

Regional handlingsplan for organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten 2026-2030

Sammendrag

Den regionale handlingsplanen for organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten gjelder for perioden 2026–2030 og er utarbeidet på oppdrag fra styret i Helse Midt-Norge RHF. Planen bygger på en interregional rapport fra 2024 og skal sikre en helhetlig og harmonisert organisering av utredning av pasienter med demens og kognitiv svikt i Helse Midt-Norge. Den legger vekt på tydelig ansvarsfordeling, kompetanseheving og styrket samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, fastleger og kommunale tjenester.

Handlingsplanen gir overordnede føringer og omtaler forskning, diagnostikk, behandling og forebygging på et strategisk nivå. Forebygging omtales kun kort, mens hovedfokus er utredning, behandling og oppfølging. Planen understreker behovet for demensvennlige sykehus, bedre pasientforløp og rutiner for informasjonsoverføring mellom tjenestenivåene.

Oppfølging av planen skjer gjennom årlige møter i fagledernettsverk og revisjon hvert andre år. Målet er å sikre lik praksis, høy faglig kvalitet og god pasient- og pårørendeinvolvering i hele regionen.

Takk til alle som har deltatt i utarbeidelsen av handlingsplanen.

Versjonslogg	Dato	Behandlet av
0.9	31.10.25	Fagdirektørmøtet
0.95	05.12.25	Endringer- Tatt med innspill fra høringsinstanser og kjernegruppen. Behandlet i Fagdirektørmøte
1.0	05.02.26	Styrebehandlet i Helse Midt-Norge RHF



1 Innledning og bakgrunn

1.1 Grunnlagsdokumenter, rammer og føringer

I juni 2023 ga Helse- og omsorgsdepartementet alle helseregionene, under ledelse av Helse Sør-Øst, i oppdrag å utrede en hensiktsmessig organisering av utredning av kognitiv svikt og demens i spesialisthelsetjenesten, der det også skulle beskrives modeller/mekanismer for samarbeid med fastleger og eventuelt andre deler av kommunens helse- og omsorgstjeneste, som hukommelsesteam. Oppdraget ble utført av Aldring og helse og rapport ble oversendt HOD desember 2024.

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet 12.desember 2024 i sak 139-2024 interregional rapport om organisering av utredning av demens og kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten. Styret ba om at det iverksettes et arbeid for å en regional handlingsplan basert på anbefalinger i rapporten.

Styret pekte også på viktigheten av å ha en bred tilnærming til tema, også innenfor for eksempel forskning og utdanning. Styret var videre opptatt at sykehusene i regionen må være demensvennlige.

1.2 Avgrensninger

Handlingsplanen gir en kortfattet omtale av pågående forskning, samt muligheter og utfordringer knyttet til nye metoder for diagnostikk og behandling. Detaljerte kunnskapsoppsummeringer og medisinskfaglige vurderinger behandles imidlertid i andre sammenhenger – blant annet i den pågående revisjonen av nasjonale faglige retningslinjer i Helsedirektoratet, og gjennom metodevurderinger i systemet Nye metoder. Forskning på feltet omtales kort i handlingsplanen.

Forebygging av kognitiv svikt og demens er i stor grad knyttet til generelle tiltak for å opprettholde god hjernehelse. Handlingsplanen går ikke i dybden på forebygging, men de viktigste primærforebyggende tiltakene er likevel beskrevet, basert på deres betydning for risikoen for å utvikle sykdom.

I arbeidet med rapporten som danner grunnlaget for handlingsplanen, ble det gjort rede for en avgrensning mot kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har ikke mandat til å påvirke hvordan kommunene organiserer sine tjenester. Rapporten beskriver likevel modeller og mekanismer for samhandling mellom tjenestenivåene. Den samme avgrensningen gjelder for handlingsplanen. Tiltak for å styrke samhandlingen er spesifisert, uten at det gis føringer for hvordan dette bør organiseres i kommunene.



1.3 Organisering av arbeidet

Avdeling for helsefag ved Helse Midt-Norge RHF har vært ansvarlig for utarbeidelsen av handlingsplanen. Det ble etablert en arbeidsgruppe med fagressurser innen geriatri, nevrologi og psykiatri fra helseforetakene, regionale brukerrepresentanter og konserntillitsvalgte. For å sikre tilstrekkelig involvering ble det gjennomført en workshop med eksterne samarbeidspartnere fra kommuner, fastlege, utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem og kommunale representanter fra helsefelleskap. Utkast til handlingsplan har vært på høring i helseforetakene, til representanter fra helsefelleskapene og deltakere på workshop. Handlingsplanen er behandlet i regionalt fagdirektørnettverk som stiller seg bak handlingsplanen.

Avdeling for helsefag har også hatt dialog og samarbeid med de øvrige helseregionene i utforming av handlingsplan.

1.4 Plan for innføring og oppfølging av tiltak

Handlingsplanen er utarbeidet på overordnet regionalt nivå. I oppdrag og bestilling 2026 vil vært enkelt helseforetak få i oppdrag å utarbeide lokale tiltaksplaner basert på den regionale handlingsplanen.

Det vil være ulikt hvordan de enkelte tiltakene passer inn i lokale forhold. Det bør tilstrebes regional likhet, men hvert enkelt helseforetak må tilpasse planen til lokale forhold, og innføre tiltak i omfang og rekkefølge som passer lokalt.

Det anbefales at fagledernetttverk for de ulike fagprofesjonene som omfattes av handlingsplanen gjennomfører årlige fellesmøter for å følge opp tiltak i handlingsplanen eller at man oppretter et felles fagråd i fagledernetttverksstrukturen. Alle tiltak som omhandler samhandling/samarbeid med kommunene, bør tas i hvert lokale helsefelleskap.

Avdeling for helsefag ved Helse Midt-Norge RHF vil følge opp innføring av handlingsplanen via regionalt fagdirektørmøte og andre aktuelle fora. Planen vil bli revidert hvert andre år.

2 Pågående arbeid i Helse Midt-Norge

2.1 Translational Neuroscience CAG for Alzheimer's Disease

Siden 2021 har Samarbeidsorganet finansiert en Clinical academic group (CAG) Alzheimer. De har gjennomført en kartlegging av dagens praksis for utredning av



kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge med målsetning om harmonisering og standardisering av utredning av kognitiv svikt i spesialisthelsetjenesten innen de tre spesialitetene geriatri, nevrologi og alderspsykiatri. Funn fra dette arbeidet er en del av den nasjonale rapportens underlag og flere av anbefalingene i den nasjonale rapporten er basert på CAGens funn.

Kartleggingen utført i Helse Midt-Norge viser at det er et forbedringspotensiale i organiseringen av utredning av kognitiv svikt, både når det gjelder samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og når det gjelder samhandling innad i spesialisthelsetjenesten. Samhandlingen må styrkes, gjerne i form av pasientforløp som tydeliggjør hvem som har ansvar for hva, og som setter pasient og pårørende i fokus.

CAG fortsetter sitt arbeid ut 2026, blant annet ved å samle fagmiljø til en workshop våren 2026 for å se på hvordan man skal lykkes med å harmonisere og standardisere organisering av utredning hos personer med kognitiv svikt. Det er tiltak i handlingsplanen som vil bli videre diskutert/avklart gjennom det arbeidet.

Resultatene fra CAG sitt arbeid i 2026 vil kunne svare ut tiltak i lokale handlingsplaner. Det er viktig at man bygger videre på samarbeidet mellom primær og spesialisthelsetjenesten i CAG-arbeidet og et forslag er å videreføre dette i et fagråd i fagledernettsstrukturen med kommunale deltakere.

3 Omtale av tema som ikke dekkes inngående av handlingsplanen

3.1 Forskning

Forskning er en av helseforetakenes hovedoppgaver. I Nasjonal handlingsplan for kliniske studier er det fastsatt et mål om at 5 % av nye pasienter skal inkluderes i kliniske studier. Helse Midt-Norge når per i dag ikke denne målsettingen. For Helse Midt-Norge er det derfor viktig å øke aktiviteten innen klinisk forskning, legemiddelutprøving, helsetjenesteforskning og registerforskning. Økt forskningsaktivitet vil bidra til bedre kunnskap om utredning, behandling og utvikling av gode pasientforløp.

Helseforetakene bør legge til rette for dette, blant annet gjennom økt deltakelse i multisenter-behandlingsstudier. Videre er det viktig å stimulere til at flere klinikere tar mastergrad og ph.d., slik at den akademiske kompetansen styrkes i de kliniske miljøene.



I den videre planleggingen av forskningsaktivitet bør det legges til rette for økt samarbeid på tvers av sektorer. Dette innebærer at primærhelsetjenesten i større grad kan henvise pasienter til behandlingsstudier, og at det tilrettelegges for at studierelatert oppfølging kan skje nær pasientens bosted.

3.2. Diagnostikk

Diagnostikk av demens i Norge bygger fortsatt hovedsakelig på klinisk vurdering støttet av CT eller MR, men mer avansert bruk av bildediagnostikk og biomarkører har økt de siste årene.

Ny forskning viser at blodbaserte biomarkører, spesielt fosfo-tau-217, kan gi like presis diagnostikk og ble tilgjengelig fra 1.11.2025. Dette kan gjøre tidlig diagnostikk mer tilgjengelig, men reiser også etiske og praktiske spørsmål. Det er behov for klare kriterier for bruk og kompetansebygging i helsetjenesten.

I tillegg utvikles beslutningsstøtteverktøy basert på kunstig intelligens, som kombinerer data fra tester, livsstil, genetikk og biomarkører for å forbedre tidlig diagnostikk og ressursbruk. Disse er lovende, men foreløpig lite brukt i norsk klinisk praksis. Nytteten av tidlig diagnostikk uten tilgjengelig behandling er fortsatt omdiskutert.

Temaene behandles ikke nærmere i denne handlingsplanen.

3.3 Behandling

Forskning på monoklonale antistoffer som fjerner beta-amyloid fra hjernen har skapt håp om sykdomsmodifiserende behandling ved Alzheimers sykdom. Nyere medisiner som lecanemab og donanemab har vist effekt hos noen subgrupper og er godkjent i flere land, men godkjenning i Europa er begrenset til utvalgte pasientgrupper grunnet bivirkningsrisiko. Monoklonale antistoffer er godkjent for salg i Norge gjennom EØS avtalen, og arbeidet med metodevurdering i det nasjonale systemet for Nye Metoder er pågående.

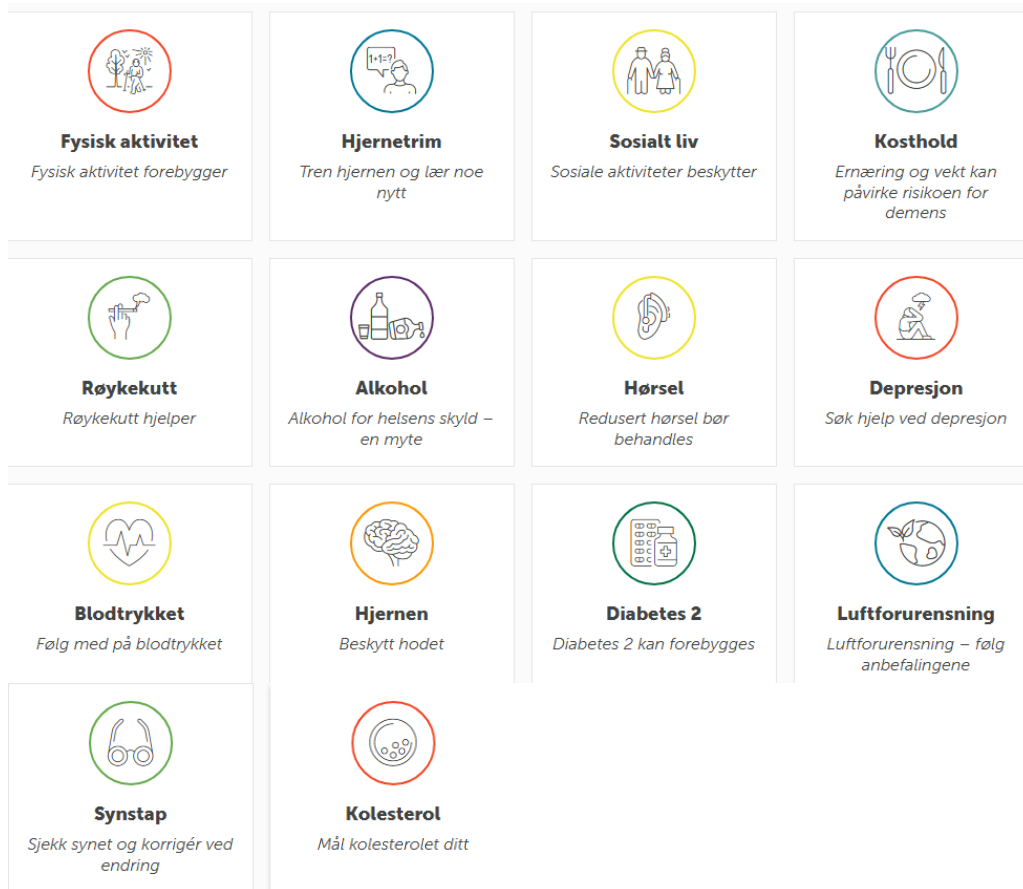
Effekten av medisinene er fortsatt usikker, og alvorlige bivirkninger som hjerneødem og hjerneblødninger (såkalte ARIA) krever tett oppfølging med MR. Studiedeltakerne har ikke vært representative for hele pasientgruppen, og medisinene er kostbare både i innkjøp og administrering. Godkjenning i Norge vil kreve ny infrastruktur for utredning og behandling, særlig for pasienter med mild kognitiv svikt (MCI). Diagnostikk må bekrefte amyloid i hjernen, noe som i dag krever spinalpunksjon eller PET, men blodbaserte biomarkører kan bli et alternativ. Genetisk testing (f.eks. ApoE-e4) kan bli nødvendig for å vurdere risiko og effekt.



Utvelgelse av pasienter for behandling vil kreve nye rutiner og tett samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Behandling med infusjon og avansert MR-oppfølgning må skje i spesialisthelsetjenesten, og dagens strukturer er ikke tilstrekkelige.

3.4 Forebygging

Lancet-kommisjonen publiserte i august 2024 en oppdatert liste med 14 risikofaktorer som kan bidra til å forhindre eller utsette demens.



Figur 1 [Forebygging av demens - Nasjonalt senter for aldring og helse](#)

Høyt kolesterol og synstap ble lagt til i 2024, mens de øvrige ble identifisert i 2020.

Kommisjonen understreker at det finnes et betydelig potensial for å forebygge og utsette demens, også hos personer med høy genetisk risiko. De fire mest betydningsfulle risikofaktorene er hørselstap, høyt kolesterol, lav utdanning tidlig i livet og sosial isolasjon senere i livet.

Selv om hovedansvaret for generell hjernehelse ligger utenfor spesialisthelsetjenestens mandat, skal spesialisthelsetjenesten bidra til forebygging. Tjenesten har viktige oppgaver knyttet til utredning og behandling av flere av risikofaktorene. For eksempel er det kun offentlige sykehus og



avtalespesialister som kan søke om høreapparat via NAV. Det pågår et stort nasjonalt arbeid for å forbedre pasientforløpene innen høreapparattilpasning. Målet er maks 16 ukers ventetid til utprøving av høreapparat.

Det er kapasitetsutfordring når det gjelder behandling av øyesykdommer. Dette skyldes endringer i demografiske forhold. Det regionale fagledernetverket for øye er derfor bedt om å lage en regional handlingsplan for tiltak for å forbedre pasientforløpene av øyesykdommer, samt bedre utdanningskapasiteten.

Primærforebygging omtales ikke i detalj i handlingsplanen. Tiltakene som beskrives kan derimot sees som tertiærforebygging, ved at korrekt diagnose, riktig behandling og god oppfølging av pasienter og pårørende bidrar til å bremse utviklingen av kognitiv svikt og demens.



3.0 Handlingsplan

3.1 Leseveiledning

Handlingsplanen er satt opp i tabellform og er tematisk inndelt. Tema er basert på anbefalinger i den interregionale rapporten som ligger til grunn for arbeidet.

Det anbefales at den interregionale rapporten [«Utredning av organisering av utredning av kognitiv svikt og demens»](#) leses i sammenheng med handlingsplanen.

Tema 1- Organisering av utredning		
Helseforetak-enheter som regelmessig mottar pasienter med kognitiv svikt		
Anbefaling	Tiltak	Ansvar/tid
1. Helseforetak -enheter som regelmessig mottar pasienter med kognitiv svikt bør ha kompetanse tilsvarende basal demensutredning.	1. Utarbeide og innføre obligatorisk e-læringskurs som regionalt kompetansekrav for helsepersonell ved alle voksenavdelinger i sykehuset. Punkt a og b nedenfor bør gjelde for alt sykehuspersonell som har pasientkontakt, som for eksempel portører og renholdspersonell. E-læringskurset bør ta utgangspunkt i kurs som allerede er etablert i regi av Nasjonalt senter for aldring og helse, og bør være på om lag 15 minutters varighet. E-læringskurset bør dekke følgende tema og være tilpasset yrkesgruppe: a. Observasjon og gjenkjenning av pasienter med kognitiv svekkelse og forvirringstilstand (delirium). b. Kommunikasjon med pasienter med kognitiv svekkelse og delirium (personsentrert omsorg) c. Viktigheten av samhandling med pasienter, pårørende og kommunehelsetjenesten. d. Sjekkpunkter for utskriving: Innhenting av komparentopplysninger, koble på hjemmetjenesten ved behov, melde pasienten til kommunen for vurdering, tydelig beskjed til fastlege via epikrise. e. Kunnskap om hvordan en basal demensutredning gjennomføres	1. Utarbeides av nasjonalt nivå. RHF tilgjengeliggjør/HF innfører e-læringskurs
Helseforetak -enheter som har som hovedoppgave å utrede kognitiv svikt og demens		
2. I et helseforetak bør minst én avdeling kunne gjennomføre utvidet demensutredning	1. Etablere minst en enhet som kan gjennomføre utvidet demensutredning	1. HF (er allerede etablert)



3. <i>Der flere enheter har som oppgave å utrede kognitiv svikt, bør det finnes en tydelig funksjonsfordeling</i>	1. Kartlegge og tydeliggjøre funksjonsfordelingen mellom enheter som utreder kognitiv svikt og demens 2. Fordeling av pasienter mellom aktuelle fagavdelinger beskrives i fellesskap av enhetene. Denne beskrivelsen bør ta utgangspunkt i tilgjengelig kompetanse, organisering og bemanning for hvert enkelt sykehus som mottar pasienter til utredning. Rutiner for intern videre henvisning skal beskrives	1.HF 2. HF
4. <i>Enhetene bør ha kompetanse i å bidra til, eller gjennomføre utredning av demens hos personer med:</i> a) <i>samisk kulturbakgrunn</i> b) <i>minoritetsbakgrunn</i> c) <i>ruslidelser</i> d) <i>personer med utviklingshemming</i>	1. Innføre og/eller utarbeide veiledningsmaterieell og opplæringstiltak, inkludert kulturforståelse, for utredning av demens hos alle disse målgruppene. 2. Inngå samarbeid med rusklinikken for å avklare hvordan pasienter med ruslidelser og demens skal utredes. Bør tilstrebe regional likhet. Utredning av demens hos personer med psykisk utviklingshemming gjøres i enheter for voksenhabilitering. a. Regionalt nivå bistår i utredning av demens hos personer med utviklingshemming ved behov. 3. Etablere rutiner for bruk av tolketjeneste i ivaretagelsen av pasienter med minoritetsbakgrunn eller samisk kulturbakgrunn som ivaretar kultursensitivitet.	1. Nasjonalt nivå utarbeider. 1. HF innfører 2. HF/regionale fagledernettsverk Regionalt nivå 3. HF
5. <i>Det bør være én adresse inn til helseforetaket, for henvisning og veiledning</i>	Tiltak 1 og 2 piloteres i utvalgte helseforetak før innføring: 1.Kartlegge om det teknisk er mulig å etablere en felles adresse 2) Etablere et felles forum for å avklare riktig behandlingsinstans i sykehuset i tilfeller der hvor man er i tvil a) Formalisere dagens rutiner for intern videre henvisning b) Etablere felles forum/vurderingsmøter i hvert helseforetak knyttet til disse henvisningene 3) Veiledning a) På avdelingenes nettsider bør det ligge informasjon om hvilke pasienter som bør henvises for utredning b) sykehuset bør tilby veiledning til henviser/hukommelsesteam ved behov	1.HF 2.HF 3.HF
6. <i>Det bør være etablerte rutiner for samhandling med kommunehelsetjenesten</i>	Henvises til tiltak under tema 2- «Samarbeid med fastleger og andre deler av kommunehelsetjenesten».	
7. <i>Enheter på helseforetaksnivå som regelmessig gjennomfører utredning av kognitiv svikt, bør ha tilstrekkelig antall pasienter til å opprettholde erfaring med</i>	1. Helseforetakene skal gjennomgå om man har tilstrekkelig volum av pasienter for å opprettholde god nok kompetanse 2. Regionalt nivå tilbyr veiledning til enheter som har lavere pasientvolum, eller ved forespørsel -relevant utredningskompetanse 3. Vurdere samlokalisering av små enheter ved behov	1.HF 2.HF 3.HF



utredning, og ha tilgang på relevant kompetanse over tid		
Utredning regionalt nivå		
8. <i>Det bør være minst én avdeling på regionalt nivå som kan foreta eller bistå i utredning av de mest kompliserte tilfellene av kognitiv svikt og demens</i>	1. Utpeke et eller flere helseforetak i Helse Midt-Norge som gis regionalt ansvar for å bistå i de mest kompliserte tilfellene av kognitiv svikt og demens 2. Enheten på regionalt nivå bistår andre enheter i utredning av pasienter med komplekse behov. Dette kan inkludere, men begrenser seg ikke til kliniske problemstillinger som ikke kan løses på HF nivå, diagnostisk drøfting, indikasjon for og tolkning av tau/amyloid PET når dette etableres som diagnostisk metode i Norge, samt saker knyttet til grupper med særlige behov. 3. Enheten har kunnskap, erfaringer og infrastruktur for kartleggingsinstrumenter og diagnostiske metoder utover det som er omfattet i utvidet demensutredning 4. Enheten har multidisiplinære team/samarbeidsmodell som sikrer tilgang på relevante fagspesialiteter/profesjoner i utredningen. Det anbefales at det formaliseres gjennom avsatte ressurser i de aktuelle spesialitetene/enheter. 5. Årlig møte mellom helseforetakene	1.RHF 2.Regional funksjon 3.Regional funksjon 4.Regional funksjon 5.Regional funksjon
Nasjonalt nivå		
9. <i>Det bør finnes et nasjonalt samarbeidsorgan som bidrar til at utredning foregår ensartet og etter oppdaterte faglige standarder.</i> <i>Nasjonalt samarbeidsorgan bør bestå av representanter med praktisk erfaring, fra de regionale avdelingene. Senter for aldring og helse bør ha en sentral rolle. NorKog kan lede organet.</i>	Etablering av et eventuelt nasjonalt samarbeidsorgan 2. Øke andelen klinisk forskning, helsetjenesteforskning og legemiddelutprøvinger	1.RHF Behov for å avklare hva den nasjonale funksjonen skal dekke utover det som allerede er etablert i dag. 2.HF



Tema 2- Samarbeid med fastleger og andre deler av kommunehelsetjenesten		
Organisering av utredning		
10. <i>Nasjonale føringer, som i Nasjonal faglig retningslinje om demens, angående hvem som utredes i kommunehelsetjenesten og hvem som utredes i spesialisthelsetjenesten, bør tydeliggjøres og implementeres i praksis</i>	1.Utarbeide lokale samarbeidsrutiner for oppfølging av pasienter med kognitiv svikt og demens mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste. Det vises til anbefaling 11 – 21 for beskrivelser av innholdet i samarbeidsrutinen. a. Helseforetaket initierer arbeid med samarbeidsrutiner igjennom etablerte samarbeidsstrukturene (helsefellesskap og samhandlingsleger). 2.Gi konkrete tilbakemeldinger og anbefalinger til fastleger når de har gjort tilstrekkelige utredninger og spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er nødvendig med henvisning til spesialisthelsetjenesten	1.HF 2.HF
Henvisningsrutiner		
11. <i>Hvilken informasjon som bør foreligge fra fastlegen ved en henvisning til spesialisthelsetjenesten</i>	1. Henvisningsrutiner beskrives i de lokale samarbeidsrutinene. Henvisningen skal blant annet inneholde a) Oppsummert basal demensutredning, inkludert lab-og bildediagnostikk b) Debut, evnt. Akutte hendelser, funksjonsnivå i hjemmet, informasjon fra pårørende 2. Clinical frailty scale bør foreligge for pasienter som mottar kommunale tjenester	1.HF 2.HF
12. <i>Hvordan henvisninger som ikke fyller kriteriene, bør håndteres</i>	1. Rutiner for avslag beskrives i de lokale samarbeidsrutinene. Avslag skal blant annet inneholde a) og/eller b) a. Råd til fastlegen om videre oppfølging b. Tilbud om veiledningsmøter med fastlege/hukommelsesteam 2. I enkelte tilfeller f.eks hvis det er åpenbart at pasienten uansett bør utredes hos spesialist og/eller en diagnostisk avklaring haster, bør HF tilby tidlig avklaringstime til tross for mangler i henvisning	1.HF 2.HF



Veiledning til kommunehelsetjenesten i pasientsaker		
13. <i>Spesialisthelsetjenesten bør opplyse om hvordan kommunehelsetjenesten kan få tilgang til veiledning</i>	1. Utarbeidet standardbrev i Helseplattformen som beskriver muligheter for veiledning 2. Tilby digital veiledning for fastleger etter modell fra Poliklinikk for geriatri, St. Olavs hospital	1.HF 2.HF 3. HF
14. <i>Veiledning bør tilbys både for vurderinger rundt diagnostisering og for forhold knyttet til oppfølging (førerkort, samtykkekompetanse, atferdsmessige og psykologiske symptomer ved kognitiv svikt og demens osv.)</i>	3. Prøve ut tilbud om ambulant veiledning, tilpasset kommunens behov i innhold og form. Eksempel tilbud om veiledning av geriater på fastlegekontor	
15. <i>Dersom en henvisning om utredning i spesialisthelsetjenesten avvises, bør avvisningen begrunnes og veiledning tilbys til henvisende fastlege, gjerne sammen med hukommelsesteamet</i>		
Overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten		
16. <i>Ved overføring av ansvar for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten bør det sørges for god informasjonsoverføring mellom nivåene</i>	1.Følge etablerte samhandlingsrutiner for utskrivning og innhold i epikrise 2. Oppfølging av pasient og pårørende når diagnose er satt er viktig. Det er behov å etablere gode rutiner for informasjon til pårørende om satt diagnose og forventet oppfølging, samt hvor man kan finne mer informasjon og støtte.	1.HF 2.HF
17. <i>Spesialisthelsetjenesten bør sende epikrise til fastlege og hukommelsesteam, der hvor det er etablert i kommunen. Pasienten må få informasjon om at det å sende epikrise til hukommelsesteamet er en anbefaling fra spesialisthelsetjenesten, men at de har mulighet til å avstå slik informasjonsoverføring.</i>		



Oppfølging etter diagnose		
18. Der pasienter følges opp både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (hos fastlegene og/eller hukommelsesteamet), bør begge parter rutinemessig og gjensidig oppdatere hverandre om endringer av betydning. Dette forutsetter et system som legger til rette for at oppdatering går til riktig instans/funksjon i kommunehelsetjenestene, på lik linje med prøvesvar og annen strukturert kommunikasjon med fastlegen	1.Utarbeide lokale samarbeidsrutiner for hvordan oppfølging etter diagnose skal gjennomføres a. Der pasienten følges opp av kommune- og spesialisthelsetjenesten er det ønskelig med informasjon om hvem som kan kontaktes i kommunen, helsekontakt, hukommelsesteam, saksbehandler, pårørendeinvolvering etc. b. Der det vurderes behov for individuell plan 2. Utnytte mulighetene som ligger i Helseplattformen for informasjonsutveksling mellom aktørene som har tatt i bruk HP. a) Beskrive hvilke format man ønsker skal brukes ved informasjonsutveksling. I dag har disse meldingene/notatene ulike plasser/notatyper (brev, henvisning, scannet, «medier», e-melding. Et førende prinsipp er at kommunikasjon rundt pasientbehandling må være tilgjengelig for alle behandlere.	1.HF 2. HF
Kompetanse og samarbeid for øvrig		
19. Det bør utarbeides retningslinjer for hvordan samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør foregå	1.Utarbeide pasientforløp for de ulike pasientgruppene i samarbeid med kommunene. Gjerne basert på erfaringer fra det pågående APSD-prosjektet.	1.HF
20. Innenfor et opptaksområde bør det være et forum i helsefellesskapet der spesialisthelsetjenesten og de som jobber med utredning og oppfølging av personer med demens i kommunene treffes regelmessig	1.Årlig møte mellom helseforetakene og hukommelsesteamene i hvert opptaksområde 2.Undersøke mulighetene for at kommunene kan delta digitalt på internundervisning på sykehusene 3. Ta initiativ til å etablere et faglig samarbeidsutvalg for demens og kognitiv svikt i det lokale helsefellesskapet. Dersom FSU for skrapelige eldre allerede er etablert i Helsefellesskapet kan samarbeid på området demens og kognitiv svikt ivaretas her.	1.HF 2.HF 3.HF



21. <i>Det bør etableres et samarbeid om muligheter for gjensidig hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (fastleger og/eller hukommelsesteam)</i>	1. Etablere tilbud om gjensidige hospiteringsordninger med kommunene i det aktuelle opptaksområdet rundt utredning/oppfølging av pasienter/brukere med kognitiv svikt og demens.	1.HF
Tema 3- Andre forhold		
Demensvennlige sykehus		
22. Fysisk tilrettelegging og infrastruktur for pasienter med kognitiv svikt og demens	1.Følg Aldring og helse sine anbefalinger om tilrettelegging i akuttinntak, på avdeling og i poliklinikk 2.Bruk klartekst i innkallingsbrev som tydelig beskriver oppmøtested, parkering mv. 3.Planlegger for brukergruppen ved prosjektering av nye bygg.	1.HF 2.HF 3.HF i samarbeid med Sykehusbygg
23. Skjerming/fysisk tilrettelegging for pasienter med delirium	1.Utarbeide prosedyrer for hvordan pasienter med delirium skal håndteres og plasseres i et sykehusmiljø. 2. Sørge for at EQS prosedyre Delirium- veileder for utredning er implementert i helseforetaket Dokument «Geriatry - Delirium - Veileder for utredning (akutt forvirring)», ID 1029 - EQS	1.HF 2. HF

