



Arbetsrapport för projektet

TryggVE

2010 - 2013



Borås 2013 05 08

Carina Stawåsen
Ordförande
Utvecklingsråd multisjuka och multiviktande äldre
Styrgrupp för projekt TryggVE

Bertil Martinsson
Projektledare

Förord

Samverkansprojektet TryggVE, som var ett av SKL´s nitton försöksverksamheter i den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre”, har genomförts i Södra Älvsborg under perioden 2010 – 2013.

På Närvårdssamverkan Södra Älvsborgs webbplats finns dokument och bedömningsinstrument som används i projektet: <http://tryggve.vgr.se>

I projektet har följande parter deltagit: Alingsås kommun, Bollebygds kommun, Borås Stad, Herrljunga kommun, Lerums kommun, Marks kommun, Svenljunga kommun, Tranemo kommun, Ulricehamns kommun, Vårgårda kommun, Södra Älvsborgs sjukhus, Alingsås lasarett och Primärvården Södra Älvsborg.

Föreliggande utkast till slutrapport är framtagen av:

Bertil Martinsson, Projektledare

Cajsa Gustavsen, Representant för arbetsterapi och sjukgymnastik

Gunilla Lindberg, Alingsås lasarett

Helen Gedda, Primärvården i Mitten Älvsborg

Ingela Thorell, Primärvården i Sjuhärad

Maria Glemfelt, Södra Älvsborgs sjukhus

Marie Elm, Kommunerna i Sjuhärad

Nena Stamenkovic, Kommunerna i Sjuhärad

Kerstin Rigstedt, Kommunerna i Mitten Älvsborg

1.	Sammanfattning	4
2.	Syfte med projektet	4
3.	Mål och förväntade resultat	6
4.	Projektets målgrupp	6
5.	Projektets organisation	7
5.1.	Organisation	7
5.1.1.	Närvårdssamverkan Södra Älvsborg	8
5.1.2.	Projektorganisation	9
5.2.	Aktiviteter	10
5.2.1.	Projektledningsmöten	10
5.2.2.	Konkretisering av uppdraget	10
5.2.3.	Förankringsprocess	10
5.2.4.	Informationsspridning	11
5.2.5.	Nätverksarbete	11
5.2.6.	Utbildningar	12
5.2.7.	Stödjande verksamhet till linjeorganisationerna	12
5.2.8.	Intern uppföljning	12
5.2.9.	Extern utvärdering	13
5.2.10.	Samverkan med övriga äldresatsningar	13
5.2.11.	Påverkansaktiviteter	13
5.2.12.	Informationsinhämtande	13
6.	Förändringar under projekttiden	14
6.1.	Linjeorganisationers förändringar	14
6.2.	Samverkansformernas förändringar	14
6.3.	Förändringar i ekonomiska styrsystem	14
7.	Mätbara resultat	15
7.1.	Beskrivning på individnivå	15
7.2.	Beskrivbara data – utbildningar, nätverk, information	15
7.3.	TryggVE-patienter 2010 – 2012	15
7.4.	Kommentarer till redovisade data	21
8.	Kvalitativa resultat – erfarenheter	21
8.1.	Modellens relevans	21
8.2.	Har modellen implementerats?	22
8.3.	Har tryggheten för patienterna i projektet ökat?	22
8.4.	Har journalföring och informationsöverföring påverkats?	23
8.5.	Ger TryggVE-modellen en heltäckande och sammanhållen bild av patientens situation?	23
8.6.	Har ett särskilt omhändertagande av patientgruppen skett?	23
8.7.	Har återinskrivningar vid sjukhus inom 30 dagar minskat	23
8.8.	Andra konsekvenser av TryggVE-projektet	23
9.	Att lära av misstagen	24
10.	Förutsättningar för fortlevnad och spridning	25
10.1	Möjligheter till fortlevnad	25
10.2	Revidering av TryggVE-modellen	25
10.3	Risker för att arbetssättet avtar	25
11.	Slutord från projektet	26
	Referenser	27

Utkast till slutrapport för projektet TryggVE

1. Sammanfattning

TryggVE, står för **Trygghet**, **Vårdsamverkan** och **Effektivitet** och är ett samverkansprojekt mellan kommun, primärvård och sjukhus i Södra Älvsborg. Målet var att skapa trygghet och på ett strukturerat sätt identifiera riskområden för äldre med en skör livssituation. Modellen är känd och har inom många verksamheter blivit ett användbart redskap. En generell kunskaphöjning har skett och ett stort antal bedömningar enligt modellen har genomförts. För dessa äldre multisjuka har den upplevda tryggheten inte ökat. Återinskrivningar i slutenvård av TryggVE-patienter har under projekttiden minskat på Södra Älvsborgs sjukhus. En erfarenhet är att förankring och följsamhet till beslut måste finnas på alla nivåer för att implementering av en sådan här modell ska ske och goda resultat uppnås.

2. Syfte med projektet

Syftet var att införa en modell, benämnd TryggVE, i Södra Älvsborg, som innebar att på ett **strukturerat** sätt arbeta med att **identifiera riskområden för multisjuka och multisviktande äldre**. Modellen skulle implementeras i tio kommuner, i primärvården, på Södra Älvsborgs sjukhus och Alingsås lasarett. Modellen bygger på att äldre patienter som identifieras som multisjuka eller multisviktande genomgår en ”utredning/screening” för att hälsoproblem skall uppmärksammas och att denna information överförs vid byte av vårdgivare. Patienten får en kontakt i vården som har till uppgift att följa utredningen och samordna vårdkontakter och insatser.



Styrgrupp TryggVE, Södra Älvsborg, 2011-01-24

Modellens sex riskområden: (1)

Trygghet

Patienten ska känna sig trygg i sin situation genom att veta att vården samverkar och veta till vem man ska vända sig när vårdbehov uppstår eller förändras:

- sjuksköterskan är patientens koordinator
- kylskåpsmagnet med kontaktuppgifter till vård och omsorg erbjuds
- vid övergång från sluten till öppenvård kontaktas patienten, via telefon eller hembesök inom 48 timmar
- Visuellt Analog Skala (VAS) används för att få en uppskattning om grad av trygghet.

Psykisk hälsa

Utredning av depression, ångest, demens och riskbruk (alkohol), genom användning av bedömningsinstrumenten:

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) för ångest och depression
- Mini-Mental Test (MMT), Mini Mental State Examination - Svensk Revidering (MMSE-SR) och klocktest för bedömning av minnesfunktion
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) för bedömning av alkohol-riskbruk.

Läkemedel

Regelbunden uppföljning av läkemedelsbehandling för att förebygga läkemedelsrelaterade besvär. Olika åtgärder som läkemedelsberättelse, läkemedelsavstämning, läkemedelsgenomgång och symtomskattning genomförs.

Nutrition

Bedömning med Mini Nutritional Assessment (MNA) görs för att upptäcka risk för undernäring.

Rehabilitering

Bedömningar görs för att identifiera nedsatt aktivitets- och funktionsförmåga.

Exempel på bedömningsinstrument:

Bergs balanstest, Sunnaas ADL-index, ADL-taxonomin, Generell Motorisk Funktionsförmåga (GMF), Timed Up and Go (TUG)

Prevention

Bedömningar görs för att identifiera risk för fall och trycksår.

Exempel på bedömningsinstrument:

Downton Fall Risk Index (DFRI), RiskBedömning Trycksår (RBT), Risk Assessment Pressure Scores (RAPS)

Frågeställningar som skulle belysas var:

- Ger arbetet enligt modellen ett förbättrat omhändertagande och ökad trygghet för patienten?
- Fångar valda bedömningsinstrument patientens hälsoproblem?
- Kan modellen på ett naturligt sätt finnas i ordinarie verksamhet och införas i hela Södra Älvsborg?

3. Mål och förväntade resultat

Det övergripande målet var att ge rätt vård på rätt nivå med hög effektivitet och ett tydligt patientperspektiv med fokus på trygghet.

- a) Modellen skulle göras känd och varje verksamhet och profession skulle veta hur TryggVE-informationen skulle hanteras
- b) Strukturera journalföring och förbättra informationsöverföring för patientgruppen
- c) Ge en heltäckande och sammanhållen bild av patientens situation
- d) Ge ett särskilt omhändertagande av patientgruppen
- e) Öka tryggheten
- f) Minska antalet återinläggningar inom 30 dagar
- g) Inom läkemedelsområdet att:
 - läkemedelsberättelser skrivs
 - symtomskattningar genomförs
 - olämpliga läkemedelskombinationer undviks
 - olämpliga läkemedel undviks
- h) Upptäcka:
 - ångest- och depressionsproblematik
 - riskbruk avseende alkohol
 - minnessvårigheter
 - nedsatt aktivitets- och/eller funktionsförmåga
 - risk för fall och/eller trycksår
 - risk för undernäring

Det förväntade resultatet var att arbetet enligt modellen skulle **identifiera patientens eventuella riskområden** och därigenom ge information till ansvarig enhet att genomföra riktade insatser, vilket bland annat kunde ge ökad trygghet för patienten och dess anhöriga och färre återinläggningar på sjukhus. En förhoppning var att detta skulle **ge en bättre helhetsbild** av patientens situation, vilket skulle möjliggöra ett bättre underlag för insatser.

4. Projektets målgrupp

Projektet definierade målgruppen enligt följande:

Multisviktande

Person med någon eller några sjukdomsdiagnoser. Problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- eller funktionsuppehållande insatser under en längre tid.

Sammantaget en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård, omsorgs- eller rehabiliteringsinsatser. Ålder 65 år eller äldre.

Multisjuk

Personer över 75 år med minst 3 diagnoser och minst 3 oplanerade läkarkontakter under de 12 senaste månaderna med skör och snabbt föränderlig livssituation.

Identifiering av TryggVE-patienter på sjukhus.

Via journalsystemet söks patienter med minst 3 diagnoser, minst 3 oplanerade inskrivningar och 75 år eller äldre. Det ger inte ett helt tillförlitligt underlag, men är en hjälp för att hitta TryggVE-patienter. De har även identifierats i samband med vårdplanering.

I projektets inledning identifierades TryggVE-patienterna på Södra Älvsborgs sjukhus.

Identifiering av TryggVE-patienter i kommunerna.

I kommunerna finns teamträffar mellan arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare och enhetschefer, i olika konstellationer. I dessa samverkar man utifrån individperspektiv och olika kompetensområden. Det är ofta dessa team som också initierar behov av utredning/uppföljning och vad som ska genomföras utifrån TryggVE-modellen.

Identifiering av TryggVE-patienter i primärvården.

Ur ett primärvårdsperspektiv kan följande vara exempel på hur identifiering går till:

- Äldre patienter som ofta ringer till vårdcentralen för ospecifika symtom
- Äldre patienter som vid läkarbesök beskriver en komplex sjukdomsbild och som t.ex. har svårt att redogöra för vilka mediciner de tar
- Övrig personal som uppmärksammar en skör person med flera olika sjukdomsbesvär
- Via vårdplaneringssystemet KLARA SVPL (2)

Försök har gjorts att via journalsystemet söka ut patienter över 75 år med tre oplanerade besök på vårdcentralen men det resulterade inte i att TryggVE-patienter identifierades i speciellt hög grad. I nuläget provas om TryggVE-patienter kan identifieras med hjälp av vårdtyngdssystemet ACG.

5. Projektets organisation



5.1.Organisation

Från början av 2000-talet och fram till år 2010 fanns i Södra Älvsborg två samverkansorganisationer mellan sjukhusen (Alingsås lasarett och Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS)), primärvården (27 offentliga och 8 privata vårdcentraler) och kommunerna. Dels KoLa i MittenÄlvsborg (Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga kommuner) och dels ReKo i Sjuhäradsområdet (Borås, Bollebygd, Herrljunga, Mark, Ulricehamn, Svenljunga, Tranemo kommuner, där de fyra sista ibland benämns ”MUST”). Arbetsformerna i dessa två organisationer skilde sig mycket åt. (3)

Mot slutet av 2010- talet började det föras diskussioner som ledde fram till en gemensam samverkansorganisation. År 2011 startade Närvårdssamverkan Södra Älvsborg sin verksamhet.

TryggVE-modellen utarbetades inom ReKo men i samband med omorganisationen beslutades att den skulle införas i hela Södra Älvsborg. (4)

TryggVE-projektet organiserades enligt följande:

Styrgrupp – med representanter från Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS), Alingsås lasarett, primärvården och kommunerna

Ledningsgrupp – delprojektledare från SÄS, Alingsås lasarett, primärvården, kommunerna, representant för arbetsterapi och sjukgymnastik samt projektledare

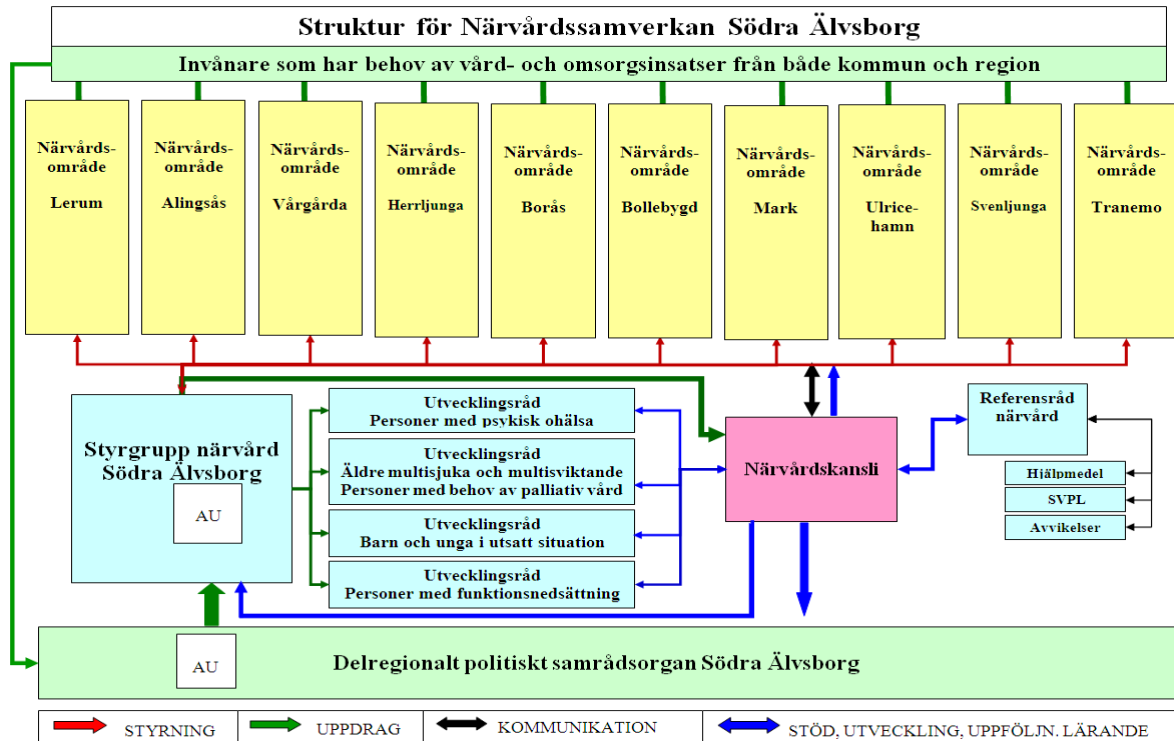
Nätverksgrupper TryggVE – grupper bestående av representanter från SÄS, Alingsås lasarett, primärvården och kommunerna

5.1.1. Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Syftet med närvårdssamverkan är att förebygga framtida vård- och omsorgsbehov inom Södra Älvsborg och att skapa smidiga övergångar för patienten i kontakten mellan sjukhus, primärvård och kommuner.

I Västra Götalands Regionen är, sedan 1992, vården organiserad i ett regionalt ansvar för läkarinsatser och ett kommunalt ansvar för hemsjukvårdsinsatser i ordinärt och särskilt boende. (5)

Bilden nedan beskriver strukturen för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.



Basen i Närvårdssamverkan är de tio närvårdsområdena, som utgår från de tio kommunerna. Andra organ inom Närvårdssamverkan är:

- Styrgruppen, där erforderliga beslut tas.
- Närvårdskansli, som till sin hjälp har ett Referensråd med personer från de ingående parterna.
- Fyra utvecklingsråd, som består av personer med specialkunskap inom sitt område.
- Politiskt samrådsorgan

Utvecklingsrådet för äldre multisjuka var styrgrupp för projektet TryggVE. I detta råd var projektledaren ständigt adjungerad. I början av projektet fanns också en referensgrupp med speciell kunskap kring äldre frågor. Denna var under en period även styrgrupp för att sedan upplösas.

Mot slutet av projektet började arbetsgrupper, med syfte att arbeta med äldre frågor, skapas i varje närvårdsområde. Dessa grupper får sitt uppdrag från närvårdsområdenas ledningsgrupper och kommer att ha en mycket viktig funktion för fortlevnaden av TryggVE-modellen.

5.1.2. Projektorganisation

Projektledning

En projektledning byggdes upp med en projektledare och sju delprojektledare.

Delprojektledare anställdes enligt följande:

- Primärvården; en i Mitten Älvsborg och en för Sjuhäradsområdet.
- Kommunerna; en person för de sju kommunerna i Sjuhärad och en för kommunerna Lerum, Alingsås och Vårgårda i MittenÄlvsborg.
- Sjukhusen; Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) en person och Alingsås lasarett en person
- För att belysa rehabiliteringsperspektivet deltog en person.

Dessa personer hade olika tjänstgöringsgrad i projektet och arbetade övrig tid på sitt ordinarie arbete.

I vissa fall uppstod problem med att rekrytera och under projektets gång har flera personalförändringar skett. Efter drygt ett år lämnade projektledaren projektet och en ny tillträdde under våren 2012. För Alingsås lasarett har tre olika delprojektledare arbetat, för SÄS har två olika delprojektledare arbetat och för kommunerna i Sjuhärad har två personer delat på arbetet den sista tiden.

Under projektets tre år har det funnits tre olika styrgrupper. Mot slutet har Utvecklingsrådet för multisjuka äldre haft det ansvaret. Närvårdskansliet har haft en stödjande funktion.

Enligt ansökan var projektledningens uppgift att:

- a) Samordna implementering av TryggVE-modellen
- b) Följa och understödja implementering av TryggVE-modellen i respektive förvaltning
- c) Formulera och konkretisera arbetssätt
- d) Ta fram patient- och anhöriginformation som beskriver innebörden av att vara patient enligt TryggVE-modellen
- e) Justera modellen utifrån vunna erfarenheter
- f) Ha dialog med styrgrupp och referensgrupp
- g) Informera
- h) Anordna utbildningar
- i) Lösa uppkomna frågeställningar, själva eller i samråd med referensgruppen
- j) Ta fram beskrivande mått i modellen samt delta i utvärdering och uppföljning

Kontaktpersoner i Nätverket TryggVE

För att kunna genomföra ovanstående uppgifter rekryterades drygt hundra kontaktpersoner från de olika vårdgivarna. Kontaktpersonerna var legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal. Olika nätverk skapades för dessa personer och leddes av delprojektledarna.

Kontaktpersonernas uppgift var att i sin verksamhet vara drivande i implementeringen av TryggVE-modellen genom att:

- delta på nätverksträffarna för att förmedla information mellan projektledningen och respektive verksamhet
- vara sammankallande för lokal arbetsgrupp
- ta fram lokala rutiner för sin verksamhet
- kontinuerligt informera verksamhetsledningen om projektet
- att driva utvecklingen av TryggVE och vara handledare i implementering av modellen

5.2. Aktiviteter

5.2.1. Projektledningsmöten

En av projektledningens uppgifter var att *”samordna implementering av TryggVE-modellen”*. Projektledningsmötena blev därför centrala i projektet.

I början bedrevs arbetet endast i Sjuhäradsområdet och då träffades projektledningen varje eller varannan vecka för att bygga upp nätverken av kontaktpersoner, gemensam planering av utbildningar i bedömningsinstrument och för att formulera gemensamma riktlinjer, manualer och rutiner.

När projektet utvidgades till hela Södra Älvsborg bildades två projektledningsgrupper eftersom arbetet kommit olika långt. Projektledningsgrupperna hade möten var för sig och även gemensamma möten då de arbetade med projektplaner, aktivitetsplaner och riskanalyser. Projektledaren deltog vid samtliga möten. Från och med 2012 hölls enbart gemensamma projektledningsmöten, en halvdag varannan vecka.

5.2.2. Konkretisering av uppdraget

Eftersom det tidigt i projektet uppstod behov av gemensamma riktlinjer arbetades det fram en övergripande riktlinje och en manual där vårdgivarnas och de olika professionernas ansvar tydliggjordes. Dessa dokument skrevs av projektledningen vid projektledningsmötena och godkändes därefter av styrgruppen. Dokumenten fick legitimitet genom att de fastställdes gemensamt för vårdgivarna och åskådliggjorde samtidigt projektledningens uppdrag att *”formulera och konkretisera arbetsätt”*.

Varje verksamhet fick därefter komplettera manualen med lokala rutiner som togs fram av kontaktpersonerna i deras egna arbetsgrupper. Lokal anpassning krävdes eftersom det fanns olika rutiner för kommunikation och dokumentation såväl inom den egna verksamheten som mellan vårdgivare. På nätverksträffarna med kontaktpersonerna diskuterades olika frågeställningar som var aktuella för att kunna implementera TryggVE-modellen. Förutom dokumenten har det också tagits fram informationsmaterial om projektet till patienter, verksamheter och professioner.

5.2.3. Förankringsprocess

Ett mycket stort arbete har lagts ner på att informera och att föra ut tankarna i modellen, speciellt kring det strukturerade och målmedvetna arbetet som krävs. I den här förankringen märktes att ett effektivt sätt att inte följa rutiner och överenskommelser är att lyfta fram brist på information eller *”att så här gör vi redan”* trots att man kan se att så inte är fallet.

Förankringen har skett på alla nivåer och både i formella och informella sammanhang.

Inom Närvårdssamverkan har projektledningen haft hjälp av närvårdskansliet att nå ut till delregionalt politiskt samrådsorgan, styrgrupp Närvård och kommunernas olika ledningsgrupper i Närvårdssamverkan.

Under projektets första år fanns också en referensgrupp, vars medlemmar hade viktiga nätverk. Det fanns även en referensgrupp för arbetsterapi och sjukgymnastik.

I linjeorganisationerna har projektledningen deltagit på ledningsgruppsmöten, arbetsplatsträffar, avdelningsmöten, yrkesgruppsmöten, MAS/MAR möten (MAS – Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska, MAR – Medicinskt Ansvarig Rehabilitering). På det lokala planet har kontaktpersonernas arbetsgrupper varit centrala för att föra ut budskapet.

En speciell satsning gjordes under 2012 att även involvera de privata vårdcentralerna i arbetet enligt modellen. Informationsträffar genomfördes på samtliga vårdcentraler, där ersättning utbetalades till vårdcentralerna för förlorad arbetstid.

Under projekttiden har detta inte bidragit till att några patienter inrapporterats från privat drivna vårdcentraler.

Information har också lämnats till pensionärsorganisationer och pensionärsråd.

5.2.4. Informationsspridning

Förutom den muntliga förankringen som beskrivits ovan har broschyrer tagits fram riktade till personal, patienter och anhöriga.

Regelbundna nyhetsbrev har getts ut och en kontinuerligt uppdaterad hemsida har skapats.

Posters och roll-ups om TryggVE-modellen har använts vid presentationer, utbildningar och konferenser.

TryggVE-arbetet har också belysts i en film om olika äldresatsningar, som producerats av Borås Stad. (6)

5.2.5. Nätverksarbete

Kontaktpersonernas nätverksträffar, som letts av delprojektledarna, har under hela projekttiden tillsammans med projektledningsmötena varit navet i arbetet. På nätverksträffarna har olika frågeställningar diskuterats som rör verksamheternas implementering av TryggVE-modellen.

Det har varit ett forum för att

- få information från verksamheterna och ge information från projektledningen
- diskutera patientfall och förmedla goda exempel
- ta upp svårigheter
- gå igenom rutiner, riktlinjer, manualer, resultat
- öka förståelsen för varandras arbete

I en enkät, som genomfördes våren 2013 till kontaktpersonerna, framkom att de upplevde nätverksträffarna som mycket givande. (7)

5.2.6. Utbildningar

Det stod tidigt klart i projektet att det skulle behöva genomföras en rad utbildningar för att få modellen accepterad och införd. För många handlade det om att bli mer bekväma med att arbeta strukturerat och att använda bedömningsinstrument. Här märktes en skillnad mellan olika yrkesgrupper där rehabiliteringspersonal var mer van att arbeta med olika bedömningsinstrument. En del av utbildningsarbetet var att öka förståelsen för att ändra från ett automatiserat till ett mer medvetet sätt att bedöma patienters behov enligt TryggVE-modellen. Det innebar också att ändra från "så gör vi redan" till att förstå vilka specifika behov just den här gruppen multisjuka, "sköra" äldre har, exempelvis behovet av enkel, konkret information.

En annan del handlade om att lära sig de olika bedömningsinstrumenten och arbetssätten som finns i modellen. Utbildningar har därför getts i psykisk hälsa, inklusive AUDIT för riskbruk av alkohol, HAD för ångest och depression och MMT/MMSE-SR för minnessvårigheter. Inom läkemedelsområdet har utbildningar i konceptet "LÄR UT" genomförts. I "LÄR UT" används bland annat symtomskattningar för att inventera symtom och problem som kan vara läkemedelsrelaterade. Andra utbildningar som genomförts har varit inom hemrehabilitering, prevention, nutrition med MNA och mer övergripande föreläsningar kring äldrevård. Vid utvärderingar av dessa utbildningar har de visat sig fylla ett stort behov och varit mycket uppskattade. En glädjande faktor som framkommit är att man ansett sig kunna få direkt användning av kunskaperna i sitt dagliga arbete.

5.2.7. Stödande verksamhet till linjeorganisationerna

För att underlätta i det praktiska patientarbetet har projektet tillhandahållit bedömningsinstrument, kylskåpsmagneter för kontaktuppgifter, patient-, personal- och allmänna informationsbroschyrer, introduktion till kontaktpersonerna, information till kontaktpersonernas chefer, flödes-beskrivningar, hemsida med bland annat svar på vanliga frågor.

Ansvar att använda bedömningsinstrumenten och genomföra de åtgärder som dessa påvisade, låg på varje linjeorganisation.

I arbetet med TryggVE-modellen har projektledningen försökt påverka så att journal- och informationssystem anpassats till de behov den här patientgruppen har och att det i dessa system även finns information om att patienten är en "TryggVE".

5.2.8. Intern uppföljning

Projektet hade som målsättning att följa i vilken utsträckning modellen gick att införa i Södra Älvsborg och projektledningen hade uppdraget att "ta fram beskrivande mått i modellen samt delta i utvärdering och uppföljning". Vårdgivarnas olika journalsystem gjorde att det inte på ett enkelt sätt gick att ta fram TryggVE-information. För att erhålla och sammanställa statistik om de patienter som omfattades av TryggVE-modellen skapades en inrapporteringsblankett som fylldes i av kommunerna och av primärvården. Här finns i första hand bakgrundsmaterial kring TryggVE-patienterna och vilka bedömningsinstrument som använts.

Sjukhusen hämtade uppgifterna direkt ur journalsystemet.

Arbetet genomfördes utifrån de lokala rutinerna kring hur man skulle arbeta med TryggVE-patienterna och personalen fyllde i inrapporteringsunderlagen som skickades till delprojektledarna. Till sist gjordes gemensamma sammanställningar.

Uppföljning av TryggVE implementeringen gjordes under början av 2013, bland annat genom enkät till kontaktpersonerna.

5.2.9. Extern utvärdering

FoU Sjuhärad Vårld har haft uppdraget att genomföra den externa utvärderingen.

Den externa utvärderingen orienterades mot projektets betydelse för patienter och anhöriga och skulle genomföras med såväl en formativ som en summativ ansats. Den formativa ansatsen innebar att underhandsresultat från utvärderingen återfördes till projektledning och styrgrupp med syfte att leda till fortsatt utveckling av TryggVE under tiden projektet pågick. Den summativa ansatsen skulle bedöma resultatet av satsningen på TryggVE-modellen. Utvärderingen skulle ske genom sju olika delstudier; fem främst inriktade mot projektnivån och två mot patienter och anhöriga.

En första delrapport kom i december 2012 – ”Utvärdering av TryggVE” och en slutrapport kommer att lämnas under hösten 2013 (8)

5.2.10. Samverkan med övriga äldresatsningar

De flesta äldresatsningarna har införts efter att TryggVE-projektet startade och har påverkat projektet, både positivt och negativt. (9)

Den största fördelen är satsningen på äldre i sig och att området därigenom lyfts fram. Flera av områdena i TryggVE-modellen finns i satsningarna, till exempel Senior Alert och läkemedel. Detta har inneburit att personal som arbetat enligt TryggVE kunnat ta del av utbildningar inom dessa områden.

Ibland har de olika satsningarna upplevts som splittrande och införandet av prestationsersättningar har förändrat spelreglerna till nackdel för exempelvis arbete enligt TryggVE-modellen. Verksamheter har gjort prioriteringar utifrån olika agendor. Samtidigt med de statliga satsningarna har det funnits regionala initiativ bland annat i ”Regional handlingsplan 2012-2014 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre” och även mer lokala satsningar på egna områden har skett. (10)

Ett exempel på detta är pilotverksamhet med Aktiv hälsostyrning som startade april 2012 på Alingsås lasarett. Patienter som besökt akutmottagningen ett flertal gånger senaste halvåret, får en kontaktsjuksköterska som stödjer patienten i att samordna sina vårdkontakter.

I arbetet har samarbete förekommit med Sjuhärads kommunalförbund och utvecklingsledaren inom ”Evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten” och äldrepsykiatriska teamet, för att nämna några.

5.2.11. Påverkansaktiviteter

Många av personerna som varit engagerade i TryggVE-projektet har lagt ner mycket tid på att påverka utvecklingen i en riktning som utgår från tankarna i modellen.

Några exempel:

- vid skapande av närvårdsorganisation, säkerställa strukturer som långsiktigt kan utveckla äldre frågor
- i utvecklingen av IT-stödet KLARA SVPL och olika verksamheters journalsystem beakta äldreområdets specifika behov
- delta i framtagandet av Regional handlingsplanen för äldre
- lyfta fram psykisk hälsa- och rehabiliteringsperspektiven

5.2.12. Informationsinhämtande

TryggVE är en modell som skapades utifrån tidigare kända och beprövade arbetsmetoder. Från början fanns en rad olika förslag som efterhand bantades ner till de sex områdena. I denna process ingick litteratursökning, studiebesök etc. Som en naturlig del i projektet har deltagande i utbildningar, konferenser och utbyte av erfarenheter med andra verksamheter förekommit.

6. Förändringar under projekttiden?

6.1. Linjeorganisationernas förändringar

I Södra Älvsborg har under projektperioden stora förändringar skett i många av de ingående verksamheterna.

Primärvården

Vårdvalet inom primärvården, att patienten fritt kan välja vårdgivare och att ersättningen följer den enskildes val av utförare, har inneburit nya förutsättningar för vårdcentralernas arbete. Krav- och kvalitetsregler ska uppfyllas och mer av prestationsersättningar har införts. Ett antal nya, privat drivna, vårdcentraler har etablerats, vilket skapat ökad konkurrens. För primärvården har antagligen detta inneburit den största förändringen sedan strukturen med vårdcentraler började byggas upp.

Kommunerna

I många av kommunerna har genomgripande organisationsförändringar genomförts under 2010-2013. Till exempel i Borås Stad har tio kommundelar ersatts av tre stadsdelsförvaltningar och i flera kommuner har ledningsgrupper bytts ut. Det innebär i flera fall en ny ansvarsfördelning till exempel av äldrefrågor och att nya personer ska sätta sig in i arbetet.

Sjukhus

SÄS har genomfört flera kliniksammanslagningar och ändrade uppdrag under projekttiden. Det som haft störst inverkan är att NärÄldreVårdsAvdelning (NÄVA), en specialiserad äldrevårdsavdelning, lades ned.

InTagningsVårdAvdelning (ITVA80+), en avdelning på Alingsås lasarett för patienter över 75 år som inte var i behov av Medicinklinikens eller Kirurg/Ortopedklinikens specifika resurser, stängdes av besparingsskäl februari 2012.

Patientgruppen finns idag på samtliga vårdenheter, vilket får konsekvenser genom att det är svårt att bedriva utvecklingsarbete för denna grupp och få en geriatrisk kompetens i hela teamet runt patienten.

6.2. Samverkansformernas förändringar

Som tidigare beskrivits har under projekttiden vårdsamverkansorganisationen också förändrats i Södra Älvsborg, från två organisationer till en, med nya former för samverkan och i många fall också nya personer. Till exempel har TryggVE-projektet haft tre olika styrgrupper under de här tre åren.

6.3. Förändringar i ekonomiska styrsystem

Försöksverksamheterna beviljades medel enligt systemet med ett anslag. Därefter, i de statliga satsningarna, har pengar betalats ut efter prestation, till exempel kvalitetsregistren. Liknande förändring skedde också i och med vårdvalet, där man kan få mer pengar om man utför vissa åtaganden, till exempel hembesök.

7. Mätbara resultat

7.1. Beskrivning på individnivå

Projektet hade en ambition att följa patienterna på individnivå och därigenom kunna se flöden. Med den tid och de resurser som stod till förfogande, i kombination med de förändringar som skedde, visade att detta inte var möjligt.

7.2. Beskrivande data - utbildningar – nätverk - information

”Stornätverk” där kontaktpersonerna från kommun, primärvård och sjukhus träffats, har skett vid 8 tillfällen i Sjuhäradområdet och 7 gånger i MittenÄlvsborg.

<u>Nätverksträffar för kontaktpersoner</u>		<u>Informationsmöten</u>	
Primärvård Sjuhärad	18	PV MittenÄlvsborg offentliga VC	8
Primärvård Mitten Älvsborg	10	Primärvård Sjuhärad offentliga VC	36
Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS)	24	Primärvård privata vårdcentraler	11
Alingsås lasarett	10	Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS)	50
Kommun MittenÄlvsborg	11	Alingsås lasarett	8
Kommun Sjuhärad	20	Kommun MittenÄlvsborg	11
		Kommun Sjuhärad	36
		Övriga möten	70

Projektledningen har haft ett hundratal möten.

Information vid större konferenser och till SKL har skett vid tolv tillfällen.

Utbildningar har hållits vid 23 tillfällen, både i Borås och Alingsås. Målgruppen har varit kontaktpersonerna och personer som aktivt arbetar med målgruppen, sjuksköterskor, biståndshandläggare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

7.3. TryggVE-patienter 2010 - 2012

För primärvården och kommunerna användes inrapporteringsunderlag för att rapportera in data kring TryggVE-patienterna. Dessa inrapporteringar skedde vid tre tillfällen under 2012 och gav 1170 inrapporteringsunderlag från 666 TryggVE-patienter.

Data från SÄS togs fram från journalsystem.

Från dessa inrapporteringar framkom följande data:

Antal

TryggVE-patienter som var omhändertagna enligt modellen

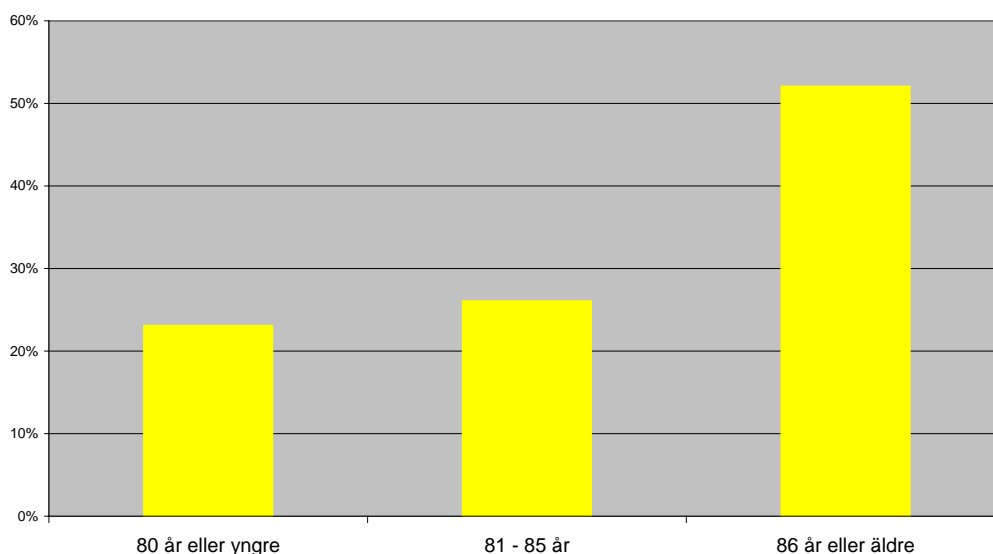
	PV+Kommun	SÄS	Alingsås las.
2010	160	823	
2011	256	884	
2012	666	1104	52

Primärvårdens och kommunernas 666 st TryggVE-patienter 2012

Kommuner	
Borås stad	183 st
Mark,Ulricehamn,Svenljunga,Tranemo,Bollebygd,Herrljunga	187 st
Lerum,Alingsås,Vårgårda	28 st
	398 st
Primärvård (offentlig)	
Vårdcentraler i Borås och Bollebygd	134 st
Vårdcentraler i Ulricehamn, Mark, Svenljunga och Tranemo	110 st
Vårdcentraler i Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga	24 st
	268 st

Under 2012 genomfördes inrapportering för tre perioder (jan-april, maj-augusti, september-december) och från samtliga verksamheter visar resultaten att ökningen av antalet TryggVE-patienter var störst under sista inrapporteringsperioden.

Åldersfördelning på 666 TryggVE-patienter inom kommuner och primärvård



Identifierad som TryggVE-patient

Av de 666 TryggVE-patienterna blev 48 identifierade i kommun, 224 i primärvård och 394 på sjukhus. Inrapporteringen skedde ofta av annan verksamhet än den som identifierat personen som TryggVE.

Sammanställning av följande frågor besvarade av kommun och primärvård.

Hur många av de 666 TryggVE-patienterna hade:

- en namngiven läkare (PAL), namngiven sjuksköterska (PAS)
- kontakt med arbetsterapeut respektive sjukgymnast
- insatser enligt Socialtjänstlagen (SOL) t.ex. hemtjänst, trygghetslarm
- erhållit en samordnad vårdplanering i samband med utskrivning från slutenvård till öppen vård eller vårdplanering mellan primärvård (PV) och kommun
- fått information vart han/hon kan vända sig
- blivit kontaktad av vårdpersonal inom 48 timmar efter byte av vårdgivare

	Totalt (andel)	Kommunerna (andel)	Primärvård (andel)
Samordnad vårdplanering	54%	73%	25%
Namngiven PAL	80%	80%	76%
Namngiven PAS	94%	98%	87%
Kontakt arbetsterapeut	69%	89%	38%
Kontakt sjukgymnast	63%	88%	24%
Insats enligt SOL		89%	Uppgift saknas

Som exempel:

- av det totala antalet TryggVE-patienter (666 st) fick 54 % en samordnad vårdplanering utförd, 80 % hade en namngiven PAL
- Av kommunernas 398 TryggVE-patienter fick 73 % en samordnad vårdplanering utförd etc.
- Av primärvårdens 268 TryggVE-patienter fick 25 % en samordnad vårdplanering utförd etc.

I jämförelse med primärvården hade en betydligt större andel av patienterna i kommunerna kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast. Framför allt inrapporterade vårdcentraler i Borås- Bollebygd, få kontakter mellan TryggVE-patienter och sjukgymnast.

Informerad om vart man kan vända sig	ja	nej	uppgift saknas
Av 42 identifierade i kommun	88% (37 st)	2% (1 st)	10% (4 st)
Av 200 identifierade i primärvård	94% (188 st)	4% (7 st)	3% (5 st)
Av 368 identifierade på sjukhus	58% (212)	2% (6 st)	41% (150 st)

Uppgifterna inrapporterade från kommun eller primärvård. (De 368 identifierade på sjukhus fanns vid inrapporteringen antingen i kommun eller i primärvård)

Kontaktad inom 48 tim efter utskrivning från SÄS	ja	nej	uppgift saknas
Av 57 utskrivna till primärvård	56% (32 st)	25 % (14 st)	19% (57 st)
Av 311 utskrivna till kommun	52% (161 st)	1% (2 st)	48% (148 st)

Könsfördelning

	Primärvård	Kommun	SÄS	Alingsås las.
Man	33%	40%	40%	30%
Kvinna	67%	60%	60%	70%

Trygghet

Upplevelse av trygghet, bedömd med Visuell Analog Skala (VAS)*, bygger på 1170 inrapporteringar från primärvård och kommun under 2012.

I 67 % av dessa inrapporteringar hade bedömning av trygghet utförts.

* (10 gradig skala där 10 anger högsta möjliga trygghet)

	Trygghet	Trygghet
	Här och Nu	Normalt
Hela 2012	M=7.29	M=7.13
Mätperiod 1	M=7.84	M=7.81
Mätperiod 2	M=7.69	M=7.75
Mätperiod 3	M=6.84	M=6.59

Ingen statistisk skillnad på 5 % nivå (t-test av beroende stickprov) mellan hur man upplever trygghet "Här och Nu", när man tillfrågas respektive "Normalt", hur man upplever sin trygghet vanligtvis.

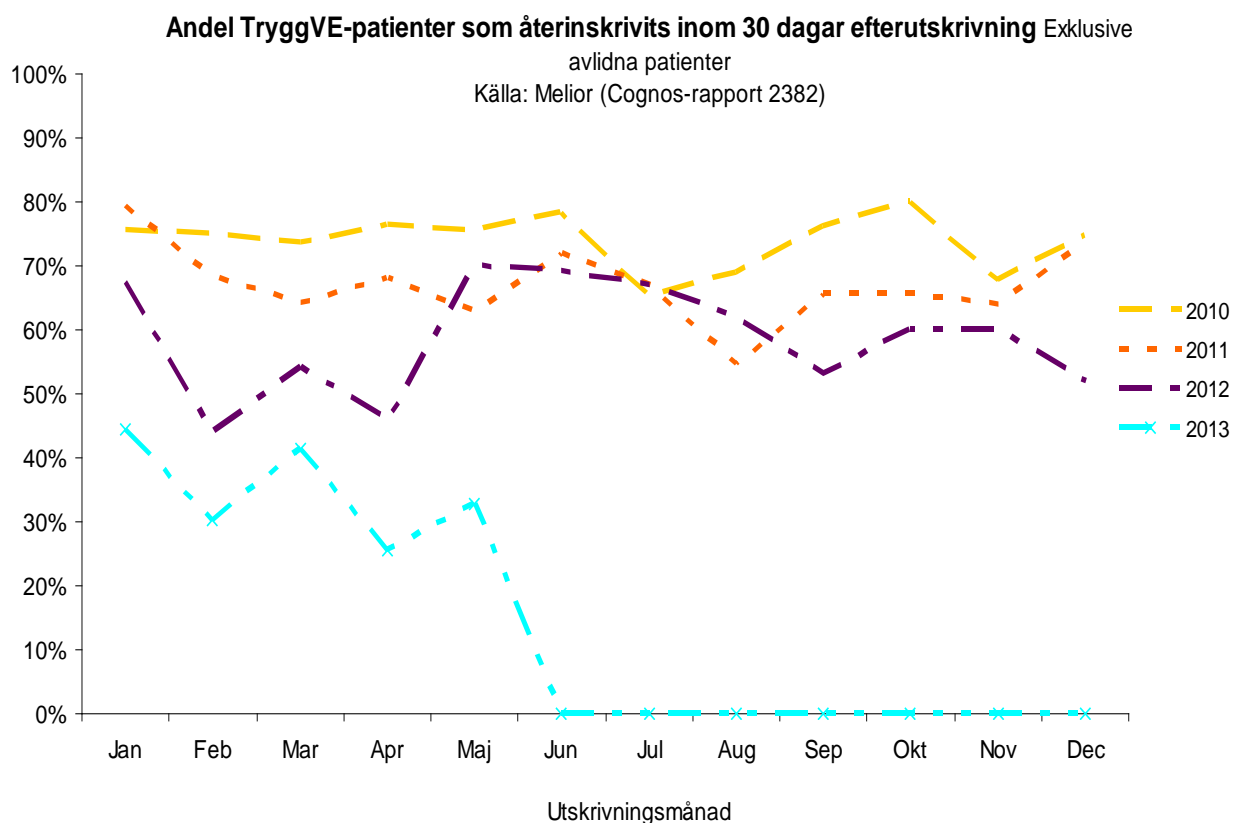
	Trygghet Här och Nu		
	Mätperiod 1	Mätperiod 2	Mätperiod 3
1 till 2*	M=8.17	M=8.05	
2 till 3		M=7.94	M=8.06
1 till 3	M=8.43		M=7.91
			p<.05

Mellan mätperiod 1 och 3 har tryggheten minskat både i upplevelsen "Här och Nu" och "Normalt" (t-test upprepade mätningar)
* Här ingår enbart de personer som förekom i både period 1 och 2, och som skattat trygghet båda gångerna.

	Trygghet Normalt		
	Mätperiod 1	Mätperiod 2	Mätperiod 3
1 till 2*	M=8.32	M=8.3	
2 till 3		M=8.05	M=7.93
1 till 3	M=8.48		M=7.93
			p<.03

Återinskrivningar inom 30 dagar i slutenvård vid SÄS.

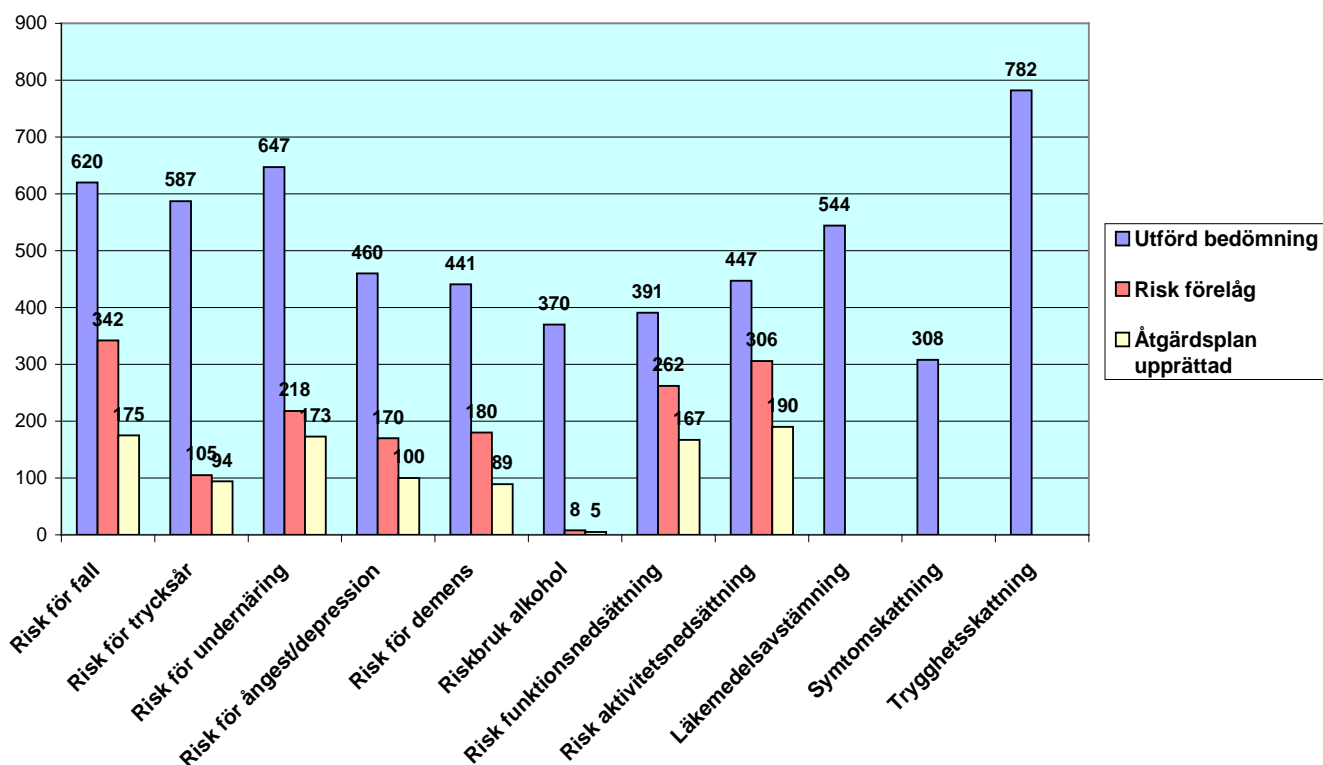
Diagrammet nedan avser återinskrivningar inom 30 dagar av TryggVE patienter identifierade på SÄS och är 679 (74 %) återinskrivna av 917 patienter år 2010, 714 (67 %) av 1059 patienter 2011, 829 (58 %) av 1422 patienter 2012 och 79 av 240 patienter jan.- april 2013. (Västra Götaland, Cognos. Regionalt analys- och rapportsystem)



För de 666 TryggVE-patienter som var aktuella under 2012, insamlades totalt 1170 inrapporteringsunderlag (under tre mätperioder). Av dessa 1170 inrapporteringsunderlag kom 714 från kommun och 456 från primärvård. Inrapporteringsunderlagen innehöll data angående bedömningar enligt tabell och diagram nedan.

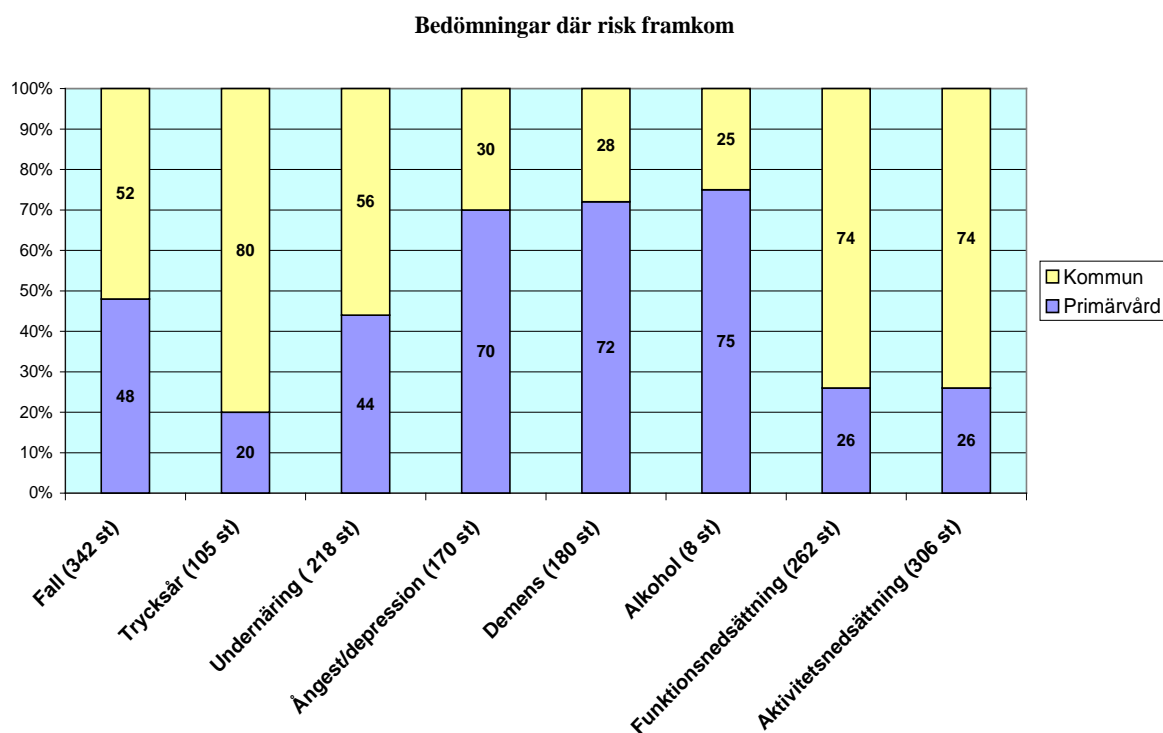
	bedömning	risk	åtgärdsplan	Upptäckt	Upptäckt
	gjord	förelåg	upprättad	Kommun	PV
Fallrisk	54%	55%	56%	52%	48%
Risk trycksår	52%	18%	90%	80%	20%
Risk för undernäring	57%	34%	80%	55%	45%
Risk ångest,depression	40%	37%	60%	30%	70%
Demens	38%	41%	50%	28%	72%
Riskbruk alkohol	32%	2%	60%	25%	75%
Funktionsbedömning	35%	67%	64%	74%	26%
Aktivitetsbedömning	39%	68%	62%	74%	26%
Läkemedelsavstämning	47%				
Symtomskattning	26%				
Trygghet	67%				

Resultat för 666 patienter via 1170 inrapporteringsunderlag



Som exempel visar figuren att 620 fallriskinrapporteringar gjorts i 1170 inrapporteringsunderlag, i 342 förelåg fallrisk hos patienten och i 175 fall upprättades en åtgärdsplan. När det gäller bedömning av riskbruk av alkohol utfördes bedömning i 370 fall, vid 8 av dessa förelåg det riskbruk av alkohol hos patienten och i 5 av dessa fall upprättades en åtgärdsplan. För områdena läkemedelsavstämning, symtomskattning och trygghet utfördes enbart bedömningar.

Procentuell fördelning över upptäckter av ”riskpatienter” mellan kommun och primärvård.



Figuren visar att av de 342 fall där man upptäckte att det förelåg fallrisk för patienten inrapporterades 52 % av upptäckterna från kommun och 48 % från primärvård.

När det gäller riskbruk av alkohol upptäcktes endast 8 fall, varav 25 % inrapporterades av kommun och 75 % av primärvård.

Under 2012 gjordes följande bedömningar på de 1104 TryggVE patienter som identifierats på SÄS

	Bedömning gjord	Risk förelåg
Fallrisk	31%	
Risk trycksår	30%	51%
Risk för undernäring	27%	79%
Risk ångest, depression	2%	
Riskbruk alkohol	3%	
Funktionsbedömning	70%	
Aktivitetsbedömning	62%	

Läkemedel

På SÄS har läkemedelsberättelser utförts för 85 % av TryggVE-patienterna, under 2012.

Vid en jämförelse mellan vårdcentralerna i Västra Götaland under 2012 var det endast fem stycken i Sjuhäradsområdet, som hade en förskrivning av ”olämpliga läkemedel till personer 65 år och äldre” högre än medelvärdet. Nitton stycken låg under medelvärdet. Förskrivningen av läkemedel med antikolinerga effekter var det åtta vårdcentraler som låg över och sexton vårdcentraler som låg under genomsnittet (Västra Götaland. *Cognos*. Regionalt analys- och rapportsystem).

7.4. Kommentarer till redovisade data

- Det är en stor dominans av TryggVE-patienter från Sjuhäradssområdet, över 90 %.
- TryggVE-patienterna har en hög ålder, drygt 50 % är över 86 år.
- könsfördelningen är den som ofta finns rapporterad med en dominans av kvinnor.
- De rapporterade TryggVE patienterna från SÄS bygger endast på multisjuka definitionen medan övriga verksamheter också har med multisyktande, varför resultaten redovisas var för sig.
- Det har inte varit möjligt att helt exakt få fram antalet nya TryggVE-patienter, eftersom uppgifter ibland saknats, men en relativt rimlig uppskattning ger följande data:

	PV+Kommun	SÄS	Alingsås las.
2010	0	823	0
2011	43	300	0
2012	272	500	52

- Utifrån antalet inrapporteringsunderlag verkar identifieringen av TryggVE patienter ha kommit igång mer intensivt under senare delen av 2012.
- Andelen TryggVE-patienter som återinskrivits inom 30 dagar, på SÄS, har stadigt minskat under hela projektiden. Jämför man de tre första månaderna 2010 med motsvarande period 2013 är det en minskning från ca 75 % till ca 40 % .

8. Kvalitativa resultat – erfarenheter

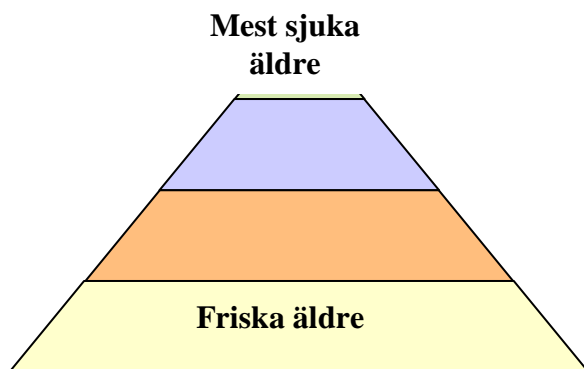
Utifrån de förändringar som tidigare beskrivits kom försöket att implementera TryggVE-modellen att ske i en helt annan kontext än som var planerat. Det blev därför tydligt att projektet har två delar, som naturligtvis är beroende av varandra. Dels själva TryggVE-modellen, ”Fungerar det strukturerade arbetssättet som modellen föreskriver” och dels implementeringen ”Hur gick det att implementera modellen?”.

Under projektets gång har det alltmer framkommit att det här arbetssättet har störst betydelse för patienter som inte är inskrivna på sjukhus eller bor på kommunernas särskilda boenden där personal finns tillgänglig. Samtidigt är det av central betydelse att alla tre parterna är med för att förmedla information.

8.1. Modellens relevans

Modellen föreskriver att personalen med rimlig säkerhet ska ha kunskap om den multisjukes behov inom de sex områdena. Har man inte det ska de olika ”verktygen” inom modellen användas för att öka kunskapen och därigenom kunna göra en bättre bedömning. Detta är det få som har ifrågasatt utan tyckt att det borde vara självklart.

Flera av faktorerna i modellen finns också i de statliga satsningarna till exempel läkemedelsområdet, att kontakta patienten vid övergång från sluten till öppenvård, risk för fall, trycksår och undernäring.



Syftet med modellen är att de mest sjuka äldre, toppen på pyramiden, ska få ett mer strukturerat omhändertagande. Ett uttalande som ofta framkommit är "så brukar vi göra". Erfarenheter under projektiden är att vad man då talar om är ett omhändertagande som kanske fungerar för de med mindre svårigheter men inte på ett säkert sätt för den här gruppen och att när beskrivningarna blir mer specifika så har man inte genomfört ett systematiskt bedömningsarbete.

8.2. Har modellen implementerats?

En av frågeställningarna var om modellen skulle gå att implementera i Södra Älvsborg. På den frågan kan man svara både ja och nej. TryggVE-patienter har identifierats och bedömningsinstrument har använts inom de flesta enheter som ingår i projektet. Frekvensen är dock mycket varierande. I flera områden är det först under senare delen av 2012 man kommit igång med arbetet enligt modellen. I redovisningarna från 2012 är de flesta av TryggVE-patienterna som redovisats från Sjuhäradområdet.

Förutsättningar finns för att använda modellen genom att det finns kontaktpersoner på alla enheter och att de har en lokal grupp som arbetar tillsammans. I dessa grupper har man arbetat fram lokala rutiner för arbetet. Många har deltagit i utbildningar i modellen och dess olika "verktyg". Nätverksträffarna har varit välbesökta speciellt i slutet av projektiden.

Vid de privat drivna vårdcentralerna har inte modellen etablerats, även om samtliga fått information om modellen vid minst två tillfällen och några även deltagit i utbildningarna. Man kan på goda grunder utgå ifrån att modellen eller delar av den använts betydligt mer än vad som inrapporterats. Dels därför att det medför ett extraarbete att fylla i inrapporteringsunderlagen och dels därför att vissa register medfört ersättning vid ifyllande, vilket inte TryggVE registreringarna gjort.

8.3. Har tryggheten för patienterna i projektet ökat?

I första hand är detta en fråga för den externa utvärderingen men eftersom projektet haft så många kontakter med multisjuka äldre finns naturligtvis tankar kring detta.

Det mest rimliga svaret blir nej eller "det vet vi inte". Anledningarna till detta är flera, bland annat är trygghet svårt att mäta på ett bra sätt. VAS skalan har använts utifrån ett trygghetskontinuum. Patienterna har tillfrågats men har haft svårt för att svara. Situationen man befinner sig i och vem som frågar påverkar mycket starkt hur man svarar.

Det finns indikationer på:

- att patienterna upplever en större trygghet i den situation de tillfrågas än de gör i allmänhet
- att tryggheten minskar ju längre tid man lever med en skör livssituation (den enda säkerställda förändringen i vårt material är mellan första och sista mätperioden 2012, då tryggheten minskat)

För TryggVE-patienterna inom hemsjukvården har kanske trygghetsinsatserna i modellen inte påtagligt förändrat eller påverkat omhändertagandet från det vanliga, eftersom man då redan har en samordnande vårdkontakt.

8.4. Har journalföring och informationsöverföring påverkats?

Inom de flesta enheter har en speciell uppmärkning av journalen med TryggVE genomförts, för att på ett tydligt sätt markera att detta är en multisjuk/multisviktande patient och att det kan finnas speciell information. Vissa enheter har också lagt upp speciella mallar och sökord. Vad beträffar informationsöverföringen arbetas det hela tiden med utveckling av patient-informationssystemet KLARA SVPL där ny upphandling pågår. Systemet är gemensamt för hela Västra Götalandsregionen. Det finns två frågor som vi i Södra Älvsborg arbetat vidare med under början av 2013. Dels varför runt 60 % av alla avvikelser i vårdsamverkan handlar om informationsöverföring och dels varför så många skrivs hem från slutenvården utan vårdplanering trots KLARA SVPL. Delprojektledare deltar i detta arbete.

8.5. Ger TryggVE-modellen en heltäckande och sammanhållen bild av patientens situation?

Modellen har hjälpt till att komma ytterligare en bit på väg att nå målet om en heltäckande och sammanhållen bild av patientens situation, men långt ifrån ända fram. Följsamheten till modellen är inte tillräckligt hög, information överförs inte i tillräcklig utsträckning mellan vårdgivare och så länge vi inte har fungerande individuella vård och behandlingsplaner som följer med i vårdkedjan kommer patientens vård och omsorg ha brister av varierande karaktär. Modellen är i sig inte heltäckande. Ett par exempel är munhälsan och det sociala perspektivet som behöver lyftas fram tydligare.

8.6. Har ett särskilt omhändertagande av patientgruppen skett?

För det första kan vi konstatera att den här patientgruppen i många fall får ett särskilt omhändertagande utifrån sin komplexa problematik, oberoende av TryggVE-modellen. Samtidigt ser vi alltför ofta att det saknas ett systematiskt och strukturerat arbetssätt, vilket innebär att behov inte uppmärksammas och därmed inte åtgärdas.

De mätningar som vi kontinuerligt genomfört visar att det för de allra flesta TryggVE-patienterna finns en kontaktperson, oftast patientansvarig sjuksköterska (PAS). För primärvårdens del är det denna person som i ökad utsträckning gjort hembesök.

Möjlighet till direktinläggning har funnits men inte kommit att användas. De flesta av TryggVE-patienterna blir kontaktade inom 48 timmar efter utskrivning från slutenvården, något som visat sig positivt.

Den enkla åtgärden med en kylskåpsmagnet, där kontaktuppgifter finns till kontaktpersonen, har för vissa varit till god nytta.

8.7. Har återinskrivningar vid sjukhus inom 30 dagar minskat?

Vid SÄS har återinskrivningar av TryggVE-patienter hela tiden minskat under projekttiden.

8.8. Andra konsekvenser av TryggVE-projektet

Exempel på andra konsekvenser av TryggVE-projektet:

- brister har tydliggjorts i vårdplanering, informationsöverföring, tillgänglighet och i kompetens
- behovet av rehabilitering och att utveckla området psykisk hälsa för målgruppen har tydliggjorts
- tydliggjort behovet av kontakt mellan primärvården och biståndshandläggare
- bättre kommunikation över yrkesgränserna

- i teamet lär man av varandra och tar tillvara den samlade reella kompetensen och kan se den gemensamma helheten
- en ökad samverkan mellan rehabiliteringspersonal och sjuksköterskor på vårdcentralerna
- personalen har blivit mer förtrogen med att använda bedömningsinstrument och samtala med patienten om psykiska besvär

9. Att lära av misstagen

Även om många, som arbetat med TryggVE-modellen haft lång erfarenhet av att arbeta med projekt och arbeta i ledande befattningar var det svårt att förutse och hantera alla de förändringar som skedde.

Här följer ett antal av de iakttagelser och erfarenheter som framkommit under projekttiden:

- Finns motiverad, drivande, engagerad kontaktperson på en arbetsplats, så underlättar detta arbetet oerhört. Detta innebär att det är mycket enklare att till exempel implementera en modell i ett begränsat område där man hittar dessa personer. När man ska genomföra det i ett större område, där man kanske inte på samma sätt varit delaktig i framtagandet av arbetssättet, blir ”trögheten” mycket större.
- Inställningen hos första linjens chefer blir, utifrån ovanstående resonemang, också mycket avgörande. Efterfrågar dessa chefer resultat och bekräftar personalens arbete med till exempel TryggVE-modellen kommer det kraftigt att öka sannolikheten för ett bra arbete.
- Av de högsta cheferna krävs lojalitet till de beslut som tagits, så att man inte har en egen agenda med andra punkter som prioriteras.
- Införandet av ekonomiska incitament, till exempel för registerifyllande, eller som i primärvårdens vårdvalsmodell, förändrade spelreglerna för implementeringen av TryggVE-modellen. Det blev mer ekonomiskt värdefullt att registrera i dessa register än i inrapporteringsunderlagen. I många fall innebar detta en dubbel registrering.
- Svårigheter att få fram data på grund av byte av system, olika sökord i olika system och data som aldrig registrerats eftersom man inte följt rutiner eller på grund av tidsbrist.
- Svårigheter att få delaktighet i utvärdering från personer i målgruppen. Ofta är dessa personer tacksamma för vad de får. Det bygger mycket på den relation de har till sin kontaktperson och att de inte vill ha för många andra som kommer och frågar.
- Det borde redan från början ha ingått biståndshandläggare och statistiker i projektet. En kommunikatör kunde ha underlättat arbetet i de större organisationerna.
- Framförallt i uppstarten hade det varit en stor fördel om enheterna hade erhållit ekonomisk ersättning för kontaktpersonernas arbetstid, så att de på ett tydligare sätt kunnat frigöras för TryggVE-arbetet.
- För att komma igång med att hitta TryggVE-patienter har sjukhusens identifiering från början varit betydelsefull. I och med att Alingsås lasarett inte identifierade några de första åren, påverkade detta arbetet i området.
- På grund av en rad olika orsaker kom projektet igång vid olika tidpunkter och på olika sätt i Sjuhärad respektive MittenÄlvsborg, vilket försvårat implementeringen. Förankringsarbetet kom också att se olika ut i de två områdena. En hel del beroende på graden av följsamhet till beslutet att i Södra Älvsborg arbeta över vårdgivargränser med TryggVE-projektet som ett av Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) nitton försöksverksamheter i satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre”.

10. Förutsättningar för fortlevnad och spridning

10.1. Möjligheter till fortlevnad

När det gäller TryggVE-modellen så består den av en rad olika interventioner och många av dessa går i linje med och påverkas positivt av andra handlingsplaner, satsningar, riktlinjer och avtal, som kommit de senaste åren. Detta innebär att stora delar av modellen därigenom har goda möjligheter att leva vidare.

En stor tillgång som projektet just nu har är nätverket av kontaktpersoner och ledningsgruppen för TryggVE försöker nu i slutet av projektet att få stöd för att nätverket ska få fortsätta och också att en person får i uppdrag att hålla samman gruppen. Detta skulle skapa bra förutsättningar för att TryggVE kan leva kvar men även att övriga satsningar för multisjuka äldre i Södra Älvsborg kan bedrivas på ett bra sätt.

En annan viktig faktor är att det bildats arbetsgrupper för gruppen multisjuka äldre i alla kommuner, med deltagare från de tre huvudmännen, där arbetet kan förankras på det lokala planet.

Många av personerna som arbetar med TryggVE-modellen är väl förankrade både i närvård och i linjeorganisationerna.

Vid förfrågan till verksamhetschefer inom de offentligt drivna vårdcentralerna tycker flertalet att satsningen varit mycket god eller god och många kommer att fortsätta med denna struktur även i framtiden.

10.2.Revidering av TryggVE-modellen

Under projektets gång har erfarenheter kring modellen gjorts. Det viktigaste för framtiden är att integrera både regionala och nationella utvecklingsområden t.ex. munhälsa, suicidrisk, så att arbetet med multisjuka äldre kan upplevas som en helhet.

Områdena psykisk hälsa och rehabiliteringsperspektivet har upplevts viktiga och skulle ytterligare behöva utvecklas.

En annan erfarenhet som erhållits är att modellen i vissa fall är för medicinsk och att det sociala perspektivet skulle behöva poängteras mera.

Även biståndshandläggarens roll skulle behöva lyftas fram mer.

I vissa avseenden kan modellen förenklas t.ex. att för riskbedömning gällande alkohol använda AUDIT-C i ett första skede och för depressionsområdet använda Geriatric Depression Scale (GDS) istället för HAD.

10.3. Risker för att arbetssättet avtar

Risker finns inom en rad områden och ser olika ut i olika organisationer:

- att vårdvalssystem premierar andra patientgrupper
- att verksamheterna upplever det som splittrande med alla olika satsningar och det administrativa arbetet övertar helhetsbedömningen av patienten
- att nya journal- och informationssystem inte i tillräcklig grad beaktar den här patientgruppens behov
- att enheter hellre vill prioritera något eget, som man själv utvecklat än ingå i något gemensamt
- arbetsterapi och sjukgymnastik står inför ett Vårdval, vilket kan påverka arbetet med de äldre.

11. Slutord från projektet

TryggVE-modellen växte fram utifrån förhoppningen att vad de tre huvudmännen gemensamt ser och upptäcker av patientens behov är mer än vad var och en får fram.

På detta sätt skulle en bättre och mer samlad bild av patientens behov framkomma.

Vad vi nu kan konstatera några år senare är att vi kommit en bit på väg men att det finns mer kvar att göra. Fortfarande är följsamheten inte tillräckligt hög, modellen behöver integrera andra äldresatsningar så att alla bra insatser som görs, upplevs som en helhet. Modellen anger ett systematiskt och strukturerat arbetssätt inom ett antal centrala områden, där vi börjar med några enkla, grundläggande frågor för att sedan gå vidare om behov föreligger.

För det första ska vi försäkra oss om att patienten vet vart den ska vända sig vid frågor, mer information etc. och att vi vid byte av vårdgivare ska kontakta patienten för uppföljning antingen via hembesök eller via telefon. Beträffande TryggVE-patienterna verkar detta fungera.

För det andra ska vi vid möte med äldre patienter ta ställning till om detta kan vara en multiviktande person med en skör livssituation. I detta ställningsstagande ska vi med rimlig säkerhet kunna beskriva patientens situation vad beträffar läkemedel, aktivitets- och funktionsnivå, psykisk hälsa, social situation och risk för fall, trycksår, nutritionsbrister och munhälsa. Har vi inte tillräcklig kunskap ska vi gå vidare med till exempel bedömningsinstrument. Glädjande är att så många som arbetat enligt modellen tycker att den är bra och att den har ett tydligt patientperspektiv.

Utifrån erfarenhet och annan statistik kan konstateras att risktalen i vissa fall borde ligga högre, vilket föranleder följande reflektion. *”Är det så att vi hos äldre ser det som en del av det naturliga åldrandet att ha vissa besvär och därför inte uppmärksammar dem tillräckligt och därmed inte erbjuder åtgärder”*.

Modellen skapades i en annan kontext, t.ex. innan vårdval och kvalitetsregister, vilket kraftigt påverkat och i vissa fall försvårat införandet.

För TryggVE-arbetet har det bland annat inneburit dubbelregistreringar, vilket gjort att många TryggVE-patienter antagligen aldrig inrapporterats till oss utan man har nöjt sig med dokumentation i journal och i något register. Ofullständigt ifyllda inrapporteringsunderlag har inneburit att resultaten ibland måste betraktas som osäkra. Att vi trots allt fått in över tusen inrapporteringsunderlag, utan prestationsersättning, kan ses som positivt.

I den här typen av projekt, där det är linjeorganisationernas ansvar att verkställa åtgärderna som modellen visar på att patienten behöver, finns det ett inneboende problem eftersom den välgrundade frågan är *”Vad gör det för skillnad för patienten?”*

Modellen har inget svar på detta utan beskriver en struktur för att få ett bra underlag till åtgärder. Förhoppningsvis kan den externa utvärderingen ge svar på frågan.

Den upplevda tryggheten, mätt med VAS-skalan, har inte kunnat ökas genom TryggVE-arbetet för dessa multisyjuka eller multiviktande patienter. Samtidigt har det framkommit att det har varit svårt för patienterna att svara på frågorna.

Återinskrivningar av TryggVE-patienter i slutenvård inom 30 dagar har stadigt sjunkit under projekttiden

Vi kan på goda grunder säga att modellen är känd och att den inom vissa verksamheter och geografiska områden blivit ett användbart redskap medan den på andra ställen inte är tillräckligt använd för att kännas naturlig. En generell kunskapshöjning inom äldreområdet har skett och fler har börjat använda ett strukturerat arbetssätt med bedömningsinstrument. Med vissa tillägg, till exempel munhälsa, sociala faktorer, verkar modellen kartlägga viktiga hälsoproblem.

Den 25 september kommer vi därför att i Södra Älvsborg fira TryggVE's namnsdag med en konferens kring vad som görs och skall göras för multisyjuka och multiviktande äldre.

Referenser

1. Södra Älvsborg Närvårdssamverkan, 2011. *TryggVE*. [Online]
Available at: <http://tryggve.vgr.se/sv/Narvardssamverkan-sodra-alvsborg1/Toppmeny/var-verksamhet/Utvecklingsrad/Aldre-multisjuka-multisviktande/projekt-TryggVE/>
[Använd 8 maj 2013].
2. KLARA SVPL, 2013. <http://narvardssamverkan-sodra-alvsborg.vgregion.se/sv/Narvardssamverkan-sodra-alvsborg1/Toppmeny/var-verksamhet/Referensrad1/Samordnad-var-d-och-omsorgsplanering-/>
[Använd 8 maj 2013].
3. Södra Älvsborg, Närvårdssamverkan, 2013. <http://narvardssamverkan-sodra-alvsborg.vgregion.se/sv/Narvardssamverkan-Sodra-Alvsborg1/Narvardssamverkan-Sodra-Alvsborg/>
[Använd 8 maj 2013].
4. ReKo Sjuhärad Vårdsamverkan, 2009. *Slutrapport från projekt Multisjuka äldre*. [Online]
Available at: <http://tryggve.vgr.se/sv/Narvardssamverkan-sodra-alvsborg1/Toppmeny/var-verksamhet/Utvecklingsrad/Aldre-multisjuka-multisviktande/projekt-TryggVE/Om-oss/>
[Använd 8 maj 2013].
5. Västra Götalandsregionen, 2011. *Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, 2012-2016*. [Online]
Available at: <http://www.vgregion.se/hosavtal>
[Använd 8 maj 2013].
6. Borås Stad, 2013. *Borås Stad Stimulansmedel äldre 2007-2012- slutrapport*. [Online]
Available at:
http://www.youtube.com/watch?v=ebbytFShrK8&list=UU6HIaa_vx64yzK1XYWIKJbA&index=9
[Använd 8 maj 2013].
7. TryggVE-projektet, 2013. *TryggVE, Enkät till kontaktpersoner i nätverket TryggVE*. [Online]
Available at: <http://www.esmaker.net/nx2/s.aspx?id=a709521071ea>
[Använd 8 maj 2013].
8. FoU Sjuhärad Valfärd;, 2012. *Rapport utvärdering TryggVE*. [Online]
Available at: <http://tryggve.vgr.se/sv/Narvardssamverkan-sodra-alvsborg1/Toppmeny/var-verksamhet/Utvecklingsrad/Aldre-multisjuka-multisviktande/projekt-TryggVE/Om-oss/>
[Använd 8 maj 2013].
9. Sveriges Kommuner och Landsting, 2013. *Bättre liv för sjuka äldre*. [Online]
Available at:
https://www.skil.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv

[Använd 8 maj 2013].

- 10 Västra Götalandsregionen, 2012. *Regional handlingsplanen för de mest sjuka äldre 2012-2014.* [Online] Available at:
<http://narvardssamverkan-sodra-alvsborg.vgregion.se/sv/Narvardssamverkan-sodra-alvsborg1/Toppmeny/var-verksamhet/Mest-sjuka-aldre/Regional-handlingsplan-for-de-mest-sjuka-aldre/>
[Använd 8 maj 2013].