

Klinisk-akademisk gruppe (CAG) for Alzheimers sykdom

Ledere: Axel Sandvig, professor, INB. Overlege, Nevrologisk avd, St Olavs hospital og Ingvild Saltvedt, avdelingssjef, Avd. for geriatri, St Olav, professor, INB

I dette arbeidet: Ann-Elin Johansen, ergoterapispesialist i eldres helse MSc, Ressurscenter for demens, Trondheim kommune og NTNU

CAG er finansiert av Helse Midt-Norge og NTNU

MÅLSETNING CAG: styrket regionalt samarbeid



Forskning

Nettverksbygging
Synergieffekter
Grunnlag for translasjonsforskning



Klinikk

Bedre regionalt samarbeid
Bedre samhandling og pasientforløp

Integrert forskning og klinikk



Helseplattformen
Kliniske studier
Rekruttere klinikere til forskning



Utdanning

Implementere ny kunnskap i eksisterende utdanninger og kurs

Begreper

- Demens – ervervet kognitiv svikt som medfører funksjonstap
- Mild kognitiv svikt (MCI) – objektiv påvisbar kognitiv svikt, men ikke åpenbar funksjonssvikt.
 - Progredierer til demens hos ca 50%.
 - Målgruppe for forskning, blant annet legemiddelutprøving

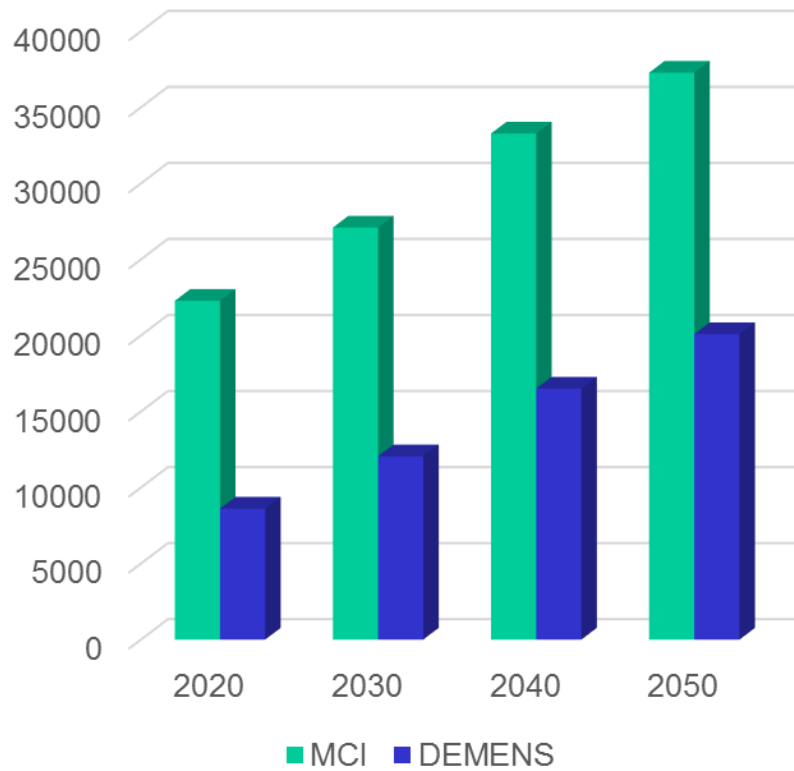
Aktivitet knyttet til kognitiv svikt i Midt- Norge

- Mye klinisk aktivitet
 - Poliklinisk
 - Inneliggende
 - Primærhelsetjenesten
- Stor forskningsaktivitet
 - Basalforskning
 - Klinisk forskning
 - Epidemiologi
- Undervisning

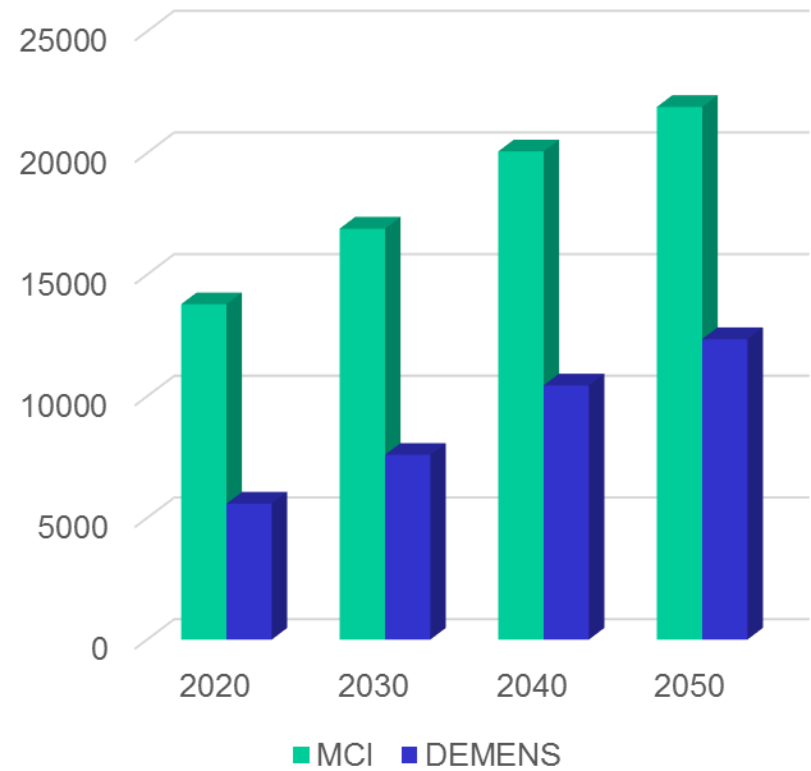


Prevalens av demens og MCI

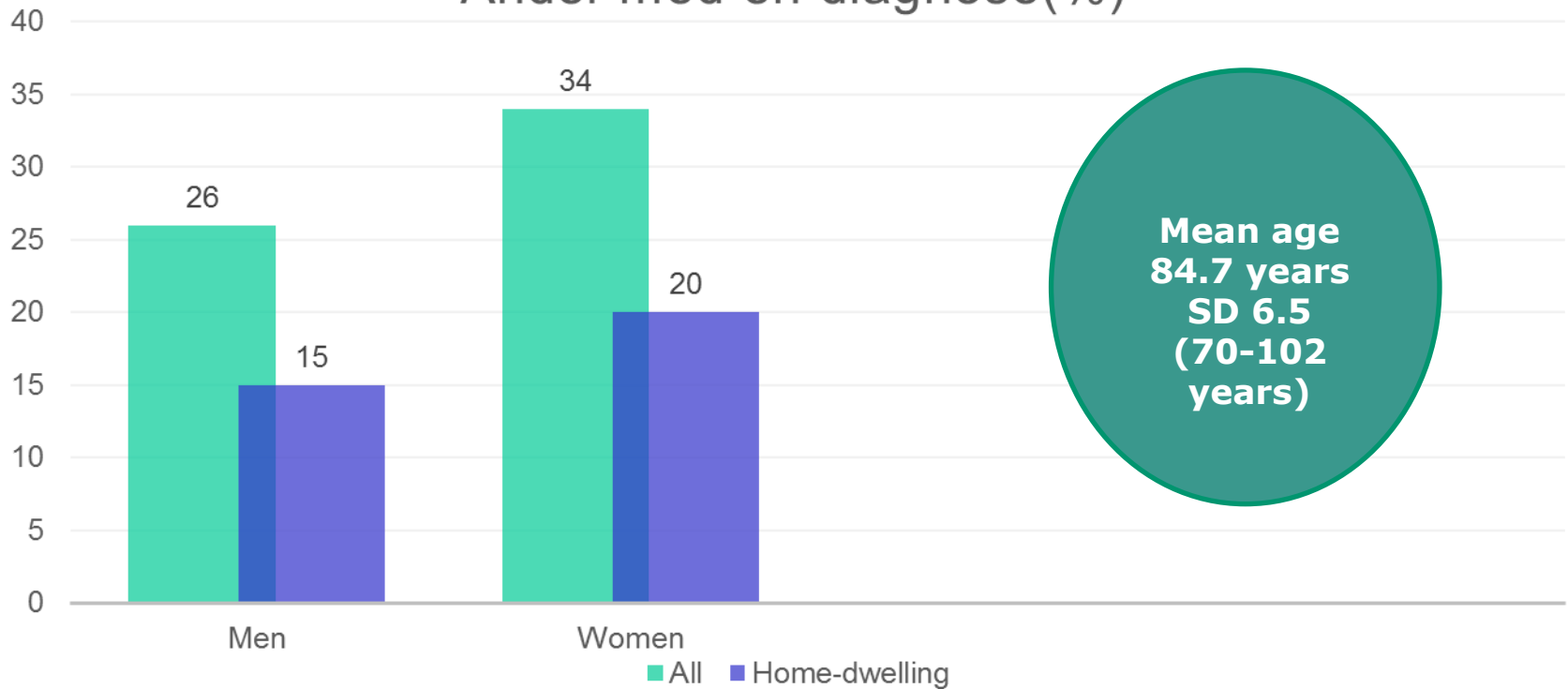
Trøndelag



Møre og Romsdal



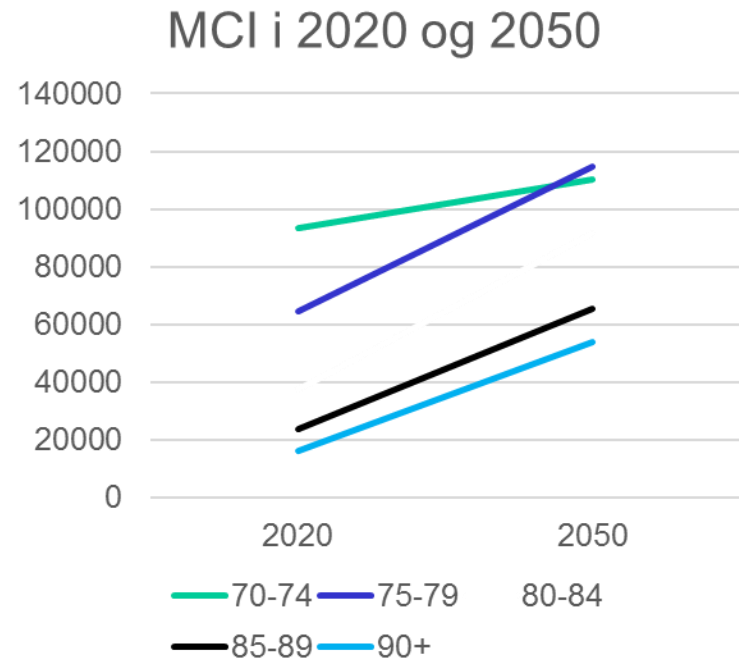
Andel med en diagnose(%)



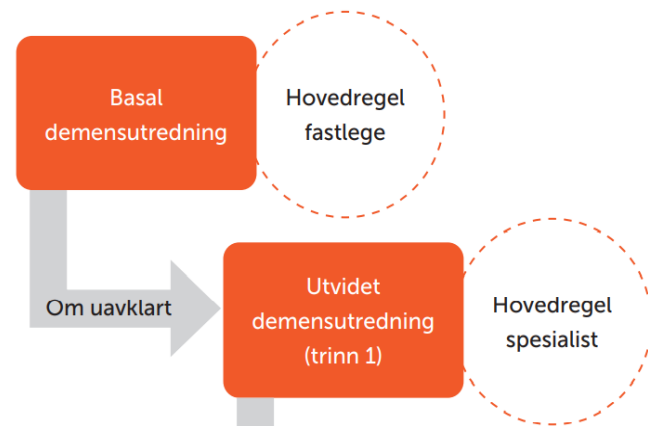
Gjøra et al. National Dementia Conf
2021

Diagnose på MCI-nivå blir viktig for behandling

Antall å diagnostisere	
Demens i 70+	97 002
MCI i 70+	235 344



Tilfeller som kan være aktuelt for fastlegen å henvise videre til spesialisthelsetjenesten:



- når legen føler seg utrygg på utredningen og/eller det er vanskelig å stille diagnosen
- ved særlige kompliserte tilfeller, som alvorlige atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens, kompliserte komorbide somatiske/psykiske lidelser mv.
- når personen er yngre
- når personen har samisk kulturbakgrunn eller minoritetsbakgrunn, der språk, utdanningsnivå og/eller kultur er barrierer i utredningen, og der spesialisthelsetjenesten har bedre kompetanse på området
- når personen har utviklingshemming

Nasjonal faglig retningslinje

WP3 – standardisering av utredning i spesialisthelsetjenesten i HMN

Mål

- Bedre diagnostikk og koding
- Fordeling av oppgaver mellom primær- og spesialisttjenesten
- Fordeling av oppgaver mellom spesialitetene
- (Helhetlige pasientforløp)

Prosjektperiode 01.09.2021 – 31.08. 2023

Hva har vi gjort?

1. Kartlegging av praksis i spesialisthelsetjenesten i HMN
2. Gruppearbeider innen ulike faggrupper
3. Møter med praksiskonsulenter, statsforvaltere m.fl
4. Samarbeid med andre prosjekter
5. Work-shop

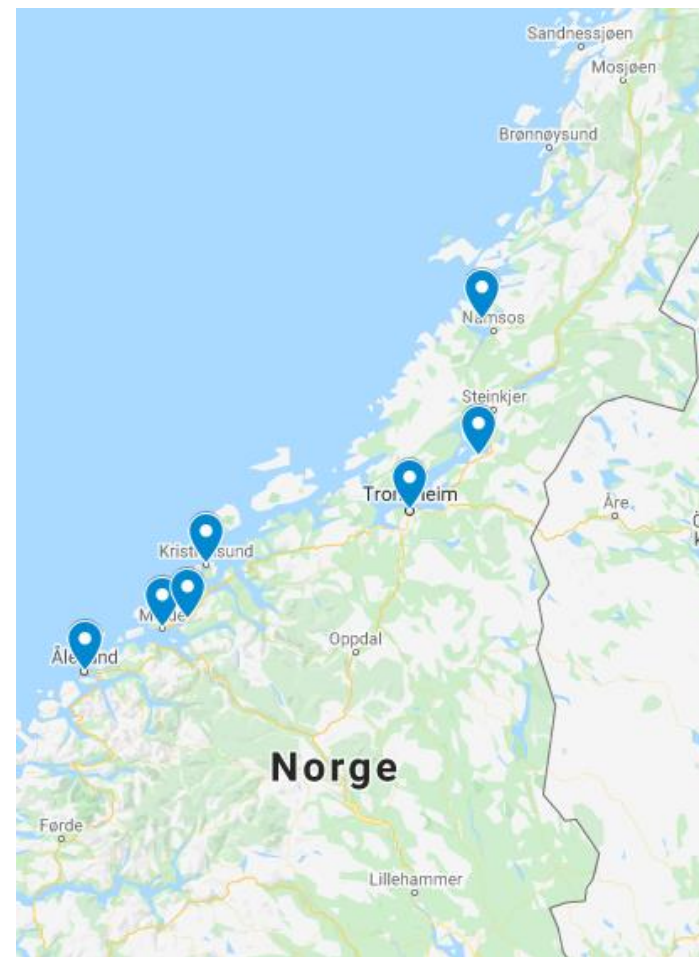
Kartlegging av dagens praksis

Intervju med

- 6 sykehus, 15 poliklinikker
 - Geriatri - 5
 - Nevrologi - 5
 - Alderspsykiatri - 5

Tema som ble belyst

- Ressurser/ Rammebetingelser/ Arbeidsform
- Rutiner for henvisning/ Hvem utredes
- Innhold i utredningen
- Rutiner for oppfølging og dialog etter diagnose
- Samarbeid og samhandling
- Planer og ønsker for framtidig utredningsforløp



Funn

- Ulik praksis, både mellom sykehusene og spesialitetene
- Tydelig bilde på arbeidet med den «vanlige» pasienten (AD) som kommer til utredning for kognitiv svikt
- Vi fant ikke den samme systematikken i utredning og oppfølging av mer komplekse pasienter eller spesifikke pasientgrupper som
 - yngre pasienter med kognitiv svikt
 - pasienter med demens med lewylegemer (DLB)
 - pasienter med frontotemporal demens (FTD)
- Uklar ansvarsfordeling mellom spesialister og fastleger i oppfølging
- Samhandlingen mellom nivåene fungerer ikke optimalt

- Henvisninger
 - Ulik praksis for behandling
 - Ulike krav til forarbeid fra primærhelsetjenesten
 - Mangelfulle henvisninger kan føre til avvisning, evt forlenget ventetid
 - Ved avvisning – ulik praksis for veiledning av fastlegene

- Fordeling mellom spesialitetene
 - Noen ganger tilfeldig hvor pasienten havner først, kommer an på fastlegens kunnskap og kjennskap til spes.h.tj., personlig erfaring og praksis
 - Arbeidsfordeling mellom spesialiteter varierer ved ulike sykehus

- **Spesialisthelsetjenesten**
 - Begrenset kapasitet
 - Utfører mye basal demensutredning + NORKOG batteriet
 - For liten kapasitet til komplekse pasienter/ sjeldne former for demens
 - Ujevn tillit til fastlegenes kompetanse og kommunenes ressurser på demensfeltet
 - Det oppleves store forskjeller mellom kommunene

- **Samhandling mellom nivåene**
 - Mangelfulle strukturer for samarbeid mellom spes.h.tj., fastlege og kommunehelsetjeneste
 - Spes.h.tj. savner tilbakemelding om pasient fra fastlege
 - Mangelfulle strukturer for veiledning og kompetanseoverføring fra spes.h.tj.

Utfordringer

- Kompetanse
 - Fastleger
 - Generelt i kommunehelsetjenesten og hukommelsesteam
 - Spesialisthelsetjenesten (LIS utdanning og for veiledning)
- Kapasitet og kontinuitet
 - Fastleger
 - Hukommelsesteam/ -koordinator
 - Spesialisthelsetjenesten
- Organisering
 - Manglende strukturer for samarbeid
 - Nivåene kjenner dårlig til hverandre
- Brukerperspektiv
 - Informasjon og veiledning av pasient og pårørende
 - Oppfølging etter diagnose
- Motivasjon – noen fastleger vil ikke drive med demensutredning

Videre arbeid hos oss

- Mye å hente på nettverksbygging i spesialisthelsetjenesten
- Arbeide mot en felles standard for utredning av kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten (for nevrologi, geriatri og alderspsykiatri)
- Definere målgruppene for utredning i spesialisthelsetjenesten
- Avklare arbeidsfordeling mellom spesialitetene
 - (Nevro-) psykologenes rolle
- Sikre god informasjon til pasient og pårørende
- Legge til rette for god oppfølging (samhandling med kommunene)
- Etablere strukturer for samhandling mellom nivåene
 - Samlinger spes.h.tj. og hukommelsesteam/ -koordinatorer
 - Fagdager
 - Prosjekter
 - Kjennskap til samarbeidende kommuner

Overordnet

- Hukommelsesteamene må styrkes!
 - Bedre infrastruktur i kommunene
 - Avlaster fastleger
 - Være ressurspersoner i lokalmiljøet
 - Samhandle med fastleger (og spesialister)
 - Kontaktpunkt mellom spesialisthelsetjenesten og pasientene
 - Viktig blant annet for forskning og utprøving av ny behandling
- Bedre samhandling mellom spesialister og hukommelsesteam og fastleger
 - Telefon
 - Digitale møter
 - Kurs, konferanser

Styrende dokumenter



Helsedirektoratet

Demens

Nasjonal faglig retningslinje

Først publisert: 16. august 2017
Sist faglig oppdatert: 03. januar 2020

Foto: Nils Heldal, Framom

HELSE MIDT-NORGE

REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2023–2026

