

# Stimulansmedel för äldre 2006-2009

Sammanställning av hur stimulansmedlen för vården  
av äldre har använts i Västra Götalandsregionen



## **Bakgrund**

Under perioden 2006 till 2009 har regeringen årligen avsatt medel till kommuner och landsting för att stödja utvecklingen av äldreomsorgens kvalitet. Av medlen gick 30 procent till landstingen och 70 procent till kommunerna. För 2006 avsattes 600 miljoner kronor och 2007, 2008 och 2009 avsattes 1350 miljoner kronor per år.

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att fördela bidragen. Dessa medel avsåg att användas till att förstärka och utveckla vården och omsorgen om äldre och inte ersätta verksamheter som kommun eller landsting redan bedriver eller planerar att starta.

Aktuella stimulansområden var förebyggande hembesök, förstärkt läkartillgång, rehabilitering, kost/nutrition, läkemedelsgenomgångar, demensvård samt sociala innehållet.

Den årliga tilldelningen för Västra Götalandsregionen var knappt 70 mnkr för 2007, 2008 och 2009.

Detta är en sammanställning över de projekt som finansierats med statliga stimulansmedlen i Västra Götalandsregionen.

## **Förebyggande hembesök**

### **Äldresjuksköterska Norra Bohuslän/Dalsland/Trestad (HSN 1, 2, 3)**

Äldresjuksköterskan genomför hembesök och går tillsammans med patienten igenom den äldres situation. Äldresjuksköterska finns inom primärvården i alla kommuner i Fyrbodalen. Start: 2007.

Kontaktpersoner: Norra Bohuslän) Ann-Christine Conradsson, telefon: 0523-181 21, Dalsland/Göta Älvdalen) Margaretha Gustavsson, telefon: 0521-27 54 64, Uddevalla) Sylvia Wide, telefon: 0522-924 18.

### **Vårdkoordinator Uddevalla sjukhus (HSN 3)**

Arbetar med att identifiera äldre med sviktande hälsa eller hemsituation på akutmottagningen och att förmedla en kontakt till primärvårdens äldresjuksköterska. Dessutom gör vårdkoordinatören ett första urval av patienter för att ingå i FUT-projektet (se under förstärkt läkartillgång). Start: 2008.

Kontaktperson: Kerstin Mattsson, telefon: 0522-65 45 30.

### **Distriktssköterskor på vårdcentral med äldrevårdsansvar (HSN 5)**

Resurser i syfte att förstärka primärvården med personalresurser i form av Äldrevårdsteam som utgår från vårdcentraler. Satsningen har utvecklat en vårdcentralsbaserad flexibel hembesöksorganisation med bland annat fokus på läkemedelsgenomgångar samt tidig upptäckt och behandling av demens liksom ett förbättrat omhändertagande av äldre med psykisk ohälsa. Start: 2007.

Kontaktperson: Maire Eriksson, PV Områdeschef Centrum, telefon: 031 – 747 88 00.

### **Förebyggande hembesök hos äldre (HSN 7)**

Många fallolyckor går att förebygga och där igenom kan individuellt lidande och livskvalitetsförsämring undvikas. Även samhällskostnader kan begränsas som en effekt av systematiskt arbete med fallprevention. Fallpreventionsteamet består av del av tjänster för sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Ett särskilt team har genomfört det praktiska arbetet. Folkhälsoplanerare har fungerat som samordnare. Start: Hösten 2007.

Kontaktperson: Hillevi Funck, folkhälsoplanerare Mölndals stad, 0707-69 03 73

### **Förebyggande hembesök Borås- samverkan Borås stad och Primärvården (HSN 8)**

Erbjuda hembesök, gruppinformationer eller telefonkontakter till alla 80-åringar. Syftet är att ge information om omsorg och hälso- och sjukvård, hjälpmedel, ge kunskap om olycks- och skaderisker. Start: 2007.

Kontaktpersoner: Katarina Olsson, telefon: 033-616 23 91, Maria Nilséus, telefon: 0702-86 33 11.

### **Äldresjuksköterska på vårdcentral, Mittenälvsborg och Sjuhärad (HSN 6 och 8)**

Äldresjuksköterskan uppdrag är att vara patientens fasta kontakt med vården och sammanhållande vårdaktör, ansvara för läkemedelsgenomgångar, hembesök m.m. Äldresjuksköterska på vårdcentral syftar till att skapa kontinuitet för målgruppen äldre genom att vara stöd till patienterna och förbättra uppföljningsmöjligheterna för ansvarig läkare. Äldresjuksköterska finns i alla kommuner. I Sjuhärad är sjuksköterskorna en del av TryggVE-projektet. Start: 2007.

Kontaktpersoner: Mittenälvsborg) Ann-Marie Bystedt, telefon: 0322-22 62 36, Borås-Bollebygd) Katarina Olsson, telefon: 033-616 23 91, MUST) Gun Carlsson, telefon: 033-616 42 45.

**Äldrelots, Alingsås lasarett, ITVA 80+ (HSN 6)**

Arbetar med att identifiera äldre med sviktande hälsa eller hemsituation på akutmottagningen och att förmedla en kontakt till primärvårdens äldresjuksköterska. Samarbeta med sjukhusets vårdplaneringsenhet. Start: 2010 (2009)

Kontaktperson: Elisabeth Ingemarsson, telefon: 0322-22 67 57.

**Optimal äldrevård (HSN 10)**

Arbetar med förebyggande hembesök och att vårdplaneringen förbättras inom den kommunala hälso- och sjukvården samt på sjukhuset genom ett ändrat arbetssätt samt utbildningar till personalen. Start: 2007.

Kontaktperson: Madelaine Magnusson, telefon: 0500-44 71 71.

**Hälsofrämjande uppsökande verksamhet HUV (HSN 11)**

Hälsofrämjande och förebyggande insatser till äldre genom uppsökande verksamhet riktad till äldre i ordinärt boende. Syftet med hälsofrämjande förebyggande hembesök är att stärka det friska, möjliggöra att bo kvar i eget boende och leva ett självständigt och aktivt liv högt upp i åldrarna. Fokus på hälsa, läkemedelsavstämningar, information om vårdutbud och vid behov erbjudande om hälsofrämjande samtal. Start: 2008.

Kontaktperson: Ann-Christine Baar, PV Områdeschef Hisingen, telefon: 031-747 88 00.

**Livslots för äldre - öka rehabiliteringsinsatser för äldre och överbrygga glapp mellan olika aktörer (HSN 12)**

Att nå så många av stadsdelarnas äldre som möjligt med förebyggande hälsosamtal och information om de möjligheter som finns för den äldre människan i samhället. Därmed skapa ökad trygghet, tidig upptäckt av eventuella behov av stöd och hjälp. Livslotsteamet består av sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut samt en processledare som också har ansvar för ett äldrecentrum. Nära kontakter finns till äldresjuksköterskor på vårdcentral, kommunens hemtjänst, hemsjukvård och rehab både kommunens och primärvårdens. Start: 2007.

Kontaktperson: Lena Rudholm, e-post: [lena.rudholm@harlanda.goteborg.se](mailto:lena.rudholm@harlanda.goteborg.se).

**Äldresköterskor - distriktssköterskor på vårdcentral med äldrevårdsansvar (HSN 12)**

Äldresjuksköterskor utgående från vårdcentraler och med en sammanhållande funktion gentemot patientens alla vårdkontakter. Dessa kan erbjuda akuta och planerade hembesök, förberedelse inför och arbete efter läkarbesök, genomgång av patientens läkemedel, råd och stöd till patient och anhöriga samt även utföra del av demensutredning och vara en tidig upptäckare av psykisk ohälsa. Start: 2008.

**Vårdkedja från akutmottagning till eget boende – samarbete mellan praktik och forskning för en sammanhållen vårdkedja för äldre och multisjuka personer i Mölndal (Sahlgrenska Universitetssjukhuset)**

Syftet är att skapa en sammanhållen vårdkedja för målgruppen och därigenom förutsättningar för ett bättre omhändertagande med ökad vårdkvalitet för den enskilde och kostnadseffektivitet för samhället. Start: 2008.

Kontaktperson: Ann-Charlotte Larsson, telefon: 076-77 16 792.

## **Förstärkt läkartillgång**

### **FUT – Förstärkt Utskrivnings Trygghet, NU-sjukvården (HSN 1, 2, 3)**

Utskrivningssköterskan sköter alla kontakter med bland annat primärvårdens äldresjuksköterska och vid behov av kommunala insatser tas även kontakt med den aktuella kommunen. Vid behov gör även utskrivningssköterskan hembesök i anslutning till utskrivningen. Start: 2007.

Kontaktperson: Niclas Jovander (projektledare), telefon: 0520-47 87 28.

### **Mobila Teamet i Uddevalla/Orust (HSN 1, 3)**

Består av en mobil läkare och en äldresjuksköterska som genomför gemensamma hembesök. Den aktuella patientgruppen har ett stort medicinskt och socialt hjälpbehov. Start: 2007.

Kontaktperson: Sylvia Wide, telefon: 0522-924 18.

### **Mobilt team för akuta hembesök (HSN 7)**

Kunna erbjuda hembesök vid akut sjukdom av läkare och sjuksköterska för gruppen äldre-äldre eller personer med kroniska sjukdomar, med tillfälliga behov, dvs. inte inskrivna i hemsjukvården. Besök bokas via vårdcentralerna i nämndområdet. Syftet är att kunna erbjuda god service för äldre sjuka, samtidigt som vårdcentralerna förhoppningsvis kunde avlastas denna typ av besök. Start: 2008.

Kontaktperson: Irene Johansson, processledare, telefon: 0702-171 774.

### **Närsjukvårdsteamet (HSN 9)**

Ett team bestående av en geriatiker och två sjuksköterskor arbetar med att göra helhetsbedömningar och individanpassade vårdplaner i syfte att tillförsäkra multisjuka patienter en god vård, omsorg och rehabilitering. Start: 2008.

Kontaktperson: Ulla Andin, telefon: 0510-850 82.

## **Rehabilitering**

### **Mäva – optimal vårdprocess, NU-sjukvården (HSN 1, 2, 3)**

Öka den geriatriska kompetensen med inriktning mot: etik i äldreomsorgen, förplanerade samverkansformer och gemensamma vårdprogram. Skapa en samverkanskultur i kommun, primärvård och länssjukvård som bygger på personkännedom, organisationskännedom och kunskapsförmedling. Start: hösten 2009.

Kontaktperson: Hasse Johansson, telefon: 0522-925 52.

### **Dagrehabilitering Bengtsfors (HSN 2)**

Dagrehab riktar sig mot människor som bor hemma och behöver träna upp sig på grund av sitt sjukdomstillstånd. Målet är att patienterna ska kunna bevara och stärka sina egna resurser och sin förmåga att klara sig själva i så stor utsträckning som möjligt och därmed också få ett utökat välbefinnande. Start: 2007.

Kontaktperson: Willy Lundgren, telefon: 0531- 725 10.

### **Medicinsk rehabkoordinator Närrehab Mittenälvsborg (HSN 6)**

Kartlägga, analysera och förbättra patientens tillgång till rehabilitering från slutenvården och i hela vårdkedjan och samtidigt jämställdhetssäkra patientens rehabilitering. Start: 2007.

Kontaktperson: Ann-Marie Bystedt, telefon: 0322-22 62 36.

### **Förbättrat omhändertagande vid akuten Alingsås Lasarett (HSN 6)**

Genom ytterligare geriatrisk kompetens tillförs akutmottagningen förbättra omhändertagande av äldre patienter som kommer till denna vid Alingsås lasarett samt att också etablera kontakt för samverkan med kommun. Start: 2007.

Kontaktperson: Elisabeth Ingemarsson, telefon: 0322-22 67 57.

### **Nya arbetssätt- Strokepatienter, Alingsås lasarett**

Syftet är att utveckla vården, vårdkedjan och förbättra omhändertagandet för strokepatienter med direktintag på avdelning. Strokepatienter ska från ambulansen läggas in på vår avdelning och inte gå via akutintaget. Vi har planerat möte med ambulansverksamheten och kommer att införa "hjärnvägen" under våren 2010. Start: 2007.

Kontaktperson: Annika Emilsson, telefon: 0322-22 60 00.

### **Utarbeta en utbildning enligt nationella riktlinjer för Strokevård, Alingsås lasarett**

En ökad kompetens för personal som vårdar och behandlar strokepatienter i enlighet med nationella riktlinjer. Utbildningen sker i samverkan med kommun. Start: 2007.

Kontaktperson: Annika Emilsson, telefon: 0322-22 60 00.

### **Logoped – teamarbete på strokeavdelning samt uppbyggnad av dysfagiteam, Alingsås lasarett (HSN 6)**

Syftet är att säkerställa att samtliga patienter med tal-, språk- och kommunikationssvårigheter samt dysfagi efter stroke bedöms och behandlas av logoped. Logoped ingår i teamet runt patient och ansvarar också för att bygga upp ett tvärprofessionellt dysfagiteam på lasarettet. Start: 2009.

Kontaktperson: Monika Larsson, telefon: 0322-22 64 46.

### **Kommunikationsrehab geriatrik, Alingsås lasarett (HSN 6)**

Bygga upp välfungerande logopedisk vårdkedja med utredning, diagnostik och behandling för strokedrabbade polikliniskt efter utskrift från slutenvården. Start: 2007.

Kontaktperson: Monika Larsson, telefon: 0322-22 64 46.

### **Multisjuka äldre, TryggVE-projektet Södra Älvsborgs sjukhus -samverkan region och kommun (HSN 8)**

Förbättra omhändertagandet och vården av gruppen multisjuka äldre. En modell är framtagen "TryggVE-modellen" i samverkan mellan sjukhus, kommun och primärvård. Modellen syftar till att vara ett stöd för personal i att identifiera och förbättra omhändertagandet av multisjuka äldre, med fokus på trygghet, psykiskhälsa, läkemedel, rehabilitering, prevention och nutrition. Start: hösten 2007.

Kontaktperson: Sonja Nilsson, telefon: 033-616 10 00.

### **Säkerställa rehabbehov, samverkanprojekt sjukhus och primärvård (HSN 8)**

Projektet består av tre delprojekt, Arbetsterapeutens och sjukgymnastens roll vid informationsöverföring och samordnad vårdplanering, hjälpmedelsuppföljning och utvärdering i vårdkedjan och strokerehabilitering. Projektet syftar till att förbättra och tydliggöra ansvarfördelning mellan vårdgivare, rutiner och identifiera rehabiliteringsbehov och tillgodose dem på rätt vård nivå. Start: 2006.

Kontaktpersoner: Helen Nordling telefon: 033-616 14 94, Britt-Louise Olsson 033-616 14 68.

**Rehabilitering i samordnad vårdplanering (HSN 9)**

Arbetar med att förstärka de paramedicinska insatserna på sjukhuset inför och vid den samordnade vårdplaneringen samt med förändrade rapportrutiner, information och utbildning i rehabiliterande synsätt. Start: 2008.

Kontaktperson: Fefikja Hadzic, telefon: 0510-856 97.

**Långtidsuppföljning 1-5 år genom Riksstroke (HSN 9)**

Insamlande av data upp till 5 år efter insjuknande av stroke. Materialet registreras i Riksstrokeregistret och ger en unik möjlighet att följa upp de för patienten viktiga data om livet efter strokeinsjuknandet. Start: 2007.

Kontaktperson: Jesper Poucette, telefon: 0510-857 44.

**Strokevårdkedjan (HSN 10)**

Arbetar med att förbättra rutiner för behandling, omvårdnad och rehabilitering för patienter med stroke. Genomför gemensam kompetensutbildning för all personal som träffar strokepatienter. Start: 2007.

Kontaktperson: Monica Lundström, telefon: 0501-625 77.

**Geriatrisk-ortopedisk rehabilitering (HSN 10)**

Arbetar med att utveckla den geriatriska-ortopediska vårdkedjan genom effektivare samarbetsrutiner och kompetensspridning. Start: 2007.

Kontaktperson: Yvonne Johansson, telefon: 0500-43 18 09.

**Ökad tillgänglighet till rehabilitering för de mest sjuka äldre (HSN 11)**

Utveckla goda förutsättningar för rehabilitering och vardagssträning i hemmet. En ökad tillgänglighet till rehabilitering för de mest sjuka äldre inkl. strokepatienter samt anhörigstöd. Detta sker i samverkan med stadsdelar och sjukhus. Start: 2008.

Kontaktpersoner: Ann-Christine Baar, PV Områdeschef Hisingen, 031-747 88 00, Lena Janmarker, processledare, 0706-60 23 37

**Närsjukvård i samverkan – ”In - utskrivningsklar patient” – inklusive utveckling av en obruten Stroke-vårdkedja (HSN 11)**

En obruten vårdkedja för äldre personer med möjlighet till direktinläggning på sjukhus efter att primärvårdsläkare gjort bedömning. Äldre personer med vårdbehov ska omhändertas i rätt tid, på rätt vårdnivå och gemensamma resurser användas på ett effektivt sätt. Mobila distriktssköterskor/äldresjuksköterskor utgående från vårdcentraler erbjuder akuta och planerade hembesök, förberedelse inför och arbete efter läkarbesök, genomgång av patientens läkemedel, råd och stöd till patient och anhöriga samt även utföra del av demensutredning och vara en tidig upptäckare av psykisk ohälsa. Arbetet bygger på ett vårdkedje- och processororienterat arbetssätt.

**PRIMUS-PRIMÄRVÅRDPATIENT Ut från Sjukhus**, en del i In och utskrivningsklar patient-konceptet – är en modell med ett nytt patientnära angreppssätt för klinisk verksamma sjuksköterskor som förebygger återinläggningar och förhindrar avbruten vårdkedja. Modellen synliggör patienten i akutsjukvården, primärvården och inom kommunen i ett tidigt skede i vårdprocessen. Samtliga medverkande arbetar kontinuerligt med sina processer och förbättringsområden utifrån gemensamt framtagna processbild. Utvecklingsarbetet sker i samverkan med stadsdelarna på Hisingen, och SU/Område 2/Östra Sjukhuset. Start: 2008. Kontaktpersoner: Ann-Christine Baar, PV Områdeschef Hisingen, 031-747 88 00, Magda Marchoni, processledare, 0702-64 98 69, Lena Arvidsson, projektledare, 0706-73 04 30.

### **Samordnad rehabilitering beträffande sjukgymnastisk och arbetsterapi inom geriatrikverksamheten SU (Sahlgrenska Universitetssjukhuset)**

Processkartläggning av sjukgymnastiska och arbetsterapeutiska insatser beträffande patienter som vårdas inom de geriatriska klinikerna på SU med syfte att finna bästa möjliga omhändertagande av dessa patienter utifrån deras behov och befintliga resurser. Start: 2009. Kontaktperson: Victoria Mohlén, telefon: 031-343 01 72.

### ***Kost och nutrition***

#### **Dietist närsjukvårdsprojekt i Strömstad/Tanum (HSN 1)**

En projektanställd dietist har drivit projektet och har bland annat genomfört föreläsningar för personal, utsett kostombud på äldreboenden samt tagit fram kostplan i samarbete med kökspersonal. Dietisten har med dessa insatser medvetandegjort personalen om kostens betydelse för hälsan. Start: 2008.

Kontaktperson: Solveig Lind, telefon: 0526-282 40.

#### **Obruten vårdkedja för patienter med nutritionsproblem (Sahlgrenska Universitetssjukhuset)**

Screening av alla patienter som läggs in visar att en hög andel av de patienter som vårdas inom geriatriken är malnutrierade eller i riskzonen för att utveckla malnutrition. För dessa patienter påbörjas nutritionsbehandling alltid vid vårdtillfället och korta vårdtider gör att patientens påbörjade nutritionsbehandling oftast behöver fortsätta efter utskrivning. Många av dessa patienter har hjälp av hemtjänst och för att nutritionsbehandlingen ska kunna fortsätta krävs ska projektet bland annat söka uppnå mål om en förbättrad informationsöverföring i vårdkedjan, en förbättrad dokumentation och tydligare muntlig och skriftlig information till patient och anhörig om nutritionsbehandlingen i kostråd och omvårdnadsepikris. Start: 2009.

Kontaktperson: Ingrid Jacobsson, SU Sahlgrenska Geriatrik, 031-342 65 51

#### **Strukturerat nutritionsomhändertagande i särskilt boende (Sahlgrenska Universitetssjukhuset)**

Syftet är att studera effekter av ett strukturerat nutritionsomhändertagande med individuellt utformad behandling i termer av effekter på nutritionstatus, funktionell förmåga och livskvalitet för de boende. Mål som önskas uppnå är bland annat att ingen skall lida av obehandlad under- eller felnäring, att beskriva vilka insatser som har effekt och varför med flera. Start: 2009.

Kontaktperson: Elisabeth Rothenberg, Enheten för klinisk nutrition, Medicin Sahlgrenska, telefon: 0706 – 41 45 81.

#### **Kvalitetsutveckling av äldrevårdsteam – kompetens och rutiner i omhändertagande av patienter med nutritionsproblem (Sahlgrenska Universitetssjukhuset)**

Näringsproblem är vanligt bland äldre, särskilt hos multisjuka personer. Undernäring medför en ökad risk för komplikationer och nedsatt välbefinnande, samt högre kostnader. Projektet avser att stärka samverkan i vårdkedjan mellan huvudmän avseende kost och nutrition genom att från geriatriska kliniken överrapportera och följa upp till hemmet utskrivna patienter inom primärvårds-området med avsikt att utvärdera nutritionsbehandlingen. Start: 2009.

Kontaktperson: Ingrid Jacobsson, SU Sahlgrenska Geriatrik, telefon: 031 – 342 65 51.

## **Läkemedelsgenomgångar**

### **Uppsökande verksamhet för gruppen äldre-äldre i eget boende med hög läkemedelsanvändning där också en bedömning av den äldres övriga medicinska och sociala situation kan göras (HSN 7)**

Läkemedelsteamet är uppdelat i tre geografiska områden, Mölndal, Partille och Härryda. Boende över 75 år som bor i eget boende och inte har hemsjukvård får ett brev hemskickat till sig, med erbjudande om en kostnadsfri läkemedelsgenomgång. Start: 2008.  
Kontaktperson: Irene Johansson, processledare, telefon: 0702-171 774.

### **SÄLMA (HSN 9)**

Projektet har fokuserat på att det ska finnas tydlig dokumentation som innehåller indikation och plan för uppföljning, säkra att ordinerad uppföljning sker, att patienten ska ha en aktuell medicinlista samt öka delaktigheten hos patient/närstående. Start: 2007.  
Kontaktperson: Mia Gustafsson, telefon: 0515-875 15.

### **FAS-UT (HSN 10)**

Läkemedelsgranskning av patienter med polyfarmaci. Patienter kan remitteras från primärvård, kommunal vård och landstingsvård. Öppet samarbete sker mellan ansvarig sjuksköterska i projektet och ansvariga inom primärvård och kommun. Start: 2007.  
Kontaktperson: Henrik Hadimeri, telefon: 0500-43 10 00.

### **Säker läkemedelsanvändning (HSN 11)**

Utveckling av säker läkemedelshantering för äldre sker inom ramen för utvecklingsarbetet ”Inskrivningsklar – Utskrivningsklar patient”. Mobil distriktssköterska/äldresjuksköterska, en funktion med uppgift att bl.a. kontinuerligt arbeta med säker läkemedelsanvändning. Resurser avser processtöd, personalförstärkning, personalutbildning och informationsåtgärder. Start: har pågått i olika former sen 2007.  
Kontaktperson: Ann-Christine Baar, PV Områdeschef Hisingen, telefon: 031-747 88 00.

### **Äldre och läkemedel, delprojekt 5 och 6. (Sahlgrenska Universitetssjukhuset)**

Inom projektet ska undersökas/utföras bland annat; läkemedelsbehandlingen av höftfrakturpatienter, definiera, utvärdera och använda kvalitetsindikatorer för läkemedelsbehandlingen av äldre, öka medvetenheten om läkemedelsbiverkningar hos sjukvårdspersonal som arbetar med dessa patienter. Start: 2009.  
Kontaktperson: Susanna Wallersted, Klinisk farmakologi, SU, telefon: 031-342 29 97.

## **Demensvård**

### **Demenssköterska i Strömstad (HSN 1)**

Projektet har drivits tillsammans med Strömstad kommun. Syftet med projektet var att samordna minnesutredningar med kommunens demenssköterska och få en tidigare upptäckt av demenssjukdomen eller finna andra orsaker till minnesstörningen. Start: 2008.  
Kontaktperson: Solveig Lind, telefon: 0526-282 40.

### **Demensteam Borås-Bollebygd, samverkan primärvård-kommun**

Målsättningen med projektet är fånga upp patienter i tidigt skede i sin sjukdom, vara behjälplig vid utredningar av demenssjuka, ge råd och stöd kring demens för patienter,

närstående och personal i Borås stad, skapa ett visningsrum för kognitiva hjälpmedel och Skapa samverkansformer mellan demensteamet, andra vårdgivare och frivilligorganisationer gällande vård och kontakt med demenssjuka. Start: 2007.

Kontaktpersoner: Mia Moilanen, telefon: 033-35 70 00, Katarina Olsson, telefon: 033-616 23 91.

#### **Demensvård i södra Skaraborg (HSN 9)**

Projektets syfte är att förbättra rutiner för omhändertagande, utredning och behandling samt samarbetsformerna inom närsvården. Start: 2007.

Kontaktperson: Eva Wallin, telefon: 0515-878 14.

#### **Demensvård i västra Skaraborg (HSN 9)**

Projektets syfte är att förbättra rutiner för omhändertagande, utredning och behandling samt samarbetsformerna inom närsvården. Start: 2007.

Kontaktperson: Marianne Alärd, telefon: 0510-850 43.

#### **Demensvård i norra Skaraborg (HSN 10)**

En demenssjuksköterska utgör länken mellan kommun och primärvården. Fokus är på en förbättring av närståendestöd och uppföljning av demensutredning. Start: 2007.

Kontaktperson: Gunilla Berg, telefon: 0501-627 97.

#### **Demensvård i östra Skaraborg (HSN 10)**

Projektets syfte är att förbättra rutiner för omhändertagande, utredning och behandling samt samarbetsformerna inom närsvården. Start: 2007.

Kontaktperson: Beatrice Dahlbäck, telefon: 0503-353 21.

#### **Kunskapspridning Hjärnhälsan, Demensvård (HSN 11)**

Specialistkompetent psykiatrisjuksköterska med pedagogisk utbildning (vårdlärare) med ansvar för bland annat utveckling av demensvården, processledning för samtliga vårdcentraler i nära samarbete med stadsdelarna, och kontinuerlig utbildning av personal inom demensområdet. Start: 2006.

Kontaktpersoner: Ann-Christine Baar, PV Områdeschef Hisingen, telefon: 031-747 88 00, Lena Janmarker, processledare, 0706-602 337.

### ***Sociala innehållet***

#### **Palliativt team för avancerad hemsjukvård, AVH-team. (HSN 4)**

Samverkan mellan AVH-team vid Kungälv's sjukhus, sjukhusets avdelningar, primärvården och hemsjukvården och är en del av Närvårdsplanen inom Samverkan i Mellersta Bohuslän och Ale (SIMBA). AVH-teamets uppgift är att vara ett råd- och stödteam för i första hand vård till de mest sjuka äldre. Start: 2008.

Kontaktpersoner: Ann Stokland, sjukhusdirektör Kungälv's Sjukhus 0303-980 00, Marianne Thordén Rehab, enhetschef för Rehabenheten samt Christina Wikman-Lundbom, verksamhetschef för Geriatrik och rehab, Kungälv's Sjukhus, telefon: 0303 – 980 00.

**Avslutade projekt****Demensvård Åmål (HSN2)**

Kontaktperson: Dan Nilsson, PVO-chef Dalsland

**Läkemedelsgenomgång Stavre (HSN3)**

Kontaktperson: Stavre Vårdcentral, Trollhättan, telefon: 0520-49 01 01.

**Mobil läkarjour – Maria Alberts vårdcentral (HSN 3)**

Kontaktpersoner: Bengt Aldell, verksamhetschef, Maria Alberts VC, telefon: 070-205 85 40.

**Informationsöverföring och samordnad vårdplanering SÄS**

Kontaktperson: Sonja Nilsson, telefon: 033-616 10 00.

**Förkortad vårdkedja för patienter med höftfraktur, Alingsås lasarett (HSN 6)**

Kontaktperson: Briitha Sjöberg, telefon: 033-22 60 00.

**Kontaktsjuksköterska Mariestad (HSN 10)**

Kontaktperson: Gunilla Berg, telefon: 0501-627 97.

**Optimal äldrevård Karlsborg Geropsykiatri (HSN 10)**

Kontaktperson: Ann Lindquist Kari, telefon: 0505-183 34.

**Regionala arbetsgruppen i Västra Götalandsregionen:**

Ingrid Nielsen (ordf.)	regionkansliet, telefon: 0500- 49 56 31
Caroline Oskarsson	hälso- och sjukvårdskansliet Uddevalla, telefon: 0522-67 08 32
Ann-Sofie Bäck	hälso- och sjukvårdskansliet Mariestad, telefon: 0501-623 42
Håkan Mannelqvist	hälso- och sjukvårdskansliet Göteborg, telefon: 031-63 08 60
Hans Nyman	hälso- och sjukvårdskansliet Göteborg, telefon: 031-63 07 53
Gunnel Sjöberg	hälso- och sjukvårdskansliet Borås, telefon: 033-17 48 43