



## Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

### Søknad om samhandlingsmidler 2017 – SØ og kommunene i Østfold

<b>Tittel på tiltaket</b>	«Oppfølging er alfa og omega etter en diagnose» - samhandling om pasientforløp under og etter diagnose kognitiv svikt og demens.
<b>Navn på søker</b>	Bente Skauge, prosjektleder Etat omsorgssentre
<b>Angi forankring og navn på ansvarlig virksomhet/enhet</b>	Birgitte Skauen Kopperud, Etatsleder omsorgssentre, Fredrikstad kommune
<b>Navn på samarbeidsparter</b> - hvem deltar fra kommune, SØ og brukere	Geriatrisk poliklinikk v/ overlege Astrid Eri-Montsma og geriatrisk sykepleier Heidi Røed Jørgensen Alderspsykiatrisk avdeling v/overlege Carmen Oelze og spesialsykepleier Hilde Gunn Kristiansen
<b>Prosjektansvarlig/ Kontaktperson</b>	<b>Navn:</b> Bente Skauge <b>Virksomhet:</b> Etat omsorgstjenester Fredrikstad kommune <b>Adresse:</b> Gamle kirkevei 58, 1617 Fredrikstad <b>Telefon:</b> 916 01 212 <b>E-post:</b> Benska@fredrikstad.kommune.no
<b>Beskrivelse av prosjekt</b> - inkl. bakgrunn for ideen	<p>Oppfølging etter demensdiagnose er en nasjonal satsning initiert av Nasjonalforeningen for folkehelse og Helsedirektoratet. Fredrikstad kommune er sammen med Stavanger, Løten og Alta kommuner med i modellutvikling «oppfølging etter demensdiagnose».</p> <p>Personer med mistanke om kognitiv svikt som ikke har tjenester i kommunen, blir ofte henvist til geriatrisk poliklinikk av sin fastlege. Utfordringen er å få et godt tjenesteforløp; det finnes i dag ingen prosedyrer for å koordinere.</p> <p>Mange av de som får en demensdiagnose har ikke et umiddelbart behov for tjenester, men har likefullt behov for en oppfølging for å bearbeide egne reaksjoner, opprettholde best mulig funksjonsnivå og planlegge fremtiden.</p> <p>Flere har omtalt perioden etter at diagnosen ble stilt som "den stille fasen". Mangelfull oppfølging kan føre til depresjon, tilbaketrekning, sosial isolasjon og unødvendig funksjonstap. En demensdiagnose ledsages for sjelden av en kartlegging av pasient og pårørendes eventuelle behov for oppfølging, slik at hensiktsmessige tiltak kan settes i verk.</p> <p>Behov for oppfølging kan knytte seg til bearbeiding av sorg eller sinne, planlegging av fremtiden, informasjon til familie og sosiale omgivelser, opptrening av nye vaner, tilpasning av bolig eller bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler (Demensplan 2020).</p> <p>I kommunene har fastlegene hovedansvaret for diagnostisering av demens. Fastlegen kan foreta hele utredningen selv, men ofte kan det være hensiktsmessig å samarbeide med demensteamet eller demenskoordinator om dette.</p> <p>Grupper med særlige behov ved utredning og oppfølging må vurderes utredet i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder personer med minoritetsbakgrunn, samisk urbefolkning, yngre personer under 65 år og personer med utviklingshemning, og i tillegg tilfeller der det er mange sammensatte utfordringer.</p>

	<p>Disse personene og deres pårørende blir ikke fanget godt nok opp – de går «under radaren».</p> <p><a href="#">Nasjonal faglig retningslinje demens</a> ble publisert august i år. Prosjektet vil kunne bidra til implementering av den nye nasjonale faglige retningslinjen om demens.</p> <p>Prosjektet handler om hvordan kommunen kan fange opp pasienter med kognitiv svikt som har kontakt med spesialisthelsetjenesten. Intensjonen er å styrke samarbeidet ved felles informasjonsutveksling om disse.</p> <p>Både spesialisthelsetjenesten og kommunen opplever dette som en utfordring. Det er behov for å legge til rette for å videreutvikle samarbeid, gode prosedyrer og avklare ansvar og roller, for å sikre et godt forløp for de som «går under radaren».</p> <p>Prosjektet ønsker at fastlege(r) og en bruker deltar i prosjektet.</p>
<b>Mål/hensikt</b> (målgruppe)	<p>Hensikten er å sikre gode overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for personer under og etter diagnostisering av kognitiv svikt og demens.</p> <p>Resultatmål for prosjektet er at det er utarbeidet gode samhandlingsrutiner (ev prosedyrer/sjekklist) for denne pasientgruppen.</p>
<b>Er det undersøkt om andre allerede har realisert dette tiltaket?</b> - gi utfyllende informasjon	<p>Det jobbes nasjonalt med satsningen «Oppfølging etter demensdiagnose» og flere kommuner er i gang. Prosjektene er i en for tidlig fase til at det kan vises til resultater, men Fredrikstad kommune har erfart at spesialisthelsetjenesten oftere henviser etter å ha fått informasjon om prosjektet.</p> <p>Demensteamet har registrert henvendelser de har mottatt fra spesialisthelsetjenesten i perioden 01.06.2016-10.08.2017.</p> <p>I den første perioden fra 01.06.2016-31.12.2016 har de registrert 8 pasienter. I perioden 01.01.2017 til 10.08.17 har de registrert 61 pasienter. Dette er pasienter som har fått demensdiagnose.</p> <p>Helse Stavanger HF har utarbeidet et «Pasientforløp Demens - Samhandling og oppfølging», som er utarbeidet ved enheten: Helse Stavanger HF/Psyk/PH Voksne/Spesialavdeling voksne.</p> <p>Dette prosjektet kan ha nytte av å samarbeide med dem underveis.</p> <p><a href="http://egs-forlop.sus.no/docs/doc_15436/index.html">http://egs-forlop.sus.no/docs/doc_15436/index.html</a></p>
<b>Redegjør kort for metodikken som er tenkt benyttet</b>	Kartlegging, observasjoner, workshops og brukersamtaler.
<b>Forventet nytteverdi for brukere/pasienter</b>	<p>Pasient og pårørende skal oppleve å bli sett, bli hørt og møtt i en vanskelig livssituasjon. De skal oppleve å bli mer involvert i det som angår dem. Med større medbestemmelse vil kunne bidra til at pasienten føler seg trygg lenger hjemme. Prosjektet skal bidra til at tjenestene til personer med demens og deres pårørende tilpasses individuelt.</p>
<b>Forventet økonomisk gevinst</b> - Viktig for overføring drift	<p>Med en god samhandling får pasienten og pårørende en mulighet til å kunne påvirke «veien videre» og gi en forutsigbarhet i behandlingen. Dette kan medvirke til at pasienten kan bo lenger hjemme og at pårørende kan stå i en krevende situasjon lenger.</p> <p>Lette sykehusets arbeid ut mot kommunene.</p>
<b>Plan for implementering i drift</b> - bruk av funn	Prosjektet vil utarbeide en samarbeidsmodell med ev prosedyrer og/eller sjekklist som vil bidra til å sikre implementering.
<b>Beskriv overføringsverdi</b>	Prosedyrer og sjekklist vil enkelt kunne tas i bruk av andre kommuner, og er lett overførbart.

<b>Hvordan skal prosjektet evalueres</b> - inkl. monitorering/ rapportering under veis	Prosjektet planlegges evaluert gjennom samtaler med brukere. Registrering av tall? Statusrapport. Sluttrapport.			
<b>Prosjektets totale budsjett</b> - inkl. egenfinansiering	<b>Tekst</b>	<b>Beløp totalt</b>	<b>Egne midler</b>	<b>søker om</b>
	Arbeid - tidsforbruk			
	Prosjektleder 40 % i 12 mnd	285 000		285 000
	Prosjektgruppe 5 personer á 20 timer (2 timer /måned)	50 000	50 000	0
	Styringsgruppe 2 -3 møter á 2 timer (36 timer)	18 000	18 000	0
	Workshops 2 stk á 3 timer for 12 personer	36 000		36 000
	Intervjuer av brukere og pårørende (inkl. forberedelse og gjennomføring) 10 personer – 2 samtaler (20 intervjuer/samtaler á 2 timer) gjennomføres av 2 personer	40 000		40 000
	Investeringer	0	0	0
	Informasjonsmateriell (poster)	5 000		5 000
	Drift			
	Administrative utgifter	20 000	20 000	0
	Beverting på workshops	10 000		10 000
	Annet			
	Reiseutgifter (intervjuer og møter)	5 000		5 000
	Deltakelse på konferanser (Demensdagene desember 2018) á kr 3800,- for 5 personer	19 000		19 000
	Reiseutgifter + overnatting- egenandel	7 500	7 500	
		495 500	95 500	400 000
<b>Søknadssum for denne søknad</b>	Søker om kr 400 000,-			
<b>Milepælsplan</b> - prosjektets lengde	Prosjektperiode januar 2018 – desember 2018 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planlegging: Prosjektorganisering og detaljert milepælsplan</li> <li>• Planlegging og gjennomføring av møter/workshops</li> <li>• Kontinuerlig: kartlegging av ulike pasientforløp</li> <li>• Gjennomføre brukersamtaler</li> <li>• Utarbeide forslag til samarbeidsrutiner/prosedyrer/sjekklister</li> <li>• Sluttrapport</li> </ul>			
<b>Ev vedlegg</b> - angi navn og nummer				

Søknaden med ev vedlegg sendes på e-post til sekretariatet for administrativt samarbeidsutvalg

[Jon.Jaeger.Gasvatn@so-hf.no](mailto:Jon.Jaeger.Gasvatn@so-hf.no)