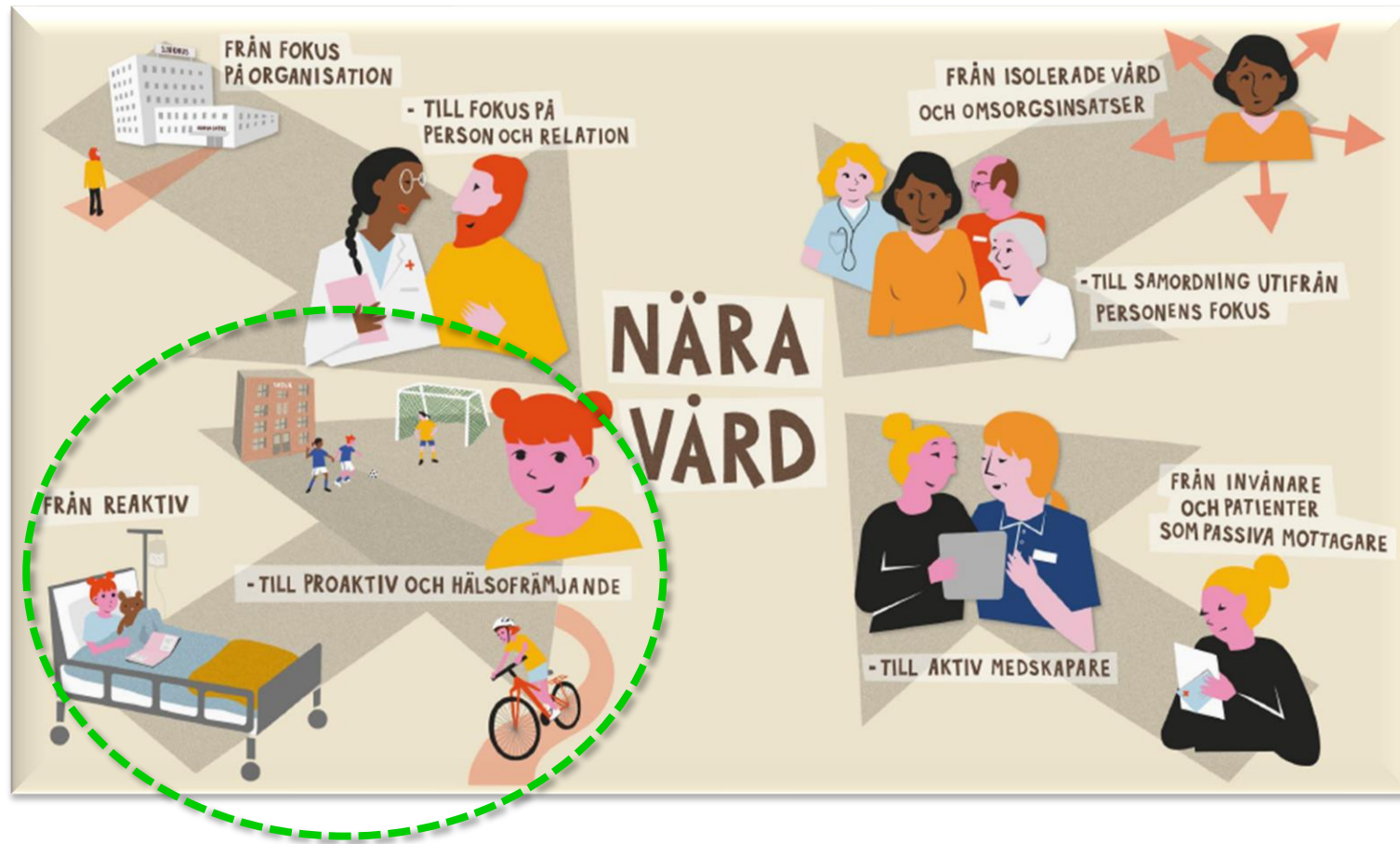


Förebyggande team Ulricehamn



250207



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

[Aktivitetsplan god och nära vård](#)

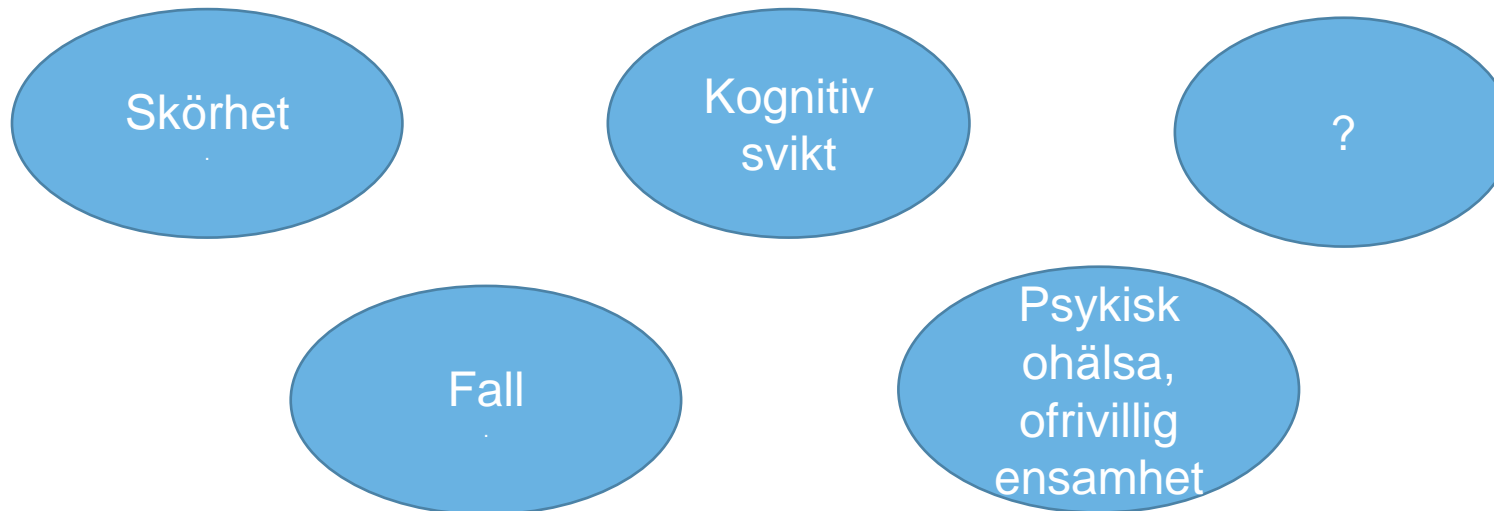
Sex förändrade arbetssätt

(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 biståndsbedömare 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. 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 omsorgskoordinatorn på akuten)23t
- Äldre som planerats i SAMSA/Samvy (Sluten eller öppenvård) men inte blivit inskrivna i kommunal primärvård.
- Äldre som vid hemgång från korttidsplats inte blir inskrivna i kommunal primärvård.

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.
- Om tiden ej är bokad på fredagen så används den till annat.



Närhälsan Tranemo
Din egen vårdcentral

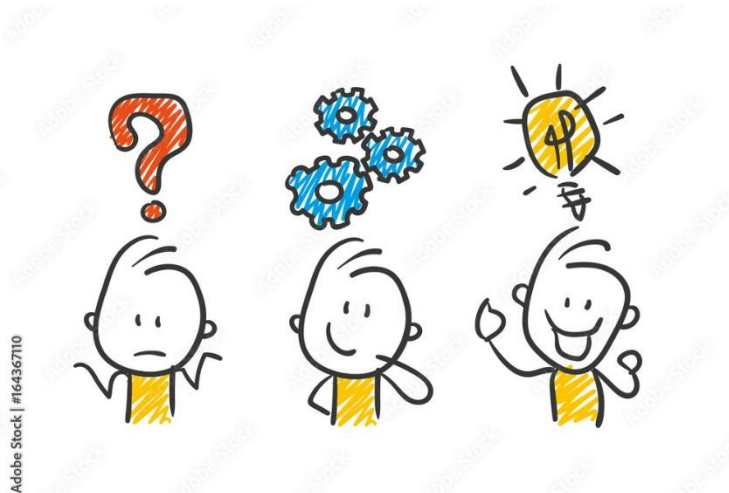


Närhälsan
CENTRAL
SÖDRA ÄLVSBERGSKOMMUNEN
Tranemo
Rehabmottagning



Vad är era tankar utifrån det ni hört här?

Har ni idéer om hur ni skulle kunna jobba med frågan?





Catarihna Petersson

catarihna.petersson@tranemo.se

Tel 0325-576254

Projektledare förebyggande team.

Uppföljning.

Slutsatser hittills...Tranemo, Bollebygd

Uppskattat av personerna som fått besök.

Vårdcentralerna upplever att det är svårt att motivera lämpliga kandidater att få komma på hembesök. Viktigt: All personal hos aktörerna måste veta teamets arbetssätt/syfte och hjälpas åt att hitta/motivera/boka in lämpliga kandidater.

Behövs sannolikt ett mer offensiv i erbjudandet. Inte "Vi har ett team..." utan mer "Jag ser att du skulle kunna ha god hjälp av vårt förebyggande team. Är det ok att vi bokar in ett besök?"

Målgruppen för vag otydligt. Otydligt var man fångar upp dem. (Vårdcentralen blev enda vägen in)

Att teamet får bra förutsättningar och uppbackning av cheferna. Skydda teamets tid. Följer upp hur det går. (Det man inte pratar om tenderar att inte uppfatta som viktigt)

Återkoppling/dialog med lokala styrgruppen för att följa upp hur arbetet går, diskutera ev. förändringar och säkerställa att alla står fast i beslutet om att ha teamet.

Det är ett problem att vårdcentralerna och rehab inte har tid eller får ersättning för detta arbete i krav och kvalitetsboken. 2025 finns äldresjuksköterska med.

Vår erfarenhet är att den vårdcentral som själva planerar hem sina pat. från sjukhus lättare fångar upp behovet.

Teamet behöver bli känt av allmänheten.

Man behöver se nyttan och effekten för pat. över tid men även för verksamheten.



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 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.



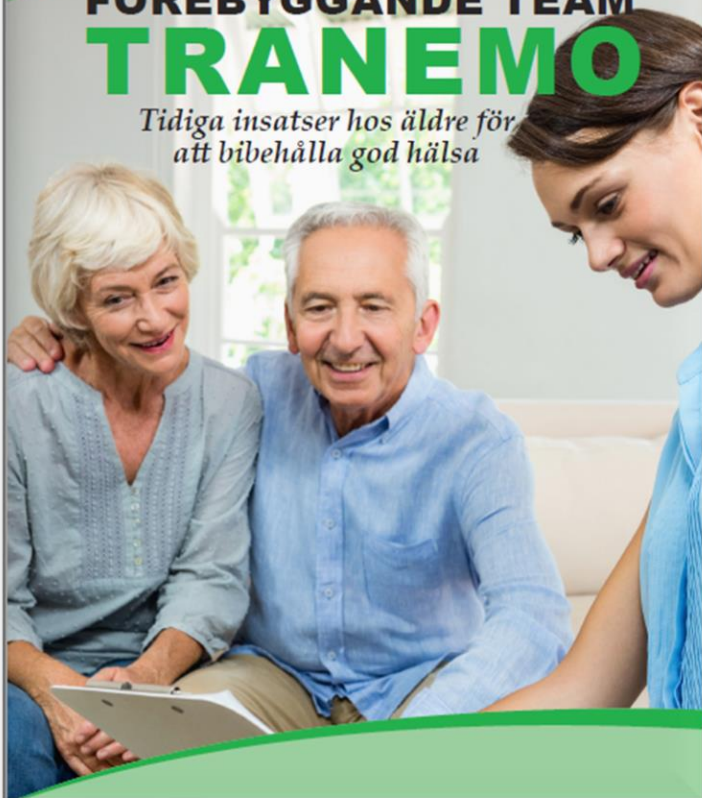


TRANEMO
KOMMUN

Lev livet på den gröna sidan

FÖREBYGGANDE TEAM **TRANEMO**

*Tidiga insatser hos äldre för
att bibehålla god hälsa*



FÖREBYGGANDE TEAM



I Tranemo pågår ett samarbete mellan Tranemo kommun, Närhälsans vårdcentral, Tranehälsans vårdcentral samt Närhälsans rehabmottagning.

Tillsammans är vi ett kompetent team av biståndshandläggare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter med bred kunskap om hela människan.

För oss är det viktigt att arbeta med förebyggande insatser. Därför erbjuder vi hälsofrämjande stöd och behandling så att du kan hålla dig frisk och må bra utifrån just dina förutsättningar.

Vi kan göra ett kostnadsfritt hembesök där vi tillsammans med dig tar fram en plan för hur du ska kunna bibehålla en god hälsa. Du kan ställa frågor och vi informerar om hur vi kan bistå dig.

Teamet vänder sig främst till dig som är äldre och inte har hemtjänst eller regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården.

DITT ÄRENDE SKA INTE VARA AKUT

KONTAKTUPPGIFTER

Är du listad på **Tranehälsans Vårdcentral** är du välkommen att kontakta oss på telefonnummer; 0325-134 13, tisdag och onsdag kl 11.00-12.00

Är du listad på **Närhälsans Vårdcentral** är du välkommen att kontakta oss på telefonnummer; 0325-472 10, måndag-fredag kl 7.30-16.30



TRANEMO
KOMMUN



Närhälsan

TRANEHÄLSANS VÅRD-CENTRAL

Tranemo
Rehabmottagning

Närhälsan Tranemo
Din egen vårdcentral



tranehälsan
DIN EGENA VÅRD-CENTRAL

Lästips!

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

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

[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](#)

[Multiprofessionella team för trygg och säker nära vård | SKR](#)

[Utveckling av hälsofrämjande och förebyggande insatser för äldre | Göteborgsregionen \(GR\)](#)

