Vårdsamverkan i Göteborgsområdet

2026-10-13

Slutrapport Projekt Sköra Äldre

God vård för sköra äldre personer: ökad samverkan och proaktivt arbete i nära vård

Temagrupp Äldre, Vårdsamverkan i Göteborgsområdet 2026

Sammanfattning

Projekt Sköra Äldre avslutas. Temagrupp Äldre (TGÄ) bedömer att arbetssättet i den prövade projektformen inte kan breddinföras. Projektet har samtidigt gett flera tydliga lärdomar som bör tas vidare i ordinarie utvecklings- och samverkansarbete.

Projektets ursprungliga syfte var att tidigt identifiera sköra äldre och deras behov, stärka personcentrering och proaktivitet samt utveckla samverkan mellan regional primärvård, kommunal primärvård, socialtjänst, förebyggande verksamhet och geriatrik. Ett särskilt fokus var att uppmärksamma psykisk ohälsa, bland annat eftersom depression hos äldre riskerar att vara underdiagnostiserad.

Genomförandet blev dock olika mellan områdena. Målgrupp, urval till teammöte, användning av Pastell, professionsdeltagande, mötesfrekvens och uppföljning varierade. Därför går det inte att säga att en och samma modell har prövats på ett sätt som medger säker effektutvärdering eller breddinförande.

Huvudslutsats: Skörhet behöver identifieras strukturerat, men fortsatt handläggning behöver vara personcentrerad och behovsstyrd och omfatta hela individens situation – medicinska, funktionella, psykiska och sociala behov. Samverkan och teamarbete skapar störst värde när de aktiveras utifrån den enskildes behov och integreras i befintliga strukturer.

Lärdomar att ta vidare

Komponent	Lärdom för fortsatt arbete
CFS	Har tydlig potential som gemensamt språk för att identifiera och gradera skörhet. Bör tas vidare inom ordinarie kunskaps- och utvecklingsarbete.
Psykisk och psykosocial hälsa	Behöver vara en uttalad del av helhetsbedömningen. Projektet ger indikationer på att bredare kartläggning kan

	synliggöra behov, men kan inte visa mätbar effekt på diagnos eller behandling.
Behovsstyrda teammöten	Skapar värde när patientens behov kräver samordning. Mötesfrekvens och deltagande professioner bör styras av behov, inte av en fast projektmodell.
Lokala kontaktvägar	Nya och stärkta kontaktvägar mellan berörda aktörer är ett konkret resultat som bör bevaras.
Pastell	Kan bidra med ett helhetsperspektiv i vissa situationer, men generell användning riskerar dubbelarbete där motsvarande bedömningar redan görs.
Uppföljning	Framtida utvecklingsarbete behöver få, tydliga och gemensamma mätetal från start samt konsekvent dokumentation av behov, åtgärd, ansvar och uppföljning.

1. Bakgrund och uppdrag

Temagrupp Äldre initierade pilotprojektet för att skapa ett effektivt och robust arbetssätt kring sköra äldre genom förbättrad samverkan. Grundtanken var att tidigt uppmärksamma skörhet och behov så att insatser från olika professioner och verksamheter kunde sättas in tidigare och därigenom förebygga komplikationer, ökat beroende och försämring av skörhet.

Projektet skulle skapa och utvärdera ett arbetssätt för samarbete kring skörhet och skörhetsskattning med Clinical Frailty Scale (CFS). I uppdraget ingick också att stärka teamarbete och utveckla ett arbetssätt som, efter utvärdering, skulle kunna implementeras i ordinarie verksamhet.

1.1 Psykisk ohälsa som uttalat delområde

Psykisk ohälsa var en tydlig del av projektets ursprungstanke. Ansökan angav ett särskilt fokus på att identifiera psykisk ohälsa hos målgruppen, mot bakgrund av att bland annat depression hos äldre ofta är underdiagnostiserad. I den föreslagna teamrutinen ingick därför både psykologiska faktorer i den strukturerade genomgången och en uttrycklig fråga om psykisk ohälsa.

Utgångspunkten var att psykisk ohälsa hos äldre kan vara svår att upptäcka när kroppslig sjukdom, funktionsnedsättning, kognitiv svikt och social problematik förekommer

samtidigt. Projektet hade därför ambitionen att skapa ett bredare helhetsperspektiv på den äldre personens situation.

1.2 Projektets ursprungliga mål i korthet

- Tidigare identifiera skörhet och behov genom CFS och strukturerad bedömning.
- Öka kompetensen om skörhet hos deltagande verksamheter.
- Utveckla personcentrerade och proaktiva arbetssätt.
- Stärka multiprofessionellt teamarbete och samverkan över organisationsgränser.
- Uppmärksamma psykisk ohälsa och psykosociala behov som del av helhetsbedömningen.
- Utvärdera ett arbetssätt som kunde ligga till grund för eventuellt breddinförande.

2. Genomförande

Tre geografiska områden deltog: Grimmered/Redegatan, Kortedala och Olskroken. Deltagandet omfattade vårdcentraler, kommunal primärvård, socialtjänst, förebyggande verksamhet, regionalt vårdval rehab där det var aktuellt samt slutenvårdens geriatrik.

Projektet innehöll utbildning, lokala workshops, CFS-skattning, användning av Pastell i varierande omfattning samt multiprofessionella teammöten. Samtliga deltagande medarbetare genomförde utbildning i CFS och lokala workshops genomfördes i varje område. Den praktiska delen kom därefter igång i olika takt och med olika lokala arbetssätt.

2.1 Kompletterande uppföljning inför avslut

Efter överlämning av projektledningen i maj 2026 till TGÄ:s processledare gjordes en kompletterande uppföljning. Deltagande verksamheter fick beskriva antal skattade patienter, patienturval, teamdeltagare, vidtagna åtgärder, uppföljning samt upplevda mervärden av CFS, Pastell och teammöten.

Den kompletterande återkopplingen blev central för slutbedömningen eftersom den visade hur arbetssättet faktiskt hade genomförts lokalt och vilka delar verksamheterna upplevde som användbara respektive svåra att genomföra.

3. Resultat och erfarenheter

3.1 Arbetssättet blev inte enhetligt

Områdena arbetade olika med vilka patienter som skulle skattas, vilka som skulle tas upp i team, hur Pastell användes, vilka professioner som deltog och hur ofta teamet träffades. I vissa områden diskuterades alla Pastell-bedömda patienter, i andra skattades endast patienter som redan valts ut för teammöte.

Konsekvensen är att projektet inte kan betraktas som en prövning av en gemensam modell. Resultat mellan områdena är därför inte direkt jämförbara och kan inte slås samman till en säker effektbedömning.

3.2 CFS – tydligast potential

CFS är den komponent där återkopplingen sammantaget visar tydligast potential. Flera verksamheter beskriver att CFS kan fungera som ett gemensamt språk mellan professioner och vårdnivåer och ge en strukturerad bild av graden av skörhet. Några verksamheter uttrycker att CFS är relevant att fortsätta använda även efter projektets avslut.

Lärdomen är att CFS med fördel kan tas vidare inom ordinarie kunskaps- och utvecklingsarbete, särskilt i samband med implementering av nationella kunskapsstöd, snarare än som en del av en separat projektrutin.

3.3 Psykisk ohälsa och psykosociala behov

Att uppmärksamma psykisk ohälsa var en uttalad del av projektets uppdrag. Pastell och teamdiskussionerna innehöll frågor om psykologiska faktorer, och i delprojektsammanställningen beskrevs att skattningarna i vissa fall hade betydelse för att fånga psykisk ohälsa.

Projektet synliggjorde också att psykisk ohälsa hos äldre inte enbart behöver handla om diagnostiserad depression eller ångest. Ofrivillig ensamhet, sorg, kognitiv svikt, anhörigbelastning och social utsatthet kan påverka det psykiska välbefinnandet och kräva insatser från flera aktörer. Kontakten med socialtjänst och förebyggande verksamhet blev särskilt relevant i detta perspektiv.

Samtidigt saknas en enhetlig uppföljning av hur många personer där psykisk ohälsa nyidentifierades, hur många som fick diagnos eller behandling och vilket utfall insatserna fick. Projektet kan därför inte visa en mätbar effekt på depression eller ångest. Lärdomen är i stället att psykisk och psykosocial hälsa bör ingå som en uttalad del av helhetsbedömningen av personer med skörhet.

3.4 Pastell – värde i vissa situationer, risk för dubbelarbete

Erfarenheterna av Pastell är blandade. Vissa verksamheter beskriver att instrumentet ger en bred och strukturerad bild av patientens situation och särskilt hjälper till att uppmärksamma psykosociala frågor. Andra upplever det som omfattande och överlappande med befintliga riskbedömningar, vårdplanering, Senior Alert, rehabiliteringsbedömningar och läkemedelsgenomgångar.

UTKAST

Lärdomen är att Pastell kan vara ett stöd när en bredare helhetsbedömning behövs, men att generell användning för alla patienter inte framstår som ändamålsenlig. Befintliga bedömningar bör användas när de redan täcker behovet.

3.5 Teammöten – värdefulla när behovet finns

Flera verksamheter beskriver att multiprofessionella teamdiskussioner har gett en mer samlad bild av patientens situation och bättre kännedom om andra aktörers möjligheter. Teamen har bland annat diskuterat läkemedel, läkarbedömning, geriatrisk konsultation, rehabiliteringsinsatser samt kontakt med socialtjänst eller förebyggande verksamhet.

Kommunal primärvård deltog med olika professioner utifrån lokal organisering, inklusive sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Erfarenheterna visar samtidigt att det inte är nödvändigt att samma professioner deltar vid varje möte; sammansättningen behöver spegla patientens aktuella behov.

Den planerade mötesomfattningen – två timmar två gånger per vecka och 8–10 patienter per vecka – var inte realistisk för flera deltagare. Det fanns inte alltid tillräckligt många relevanta ärenden och det var svårt att samla alla professioner. Vissa verksamheter hade dessutom redan fungerande ronder och samverkansvägar.

Lärdomen är att teamarbete bör vara behovsstyrt. Rätt professioner ska kopplas in när patientens behov kräver det, men det behöver inte ske i ett fast team med samma bemanning och samma mötesfrekvens för alla patienter.

3.6 Lokala kontaktvägar – ett konkret mervärde

Ett återkommande positivt resultat är att projektet har skapat eller förstärkt kontaktvägar mellan vårdcentral, kommunal primärvård inklusive kommunala rehabprofessioner, regionalt vårdval rehab där det varit aktuellt, socialtjänst och förebyggande verksamhet. För vissa deltagare innebar projektet att man fick tydligare kontaktpersoner och bättre kunskap om vart man kunde vända sig vid behov. Framför allt lyfts kontaktvägarna mellan vårdcentral och socialtjänst och förebyggandeenheten som starkt mervärde.

Detta är ett konkret resultat som bör bevaras även när projektformen avslutas.

3.7 Samverkan mellan kommunal och regional primärvård

Ett uttalat mål var att stärka samverkan mellan kommunal och regional primärvård. Bilden är blandad. I vissa områden beskrivs förbättrade kontaktytor och konstruktiva diskussioner, medan andra beskriver kvarstående problem med kontinuitet, ansvarsfördelning, överrapportering och olika syn på verksamheternas uppdrag.

Projektet kan därför inte sägas ha uppnått en generell förbättring av samverkan mellan kommunal och regional primärvård, men har tydliggjort vilka frågor som behöver hanteras vidare i ordinarie samverkansstruktur.

UTKAST

3.8 Patientnytta och åtgärder

Det finns konkreta exempel på åtgärder som initierats eller aktualiserats genom skattning och teamdialog: läkemedelsgenomgång, läkemedelsförändring, geriatrisk konsultation, läkarhembesök, funktions- och aktivitetsbedömning, rehabiliteringsinsatser samt kontakt med socialtjänst och förebyggande verksamhet.

Projektets uppföljning har dock inte varit tillräckligt enhetlig för att avgöra hur stor patientnyttan varit på gruppnivå. Patientantalet var begränsat, urvalet varierade och beslutade åtgärder följdes inte upp på samma sätt i alla områden.

4. Varför projektmodellen inte breddinförs

Den samlade bedömningen är att projektets övergripande intentioner är fortsatt relevanta, men att den prövade projektformen inte är tillräckligt robust eller resurseffektiv för breddinförande.

- Olika områden prövade inte samma arbetssätt.
- Patienturval och målgrupp var inte tillräckligt enhetliga.
- Teammötenas planerade frekvens och omfattning var för resurskrävande.
- Krav på samma professionssammansättning var svårt att genomföra i praktiken.
- Delar av Pastell överlappade befintliga bedömningar och processer.
- Gemensamma mätetal och uppföljning var inte tillräckligt etablerade innan genomförandet.
- Underlaget räcker inte för att visa att projektmodellen ger tillräcklig patientnytta i relation till resursåtgången.

5. Koppling till nationellt vårdprogram och fortsatt kunskapsstöd

Temagrupp Äldre har beslutat att projektets lärdomar ska kopplas samman med Vårdprogram för skörhet hos äldre och de kliniska kunskapsstöd som tas fram med utgångspunkt i vårdprogrammet. Det är en naturlig fortsättning eftersom flera av projektets erfarenheter ligger nära vårdprogrammets inriktning: identifiering och gradering av skörhet, personcentrerad helhetsbedömning, multiprofessionellt arbete, samverkan och koordinerad vårdplanering.

Det fortsatta arbetet bör därför inte skapa en ny lokal parallellmodell. Projektets lärdomar bör i stället användas som lokal erfarenhet när nationella och regionala kunskapsstöd införs och anpassas till befintliga samverkansstrukturer.

6. Slutsatser och lärdomar att arbeta vidare med

Projektet avslutas, men flera lärdomar bör aktivt tas om hand. Fokus framåt bör vara att integrera värdefulla komponenter i ordinarie arbete – inte att återskapa projektmodellen.

Lärdom	Vad bör tas vidare	Lämplig hemvist
1. CFS som gemensamt språk	Följ nationella och regionala rekommendationer för när och hur CFS används. Säkerställ gemensam förståelse och dokumentation mellan verksamheter. Använd utbildningen som finns tillgänglig i Lärportalen, tillgänglig för alla verksamheter.	Ordinarie kunskapsstyrning och verksamhetsutveckling
2. Psykisk och psykosocial hälsa	Säkerställ att helhetsbedömning av sköra äldre även omfattar psykisk hälsa, ensamhet, kognition, anhörigsituation och sociala behov.	Ordinarie vårdprocesser, förebyggande arbete och samverkan
3. Behovsstyrda teammöten	Använd multiprofessionell dialog när flera professioner eller huvudmän behöver samordna sig. Sammansättning och frekvens ska styras av patientens behov.	Lokala samverkansstrukturer
4. Bevara kontaktvägar	Bibehåll och uppdatera lokala kontaktvägar mellan vårdcentral, inklusive regionalt vårdval rehab, socialtjänst, förebyggande verksamhet och kommunal primärvård där det är aktuellt.	Lokala nätverk och samverkansforum
5. Undvik dubbelarbete	Använd befintliga bedömningar och informationskällor innan nya instrument eller dokumentationskrav införs.	Verksamhetsutveckling

UTKAST

6. Enkel uppföljning	Vid framtida utvecklingsarbete: fastställ få gemensamma mått i förväg och följ kedjan behov → åtgärd → ansvar → uppföljning.	Uppdrag, projektledning och styrning

6.1 Samlad slutsats

Projektets mest värdefulla resultat är inte en färdig modell för breddinförande, utan en tydligare förståelse för vilka komponenter som bör tas vidare och på vilket sätt. CFS, ett tydligt helhetsperspektiv inklusive psykisk och psykosocial hälsa, behovsstyrd multiprofessionell samverkan och fungerande lokala kontaktvägar är de delar som framstår som mest angelägna att föra vidare.

Samtidigt visar projektet att nya arbetssätt behöver utformas så att de bygger vidare på befintliga processer, undviker dubbelarbete och går att följa upp med ett fåtal tydliga mått. Dessa erfarenheter bör nu användas i ordinarie utvecklings- och samverkansarbete tillsammans med nationellt vårdprogram och kommande kliniska kunskapsstöd.

7. Temagrupp Äldres beslut

TGÄ har beslutat att projekt Sköra äldre avslutas och att arbetssättet enligt projektformen inte kan breddinföras. Komponenter med tydligt värde är identifierade och ska sammanfattas i slutrapport för att föras över till ordinarie utvecklings- och samverkansarbete, exempelvis skörhetsskattning med CFS, lokala kontaktvägar och lärdomar kring behovsstyrda teammöten. Temagruppen vill även koppla samman lärdomarna med de kliniska stöd i Vårdprogram för Sköra Äldre som kommer under hösten.

8. Underlag

- Ansökan om stimulansmedel: God vård för sköra äldre personer – ökad samverkan och proaktivt arbete i nära vård.
- Förtydligad projektplan Sköra Äldre, reviderad 2026-01-07.
- Projekt Sköra Äldre – överlämning/sammanställning 2026-05-18.
- Kompletterande återkoppling från deltagande verksamheter inför Temagrupp Äldres avslutande ställningstagande.
- Nationellt vårdprogram: Skörhet hos äldre, Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.