



FoU SJUHÄRAD
VÄLFÄRD

Utvärdering av TryggVE

– ett projekt för anpassade insatser till de mest sjuka äldre

Slutrapport

Eva Höglund, Kerstin Frändin, Helena Hörder, Per-Åke Karlsson



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Utvärdering av TryggVE

– ett projekt för anpassade insatser till de mest sjuka äldre

Slutrapport

Eva Höglund
Kerstin Frändin
Helena Hörder
Per-Åke Karlsson

RAPPORT NR 32, 2014
ISBN 978-91-85025-28-2

Redigering
PIA MATTZON, FOU SJUHÄRAD VÄLFÄRD

Tryck
RESPONSTRYCK BORÅS, JANUARI 2014

Utvärdering av TryggVE

– ett projekt för anpassade insatser till de mest sjuka äldre

FoU Sjuhärad Vålfärd | *Slutrapport*

Eva Höglund
Kerstin Frändin
Helena Hörder
Per-Åke Karlsson

© Författarna

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport
– helt eller delvis – är förbjudet utan medgivande av författarna.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FoU Sjuhärad Vårld | Rapport nr 32, 2014

Sammanfattning.....	9
1. Inledning.....	11
2. Bakgrund till TryggVE-projektet och utvärderingens syfte.....	13
3. TryggVE-modellen och TryggVE-projektet.....	17
4. Utvärderingens design och metod.....	23
5. Projektets förlopp.....	35
6. Projektets operativa nätverk – kontaktpersonerna.....	43
7. Kunskaper om och erfarenheter av projektet och modellen bland yrkesverksamma.....	45
8. Kunskaper och uppfattningar om projektet och modellen bland chefer, verksamhetsutvecklare och motsvarande.....	51
9. Omfattning av TryggVE-patienter; TryggVE-modellens användning.....	57
10. TryggVE-patienters uppfattning.....	61
11. Anhörigas uppfattning.....	69
12. Bedömning och värdering av TryggVE-projektet.....	71
13. Möjliga förklaringar till projektets resultat.....	79
Slutord.....	85
Referenser.....	87
Bilagor:	
Enkät till personal.....	91
Enkät till anhöriga.....	95
Matris över utvärderingens delstudier.....	99

Sammanfattning

De flesta äldre lever ett gott liv med god hälsa, medan en mindre grupp äldre har stora hälsoproblem och multisjuklighet, som kräver omfattande insatser från flera vård- och omsorgsgivare. TryggVE-projektet (Trygghet, Vårdsamverkan, Effektivitet) var utformat för denna grupp och ett av de projekt som fick statligt stöd under 2010–2013 inom ramen för satsningen på ”de mest sjuka äldre”. TryggVE-projektet bedrevs i samverkan mellan sjukhusvård, primärvård och kommunal vård och omsorg inom Södra Älvsborg, med Närvårdssamverkan Södra Älvsborg som uppdragsgivare. Med stöd från en projektorganisation prövades i stor omfattning en modell (TryggVE-modellen) för att genom systematiska bedömningsinstrument kartlägga hälsoproblem och risker inom sex områden hos mest sjuka äldre: trygghet, psykisk hälsa, läkemedel, nutrition, rehabilitering och prevention. Projektets övergripande mål var att införa samt utvärdera en arbetsmodell som ger rätt vård på rätt vårdnivå med hög effektivitet och ett tydligt patientperspektiv med fokus på trygghet.

FoU Sjuhärad Valfärd fick i uppgift att genomföra en extern utvärdering av TryggVE-projektet. Underlag för utvärderingen insamlades under projekttiden genom sex delstudier riktade till olika berörda av projektet: Projektorganisationen, berörd personal, chefer på olika nivåer samt patienter och anhöriga. Information inhämtades genom dokumentstudier, enkäter och intervjuer.

Genom projektet har TryggVE-modellen utvecklats, prövats i stor omfattning och gjorts känd, framförallt inom Sjuhärdsområdet. I mindre omfattning har den prövats inom Mittenälvsborg, som kom in i projektet senare. Genom modellens systematik kartläggs hälsorisker inom centrala områden. Bred uppslutning finns kring modellens förtjänster. Erfarenheter finns nu inför en eventuell permanent implementering. Fortsatta anpassningar till olika vårdgivares rutiner och till andra system/modeller krävs – liksom ett (fortsatt) implementeringsstöd, då modellen, tillämpad i sin helhet, är resurskrävande. Projektets arbete har bidragit till en kunskaphöjning hos berörd personal om hur arbete med målgruppen bör bedrivas.

Huruvida TryggVE-patienterna ges rätt vård på rätt vårdnivå är svårbedömt. Modellen är främst en bedömningsmodell som ger underlag för insatser som förväntas genomföras i ordinarie verksamheter – inom sjukhusvård, primärvård och kommunal vård och omsorg. Effektiviteten är inte möjlig att bedöma. En över projekttiden minskad andel äldre med oplanerade återinskrivningar på sjukhus indikerar en utveckling i riktning mot ”rätt vårdnivå”. Modellen har ett tydligt patientperspektiv genom att den fokuserar centrala områden för målgruppen. Modellen tycks inte ha inneburit att uppfattningen av trygghet ökat hos TryggVE-patienterna.

Projektet har lyckats väl i vissa avseenden och mindre väl i andra. Begränsade resurser i förhållande till uppdragets omfattning är en förklaring. Interna och externa faktorer som lednings- och styrningsproblem samt omfattande omorganisationer, inom framförallt primärvården, är andra förklaringar. Andra satsningar beträffande målgruppen har dessutom konkurrerat om uppmärksamheten. Följsamheten hos huvudmännen till gemensamt fattade beslut om projektet kan i vissa avseenden ifrågasättas.

1. Inledning

Statliga medel beviljades till en försöksverksamhet för ”de mest sjuka äldre” inom Södra Älvsborgs geografiska område. Försöksverksamheten avsåg att under tre år pröva en arbetsmodell – TryggVE. TryggVE står för trygghet, vårdsamverkan och effektivitet. Modellen avser att ge underlag till individuellt avpassade insatser och för ökad trygghet för sköra äldre – i projektet benämnda ”multisjuka äldre” och/eller ”multisviktande äldre”¹, underlätta samverkan mellan olika vårdgivare och bidra till god effektivitet beträffande vårdinsatser för målgruppen. Projektet bedrevs i samverkan mellan länssjukvård, primärvård och kommuner och var kopplat till Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg. FoU Sjuhärad Valfärd (FoUS) har haft uppdraget att genomföra en extern utvärdering.

TryggVE var ett av 19 projekt som beviljades statliga medel för utvecklingsprojekt inom ramen för satsningen ”De mest sjuka äldre”. Medel från regeringen kanaliserades via SKL efter beslut 2010-06-23. Projektet var treårigt och pågick från sensommaren 2010 och fram till hösten 2013.

Projektledningen skulle enligt projektplanen i ansökan om medel (Ansökan om medel till försöksverksamhet kring de mest sjuka äldre. Vårdssamverkan ReKo Sjuhärad och vårdssamverkan KoLa, 2009-06-24 (troligen feldaterad)) svara för vissa delar av utvärderingen/uppföljningen – med ett internt perspektiv, genom att insamla och sammanställa uppgifter, främst av produktionskaraktär, beträffande aktiviteter och prestationer. Den externa utvärderingen har varit inriktad mot två nivåer, vilket illustreras nedan:

	Exempel på frågeställningar
Projekt- och verksamhetsnivå	Hur kommer projektorganisationen på plats och hur uppfattas den i berörda verksamheter? Hur utvecklas och uppfattas ”TryggVE-modellen”? Sker en implementering av modellen enligt målsättningar och hur sker den?
Patienter och anhöriga	Vilken betydelse får TryggVE-modellens användning för upplevelse av trygghet bland patienter och anhöriga? Påverkas patienternas livssituation till följd av TryggVE? Och i så fall i vilka avseenden?

¹ Närmare definition av projektets målgrupp kommer senare i kapitel 4.

Under projekttiden har utvärderingsgruppen haft återkommande möten med projektledningen för att följa projektarbetet, få underlag för datainsamling samt för att återföra erfarenheter och resultat. En delrapport med resultat från den externa utvärderingen lämnades i december 2012 till projektet styrgrupp och projektledning.²

Projektledningen har lämnat en slutrapport från projektet till SKL i september 2013³. Rapporten beskriver projektarbetet utifrån projektledningens erfarenheter och är i delar en intern utvärdering av projektet. Vi hänvisar vid några tillfällen till den rapporten.

När vi fortsättningsvis skriver ”TryggVE-projektet” avses det projekt med tids- och ekonomisk ram samt projektorganisation som beviljades medel. Projektet arbetade med ”TryggVE-modellen” som är en modell utarbetad för att ge underlag för rätt insatser för projektets målgrupp. De patienter som uppfyllde vissa kriterier i projektet benämns ”TryggVE-patienter”. Ibland förkortar vi framställningen genom att använda orden projektet, modellen eller patienterna.

² Höglund, E., Hörder, H., Frändin, K. och Karlsson, P-Å. Utvärdering av TryggVE. Delrapport. December 2012. FoU Sjuhärad Vålfärd.

³ Stavåsen, C., och Martinsson, B. (Ordförande i styrgruppen respektive huvudprojektledare). Slutrapport för projektet TryggVE 2010–2013. Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg.

2. Bakgrund till TryggVE-projektet och utvärderingens syfte

Äldres hälsa och vård- och omsorgsbehov

Andelen äldre människor ökar globalt, men de flesta över 65 års ålder befinner sig numera länge i den fas som brukar kallas den tredje åldern (Laslett 1991). De har god hälsa, kan ses som en resurs i samhället och lever ett tillfredsställande liv utan större behov av hälso- och sjukvård eller omsorg. En mindre grupp äldre genomlever dock en period av varierande längd i den s.k. fjärde åldern, präglad av multisjuklighet samt med omfattande vård- och omsorgsbehov.

Det är sedan länge känt att fysisk aktivitet och träning spelar en avgörande roll för att behålla god fysisk funktion och livskvalitet även sent i livet (Fiatarone 2002, Littbrand m.fl. 2009) och att det aldrig är för sent att börja träna. Studier har visat goda resultat av anpassad träning också hos personer med multisjuklighet och olika former av funktionsnedsättning. En systematisk översiktsartikel baserad på 16 randomiserade, kontrollerade studier gällande äldre personer med multipla diagnoser kunde påvisa starka bevis för positiva effekter av fysisk träning på muskelstyrka och rörelseförmåga (Rydvik m.fl. 2004). Det är mycket viktigt att träningen individanpassas, vilket kräver noggrann och återkommande funktionsbedömning. En studie, som utvärderade effekten av tre månaders skraddarsydd fysiska och dagliga aktiviteter hos multisjuka äldre i sjukhemsmiljö, visade signifikant skillnad mellan tränings- och kontrollgrupp, till träningsgruppens fördel, gällande förflyttningsförmåga, balans och aktivitetsnivå (Grönstedt m.fl. 2013).

Många faktorer är viktiga för att trots multisjuklighet uppnå en optimal livssituation. De flesta personer med multisjuklighet vårdas numera i hemmet med varierande grad av hemtjänst, medan en mindre grupp, vanligen med betydande funktionshinder, vårdas i olika former av särskilda boenden.

Kanske främst för dem som vårdas i hemmet blir det ibland aktuellt med sjukhusvård eller uppföljning av hälsoproblem på vårdinrättning.

Många kan då uppleva otrygghet p.g.a. osäkerhet om framtida vård men också till följd av möten med ett stort antal vårdgivare med olika professionell bakgrund, där ingen tycks ha en helhetsbild av vårdtagarens situation.

För att skapa möjlighet för bättre samverkan mellan de olika huvudmän och yrkesgrupper som behövs för att bemästra den komplexa problematik hos de mest sjuka äldre har på många håll samverkanstrukturer utvecklats mellan kommuner och landsting och där främst mellan sjukvård och socialtjänst. I Södra Älvsborg finns en sådan struktur benämnd Närårds-samverkan i Södra Älvsborg.

Nationella satsningar på ”de mest sjuka äldre”

Överenskommelser har gjorts mellan regeringen och SKL (Sveriges kommuner och landsting) bl a om insatser för att förbättra vården och omsorgen om ”de mest sjuka äldre”. Vid en första överenskommelse år 2010 utlystes möjligheter att söka stöd för försöksprojekt för att utveckla vården och omsorgen för målgruppen. Satsningen pågick under tre år. 19 projekt beviljades medel, däribland TryggVE⁴.

Projekten var spridda över landet och lokaliserade till såväl storstäder som till mindre kommuner och glesbygd. Gemensamt var målgruppen, även om denna definieras lite olika. En del projekt använde definitionen multisjuka äldre, medan andra lade till multisviktande och emellanåt används även uttrycket (mest) sköra äldre.

Att utveckla samverkan och former för samarbete mellan huvudmän och yrkesgrupper var centralt i samtliga projekt. I nästan alla projekt involverades olika huvudmän; på landstingsidan sjukhus och primärvård och där hemsjukvården inte (ännu) var kommunal även hemsjukvård. I några projekt ingick även privata vårdgivare – främst inom primärvård. På kommunsidan omfattades alltid, där den var kommunaliserad, hemsjukvård och oftast äldreomsorg i såväl hemtjänst som särskilda boenden.

I många projekt betonades problematiken med informationsöverföring mellan huvudmän och yrkesgrupper. Således var i de flesta projekt ett viktigt syfte att utveckla informationen och överföringen av denna, oftast med

⁴ Underlag för följande korta presentation av projekten är hämtat från projektens slutrapporter (september 2013) hämtade från SKL:s webbsida: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/social-omsorgochstod/aldre/forsoksverksamheter

IT-stöd. I flera projekt lyftes vikten av samplanering fram och att utveckla bra former för vårdplanering och samordnad individuell plan var ett mål. I några projekt prövades samverkan i form av särskilda personer; äldre-lotsar eller kontaktsjuksköterskor. I några projekt utvecklades tvärprofessionella team för att möta de komplexa kompetensbehov som behövs inom vården och omsorgen för målgruppen.

Några av projekten fokuserade på ”inflödet” till vård och omsorgsverksamheter – hur man ska göra en så bra bedömning som möjligt av den äldres behov och utifrån detta en planering av insatser. Genomgående är uppfattningen att det ska ske i samvekan mellan olika yrkesgrupper. Hit kan TryggVE räknas. I några fall lyftes även vikten av att lyfta fram den enskildes egen uppfattning. Andra projekt inriktades mer på insatser och stöd för den äldre – själva arbetsprocessen, sedan bedömning och planering skett. Det kunde handla om lotsar, äldrecentral, team som samarbetar kring insatser, sammanhållna vårdkedja m m. Några projekt tog sin utgångspunkt i utskrivningen – ”utflödet” – från sjukhus och hur den kan bli bättre för att minska återinskrivningar.

Trygghet för den äldre var ett ofta återkommande honnörsord i projekten och projektbeskrivningarna: Trygghet att veta till vem och vart man ska vända sig inom den ofta snåriga vård- och omsorgsvärlden. Liksom hur man skulle göra för att få kontakt och när man kan söka kontakt. Detta betonades starkt även i TryggVE.

I många projekt framstod sjuksköterskan som den sammanhållande yrkespersonen. Givetvis fanns ofta även andra yrkesgrupper med: sjukgymnast och arbetsterapeut, läkare, biståndshandläggare, kurator, undersköterskor och vårdbiträden.

Av projektrapporterna framgår att det många gånger har blivit fördröjningar och förseningar i arbetet, av en rad olika anledningar, och man har inte riktigt hunnit ända fram. I några fall rapporteras att arbete pågår med beslut för fortsatt implementering. I något fall finns beslut om permanentande efter projekttiden.

Projekten var således av olika geografisk, personell och ekonomisk omfattning. TryggVE var ett stort projekt; såväl vad gäller geografisk omfattning, involverade huvudmän, projektorganisation samt målgruppens numerär.

Översikten visar att de mest sjuka äldre, med olika benämningar, har en komplex problematik. Samverkande insatser krävs från olika huvudmän och yrkesgrupper för målgruppen. Brister har uppmärksammats och i en nationell satsning har SKL, efter överenskommelse med regeringen, fördelat ekonomiska medel för att i projektform pröva och utveckla verksamheter för de mest sjuka äldre. TryggVE var ett av de projekt som beviljades medel. I föreliggande rapport rapporteras den externa utvärderingen som var kopplad till projektet.

Syftet med denna slutrapport är att göra en samlad extern bedömning och värdering av TryggVE-projektet i relation till dess målsättningar samt att diskutera möjliga förklaringar till projektets utfall.

3. TryggVE-modellen och TryggVE-projektet

TryggVE-modellen

Arbetsmodellen TryggVE utvecklades genom att ett samverkansorgan för länssjukvård, kommuner och primärvård i Sjuhärad (ReKo-området) gav uppdrag till en utvecklingsgrupp att se över vården för multisjuka äldre. Syftet var att förbättra omhändertagandet och vården av gruppen multisjuka äldre. En arbetsgrupp bildades 2007, med representanter från Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS), kommuner och primärvård, med uppgift att utveckla en arbetsmodell. Målet var ”Rätt vård på rätt nivå” med tydligt patientfokus och hög effektivitet med målsättning att minska antalet inläggningar” (Slutrapport Multisjuka äldreprojektet, 2009). Resultatet av detta arbete blev den första TryggVE-modellen.

Modellen byggde på att äldre patienter som identifieras som multisjuka eller multisviktande skulle genomgå en utredning/screening för att uppmärksamma hälsoproblem. Områden som beaktades i denna utredning var trygghet, psykisk hälsa, läkemedel, nutrition, rehabilitering och prevention. Patienten skulle även få en speciellt utsedd kontaktperson hos primärvården eller kommunen som han/hon kunde vända sig till vid behov av råd eller stöd.

Modellen hade testats i liten mindre skala på Södra Älvsborgs Sjukhus Borås 2008–2009 tillsammans med två kommundelar inom Borås Stad och två vårdcentraler i Borås. På sjukhuset fanns under denna period ett sjukhusövergripande team som bestod av sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och apotekare som hade ett särskilt uppdrag att arbeta mot denna patientgrupp. Modellen visade sig fånga upp patientens behov på ett tydligare sätt. En första utvärdering av modellen visade en minskad återinläggningsfrekvens inom 30 dagar med cirka 10 procent. Resultaten från screeningarna visade att cirka 60–70 procent av patienterna hade behov av fortsatt uppföljning/bedömning inom den kommunala hälso- och sjukvården eller av primärvården (Slutrapport Multisjuka äldreprojektet, 2009). Utifrån dessa positiva erfarenheter utformades det mer omfattande projektet, TryggVE, för att i större skala pröva den utvecklade modellen inom Södra Älvsborg.

Projektet hade följande målgrupper:

Multisjuk äldre	En person över 75 år med minst 3 diagnoser och minst 3 oplanerade läkarkontakter det senaste året.
Multisviktande äldre	En person med någon eller flera sjukdomsdiagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. (Socialstyrelsen 2002)
Sammantaget ska de båda grupperna ha en skör livssituation, snabbt föränderlig, och med behov av återkommande omprövning av vård, omsorgs- eller rehabiliteringsinsatser.	

Gruppen multisjuka äldre beräknas enligt Epidemiologiskt Centrum vara cirka 7 procent av alla över 75 år. I Södra Älvsborg fanns det i februari 2011 drygt 25 000 personer som var över 75 år. Om 7 procent av dessa är multisjuka så ger det cirka 1 750 personer (ur Ansökan om etikprövning, 2012-03-21, FoU Sjuhärad Valfärd till Etikprövningsnämnden i Göteborg).

TryggVE-projektet syfte och mål

I ansökan till SKL formulerades syfte, mål och projektets huvudsakliga arbetsuppgifter.

Projektet beviljades för tiden 2010-06-01–2013-05-30 medel som ett av 19 utvalda försöksprojekt i satsningen ”De mest sjuka äldre”. Under projektarbetet konkretiserades såväl syfte som genomförandeplan.

Syftet med projektet var att:

- Pröva om modellen ger ett förbättrat omhändertagande och ökad trygghet för patienten.
- Kartlägga hälsoproblem som synliggörs med valda bedömningsinstrument
- Pröva samt anpassa arbetsmodellen till ordinarie verksamhet.

Det övergripande målet var:

- Att införa samt utvärdera en arbetsmodell som ger *rätt vård på rätt nivå* med hög effektivitet och ett tydligt patientperspektiv med fokus på trygghet.

Delmål:

- TryggVE-modellen ska göras känd.
- Varje verksamhet och profession ska veta hur information om en TryggVE-patient ska hanteras och informationsöverföringen ska förbättras
 - mellan sjukhus, primärvård och kommun,
 - mellan och inom yrkesgrupper,
 - inom kommun/stadsdel, sjukhus och primärvård.
- Ska förbättra strukturen i journalföring och kommunikation.
- Ge en heltäckande och sammanhållen bild av patientens situation genom att använda bedömningsinstrument som ett redskap för att identifiera risker inom områdena trycksår, fall, undernäring samt nedsatt aktivitets- och/eller funktionsförmåga. Detta ska kompletteras med bedömning av riskbruk avseende alkohol, skattning av symtom på ångest- och depressionsproblematik och bedömning av kognitiv förmåga.
- Förenkla övergången mellan vårdgivare.
- Ge ökad trygghet bland annat genom att alla patienter ska veta vart de ska vända sig och vem som ansvarar för den fortsatta vården.
- Alla patienter ska veta vem deras patientansvarige läkare är och vem som är deras patientansvarige sjuksköterska.
- Genomföra läkemedelsavstämning minst 1 gång/år med symtomskattning. Särskilt uppmärksamma användning av läkemedel med antikolinerg effekt, benzodiazepiner, NSAID samt polyfarmaci.
- Öka antalet läkemedelsberättelser vid utskrivning från sjukhus där läkemedelsförändringar beskrivs. Särskilt uppmärksamma användning av läkemedel med antikolinerg effekt, benzodiazepiner, NSAID samt polyfarmaci.
- Aktuell läkemedelslista ska följa med patienten.

(Gemensam Projektplan TryggVE version 2011-10-10, Närvårdssamverkan Södra Älvsborg)

Projektets organisering och genomförande

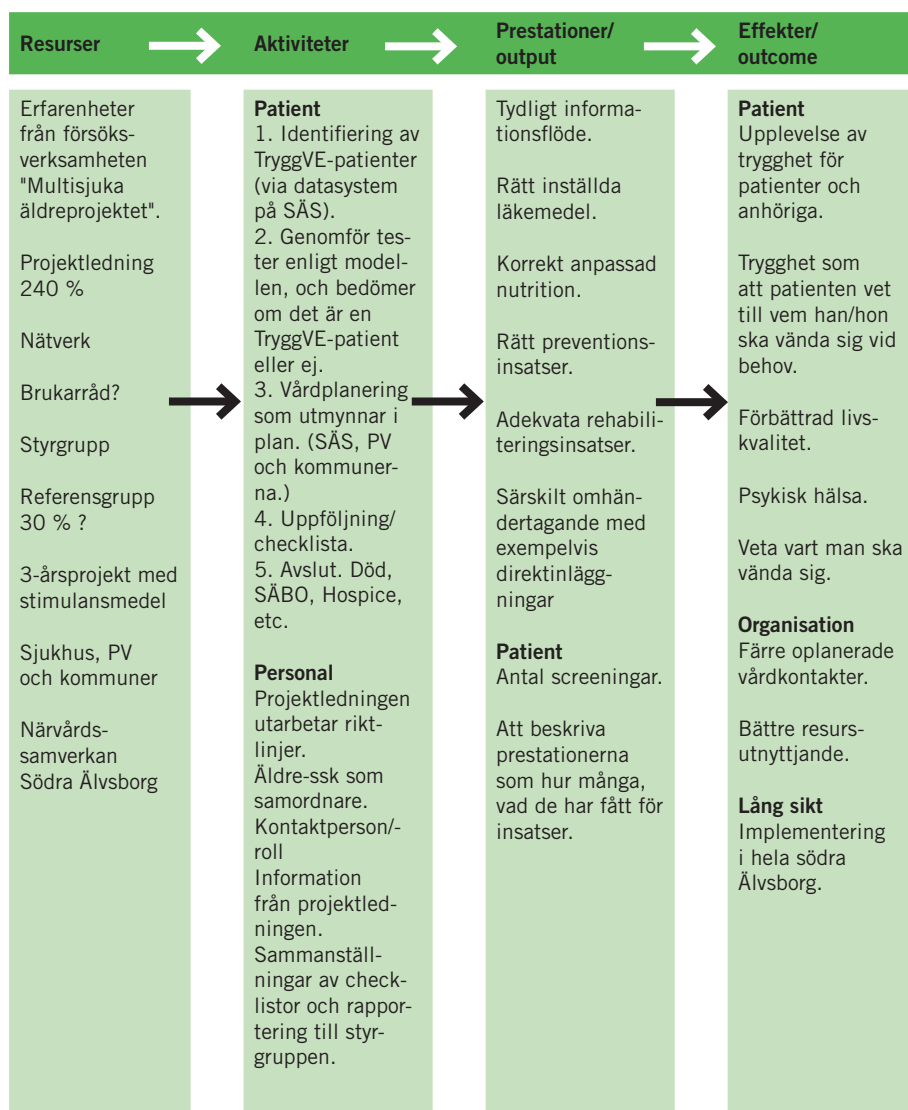
Två samverkansorganisationer fanns i Södra Älvsborg tidigare. Dessa var KoLa (kommun/landsting) i Mittenälvsborg (Kommunerna Alingsås, Herrljunga, Lerum, Vårgårda, primärvården i dessa geografiska områden och Alingsås lasarett) och ReKo Sjuhärad (region/kommun) i Sjuhäradsområdet (Borås, Bollebygd, Mark, Herrljunga, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn, primärvården i dessa geografiska områden samt Södra Älvsborgs sjukhus). En sammanslagning av dessa två samverkansorganisationer genomfördes 2011 och fick namnet *Närvårdssamverkan Södra Älvsborg*. Ansökan utarbetades och lämnades gemensamt för de ovan nämnda samverkansorganisationerna i avsikt att genomföra projektet inom såväl Sjuhärad som Mittenälvsborg.

Under projektets första år fanns en särskilt tillsatt *styrgrupp* för projektet, i vilken ingick personer med erfarenhet även från pilotprojektet. Närvårdssamverkan Södra Älvsborg har inrättat olika utvecklingsråd, bland annat ett för äldre multisjuka, vilket blev styrgrupp för TryggVE under projektets avslutande år. (TryggVE slutrapport 2010-2013, Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.)

En *huvudprojektledare* samt 6 *delprojektledare* på sammanlagt 2,4 årsarbetare ansvarade för projektets genomförande. Samtliga arbetade deltid med uppgiften. Som operativt stöd i organisationerna för att arbeta enligt TryggVE-modellen har de haft utsedda s.k *kontaktpersoner*. Tillsammans har dessa bildat nätverk som träffades med jämna mellanrum under ledning av respektive delprojektledare. Kontaktpersonerna var anställda i respektive organisation och förväntades konkretisera projektet på hemmaplan. Majoriteten av kontaktpersonerna var sjuksköterskor och övriga sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt biståndsbedömare. Till kontaktpersonernas uppgifter i projektet hörde: att förmedla information, att sammankalla lokal arbetsgrupp, ta fram lokala rutiner samt driva utvecklingen lokalt och handleda i implementering av modellen.

Projektet startade efter sommaren 2010 med att utveckla och förtydliga riktlinjer och rutiner för användningen av TryggVE-modellen ute i verksamheterna. Under hösten påbörjades även arbetet med utvärderingen. I samarbete med projektledningen och utifrån hur projektet beskrevs

i ansökan (Ansökan om medel till försöksverksamhet kring de mest sjuka äldre Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad och vårdsamverkan KoLa, 2009-06-24) utarbetades under hösten en s.k. *programteoretisk skiss* för att beskriva projektets planerade uppläggnig, genomförande och förväntade resultat.



Figur 1. Programteori för TryggVE-projektet. (Se instruktioner för läsning nästa sida.)

Figur 1 läses från vänster till höger enligt pilarna.

- En viktig resurs var erfarenheterna från det föregående projektet, som i sammanhanget har karaktären av pilotprojekt. I ansökan togs även upp om att formera ett brukaråd, vilket dock aldrig förverkligades.
- Projektets aktiviteter har riktat sig till två grupper:
 - Att identifiera och utreda/screena ”TryggVE-patienter”.
 - Att stödja personal i arbetet med TryggVE-modellen.
- Projektledningen har också sammanställt erfarenheter från modellens användning.
- Prestationerna projektet vill uppnå handlar om förbättringar vad gäller informationsflöden, läkemedel, nutrition, preventions- och rehabiliteringsinsatser. I ansökans projektbeskrivning togs också upp om möjligheter för särskilt omhändertagande för målgruppen, exempelvis direktinläggningar.
- Önskvärda effekter var att patienter och anhöriga skulle uppleva trygghet genom att bättre veta vem man ska vända sig till vid behov, exempelvis genom en kylskåpsmagnet med kontaktuppgifter till ansvarig sjuksköterska. Likaså förväntas effekter som ökad livskvalitet och förbättrad hälsa hos målgruppen. Effekt på organisationsnivå var färre oplanerade vårdkontakter och ett bättre resursutnyttjande. På lång sikt var målen implementering av en välfungerande arbetsmodell för målgruppen inom hela det berörda geografiska området.

4. Utvärderingens design och metod

FoUS fick i uppdrag att genomföra en extern utvärdering av projektet. Ambitionen var att genomföra utvärderingen på en så vetenskaplig grund som möjligt. I de första planerna som presenterades projektledning och projektets styrgrupp var tanken att kunna göra kontrollerade studier av projektets effekter för patienter och anhöriga genom att t.ex. jämföra livskvalitet och upplevelse av trygghet hos patienter i målgruppen som blivit respektive inte blivit skattade och bedömda som TryggVE-patienter. Dock var styrgruppens mening att projektet skulle genomföras inom hela det geografiska området och av samtliga verksamheter som omfattades av beslutet om att genomföra projektet, vilket man menade omöjliggjorde jämförande studier av detta slag. Utvärderingen fick därför läggas upp på ett annat sätt, vilket presenteras nedan.

Utvärderingens design

Utvärderingen har genomförts genom ett antal delstudier; dels inriktade mot projekt- och verksamhetsnivån och dels mot patienter och anhöriga. Förutom den första delstudien, som följde hur projektorganisationen kom på plats och i verksamhet, innebar de övriga att information insamlades vid två tillfällen; så tidigt (huvudsakligen under 2011 och med vissa kompletteringar under våren 2012) och så sent som möjligt i projektet (huvudsakligen våren 2013) för att fånga och värdera två ”tillstånd”⁵ i förhållande till varandra: Skedde förändringar och i så fall vilka? För att underlätta genomförandet av utvärderingen gjordes ett geografiskt urval beträffande var delstudierna skulle genomföras. Detta för att få spridning i informationen om projektets förlopp och utfall inom berört geografiskt område och bland verksamheter/huvudmän.

Informationsinhämtningen (datainsamling) har skett med flera olika metoder:

- Dokumentstudier
- Enkäter
- Intervjuer

⁵ S.k. ”före-efterutvärderingar”, t.ex. Eriksson & Karlsson (2008) Att utvärdera välfärdsarbete, kap 11 och 12.

Strävnan har varit att utvärdera TryggVE-projektet ur ett antal olika perspektiv och utifrån olika intressenter. Betoningen har legat på att samla information om ”den oberoende variabeln” (TryggVE-projektet som genom TryggVE-modellen) som skulle bidra till att ”de mest sjuka äldre” fick bättre vård och stöd, d.v.s. TryggVE-patienterna och deras anhöriga.

I några avseenden har information inhämtats via projektledningsgruppens interna uppföljningar, främst presenterade i gruppens slutrapport till SKL.

Nedan följer en uppräknig av de olika delstudierna som genomfördes och med deras huvudsakliga frågeställningar, härledda ur TryggVE-projektets medelsansökan och projektbeskrivning:

Projekt- och verksamhetsnivån:

- 1. Hur och när kom organisationen för TryggVE på plats och i verksamhet? Etablerades organisationen för projektet som planerats? När kom organisationen för TryggVE-projektet på plats och i verksamhet? Vilka eventuella svårigheter uppkom längs vägen?*
- 2. Hur uppfattade TryggVE-nätverket projektet? Uppgiftsinhämtande från nätverk – kontaktpersoner: Hur uppfattade dessa personer TryggVE, stödet från projektledningen och möjligheterna att förverkliga TryggVE? Hur upplevde man stödet från sina respektive verksamheter för att implementera TryggVE? Hur såg man på sin roll?*
- 3. Kunskap om och nyttjande av TryggVE. Kännedom om TryggVE ute i berörda vårdverksamheter? Kunskaper om TryggVE och modellen? Har man använt sig av modellen? Uppfattningar om projektet och modellen? Vilka är TryggVE-patienterna?*
- 4. Hur uppfattades TryggVE bland utförarna? Uppfattningar om nyttan med TryggVE och modellen. Skedde implementering av TryggVE och på vilket sätt? Vilka möjligheter och hinder identifierades? Påverkade TryggVE-projektet samverkan och rutiner mellan och inom vårdgivare?*
- 5. Hur utvecklades användningen av TryggVE-modellen? Vad användes, i*

vilken omfattning? Konsekvenser av projektet, t.ex. påverkades återinläggningar på sjukhus?⁶

6. *TryggVE-patienter*. Syftet med delstudien var att beskriva hur TryggVE-patienter uppfattade betydelsen av insatserna för sin upplevelse av trygghet och livskvalitet, samt tro på egen förmåga för att klara vardagslivet. Syftet var även att fånga patienters uppfattning om mötet med och samspelet mellan olika vårdgivare.
7. *Anhöriga*. Syftet var att beskriva anhörigas uppfattning om konsekvenser av TryggVEs särskilda omhändertagande.

Utvärderingens delstudier i relation till programteori

Ett viktigt inledande skede i utvärderingsarbete är att klarlägga utvärderingsobjektets programteori (ibland kallad logisk modell eller interventionsteori, se t.ex. Karlsson Vestman, 2011 eller Vedung, 2009). Programteori är underliggande teorier och antaganden om hur man tänker sig gå tillväga för att projektet ska lyckas väl, nå sina mål och/eller åstadkomma effekter. Programteori bygger på att objektet för utvärderingen, i det här fallet TryggVE-projektet inklusive TryggVE-modellen, betraktas som ett system med ”inflöden”, ”genomflöden” och ”utflöden” samt att där finns återkopplingsmekanismer. Inflödena består av mänskliga och ekonomiska *resurser och förutsättningar* i form av personal, kunskaper, lokaler, teknik etc. Genomflödena är de olika *aktiviteterna* (ibland benämnda processerna) som utvecklas för att nå projektets syfte och mål. *Resultatet* kan ses dels som *prestationer* (vad projektet har producerat) och dels, och ytterst som projektets *effekter*, d.v.s. önskad påverkan på målgruppen. I föregående kapitel presenterades programteori för TryggVE-projektet. Nedan sammanfattas redogörelsen för utvärderingens uppläggning med de olika delstudierna placerade i relation till programteorin.

⁶ Planeringen var att även söka klarlägga andra (ekonomiska) konsekvenser för huvudmännen av projektet. T.ex.; påverkades efterfrågan på primärvård/vårdcentraler. Påverkades konsumtion av hemtjänst och särskilt boende? Resursbegränsningar omöjliggjorde detta och förändringar i projektets arbete gjorde det dessutom mindre intressant (se mer nedan under beskrivning av projektets faktiska förlopp i kapitel 5 och i bedömningen och värderingen av projektet, kapitel 12).

Tabell 1: Utvärderingens delstudier i relation för programteori för TryggVE-projektet.

Delstudiernas fokus	Delstudierna i förhållande till programteori
1. Projektorganisationen – på plats och i verksamhet	Resurser och förutsättningar
2. TryggVE-nätverket – kontaktpersonerna	Resurser och aktiviteter
3. Kunskap om och nyttjande av TryggVE	Aktiviteter
4. Uppfattning om TryggVE och implementeringsmöjligheter	Aktiviteter
5. Användning av TryggVE-modellen	Prestationer
6. Betydelse för TryggVE-patienter	Effekter
7. Anhörigas uppfattning om TryggVE	Effekter

Delstudiernas metoder och genomförande

I följande text beskrivs närmare hur de olika delstudierna planerats och genomförts. Delstudiernas resultat presenteras i kapitel 5–11.

Delstudie 1: Om projektorganisationen och projektets arbete

Denna delstudie hämtar sin information från dokument, som ansökning och projektbeskrivning, samt minnesanteckningar som projektledningen gjort vid projektmöten samt från styrgruppsprotokoll. Den dokumentation, i form av rutiner och manualer för arbetet med TryggVE-modellen som projektledningen skapade ligger även den till grund här.

För att få underlag för projektledningens uppfattning av hur arbetet utvecklades genomfördes vid två tillfällen – juni 2012 och mars 2013 – enkla SWOT-analyser (Strengths, Weakness, Opportunities, Threats) (Karlsson 2011). SWOT-analysen innebar att projektledarna, först inledde utifrån vilken huvudman (kommun, primärvård, sjukhus) de representerade och sedan samlat, fick diskutera och gemensamt komma fram till vad de uppfattade som projektets interna styrkor, interna svagheter, möjligheter i omvärlden liksom hot i omvärlden. Vid båda tillfällena antecknade projektledarna i mindre grupper vad de kom fram till och sedan dokumenterades den samlade uppfattningen på en whiteboard.

Delstudie 2: TryggVE-nätverket – kontaktpersonerna

Information om kontaktpersonernas uppfattning inhämtades genom s.k. *Fokusgrupper*. (Wibeck 2000), en form att gruppintervju där diskussionen

ska röra sig kring ett på förhand givet ämne. Gruppdeltagarna diskuterar med varandra utan alltför mycket styrning av ledarna för gruppen.

Uppgifter om kontaktpersoner som kunde bli aktuella för intervju erhöles via projektets webbplats.

Hösten 2011 inbjöds kontaktpersoner från Sjuhärad till fokusgrupp, men då endast en person deltog gjordes istället en intervju. Till februari 2012 inbjöds 17 kontaktpersoner och då kunde fokusgruppen genomföras, med fyra deltagare. Då hade en motsvarande fokusgrupp, bestående av sex deltagare, genomförts i Mittenälvsborg i december 2011. Deltagarna var här sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Andra fokusgruppstillfället: Från Sjuhärad inbjöds 13 kontaktpersoner i mars 2013. En kontaktperson hade slutat och av de övriga hade ingen möjlighet att komma, varför enskilda intervjuer genomfördes med fyra kontaktpersoner på respektive arbetsplats: en sjuksköterska på en vårdcentral i Borås, tre – arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska – på SÅS.

I mars 2013 inbjöds också 18 kontaktpersoner från Mittenälvsborg att delta i en uppföljande fokusgrupp. Fem personer var då inte längre kvar som kontaktpersoner, tre kunde inte komma och sju gick inte att komma i kontakt med. Följaktligen kom endast tre personer till fokusgruppen som ägde rum i Alingsås, samtliga sjuksköterskor, två i kommun och en inom primärvård.

Fokusgruppen inleddes vid båda tillfällena med en kort beskrivning av utvärderingsuppdraget samt, vid andra tillfället, med vad som framkommit vid förra fokusgruppen. Därefter redogjordes för upplägget av fokusgruppen. Anteckningar fördes och samtalen spelades in. Det inspelade materialet användes som underlag för utskrift av samtalen och raderades sedan. Anteckningsbaserad analys (Wibeck 2000) användes för att analysera materialet, vilket innebär att en av ledarna gör anteckningar som sedan sammanfattas för deltagarna.

Följande frågor användes som underlag för diskussion eller intervju:

Fråga 1: Vad får ni för stöd från projektledningen i TryggVE?

Fråga 2: Vad får ni för stöd från era respektive verksamheter för TryggVE?

Fråga 3: Vilka är nyckelfaktorerna för att TryggVE ska leva vidare efter projekttidens slut?

Delstudie 3: Kunskap om och nyttjande av TryggVE

Som metod för datainsamling användes här, vid två tillfällen, en elektronisk enkät riktad till arbetsterapeuter, läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor, biståndshandläggare, enhetschefer, kuratorer och liknande personalgrupper.

Samma frågor ställdes vid båda tillfällena (tillfälle 1 i slutet av 2011 i Sjuhärad och i början av 2012 i Mittenälvsborg och tillfälle 2 början av 2013 i såväl Sjuhärad som Mittenälvsborg) förutom att frågor angående om man arbetar i offentlig eller privat verksamhet respektive om när i tiden man fått information om TryggVE lagts till vid tillfälle 2. (Enkäten i bilaga 1.)

Tillvägagångssätt vid första enkättillfället: Vid distribution av enkäten ansvarade huvudprojektledaren och delprojektledarna för utskick till enhetschefer eller motsvarande i respektive organisation, vilka sedan ombads att skicka vidare till legitimerad och övrig högskoleutbildad personal inom sina ansvarsområden. Projektledningen bistod här utvärderingsgruppen med betydande tidsinsatser.

Utskick gjordes till delprojektledarna i Södra Älvsborg 2011-05-13 och enkäten stängdes 2011-09-15. För att kunna kontrollera hur många personer som fått enkäten ombads cheferna i följebrevet att anteckna vilka personer i organisationen de sänt vidare till, information som sedan vidarebefordrades till utvärderarna. I Mittenälvsborg, där enkäten var öppen 2012-01-10 till 2012-03-13, bifogades också Eva Höglunds mejladress vid chefernas utskick. En påminnelse skickades ut. Avsikten var att få uppgifter om antalet personer som fått enkäten och vilken arbetsplats de arbetade på. Då endast en enhetschef gjorde detta blev det dessvärre omöjligt att få reda på hur många personer som tillsänts enkäten, d.v.s. att få grepp om svarsfrekvensen.

Inför en andra enkätomgång genomlästes samtliga relevanta webbsidor i de utvalda kommunerna och i Västra Götalandsregionen i syfte att hitta lämpliga verksamheter som kunde screena TryggVE-patienter. Utskick till cheferna gjordes 2013-01-23 och en påminnelse gick ut 2013-03-12. Delprojektledarna tog också ansvar för att påminna cheferna, speciellt läkare, kuratorer och enhetschefer. Enkäten stängdes 2013-05-02. Vid andra enkätomgången blev det möjligt att åtminstone grovs uppskatta svarsfrekvens.

Delstudie 4: Uppfattning om TryggVE och implementeringsmöjligheter

För att TryggVE-modellen skulle användas och fungera i praktiken krävdes acceptans och stöd ute i berörda verksamheter. För att få uppfattning om stödet för TryggVE användes intervju som metod, varvid nyckelpersoner i verksamheterna (enhetschefer, verksamhetschefer, verksamhetsutvecklare eller motsvarande) intervjuades. Intervjun utgick från en intervjuguide:

- Vad är din allmänna uppfattning av TryggVE?
- Hur fungerar TryggVE i din verksamhet?
- Har ni gjort några förändringar i din verksamhet för att TryggVE ska fungera?
- Vad går bra i samverkan av projektet med de andra parterna?
- Får patienterna det bättre med TryggVE omhändertagandet?
- Känns det inspirerande att arbeta i TryggVE?
- Vad ser du för fördelar med TryggVE?
- Vad ser du för nackdelar med TryggVE?
- Har TryggVE-projektet påverkat samverkan mellan olika professioner?
- Fungerar vårdkedjan bättre än tidigare?
- Hur får man projektet implementerat på bästa sätt?
- Tror du att TryggVE kommer att leva kvar efter projekttiden?

Bakgrundsfrågor

- Hur länge har du arbetat med TryggVE-projektet?
- Har du själv arbetat hos någon av de andra huvudmännen?
- Tid i yrket?

Vid det *första* tillfället gjordes urvalet av de intervjuade personerna inom de geografiska områdena Alingsås, Borås (Stadsdel Väster) och Svenljunga och intervjuerna genomfördes under våren 2012. Inom varje geografiskt område inbjöds intervjupersoner från sjukhus, primärvård och kommun via respektive webbplats. Då Alingsås ännu inte på allvar kommit igång med projektet blev intervjuer där inte aktuella. 22 personer tillfrågades och tolv personer tackade ja. Intervjuerna ägde rum på respektive kontor förutom för två personer, som föredrog telefonintervju.

Den *andra* intervjugenomgången genomfördes våren 2013, varvid 25 personer tillfrågades inom samma geografiska områden. Tolv tackade ja, och intervjuerna genomfördes på deras kontor eller per telefon efter önskemål. Samtliga intervjuade personer från den första omgången, som arbetade kvar, inbjöds på nytt för intervju varav åtta tackade ja till intervju.

För förståelse och bearbetning av intervjuerna användes kvalitativ innehållsanalys (Granheim & Lundman 2004). Denna innebär att meningar eller fraser som innehåller information som är relevant för frågeställningarna plockats ut. Dessa meningar eller fraser kallas *meningsbärande enheter*. Dessa enheter kondenseras i syfte att korta ner texten men ändå behålla innehållet. De meningsbärande enheterna har sedan kodats och grupperats i kategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna.

Delstudie 5: Användning av TryggVE-modellen

Underlag för denna kortfattade redogörelse för TryggVE-projektets produktion i form av antal skattade personer enligt TryggVE-modellen fördelade på år, huvudman, kön, ålder m.m. har hämtats från projektledningens slutrapport, resultatbilagan (Stavåsen & Martinsson, 2013). Även andra produktionsresultat, som antal och andel utförda riskbedömningar och andel återinläggningar på sjukhus är hämtade från nämnda rapport.

En avsikt i projektet var att underlätta informationsöverföring mellan huvudmännen angående målgruppen för att bättre kunna utforma individanpassade insatser. Förslag till hur detta skulle kunna ske utformades tillsammans med projektledningen. På så sätt skulle det vara möjligt att säkrare identifiera effekter för enskilda personer i kontakt med flera vårdgivare. Då journalsekretess råder mellan huvudmännen söktes särskilt etiskt tillstånd för att få överföra information som insamlades i projektet (Ansökan om etikprövning till etikprövningsnämnden i Göteborg, mars 2012). Dock blev handlägningsprocessen utdragen i tid och bedömningen gjordes att vid ett eventuellt positivt beslut var återstående projekttid för kort för att sådana data skulle bli meningsfulla. Ansökan återtogs därför. Den produktion som presenteras bygger därför på uppdelade uppgifter från de olika vårdgivarna – huvudmännen.

Delstudie 6: Betydelse för TryggVE-patienter

Avsikten med denna delstudie var att genom kvalitativa intervjuer synliggöra multisjuka äldre personers tankar och åsikter kring betydelsen av ett intensifierat omhändertagande inom vård och omsorg enligt TryggVE-modellen.

Aktuella för *intervjuer* var TryggVE-patienter boende i Borås, Stadsdel Norr, Herrljunga och Lerum och med spridning över de olika vårdgivarna. Även vid denna delstudie bistod projektledningen med patienter och kontaktpersoner som kunde vara aktuella för intervjuer. Ett strategiskt urval av 10–15 personer gällande kön, boendeförhållande och civilstatus planerades. Ansvariga TryggVE-sköterskor i primärvård och kommun i utvalda områden erhöll ett informationsmaterial om studien och ombads att muntligt tillfråga aktuella patienter om deltagande i denna delstudie. Därefter skickades en skriftlig förfrågan till aktuella patienter med information om studien, vilken följdes upp av ett telefonsamtal av intervjuaren. De som tackade ja till att delta fick muntlig information om studien, att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande, att alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och att deras deltagande inte hade någon påverkan på framtida vård. Möjlighet gavs att ställa ytterligare frågor. Exklusionskriterier var vård i palliativt skede och uttalad demens. Ett initialt inklusionskriterium var att patienten skulle ha blivit inskriven i TryggVE-projektet under de senaste tre månaderna. Detta gick däremot inte att uppfylla då det inte fanns ett tillräckligt stort patientunderlag i de utvalda områdena under denna period.

Etiskt tillstånd fanns från Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg (Diariernr 847-11).

Alla intervjuer genomfördes i deltagarens hem och vid behov tillsammans med anhörig. Efter cirka ett år genomfördes uppföljande intervjuer i hemmet eller per telefon.

Semistrukturerade intervjuer genomfördes under november 2011–april 2012 och uppföljande intervjuer under februari–mars 2013. Innan intervjuerna startade inhämtades informerat samtycke muntligt och skriftligt. Alla intervjuer genomfördes individuellt med deltagarna.

Frågeteman intervjutillfälle 1:

- En bra sjukvård – vad innebär det för dig? Vad är viktigt för dig i din kontakt med sjukvården?
- Vad har de insatser du fått i sjukvården den senaste perioden haft för betydelse för din livssituation?
- Vad är trygghet för dig?
- Har din upplevelse av trygghet påverkats av omhändertagandet i sjukvården? Hur?
- Har din förmåga att klara vardagslivet hemma påverkats? Hur?
- Hur upplever du mötet med olika vårdgivare den senaste perioden?
- Hur upplever du samspelet mellan olika vårdpersonal den senaste perioden?
- Hur upplever du de undersökningar man gjort på dig den senaste perioden?

Ytterligare öppna frågor, i relation till syftet med studien, ställdes också för att fördjupa innehållet i svaren.

Frågeteman vid intervjutillfälle 2:

- Vad har du fått för insatser under det senaste året?
- Vad har de haft för betydelse för dig?

Intervjuerna spelades in på band och transkriberades ordagrant i anslutning till intervjutillfället. Intervjuerna *analyserades* med kvalitativ innehållsanalys (Krippendorff 2004). Syftet med denna metod är att få en bred beskrivning för att erhålla ny kunskap, öka förståelsen och erbjuda förslag till åtgärder. Graneheim och Lundmans (2004) ansats användes. Intervjuerna lästes först igenom ett flertal gånger för att få ett helhetsperspektiv av innehållet med fokus på studiens syfte. Diskussionsämnen identifierades och därefter plockades meningar och fraser av relevans för respektive ämne ut till meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan och kodades. Därefter kategorisera koderna inom respektive ämne till kategorier, som i denna analys alla håller sig på en text-

nära nivå (manifest innehåll). Analysproceduren inkluderade läsning fram och tillbaka mellan helhet och delar. Skriftlig reflektion kring intervjuarens förståelse inom området utfördes inför intervjuerna och en reflexiv attityd antogs.

Delstudie 7: Anhörigas uppfattning

För att inhämta anhörigas och närståendes synpunkter utformades en postenkät med huvudsakligen bundna svarsalternativ (Bilaga 3). I slutet av varje fråga liksom vid enkätens slut gavs möjlighet till fria kommentarer.

Den största tidsinsatsen för utvärderingen gjorde projektledningen här genom att tillfråga patienter om de hade någon anhörig som de trodde ville besvara enkäten. När det fanns tillfrågades dessa anhöriga av kontaktpersoner och utvärderingsgruppen fick kontaktuppgifter. I det första enkätutskicket 2012 gjordes ett urval av anhöriga och närstående i Herrljunga, Lerum och Borås stadsdel Norr. I det andra utskicket 2013 utvidgades det geografiska området till samtliga kommuner.

I urvalet eftersträvades att få svar från den anhörige som patienten uppfattar vara den som mest aktivt stödjer och hjälper. Om intresse fanns för att svara på enkäten lämnades namn och adress vidare till FoU Sjuhärad Valfärd, som sände hem enkäten med ett svarskuvert ställt till FoU Sjuhärad Valfärd. I ett följebrev informerades om frivillighet att delta samt anonymitet.

Instruktioner angående enkätförfarandet skickades ut i förväg till aktuella kontaktpersoner. År 2012 sändes sex enkäter ut och tre svar inkom. Två svar var från make/maka/sammanboende och ett svar från barn. 2013 utsändes sju enkäter och fyra svar inkom. Av dessa svar var två från make/maka/sammanboende och två från barn. Vid båda tillfällena sändes ett påminnelsebrev ut en gång till dem som inte besvarat enkäten. Således inkom mycket få svar vid båda enkättillfällena.

En matris som ger en överblick över delstudierna, deras metoder och planerad omfattning av datainsamlingen samt tidsplan bifogas (Bilaga 1).

5. Projektets förlopp

(Resultat delstudie 1)

Projektets förlopp har i viktiga avseenden påverkats av olika faktorer och omständigheter varav flera av dem inte kunde förutses vid planeringen. Erfarenheterna från försöksprojektet 2008–2009 av modellen på SÅS tillsammans med några vårdcentraler och stadsdelar i Borås togs tillvara när det betydligt mer omfattande TryggVE-projektet planerades.

Vid starten av projektet vid halvårsskiftet 2010 knöts till projektet tre delprojektledare varav en utsågs att tillfälligt vara huvudprojektledare samt en person som adjungerades in för att företräda rehabilitering. Samtliga arbetade i Sjuhäradsområdet och några hade medverkat även i pilotprojektet. I början av 2011 knöts även delprojektledare i Mittenälvsborg i projektet. De tre nya delprojektledarna från Mittenälvsborg förväntades tämligen omgående starta arbete med TryggVE-modellen i sina respektive områden. De hade en stark press på sig att fort komma igång. Detta innebar att de själva inte hann reflektera särskilt mycket över modellen och dess praktiska tillämpning i projektet innan de skulle handleda och stödja kontaktpersoner. Dessa i sin tur behövde stöd för att införliva projektet i sina respektive organisationer.

Huvudprojektledaren, som rekryterades från Mittenälvsborg och ej hade erfarenhet från pilotprojektet, kom på plats först i januari 2011. Huvudprojektledaren ville genomföra vissa förtydliganden i projektplanen och förändringar i styrning och ledning av projektet. Vissa av dessa förslag stötte på patrull, särskilt bland delprojektledarna i Sjuhärad. Samarbetet fungerade dåligt både inom projektledargruppen och i kontakten med styrgruppen och i februari 2012 fick huvudprojektledaren sluta sitt uppdrag. Givetvis innebar det skedda en fördröjning av projektarbetet. Ny projektledare rekryterades ur gruppen som arbetat med projektskrivningen av projektet och ansökan till SKL. Han startade sitt uppdrag mars 2012. Detta gjorde att projektet inte förlorade så mycket fart som kunde befarats då denna person redan var väl insatt i projektet.

SWOT-analyser med projektledningen

Inför sommaren 2012 genomfördes en *första* SWOT-analys tillsammans med projektledningsgruppen. Såväl styrkor som svagheter liksom möjligheter och hot identifierades. I korthet framkom följande:

- Som *styrkor* framhölls att beslut om att genomföra projektet fattats på ledningsnivå hos samtliga inblandade huvudmän. Man har kommit väl igång med att etablera strukturer och rutiner för projektet och bra samspel mellan projektledare och kontaktpersoner. Projektets patientfokus och att teamarbete lyfts fram som en styrka. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster är väl bekanta med att arbeta med bedömningsinstrument.
- Som *svagheter* framhölls att projektet är omfattande givet tillgängliga resurser. Uppbackningen från ledningshåll, även via styrgruppen, uppfattades som relativt svag. Alingsås lasarett var ännu inte aktivt i projektet vad gäller att tillämpa TryggVE-modellen. Internt i projektledningen hade turbulensen kring förra huvudprojektledaren varit negativ. Mittenälvsborg hade kommit igång senare och utan de tidigare erfarenheterna som finns i Sjuhärad. Sociala omsorgsrepresentanter har relativt sent knutits till projektet. Man uppfattade emellanåt svårigheter att sprida information om projektet och tröghet ute i verksamheterna som ska tillämpa TryggVE-modellen. Följsamheten till fattade beslut, om att genomföra projektet, brast. Sjuksköterskor är inte vana vid bedömningsinstrument. Omsättning av personal i verksamheterna påverkade negativt liksom att ibland saknade kontaktpersonerna avsatt tid för sitt uppdrag. Några viktiga resurser för målgruppen hade försvunnit, t.ex. särskilda vårdplatser för äldre vid SÄS.
- Bland *möjligheter* identifierades tydligare vård- och omsorgsplaner genom Klara/SVPL. Att samverka mellan vårdgivare utvecklats positivt. Man såg också möjligheterna att knyta an till nationella kvalitetsregister. Att man lägger in TryggVE i "kravboken" beträffande primärvård är en möjlighet liksom att projektet och dess modell ligger rätt i tiden. Metodiken ger möjlighet visa på vinster för patienten.

- Även ett antal *hot* ringades in. Här lyftes fram att andra satsningar konkurrerade, t.ex. prestationsbaserade kvalitetsregister vilka tenderade att prioriteras. En svag ledning för projektet kombinerat med förändringströtthet i verksamheterna hotade också måluppfyllelsen. Vårdvalet inom primärvården och kommande beträffande rehab insatser kunde också försvåra den samverkan som projektet behövde. Ibland tycktes de olika medverkande och medansvariga vilja vänta in varandra och förlägga förväntningar till andra huvudmän och andra yrkesgrupper.

En *andra* SWOT-analys genomfördes med projektledningen under våren 2013.

- Som *styrkor* framhölls att samverkan ökat och att behov av informationsöverföring tydliggjorts. Modellen tycktes ha gett ett bra arbetssätt, varit ett stöd i att bygga upp strukturer samt har givit en helhetssyn och förbättrat teamarbetet. Projektet, menade man, kan delas upp i två tydliga delar; TryggVE-modellen och själva projektet och där ansvaret för att tillvarata resultat och erfarenheter är delat: Att genomföra vad som framkommer när modellen används är ”linjens ansvar” medan projektet ska ge optimala möjligheter att pröva modellen. Ett positivt klimat i projektledningsgruppen beskrevs som en styrka.
- Som *svagheter* beskrevs ett bristande stöd i styrning och ledning från uppdragsgivaren. Detta gällde både för projektgruppen från styrgruppen men även bristande ledningsansvar och ledningsstöd i de olika verksamheterna som man arbetade tillsammans med.
- Bland *möjligheter* nämndes att det var mycket fokus på målgruppen för närvarande på flera olika nivåer, såväl nationellt, regionalt, del-regionalt som lokalt. Dessutom ansåg man att projektet stämmer väl överrens med VG-regionens regionala handlingsplan för Södra Älvsborg.
- Avslutningsvis uppgavs som *hot* att TryggVE står i konkurrens med andra projekt, register och/eller andra utvecklingsarbeten i verksam-

heterna. Det tycks finnas det finns en organisationsegoism som gör att samverkanssatsningar lätt kommer i skymundan. Oro framkom om vad som händer för arbetssätten vid resursbrist i framtiden. En viktig faktor gällande primärvården var att arbetssättet måste in i den s.k. krav- och kvalitetsboken för att personalen ska få tid att arbeta med modellen.

Jämförelser mellan de två analystillfällena

Styrkor: Vid den första anlystillfället framhölls förhoppningar om en bra implementering av projektets modell, då beslut är tagit på förvaltningsnivå. Modellen ska kunna fungera tillsammans med befintliga datasystem. Andra gången framhöll projektledningen att det tydliggjorts ett delat ansvar för TryggVE i två delar, där projektet ansvarar för kunskap om modellen. Implementeringen av modellen måste verksamheterna själva ansvara för.

Svagheter: Vid båda tillfällena nämnde projektledningen att det blir en dubbeldokumentation och en prioritet där TryggVE saknar incitament som exempelvis ekonomisk ersättning vid registrering. Även omfattningen av projektet angavs som problematisk med många lokala rutiner och journalsystem.

Möjligheter: Här har betoningen förskjutits från vinster för patienten till att det ligger rätt i tiden att arbeta med multissjuka/multisviktande. Struktureringen av arbetet benämndes också som en möjlighet via den kunskaphöjning för personalen som projektet medfört.

Hot: Såg lika ut vid de två undersökningstillfällena i och med att det krävs stark ledning som visar att TryggVE ska prioriteras, vilket saknades. Det framkom även att arbetssättet måste in i primärvårdens krav- och kvalitetsbok om det ska leva vidare där.

Påverkan utifrån

Under 2011 lanserade SKL flera nya kvalitetsregister för att registrera bl.a. behov av insatser hos de mest sjuka äldre. Detta skedde inom ramen för en annan statlig satsning, Program för en god äldreomsorg. Ett av dessa register har delvis samma screeningsfaktorer som TryggVE-modellen,

Senior Alert. Registreringen ska användas för att synliggöra behov som sedan journalförs. Det uppfattades positivt med samma fokus som skulle kunna underlätta för TryggVE. Ofta uppfattades det av verksamheterna istället som ett dubbelarbete – att man skulle ”fylla i” enligt såväl Senior Alert som TryggVE-modellen. Det gick, och går fortfarande inte, inte med nuvarande datasystem att registrera uppgifter i olika register eller journaler samtidigt utan detta måste göras manuellt för varje gång. Sekretessbestämmer spelar också in. Senior Alert genererar dessutom en summa pengar för varje registrering (s.k. prestationsbaserad ersättning) vilket innebar att personal ibland väljer att enbart registrera i Senior Alert.

Flera andra faktorer påverkade också TryggVE-projektets genomförande.

- Flera kommuner genomförde stora organisationsförändringar; bl.a. andra Borås Stad som 2011 gick över till tre stadsdelar från tidigare tio kommundelar.
- Primärvården genomförde också en stor förändring i och med det s.k. vårdvalet där patienten erbjöds välja vårdcentral i både offentlig och privat regi.
- På sjukhuset i Borås avvecklades, som nämnts ovan, NÄVA (när-äldre vårdavdelning) som var särskilt inriktad för gruppen multisviktande/multisjuka.
- Dessutom avskaffades den tidigare särskilda ersättningen för äldresjuksköterskor i primärvården 2012, vilket innebar att vårdcentralerna själva fick finansiera denna tjänst, om de ville ha den kvar.
- Västra Götalandsregionen har parallellt med TryggVE även valt att arbeta med s.k. *Aktiv hälsostyrning*,⁷ som utförs av Health Navigator AB, och där uppdraget är att identifiera äldre patienter som bedöms ha en stor risk att söka mycket vård. Denne erbjuds då kontakt med en sjuksköterska som stödjer dem och ska samordna vårdkontakter. Alingsås lasarett har valt att arbeta med Aktiv hälsostyrning.

⁷ För mer information se: www.vgregion/nyheter/positivtmedaktivhalsostyrning.se
Även SKL arbetar med gruppen multisjuka/multisviktande genom andra modeller. Till exempel den sk. Webbkollen som är ett webbaserat verktyg som underlättar uppföljning av oplanerade återinläggningar(www.skl.se).

Sammanfattningsvis

Det kan konstateras att projektet påverkats av såväl yttre som inre faktorer, varav flera inte kunnat förutses. Till exempel tog projektorganisation med styrgrupp, projektledning tid att få på plats. Styrgruppen byttes dessutom i och med tillkomsten av Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg. Delprojektledare kom senare på plats och i verksamhet i Mittenälvsborg och med betydligt kortare ”startsträcka” än deras motsvarigheter inom Sjuhärad, varav några hade egna erfarenheter med sig från pilotprojektet. Även turbulensen kring huvudprojektledaren försinkade och försvårade arbetet. Det var egentligen först från mitten av 2012 som alla delar var på plats och patientarbetet i form av att tillämpa TryggVE-modellen kunde bedrivas i full utsträckning. Under väg har också ett antal försvårande omständigheter tillkommit och eller uppenbarats: Konkurrens med andra satsningar, omorganisationer hos huvudmännen samt att vanan med att arbeta med den systematik som modellen uttrycker var varierande mellan centrala yrkesgrupper, till vilket vi återkommer.

Nuläge och framtid för TryggVE-modellen

TryggVE-projektet utåtriktade arbete avslutades i mitten av 2013 och slut-rapporterades till SKL i september. Västra Götalandsregionen har arbetat fram en handlingsplan för *de mest sjuka äldre 2012–2014* (www.vgregionen/narvardssamverkan.se). Denna beslutades i Hälso- och sjukvårdsutskottet oktober 2012 och kommunalförbundens samorganisation Västkom gick ut med en rekommendation om beslut i enlighet med handlingsplanen i kommunerna. En genomförandeplan togs fram och förväntas genomföras i närvårdssamverkansgrupperingar i regionen. Flera delar som TryggVE-projektet arbetade med återfinns i denna plan. Varje närvårdsområde arbetar med hur de ska ta tillvara bl.a. projektets erfarenheter fortsättningsvis.

Alingsås lasarett tog redan tidigare beslut att upphöra att använda TryggVE-modellen och istället gå över till Senior alert. Erfarenheter och en del av arbets sättet från TryggVE-projektet ska tas med i Senior alert och övriga äldresatsningar som exempelvis *webbkollen*.

Hur TryggVE-modellen, helt eller delvis ska fortleva och implementeras, diskuterades i Styrgruppen för närvårdssamverkan i oktober 2013 och

där beslut togs att det ska inrättas en tidsbegränsad funktion som samordnare inom området äldre. Beslut om strukturen och uppdragsbeskrivning för denna funktion förväntas tas av styrgruppen för Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg i december 2013.

6. Projektets operativa nätverk – kontaktpersonerna

(Resultat delstudie 2)

En viktig del i projektorganisationen var kontaktpersoner med operativa uppgifter. I samråd mellan projektledningen och de olika vårdgivarna utsågs ett 100-tal personer med dessa uppgifter från de olika vårdgivarna.

Från fokusgrupper och enskilda intervjuer med kontaktpersoner framkom följande:

Samtliga var positiva till TryggVE-modellen men upplevde att den tillämpades i varierande grad. Det berodde på flera olika faktorer:

- Hur väl modellen passade in i den egna verksamhetens styr- och ledningssystem. Vid exempelvis en processtyrd verksamhet kan en TryggVE-patient delvis omfattas av denna process och då behandlas blott den del av multisjukligheten, som kan kopplas till den aktuella processen.
- TryggVE-modellen konkurrerar ibland med verksamheternas egna journalsystem och registreringssystem, som exempelvis Senior Alert.
- Primärvårdens oklara roll. Stimulansbidraget till äldresjuksköterskor på vårdcentralerna upphörde 2012. Detta har inneburit att TryggVE-arbetet avstannat på vissa vårdcentraler medan hos andra är det implementerat i det ordinarie arbetet.

Uppfattningen om projektet hade inte ändrats nämnvärt mellan de två fokusgruppstillfällena. Mittenälvsborg hade kommit lite längre i arbetet med modellen vid fokusgrupp två, men byten av flera delprojektledare fördröjde arbetet. Gruppdeltagarna uppfattade att Alingsås lasarett inte varit så aktivt i projektet utan arbetade med egna andra liknande projekt, t.ex. tidigare nämnda Aktiv hälsostyrning.

Fortfarande arbetade flera kontaktpersoner framför allt yrkesorienterat istället för att ta arbeta gentemot hela sin verksamhet. Exempelvis informerade sjukgymnaster sina kollegor på sin avdelning men inte sjuksköterskor på samma avdelning.

De flesta upplevde stor tillfredställelse med att träffa kollegor från andra huvudmän vid nätverksträffarna. Vissa av dem upplevde att de får ett kvitto på att arbetet fortsatt på ett positivt sätt, även när patienten lämnat den egna huvudmannen.

Det som kunde försvåra fortsättningsvis för registreringar enligt TryggVE-modellen är dubbel eller trippel registrering/journalföring kring samma patient. Personalen närmast patienten får för mycket att skriva om varje patient, upplevdes det som.

Skillnad förelåg fortfarande vid andra fokusgruppsstillfallet mellan Sjuhärad och Mittenälvsborg så tillvida att man har kommit längre i Sjuhärad där man arbetat med projektet en längre tid och i betydligt större utsträckning tillämpat och fått erfarenheter av TryggVE-modellen.

Generellt ansåg kontaktpersonerna att det har blivit en kunskapsökning särskilt gällande bedömningsinstrument hos berörd personal.

Kontaktpersonerna nämner, i enkät riktad till kontaktpersoner och genomförd av projektledningen (odaterat dokument, troligen våren 2013) betydelsen av utbildningarna som givits i projektet. Dessa har visat sig fylla ett stort behov och har varit användbara direkt av det dagliga patientarbetet. Vidare framhålls där att helhetssynen och arbetet med multisjuka måste fortsätta, oavsett om det kallas TryggVE eller något annat.

7. Kunskaper om och erfarenheter av projektet och modellen bland yrkesverksamma (Resultat delstudie 3)

Avsikten var att via enkäten att få kunskap om hur väl legitimerad och motsvarande personal kände till TryggVE-projektet i berörda verksamheter. Fördelning av svar från olika yrkesgrupper vid de två undersökningstillfällena var följande:

Tabell 2: Svarsfördelning olika yrkesgrupper.

Yrkesgrupp	2011-2012	2013
Arbeterapeuter	25	19
Biståndsbedömare/omsorgsutredare	7	7
Enhetschef, vårdenhetschef eller motsvarande	9	1
Kurator	0	0
Läkare	4	2
Sjukgymnast	24	21
Sjuksköterska	56	30
Verksamhetschef eller motsvarande	3	2
Annat yrke	6	0
Summa	135 personer	82 personer

Som tidigare nämnts kan inte svarsfrekvens säkert anges. För enkättilfälle 2013 finns uppgifter som indikerar en svarsfrekvens på mellan 40–45 procent.

Vid båda enkättilfällena kom flest svar från sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Andra grupper har svarat i liten eller ingen omfattning. Svaren från läkare var få liksom från biståndsbedömare. Inga kuratorer har besvarat enkäten.

Förhållandevis många svar kom från personal vid SÄS och från Borås Stad, stadsdel Väster.

I tabellen nedan redovisas hur svaren fördelas på några centrala frågor i enkäten.

Tabell 3: Sammanfattande fördelning av svar på några av enkätens centrala frågor.

Fråga	2011-2012	2013
Har du fått information om TryggVE-modellen?	Ja 94 % Nej 6 %	Ja 99 % Nej 0 % Ej svar 1 %
Får du fortlöpande information om TryggVE-projektet?	Ja 75 % Nej 25 %	Ja 70 % Nej 30 %
Hur väl känner du till TryggVE-projektet?	Väl/mycket väl 38 %	Väl/mycket väl 61 %
Har du varit delaktig i arbetet med en eller flera patienter?	Ja 31 % Nej 67 % Ej svar 2 %	Ja 76 % Nej 23 % Ej svar 1 %
Är det din uppfattning att du hinner erbjuda det särskilda omhändertagandet?	Ja 22 % Nej 24 % Ej svar 54 %	Ja 24 % Nej 61 % Ej svar 15 %
Får du den information du behöver från andra vård- och omsorgsgivare?	Alltid/Oftast 25 % Sällan/aldrig 22 % Ej aktuellt 53 %	Alltid/Oftast 34 % Sällan/aldrig 54 % Ej aktuellt 7 % Ej svar 5 %
Får TryggVE-patienterna ett bättre omhändertagande än de multisjuka fått tidigare?	Ja 22 % Nej 17 % Vet ej 61 %	Ja 11 % Nej 32 % Vet ej 57 %
Blir TryggVE-patienterna mer trygga än andra patienter?	Ja 15 % Nej 14 % Vet ej 71 %	Ja 10 % Nej 35 % Vet ej 55 %
Hur bedömer du möjligheterna att få TryggVE-modellen att fungera fortlöpande i arbetet efter att projektet är slut?	Goda/mycket goda 41 % Mindre goda/dåliga 20 % Ingen uppfattning 39 %	Goda/mycket goda 29 % Mindre goda/dåliga 38 % Ingen uppfattning 30 % Ej svar 3 %

Nästan samtliga svarande har fått information om TryggVE-modellen. Från svar på annan fråga i enkäten framgår att den främsta informationskällan har varit delprojektledarna, följt av arbetsplatsträffar och information från kollegor. En något stigande andel av de svarande uppger att man känner väl till projektet.

En större andel av de svarande har vid tillfälle två varit delaktig i arbetet med åtminstone en patient. Uppfattningen om man kan erbjuda särskilt omhändertagande är lågt och många svarar att de inte vet. Blott en liten andel uppger, vid båda tillfällena, att TryggVE-patienterna får ett bättre omhändertagande än tidigare.

Informationen från andra vård- och omsorgsgivare uppfattas bristfällig även vid enkättillfälle två.

Blott en liten andel av de svarande menar att TryggVE-patienterna blir mer trygga än andra patienter.

Relativt få, och dessutom en minskande andel, bedömer möjligheterna att få TryggVE-modellen att fungera i det vardagliga arbetet som goda eller mycket goda.

Det fanns också möjlighet att lämna synpunkter i enkäten. 35 synpunkter lämnades i *enkäten 2011-2012*. Dessa har sammanställts i fyra kategorier och illustreras med citat.

Bra projekt, men har inte hunnit börja identifiera ännu.

- *”Är kontaktperson för TryggVE, har ej kommit igång med identifiering ännu, håller på att upprätta lokala rutiner.”*

Andra gör inte det de ska göra, d.v.s. alla följer inte modellen.

- *”TryggVE-översäkring från sjukhuset fungerar ej då det är majoritet rehab personal som fyller i, andra kategoriers anteckningar saknas och förs sällan ut till kommunen.”*

Förmåner/gräddfil saknas för TryggVE-patienterna.

- *”Hade varit önskvärt om TryggVE-patienter fick komma direkt till en avdelning ’öppen retur’ och inte behöva ligga timmar på AVC.”*

Dubbelarbete som ger mer administration.

- *”Tungarbetat och tar mycket tid i anspråk men förhoppningen är att det ska vara patienten till gagn.”*

20 personer skrev synpunkter i enkäten 2013. Dessa är kategoriserade nedan och illustreras med citat.

Uppstartsfasen.

- *Vi har inte fått någon information förrän mars 2013 och då efter påtryckning till arbetsgivaren.*
- *Har inte riktigt kommit igång med TryggVE på vår avdelning. Fast vi är i startgroparna.*

Dubbelarbete.

- *Det är ofta enbart arbetsterapeuter och sjukgymnaster som skriver i TryggVE-mallen, åtminstone på min avdelning. Implementeringen bland alla yrkesgrupper verkar inte lyckats. TryggVE känns i nuläget som en extra uppgift som ingen ändå bryr sig om och då tror jag inte det ger några positiva effekter för patienterna heller.*

Olika uppfattningar om vad man förväntas göra med patienten.

- *Det råder mycket dålig information om vad exakt TryggVE är, det finns olika uppfattningar i olika yrkesgrupper om vad det innebär för respektive yrkesgrupp.*

Alla personalkategorier fyller inte i sina delar.

- *För att det ska bli ett bra omhändertagande av dessa patienter krävs att samtliga professioner är delaktiga och använder TryggVE mallen och skicka iväg den.*

Synpunkter som återkommer vid båda enkättillfällena är att man inte riktigt kommit igång ännu, utan fortfarande är i uppstartsfasen. Att det blir mycket dubbelarbete med TryggVE är också synpunkter som återkommer. Tillfrågad personal upplever också att det fylls i olika mycket uppgifter om patienterna från olika personalkategorier. De som upplevs fylla i mest är rehabiliteringspersonal. En synpunkt som huvudsakligen angavs vid första enkättillfället var avsaknaden av särskilt omhändertagande för TryggVE-patienterna.

Sammanfattningsvis

Information om projektet har nått ut till de allra flesta som svarat på enkäten och de upplever sig också väl uppdaterade på vad som händer i projektet. Dessutom har de flesta svarande 2013 varit delaktiga i arbetet med TryggVE-patienter. Många svarar att de är i uppstart eller inte hunnit komma igång ordentligt med att arbeta enligt modellen. Tidspress gör att de inte hinner erbjuda alla som behöver screening enligt TryggVE-modellen. Dubblearbete och olika uppfattningar om vad som ska fyllas i och vad som ska göras vidare för patienten upplevs frustrerande. Uppfattningen är inte att TryggVE-patienterna får något särskilt omhändertagande eller blir tryggare än andra patienter. En relativt liten och dessutom minskande andel bedömer möjligheterna som goda att få modellen att fungera i arbetet efter projektets slut.

Ett avslutande citat från enkätomgång två:

”I mindre skala tror jag att TryggVE-projektet ska kunna fortlöpa på ett bra sätt. Tror dock det kan vara svårt att hinna med att erbjuda samtliga multisjuka äldre behandling enligt TryggVE-modellen då det sällan finns utrymme till det i dagliga arbetet.”

8. Kunskaper och uppfattningar om projektet och modellen bland chefer, verksamhetsutvecklare och motsvarande (Resultat delstudie 4)

Ett antal chefer på olika nivåer samt verksamhetsutvecklare (motsvarande) inom de berörda huvudmännen intervjuades om hur de uppfattar TryggVE-projektet och modellen.

Vid intervjuerna 2011–2012 framkom följande uppfattningar. Svaren delas upp i huvudkategorier som illustreras med citat.

Uppfattning om TryggVE-projektet och modellen generellt.

- De intervjuade är positivt inställda till projektet.
- De ställer sig frågande till vad TryggVE-patienten får extra, t.ex. möjligheter för direktinläggningar eller motsvarande.
- *”Vad får dom som inte andra patienter får?”*
- De har skiftande kunskap om projektet och ger olika bilder vad projektet innebär.

Samverkan mellan huvudmännen.

- Projektet anses inte ha förbättrat samverkan mellan vårdgivarna.
”Alla tycker att alla behöver göra ett bättre jobb, både inom vår organisation och hos andra huvudmän.”
- Bra övergångar mellan olika vårdgivare beror på redan upparbetade rutiner kring samverkan. Personalen kan inte se patienten i hela kedjan. Man saknar återkoppling och återkopplar inte själva.

Ansvarsfrågan beträffande att göra bedömningar enligt modellen.

- Osäkerhet råder ibland om i vilken organisation bedömningarna ska göras. Förskjutning från SÄS till PV och kommunerna uppfattas ha skett.
”Har hört ett rykte att vissa kommuner inte använder TryggVE och då känns det inte motiverande att skriva om ingen läser ändå.”

- Som positivt uppfattas att även social omsorgspersonal börjar bli aktiv och använder vissa skattningsskalor.

Projektets tillhörighet.

- TryggVE har ansetts vara ett hälso- och sjukvårdsprojekt, och därför har social omsorg personal inte varit delaktig. Detta är nu i förändring.

”Jag upplever inte (längre) TryggVE som ett sjuksköterskeprojekt.”

Hur man pratar om projektet i organisationerna.

- Ganska anonymt projekt.
- Information går mer till professionen än ledningen.

”Behöver marknadsföra sig bättre och offensivare. Mer information till oss chefer och andra kringpersoner.”

Om projektet kommer att leva kvar efter projekttidens slut.

- Tveksamhet råder om projektet kommer att finnas kvar i nuvarande form. Vissa uttrycker att de redan har integrerat arbetssättet i sin ordinarie verksamhet.
- Om det ska finnas kvar måste det gå att lösa dubbelarbetet med exempelvis Senior Alert.

”Hur ska man få till det sen om man inte får till det under projekt-tiden?”

Konkurrens med andra projekt.

- Personalens arbetssituation är alltmer pressad och då upplevs TryggVE konkurrera med andra arbetsuppgifter.
- Organisationerna får inget extra för att registrera TryggVE-patienterna som fås för registreringar i Senior Alert. I en pressad arbetssituation väljs det sistnämnda.

Även redovisningen för intervjuerna 2013 inleds med en beskrivning av gemensamma uppfattningar hos de intervjuade.

Svaren är uppdelade i huvudkategorier som illustreras med citat.

Positiva till projektet.

- Fokuseringen på de mest sjuka äldre som grupp anser alla vara angeläget.

”Ett av de få projekt som blivit något bra.”

Ger dubbelarbete.

- Krockar med andra register och liknande arbetsuppgifter.
- Flera beskriver beslut och/eller tvång uppifrån organisationen att registrera i Senior Alert som ger pengar.

”All personal ska identifiera i Senior Alert, enligt ledningen.”

Projektet har inte förbättrat samverkan.

- Samverkan sker genom redan upparbetade kanaler. Kan vara olika vägar men PV deltar oftast inte.
- Alla tar inte sitt ansvar.

Positivt med bedömningsinstrument.

- Beskriver att man börjat arbeta mer systematiskt med dessa instrument. Har givit en kunskapshöjning hos personalen.
- ”... har fått mer kunskap om metoder och bedömningsinstrument.”*

Positivt för kontaktpersonerna att träffa varandra över huvudmannagränserna.

- Nätverksträffarna som projektledarna arrangerat har uppskattats.
- ”Mycket går att lösa direkt om man vet vem man ska prata med.”*

Implementering av projektet.

- De tror inte att projektet kommer att implementeras helt i nuvarande form men flera vill fortsätta att systematiskt arbeta med bedömningsinstrument gällande målgruppen.
- Många vet inte om beslut ska tas, har beslut tagits och vad har det i så fall beslutats om?

- Upplevelser finns också av att projektet inte kommit igång.
”Allt är i uppstartsfasen ... känns som ingen vet något.”

Projektet är anonymt och man talar sällan om det i organisationerna.

- Projektmedarbetarna skulle vara mer ute i organisationerna och prata om projektet. Kan lätt försvinna i allt informationsflöde.
”Projektet konkurrerar om vår tid så man måste marknadsföra sig stort.”

De intervjuade personerna uttryckte vid båda intervjutillfällena en positiv inställning till fokuseringen på de mest sjuka äldre och TryggVE-projektet. Personalen har getts en kunskapshöjning angående de mest sjuka äldre och då särskilt bedömningsinstrument som använts i projektet. Även att kontaktpersonerna träffats över huvudmannagränserna är något som upplevts positivt.

Det är integreringen/implementeringen i den egna verksamheten som komplicerat. Konkurrens med andra projekt, register, processer och egna omorganisationer har gjort arbetet komplicerat för projektet.

Situationen visade sig vara ganska lika vid de två intervjutillfällena, förutom att flera har varit involverade i Senior Alert andra intervjuomgången och att delar av Mittenälvsborg kommit igång först i slutet av projekttiden.

Ur intervjuerna kan urskiljas olika angreppssätt från chefer och verksamhetsutvecklare angående deltagande i TryggVE-projektet. En grupp genomförde projektet som ledningen och projektledarna hade talat om att de skulle göra. Personalen fick den information och de förutsättningar som de behövde, om resurser fanns. De hade själva inga planer på vad de skulle göra med kunskapen från projektet när det var slut. Den andra gruppen integrerade hela eller delar av projektet ganska omgående i den ordinarie verksamheten. De såg ett mervärde i utfallet av projektet och hade därför lätt att motivera delar av det som fortsättning. Exempelvis en vårdcentral som fann en tidsvinst för all personal i och med att man hade en särskild äldresjuksköterska som ansvarade för denna målgrupp. Patienterna och den övriga personalen visste vem man skulle vända sig till och detta skapade en tydlighet för alla på denna arbetsplats.

Sammanfattningsvis

Även bland chefer och verksamhetsutvecklare fanns en positiv grundinställning till projektet och modellen. Problem kvarstod över tid beträffande dubbelarbete, att projektet uppfattas anonymt, att samverkan inte påverkats och att olika yrkesgrupper är olika vana vid att använda systematiska bedömningsinstrument. Tveksamhet till möjlighet att implementera arbetssättet kvarstod över tid.

9. Omfattning av TryggVE-patienter; TryggVE-modellens användning

(Resultat delstudie 5)

I projektets slutrapport finns ett antal patientrelaterade uppgifter av prestationskaraktär. Här refereras till några av dessa. För detaljerad information hänvisas till projektledningens slutrapport, resultatbilagan (Stavåsen & Martinsson, 2013). Inledningsvis ska noteras att många av uppgifterna, vad gäller antal personer/patienter är relativt osäkra. En förklaring till detta är att underlagen för redovisningen är olika mellan kommuner och primärvård respektive sjukhus. Uppgifterna om TryggVE-patienterna från sjukhus, huvudsakligen SÄS, hämtades från journalsystem medan uppgifterna från övriga hämtades från de rapporteringsunderlag som utarbetades inom projektet.⁸

Projektledningen uppskattar antalet TryggVE-patienter för projekt-tiden (2010–2012) uppgick till knappt 2000 personer. Av dessa identifierades 315 personer inom kommuner och primärvård. Först från och med 2011 kom man där igång att identifiera TryggVE-patienter. Från sjukhusen identifierades cirka 1 675 TryggVE-patienter varav 52 patienter vid Alingsås lasarett. Dessa identifierades först under 2012. SÄS identifierade redan under 2010 823 patienter.

Fördelade geografiskt noteras att mer än 90 procent av TryggVE-patienterna kom från Sjuhäradssområdet, som ju – vilket framkommit tidigare – kom igång snabbare med patientarbete.

Hälften av TryggVE-patienterna var 86 år eller äldre. Ungefärligen två tredjedelar var kvinnor.

Ett delmål i projektet var att förbättra och underlätta informationsöverföring mellan vårdgivarna. En indikation på detta kan vara i vilken mån samordnad vårdplanering fanns rapporterad i de underlag projektet tog fram och använde. Av projektledningen, med bistånd från FoU Sjuhärad,

⁸ Journalsekretess mellan de olika huvudmänen försvårade informationsöverföring inom projektet. Avsikten var att under projektet få tillstånd för att enklare kunna sambruka och utbyta patientrelaterad information mellan huvudmännen. En ansökan om etiskt tillstånd för detta lämnades för prövning, men återtog då beslut drog ut på tiden och ett eventuellt tillstånd skulle gälla för alltför kort tid av projektet för att det skulle bli meningsfullt.

särskilt granskade underlag för 666 TryggVE-patienter aktuella under 2012 fanns för totalt 54 procent en samordnad vårdplanering, med variationen 73 procent för om patienten var rapporterad från kommuner och 25 procent för patienter rapporterade från primärvård.

Andra delmål var att alla patienter skulle veta vem deras patientansvariga läkare respektive sjuksköterska var: Totalt rapporterades att så var fallet för cirka 80 procent av patienterna vad gällde patientansvarig läkare och mer än 90 procent vad gällde dito sjuksköterska.

Ett annat delmål var att ökad trygghet skulle nås genom att alla patienter skulle veta vart man ska vända sig. Av 42 patienter identifierade i kommun hade 88 procent informerats om detta, motsvarande av 200 patienter i primärvård 94 procent och av 386 på sjukhus 58 procent.

Av underlaget för ovan nämnda 666 patienter framgår vidare att andelen som bedömts med de instrument som anbefallts för de olika ”riskområdena” varierade mellan 67 procent (trygghet) som högst och ner till 27 procent (symtomskattning). Ett delmål var att läkemedelsavstämning skulle ske minst en gång per år med symtomskattning. Läkemedelsavstämning finns rapporterad för 47 procent av patienterna. Således tycks bedömningsinstrumenten använts med stor urskiljning, ja relativt sparsamt beträffande vissa områden

Ett övergripande mål, som kan betraktas som ett effektmål för målgruppen, var ”... ökad trygghet för patienten.” I rapporteringsunderlaget ingick även TryggVE-patienternas upplevelse av trygghet, bedömt enligt Visuellt Analog Skala (VAS), där 10 är högsta värde. Av 1 170 inrapporteringar för 2012 framgår att upplevelsen av trygghet var tämligen hög, medelvärde drygt 7,1. Dock finns en svag signifikans för att upplevelsen av trygghet minskade något för samma personer över årets tre mätperioder.

Möjligen som ett effektmål för TryggVE-patienterna kan betraktas andel återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar efter utskrivning, utifrån det övergripande målet om vård på rätt nivå. Utifrån statistik från SÄS konstateras att andelen TryggVE-patienter som återinskrivs inom den tiden sjönk under projekttiden; från 74 procent 2010 ner till under 50 procent för de fyra första månaderna 2013. Någon jämförelse med motsvarande patientgrupp vid t.ex. andra liknande sjukhus finns dock inte.

Men den sjunkande återinskrivningsfrekvensen indikerar en utveckling i positiv riktning, som borde följas över längre tid och analyseras ytterligare.

Som framgått är underlaget beträffande TryggVE-patienterna i en del avseenden osäkert. Risken för dubbelräkning är uppenbar vad gäller antal patienter etc. Det kan emellertid konstateras att TryggVE-modellen prövats i relativt stor omfattning och att projektets produktivitet vad gäller patientarbete varit starkt stigande under projekttiden, men där en tydlig geografisk skillnad finns där Sjuhäradsområdet står för totalt cirka 90 procent av TryggVE-patienterna. Detta kan jämföras med att 70 procent eller 66 procent, beroende på om Herrljunga räknas dit, av invånarna inom TryggVE-projektets geografiska område bor i Sjuhärad (enl SCB, kommunstatistik, hämtad 2013-10-11).

10. TryggVE-patienters uppfattning

(Resultat delstudie 6)

Elva personer intervjuades, sex kvinnor och fem män, i åldern 71–92 år. En av intervjuerna spelades inte in efter önskemål från intervjupersonen själv. Uppföljande intervjuer efter ett år kunde genomföras med åtta av personerna, en hade avlidit, en fått en demensdiagnos och flyttat till vård- och omsorgsboende, en hade haft en stroke och hade en nedsatt kognitiv förmåga, en annan hade en nära anhörig som just avlidit och klarade inte att medverka vid intervjutillfället. Beskrivning av de intervjuade personerna ges i tabell nedan.

Tabell 4: Beskrivning av de intervjuade patienterna

Intervju-person	Kön	Född	Inskrivningsinstans	Civilstånd	Uppföljande intervju
1	Man	1931	Sjukhus/kommun	Ensam (äldreboende)	Nej
2	Man	1932	Sjukhus/kommun	Ensamboende	Ja
3	Man	1933	Sjukhus/kommun	Ensamboende	Ja
4	Kvinna	1941	Primärvård aug 2011	Gift	Ja
5	kvinnna	1927	Primärvård sept 2010	Ensamboende	Ja
6	Man	1925	Primärvård april 2010	Gift	Via anhörig
7	Kvinna	1937	Primärvård jan 2012	Ensamboende	Ja
8	Kvinna	1920	SÄS jan 2010	Ensamboende	Nej
9	Kvinna	1928	SÄS aug 2010	Ensamboende	Nej
10	Kvinna	1920	SÄS vår 2010	Ensamboende	Ja
11	Man	1922	Primärvård 2011	Gift	Ja enbart

Erfarenheter från sjukvården

Personalen gör allt de kan, men räcker inte till

Diskussionerna rörde sig kring sjukhusvård, primärvård och kommunal hemsjukvård utifrån patientens referensram och erfarenhet. Många upplevde att sjukvården gör allt man kan begära och att de känner en trygghet i form av vetskapen om att den finns där när man är i behov av till exempel akuta undersökningar och behandlingar. Däremot kunde de uppleva personalen som stressad och pressad, framförallt inom sluten-

vården. Personalen gjorde hela tiden så gott de kunde, men många upplevde att det är ekonomin som styr och att man som patient inte fick uppta vårdplatser för länge.

”Jag tycker det var bra. De kan ju inte göra mer än att arbeta. Man har fått hjälp och skötsel och behöver inte mer heller.” Intervjuperson 3

Gällande kontakter med vårdcentraler var det väldigt personbundet hur man upplevde sitt besök. Fick man ett bra bemötande upplevdes besöket oftast som positivt. En del tyckte att det kunde ta lång tid innan planerade åtgärder genomfördes. En positiv upplevelse var att sjuksköterskan kom hem till patienten för att till exempel testa blodtryck. För dem som var i behov av regelbunden vård eller kontroll upplevdes det som en stor lättnad att inte behöva ta sig till och från vårdcentralen alltför ofta.

Erfarenheter från korttidsboenden kunde vara att vistelsen där inte var förenligt med egna krav och önskemål. Alla ska passa in i samma mall. Det ingick att man måste klara av att anpassa sig efter andra personer. Det upplevdes samtidigt som ett tryggt ställe där man litade på att man fick den hjälp man behövde. En negativ sak var om man fick flytta runt för mycket när man väl kände att man hade slagit sig till ro på ett ställe.

Betydelse av TryggVE för livssituation

De flesta hade ingen tydlig upplevelse av att omhändertagandet hade ändrats i och med att de hade blivit TryggVE-patienter. De var osäkra på vad det innebar och ibland även varför de hade blivit TryggVE-patienter. De hade svårt att skilja på erfarenheter sedan de blivit TryggVE-patienter och tidigare erfarenheter från sjukvården. Någon nämnde också att de själva inte märkte någon skillnad, men att anhöriga (frun) kunde uppleva en ökad trygghet.

Att ha fått en kontaktperson

En skillnad patienterna upplevde efter att ha blivit TryggVE-patienter var att de fått en kontaktsjuksköterska med ett tillhörande telefonnummer. Detta upplevde de som en trygghet. Samtidigt upplevdes det viktigt att ha en personlig relation med denna kontaktperson för att de skulle använda sig av denna tjänst. Många var osäkra på i vilka situationer det var lämpligt att använda denna möjlighet. De visste inte riktigt vad som skulle få dem

att ta kontakt. De upplevde det som mycket positivt om denna person själv tog kontakt med dem med jämna mellanrum, vilket gav en trygghet. I stort sett alla hade larm, vilket var förstahandsvalet vid akuta besvär. Sjukvårdsupplysningen var också ett alternativ i detta fall.

Dessa två alternativ kändes säkrare då de inte kunde veta att kontaktsjuksköterskan hade möjlighet att svara just när man ringde till dem. De flesta hade inte använt sig av denna funktion. Många nämnde att de inte ville känna sig till besvär eller ringa för småsaker. En känsla av oro kom också ofta under kvällstid och då arbetade inte kontaktsjuksköterskan. Om det fanns en anhörig valde man i första hand att kontakta honom/henne. En person såg kontaktsjuksköterskan som en ombudsman när man hade krångel i sina kontakter med sjukvården eller om man kände sig missförstådd. Denna person hade mycket positiva erfarenheter av att ha fått hjälp i ett sådant fall.

”Det är ju bara att ringa om det är något. Jo det är ju en trygghet om det händer något. Jag vet inte vad det skulle vara men ...” Intervjuperson 4

”Är det någon kan jag bara ringa TryggVE-sköterskan. Det är jättebra. Då känner man sig lugnare.” Intervjuperson 5

Inskrivning – undersökningar och tester

Nödvändigt ur personalens synvinkel

Många, men långt ifrån alla, uppgav att de hade genomgått ett flertal tester enligt TryggVE-modellen. De som hade gjort det upplevde det inte som särskilt betungande eller som en stor ansträngning utan något som måste göras för att få reda på fakta. De såg testerna som en nödvändighet för att ta reda på relevant information. Å andra sidan nämnde någon att det kändes mest som att alla tester genomfördes för personalens egen skull i syfte att identifiera vårdbehov, men också för att sedan kunna redovisa att en viss bedömning var genomförd.

”Jag fick mest en känsla av att det var för deras egen skull som de gjorde det. Men det är ju kanske fel att tycka så.” Intervjuperson 4

Omhändertagande och bemötande

Att bli lyssnad på

Att bli sedd och lyssnad på var mycket viktigt för att vårdtillfället skulle upplevas som positivt. Att bli tagen på allvar och vidtalad, och inte bli sedd som mindre förstående bara för att man är gammal och kanske inte är lika snabb längre. En del upplevde det ibland som att de blev behandlade som mindre vetande eller att det pratades över huvudet på dem. En del kunde uppleva viss personal som att de inte hade tid eller inte var intresserad av att lyssna till patientens berättelse. Samtidigt ville de inte verka besvärliga och komma med massa extra frågor. En del kände det som att de skulle behöva ha en anhörig med sig för att de skulle bli lyssnade på.

”En läkare behandlade mig som en gammal människa som inte förstår, det tycker jag inte om. Hon pratade över huvudet på mig.” Intervjuperson 8

”Att de lyssnar på vad jag har att säga. Man får tjata varje gång.”

Intervjuperson 10

Att erhålla adekvat information

En del beskrev en upplevelse av att ha mer kunskap och fler önskemål än vad sjukvårdspersonalen uppfattade. De önskade information och svar på sina funderingar. Vill veta mer än att ”proverna var bra”. Samtidigt var många oroliga för att vara till besvär.

”Dina prover var bra, det låter ju bra, men det är inte fel att veta hur man mår egentligen ... de kan ju tycka att man är besvärlig om man har för mycket frågor.”

Intervjuperson 7

Trygghet

Sjukvården en roll vid akuta händelser

De flesta kände sig mycket lugna med vetskapen att sjukvården fanns där om det hände något akut för att undersöka och behandla olika symptom och sjukdomar. De kände sig trygga i vetskapen att det finns akut hjälp när man behöver det. Efter hemgång från sjukhus kunde de inte känna att sjukvården hade någon större roll för känslan av trygghet. Då var man

utlämnad till sig själv och eventuella anhöriga. En oro kunde upplevas kring framtida vårdbehov och om det kommer att finnas plats och resurser på äldreboenden om det skulle bli aktuellt i framtiden.

Larm ger trygghet i vardagen

För hemmaboende upplevdes tillgången till larm, vilket alla patienter hade, som en stor trygghet. De upplevde larmet som en stor bidragande orsak till trygghet i hemmet.

”Trycker jag på knappen så kommer de. Jag känner mig fullständigt lugn.”

Intervjuperson 3

Anhöriga störst roll i vardagen

De kunde inte uppleva att sjukvården hade någon större roll för livssituationen i hemmet. Mest som en trygghet att kontakta vid akuta åkomor. Partner, väninnor och barn beskrevs som viktiga för att tillvaron ska fungera hemma. Någon beskrev det som en trygghet så länge hon hade en nära släkting med sjukvårdskunskap som hon kunde ringa vid behov. De flesta upplevde det inte lika troligt att de skulle vända sig till någon i sjukvården med sina funderingar och frågor.

”Människor runt omkring kan nog komma med mycket trygghet.”

Intervjuperson 7

Samarbete

Det var svårt för deltagarna att ha en uppfattning om samarbetet mellan olika vårdinstanser. Alla förväntade sig och litade på att samarbetet mellan vårdgivare skulle fungera. Vissa tyckte att information hade överförts på ett bra sätt, medan andra upplevde att det tog lång tid att få fram uppgifter från till exempel sjukhus till vårdcentral eller att få fram provsvar m.m.

Uppföljande intervju efter ett år

Att ha varit TryggVE-patient hade framförallt inneburit tillgång till en egen kontaktsjuksköterska. Detta framkom vid uppföljande intervjuer efter ett år. Hur tät kontakten var berodde på vilken kommun patienten bodde i. I en kommun hade kontaktsjuksköterskan haft regelbunden kontakt

med personerna, i något fall hade det inneburit hembesök vid cirka 6–8 tillfällen under ett år eller cirka en gång i månaden. I många fall övergick besöken successivt till telefonkontakter. De som haft besök eller samtal uppgav att det rörde hälsa och välbefinnande i allmänhet. Många upplevde det som mycket positivt och tryggt med de besök de fick. En man upplevde att han inte alltid orkade med att ta emot besök, men uppskattade då samtalen per telefon.

Ingen uppgav att det gjordes några särskilda tester, utan mer ett öppet samtal kring allmänna välbefinnandet och hälsotillståndet, t.ex. frågor om olika symptom och även uppmuntran och peppning. De fick oftast hjälp med de frågor och funderingar de haft. Det kunde vara recept som behövde förnyas eller oklarheter kring ordinationer. TryggVE-sköterskan kunde komma med råd eller ta med sig frågor till läkaren och återkomma. Det upplevdes som en trygghet att ha en person som kände till vem man var och som bryr sig om hur man hade det.

”Hon kändes nästan som en vän...”

Intervjuperson 8

”Det finns någon där som man kan vända sig till i första hand”.

Intervjuperson 7

En person angav att hon hade önskemål om att få ett hembesök, men att hon fått till svar att det hade blivit ändrade bestämmelser och mindre tid för hembesök under projektets gång.

”Det var en saknad, alltid positivt att få besök. ensamheten är jobbig”.

Intervjuperson 10

Vid ett fåtal tillfällen hade personerna själva tagit kontakt. De frågor som de själva funderade på rörde framförallt medicinering. Hur tillgängligheten och möjligheten att få kontakt med sin kontaktperson var skiljde sig åt beroende på kommunal. Några hade ringt sin TryggVE-sköterska mellan 2 till 4 gånger under ett år och ansåg att det finns ett behov hos fler äldre personer i samhället att ha en sådan möjlighet. Andra hade aldrig använt denna möjlighet.

De flesta upplevde att det inte hade inneburit några extra åtgärder att vara TryggVE-patient. En del tyckte inte heller de har haft ett behov av detta. Vid något tillfälle hade kontaktsköterskan kommit och hämtat ett

prov när patienten var för trött för att själv ta sig till vårdcentralen. Någon nämnde att när han sökte akut vård på lasarettet fick han sitta och vänta väldigt länge båda tillfällena och att han felaktigt höll på att bli hemskickad. Personal inom sjukvården kunde upplevas som stressade och att de inte har tid och utrymme för att lyssna på patienten.

Någon önskade mer och tätare kontakt med läkaren. Nu en gång per år – upplevdes för lite när man har en oro för sin hälsa. Många hade haft regelbundna kontroller eller behandlingar på vårdcentralen, vilket kan upplevas som påfrestande och tröttande om det är för ofta, t.ex. vid sår-omläggningar, kontroller mm. En nackdel vid dessa besök är att de inte har samma läkare vid varje tillfälle. Många skulle önska att de även hade en personlig läkarkontakt som de fick träffa varje gång.

Sammanfattningsvis

Det var svårt för de intervjuade personerna att skilja på sina erfarenheter från sjukvården före och efter det att de blev TryggVE-patienter. De upplevde ingen tydlig gräns eller skillnad. Därför rör många av deras erfarenheter troligtvis sjukvården generellt och inte specifikt TryggVE-projektet. Många upplevde att de inte hade kunskap om vad det innebar att vara TryggVE-patient.

Den största förändring de upplevde var att de fått en kontaktperson med ett tillhörande telefonnummer dit de kunde vända sig vid behov. Däremot visste de inte riktigt i vilka situationer det var bättre att kontakta TryggVE-sjuksköterskan istället för att till exempel använda larmet eller ringa till sjukvårdsrådgivningen. De som hade fått en personlig relation till sin kontaktperson upplevde det som mycket positivt. Hade de inte detta var det inte troligt att de skulle utnyttja denna möjlighet. Vid uppföljande intervjuer framkom det att relationen till kontaktpersonen var av stor betydelse och att denna aktivt tog kontakt och lärde känna patienten. Det var viktigt att kontaktpersonen var tillgänglig och lätt att få tag i, annars utnyttjade de inte möjligheten att själv ringa.

Bemötande beskrevs av de intervjuade personerna som en mycket viktig del för upplevelse av sjukvården. Att vårdpersonalen tog sig tid att lyssna till vad de hade att säga värderades mycket högt och ansågs samtidigt vara en brist i många kontakter med sjukvården. Deras upplevelse var i många

fall att de kände sig som att de blev bemötta som ”mindre förstående”. De kände ett behov att ha en (yngre) anhörig med sig eller som hjälp att kontakta sjukvården vid problem. Många beskrev också att de inte ville vara till besvär, vilket kan vara en generationsfråga där kommande generationer kanske har större krav på medbestämmande och delaktighet. Delaktighet, bemötande och attityder gentemot äldre personer är prioriterade områden som kontinuerligt behöver reflekteras kring och aktivt diskuteras.

11. Anhörigas uppfattning

(Resultat delstudie 7)

Anhöriga till TryggVE-patienter är en betydelsefull grupp. De får ofta vara behjälpliga och även ibland ansvara för kommunikation med olika vårdgivare men också med praktiska göromål som besök hos läkare eller hämta ut mediciner från apoteket. Även för att ge en känsla av trygghet i vardagen är närstående mycket viktiga.

De tre närstående som 2012 svarat uppfattar att deras anhöriga känner sig trygga med omhändertagandet. De tycker också att vård ges inom rimlig tid. En anhörig är missnöjd med samverkan mellan vårdcentral och sjukhus. Samtliga tycker att de får den information om sin anhörig som de behöver. Alla känner sig också trygga med det omhändertagande som deras närstående får från de olika huvudmännen. En anhörig är missnöjd med samverkan mellan vårdcentral och sjukhus.

Två av fyra svarande närstående 2013 vet om att deras anhörig deltar i TryggVE-projektet. Samtliga uppfattar att deras anhöriga får vård inom rimlig tid inom hemtjänst och rehabilitering. Gällande korttidsboende har en person kommenterat att korttidsboende är beviljat men kön är lång för att få komma dit. De anser att deras anhöriga får ett bra omhändertagande hos alla vårdgivarna. De får också den information de behöver om sina anhöriga och vet vem som har ansvar för deras anhörig. Vidare anser de att de olika vård- och omsorgsgivarna samarbetar och de känner sig trygga med det omhändertagande som deras anhöriga får.

Sammanfattningsvis är de anhöriga som svarat genomgående nöjda med TryggVE-omhändertagandet. De är också nöjda med samarbetet mellan vårdgivarna och att de får den information de behöver. Också att insatserna sker inom rimlig tid ger de uttryck för. Men, som vi tidigare nämnt är underlaget alltför litet för att kunna dra några egentliga slutsatser.

12. Bedömning och värdering av TryggVE-projektet

Mot vad kan och bör projektet utvärderas?

Projektplanen för TryggVE tar upp en rad olika syften, mål och delmål⁹. En del av dessa handlar om projektet ”gör skillnad” – *dels har effekt* på den aktuella målgruppen, t.ex. enligt angivet syfte att ”pröva om modellen ger förbättrat omhändertagande och ökad trygghet för patienten”. Dit kan även räknas det övergripande målet om ”ett tydligt patientperspektiv”. *Dels* handlar andra delar av syftes- och målbeskrivningarna också om ”att göra skillnad” – *ha effekt* men då snarare på (den samlade) verksamheten; t.ex. ”anpassa arbetsmodellen till ordinarie verksamhet”, ”TryggVE-modellen ska göras känd”.

Målformuleringarna innehåller även en rad delmål, vilka snarast är att beteckna som *prestationsmål*, exempelvis; ”Alla patienter ska veta vem deras patientansvarige läkare är och vem som är deras patientansvariga sjuksköterska”, ”Genomföra läkemedelsavstämning minst 1 gång/år med symtomskattning”, ”Öka antalet läkemedelsberättelser vid utskrivning från sjukhus där läkemedelsförändringar beskrivs.”

Ytterligare ett antal (del)mål fokuserar förbättringar av samspelet i vården och omsorgen för målgruppen, d.v.s. på aktiviteterna eller *arbetsprocesserna*. Exempelvis; ”informationsöverföringen ska förbättras (såväl) mellan sjukhus, primärvård och kommun (liksom) mellan och inom yrkesgrupper (samt) inom kommun/kommundel, sjukhus och primärvård”, ”förbättra strukturen i journalföring och dokumentation”.

De övergripande målen är effektorienterade:

”Införa samt utvärdera en arbetsmodell som ger rätt vård på rätt nivå med hög effektivitet och ett tydligt patientperspektiv med fokus på trygghet.”

Medan de många delmålen (huvudsakligen) är prestations- eller processorienterade: I korthet att; göra modellen känd, alla ska veta hur informationen om en TryggVE-patient ska hanteras, informationsöverföringen

⁹ Se beskrivningen av TryggVE-projektet, kapitel 4.

mellan och inom huvudmän och yrkesgrupper ska förbättras, struktur i journalföring och kommunikation ska förbättras, en mer heltäckande och sammanhållen bild av patientens situation ska fås genom att (systematiska och valida) bedömningsinstrument används, övergången mellan vårdgivare ska förenklas, patienterna ska veta vart man ska vända sig och vem/vilka som är ansvariga (förväntas leda till ökad trygghet), läkemedelsavstämningar och -berättelser ska göras minst en gång om året och vid utskrivningar från sjukhus.

Samtliga syftes- och målformuleringar innehåller problem ur utvärderingssynpunkt från såväl mätbarhets- som bedömningssynpunkt. För att ett mål ska vara mätbart måste det vara så klart beskrivet att det meningsfullt, och helst med rimlig resursinsats, går att operationalisera till kvantiteter samt att det finnas åtminstone två tidpunkter att jämföra mellan. Även bedömning, som kan göras även utifrån kvalitativa överväganden, kräver åtminstone visst mått av tydlighet. Det övergripande målet om att ”införa och utvärdera (om) en arbetsmodell ger rätt vård på rätt nivå med hög effektivitet” och som dessutom har ”ett tydligt patientperspektiv med fokus på trygghet” är sålunda svårutvärderat.

I vår utvärdering – bedömning av TryggVE-projektet har vi valt att utgå från, givetvis, projektets målformuleringar men även från de frågeställningar som formulerats för de olika delstudierna. Dessa frågeställningar är i sin tur formulerade utifrån projektbeskrivningen. Till detta har vi fogat frågeställningar som emanerat från den rekapitulerade programteorin – t.ex. om resurser för projektet i förhållande till uppdraget.

Vi vill här, innan vi går in på bedömning och värdering av projektet, även avisera en syftesförskjutning vi iakttagit hos projektledningsgruppen under projektets gång. Under projektets inledande år betonades att utveckla och pröva arbetsmodellen och att utifrån detta kunna se om dess användning gav effekter på TryggVE-patienterna. Senare har, som vi uppfattar det, fokus mer varit på att få pröva modellen och utröna dess användbarhet och eventuella effekter inom verksamheterna, snarare än effekter på patienterna. Under projekttiden har emellanåt frågan väckts, bl.a. från oss i utvärderingsgruppen, om vad patienterna får till följd av att bli TryggVE-patient. Svaret har då blivit att ansvaret för insatserna till följd av bedöm-

ning enligt TryggVE-modellen ligger hos ”linjen”, dvs. hos verksamheter-
na själva. Denna förskjutning får givetvis betydelse för mot vad projektet
ska bedömas och värderas.

Några metodreflektioner

Vi inleder vår samlade bedömning och utvärdering av projektet med några
reflektioner kring metod och dataunderlag vilka också utgör reservationer
som läsaren bör vara uppmärksam på.

Som framgått har TryggVE varit ett omfattande projekt med många
inblandade: primärvård och sjukhusvård inom regionen, privat utförd
primärvård¹⁰ samt 10 kommuners hemsjukvård och äldreomsorg, många
inblandade yrkesgrupper samt en målgrupp som uppskattades till cirka
1700 personer årligen inom projektets geografiska område.

Våra delstudier har riktats till projektledningen, dess nätverk (kon-
taktpersonerna), legitimerade (motsvarande) yrkesverksamma, chefer på
olika nivåer samt även till TryggVE-patienter och deras anhöriga. Vi har
haft rollen som externa utvärderare med ambitionen att genomföra data-
insamlingarna i samråd med projektledningen. Detta samråd och sam-
arbete har också varit nödvändigt för att få tillträde till informanterna.
Dessutom har det givetvis varit värdefullt att få projektledningsgruppens
synpunkter på förslag till datainsamlingsinstrument. Emellanåt har vi
uppfattat ett ifrågasättande av våra förslag till uppläggning och omfattning
av olika delstudier, som efteråt kan förstås utifrån projektledningens omfat-
tande arbetsuppgifter i relation till avsatt tid, med andra ord projektled-
ningens begränsade resurser i förhållande till projektets arbetsuppgifter.
Möjligen har också oklara rollförväntningar mellan projektledningsgrup-
pen och utvärderingsgruppen spelat in.

Det har också varit svårt att få grepp om svarsfrekvenser för våra
enkäter. Urvalet ur de aktuella populationerna har varit svårt att få exakt.
Vi har måst förlita oss på ”agenter” inom såväl projektledningen som ute
i verksamheterna vid utskick av enkäterna, som oftast distribuerats elek-
troniskt. Därför är det svårt att ange exakt svarsfrekvens på enkäterna. Vad
gäller intervjuer med personal har det ibland varit svårt att få intervju-

¹⁰ Som dock deltagit i liten omfattning

personer att ställa upp. Ofta har man angett att man haft liten kännedom om projektet och en pressad arbetssituation.

Målgruppen, de mest sjuka äldre, är en skör grupp. Efter diskussioner med projektledningen kom vi fram till att ett antal intervjuer skulle kunna fånga TryggVE-patienternas uppfattning om projektets betydelse. Ett kvalitativt urval gjordes. Dock var detta behäftat med svårigheter, främst beroende på målgruppens skörhet. Vår ambition var att komplettera målgruppens uppfattning med anhörigas uppfattning. Vi bedömde att en postenkät skulle vara en framkomstväg. Vi tvingas konstatera att mycket få svar inkommit och även i denna delstudie en oklar, och låg, svarsfrekvens.

Hur har TryggVE-projektet lyckats?

Bedömningen och värderingen av i vilken utsträckning TryggVE-projektet lyckades gör vi utifrån sex punkter, formulerade som frågor, vilka härletts ur mål- och syftesformuleringar samt de frågeställningar som väglett delstudierna.

Har projektets arbete gjort modellen känd, användbar och prövad?

TryggVE-modellen för bedömning av multisjuka äldres situation och behov är numera känd av de flesta som kan ha anledning att ha kunskap om den inom de aktuella verksamheterna. Den har prövats i relativt stor omfattning, i sin helhet eller delar av den på närmare 2 000 TryggVE-patienter. Användningen har dock till cirka 90 procent skett i Sjuhäradsområdet, varför man kan förmoda att bekantskapen med modellen är lägre i Mittenälvsborg.

TryggVE-modellen innebär, när den tillämpas i sin helhet, en omfattande kartläggning av multitsvikande äldres situation och risker och ger en grund för insatser. Kunskap inom de sex områden som ingår i modellen är centrala för insatser för målgruppen. Trots att modellen är omfattande och krävande finns stor uppslutning kring modellens områden samt kartläggningsmetodik – att använda systematiska och valida bedömningsinstrument – bland de tillfrågade. En del områden har blivit bedömda i mindre omfattning liksom att vissa instrument använts mer sparsamt. För arbetsterapeuter och sjukgymnaster är användning av bedömningsinstrument

ett naturligt inslag i det vardagliga arbetet, medan det för andra är mer sparsamt förekommande och/eller helt nytt.

Har modellen implementerats i verksamheterna?

Beslut togs inför projektet om att använda sig av modellen inom berörda verksamheter. Modellen har använts i ganska stor omfattning, som vi nämner ovan. Inför tillämpningen byggde projektledningen upp ett betydande nätverk av kontaktpersoner i de olika verksamheterna. Man gjorde också omfattande informations- och utbildningsinsatser. På så sätt kan sägas att en god grund lagts för implementering. Som också visats har modellen använts i varierande omfattning i olika verksamheter – geografiskt mest inom Sjuhäradsområdet.

Erfarenheter av modellen finns således. Men för en långsiktig implementering behövs säkerligen fortsatta anpassningar och samordningar med andra bedömnings- och dokumentationssystem, t.ex. med Senior Alert. Dessutom krävs fortsatta beslut av huvudmännen och, vill i poängtera, fortsatt implementeringsstöd om ett så pass krävande arbetssätt ska fortleva långsiktigt.

Får TryggVE-patienterna vård på rätt vårdnivå?

Denna fråga är svårbesvarad. Projektgruppen har visat att återinläggningen av TryggVE-patienter till SÄS minskat under projekttiden (projektledningens slutrapport, resultatbilagan s. 4). Detta indikerar ett omhändertagande på annan och troligen lämpligare vårdnivå för målgruppen. Vi har dock inte uppgifter om förändringar inom hemsjukvården, primärvården eller äldreomsorgen vad gäller antal patienter och vårdtagare, som skulle kunna kopplas till annan, mer rätt, vårdnivå för TryggVE-patienterna. Ett observandum i sammanhanget kan vara att flera av våra informanter lyft fram att primärvårdens roll är såväl oklar som central i sammanhanget. Ny incitamentsstruktur, till följd av vårdvalet, och omorganisationer har inneburit oklarhet vad gäller ansvaret för målgruppen. Samtidig är, enligt vår uppfattning, primärvårdens insatser – tillsammans med hemsjukvården och äldreomsorgen/socialtjänsten – centrala för ett omhändertagande av målgruppen på ”rätt vårdnivå”.

Medför användningen av modellen ett tydligt patientperspektiv?

Modellen har stor potential för ett tydligt patientperspektiv. De utbildnings- och informationsinsatser som gjorts av projektledningen har också inneburit en kunskaphöjning bland viktiga grupper inom personalen om målgruppen, dess situation och behov som underlag för individanpassade insatser. Som redan nämnts fokuserar modellen centrala risk- och hälsoområden kring vilka det finns stor uppslutning om beträffande målgruppen.

Har användningen av modellen betydelse för patienterna? Gör den ”skillnad”? Ökas tryggheten?

Även denna fråga är svårbesvarad. Intervjuerna med TryggVE-patienter indikerar att dessa inte särskilt väl urskiljer vad som följer av modellen ifrån annan kontakt med vården. Vi har heller inte uppgifter om vad som blir följderna av att man ”screenats” enligt modellen, d.v.s. vilka insatser har man gjort från olika vårdgivare till följd av identifierade risker. Som tidigare nämnts betonade projektledningen alltmer under projektets gång att ansvaret för insatser åvilar ”linjen”.

Från de bedömningar av trygghet som gjorts enligt modellen framgår, från projektledningens slutrapport (resultatbilaga, s. 3 och 4), att bedömda patienter upplever en något minskande trygghet över tid. Detta en liten minskning från en ganska hög upplevelse av trygghet; > 7 på en 10-gradig VAS-skala. Måhända är detta att förvänta med tanke på patienternas sköra situation.

Samtidig kan fråga resas om betydelsen av ”trygghet” enligt modellen. Trygghet är, när det operationaliseras i TryggVE-modellen, reducerat till om man känner till hur man kommer i kontakt med, eller blir kontaktad av vården liksom om man vet vem som är ansvarig. Intervjuerna med TryggVE-patienter indikerar att trygghet i vardagen ger framförallt kontakter med anhöriga och närstående. Utifrån ett sådant perspektiv kan diskuteras om mer sociala dimensioner i modellen skulle kunna förstärka ett patientperspektiv¹¹.

¹¹ Eller kanske omsorgstagarperspektiv, om äldreomsorgens insatser mer fokuserats vad gäller sociala dimensioner.

Har TryggVE-projektet och användningen av TryggVE-modellen bidragit till hög effektivitet i vården av målgruppen?

Det korta svaret på denna fråga blir: Detta går inte att bedöma utifrån tillgängligt material.

Ett mer resonerande svar blir: Bedömning av effektivitet förutsätter information om resursförbrukning i förhållande till såväl prestationer (produktivitet) som information om måluppfyllelse, i bemärkelsen effekter på målgruppen. Tillgänglig information tyder på ett tämligen ”produktivt” projekt, trots sen start och problem inom projektledning och med styrgrupp samt ”obalans” inom det geografiska området: Man har prövat modellen i stort antal fall, skapat en omfattande organisation av operativa kontaktpersoner, utbildat dessa och andra samt informerat i stor omfattning.

Effekter på målgruppen de mest sjuka äldre är svårare att ange. Märk här även tidigare nämnd ”syfteskjutning” i riktning mot att i bred omfattning pröva TryggVE-modellen. Givet den förskjutningen blir det också mindre centralt att göra effektbedömning beträffande TryggVE-patienterna. Däremot finns effekter som kan skönjas hos personal och organisation: En generell kunskaphöjning har skett hos breda grupper om målgruppen och hur man kan och bör arbeta med densamma. Givetvis är ett viktigt resultat även erfarenheter och kunskaper från att ha prövat en modell i så pass stor omfattning.

Enligt projektledningen går TryggVE-modellen i linje med andra riktlinjer, satsningar och handlingsplaner både nationellt, regionala och lokalt gällande *de mest sjuka äldre*. Som exempel nämns Västra Götalandsregionens handlingsplan för de mest sjuka äldre 2012–2014. Inom Närvårdssamverkan Södra Älvsborg har det i slutet av projekttiden, eller strax därefter, i varje kommun skapats arbetsgrupper från de olika huvudmännen vilka har till syfte att arbeta med äldre frågor. Dessa förväntas ta tillvara och bygga vidare på de erfarenheter som TryggVE-projektet givit.

13. Möjliga förklaringar till projektets resultat

I följande framställning kommer vi att resonera utifrån några faktorer och omständigheter som *kan* vara möjliga förklaringar till projektets resultat. Som framgått menar vi att TryggVE-projektet i en del avseenden lyckats väl medan projektet i andra avseenden inte varit lika framgångsrikt. Vår diskussion här tar framförallt fasta på problem och tillkortakommanden och möjliga orsaker till dessa samt antyder hur de kunde ha bemästrats.

Syfte och mål i förhållande till resurser

Projektledningen konstaterar i sin slutrapport att man inte nådde ända fram i alla avseenden, d.v.s. inte helt nådde det övergripande målet eller helt uppfyllde syftet (Stavåsen & Martinson, 2013, t.ex. s. 7,9). Det är för övrigt också vad som konstateras i flera av de 18 övriga slutrapporterna till SKL. Frågan kan ställas om ambitionerna beträffande TryggVE var realistiska. Såväl syftets punkt 1 ”pröva om modellen ger förbättrat omhändertagande och ökad trygghet för patienten” som det övergripande målet ”att införa samt utvärdera en modell som ger rätt vård på rätt nivå med hög effektivitet och ett tydligt patientperspektiv med fokus på trygghet” (Gemensam projektplan TryggVE, version 2011-10-10) betonar effekter för patienten. Samtidigt är modellen för arbetet – TryggVE-modellen – *inte* fokuserad på *insatser* för patienten. Modellen är i första hand en strukturerad modell för systematisk bedömning av främst hälsoproblem och risker hos de mest sjuka äldre. De insatser som projektet kunnat råda över till följd av kartläggningen är blygsamma. Från projektledningen har följaktligen allt mer betonats att insatserna som bör/ska följa på bedömningen är linjens – verksamheternas – ansvar. Således finns en dissonans i målbeskrivning i förhållande till projektets uppläggning och genomförande. Mål- och syftesbeskrivningarna bör nog främst förstås som s.k. strävans- eller inriktningsmål och i mindre utsträckning som konkreta utfästelser för vad man skulle nå fram till.

En komplicerande omständighet är också projektets resurser i förhållande till uppdraget. Resurserna var begränsade i förhållande till det omfattande uppdraget. Vi har tidigare nämnt målgruppens storlek, det geografiska området med tre huvudmän med ett stort antal anställda från

olika professioner, som bättre skulle samverka till förmån för målgruppen. Projektet förfogade över egna resurser motsvarande cirka 2,5 årsarbetare – fördelat på i genomsnitt 7 personer – samt stöd- och styrfunktioner igenom styrgrupp. Det operativa nätverkets arbete, kontaktpersonerna, bekostades huvudsakligen av huvudmännen. Vi menar att uppdragets storlek inte stod i proportion till de relativt begränsade resurserna.

Tidigt i planeringen av utvärderingen och i kontakter med såväl projektledningsgrupp som styrgrupp framförde vi i utvärderingsgruppen, främst utifrån ett utvärderingsperspektiv, problem med att bedriva TryggVE-projektet inom hela det geografiska området Södra Älvsborg. Ett alternativ hade kunnat vara att avgränsa arbetet till Sjuhäradsområdet, inom vilket ju också pilotprojektet bedrivits och där förhandskunskap om projektet och om den tänkta metodiken fanns. Mittenälvsborg hade en längre resa att göra och skulle sannolikt vara i otakt med Sjuhärad under en avsevärd tid. För att kunna bedöma effekter av projektet på målgruppen hade det varit en fördel att kunna använda valda delar av arbetet med målgruppen inom Mittenälvsborg för jämförelser. Styrgruppen avvisade dessa tankar och förslag. Man betonade vikten av att projektet bedrevs på likartat sätt inom hela det geografiska området.

Projektets förlopp – interna och externa faktorer

Projektet hade en del uppstartsproblem, bl a var inte hela projektledningsgruppen på plats vid projektstart. I Sjuhärad hade flera delprojektledare personliga erfarenheter och kunskaper från pilotprojektet. I Mittenälvsborg kom delprojektledarna på plats senare och saknade tidigare erfarenhet av arbetsmodellen. Otakt har hela tiden rått mellan projektens båda geografiska delar. I Sjuhärad hade projektet sin upprinnelse främst från sjukhuset – SÄS.

Huvudprojektledaren kom in i projektet efter att det pågått en tid och ganska snart uppstod spänningar som utvecklades till en konflikt med framförallt delprojektledarna i Sjuhärad. Projektledaren blev, efter en relativt utdragen process, ersatt av en person med som hade varit med och skrivit ansökan om projektmedel. Denne hade således förkunskaper och kunde relativt snabbt finna sin roll i projektet. Onekligen har dessa här nämnda omständigheter försinkat projektet. Samtidigt har rapporterats

från olika håll att konflikterna inte märktes utåt, vilket tyder på god hantering från såväl delprojektledarna som projektägaren.

En annan omständighet av betydelse är förändringar av styrgruppen. Under projektets inledande år fanns en "egen" styrgrupp. Under projekttiden sjösattes och formerades den nya samverkansorganisationen Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg, till vilken projektet kopplades. Under projektets senare hälft har Närvårdssamverkans utvecklingsråd för äldre frågor utgjort styrgrupp. Detta har medfört att nya personer kommit att utgöra styrgrupp och att det tagit tid för gruppen att finna en tydlig roll.

För dokumentation i journaler råder starka begränsningar i vad som får föras vidare till andra huvudmän inom sjukvården och mellan sjukvård och socialtjänst. En av projektets uppgifter var att söka överbrygga en del av problematiken med informationsöverföring. Dock har man här stött på legala begränsningar som inte kunnat övervinnas. Tanken var att söka komma över detta via särskilt tillstånd från Etikprövningsnämnd. Nu blev det i stället så att arbetet enligt TryggVE-modellen dokumenterades på särskilda inrapporteringsunderlag, vilket många uppfattade som dubbelarbete.

Denna problematik med dubbeldokumentation sammanhänger också med andra statliga satsningar som inträffade under projektets gång. Särskilt kan här nämnas registreringen i kvalitetssystemet Senior alert. Till sådana registreringar var "belöningar" knutna i form av ekonomiska stimulanser baserade på prestation, här antal och andel registreringar. Detta kom att uppfattas som en konkurrerande aktivitet.

Ovannämnda kan ses som exempel på ändringar i styr- och stimulanssystem från statens sida gentemot kommuner och landsting. En omsvängning från att (i förväg) ekonomiskt stödja försöksprojekt till att (i efterhand) belöna önskade prestationer. När dessa möttes i praktiken är det inte att förvåna att det som kunde kopplas till direkt ekonomisk stimulans prioriterades. Teoretiskt kan detta kopplas till hur man principiellt kan styra och påverka människors och organisationers handlande: Vedung (2009, sid 209 och 210) sammanfattar tre grundtyper för styrning med orden; "morot – käpp – predikan". En form av morot är t.ex. ekonomiska sti-

mulanser för önskat handlande. Käpp, eller piska, är t.ex. regleringar som en organisation är tvingade att följa. Predikan däremot bygger på övertalning och att övertyga, t.ex. genom utbildning, träning och information. I någon mån har TryggVE-projektet verkat utifrån käppens princip – beslut på hög tjänstemannanivå inom det geografiska samverkansområdet har fattats om att projektet ska genomföras inom hela området och av samtliga huvudmän. Samtidigt har vittnats om bristande följsamhet till fattade beslut på olika nivåer. Mer dominant synes predikans princip ha varit – man har skapat en stöd- och genomförandeorganisation genom kontaktpersoner och med stöd av omfattande utbildning och information sökt övertyga verksamheter, personal och även målgruppen om att pröva TryggVE-modellen. Tillgång till att använda morötter, t.ex. i form av ekonomisk stimulans har däremot inte funnits inom projektet. Men sådana har, som sagt, införts inom projektets område under projektets gång via andra statliga satsningar.

Organisatoriska förändringar, utanför projektets kontroll, har påverkat projektarbetet. Kanske mest betydande var införandet av vårdval inom primärvården i Västra Götaland. Detta, tillsammans med nya ersättnings-system, har påverkat möjligheterna för primärvårdens medverkan. Från flera håll har framskyttat att primärvårdens roll blivit mer oklar gentemot målgruppen och i samverkan. Under projektets gång upphörde också den stimulans som fanns för arbetet med målgruppen i form av riktade medel för äldresjukvård. Till detta kommer att inom flera av kommunerna har betydande omorganisationer skett inom vård och omsorg. Exempelvis har den största kommunen Borås omorganiserat från att bedriva vård och omsorg om äldre via 10 kommundelar till att samla uppgifterna till tre stadsdelar. Även inom sjukhusen har (givetvis) viktiga förändringar skett. Så har inom SÄS den särskilda Närvårdsavdelningen för äldre avvecklats. Alingsås lasarett, som kom sent igång med projektarbetet, har beslutat tillämpa ett annat koncept för arbetet med delar av målgruppen, Aktiva hälsosamtal.

Rätt tänkt och rätt genomfört?

Projektets resultat kan också diskuteras med hjälp av begrepp hämtade från programteori och implementeringsforskning. Ett program som ska

genomföras kan vara *teoretiskt* ”rätt” genomtänkt, bygga på en konsistent och välgrundad teoretisk bas, liksom det kan ha brister i dessa avseenden. *Genomförandet* av ett projekt kan också ske på ett bra sätt eller på ett mindre bra sätt (Se t.ex. Björkemarken 1995). För TryggVE-projektet har vi kunnat finna bred uppslutning kring modellens tanke om att systematisk kartläggning av sköra äldres situation inom ett antal ”riskområden” är rätt tänkt. Dock har funnit problem i genomförandet; t.ex. omfattningen av den dokumentation som blir följden och som en del dessutom upplever som dubbeldokumentation. Frågor kan även resas om realismen i att i vardagen arbeta så pass grundligt med bedömningar inom så breda områden och med såpass stor målgrupp, som modellen bygger på och som var projektets syfte att lägga grunden för.

En annan fråga som uppkommit beträffande hur projektet var tänkt handlar om de olika yrkesgruppernas och huvudmännens roll och funktion. Nu hade projektet en upprinnelse i sjukhusens problematik med stor andel återinläggningar bland patienter i målgruppen. Utifrån det blir succékriteriet minskat antal återinläggningar inom en viss tidsperiod givet. Men utifrån andra huvudmän kan andra kriterier på framgång vara viktigare. Sjuköterskan var en central yrkesgrupp i projektet. De flesta i såväl projektledningsgruppen som bland kontaktpersonerna var sjuksköterskor. Under projekttiden gjordes förändringar för att rätta till denna ”obalans” så att flera yrkesgrupper blev representerade. Men såväl läkare, kuratorer vid sjukhus liksom kommunernas biståndshandläggare var sparsamt eller inte alls representerade i projektets arbete.

En grund för avgränsning av målgruppen har varit definitionen av ”multisjuka äldre”. Denna har ifrågasatts (t.ex. av Westlund 2008), bl.a. utifrån att vara en s.k. situationsdiagnos utgående från sjukhusperspektiv, t.ex. betoningen av diagnoser och ”... oplanerade läkarkontakter...”. Projektet vidgade också under projekttiden målgruppen till att även omfatta ”multisviktande äldre”. Nämnde Westlund finner i *Sjuksköterskan som dirigent – om multisjukdom i särskilt boende* t.ex. att multisjuka äldre ”försvinner” när man flyttar in till ett särskilt boende inom äldreomsorgen. Omhändertagandet där gör att behovet av oplanerade läkarkontakter minskar, ja rent av försvinner. Detta behöver däremot inte, vilket är viktigt att

betona, innebära minskade ohälsoproblem för den äldre. Projektledningen konstaterar i sin slutrapport (s. 7) att ”... arbetssättet har störst betydelse för patienter som inte är inskrivna på sjukhus eller bor på kommunernas särskilda boenden ...”. Vilket följaktligen torde innebära en central roll för primärvården gentemot de mest sköra äldre.

Vilja – kunna – förstå

Inom implementeringsforskning talas om tre grundläggande förutsättningar för att en reform (program, projekt) ska implementeras framgångsrikt: De som har till uppgift att implementera måste förstå, vilja och kunna lösa uppgiften (se t.ex. Alexandersson 2006, Levin & Lindgren 2013). Att *förstå* handlar om att ha den kunskap och förståelse som krävs för det som ska förverkligas – här främst kunskap om hur TryggVE-modellen ska tillämpas i den kliniska vardagen. Vi menar att successivt har en sådan förståelse byggts upp i breda grupper bland berörd personal. Att *vilja* handlar om att motivation ska finnas för att genomföra förändringen, här främst från berörd personal och ledning inom de olika huvudmännen. Här tycks viljan eller kanske förmågan till att följsamhet gentemot fattade beslut varit begränsad hos centrala befattningshavare. Slutligen, att *kunna* handlar om att om att ha tillräckliga resurser och mandat att genomföra förändringen. Vi har ovan pekat på de begränsade resurserna för projektet givet uppgiften samt vill även peka på projektets begränsade mandat gentemot linjeorganisationerna hos huvudmännen. Till att kunna kan också läggas; att hinna – att implementera tar tid. Implementeringsforskning (t.ex. Gullbrandsson 2007, Fixen m.fl. 2005) har visat att för relativt enkla och begränsade reformer/förändringar kan man räkna med att de ofta tar år att genomföra fullt ut. För mer komplexa förändringar får man räkna med ofta flera års genomförandetid efter beslut, även med implementeringsstöd, alternativt begränsad måluppfyllelse på given tid. TryggVE-projektet var komplext och TryggVE-modellen är omfattande.

Slutord

Vi avslutar denna rapport med några reflektioner i punktform om TryggVE-projektet och dess modell:

- *”Konceptet”, d.v.s. TryggVE-modellen har starkt stöd* bland den personal som använt den men även bland potentiella användare. Så här systematiskt bör man arbeta för att klarlägga behov hos denna sköra målgrupp med komplexa behov.
- *Erfarenhet av att arbeta med bedömningsinstrument*, som TryggVE-modellen bygger på, *varierar* bland olika yrkesgrupper. Bland sjukgymnaster och arbetsterapeuter är bedömning som grund för insats och utvärdering av effekt väl inarbetad och ett stort antal valida och reliabla instrument finns att tillgå, medan t.ex. bland biståndshandläggare liknande instrument först nu är under utveckling och införande i kommunerna. Men samtliga yrkesgrupper förefaller positiva till bedömningsinstrument.
- *En viktig generell kunskaphöjning har skett* hos berörd personal beträffande målgruppen och om hur man kan arbeta för att förbättra insatserna för de mest sjuka äldre. Detta har skett genom omfattande utbildnings- och informationsinsatser från projektledningsgruppen samt via kontaktpersonerna.
- *Projektets möjligheter att genomföras som planerats har påverkats* av en rad, från projektet, icke påverkbara förändringar i den ”miljö” i vilken projektet skulle genomföras, såsom omorganisation inom primärvården (vårdvalet och nya ersättningsystem) samt omorganisationer i några kommuner.
- *Stimulansstrukturen från staten har förändrats under projekttiden*. Från stöd till försöksprojekt till s.k. prestationsbaserade ersättningar. Detta har skapat otydlighet och oklara incitament.
- *Resurserna* för att fullt ut kunna genomföra och nå målen för detta omfattande projekt med så många inblandade har varit *otillräckliga*.
- *Implementering av arbetsätt som bygger på TryggVE-modellen kräver*

beslut på olika nivåer samt dessutom åtminstone under överskådlig tid extra stöd. Beslut krävs på rätt nivåer hos de olika huvudmännen liksom följsamhet till fattande beslut. Någon form av stödresurs krävs även fortsättningsvis för att ett så pass avancerat arbetssätt ska tillämpas och fortsatt anpassas till olika rutiner och förutsättningar.

Referenser

- Alexandersson, K. (2006). *Vilja, kunna, förstå: om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*. Akademisk avhandling. Örebro Studies in Social Work 7. Örebro: Örebro universitet.
- Björkemarken, M. (1995). *Implementeringsanalys som komplement vid utvärdering – en fråga om perspektiv och förklaring*. Akademisk avhandling. Department of Sociology. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Ejlertsson, G. (2010). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, B. & Karlsson, P-Å. (2008). *Att utvärdera välfärdsarbete*. Stockholm: Gothia förlag.
- Fiatarone Singh, M A. Exercise comes of age: rationale and recommendations for a geriatric exercise prescription. *J Gerontol Med Sci* 2002; 57A: M262–82.
- Fixsen, D L. et al. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida.
- FoU Sjuhärad Välfärd 2012-03-21. *Ansökan om etikprövning till Etikprövningsnämnden i Göteborg*.
- Giuliani, C A., Gruber-Baldini, A L., Park, N S., Schrodt, L A., Rokoske, F, Sloane, P D., et al. Physical performance characteristics of assisted living residents and risk for adverse health outcomes. *Gerontologist* 2008;48(2): 203–12.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Grönstedt, H., Frändin, K., Bergland, A., Helbostad, J L., Granbo, R., Puggaard, L., Andresen, M. & Hellström, K. Effects of individually tailored physical and daily activities in nursing home residents on activities of daily living, physical performance and physical activity level: a randomized controlled trial. *Gerontology* 2013; 59(3): 220–9.

Gulbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Höglund, E., Hörder, H., Frändin, K. & Karlsson, P-Å. (2012). *Utvärdering av TryggVE*. Delrapport december 2012. Borås: FoU Sjuhärad Vålfärd.

Karlsson Vestman, O. (2011). *Utvärderandets konst*. Lund: Studentlitteratur.

Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. 2. ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Laslett, P. (1991). *A fresh map of life: The emergence of the third age*. Cambridge: Harvard University Press.

Levin, E. & Lindgren, L. (2013). *Implementering av projektet In- och utskrivningsklar patient – vårdkedjan för de mest sjuka äldre (INUT)*. Göteborg: FoU i Väst/GR.

Littbrand, H., Lundin-Olsson, L., Gustafson, Y. & Rosendahl, E. The effect of a high intensity functional exercise program on activities of daily living: a randomized controlled trial in residential care facilities. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 1741–49.

Myhr, U. Blir du satt så får du sitta. En spegling av rullstolsburnas tillvaro inom kommunal äldreomsorg. *Nordisk Fysioterapi* 1998; 2: 145–58.

Nelson, M E., Rejeski, W J., Blair, S N., Duncan, P W., Judge, J O., King, A C., et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39(8):1435–45.

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. *Projektplan TryggVE*. <http://www.narvardssamverkan/vgregion.se> (2011-10-10).

Rydwik, E., Frändin, K. & Akner, G. Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses – a systematic review. *Age Ageing* 2004; 33: 13–23.

Socialstyrelsen. (2011). *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2002). *Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska Centralbyrån. (2013). *Kommunstatistik*.
http://www.scb.se/sv_/Vara-tjanster/Regionala-statistikprodukter/Kommunfakta/ (oktober 2013)

Stavåsen, C. & Martinsson, B. (2013). *Slutrapport TryggVE 2010–2013*. Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.

Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad och vårdsamverkan KoLa. (2009). *Ansökan om försöksverksamhet kring de mest sjuka äldre*. (Daterad 2009-06-24).

Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad. *Slutrapport Multisjuka äldreprojektet*.

Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Westlund, P., under medverkan av Sjöberg, A. *Sjuksköterskan som dirigent – om multisjukdom vid särskilt boende*. 2008:2. Kalmar: Fokus.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper*. Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1. Enkät till personal

Utvärdering TryggVE

1) Din arbetsplats?

- Alingsås kommun
- Alingsås lasarett
- Primärvården Alingsås
- Södra Älvsborgs sjukhus
- Borås Stad, stadsdel Väster
- Svenljunga kommun
- Primärvården Svenljunga
- Samrehab Mark-Svenljunga

2) Ditt yrke?

- Arbetsterapeut
- Biståndsbedömare, omsorgsutredare eller motsvarande
- Enhetschef, vårdenhetschef eller motsvarande
- Kurator
- Läkare
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Verksamhetschef, områdeschef eller motsvarande
- Annat yrke (Var vänlig skriv i fritextraden nedan)

3) Har du fått information om TryggVE-modellen?

- Ja Nej

Om ja, på vilket/vilka sätt? (Går att välja mer än ett alternativ)

- Via intranätet
- Via ReKo Sjuhärad eller Närvårdsamverkan i Södra Älvsborgs hemsida

forts.

- Information på arbetsplatsträff
- Via kollegor
- Från representant i TryggVE-projektet/projektledningen, för projektet utsedd kontaktperson
- Via e-post
- På annat sätt (Var vänlig och skriv i fritextraden nedan)

4) Får du fortlöpande information om nyheter/utveckling av TryggVE-projektet?

- Ja Nej

Om ja, på vilket/vilka sätt?(Går att välja mer än ett alternativ)

- Via intranätet
- Via ReKo Sjuhärad eller Närvårdsamverkan i Södra Älvsborgs hemsida
- Information via arbetsplatsträff
- Via kollegor
- Från representant i TryggVE-projektet/projektledningen, för projektet utsedd kontaktperson
- Via e-post
- På annat sätt (Var vänlig och skriv i fritextraden nedan)

5) Vem har den samordnande rollen för patienterna inom TryggVE-projektet?

- Primärvårdens äldresjuksköterskor
- Kommunens sjuksköterskor inom hemsjukvården
- Sjuksköterskorna på sjukhusen
- Vet ej

6) Hur väl känner du till TryggVE-projektet?

- Mycket väl

- Väl
- Inte så väl
- Dåligt
- Inte alls

7) Har du varit delaktig i arbetet med en eller flera TryggVE-patienter?

- Ja
- Nej

Om ja, hinner du erbjuda alla patienter som uppfyller kriterierna för att vara en TryggVE-patient det särskilda omhändertagandet?

- Ja
- Nej

8) Är din uppfattning att TryggVE-patienterna får ett bättre omhändertagande än de multisjuka/multisviktande patienterna tidigare fått?

- Ja
- Nej
- Vet ej

9) Får enligt din uppfattning TryggVE-patienterna rätt vård på rätt vårdnivå?

- Alltid
- Oftast
- Sällan
- Aldrig
- Vet ej

10) Anser du att TryggVE-patienten blir mer trygg än andra patienter?

- Ja
- Nej
- Vet ej

11) Får du den information du behöver från andra vård-och omsorgsgivare för att kunna arbeta enligt TryggVE-modellen?

- Alltid
- Oftast
- Sällan
- Aldrig
- Har ej varit aktuellt

forts.

12) TryggVE-projektet pågår i tre år. Hur bedömer du möjligheterna att få den arbetsmodellen (TryggVE-modellen) att fungera fortlöpande i arbetet efter att projektet är slut?

- Mycket goda
- Goda
- Mindre goda
- Dåliga
- Har ingen uppfattning

Övriga synpunkter på TryggVE-projektet



Stort TACK för din medverkan!

Kontaktperson: Eva Höglund, eva.hoglund@hb.se
Senast ändrad: 2011-05-13

- Rehabilitering** Ja
 Nej
 Ej aktuellt

Kommentar.....
.....
.....

Hemtjänst/Korttidsboende/Vård-och omsorgsboende

- Ja
 Nej
 Ej aktuellt

Kommentar.....
.....
.....

5. Anser du att din närstående får ett bra omhändertagande:

På sjukhus?

- Ja
 Nej

Kommentar.....
.....
.....

I primärvården?

- Ja
 Nej

Kommentar.....
.....
.....

I kommunen?

- Ja
 Nej

Kommentar.....
.....
.....

6. Anser du att du som anhörig får tillräcklig information om din närstående?

Sjukvård Ja

Nej

Kommentar.....
.....
.....

Rehabilitering Ja

Nej

Ej aktuellt

Kommentar.....
.....
.....

Hemtjänst/Korttidsboende/Vård-och omsorgsboende

Ja

Nej

Ej aktuellt

Kommentar.....
.....
.....

7. Vet du vem inom sjukvården som har ansvar för din närstående?

Ja

Nej

Kommentar.....
.....
.....

forts.

Bilaga 3. Matris över utvärderingens delstudier

Översikt utvärderingens delstudier

Delstudie/frågeställning	Metod	Omfattning	Tid
Projektnivån			
1. Hur och när kommer organisationen för TryggVE på plats och i verksamhet?	Tar del av anteckningar och protokoll. Enkel SWOT-analys	Möten med projektledningen, 2 ggr/halvår. SWOT-analys	Fortlöpande under projekttiden, betoning på 2011 Våren 2013
2. Kunskap om och nyttjande av TryggVE?	Enkäter till personal. Utsänds och besvaras elektroniskt	Urval 1: Alingsås, Borås (stadsdel) Väster och Svenljunga. Urval 2: Bland Läkare, SSK, AT, SG, BB, EC/VC inom sjukhus, primärvård, hemsjukvård och hemtjänst.	Enkät 1: Vår 2011 Borås, Svenljunga Höst 2011 Alingsås Enkät 2: Januari 2013
3. Hur uppfattar TryggVE-nätverket projektet?	Fokusgrupper	En grupp i Sjuhäradsområdet och en i Mittenslövborg.	Hösten 2011 Våren 2013
4. Hur utvecklas användningen av "TryggVE-metodiken"? Ekonomiska konsekvenser av projektet?	Informationsinhämtande främst från projektledningens statistik kompletterad med "produktionsstatistik" från sjukhus, vårdcentraler, kommuner. - Återinläggningar sjukhusen - Hemtjänstkonsumtion - SÄBO - PV	Omfattning och möjligheter diskuteras med projektledningen och företrädare för huvudmännens ekonomi- och verksamhetsredovisning	Sammanställningar: hösten 2011 och våren 2013
5. Hur uppfattas TryggVE? Sker implementering?	Strategiskt utvalda intervjuer med TryggVE-utförare	Ca 10-15 intervjuer, strategiskt utvalda i berörda verksamheter i Alingsås, Borås((stadsdel Väster)och Svenljunga.	Våren 2012 Sjuhärad Våren 2013 Södra Älvsborg.
Patienter och anhöriga			
6. Hur uppfattar TryggVE-patienter betydelsen av TryggVE för sin livssituation?	Ett urval inskrivna TryggVE-patienter intervjuas vid två tillfällen.	Inskrivna patienter i TryggVE. Geogr urval: Herrljunga, Lerum och Borås (stadsdel) Norr. Strategiskt urval av 10 - 15 patienter.	Våren 2012 Våren 2013
7. Anhörigas uppfattning om konsekvenser av TryggVE	Postenkät till en anhörig per nyttillkommen TryggVE-patient inom valda geografiska områden under aktuell tidsperiod.	Enkät till anhörig för samtliga nyttillkommande TryggVE-patienter.	Resterande projekttd.

Tidigare utgivna rapporter från FoU Sjuhärad Vårld/ÄldreVäst Sjuhärad

Rapporter:

Andersson, B. & Lebedinski, L. (red) (2013). *"... men ingen pratar om de fula sidorna ..."* Rapport från en FoU-cirkel för lokal mobilisering mot cannabis. Rapport från FoU Sjuhärad Vårld och Länsstyrelsen Västra Götalands län.

Rönmark, L. (2013). *Det måste få ta tid. Metoder och synsätt i patientarbetet vid Äldrepsykiatriska teamet, Södra Älvsborgs Sjukhus.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

Esbjörnson, S., Hagqvist, A. (2013). *Individuell plan enligt SoL och HSL. Till nytta för brukarna?* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

Bjerke, U., Frändin, K. (2013). *Formkontroll för äldre. En randomiserad, kontrollerad studie.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

Hörder, H., Frändin, K. (2012). *Betydelsen av en intervention med fysisk träning för inaktiva äldre. Delrapport från projektet Formkontroll för äldre.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

Bångsbo, A., Lidén, E. (2012). *Tvärprofessionell samverkan för patienters/brukares delaktighet i vård- och omsorgsplanering.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

Lebedinski, L. (2011). *KomBas-projektet Kompetensutveckling för baspersonal – slutrapport från utvärderingen av projektet.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

Lebedinski, L. (2011). *Uppföljning av de lokala Psykiatriråden i Sjuhärad/Södra Älvsborg 2011.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

Beijer, E., Eriksson, B. G. (red), Greene C. J., Jess K., Karlsson Vestman, O., Karlsson, P-Å. (red) & Niklasson, L. (2011). *Verkstäder för utvärdering i vårldsverksamheter – erfarenheter från några svenska FoU-enheter och högskolor.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

Elm, M. (2010). *LÄR UT – Bättre läkemedelshantering för äldre*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M. (2009). *Attitydförändring och nya arbetsformer för social dokumentation. En utvärdering av ett projekt inom äldreomsorgen i sju kommuner*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Rönmark, L. (2008). *Rollen som brukarsamordare i psykiatrin*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Lebedinski, L. (2008). *Miltonprojektet: Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser – en utvärdering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Lebedinski, L. (2008). *Miltonprojektet: SamKom – en utvärdering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Esbjörnson, S., Björkman, I., Henriksson, A., Lidskog, R., Sjören, M., Wessbo, G. & Karlsson, P-Å. (2008). *Så tycker brukarna om äldreomsorgen i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo 2008 jämfört med 2004*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Källman, U. (2008). *Virtuellt Sårcentrum – ett koncept för kunskapsspridning. Slutrapport Virtuellt Sårcentrum*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Nordström, M. & Redberg, P. (2007). *Livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Hanson, E., Magnusson, L., Winqvist, I. & Sennemark, E. (2006). *Meningsfull vardag i särskilt boende i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M. (2006). *Nulägesbeskrivning av projektet Social dokumentation. Våren 2006*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Höglund, E. (2006). *FoU-projektet Social dokumentation. Redogörelse för arbetet 2004–2005*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

- Karlsson, P-Å., Nordström, M., Niemi, M. & Redberg, P. (2005). *Vad gör de som hjälper gamla i hemmet? En studie om samverkan och kompetens inom äldreomsorgen*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Karlsson, P-Å., Höglund, E. et al. (2005). *Brukare om sin äldreomsorg – i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Sennemark, E., Hanson, E. & Magnusson, L. (2005). *Jag har ju barnen som kommer... Äldres hälsa och levnadsvillkor; en intervjuundersökning med vård- och omsorgsberoende i Sjuhäradsbygden*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Brovall, C., Hanson, E., Magnusson, L, et al. (2004). *Mål och policy vid palliativ vård och vård i livets slutskede för äldre och deras närstående i Tranemo – Ett gemensamt synsätt*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Johnsson, L. (2003). *Handledning av biståndsbedömare*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Nilsson, M. & Magnusson, L. (2002). Publ. 2003. *Hälsa och livssituation i relation till fallolyckor bland äldre personer i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Andersson, B-A., Hanson, E., Magnusson, L., Lidskog, R. & Holm, K. (2002). *Informationscentrum för äldre och närstående i Sjuhärad. Slutrapport till Socialdepartementet 2002-09-25*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Källman, U. & Andersson, B-A. (2002). *Virtuellt sårvårdscentrum i södra Älvsborg – Kartläggning av förutsättningarna för en etablering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Ingemansson, M., Nilsson, M. & Sonn, U. (2002). *Rehabilitering för äldre – guide vid val av mätinstrument*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Arbetsrapporter och delrapporter:

Winqvist, M., Magnusson, L., Bergström, I., Beyhammar, K., Eriksson, B., Follin, A., Forsgren, A., Forsman Björkman, C., Göransson, M., Göransson, S., Höglund, E., Larsson, A-C., Lerman, B., Mannefred, C., Takter, M., Talman, L., Tomazic, D., Wesser, E. & Hanson E. (2013). *Stöd till anhöriga – erfarenheter från åtta kommuner 2010–2012*.

Andersson, E. & Hultin, M. (2013). *Forskning och utveckling i samverkan? En extern utvärdering av FoU Sjuhärad Vålfärd*.

Carlén, M., Esbjörnson, S. & Löfström, M. (2013). *Utvärdering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg – Delrapport 1*.

Lebedinski, L. (2013). *Dialektisk beteendeterapi som arbetsplatsverktyg. Utvärdering av DBT-färdighetsträning för ett team vid vårdavdelning 3 på Vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus*.

Beijer, E., Eriksson, B. G., (red), Gustafsson, M., Hagqvist, A., Hansson, M., Karlsson, P-Å., (red), Käcker, P., Larsson K., Mensas L., Niklasson L. & Palm, L. (2012). *Handbok för utvärderingsverkstäder*.

Mannefred, C. (2012). *Utveckling av stödet till anhöriga i Borås Stad 2010–2011*.

Lebedinski, L. (2012). *Utvärdering av Närvårdskansliets geografiska lokalisering och organisatoriska placering*.

Aasmundsen, W., Flodman, H. (2012). *Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder – en studie av neuropsykologers metoder*.

Lebedinski, L. (2012). *Utvärdering av projektet Vita villan i Tranemo kommun. Ett projekt finansierat av Europeiska socialfonden, programområde 2, ökat arbetskraftsutbud*.

Ehlersson C., Hjort E., Karlsson M., Rönmark L. (red) & Tenefors J-E. (2011). *Enhetschefer undersöker sin roll – ett FoU-projekt i Sjuhärad*.

Craaford, J. Glemne, M., & Nygren, L. (2011). *Protesförsörjning av benamputerade i Sjuhäradsbygden*. Studie 1 – Faktorer som påverkar den fysiska förmågan och protesförsörjning, samt resultaten av dessa faktorer hos benamputerade på Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås

Borgvall, L. & Svegelius, E. (2010). *Möten över gränser – Trädgårdsrummet som en möjlig mötesplats*.

Bångsbo, A. & Lidén, E. (2010). *Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten – Delrapport i projektet Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet*.

Esbjörnson, S. (2010). *LOV i Sjuhärad. En förstudie om kundval*.

Lidén, E. (2009). *Vård- och omsorgsplaneringsmötet – erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Social dokumentation inom äldreomsorgen (2009)*. Kortversion av två projektrapporter.

Höglund, E. & Hallberg, M. (2009) *FoU-projektet Social dokumentation – en redogörelse för arbetet 2006–2008*.

Andersson, E-L. (2009). *Vad gör tidigare medarbetare vid ÄldreVäst Sjuhärad nu och vad betydde uppdraget för dem?*

Andersson, E-L. & Alth, C. (2009). *Uppföljning av Informationsarbetet vid ÄldreVäst Sjuhärad*.

Redberg, P. (2008) *Arbetsterapeuters och Sjukgymnasters syn på projekt HemRehabs inledningsskede*.

Danung, C. & Salomonsson, S-B. – med forskarstöd av Rönmark, L. (2008). *BRASS – BRukare och personliga ASSistenter i samverkan*.

FoU Sjuhärad Valfärd

FoU Sjuhärad Valfärd är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom välfärdsområdet och behovsgrupperna äldre, funktionshindrade, barn och unga, människor med beroendeproblematik, familjer i utsatta situationer samt socioekonomiskt utsatta grupper. Huvudmålet för verksamheten är att bidra till ökad samverkan mellan huvudmännen och ökad vård- och omsorgskvalitet för behovsgrupperna genom att:

- genomföra utvecklings- och forskningsprojekt tillsammans med verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- stärka och utveckla samverkansformer mellan verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- förnya och utveckla arbetsmetoder och verksamhetsformer,
- sprida erfarenheter och resultat från forskning och utveckling samt
- medverka till kunskapsbaserat arbetssätt.

Ägarpartners är kommunerna i Sjuhäradsområdet, Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Flera frivilligorganisationer samt studieförbund stödjer även verksamheten.

FoU Sjuhärad Valfärd administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler. Läs mer om FoU Sjuhärad Valfärd på webbplatsen www.fous.se – där finns även möjlighet att beställa tidigare utgivna rapporter.



BOLLEBYGDS
KOMMUN



BORÅS STAD



HERRLJUNGA KOMMUN



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION



Mark



SVENLJUNGA
KOMMUN



TRANEMO
KOMMUN



ULRICEHAMNS
KOMMUN



Vårgårda kommun



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Besöksadress: Högskolan i Borås, Allégatan 1

Postadress: Högskolan i Borås, FoU Sjuhärad Valfärd, 501 90 Borås

Telefon: 033-435 40 00

E-post: fous@hb.se

Webb: www.fous.se