
Demensutredning – registreringsplikt med klinisk nytte

FRA FAGMILJØENE

MARIT NÅVIK

Marit Nåvik er ergoterapeut med mastergrad i folkehelse. Hun var med på å etablere og er koordinator for NorKog-registeret, er ansatt ved Nasjonalt senter for aldring og helse og er prosjektleder i Alderspsykiatrisk forskningsnettverk Telemark-Vestfold.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE-RITA ØKSENGÅRD

Anne-Rita Øksengård er spesialist i geriatri og forskningssjef i Nasjonalforeningen for folkehelsen og er leder for NorKogs fagråd. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGRID TØNDEL MEDBØEN

Ingrid Tøndel Medbøen er ph.d.-kandidat med master i nevrovitenskap og er fagkonsulent ved Nasjonalt senter for aldring og helse.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GEIR SELBÆK

Geir Selbæk er professor i geriatri ved Universitetet i Oslo og forskningssjef ved Nasjonalt senter for aldring og helse. Han er medlem av Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har deltatt i Advisory Board-møter for Roche, Eli-Lilly og Eisai angående sykdomsmodifiserende behandling for Alzheimers sykdom, og har mottatt forelesningshonorar fra Eisai og Eli-Lilly.

KARIN PERSSON

karin.persson@aldringoghelse.no

Karin Persson er registerleder for NorKog, ansatt ved Nasjonalt senter for aldring og helse. Hun har ph.d. innenfor demens og er overlege ved Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, blant annet ved Hukommelsesklinikken. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har deltatt i kliniske studier for Roche og Novo Nordisk.

Et viktig mål for NorKog – Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten – er å være en ressurs med direkte nytteverdi for klinikerne.

Registeret NorKog har siden 2013 hatt status som nasjonalt kvalitetsregister. Hensikten er å sikre at utredning, behandling og oppfølging holder god kvalitet, er nasjonalt harmonisert og er i tråd med nasjonal faglig retningslinje for demens.

Behov for økt dekningsgrad

Det er et krav ifølge helseregisterloven [\(1\)](#) og forskrift om medisinske kvalitetsregistre [\(2\)](#) å registrere pasienter i nasjonale kvalitetsregistre. Det betyr at alle poliklinikker som utreder kognitiv svikt og demens i spesialisthelsetjenesten, er pliktige til å registrere pasienter i Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog). I dag inkluderes pasienter fra 46 poliklinikker for geriatri, alderspsykiatri og hukommelsesklinikker [\(3\)](#).

For at data skal være representative og resultater generaliserbare, bør dekningsgraden i et register være minst 80 %. I NorKog var denne på 70 % i 2024. Flere tiltak er iverksatt for å øke dekningsgraden. Registeret gikk i 2024 over fra å være samtykkebasert til reservasjonsbasert, og fra 2025 ble en datadelingsfunksjon utviklet for deling av data med Kvalitetsregister i alderspsykiatri.

Vårt mål er at sentre som i dag leverer data, skal inkludere alle aktuelle pasienter, at sentre som ikke deltar, skal bli med og at nevrologiske poliklinikker starter inklusjon i registeret.

Enkel og nyttig registrering

Klinikere registrerer fortløpende data digitalt via innregistreringsløsningen, hvilket innebærer noe merarbeid, men gir sanntidsregistrering slik at oppdaterte data kan presenteres til enhver tid. Variablene dekker demografi, komparentinformasjon om funksjonsnivå og nevropsykiatriske symptomer, somatiske helseopplysninger, pasientrapporterte utfallsmål (PROM), kognitive testresultat, utført supplerende diagnostikk samt informasjon om videre oppfølging. Tidsbruken for registrering er 3–5 minutter. Spørreskjema om pasientrapporterte erfaringer (PREM) blir automatisk utsendt etter utredningen. Oppfølgingsdata registreres ved kliniske kontroller.

NorKog har de siste årene hatt fokus på å gjøre registrering enklere, raskere og direkte klinisk nyttig. Antallet obligatoriske variabler er redusert. Automatisk beregning av z-skårer støtter vurdering av kognitive testresultater, og generering av tekst som kan kopieres til journal, gir direkte tidsbesparelser.

Hva skjer fremover?

I fagmiljøet er det stor spenning knyttet til nye sykdomsmodifiserende medisiner for Alzheimers sykdom. Registeret har utviklet en legemiddelmodul som raskt kan tas i bruk dersom nye medisiner med behov for nøye overvåking av effekter og bivirkninger blir tilgjengelige i Norge.

Pasienterfaringene tyder på at pasientene stort sett er godt fornøyde med utredningen, men mindre fornøyde med informasjonen om diagnosen og behandlingsmuligheter. En løsning for automatisk datauttrekk til pasientinformasjonsskriv er under utvikling.

I tillegg til å bidra til å forbedre kvaliteten og tilbudet til pasientene gir registeret tilgang til store mengder data fra klinisk praksis som kan brukes i forskning. Inntil nå har registerets data blitt brukt i 152 vitenskapelige artikler.

Videreutvikling av registeret som et nyttig verktøy for klinikere og sikring av at aktuelle pasienter blir inkludert, krever tett dialog med fagmiljøene. Samtidig er lokal ledelsesforankring vesentlig. Uten dette er det en risiko for mangelfull eller tilfeldig registrering, noe som svekker dekningsgraden, datakvaliteten og nytteverdien av registeret.

LITTERATUR

1. Nåvik M, Persson K, Voldsund T et al. Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten. Årsrapport 2024. <https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt/norsk-register-for-personer-som-utredes-for-kognitive-symptomer/#arsrapporter> Lest 12.1.2026.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. LOV-2014-06-20-43 Helseregisterloven – hregl. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43> Lest 12.1.2026.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. FOR-2019-06-21-789Forskrift om medisinske kvalitetsregistre. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-06-21-789> Lest 12.1.2026.

Publisert: 30. januar 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0728

Mottatt 21.11.2025, første revisjon innsendt 17.12.2025, godkjent 12.1.2026.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. september 2026.