



Vårdsamverkan i  
Göteborgsområdet

# Projekt sköra äldre

TGÄ 260225

# Uppdaterad uppdragshandling

Projektets uppdragshandling uppdaterades av TGÄ beredningsgrupp och stämdes av med projektledarna.

Detta innebar förtydligande kring två spår av teamrutiner:.

- ett för de som skattas av fast vårdkontakt på vårdcentralen
- ett för de som skattas av fast vårdkontakt i kommunal primärvård.

# Arbetsgruppsmöte 4

- Arbetsgruppsmötet resulterade i genomarbetade teamrutiner som alla ställde sig bakom.  
En rutin för när vårdcentralen är fast vårdkontakt och en när patienten är inskriven i kommunal primärvård.
- Processledare för TGÄ deltog då projektledarnas uppdrag tar slut i vår men det finns projektmedel kvar för övriga deltagare så teamarbetet fortsätter under hösten för utvärdering vid årets slut.

Temarutin Projekt sköra äldre- Patient skattas av vårdcentralens fasta vårdkontakt.  
2026-02-19

## Teamrutin som utgår från att sköra äldre skattas av vårdcentralens fasta vårdkontakt

Fast vårdkontakt i regionens primärvård på vårdcentralen träffar patienten och gör en strukturerad genomgång med hjälp av blankett Pastel 2.0. Blanketten tas med till teammöte för att utifrån den enskildes behov eventuellt erbjuda insatser som exempelvis förebyggande insatser, trygghetslarm med mera. Teamet ska arbeta proaktivt.

### Teamdeltagare:

Fast vårdkontakt, fast läkarkontakt i primärvården, socialtjänst (förebyggande enhet och socialsekreterare), vårdval rehab och konsulterande geriatrisk läkare från SU vid behov. Teamet ska ha tillgång till dietist och psykolog vid behov. Om behov av kommunal primärvård identifieras i samband med teammöte skickas en vårdbegäran enligt ordinarie rutin, bifoga underlag.

Teamet träffas (på plats eller digitalt) ca 2 timmar 2 gånger per vecka (beroende på antalet skattade patienter) och målet är att bedöma 8–10 patienter per vecka.

IT-stödet SAMSA bör användas då deltagare från socialsekreterare, förebyggande verksamhet och rehab ska involveras.

### Nya patienter/ förslag på underlag till teammöte:

- Stämman av CFS-skattningen (denna är en del av Pastel 2.0)
- Pastel 2.0 går igenom, Checklista 1:  
[Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet | Kunskapsstyrning vård | SKR](#) kan gärna komplettera.
- CFS-skattning dokumenteras i patientens journal
- Läkemedelsgenomgång
- Psykisk ohälsa?
- Behov av demensutredning?
- Behov av utökad geriatrisk bedömning?
- Behov av läkarbesök VC?
- Skapa plan för åtgärder (se Pastel 2.0)
- Identifiera behov av SIP och erbjuda SIP

Tidigare skattade patienter följs upp vid behov

Temarutin Projekt sköra äldre- Patient skattas av kommunal primärvård  
2026-02-19

## Teamrutin som utgår från att sköra äldre skattas av fast vårdkontakt i kommunal primärvård.

Fast vårdkontakt i kommunal primärvård träffar patienten och gör en strukturerad genomgång med hjälp av blankett Pastel 2.0. Blanketten tas med till teammöte för att utifrån den enskildes behov eventuellt erbjuda insatser som exempelvis förebyggande insatser, trygghetslarm med mera. Teamet ska arbeta proaktivt.

### Teamdeltagare:

Fast vårdkontakt i kommunal primärvård, fast läkarkontakt i primärvården, socialtjänst (förebyggande enhet och socialsekreterare), vårdval rehab och konsulterande geriatrisk läkare från SU vid behov. Teamet ska ha tillgång till dietist och psykolog vid behov. Vid inflyttning till VOB skattas patienten av sin fasta vårdkontakt i kommunal primärvård. Verksamheterna kan nominera/förboka sina individer i SAMSA till varandra.

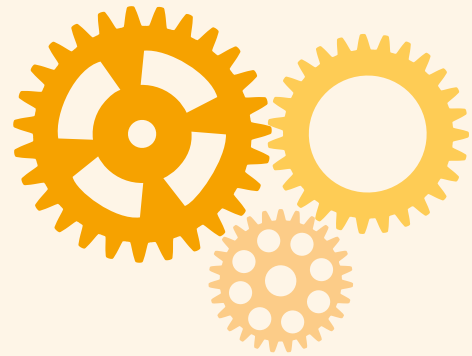
Teamet träffas (på plats eller digitalt) ca 2 timmar 2 gånger per vecka (beroende på antalet skattade patienter) och målet är att bedöma 8–10 patienter per vecka. Under teammötet görs en samlad bedömning av patientens situation utifrån medicinska omvårdnads- och rehabiliteringsbehov. Beslut fattas gemensamt om ytterligare insatser.

### Nya patienter/ förslag på underlag till teammöte:

- Stämman av CFS-skattningen (denna är en del av Pastel 2.0)
  - Pastel 2.0 går igenom, Checklista 1:  
[Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet | Kunskapsstyrning vård | SKR](#) kan gärna komplettera.
  - CFS-skattning dokumenteras i patientens journal
  - Läkemedelsgenomgång
  - Psykisk ohälsa?
  - Behov av demensutredning?
  - Behov av utökad geriatrisk bedömning?
  - Behov av läkarbesök VC?
  - Skapa plan för åtgärder (se Pastel 2.0)
  - Identifiera behov av SIP och erbjuda SIP
- Tidigare skattade patienter följs upp vid behov

# Plan framåt:

- Projektledarna gör en delrapport i vår utifrån projektet olika mål
- Skattningsarbetet fortsätter och teamarbetena får längre tid på sig att etableras.
- Hemsida för projektet under TGÄ:s vårdsamverkanssida publiceras inom kort för att stödja kommunikationsbehoven.
- Utvärdering sker vid årsslutet och rekommendation om vidare väg framåt



# Vårdsamverkan i Göteborgsområdet