



Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten

- Delleveranse 1: Beskrivelse av dagens organisering av tjenesten i alle sykehusområdene i alle helseregioner, herunder samarbeidsformer med primærhelsetjenesten.
- Delrapport til interregionalt utredningsarbeid på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

Innholdsfortegnelse

Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten	1
1 Sammenheng.....	3
2 Om oppdraget, mandat og arbeidsform	4
3 Prosjektets leveranse.....	4
3.1 Involvering og avgrensinger.....	5
3.2 Demensplan 2025.....	5
4 Innhenting av kunnskap.....	5
4.1 Informasjon fra helseforetakene	8
4.2 Resultater fra NorKog 2023.....	20
4.3 Resultater fra spørreundersøkelser (questback) til kommuneoverleger og hukommelsesteam	21
4.4 Resultater fra nasjonal kartlegging.....	24
5 Diskusjon av resultatene	25
6 Oversikt, vedlegg.....	27
7 Referanser.....	27

1 Sammendrag

Denne rapporten svarer ut delleveranse 1 av oppdraget om organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i helseforetakene. Oppdraget er gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet til de fire regionale helseforetakene, hvor Helse Sør-Øst har fått i oppgave å lede arbeidet. Helse Sør-Øst har organisert arbeidet som et prosjekt med bred deltakelse fra alle helseregionene og fra kommunene. Nasjonalt senter for aldring og helse utfører prosjektledelse, prosjektkoordinering og dokumentasjon av utredningsarbeidet på vegne av Helse Sør-Øst. Oppdraget fra departementet refererer til [Demensplan 2025](#).

Prosjektgruppen har innhentet informasjon fra fire kilder i arbeidet med å delleveranse 1. To fra spesialisthelsetjenesten og to fra primærhelsetjenesten. For spesialisthelsetjenesten har prosjektgruppen sendt en forespørsel til landets helseforetak der de ble bedt om å beskrive dagens organisering av utredning av demens, samt at det er tatt et uttrekk av data fra *Norsk register for personer som utredes for kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten* (NorKog). Fra primærhelsetjenesten er det sendt en spørreundersøkelse til kommuneoverleger og hukommelsesteam i alle landets kommuner, samt at det er tatt et uttrekk av data fra *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022*.

Datagrunnlaget som er beskrevet over ga et godt grunnlag for å beskrive dagens situasjon, selv om informasjon fra forskjellige kilder i noen grad var sprikende. Presisjonsnivået i rapporteringen fra helseforetakene varierte, men noen hovedtrekk er tydelige. Det er svært mange enheter som utreder demens. Analysene viser at det er stor variasjon i tilbudet om utredning av kognitiv svikt og demens, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Funnene peker på at det er utfordringer rundt stadige avveininger mellom høyt pasientvolum, tilgang til avansert utredning og geografisk nærhet. Generell utredning av demens foregår vanligvis i geriatriske eller alderspsykiatriske avdelinger, noe som skiller seg fra andre land der nevrologien har en mer sentral plass i utredningen av kognitiv svikt. Hos flere helseforetak fremstår ansvarsfordelingen mellom enheter uklar, og systematisk klinisk samarbeid med primærhelsetjenesten er lite utbredt.

Data fra NorKog-registeret viser betydelig variasjon på senternivå (hukommelsesklinikker, alderspsykiatriske avdelinger, geriatriske avdelinger, nevrologiske avdelinger etc. som leverer data til NorKog), mens variasjonen var mindre når nivåene helseforetak og regionale helseforetak ble analysert. Funnene fra *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022* viste at en økende andel av kommunene har hukommelsesteam, men selv om de hadde etablert hukommelsesteam eller en ressursperson på demens og kognitiv svikt, er det på landsbasis kun 69 % av kommunene som har team med fast avsatt tid til dette arbeidet.

2 Om oppdraget, mandat og arbeidsform

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i 2023 følgende oppdrag til de regionale helseforetakene:

«Nasjonal faglig retningslinje om demens, anbefaler at utvidet utredning ved mistanke om demens foreslås gjennomført i spesialisthelsetjenesten når basal utredning ikke har vært tilstrekkelig for å stille diagnose. Utredning og diagnostisering av demens skjer i mange tilfelle for sent i sykdomsforløpet eller gjennomføres ikke i det hele tatt. Det er et mål i Demensplan 2025 å styrke arbeidet med riktig diagnose til rett tid. I denne sammenheng er det behov for å vurdere organiseringen av utredning av demens i spesialisthelsetjenesten og styrke samarbeidet med kommunene. Det er videre behov for en mer enbetlig organisering av utredning av demens, slik at pasientene ikke opplever uberettiget variasjon i utredning i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, utrede en hensiktsmessig organisering av utredning av kognitiv svikt og demens i spesialisthelsetjenesten, der det også beskrives modeller/ mekanismer for samarbeid med fastleger og eventuelt andre deler av kommunenes helse- og omsorgstjeneste, som hukommelsesteam».

Ifølge [Nasjonal faglig retningslinje om demens](#) er Norge et av få land der fastlegen er ansvarlig for utredning av demens. Unntaket er når det gjelder utredning av yngre personer, kompliserte utredninger og utredninger av personer med atypiske symptomer, hvor det henvises til spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten er derfor en viktig del av helheten når vi snakker om utredning av kognitiv svikt og demens. Prosjektets oppdrag er imidlertid å fokusere på den delen av utredningen som skjer i spesialisthelsetjenesten, og i tillegg beskrive ulike modeller for samarbeid med primærhelsetjenesten.

3 Prosjektets leveranse

Utredningen er organisert som et prosjekt med to delleveranser. I det følgende presenteres delleveranse 1, som er en beskrivelse av dagens situasjon.

Delleveranse 1: Beskrive dagens organisering av tjenesten i alle sykehusområdene i alle helseregioner, herunder samarbeidsformer med primærhelsetjenesten. Data er innhentet på følgende måter:

- a) Innhenting av informasjon om organisering av demensutredning og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten, sendt til fagdirektører i alle helseforetak.
- b) Datainnhenting fra Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (Norkog) databasen, som sier noe om hvordan dagens organisering påvirker utredningen; ventetid, kvalitet på utredning, osv.
- c) Innhenting av data fra spørreundersøkelser (questback), som er sendt ut til hukommelsesteam og kommuneoverleger.
- d) Data på kommunenivå om kommunale hukommelsesteam fra *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022*.

Frist for å svare ut oppdraget overfor HOD er 31. desember 2024. Det interregionale fagdirektørmøtet besluttet å løse oppdraget som et prosjektarbeid med en interregional styringsgruppe som rapporterer til det interregionale fagdirektørmøtet i de fire RHF-ene. Rapporten baserer seg på oppdraget og nærmere spesifisert mandat vedtatt av interregionalt fagdirektørmøte, 12.02.2024.

Det ble nedsatt et interregionalt prosjekt for utredningsarbeidet, ledet av Helse Sør-Øst RHF. Prosjektorganisering og prosjektets deltakere fremkommer av mandatet (vedlegg 1).

3.1 Involvering og avgrensinger

- Prosjektet bygger på [Demensplan 2025](#) og baserer seg på det arbeidet som allerede er gjort, samt føring for demensutredning i [nasjonal faglig retningslinje om demens](#).
- Det ble etablert en styringsgruppe med deltakere utpekt av fagdirektørene i de regionale helseforetakene og representant(er) for de regionale brukerutvalgene. Konserntillitsvalgte/konsernverneombud i RHFene er representert i styringsgruppa.
- Deltager fra Kommunesektorens organisasjon (KS) har deltatt, samt at fastlegene er representert.
- Nasjonalt senter for aldring og helse («Aldring og helse») etablerte en prosjektgruppe som gjennomførte utredningsarbeidet. Gruppen har vært bredt sammensatt faglig og geografisk, og er godkjent av styringsgruppen.
- Relevante miljøer både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har vært konsultert gjennom oppdraget.

3.2 Demensplan 2025

Et sentralt mål i [Demensplan 2015](#) og [Demensplan 2020](#) var å sikre at personer med demens diagnostiseres til rett tid. Dette er et langsiktig mål, som krever kontinuerlig arbeid. [Nasjonal faglig retningslinje om demens](#) skisserer flere forhold som påpeker viktigheten med utredning og diagnostisering ved mistanke om demens:

- Andre årsaker til symptomene som potensielt kan behandles, utelukkes.
- Iverksettelse og vurdering av symptomlindrende behandling.
- Planlegging av livet videre for personen selv og pårørende; blant annet når det gjelder fremtidsfullmakt, testament/arv, trygdeytelser m.m.
- Tilretteleggelse av informasjon og oppfølging fra primærhelsetjenesten for pasienten og pårørende.
- Forståelse og tilpasning fra omgivelsene for situasjonen.

Demensplan 2025 løfter frem at noen sykehus har hukommelsesklinikker, men utredning i spesialisthelsetjenesten vil i dag som oftest skje ved poliklinikker innen geriatri, nevrologi eller alderspsykiatri, avhengig av pasientens situasjon og symptomer og den lokale organiseringen av tilbudet. Det er behov for en mer enhetlig organisering slik at pasientene ikke opplever uberettiget variasjon i utredningen i spesialisthelsetjenesten. Utredningsarbeidet har tatt utgangspunkt i denne utfordringen, som er beskrevet under [sentrale tiltak for gode og sammenhengende tjenester i Demensplan 2025](#).

4 Innhenting av kunnskap

For å besvare problemstillingen er data innsamlet på følgende måter:

- a) *Informasjon om organisering av demensutredning i spesialisthelsetjenesten i alle helseforetakene.*
Henvendelsen til helseforetakene om Kartlegging av organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i helseforetakene fra Helse Sør-Øst (vedlegg 2). Alle svar ble mottatt og videreformidlet til prosjektutreder Nasjonalt senter for aldring og helse.
- b) *Datauttrekk fra NorKog med tall fra 2023.* Data beskriver hvordan dagens organisering påvirker utredningen (ventetid, kvalitet på utredning osv.), og ble analysert i SPSS Statistics 28. Analysene ble gjennomført på forskjellige nivåer, både på senternivå, helseforetak (HF), regionalt helseforetak (RHF) og totalt. I NorKog ble det inkludert totalt 2952 pasienter fra 39 senter i 2023. I den aktuelle analysen ble data fra 32 senter og 2915 pasienter inkludert, da pasienter fra senter som hadde inkludert færre enn 20 pasienter i 2023 ikke ble inkludert.

Tabell 1. *Variabler fra NorKog som ble brukt i analysene.*

Variabelnavn	Forklaring
Antall senter	Avdelingsnivå
Antall inkluderte	Pasienter med fullført utredning i 2023
Antall dager fra henvisning til utredningsstart: Gjennomsnitt	
Antall dager fra henvisning til diagnosedato: Gjennomsnitt	
Antall dager fra første konsultasjon til diagnosedato: Gjennomsnitt	
Kjønn: Antall og prosent	
Alder: Gjennomsnitt	
MMSE_NR3: Antall utført og gjennomsnitt	Den mest brukte globale skalaen for kognitiv testing. Skår 0-30
CDT: Antall utført	Klokketest
CSDD: Antall utført	Cornell skala for depresjon ved demens
SomTest: Antall: Ikke utført	Somatisk undersøkelse utført av henviser eller senter
Utført kognitiv testing utover MMSE-NR3 og klokketest: Ja/Nei	Mer omfattende testing enn basal demensutredning
AddTestingDone: Antall Ja/Nei	Spesifikke tester som ikke inngår i vanlig NorKog-manual
SupCT: Antall Ja/Nei	Computer tomografi
SupMR: Antall Ja/Nei	Magnetisk resonans
SupAmyloidPET: Antall Ja/Nei	Positron Emisjon Tomografi – kvantifiserer beta-amyloid i hjernen. Brukes for å identifisere Alzheimer sykdom
FDGPET: Antall Ja/Nei	Fluorodeoxyglukose-PET. Brukes for å differensiere mellom demensformer
SupSpinal: Antall Ja/Nei	Spinalpunksjon. Brukes for å identifisere Alzheimer sykdom
DiagStadium: Antall Ingen kognitiv svikt – subjektiv kognitivsvikt – mild kognitiv svikt – demens – annen hoveddiagnose.	Fordeling på kategorier av diagnosestadium
Utfylt DiagDementiaA: Antall med stadium Demens	Utfylt spesifikk diagnose ICD-10
Utfylt DiagDementiaB: Antall med stadium Demens	Utfylt spesifikk diagnose etter andre mer presise diagnosekriterier

- c) *Data fra spørreundersøkelse (questback) sendt ut til hukkommelsesteam og kommuneoverleger for å kunne beskrive samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.* Data ble analysert i SPSS Statistics 28. Spørsmål ble utarbeidet av Nasjonalt senter for aldring og helse i samarbeid

med Nasjonalforeningen for folkehelsen som ivaretok brukerperspektivet. I spørreundersøkelsene var det åpnet for å tilføye beskrivelser og utdypinger. Disse ble gjennomgått og det ble utført en deskriptiv innholdsanalyse. Spørreskjemaene ble sendt ut på e-post til alle landets kommuneoverleger og hukommelsesteam i februar 2024 (vedlegg 3 og 4). Målet var at alle i landet skulle ha anledning til å besvare spørreundersøkelsen. Påminnelser ble sendt ut i mars 2024. Da det ble oppdaget at e-post sendt til hukommelsesteamene fra post@aldringoghelse.no ofte ble stoppet av kommunens brannmur, ble en annen epostadresse benyttet for å sende ut en påminnelse i disse tilfellene. Av det totale utvalget som fikk tilsendt spørreundersøkelsen var svarprosenten på 44 % fra hukommelsesteamene og 33 % fra kommuneoverlegene.

- d) *Data fra Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022 ble brukt til å anslå kommunale ressurser som er satt av til utredning og oppfølging av personer med demens, fordelt på opptaksområde for hvert helseforetak.*

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og som del av Demensplan 2025, gjennomførte Helsedirektoratet i oktober 2022 en nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens. Kartleggingen ble gjennomført med bistand fra Nasjonalt senter for aldring og helse. Tilsvarende kartlegginger har vært gjennomført hvert fjerde år fra 1996, og dette er den åttende i rekken. Til denne rapporten har vi hentet ut data som omhandler hukommelsesteam i kommunene.

Nasjonalt senter for aldring og helse har vurdert at personvernet er godt ivaretatt i datainnsamlingen. For pasienter brukes det kun anonymiserte data på aggregert nivå (minste nivå er kommune) for å minimere risiko for identifisering av enkeltpersoner. Identitet til deltagere i spørreundersøkelsene er ikke kjent. En personvernkonsekvensvurdering (DPIA) er utarbeidet for NorKog, samt at datainnsamlingen er godkjent av Personvernombudet (PVO) ved Oslo Universitetssykehus.

4.1 Informasjon fra helseforetakene

Tabell 2. Oversikt over helseforetak som deltok i kartleggingen.

Regionalt helseforetak	Helseforetak
Helse Sør-Øst RHF	Akershus universitetssykehus HF Oslo universitetssykehus HF Sunnaas sykehus HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet sykehus HF Vestre Viken HF
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF Helse Fonna HF Helse Bergen HF Helse Førde HF
Helse Midt-Norge RHF	Helse Møre og Romsdal HF St. Olavs hospital HF Helse Nord-Trøndelag HF
Helse Nord RHF	Helgelandssykehuset HF Finnmarkssykehuset HF Nordlandssykehuset HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF

I tillegg har foretakene avtale med flere institusjoner der demensutredning gjennomføres, som f.eks. Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus i Bergen og NKS Kløveråsen i Bodø.

Helseforetakene ble bedt om å svare på følgende spørsmål:

- *Kan dere kort beskrive hvordan HFet har organisert utredning av kognitiv svikt og demens?*
- *Hvem er det som er ansvarlig for de ulike fagområdene, og hvilke samarbeidsmekanismer eksisterer?*
- *Hva mener dere er de viktigste områdene fremover for å sikre en hensiktsmessig organisering og redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet til denne pasientgruppen?*
- *Har dere innspill til andre elementer som vi bør kartlegge?*

I tabellene 3-6 under, en for hvert regionale helseforetak (RHF), har vi samlet svarene som ble gitt, med særlig fokus på dagens situasjon angående organisering og ansvar omkring utredning. Det er stor variasjon i hvor inngående beskrivelsen er. I størst mulig grad har vi beholdt ordlyden i det originale tilsvaret.

Tabell 3. Helse Sør-Øst RHF

Navn HF	Enhet	Tilknytning	Virkeområde/samarbeidsstruktur
Akershus universitets-sykehus	Nevroklinikken	Poliklinikk	-Nevroklinikken har ansvar for utredning av pasienter med symptomdebut i relativ ung alder <75 år uten geriatrik komorbiditet, eller betydelige adferdsavvik. -Pasientene har gjerne neurologisk komorbiditet (epilepsi, MS, Parkinson, evt. noen MR funn som kan tyde på f.eks. normaltrykkshydrocephalus).
	Geriatrisk avdeling	Poliklinikk	-Geriatrisk poliklinikk utreder som hovedregel demens hos pasienter over 65 år der henvisningen ikke inneholder opplysninger om sannsynlig neurologisk grunnlidelse, alderspsykiatrisk lidelse eller langvarig psykiatrisk lidelse gjennom livet. Alderskriteriet er ikke alltid så strengt, det handler også om komorbiditet og sannsynligheten for demenssykdom. -Utredningen gjøres av geriater i samarbeid med sykepleier som bl.a. gjør pårørendeintervju. -Alle pasienter spores om inklusjon i demensregisteret NorKog. -Alle pasienter gjennomfører CT eller MR, spinalpunksjon gjøres ofte og Datscan ved behov, PET en sjelden gang.
	Alderspsykiatrisk Avdeling, Divisjon psykisk helsevern og rus	Poliklinikk eller døgnseksjon	-Alderspsykiatrisk avdeling ivaretar primært spesialistfunksjonen for psykiatriske tilstander hos pasienter over 65 år slik det fremgår i Plan for Norsk Alderspsykiatri. -Psykiatriske symptomer som en del av demens (APSD) håndteres hovedsakelig i primærhelsetjenesten i samarbeid med Alderspsykiatrisk poliklinikk.
	Voksenhabilitering, Divisjon psykisk helsevern og rus	Ambulant eller poliklinisk	-Avdeling voksenhabilitering utreder demens hos personer med psykisk utviklingshemming. Vi anvender tilpassede verktøy for målgruppen og har en egen veileder for dette. Denne veilederen baserer seg på nasjonal veileder for utredning av demens, men med tilpasninger for målgruppen. -Utredning er oftest tverrfaglig ved psykolog (i all hovedsak nevropsykologer) og lege (nevrolog eller psykiater).
Sykehuset i Vestfold (SiV)	Geriatrisk seksjon	- Poliklinikk - Akutt geriatrisk sengepost - geriatrisk daghospital - integrerte helsetjenester/Forsterket utskrivning - godt samarbeid med neurologisk poliklinikk til spinalpunksjon om demensmarkører og samarbeid med neurologisk avdeling ved pasienter som har parkinson sykdom eller mistenkt normaltrykkshydrocephalus (de blir innlagt neurologisk avdeling SiV for spinaltappetst).	-Geriatrisk poliklinikk har en hovedfunksjon for demensutredning hos pasienter over 70 år og er en del av geriatrisk seksjon ved sykehuset i Vestfold. Geriatrisk poliklinikk er fysisk adskilt fra alderspsykiatrisk poliklinikk, men vi samarbeider slik at henvisninger havner på riktig sted. - Akutt geriatrisk sengepost har 8 senger hvor man prioriterer pasienter med akutt funksjonssvikt/delir utredning/falltendens samt elektive innleggelse der symptombildet er sammensatt av både kognitive og fysiske utfordringer. Da gjøres kognitiv utredning under oppholdet. Sengeposten er del av medisinsk klinikk ved Sykehuset i Vestfold. - Geriatrisk daghospital er en forlengelse av geriatrisk poliklinikk. Pasienter som har startet utredning på geriatrisk poliklinikk, men hvor det er usikkerhet rundt demensdiagnose og oppfølging med tanke på medikamentell behandling. Pasienten blir henvist hit fra poliklinikk for videre utredning/observasjon 2 ganger pr uke i 8 uker. Del av geriatrisk seksjon/medisinsk klinikk SiV. - Integrerte helsetjenester/forsterket utskrivning. Samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset i Vestfold og flere av kommunene i Vestfold (Larvik, Horten, Sandefjord), kartlegging inkludert kognitiv screening og samarbeidsmøte med fastlegene.
	Kognitiv svikt og alderspsykiatrisk poliklinikk Kognitiv svikt og alderspsykiatrisk utredningspost	Seksjonen er en del av psykiatrisk sykehusavdeling (PSY). Klinikk for psykisk helse og avhengighet (KPA). Poliklinikk Døgnpost	-Kognitiv svikt og alderspsykiatrisk poliklinikk/ døgn har en hovedfunksjon når det gjelder demensutredning hos personer under 65 år. -Døgnposten har 6 senger, hovedsakelig elektive innleggelse. Pasientene henvises fra poliklinikken. -Kognitiv svikt og alderspsykiatrisk poliklinikk er adskilt fra geriatrisk poliklinikk, men vi samarbeider slik at henvisninger havner på riktig sted. -Samarbeider bl.a med Nukleærmedisin, neurologisk poliklinikk, radiologisk avdeling i utredning
Sykehuset i Østfold	Geriatrisk poliklinikk	Poliklinikk	Personer med kognitiv svikt > 65 år.
	Alderspsykiatrisk avdeling	Poliklinikk og sengepost	Personer med alvorlig psykiatrisk lidelse med debut etter fylte 65 år. -Personer med demens og atferdsproblemer/psykiatriske symptomer, som ikke kan løses i primærhelsetjenesten, - uavhengig av alder. -Personer med en uavklart demensdiagnose og omsorgsnivå etter utredning i primærhelsetjenesten, - uavhengig av alder. Pasienter som

Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten
Helse Sør-Øst RHF

			<p>har vært innlagt i døgnavdelingen følges opp av poliklinikken i etterkant.</p> <p>-Personer med mistanke om demens som allerede har en psykiatrisk diagnose, som ikke kan løses i primærhelsetjenesten, -uavhengig av alder.</p> <p>-Pasienter som har vært innlagt i døgnavdelingen følges opp av poliklinikken i etterkant. De pasientene som kan tas poliklinisk, får time der. For pasienter i sykehjem, reiser behandlingsteamet ut dit. Overlege og sykepleier når det er spørsmål knyttet til medisiner, eller bare sykepleier hvis det er snakk om veiledning av personale i pasientsaker hvor APSD symptomer er fremtredende. I noen grad følges pasienter som har vært innlagt i døgnavdelingen opp av poliklinikken i etterkant.</p>
	Nevrologisk poliklinikk	Poliklinikk	<p>-Kognitiv svikt som er ledsaget av andre nevrologiske utfall, uansett aldersgruppe.</p> <p>-De under 65, med tanke på at de som regel trenger en bredere differensialdiagnostisk utredning.</p>
Sykehuset i Telemark	Geriatrisk poliklinikk, Skien		<p>-Geriatrisk poliklinikk utreder og behandler eldre pasienter med hukommelsesproblemer. Det kan være pasienter med nylig oppståtte problemer eller pasienter med kjent kognitiv svikt. -Poliklinikken tar også imot pasienter som har behov for oppfølging i en rolig fase etter delirium.</p> <p>-Vi utreder pasienter etter fall og pasienter som får bivirkninger av legemidler, og følger også opp pasienter som har startet med antidemenslegemidler.</p> <p>- Poliklinikken foretar dessuten førerkortvurdering hos eldre pasienter, som under innleggelse har fått påvist kognitive vansker. Det er fastlegen som henviser til poliklinisk utredning.</p>
	Alderspsykiatri – poliklinikk, Skien		<p>-Poliklinikken utreder og behandler kompliserte psykiske lidelser hos eldre, inkludert demens - og demenslignende tilstander. -Poliklinikken har også hukommelsesklinikkfunksjon. Det vil si at vi utreder personer med begynnende kognitiv svikt og mistanke om demens.</p> <p>-Personer under 65 år med hukommelsesproblemer utredes i samarbeid med nevrologisk avdeling.</p> <p>-Poliklinikken driver også utadrettet virksomhet som veiledning og undervisning i kommunene.</p> <p>- Førerkortvurdering.</p> <p>-Seksjon for alderspsykiatri er organisert under psykiatrisk sykehusavdeling (PSA), Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR), STHF</p>
	Alderspsykiatri – Døgn Skien		<p>-Ved sengeposten utredes og behandles pasienter som utvikler psykiatriske lidelser som depresjoner, angst og psykoser etter 65-års alder, og pasienter med demenstilstander og utfordrende adferds- og/eller psykiatrisk tilleggsproblematikk.</p>
	Seksjon habilitering for voksne (HAVO)		<p>-Vurdering av demens hos personer med psykisk utviklingshemming.</p>
Sørlandet sykehus HF	Geriatrisk poliklinikk ved geriatrisk seksjon på SSK/alderspsykiatrisk seksjon (klinikk for psykisk helse), og geriatrisk seksjon SSA	Poliklinikk	<p>-Kommunehelsetjenesten på Agder har det primære ansvar for utredning av kognitiv svikt/demens for eldre pasienter (> 70 år). For yngre, eller hvor symptomene er vanskelige å bedømme, eller når det er klinisk mistanke om sjelden demensform, er det tilbud i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>-Geriatrisk poliklinikk SSA står for hovedparten av utredningen av nevnte gruppe i Arendal, supplert med alderspsykiatrisk poliklinikk. - For de som har nevropsykiatrisk symptomatologi. I Kristiansand har alderspsykiatrisk poliklinikk hovedansvaret grunnet relativt mindre ressursallokering til geriatri, men ved bruk av samme prioriteringsveileder.</p>
Sykehuset Innlandet HF	Nevrologisk og klinisk nevrofysiologisk avdeling, Divisjon Gjøvik-Lillehammer, avdeling Neurologi	Poliklinikk	<p>-På forespørsel fra hukommelsesklinikken gjøres disse undersøkelsene: spinalpunksjon, nevrologiske undersøkelser og EEG</p>
	Avdeling for alderspsykiatri Divisjon Psykisk helsevern, avdeling Alderspsykiatri	Poliklinikk og sengeposter	<p>-Hukommelsesklinikken er en del av alderspsykiatrisk poliklinikk som tilbyr utredning av kognitiv svikt der det er mistanke om en neurodegenerativ lidelse hos de under 70 år. I tillegg utreder Hukommelsesklinikken pasienter med kognitiv svikt og nevropsykiatrisk tilleggsproblematikk uavhengig av alder.</p> <p>-I tillegg utredes pasienter med uavklarte kognitive tilstander ved Enhet for utredning, som er en av sengepostene ved alderspsykiatrisk avdeling.</p>

Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten
Helse Sør-Øst RHF

			<ul style="list-style-type: none"> -Ressursenheten for demens er for pasienter med en diagnostisert demenssykdom hvor alvorlige nevropsykiatriske symptomer er fremtredende. -SAMAKS er et ambulant samhandlingsteam mellom alderspsykiatrisk avdeling og kommunehelsetjenesten. De bistår med utredning, veiledning, undervisning og behandlingsråd. -Alderspsykiatrisk avdeling samarbeider med neurologisk og radiologisk avdeling vedrørende supplerende undersøkelser. -Alderspsykiatrisk avdeling samarbeider med fastlege, kommunehelsetjenesten inkludert demenskoordinatorer.
	Geriatrisk poliklinikk, Gjøvik		<p>Utredning av kognitiv svikt for pasienter over 65 år. Vi innretter oss i økende grad til anbefalinger om målområdet for utredning av kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten og har gitt ut føringer til fastlegene om at vi prioriterer følgende pasientgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aldersgruppe 65 – 75 år (ingen absolutt aldersgrense). -Alvorlige atferdsproblemer og psykiske symptomer. -Når kognitiv svikt sammenfaller med kompliserende somatisk eller psykisk sykdom, juridiske og/eller etiske konflikter. -Fører kortvurdering, kun ved vanskelig vurdering eller andre tungtveiende grunner. -Mistanke om demens hos personer med kompliserte, uvanlige tilfeller av kognitiv svikt. -Minoritetsbakgrunn der språk, utdanningsnivå og/eller kultur utgjør en barriere. -Ved vanskelig vurdering av samtykkekompetanse. Utredningen foregår i samarbeid mellom lege/geriater, sykepleier med spesialområde geriatri og ergoterapeut. Avdelingen ligger innunder medisinsk avdeling, ergoterapeuter organisert under kirurgisk avdeling.
Oslo universitetssykehus, Ullevål	Hukommelsesklinikken Geriatrisk avdeling	Poliklinikk	<ul style="list-style-type: none"> -Hukommelsesklinikken er en landsdekkende spesialpoliklinikk for utredning av yngre personer (opp til ca. 70 år) hvor en mistenker begynnende nevrodegenerativ sykdom. Vi mottar en rekke henvisninger for en «second opinion». -På Hukommelsesklinikken arbeider leger innen geriatri, neurologi og psykiatri, og vi samarbeider tett med nevropsykologer (lokalisert ved avdeling for fysisk medisin og rehabilitering), nevroradiologer og nukleærmedisinere om utredningen.
	Geriatrisk poliklinikk, Geriatrisk avdeling	Poliklinikk	<ul style="list-style-type: none"> -Geriatrisk poliklinikk har lokalsykehusfunksjon for de bydelene i Oslo som tilhører Oslo universitetssykehus-sektor i indre-medisin. -Vi har et nært samarbeid med bydelens fastleger og demenskoordinatorer, og tar pasientene inn til videre utredning ved poliklinikken når basal demensutredning i primærhelsetjenesten ikke har gitt en konklusjon. -Vi arbeider aktivt for å øke kompetansen om demens blant fastleger i «våre» bydeler. Nylig har vi begynt å tilby felles digitale samarbeidsmøter med fastlege og demenskoordinator for å gi råd om diagnose og behandling i tilfeller der relevant informasjon (testing, komparentopplysninger, bildediagnostikk etc.) foreligger, men aktørene i primærhelsetjenesten er usikre på diagnose og videre tiltak. -Alle pasienter der vi påviser demens henvises rutinemessig til demensteamet i sin bydel (med pasientens samtykke).
Tilføyelse innhentet fra overlege i geriatri	Alderspsykiatrisk avdeling	Poliklinikk	<ul style="list-style-type: none"> -Alderspsykiatrisk poliklinikk ivaretar primært spesialistfunksjonen for psykiatriske tilstander hos pasienter over 65 år. -Vi utreder og behandler pasienter > 65 med psykisk sykdom og kognitiv svikt/endring der det er mistanke om demens som utløsende, er kompliserende faktor. -Vi utreder og behandler pasienter med psykiatriske symptomer knyttet til erkjent demens (APSD) i samarbeid med førstelinjetjenesten. -Vi utreder i noen tilfeller yngre pasienter (<65) med svært sammensatt sykdomsbilde og mistanke om kognitiv svikt/demens.
		Sengeavdeling	<ul style="list-style-type: none"> -Vi tar imot enkelte yngre pasienter (under 65 år) henvist fra Hukommelsesklinikken ved Oslo universitetssykehus til utredning og særlig der det behøves avklaring opp mot psykiatrisk problemstilling. -Ellers utredes alle pasienter i døgnet rutinemessig med MR-caput. -Kognitiv screening gjøres på alle innlagte pasienter, men hoveddiagnoser hos oss er først og fremst rettet inn mot psykiatri. -Ved demensutredning blir pasientene screenet med tester som MMS-E, Klokkestest, MOCA og flere relevante tester som tilhører KVALAP registeret (Kvalitetsregister Alderspsykiatri, der både poliklinikk og døgnet er med). -Vi har nevropsykolog i Alderspsykiatrisk poliklinikk som tar utvidet utredning av kognitiv funksjon /demens og vi henviser også til andre nevroradiologiske /nukleærmedisinske undersøkelser og benytter disse aktivt i diagnostikken ved demensutredning.

Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten
Helse Sør-Øst RHF

			-Av og til henviser vi til spinalpunksjon ved Nevrologisk- eller Geriatriisk avdeling etter avtale.
Tilføyelse innhentet fra overlege i geriatri	Avdeling for nevrorehabilitering	Poliklinikk/ Ambulant	-Avdeling for nevrorehabilitering utreder spørsmål om demens hos personer med psykisk utviklingshemming. -I utredningen brukes tilpassede verktøy for målgruppen, jf. håndboken om utvidet demensutredning (Nasjonalt senter for aldring og helse) og Nasjonal faglig retningslinje om demens (Hdir). --Utredningen er oftest tverrfaglig ved lege (i all hovedsak nevrolog), vernepleier og nevropsykolog/psykolog.
Vestre Viken HF	Bærum sjukehus, Geriatriisk kompetansesenter		-Organiseringen på sykehuset er slik at eldre pasienter med mistanke om komplisert kognitiv svikt utredes ved Geriatriisk dagpost. Yngre pasienter (<65 år) utredes ved hukommelsesklinikken (man følger da NorKog-skjemaet). -Pasientene tilbys som hovedregel en kontrolltime ved geriatriisk poliklinikk. Geriatriisk seksjon ved Medisinsk avdeling Bærum sykehus har ansvar for demensutredningen. -Det er godt samarbeid med primærhelsetjenesten. - Fastleger/tilsynsleger sender «dialogmeldinger» evt. ringer for å diskutere pasienter ved behov. Der det ikke er holdepunkt for å mistenke komplisert kognitiv svikt og pasienten henvises til sykehuset sendes et brev med råd til fastlege for videre utredning. -Asker og Bærum kommune har demensteam som reiser hjem til pasienten for utredning. -Fastleger/tilsynsleger har også tilbud om å komme til «strukturert hospitering» ved sykehuset og de får da godkjent 16 kurstimer.
	Nevrologisk avdeling, Drammen sykehus		-Ved nevrologisk avdeling gjør vi utredning av pasienter under 65 år, de øvrige utredes ved medisinsk avd, geriatriisk poliklinikk. -Vi samarbeider med fastleger, men har dessverre ingen koordineringsfunksjon ut mot kommunene fra nevrologisk side.
	Medisinsk avdeling, Kongsberg sykehus	Poliklinikk	-Utredning av kognitiv svikt og demens foregår hovedsakelig på medisinsk poliklinikk som er en del av medisinsk avdeling. -Akutte eller spesielt kompliserte problemstillinger innlegges på enhet for slag og geriatri på sengepost. -Kommunal helse- og omsorgstjenester og Alderspsykiatrisk avdeling er sentrale samarbeidspartnere. -Det er nok ikke en helt eksakt avklart oppgavefordeling med kommunale aktører, men man opplever at samarbeidet er godt. -Både poliklinikk og sengepost har et tverrfaglig tilbud der geriater er faglig ansvarlig. -Medisinsk avdeling Kongsberg sykehus har 2 stk. geriater ansatt i tillegg til 1 stk. lege i spesialisering (LIS3) geriatri.
	Ringierke sykehus		-Utredning av kognitiv svikt/demens. NORKOG registrering. - Utredning både av pasienter under 65, men også utredning av aldersdemens. -Utredning er et samarbeid mellom spesialist i geriatri og spesialsykepleier. -CT/MR lokalt, funksjonelle billedundersøkelser tilbys ved Drammen sykehus.
Diakon-hjemmet	Alderspsykiatrisk avdeling	Poliklinikk, dogn og FACT-alder	Alderspsykiatrisk avdeling utreder demens når demens debuterer med alvorlige nevropsykiatriske symptomer. -Kartlegging av psykiatriske symptomer, kognitiv testing med standard tester som MMSE, Klokketest, trailmaking A og B. ADL-vurdering på dogn, komparentopplysninger, eller hjemmetjenesten. -Ved tvil og komplisert bilde gjør nevropsykolog mer detaljert utredning.
	Geriatriisk poliklinikk	Poliklinikk	-Geriatriisk poliklinikk, utreder og behandler. Personell; Spesialister i geriatri, leger i spesialisering i geriatri, spesialsykepleiere i geriatri og hjelpepleier. Samarbeidspartnere er ergoterapeuter og fysioterapeuter, farmasøyter, sekretær, fastleger og andre instanser i tilhørende bydeler. -Geriatriisk team foretar tverrfaglig utredninger av demens og kognitiv svikt, fallutredning, hjerneslag/TIA, etter-brudd kontroller, legemiddelgjennomganger, forekortvurderinger. Utredning av demens og kognitiv svikt: •Tverrfaglig vurdering av interne og eksterne henvisninger •CT/ MR caput •Utreder både yngre og eldre pas. med mistanke om kognitiv svikt. •Dagutredning. Tverrfaglig utredning, kognitiv testing med bruk av NorKog testbatteri. Måling av høyde vekt, blodtrykk, EKG. Kartlegging av ADL funksjoner: Måltidsobservasjoner, kommunikasjon og sosialsamhandling i gruppe, fysisk funksjonsnivå. •Kognitiv svikt utredning; NorKog testbatteri utføres av spl. i forkant av legetime •Legekonsultasjoner. Diagnostisering, legemiddelgjennomgang, planlegging av videre oppfølging. Konsultasjon med pasient og pårørende. •Kontroller iht. nasjonale retningslinjer hos sykepleier og lege

Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten
Helse Sør-Øst RHF

			<ul style="list-style-type: none"> •Samhandling med eksterne tjenester. Rådgivende organ for førstelinjetjenesten, fastleger, hjemmetjeneste, helsehus •Fellesmøter med Hukommelsesteam i tilhørende bydeler x 2 pr år.
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	Poliklinikk for Geriatri, Slag og Hukommelse		<ul style="list-style-type: none"> -Hukommelsespoliklinikken er en integrert del av Poliklinikk for Geriatri, Slag og Hukommelse og organisert under seksjon for Geriatri og Slag. -Vi utreder voksne pasienter med kognitiv svikt, både yngre og eldre pasienter. Poliklinikken har en bred tverrfaglig profil, med fast ansatte overleger, nevropsykolog, sykepleiere med spesialkompetanse, ergoterapeuter og fysioterapeut. -I tillegg er logoped, sosionom, farmasøyt og ernæringsfysiolog tilgjengelig ved behov.

Tabell 4. Helse Vest RHF

Navn HF	Enhet	Tilknytning	Virkeområde/samarbeidsstruktur
Helse Bergen HF	Divisjon psykisk helsevern, Seksjon alderspsykiatri	Døgnavdeling Poliklinikk Ambulant team	Seksjon alderspsykiatri har en døgnavdeling med 12 plasser, en liten poliklinikk og et ambulant team. Seksjonen utreder, diagnostiserer og behandler personer som debuterer med en psykiatrisk lidelse etter fylte 65 år. Ved mistanke om demens kan personen være yngre. Seksjonen tar bl.a. imot pasienter med uavklart kognitiv svikt med psykiatriske tilleggssymptom. Seksjonen er lokalisert på Haukelandområdet nær somatiske enheter på Haukeland universitetssjukehus.
	Rehabiliteringsklinikken	Døgnavdeling Poliklinikk	Habiliteringsavdelinga for voksne i Helse Bergen (HAVO) utreder og behandler personer med psykisk utviklingshemming og mistanke om demens.
	Nevroklinikken	Døgnavdeling Poliklinikk	Nevrologisk avdeling som bl.a. har nevropsykolog utreder også enkelte pasienter med mistanke om demens, bl.a. noen yngre og med nevrologisk symptomatologi.
	Øvrige somatiske enheter	Akutt- og mottaksmedisin	Vi har i dag ingen døgnavdeling, poliklinikk eller ambulant tjeneste for demensutredning utover Seksjon alderspsykiatri nevnt over.
Helse Fonna	Eldremedisinsk Avdeling geriatriisk sengepost		Geriatri sørger for utredning for pasienter med sammensatte problemstillinger hos eldre med flere kroniske sykdommer som for eksempel hjerte- kar sykdom, diabetes, KOLS. Geriatriisk utreder ved polyfarmasi og akutt funksjonssvikt og delirium. Mer komplekse utredninger krever innleggelse eller akutte innleggelse i medisinsk klinikk.
	Eldremedisinsk Avdeling geriatriisk poliklinikk		Se over.
	Eldremedisinsk Avdeling alderspsykiatrisk sengepost		Alderspsykiatri og nevropsykologi utreder pasienter med tidlige symptomer som subjektiv kognitiv reduksjon (SCD), mild kognitiv svikt (MCI) og tidlig demens, samt ved tillegg-utfordringer som depresjon angst og andre APSD-tilstander som psykose, samt ved utfordrende førerkortvurderinger. Komplekse utredninger med betydelige tilleggssymptomer som vanskelig adferd, psykose eller suicidalitet.
	Eldremedisinsk Avdeling alderspsykiatrisk poliklinikk		Samme pasientgruppe som i sengepost. Poliklinikken gjennomfører kliniske emnekurs over 2 hele dager for fastleger og tilsynsleger i sykehjem for å øke kompetansen i førstelinjetjenesten hvert andre år samt kurs i personsentrert omsorg og miljøterapi for ansatte i førstelinjetjenesten primært i sykehjem hvert andre år. Poliklinikken har drevet aktiv forskning siden 2005 med fokus mot demens med Lewylegemer, og har fra 2020 ledet en nasjonal klinisk legemiddelstudie med ambroksol for pasienter med prodromal eller tidlig demens med Lewylegemer. Poliklinikken starter i 2024 opp med en ny klinisk legemiddelstudie med Fasudil ved tidlig demens ved Alzheimers sykdom og flere studier er på trappene de neste årene. Poliklinikken har startet forberedelser med tanke på en sannsynlig godkjenning og oppstart med behandling av Lequemi i løpet av 2024.
Helse Førde	Indre Sogn psykiatrisenter, Seksjon dag	Poliklinikk med eit integrert alderspsykiatrisk team	Individuell utgreiing og behandling til pasientar og pårørande, ambulant eller på senteret. Rådgeving og samarbeid tett med sjukeheimar, arrangerar årlege kurs for tilsette i kommunane
	Indre Sogn psykiatrisenter, Seksjon døgn	Almenpsykiatrisk døgnpost	Tek i mot pasientar med alderspsykiatriske problem, men sjeldan for utgreiing av kognitiv funksjon.
	Nordfjord psykiatrisenter, Seksjon dag	Poliklinikk med integrert alderspsykiatrisk team	Individuell utgreiing og behandling til pasientar og pårørande, ambulant eller på senteret. Rådgeving og samarbeid med kommunane, felles kompetansebygging.

Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten
Helse Sør-Øst RHF

	Nordfjord psykiatrisenter, Seksjon døgn	Almenpsykiatrisk døgnpost	Tek i mot pasientar med alderspsykiatriske problem, men sjeldan for utgreiing av kognitiv funksjon.
	Nordfjord psykiatrisenter		Overlegar har månadlege konsultasjonsdagar i kommunane, der dei mellom anna vurderer personar med kognitiv svikt i heimen eller på kommunal institusjon.
	Nordfjord sjukehus	Eldremedisinsk poliklinikk	Står for det meste av utgreiing av kognitiv svikt i Nordfjord.
	Psykiatrisk klinikk	DPS dag, poliklinikk med integrert tilbod til alderspsykiatriske pasientar	Har utgreiing av demens som ein del av differensialdiagnostisering.
	Psykiatrisk klinikk	DPS sengeposter med integrert alderspsykiatriske pasientar	Pasienter kan bli innlagt med spørsmål om psykose/akutt forvirring. Har utredning av demens som ledd i diagnostisering.
	Psykiatrisk klinikk	Akutt døgn	Pasienter kan bli innlagt akutt med spørsmål om psykose/akutt forvirring. Utredning av demens som ledd i diagnostisering.
	Nevrologisk poliklinikk, Førde sjukehus	Poliklinikk	Nevrologisk poliklinikk har utgreiing av kognitiv svikt hos pasientar <70 år.
	Eldremedisinsk poliklinikk, Førde sentralsjukehus & Eldremedisinsk poliklinikk Nordfjord sjukehus	Poliklinikk	Eldremedisinsk poliklinikk tar imot pasientar primært over 70 år til demensutredning.
	Psykiogeriatrisk poliklinikk, Indre Sogn Psykiatrisenter	Poliklinikk	Demensutredning. Veiledning til sjukeheimar i forhold til adferdsutfordringar knytt til pasientar med demens.
Helse Stavanger	Avdeling alderspsykiatri	Poliklinikk/sengepost	Alderspsykiatrisk seksjon utreder, diagnostiserer og behandler personer som debuterer med en psykiatrisk lidelse etter 65 år. Ved mistanke om demens kan personen være yngre. Alderspsykiatriske lidelser kan være depresjon, demens, angstlidelser og psykoser. Utreder pas med mistanke om demens med samtidig psykiatriske symptomer. Dekker også NKS Jæren sitt opptaksområde.
	Nevrologisk poliklinikk	Poliklinikk	Nevrologisk poliklinikk – utreder pas under 65 og spesielle subgrupper med nevrologisk utfall. Etter utredning blir pasienter henvist til alderpsyk for oppfølging (etter pas ønske). Parkinsons demens skal utredes av nevrologisk, men overlapp med Alderpsyk grunnet overlapp med DLB. Spinalpunkterer for alderpsyk.
	Voksenhabilitering	Poliklinikk	Utreder pas med kjent psykisk utviklingshemming eller nevrologisk tilstander fra barn/ung voksen alder.
	SESAM (Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling)	Prosjektbasert	Forskning
Haraldsplass Diakonale Sykehus		Poliklinikk	Geriatrisk poliklinikk har en regional funksjon for poliklinisk demensutredning på sykehus i Vestland fylke.
NKS Olaviken		Poliklinikk og døgnavdeling	Hukommelsesklinikk for personer under 65/70 år, alderspsykiatrisk poliklinikk for personer over 65 år, nevropsykiatrisk poliklinikk for personer med Huntington sykdom. Ambulant team og Intensivt ambulant team (sistnevnte med responstid på 2-4 virkedager rettet mot pasienter med fast sykehjemsplass. Målet er å hjelpe pasienten der hen er og forebygge innleggelse i spesialisthelsetjenesten) Sengepost med 21 plasser, fordelt på 1 åpen seksjon og 2 lukkede seksjoner. Utredning på avdeling døgn (primært for alderspsykiatriske pasienter, hvis kompleksiteten i tilstanden tilsier det eller kognitiv svikt med psykiatriske tilleggssymptomer).

Tabell 5. Helse Midt RHF

Navn	Enhet	Tilknytning	Virkeområde/samarbeidsstruktur
St. Olavs hospital HF	Avdeling for geriatri		-Pasienter >65 år, uavklarte, sammensatte tilstander (kognitiv, somatisk), usikker diagnose, type kognitiv svikt, førerkortvurdering, pårørendekrav og etiske og juridiske utfordringer (arv/testament). -Vi tilbyr digitale samarbeidsmøter med fastlege og hukommelsesteam i

Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten
Helse Sør-Øst RHF

			<p>kommunen der vi ut ifra opplysninger i henvisningen ser at det sannsynligvis er mulig å konkludere ut ifra de opplysninger som allerede er innhentet, og der pasienten ikke faller inn under en av pasientgruppene som krever utredning i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>-Hovedformålet med tilbudet er å bidra til trygging og kompetanseheving i primærhelsetjenesten. Etter poliklinisk utredning kommuniseres vurderinger og råd om videre oppfølging til kommunale tjenester og fastlegen.</p> <p>-Vi gir ut informasjonsmateriell om kommunale tilbud som for eksempel ressurscenter for demens eller andre instanser der det er tilgjengelig.</p>
	Nevrologisk avdeling		<p>-Pasienter <65 år, nevrologiske utfall.</p> <p>-I praksis er grensen mistenkt kognitiv svikt med symptomdebut før fylte 70 år. I tillegg utredes nevrologisk avdeling pasienter (uavhengig av alder) med mistenkt kognitiv svikt der symptomer også ledages av andre fokalnevrologiske utfall.</p> <p>-Utredningen gjennomføres på en formiddag, dvs. ca 3 timer. Legen gjennomfører anamneseopptak, nevrologisk undersøkelse og kognitive tester.</p> <p>-Vi benytter egenarbeidet mal basert på Dementia Disease Initiation (DDI).</p> <p>-Alle pasienter settes opp til spinalpunksjon samme dag, med med mindre kontraindikasjon eller lav mistanke om bakenforliggende neurodegenerativ sykdom.</p> <p>-Aktuelle pasienter inkluderes i forskningsprosjekt (trønderbrain) ved første kontakflate i utredningen.</p> <p>-Utvidet billediagnostikk utføres ved behov.</p> <p>-Ved diagnosetidspunkt blir alle pasienter informert om kommunalt tilbud, for eksempel tilbud for yngre personer med demenssykdom og ressurscenter for demens. Pasienter oppfordres til å samtykke til kontakflate med lokalt hukommelsesteam for å etablere tidlig kontakt.</p>
	Klinikk psykisk helsevern - akutt, eldre, barn og unge Alderspsykiatrisk avdeling	Poliklinikk og døgnpost	<p>-Alderspsykiatrisk poliklinikk tilbyr demensutredning hos pasienter (primært over 65 år) hvor psykiske symptomer er fremtredende ved tilstanden, og hvor differensialdiagnostikk mellom ulike demensdiagnoser og psykiske lidelser er sentralt.</p> <p>-Alderspsykiatrisk døgnpost gjør også demensutredning noen ganger når det er hensiktsmessig.</p> <p>-Avdelingen samarbeider om utredningen med nevrologisk og geriatrik avdeling når det er nødvendig. Demensutredning gjøres gjennom tverrfaglig samarbeid av nevropsykolog, psykiater og spesialsykepleier.</p> <p>-Ved St.Olavs gjøres demensutredninger ved tre ulike avdelinger som har hvert sitt inntaksteam.</p> <p>-Nevrologisk avdeling og geriatrik avdeling har egne tilbud.</p>
	Habiliteringstjenesten		Pasienter med psykisk utviklingshemning
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, Seksjon alderspsykiatri	Poliklinikk	<p>-Felles introduksjon til pasient og pårørende, utredning, oppfølging, drofting i tverrfaglig behandlingsmøte.</p> <p>-Henvisninger blir vurdert av et felles inntaksteam (prioriteringsteam) som fordele henvisningene til seksjonen (fagområdet alderspsykiatri). Det betyr at vurdering av henvisninger vedrørende kognitiv svikt eller demenssykdommer ikke nødvendigvis gjøres av spesialister innen alderspsykiatri.</p> <p>-Utredningen ved Hukommelsesklinikken er tverrfaglig, der også fysioterapeut inngår i utredningen. Vi benytter mal fra NorKog. For nærmere diagnostisk avklaring kan spinalpunksjon, utvidet billediagnostikk og nevropsykologisk vurdering inngå.</p> <p>-Diagnostisk vurdering og tverrfaglig behandlingsmøte gjennomføres med psykiater, farmasøyt, nevropsykolog, psykologspesialist og deltakende helsepersonell fra gjeldende hukommelsesklinikk til stede.</p> <p>-Ansvarlig: Klinikkenes vedtatte ansvarslinjer følges, med enhetlig ledelse, spesialistansvar og psykologfaglig- samt medisinskfaglige rådgivning.</p> <p>-Samarbeid med fastleger: Vår overlege mottar svært mange telefoner fra fastleger med spørsmål om rådgivning knyttet til utredning, arbeidet med henvisninger og videre oppfølging.</p>
	Sykehuset Namsos, alderspsykiatrisk poliklinikk, seksjon for psykisk helsevern og rus	Poliklinikk og sengepost	<p>-Alderspsykiatrisk poliklinikk og sengepost har hovedfunksjon når det gjelder utredning av pasienter med mistanke om kognitiv svikt, men der problemstillingene ofte er sammensatte. For eksempel der det i tillegg forekommer uavklarte psykiatriske tilleggssymptom, eller yngre pasienter under 65 der man mistenker demensutvikling. Utredes som hovedregel i poliklinikk. -Utredningen foregår i et samarbeid med legespesialister (alderspsykiater, og vi har ukentlige møter med geriater og nevrolog), spesialsykepleiere, ergoterapeuter, vernepleier, og psykolog. Vi har også tilgang på nevropsykolog og fysioterapeut ved behov.</p>

			-Kan tilby innleggelse i særlige komplekse saker.
Helse Møre og Romsdal HF	Ålesund sjukehus	Geriatrisk poliklinikk	-Geriatrisk poliklinikk har primært ansvar for utredning av kognitiv svikt både hos unge og eldre pasienter. Det er tett samarbeid mellom geriatri og nevrologi. -Alle poliklinikker har leger (overleger og leger i spesialisering (LIS)) og sykepleier, de geriatriske poliklinikkene har av og til også ergoterapeuter. Vernepleiere på de alderspsykiatriske poliklinikkene.
	Kristiansund sykehus	Geriatrisk poliklinikk	Geriatrisk poliklinikk gjør utredning av kognitiv svikt. Alle poliklinikker har leger (overleger og leger i spesialisering (LIS)) og sykepleier. De geriatriske poliklinikkene har av og til også ergoterapeuter. Vernepleiere på de alderspsykiatriske poliklinikkene.
	Ålesund sjukehus	Alderspsykiatrisk poliklinikk	-Utredning kognitiv svikt.
	Molde sykehus	Nevrologisk poliklinikk	-Diagnostisk utredning i form av spinalpunksjon mm, men har ikke organisert en hukommelsespoliklinikk. -Tilgang på nevropsykologer.
		Alderspsykiatrisk poliklinikk, Hjelset	-Alderspsykiatrisk poliklinikk som driver utredning. -Jobber tett sammen med døgnpost. -De alderspsykiatriske poliklinikkene har psykolog eller nevropsykolog.

Tilføyelse; oversikt fra Clinical Academic Group (CAG) St. Olav:

Regionen omfatter 15 poliklinikker fordelt på 6 sykehus (Volda og Orkdal har ikke poliklinikker som utredning kognitiv svikt).

Geriatrici	St. Olavs, Levanger, Namsos, Kristiansund, Ålesund
Nevrologi	St. Olavs, Levanger, Namsos, Molde, Ålesund
Alderspsykiatri	St. Olavs, Levanger, Namsos, Molde avd. Hjelset, Ålesund

St Olav

- Nevrologi: de yngre < 70 år, og der det er mistanke om mer sjeldne nevrologiske sykdommer.
- Alderspsykiatri: de med utfordringer relatert til psykisk helse og/eller alvorlig APSD.
- Geriatrici: alle andre, dvs. både hukommelsesklipspasienter og komplekse eldre som er vanskelig å vurdere i primærhelsetjenesten.

Helse Nord-Trøndelag

- Namsos: alderspsykiatri og geriatri gjør utredning av kognitiv svikt, nevrologi har ikke hatt mulighet for å sette av tilstrekkelig tid til dette. De har regelmessige tverrfaglige møter der de diskuterer pasienter og der det også blir henvist til tverrfaglig vurdering når dette er indisert.
- Levanger: geriatrisk poliklinikk utredning kognitiv svikt, alderspsykiatri og nevrologi. De har tett samarbeid med konstituert overlege i nevrologi og psykiatri, som har tilknytning begge steder. Formelt er utredningene knyttet til alderspsykiatrisk poliklinikk.
- I denne delen av helseforetaket er det lagt opp til samarbeid mellom Namsos og Levanger innen nevrologi og alderspsykiatri. Dvs. at sengeposter er et sted og poliklinikker begge steder. Henvisninger til alderspsykiatriske poliklinikker går ikke direkte til poliklinikkene, men blir «silb» av et sentralt inntaksteam før de går videre, dvs. de definerer ikke selv hvilke målgrupper de tar inn for utredning.

Helse Møre og Romsdal

- Ålesund: geriatrisk poliklinikk har primært ansvar for utredning av kognitiv svikt både hos unge og eldre pasienter. Det er tett samarbeid mellom geriatri og nevrologi.
- Kristiansund: geriatrisk poliklinikk gjør utredning av kognitiv svikt.
- Hjelset: alderspsykiatrisk poliklinikk utreder, tett samarbeid med døgnpost.
- Molde: nevrologisk poliklinikk gjør diagnostisk utredning i form av spinalpunksjon mm., men har ikke organisert en hukommelsespoliklinikk.

Kompetanse i avdelingene

- Alle poliklinikkene har leger (overleger og leger i spesialisering (LIS)) og sykepleier.
- De geriatriske poliklinikkene har av og til også ergoterapeuter.
- Vernepleiere på de alderspsykiatriske poliklinikkene.
- De alderspsykiatriske poliklinikkene har psykolog eller nevropsykolog.
- De nevrologiske poliklinikkene i Namsos, ved St Olav og i Molde har tilgang på nevropsykologer.

Supplerende informasjon vedrørende ambulant virksomhet (fra CAG utført 2021-22)

Oversikt over sykehus og spesialitet som har ambulerende virksomhet i Helse Midt-Norge.

Namsos sykehus, alderspsykiatri:

- Ambulant virksomhet: Veiledning av helsepersonell.

St. Olavs hospital, alderspsykiatri:

- Ambulant virksomhet: Veiledning av helsepersonell.

Kristiansund sykehus, geriatri:

- Områdegeriatri: Kommunene ønsker besøk av områdegeriatri-teamet, både for hjemmeboende pasienter og pasienter på sykehjem. Har hatt faste besøk i noen kommuner, f.eks. 1 gang pr. mnd. Ofte tverrfaglig team fra sykehuset (3 stk.), kommunen har stilt med sitt personell. Utført kognitive utredninger, vurdert andre geriatriske problemstillinger.

Molde sykehus, alderspsykiatri avdeling, Hjelset:

- Tilbud om samhandlingsdager med de fleste kommunene i vårt nedslagsfelt. Faste team fra oss for hver kommune (psykiater, vernepleier og ergoterapeut). Besøk 1 dag hver 6. uke.
- Vi forventer å møte ledere der det er tett oppfølging av pasient, spesielt på sykehjem (ansvarliggjøring). På disse faste dagene er det stort sett nyhenviste pasienter, kontroller og oppfølging av pasienter som tas opp. Veiledning av helsepersonell blir avtalt utenom disse dagene.

Ålesund sykehus, alderspsykiatri:

- Det drives utredning både ved sengepost og poliklinikk. Poliklinikken har utstrakt ambulant virksomhet. Vi har ansvar for hele Sunnmøre. Opp til 95% av våre pasienter

tilses av vårt ambulante team i sin hjemkommune. En verdi å vurdere pasientene i sitt hjemmemiljø.

- Oppegående pasienter kan komme til vår poliklinikk.

Tabell 6. *Helse Nord RHF*

Navn HF	Enhet	Tilknytning	Virkeområde/samarbeidsstruktur
Finnmarks-sykehuset HF	Nevrologisk poliklinikk	Poliklinikk klinikk Alta	-Ambulerende nevrolog fra Universitetssykehuset i Nord-Norge. -Vurderer demensutvikling < 65 år Vest-Finnmark.
	Nevrologisk poliklinikk	Poliklinikk Kirkenes sykehus	-Fast nevrolog Kirkenes. -Vurderer demensutvikling < 65 år Øst-Finnmark. -Demenspasienter med sammensatte nevrologiske problemstillinger, f.eks. kognitiv svikt med bevegelsesforstyrrelser, anfall med bevissthetstap og kramper utredes av nevrolog. -Normaltrykkshydrocephaluspasienter (NPH) utredes av nevrolog i samarbeid med geriater. -Ved behov brukes medisinsk sengepost for innleggelser.
	Geriatrisk poliklinikk	Poliklinikk Kirkenes sykehus	-Vurderer pasienter i Øst-Finnmark som henvises for demensutredning. -Hukommelsespoliklinikken er et samarbeid mellom legespesialister, spesialsykepleiere og spesialergoterapeuter fra medisinsk avdeling og avdeling for rehabilitering vedrørende utredning av kognitiv svikt hos voksne og eldre.
	Geriatrisk poliklinikk	Poliklinikk Hammerfest sykehus	-Vurderer pasienter i Vest-Finnmark som henvises for demensutredning. Tilbudet er organisert i geriatrisk poliklinikk der pasient tilbys tverrfaglig utredning (lege, sykepleier, logoped og ergoterapeut). -Poliklinikken er organisert under medisinsk avdeling, dedikert lege er faglig ansvarlig, organisatorisk er avdelingen ansvarlig. Det er ikke etablert formelle samarbeidsmekanismer med førstelinjetjenesten ut over informasjonsutveksling i henvisninger, epikriser og dialogmeldinger. -På sikt vil det være ønskelig med videreutvikling av kompetanse og utvidelse av ressursene slik at det vil være mulig å drive ambulant virksomhet, både direkte pasientrettet og med hensyn til kompetanseoverføring/-oppbygging til primærhelsetjenesten.
	Geriatrisk poliklinikk	Poliklinikk Sámi klinihkka, Karasjok	-Vurderer pasienter med samisk kulturbakgrunn som henvises for demensutredning. -Samisk geriatrisk team er organisert ved at man gjør tverrfaglig utredning. Det vil si at det er lagt opp til at det skal være ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og lege når utredning pågår. -Dessverre har vi per dags dato ikke fast ansatt ergoterapeut og lege. Vi har klart å få innleie på geriater, men har ikke kommet i havn med fastlegeressurs. -Per nå har vi poliklinikk ca. 4 dager i måneden med innleid geriater.
Nordlandssykehuset HF	Avdeling for rehabilitering og rehabilitering. Fysikalsk medisinsk poliklinikk, Bodø	Poliklinikk	-Nevropsykolog utfører nevropsykologiske undersøkelser ved mistanke om kognitiv svikt/hukommelse eller demenstilstand, og andre liknende tilstander. -Pasienter henvises primært fra fastleger og nevrologisk avdeling når det gjelder demenstilstander eller annen aktuell kognitiv svikt. Nevropsykolog utfører delutredninger, spesifikke vurderinger av kognitiv funksjon, og ofte mens pasienten er inneliggende nevrologisk avdeling, eller i forkant av innleggelse samme avdeling. -Nevrologisk avdeling gjør som regel endelig diagnostisk avklaring. - Ved klare symptomer på demenstilstand henvises ofte pasienten direkte til Kløveråsen kompetansesenter.
	Avdeling for rehabilitering og rehabilitering, Rehabiliteringsteamene i Lofoten, Vesterålen, Bodø	Poliklinikk Ambulant	-I utredning av demens hos personer med utviklingshemming er det viktig at endringer blir sett i sammenheng med pasientens kognitive og fysiske funksjoner. I utredningen blir funksjonsfall og mulige årsaker til dette kartlagt. -Mennesker med utviklingshemming utredes i rehabiliteringstjenesten på henvisning fra kommunehelsetjenesten (fastlege) eller fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. -Samarbeid mellom legespesialister, spesialvernepleiere og psykologspesialister fra rehabilitering om utredning av kognitiv svikt hos voksne og eldre med utviklingshemming, særlig med vekt på Downs syndrom.
	Nevrologisk avdeling ved medisinsk		-Avtale med Kløveråsen.

Organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten
Helse Sør-Øst RHF

	klinikk, Bodø, i samarbeid med Kløveråsen		-For noen få komplekse tilfeller, bistår Nevrologisk avdeling ved Medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset Bodø i utredningen. I disse spesifikke tilfellene henvises pasientene fra Kløveråsen. Nevrologisk avdeling gjennomfører også spinalpunksjoner, som ledd i utredning, på vegne av Kløveråsen.
	NKS Kløveråsen AS Utrednings- og kompetansesenter	Utrednings- og kompetansesenter	-Helse Nord RHF har avtale med Kløveråsen og henviser pasienter hit for demensutredning. Det er her hoveddelen av utredningen foregår. Se også over.
Helgelandssykehuset HF	Geriatrisk poliklinikk (Mo i Rana)	Poliklinikk	-Geriatrisk poliklinikk har en hovedfunksjon for demensutredning over 70 år. -Geriatrisk poliklinikk er et samarbeid mellom legespesialist (geriater) og (spesial)sykepleiere, samt ergoterapeut fra geriatrisk sengepost om utredning av kognitiv svikt hos voksne og eldre. -Kopi av utredning til Tjenestekontor (TDK) for videre oppfølging i kommunen. -Følger opp noen pasienter 1-2 ganger etter utredning før overføring til kommunen.
	Nevrologisk poliklinikk (Mosjøen)	Poliklinikk	-Nevrologisk poliklinikk har en hovedfunksjon når det gjelder demensutredning under 70 år. -Alle mistanker om normaltrykkshydrocephalus følges av nevrolog. -Nevrologisk poliklinikk har 3 nevrologer, og utreder alle typer kognitiv svikt og demens, ofte i samarbeid med nevropsykologene ved nevropsykologisk avdeling. Pasientene henvises til oppfølging hos fastlege via epikrise. -Spesielle tilfeller følges opp ved poliklinikken.
	Nevropsykologisk avdeling (Mosjøen)		-Nevropsykologisk avdeling har foretaksfunksjon for nevropsykologisk utredning og i noen grad oppfølging. -Samarbeid med fastleger, men også omsorgsinstitusjoner på Helgeland, i hovedsak fra sak til sak. Fokus er ofte tilrettelegging og gjennomføring av en faglig god utredning, samt også møter i etterkant for anbefaling av tiltak. -Avdelingen har også deltatt på samarbeidsmøter mellom foretaket og kommuner (i regi av samhandling) for å informere om vårt helsetilbud generelt. Avdelingen har en rutine for å sikre at nødvendige medisinske undersøkelser blir utført på henviste pasienter. -Ved henvisning til nevropsykologisk utredning, bes henvise lege, også fastlege, om å utføre nødvendige medisinske undersøkelser (det sendes en skriftlig medisinsk veileder med anbefalte undersøkelser) som ledd i den differensialdiagnostiske utredning. Også pasienten blir anbefalt å få utført syns- og hørselsvurdering som ledd i dette. -Dersom pasient henvises fra fastlege, uten at nevrolog har tilsett pasient, vil avdelingen som hovedregel anbefale henvisning også til nevrolog. HFet har organisert nevropsykologiske utredninger som en foretaksfunksjon. Avdelingen tar imot både primærhenvisninger, og sekundærhenvisninger der det er spørsmål om hvorvidt en kognitiv funksjonssvekkelse skyldes demens, psykisk sykdom eller har annen årsak. -Henvisningene begrenser seg ikke til pasientgruppen under 70 år, og de tar imot pasienter fra hele Helgeland. -Avdelingen har dedikerte psykologspesialister med erfaring og kompetanse på denne pasientgruppen. De samarbeider med nevrologisk poliklinikk, på pasientsak, har samarbeidsmøter, samt at de bidrar til målkrav for psykologer i spesialisering. Her inngår kognitiv svikt og demens som pasientgrupper. Avdelingen har også samarbeid med psykisk helse, voksen poliklinikk og døgnpost Mosjøen for aktuell pasientgruppe.
Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) HF	Geriatrisk poliklinikk, Medisinsk klinikk, UNN Tromsø	Poliklinikk	-Geriatrisk poliklinikk har en hovedfunksjon når det gjelder demensutredning hos pasienter over 65 år. -Alle følger nasjonale veiledere, men individuelle metoder/ framgangsmåter/ organisering.
	Nevrologisk poliklinikk, NOR-klinikken, UNN Tromsø	Poliklinikk	-Nevrologisk poliklinikk har en hovedfunksjon når det gjelder demensutredning hos pasienter under 65 år.
	Områdegeriatriske tjenester (OGT) Midt-Troms, UNN HF	Poliklinikk	-Demensutredning i hovedsak pasienter > 65 år.
	Medisinsk poliklinikk, Medisinsk klinikk, UNN Harstad	Poliklinikk	-Demensutredning alle aktuelle pasienter.

	Medisinsk poliklinikk, Medisinsk klinikk, UNN Narvik	Poliklinikk	-Demensutredning alle aktuelle pasienter.
	Alderspsykiatrisk seksjon, Psykisk helse og rus klinikken, UNN Tromsø	Poliklinikk og innlagte pasienter	-Demensutredning av i hovedsak eldre pasienter, samt yngre pasienter med demens der det er sammensatt problematikk. -Gjør nevropsykologiske og differensialdiagnostiske vurderinger ved demens, samt følger opp pårørende. -Opptaksområdet er hovedsakelig Troms og Finnmark. Poliklinikken gjør også ambuleringer til Nord-Troms og Finnmark.

4.2 Resultater fra NorKog 2023

I dette kapittelet presenteres data fra NorKog i 2023. Totalt ble 2952 pasienter ferdig utredet i NorKog i 2023 (tabell 7). Gjennomsnittsalder var 75 år, og 49 % var kvinner. Gjennomsnittlig tid fra henvisning til diagnose var 111 dager. Totalt 44 % fikk en demensdiagnose, 43 % fikk diagnosen mild kognitiv svikt, 6 % subjektiv kognitiv svikt, og 4 % hadde ingen kognitiv svikt, mens 3 % ble vurdert å ha en annen årsak til kognitiv svikt. Utvidet utredning (mer enn Mini mental status evaluering (MMSE) og klokkelest) ble gjort for 97 % av pasientene. MR-undersøkelse ble gjennomført hos 78 %. Spinalpunksjon ble utført hos 18 %. Blant dem som hadde demens, fikk 19 % en spesifikk etiologisk diagnose etter andre kriterier enn ICD-10.

Tabell 7. Resultater NorKog på regionalt nivå (Pasienter ferdig utredet i 2023).

	HSØ	HV	HM	HN
Antall	1481	539	503	429
Kvinner – n (%)	708 (48)	278 (52)	233 (46)	218 (51)
Alder – gj.snitt	74	75	75	76
MMSE-NR3 skår – gj.snitt	24	24	23	22
Demens - n (%)	615 (42)	221 (41)	264 (52)	191 (45)
Dager fra henvisning til start utredning – gj.snitt	93	74	84	107
Dager fra henvisning til diagnosedato – gj.snitt	117	97	106	112
Dager fra første konsultasjon til diagnosedato – gj.snitt	25	22	23	4
MMSE-NR3 (utført) – n (%)	1365 (92)	534 (99)	497 (99)	419 (98)
CDT (utført) – n (%)	1409 (95)	533 (99)	491 (98)	317 (74)
CSDD (utført) – n (%)	850 (57)	225 (42)	314 (62)	360 (84)
Somatisk us (utført) – n (%)	1312 (86)	480 (89)	464 (92)	393 (92)
Utvidet testing (utført) – n (%)	1422 (96)	530 (99)	494 (98)	415 (97)
Utvidet testing (utført) – n (%)	251 (17)	8 (1)	28 (6)	133 (31)
CT utført – n (%)	461 (31)	51 (9)	73 (15)	138 (32)
MR utført – n (%)	1099 (74)	469 (87)	429 (85)	292 (68)
Amyloid PET utført – n (%)	33 (2,2)	4 (0,7)	5 (1,0)	0 (0)
FDG PET utført – n (%)	133 (9)	28 (5)	19 (4)	1 (0,2)
Spinalpunksjon utført – n (%)	304 (21)	67 (12)	130 (26)	35 (8)
Etiologisk demensdiagnose – n (%)	230 (37)	98 (44)	155 (59)	65 (34)

På senternivå inkluderte vi bare pasienter fra senter som inkluderte 20 pasienter eller flere. Totalt ble 2915 pasienter inkludert. Det er relativt stor variasjon i utvalg (se vedlegg 5; *Data om tjeneste NorKog fordelt på senter*). Gjennomsnittsalder varierer fra 64 år til 80 år, og gjennomsnittlig skår på MMSE varierer fra 20 til 26. Andelen som får en demensdiagnose varierer fra 13 % til 72 %. Antall dager fra henvisning til diagnose varierer fra 61 til 246. Andelen som gjennomfører en MR-undersøkelse varierer fra 43 % til 97 %, og andelen som undersøkes med spinalpunksjon varierer fra 1 % til 47 %. Amyloid PET-scan brukes sjelden, da bare 42 pasienter totalt har fått gjennomført Amyloid PET-scan. Ved 19 senter er Amyloid PET-scan ikke brukt, mens andelen ellers varierer fra 1 % til 9 %. Andelen som får en spesifikk etiologisk diagnose etter andre kriterier enn ICD-10 varierer fra 6% til 84%.

4.3 Resultater fra spørreundersøkelser (questback) til kommuneoverleger og hukommelsesteam

Resultater fra spørreundersøkelsen oppsummeres i tekst. Vi viser også til tabeller 1-18, som ligger som vedlegg til rapporten (vedlegg 6).

Leger

En spørreundersøkelse om demensutredning og samarbeid med spesialisthelsetjenesten ble sendt ut til alle landets kommuneoverleger med 11 dagers svarfrist, og 122 leger (33 %) besvarte undersøkelsen. Mange kommuneoverleger jobber også som fastleger og kunne velge om de ville svare på vegne av egen fastlegepraksis (39 %) eller som kommuneoverlege på vegne av fastlegene i kommunen (53 %). Resterende 8 % er besvart av «andre» (blant annet hukommelsesteam/koordinator (4), kommunalsjef (1), tillitsvalgt for fastlegene i kommunen (1)).

Samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten forgår i hovedsak via telefon og elektroniske meldinger. Det er verdt å merke seg at så mange som 19 % svarer at de samarbeider ved fysiske møter der pasienten er til stede. I tillegg har de fysiske møter uten pasient, og digitale møter (se tabell 1, i vedlegg 6).

På spørsmål om legen benytter seg av veiledning fra spesialisthelsetjenesten, svarer 19 % at de ofte eller veldig ofte benytter seg av dette, og 57 % svarer at de gjør det av og til. Halvparten av legene mener at veiledningen fra spesialisthelsetjenesten er til god eller svært god hjelp i deres praksis. Til sammen 30 % synes det er til noe hjelp, mens 8 % mener det er til liten eller ingen hjelp, og 6 % svarer at de ikke benytter seg av slik veiledning (se tabell 2 og 3 i vedlegg 6).

Når det gjelder hvor tilgjengelig spesialisthelsetjenesten er, svarer 45 % at de opplever at spesialisthelsetjenesten er veldig eller ganske tilgjengelig når de trenger veiledning, mens 16 % opplever at spesialisthelsetjenesten er lite eller ikke tilgjengelig. Til sammen 60 % av legene rapporterer at spesialisthelsetjenesten sjelden eller aldri etterspør informasjon om pasienter med demens som er utredet i spesialisthelsetjenesten, men som følges opp både i kommune- og i spesialisthelsetjenesten (se tabell 4 og 5 i vedlegg 6).

70 % av fastlegene svarer at de ønsker tettere eller hyppigere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De ønsker tettere samarbeid om veiledning/hjelp til å stille diagnose, spesielt ved kompliserte tilfeller og yngre personer. Mange av legene ønsker råd om legemiddelbehandling ved demens og oppfølging av dette. Det er også flere som trekker fram behov for veiledning om behandling og oppfølging ved atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD), samt vurdering av samtykke og bruk av tvang. Videre ønskes samarbeid om førerkortvurderinger. Mange ønsker at det hadde vært enklere og raskere å få veiledning fra spesialisthelsetjenesten (se tabell 6 i vedlegg 6).

Når legene vurderer om de skal utrede pasienter selv i samarbeid med hukommelsesteamet eller henvise dem til spesialisthelsetjenesten, er det først og fremst pasientens symptombilde og alder, i tillegg til legens egen kompetanse, som oppgis som hovedgrunner for beslutningen om henvisning (se tabell 7 i vedlegg 6).

I de tilfellene der lege, i samarbeid med hukommelsesteam, har gjort en basal demensutredning, henviser likevel 12 % av legene ofte eller veldig ofte til spesialisthelsetjenesten, selv om pasienten verken fremstår som kompleks eller komplisert. Årsaker til dette rapporteres å være usikkerhet rundt (etiologisk) diagnose og ønske om kvalitetssikring eller en «second opinion». Noen ønsker å få råd om legemiddelbehandling eller bistand om pasienter med kompliserte symptomer (se tabell 8 i vedlegg 6).

Noen leger kommenterer at de opplever press eller forventninger fra pasientene eller deres pårørende om at utredningen skal skje i spesialisthelsetjenesten. Flere oppgir at de henviser for å få råd angående ulike forhold knyttet til oppfølging, som for eksempel vurdering av førerkort, samtykkekompetanse og behov for verge.

Hukommelsesteam

En spørreundersøkelse (questback) tilsvarende den som ble sendt til legene ble også sendt til alle landets hukommelsesteam med spørsmål om demensutredning og samarbeid med spesialisthelsetjenesten med 13 dagers svarfrist. Til sammen har 44 % av hukommelsesteamene svart på undersøkelsen. Hukommelsesteam omtales her også som teamene.

Samarbeid mellom hukommelsesteamene og spesialisthelsetjenesten forgår i hovedsak via telefon og elektroniske meldinger. Så mange som 22% svarer at de samarbeider ved fysiske møter der pasienten er til stede. I tillegg har de fysiske møter uten pasient, og digitale møter. Hele 37 % svarer at de kun samarbeider med spesialisthelsetjenesten via fastlegen (se tabell 9 i vedlegg 6).

På spørsmål om hukommelsesteam benytter seg av veiledning fra spesialisthelsetjenesten, svarer 45 % at de sjelden eller aldri benytter seg av slik veiledning og 46 % svarer av og til. Av de som benytter seg av veiledning, svarer rundt halvparten at de syns at veiledningen fra spesialisthelsetjenesten er god eller svært god hjelp, 20 % syns det er til noe hjelp og 12 % svarer at det er til liten eller ingen hjelp (se tabell 10 og 11 i vedlegg 6).

Når det gjelder hvor tilgjengelig spesialisthelsetjenesten er, svarer 39% at de opplever at spesialisthelsetjenesten er veldig eller ganske tilgjengelig når de trenger veiledning, mens 15% opplever at spesialisthelsetjenesten er lite eller ikke tilgjengelig (se tabell 12 i vedlegg 6).

Når en utredning er gjort i spesialisthelsetjenesten, har spesialisthelsetjenesten en viktig rolle i å sikre kontakt mellom pasient og kommunale tjenester som hukommelsesteam. Til sammen 37 % av teamene opplever at spesialisthelsetjenesten sikrer slik kontakt i stor eller svært stor grad, 33 % opplever det i noen grad, mens 27 % svarer at dette skjer i liten grad (se tabell 13 i vedlegg 6).

Når det gjelder å få tilstrekkelig med informasjon fra spesialisthelsetjenesten om pasienter som teamene følger opp eller har vært med å kartlegge, opplever 40 % av teamene å få tilstrekkelig informasjon og 42 % svarer at de ikke får tilstrekkelig informasjon (se tabell 14 i vedlegg 6).

69 % av hukommelsesteamene har et ønske om tettere eller hyppigere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De ønsker mer informasjon fra spesialisthelsetjenesten, og de ønsker spesielt tettere samarbeid om overgangen mellom helsetjenestenivåene. Dette innebærer å sikre tidlig kontakt for å starte oppfølgingen i primærhelsetjenesten så raskt som mulig. Teamene ønsker direkte informasjon til seg selv og ikke kun gjennom fastlegen, spesielt om diagnose og plan for oppfølging. I tillegg foreslår de at spesialisthelsetjenesten rutinemessig bør innhente samtykke fra pasient til kontakt med hukommelsesteamet og sørger for å etablere slik kontakt (se tabell 15 i vedlegg 6).

Hukommelsesteamene har et ønske om tydeligere rolleavklaring på systemnivå mellom helsetjenestenivåene, blant annet for å unngå dobbeltarbeid i utredningen og unødvendig belastning på pasienten. Noen team opplever at spesialisthelsetjenesten lover eller setter i gang prosesser rundt tjenester som kommunene ikke har eller har kapasitet til å levere, eller som det viser seg at pasienten ikke ønsker. Årsaken til dette kan være at spesialisthelsetjenesten ikke kjenner godt nok til tilbudene i kommunen. Hukommelsesteamene svarer også at de ønsker god tilgang på faglig veiledning og faste møtepunkter med spesialisthelsetjenesten.

På spørsmål om hukommelsesteam oppdaterer spesialisthelsetjenesten om pasienter med demens som følges opp både av hukommelsesteamet og i spesialisthelsetjenesten, svarer 23 % ja og 42 %

nei. Flere kommenterer at slik oppdatering kun skjer via fastlegen eller i spesielle tilfeller. Kun 19 % oppgir at spesialisthelsetjenesten etterspør slik informasjon (se tabell 16 og 17 i vedlegg 6).

Til sammen 21 % av hukommelsesteamene rapporterer at fastlegene ofte eller veldig ofte henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten for videre utredning, selv etter at fastlegen og hukommelsesteamet har gjennomført en basal utredning, og pasientens tilstand verken oppleves som kompleks eller komplisert. For 38 % av teamene skjer dette av og til, mens det for 33 % av teamene skjer sjelden eller aldri (se tabell 18 i vedlegg 6).

Mange hukommelsesteam peker på flere årsaker til hvorfor det henvises til spesialisthelsetjenesten i saker der teamene mener det er gjort en tilstrekkelig basal utredning utført av fastlegen og teamet. Mange svarer at de tror det er usikkerhet og manglende kompetanse hos fastlegen når det gjelder utredning og diagnostisering av demens. Andre mulige årsaker som nevnes er utfordringer knyttet til førerkortvurderinger, begrensninger i tid og kapasitet hos legen, eller manglende kjennskap til anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje om demens. I tillegg kan ønsker fra pasienten, pårørende eller hukommelsesteamet spille en rolle i henvisningspraksisen. I de tilfellene der pasienter blir henvist direkte til spesialisthelsetjenesten, til tross for at en basal utredning kanskje ville vært tilstrekkelig, antyder flere hukommelsesteam at dette kan skyldes at legen ikke kjenner til teamet og deres kompetanse.

4.4 Resultater fra nasjonal kartlegging

Vi har hentet tidligere upubliserte data fra *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022*, angående hukommelsesteam i kommunene. Se; <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-kommunenes-tilrettelagte-tjenestetilbud-for-personer-med-demens-2022>.

Det kom svar fra 339 av 371 kommuner (91 %). Bydeler i Oslo ble regnet som kommuner. Totalt hadde 302 kommuner (88 %) hukommelsesteam. I 69 % av kommunene hadde hukommelsesteam fast avsatt tid. Fordelt på RHF hadde Helse Nord noe lavere andel kommuner med hukommelsesteam (80 %) enn Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt, hhv 90, 91 og 93 %. Helse Vest (54 %) og Helse Nord (55 %) hadde lavere andel kommuner der hukommelsesteam hadde fast avsatt tid enn Helse Sør-Øst (78 %) og Helse Midt (78 %). Når det gjelder bemanning (stillingsprosent per 1000 innbyggere), hadde Helse Nord noe mer bemanning per 1000 innbyggere (10,6 %) enn henholdsvis Helse Midt (9,1 %), Helse Vest (8,8 %) og Helse Sør-Øst (9,2 %).

En detaljert fremstilling er vist i vedlegg 7; *Kommunale ressurser i helseforetakene - data på kommunenivå fra Nasjonal kartlegging*. Legg merke til at det er nokså stor forskjell på gjennomsnittsverdi (mean) og midttallet (median). Dette skyldes at noen få kommuner har betydelig høyere bemanning enn gjennomsnittet.

5 Diskusjon av resultatene

Hovedtrekkene i rapporteringen fra helseforetakene var tydelige, selv om presisjonsnivået i rapporteringen var noe ulikt. Det er mange enheter som utreder demens og kognitiv svikt. Flere har pekt på forholdet mellom høyt pasientvolum, tilgang til avansert utredning og geografisk distanse. Noen enheter får få pasienter henvist, noe som kan være ugunstig med tanke på å bygge høy kompetanse. Det er særlig enheter i Helse Nord som løfter fram disse perspektivene.

Videre viser kartleggingen at utredning av kognitiv svikt og demens vanligvis foregår i geriatrike eller alderspsykiatriske avdelinger, mens bare et fåtall nevrologiske avdelinger har et hovedfokus på demensutredning. Vanligvis begrenses utredning av demens ved nevrologiske avdelinger til tidlig debuterende kognitiv svikt eller kognitiv svikt med andre ledsagende nevrologiske symptomer. Hvor utredningene foregår skiller seg derfor fra flere andre land der nevrologien har en mer sentral plass i generell utredning av kognitiv svikt.

Funnene viser at ved flere av helseforetakene er systematisk klinisk samarbeid med primærhelsetjenesten lite utbredt, samt at ansvarsfordelingen mellom enhetene og nivåene er uklar. Datamaterialet peker på at Helse Midt har kommet lengst i å prøve ut modeller for forpliktende og forutsigbart samarbeid mellom nivåene. Fra spørreundersøkelsene som ble sendt ut til hukommelsesteam og kommuneoverleger fant vi at både leger (70 %) og hukommelsesteam (69 %) ønsket tettere og/eller hyppigere samarbeid med spesialisthelsetjenesten angående diagnose, legemiddelbehandling, vanskelige saker, plan/behov for annen oppfølging, samt tydeligere ansvarsfordeling/rolleavklaring. Dette ble også tydelig belyst i svarene fra primærhelsetjenesten, hvor de ble spurt om de benyttet seg av veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og om de hadde utbytte av dette. Av legene mente 50 % at de får god eller svært god hjelp, og for hukommelsesteam er tilsvarende tall 49 %. Hukommelsesteamene ytrer ønsker om at spesialisthelsetjenesten sikrer at det opprettes kontakt mellom pasient (og pårørende) og primærhelsetjenesten, ved utredning i spesialisthelsetjenesten, og at det er automatikk i at de innhenter samtykke til å henvise, og dernest henviser til hukommelsesteam. Hukommelsesteamene ønsker at spesialisthelsetjenesten sender informasjon om pasienten direkte til hukommelsesteamene, ikke kun via fastlegen. Dette gjelder både resultater fra utredningen og planer/behov for oppfølging. I forbindelse med dette, er også tidsressurser en viktig faktor i beregningen. Funnene viser at andelen regionale (og lokale) helseforetak med fast avsatt tid for demensutredning- og oppfølging varierer. I Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har 78 % av kommunene et team med fast avsatt tid, mens i Helse Vest og Helse Nord er andelen hhv. 54 % og 55 %. Hvor mye tid som er avsatt varierer også mye mellom helseforetakene og ikke minst mellom de enkelte kommunene. Team som ikke har fast avsatt tid, må finne tid mellom andre oppgaver de har i sin stilling. I mange kommuner er kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten sprengt, og oppgaver som ikke har fast avsatt tid må nedprioriteres. Det kan da være utfordrende å finne tid til å gjøre jobben som hukommelsesteam. Funksjonene til hukommelsesteam er til tider tidkrevende, for eksempel tar kartlegging i forbindelse med basal utredning omtrent ett dagsverk. Funnene fra flere runder med Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens viser at en økende andel av kommunene har hukommelsesteam, men selv om en stor andel norske kommuner (88 %) nå har etablert hukommelsesteam eller en ressursperson på demens, som blant annet skal bistå fastlegene i utredning av demens, er det på landsbasis kun 69 % av kommunene som har team med fast avsatt tid til sitt arbeid. Der kapasiteten til bistand i basale demensutredninger i kommunene i helseforetakets opptaksområde er lav eller kompetanse mangler, kan dette medføre at en større andel pasienter enn nødvendig henvises til utredning i spesialisthelsetjenesten. Det kom i tillegg frem at pasienter kan bli henvist til spesialisthelsetjenesten selv om en basal utredning ved

fastlege og hukommelsesteam kunne vært tilstrekkelig for å stille entydig demensdiagnose. Dette kan reflektere usikkerhet i diagnosearbeidet. De nevnte funnene over belyser behovet for et enda tettere samarbeid og en høyere grad av kommunikasjon mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Videre kom det frem at metodene for utredning i stor grad er basert på anbefalinger i demensretningslinjen og/eller fra NorKog-protokollen. Fra tilbakemeldingene er det vanskelig å gjennomskue hvilken utredning som brukes for hvilke pasienter. For eksempel viser data fra NorKog betydelig variasjon på senternivå, mens variasjonen er mindre når vi analyserer nivåene helseforetak og regionale helseforetak. De aller fleste sentrene gjør utredning som er mer omfattende enn basal utredning av demens som brukes i primærhelsetjenesten. Resultatene viser at pasientene som utredes i Helse Nord har høyere alder og mer uttalt kognitiv svikt enn i de andre regionene. Det kan tyde på at pasientene kommer senere til utredning i Helse Nord. Tilgang til avansert biologisk diagnostikk varierte også mye mellom regionene. Det kom frem at undersøkelser som MR-undersøkelse, PET-scan og spinalpunksjon ble mindre brukt i Helse Nord enn i de andre regionene. Geografisk distanse er gjennomgående i tilbakemeldingene fra Helse Nord, og kan sannsynligvis bidra til å forklare noen av problematikene beskrevet over.

I oppsummering viser funnene så langt at det er variasjon i tilbudet om utredning av kognitiv svikt, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Samhandling mellom nivåene varierer også. Avveining mellom behov for kort reisevei og høy presisjon i diagnosearbeidet vil være sentralt i det videre prosjektarbeidet. Forutsigbar fordeling av oppgaver mellom enheter i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er etterspurt og vil være nødvendig for å møte nye utfordringer i nær framtid der høy presisjon i diagnosearbeidet blir stadig viktigere for å gi tilpasset og optimal behandling. Innholdet i denne rapporten vil, i tilpasset form, også inngå i den endelige prosjektrapporten som leveres i september 2024.

6 Oversikt, vedlegg

1. Mandat for utredningsarbeidet
2. Brev til HF 120124
3. Spørreskjema kommuneleger_delleveranse 1
4. Spørreskjema hukommelsesteam_delleveranse 1
5. Tabell. NorKog senternivå
6. Tabeller 1-18. Spørreskjemaundersøkelse (questback)
7. Kommunale ressurser i helseforetakene

7 Referanser

- Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015. *Den gode dagen*.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020. *Et mer demensvennlig samfunn*.
https://www.regjeringen.no/contentassets/620a5b08e6094254b2f4263239b6b80d/demensplan_2020_kortversjon.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2025.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2022. Oslo: Helsedirektoratet, 2023;
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-kommunenes-tilrettelagte-tjenestetilbud-for-personer-med-demens-2022>
- Helsedirektoratet. Demens. Nasjonal faglig retningslinje. 2017;
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>