



Slutrapport för projektet

TryggVE

2010 - 2013



Borås 2013 09 02

Carina Stawåsen
Ordförande
Utvecklingsråd multisyjuka och multisyktande 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 som används i projektet: <http://tryggve.vgr.se> (1).

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 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

Kerstin Rigstedt, Kommunerna i Mitten Älvsborg

Maria Glemfelt, Södra Älvsborgs sjukhus

Marie Elm, Kommunerna i Sjuhärad

Nena Stamenkovic, Kommunerna i Sjuhärad

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning	1
2.	Syfte med projektet	1
3.	Mål, förväntade resultat och målgrupp	2
4.	Projektets organisation	3
5.	Aktiviteter	3
6.	Förändringar under projekttiden	4
7.	Resultat	4
8.	Kvalitativa resultat – erfarenheter	7
9.	Att lära av misstagen	8
10.	Förutsättningar för fortlevnad och spridning	9
11.	Slutord från projektet	9
	Referenser	
	Bilagor	

Slutrapport för projektet TryggVE

1. Sammanfattning

TryggVE, står för **Trygghet**, **Vårdsamverkan** och **Effektivitet** och är ett samverkansprojekt mellan tio kommuner, primärvård och sjukhus i Södra Älvsborg. Målet var att införa en modell som på ett strukturerat sätt identifierar risker hos äldre, inom områdena trygghet, psykisk ohälsa, läkemedel, nutrition, fall, trycksår, aktivitets- och funktionsförmåga, som underlag för åtgärder i vårdkedjan. Ett stort antal bedömningar enligt modellen har genomförts och en kunskapshöjning har skett. Återinskrivningar i slutenvård av TryggVE-patienter har minskat. 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.

Bild 1.



Multisviktande

Någon eller flera sjukdomsdiagnoser. Problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. Sammantaget en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård, omsorgs- eller rehabiliteringsinsatser.

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.

Styrgrupp TryggVE, Södra Älvsborg, 2011-01-24

Modellens sex riskområden:

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
- Visuell 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 alkoholriskbruk.

Läkemedel

Regelbunden uppföljning av läkemedelsbehandling för att förebygga läkemedelsrelaterade problem. 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), Risk Assessment Pressure Scores (RAPS)

3. Mål, förväntade resultat och målgrupp

Målet var att implementera modellen och att förbättra informationsöverföringen för patientgruppen.

Det förväntade resultatet var att arbetet enligt modellen skulle identifiera patientens riskområden och därigenom ge information till ansvariga verksamheter att genomföra riktade insatser, vilket bland annat kunde ge en bättre helhetsbild, ökad trygghet för patienten och färre återinläggningar på sjukhus.

Projektet definierade målgruppen enligt bild 1.

Identifiering av TryggVE-patienter gjordes via journalsystem, i samband med vårdplanering, vid teamträffar eller när personal uppmärksammade en skör person med flera olika sjukdomsbesvär.

4. Projektets organisation

Från början av 2000-talet och fram till år 2010 fanns i Södra Älvsborg (279 000 inv.) två samverkansorganisationer mellan sjukhusen (Alingsås lasarett och Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS)), primärvården (27 offentliga och 8 privata vårdcentraler) och kommunerna. Dels KoLa i Mitten-Älvsborg (Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga kommuner) och dels ReKo i Sjuhärads-området (Borås, Bollebygd, Herrljunga, Mark, Ulricehamn, Svenljunga och Tranemo kommuner).

Under 2007 började det föras diskussioner om sammanslagning, som ledde fram till en gemensam samverkansorganisation, Närvårdssamverkan Södra Älvsborg, vilken startade 2011. TryggVE-modellen utarbetades inom ReKo men i samband med omorganisationen beslutades det att den skulle införas i hela Södra Älvsborg.

En projektledning byggdes upp med en projektledare och sju delprojektledare som representerade de olika vårdgivarna.

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg har olika utvecklingsråd, bland annat ett för äldre multisjuka, som under senaste tiden varit styrgrupp för projektet TryggVE. I detta råd var projektledaren ständigt adjungerad

För att kunna genomföra arbetet rekryterades också drygt hundra kontaktpersoner. Deras uppgift var att i sin verksamhet vara drivande vid implementeringen av TryggVE-modellen.

5. Aktiviteter

Gemensamma riktlinjer arbetades fram där vårdgivarnas och de olika professionernas ansvar tydliggjordes. Projektledningen informerade och förde ut tankarna i modellen till berörda personer både i formella och informella sammanhang. Nätverk skapades för kontaktpersoner och har tillsammans med projektledningen varit navet i arbetet.

En speciell satsning gjordes under 2012 att även involvera de privata vårdcentralerna. Detta har dock inte bidragit till att några patienter inrapporterats från privat drivna vårdcentraler.

Förutom den muntliga förankringen har broschyrer tagits fram riktade till personal, patienter och anhöriga. Regelbundna nyhetsbrev har getts ut och en kontinuerligt uppdaterad hemsida har skapats. TryggVE-arbetet har också belysts i en film om olika äldresatsningar, som producerats av Borås Stad (2).

5.1. Utbildningar

För att få modellen att fungera genomfördes en rad utbildningar inom riskområdena.

Vid utvärderingar av dessa har de visat sig fylla ett stort behov. En viktig faktor som framkommit är att man kunde få direkt användning av kunskaperna i sitt dagliga arbete.

5.2. Extern utvärdering

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

Den externa utvärderingen orienterades mot projektets betydelse för patienter och anhöriga och skall genomföras med såväl en formativ som en summativ ansats.

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

5.3. Samverkan med övriga äldresatsningar

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

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.

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.

6. Förändringar under projektiden

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

- Vårdvalet inom primärvården, som för primärvården antagligen inneburit den största förändringen sedan strukturen med vårdcentraler började byggas upp.
- I många av kommunerna har genomgripande organisationsförändringar genomförts under 2010-2013. Till exempel i Borås Stad har tio kommundelar ersatts av tre stadsdelar.
- SÄS har genomfört flera kliniksammanslagningar och ändrade uppdrag under projektiden. Det som haft störst inverkan är att NärÄldreVårdsAvdelning (NÄVA), en specialiserad äldrevårdsavdelning, lades ned.

7. Resultat

Nedan är en sammanfattning av projektets resultat. För mer utförlig beskrivning hänvisas till bilaga 1.

Intern uppföljning, TryggVE-patienter 2010 - 2012

För primärvården och kommunerna användes inrapporteringsunderlag för att rapportera in data kring TryggVE-patienterna. Från dessa inrapporteringar framkom följande:

Antal TryggVE-patienter som var omhändertagna enligt modellen

	Primärvård+Kommun	SÄS	Alingsås lasarett
2010	160	823	
2011	256	884	
2012	666	1104	52

Under 2012 genomfördes inrapportering för tre perioder (jan-april, maj-augusti, september-december) vilket gav 1170 inrapporteringsunderlag från 666 TryggVE-patienter.

Från samtliga verksamheter visar resultaten en årlig ökning av antalet TryggVE-patienter och den var störst under sista inrapporteringsperioden 2012.

Dessa data tyder på att modellen blir allt mer känd och använd.

För primärvårdens och kommunernas del bygger den interna uppföljningen på 666 TryggVE patienter från 2012 medan för SÄS del är det från alla de tre åren och data framtagna från journaler.

Över hälften av TryggVE-patienterna var 86 år eller äldre och de allra flesta hade en patientansvarig läkare (PAL) och sjuksköterska (PAS). Kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast var mycket vanlig hos kommunernas patienter medan endast ca en tredjedel av

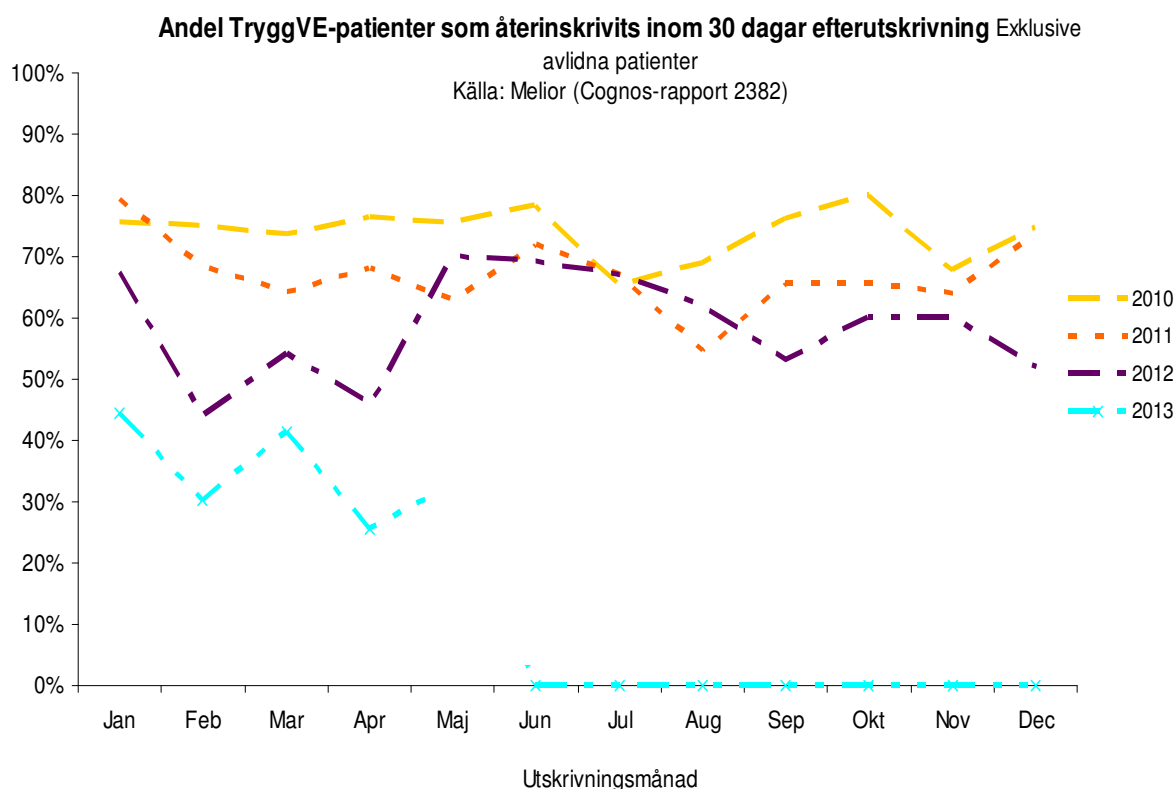
primärvårdens patienter hade denna kontakt. En samordnad vårdplanering hade gjorts i ca 75 % av fallen för kommunernas patienter och i ca 25 % för primärvårdens patienter.

I stort sett alla de 242, som identifierats i kommun och primärvård hade fått en tydlig information vart man skulle vända sig. Däremot hade endast 58 % av de 368 som identifierats på sjukhus och utskrivits till primärvård och kommun fått en tydlig information från någon inom primärvården eller kommunen vart man skulle vända sig.

För att bedöma upplevelsen av trygghet användes en 10 gradig, Visuellt Analog Skala (VAS). Medelvärde för de 666 TryggVE-patienterna var drygt 7 och där den upplevda tryggheten ”här och nu” var något högre än vad man upplevde som ”normal” trygghet. Data visar också att tryggheten minskar med tiden för dessa multisjuka och multisviktande äldre.

Återinskrivningar inom 30 dagar i slutenvård vid SÄS.

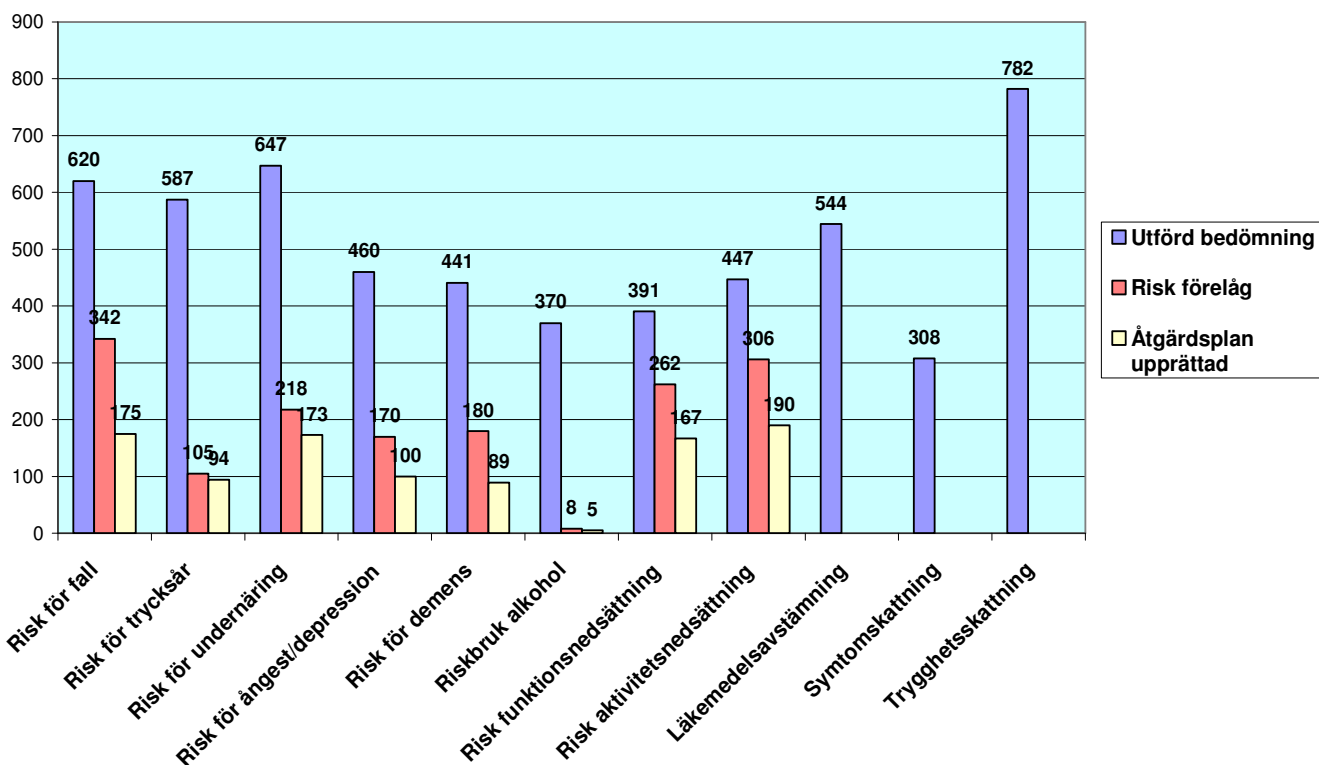
Diagrammet nedan avser återinskrivningar inom 30 dagar av TryggVE patienter identifierade på SÄS, 679 (74 %) återinskrivna av 917 patienter år 2010, 714 (67 %) av 1059 patienter 2011, 829 (58 %) av 1422 patienter 2012 och 79 (33 %) av 240 patienter jan.- april 2013. (Västra Götaland, Cognos. Regionalt analys- och rapportsystem)



Andelen TryggVE-patienter som återinskrivits inom 30 dagar, på SÄS, har stadigt minskat under hela projekttiden. Jämför man de fyra första månaderna 2010 med motsvarande period 2013 är det en halvering.

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

Resultat för 666 patienter via 1170 inrapporteringsunderlag



Som exempel visar figuren att 620 fallriskinrapporteringar gjorts från 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 redovisades enbart bedömningar.

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).

Beskrivande data - utbildningar – nätverk - information

Nätverksträffar för kontaktpersoner har skett vid 108 tillfällen, informationsmöten i linjeorganisationerna vid 230 tillfällen. Projektledningen har haft ett hundratal möten. Information vid större konferenser och till SKL har skett vid tolv tillfällen. Utbildningar har hållits vid 23 tillfällen.

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.

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.

8.1. Modellens relevans

Modellen föreskriver att personalen med rimlig säkerhet ska ha kunskap om den multisjukets 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 statens övriga satsningar.

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 varierande. I flera områden är det först under senare delen av 2012 man kommit igång med arbetet enligt modellen. Man kan på goda grunder också 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 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. Vad beträffar informationsöverföringen arbetas det hela tiden med utveckling av vårdplaneringssystemet KLARA SVPL där ny upphandling pågår. Delprojektledare deltar i detta arbete.

8.4. 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.

Möjlighet till direktinläggning har funnits men inte kommit att användas. De flesta av TryggVE-patienterna blir kontaktade inom 48 timmar efter utskrivning från slutenvården. Den enkla åtgärden med en kylskåpsmagnet, där kontaktuppgifter finns till kontaktpersonen, har för vissa varit till god nytta. För ytterligare beskrivning se bilaga 2, patientfall.

8.5. Har återinskrivningar vid sjukhus inom 30 dagar minskat?

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

8.6. Andra erfarenheter från 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 och ett utvecklat teamarbete
- 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
- viktigt att för framtiden integrera både regionala och nationella utvecklingsområden så att arbetet med multisjuka äldre kan upplevas som en helhet.
- 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
- modellen är i vissa fall för medicinsk och det sociala perspektivet skulle behöva poängteras mera

9. Att lära av misstagen

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. 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 chefer är också mycket avgörande. Efterfrågar dessa chefer resultat och bekräftar personalen, 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.
- Det borde redan från början ha ingått biståndshandläggare och statistiker i projektet.
- 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.

10. Förutsättningar för fortlevnad och spridning

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 riktlinjer, satsningar och handlingsplaner t.ex. Västra Götalandsregionens handlingsplan för de mest sjuka äldre 2012 – 2014 (3).

Detta innebär att stora delar av modellen därigenom har möjligheter att leva vidare.

Inom Närvårdssamverkan Södra Älvsborg har det mot slutet av projektet i varje kommun skapats arbetsgrupper, vilka har som syfte att arbeta med äldre frågor. Dessa grupper kommer att ha en viktig funktion för fortlevnaden av TryggVE- modellen.

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. 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.

Utifrån erfarenhet och annan statistik kan konstateras att risktalerna 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 kvalitetsregister.

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

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 kunskaphöjning inom äldreområdet har skett och fler har börjat använda ett strukturerat arbetssätt med bedömningsinstrument.

Referenser

1. Södra Älvsborg Närvårdssamverkan, 2011. *TryggVE*. [Online] Available at: <http://tryggve.vgr.se/sv/Narvardssamverkan-sodra-alsvborg1/Toppmeny/var-verksamhet/Utvecklingsrad/Aldre-multisjuka-multisviktande/projekt-TryggVE/> [Använd 24 maj 2013].
2. 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 24 maj 2013].
3. Västra Götalandsregionen, 2012. *Regional handlingsplanen för de mest sjuka äldre 2012-2014.* [Online] Available at: <http://narvardssamverkan-sodra-alsvborg.vgregion.se/sv/Narvardssamverkan-sodra-alsvborg1/Toppmeny/var-verksamhet/Mest-sjuka-aldre/Regional-handlingsplan-for-de-mest-sjuka-aldre/> [Använd 24 maj 2013].

Bilagor

- Bilaga 1. Resultat
Bilaga 2. Patientfall

Bilaga 1.

Resultat

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

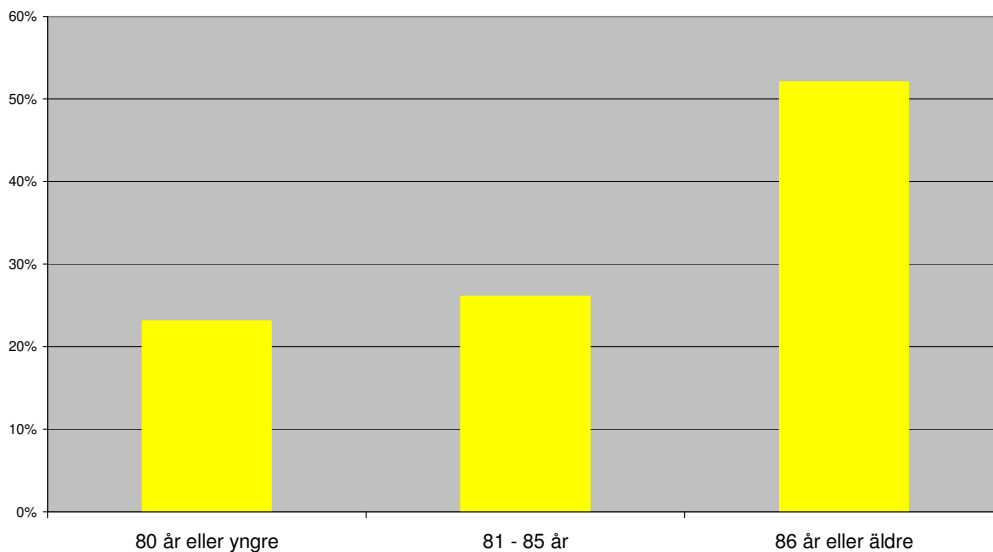
	PV+Kommun	SÄS	Alingsås las.
2010	160	823	
2011	256	884	
2012	666	1104	52

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 st.)	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 Här och Nu	Trygghet 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 Mätperiod 1	Här och Nu 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

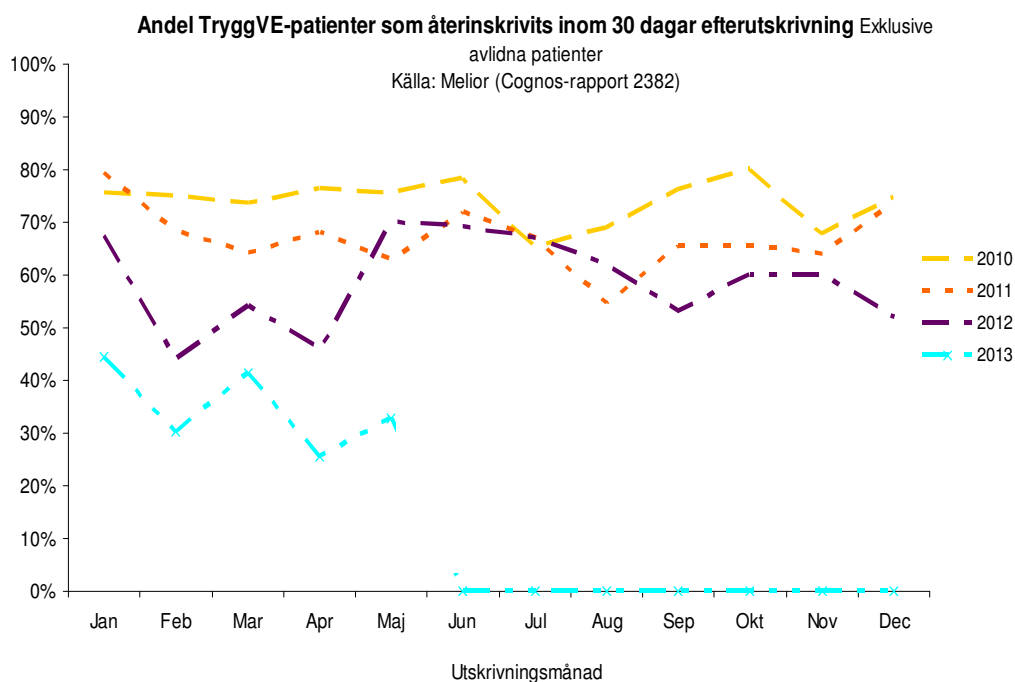
Mellan mätperiod 1 och 3 har tryggheten minskat både i upplevelsen "Här och Nu" och "Normalt" (t-test upprepade mätningar)

* 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.

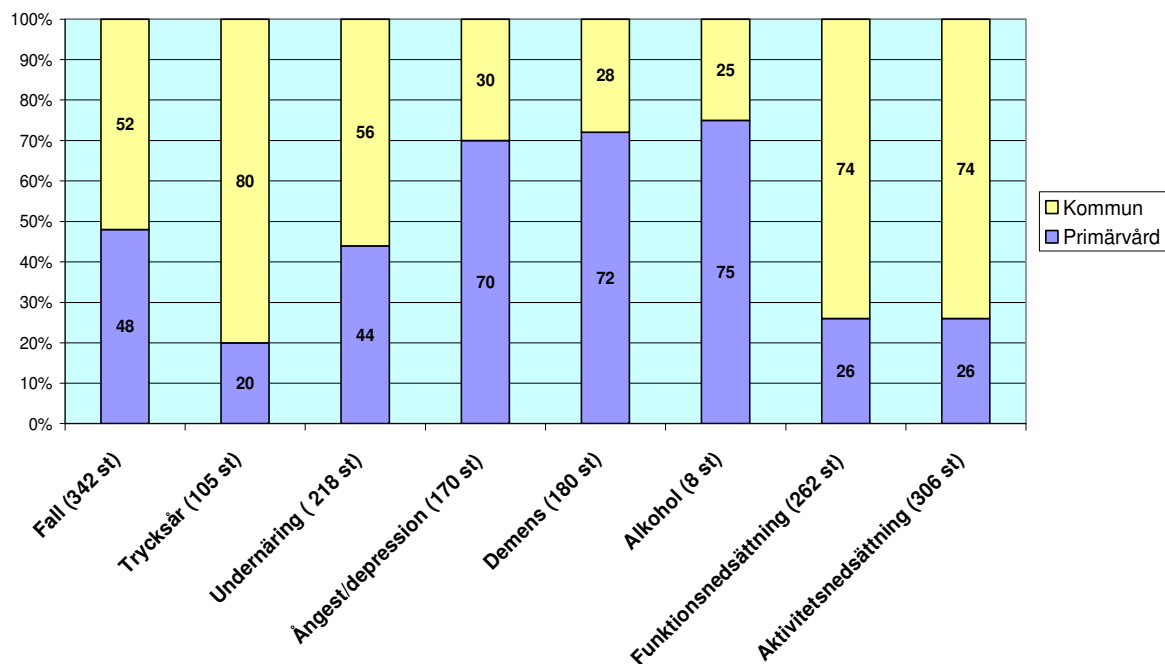
Diagrammet nedan avser återinskrivningar inom 30 dagar av TryggVE patienter identifierade på SÄS och är 679 (74 %) återinskrivna av 917 patienter år 2010, 714 (67 %) av 1059 patienter 2011, 829 (58 %) av 1422 patienter 2012 och 79 av 240 patienter jan.- april 2013. (Västra Götaland, Cognos. Regionalt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

Bedömningar där risk framkom



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

Beskrivande data - utbildningar – nätverk - information

”Stornätverk” där kontaktpersonerna från kommun, primärvård och sjukhus träffats, har skett vid 8 tillfällen i Sjuhäradsområdet 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.

Kommentarer till redovisade data

- Det är en dominans av TryggVE-patienter från Sjuhäradsområdet, över 90 %.
- TryggVE-patienterna har en hög ålder, drygt 50 % är över 86 år.
- 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, identifierade 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

Bilaga 2.

Patientfall TryggVE Kommun

Klara är 85 år och änka sedan många år. Hon bor utanför Alingsås med sin son som har psykiska besvär. Hon är multisjuk med reumatoid artrit, Sjögrens syndrom, hjärtbesvär, sömnapné syndrom, kotkompressioner, spinalstenos, kroniska bensår, muskelinflammation, komplex smärtproblematik, nedstämdhet.

Kortväxt kvinna, väger 50 kg, har böjd bröstrygg, huvudet framför axlarna och fötterna pekar utåt vid gång. Sonen hjälper till i hemmet, både med den allmänna dagliga livsföringen samt hushållssysslor. Periodvis klarar han dock, på grund av sina psykiska besvär, inte av att hjälpa Klara, vilket gör att hon inte orkar med hemsituationen. Hon har helt avböjt hemtjänst på grund av bekymmer med sonen samt misär i hemmet.

Klara är TryggVE patient från primärvården sedan 2011-12-19 och har:

- regelbundna vårdkontakter med neurologisk och reumatologisk vård samt hjärtmottagning på Alingsås lasarett och Södra Älvsborgs sjukhus(SÄS)
- komplex nervsmärta som orsakas av kotkompressioner, bensår, reumatiska besvär
- långverkande morfin
- nedsatt aktivitetsförmåga, sömnsvårigheter och nedstämdhet.

Under 2010 hade hon 9 besök på sjukhusen, 2011 ett besök och 2012 fyra besök oftast på grund av hjärtklappning, andningssvårigheter samt smärta. Bedömdes på sjukhusen av smärtekonsult, arbetsterapeut och sjukgymnast. Inom primärvården hade hon 2011, 6 läkarbesök och 24 sköterskebesök. För 2012 var det 13 läkarbesök och 16 sköterskebesök.

På medicinlistan finns 2012, 18 mediciner.

Vid vårdplanering kom man fram till att hon inte kunde återvända till hemmet, var beroende av personalthjälp vid dagliga aktiviteter, hade behov av korttidsenheten för återhämtning, mobilisering och att öka tryggheten. Bedömningar gjorda på sjukhuset beträffande trygghet, smärta, aktivitetsförmåga och fysisk förmåga överrapporterades till korttidsenheten.

Teamet på korttidsenheten gjorde utredningar/uppföljningar enligt TryggVE – modellen.

Dessa visade:

- Trygghet VAS - upplever trygghet 10 på korttidsenheten tack vare tillgång till personal samt larm. Upplever trygghet 6 i eget hem pga. hemsituationen
- Smärta VAS - upplever smärta 9 vid rörelse /aktivering
- Aktivitetsbedömning - nedsatt aktivitetsförmåga, behöver personalthjälp vid alla dagliga aktiviteter
- Funktionsbedömning - nedsatt gångförmåga, beroende av tillsyn vid alla förflyttningar
- MNA Short form - näringsbrist
- Downton Fall Risk Index - 6 p. indikerar hög risk för fall
- HAD - tecken på depression
- MMSE + Klocktest - god minnesförmåga
- Läkemedelsgenomgång - kunde ej utföras på korttidsenheten p.g.a. att rondande läkare ansåg att specialistläkare skulle ta ansvar för detta

Under korttidsvistelse:

- behandlades mot inflammation med cortison
- behandlades med antidepressiva läkemedel, som efter några veckor hade god nytta
- tre olämpliga läkemedel kunde sättas ut
- näringstillskott 2ggr/dag + viktkontroll 1ggr/v.
- Aktivitets- och rörelseträning, värmebehandling, TENS och förskrivning av rollator
- såromläggningar
- beviljas växelvårdsplats 2 veckor hemma och 2 veckor på Rehabiliterings- och Korttidsenheten under tre perioder

Korttidsenheten hade ett nära samarbete med primärvårdens distriktsköterska, som var den som Klara träffade när hon inte var inskriven i kommunen. Detta fungerade tack vare en god informationsöverföring.

De olika insatserna gör att Klara bättre kan klara sig själv. Hon förflyttar sig självständigt med rollator, har bättre balans och ork, förhöjt stämningsläge, viktuppgång och en tryggare vardag.

Patientfall TryggVE Primärvård

Diagnoser inom slutenvård	Sjukdom i andningsorganen (KOL), Höga blodfetter, Oregelbunden hjärtrytm, Hjärtsvikt, Lunginflammation, Lårbensbrott.
Övriga problem/symtom	Yrsel, smärta, andningsbesvär, hjärklappning, förstoppning, halsbränna, trötthet, ledsenhet.
Hemtjänst	Successivt ökad från en till tre gånger dagligen. Trygghetslarm.
Hjälp av anhörig/närstående	Inköp
Inskrivnen i hemsjukvård	Nej
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	2010: 7 ordinerade preparat. 2011: 10 ordinerade preparat. Läkemedelsgenomgång av geriatriker på vårdcentralen. 2012: 10 ordinerade preparat. Läkemedelsavstämning.
Läkemedel enligt personen själv	2010: Tar 8 preparat (har missat att ett av dem togs bort i samband med läkarbesök på vårdcentralen), tar vissa med fel dosintervall vilket påverkar önskad effekt negativt. Plockar direkt från respektive förpackning. 2011: Tar läkemedel enligt ordination. 2012: Tar läkemedel enligt ordination och börjar med dosett.
Slutenvård	2009: 2 vårdtillfällen, 2 besök på akutmottagningen 2010: 4 vårdtillfällen, 2 besök på akutmottagningen 2011: 1 vårdtillfälle, 1 besök på akutmottagningen 2012: 4 vårdtillfällen (försämrad i KOL och får kontinuerlig syrgasbehandling i hemmet)

Maj är 87 år, änka sedan ett antal år. Har en dotter och en son som båda är gifta och har barn. Barnbarnen bor inte i närheten så hon träffar dem inte så ofta. De flesta vännerna är avlidna eller har fått minnessvårigheter vilket försvårar att behålla de gamla sociala nätverken. Hon sköter det mesta själv i hushållet men har perioder då hon inte riktigt orkar med sin situation. Hon har KOL och depression för vilka hon tar läkemedel, förhöjt kolesterol, förmaksflimmer och B12-brist. Sin bärbara telefon har hon alltid med sig så hon kan ringa ambulans om det skulle bli svårt med andningen.

De senaste åren har hon sökt sjukhuset flera gånger bland annat på grund av hjärklappning och andningssvårigheter. Vid framkomst till sjukhuset har besvären ofta avklingat. Inget patologiskt har identifierats. Hon hade trygghetslarm men lämnade tillbaks det då hon inte tyckte personalen kom snabbt nog när hon larmade.

Fick kontakt med TryggVE-teamet på sjukhuset som riskbedömde henne avseende balans, förflyttningar, aktivitetsförmåga och nutrition. Läkemedelsgenomgång gjordes av apotekare. Bedömdes ej aktuellt med MMT.

Klarade förflyttningar och personlig vård med hjälpmedel men blev fort andfådd vid ansträngning på grund av KOL. Bedömning med MNA visar ingen risk för undernäring. Dottern berättade på sjukhuset att Maj ibland är nedstämd, gråter ofta. Hon hade provat antidepressiv behandling men avslutade den på grund av biverkningar.

Diskuterades korttidsvård vid vårdplanering men hon bedömdes kunna vara i sitt hem med stöd från äldresjuksköterska från vårdcentralen.

Bedömning av psykisk hälsa, alkoholanvändning överlämnades till primärvården.

Äldresjuksköterskan kontaktade Maj när hon kommit hem och hembesök planerades.

Vid hembesöket visade hon vilka mediciner hon hade där flera togs i fel dos, med fel intervall, medicin togs trots att den var utsatt sedan tidigare osv.

De olika områdena i TryggVE-modellen gicks igenom men Maj nekade instrument avseende depression. Ansåg själv att hon hade det bra och trivdes som det var därhemma. Dialog med kommunens sjukgymnast och arbetsterapeut angående träning i hemmet men efter deras bedömning ansågs att hon kunde ta sig till rehabmottagningen för behandling.

Under en period visade Maj tecken på depression och ångest men förnekade detta. Åkte dock flera gånger akut till sjukhus på grund av hjärtklappning.

Efter några månaders kontakt med äldresjuksköterskan på vårdcentralen kom man överens om att när hon blev yr och kände sig orkeslös så skulle hon kontakta vårdcentralen innan hon ringde efter ambulans. Det framkom nämligen att hon tyckte det var mycket enklare att ringa ambulans än att ta andra kontakter för då kom den och tog henne med sig och hon behövde inte boka tid och försöka få dottern med som följeslagare till vårdcentralen.

Efter hand fick Maj trygghetslarm igen och mer hemtjänst som hon trivdes med.

Äldresjuksköterskan hade uppföljande kontakter och Maj ringde inte efter ambulansen förrän hon rådgjort med sjuksköterskan. Eftersom personal från hemtjänsten kom dagligen hade hon inte lika ofta besvär med ångest och hjärtklappning.

Maj uttryckte sig ofta i termer som ”min dotter hinner inte hjälpa mig för hon har fullt upp med barnbarnen och de måste ju gå i första hand”, ”sonen har besvär med en axel så han kan ju inte bära hem min mat” osv. När det gått en tid och förtroendet byggts upp med äldresjuksköterskan accepterade hon bedömning med HAD. Resultatet bekräftade de kliniska iakttagelserna och ansvarig läkare ordinerade åter antidepressiv behandling, som Maj nu accepterade.

Äldresjuksköterskan fanns med som stöd och följde upp behandlingen enligt överenskommelse med behandlande läkare och patient. Läkaren på vårdcentralen och äldresjuksköterskan agerade team runt patienten med löpande dialog. Maj hade god nytta av den antidepressiva behandlingen och såg inte allt så tungt och mörkt längre. Hon blev mer nöjd i sin situation, uttryckte flera gånger att hon trivdes bra i sin lägenhet och hade det bäst hemma. Hon kände sig trygg med larmet och att hon kunde ringa ”sin sköterska” för rådgivning.

Med tiden har Maj försämrats i sin KOL och har behövt åka till sjukhus vid några tillfällen men hon tycker alltid det är skönt att komma hem där hon är nöjd med ”sina flickor” i hemtjänsten.

Äldresjuksköterskan har regelbundna uppföljningar och Maj ringer ibland själv. Dottern har kontakt med äldresjuksköterskan bl a när det är dags för receptförnyelse.

Patienten har ett stort behov av att få samtala med andra så hon har god hjälp mot ensamhet från hemtjänsten.

Detta har varit ett långsiktigt arbete där Maj inte alltid har accepterat föreslagna åtgärder och förändringar på en gång utan det har tagit tid att få igenom förändringar i form av att prova trygghetslarm, acceptera screening för depression och att dela sina läkemedel i dosett.