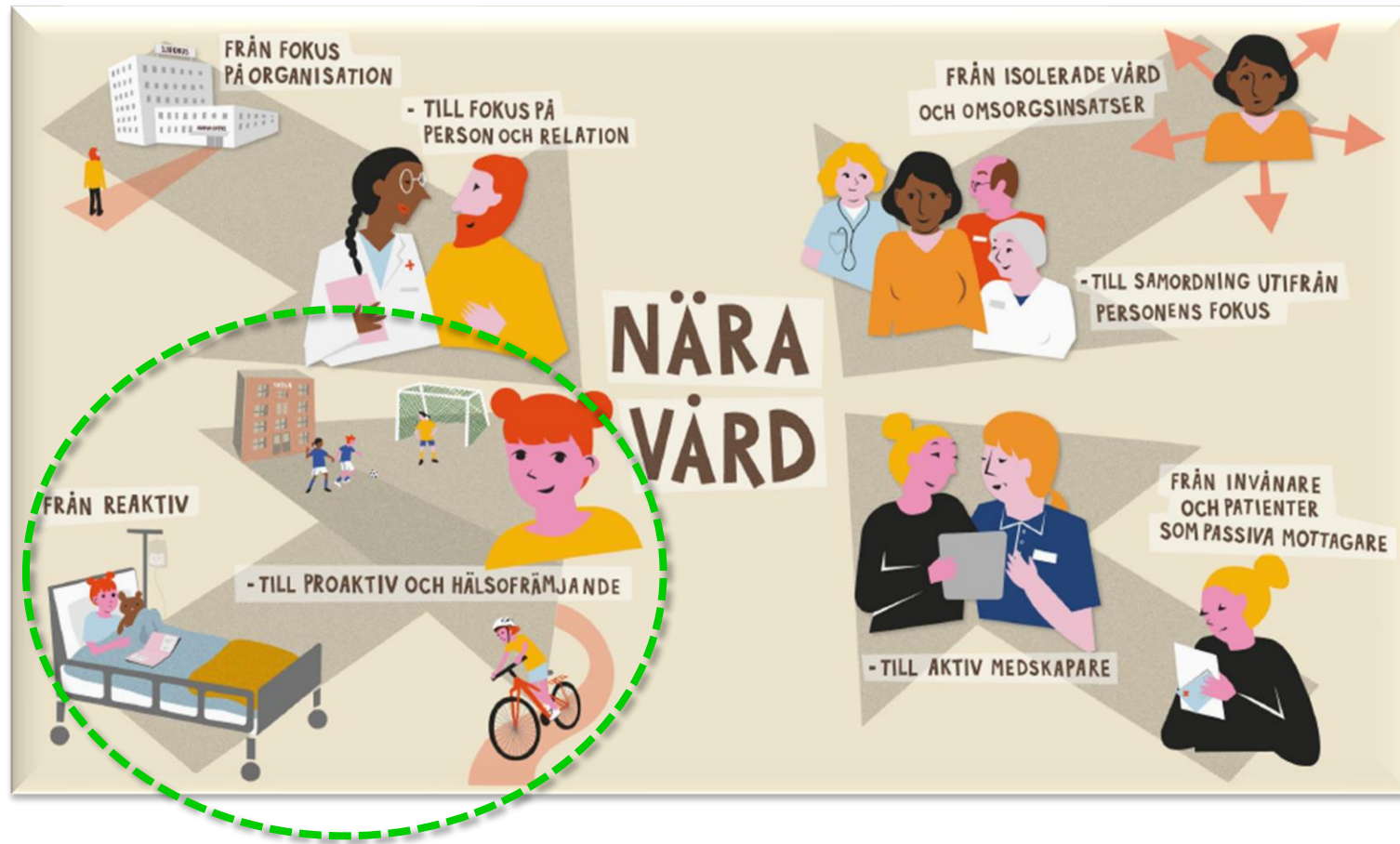


Förebyggande team



2025-02-25



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

[Aktivitetsplan god och nära vård](#)

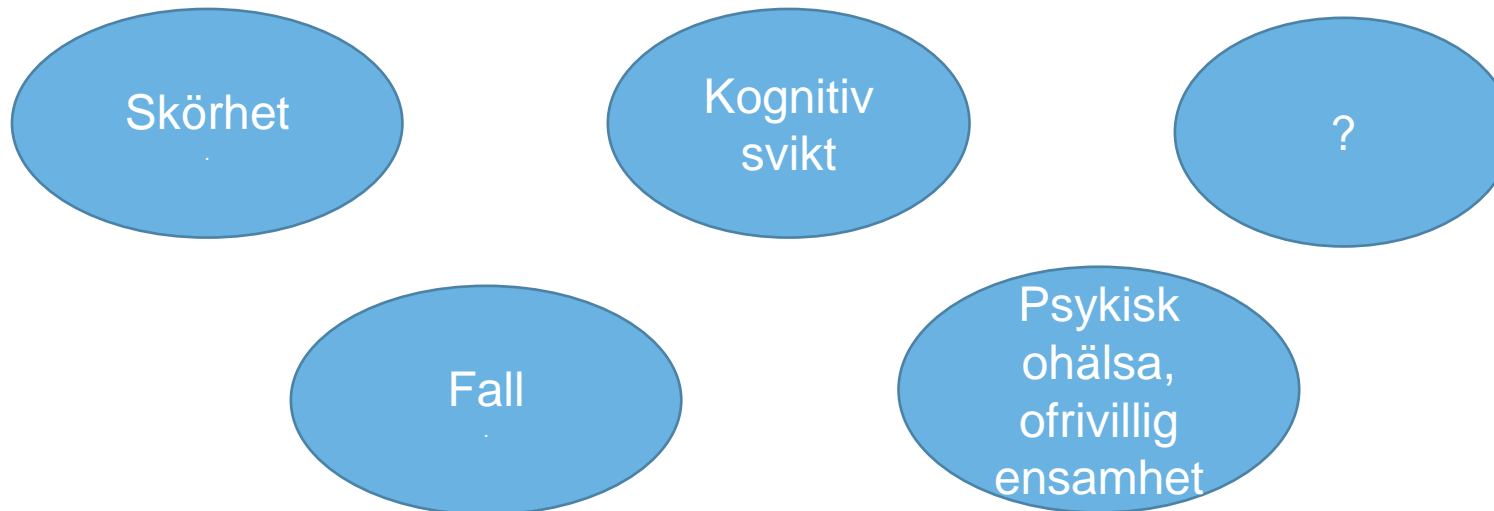
Sex förändrade arbetssätt

(Länsgemensam färdplan)



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 året ut 2025. (-Sommaren)



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

- Äldre kommuninvånare som har behov av råd och stöd i sin vardag för att bibehålla hälsa och självständighet. Särskilt avses personer som inte tidigare haft regelbunden och nära kontakt med vård och omsorg men som börjar få svårt att klara vardagen på egen hand.
- Personer som verkar otrygga i sin livssituation
- Personer med risk för skörhet och där en skörhetsskattning är gjord eller kan vara lämplig att göra
- Personer med fallrisk eller som har fallit
- Kognitiv svikt i tidigt skede (Ev. där anhöriga kompenserar mycket)



Var/Hur kan vi "fånga upp" dem?

Förebyggande Team.
Sannolikt CFS1-4

- Personer som skörhetskattats till 1-3 enligt CFS informeras om förebyggande team.
- Personer som skattats till CFS 4 erbjuds besök av förebyggande team.
- Äldre som ringer ofta till vårdcentralen, rehamottagningen eller biståndsbedömaren och/eller har många besök på mottagningen och som personalen upplever har ett behov av stöd
- Äldre som fallit men inte brutit sig och besökt vårdcentral eller sjukhus. Äldre som fallit i hemmet och larmat. Info via hemtjänst.
- Äldre som kontaktar rehab för tex träning eller hjälpmedel.
- Äldre som ansöker om larm eller serviceinsatser
- Äldre som fått hälsosamtal (statliga medel), träffat seniorkonsulent eller anhörigstödare och där ett behov fångats upp.

Sekundärprevention. Bör kunna fångas i ett dagligt gemensamt arbete.
Sannolikt CFS 5+

- Äldre mångsökare på vårdcentral och sjukhus men som inte har omfattande insatser från kommunen (tex inte inskriven i kommunal primärvård)
- Aktivt söka i systemen. MedRave. Sökning som motsvarande "PREA 60" i region Jönköping
- Äldre som fått besök av samsjukvården, ambulans, MALT.
- Äldre som varit på akuten men ej blivit inskrivna i slutenvården. (Info via omsorgskoordinator på akuten)23t
- Äldre som planerats i SAMSA (Sluten eller öppenvård) men inte blivit inskrivna i kommunal primärvård.
- Äldre som vid hemgång från korttidsplats inte blir inskrivna i kommunal primärvård.

CLINICAL FRAILITY 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 SKÖRHET	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 SKÖRHET	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 MÄTLIG SKÖRHET	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 SKÖRHET	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 SKÖRHET	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 SKÖRHET 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 **måttlig 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.



Förebyggande team skall arbeta med följande

- Skapa trygghet, säkerställa att förebyggande insatser görs. (Tidig introduktion av digitala hjälpmedel.)
- Informera om kontaktvägar till fast vårdkontakt, kommunens biståndshandläggare eller annat Vb. Ibland överlämna information till dessa för att säkerställa att vårdbehov tillgodoses.
- Skörhetsskattning enligt CFS. Alla över 70 år bör skattas.
- Besöka personer med kognitiv svikt och deras anhöriga i tidigt skede för att ge tidiga insatser.
- Fallprevention i förebyggande syfte eller att förhindra fler fall. Utreda orsak utifrån varje yrkes ansvarsområde. Balans, nutrition, läkemedel mm



Förebyggande team i Tranemo

- Närhälsan och Tranehälsan – Två distriktssköterskor från varje vårdcentral.
- Närhälsans rehabmottagning - En arbetsterapeut
- Vård- och omsorg- Initialt två av kommunens biståndshandläggare.
- Tisdag eftermiddag kl. 13:15-15:15
- Varannan vecka Tranehälsan, varannan vecka Närhälsan.
- SIP i SAMSA.
- Uppföljning efter ca 4 veckor.
- Tider som inte är bokade på fredagen används till annat.



Närhälsan Tranemo
Din egen vårdcentral



Närhälsan
Tranemo
Rehabmottagning





Catarihna Petersson

catarihna.petersson@tranemo.se

Tel 0325-576254

Projektledare förebyggande team.