

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.: Dokument 25/36297-1

Vår ref.: SAK2025006765

Dato: 04-11-2025

Legeforeningens innspill til Demensplan 2030

Innspillsmøte om Demensplan 2030

Legeforeningen takker for muligheten til å gi innspill til Demensplan 2030. Flere av våre fagmedisinske foreninger er sterkt engasjert i utviklingen av en best mulig tjeneste for personer med kognitiv svikt og deres pårørende. Norsk forening for allmennmedisin, Norsk indremedisinsk forening, Norsk forening for geriatri, Norsk psykiatrisk forening og Norsk nevrologisk forening er blant de sentrale og bør involveres i videre arbeid med Demensplan 2030.

Det kommer stadig ny kunnskap knyttet til både forebygging og behandlingsmuligheter for demens. Livsstilsfaktorer ser ut til å ha stor betydning for både utvikling og progresjon av sykdommen, og livsstilsendring seiler opp som en bunnplanke i tilnærmingen til pasientgruppenⁱ. Mange av tiltakene er folkehelsetiltak. Livsstilsendringer knyttet til fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og alkohol virker aller best hvis de iverksettes tidlig, lenge før noen har tenkt på sin alderdom. Tiltak for et mer aldersvennlig samfunn kan demme opp for kjente risikofaktorer som f.eks. sosial isolasjon. Ansvaret ligger i mange ulike sektorer og det ligger hos oss alle. Folkeopplysning er et av virkemidlene for et mer demensvennlig samfunn.

Det forventes at det i løpet av en 5-års periode kommer legemidler som vil være sykdomsmodifiserende for Alzheimers sykdom med mild kognitiv svikt. Det kan få betydning for hvor tidlig det skal startes utredning og stilles en diagnose.

Legeforeningen er bedt om å presentere det vi mener bør være de to viktigste målene for Demensplan 2030, samt de viktigste tiltakene for å nå disse målene. Våre innspill bygger på tilbakemeldinger fra relevante foreningsledd, og den internasjonale legeforeningens nylig publiserte uttalelse om demensⁱⁱⁱ. Vi har valgt å fokusere på mål og tiltak hvor helsetjenesten generelt og legene spesielt har en sentral rolle.

Mål:

- 1. Korrekt identifisering av kognitiv svikt / demens**
- 2. Persontilpasset oppfølging og behandling i primærhelsetjenesten og kommunene - og i spesialisthelsetjenesten**

1. Korrekt identifisering av kognitiv svikt og demens

Korrekt diagnose er sentralt for å gi pasienter riktig behandling og oppfølging, og utløser også rettigheter. Det er i dag en stor andel pasienter med demens som aldri har fått en demensdiagnose^{IV}.

Differansen mellom tilbud og behov for utredning forventes å bli større i årene som kommer, både pga. demografi og som følge av nye behandlingstilbud. Når sykdomsmodifiserende medikamenter mot Alzheimers sykdom med mild kognitiv svikt blir tilgjengelig vil det kreve diagnostikk også av mild kognitiv svikt.

Tiltak:

- Utvikling av gode og effektive pasientforløp med tydelig ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, og føringer for gode samarbeidsrutiner mellom tjenestenivåene.
- Realistisk dimensjonering av utredningskapasitet, lokalt, regionalt og nasjonalt.
- Kompetansehevende tiltak for leger og annet relevant personell knyttet til utredning og diagnostisering av kognitiv svikt og demens.

2. Persontilpasset oppfølging og behandling i primærhelsetjenesten og kommunene, og i spesialisthelsetjenesten

Personer med kognitiv svikt eller demens vil ofte ha andre somatiske og/eller psykiatriske sykdommer. Deres livssituasjoner kan også være svært ulike. Oppfølging og behandling må individualiseres. Pasientforløp må tilpasses ut i fra en helhetsvurdering. De anbefalte tilbud må finnes og skaleres med utgangspunkt i en realistisk vurdering av antall innbyggere som vil bli i behov av tjenestene, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Dette gjelder både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det har de siste årene kommet lovende resultater av livsstilsintervensjoner for pasienter med kognitiv svikt. Frisklivssentraler er gode arenaer for denne type intervensjon.

Uten tilstrekkelige tjenestetilbud i kommunene vil spesialisthelsetjenestens kapasitet begrenses på bakgrunn av ferdigbehandlede pasienter som ikke kan sendes hjem.

Tiltak:

- Alle kommuner må ha et demensteam med en fast ansatt demenskoordinator

- b. Alle kommuner må være tilknyttet en Frisklivssentral. Det må lovfestes - på bakgrunn av den kunnskapen som finnes om effekt av livsstilsendringer i demenssykdommens tidlige fase, i tillegg til den effekten det har på utvikling av andre sykdommer.
- c. Det må etableres samarbeidsarenaer mellom primærhelsetjeneste/kommunene og spesialisthelsetjenesten, både somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.
- d. Persontilpasset oppfølging og behandling må bidra til å redusere overdiagnostikk og overbehandling, f.eks. unngå medikamentell overbehandling av personer med demens i de tilfellene behandlingen ikke gir nytte.
- e. Når effektive sykdomsmodifiserende medikamenter blir tilgjengelige må de bli tilgjengelige også for norske pasienter.
- f. Antall personer med demens som har behov for et døgntilbud, enten permanent eller i perioder mener vi er underkommunisert. Kapasiteten for døgnbasert omsorg må økes i takt med det økte antallet personer med kognitiv svikt hvor det ikke lenger er tilrådelig med hjemmebasert omsorg.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
Generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen
Fagdirektør

Elisabeth Selvaag
spesialrådgiver/lege

Dokumentet er godkjent elektronisk

ⁱ Baker LD, Espeland MA, Whitmer RA. Structured vs Self-Guided Multidomain Lifestyle Intervention for Global Cognitive Function: The US POINTER Randomized Clinical Trial. JAMA. 2025 Aug 26;334(8):681-691.

ⁱⁱ [Hvordan kan spesialisthelsetjenesten møte et sterkt økende antall pasienter med kognitiv svikt og demens? – Overlegen Digital](#)

ⁱⁱⁱ [WMA Statement on Dementia – WMA – The World Medical Association](#)

^{iv} Gjørå J, Strand BH, Bergh S. J Alzheimers Dis. 2024;99(1):363-375