

Mötesanteckning lokal ledningsgrupp Svenljunga

Datum: 2026-09-29

Plats: Svenljunga kommunhus

Tid: 13.15-16.00

Närvarande

Ulrika Hautala, ordförande/tf. förvaltningschef SOF
Liselott Johansson, sekreterare
Erika Björklund, MAS
Sara Meldo, enhetschef KPV
Michaela Andersson, enhetschef IFO
Louise Northman, verksamhetschef
Pia Hendberg, enhetschef
Catarihna Petersson, processledare
Charlotte Bliesener Falkenström, koordinatör
Maria Glemfeldt, utvecklingsledare

Svenljunga kommun
Svenljunga kommun
Svenljunga kommun
Svenljunga kommun
Svenljunga kommun
Närhälsan Svenljunga
Närhälsan Rehab
Närvårdskansliet
Närvårdskansliet
Södra Älvsborgs sjukhus

Frånvarande

Helena Lundgren, verksamhetschef
Tommy Fock, förvaltningschef BUF
Elinor Carlén, folkhälsostrateg
Agneta Elmgren Gärskog, klinikchef

Svenljunga kommun
Svenljunga kommun
Svenljunga kommun
Folktandvården Svenljunga

1. Mötets öppnande

Ulrika Hautala som är mötets ordförande öppnade mötet och hälsade alla välkomna.

2. Godkännande av dagordningen

Dagordningen godkänns.

3. Val av justerande

Louise Northman, verksamhetschef Närhälsan Svenljunga.

4. Föregående mötesanteckningar

Inga föregående anteckningar finns då gruppen är nystartad.

5. Presentation av mötesdeltagare

Närvarande deltagare ger en kort presentation av sig själva och sina uppdrag.

Verksamhetschefen för Tranehälsan Markus Johansson önskar att delta i gruppen framöver och kommer att bjudas in till kommande sammanträden.

6. Information om närvårdssamverkan

Charlotte Blisener Falkenström presenterar närvårdssamverkans syfte, organisation och lokal ledningsgrupp i närvårdssamverkan. Bildspelet bifogas protokollet.

7. Mötesformer samt fastställande av datum 2026/2027

Nästa sammanträde 1 december 13.00-15.00. Teamslänk bifogas för de som inte deltar på plats i Svenljunga. Kan man som representant inte delta på ett bokat möte har man eget ansvar att skicka en annan representant som bär med sig informationen tillbaka.

Möten 2027:

9 februari klockan 13.00-15.00

11 maj klockan 13.00-15.00

7 september klockan 13.00-15.00

9 november klockan 13.00-15.00

8. Information om pågående projekt

Samtliga projekt beskrivs i bildspelet som bifogas protokollet.

- Fysisk aktivitetslots/Charlotte Blisener Falkenström
- Förebyggande team äldre/Catarihna Peterson

- FACT Integrerad beroendevård/Charlotte Blisener Falkenström
(Flexibel Uppsökande Samhällsbaserad Behandling)
- Samsjuklighet/Charlotte Blisener Falkenström
- Suicidprevention/Charlotte Blisener Falkenström
- CFS (Clinical Frailty Scale)/Charlotte Blisener Falkenström
- Egengranskning SAMSA/Charlotte Blisener Falkenström
- Lär Ut/Charlotte Blisener Falkenström
- Mobil närvård/Charlotte Blisener Falkenström
- Nära vård/Charlotte Blisener Falkenström
- SIP (Samordnad individuell plan) /Maria Glemfelt
- Samsjukvård Södra Älvsborg/Catarihna Peterson
- Visam/Charlotte Blisener Falkenström

9. Information från styrgruppen

På senaste mötet pratade gruppen om:

- Nära vård och hur arbetet går vidare i frågan.
- Rutin kring mångsökare håller på att tas fram samt arbete pågår att se över möjlighet att införa regelbundna avstämningar mellan kommun och primärvård.
- Arbetet kring SIP.
- Information kring arbetet i Visam och att ambulansen ska in i SAMSA.
- Arbetet kring fallprevention
- Konferens om Palliativ vård
- Förbättring av vårdkedjan
- Redovisning av Visams arbetsgrupps arbete
- Information om det förebyggande arbetet kring äldre
- Information om samsjukvården
- Information från gruppen Strategi för hälsa
- Kris och beredskap
- Läkemedelsautomater

10. Information från beredningsgruppen

Erika Björklund informerar om punkter som diskuterats:

- Sammanhållen vårdinformation SVOD
- Avvikelse vid vårdövergångar

- Samverkan kring avvikelser
- Ny läns gemensam riktlinje om samtycke
- Arbetet kring SIP
- Informationsöverföring vid utskrivning
- Gemensam dag för vård i livets slut
- Liggande transporter mellan kommunala adresser

11. Information från uppdragsgrupper

Ingen information under denna punkt.

12. Avvikelser i vårdsamverkan

Ingen information under denna punkt.

13. Övriga frågor

Maria informerar om ett förbättringsarbete som gjorts i samverkan kring utskrivningsprocessen mellan SÄS och Svenljunga.

14. Nästa möte

Nästa sammanträde 1 december 13.00-15.00. Teamslänk bifogas för de som inte deltar på plats i Svenljunga.

15. Mötet avslutas

Bilagor

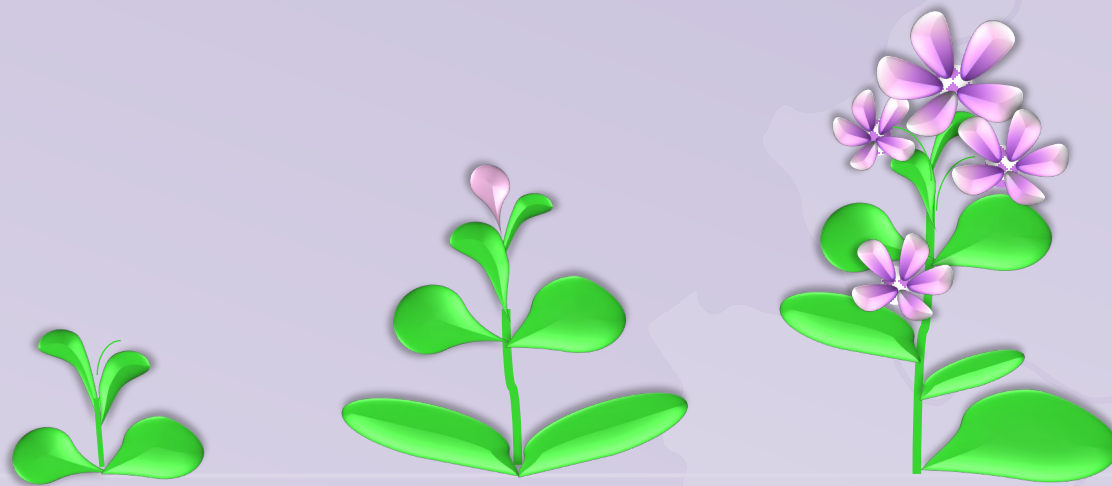
Bildspel presentation av Närvårdssamverkan samt pågående projekt.

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg



Tillsammans skapar vi mervärde!

Vårdsamverkan i Västra Götaland

Kommunerna i Västra Götaland

Boråsregionen
Göteborgsregionen
Skaraborg
Fyrbodals



Vårdsamverkansgrupperna

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg
Vårdsamverkan Fyrbodals
Vårdsamverkan Skaraborg
SAMLÄ, Samverkan Lerum och Alingsås
Kommun och Sjukvård –
Samverkan i Göteborgsområdet
SIMBA, Samverkan i Mellersta
Bohuslän & Ale

Vårdsamverkan Västra Götaland

Ledning i samverkan VGR/VGK – välfärd

Regionens verksamheter



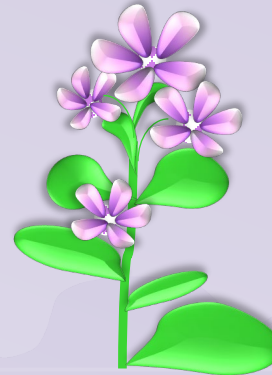
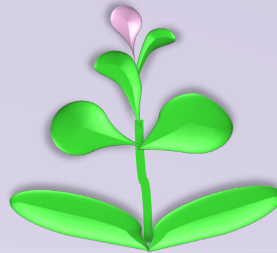
Politiska samrådet mellan VästKom och Västra Götalandsregionen (SRO)

Närvårdskontoret

- Koordinerar alla frågor, arbetar på uppdrag av Styrgruppen och Delregionalt Politiskt Samråd
- Sammanställer dokument och skriver uppdragsbeskrivningar, avtal, rutiner osv
- Hanterar avvikelser i vårdssamverkan- Tar fram resultat
- Stöttar och motiverar allt arbete
- Ger förslag och arbetar med förbättringsarbeten
- Webb-arbete

Koordinator

Samordnare



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Vad är syftet med Närvårdssamverkan Södra Älvsborg?

- Skapa förtroende vårdgivarna emellan
- Skapa bättre och effektivare samarbeten/samverkan via möten
- När en person behöver vård- och omsorgsinsatser från både kommun och sjukvård är vårt uppdrag att arbeta tillsammans för att ge bästa möjliga vård, stöd och omsorg
- Skapa en jämlik vård
- Skapa mervärde för dem som vi är till för
- Sprida inspiration och glädje för samverkan



Mål i Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2026-2027



Beslut taget av Styrgrupp närvård 2025-12-05



Värdegrund och kultur

Vårdgivarna arbetar tillsammans i tillit kring invånarnas behov och med ett personcentrerat arbetssätt. Närvårdssamverkan Södra Älvsborg skapar samverkan som ger mervärde, trygghet och god kvalitet, i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, liksom i vårdövergångarna.

Alla tar ansvar för sitt steg, ger feedback till steget före och underlättar för steget efter.

Mål

För att höja lägsta nivån, liksom för att arbeta med Nära vård där personcentrering och tillgänglighet är i centrum har Styrgrupp närvård beslutat följande mål;

- Ge tillgänglig vård utifrån individens behov
- Skapa en sammanhållen och personcentrerad vård och omsorg
- Främja hälsa och förebygga ohälsa tillsammans

Främja hälsa och förebygga ohälsa tillsammans

- Vi arbetar proaktivt för att stärka hälsa och minska risken för ohälsa. Det handlar om att tidigt identifiera behov, erbjuda stöd och skapa förutsättningar för ett gott liv. Genom förebyggande och hälsofrämjande insatser kan vi tillsammans bidra till att fler mår bättre – både nu och i framtiden.

Ge tillgänglig vård utifrån individens behov

- Vi ska säkerställa att varje person får rätt vård och omsorg vid rätt tidpunkt samt att vi ska lyfta den lägsta effektiva vårdnivån. Det innebär att vi utgår från individens unika behov och förutsättningar. Genom att prioritera tillgänglighet och flexibilitet skapar vi trygghet och kvalitet för dem vi är till för.

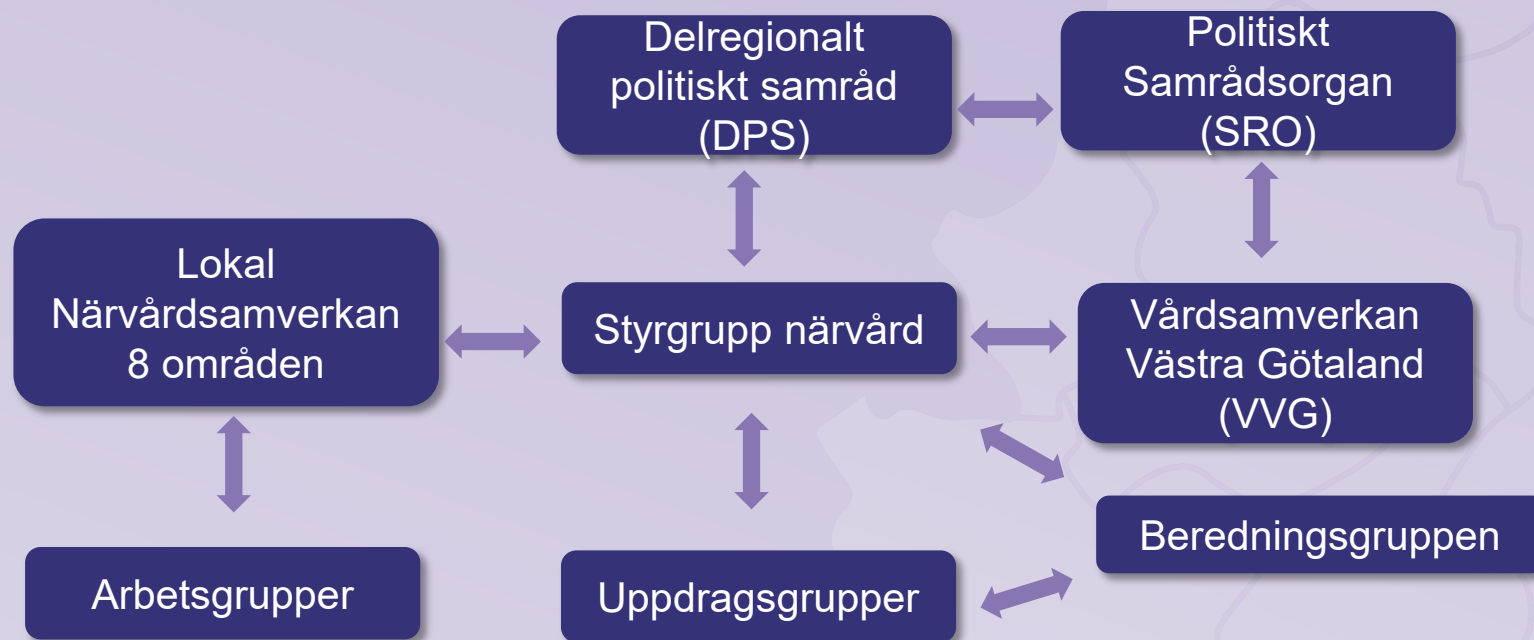
Skapa en sammanhållen och personcentrerad vård och omsorg

- Vår ambition är att arbeta med Nära vård och att vård och omsorg ska upplevas som en helhet – oavsett om insatserna kommer från kommun eller region. Genom tydliga kommunikationsvägar och ett nära samarbete mellan medarbetare skapar vi en sömlös vård för individen. Kåre ska aldrig ha upplevelsen av att falla mellan stolarna.

Hur ser då vår organisation ut?



Organisationskarta Närvårdssamverkan Södra Älvsborg



- Viktigt med en tydlig och stark ledning och styrning
- Kvalitativa möten
- Verkstaden ska ske lokalt
- Alla måste ha tydliga roller och alla måste bidra
- Rätt personer med mandat och gemensam möteskultur
- Alla måste främja och prioritera samverkan

Exempel på arbeten

- Arbete pågår ute i de lokala ledningsgrupperna
 - Arbete utifrån Hälso- och sjukvårdsavtalet- Tvistehantering
 - Förbättringsarbete och fortsatt hantering av [avvikelser](#)
 - Sprida arbetssättet kring Tidig upptäckt, Tidiga insatser på små barn
 - Mini-Maria är nu en befintlig verksamhet
 - Samsjuklighet och Suicidprevention
 - Nära vård- Hur möter vi omställningen till en god och Nära vård?
 - Delregional tillämpning för processen vid in- och utskrivning från sjukhus-SIP. Syftet är att skapa en sömlös vård
 - Fallförebyggande arbete
 - Samverkan kring demens
- Med mera....



Hemsidan- Ett stöd!

- Organisation
- Dokument
- Protokoll, infobrev
mm.



<http://www.vardsamverkan.se/>

<http://www.vardsamverkan.se/sodraalvsborg>

Lämna in era mötesanteckningar

Presentationen om verksamheten är klar! 😊 Finns fler frågor?



Lär Ut

Äldre och läkemedel

Kompetensutveckling kring för att förbättra vården för de mest sjuka äldre.

Gemensamt lärande

Utbildningen riktar sig till sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och sjukhus. Anordnas av MAS i Borås stad men Närvårdskontoret står för kostnaderna.

Uppmärksamma risker och nästa utbildningstillfälle

Äldre som använder många läkemedel är särskilt känsliga för läkemedelsbiverkningar. Den 30 september 2026 är nästa utbildningstillfälle.



Fysisk aktivitetslots- Uppdragsgrupp Strategi för hälsa

Stöd att komma igång

För personer från 16 år, med eller utan fysisk aktivitet på recept (FaR).

Utifrån individens förutsättningar

Lotsen hjälper personen att hitta aktiviteter i den egna kommunen och kan följa med vid behov.

Vägledning och uppföljning

Lotsningen är kostnadsfri. Deltagaren betalar eventuell avgift för själva aktiviteten.

För mer information om Fysisk aktivitetslots kontakta oss på farlots.sodra.alvsborg@vgregion.se eller telefon: 0702-79 59 96



FACT (Flexibel Uppsökande Samhällsbaserad Behandling) – integrerad beroendevård

Samordnat stöd vid komplexa behov- i linje med samjuklighetsreformen

För personer med beroende och samtidig omfattande psykisk och social problematik.

Ett gemensamt team

SÄS beroendevård (inre teamet) och kommunerna i Närvårdssamverkan Södra Älvsborg (yttre teamet) utvecklar integrerad beroendevård. Samordnare finns ute i kommunerna. Teamet ansvarar för att utföra vård- och stödinsatser till inskrivna patienter utifrån sina respektive professioner och kompetenser. Teamet arbetar tillsammans och träffas dagligen, på så sätt utvecklar de ett gemensamt synsätt. FACT förenar alltså behandling och socialt stöd utifrån individens behov.



Projektledare som stöd

Samsjuklighet

Behov som behöver mötas tillsammans

Samtidig beroendeproblematik och psykisk ohälsa kräver samordning mellan berörda verksamheter.

Delregionalt utvecklingsarbete

Närvårdssamverkan följer arbetet med samsjuklighetsutredningen på nationell och regional nivå. GAP-analyser önskas göras.



Suicidprevention och efterlevandestöd

Gemensamt förebyggande arbete

Samverkan, kunskap och lokala handlingsplaner stödjer arbetet med suicidprevention.

Arbete med rutin för efterlevandestöd

Ett delregionalt förslag tas fram för att stärka uppsökande stöd till personer som förlorat någon i suicid.

Tydligare stöd över tid

Förslaget omfattar aktörernas roller, det akuta skedet och fortsatt individuellt anpassat stöd.

Vi ska också titta på hur vi kan göra händelseanalyser vid ett suicid.



CFS – Clinical Frailty Scale

Gemensam bedömning av skörhet

CFS ger ett gemensamt språk för skörhet och stödjer informationsöverföring mellan verksamheter.

Upptäcka behov tidigt

Bedömningen hjälper till att identifiera personer som behöver en mer omfattande bedömning och anpassade insatser.

En del av helhetsbedömningen

CFS utgår från personens vanliga funktionsnivå och får inte ensamt ligga till grund för vårdbeslut.

Samtliga verksamheter ska arbeta med CFS sedan den 1 september 2026. Kontakta Närvårdskontoret för stöd.



Egensgranskning i SAMSA

Granska den egna verksamheten

Årlig granskning av den egna verksamhetens och professionens arbete vid in- och utskrivning från sjukhus har varit i fokus. Nästa år blir det på våra fokusområden. Arbeta med fokusområdena.

Hitta det som fungerar och det som kan förbättras

Använd resultatet i förbättringsarbetet

Synliggör styrkor och brister och syftar till att man tar fram åtgärder som stärker bla informationsöverföring och vårdövergångar, dvs. vidtar åtgärder så att bristerna upphör/minskas.



ViSam

Stöd vid försämrat hälsotillstånd

Ett strukturerat beslutsstöd för sjuksköterskor, främst inom kommunal primärvård.

Gemensam struktur för bedömning

Checklista och vitalparametrar ger stöd för bedömning när en persons tillstånd försämras.

Utbildning och samverkan

Verksamheterna ansvarar för utbildning. Uppdragsgrupp Vuxna och äldres ordförande samordnar nätverket för ansvariga sjuksköterskor.



Nära vård- Allt det vi gör 😊

Utgå från personen

Vård och omsorg organiseras kring individens behov, med delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet.

Närhet och vårt sätt att komma framåt

Närhet handlar om relationer och tillgänglighet, men också om vård i hemmet, egenvård och digitala möjligheter. Vi har processledare som på 60% stödjer arbetet, de deltar lokalt, de stöttar samtliga processer och hjälper styrgruppens deltagare i styrningen och ledningen genom att hjälpa till att lyfta viktiga frågor.



Mobil närvård

Samordnad vård nära personen

Insatser i hemmet eller på vårdcentralen ska möta personens behov och minska onödiga resor och sjukhusbesök.

Aktuella team är: Andningsresursteamet, Palliativa teamet, Mobilt psykiatriskt team, Närsjukvårdsteam, Mobilt akutläkarteam (MALT) och Mobila hemsjukvårdsläkare.

Till detta har vi också Samsjukvården Södra Älvsborg, liksom att vi ser över behovet av ett primärvårdsläkarteam dagtid.



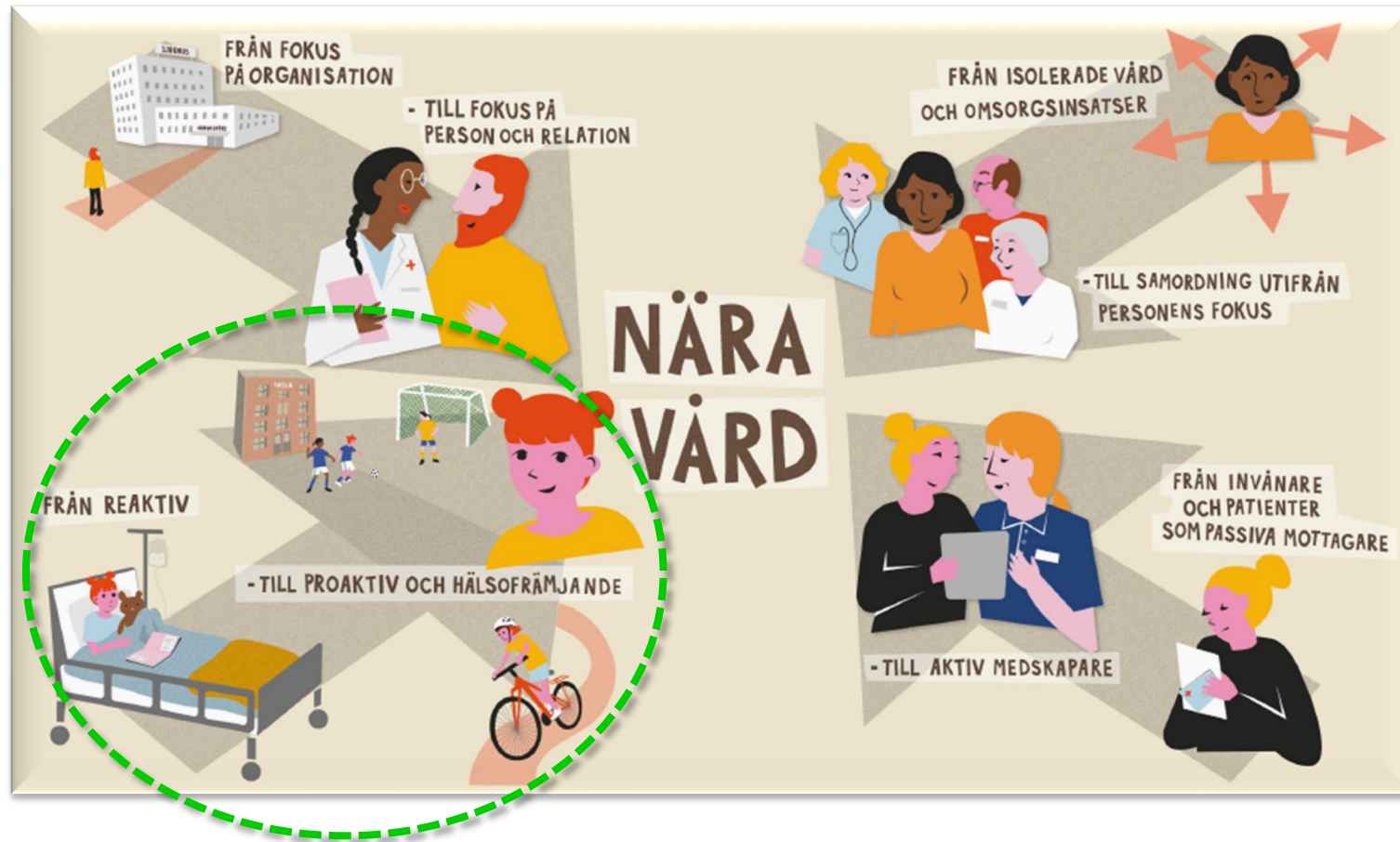


Förebyggande team Södra Älvsborg

Lokal närvårdssamverkan Svenljunga



260929

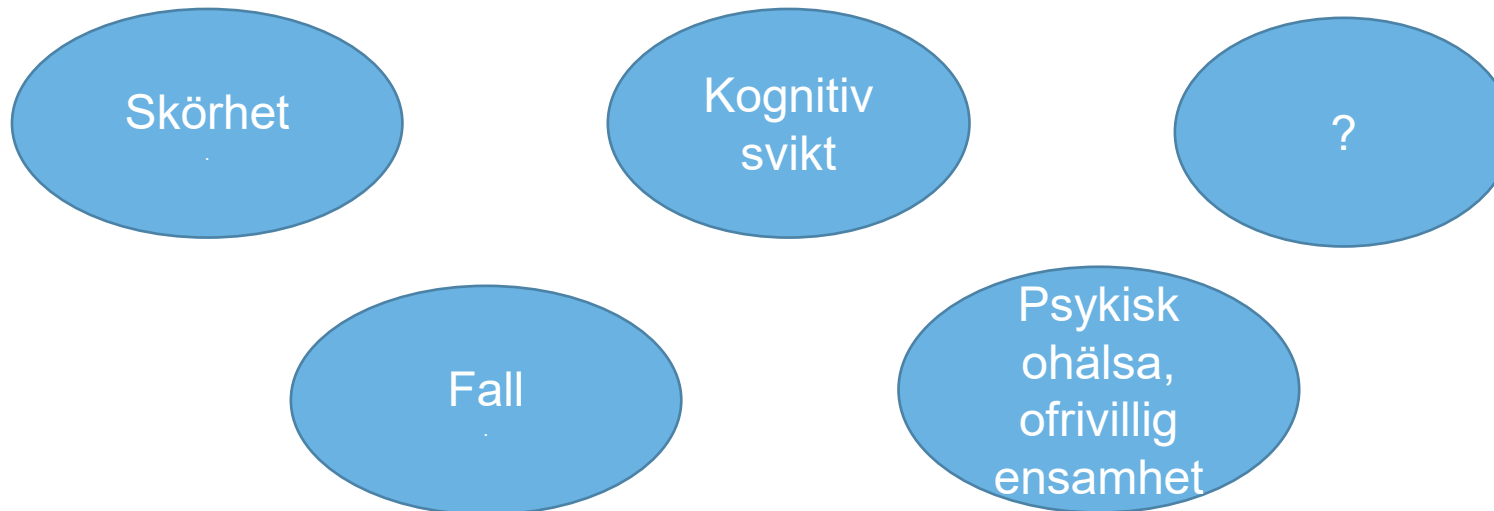


[Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

[Aktivitetsplan god och nära vård](#)

Bakgrund

- I omställning till Nära Vård rekommenderas att verksamheter arbetar proaktivt och inte reaktivt.
- I ett led i detta har styrgruppen Närvård i Södra Älvsborg tagit beslut 6/12 2024 om att förebyggande team för äldre ska finnas i samtliga lokala samverkansområden med uppstart under 2025.
- Förebilden är förebyggande team Töreboda, Tranemo och Bollebygd.
- Detta arbetssätt går även hand i hand med den nya socialtjänstlagen
- Projektledaren förlängt uppdrag till 270630



Förebyggande team

- Distriktssköterska/sjuksköterska från vårdcentral.
- Arbetsterapeut från regionfinansierad primärvård
- Biståndshandläggare/Socialsekreterare från kommunen
- Avsatt tid Tisdag eftermiddag var annan vecka kl. 13:15-15:15
- SIP görs i SAMSA vid hembesöket.
- Datum för uppföljning av SIP planeras in utifrån individen.
- Tider som inte är bokade på Torsdagen innan används till annat.

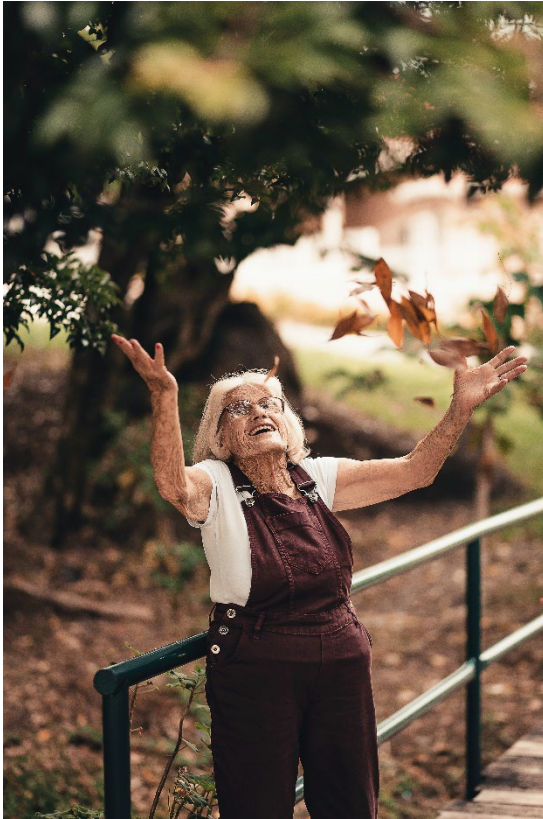


Syfte



- Att förhindra/fördröja skörhet och undvika skada.
- Att förstärka personens egna resurser för att bibehålla hälsa och självständighet. (ev. med hjälp av digitala hjälpmedel)
- Att möten sker i individens hem för att tidigt göra gemensam bedömning, samordna insatser och följa upp dessa
- Att tidigt möta individens behov av stöd ,vård/omsorg, rehabilitering, hjälpmedel och på så sätt förebygga eller fördröja behovet av insatser.
- Att förenkla för invånarna att ta kontakt med vård och omsorg

Mål:



Att personen bibehåller sin
självständighet och upplevda hälsa
så länge som möjligt.
Minska eller skjuta upp personens
behov av hjälp/insatser.

Målgrupp

- Medborgare 70 år och äldre
- Medborgare som inte har omfattande insatser
tex larm eller hemtjänst mindre än 5 timmar
- Fokus på medborgare med: "Mångsökare",
personer med **risk för fall eller som har fallit,**
kognitiv svikt, ofrivillig ensamhet och psykisk
ohälsa.
- Erbjuder förebyggande team till äldre med risk
för skörhet, vid skörhetskattning enligt
CFS 3-4



Addo Sign ID-nummer: 0948e886-1202-41b3-8b65-21ffd77a32a0



Förebyggande Team.
Jobbar med målgruppen CFS1-4

Var/Hur kan vi "fånga upp" dem?

- Personer som skörhetskattats till 1-3 enligt CFS **informerar** om förebyggande team.
- Personer som skattats till CFS 4 **erbjuds** besök av förebyggande team.
- Äldre som ringer ofta till vårdcentralen, rehabmottagningen eller biståndsbedömare. **Mångsökare** som personalen upplever har ett behov av stöd. Kan utöver besöksorsak handla om **ofrivillig ensamhet, psykisk ohälsa och otrygghet**. (Ej omfattande insatser från kommunen)
- Äldre som **fallit men inte brutit** sig och besökt vårdcentral eller sjukhus. Äldre som fallit i hemmet och larmat men inte åkt till sjukhus eller vårdcentral. Info via hemtjänst.
- Vid **årskontroller** på vårdcentralen
- Äldre som utreds eller diagnostiserats för **kognitiv svikt**
- Äldre som **kontaktar rehab** för tex träning eller hjälpmedel.
- Äldre som **ansöker om larm** eller serviceinsatser
- Äldre som fått besök uppsökande verksamhet, träffat seniorkonsulent eller anhörigstödjare och där ett behov fångats upp.



CLINICAL FRAILTY SCALE SWEDISH

	1	MYCKET VITAL	Personer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De tränar regelbundet och hör till dem som är mest vitala för sin ålder.
	2	VITAL	Personer som inte har några sjukdomssymtom men som är mindre vitala än personer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva , t.ex. beroende på årstid.
	3	KLARAR SIG BRA	Personer vars medicinska problem är väl kontrollerade , även om de emellanåt har symtom. De är sällan regelbundet aktiva utöver vanliga promenader.
	4	LEVER MED MYCKET LINDRIG SKÖRHHET	Denna kategori markerar en tidig övergång från fullständigt oberoende. Är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter . Ett vanligt klagomål är att de "saktar ned" och/eller är trötta under dagen.
	5	LEVER MED LINDRIG SKÖRHHET	Dessa personer är ofta uppenbart långsammare och behöver hjälp med komplexa instrumentella aktiviteter i det dagliga livet (IADL) (ekonomi, resor, tungt hushållsarbete). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, förbereda måltid, sköta medicinering och börjar begränsa lättare hushållsarbete.

	6	LEVER MED MÄTTLIG SKÖRHHET	Personer som behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete . Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp med att tvätta sig och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig.
	7	LEVER MED ALLVARLIG SKÖRHHET	Är helt beroende av andra för sin personliga vård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
	8	LEVER MED MYCKET ALLVARLIG SKÖRHHET	Är helt beroende av andra för sin personliga vård, och närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
	9	TERMINALT SJUK	Närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår personer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader , men som inte i övrigt lever med allvarlig skörhet (Många terminalt sjuka kan fortfarande träna fram till mycket nära sin bortgång).

ATT SKATTA SKÖRHHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skörhet motsvarar i allmänhet graden av demens. Vanliga symtom vid **lindrig demens** är att glömma bort detaljer om en nyligen inträffad händelse, men minnas själva händelsen, att upprepa samma fråga/berättelse och att dra sig undan socialt.

Vid **mättlig demens** är närminnet mycket försämrat, samtidigt som personen kan ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga vård på uppmaning.

Vid **svår demens** kan de inte utföra sin personliga vård utan hjälp.

Vid **mycket svår demens** är de ofta sängliggande. Många är praktiskt taget stumma.

Clinical Frailty Scale © 2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (SV). Alla rättigheter förbehålles. För tillstånd: www.geriatricmedicine.research.ca

Translated with permission to Swedish by Niklas Ekerstad, Anne-Marie Boström, Susanne Guidetti and Kristina Ahlund, Trollhättan-Linköping-Stockholm, 2020.

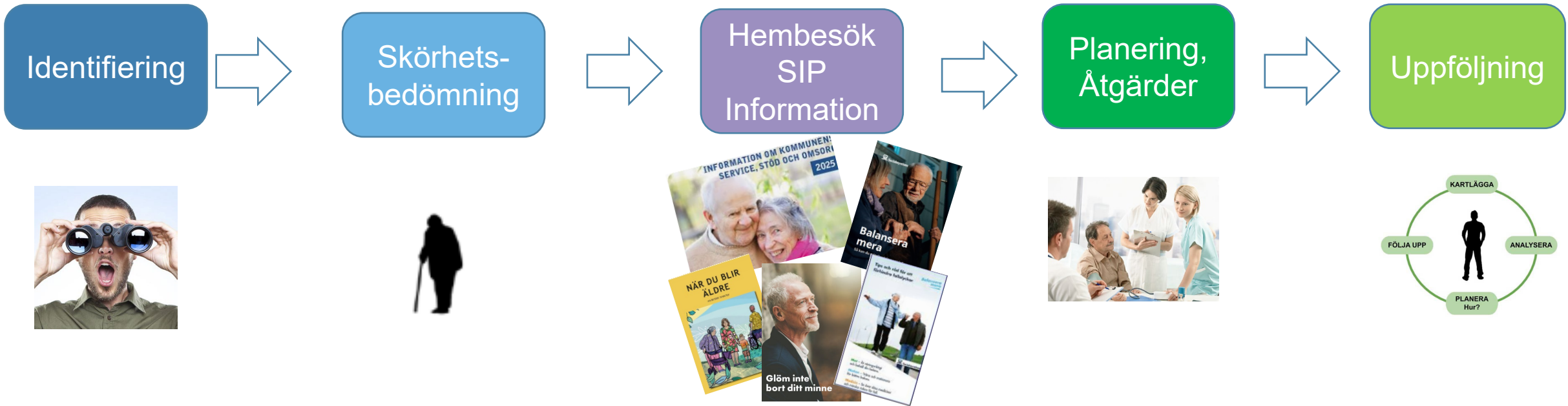
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.



Inspelad information om CFS

Delregionala dokument CFS

Process förebyggande team



Delregional rutin



Tillsamm
ans för
Kåre

Varför förebyggande team?

Korta fakta om målgruppen

Korta fakta om kognitiv svikt.

- Antal drabbade: Cirka 130 000 – 160 000 personer i Sverige lever med en demenssjukdom.
- Nyinsjuknade: Varje år insjuknar cirka 20 000 – 25 000 personer.
- Framtidsprognos: **Antalet demenssjuka förväntas fördubblas till år 2050.** (uppskattningsvis 230 000–270 000 personer) på grund av en åldrande befolkning.
- Ålder: Hög ålder är den största riskfaktorn. Risken att drabbas fördubblas ungefär var femte år efter 65 års ålder.
- **Anhöriga tar ett stort ansvar och behöver stöd.**
- **Kan förebyggas och fördröjas. + Bidra till insatser till stöd för anhöriga.**

Korta fakta om psykisk ohälsa hos äldre

- Depression: Cirka 10% av äldre drabbas, vilket klassas som ett **folkhälsoproblem.**
- Psykiska besvär: Uppemot 40% rapporterar ångslan, oro eller nedstämdhet.
- Ångest: Generaliserat ångestsyndrom och fobi är de vanligaste ångestsjukdomarna.
- Samsjuklighet: Det är vanligt att lida av både ångest och depression samtidigt.
- Underdiagnostisering: **Psykisk sjukdom hos äldre är vanligare än demens, men uppmärksammas ofta mindre.**
- **Förebyggande team kan identifiera och hjälpa. Flera av dessa är mångsökare för andra åkommor.**

Korta fakta om ofrivillig ensamhet hos äldre:

- Över 75 år: 10 procent upplever ofrivillig ensamhet och social isolering.
- Bland de äldsta (85+): Ungefär var fjärde **(24 procent) upplever ensamhet.**
- Boendeform: 19 procent av de som bor på särskilt boende (VÅBO) upplever ensamhet, jämfört med 12 procent av de med hemtjänst.
- Social isolering: Cirka 300 000 personer i Sverige beräknas vara socialt isolerade.
- **Äldre är överrepresenterade.**
- **Förebyggande team kan fånga upp och vägleda till insatser. Flera av dessa är mångsökare för andra åkommor.**



NÄRVÅRDSSAMVERKAN
Södra Älvsborg



Tillsamm
ans för
Kåre

Korta fakta om fall. Lidande och höga kostnader.

Korta Fakta om fall hos äldre:

- Höftfrakturer kostar samhället ca 2 miljarder/år.
- 1 höftfraktur kostar samhället ca **400000kr första året.**
- 95% av frakturerna orsakas av fall.
- 25% av personer med höftfraktur **avlider inom 1 år.**
- 50% av dem får **betydande försämringar i självständighet.**

Kostnader för fall SÄS
upptagningsområde ca 300000 pers.

Slutenvård SÄS	111 200 000
Öppenvård SÄS	5 500 000
Rehab SÄS upptag.	2 000 000
Omsorg SÄS upptag.	171 300 000
Totalt direkta kostnader	319 200 000
Totalt indirekta kostnader	157 300 000

Förebyggande team Svenljunga.



Lästips!

[Information och rutiner CFS Närvårdssamverkan Södra Älvsborg](#)

[Fallpreventivt arbete lönar sig för regioner och kommuner enligt ny rapport – Socialstyrelsen](#)

[Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? \(socialstyrelsen.se\)](#)

[SAFE – Secure And Focused primary care for older pEople](#)

[Blankett för Pastel 2.0](#)

[Rapport fallpreventiv geriatrisk mottagning 2024 SE.pdf](#)

[Tillsammans-moter-vi-framtidens-behov.pdf \(kommunalutveckling.nu\)](#)

[Vården ur befolkningens perspektiv | Vård- och omsorgsanalys \(vardanalys.se\)](#)

[Förebyggande hembesök i Osby kommun: åtgärder äldre personer utfört efter hembesöket — Högskolan Kristianstads forskningsportal \(hkr.se\)](#)

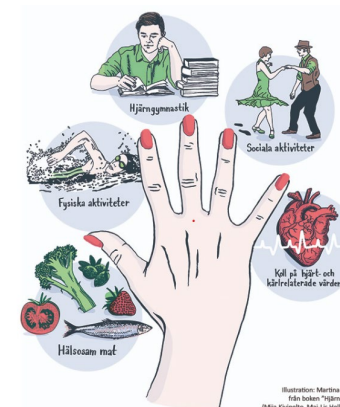
[God hälsa hos äldre personer- Förebyggande hembesök nivestam-2020.pdf \(hkr.se\)](#)

[Psykisk ohälsa hos äldre hur förebygger vi WEBB](#)

[FINGER-modellen – FBHI](#)

[Att skatta skörhet - Manual och råd från Geriatriskt utvecklingscentrum.pdf](#)

[Senior alert](#)



Samsjukvården Södra Älvsborg

Lokal närvårdssamverkan Svenljunga



260929

Samsjukvården 1177-uppdrag

Fortsatt implementering med arbetssättet med uppdrag från 1177
+ Stöd till Herrljunga gällande IVPA.

- **Mark, Ulricehamn, Svenljunga, Tranemo och Bollebygd är igång**
- **Herrljunga.** IVPA startade april-26. 1177 uppdrag på sikt.
- **Vårgårda** Planerar start i oktober.
- **Borås** Fortsatt dialog.



Samsjukvården 1177 uppdrag

2025

40 medborgare i MUST området har fått hjälp på rätt vårdnivå

85 % har varit kateter KAD uppdrag

15 % har varit såromläggningar, bedömningar vid fall och någon fråga om läkemedelshantering.

Dessa 40 har inte behövt åka till akuten i Borås och de har fått nära vård i sitt hem.

Januari till juli 2026 ca 30-32. Några ärende har avböjts.

Svenljunga 3 hittills i år.





Catarihna Petersson

catarihna.petersson@tranemo.se

Tel 0325-576254

Processledare nära vård/Projektledare
förebyggande team.

SIP

Lokal ledningsgrupp i

Svenljunga

29 september 2026

2026-10-05

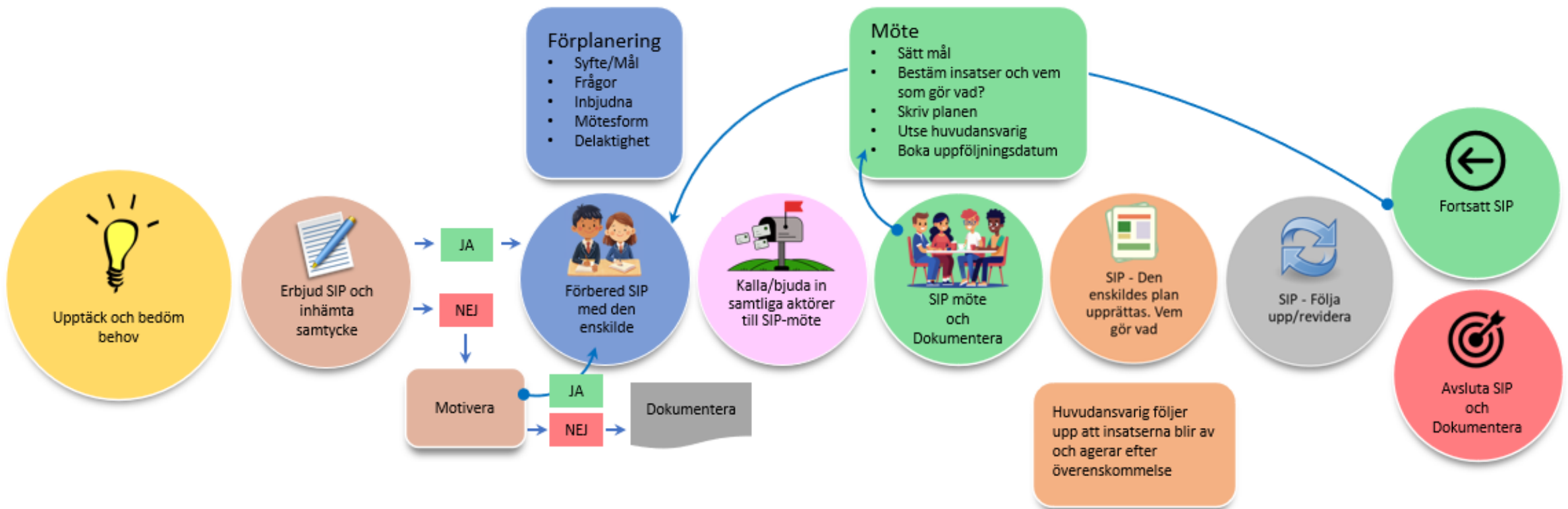
Syfte



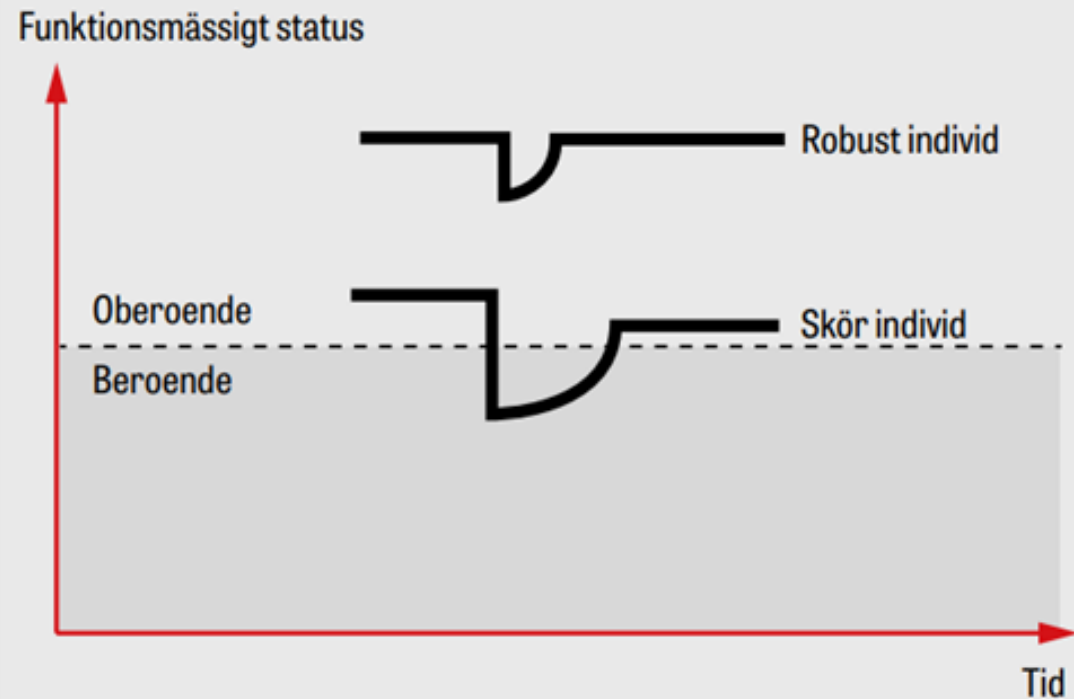
Att göra den enskilde delaktig utifrån sina förutsättningar och att insatser samordnas.

SIP kan med fördel erbjudas i ett tidigt skede.

SIP-processen



FIGUR 1. Konsekvenser av ett stressmoment



► Exempel på konsekvenser av en händelse/stressor, till exempel en urinvägsinfektion, hos en robust individ jämfört med en skör individ. Från [7].

Personer som är sköra får oftast en större förlust i funktionsnivå vid en händelse/stressor och tar längre tid på sig att "komma tillbaka". Oftast återfår de inte samma funktionsnivå som innan.

(Clegg A, m.fl., 2013)

SIP information eller utbildningsbehov

Kommer gärna till

- Ledningsgrupper inom verksamheten
- Arbetsplatsträffar
- Ledningsgrupp i närvårdssamverkan
- Arbetsgrupper i närvårdssamverkan
- Verkställighet/utförare
- Förskola/skola

Rapporten klar:

[SIP används för lite och för sent – många med stora behov saknar samordnad plan | Vård- och omsorgsanalys](#)

**SIP används för lite och för sent –
många med stora behov saknar
samordnad plan**



Addo Sign ID-nummer: 0948e886-1202-41b3-8b65-21ffd77a32a0

Våra fem övergripande slutsatser

SIP uppnår inte avsedda effekter tillräckligt eller på ett effektivt sätt

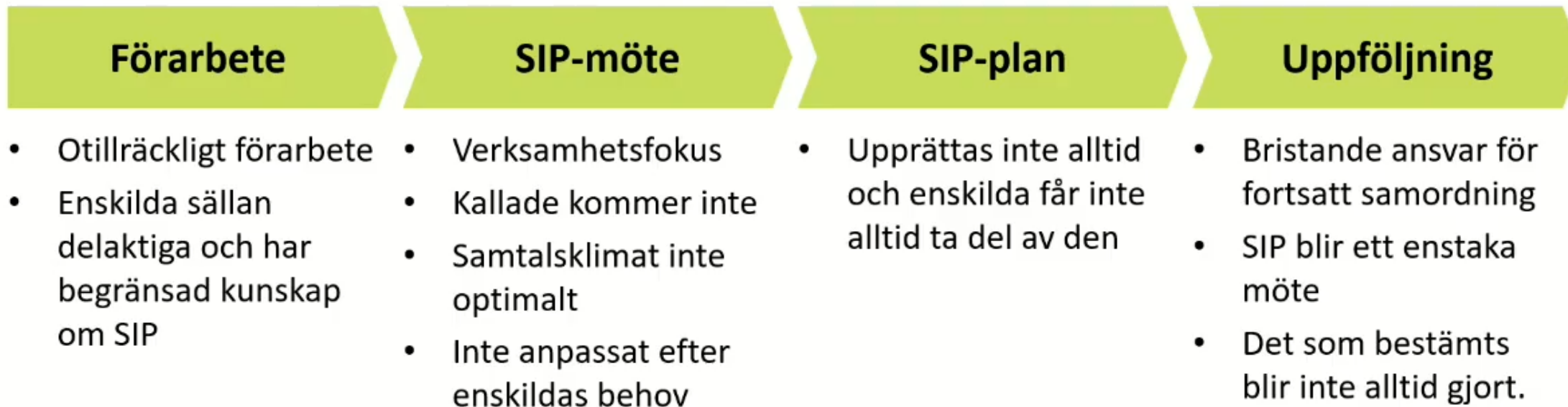
Tillämpningen av bestämmelserna varierar och avviker från intentionerna med SIP

Styrningen har gett otillräckligt stöd

SIP kan inte överbrygga grundproblemen

SIP har potential om förutsättningarna för tillämpningen förbättras

Exempel på brister och hinder i SIP-processen



Ser en fördel med att utse en mötesordförande- SIP-samordnare

Tack för idag och lycka till i arbetet med SIP!

- SIP i VVG
- Överenskommelse Samverkan barn och ungas hälsa 240704
- SIP-närvårdssamverkan
- Närvårdssamverkan

SIP-samordnare, maria.glemfelt@vgregion.se

Tfn 033-6165296



Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat med Addo Sign säkra digitala signatur.
Undertecknarens identitet registreras fysiskt i det elektroniska PDF-dokumentet och visas nedan.
Alla tider anges i koordinerad universell tid (Coordinated Universal Time, UTC).

Undertecknare



ELINOR LISELOTT JOHANSSON
h1R/JGMEj+yMRX/JyZ9+Tw
2026-10-05 06:14:19Z



LOUISE NORTHMAN
26OnpHbIgzbireyC7A6Kxw
2026-10-05 08:40:32Z



ULRIKA HAUTALA
PGvdAN0UZLFK66XnyzsU4A
2026-10-09 11:02:23Z

Dokument i försändelsen

Möteanteckningar 2026-09-29.pdf

SHA256: e484daee5fa15093fa5be48e3f0e8331e4a272224b1d67b0b703ba2884cd00e5



Dokumentet signeras digitalt med den säkra signeringstjänsten Addo Sign. Signaturbeviset i dokumentet säkras och valideras med det matematiska hashvärdet för originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. Alla kryptografiska signeringsbevis är inbäddade i PDF-dokumentet ifall de ska användas för validering i framtiden.

Hur man verifierar dokumentets äkthet

Dokumentet är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När dokumentet öppnas i Adobe Reader ser det ut att vara signerat genom Addo Sign signeringstjänst.

Addo Sign ID-nummer: 0948e886-1202-41b3-8b65-21ffd77a32a0