

Handlingsplan for ivaretagelse av personer med kognitiv svikt og demens (2026 - 2030)

Innhold

Handlingsplan for ivaretagelse av personer med kognitiv svikt og demens (2026 - 2030)	1
1 Innledning og bakgrunn	1
1.1 Grunnlagsdokumenter, rammer og føringer	1
1.2 Avgrensninger	1
1.3 Organisering av arbeidet	1
1.4 Plan for innføring og oppfølging av tiltak	1
1.5 Evaluering	2
2 Omtale av tema som ikke dekkes inngående i handlingsplanen	2
2.1 Forebygging	2
2.2 Diagnostikk	3
2.3 Behandling	3
2.4 Konsekvenser for ressurser og bemanning	3
3 Handlingsplan med anbefalinger og tiltak	4
3.1 Leseveiledning	4
3.2 Prioriterte tiltak	4

Sammendrag

Denne regionale handlingsplanen er utarbeidet i Helse Sør-Øst for å styrke tjenestetilbudet til personer med kognitiv svikt og demens i spesialisthelsetjenesten. Planen gjelder for alle helseforetak og private ideelle sykehus i regionen, og bygger på anbefalinger fra «Interregional rapport om organisering av utredning av kognitiv svikt og demens»¹, behandlet i styresak 136/24.

Handlingsplanen består av to hoveddeler. Den første delen redegjør for bakgrunn, organisering, og avgrensninger mot relevante tema som ikke omtales i tiltaksform. Den andre delen er en tematisk inndelt tabell med anbefalinger fra rapporten og tilhørende tiltak.

Handlingsplanen dekker temaene kompetanseutvikling, organisering av utredning, rutiner for samhandling med kommunehelsetjenesten, pasientforløp og arbeidsprosesser for ansatte, og fysisk tilrettelegging. Det legges opp til at tiltakene skal kunne tilpasses lokale forhold, og at gjennomføring av tiltak kan skje gradvis i tråd med tilgjengelige ressurser. Tiltakene er utformet med mål om å styrke kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling, og skal bidra til et mer koordinert og tilgjengelig tjenestetilbud, uten at det forutsettes økt bemanning.

Det anbefales at følgende tiltak gis prioritet i implementeringen av handlingsplanen:

- Helseforetakene etablerer minst én enhet som kan gjennomføre utvidet demensutredning.
- Helseforetakene utarbeider funksjonsfordeling og samarbeidsrutiner mellom enheter som har utredning av kognitiv svikt og demens som hovedoppgave. Fordeling av pasienter mellom geriatri/alderspsykiatri/nevrologi beskrives.
- Helseforetakene tar initiativ til å utarbeide lokale samarbeidsrutiner mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten for ivaretagelse av personer med kognitiv svikt og demens. Etablerte samarbeidsforum som Helsefellesskapene benyttes.
- Hvert helseforetak etablerer en felles adresse for mottak av henvisninger om kognitiv svikt og demens. Tiltaket ROS-analyseres og piloteres i ett helseforetak før videre innføring. Felles adresse bør ikke gjelde for pasienter tilhørende habiliteringsenhetene i sykehusene. Helseforetakene etablerer rutiner for hvordan henvisninger til felles adresse håndteres. For eksempel i form av formaliserte tverrfaglige inntaksmøter/vurderingsmøter som benyttes ved tvil om videre forløp.
- Innføring av kompetansehevingstiltakene som er beskrevet for enheter på helseforetaksnivå som regelmessig mottar pasienter med kognitiv svikt.
- Helseforetakene innfører tiltak for fysisk tilrettelegging med lokal tilpasning innenfor egne økonomiske rammer.

¹ [Interregional rapport om organisering av utredning av kognitiv svikt og demens i spesialisthelsetjenesten](#)

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Grunnlagsdokumenter, rammer og føringer

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet 19. desember 2024 i sak 136/24 «Interregional rapport om organisering av utredning av kognitiv svikt og demens i spesialisthelsetjenesten». Styret ba om at det etableres en regional handlingsplan som følger opp rapportens anbefalinger. Styret ba også om at handlingsplanen skal ta opp i seg hvordan det samlede tjenestetilbudet innrettes for å ivareta personer med kognitiv svikt og demens. Dette dokumentet svarer ut styrevedtaket.

1.2 Avgrensninger

Handlingsplanen omhandler kort muligheter og utfordringer som følge av nye metoder for diagnostikk og behandling. Kunnskapsoppsummeringer og medisinskfaglige vurderinger gjøres imidlertid i andre sammenhenger, som i den pågående revidering av nasjonale faglige retningslinjer i Helsedirektoratet, og gjennom vurdering av metoder for diagnostikk og behandling i systemet Nye metoder.

Forebygging av kognitiv svikt og demens er i stor grad relatert til generelle tiltak for å bevare god hjernehelse. Forebygging gjennomgås ikke i dybden i handlingsplanen. De viktigste primærforebyggende tiltakene beskrives likevel, basert på stor betydning for risiko for å utvikle sykdom.

I arbeidet med rapporten som ligger til grunn for denne handlingsplanen ble det redegjort for avgrensninger mot kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har ikke mandat til å gå inn på hvordan kommunene skal organisere sine tjenester. Samme avgrensning gjelder i arbeid med handlingsplanen. Forslag til tiltak for å ivareta samhandling er beskrevet, uten at det går inn på hvordan dette bør organiseres i kommunene.

1.3 Organisering av arbeidet

Arbeid med handlingsplanen er gjennomført av avdeling for medisin og helsefag i Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med øvrige avdelinger i det regionale helseforetaket. Det har også vært en arbeidsgruppe med fagressurser innen geriatri, nevrologi og psykiatri fra helseforetakene og de private ideelle sykehusene i regionen, i tillegg til brukerrepresentant, tillitsvalgte, kommunerepresentant oppnevnt av KS, og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Det har også underveis i arbeidet vært dialog med ekspertressurser på tema forebygging, diagnostikk og behandling.

1.4 Plan for innføring og oppfølging av tiltak

Handlingsplanen er utarbeidet på overordnet regionalt nivå. Helseforetak og private ideelle sykehus i regionen forutsettes å tilpasse planen til lokale forhold, og innføre tiltak i omfang og rekkefølge som passer lokalt. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp innføring av handlingsplanen gjennom fagdirektørmøtene og andre aktuelle fora der foretak og private ideelle sykehus er representert.

1.5 Evaluering

Helse Sør-Øst RHF vil oppdatere handlingsplanen når metodevurderingen av nye diagnostiske metoder og medikamentell behandling for Alzheimers sykdom er gjennomført i systemet for Nye metoder.

2 Omtale av tema som ikke dekkes inngående i handlingsplanen

2.1 Forebygging

I august 2024 publiserte Lancet-kommisjonen nye anbefalinger² for hvordan demens kan forebygges eller utsettes, med utgangspunkt i 14 risikoområder:

- lavt utdanningsnivå
- hørselstap
- høyt blodtrykk
- røyking
- fedme
- depresjon
- fysisk inaktivitet
- diabetes
- overdrevent alkoholforbruk
- traumatisk hjerneskade
- luftforurensning
- sosial isolasjon
- høyt LDL-kolesterol
- synstap

Potensialet for å forebygge og bedre håndtere demens er ifølge kommisjonen stort, selv for mennesker som har høy genetisk risiko for demens. 12 av de 14 risikofaktorene ble publisert i 2020, mens høyt kolesterol og synstap ble føyd til i 2024. Ut ifra styrken på sammenhengen og forekomsten av risikofaktoren, slår rapporten fra 2024 fast at de fire viktigste risikofaktorene for demens er hørselstap, høyt kolesterol, lite utdanning tidlig i livet og sosial isolasjon senere i livet.

Spesialisthelsetjenesten har en rolle i det forebyggende arbeidet. Dette gjelder særlig forebygging av videre utvikling av allerede oppstått sykdom og funksjonsnedsettelse, og forebygging av behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Men også innenfor det som kan defineres som primærforebygging har spesialisthelsetjenesten en rolle. Folkehelse- og forebyggende arbeid faller innenfor alle de fire lovpålagte oppgavene for spesialisthelsetjenesten: Diagnostikk og behandling, utdanning, forskning og pasient- og pårørendeopplæring.

Helse Sør-Øst deltar i partnerskap for hjernehelse i regi av Helsedirektoratet. Partnerskapet består av representanter for brukerorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og

² Livingston, G., et al. (2024). "Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission." The Lancet.

omsorgstjeneste, hjernerådet og andre relevante fagmiljøer inkludert forskningsmiljøer. Partnerskapet følger blant annet opp Nasjonal hjernehelsetrategi, og er en pådriver for å fremme tiltak som bidrar til forebygging og behandling av sykdommer i hjernen. Hjernehelsetrategien er ikke diagnosespesifikk, men de generelle forebyggende tiltakene for god hjernehelset sammenfaller i stor grad med tiltakene som forhindrer eller utsetter demenssykdom.

Spesialisthelsetjenesten har oppgaver innen utredning og behandling av flere av risikofaktorene. Blant annet gjelder dette hørselstap, der det kun er offentlige sykehus eller avtalespesialister som kan søke om høreapparat finansiert av Nav. Ventetid for hørselsutredninger er lang i Helse Sør-Øst, og er særlig innsatsområde i pågående arbeid for økt kapasitet og tilgjengelighet. Også for synstap arbeides det med økt kapasitet og tilgjengelighet, blant annet for grå stær operasjoner hos eldre, og forebygging av netthinnesykdom hos personer med diabetes.

Primærforebygging er et eget stort tema, og er ikke videre omtalt i handlingsplanen. Tiltakene beskrevet i handlingsplanen kan sees på som sekundærforebygging, i lys av at riktig diagnose, riktig behandling og god ivaretagelse av pasient og pårørende bidrar til å bremse forverring av kognitiv svikt og demens.

2.2 Diagnostikk

En ny metode for diagnostisering av Alzheimers sykdom basert på blodprøver behandles i systemet for Nye metoder høsten 2025. Metoden omhandler å måle varianter av amyloid- β og tau-protein ved hjelp av immunassay eller massespektrometri, og med det beregne risiko for å utvikle Alzheimers sykdom. Sammenlignet med tradisjonelle metoder som spinalvæskeprøver og MR-undersøkelser, er blodprøver mindre invasive og ressurskrevende. En forbedret diagnostisk presisjon vil kunne bidra til bedre seleksjon av pasienter som har størst nytte av nye legemidler. Samtidig reiser metoden en rekke etiske, praktiske og ressursmessige problemstillinger knyttet til tilgjengelighet, tolkning og oppfølging. Det skal derfor gjøres en metodevurdering før eventuell innføring. Vurderingen håndteres i systemet for Nye metoder. Temaet omtales ikke nærmere i denne handlingsplanen.

2.3 Behandling

Nye anti-amyloide legemidler som Lecanemab og Donanemab er utviklet for å redusere unormal opphopning av beta-amyloid i hjernen. Legemidlene har som formål å bremse sykdomsutviklingen ved Alzheimers sykdom. Den kliniske effekten er imidlertid fortsatt usikker, og medikamentene er kun aktuelle for pasienter med mild kognitiv svikt eller mild demens i tidlig fase av sykdommen. Det anslås at kun en liten andel av pasientene vil være kandidater for slik behandling. Lecanemab er godkjent for salg i Norge gjennom EØS-avtalen og under metodevurdering i det nasjonale systemet for Nye metoder. Donanemab er godkjent av det europeiske legemiddelbyrået (EMA) og forventes å følge samme prosess i Norge som Lecanemab. Temaet omtales ikke nærmere i denne handlingsplanen.

2.4 Konsekvenser for ressurser og bemanning

I handlingsplanen gis det konkrete råd om hvordan sykehusene kan organisere tilbudet sitt for å ivareta personer med kognitiv svikt og demens. Det gis også rom for at ethvert helseforetak selv kan vurdere hvordan de vil ta i bruk tiltakene, og hvor raskt de vil gjøre det. Det vil variere i helseforetak og private ideelle sykehus hvor mye ekstra arbeid eller endringer som kreves.

I handlingsplanen forutsettes det ikke at helseforetakene/sykehusene skal ansette flere medarbeidere. De foreslåtte tiltakene innebærer kompetanseutvikling for ansatte, og mer effektiv bruk av eksisterende ressurser gjennom bedre samhandling internt i sykehusene og med kommunehelsetjenesten. Noen tiltak handler om å endre hvordan sykehusene er organisert, for eksempel ved å samle små fagmiljøer eller fordele oppgaver tydeligere. Dette kan gjøre arbeidet mer effektivt, men krever også at ansatte og ledere tilpasser seg nye måter å jobbe på. Konkretisering av samarbeidet med kommunehelsetjenesten kan gjøre at pasientene får hjelp på riktig sted, men det forutsetter at systemene fungerer og at alle involverte samarbeider godt.

Tiltak som omhandler tilrettelegging av fysiske omgivelser og prosesser i sykehusene vil få økonomiske konsekvenser dersom tiltakene implementeres fullt ut. Det er imidlertid opp til det enkelte helseforetak å bestemme graden av implementering innenfor rammene av egen økonomi.

Samlet vil handlingsplanen kunne bidra til faglig styrking og mer effektiv ressursbruk. Det må samtidig forventes at enkelte tiltak vil kreve omprioritering av tid og innsats, og at det kan oppstå behov for støtte i implementeringsfasen. God lokal tilpasning og ledelsesforankring vil være viktig for å realisere gevinstene uten at det går ut over bærekraften i tjenestene.

3 Handlingsplan med anbefalinger og tiltak

3.1 Leseveiledning

Handlingsplanen er satt opp i tabellform og er tematisk inndelt. Tema er basert på anbefalinger fra den interregionale rapporten som ligger til grunn for arbeidet. I tillegg er det tatt inn innsatsområder og tiltak som ikke omhandler utredning, men som er relevant for helhetlig ivaretagelse av pasient med kognitiv svikt og demens og deres pårørende..

Det anbefales at den interregionale rapporten «Utredning av organisering av utredning av kognitiv svikt og demens» i vedlegg 1, leses i sammenheng med handlingsplanen.

3.2 Prioriterte tiltak

Det anbefales at følgende tiltak gis prioritet i implementeringen av handlingsplanen:

- Helseforetakene etablerer minst én enhet som kan gjennomføre utvidet demensutredning.
- Helseforetakene utarbeider funksjonsfordeling og samarbeidsrutiner mellom enheter som har utredning av kognitiv svikt og demens som hovedoppgave. Fordeling av pasienter mellom geriatri/alderspsykiatri/nevrologi beskrives.
- Helseforetakene tar initiativ til å utarbeide lokale samarbeidsrutiner mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten for ivaretagelse av personer med kognitiv svikt og demens. Etablerte samarbeidsforum som Helsefellesskapene benyttes.
- Hvert helseforetak etablerer en felles adresse for mottak av henvisninger om kognitiv svikt og demens. Tiltaket ROS-analyseres og piloteres i ett helseforetak før videre innføring. Felles adresse bør ikke gjelde for pasienter tilhørende habiliteringsenhetene i sykehusene. Helseforetakene etablerer rutiner for hvordan henvisninger til felles adresse håndteres. For eksempel i form av formaliserte tverrfaglige inntaksmøter/vurderingsmøter som benyttes ved tvil om videre forløp.
- Innføring av kompetansehevingstiltakene som er beskrevet for enheter på helseforetaksnivå som regelmessig mottar pasienter med kognitiv svikt.

- Helseforetakene innfører tiltak for fysisk tilrettelegging med lokal tilpasning innenfor egne økonomiske rammer.

Kapittel 1: Organisering av utredning

Anbefaling 1

«Enheter på helseforetaksnivå som regelmessig mottar pasienter med kognitiv svikt, bør ha kompetanse tilsvarende basal demensutredning»

- Helse Sør-Øst RHF vil ta initiativ til dialog med de medisinske fakultetene om hvorvidt studieplanene i grunnutdanningen i større grad kan ivareta behovet for kompetanse tilsvarende basal demensutredning.
- Helse Sør-Øst RHF vil vurdere å fremme forslag om et nytt læringsmål for LIS1, alternativt endringer eller nye kliniske læringsmål i felles del 2 eller del 3 for relevante spesialiteter. Dette gjøres i samarbeid med regionalt utdanningscenter i Helse Sør-Øst (RegUt HSØ).
- Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det innføres kasuistikkverksted som regionalt kompetansekrav for alle leger med pasientkontakt. Kasuistikkverkstedet består av 1-1,5 time med diskusjoner av aktuelle caser fra ulike avdelinger og kan gjennomføres i allerede etablerte fagforum.
- Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det utarbeides og innføres e-læringskurs som regionalt kompetansekrav for helsepersonell ved alle voksenavdelinger i sykehuset. E-læringskurset bør ta utgangspunkt i kurs som allerede er etablert i regi av Nasjonalt senter for aldring og helse, og bør være på om lag 15 minutters varighet. E-læringskurset skal dekke temaene nedenfor. Punkt a og b bør gjelde for alt sykehuspersonell med pasientkontakt, som portører, renholdspersonell og andre.
 - a. Observasjon og gjenkjenning av pasienter med kognitiv svekkelse og akutt forvirringstilstand (delirium).
 - b. Kommunikasjon med pasienter med kognitiv svekkelse og delirium.
 - c. Samhandling med pasienter, pårørende og kommunehelsetjenesten.
 - d. Sjekkpunkter for utskriving: Innhenting av komparentopplysninger, koble på hjemmetjenesten ved behov, melde pasienten til kommunen for vurdering, tydelig beskjed til fastlege via epikrise.
- Helseforetakene utnevner ressursperson(er) for kognitiv svikt og demens ved alle voksenenheter i sykehuset. Ressurspersoner har:
 - Kunnskap om identifisering av pasienter med kognitiv svikt, demens eller delirium og om tiltak for ivaretagelse av pasienter og pårørende.
 - Oppgaver knyttet til kompetanseheving om kognitiv svikt og demens i egen enhet.

○ Oppgaver knyttet til implementering av rutiner om kognitiv svikt og demens i egen enhet. • Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det utarbeides og innføres regionale kompetansekrav for ressurspersoner. • Helse Sør-Øst RHF utarbeider generisk funksjonsbeskrivelse for ressurspersoner. • Helseforetakene legger til rette for samarbeid mellom ressurspersonene på tvers av enheter og sykehus internt i helseforetakene.
Anbefaling 2 «I et helseforetak bør minst én enhet kunne gjennomføre utvidet demensutredning»
• Helseforetakene etablerer minst én enhet som kan gjennomføre utvidet demensutredning.
Anbefaling 3 «Der flere enheter har som hovedoppgave å utrede kognitiv svikt, bør det finnes en tydelig funksjonsfordeling»
• Helseforetakene utarbeider funksjonsfordeling og samarbeidsrutiner mellom enheter som har utredning av kognitiv svikt og demens som hovedoppgave. • Helseforetakene beskriver fordeling av pasienter mellom geriatri/alderspsykiatri/nevrologi.
Anbefaling 4 «Enheter på helseforetaksnivå som regelmessig mottar pasienter med kognitiv svikt, bør ha kompetanse i å bidra til, eller gjennomføre utredning av demens hos personer med: a) samisk kulturbakgrunn, b) minoritetsbakgrunn, c) ruslidelser, og d) utviklingshemming»

- Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det utarbeides og innføres veiledningsmateriell og opplæringstiltak for utredning av demens hos disse målgrupper a, b, c og d.
- Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det opprettes en regional arbeidsgruppe som ser på en ny tilnærming til utredning av demens hos personer med ruslidelser.
- Helseforetakene utpeker en enhet hver som har ansvar for utredning av demens hos personer med samisk kulturbakgrunn.
- Helseforetakene utpeker en enhet hver som har ansvar for utredning av demens hos personer med minoritetsbakgrunn.
- Utredning av demens hos personer med psykisk utviklingshemming gjøres i enheter for voksenhabilitering.
- Helseforetakene etablerer ordninger for hospitering hos enheter som har spisskompetanse på utredning av demens hos målgrupper a, b, c og d.
- Helseforetakene etablere rutiner for bruk av tolketjeneste i ivaretagelsen av pasienter med minoritetsbakgrunn eller samisk kulturbakgrunn.
- Enhet på regionalt nivå bistår i utredning av demens hos målgruppene a, b, c og d ved behov.

Anbefaling 5

«Det bør være én adresse inn til helseforetaket, for henvisning og veiledning»

- Hvert helseforetak etablerer en felles adresse for mottak av henvisninger om kognitiv svikt og demens. Tiltaket ROS-analyseres og piloteres i ett helseforetak før videre innføring. Felles adresse bør ikke gjelde for pasienter tilhørende habiliteringsenheter i sykehusene.
- Helseforetakene etablerer rutiner for hvordan henvisninger til felles adresse håndteres. For eksempel i form av formaliserte tverrfaglige inntaksmøter/vurderingsmøter som benyttes ved tvil om videre forløp.

Anbefaling 6 «Det bør være etablerte rutiner for samhandling med kommunehelsetjenesten»
• Henvises til tiltak under kapittel 2 om «samarbeid med fastleger og andre deler av kommunehelsetjenesten».
Anbefaling 7 «Enheter på helseforetaksnivå som regelmessig gjennomfører utredning av kognitiv svikt, bør ha tilstrekkelig antall pasienter til å opprettholde erfaring med utredning, og ha tilgang på relevant kompetanse over tid»
• Helseforetakene avklarer internt hvilke enheter som regelmessig gjennomfører utredning av kognitiv svikt. • Helseforetakene vurderer organisatorisk sammenslåing av små enheter der det er nødvendig for å ha tilstrekkelig antall pasienter til å opprettholde erfaring med utredning, og ha tilgang på relevant kompetanse over tid.
Anbefaling 8 «Det bør være minst én enhet på regionalt nivå som kan foreta eller bistå i utredning av de mest kompliserte tilfellene av kognitiv svikt og demens»
• Helse Sør-Øst RHF utpeker en sykehusavdeling i Helse Sør-Øst som gis regionalt ansvar for å bistå i utredning av de mest kompliserte tilfellene av kognitiv svikt og demens. • Enheten på regionalt nivå bistår i utredning av pasienter med komplekse behov. Dette kan inkludere, men begrenser seg ikke til kliniske problemstillinger som ikke kan løses på HF nivå, diagnostisk drøfting, indikasjon for og tolkning av p-tau/amyloid PET når dette etableres som diagnostisk metode i Norge, samt saker knyttet til grupper med særlige behov. • Enheten på regionalt nivå har kunnskap, erfaring og infrastruktur for kartleggings-instrumenter og diagnostiske metoder utover det som er omfattet i utvidet demensutredning. • Enheten på regionalt nivå har multidisiplinære team/samarbeidsmodell som sikrer tilgang på relevante fagspesialiteter/profesjoner i utredningen. Det anbefales at det formaliseres gjennom avsatte ressurser i de aktuelle spesialitetene/enheter.

- Enheten på regionalt nivå utarbeider egne henvisningskriterier.
 - Henvisningskriteriene kommuniseres ut til helseforetakene i regionen.
 - Henvisningskriteriene må favne at det er forskjellige behov for støtte i de ulike helseforetakene.

Anbefaling 9

«Det bør finnes et nasjonalt samarbeidsorgan som bidrar til at utredning foregår ensartet og etter oppdaterte faglige standarder. Nasjonalt samarbeidsorgan bør bestå av representanter med praktisk erfaring, fra de regionale enhetene. Senter for aldring og helse bør ha en sentral rolle. NorKog kan lede organet.

Det bør sørges for at de aktuelle variablene for kvalitetssikring er inkludert og at regelmessig og relevant evaluering av virksomheten blir gjort tilgjengelig, for eksempel med utgangspunkt i NorKogs årsrapport»

- Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det etableres et nasjonalt samarbeidsorgan i tråd med anbefalingen. Nasjonalt senter for aldring og helse gis en sentral rolle i samarbeidsorganet og skal prioritere følgende oppgaver:
 - Koordinere nettverkssamarbeid med de fire regionale enhetene som anbefales etablert i rapporten.
 - Bidra til å øke dekningsgraden i NorgKog, i første rekke med pasienter med kognitiv svikt og demens som utredes innen nevrologi.

Kapittel 2: Samarbeid med fastleger og andre deler av kommunehelsetjenesten

Anbefaling 10

«Nasjonale føringer, som i Nasjonal faglig retningslinje om demens, angående hvem som utredes i kommunehelsetjenesten og hvem som utredes i spesialisthelsetjenesten bør tydeliggjøres og implementeres i praksis»

- Helseforetakene tar initiativ til å utarbeide lokale samarbeidsrutiner mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste for ivaretagelse av pasienter med kognitiv svikt og demens.
 - Samarbeidsrutiner utarbeides i samarbeid med kommunene.
 - Etablerte samarbeidsforum som Helsefellesskapene benyttes.
 - Det vises til anbefalinger 11-21 for beskrivelser av innholdet i samarbeidsrutinen.

Anbefaling 11

«Det bør være enhetlig praksis i helseforetak om hvilken informasjon som bør foreligge fra fastlegen ved en henvisning til spesialisthelsetjenesten»
• Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det utarbeides en interaktiv henvisningsveileder som støtter fastleger i å skrive presise henvisninger. • Henvisningsrutiner beskrives i de lokale samarbeidsrutinene. Henvisningsrutiner bør blant annet inneholde: ○ Beskrivelse av innhold i henvisninger, herunder: ▪ resultat fra basalutredning ▪ maler/standardfrase
Anbefaling 12
«Det bør være enhetlig praksis i helseforetak for hvordan henvisninger som ikke fyller kriteriene, bør håndteres»
• Informasjon om hvordan henvisninger som ikke fyller kriteriene skal håndteres beskrives i de lokale samarbeidsrutinene.
Anbefaling 13 og 14
«Spesialisthelsetjenesten bør opplyse om hvordan kommunehelsetjenesten kan få tilgang til veiledning» «Veiledning bør tilbys både for vurderinger rundt diagnostisering og for forhold knyttet til oppfølging (førerkort, samtykkekompetanse, atferdsmessige og psykologiske symptomer ved kognitiv svikt og demens, osv.)»
• Informasjon om hvordan fastlegene kan få tilgang til råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten beskrives i de lokale samarbeidsrutinene. • Helseforetakene vurderer å etablere tilbud om ambulant veiledning ved adferdsproblematikk.
Anbefaling 15
«Dersom en henvisning om utredning i spesialisthelsetjenesten avvises, bør avvisningen begrunnes og veiledning tilbys til henvisende fastlege, gjerne sammen med hukommelsesteamet»
• Rutiner for avslagshåndtering beskrives i de lokale samarbeidsrutinene. Rutiner for avslagshåndtering inneholder blant annet: ○ Råd til fastlegen om videre forløp. ○ Tilbud om veiledning til fastlege. ○ Beskrivelser av hvordan hukommelsesteamet kan kobles på saken ved behov.

Anbefaling 16 og 17

«Ved overføring av ansvar for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten bør det sørges for god informasjonsoverføring mellom nivåene»

«Spesialisthelsetjenesten bør sende epikrise til fastlege og hukommelsesteam, der hvor det er etablert i kommunen. Pasienten må få informasjon om at det å sende epikrise til hukommelsesteamet er en anbefaling fra spesialisthelsetjenesten, men at de har mulighet til å avslå slik informasjonsoverføring»

- Rutiner for utskrivning og innhold i epikrise beskrives i de lokale samarbeidsrutinene. Rutiner for utskrivning inneholder blant annet:
 - Mål om epikrise innen 24 timer. Kommunalt hukommelsesteam eller tilsvarende settes på kopi der dette fins og pasient/pårørende samtykker til deling av opplysningene.
 - Beskrivelser av symptom og funksjonsnivå.
 - Krav om tett dialog med kommunen før utskrivning.

Anbefaling 18

«Der pasienter følges opp både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (hos fastlegene og/eller hukommelsesteamet), bør begge parter rutinemessig og gjensidig oppdatere hverandre om endringer av betydning. Dette forutsetter et system som legger til rette for at oppdatering går til riktig instans/funksjon i kommunehelsetjenestene, på lik linje med prøvesvar og annen strukturert kommunikasjon med fastlegen»

- Rutiner for samarbeid rundt oppfølging etter diagnose beskrives i de lokale samarbeidsrutinene. Rutiner for samarbeid rundt oppfølging etter diagnose inneholder blant annet:
 - Informasjon om hvordan kommunenes hukommelsesteam kan kontaktes.

Anbefaling 19

«Det bør utarbeides retningslinjer for hvordan samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør foregå»

- Omtales under anbefaling 10.

Anbefaling 20

«Innenfor et opptaksområde bør det være et forum i helsefellesskapet der spesialisthelsetjenesten og de som jobber med utredning og oppfølging av personer med demens i kommunene treffes regelmessig»

- Helseforetakene tar initiativ til å etablere et faglig samarbeidsutvalg (FSU) for demens og kognitiv svikt i det lokale helsefellesskapet. Dersom et FSU for skrøpelige eldre allerede er etablert i Helsefellesskapet kan samarbeid på området demens og kognitiv svikt ivaretas her.
- Psykisk helse er representert i samarbeidsforum som gjelder skrøpelige eldre, demens og kognitiv svikt.

Anbefaling 21

«Det bør vurderes å etablere et samarbeid om muligheter for gjensidig hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (fastleger og/eller hukommelsesteam)»

- Helseforetakene vurderer gjensidige hospiteringsordninger med kommunene i det aktuelle opptaksområdet rundt utredning/oppfølging av pasienter/brukere med kognitiv svikt og demens.
- Rutiner for hospiteringsordning mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste beskrives i de lokale samarbeidsrutinene. Rutiner for hospiteringsordningen inneholder blant annet:
 - Innhold i hospiteringen.
 - Varighet.
 - Mål for hospiteringen.

Juridiske og administrative hensyn, herunder arbeidsgiveransvar, personvern, finansiering, og lignende. Det kan fortrinnsvis henvises til eksisterende rutiner for hospiteringsordninger.

Kapittel 3: Andre forhold

Det legges til rette for pasientforløp som bidrar til ivaretagelse av personer med kognitiv svikt og demens, og minimerer risikoen for delirium

- Helseforetakene innfører screening med 4AT som standard i akuttinntak for eldre skrøpelige pasienter over 75 år for å tidlig avdekke kognitiv svikt og delirium. 4AT er et raskt og enkelt screeningsverktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt hos voksne pasienter, spesielt eldre. Det tar vanligvis under 2 minutter å gjennomføre og krever ingen spesialopplæring
 - Pasienter med positiv skår gis prioritet i triageringen for å begrense oppholdstid i akuttinntaket.
- Helseforetakene innfører screening med 4AT som standard på sengeposter for akuttinnlagte pasienter over 75 år.
 - 4AT screening gjennomføres innen 24 timer etter innleggelse.

- Ved mistanke om endring av kognitiv funksjon under sykehusoppholdet skal ny 4AT screening utføres³.
- Ved positiv skår på 4AT innhentes tilleggsopplysninger fra pårørende, eventuelt personer som er kjent med utviklingen i pasientens sykdomsbilde⁴.
- Helseforetakene har rutiner for hvordan pasienter med positiv skår på 4AT ivaretas for å forebygge akutt forvirring.
- Helseforetakene innfører sjekkliste for utskriving⁵ som blant annet inneholder:
 - **Utreisedokumenter**, herunder oppdatert legemiddelliste, epikrise, plan for oppfølging, henvisninger, resultater, mm.
 - **Medvirkning**, herunder pasientens behov og ønsker ved/etter utskriving er dokumentert og fulgt opp.
 - **Risikovurdering**, herunder kognitiv funksjon, fall, ernæring, trykksår, overdose, mm.
 - **Utreisesamtale**, herunder bruk av kommunikasjonsmetode og om pasienten har fått skriftlig og muntlig informasjon, opplæring, svar på spørsmål og plan for oppfølging.
 - **Trygg utreise**, herunder pårørende og mottakerapparat er orientert, noen tar imot pasienten hjemme, transport og assistanse er gjort kjent med hjelpebehov, hjemmesituasjon er vurdert, pasienten har tilgang på relevant utstyr/legemidler/hjelpemidler o.l.
- Helseforetakene legger til rette for fysisk aktivitet for inneliggende pasienter.

Fysisk tilrettelegging som bidrar til bedre ivaretagelse av personer med kognitiv svikt og demens, og minimerer risikoen for delirium

- Helseforetakene tilrettelegger det fysiske miljøet i akuttmottaket for pasienter med positiv 4AT score. Tilretteleggingstiltak som skal vurderes er blant annet behov for enerom, dempet belysning, redusert uønsket støy, tilgang til pårørende, toalett, mat og drikke.
- Helseforetakene gjør en systematisk gjennomgang av skilting og betalingsterminaler med fokus på demensvennlig utforming, bruk og plassering. Tiltaket er aktuelt på nevrologiske, fysikalsk- medisinske, geriatrike, ortopediske og psykiatriske enheter.
- Helseforetakene vurderer bruk av kontrastfarger på pasientrom for å lede oppmerksomhet mot dørhåndtak, lysbrytere, toalett, o.l.

³ [Tiltakspakke for tidlig identifisering og oppfølging av pasienter med delirium og kognitiv svikt](#), Ahus

⁴ E-læringskurs [kommunikasjon med pasienter med kognitiv svikt](#), Ahus

⁵ [Tiltakspakke for trygg utskriving med pasienten som likeverdig part](#)», I trygge hender 24/7

- Helseforetakene henger opp dagstavle, veggklokker og kalender i områder hvor pasienter oppholder seg.
- Helseforetakene fjerner utstyr som forårsaker unødvendig og uønsket støy.
- Helseforetakene legger til rette for at pasienter kan spise/oppholde seg i en stue på dagtid, for å beholde døgnrytme og forebygge uro på natten.
- Helseforetakene legger til rette for at belysning på pasientrom og dagstue kan reguleres.