



Norsk geriatrisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

HØRING OM DEMENSPLAN 2020

HØRINGSSVAR FRA NORSK GERIATRISK FORENING.

Demensplan 2020 er en oppfølger til Demensplan 2015.

Det er en 5 årsplan som skisserer 6 hovedutfordringer.

-Den fokuserer ensidig på det kommunale tilbudet og tilbudet fra primærhelsetjenesten. Som spesialforening i geriatri savnes et avsnitt om fremtidig krav til - og satsing på tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Mange som utvikler demenssykdom må primært utredes i spesialisthelsetjenesten, pga vanskelig diagnostikk, krevende sykdomsbilde og ulike tilleggsfaktorer. Noen må utredes med SPECT i tillegg til MR av hjernen, ryggmargsprøve med vurdering av demensmarkører blir stadig vanligere, EEG utvikles som et diagnostisk verktøy, og alt dette er utredning på spesialistnivå. Det er også viktig med kunnskap om de mest vanlige differensialdiagnosene, tilstander som medfører sekundære demenstilstander. En viktig diagnose er normaltrykkshydrocefalus, som må utredes på sykehus, i samarbeid mellom flere spesialiteter.

Når pasienter med demenssykdom må innlegges somatiske sykehus det behov for kompetanse og tilrettelegging, som ikke alltid er oppfylt. Geriatrien har spesialkompetanse på somatisk sykdom hos denne pasientgruppen, men dessverre har ikke alle sykehus denne kompetansen. Det er pr i dag avhengig av hvor i landet man bor, og slik bør det ikke være. Den videre utviklingen av selve demenssykdommen medfører også behov for både geriatrisk, psykiatrisk og alderspsykiatrisk utredning og behandling i forløpet for mange pasienter. Dette tilbudet er dårlig utbygd i store deler av Norge, ikke minst i forhold til akuttinnleggelser primært relatert til sykdomsutviklingen.

-Det står svært lite om pasienter med demenssykdom som har særskilte behov, bortsett fra demenssykdom hos minoriteter. Demens omtales svært generelt, og det kommer dårlig fram at det er ulike demenssykdommer, og at det er svært ulike behov. Dette omfatter ikke minst kommunale helsetjenester. Viktige eksempler er pasienter med frontotemporallapps-demens, personer under 65 med demenssykdom og demensutvikling hos rusmisbrukere. Den siste gruppen er sterkt voksende og har et svært mangelfullt tilbud både i spesialist- og i primærhelsetjenesten.

Det er positivt at Demensplan 2015 følges opp, da den har medført et økt fokus på demens, og har bidratt til at tilbudet til pasienter med demenssykdom og deres pårørende har bedret seg mye de senere årene. Involvering av pasienten selv, de pårørende og deres interesseorganisasjoner i utarbeiding av planen synes riktig, men som ovenfor nevnt savnes også en mer helsefaglig profil.

-Planen er for lite forpliktende, bortsett fra forslaget om plikten tilknyttet dagtilbud i kommunene. Det er svært bra at det foreslås å sette krav til å videreutvikle dagtilbud til hjemmeboende demente i kommunene.

En slik tydelighet savnes vedrørende tilrettelagte botilbud for demenspasienter, og tilbudet og kapasiteten i de ulike kommuner når demenspasienten trenger et korttidsopphold, eller et varig opphold på institusjon/sykehjem.

Det settes heller ikke krav til kompetanseutvikling i forhold til demenssykdom generelt, og ikke til den viktige tilgangen til geriatrisk kompetanse og samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

I innledningen til høringsdokumentet påpekes det at Demensplan 2020 i stor grad bygger på NCD-strategien, fordi NCD (ikke-smittsomme og kronisk alvorlige sykdommer) har mange fellestrekk når det gjelder forebygging, behandling og rehabilitering. De fire mest utbredte NCD er hjerte- og karsykdommer, kreft, KOLS og astma samt diabetes. Ingen av disse kjennetegnes av kognitiv svikt. Alzheimers demens, Lewy body demens, frontotemporal demens og Parkinsons demens utgjør opptil 80 % av demenssykdommene, og det mangler dokumentasjon for virksom forebygging og behandling av disse. Dette fremgår ikke i Demensplan 2020. Forskjellen mellom demenssykdommene og de andre NCD er mer slående enn fellestrekkene. En kan derfor sette spørsmåltegn ved om det er hensiktsmessig å bygge Demensplan 2020 på NCD-strategien.

Mange av opplysningene under kulepunkt 5.1, «Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen», mangler dokumentasjon og er til dels misvisende.

Eksempler: «Å forebygge kroniske, ikke-smittsomme sykdommer, er også å forebygge demens». «Forebyggende tiltak på befolkningsnivå er stort sett de samme for demens som for diabetes, hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer og kreft».

I siste avsnitt på s. 25 står at «et moderat alkoholforbruk,.....vil være viktige strategier for personer som ønsker å ta grep for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer.», altså at moderat alkoholforbruk er gunstig for å forebygge demens. Denne påstanden er mildt sagt kontroversiell, da kausalitet mellom moderat alkoholforbruk og bedre helse ikke er godt dokumentert.

Få kroniske sykdommer medfører så stort tap av livskvalitet og tap av så mange gode leveår som demens. Siden demens ikke kan forebygges eller behandles hos de fleste, bør økning av livskvaliteten være en prioritert oppgave – å gi liv til årene. Dette burde vært mer fremhevet i Demensplan 2020.

Perioden forut for innleggelse i sykehjem – «mellom hjem og sykehjem» – er svært krevende for både personene med demens og deres pårørende, og burde blitt omtalt for seg i Demensplan 2020. Der kunne en også skissert i hvilke situasjoner det blir aktuelt for personer med demens å flytte inn i omsorgssenter eller sykehjem.

MCI – mild cognitive impairment – omtales ikke i Demensplan 2020. MCI diagnostiseres hyppig, og er ofte et forstadium til demens. MCI innebærer for mange at de ikke lenger kan fungere på jobb, eller at de trenger tilrettelegging på arbeidsplassen. Denne mildere

kognitive svikten bør også omtales i Demensplan 2020 mhp. hvilke tilbud som kan tilbys personer med MCI og deres familier.

Mvh styret i Norsk Geriatrisk Forening.

8.august 2015.