

► Kirsti Marie Fredheim, Birger Lillesveen, Wenche Nordengen, Irene Røen, Sverre Bergh

SAM-AKS

Rapport over den kliniske delen av prosjektet fra 2010 til 2016



Sammendrag

I samarbeid med Kommunenes sentralforbund (KS) startet avdeling for alderspsykiatri ved SI i 2010 et samhandlingsprosjekt: *Samhandling mellom avdeling for alderspsykiatri og kommunale sykehjem (SAM-AKS)*. Målet var at ansatte i spesialisthelsetjenesten skulle være forutsigbart og jevnlig til stede på sykehjem i kommunene. Ved oppstart deltok sykehjem i 12 kommuner i Oppland, SAM-AKS I, som i 2011 ble utvidet til 23 kommuner i Hedmark og Oppland, SAM-AKS II. Sommeren 2014 ble SAM-AKS som prosjekt avsluttet, men fortsatte som en ordinær tjenesteavdeling for alderspsykiatri ved SI tilbyr alle kommunene i Oppland og Hedmark, SAM-AKS III.

Hovedmålet for SAM-AKS har vært:

- Bedre undersøkelse og behandling av pasienter i sykehjem, dernest å utvikle og evaluere en modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten med fokus på oppfølging av pasienter i sykehjem.

Delmål for SAM-AKS har vært:

- Intern kompetanseheving i sykehjemmene.
- Bedre kommunikasjon mellom sykehjem og spesialisthelsetjenesten.
- Innføre en standardisert prosedyre for undersøkelse av pasientene ved innleggelse i sykehjem.
- Generere oppdatert informasjon om sykehjemspasienters helsesituasjon.
- Bedre kompetansen i spesialisthelsetjenesten angående eldres helse i kommunal helsetjeneste.
- Bedre kontakt mellom alderspsykiater og sykehjemslege.
- Bidra til forskning i sykehjem.

Ansatte i SAM-AKS har vært sykepleiere, vernepleiere og alderspsykiatere/leger. Disse har hatt kontakt med sykehjem i de deltagende kommunene gjennom jevnlig besøk, mail- og telefonkontakt samt ved videokonferanser.

Sykehjemmene som deltok i SAM-AKS forpliktet seg til å sette av tid og ressurser til å arbeide med prosjektet. Prosjektmedarbeidere i deltagende sykehjem har vært SAM-AKS faste samarbeidspartnere.

SAM-AKS har blitt koordinert av alderspsykiatrisk forskningscenter, SIHF, og finansiert av midler fra Sykehuset Innlandet, Helse Sør-Øst, Kommunenes Sentralforbund (KS) og Helsedirektoratet.

Forkortelser

AFS	Alderspsykiatrisk forskningscenter
DPS	Distriktskykiatrisk senter
FoU	Forskning og Utvikling
HF	Helseforetak
KS	Kommunenes sentralforbund
SAM-AKS	Samhandlingsprosjekt mellom avdeling for alderspsykiatri og kommunale sykehjem
SD	Standard Deviation (standardavvik)
SI	Sykehuset Innlandet HF
TID	Tverrfaglig Intervensjon ved utfordrende atferd ved Demens
TESAM	Telemedisinsk samhandling
\bar{x}	Gjennomsnitt

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
FORKORTELSER	3
INNHOLDSFORTEGNELSE	4
BAKGRUNN	5
STYRENDE DOKUMENTER INNEN ELDREOMSORGEN	6
ORGANISERING AV ALDERSPSYKIATRISKE TJENESTER I SI FØR 2009	8
OPPLAND FYLKE	8
<i>Avdeling for alderspsykiatri – Reinsvoll</i>	8
<i>DPS Lillehammer</i>	8
HEDMARK FYLKE	9
ALDERSPSYKIATRISK FORSKNINGSSENTER (AFS)	10
FoU-SYKEHJEMSPROSJEKTET	10
TVERRFAGLIG INTERVENSJON VED UTFORDRENDE ATFERD VED DEMENS	10
SAM-AKS I STØPESKJEEN	11
SAM-AKS I	12
ORGANISERING	12
FINANSIERING	13
KLINISK DEL	13
SAM-AKS II	13
ORGANISERING	13
FINANSIERING	14
KLINISK DEL	14
SAM-AKS III	14
ORGANISERING	15
FINANSIERING	15
KLINISK DEL	15
<i>Demensomsorgens ABC</i>	16
<i>Ambulant vurdering av henviste pasienter</i>	17
FORSKNING I SAM-AKS	17
DELTAGENDE KOMMUNER I SAM-AKS	18
RESULTATER FRA SAM-AKS II	18
DEMOGRAFISKE VARIABLER VED INNLEGGELSE PÅ SYKEHJEM	19
LIVSKVALITET	23
BRUK AV KOMMUNALE TJENESTER	23
OPPLÆRING OG UTDANNING I SAM-AKS	24
PROSJEKTMEDARBEIDERE I KOMMUNENE, 5 STUDIEPOENG VED NTNU GJØVIK	24
SAM-AKS PERSONALET, 15 STUDIEPOENG VED NTNU GJØVIK	25
LEGEROLLEN I SAM-AKS	25
ØKONOMI OG HENVISNINGSRUTINER	25
ERFARINGER FRA KOMMUNENE SOM DELTAR I SAM-AKS	25
TILBAKEMELDING PÅ SAMHANDLINGEN	25
INNSPILL PÅ VIDERE SAMHANDLING OG UTVIDELSE	26
VEIEN VIDERE	26
KONKLUSJON	26
REFERANSER	27

Bakgrunn



Fig 1 Hedmark og Oppland med kommunegrenser

Sykehuset Innlandet HF (SI) har en stor demografisk og geografisk utfordring da nedslagsfeltet (Hedmark og Oppland) har 384.000 innbyggere spredd over et område like stort som hele Danmark (1). I tillegg er andelen eldre i Hedmark og Oppland den høyeste i landet.

Avdeling for Alderspsykiatri ved SI er en spesialisert avdeling rettet mot personer med psykisk lidelse som debuterer i eldre år. Avdelingen består av poliklinikk, enhet for spesialisert

alderspsykiatri, enhet for utredning, enhet for utredning av atferdsproblemer hos personer med demens, SAM-AKS og alderspsykiatrisk forskningscenter.

Alderspsykiatri og geriatri er medisinske fagfelt der mange pasienter med alvorlig somatiske og psykiske lidelser utredes og behandles utenfor spesialisthelsetjenesten. Andelen eldre i befolkningen øker, og som en følge av det vil antallet personer med demens dobles i løpet av de neste 30 årene. I dag har 80 % av pasientene i sykehjem demens, og av de har nær 40 % alvorlige nevropsykiatriske symptomer (2). Tre av fire sykehjemspasienter bruker daglig medikamenter mot psykiske lidelser (3). Disse medikamentene har usikker effekt hos denne pasientgruppen og kan medføre alvorlige bivirkninger. Det synes også å være et misforhold mellom symptomenes alvorlighetsgrad og den medisinske oppfølgingen i sykehjem. Pasienter med demens er sårbare for fysiske og psykiske belastninger. Innleggelse på sykehus pga. somatisk sykdom vil ofte forverre demenssymptomene slik at gevinsten av sykehusinnleggelse bør veies opp mot ulempen ved miljøskifte.

Anslag for utviklingen av antall personer med demens i Hedmark og Oppland, beregnet utfra 384 000 innbyggere totalt er:

ÅRSTALL	HEDMARK OG OPPLAND	NORGE
2016	5749 personer	78 000 personer
2030	8255 personer	112 000 personer
2060	14 743 personer	200 000 personer

Tabell 1. Anslag over antall personer med demens i Oppland og Hedmark sammenlignet med Norge. Tallene er basert på SSBs framskrivning av folkemengden (4)

Styrende dokumenter innen eldreomsorgen

Det er flere stortingsmeldinger og offentlige dokumenter som beskriver helse- og omsorgstjenester for eldre:

- **St.meld. nr. 28** (1999-00) Innhold og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000 (5).
- **St.meld. nr. 25** (2005-06) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer (6).
- **St.meld. nr. 47** (2008-09) Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid (7).
- **St.meld. nr. 13** (2011-12) Utdanning for velferd: Samspill i praksis (8).
- **St.meld. nr. 29** (2012-13) Morgendagens omsorg (9).
- **Omsorgsplan 2015** er en del av St.meld. nr. 25 (6).
- **Demensplan 2015** Glemsk, men ikke glemt. Om dagens situasjon og framtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens (10).
- **Demensplan 2020** Et mer demensvennlig samfunn (11)
- **Omsorgsplan 2020** er en del av St.meld. nr. 29 (12).

Samhandlingsreformen (7) omtaler psykiatrien spesifikt som et av flere områder hvor helse- og sosialtjenestene står ovenfor store utfordringer, bl.a. grunnet manglende samspill mellom tjenestenivåene.

I St.meld. nr. 28 står det:

Utredning, behandling og omsorg for eldre med alderspsykiatriske lidelser er en utfordring for helsevesenet (5).

I St.meld. nr. 25 står det om kvalitetsutvikling, forskning og planlegging:

Utfordringene den lokale omsorgstjenesten står overfor forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetansebehov, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser. Planarbeidet må foregå både på kommunalt og statlig nivå, og forutsetter et tett samspill mellom statlige fagmyndigheter og kommunesektoren (kapt. 2.5.1) (6).

Samme stortingsmelding omtaler også behovet for forsknings- og utviklingsarbeid i denne delen av helsetjenesten.

Sett i forhold til omsorgstjenestens størrelse og omfattende virksomhet, er det gjort svært lite forskning på feltet. Regjeringen ser det derfor som en sentral oppgave å styrke forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til omsorgstjenesten og eldreomsorgen for å få:

- *Bedret kunnskapsgrunnlaget for å planlegge, utvikle og forbedre tjenestetilbudet.*
- *Økt kunnskap om brukernes bakgrunn, preferanser, levekår og helse til bruk i utvikling av nye metoder i forebygging og behandling.*
- *Hevet omsorgstjenestenes status og skape faglig interesse for pasientgrupper med lav prioritet.*
- *Styrke kunnskapsgrunnlaget i helse- og sosialfagutdanningen og heve kompetansen i sektoren.*

Helsedirektoratets handlingsplan "Om elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren Si-@!" omtalte tilrettelegging av tjenester for psykiatri som et spesielt satsningsområde (13). Det ble påpekt at behandling og omsorg av pasienter med psykiatriske sykdommer innebar store utfordringer til samhandling mellom ulike faggrupper og aktører innen helse- og sosialtjenesten. Disse momentene videreføres i handlingsplanen "S@mspill 2007" Statlig strategi 2004-2007 (14) og "Samspill 2.0" (15).

Organisering av alderspsykiatriske tjenester i SI før 2009

Oppland fylke

Avdeling for alderspsykiatri - Reinsvoll

Frem til 2009 var det 14 senger ved avdeling for alderspsykiatri SI Reinsvoll forbeholdt pasienter med alderspsykiatriske lidelser, både demens, depresjon og andre psykiske lidelse. Tre av sengene var i egen skjermet enhet. I tillegg hadde avdelingen poliklinisk virksomhet med utgangspunkt i sengeavdelingen, men ikke organisert som egen poliklinikk. Avdeling for alderspsykiatri ved SI Reinsvoll ble omorganisert i 2009, antall sengeplasser redusert til 10 og et ambulerende team ble etablert for å tilby tjenester der pasienten bodde. Pilotprosjektet TESAM (**T**elemedisinsk **s**amhandling mellom avdeling for alderspsykiatri ved SIHF og en sykehjemsavdeling i Jevnaker kommune) skulle bidra til en bedre utredning, behandling og oppfølging av alderspsykiatriske pasienter, unngå unødvendige innleggelser og bidra til et kompetanseløft i kommunehelsetjenesten. Det ble gjennomført veiledning via videokonferanse for å se om videokonferanse kunne være et verktøy for å nå ut med kompetanse samt effektivisere det ambulante tilbudet. Alderspsykiater Oskar Sommer og vernepleier Ingeborg Granlund var fagansvarlige i det ambulerende teamet. Prosjektledere for TESAM var Oskar Sommer og Bodil Bach.

DPS Lillehammer

DPS Lillehammer hadde før 2009 både poliklinisk tilbud og døgntilbud for utredning og behandling av pasienter med alderspsykiatriske lidelser. Ved poliklinikken på DPS Lillehammer jobbet psykiatere og assistentleger med spesiell interesse for alderspsykiatri, som utredet pasienter for kognitiv svikt.



Figur 2, Kløverhagen. Foto: N.K.S. Kløverhagen

N.K.S. Kløverhagen i Ringebu var en alderspsykiatrisk døgnenhet eid av Norske Kvinners Sanitetsforening, drevet av SI ved DPS Lillehammer - Gudbrandsdalen. SI sa opp avtalen med N.K.S. Kløverhagen i 2008, og avdelingen ble nedlagt den 1.6.2010. N.K.S. Kløverhagen hadde i 2008 18 sengeplasser fordelt på to avdelinger: En avdeling for pasienter med demens og en avdeling for pasienter med andre alderspsykiatriske sykdommer. N.K.S. Kløverhagen hadde 53 ansatte fordelt på 37 årsverk.

Hedmark fylke

I Hedmark var tilbudet til pasienter med alderspsykiatriske sykdommer samlet ved avdeling for alderspsykiatri – SI Sanderud. Der fantes polikliniske tjenester, fordelt på en Hukommelsesklinikk og en Alderspsykiatrisk poliklinikk.

I 1995 var det 40 alderspsykiatriske sengeplasser i spesialisthelsetjenesten i Hedmark for personer med demens og nevropsykiatriske symptomer, fordelt på avdeling for affektive lidelser og avdeling for demens.

I 2016 er det 23 alderspsykiatriske sengeplasser for Hedmark og Oppland, alle lokalisert på SI Sanderud:

- C1 ressursenhet for demens, 5 sengeplasser og SAM-AKS
- C2 enhet for affektive lidelser, 8 sengeplasser
- C3 utredningsenhet, 10 sengeplasser

Den samme utviklingen har skjedd i alle fylker i Norge der antall sengeplasser har gått ned, og denne omleggingen har skjedd parallelt med at antall personer med demens i Norge øker.

Alderspsykiatrisk forskningssenter (AFS)

Alderspsykiatrisk forskningssenter ble opprettet som et kompetansesenter i 1996, frem til 2004 var det mest fokus på utviklingsarbeid og intern opplæring. Fra 2004 ble kompetansesenterets oppgaver mer rettet mot forskning og utviklingsarbeid og skulle dekke hele SI. I 2009 skiftet senteret navn til Alderspsykiatrisk forskningssenter. I starten hadde forskningssenteret ansatt en forskningsleder, en daglig leder og en forskningskoordinator i til sammen 2,0 stilling. I 2016 har forskningssenteret 21 ansatte i til sammen 16,5 stilling. Frem til og med 2016 hadde fire ansatte ved AFS tatt mastergrad, mens 3 personer hadde tatt PhD. I 2016 var 11 PhD kandidater knyttet til senteret.

Forskningssenteret har hatt forskningsprosjekter rettet mot kommunene og spesialisthelsetjenesten, innen demens, depresjon, angst og rus hos eldre. Hovedprosjektene til forskningssenteret har vært større kohortstudier der man har fulgt en pasientgruppe gjennom utviklingen av demensforløpet. Nedenfor beskriver FoU-sykehjemsprosjektet og TID modellen som begge har hatt betydning for utviklingen av SAM-AKS.

FoU-sykehjemsprosjektet

I januar 2007 startet AFS et samhandlingsprosjekt med sju sykehjem fra seks kommuner i Hedmark og Oppland. Formålet med prosjektet var å forbedre forholdene for pasienter med alderspsykiatriske sykdommer i sykehjem, gjennom forskning og fagutviklingsprosjekter. Prosjektet skulle gi kunnskap om forekomst og forløp av demenssykdommer, annen psykiatrisk sykdom og fysisk funksjon hos pasienter i sykehjem.

Forskningsdelen i prosjektet besto i utredning og kartlegging av pasientene på sykehjemmene i forhold til demens, nevropsykiatriske symptomer ved demens, livskvalitet og fysisk funksjonsnivå. Første kartlegging ble gjennomført i juni 2008, og kartleggingen ble gjentatt hver fjerde måned, til sammen fem ganger hos hver enkelt pasient. Kartleggingsskjemaet «Utredning og oppfølging av pasienter i sykehjem med fokus på demens» ble utviklet i dette prosjektet <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=8805>

Fagutviklingsdelen av prosjektet tok utgangspunkt i kartleggingen og utredningen av pasientene, og det ble tilbudt samarbeid om fagutviklingsprosjekter som personalet ved det enkelte sykehjem ønsket å sette i gang. To av fagutviklingsprosjektene ble inkludert i Helsedirektoratets utviklingsprogram for miljøbehandling innen demensomsorgen i 2008, som et ledd i Demensplan 2015 (16).

Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens

Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID-modellen), er en veiledningsmodell for bruk i sykehjem utviklet av sykehjemslege Bjørn Lichtwarck og demenskoordinator Ann-Marit Tverå i Mo i Rana og deres medarbeidere. Bjørn Lichtwarck, i

samarbeid med AFS, gjennomførte et pilotprosjekt i tidsperioden fra september 2010 til juni 2011. Målet var utprøving av modellen, og å prøve ut forskningsmetoder for planlegging av en randomisert kontrollert studie. TID-modellen er tatt i bruk i SAM-AKS som en strukturert veiledningsmodell.

Gjennomføringen av TID-modellen består av tre faser

1. **Registrerings- og utredningsfasen:** Pasienten undersøkes, tidligere sykehistorie og bakgrunnsopplysninger innhentes og atferd registreres. Man lager en rekonstruksjon av pasientens livs – og personhistorie, og fyller ut døgnregistreringsskjema. Sykehjemslegen foretar en somatisk undersøkelse, inklusiv orienterende nevrologisk undersøkelse og blodprøver ved mistanke om somatisk sykdom. Man gjennomgår medikamentliste, klinisk smertevurdering og diagnostisering av demens, både type og alvorlighetsgrad.
2. **Refleksjons- og veiledningsfasen:** Det gjennomføres et tverrfaglig veiledningsmøte for hele personalet, inkludert sykehjemslegen. Situasjonen gjennomgås ved at man tar i bruk den kognitive problemløsningsmetoden og refleksjoner hvor et problem analyseres av gangen. Dette gjøres systematisk ved hjelp av tavle eller flip-over der fem aspekter gjennomgås: Fakta, Tolkning, Følelser, Tiltak og Evaluering
3. **Tiltaks- og evalueringsfasen:** Tiltakene evalueres systematisk etter en forhåndsdefinert plan. Avtale om når og hvordan tiltak skal evalueres gjøres på veiledningsmøtet.

Erfaringer med TID-modellen så langt: Metoden er lett å lære, og den gir økonomiske besparelser. Man oppnår et tverrfaglig samarbeid hvor lege, sykepleier og hjelpepleiere finner gode løsninger sammen. Sykehjemmene opplever økt fokus på demens og utfordrende atferd, økt brukermedvirkning, et godt samarbeid med pårørende, og økt bruk av refleksjon hos medarbeiderne. Nærmere informasjon om modellen finnes på www.tidmodell.no.

SAM-AKS i støpeskjeen

Ved nedleggelsen av N.K.S. Kløverhagen i 2010 ble det vedtatt en overgangsordning, der SI finansierte fire alderspsykiatriske sykepleiere som skulle jobbe ambulant i Gudbrandsdalen. Sykepleierne fikk opplæring ved AFS, og skulle drive med veiledning og opplæring i kommunale sykehjem, både pasientrelatert og på mer generell basis. Dette ble starten på SAM-AKS prosjektet.

SAM-AKS ble etablert for å veilede kommunene til å gi bedre behandling av pasienter i sykehjem. Gjennom SAM-AKS har det blitt lagt til rette for kontinuerlig opplæring av de ansatte på sykehjemmene, innføring av rutiner for utredning og behandling av pasientene og veiledning i enkeltsaker. Avdeling for alderspsykiatri SI utviklet i samarbeid med kommunene en modell for hvordan spesialisthelsetjenesten kunne være regelmessig og forutsigbart tilstede i kommunale helseinstitusjoner. I modellen var prosjektsykepleierne i SAM-AKS den største personalressursen sammen med en alderspsykiater som hadde veiledningsansvar ovenfor prosjektsykepleierne. Prosjektet ble organisert og koordinert fra AFS.

SAM-AKS ble lansert som en tenkt fremtidig modell for organisering av spesialisthelsetjenestens virksomhet for eldre personer. Modellen har tatt hensyn til spesielle forhold som gjelder eldre pasienter, og dermed sikre at de får oppfølging av sine helseplager på linje med hva som tilbys yngre pasientgrupper.

Hovedmålet for SAM-AKS har vært:

- Bedre undersøkelse og behandling av pasienter i sykehjem, dernest å utvikle og evaluere en modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten med fokus på oppfølging av pasienter i sykehjem.

Delmål for SAM-AKS har vært

- Intern kompetanseheving i sykehjemmene.
- Bedre kommunikasjon mellom sykehjem og spesialisthelsetjenesten.
- Innføre en standardisert prosedyre for undersøkelse av pasientene ved innleggelse i sykehjem.
- Generere oppdatert informasjon om sykehjempasienters helsesituasjon.
- Bedre kompetansen i spesialisthelsetjenesten angående Eldres helse i kommunal helsetjeneste.
- Bedre kontakt mellom alderspsykiater og sykehjemslege.
- Bidra til forskning i sykehjem.

SAM-AKS I

Tretten sykehjem i 12 kommuner i Gudbrandsdalen, fra Lillehammer og nordover, fikk i 2010 tilbud om å delta i SAM-AKS I. Fire sykepleiere med erfaring fra arbeid med alderspsykiatriske pasienter i kommunehelsevesenet eller i spesialisthelsetjenesten, ble ansatt ved AFS som prosjektsykepleiere i SAM-AKS I. Stillingene var dels kliniske stillinger og dels forskningsstillinger, og med base i Sør-Fron kommune formet prosjektsykepleierne sin nye arbeidsdag.

Organisering

Prosjektet ble organisert og koordinert av AFS. Geriatrisk sykepleier MSc Irene Røen var prosjektleder, alderspsykiater PhD Oskar Sommer var faglig ansvarlig og psykiater PhD Geir Selbæk var forskningsansvarlig. Det ble opprettet en prosjektgruppe, som bestod av prosjektleder, alderspsykiater, leder ved avdeling for alderspsykiatri SI, leder og forskningsleder ved AFS og en representant for de deltagende kommunene.

En styringsgruppe ble opprettet og hadde ansvaret for å følge den faglige og økonomiske utviklingen av prosjektet. Den bestod av direktør i divisjon psykisk helse SIHF, avdelingssjef og forskningsleder fra avdeling for alderspsykiatri, to ledere fra deltagende kommuner og en representant fra KS Hedmark og Oppland. Prosjektleder var styringsgruppas sekretær.

Finansiering

Avdeling for alderspsykiatri SI, KS i Hedmark og Oppland, Helse Sør-Øst via Helsedialogmidler og samhandlingsmidler fra Helsedirektoratet bidro økonomisk til gjennomføringen av SAM-AKS I. SI bidro i tillegg med driftsmidler, gjennom overgangsmidler i forbindelse med nedleggelse av N.K.S Kløverhagen.

Klinisk del

Prosjektsykepleierne skulle være forutsigbart tilstede på sykehjemmene i sin region ca. hver fjortende dag, der de sammen med personalet drøftet pasienter og hendelser.

De ansatte i sykehjemmene fikk opplæring i kartlegging av symptomer med standardiserte kartleggingsverktøy, og ellers opplæring og veiledning i de tema som de selv ønsket innen alderspsykiatri og demens. Prosjektsykepleierne bistod sykehjemmene i utarbeidelse og gjennomføring av en opplæringsplan.

Behandlingen og veiledningen foregikk der pasienten bodde, på sykehjemmet i kommunen. Den generelle veiledningen og opplæringen var et lavterskeltilbud, men om konkrete pasientsaker ble diskutert eller individuelt behandling ble gitt måtte pasienten henvises til Avdeling for alderspsykiatri SIHF. Prosjektsykepleierne så ting utenfra, noe som førte til nye tanker og vurderinger hos personalet i sykehjemmene.

SAM-AKS II

SAM-AKS ble etterspurt av flere kommuner i fylkene, og prosjektet ble i september 2011 utvidet til flere kommuner både i Oppland og Hedmark. I Sam-AKS II deltok 36 sykehjem fra 23 kommuner.

Organisering

I SAM-AKS II var det stilling for én alderspsykiater, ni sykepleiere og én vernepleier. Prosjektleder for SAM-AKS II var spesialsykepleier Wenche Nordengen. Fra de deltakende kommunene deltok 272 prosjektmedarbeidere, hvorav flertallet var sykepleiere. Faglig ansvarlige var psykiater Oskar Sommer, PhD. Opplæringsansvarlig var spesialsykepleier Elin Lillehovde, mens forskningsansvarlige var Geir Selbæk, PhD, Sverre Bergh, PhD og Irene Røen, MSc.

Visker ut forskjeller

Interessen for SAM-AKS bekrefter et generelt behov i kommunene for mer kunnskap om Eldres psykiske helse og demenssykdommer. Dette behovet aktualiseres av kommunens oppgaver i forbindelse med Samhandlingsreformen. SAM-AKS visker ut linjene mellom første- og andrelinjetjenesten, som gjør at samarbeidet må foregå på en ny måte, sier spesialsykepleier Wenche Nordengen, prosjektleder for SAM-AKS

Finansiering

Med overgangen til SAM-AKS II gikk finansieringen av prosjektet over fra prosjektmidler knyttet til SAM-AKS I til vanlig drift innenfor budsjettet til avdeling for alderspsykiatri finansiert av midler gjennom Samhandlings-reformen og midler fra helseforetaket knyttet til ambulant virksomhet. SAM-AKS II leverte også data til en del av at større helseøkonomiprojekt (REDIC), som var finansiert av Helsedirektoratet.

Klinisk del

Samarbeidsformen fra SAM-AKS I ble videreført i SAM-AKS II. Prosjektsykepleierne hadde jevnlig kontakt med sykehjemmene i de deltagende kommune, og arbeidet med følgende oppgaver:

- Innføring av rutiner for kartlegging av pasienter
- Sørge for at kartleggingene ble samlet inn som data til forskning
- Bistå ved utarbeiding av opplæringsplaner for personalet
- Delta i drøftinger vedrørende pasientsituasjoner
- Veiledning i miljøbehandling
- Motivere til forsknings- og utviklingsprosjekter i sykehjemmet

Sykehjemmets oppgaver og ansvar var:

- Velge ut prosjektmedarbeidere, og sette av personalressurser og tid til å arbeide med prosjektet
- Opprette en kontaktgruppe bestående av ledelsen, personalet, sykehjemslegen og pårørende.

Som en del av den lokale kompetansebyggingen, hadde hvert sykehjem lokale kontaktpersoner ved avdelingene. I tillegg opprettet sykehjemmene lokale prosjektgrupper bestående av kontaktpersonen, sykehjemslegen, ledelsen og eventuelt andre ansatte.

SAM-AKS III

Høsten 2014 gikk SAM-AKS prosjektet over i sin tredje fase: SAM-AKS III. En ytterligere utvidelse ble iverksatt ved at brev ble sendt ut for å fornye avtaler fra SAM-AKS I og II, og utvalgte kommuner i Hedmark og Oppland som ikke hadde fått tilbudet tidligere ble nå invitert til å delta. Bakgrunnen for utvelgelsen var at en rekke av disse kommunene aktivt hadde spurt om å få være med. Andre kommuner hadde en geografisk plassering som gjorde at SAM-AKS III kunne tilby deltagelse. I samme tidsrom var det 6 sykehjem fordelt på 5 kommuner som valgte å trekke seg fra samarbeidet. I desember 2016 deltar 50 sykehjem fra 29 ulike kommuner i SAM-AKS III.

Organisering

I SAM-AKS III er sykepleierne/vernepleier fra SI organisert under C1 ressursenheten for demens. Avdelingsleder er spesialsykepleier Wenche Nordengen, og faglig ansvarlig er spesiallege Bjørn Lichtwarck, som er tilgjengelige for medarbeiderne ved behov for faglig veiledning og støtte. Ni sykepleiere og en vernepleier er ansatt i SAM-AKS III. Til sammen utgjør de 12 medarbeiderne i SAM-AKS III 10,6 årsverk. Andre personer som har roller i SAM-AKS III er tilknyttet Alderspsykiatrisk forskningssenter, med Sverre Bergh som forskningsansvarlig og Irene Røen som opplæringsansvarlig. Bodil Lillehagen og Solvor Nybakken har organisert innsamlingen av forskningsdata.

Sykepleierne/vernepleier har ukentlige møter med avdelingsleder og faglig ansvarlig lege. På møtene fordeles henviste pasienter, og pasientkasus drøftes. Videokonferanse brukes aktivt da personalet i SAM-AKS III bor spredt i Hedmark og Oppland. En dag i måneden er det fellessamling for personalet i SAM-AKS III med faglig program. Fire ganger i året arrangerer avdelingsledelsen ved Ressursenheten felles fagdager for sengepost og personalet i SAM-AKS III. Personalet i SAM-AKS III deltar regelmessig på faglige konferanser lokalt og nasjonalt.

Ved utgangen av 2016 har mer enn 700 sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere i Hedmark og Oppland deltatt på to dagers opplæring i kartlegging av symptomer ved demens med standardiserte kartleggingsverktøy. Personalet i SAM-AKS III tilbyr jevnlig opplæring til nye medarbeidere, og påmelding skjer i tråd med behovet og kapasiteten på det enkelte sykehjem. Ikke alle som har fått opplæring er aktive innenfor SAM-AKS III. Den generelle kompetansehevingen har stått sentralt i samhandlingen, og det har derfor ikke vært noen betingelser knyttet til å få delta i opplæringen.

Finansiering

SAM-AKS III driftes innenfor budsjettet til avdeling for alderspsykiatri.

Klinisk del

Erfaringene fra SAM-AKS I og SAM-AKS II er tatt med inn i SAM-AKS III. Et viktig premiss har vært at spesialisthelsetjenesten tilpasser sin tjeneste til det enkelte sykehjemmets behov. Sykepleierne/vernepleier har jevnlig kontakt med sykehjemmene i de deltagende kommuner, men med en frekvens som avhenger av sykehjemmets størrelse, kapasitet og hvor lenge de har deltatt i SAM-AKS. Månedlige besøk er relativt vanlig. Hovedfokus er lagt på følgende oppgaver:

- Motivere til kartlegging av pasienter som legges inn på sykehjemmet, med årlig oppfølging.
- Motivere til å bruke kartlegging som verktøy for planlegging og evaluering av behandling.
- Motivere til å innhente samtykke, inkludere pasienter til forskning og levere kartlegginger som data til forskning.

- Tilby hjelp til opplæring og undervisning innenfor temaer som berører alderspsykiatri og miljøbehandling.
- Delta i drøftinger vedrørende pasientsituasjoner.
- Veiledning i miljøbehandling.
- Tilrettelegge for kontakt mellom leger i SAM-AKS III og leger ved sykehjemmene, både enkeltvis og i nettverk. Leger i SAM-AKS III har også undervist og deltatt i veiledninger.

Sykehjemmets oppgaver og ansvar er å velge ut hvem som skal få opplæring og være medarbeidere i SAM-AKS III, og å sette av personalressurser og tid til å arbeide med de oppgavene som er nevnt over. Sykehjemsledelsen oppretter en kontaktgruppe bestående av ledelsen, medarbeidere, sykehjemslegen, og dersom det er mulig også en representant for pårørende. Kontaktgruppen møter sykepleiere/vernepleier fra SAM-AKS III en til to ganger årlig. På kontaktgruppemøtene evaluerer man samarbeidet og legger planer for neste periode.

Å finne møteplasser tilpasset personale som jobber i turnus kan være utfordrende. Kommunikasjon på mail og telefon er nødvendig i forkant av treffene. Sykepleier/vernepleier fra SAM-AKS III forholder seg som regel til utnevnte kontaktpersoner når det gjelder avtaler, planlegging og besøk. Ved noen sykehjem går sykepleier/vernepleier fra avdeling til avdeling, andre steder avtales det fellesmøter eller møter for den enkelte avdeling. Oppmøtet varierer avhengig av om medarbeidere er på jobb, og om de har anledning til å forlate klinikken. Enkelte medarbeidere kommer i fritiden sin mot avspasering. I disse planlagte møtene får medarbeiderne hjelp til å gjennomgå og oppsummere kartlegginger de har gjort av pasientene. I tillegg tar de opp aktuelle pasientsituasjoner som de ønsker å drøfte med sykepleier/vernepleier fra SAM-AKS III.

Veiledning etter TID-modellen tilbys avdelingene på forespørsel, og når det oppstår komplekse utfordringer relatert til atferdsutfordringer ved demens. I spesielt krevende situasjoner hender det at man er to personer fra spesialisthelsetjenesten som samarbeider om veiledningen. Veiledningsmøtet gjennomføres ofte i vaktskiftet for å kunne samle så mange som mulig. I tilfeller der det er behov for mer enn ett møte ber sykepleier/vernepleier i SAM-AKS III om at pasienten henvises til avdeling for alderspsykiatri. Kartleggingsfasen i forkant av veiledningen innebærer at personalet fyller ut kartleggings skjema for kognisjon, nevropsykiatriske symptomer, depresjon, ADL-funksjon, smerter og døgnregistrering. Resultatene inngår som et faktagrunnlag i veiledningen, og bidrar til å øke forståelse blant personalet når det gjelder hvordan kartleggingsresultater kan brukes klinisk.

I tillegg til de planlagte aktivitetene i SAM-AKS III kan det oppstå spontane behov i sykehjemmene når det gjelder hjelp til kartleggingsarbeid eller undervisning. Et tett samarbeid mellom kollegaene i SAM-AKS III gjør at man kan bruke hverandres kompetanse der det er hensiktsmessig.

Demensomsorgens ABC

ABC-opplæringen er virksomhetsintern kompetanseutvikling for helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Nasjonal kompetansetjenesten for Aldring og Helse er ansvarlig for utvikling av

læringsprogrammet og distribusjon av undervisningsmateriell. To av sykepleierne i SAM-AKS III har ansvaret for organisering av Demensomsorgens ABC i henholdsvis Hedmark og Oppland. Dette innebærer å planlegge og arrangere fire fagseminar i Demensomsorgens ABC 1 og 2, to fagseminar innenfor modulen Miljøbehandling og to fagseminar innenfor modulen Psykiske sykdommer i eldre år. Sykepleierne samarbeider med demenskontakter i hver kommune og deltar årlig på to dagers erfaringskonferanse i Demensomsorgens ABC som arrangeres av Aldring og helse. Forelesere innhentes lokalt eller fra SAM-AKS III.

Den kompetanseheving som foregår i kommunene gjennom deltakelse i Demensomsorgens ABC passer inn i målsettingen for SAM-AKS III: «Bedre behandling og utredning av pasienter i sykehjem». Utredningsarbeidet som nå blir utført av helsepersonell i kommunen kan tyde på en synergieffekt av de ulike tiltakene.

Ambulant vurdering av henviste pasienter

Pasienter som henvises til avdeling for alderspsykiatri og får et tilbud om behandling vil motta denne i sengepost, i poliklinikk eller ved at sykepleier/vernepleier fra SAM-AKS III reiser ut til pasienten og foretar en ambulant vurdering i samarbeid med lege i SAM-AKS III. I 2014 ble det utarbeidet en metodebok som beskriver arbeidsprosedyrer for den kliniske – og kompetansehevende delen av SAM-AKS III. Denne ble utarbeidet for de ansatte i SAM-AKS III for å sikre god faglig kvalitet, måloppnåelse og at helsefaglige lover og forskrifter blir fulgt.

I praksis vil henvisningene fra legene fordeles til sykepleier/vernepleier som representerer SAM-AKS III i den respektive kommunen. Avhengig av hva det spørres etter i henvisningen vil det bli gitt medikamentelle råd via lege i SAM-AKS III, og/eller forslag til miljøbehandling. Personalet får ofte tilbud om TID-veiledning og kommer selv fram til hensiktsmessige tiltak som nedfelles i en detaljert tiltaksplan kalt «holdningsplan». Enkelte ganger kommer henvisningen som et resultat av et veiledningsmøte.

Sykepleier/vernepleier i SAM-AKS III følger opp saken spesielt i de tilfellene der det er sendt henvisning, ofte over flere uker. Dersom pasienten blir innlagt på Ressursenheten tilstrebes det at sykepleier/vernepleier i SAM-AKS observerer pasienten i avdelingen, og deltar på behandlingsmøter når det er mulig. I etterkant av utskrivelsen følges pasienten opp av sykepleier/vernepleier i SAM-AKS III.

Forskning i SAM-AKS

For pasienter som samtykker, blir data fra kartleggingene samlet inn og pasienten inkluderes i forskningsprosjekter gjennom AFS. Pasienter med samtykkekompetanse samtykker på egne vegne, ellers samtykker pårørende på vegne av pasienten. Dataene inkluderer opplysninger om pasientenes medikamentbruk, somatisk sykdom, demens, nevropsykiatriske symptomer, andre alderspsykiatriske sykdommer, livskvalitet og ADL funksjon.

Data fra SAM-AKS II ble sammen med tilsvarende data fra Bergen og kommuner i Nord-Trøndelag benyttet i prosjektet *Resource Use and Disease Course in Dementia* (REDIC).

Til sammen ble data samlet inn fra 549 pasienter til SAM-AKS I, 696 pasienter til REDIC og 362 pasienter til SAM-AKS III (frem til desember 2016).

Inklusjon- og eksklusjonskriterier varierte noe mellom forskningsprosjekter, men var i hovedsak som følger:

Inklusjonskriterier:

- Personer 60 år eller eldre
- Personer under 60 år som har demens
- Forventet opphold i sykehjemmet ≥ 6 uker (SAM-AKS I & REDIC) eller ≥ 4 uker (SAM-AKS III)
- Fast rullering mellom innleggelse på sykehjemmet og opphold hjemme, hvor innlegelsesperioden var minimum en uke.

Eksklusjonskriterium:

- Forventet levetid ≤ 4 uker

Deltagende kommuner i SAM-AKS

I SAM-AKS I deltok alle de 12 kommunene i Gudbrandsdalen: Vågå, Lom, Skjåk, Lesja, Dovre, Sel, Nord-Fron, Sør-Fron, Ringebru, Gausdal, Øyer og Lillehammer. Etter at prosjektperioden var over trakk Nord-Fron og Sør-Fron seg fra samarbeidet.

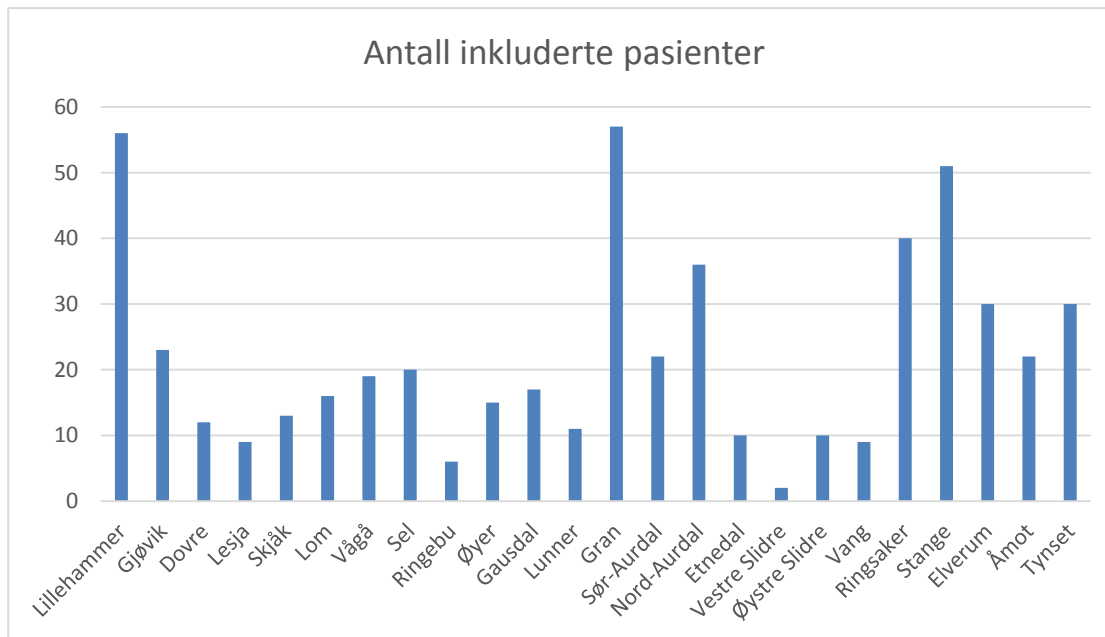
I SAM-AKS II ble ytterligere 14 kommuner i Oppland og Hedmark med: Sør-Aurdal, Nord-Aurdal, Etnedal, Østre- og Vestre Slidre, Vang, Gjøvik, Lunner, Gran, Ringsaker, Stange, Elverum, Åmot og Tynset.

I SAM-AKS III har Vang, Ringebru, Vågå, Åmot og Dovre trukket seg fra samarbeidet. De nye kommunene som har kommet med ved utgangen av 2016 er Trysil, Våler, Åsnes, Eidskog, Kongsvinger, Alvdal, Os, Folldal, Rendalen og Engerdal.

Resultater fra SAM-AKS II

I det følgende blir noen utvalgte demografiske variabler for pasienter inkludert i SAM-AKS II presentert. Data er registrert ved innleggelse på sykehjem, og representerer således ikke noe gjennomsnitt for pasientene som bor på sykehjem i de to fylkene, men må betraktes som en beskrivelse av hvordan den gjennomsnittlige pasient er ved innleggelse på en langtidsavdeling på et sykehjem i de to fylkene.

I SAM-AKS II deltok 19 av 24 kommuner i Oppland og 5 av 22 kommuner i Hedmark. I alt 31 sykehjem registrerte data på til sammen 536 pasienter. Pasientene skal følges i tre år eller til de dør.



Figur 3. Antall inkluderte personer i SAM-AKS fra sykehjem i Oppland og Hedmark pr 1.1.2016.

Demografiske variabler ved innleggelse på sykehjem

Kjønn

Tabell 2. Inkluderte pasienter i SAM-AKS II per 1.1.2016.

	Antall (N)	Kjønn (M/F)
Antall pasienter	536	181 / 345
Oppland	363	130 / 233
Hedmark	173	61 / 112

Alder, vekt, høyde, blodtrykk og puls

Tabell 3. Alder, vekt, høyde, Body Mass Index (BMI), blodtrykk (BT) og puls for pasienter ved innleggelse på sykehjem (n=536). Tall i gjennomsnitt \pm SD om ikke annet beskrevet.

	Kvinner	Menn
Alder, år	85,6 \pm 0,5	83,2 \pm 0,8
Vekt, kg	60,4 \pm 13,1	72,0 \pm 16,2
Høyde, cm	160,0 \pm 8,8	173,0 \pm 16,2
BMI, kg/m ²	24,2 \pm 5,8	24,0 \pm 3,9
Syst/diast BT, mm Hg	133/73	130/73
Puls, slag/min	73 \pm 12,9	71 \pm 13,5
Uregelmessig puls, %	16,3	18,9

BMI=Body Mass Index, BT=Blodtrykk

Sivilstand

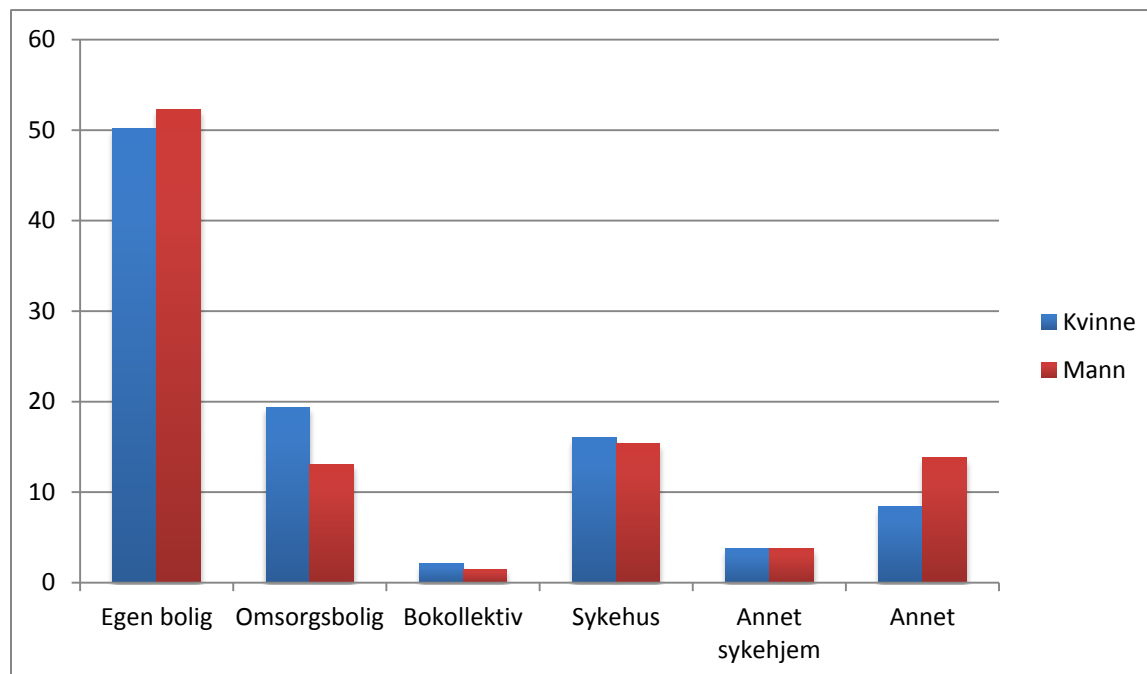
Tabell 4. Sivilstand ved innleggelse på sykehjem, n=536. Alle tall i %.

Sivilstand	Kvinner	Menn
Ugift	5,3	15,7
Gift/samboer/partner	20,2	45,5
Enke/enkemann	71,6	32,5
Skilt/separert	2,9	6,3

Utdanning

Bare 2,1 % av kvinnene og 0,6 % av mennene hadde ingen utdanning, mens kun 3,6 % av kvinnene og 3,7 % av mennene hadde under 6 år utdanning. Mens 28,2 % av kvinnene og 42,2 % av mennene hadde over 8 års utdanning var det 10,4 % av kvinnene og 18,6 % av mennene hadde mer enn 10 års utdanning.

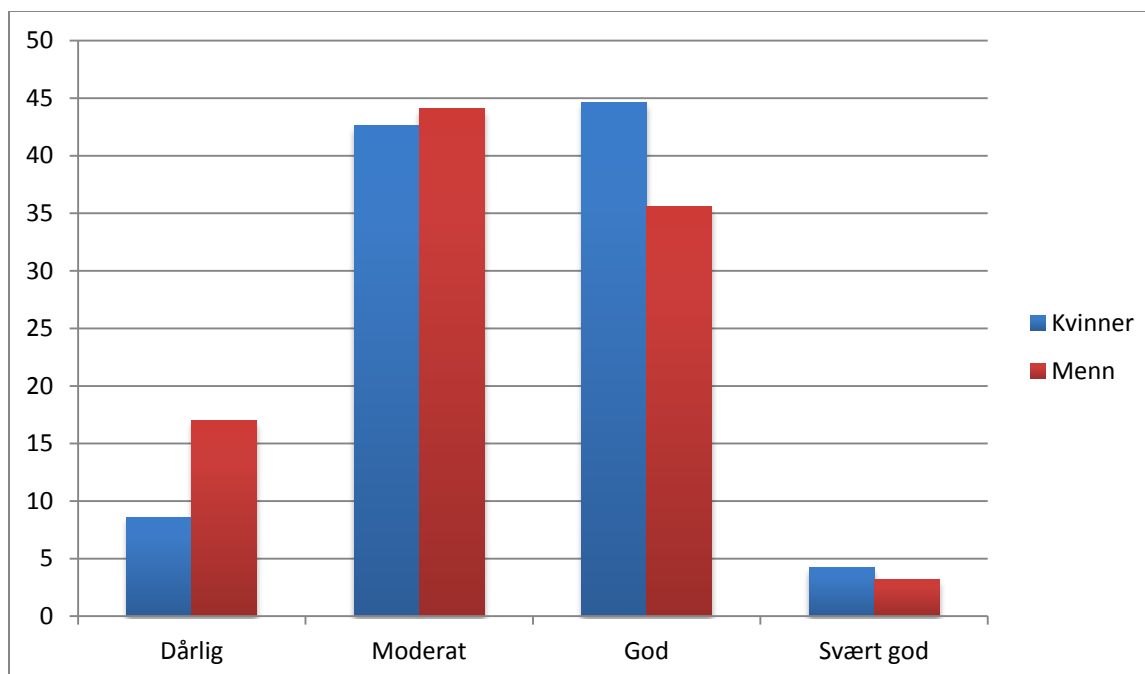
Hvor er pasientene lagt inn fra?



Figur 4. Andelen (i % av hvert kjønn) som kom fra egen bolig, sykehus, omsorgsbolig, m.m. ved innleggelse på sykehjem.

Somatisk helse

Somatisk helse ble vurdert med General Medical Health Rating scale (GMHR) (17). De som er skåret "Svært god" GMHR fremtrer som friske. Ved skåringen "God" på GMHR kan en ha én ustabil somatisk sykdomstilstand som blir behandlet, noen (opptil fire) stabile sykdomstilstander, stå på opptil 4 medikamenter og fremtre som litt sykdomspreget. Har en mer enn én ustabil sykdomstilstand eller flere kroniske sykdommer eller medikamenter og fremtrer som moderat syk skåres "moderat", mens hvis en fremtrer som tydelig syk, muligens nødvendig med innleggelse i sykehus skåres "dårlig".



Figur 5. Andel (%) som pasienter innlagt på sykehjem med dårlig, moderat, god eller svært god somatisk helse.

Hypigste oppgitte sykdom ved innleggelse er demens, fulgt av cerebrovaskulær sykdom og hjerte/karlidelser. Demens, hjertesvikt, bindevevssykdom og magesår er noenlunde likt fordelt mellom menn og kvinner ved innleggelse, men det er tydelige kjønnsforskjeller for koronarsykdom, hjerteinfarkt, cerebrovaskulær sykdom, diabetes, kreft, metastaser, nyre- og lungesykdom der en høyere andel menn enn kvinner er syke.

Kognitiv svikt og demens

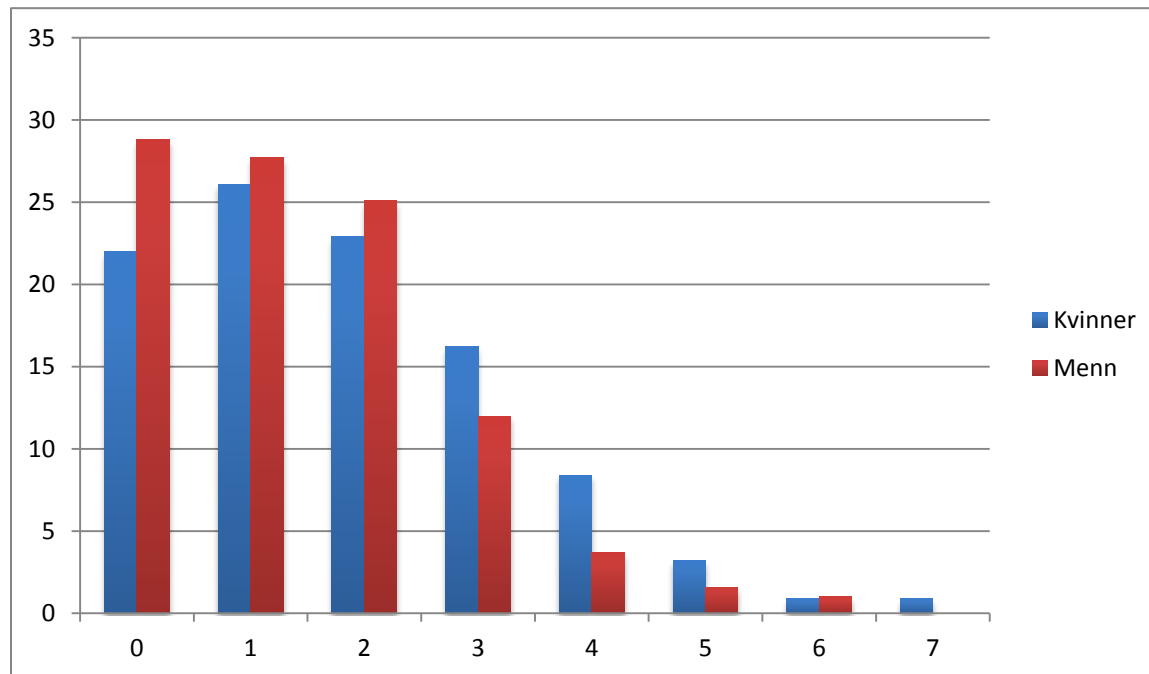
Ut fra all tilgjengelig informasjon om pasientene, inkludert en algoritme som samlet inn opplysninger om utviklingen av en evt. kognitiv svikt hos pasientene, ble det av de forskningsansvarlige personene i prosjektet satt en demensdiagnose, der 83,8 % av kvinnene og 82,7 % av mennene hadde demens ved innleggelse på sykehjemmet.

Tabell 5. Fordeling av demenssykdom, n=447. Alle tall i %.

Demenssykdom	Kvinner	Menn
Alzheimer sykdom (AD)	74,4	68,4
Vaskulær demens (VaD)	7,6	10,1
AD/VaD	1,7	1,9
Frontotemporal demens	8,0	6,3
Lewy Body demens/Parkinson sykdom	1,7	7,6
Uspesifisert	6,6	5,7

Medikamenter

78 % av kvinnene og 71,2 % av mennene bruker én eller flere psykotrope medikamenter, i gjennomsnitt 1,8 (SD 1,5) medikamenter for kvinner og 1,4 (SD 1,3) medikamenter for menn.



Figur 6. Bruk av psykofarmaka ved innleggelse i andel (%) fordelt på kjønn.

Livskvalitet

Livskvalitet vurdert med Quality of Life – Alzheimer Disease (18), viste en skår på 19,7 (SD 7,2) for kvinner og en skår på 19,4 (SD 6,6) for menn.

Bruk av kommunale tjenester.

Bruken av kommunale tjenester siste måned før innleggelse på sykehjem ble beregnet med Resource Utilization in Dementia, RUD (19). Kostnader for kommunale tjenester var i gjennomsnitt 9000,- kroner, hjemmesykepleie var gjennomsnittlig 12,4 timer per måned mens pårørende hjelp til med omsorg og stell i gjennomsnitt 80 timer per måned.

Opplæring og utdanning i SAM-AKS



Medarbeidere i SAM-AKS, enten som SAM-AKS personal (ansatte ved SI) eller som prosjektmedarbeider (ansatte i kommunene), har mulighet til å formalisere sin kompetanse etter å ha gjennomført opplæringen i SAM-AKS gjennom studiet «Samhandling avdeling for alderspsykiatri og kommunale sykehjem – kunnskap gjennom kartlegging» som tilbys ved NTNU Gjøvik.

Prosjektmedarbeidere i kommunene, 5 studiepoeng ved NTNU Gjøvik

Prosjektmedarbeiderne i sykehjemmene gjennomgår en to dagers opplæring innen tema demens, nevropsykiatriske symptomer ved demens, smerter, livskvalitet og opplæring i strukturert kartlegging. Etter opplæring gjennomfører studenten kartlegginger av pasienter, som gjennomgås og godkjennes av SAM-AKS personalet. Studenten skal også gjennomføre en nettbasert flervalgstest.

Målet med studiet er at studenten skal lære å gjøre rede for de vanligste demenssykdommene, affektive lidelser og funksjonelle psykoser hos eldre. De skal kunne delta i kartlegging og utredning av demens og alderspsykiatriske lidelser i sykehjem.

Så langt har over 1000 deltagere gjennomgått opplæringen, og høsten 2016 har 25 studenter fullført utdanningen ved NTNU Gjøvik.

SAM-AKS personalet, 15 studiepoeng ved NTNU Gjøvik

Ved oppstart i 2010 og ved utvidelsen i 2011 gjennomgikk SAM-AKS personalet ansatt ved SI et omfattende opplæringsopplegg som bestod av undervisning formidlet på DVD, deltakelse på kurs og konferanser, egne samlinger, egenstudium av et fagpensum og obligatoriske arbeidskrav som bestod av loggføring av gjennomført praksis.

Deltagerne hadde en avsluttende eksamen bestående av innlevering av en skriftlig oppgave, alternativt artikkel i tidsskrift.

Legerollen i SAM-AKS

I hele SAM-AKS har det vært alderspsykiater/spesiallege i full stilling knyttet til prosjektet. Arbeidsoppgavene har vært mange, inkludert veiledning av SAM-AKS personalet, veiledning av sykehjemsleger og andre ansatte på sykehjemmene, direkte pasientbehandling, undervisning av pårørende til pasienter med demens og undervisning av sykehjemsleger og annet personell på sykehjemmene. Det har vært jobbet for å opprette sykehjemslegenettverk i fylkene. I tillegg til alderspsykiater/spesiallege ansatt i SAM-AKS prosjektet har andre alderspsykiatere ansatt ved avdeling for alderspsykiatri SI bidratt i prosjektet. Forskningsansvarlig ved AFS har også bidratt i forhold til veiledning og undervisning.

Økonomi og henvisningsrutiner

Helt fra starten av var prinsippet i SAM-AKS at det skulle være et lavterskeltilbud. Forespørsler fra sykehjemmene om veiledning og undervisning skulle foregå muntlig gjennom SAM-AKS personalet. Ved direkte pasientbehandling ble det i de fleste tilfeller sendt skriftlig henvisning til avdeling for alderspsykiatri ved SI. Kommunene som har henvist pasienter har blitt avkrevd egenandel for behandlingen. Veiledning og undervisning har i alle tilfeller vært gratis for kommunene.

Erfaringer fra kommunene som deltar i SAM-AKS

Tilbakemelding på samhandlingen

Samhandlingen og tilgjengeligheten med SAM-AKS personalet fungerer godt. Det har skjedd en kompetanseheving blant personalet i sykehjemmene, og man har hatt god nytte av veiledningen og undervisningen som er blitt gitt. Opplæring i kartleggingsverktøy har ført til bedre utredning og behandling av pasientene på sykehjemmet. Det har vært utfordrende å få avsatt tid til kartlegging og å få hele personalgruppa til å forstå viktigheten av kartlegging av pasienten symptomer. Fravær av alderspsykiater i SAM-AKS i forbindelse med sykdom har vært uheldig for samhandlingen mellom legene på sykehjemmene og SAM-AKS.

Innspill på videre samhandling og utvidelse

SAM-AKS bør bli et tilbud til nytte for pasienter på alle sykehjem i Oppland og Hedmark. Opplæring i kartlegging og utredning bør utvides til hjemmetjenesten, slik at hjemmeboende pasienter får et bedre tilrettelagt tilbud. Det er et ønske at også tilbudet om regelmessig opplæring og veiledning fortsetter i sykehjemmene, og at sykehjemmene lærer seg TID veiledning og blir selvstendige i forhold til veiledning. Det er viktig med systematisk opplæring ift kartlegging til hele personalgruppa. Prosjektet må bidra til at sykehjemmene innarbeider rutiner for kartlegging til klinisk bruk. Det er ønskelig at prosjektledelsen i SAM-AKS informerer kommuneledelse og politikere om forskningsdata og erfaringer fra prosjektet.

Veien videre

Erfaringene med SAM-AKS prosjektet har stort sett vært positive, og ambisjonene nå må være å videreføre prosjektet til hjemmetjeneste og sykehjem i alle kommuner i Oppland og Hedmark. For å kunne gjennomføre dette med dagens ressurser i spesialisthelsetjenesten, er alternativet sannsynligvis å ha en kommunalt ansatt koordinator i hver kommune, kanskje flere, som er bindeleddet mellom SAM-AKS personalet og de ansatte i kommunene. Slik kan hver av SAM-AKS personalet være ansvarlig for flere kommuner enn i dagens modell.

Konklusjon

Målet med SAM-AKS var et kompetanseløft i kommunene og i avdeling for alderspsykiatri SIHF. Dette målet er nådd. Tilbakemelding fra kommunene er positiv, og de ønsker å fortsette samarbeidet etter samme modell.

Gjennom SAM-AKS blir alle pasientene på sykehjemmet kartlagt og utredet. SAM-AKS har tilført avdelingene og sykehjemmene mye ny kunnskap, og har vært til god støtte i arbeidet med pasientene.

Gjennom SAM-AKS har sykehjem i kommunene fått kontinuerlig opplæring, rutiner for utredning og behandling og veiledning i enkeltsaker.

Referanser

1. StatBank N. Statistics Norway: Statistics Norway, Oslo; 2016 [Available from: www.ssb.no/english/].
2. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;222(9):843-9.
3. Selbaek G. [Behavioural and psychological symptoms in dementia]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005;125(11):1500-2.
4. Ott A, Breteler MM, van HF, Stijnen T, Hofman A. Incidence and risk of dementia. The Rotterdam Study. *AmJEpidemiol*. 1998;147(6):574-80.
5. Stortingsmelding nr 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000. Helse- og omsorgsdepartementet. 2000.
6. Mestring, muligheter og mening- framtidens omsorgsutfordringer. Stortingsmelding nr 25 (2005-06). 2005.
7. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Stortingsmelding nr 47 2009;Helse -og omsorgsdepartementet.
8. St.meld. 13 (2011-12) Utdanning for velferd: Samspill i praksis. 2012.
9. St.meld. 29 (2012-13) Morgendagens omsorg. . 2013.
10. Demensplan 2015. Delplan til Omsorgsplan 2015. Sosial- og Helsedirektoratet. 2007;Demensplan 2015 Glemsk, men ikke glemte. Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. (IS-1486).
11. Demensplan 2020 "Et mer demensvennlig samfunn". Helse- og Omsorgsdepartementet. 2015.
12. St.meld.nr. 29 (2013). Omsorgsplan 2020. 2013.
13. Om elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren Si-@!, 2000-2003 (Helsedirektoratets tiltaksplan). 2003.
14. S@mspill 2007. elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren. Gjennomføringsplan 2006. Sosial- og Helsedirektoratet. 2006;IS-1433.
15. Statlig strategi 2008-2010, Samspill 2.0. 2008.
16. Demensplan 2015 "Den gode dagen". Delplan til omsorgsplan 2015. Helse- og Omsorgsdepartementet. 2007.
17. Lyketsos CG, Galik E, Steele C, Steinberg M, Rosenblatt A, Warren A, et al. The General Medical Health Rating: a bedside global rating of medical comorbidity in patients with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999;47(4):487-91.
18. Logsdon RG, Gibbons LEP. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med*. 2002;64((3)):510-9.
19. Wimo A, Jonsson L, Zbrozek A. The Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument is valid for assessing informal care time in community-living patients with dementia. *JNutrHealth Aging*. 2010;14(8):685-90.