

Handlingsplan for varetaking av personar med kognitiv svikt og demens i Helse Vest (2026-2030)



Samandrag

Den regionale handlingsplanen for varetaking av personar med kognitiv svikt og demens i Helse Vest gjeld for perioden 2026-2030, og er utarbeidd på oppdrag frå styret i Helse Vest RHF.

Planen gjeld for alle helseføretak og private ideelle sjukehus i regionen, og bygger på anbefalingar frå den interregionale rapporten [Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten](#) (med [vedlegg](#)), behandla i styresak 137/24 til styret i Helse Vest RHF.

Planen skal fremme eit heilskapleg spesialisthelsetenestetilbod til pasientar med demens og kognitiv svikt i Helse Vest. Han legg vekt på tydeleg ansvarsfordeling, kompetanseheving og styrkt samhandling mellom spesialisthelsetenesta, fastlegar og kommunale tenester.

Planen består av to hovuddelar. Den første delen gjer greie for bakgrunn, organisering, og avgrensingar mot relevante tema som ikkje blir omtalt i tiltaksform. Den andre delen er ein tematisk inndelt tabell med anbefalingar frå den interregionale rapporten og tilhøyrande tiltak.

Tiltaka i handlingsplanen skal kunne tilpassast lokale forhold, og er utforma med mål om å styrke kvalitet, pasienttrykkleik og samhandling, og eit meir koordinert og tilgjengeleg tenestetilbod.



Deltakarliste

Prosjekteigar

Bjørn Egil Vikse

Fagdirektør i Helse Vest RHF

Prosjektleder

Kim Andre Loftheim Noremark

Ass. fagdirektør i Helse Vest RHF

Kjernegruppe

Randi Nisja Heskestad

Seniorrådgivar, Helse Vest RHF

Kristine Kloster-Jensen

Medisinsk spesialrådgivar

Helse Vest RHF

Prosjektdeltakar

Kjersti N. Power

Overlege Nevrologi

Helse Bergen HF

Mailen Nybø

Nevropsykolog

NKS Olaviken alders-psykiatriske sykehus

Magdalena Stankiewicz-Pietrzak

Overlege Nevrologi

Helse Førde HF

Hildur Sveinsdottir

Stadleg leiar

Fyllingsdalen behandlingssenter

Bergen kommune

Helga Karin Kvalevaag

Geriatrisk sjukepleiar

Helse Fonna HF

Olga Marie Torsvik

Avdelingsleiar ALD og Aktivitet

Klepp kommune

Audun Vik-Mo

Overlege Alderspsykiatri

Helse Stavanger HF

Martha Therese Gjestsen

Seniorforskar SESAM

Benedicte Djupesland

Samhandlingslege

Helse Bergen HF

Hege Skjelbred-Knudsen

Brukar-representant

Oddvin Næsse

Representant frå KTV

Ragnhild Eide Skogseth

Overlege Geriatri

Haraldsplass diakonale sykehus

Wenche Røkenes

Representant frå KTV

Layout

Tanja Rajic Birkenfeldt

Helse Vest RHF

Innhold

Samandrag

Innleiing og bakgrunn

- > Avgrensingar
- > Organisering av arbeidet
- > Plan for innføring og oppfølging av tiltak

Tema som ikkje blir dekkja inngåande i handlingsplanen

- > Førebygging
- > Diagnostikk
- > Behandling

Handlingsplan med anbefalingar og tiltak

Tema 1: Organisering av utgreiing

- > Helseføretak – einingar som regelmessig mottar pasientar med kognitiv svikt
- > Helseføretak – einingar som har som hovudoppgåve å greie ut kognitiv svikt og demens
- > Utgreiing regionalt nivå
- > Nasjonalt nivå

Tema 2: Samarbeid med fastlegar og andre delar av kommunehelsetenesta

- > Organisering av utgreiing
- > Tilvisingsrutinar
- > Rettleiing til kommunehelsetenesta i pasientsaker
- > Overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- > Oppfølging etter diagnose
- > Kompetanse og samarbeid elles

Tema 3: Andre forhold

- > Demensvennlege sjukehus

Vedlegg

Innleiing og bakgrunn

I juni 2023 ga Helse- og omsorgsdepartementet alle helseregionane i oppdrag å greie ut ei føremålstenleg organisering av utgreiing av kognitiv svikt og demens i spesialisthelsetenesta, under leiing av Helse Sør-Øst. Som del av oppdraget skulle det også beskrivast modellar/mekanismar for samarbeid med fastlegar og eventuelt andre delar av helse- og omsorgsteneste i kommunen, som hukommelsesteam.

Den interregionale rapporten [Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten](#) (med [vedlegg](#)) blei sendt over til Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2024. Styret i Helse Vest RHF behandla rapporten 18. desember 2024 i sak 137/2024, og bad om at det blei etablert ein regional handlingsplan som følger opp anbefalingane i rapporten. Dette dokumentet svarer ut styrevedtaket.

Avgrensingar. Handlingsplanen beskriv kort moglegheiter og utfordringar som følge av nye metodar for diagnostikk og behandling. Detaljerte kunnskapsoppsummeringar og medisinskfaglege vurderingar blir gjort i andre samanhengar, som i den pågåande revideringa av nasjonale faglege retningslinjer i Helsedirektoratet, og gjennom metodevurderingar i systemet Nye metoder.

Førebygging av kognitiv svikt og demens er i stor grad relatert til generelle tiltak for å bevare god hjernehelse. Denne handlingsplanen går ikkje djupt inn i temaet førebygging, men beskriv dei viktigaste primærførebyggande tiltaka, basert på deira betydning for risikoen for å utvikle sjukdom.

I arbeidet med den interregionale rapporten som ligg til grunn for denne handlingsplanen, blei det gjort greie for avgrensingar mot kommunehelsetenesta.



Innleiing og bakgrunn

Spesialisthelsetenesta har ikkje mandat til å gå inn på korleis kommunane skal organisere sine tenester, og den same avgrensinga gjeld i arbeidet med handlingsplanen. Forslag til tiltak for å vareta samhandling er beskrive, utan å gå inn på korleis dette bør organiserast i kommunane.

[Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre \(Dokument 3:10 \(2025–2026\)\)](#) peikar på vedvarande svakheiter i samhandlinga mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenesta, og understrekar behovet for betre koordinering og tenester på rett nivå, noko som ytterlegare aktualiserer tiltaka i denne handlingsplanen.

Organisering av arbeidet

Prosjekteigarskap

Prosjekteigar har vore fagdirektør i Helse Vest RHF, Bjørn Egil Vikse.

Styringsgruppe

Regionalt fagdirektørmøte i Helse Vest har vore styringsgruppe for arbeidet.

Kjernegruppe

Dagleg oppfølging av arbeidet har blitt varetatt av Helse Vest RHF sine representantar i arbeidsgruppa (kjernegruppa).

Arbeidsgruppe

Arbeidsgruppa har bestått av deltakarar frå alle føretak og alle relevante fagområde som planarbeidet omfattar (nevrologi, geriatri og

alderspsykiatri), samt representantar frå kommunesektoren, konserntillitsvald og brukarrepresentant.

Arbeidsprosess

Det har vore heldt fire møte i arbeidsgruppa, der to av møta har vore fysiske heildagssamlingar. Arbeidet har dels vore arrangert i grupper, og dels i plenum, og inndelt etter relevante tema. Mellom møta er skrivearbeid gjort av kjernegruppa, og nye utkast blitt justert og kommentert av arbeidsgruppa.

Tilsvarande handlingsplanar som nyleg er ferdigstilt i høvesvis Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har vore brukt som utgangspunkt og inspirasjon, og delar av innhaldet i denne planen er samanfallande med innhaldet i desse planane.

Plan for innføring og oppfølging av tiltak

Handlingsplanen er utarbeidd på overordna regionalt nivå. Kvart føretak vil få i oppdrag å utarbeide lokale tiltaksplanar basert på den regionale handlingsplanen. Der det er mogleg bør tiltaka vere like i regionen, men kvart enkelt helseføretak må likevel tilpasse planen til lokale forhold, og innføre tiltak i omfang og rekkefølge som passar lokalt. Helse Vest RHF ved fagavdelinga vil følge opp innføring av handlingsplanen gjennom regionalt fagdirektørmøte og andre aktuelle fora, og evaluering av tiltaka i planen blir gjort i løpet av 2028.

Tema som ikkje blir dekkja inngåande i handlingsplanenplan

Førebygging

I august 2024 publiserte Lancet-kommisjonen nye anbefalingar* for korleis demens kan førebyggast eller utsettast, med utgangspunkt i 14 risikoområde:

- lågt utdanningsnivå
- høyrselstap
- høgt blodtrykk
- røyking
- fedme
- depresjon
- fysisk inaktivitet
- diabetes
- overdrive alkoholforbruk
- traumatisk hjerneskade
- luftforureining
- sosial isolasjon
- høgt LDL-kolesterol
- synstap



Potensialet for å førebygge og betre handtere demens er ifølge kommisjonen stort, sjølv for menneske som har høg genetisk risiko for demens. 12 av dei 14 risikofaktorane blei publisert i 2020, mens høgt kolesterol og synstap ble føyd til i 2024. Ut frå styrken på samanhengen og førekomsten av risikofaktoren, slår rapporten frå 2024 fast at dei fire viktigaste risikofaktorane for demens er **høyrselstap, høgt kolesterol, lite utdanning tidleg i livet og sosial isolasjon seinare i livet.**

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

Avgrensingar og faglege utviklingstrekk

Spesialisthelsetenesta har ei rolle i det førebyggjande arbeidet. Dette gjeld særleg førebygging av vidare utvikling av allereie oppstått sjukdom og funksjonsnedsetting, og førebygging av behov for behandling i spesialisthelsetenesta. Men også innanfor det som kan definerast som primærførebygging har spesialisthelsetenesta ei rolle. Folkehelsearbeid og førebyggjande arbeid fell innanfor alle dei fire lovpålagde oppgåvene for spesialisthelsetenesta: Diagnostikk og behandling, utdanning, forskning og pasient- og pårørandeopplæring.

Helse Vest deltar i Partnerskap for hjernehelseteneste i regi av Helsedirektoratet. Partnerskapet består av representantar for brukarorganisasjonar, spesialisthelsetenesta, kommunal helse- og omsorgsteneste, hjerterådet og andre relevante fagmiljø inkludert forskingsmiljø. Partnerskapet følger mellom anna opp Nasjonal hjernehelsetenestestrategi, og er ein pådrivar for å fremme tiltak som bidrar til førebygging og behandling av sjukdommar i

hjernen. Hjernehelsetenestestrategien er ikkje diagnosespesifikk, men dei generelle førebyggjande tiltaka for god hjernehelseteneste samanfaller i stor grad med tiltaka som forhindrar eller utset demenssjukdom.

Spesialisthelsetenesta har oppgåver innan utgreiing og behandling av fleire av risikofaktorane. Mellom anna gjeld dette høyrselstap, der det berre er offentlege sjukehus eller avtalespesialistar som kan søke om høyreapparat finansiert av Nav. Ventetid for hørselsutgreiingar har vore lang, og er eit særleg innsatsområde i pågåande arbeid for auka kapasitet og tilgjengelegheit.

Primærførebygging er eit eige stort tema, og er ikkje vidare omtalt i handlingsplanen. Tiltaka beskrive i handlingsplanen kan sjåast på som sekundærførebygging, i lys av at riktig diagnose, riktig behandling og god varetaking av pasient og pårørande kan bidra til å bremse forverring av kognitiv svikt og demens.



Diagnostikk

Demens er underdiagnostisert – tverrsnittsdata frå Helseundersøkelsen i Trøndelag viste at berre 36 % av personar som fylte kriteria for demens hadde ein klinisk diagnose*.

Diagnostikk av demens i primærhelsetenesta i Noreg bygger framleis hovudsakleg på klinisk vurdering støtta av CT eller MR, mens meir avansert bruk av bildediagnostikk og biomarkørar blir nytta i spesialisthelsetenesta i aukande grad. Ny forskning viser at blodbaserte biomarkørar, spesielt fosfotau-217, kan gi like presis diagnostikk som spinalvæskebiomarkørar, og blei tilgjengeleg frå 01.11.2025. Dette kan gjere tidleg diagnostikk meir tilgjengeleg, men reiser også etiske og praktiske spørsmål.

Det er behov for klare kriterium for bruk og kompetansebygging i helsetenesta. I tillegg blir det utvikla avgjerdsstøtteverktøy basert på kunstig intelligens, som kombinerer data frå testar, livsstil, genetikk og biomarkørar for å forbetre tidleg diagnostikk og ressursbruk. Desse er lovande, men førebels lite brukt i norsk klinisk praksis. Nytt av tidleg diagnostikk utan tilgjengeleg behandling er framleis omdiskutert. Temaet blir ikkje nærare behandla i denne handlingsplanen, og ein viser til relevante planar og strategiar.



*Artikkel frå NIH: [Prevalence and Determinants of Diagnosed Dementia: A Registry Linkage Study Linking Diagnosis of Dementia in the Population-Based HUNT Study to Registry Diagnosis of Dementia in Primary Care and Hospitals in Norway](#)

Behandling

Forsking på monoklonale antistoff som fjernar beta-amyloid frå hjernen har skapt håp om å kunne bremse sjukdomsutviklinga ved Alzheimers sjukdom. Nyare behandlingsmetodar har vist effekt hos nokre subgrupper og er godkjent i fleire land, men godkjenning i Europa er grunna biverknadsrisiko avgrensa til utvalde pasientgrupper.

Medikamenta er berre aktuelle for pasientar med mild kognitiv svikt eller mild demens, og ein anslår at berre en liten del av pasientane vil vere kandidatar for slik behandling. Monoklonale antistoff er godkjent for sal i Noreg gjennom EØS-avtalen, og arbeidet med metodevurdering i det nasjonale systemet for Nye Metoder går føre seg.

Effekten av medisinane er framleis usikker, og alvorlege biverknadar som hjerneødem og hjerneblødingar krev tett oppfølging med MR. Studiedeltakarane har ikkje vore representative for heile pasientgruppa, og medisinane er kostbare både i innkjøp og administrering. Godkjenning i Noreg vil krevje ny infrastruktur for utgreiing og behandling, særleg for pasientar med mild kognitiv svikt (MCI). Diagnostikk må bekrefte amyloid i hjernen, noko som i dag krev spinalpunksjon eller PET, men blodbaserte biomarkørar kan bli eit alternativ.

Utveljing av pasientar for behandling vil krevje nye rutinar og tett samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Behandling med infusjon og avansert MR-oppfølgning må skje i spesialisthelsetenesta, og fordrar ei endring i dagens strukturar. Temaet behandling blir ikkje omtalt nærare i denne handlingsplanen. For temaet forskning viser ein til andre relevante planar og strategiar.



Handlingsplan med *anbefalingar* og tiltak

Leserettleiing

Handlingsplanen er sett opp i tabellform og er tematisk inndelt.

Tema er basert på anbefalingar i den interregionale rapporten som ligg til grunn for arbeidet. I tillegg er det tatt inn innsatsområde og tiltak som ikkje handlar om utgreiing, men som er relevant for heilskapleg varetaking av pasientar med kognitiv svikt og demens og deira pårørande.

Ein anbefaler at den interregionale rapporten [Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten](#) (med [vedlegg](#)), blir lest i samanheng med handlingsplanen.



Tema 1:

Organisering av utgreiing

For einingar som regelmessig mottar pasientar med kognitiv svikt

ANBEFALING

1. Einingar på helseføretaknivå som regelmessig får pasientar med kognitiv svikt, bør ha kompetanse tilsvarande basal demensutgreiing*

TILTAK

1.1 Utarbeide og innføre e-læringskurs som regionalt kompetansekrav for relevant helsepersonell ved alle vaksenavdelingar i sjukehuset.

E-læringskurset bør ta utgangspunkt i kurs som allereie er etablert i regi av Nasjonalt senter for aldring og helse, og bør ha ei varigheit på om lag 15 minutt.

E-læringskurset skal dekke temaa nedanfor. Punkt a og b vil vere relevant for alt sjukehuspersonell med pasientkontakt, som portørar, reinhaldspersonell og andre.

- a) Observasjon og gjenkjenning av pasientar med kognitiv svekking og akutt forvirringstilstand (delirium).
- b) Kommunikasjon med pasientar med kognitiv svekking og delirium.
- c) Samhandling med pasientar, pårørnde og kommunehelsetenesta.
- d) Sjekkpunkt for utskriving: Innhenting av komparentopplysningar, kople på heimetenesta ved behov, melde pasienten til kommunen for vurdering, tydeleg beskjed til fastlege via epikrise.

ANSVAR

Blir utarbeidd på nasjonalt nivå.

RHF gjer kurset tilgjengeleg,

HF innfører kurset og gjer ev. tilpassingar av t.d. sjekklister.

* Helse Sør-Øst RHF vil i samarbeid med dei andre tre RHF-a ta initiativ til dialog med dei medisinske fakulteta om studieplanane i grunnutdanninga i større grad kan vareta behovet for kompetanse tilsvarande basal demensutgreiing. Vidare vil ein vurdere å fremje forslag om eit nytt læringsmål for LIS1, alternativt endringar eller nye kliniske læringsmål i felles del 2 eller del 3 for relevante spesialitetar. Dette blir gjort i samarbeid med dei regionale utdanningssentera.

Tema 1: Organisering av utgreiing

For einingar som regelmessig mottar pasientar med kognitiv svikt

ANBEFALING

1. Einingar på helseføretaknivå som regelmessig får pasientar med kognitiv svikt, bør ha kompetanse tilsvarande basal demensutgreiing*

TILTAK

1.2 I løpet av 2028 skal alle somatiske vakseneiningar ha ein dedikert ressursperson på kognitiv svikt og demens.

Ressurspersonane skal bidra til at pasientar i spesialisthelsetenesta som klart har kognitiv svikt, kan bli identifisert, sjølv om innleggingsdiagnose ikkje er kognitiv svikt/demens. Det blir etablert strukturar som gjer at ressurspersonane kan dele og vedlikehalde kompetanse.

Ressurspersonane har:

- kunnskap om identifisering av pasientar med kognitiv svikt, demens eller delirium og om tiltak for varetaking av pasientar og pårørnde.
- tilgang til lege som har kompetanse på å stille demensdiagnose.
- der det er openbert at pasienten har ein demensdiagnose, eller der dette er drivande for gjentatte innleggingar, er det å føretrække at denne diagnosen blir stilt under den aktuelle innlegginga.
- kompetanse på samhandling med primærhelsetenesta.
- oppgåver knytte til kompetanseheving om kognitiv svikt og demens i eiga eining.
- oppgåver knytte til implementering av rutinar om kognitiv svikt og demens i eiga eining.

ANSVAR

HF

* Helse Sør-Øst RHF vil i samarbeid med dei andre tre RHF-a ta initiativ til dialog med dei medisinske fakulteta om studieplanane i grunnutdanninga i større grad kan vareta behovet for kompetanse tilsvarande basal demensutgreiing. Vidare vil ein vurdere å fremje forslag om eit nytt læringsmål for LIS1, alternativt endringar eller nye kliniske læringsmål i felles del 2 eller del 3 for relevante spesialitetar. Dette blir gjort i samarbeid med dei regionale utdanningssentera.

Tema 1: Organisering av utgreiing

For einingar som har som hovudoppgåve å greie ut kognitiv svikt og demens

ANBEFALING	TILTAK	ANSVAR
2. I eit helseføretak* bør minst éi eining kunne gjennomføre utvida demensutgreiing	2.1 Etablere minst éi eining som kan gjennomføre utvida demensutgreiing	HF
3. Der fleire einingar har som hovudoppgåve å greie ut kognitiv svikt, bør det finnast ei tydeleg funksjonsfordeling	3.1 Utarbeide funksjonsfordeling og samarbeidsrutinar mellom einingar som har utgreiing av kognitiv svikt og demens som hovudoppgåve. Dette skal fungere som rammer for samarbeid mellom fagfolk. Det må vere tydelege retningslinjer for kven i helseføretaket som har ansvar for utgreiing av ulike pasientgrupper. 3.2 Beskrive samarbeidsrutinar for fordeling av pasientar mellom geriatri/alderspsykiatri/nevrologi.	HF HF

* I Helse Vest samsvarer dette med Helsefellesskap i denne planen

Tema 1: Organisering av utgreiing

For einingar som har som hovudoppgåve å greie ut kognitiv svikt og demens

ANBEFALING

4. Einingane bør ha kompetanse i å bidra til, eller gjennomføre utgreiing av demens hos personar med:

- a) samisk kulturbakgrunn
- b) minoritetsbakgrunn
- c) ruslidingar
- d) personar med utviklingshemming
- e) alvorleg psykisk liding*

TILTAK

4.1 Utarbeide og innføre rettleiingsmateriell og opplæringstiltak for utgreiing av demens hos målgruppene a, b, c og d.

4.2 Opprette ei regional arbeidsgruppe som ser på ei ny tilnærming til utgreiing av demens hos personar med ruslidingar. TSB må involverast

4.3 I Helse Vest er det regional eining som har ansvar for utgreiing av demens hos personar med samisk kulturbakgrunn, eller rettleie utgreiing av demens.

4.4 Helseføretaka peikar ut ei eining kvar som har ansvar for utgreiing av demens hos personar med minoritetsbakgrunn, eller rettleie utgreiing av demens.

4.5 Helseføretaka peikar ut ei eining kvar som har ansvar for utgreiing av demens hos personar med alvorleg psykisk liding, eller rettleie utgreiing av demens.

4.6 Utgreiing av demens hos personar med psykisk utviklingshemming blir gjort i einingar for vaksenhabilitering.

4.7 Helseføretaka etablerer ordningar for hospitering hos einingar som har spisskompetanse på utgreiing av demens hos målgruppe a, b, c og d.

4.8 Helseføretaka etablerer rutinar for bruk av tolketeneste i varetakinga av pasientar med minoritetsbakgrunn eller samisk kulturbakgrunn.

ANSVAR

Nasjonalt nivå
utarbeider.
HF innfører.

RHF tar
initiativ til
oppretting

RHF / HF

HF

HF

HF

HF

HF

* Punkt e) var ikkje nemnt i den interregionale rapporten, men er lagt til etter behandling av rapporten regionalt i Helse Vest

Tema 1: Organisering av utgreiing

For einingar som har som hovudoppgåve å greie ut kognitiv svikt og demens

ANBEFALING

5. Det bør vere éi adresse inn til helseføretaket, for tilvising og rettleiing.

TILTAK

5.1 Kartlegge om og korleis det kan vere teknisk mogleg å etablere ei felles adresse på tvers av somatikk og psykiatri for mottak av tilvisingar om kognitiv svikt og demens. Tiltaket blir ROS-analysert og pilotert i eitt helseføretak før vidare innføring.

5.2 Etablere rutinar for korleis tilvisingar til felles adresse blir handtert. Til dømes i form av formaliserte tverrfaglege inntaksmøte/vurderingsmøte som blir nytta ved tvil om vidare forløp.

ANSVAR

RHF / HF

HF

ANBEFALING

6. Det bør vere etablerte rutinar for samhandling med kommunehelsetenesta

TILTAK

6.1 Det blir vist til tiltak under tema 2 om «samarbeid med fastlegar og andre delar av kommunehelsetenesta».

HF

ANBEFALING

7. Einingar på helseføretaknivå som regelmessig gjennomfører utgreiing av kognitiv svikt, bør ha tilstrekkeleg tal pasientar til å halde oppe erfaring med utgreiing, og ha tilgang på relevant kompetanse over tid

TILTAK

1. Helseføretaka avklarar internt kva einingar som regelmessig gjennomfører utgreiing av kognitiv svikt.

2. Helseføretaka vurderer organisatorisk samanståing av små einingar der det er nødvendig for å ha tilstrekkeleg tal på pasientar til å halde oppe erfaring med utgreiing, og ha tilgang på og oppretthalde relevant kompetanse over tid.

HF

HF

Tema 1: Organisering av utgreiing

Utgreiing regionalt nivå

ANBEFALING

8. Det bør vere minst éi eining på regionalt nivå som kan gjennomføre eller hjelpe til i utgreiing av dei mest kompliserte tilfella av kognitiv svikt og demens

TILTAK

8.1 Helse Vest RHF peikar ut minimum ei eining som får regionalt ansvar for utgreiing av dei mest kompliserte tilfella av kognitiv svikt og demens.

8.2 Eininga(ne) på regionalt nivå hjelper til i utgreiing av pasientar med komplekse behov. Dette kan inkludere, men avgrensar seg ikkje til, kliniske problemstillingar som ikkje kan løysast på HF-nivå, drøfting av diagnostikk og diagnostiske metodar, og saker knytte til grupper med særlege behov.

8.3 Eininga(ne) på regionalt nivå har kunnskap, erfaring og infrastruktur for kartleggingsinstrument og diagnostiske metodar utover det som er omfatta i utvida demensutgreiing.

8.4 Eininga(ne) på regionalt nivå har multidisiplinære team/samarbeidsmodell som sikrar tilgang på relevante fagspesialitetar/profesjonar i utgreiinga. Det blir anbefalt at det blir formalisert gjennom avsette ressursar i dei aktuelle spesialitetane/einingar.

8.5 Eininga(ne) på regionalt nivå utarbeider eigne tilvisingskriterium/drøftingskriterium.

- Tilvisingskriteria/drøftingskriteria blir kommuniserte ut til helseføretaka i regionen.
- Tilvisingskriteria/drøftingskriteria må famne at det er ulike behov for støtte i dei ulike helseføretaka.

ANSVAR

RHF

RHF / HF

HF

HF

HF

Tema 1: Organisering av utgreiing

Nasjonalt nivå

ANBEFALING

9. Det bør finnast eit nasjonalt samarbeidsorgan som bidreg til at utgreiing går føre seg einsarta og etter oppdaterte faglege standardar.

Nasjonalt samarbeidsorgan bør bestå av representantar med praktisk erfaring, frå dei regionale einingane. Senter for aldring og helse bør ha ei sentral rolle. NorKog kan leie organet.*

TILTAK

9.1 Etablere eit nasjonalt samarbeidsorgan i tråd med anbefalinga. Nasjonalt senter for aldring og helse blir gitt ei sentral rolle i samarbeidsorganet og skal prioritere følgande oppgåver:

- Koordinere nettverkssamarbeid med den/dei regionale eininga(ne) som blir anbefalte etablerte i rapporten.
- Bidra til å auke dekningsgrada i NorKog

9.2 Auke delen klinisk forskning, helsetenesteforskning og legemiddelutprøvingar, jamfør andre nasjonale og regionale planar og strategiar.

ANSVAR

RHF

(HSØ koordinerer)

HF

* Det bør sørgast for at dei aktuelle variablane for kvalitetssikring er inkluderte og at regelmessig og relevant evaluering av verksemda blir gjort tilgjengeleg, til dømes med utgangspunkt i NorKogs årsrapport.

Tema 2:

Samarbeid med fastlegar og andre delar av kommunehelsetenesta

Organisering av utgreiing

ANBEFALING

10. Nasjonale føringar, som i Nasjonal fagleg retningslinje om demens, angåande kven som blir utgreidd i kommunehelsetenesta og kven som blir utgreidd i spesialisthelsetenesta bør gjerast tydeleg og implementerast i praksis

TILTAK

10.1 Utarbeide og jamleg revidere lokale samarbeidsrutinar mellom helseføretak og kommunehelseteneste for varetaking av pasientar med kognitiv svikt og demens.

- Samarbeidsrutinar blir utarbeidde i samarbeid med kommunane.
- Etablerte samarbeidsforum som t.d. helsefellesskapa blir nytta.
- Det blir vist til anbefalingar 11-21 for beskrivingar av innhaldet i samarbeidsrutinen

ANSVAR

HF

Tema 2:

Samarbeid med fastlegar og andre delar av kommunehelsetenesta

Tilvisingsrutinar

ANBEFALING

11. Det bør vere einskapleg praksis i helseføretak om kva informasjon som bør ligge føre frå fastlegen ved ei tilvising til spesialisthelsetenesta

TILTAK

11.1 Det bør bli utarbeidd ein tilvisingsrettleiad som støttar fastlegar i å skrive presise tilvisingar. CFS bør inngå som del av anbefalt kartlegging for pasientar som mottar kommunale tenester.

11.2 Tilvisingsrutinar blir beskrivne i dei lokale samarbeidsrutinane. Tilvisingsrutinar bør mellom anna innehalde:

Beskriving av innhald i tilvisingar, under dette:

- resultat frå basalutgreiing
- malar/standardfrase

ANSVAR

RHF/HF via helsefellesskap

HF via helsefellesskap

ANBEFALING

12. Det bør vere einskapleg praksis i helseføretak for korleis tilvisingar som ikkje fyller kriteria, bør handterast

TILTAK

Det blir vist til tiltak under [anbefaling 15](#).

Tema 2:

Samarbeid med fastlegar og andre delar av kommunehelsetenesta

Rettleiing til kommunehelsetenesta i pasientsaker

ANBEFALING

13. og 14. Spesialisthelsetenesta bør opplyse om korleis kommunehelsetenesta kan få tilgang til rettleiing.

Rettleiing bør tilbydast både for vurderingar rundt diagnostisering og for forhold knytt til oppfølging (førarkort, samtykkekompetanse, åtferdsmessige og psykologiske symptom ved kognitiv svikt og demens, osv.)

TILTAK

13/14.1 Informasjon om korleis fastlegane kan få tilgang til råd og rettleiing frå spesialisthelsetenesta blir beskrive i dei lokale samarbeidsrutinane. Rettleiing bør tilbydast både for vurderingar rundt diagnostisering og for forhold knytt til oppfølging (førarkort, samtykkekompetanse, åtferdsmessige og psykologiske symptom ved kognitiv svikt og demens, osv.)

13/14.2. Helseføretaka vurderer å etablere tilbod om ambulant rettleiing ved åtferdsproblematikk. Dette bør i utgangspunktet vere digitalt, men det kan, i enkelte tilfelle, vere behov for fysisk konsultasjon.

ANSVAR

RHF/HF

HF

ANBEFALING

15. Dersom ei tilvising om utgreiing i spesialisthelsetenesta blir avvist, bør avvisinga grunngivast og rettleiing tilbydast til tilvisande fastlege, gjerne saman med hukommelsesteamet.

TILTAK

15.1 Rutinar for avslagshandtering blir beskrivne i dei lokale samarbeidsrutinane. Rutinar for avslagshandtering inneheld mellom anna:

- Råd til fastlegen om vidare forløp.
- Tilbod om rettleiing til fastlege.
- Tilvising til dei nasjonale retningslinjene.

HF via helsefellesskap

Tema 2:

Samarbeid med fastlegar og andre delar av kommunehelsetenesta

Overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

ANBEFALING

16. Ved overføring av ansvar for oppfølging frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta bør det sørgast for god informasjonsoverføring mellom nivåa.

ANBEFALING

17. Spesialisthelsetenesta bør sende epikrise til fastlege og hukommelsesteam, der det er etablert i kommunen. Pasienten må få informasjon om at det å sende epikrise til hukommelsesteamet er ei tilråding frå spesialisthelsetenesta, men at dei har høve til å avslå slik informasjonsoverføring.

TILTAK

16. / 17.1 Rutinar for utskriving og innhald i epikrise og/eller polikliniske notat blir beskrivne i dei lokale samarbeidsrutinane. Rutinar for utskriving inneheld mellom anna:

- Kommunale strukturar for slik informasjon bør bli sett på kopi der dette finst og pasient/pårørande samtykker til deling av opplysningane.
- Beskrivingar av symptom og funksjonsnivå.
- Krav om tett dialog med kommunen før utskriving

ANSVAR

HF via helsefellesskap

Tema 2:

Samarbeid med fastlegar og andre delar av kommunehelsetenesta

Oppfølging etter diagnose

ANBEFALING

18. Der pasientar blir følgde opp både i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta (hos fastlegane og/eller hukommelsesteamet), bør begge partar rutinemessig og gjensidig oppdatere kvarandre om endringar av betydning.

Dette føreset eit system som legg til rette for at oppdatering går til rett instans/funksjon i kommunehelsetenestene, på lik linje med prøvesvar og annan strukturert kommunikasjon med fastlegen

TILTAK

18. Rutinar for samarbeid rundt oppfølging etter diagnose blir beskrivne i dei lokale samarbeidsrutinane. Rutinar for samarbeid rundt oppfølging etter diagnose inneheld mellom anna:

- Informasjon om korleis pasient og pårørnde kan kontakte hukommelsesteam eller andre tilsvarande strukturar i kommunane.
- Vise til nasjonal fagleg retningslinje for demens.

ANSVAR

HF via
helsefellesskap

Tema 2:

Samarbeid med fastlegar og andre delar av kommunehelsetenesta

Kompetanse og samarbeid

ANBEFALING

19. Det bør utarbeidast retningslinjer for korleis samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta bør gå føre seg.

TILTAK

Omtalt under [anbefaling 10](#).

ANSVAR

ANBEFALING

20. Innanfor eit opptaksområde bør det vere eit forum i helsefellesskapet der spesialisthelsetenesta og dei som jobbar med utgreiing og oppfølging av personar med demens i kommunane har regelmessige treff

TILTAK

20.1 Helseføretaka tek initiativ til å etablere eit fagleg samarbeidsutval (FSU) for demens og kognitiv svikt i det lokale helsefellesskapet.

Dersom eit FSU for eldre med skrøpelegheit allereie er etablert i helsefellesskapet, kan samarbeid på området demens og kognitiv svikt varetakast her. Fagområdet psykisk helse bør vere representert i begge FSU/i felles FSU.

HF

Tema 2:

Samarbeid med fastlegar og andre delar av kommunehelsetenesta

Kompetanse og samarbeid

ANBEFALING

21. Det bør etablerast eit samarbeid om moglegheiter for gjensidig hospitering mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta (fastlegar og/eller hukommelsesteam)

TILTAK

21.1 Helseføretaka vurderer gjensidige hospiteringsordningar med kommunane i det aktuelle opptaksområdet rundt utgreiing/oppfølging av pasientar/brukarar med kognitiv svikt og demens.

21.2 Rutinar for hospiteringsordning mellom spesialisthelseteneste og kommunehelseteneste blir beskrivne i dei lokale samarbeidsrutinane. Rutinar for hospiteringsordninga inneheld mellom anna:

- Innhald i hospiteringa.
- Varigheit på hospiteringa.
- Mål for hospiteringa.
- Juridiske og administrative omsyn, under dette arbeidsgivaransvar, personvern, finansiering, og liknande.

Det kan med fordel visast til eksisterande rutinar for hospiteringsordningar.

ANSVAR

HF

HF

Tema 3:

Andre forhold

Demensvennlege sjukehus

ANBEFALING

22. Det blir lagt til rette for pasientforløp som bidreg til varetaking av personar med kognitiv svikt og demens, og minimerer risikoen for delirium.

TILTAK

22.1 Innføre screening med 4AT som standard for akuttinnlagde pasientar over 70 år. 4AT er eit raskt og enkelt screeningverktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt hos vaksne pasientar, spesielt eldre. Det tek vanlegvis under 2 minutt å gjennomføre og krev inga spesialopplæring.

4AT screening blir gjennomført innan 24 timar etter innlegging.

Ved mistanke om endring av kognitiv funksjon under sjukehusopphaldet skal ny 4AT screening utførast.

Innføring av 4AT må ikkje komme i konflikt med innføring av CFS, og ei innføring av CFS i sjukehusa må komme før innføring av 4AT.

22.2 Ved positiv skår på 4AT blir tilleggsopplysningar innhenta frå pårørande, eventuelt personar som er kjende med utviklinga i sjukdomsbiletet til pasienten

22.3 Ha rutinar for korleis pasientar med positiv skår på 4AT blir varetekne for å førebygge akutt forvirring.

22.4 [Innføre sjekkliste for utskriving](#) som inneheld tilpassa og tilrettelagt informasjon i ei form som den enkelte kan nyttiggjere seg av. Bruk gjerne mal frå Helse Fonna (vedlegg 2) som sjekkliste.

ANSVAR

HF

HF

HF

HF

Tema 3: Andre forhold

Demensvennlege sjukehus

ANBEFALING

23. Fysisk tilrettelegging som bidreg til betre varetaking av personar med kognitiv svikt og demens, og minimerer risikoen for delirium

TILTAK

23.1. Sette i verk tiltak frå «Håndbok demens på sykehus», og sikre at ein til ei kvar tid har oppdaterte tiltak.

ANSVAR

HF



Vedlegg

1. [Interregional rapport - Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten](#) (og [vedlegg til den interregionale rapporten](#))
2. Utreisekonvolutt – eksempel frå Helse Fonna



UTREISEKONVOLUTT:



Kontaktinformasjon		☐ Skrives ut til hjemmet			
Pasientens navn:		☐ <u>Skrives ut til hjemmet med hjemmesykepleie</u>			
Utskrives fra post:	Geriatrisk avdeling 52732528	☐ <u>Skrives ut til institusjon:</u>			
Signatur ansvarlig sykepleier ved utreise:		Dato:			
Beskjeder:		Kryss av:			
		Ja	Nei	Ikke aktuelt	Merknader:
Dokumentasjon/ vedlegg:	Sykepleiesammenfatning				Sendt via PLO ☐
	Epikrise fra lege				Sendt via PLO ☐
	Fysioterapeutrapport /anbefalinger				Sendt via PLO ☐
	Ergoterapeutrapport/anbefalinger				Sendt via PLO ☐
	Ernæringsfysiolog anbefalinger				Sendt via PLO ☐
	Fått med ny timeavtale				☐
	Utreisekonvolutten lagt i bagasjen				Sendt melding i PLO ☐
	Fått medisiner (nye) med til første virked.				
Fjernet:	PVK ☐ KAD ☐				
Utreise:	Er pårørende informert?				Hvem:
	Er institusjon/hjemmesykepleie informert?				Sendt via PLO ☐
	Transporttype:				Tidspunkt: