

Margit Gausdal og Mona Michelet

Demensteam - oppgaver og utfordringer

En undersøkelse av demensteam og demenskoordinatorers rolle i norsk demensomsorg i 2011

RAPPORT

Demensteam - oppgaver og utfordringer

**En undersøkelse av
demensteam og demenskoordinatorers
rolle i norsk demensomsorg i 2011**

*Margit Gausdal
Mona Michelet*

© Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2011
Layout/trykk: BK Grafisk

ISBN 978-82-8061-164-2



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Forlaget Aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50, Fax: 33 33 21 53
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

Forord

En av målsettingene i Demensplan 2015 er å bedre tilbudet om diagnostikk og utredning av personer med kognitiv svikt og demens. Fra 2007 til 2010 ble det gjennomført et eget utviklingsprogram om diagnostikk og utredning. I alt 27 kommuner med nylig etablerte demensteam eller demenskoordinatorfunksjon, ble fulgt gjennom programmet. Dette ga godt innblikk i hvordan disse valgte å legge opp arbeidet, noe som ble formidlet i rapporter, undervisning og veiledning.

Det har blitt gjennomført en rekke kurs og konferanser om diagnostikk og utredning over hele landet. Alle norske fastleger og kommuner har fått tilsendt et anbefalt verktøy for bruk i utredning. Ved en nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens i norske kommuner ved årsskiftet 2010-2011, kunne en konstatere at antall kommuner med et etablert utredningstilbud hadde økt fra 108 i 2007 til 244. Mens en etter utviklingsprogrammet hadde god kunnskap om hvordan de 27 prosjektkommunene arbeidet, visste en lite om de øvrige.

Denne undersøkelsen, som er gjort på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, har gjort det mulig å få oppdatert kunnskap om hvordan demensteam og demenskoordinatorer i norske kommuner arbeider. Undersøkelsen bygger på den nasjonale kartleggingen fra årsskiftet 2010-2011, og alle kommuner som der svarte positivt på at de enten hadde demensteam eller demenskoordinator, har blitt bedt om å fylle ut et spørreskjema for nærmere å kartlegge hvordan de arbeider. Fastleger i

de samme kommunene ble bedt om å besvare et liknende spørreskjema om sin praksis med demensutredning og samarbeid med demens-teamene.

Vi takker Helse- og omsorgsdepartementet for muligheten til å gjennomføre denne undersøkelsen. Takk til alle demensteam, demenskoordinatorer og fastleger som har tatt seg tid til å svare grundig på undersøkelsen.

Takk til ansatte ved Kompetansesenteret som har bistått med å fremskaffe adresser til kommuner og fastleger, og sende ut alle spørreskjemaene. Takk til Linda GjØra som var med i planlegging og utarbeidelse av spørreskjema. Takk til Mona Michelet for praktisk hjelp og for å ha tatt hånd om alle svarene fra fastlegene og oppsummert dette i et eget kapittel i denne rapporten. Takk også til Per Kristian Haugen som har bidratt i analyse- og skrivearbeidet. En stor takk til Margit Gausdal som har hatt hovedansvaret for å gjennomføre prosjektet og skrive rapporten.

Vi håper rapporten kan være til nytte for dem som allerede har et utredningstilbud i kommunene med demensteam eller demenskoordinator, og dem som skal starte opp med et slikt tilbud.

TØnsberg/Oslo, desember 2011

Knut Engedal
Fag- og forskningssjef

Arnfinn Eek
Daglig leder



Innhold

Kapittel 1	
Innledning	7
Bakgrunn	7
Utviklingsprogram om utredning og diagnostisering av demens	8
Målsetting med undersøkelsen	9
Kapittel 2	
Metode og gjennomføring	9
Kapittel 3	
Demensteamenes erfaringer	13
Kommuner med demensteam	13
Befolknings sammensetning i kommuner med demensteam	13
Yrkesgrupper i demensteam	14
Faste stillinger	15
Arbeidsoppgaver	15
Kartlegging og utredning av demens	15
Demensutredning	15
Tilbud til pårørende	17
Tilbud til personer med demens i kommunen	17
Oppfølging av personer med demens etter demensutredning	17
Hvordan gjøres demensutredningstilbudet kjent blant fastlegene?	17
Prosedyre for demensutredning	18
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	18
Utfordringer	18

Kapittel 4	
Fastlegenes erfaringer	20
Henvisning til demensteam eller til spesialisthelsetjenesten	21
Kriterier for henvisning til demensteam eller til spesialisthelsetjenesten	21
Fastlegenes erfaringer med å samarbeide med demensteam	23
Utfordringer i utredning og diagnostisering av demens	24
Manglende tilbud etter diagnostiseringen	24
Legens egen kunnskap og kompetanse	25
Manglende ønske om utredning	25
Betydningen av pårørende og komparentopplysninger	26
Førerkortvurdering	26
Medisiner ved demens	26
Tidsbruk og ventetid	26
Oppsummering	27
Kapittel 5	
Oppsummering og avslutning	28
Ansatte i demensteam	28
Demensteamets arbeidsoppgaver	28
Utredede pasienter	29
Prosedyre på utredning og bruk av verktøy	30
Oppfølging	30
Samarbeid med fastlegene	30
Fastlegenes erfaringer	30
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	31
Veien videre	31
Litteratur	33
Vedlegg	34



KAPITTEL 1

Innledning

Bakgrunn

I Norge er det i dag over 70 000 personer som har en demenssykdom. Med antagelser om at forekomsten av demens holder seg på dagens nivå, vil antallet nesten fordobles fram mot 2040. Regner en med både dem som er syke og deres nærmeste pårørende, er det antatt at over 350 000 personer er direkte berørt av sykdommen [1, 2]. Både innen fagmiljøene og i den offentlige debatten har demens de senere årene fått økt oppmerksomhet.

I *Demensplan 2015 – Den gode dagen* beskrives demensutredning som en forutsetning for å kunne gi hensiktsmessig behandling og omsorg. Diagnosen gir personen med demens, pårørende og hjelpeapparatet, muligheten til å planlegge og å iverksette nødvendige tiltak [3].

Norge har valgt å legge ansvaret for utredning og diagnostikk av alle pasientgrupper til primærhelsetjenesten. Dette gjelder også utredning av demenssykdommene. I Lov om helsetjenester i kommunene § 1-3 nr. 2 står det at «kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver: diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte». «Når utredningen blir for vanskelig, eller når den kommunale helsetjenesten ikke har nødvendig kompetanse og ressurser, skal det henvises til spesialisthelsetjenesten. I tilfeller hvor

det er tvil om de behandlings- og omsorgstiltak som er satt i gang i primærhelsetjenesten er effektive og riktige, må spesialisthelsetjenesten ha en rolle som rådgiver og veileder overfor primærhelsetjenesten.» [1, 2]

For primærhelsetjenesten betyr dette at det skal foretas demensutredning av pasienter med klare symptomer på kognitiv svikt. Pasienter med spesielle atferdsproblemer eller annen kompliserende sykdom, bør utredes i spesialisthelsetjenesten. Fortrinnsvis bør pasienter hvor det kun er mistanke om, og ikke klare symptomer på, kognitiv svikt utredes av spesialisthelsetjenesten. I tillegg skal personer under 65 år utredes av spesialisthelsetjenesten [1, 2].

Som hovedregel bør demensutredningen i primærhelsetjenesten skje i samarbeid mellom fastlege eller sykehjemslege og kommunens helse- og omsorgstjeneste [2, 4]. I denne sammenhengen er det en målsetting at alle norske kommuner skal ha et demensteam. Som hjelpemiddel i utredningsarbeidet anbefaler Helsedirektoratet å benytte *Verktøy til bruk ved demensutredning i kommunehelsetjenesten*, som er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse [1]. Dette verktøyet er sendt ut alle fastleger, sykehjem og kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Det har blitt gjennomført til sammen tre kartlegginger hvor blant annet antall kommuner med demensteam og demenskoordinator har blitt kartlagt [5]. Tabell 1.1 viser at det er en positiv utvikling i antall demensteam og demenskoordinatorer i Norge. Som det fremgår av tabellen finnes det ulike måter å organisere utredning av demens i kommunene på. Noen har bare demensteam eller demenskoordinator mens noen har begge deler.

Utviklingsprogram om utredning og diagnostisering av demens

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse gjennomført *Utviklingsprogrammet om utredning og diagnostisering av demens* (2007-2010) [1]. I alt 27 kommuner som ønsket å opprette demensteam ble inkludert i programmet som modellkommuner [4]. Disse kommunene fikk tett oppfølging fra programmet under oppstart og videre implementering av arbeidet i demensteamene. En del av oppdraget fra Helsedirektoratet var å evaluere erfaringene fra disse 27 kommunene. Etter det ble det laget en modell for demensteam og demenskoordinator.

Tabell 1.1 Kommuner med demensteam og/eller demenskoordinator, antall (%). (n=430)* [5]

	2004-2005	2007	2010-2011
Demensteam	99 (23%)	85 (20%)	197 (45%)
Demenskoordinator	115 (27%)	52 (12%)	156 (36%)
Demensteam og/eller demenskoordinator	151 (35%)	108 (25%)	244 (57%)

*Oslo inkludert i tallmaterialet som en kommune. Vær oppmerksom på at bare en bydel oppgir å ha demensteam.

Figur 1.1 Modell for demensteam

Demensteam

Tverrfaglig gruppe av helsepersonell i kommunehelsetjenesten som har ansvaret for utredning av personer ved mistanke om demens og oppfølging av personer med demens og deres pårørende.

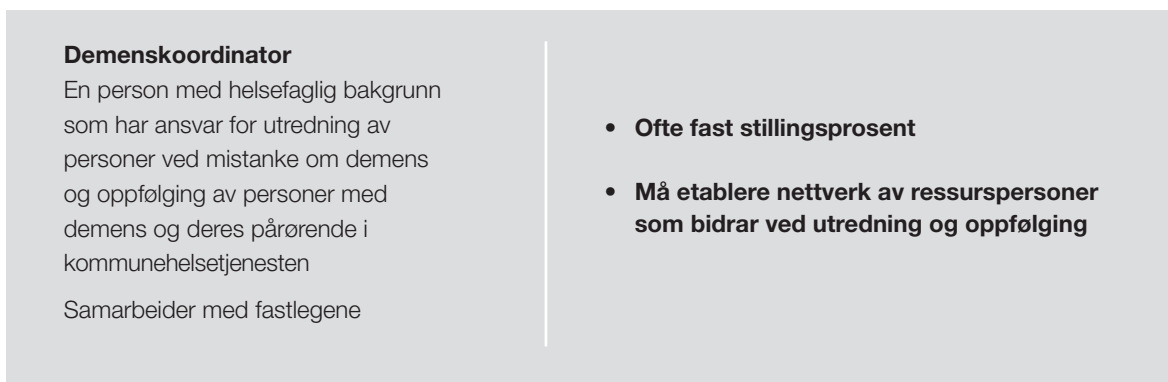
Samarbeider med fastlegene

Variante 1: Lege tilknyttet teamet (12)

Variante 2: Demenskoordinator i teamet (5)

Variante 3: Interkommunalt samarbeid (3)

Figur 1.2 Modell for demenskoordinator



Hovedkonklusjonen fra utviklingsprogrammet var at det vanskelig kan anbefales én modell for demensutredning som vil være til den beste for alle kommuner. Uavhengig av kommunestørrelse og organisering synes det å være suksessfaktorer som vil gjelde alle kommuner som skal starte et slikt tilbud. Dette er faktorer som er sentrale for at tilbudet skal fungere etter intensjonen. Det handler i hovedsak om å ha et team som er tverrfaglig sammensatt og som har avsatt tid til å drive med demensutredningsarbeid. Det er en stor fordel at Verktøy til bruk ved demensutredning i kommunehelsetjenesten benyttes. Gode faglige samarbeidspartnere innad i kommunen og etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten er viktig. Det er sentralt at demensteamet er godt administrativt og politisk forankret i kommunen. Det kommer også til nytte for pasientene og de pårørende at kommunikasjonslinjene og samarbeidsrutinene er tydelige [4].

Målsetting med undersøkelsen

På bakgrunn av de tidligere refererte undersøkelsene har vi et bilde av hvordan en del kommuner organiserer sine demensteam og demenskoordinatorer, og vi vet hvor mange kommuner som har etablert slike tilbud. En vet imidlertid lite om det arbeidet som gjøres av det store flertallet av demensteam. Det var derfor viktig i denne kartleggingen å få et bedre bilde av hvordan demens-teamene var organisert, hvilke yrkesgrupper som arbeidet i teamene og innholdet i den utredning som gjøres. En ønsket å kartlegge hvilke tilbud som ble gitt, hvilke arbeidsoppgaver demensteamene hadde, hvordan informasjon ble formidlet, hvilke prosedyrer som ble fulgt og hvilke utfordringer teamene sto overfor. Det var også viktig å se nærmere på hvordan samarbeidet mellom demensteam, fastleger og ikke minst spesialisthelsetjenesten fungerte. Denne undersøkelsen hadde som mål å evaluere demensteamenes arbeid og å få kunnskap og oversikt over hvor langt arbeidet med å tilrettelegge tilbud til personer med demens er kommet i kommunene.

En viktig del av arbeidet etter at diagnosen er stilt, er å igangsette tiltak som er til nytte for personen med demens og de pårørende.

Hvilke tilbud får pasientene og familien som et resultat av utredningen som er foretatt?

Konkrete hjelpetiltak som hjemmesykepleie, hjemmehjelp, dagtilbud, støttekontakt, huskehjelpemidler, korttids- og avlastnings-tilbud og plass i heldøgnsstilbud.

Støttetiltak som veiledning, deltagelse i pårørendegrupper eller pårørendeskoler.

Oppfølging av personer med demens er viktig. Sykdommene som forårsaker demens er progredierende og det er nødvendig med jevnlig vurderinger av behovet for medisinsk behandling og hjelpetiltak. Sykdommene utvikler seg i ulikt tempo og med ulike symptomer hos pasientene. Det er viktig å følge opp jevnlig slik at hjelpetilbudene tilpasses personens behov. Pårørendes belastning og opplevelse av situasjonen vil være forskjellig og endrer seg ofte over tid.

Kartlegge om kommunene har utviklet rutiner for oppfølging og hva innholdet i oppfølgingen omfatter.

Spesialisthelsetjenesten skal bistå når utredningen blir for vanskelig for kommunehelsetjenesten. Det var et ønske å kartlegge samarbeidet om henvisninger, demensutredninger og oppfølging av personer med demens og pårørende.

Hvilke kategorier pasienter henvises videre fra kommunale demensteam til spesialisthelsetjenesten og hvilke utreder demensteamene på egen hånd?

Hvordan er samarbeidet mellom demens-teamene, fastlegene og spesialisthelsetjenesten?

Hvilken veiledning og undervisning får kommunene fra spesialisthelsetjenesten?

En fullstendig utredning er avhengig av at det er et godt samarbeid mellom demensteam og fastlege. Viktige spørsmål i evalueringen vil derfor bli:

Hvordan arbeider demensteamene med å gjøre tilbudet kjent blant fastlegene i kommunen?

Hvordan er samarbeidet mellom demens-teamet og fastlegene organisert?



KAPITTEL 2

Metode og gjennomføring

Evalueringen omfattet kommuner i Norge som har et demensteam eller demenskoordinator. Evalueringen tok utgangspunkt i den nasjonale kartleggingen av tilbud til personer med demens som ble gjennomført ved årsskiftet 2010-2011. Den nasjonale kartleggingen ble foretatt av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse på oppdrag av Helsedirektoratet. Landets fylkesmannsembeter bisto i innsamling av data som omfattet alle landets kommuner. I kartleggingen ble kommuner blant annet spurt om de hadde demensteam og/eller demenskoordinator som arbeidet med demensutredning.

I løpet av vinteren fikk en i dette prosjektet tilsendt oversikt over hvilke kommuner som hadde opplyst i den nasjonale kartleggingen at de hadde demensteam og/eller demenskoordinator. Disse fikk i mai 2011 tilsendt et eget spørreskjema (vedlegg 1).

En kan organisere demensutredning i kommunehelsetjenesten med demensteam og/eller demenskoordinator som illustrert i figur 1.1 og 1.2 [1]. Videre i denne rapporten vil en, for å forenkle, i hovedsak bruke benevnelsen demensteam som en felles betegnelse. Resultater som er spesielt gjeldende for demenskoordinatorer nevnes spesifikt.

Til sammen 246 spørreskjemaer ble sendt ut adressert til demensteam i kommunene. I første omgang kom det inn rundt 100 spørreskjemaer og det ble derfor nødvendig å sende ut en påminning om undersøkelsen. I august 2011 hadde 178 kommuner kommet med tilbakemelding på spørreundersøkelsen. Noen svarte at de ikke lenger hadde demensteam, eller at de skulle starte opp i løpet av 2011. Disse fylte ikke ut spørreskjema, og en satt igjen med 164 utfylte skjemaer. Av de 164 var det en kommune som har åtte demensteam. Det var derfor 157 kommuner som totalt som hadde svart. Oslo er ikke med i undersøkelsen da det var manglende informasjon om hvilke bydeler som hadde demensteam da undersøkelsen ble gjennomført. Spørsmål som det var gitt svar på i den nasjonale kartleggingen ved årsskiftet ble ikke gjentatt i dette skjemaet. I denne rapporten har en derfor hentet inn besvarelser fra den nasjonale kartleggingen for de aktuelle kommunene. Data-innsamlingen ligger så nært i tid at det ikke er grunn til å anta at det har skjedd vesentlige endringer.

Det ble samtidig sendt ut et eget spørreskjema til alle fastleger i de kommunene som hadde opplyst at de hadde demensteam. Til sammen ble det returnert 767 svar fra fastlegene. Resultatene av denne delen av undersøkelsen blir gjennomgått og presenteret i eget avsnitt.

Data ble manuelt registrert for videre statistisk bearbeidelse. De kvantitative dataene ble analysert, og de kvalitative dataene ble gjennomgått. Data fra den nasjonale undersøkelsen om tilbud til personer med demens ble slått sammen med informasjonen i denne evalueringen.

Som trinn to har en valgt å ta kontakt med noen kommuner for å kvalitetssikre informasjon der data ble oppfattet som uklare. Dette ga også mulighet for å få diskutert nærmere hvilke faktorer som ble opplevd som å hemme eller fremme en vellykket implementering av demensteam.



KAPITTEL 3

Demensteamenes erfaringer

Undersøkelsen omfatter data fra i alt 157 kommuner med til sammen 164 demensteam. En mangler informasjon fra 40 kommuner. I alt 139 av kommunene har demensteam og de resterende 18 kommunene har demenskoordinator. Noen av kommunene med demensteam har også en demenskoordinator. Hvor mange kommuner dette er kunne ikke tallfestes fra våre data. I 21 av de 157 kommunene var tilbudet etablert på slutten 2010 eller ved årsskifte. Disse kommunene hadde for liten erfaring til å besvare alle spørsmål i skjemaet. Kommunene er inkludert i opptellingen, men fordi de har svært liten erfaring med utredning, er de ikke regnet inn i tallene under avsnittet på hvor mange som er utredet i kommunene med demensteam. Resultatdelen deles derfor opp for å presentere data som er felles for alle, for å så si noe om data som er felles for de kommunene som har demensteam eller erfaring med demensutredning.

Fire kommuner opplyser at de har interkommunalt samarbeid, to kommuner at de har flere demensteam i kommunen. En av kommunene har sendt inn samlet svar for sine demensteam, mens den andre kommunen har sendt inn svar for hvert av sine demensteam.

Kommuner med demensteam

Nedenfor presenteres data fra alle kommunene som besvarte de utsendte spørreskjemaene.

For å kunne sammenlikne med besvarelsene fra den nasjonale kartleggingen ved årsskiftet 2010-2011 er også disse tallene tatt med i tabellen (tabell 3.1). En ser at svarprosenten varierer fra fylke til fylke og det er derfor ikke mulig å foreta noen rangering ved denne undersøkelsen.

Fra den nasjonale kartleggingen ved årsskiftet ser en at fylkene Troms, Hedmark, Nordland, Aust-Agder og Rogaland har best dekning, fra 70 til 80 prosent av kommunene. Lavest var Sør-Trøndelag der bare 28 prosent av kommunene hadde etablert tilbudet.

Befolkningssammensetning i kommuner med demensteam

Av kommuner med demensteam som har svart, er det 14 med under 1.500 innbyggere, 34 kommuner har mellom 1.500 – 3.000 innbyggere, 32 kommuner har mellom 3.000 – 5.000 innbyggere, 32 kommuner har mellom 5.000 – 10.000 innbyggere, 28 kommuner mellom 10.000 – 25.000.

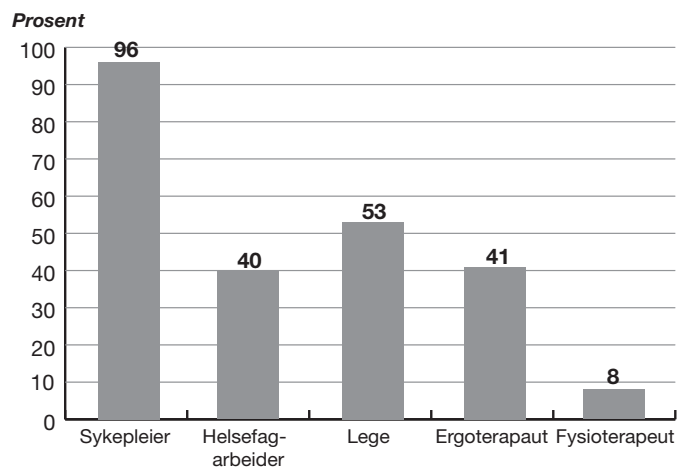
Tabell 3.1
Kommuner med demensteam etter fylke i den nasjonale kartleggingen av tilbud til personer med demens og kommuner med demensteam som har svart på denne undersøkelsen

	Nasjonal kartlegging 2010-2011		Denne undersøkelsen 2011	
	Antall	%	Antall	%
Østfold	10	55,6	9	50,0
Akershus	8	36,5	7	31,8
Oslo	1		0	
Hedmark	17	77,3	16	72,7
Oppland	15	55,7	8	30,8
Buskerud	14	66,7	12	57,1
Vestfold	5	35,7	3	20,0
Telemark	8	44,4	2	11,1
Aust-Agder	11	73,3	10	66,6
Vest-Agder	8	53,3	5	33,3
Rogaland	19	73,1	12	46,1
Hordaland	23	69,7	21	63,6
Sogn og Fjordane	15	53,8	10	38,5
Møre og Romsdal	11	30,6	4	11,1
Sør-Trøndelag	7	28,0	5	20,0
Nord-Trøndelag	11	45,8	5	20,8
Nordland	33	75,0	18	40,9
Troms	20	80,0	12	48,0
Finnmark	9	47,4	5	26,3
Hele landet	244	56,7	164	38,1

I alt 17 av de kommunene som har demensteam og har svart på spørreskjema, har over 25.000 innbyggere. Besvarelsene i undersøkelsen synes med dette å representere en relativt god spredning over små, mellomstore og store kommuner. Ser en på demenskoordinator for seg, er disse jevnt fordelt i små, mellomstore og små kommuner.

Yrkesgrupper i demensteam

Av kommunene i undersøkelsen har 96 prosent av demensteamene sykepleier(e) i teamet, 40 prosent har helsefagarbeider(e)/hjelpepleier(e), 41 prosent har ergoterapeut, 8 prosent har fysioterapeut og 53 prosent har lege (figur 3.1). Fra tidligere kartlegginger har også sykepleiere vært den dominerende yrkesgruppen, og det ser en også at de fortsatt er [4, 6]. Men det ses en økning av de andre yrkesgrupper i denne undersøkelsen. Dette viser at tverrfagligheten er økende. Alle demenskoordinatorer er i denne undersøkelsen sykepleiere.



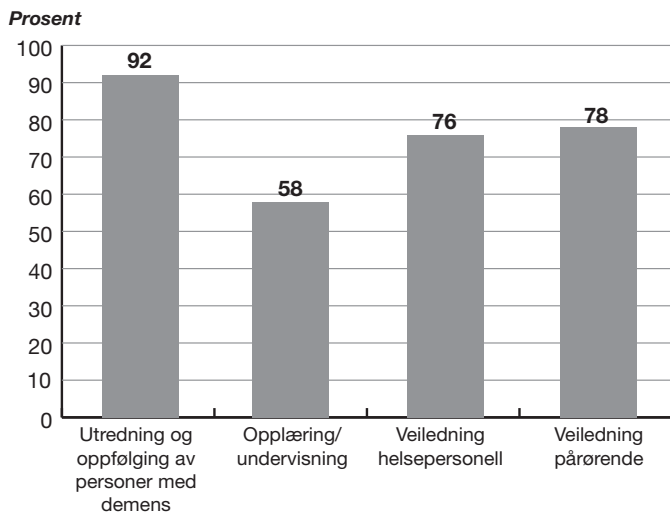
Figur 3.1
Yrkesgrupper i demensteam. Prosent (n=157)

Faste stillinger

I overkant av halvparten (53,2 prosent) av demens-teamene/koordinatorene har faste stillinger knyttet til oppgaven. Stillingsprosentene varierer fra fulle stillinger til små stillingsprosent. Til sammen 85 prosent av demens-teamene og demenskoordinatorene har organisert utredningstilbudet som fast drift i kommunen og sju prosent drives som tidsbegrenset prosjekt. Det vil si at det i en del tilfeller finnes demens-team som ikke har faste stillingsandeler avsatt til den jobben.

Arbeidsoppgaver

Mange av demens-teamene har også andre oppgaver enn utredning og oppfølging av personer med demens. Opplæring og undervisning, veiledning av helsepersonell og veiledning av pårørende, nevnes spesifikt. Resultater fra den nasjonale kartleggingen for kommunene som er med i denne undersøkelsen, viser at til sammen 58 prosent av demens-teamene driver med opplæring eller undervisning, 76 prosent driver med veiledning av helsepersonell og 78 prosent gir veiledning til pårørende (figur 3.2).



Figur 3.2
Arbeidsoppgaver demens-team. Prosent (n=157)

Disse resultatene er sammenfallende med kartleggingen av demens-team som ble gjort i 2007 [6].

De demens-teamene som har små stillinger, eller må gjøre utredning av demens på toppen av sine andre arbeidsoppgaver, har ofte ikke mulighet til å ta på seg flere oppgaver. Demens-teamene som har avsatt tid, og ofte større stillinger, har gjerne de nevnte oppgavene i tillegg til selve demensutredningen. Til sammen 21 av demens-teamene var i oppstartsfasen og hadde derfor ikke kommet i gang med utredning og oppfølging av personer med demens. Planen var at de etter hvert som utredningsarbeidet var godt etablert, ville legge flere oppgaver til demens-teamet.

Kartlegging og utredning av demens

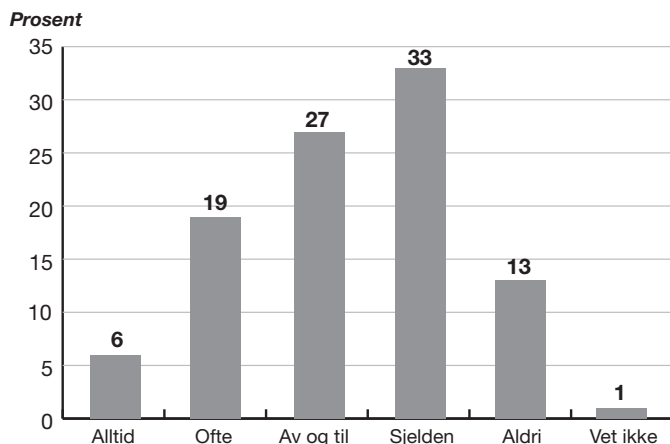
Av de etablerte demens-teamene har vi data fra 144 demens-team som driver aktivt med utredning og oppfølging av personer med demens. Siden én kommune har til sammen åtte demens-team, er data som presenteres fra 137 kommuner.

Demensutredning

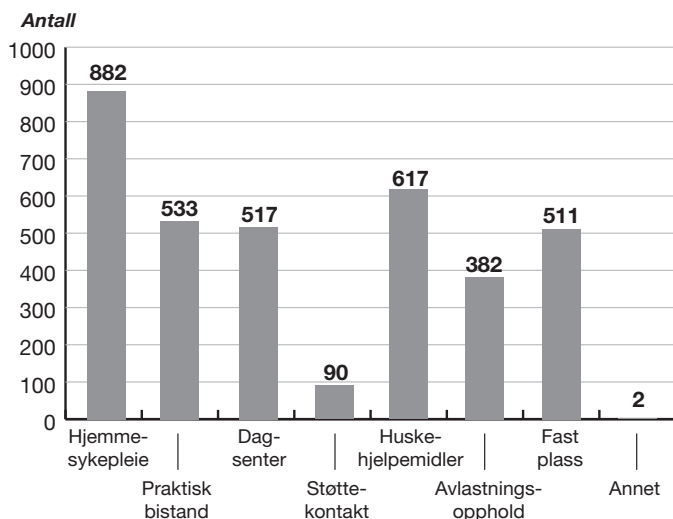
Demens-teamene som driver demensutredning ble bedt om å anslå hvor mange de hadde utredet i 2010. Det ble anslått at det i 2010 ble kartlagt og utredet 2.366 personer med mistanke om demens i de kommunene som har svart på undersøkelsen. Fordi det mangler svar fra en del kommuner er nok det reelle tallet høyere enn dette. Hvor mange hver enkelt kommune utreder hvert år varierer mellom 0 til 109 pasienter. Dette avhenger av hvor stor kommunen er og hvor mye ressurser demens-teamet har til å drive med dette arbeidet.

863 (36,5 prosent) av pasientene ble henvist til demens-teamet fra fastlege og 77 (3,3 prosent) fra spesialisthelsetjenesten. De resterende har blitt

henvist til demensteamet fra andre i kommunen, som hjemmetjeneste, praktisk bistand, vedtaks-kontor eller familie.



Figur 3.3
Tilbakemelding fra fastlege om diagnose. Prosent (n=141)



Figur 3.4
Antall tiltak gitt etter demensutredning (n=144)

Av de pasientene som ble utredet av demensteamet ble 197 (8,3 prosent) pasienter henvist videre til spesialisthelsetjenesten etter demensutredningen. Flere demensteam kommenterer at disse tallene er usikre da de ikke alltid får beskjed fra fastlegen om pasienten blir henvist videre.

Til sammen 24 demensteam har utredet til sammen 39 pasienter som er under 65 år. I alt 27 av pasientene ble henvist videre til spesialisthelsetjenesten. Sju demensteam har utredet 17 personer med psykisk utviklingshemning, seks av dem ble henvist videre til spesialisthelsetjenesten. Dette viser at det er viktig at demensteam også har kunnskap om yngre personer med demens og personer med psykisk utviklingshemning og demens.

I tidligere undersøkelser pekes det ofte på manglende tilbakemelding om endelig diagnose fra fastlegen til demensteamet [4, 6]. Det ble også spurt om dette i denne undersøkelsen. Nær en tredel av demensteamene synes de *sjelden* fikk tilbakemelding fra fastlegene (figur 3.3). Til sammen 25 prosent synes de *ofte* eller *alltid* fikk tilbakemelding fra fastlegene. Til sammen 13 prosent sier de *aldri* får tilbakemelding.

Fra tidligere rapporter ser en at demensutredning utløser tiltak [4]. Dette kommer tydelig fram også i denne undersøkelsen. De hjelpetilbudene som oftest blir igangsatt eller økt, er hjemmesykepleie og huskehjelpemidler. Deretter praktisk bistand, dagsenter, fast plass i sykehjem og avlastningsopphold.

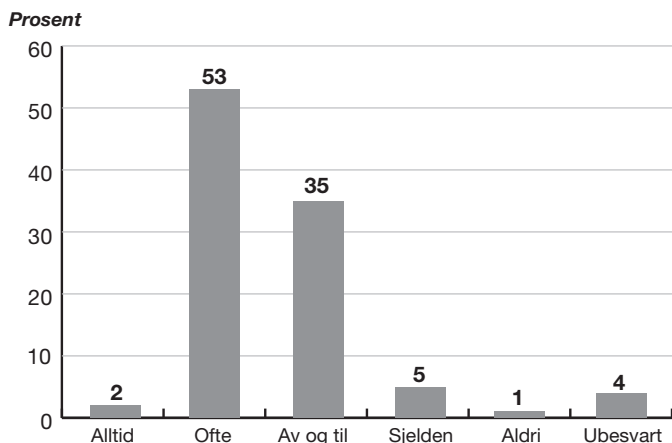
Flere kommuner oppgir at i noen tilfeller er det ikke behov for hjelpetilbud etter utredning, men at dette kan endre seg fram til oppfølgingsbesøket. De aller fleste har noe tilbud før de kommer til en demensutredning. Dette kan være en indikasjon på at demensteamene i mange tilfeller kommer sent inn i sykdomsforløpet.

Tilbud til pårørende

Når det gjelder tilbud til pårørende svarer de aller fleste demensteamene at de tilbyr veiledning eller samtale med de pårørende. Noen legger opp til faste samtaler andre ved behov. En del demensteam opplyser at de deltar i driften av samtalegruppe eller pårørendeskole som kommunen driver. Flere av demensteamene vektlegger viktigheten av å kunne være lett tilgjengelig for pårørende på telefon og e-post. De opplever at det gir en trygghet til pårørende at de har et sted å henvende seg ved behov.

Tilbud til personer med demens i kommunen

Når demensteamene blir spurt om de mener kommunen har tilstrekkelig tilbud til pasientene som blir utredet og deres pårørende, svarer litt over halvparten (52,8 prosent) at dette som oftest er tilfelle. Over en tredel (35,4 prosent) besvarer spørsmålet med at kommunen «av og til» har tilstrekkelig med tilbud (figur 3.5). På spørsmål om hva som savnes nevnes spesielt differensiert dag- og døgntilbud, støttekontakter og tilbud til pårørende.



Figur 3.5
Har kommunen nok tilbud til personer med demens og pårørende? Prosent (n= 144)

Oppfølging av personer med demens etter demensutredning

To tredeler av demensteamene har etablerte rutiner for oppfølging av pasientene. Det er anbefalt i veilederen for utredningsverktøyet *Demensutredning i kommunehelsetjenesten* at oppfølging skal gjøres to ganger i året [4, 7]. Av dem som ble utredet i 2010 har til sammen 1.047 pasienter (44 prosent) vært i kontakt med demensteamet i etterkant av en utredning. Flere demensteam tar ett oppfølgingsbesøk og følger retningslinjene for oppfølging utgitt av Aldring og helse. Andre har telefonkontakt og besøk ved behov, som en del av oppfølgingen. I noen tilfeller sørger demensteamet for at det er noen andre i kommunehelsetjenesten som tar seg av oppfølgingen.

Det ble i tillegg gjort oppfølging på 180 pasienter henvist fra spesialisthelsetjenesten fordelt på 54 demensteam. Dette viser at en tredel av kommunen har samarbeid med spesialisthelsetjenesten om pasienter som er utredet i sykehus. Hvilke pasienter dette er har en i denne undersøkelsen ikke nærmere informasjon om. Det kan tenkes at noen er yngre personer med demens eller det kan være eldre som trenger vurdering av hjemmesituasjon eller etablering av andre tiltak.

Hvordan gjøres demensutredningstilbudet kjent blant fastlegene?

De aller fleste demensteamene er i kontakt med fastlegen i kommunen i etableringsfasen. Dette skjer enten ved telefonkontakt, at de møter opp på legekantoret eller informerer om demensteamet i et av fastlegenes fellesmøter. Noen bruker lege i teamet til å informere fastlegene. Informasjonen går ut på å presentere demensteamet og prosedyre for hvordan demensutredning bør gjøres. Noen demensteam lager egne brosjyrer med informasjon om hukommelse og demens, samt hvordan man kommer i kontakt med teamet og hva de kan bidra

med. Denne informasjonen er gjerne gjengitt på kommunens hjemmeside. Informasjonsbrev sendes også fastlegene for å minne dem på virksomheten.

Prosedyre for demensutredning

Alle demensteamene beskriver prosedyren for demensutredning som anbefalt av Aldring og helse i samarbeid med Helsedirektoratet. Det er noe ulike prosedyrer for hvordan henvisninger mottas. Noen vil at alle henvisninger skal gå via fastlegen, andre har et lavterskeltilbud som gjør at de tar i mot alle henvendelser og tar dette videre opp med fastlegen. Hjemmebesøkene gjøres etter retningslinjer hvor én til to reiser på hjemmebesøk der samtale med pasient og pårørende gjøres. Det er noen variasjoner i hvorvidt samtalen gjøres separat med pårørende og pasient, eller om dette gjøres sammen. Noen sier at dette vurderes i hvert enkelt tilfelle. Hvilke prosedyrer som foreligger for kontakt mellom demensteamet og fastlege etter utredning synes ofte noe uklart. De som har en lege i teamet bruker ofte denne legen for å innhente informasjon fra

fastlegen, noen ringer og andre møter opp til samarbeidsmøte på legekantoret for å drøfte konklusjon av utredningen. Noen demensteam opplyser at de får direkte tilbakemelding fra fastlegen uten å måtte purre (figur 3.3).

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

To tredeler (68 prosent) av demensteamene sier de har et samarbeid med spesialisthelsetjenesten på en eller flere måter som vist i figur 3.6.

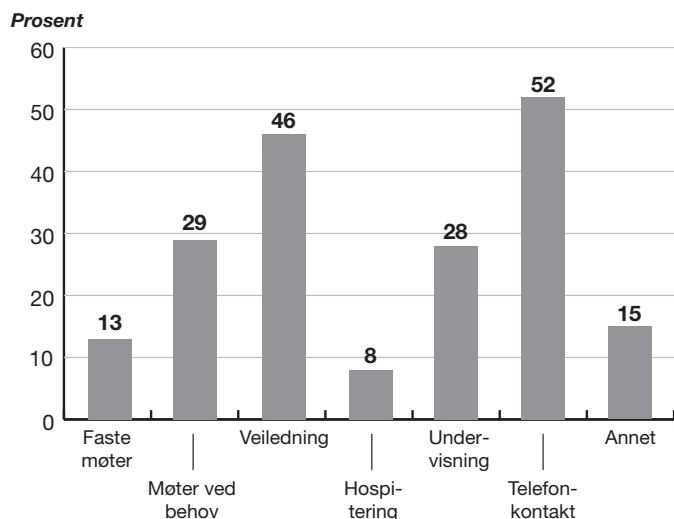
Oftest er det telefonkontakt og veiledning om enkeltpasienter. Deretter har spesialisthelsetjenesten noen steder en del undervisning og møter etter behov. Noen kommuner har faste møter og noen få har hospitert i spesialisthelsetjenesten. Annet samarbeid er ofte nettverkssamarbeid. Det er kjent at en del steder i Norge driver spesialisthelsetjenesten nettverksarbeid for demensteam eller dem som driver med demensutredning i en kommune. Andre ganger er nettverket for dem som arbeider på sykehjem. Siden mange av de ansatte i demensteamene i tillegg er knyttet til sykehjem, blir dette en naturlig arena for å drøfte utredning.

En del av kontakten med spesialisthelsetjenesten dreier seg om utredning og diagnostikk, men mange i demensteamet arbeider ellers i direkte kontakt med pasientene og bruker spesialisthelsetjenesten i forbindelse med vurdering av medisiner, hjelpetilbud eller i forhold til atferdsproblematikk.

Utfordringer

Utfordringene som demensteamene nevner er i hovedsak å få avsatt tid til utredning og få etablert gode rutiner for oppfølging og samarbeid med fastlegene.

Selv om det er bestemt at det skal være demensteam i kommunen, er det i mange tilfeller ikke avsatt tid, eller nok tid, til det arbeidet. Utrednings-



Figur 3.6
Type samarbeid med spesialisthelsetjenesten i prosent (n=144) (Flere svaralternativer)

arbeidet skal gjøres på toppen av andre arbeidsoppgaver. Det er det ofte ikke tid, eller aksept blant kolleger og mellomledere, til å bruke tid til denne oppgaven. Ut fra erfaring, blant annet i Utviklingsprogram om utredning og diagnostikk av personer med demens, er det anbefalt at det bør være faste stillinger og avsatt faste dager til de ansatte i demensteamet for at de skal gjøre en best mulig jobb [4]. Om demensutredning og oppfølging av personer med demens skal flettes inn i en ellers hektisk arbeidshverdag, blir arbeidet ofte nedprioritert på grunn av andre oppgaver. Faste stillinger eller avsatte dager, gjør det lettere å prioritere utredningsarbeidet og gir mindre dårlig samvittighet over at man ikke rekker både demensutredning og andre oppgaver [7].

I tillegg til demensutredning og oppfølging, må det være tid og rom for veiledning av pårørende og helsepersonell samt undervisning. De demens-teamene som har holdt på noen år, sier at oppgavene vokser etter hvert som teamet får etablert seg i kommunen, men det gjør ikke nødvendigvis stillingsprosentene.

Å ha gode rutiner for oppfølging av pasienter etter utredning, har ofte sammenheng med at det ikke er satt av tilstrekkelig arbeidstid til oppgavene. Noen nevner at det mangler systemer i praksis for å bli minnet på når oppfølgingen skal skje, andre at de ikke har tid til å gjøre de oppfølgingene som er anbefalt.

Problemer i samarbeid med fastlegene går ofte ut på at noen fastleger ikke viser interesse for å utrede demens, eller at de ikke gir tilbakemelding om diagnose etter at de har sammenfattet og konkludert. Flere nevner likevel at dette er noe som endrer seg i positiv retning desto lenger demensteamet har vært i virksomhet og de har blitt kjent med hverandres oppgaver.

De som ikke har fått demensteamet forankret i kommunen opplever i de fleste tilfeller lite aksept fra kollegaer og mellomledere til å drive med demensutredning.



KAPITTEL 4

Fastlegenes erfaringer

En ønsket i denne undersøkelsen også få et bilde av fastlegenes erfaringer med demensutredning og samarbeid med demensteamene. Et spørreskjema (vedlegg 2) ble derfor sendt til fastlegene i de kommunene som hadde oppgitt, i den nasjonale kartleggingen, at de har demensteam eller demenskoordinator. Det ble spurt om fastlegene hadde henvist pasienter til demensteamet og/eller til spesialisthelsetjenesten i 2010, hva som avgjorde om de henviser til demensteam eller til spesialisthelsetjeneste, hvilke erfaringer de hadde med demensteamet og hvilke utfordringer de opplevde med utredning og diagnostisering av demens.

Av totalt 2.251 utsendte skjema er 767 besvart, en svarprosent på 34. En kan anta at det er et flertall blant dem som har besvart spørreskjema som faktisk har erfaring med samarbeide med demensteam. Likevel opplyser 166 (22 prosent) av fastlegene at de ikke kjente til demensteam i sin

kommune. Dette kan skyldes at demensteamet var forholdsvis nyetablert i kommunen, at demens ikke hadde vært en problemstilling i den aktuelle legepraksisen eller at demensteamet i praksis ikke var fungerende i kommunen. De fastlegene som ikke kjente til demensteamet i sin kommune ble bedt om kun å besvare spørsmålet om utfordringer i utredning og diagnostisering av demens. De 601 fastlegene som kjente til demensteamet i sin kommune viste stort engasjement for temaet og skrev ofte utfyllende svar på de kvalitative spørsmålene.

Henvisning til demensteam eller til spesialisthelsetjenesten

Av de 601 fastlegene som kjente til demensteamet i sin kommune hadde 486 (81 prosent) henvist pasienter til teamet i 2010. At andelen er så høy kan skyldes at det er de fastlegene som har henvist

Tabell 4.1

Fastlegenes henvisninger i 2010 (n=601)

	<i>Antall (%)</i>
Fastleger som har henvist pasienter til demensteamet i 2010	486 (81)
Fastleger som har henvist pasienter til spesialisthelsetjenesten i 2010	445 (74)
Henvist både til demensteam og spesialisthelsetjenesten i 2010	404 (67)

til, og har erfaring med, demensteamene, som har valgt å svare på spørreskjemaet.

To tredeler (67 prosent) av fastlegene opplyste at de hadde henvist pasienter *både* til demensteam og til spesialisthelsetjenesten for videre utredning i 2010. Til sammen 82 av fastlegene oppga at de kun hadde henvist til demensteam, bare 42 oppga at de kun hadde henvist til spesialisthelsetjenesten.

Kriterier for henvisning til demensteam eller til spesialisthelsetjenesten

Av de 601 fastlegene som kjente til demensteamet i kommunen, var det 530 (88 prosent) som beskrev hvilke kriterier de la til grunn for hvor de henviste pasienter med mistanke om demens. Hver fastlege oppga ofte flere kriterier for sine henvisninger. I tillegg til de 530, oppga 14 av fastlegene at de selv eller demensteamet var nye i kommunen, og at de derfor ikke har benyttet seg av det ennå.

«Vårt demensteam er først i sving i 2011. Jeg kommer til å bruke dette hyppigere i framtiden»

Vanskelige utredninger og pasientens alder var hyppig nevnt som avgjørende for hvor henvisning ble sendt.

Vanskelige utredninger

Forhold relatert til vanskelige utredninger/saker eller tvil om diagnose eller behandling, beskrives av totalt 438 (83 prosent) av fastlegene som avgjørende for at de valgte å sende henvisning til spesialisthelsetjenesten. Symptombilde og sykdomsforløp ble da ofte beskrevet som komplekse, kompliserte, atypiske, uklare eller ukarakteristiske. Komorbiditet nevnes ofte, med psykiatriske symptomer / depresjon som de vanligst nevnte.

«Mistanke om underliggende sykdom, komorbiditet»

«Uklar årsak, unormalt forløp»

«Alder, symptombilde, hvis det virker komplisert, henvisning til spesialist, for eksempel ved samtidig depresjon»

Atferdsvansker, aggresjon eller uro, rask progresjon og akutt innsettende plager var andre forhold som ble nevnt som kriterier for hvorfor de valgte å henvise til spesialisthelsetjenesten.

«Spesialisthelsetjenesten etter alvorlighetsgrad, men mest når det er behov for hjelp ift tilleggsproblemer som uro/aggresjon»

Ofte ønsker legen hjelp til diagnostisering og til å vurdere medisiner. Noen nevner dessuten førerkortvurderinger som spesifikk grunn.

«Hvis jeg er i tvil om diagnosen, eller den er komplisert med andre neurologiske sykdommer....»

«Komplekse problemstillinger der medikasjon er aktuell, type demens er usikker og pasienten har lette symptomer»

På den andre siden nevnte flere at det er de ukompliserte «sakene» som henvises til demensteamet

«Til demensteam dersom begynnende mistanke, ingen store/brå/plutselige endringer i atferd»

«..... hvis diagnosen er klar på forhånd»

«....trygg klinikk/anamnese»

Alder

Alder er et kriterium som nevnes hyppig. Rundt halvparten av fastlegene beskrev at tidlig debut av demenssykdom eller «ung alder», var noe som gjorde at de henviste til spesialisthelsetjenesten. Hva som defineres som ung alder varierte fra under 65 til under 80 år.

Andre kriterier som ble vektlagt i avveiningen mellom å sende henvisning til spesialisthelsetjenesten eller demensteamet, var den sosiale situasjonen eller mangel på pårørende, samt pasientens eller pårørendes egne ønsker. Relativt få har skrevet at de henviste til spesialisthelsetjenesten ved mild/lett kognitiv svikt. Dette kan dog skjule seg bak «tidlig demens» eller «tidlig debut» her tolket som yngre personer med demens, eller at det ligger i begrepene «uklare symptomer», «sykdomsforløp» eller «symptombilde».

Som tidligere nevnt har 67 prosent av fastlegene henvist både til demensteam og til spesialisthelsetjenesten i 2010. Noen få (2 prosent) beskrev at de alltid eller vanligvis henviste til spesialisthelsetjenesten før de eventuelt henviste til demensteamet senere.

«Demensteamet er et lavterskeltilbud, og etter min vurdering ingen erstatning for spesialisthelsetjenesten. Alle mine pasienter som har demens sender jeg til spesialisthelsetjenesten»

Kun fire (1 prosent) av fastlegene uttrykte manglende tillit til demensteamets faglige kompetanse.

«Utredningskompetansen er større og av en annen medisinsk faglighet i 2.linjetjenesten. Kartleggingsmuligheten i kommunalt demensteam er noe annet.»

Grunner til å henvise til demensteamet, beskriver 54 (10 prosent) av fastlegene som den gode tilnærmingen teamene har med hjemmebesøk, informasjon, og bruk av pårørende til komparentopplysninger samt at pasienten har behov for vurdering av hjelp fra kommunen.

«Vurdering av omsorgsnivå/hjelpemidler/ sikkerhetsvurdering -> demensteam (v/ ergoterapeut)»

«Bruker teamet til å kartlegge hjemmesituasjon, informere pasient og pårørende»

Noen nevner praktiske grunner som at demensteamet er et lavterskeltilbud som er geografisk lettere tilgjengelig og at ventetiden er kortere der.

«Kommunalt demensteam er raskt og effektivt»

I alt 56 (11 prosent) av fastlegene oppga at de alltid eller som regel, henviste først til demensteamet og etterpå ved eventuelt behov, henviste til spesialisthelsetjenesten i samråd med teamet.

«Vi utreder alle demenspasienter lokalt (henviser til CT-caput til sykehuset)»

«Spesialisthelsetjenesten: Alder, og hvis ting er veldig uavklart etter demensteamets vurdering»

Fastlegenes erfaringer med å samarbeide med demensteam

Av de 601 som kjente til demensteamet i kommunen var det 510 (85 prosent) som beskrev sine erfaringer. Flere hadde latt spørsmålet stå ubesvart, noen hadde lite eller ingen erfaring (så langt) med teamet og noen var selv er med i teamet.

Av disse 510 hadde 451 (88 prosent) positive erfaringer (fra «nokså bra» til «svært bra»). Det var 26 (5 prosent) som hadde negative erfaringer, 33 (6 prosent) beskrev sine erfaringer som «både positive og negative», «blandede» eller «variable».

Positive erfaringer med demensteam

Det store flertallet hadde god erfaring med å samarbeide med demensteamet. Der de positive erfaringene ble beskrevet, dreide det seg hovedsakelig om tre forhold:

1) Det positive i at utredningen til demensteamene skjer på hjemmebesøk og med innhenting av komparentopplysninger fra pårørende. Videre at det er en nyttig inngangsport til hjemmebaserte tjenester og at oppfølging av pasient og pårørende som demensteamet gjør er viktig.

«Hjelp til å vurdere boligsituasjon, hjelpebehov, samtale med pårørende mm»

«Meget godt, uvurderlig hjelp i kartlegging av funksjonsnivå i hjemmet, og i oppfølging etter diagnose og ev tiltak»

2) Fastlegene er fornøyde med tilbakemeldingene fra demensteamet, både i form av rapporter etter demensteamets utredning og det som skjer på eventuelt faste samarbeidsmøter. Noen ganger skjer samarbeidet pr telefon på grunn av geografiske forhold.

3) At de er fornøyde med kompetansenivået hos demensteamet. De skriver at demensteamet er erfarne og grundige, gjør gode vurderinger og er til nytte i legens utredning og diagnostiseringsarbeid.

«Opplever høy kompetanse og stort engasjement»

«De er grundige, har god tid, og trekker alltid inn komparent.»

Noen fastleger trakk i tillegg fram at de opplevde demensteamet som raske og effektive og at det var kort ventetid for utredning av demensteamet.

Negative erfaringer med demensteam

De fastlegene som hadde negative erfaringer med å samarbeide med demensteam, hadde ofte konkretisert hva dette gikk ut på. Flere med variert erfaring og noen få med god erfaring, nevnte ting som var problematisk i deres samarbeid med demensteamene.

Det er 13 av fastlegene (3 prosent) som hadde liten tiltro til demensteamets fagkunnskap. De beskrev at vurderingene hadde liten verdi for diagnostikk og behandling, eller at vurderingene utgjorde dobbeltarbeid og hadde liten konsekvens for pasientene

«Avklaring på hvem som har diagnostisk kompetanse har tidvis vært nødvendig»

«Skjemaene de bruker er rotete, ikke alltid de samme og ikke fylt inn konsekvent»

«Lite kompetent, men de er tilgjengelige»

«Kompetanse og kontinuitet kan bli utfordring ved fravær. Vi har små fagmiljø»

Kun ni fastleger (2 prosent) rapporterte lang ventetid og dårlig kapasitet hos demensteamene, mens ni (2 prosent) er misfornøyde med tilbakemeldingene fra teamet. De fortalte at de fikk ingen, for dårlige eller for få, tilbakemeldinger.

Bare sju (1 prosent) beskrev at demensteamet gjorde utredninger uten å involvere fastlegene, for eksempel etter henvisning fra hjemmesykepleien, noe som kunne medføre dobbeltarbeid der fastlegen selv holdt på med en utredning. Videre etterlyste de tettere samarbeid mellom fastlege og demensteam.

Noen ganske få fastleger rapporterte at demensteamene ikke hadde kapasitet til å følge opp pasienten etter at de hadde blitt utredet.

«Gode rapporter, men deretter svikter det»

Andre momenter som ga grunn til misnøye med samarbeidet med demensteamene var dårlig bemanning og organisering og «usynlighet» i kommunen.

«Demensteamet er mer preget av byråkrati og marginal bemanning enn spesialisthelsetjenesten»

Utfordringer i utredning og diagnostisering av demens

Til sammen 672 (88 prosent) fastleger har svart på spørsmålet om hvilke utfordringer de opplever i utredning og diagnostisering av demens.

Noen (8 prosent) av fastlegene beskriver at de opplever få eller ingen utfordringer med utredning og diagnostisering av demens, at det går greit eller relativt greit.

«Jeg har drevet med det en stund. Synes det er spennende. Har vært på mange kurs om demens.»

«Få. Føler jeg har god systematikk på dette.»

I tillegg er det 57 (8 prosent) som ikke nevner utfordringer, men som forklarer at de rutinemessig eller ved vanskelige tilfeller henviser til spesialist-

helsetjenesten, førstelinjetjenesten eller begge deler. Tidligere i spørreskjemaet har 74 prosent angitt at de henviste til spesialisthelsetjenesten for demensutredning i 2010, mens 81 prosent henviste til demensteam. Inntrykket er at det gjennom dette samarbeidet oppleves som greit å håndtere demensutredninger samt å sette diagnose.

«Noe omfattende arbeid - men fungerer bra v/samarbeid med demensteam.»

«Tidkrevende, men interessant og takknemlig arbeid. Henviser ved tvil, tidlig debut og sammensatte problemer til sykehuset.»

«Bra samarbeid med demensteam ved utredning og spesialisthelsetjenesten ved behov for spesiell kartlegging eller annet.»

Manglende tilbud etter diagnostiseringen

Flere av legene beskrev manglende muligheter for behandling og for dårlig tilbud om oppfølging som et stort problem. De fleste av disse poengterte at det var dette som var hovedproblemet, framfor utredningen og diagnostiseringen. Når medikamentell behandling ikke hjelper og kommunen ikke kan stille opp med tilstrekkelige tiltak som dagtilbud, avlastning for pårørende og etter hvert institusjonsplasser, opplever flere at diagnostisering er lite nyttig.

«Reelt sett går utredning og diagnostisering greit. Dette er en del av primærmedisinsk hverdag. Hovedutfordringen er hvilke tilbud disse pasientene og eventuelt familier har i det daglige. Det er en permanent utfordring også her i vår kommune»

«Å utrede og diagnostisere en lidelse uten effektiv/virksom behandling»

«Det kommer uvanlig lite ut av vurdering og diagnostisering av demens»

«Lite effekt av medisiner. For lite hjelp å tilby ellers også.»

«Mangler tilbud ved langt kommet demens, når pasienten bør til høyere omsorgsnivå.»

Legens egen kunnskap og kompetanse

Faglig relaterte utfordringer ble nevnt av 149 (22 prosent). Demensutredninger oppleves da som komplekse og kompliserte, det er et omfattende arbeid å avdekke pasientens totale situasjon. Når problemstillingene er sammensatte og faktorer som komorbiditet og alder spiller inn, er det vanskelig å sette riktig diagnose. Ofte har hver fastlege relativt få demensutredninger per år og det å være faglig oppdatert, kunne bruke og tolke utredningsmaterialet og håndtere ulike typer demens, kan da oppleves som utfordrende faglig sett. Spesielt nevnes også atferdsendringer, svingende forløp, yngre personer, det å skille demens og depresjon og å vurdere behandlingsmuligheter som vanskelig. Konsultasjonen på legekantoret oppleves som utilstrekkelig for å gjøre en fullstendig vurdering.

«Type demens? Bakenforliggende årsaker?»

«De nye utredningsverktøyene er veldig tidkrevende og vanskelige - må gjøre det «ofte nok» for å gjøre en valid jobb.»

«Noen ganger er utredningen krevende, og noen ganger flere sykdommer samtidig.»

«Fastlegen ser ofte pasienter i noen få minutter/ konsultasjoner i løpet av et år. Fastlegen kan sjelden avsløre demens alene, spesielt hvis de ellers er fysisk frisk eller ikke kjører bil.»

«Grenseoppgang mot psykiatriske problemstillinger»

«Veldig mange blir svært stresset i testsituasjonen, spesielt når det gjelder førerkortvurderinger.»

«Alltid vanskelig i den første perioden før symptomene blir tydelige, men hvor pasienten begynner å oppføre seg annerledes ...»

Det å fange opp demensproblematikk i tidlig fase, mens symptomene er få/små konkretiseres av en del av fastlegene som utfordrende. Det er viktig å komme tidlig på banen, samtidig som en må finne «riktig» tidspunkt.

«Utfordringen er å komme tidlig på banen. Ofte kommer vi for seint,»

«Pasientene kommer ikke selv og ber om dette. Pårørende kommer plutselig «når begeret er fullt», og da skal alt skje nå med en gang.»

Manglende ønske om utredning

Utfordringer relatert til innsikt hos pasienten og motstand (fra pasient og pårørende) mot utredning ble rapportert av 140 fastleger (21 prosent). Demens oppleves som et følsomt tema og det er vanskelig for legen å ta opp problematikken og å informere pasient og pårørende om funnene. Det er ikke alltid lett å få til et samarbeide med pasient og pårørende i forbindelse med utredningsarbeidet. Videre kan det være vanskelig for pasienter med demens å huske undersøkelser og å følge opp avtaler, spesielt dersom de ikke har pårørende til å hjelpe til.

«Utredning/diagnostikk av pasienter der jeg har mistanke, men ikke de (pasientene).»

«Det er vanskelig å komme i posisjon når pasient og pårørende vil skjule/minimalisere funksjonssvikten.»

«Vanskelig å bruke komparentopplysninger åpent da familie/venner ikke ønsker at det skal skje.»

«Pasienten er flau, vil ikke innrømme at noe er galt, pårørende er fortvilet; de kommer ingen vei.»

«Utredningen hos meg krever at pasienten møter til CT, til blodprøver, til kontroll hos meg etc = vanskelig for den gamle å holde styr på alt dette alene....»

Betydningen av pårørende og komparentopplysninger

Gode komparentopplysninger trekkes fram av noen som viktig, og at det av og til er vanskelig å samarbeide med pårørende. Fastlegen er avhengig av gode komparentopplysninger i utredningsarbeidet og dette er en utfordring når pasienten har lite nettverk, mangler nære pårørende eller når komparentopplysninger mangler av andre grunner.

«Gode komparentopplysninger og komme i god og konstruktiv dialog med pårørende.»

«Hvis man ikke har pårørende som er med til konsultasjon kan det være en utfordring. Kan raskt bli oversett.»

«Man er litt avhengig av opplysninger fra pårørende vedrørende mestring av dagligdagse aktiviteter, hygiene, matlaging ol.»

Førerkortvurdering

En utfordring som ble nevnt av noen fastleger var vurdering av egnethet for bilkjøring. Å miste førerkortet kan være traumatisk og vanskelig for pasient og pårørende, og være ødeleggende for alliansen mellom lege og pasient. Det er vanskelig å oppnå aksept hos pasienten for at demens medfører nedsatt evne til bilkjøring.

«Samtale om førerkort.»

«Mye krangling når de mister førerkortet.»

Medisiner ved demens

Medikamentell behandling ved demens nevnes også som en utfordring. Både det å vurdere indikasjon for, velge type medisin, samt å følge opp og vurdere effekt av medikamentet, oppleves som utfordrende.

Tidsbruk og ventetid

Det å gjøre en demensvurdering blir nevnt som utfordrende når det gjelder bruk av tid og ressurser for legen. I alt 120 fastleger (18 prosent) beskrev dette.

«Tidkrevende hvis det skal gjøres etter anbefalingene»

«Tidsrammene en vanlig fastlegepraksis gir, kan ofte bli for knappe.»

«Tidsmessig med dårlig inntjening - et tapsprosjekt»

Noen beskrev at lang ventetid og begrenset kapasitet i spesialisthelsetjenesten var en utfordring. Flere opplevde at det var vanskelig å få pasienten «inn» til vurdering hos spesialist. Andre utfordringer som ble nevnt var at fastlegene opplevde at de ofte sto alene i utredningene, at de var usikre på hva som skulle henvises hvor og at det var for dårlig samarbeid både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Oppsummering

På tross av presset arbeidstid har mange av fastlegene som har erfaringer med samarbeid med demensteam eller demenskoordinator tatt seg tid til å svare på vårt spørreskjema. En stor del av dem gir utfyllende og godt beskrivende svar.

De fastlegene som per i dag benytter seg av og henviser til demensteamene, har overveiende positive erfaringer og er fornøyde med demensteamene og med samarbeidet med dem.

Videre ser det ut til at fastlegene er fleksible i måten de henviser pasienter til demensutredning. De benytter seg av spesialisthelsetjenesten ved behov og henviser til demensteamene der de anser dette som hensiktsmessig. Disse vurderingene ser ut til å være i tråd med føringer fra Helsedirektoratet om utredning av demens. Ansvaret for utredning av demens ligger hos primærhelsetjenesten, mens spesialisthelsetjenesten har ansvaret for utredning i de «vanskelige tilfellene», det vil si yngre personer (under 65 år), personer med psykisk utviklingshemning som utvikler demens og personer med demens som utvikler vanskelig atferd [1].



KAPITTEL 5

Oppsummering og avslutning

Helsedirektoratet har i utviklingsprogrammet for videreføring av Demensplan 2015 skissert demens-team som motoren i den kommunale demensomsorgen. En ser fra den nasjonale kartleggingen av tilbudet til personer med demens at det har vært en sterk vekst i antall kommuner som har demens-team. Riktignok er det noen få kommuner som hadde opplyst at de hadde demens-team, som ved nærmere undersøkelse viste seg ikke å arbeide med demensutredning lenger. Det var også noen kommuner som ikke besvarte spørreskjemaet. Antallet kommuner som har deltatt i denne undersøkelsen er derfor noe lavere enn antall kommuner som opplyser å ha demens-team eller demenskoordinator i den nasjonale undersøkelsen ved årsskiftet 2010-2011. Målsettingen med undersøkelsen har vært å kartlegge hvordan demens-team og demenskoordinatorer organiserer og utfører demensutredningsarbeid og hvordan samarbeidet fungerer mellom teamene, fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Det er i denne undersøkelsen ikke innhentet data fra spesialisthelsetjenesten.

Ansatte i demens-team

Tverrfagligheten i demens-teamene synes å ha blitt styrket sammenlignet med tidligere undersøkelser. Flere helsefagarbeidere/hjelpepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og leger utgjør demens-teamene

sammen med én eller flere sykepleiere. Det er anbefalt at demens-teamet er tverrfaglig sammensatt. Dette bidrar til at en ved utredning og oppfølging har breddekunnskap. Ulike yrkesgrupper har sine referanserammer for å se og tolke ulike situasjoner, og dette kommer til nytte i diagnostisering og vurdering av hjelpetiltak etter at diagnosen er stilt [7]. Det er gledelig at det er flere leger som arbeider i demens-team. I mange tilfeller er nok dette i små stillinger, men det er uansett positivt at flere leger blir engasjert i demens-teamene. I tidligere undersøkelser har en sett at i demens-team som har lege tilknyttet, får pasientene oftere stilt diagnose og opplysning om diagnose blir gjort kjent for demens-teamet [4]. Legen har i tillegg en viktig rolle til å heve kompetansen på demensutredning både hos demens-teamet og i samarbeid med fastlegene i kommunen.

Demens-teamets arbeidsoppgaver

Mange demens-team starter opp med hovedoppgaven å drive kartlegging og utredning av demens og videre oppfølging av pasienten. Når demens-teamet har eksistert i noen år ser en at oppgavene vokser. Demens-teamene trekkes inn i arbeid med veiledning av pårørende og veiledning til helsepersonell. Ofte ser en dessverre at tiden som er avsatt til arbeidet ikke øker med økte arbeidsoppgaver. Noen påpeker

likevel at når de dokumenterer sitt arbeid får de større tillitt og dermed mer ressurser til å ivareta flere oppgaver.

I noen kommuner som ikke har kapasitet til å ta på seg flere oppgaver enn utredning og kartlegging, har en et system som sørger for at andre i kommunehelsetjenesten ivaretar oppfølging av pasient og pårørende minst to ganger i året. Hvem som gjør det er ikke så viktig, bare det blir gjort. Men det er neppe tvil om at det er svært gunstig om demensteamet eller demenskoordinatoren har tid til arbeid utover kartlegging og utredning av demens. Demensteamet kan dermed være motoren i det kommunale demenstilbudet i kommunen som tidligere skissert. De vil hele tiden ha oversikt over pasienter og tilbud som til enhver tid bør være i kommunen. Dette gir dem en mulighet til å ligge et skritt foran både ved å fange opp kommende behov for hjelp hos pasient og pårørende, men også å forberede helse- og omsorgstjenesten på utfordringene som nærmer seg.

I den nasjonale kartleggingen av tilbudet til personer med demens kom det frem at 64 kommuner hadde interkommunalt samarbeid. I denne undersøkelsen er det bare fire kommuner som oppgir at de har dette. Dette blir derfor uklart. Forskjellene kan komme av hva man legger i interkommunalt samarbeid. I den nasjonale kartleggingen ble spørsmålene stilt til ledere av helse- og omsorgstjenesten. Denne undersøkelsen er rettet direkte til demensteamene. Det kan tenkes at interkommunale nettverk hvor faglige problemstillinger blir løftet opp, har kommet inn under den definisjonen. Faglige nettverk på tvers av kommunegrensene er viktige, men vi mener interkommunalt samarbeid om utredning og oppfølging av demens handler om å ha et demensteam som arbeider på tvers av kommunegrensene. I videre arbeid med implementering av demensteam i kommunene vil dette bli fulgt opp.

Utredede pasienter

Å ha et demensteam i kommunen gjør at flere med mistanke om demens blir fanget opp og får tilbud om en kartlegging og utredning. Fastlegen kan vanskelig fange opp pasienter som ikke kommer til undersøkelse. Dette er en gruppe som nok i større grad blir fanget opp når det er et demensteam i kommunen. Noen fastleger i en del kommuner tar seg av demensutredning på egenhånd, men å sikre en god oppfølging kan en fastlege ikke få til helt alene. Det krever et samarbeid med flere instanser i kommunen, og demensteamet vil ha en nøkkelrolle der. Oppfølgingen handler blant annet om vurdering av hjemmesituasjon og hjelpetilbud, og dette må gjøres ved hjemmebesøk.

I denne undersøkelsen har et betydelig antall personer med mistanke om demens blitt fanget opp. Legger man til de pasientene som fastlegen selv fanger opp og utreder, samt dem som utredes i spesialisthelsetjenesten, er det rimelig å tro at mange får tilbud om utredning av demens.

Noen demensteam har fått henvist yngre personer med mistanke demens og personer med utviklingshemning med mistanke om demens. Disse har i flere tilfeller blitt henvist videre til spesialisthelsetjenesten som er et riktigere nivå for utredning. Det er likevel viktig at demensteamene har kunnskap om yngre personer med demens og personer med utviklingshemning og demens. Demensteamene kan ha en sentral rolle i å vurdere hjemmesituasjon og hjelpetilbud, denne informasjonen kan være til stor nytte i demensutredningen som gjøres av spesialisthelsetjenesten. Men dette krever at spesialisthelsetjenesten har god kjennskap til demensteamet.

Prosedyre på utredning og bruk av verktøy

Det er rapportert at de aller fleste bruker demensutredningsverktøyet som er anbefalt av Helse- og omsorgsdepartementet og utarbeidet Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Demensteamene følger stort sett disse anbefalingene om hvordan demensutredning skal gjøres. Det finnes likevel variasjoner i henvisningsrutiner, gjennomføring av hjemmebesøk og kontakt mellom fastlege og demensteam ved utredning. Disse variasjonene er også tidligere beskrevet [4]. Noen demensteam krever at henvisning skal komme via fastlegen. Disse demens-teamene sier at de gjerne tar i mot en henvisning, men anbefaler at det blir tatt opp med fastlege at pasienten bør henvises til demensteamet. Denne måten gjør nok at samarbeidet med fastlegen blir lettere, men samtidig kan det være med på å gjøre at demensteamet ikke blir et lavterskeltilbud slik som anbefalt.

Oppfølging

De aller fleste demensteamene gjør oppfølging av personer som er utredet for og diagnostisert med demens, to ganger i året som anbefalt. Noen har mer strukturerte rutiner på dette, mens andre legger andre tolkninger i hva som er oppfølging av en pasient etter utredning. Det blandes ofte med at pasienten får oppfølging fordi han eller hun mottar tjenester som de har vedtak på.

Av dem som driver oppfølging ser det ut til at det å ta en telefon til pårørende og pasient gjerne kan være nok. Har det skjedd endringer tar demensteamet et besøk til. Å bidra til at demensteamene får gode oppfølgingsrutiner er noe det bør arbeides med. At demensteamene har ansvar for oppfølginger gjør at de kan følge utviklingen av demensprosessen og lettere kan vurdere hjelpebehov underveis. Å

opprette en ansvarsgruppe eller ha ressurspersoner rundt personen med demens, kan avlaste demensteamet for oppfølgingsoppgaven.

Samarbeid med fastlegene

I tidligere rapporter er det påpekt utfordringer i samarbeid med fastlegene [4, 6]. Ikke alle fastleger er interessert eller de ser ikke behovet av å gjøre demensutredning. De fleste demensteam eller demenskoordinatorer har fått manglende tilbakemelding etter at fastlegen har gjort sin del i demensutredningen. Dette kommer fram i denne undersøkelsen også. Men flere demensteam kommenterer at de etter hvert har fått én eller flere fastleger i kommunen som er interessert og de har en god dialog med den eller dem. Dette har for mange gjort arbeidet lettere. Noen kommenterer at etter hvert som tiden har gått og fastlegen ser nytten av det demensteamet gjør på hjemmebesøk, henvises stadig flere pasienter. Tross alt er det 36 prosent av pasientene som henvises fra fastlegen til demensteamet.

Demensteamet mener at det å informere om seg selv kan være nøkkelen for å opprette samarbeid med fastlegene i kommunen. Flere bruker strategien med å møte opp på legesenteret og informere om demensteamets arbeid og inviterer dermed til samarbeid. Dette må gjentas kontinuerlig. Informasjonsbrosjyrer og informasjon på kommunens internettside er også metoder for å gjøre demensteamet synlig.

Fastlegenes erfaringer

En har visst lite om hva fastlegene mener om demensteam og det arbeidet de gjør. Dette har derfor blitt vektlagt i denne undersøkelsen. I spørreskjema som fastlegene besvarte var disse

gjennomgående positive til demensteam og demenskoordinator og det arbeidet de gjør. Men en ser også i tilbakemeldingene fra fastlegene at demensteamene fungerer ulikt fra kommune til kommune hva gjelder blant annet kompetanse, rutiner og kapasitet. Godt samarbeid mellom fastlegene og demensteamene er nødvendig for at personer med demens skal kunne fanges opp og følges opp. Suksessfaktorer i dette samarbeidet ser ut til å være at fastlegene har tillit til demensteamets kompetanse, at de får gode tilbakemeldinger og at demensteamene har kapasitet til raskt å gå i gang med utredningen. Når fastlegene først har etablert et samarbeid med demensteamene ser det ut til at de stort sett er fornøyde.

Demensteamene kan bidra til å løse noen av utfordringene som fastlegene står overfor når det gjelder utredning og diagnostisering av demens. Dette er momenter som å gjøre en grundig vurdering i pasientenes hjemmemiljø med involvering av pårørende og innhenting av komparentopplysninger. Det legges vekt på det viktige arbeidet med oppfølging av pasienten i etterkant med tanke på behov for dagtilbud, avlastning for pårørende, retesting og vurdering av behov for økt omsorgsnivå. Samtidig mener fastlegene at det er viktig at de har tilgang til spesialisthelsetjenesten i mer kompliserte saker. Fastlegen ser dessuten ut til å differensiere hvilke pasienter de henviser til demensteamet og hvilke de henviser til spesialisthelsetjenesten. Dette er i tråd med de nasjonale retningslinjene.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Demensteam og spesialisthelsetjenesten skal utrede forskjellige pasienter. Men det er viktig at de har et samarbeid. Spesialisthelsetjenesten har mye kompetanse som demensteam har nytte av. I denne undersøkelsen ser en at det i mange tilfeller er

kontakt mellom demensteam og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet går mange tilfeller ut på veiledning om enkeltpasienter, men hospitering og undervisning er også vanlig. Noen pasienter som har vært til utredning i spesialisthelsetjenesten henvises til demensteamet for videre oppfølging. Dette er et viktig skritt i samarbeid mellom demensteam og spesialisthelsetjenesten. At spesialisthelsetjenesten legger noe av ansvaret over på demensteamet i de tilfellene det er aktuelt, er med på å kunne differensiere bedre hvem som skal utredes og oppfølges hvor.

Veien videre

Den nasjonale kartleggingen av tilbud til personer med demens ved årsskiftet 2010-2011, viser at det har skjedd mer enn en fordobling av demensteam i Norge siden forrige kartlegging i 2007. I denne undersøkelsen var det en del nyetablerte demensteam og det viser at det skjer noe i kommunene. Det rimelig å anta at dette er ringvirkninger av satsingen på utredning og diagnostikk i kommunene de siste årene gjennom Demensplan 2015. Tjenestetilbudet er betydelig styrket innenfor dette feltet. Likevel er det halvparten av kommunene i Norge som ikke har demensteam. Arbeidet med å spre erfaringer med demensteam må fortsette med samme styrke i tiden fremover.

Evalueringen viser at demensteamene og demenskoordinator i kommunene gjør et viktig arbeid spesielt med tanke på hvor mange personer med mistanke om demens de fanger opp. I tillegg til demensutredning og oppfølging bidrar de til å styrke tilbud til pårørende ved å ha samtaler og/eller engasjere seg i pårørendeskole og samtalegrupper. De bidrar også til å heve kompetansen på demensfeltet med undervisning og veiledning av helsepersonell. Dette viser hvordan demensteam kan være motoren i den kommunale demens-

omsorgen. Betydningen av demensteamets arbeid bør få større anerkjennelse. Dessverre er det fortsatt noen demensteam som ikke får muligheten til å utvikle det potensialet de har fordi de ikke får nok ressurser eller stillinger til arbeidet. Til tross for det gode arbeidet som gjøres må en arbeide videre med utfordringene med å forbedre rutiner på oppfølging, tydeliggjøre viktigheten av å ha avsatt stillinger til demensteamet og samarbeid med fastlegene bør også stimuleres.



LITTERATUR

1. Helsedirektoratet, *Glemsk, men ikke glem!* om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. 2007, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Avdeling omsorg og tannhelse.
2. Engedal, K. og P.K. Haugen, *Demens: fakta og utfordringer: en lærebok*. 5. utg. 2009, Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
3. Helse- og omsorgsdepartementet, *Demensplan 2015 «den gode dagen»*. 2007, Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
4. GjØra, L. og M. Gausdal, *Ny kunnskap, bedre omsorg. Utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetjenesten*. 2011. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
5. Eek, A. og Ø. Kirkevold, *Nasjonalt kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011: demensplan 2015*. 2011: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
6. Westerberg, T.H., *Gode tilbud i demensomsorgen – demensteam, dagsenter og pårørende-skolen: kartlegging 2007*. 2009, Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
7. Helsedirektoratet, *Etablering og drift av demensteam. Demensutredning i primærhelsetjenesten*. 2011, Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

VEDLEGG 1 - Kartleggingsundersøkelse blant demensteam

Demensutredning i primærhelsetjenesten – kartleggingsundersøkelse blant demensteam



Informasjon

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse skal på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet evaluere erfaringene med demensteam i kommunene.

Våren 2011 gjennomførte Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i samarbeid med fylkesmannsembetene en nasjonal kartlegging av tilbud til personer med demens i norske kommuner. Her ble det registrert at deres kommune har et kommunalt demensteam eller demenskoordinator som arbeider med utredning og oppfølging av personer med demens.

Vi ønsker at demensteamet eller demenskoordinator i kommunen fyller ut vedlagte spørreskjema og returnerer det i vedlagte svarkonvolutt.

Svarfrist: 15. mai 2011

På forhånd takk!

Dataene som samles inn i denne undersøkelsen vil kun være tilgjengelig for ansatte ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Resultatene vil publiseres på gruppenivå og ikke omtales med tilknytning til enkeltkommuner.

Ved spørsmål vedrørende undersøkelsen vennligst ring eller send e-post til:

Margit Gausdal 99 21 65 21 margit.gausdal@aldringoghelse.no

eller Linda Gjora 99 21 65 20 linda.gjora@aldringoghelse.no

Demensutredning i primærhelsetjenesten – kartleggingsundersøkelse blant demensteam

Navn på kommune: _____

Skjemaet er fylt ut av: _____ Telefon: _____

Organisering av demensutredningstilbudet

1. Har de ansatte i demensteamet fast arbeidstid avsatt til oppgaven? Ja Nei

Ved ja, hvor mange årsverk har de ansatte til sammen ,

2. Hvordan er demensteamet organisert:

Fast drift Ja Nei Fra år

Prosjekt Ja Nei Fra år til år

Utredning av demens

(Dersom dere ikke har tall på antall pasienter kan spørsmålene besvares anslagsvis)

3. Hvor mange pasienter ble utredet av demensteamet i 2010?

(Her menes nye pasienter som ikke har demensdiagnose fra tidligere)

Hvor mange av dem som ble utredet ble henvist med spørsmål om demensdiagnose?

Hvor mange av dem som ble utredet ble henvist med spørsmål om omsorgsnivå?

Hvor mange av dem som ble utredet ble henvist fra fastlege?

Hvor mange av dem som ble utredet ble henvist fra spesialisthelsetjenesten?

Hvor mange av pasientene ble henvist videre til spesialisthelsetjenesten etter demensutredning av demensteamet?

Demensutredning i primærhelsetjenesten – kartleggingsundersøkelse blant demensteam

Utredet demensteamet i 2010 yngre personer (under 65 år) med mistanke om kognitiv svikt og demens? Ja Nei

Ved ja, hvor mange yngre personer (under 65 år) ble utredet i 2010?

Ble noen av disse pasientene henvist videre til spesialisthelsetjenesten? Ja Nei

Ved ja, hvor mange ble henvist videre til spesialisthelsetjenesten?

Utredet demensteamet i 2010 personer med psykisk utviklingshemning? Ja Nei

Ved ja, hvor mange med psykisk utviklingshemning ble utredet i 2010?

Ble noen av disse pasientene henvist videre til spesialisthelsetjenesten? Ja Nei

Ved ja, hvor mange ble henvist videre til spesialisthelsetjenesten?

4. Hvor ofte får demensteamet informasjon fra fastlege om diagnose på de utredete pasientene?

Alltid Ofte Av og til Sjelden Aldri

5. Hvis demensteamet får informasjon om en demensdiagnose, registreres diagnosen i IPLOS?

Alltid Ofte Av og til Sjelden Aldri

Tiltak til personer med demens og pårørende

(Dersom dere ikke har tall på antall pasienter kan spørsmålene besvares anslagsvis)

6. Som følge av utredning gjennomført av demensteamet i 2010:

Hvor mange fikk hjemmesykepleie

Hvor mange fikk praktisk bistand

Hvor mange fikk plass på dagsenter for personer med demens

Hvor mange fikk støttekontakt

Demensutredning i primærhelsetjenesten – kartleggingsundersøkelse blant demensteam

Hvor mange fikk huskehjelpemidler

Hvor mange fikk avlastningsopphold

Hvor mange fikk fast plass på sykehjem eller annet døgntilbud

Annet

7. Hvilke tilbud har blitt gitt til pårørende av pasienter som har blitt utredet?

(Som for eksempel veiledning, pårørendegruppe, pårørendeskole)

8. Har kommunen de tilbud som demensteamet vurderer at pasientene som har blitt utredet og deres pårørende er i behov av?

Alltid Ofte Av og til Sjelden Aldri

9. Hva savnes av tilbud til personer med demens og deres pårørende i kommunen?

Oppfølging av personer med demens og pårørende

10. Hadde demensteamet i 2010 oppfølging på pasienter som demensteamet tidligere har utredet? *(Her menes pasienter som har en demensdiagnose)* Ja Nei

Hvis ja, hvor mange pasienter utgjorde dette i 2010?

Hva innebærer demensteamets oppfølging av pasienter og pårørende?
(Som for eksempel telefoner, hjemmebesøk, veiledning)

11. Hadde demensteamet oppfølging av pasienter som ble henvist fra spesialisthelsetjenesten i 2010? *(Her menes pasienter som har blitt diagnostisert med demens i spesialisthelsetjenesten der spesialisthelsetjenesten har spurt demensteamet om de kan følge opp)* Ja Nei

Hvis, ja hvor mange pasienter gjaldt dette for?

Samarbeid med fastlegene og spesialisthelsetjenesten

12. Hvordan har demensteamet arbeidet for å gjøre demensutredningstilbudet kjent blant fastlegene?

13. Hvordan er arbeidsfordelingen i demensutredning mellom demensteamet og fastlegene?

Demensutredning i primærhelsetjenesten – kartleggingsundersøkelse blant demensteam

14. Samarbeidet demensteamet med spesialisthelsetjenesten i 2010? Ja Nei

Hvis ja, hvilken type samarbeid var det? (*Flere kryss er mulig*)

Faste møter Ja Nei

Møter etter behov Ja Nei

Veiledning om enkeltpasienter (for eksempel adferd, medisiner) Ja Nei

Hospitering i spesialisthelsetjenesten Ja Nei

Undervisning Ja Nei

Telefonkontakt Ja Nei

Annet Ja Nei

15. Dersom demensteamet har fått veiledning eller undervisning fra spesialisthelsetjenesten hva har denne handlet om?

16. Hva er den største utfordringen for dere som arbeider i demensteamet?

Takk for hjelpen!

VEDLEGG 2 - Kartleggingsundersøkelse blant fastleger



Aldring og helse

Nasjonalt kompetansesenter

Demensutredning i primærhelsetjenesten – kartleggingsundersøkelse blant fastleger

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse skal på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet evaluere effekter av demensteam. Våren 2011 gjennomførte Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i samarbeid med fylkesmannsembetene, en nasjonal kartlegging av tilbud til personer med demens i norske kommuner. I undersøkelsen ble det registrert at det i din kommune er et demensteam eller en kommunal demenskoordinator som driver med utredning og oppfølging av personer med demens. I retningslinjer fra Helsedirektoratet anbefales det at demensutredning i primærhelsetjenesten skjer i samarbeid mellom demensteam/demenskoordinator og pasientens fastlege.

Vi håper du har anledning til å svare på denne kartleggingsundersøkelsen og returnere spørreskjemaet i vedlagte svarkonvolutt.

Svarfrist: 20. mai 2011.

På forhånd takk!

Navn på kommune: _____

1. Kjenner du til demensteamet/demenskoordinatoren i din kommune? Ja Nei
(Ved nei, gå direkte til spørsmål 6)
2. Har du henvist pasienter til demensteamet/demenskoordinatoren i 2010? Ja Nei
3. Har du henvist pasienter til demensutredning i spesialisthelsetjenesten i 2010? Ja Nei
4. Hva avgjør om du sender henvisningen til spesialisthelsetjenesten eller demensteamet/demenskoordinatoren? (Sykdomsforløp, alder, symptombylde)

5. Hvilke erfaringer har du fra samarbeid med demensteamet/demenskoordinatoren?

6. Hvilke utfordringer opplever du i utredning og diagnostisering av demens?

Demensteam - oppgaver og utfordringer

Denne undersøkelsen, som er gjort på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, gir oppdatert kunnskap om hvordan demensteam og demenskoordinatorer i norske kommuner arbeider. Undersøkelsen bygger på den nasjonale kartleggingen fra årsskiftet 2010-2011. Alle kommuner som ved årsskiftet enten hadde demensteam eller demenskoordinator, har blitt bedt om å fylle ut et spørreskjema for nærmere å kartlegge hvordan de arbeider. Fastleger i de samme kommunene ble bedt om å besvare et liknende spørreskjema om sin praksis med demensutredning og samarbeid med demensteamene.



Margit Gausdal (f. 1983)

Utdannet ergoterapeut ved Høgskolen i Oslo 2005. Arbeidet ved Hukommelsesklinikken på Ullevål Universitetssykehus 2005-2007. Fra 2007 ansatt som prosjektleder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Master i folkehelsevitenskap ved Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap.



Mona Michelet (f. 1970)

Utdannet ergoterapeut i Oslo 1995, Cand mag (1995), spesialergoterapeut i medisinsk klinikk ved Oslo Universitetssykehus fram til 2011, klinisk erfaring hovedsaklig innenfor geriatri og hjerneslag, prosjektmedarbeider ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse siden 2011.

ISBN 978-82-8061-164-2



9 788280 611642



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Forlaget Aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50, Fax: 33 33 21 53
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no