

Svar på høringsdokument Demensplan 2020 ” Et mer demensvennlig samfunn ”

Vi har mottatt utkast til Demensplan 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet ” Et mer demensvennlig samfunn ” til høring.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet

Generelt

Det er positivt at det utarbeides en nasjonal Demensplan 2020 som kan bidra til økt fokus på viktigheten av forebygging, diagnostisering til rett tid og oppfølging etter diagnose for denne pasientgruppen. Vi tenker også at det er positivt at planen er utarbeidet i henhold til brukernes og de pårørendes perspektiv, spesielt med bruk av egne uttalelser fra disse gruppene. Vi ser også at demensplanen er gjenkjennelig fra vårt arbeide i alderspsykiatrien.

Fra spesialisthelsetjenestens synspunkt mener vi at presis diagnostikk, differensialdiagnostikk, samt oppfølging og behandling vil være et svært viktig punkt for å oppnå bedring i situasjonen for pasienter med kognitiv svikt og demens og deres pårørende. Spesielt vil det være viktig å ha fokus på økt kunnskap og kompetanse hos leger i 1.linjetjenesten inkludert sykehjem. Dette fordi depresjon og demens kan være vanskelig å skille fra hverandre i en tidlig fase. Spesialisthelsetjenesten ønsker lav terskel for henvisning av disse tilstandene, ettersom tidsaspektet er svært avgjørende for behandlingsresultatet.

Differensialdiagnostisk utredning av depresjon, psykose og demens/kognitiv svikt er arbeid vi er godt kjent med og har spesialistkompetanse på. Vi ser også at pårørendearbeid/ pårørendeskoler er sentralt sammen med holdningsskapende arbeid i samfunnet, - gjerne synliggjort gjennom praktiske løsninger. Vi tenker særlig på arkitektonisk utforming av botilbud med små enheter og tilrettelegging i hjemmet med moderne teknologiske løsninger.

Undervisning

Det henvises til spesialisthelsetjenestens lovmessige veiledningsplikt (side 27). Allerede pr. i dag har vi fra vår seksjon veiledning og oppfølgingsansvar ved utskrivning til sykehjem. Jfr. eget prosjekt:

”Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem” (PASSUS) som er et samarbeidsprosjekt med Oslo kommune. Prosjektet ble avsluttet i 2014, og tiltakene er videreført som rutine i klinikkens alderspsykiatriske seksjon.

Undervisning i alderspsykiatriske seksjon arrangeres også med ulike temaer rettet mot pasienter og pårørende både fra OUS sentralt, døgneheter og poliklinikk. Seksjonen er også knyttet opp til Geriatrik ressurs-senter (Sykehjemsetaten i Oslo kommune) der vi samarbeider om undervisningsoppdrag. Denne virksomheten kan bygges ut og dimensjoneres etter føringer i Demensplanen ut fra de behovene som avdekkes eller etterspørres. Kunnskap og kompetanse må utveksles mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Entydig henvisningspraksis

Nåværende praksis er at leger i 1.linjen har ansvar for utredning av demens, og som det presiseres side 19 i Demensplanen 2020;”.....*diagnostisering av demens krever medisinsk kompetanse og utføres av leger*”, - er det viktig at denne praksisen kvalitetssikres og at det er entydig hvor pasienten eventuelt skal henvises videre. Vi ser det er behov for avklaring av ansvarsfordeling vedrørende utredning og diagnostikk av kognitiv svikt og demens innen spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og 1.linjen. Aktuelle aktører er geriatrik avdeling inkludert Hukommelsesklinikk, alderspsykiatriske avdelinger, nevrologisk avdeling, nevropsykologiske enheter og andre.

Yngre personer med demens bør henvises til hukommelsesklinikk for en kvalitetssikret utredning. Ellers har alderspsykiatrien ofte tatt ansvar for kombinasjonstilstander hvor demens/ kognitiv svikt er en del av det symptombildet hos pasienten. Spesielt gjelder dette demens med APSD (Adferds og psykiatriske symptomer ved demens).

Vår erfaring er at spesialisthelsetjenesten i stor grad fortsatt er en nødvendig aktør for å løse slike komplekse pasientsaker.

Forskning

Styrke forskning på demens (se side 17):

Alderspsykiatriske seksjon har prioritert forskning og utvikling og opprettet egen forskningsenhet med professor i nevropsykologi som leder. Vi ser behov for utvikling av differensialdiagnostisk praksis og behandling. Seksjonen har inkludert rutinemessig MR-undersøkelse som ledd i sin utredningspraksis. I den sammenheng har vi også startet en kvalitetssikringsstudie der MR inngår for å bedre diagnostikken.

Vi har også en behandlingsstudie hvor pasienter med demens i tidlig sykdomsfase får tilbud om deltagelse. Dette er et ledd i et internasjonalt samarbeid med behandlingstilbud i Tyskland.

Vi ser ellers behovet for ytterligere forskning innenfor områdene diagnostikk og behandling av demens og hvor spesialisthelsetjenesten bør være en viktig aktør. Jfr side 17 ”*De regionale helseforetakene har et særlig ansvar for den kliniske pasientrettede forskningen.*”

Klinikken er også i ferd med å søke midler (i samarbeid med internasjonale aktører) for et prosjekt hvor differensialdiagnostikk mellom depresjon og demens er sentralt.

Utvikling

Handlingsrommet mellom 1. og 2.linjetjenesten jfr. Samhandlingsreformen kan også tenkes å utvikles videre med nye samarbeidsformer til pasientens beste. Det beskrives på side 3 at mange som får demensdiagnose opplever det som ” et sort hull” på grunn av manglende oppfølging.

Tilstrekkelig dimensjonering av alderspsykiatriske tjenester (utredning, behandling, oppfølging og undervisning) vil være nødvendig for å kunne gi tilstrekkelig tilbud til denne pasientgruppen og til 1.linjetjenesten.

Medisinsk klinikk og Klinikk for kirurgi og nevrofag

Demensplan 2020 fokuserer på fem områder, områder som alle er viktige: forebygging, diagnose og oppfølging, aktivitet, pasientforløp, og involvering. Et område trekkes spesielt frem; diagnostisering til rett tid og tett faglig oppfølging etter diagnose.

”Diagnose til rett tid” har vært i fokus i mange år av flere aktører (f. eks Kompetansetjeneste for aldring og helse og Helsedirektoratet). Det har blant annet blitt utarbeidet utredningsmateriell og man har oppfordret ulike nivåer av helsetjenesten til å vektlegge utredning i større grad. Det er i dag lagt opp til at de fleste pasientene skal utredes av fastlege, helst i samarbeid med demensteam, mens yngre pasienter og pasienter med kompliserte eller uvanlige symptomer skal henvises spesialisthelsetjenesten. Likevel er det fortsatt slik at svært mange personer med symptomer forenlig med demens ikke blir utredet. Det kan være mange grunner til det:

- 1) mange pasienter med demenssykdom har liten eller ingen sykdomsinnsikt og oppsøker derfor ikke helsevesenet
- 2) fastlegene utreder få og får liten trening og erfaring med utredning og vil i mange tilfeller kvie seg for å iverksette, i tillegg er utredning tidkrevende
- 3) Det er for dårlig kapasitet i spesialisthelsetjenesten.

En viktig utfordring fremover blir derfor på hvilken måte man kan øke antall personer som blir utredet. Dette diskuteres ikke i planen, men må etter vår mening vektlegges, og ikke minst, konkretiseres. Muligheter som økt fokus på undervisning, egen takst for utredning, pålegg om utredning er mulige faktorer som kan benyttes i primærhelsetjenesten. En annen mulighet er å øke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Det som taler for det sistnevnte er kompleksiteten i og omfanget av en demensutredning, og at få allmennleger oppnår tilstrekkelig erfaring med dette. På en Hukommelsesklinikk er det vanligvis avsatt 2-3 timer til utredning, og man har oftest en eller flere kolleger som man kan drøfte vanskelige kasus med. Det er vanskelig for allmennleger å sette av så mye tid. En del allmennleger vil av ulike grunner ha mye erfaring og interesse for utredning, men for andre uten denne kunnskapen/interessen er det antakelig en fordel at man kan henvise til utredning i spesialisthelsetjenesten.

Alle tiltakene som er nevnt i Demensplan 2020 er viktige. Likevel bør det fokuseres på utredning, primært fordi mange tiltak ikke iverksettes før pasienten har fått en diagnose.

Oslo universitetssykehus HF



Kjell Magne Tveit

Fagdirektør

Medisin, helsefag og utvikling