också i att tjänsten utgår på ett tydligt sätt utifrån patienten/brukarens situation och inte utifrån verksamheternas/professionens sammanhang. Trygg Hemgång är av ett stort värde för den person som ska lämna sjukhuset och slussas till en fungerande tillvaro i hemmet. Indirekt är detta också ett stort värde för verksamheten övergripande eftersom en patient/brukare som kan få sitt liv att "fungera" hyggligt, genom välfungerande vård och omsorg i hemmet, har bättre utsikter att inte behöva återinläggas oplanerat och med ytterligare specialistvård inblandad. Är situationen stabil kan även hemsjukvården och omsorgen i de flesta fall göra ett bättre arbete gentemot personen.

Det är dock inte naturligt för verksamheterna att agera utifrån dessa utgångspunkter.

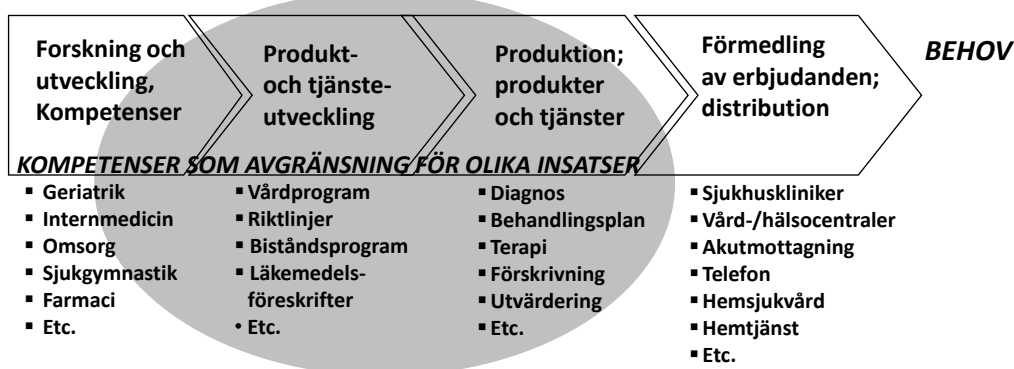
---

<sup>12</sup> "Äldreteam Vision eller verklighet; uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/multisviktande äldre mellan primärvården, Gävle kommun och Gävle sjukhus", Ulla Gurner, Rolf Bowin, Dag Norén, Agneta Brinne, april 2010



Granskas vård- och omsorgssystemens etablerade utgångspunkter ses en organisering som har sin bas inom olika forskningsdiscipliner, separerade kompetenser utifrån skilda medicinska och terapeutiska discipliner samt olika huvudmän för vård och omsorgsinsatser. När de olika kompetenserna ska omsättas till "produkter" och "tjänster" skapas dessa på basen av olika vårdprogram, medicinska riktlinjer, biståndsprogram m.m. Tjänsterna förmedlas därefter till patienter och brukare i form av "insatser" genom sjukhuskliniker, vårdcentraler, akutmottagningar, hemsjukvård och hemtjänst för att nämna några av de vanligare förmedlingsformerna. Nedan exemplifieras en illustration av detta dominerande arbetssätt samt en markering av var tyngdpunkten i den organiserande logiken ligger (det gråmarkerade fältet).

### Den insatsorienterade värdekedjan



Det intressanta med den s.k. *insatsorienterade värdekedjan* är att den strategiska frågan om passande *förmedlingsform* kommer sent in i bilden för att möta de sammansatta behov som patienter och brukare har. Detta trots att all forskning om vad som utgör effektiva tjänster pekar på att förmedlingsformens anpassning till mottagaren (kunden eller patienten/brukaren i detta fall) är avgörande för såväl kvalitet som effektivitet i ett resursanvändningsperspektiv<sup>13</sup>. De förmedlingsformer som kommer ur ett kompetensåskilt och insatsorienterat system passar sällan patienter som är svårt sjuka, instabila eller på andra sätt funktionsbegränsade. Ett flertal studier har visat att bristen på anpassning och personcentrerade förhållanden i förmedlingsfasen kan trots den goda viljan driva på ett behov mot kraftigt ökad konsumtion av vård- och omsorgstjänster<sup>14</sup>.

Med den *individorienterade värdekedjan* däremot kommer utvecklingen av förmedlingsformen in i bilden tidigt. Allra först förstås behoven på ett djupare plan hos patienten/brukaren. Viktiga behov är exempelvis "skörhet/instabilitet", symptomhantering,

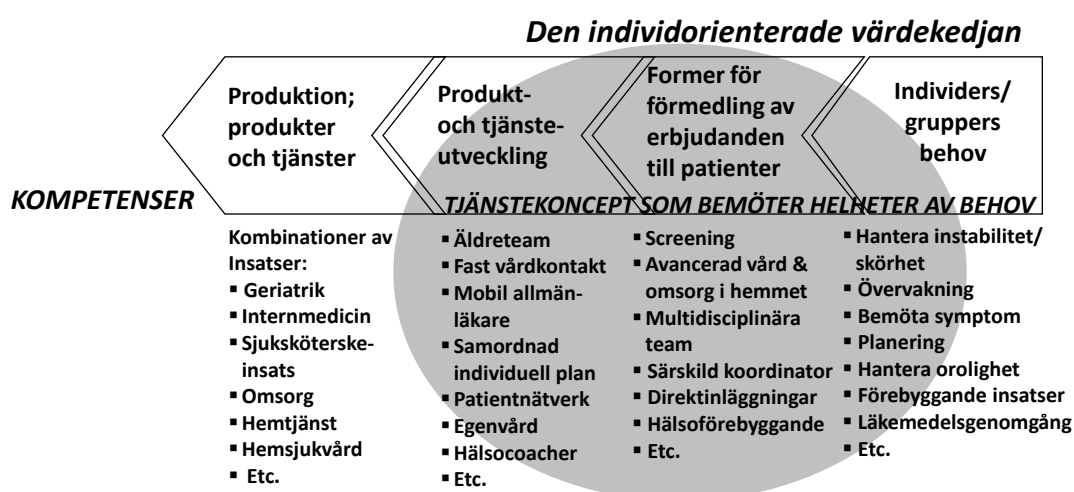
<sup>13</sup> Detta baseras på tjänsteforskning (Service Management) där forskningsresultaten visar att om patientnyttan från första början tillgodoses på bästa sätt används också insatsresurserna bäst. Tjänsten blir mer överensstämmande med behoven vid första tillfället vilket minskar riskerna för att insatserna måste göras om i ett senare läge eller kompletteras med ytterligare stödjande insatser. Forskningsresultat inom området förmedlas bl.a. i "Designing Interactive Strategy", Richard Normann & Rafael Ramirez, John Wiley & Sons, 1994.

<sup>14</sup> Exempelvis beskrivet i "Utanför sjukhuset; kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende", Ulla Gurner, SKL 2012, HCM rapport Ekonomi till SKL, "Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer", NUTEK/Tillväxtverket 2008.

planering, hantera osäkerhet/orolighet, hälsofrämjande/förebyggande insatser m.m.

Därefter, med basen i det sammanhängande behovet utifrån ett personcentrerat perspektiv, utvecklas den förmedlingsform (i princip tjänstekonceptet) som sammankopplar behovet, och den nytta som ska skapas, med ett system av insatser som är sammanhängande. Detta kan vara multidisciplinära team, koordinatörer, access till direktinläggningar, screening/aktiv hälsostyrning m.m. Utifrån dessa grunder utvecklas andra lösningar än kliniker och mottagningar. Istället blir det naturligt att arbeta med gemensam planering (samordnad individuell plan), mobila insatser, fasta vårdkontakter, patientnätverk m.m.

Nedan exemplifieras en illustration av detta individorienterade arbetssätt samt en markering av var tyngdpunkten ligger i denna organiserande logik (det gråmarkerade fältet med fokus på helheter av behov och matchande förmedlingsformer).



Trygg Hemgång är ett exempel på tjänstekoncept enligt ovan som utvecklas på detta sätt. Basen finns i ett strategiskt viktigt definierat behov som bara kan hanteras genom ett förplanerat system av insatser. Angreppssättet visar att det finns en stor potential i att utveckla andra tjänstekoncept, på samma sätt som Trygg Hemgång, som täcker ett viktigt patientcentrerat behov och matchar detta med en nytta som ges genom förplanerade insatssystem.

För att lyckas med tjänstekoncept måste överensstämmelsen mellan behov och insatta resurser/kompetenser vara väl överensstämmande. Finns det en obalans, exempelvis av för mycket eller för lite resurser, eller fel kompetenser eller fel patient/brukargrupper, kan tjänstekonceptet lätt bli kostnadsdrivande istället. Om detta finns det skäl att återkomma till i granskningen av tjänstekonceptet Trygg Hemgång.

## 4. Trygg Hemgång; utvärderingens observationer och resultat

Utvärderingen av Trygg Hemgång har utförts i fyra steg.

*Steg 1* genomfördes initialt med ett diskussionsmöte om tjänstekonceptet med nyckelpersoner inom Trygg Hemgång och verksamhetsföreträdare från de olika inblandade insatsorganisationerna. De dokumentationer som finns tillgängliga om Trygg Hemgång samt med kopplingar till tjänstekonceptet har studerats liksom annan relevant litteratur som beskriver liknande angreppssätt.

*Steg 2* genomfördes med en fördjupning av typfall som tilldelats Trygg Hemgång. Tio patient/brukarexempel med Trygg Hemgång har kartlagts under en ettårsperiod, insats för insats för all vård och omsorg, med start 6 månader före tilldelning av Trygg Hemgång och 6 månader efter att ha involverats i Trygg Hemgång. Utifrån dessa underlag har sedan kostnadsberäkningar utförts för varje typfall och för samtliga insatser. Baserat på dessa kartläggningar har typfallen studerats med analysmetoder (s.k. klusteranalyser) fokuserade på att hitta olika mönster av skillnader och likheter gällande omhändertagandet och kostnaderna. Med de individdataunderlag som tillgängliggjorts har det inte varit möjligt att jämföra patient/brukarexempel. Någon kontrollgrupp har därför inte kunnat tillsättas inom ramen för denna utvärdering.

I *Steg 3*, som är analysfasen, har samtliga underlag analyserats med fokus på att 1) sammanställa samtliga observationer av vikt, och 2) hypoteser och preliminära slutsatser som kan dras beträffande de fyra centrala frågeställningarna i utvärderingen (se ovan sidan fyra). För att validera dessa preliminära iakttagelser och hypoteser har en översikt av relevanta best practice-exempel ("bästa praktik") utförts gällande tjänstekoncept. Vidare har viss benchmarking utförts av nyckeltal för kvantitativa resursvinster utifrån andra verksamhets-/tjänstekoncept som också fokuserar på utskrivning och vårdplanering i samverkan landsting och kommun.

I *Steg 4* har slutsatser och rekommendationer utvecklats vidare och preciserats efter den föregående valideringsfasen. I detta avslutande steg har en ny genomgång av typfallen utförts för att säkra robustheten i slutsatser och rekommendationer.

Nedan sammanfattas observationer och inledande samt övergripande slutsatser efter steg 1 till 3. I denna rapportens avslutande kapitel beskrivs de strategiska slutsatserna och rekommendationerna gällande Trygg Hemgång.

### 4.1 Nyttan för parterna; patient/brukare och verksamheterna

I detta avsnitt beskrivs observationer av nytta för såväl patienter/brukare som för verksamhetsorganisationerna. Valfungerande tjänstekoncept innebär alltid en ömsesidig nytta för samtliga involverade parter. Detta kan observeras för Trygg Hemgång och därför beskrivs resultat av nytta gemensamt för parterna.

Övergripande kan det konstateras att det finns en märkbart **förhöjd trygghet** för

patienter/brukare och anhöriga. Detta har konstaterats i tidigare utförda undersökningar<sup>15</sup>. När de aktuella typfallen med Trygg Hemgång jämförs med liknande patientgrupper, som har kartlagts i sammanhang där denna typ av samverkanskoncept inte finns, ses en vård- och omsorgskonsumtion som är stabil och väl förankrad i hemsjukvården. De återkommande inläggningarna och akutmottagningsbesöken är betydligt lägre än andra jämförbara patientsituationer<sup>16</sup>.

Den förhöjda tryggheten stannar inte bara hos patienterna/brukarna. Även personalen vittnar om en ökad trygghet. De anger exempelvis "en egen trygghet i att sakta slussas in hos vårdtagaren"<sup>17</sup>. Koordinatorrollen inom Trygg Hemgång spelar en stor roll som en case manager gentemot såväl patienten/brukaren som professionen. Personalen anger att Trygg Hemgångsgruppen bidrar till att ge en bra bild över vårdtagarens behov och även att vård/omsorgstagaren själv blev mer handlingskraftig<sup>18</sup>. Detta angav man påverkade hemtjänsten i det att denna insats inte "tog över". Detta kan också ses i typfallen. Ofta minskar hemtjänsttimmarna ganska drastiskt efter den inledande "Trygg Hemgångs-fasen". Detta kan dock ha en förklaring i att Trygg Hemgång ger individen med "automatik" ett anslag av "Nivå 3" gällande hemtjänstinsatser. Detta är den högsta biståndsbedömda nivå och innebär 26 timmar eller mer per månad. I flera fall kan detta vara en onödigt hög nivå även i ett inledningsskede av återgång till hemmet för patienten.

Trots detta är observationen i denna utvärdering att den förhöjda tryggheten, viktig för såväl patienten/brukaren som personalen, inte kostar något extra. Nyttan är betydligt högre än insatserna vilket är detsamma som ett rent värdeskapande.

Detta baseras på att nyttan för parterna är att denna kvalitet kan ges utan behov av särskilda investeringar. Till detta tillkommer även direkta resursvinster för verksamheterna som beskrivs nedan. Dessa utgör även en indirekt nytta för patienten genom den bättre kvalitet i omhändertagandet som kan erbjudas på detta sätt.

**Kostnader för korttidsboendet** försvinner i stort sett helt med Trygg Hemgång och utgör en stor del av resursvinsterna. Denna kostnad uppgår till 2 194 kr. per dygn i Ronneby. Den utgör vanligen en hög kostnad för kommunerna och uppstår i dessa sammanhang när en patient blir utskriven men som inte har planerats eller bedömts som möjlig för att återgå direkt till hemmet. I genomsnitt behöver 2 av 10 patienter i Ronneby ett korttidsboende under 30 dagar<sup>19</sup>. Kan korttidsboendet undvikas helt, och patienten överförs direkt till hemmet, utförs istället vården och omsorgen av utökad ordinär hemtjänst, hemsjukvård och kärnteamet inom Trygg Hemgång. Med en genomsnittlig uppskattning av hemtjänstnivåer för typfallen med Trygg Hemgång, inklusive genomsnittlig kostnad per individ för tjänsten

<sup>15</sup> "Trygg Hemgång 2012", Ronneby kommun, Annika Svahn, Ronneby kommun & Carina Ström, Blekinge kompetenscentrum, 2012

<sup>16</sup> Jämförelser med relevanta patientfall inom nationell kartläggning av 298 patienter med eget boende, inom ramen för SKL:s projekt Mest sjuka äldre, 2012

<sup>17</sup> Rapport "Trygg Hemgång 2012", Ronneby kommun

<sup>18</sup> "Trygg Hemgång 2012" (ibid)

<sup>19</sup> Vård- och omsorgsdata, Ronneby kommun, 2014

Trygg Hemgång uppstår en resursvinst med cirka 50 000 kr per individ<sup>20</sup>. Om 100 individer involveras på detta sätt genom Trygg Hemgång genererar de 20 personer som blir aktuella en resursvinst av 1 000 000 kr. Denna resursvinst kan då göras med antagandet om att kvaliteten inte blir sämre. Tvärtom finns det goda möjligheter till höjd kvalitet genom det fokus på att ordna en stabil tillvaro i det egna hemmet som Trygg Hemgång innebär. De korttidsplatser som finns kan istället frigöras eller anpassas bättre till de grupper som verkligen behöver denna tjänst; främst de som behöver särskilt boende och som inte omgående kan beredas plats för detta.

En annan resursvinst med Trygg Hemgångskonceptet är i de fall utskrivningsklara patienter skulle bli kvar på sjukhuset på grund av brist på korttidsplatser eller om man inte har hunnit med att åtgärda och planera för vård och omsorg i hemmet vilket leder till en mycket hög alternativkostnad för kommunen. Dygnskostnaden för detta varierar mellan sjukhus och kliniker men en normal genomsnittskostnad är cirka 6000 kr. Jämförs detta med en antagen relativt hög hemtjänstinsats varje dygn samt tillägg för dygnskostnaden för tjänsten Trygg Hemgång blir resursvinsten per dygn 3 700 kr. per individ och dygn om Trygg Hemgång tillämpas<sup>21</sup>.

**Reducerade återinläggningar** är ett tredje område för betydande resursvinster genom införandet av Trygg Hemgång. I genomsnitt är nivån av återinläggningar för den aktuella patientgruppen cirka 16% i Ronneby kommuns upptagningsområde<sup>22</sup>. För patienter med Trygg Hemgång är motsvarande genomsnitt 5%.

Ett rimligt antagande är att en återinläggning i genomsnitt kan resultera i tre dygn i slutenvården för den aktuella målgruppen. Med en genomsnittligt antagen vårdkostnad för de kliniker som vanligen involveras för denna målgrupp innebär detta att om Trygg Hemgång kan erbjudas istället för det ordinära omhändertagandet *erhålls en resursvinst av cirka 198 000 kr per 100 individer* - vid varje tillfälle av undvikbar återinläggning<sup>23</sup>.

#### 4.2 Samverkan och organisation; resultat, utmaningar och möjligheter till vidareutveckling

**Vårdplaneringarna är kritiskt viktiga** för Trygg Hemgång och kan ses fortsättningsvis som en utmaning att hantera. Idag görs vårdplaneringarna, inför initieringen av Trygg Hemgång, på sjukhuset eller genom en s.k. webbplanering. Förmodligen för att vara på säkra sidan att få Trygg Hemgångskonceptet att fungera tilldelas patienten automatiskt högsta nivån av hemtjänstinsatser ("nivå 3" vilket motsvarar 26 timmar eller mer av insatser varje månad). För majoriteten av de som fått Trygg Hemgång har hemtjänstnivåerna därefter minskat; i

<sup>20</sup> Baseras på följande beräkning: Kostnad per dygn på korttidsboende 2 194 kr. gånger genomsnittligt utnyttjande 30 dagar blir 65 820 kr. minskat med genomsnittskostnad för Trygg Hemgång är 8 700 kr. samt den genomsnittliga hemtjänstkostnaden beräknad till 7 120 kr under en trettiodagarsperiod.

<sup>21</sup> Detta antagande om hög genomsnittskostnad för hemtjänst per dygn baseras på 5 timmar med Ronneby kommuns hemtjänsttaxa (vilket blir 1 430 kr. per dygn). Dygnskostnaden per individ för Trygg Hemgång beräknas till 870 kr.

<sup>22</sup> Uppgifterna gäller för 2013, Vård och omsorgsdata Ronneby kommun

<sup>23</sup> Uppskattning om tre dygn i slutenvård blir 18000 kr (genomsnittskostnad bedömd till 6 000 kr/dygn). Av 100 personer behöver i genomsnitt 11 ingen återinläggning när Trygg Hemgång används. Detta medför en bedömd resursvinst av 198 000 kr totalt.

vissa fall markant. Detta visar förmodligen att vårdplaneringen kan utvecklas och bli mer precis från början.

I liknande utvecklingsprojekt framhålls ofta att vårdplanering i hemmet är viktigt för att förstå mer om individens sammanhang och förutsättningar. Detta skulle kunna vara ett arbetssätt som passade bättre för Trygg Hemgång. Möjligheterna att bedöma omvårdnadssituationen och hemsjukvårdsinsatserna bör kunna förbättras av detta och även arbetet med den samordnande individuella planen. Har representanter från landstingsdrivna verksamheter svårt att delta i vårdplaneringen i hemmet är utnyttjandet av webbplaneringen ett alternativ. I kombination med vårdplanering i hemmet bör detta sammantaget kunna ge ett bättre resultat än vårdplanering på sjukhuset och/eller webbplanering.

**Samverkan mellan biståndsbedömningen, sjukhusets personal och i synnerhet primärvården** ser ut att vara bräckligt. Denna samverkan skulle behöva förbättras för att få vårdplaneringen att fungera enligt ovan. Därutöver skulle detta möjliggöra viktiga fördjupade riskbedömningar i samband med att Trygg Hemgång upphör. Detta är en utmaning som alltså finns kvar att hantera.

Det är påtagligt att **hjälpmedelsproblematiken tycks ha eliminerats** med Trygg Hemgång. Detta annars så omfattande problem i samband med återgång till hemmet ser ut att ha lösts genom den aktiva koordinatorrollen i god samverkan med professionen.

En **konceptutveckling av funktionen inom Trygg Hemgång**, till att involvera fler uppgifter, skulle kunna göras. Koordinatorrollen ("funktionen") som erbjuds genom Trygg Hemgång är en framgång och skulle kunna kopplas till fler viktiga uppgifter i samband med patientens återgång till hemmet. Fördjupade riskbedömningar (genom bl.a. Senior Alert) ligger nära till hands för att undersöka bl.a. nutrition och trycksår. Med läkarstöd bör man kunna initiera läkemedelsgenomgångar i förekommande fall och medicinska risker för fall. Flera olika uppgifter skulle kunna identifieras som intressanta då man har en välfungerande koordinator på plats.

Att ytterligare **utveckla värdet "trygghet"** är en annan dimension av möjligheterna till konceptutveckling. Den målgrupp av patienter och brukare som Trygg Hemgång vänder sig till är inte sällan sköra och tidvis instabila. Särskilt kan så vara fallet i det initiala läget efter hemkomsten från sjukhuset. Kan former för direktinläggning erbjudas, utan att exempelvis behöva ta vägen via sjukhusets akutmottagning, ökar patientens trygghet i hemmet. Samtidigt underlättas och effektiviseras personalens möjligheter till samverkan.

## 5. Trygg Hemgång: Slutsatser och rekommendationer

Nedan sammanfattas de slutsatser som har identifierats. De sammankopplas i vissa fall med rekommendationer till fortsatta utvecklingsinsatser och möjliga förbättringar. Slutsatser och rekommendationer är strukturerade efter de frågeställningar som ligger till grund för utvärderingen (och som tidigare nämnts i inledningen för denna rapport på sidan 4).

## 5.1 Vilka kvalitets- och resursvinster kan ses genom Trygg Hemgång?

Trygg Hemgångs framgång ligger i att det är ett så tydligt tjänstekoncept som genom sin benämning ("Trygg hemgång") på ett förståeligt sätt beskriver vilket värde som ska uppnås. Med konceptet har man lyckats utveckla en fungerande samverkans- och verksamhetsmodell, över insatsgränser, genom den drivande centrala funktionen som koordinatören utgör. Konceptets tydlighet och angivande av ett centralt och önskvärt värde har också hjälpt till att ge koordinatören detta accepterade mandat. Användningen av grunderna för ett tjänstekoncept på detta sätt gör arbetssättet tydligt för alla, även vård- och omsorgstagaren, vilket är en viktig del i framgången. Kan vård- och omsorgstagaren involveras på ett medskapande sätt ges möjligheter till att även dennes resurser kan användas i förekommande fall.

Vidare är Trygg Hemgångskonceptet definierat och utvecklat utifrån ett viktigt värde för patienten/brukaren; att känna en trygghet i hemmet efter en svår sjukdomshändelse med inläggning på sjukhus som följd. När grundläggande viktiga "helhetsvärden" för patienten/brukaren bemöts på detta sätt gynnas oftast verksamheterna inom vården och omsorgen. Förutom att uppnå en väsentligt högre kvalitet har verksamhetsorganisationer med angreppssätt för "helhetsvärden" möjligheter att realisera effektiviseringar i resursanvändningen som kan vara långt över 50%-iga för respektive patient/brukare<sup>24</sup>.

För Trygg Hemgångs del kan slutsatsen dras att den dokumenterat förhöjda tryggheten för berörda patienter/brukare inte har kostat något. Det är ett viktigt värde i sig. Den ökade tryggheten skapar också bättre förutsättningar för att initiera och påskynda rehabiliteringsinsatser. Vidare har följande beräkningar av möjliga resursvinster framkommit:

*Om Trygg Hemgång (med högsta nivå av omsorg) ersätter en korttidsplats: Resursvinst per individ beräknat efter genomsnittlig användningstid av respektive tjänst är cirka 50 000 kr. netto. Med en uppskattad målgrupp av 100 personer blir den totala uppskattade resursvinsten cirka 1 000 000 kr. årligen.*

*Om Trygg Hemgång (med högsta nivå av omsorg) ersätter en sjukhusplats (för utskrivningsklar patient som inte får plats på korttidsboende): Resursvinst netto 3 700 kr. per person och dygn.*

*Om Trygg Hemgång leder till att en återinläggning kan undvikas: Resursvinst beräknad på genomsnittlig tidslängd och kostnad för sjukhuskostnaderna är 198 000 kr per 100 individer (för varje återinläggningstillfälle som kan undvikas).*

Trygg Hemgång är en mer avgränsad tjänst under en kortare period. Detta innebär att, förutom kvalitetsvinsterna, så finns resursvinsterna att tillgå men inte i samma omfattning

<sup>24</sup> Närsjukvårdsteamet i västra Skaraborg arbetar på ett liknande sätt med en koordinatorliknande roll med särskilt fokus på att skapa trygghet för patienten i dennes hem. Resultat som kunde mätas per patient i genomsnitt efter en tid visade på minskning av antalet vård dagar med 92%, minskade mottagningsbesök med 89%, minskade besök på akutmottagning med 80%, minskade återinläggningar med 88%, se rapporten "Närvården i västra Skaraborg – utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare, HCM 25 november 2013

som mer långvariga tjänster riktade till exempelvis multisjuka äldre med gränsöverskridande hemsjukvårdsteam<sup>25</sup>. Däremot visar möjliga resultat av Trygg Hemgång att tjänstekonceptet bidrar med tillräckligt bra nivåer av resultat för såväl kvalitet som resurseffektivitet. Det lönar sig alltså att satsa på att fortsätta driva angreppssättet och att sprida det.

## 5.2 Vad krävs kompetensmässigt och organisatoriskt för att driva och sprida Trygg Hemgång?

Tjänstekonceptet Trygg Hemgång är i grunden en arbetsmodell som inte är komplicerad. Som beskrivits tidigare besitter detta angrepps- och arbetssätt en tydlighet vad gäller syfte och nytta samt hur detta ska verkställas. Koordinatorn genom undersköterskan skapar med sin centrala funktionella roll förutsättningarna för att initiera och driva arbetssättet. Det finns därmed en nyckelroll med ett mandat för att uppnå det önskade värdet. Detta är en roll som många gånger saknas i andra vård- och omsorgskoncept vilket skapar otydlighet och osäkerhet om hur arbetet ska bedrivas inom konceptet.

Utifrån befintliga kompetenser och organisationer ses därmed inga påtagliga hinder eller barriärer för att driva och sprida Trygg Hemgång till andra sammanhang och till fler patienter/brukare. Arbetssättet grundas på vad som kan beskrivas som "sunt förnuft" i detta sammanhang; vad som är naturligt för professionen när de får möjlighet att samverka.

Utifrån erfarenheter från andra liknande sammanhang bedömer vi dock följande frågor som viktiga att ha under kunskap och insikt om inför en spridning<sup>26</sup>:

- En noggrant definierad och väl avvägd målgrupp; tydliga inklusionskriterier för att bli tilldelad tjänstekonceptet.
- Rätt skede i patientens/brukarens situation samt med en förmåga till att upptäcka i tid; exempelvis genom att förbättra det första mötet med en patient som troligtvis behöver tjänsten. Detta berör exempelvis den kritiska vårdplaneringen i första skedet.
- Skedet när tjänstekonceptet ska avslutas. För detta kan behövas tydliga "exklusionskriterier" så att de särskilda resurserna inom tjänstekonceptet kan åta sig de nya uppdragen löpande.

Dessa viktiga frågor ovan har stor betydelse för att tjänstekonceptet ska generera kvalitet och resurseffektivitet i samma steg. Erbjuds en bredare målgrupp Trygg Hemgång än vad som behövs (exempelvis personer som inte skulle behöva korttidsboende eller omfattande

<sup>25</sup> Exemplet "Närvården i västra Skaraborg (ovan), 2013

<sup>26</sup> En av flera erfarenhetsreferenser för detta är utvärderingen av Äldrelotsar i Blekinge. Äldrelotsar är ett effektivt angreppssätt om det ges till en väldefinierad målgrupp med tydlig nytta av detta angreppssätt. Då uppstår hög kvalitet och resurseffektivitet genom tjänstekonceptet. Riktas konceptet till en målgrupp av de allra mest sjuka som är kroniskt instabila eller till en "friskare" målgrupp kan detta tjänstekoncept till och med bli dyrare och inte lika effektivt som ett ordinärt omhändertagande. Det handlar därför mycket om att sätta in ett tjänstekoncept i "rätt" skede i patientens/brukarens "utveckling". Se rapporten "Nytta av Äldrelotsar i Blekinge – utifrån kartläggningar och analyser av individfall", HCM oktober 2013.



hemtjänstinsatser som alternativ) kan visserligen en kvalitetshöjning uppstå men till priset av resurskostnad som inte matchar "vinsten". Samma problem uppstår om Trygg Hemgång inte avslutas för en patient/brukare i rätt skede. Uppstår dessa situationer systematiskt kan Trygg Hemgång komma att ifrågasättas i samband med en spridning.

Vidare är det viktigt att förstå betydelsen av att andra blir "delägare" till arbetssättet när det ska spridas. Med detta menas vikten av att tillkommande personal som arbetar med Trygg Hemgång får möjlighet att anpassa arbetssättet till sina sammanhang och verksamhetskulturer. Detta handlar om möjligheter till att påverka samtidigt som de effektiva momenten i arbetssättet kan behållas.

### 5.3 Vad skulle kunna utvecklas ytterligare för att förstärka Trygg Hemgång?

Följande områden skulle kunna utvecklas ytterligare inom Trygg Hemgång:

#### ➔ Förstärkt vårdplanering

Förmodligen skulle vårdplaneringen bli mer "träffsäker" initialt med en ambition att i första hand utföra vårdplaneringen i hemmet. Detta skulle kunna bidra till ytterligare insikter om patientens situation och förutsättningar. Den nuvarande formen av vårdplanering beslutar med "automatik" om omsorgsinsatser som kan vara mer omfattande än vad de behöver vara. En s.k. utskrivningssköterska vid sjukhuset skulle kunna bistå med att koppla en mer säker och stabil kontakt med sjukhuset i samband med vårdplaneringen i hemmet.

Vid det andra vårdplaneringstillfället i hemmet (efter utskrivningen) bör en riskbedömning kopplas till vårdplaneringen och bör utföras så snart som möjligt. Detta kan ske genom exempelvis Senior Alert med fokus på fallrisker, undernäring, munhälsa, trycksår etc. Detta kan vara ett viktigt bedömningskriterium för att avgöra om Trygg Hemgång kan avslutas (med koppling till att det finns definierade "exklusionskriterier" enligt ovanstående rekommendation). Har personen flera eller troligtvis olämpliga läkemedel bör en läkemedelsgenomgång utföras av läkare och helst i samband med riskbedömningen<sup>27</sup>.

#### ➔ Tydliga inklusionskriterier

De tidigare definierade inklusionskriterierna har övergetts och ersatts med ett övergripande kriterium. Detta är formulerat som "att en stor oro kan konstateras hos vårdtagaren inför hemgång efter sjukhusvården".

Detta kan skapa viss osäkerhet om patienten i själva verket ingår i målgruppen för Trygg Hemgång eller inte. En bättre precisering av kriterier skulle också ge vägledning till Trygg Hemgångs-gruppen om vilken typ av patient som är aktuell. För stor osäkerhet i inklusionskriterierna skapar särskild osäkerhet i samband med en spridning av tjänstekonceptet.

Av ovanstående skäl kan det vara önskvärt att utveckla skarpare inklusionskriterier och med uppdelning av patienterna i olika "undergrupper"; till exempel de som skulle ha behövt en

<sup>27</sup> En symptomskattning kan också vara lämpligt att utföra med Phase20

viss nivå av korttidsboende, de som behöver en kort och intensiv insats för att "stabiliseras" i hemmet, de som förmodligen behöver längre och mer omfattande insatser i hemmet etc. En förbättrad "segmentering" av patienterna underlättar för fortsatta bedömningar och ger vägledning inför en spridning och etablering av ett nytt arbetssätt.

#### ☞ Utveckla Trygg Hemgångs "tentakler"

Trygg Hemgång kan bli ännu skarpare som tjänstekoncept om olika "tentakler" eller länkar utvecklas ännu mer. Framst gäller detta möjligheterna till bättre samverkan med sjukvården och då i synnerhet primärvårdsläkarna och relevanta sjukhuskliniker. Idag framstår samverkan med primärvården och läkartjänsterna som ett område som bör utvecklas. Gentemot sjukhuset skulle direktinläggningsmöjligheter kunna utvecklas gentemot de mest förekommande klinikerna<sup>28</sup>. Ovan föreslagna koppling till en utskrivningssköterska skulle kunna fortsatt vara en "tentakel" eller länk till sjukhuset.

#### **5.4 Vilka förutsättningar och möjligheter finns för att sprida Trygg Hemgång/ tjänstekonceptet vidare?**

Erfarenheterna från Trygg Hemgång visar på tydligt positiva effekter. Det finns idag ett starkare fokus på samverkan mellan kommuner och landsting och mer av dokumenterade positiva resultat när denna samverkan fungerar. Detta bör stärka intresset för detta samverkande tjänstekoncept.

Tjänstekonceptet är begripligt och bör kunna fungera i många olika sammanhang genom sin enkelhet, rationella och givna arbetsordning och med den centrala koordinatorrollen som drivande för arbetet. Det finns i grunden ingenting i etablerade ersättningsystem som kan hindra den samverkan som avses. Detta är mycket positivt för tjänstekonceptet.

De ömsesidigt (för både kommun och landsting) relativt stora resursvinsterna som har identifierats i denna utvärdering borde utgöra goda incitament för att etablera och sprida tjänstekonceptet vidare. Trygg Hemgång levererar också en trygghet gentemot såväl patienter/brukare som personalen utan att kosta extra. De kritiskt viktiga rehabiliteringsinsatserna underlättas med en ökad trygghet och de låga nivåerna av återinläggningar (5%) borde bidra till att Trygg Hemgångskonceptet blir attraktivt att använda.

Därmed bör goda förutsättningar finnas för att sprida Trygg Hemgångskonceptet till fler kommuner. Att omsluta hela Blekinge bör vara ett första steg. En stegvis plan för detta bör utvecklas. Att genomföra s.k. "förståelseseminarier" är viktigt för att komma in i arbetssättet och utveckla det kritiska "delägarskapet" utifrån de arbetskulturer som kan skifta även från en kommun till en annan inom länet. En länsgemensam styrgrupp bör bildas mellan landstinget och kommunerna för att förankra och driva utvecklingsarbetet fortsättningsvis.

<sup>28</sup> Exempel på bästa praktik inom detta område är NISSE-projektet i Malmö; en samverkan mellan omsorgen, primärvården och medicinkliniken vid Skånes universitetssjukhus (se exempelvis "Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer, Nutek/Tillväxtverket 2008). För närvarande drivs samma målsättningar genom ÄMMA-projektet i Malmö (Äldre i Malmö Mobilt Akutteam) men omvänt med hemmet som vårdplats.