

Regionale udredningspakker på demensområdet - lille og stor pakke

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
1. Baggrund	3
2. Primær sektors udredning forud for henvisning	3
3. Lille udredningspakke i demensudredningsenhed	4
3.1. Udredning	4
3.2. Information om undersøgelsesresultater og diagnose.....	5
3.4. Opfølgning.....	5
4. Stor udredningspakke i demensudredningsenhed	6
4.1. yderligere udredning.....	6
5. Særlige målgrupper.....	6
5.1. Personer med Mild Cognitive Impairment (MCI)	6
5.2. Yngre personer	7
5.3. Etniske minoriteter	7
5.4. Udviklingshæmmede.....	7
6. Opfølgning i primær sektor	7
6.1. Opfølgning ved den kommunale hjemmesygepleje.....	7
6.2. Opfølgningssamtale med praktiserende læge	7
Links til referencer	8

1. Baggrund

I henhold til Regionsrådets beslutning d. 30. maj 2018 om, at der skal etableres tre nye tværfaglige enheder for udredning og behandling af demens, skal der også etableres ensartede pakkeforløb på tværs af regionens tre enheder. Der skal etableres en lille og en stor pakke.

Det fremgår af opgavebeskrivelsen til hospitalerne, at *"målet med pakkerne er at sikre en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af udredningsforløbet på baggrund af henvisningen og et særligt fokus på varetagelsen af patienter med særlig behov gennem tilrettelæggelse af forløb for disse patientgrupper (som f. eks. yngre med demens, etniske minoriteter, udviklingshæmmede)"*.

I det følgende er der med afsæt i sundhedsaftaler, regionale retningslinjer og nationale kliniske retningslinjer udarbejdet et forslag til en lille og en stor pakke. Indledningsvis og afsluttende beskrives desuden de opgaver, primær sektor jf. sundhedsaftalen anbefales at varetage i forbindelse med udredningsforløbet.

Forløbet består af 3 – 4 faser:

1. Primær sektors udredning forud for henvisning
2. Lille udredningspakke i demensudredningsenhed
3. Evt. stor udredningspakke i demensudredningsenhed
4. Opfølgning i primær sektor.

Faserne beskrives nedenfor.

2. Primær sektors udredning forud for henvisning

Praktiserende læge

Jf. Sundhedsaftalen anbefales praktiserende læge som supplement til tidligere anamnesticke undersøgelser udføre følgende opgaver forud for henvisning til udredning i demensudredningsenhed (3):

Udredning bør afvente, at patienten er i habituel tilstand eller tæt herpå. Evt. alkoholoverforbrug skal saneres forud for henvisning til demensudredning. Pårørende anmodes om at ledsage personen, som henvises til demensudredning.

- Grundig anamnese suppleret med oplysninger fra pårørende og eventuelle oplysninger og observationer fra kommunal demenskonsulent, herunder:
 - medicinstatus og afstemning af FMK
 - tobak- og alkoholforbrug
 - evt. misbrug af medicin eller narkotika
- Objektive undersøgelser:
 - Kognitiv vurdering ved MMSE

- Psykisk vurdering, evt. ved GDS eller MDI
- Objektiv somatisk undersøgelse ved vægt, højde, syn, hørelse, blodtryk og puls
- Vurdering af funktionsniveau
- Laboratorieundersøgelser – se vedlagte oversigt (bilag 1)
- Henvi sning til CT-skanning

Det skal understreges, at arbejdsgruppens input til ændringer af Sundhedsaftalen bør afstemmes med input fra arbejdsgruppen vedr. fællesvisitation inden forslagene viderebringes til sundhedsaftaleorganisationen.

3. Lille udredningspakke i demensudredningsenhed

Alle patienter visiteres til lille pakke, og det vurderes ved første konsultation, om der er behov for at iværksætte stor pakke.

Lille pakke omfatter som hovedregel én konsultation i demensudredningsenheden til undersøgelse, information om undersøgelsesresultater og diagnose og igangsættelse af behandling samt mindst en ambulantly opfølgende kontrol.

Hvis der er behov for, at udredning foregår i patientens hjem kan forløbet dog strække sig over to konsultationer, hvor der ved første besøg gennemføres de indledende undersøgelser, og ved andet besøg den efterfølgende diagnosticering og behandling.

Patienten tilbydes som udgangspunkt mindst en ambulantly opfølgende kontrol i udredningsenheden. (3)

3.1. Udredning

Udredningen omfatter følgende, jf. nationale kliniske retningslinjer (9, 10):

Grundig anamnese suppleret med oplysninger fra pårørende

- debut og tidsmæssige udvikling
- tidligere sygdomme
- familiære dispositioner
- sociale oplysninger
- medicinstatus
- tobaks- og alkoholforbrug
- eventuelt misbrug af medicin eller narkotika-

Struktureret interview af pårørende ved FAQ, DAD eller ADSC-ADL.

Almindelig lægelig undersøgelse af bl.a.:

- bevidsthedsintensitet

- vurdering af psykisk tilstand
- blodtryk, puls, vægt og højde
- somatisk undersøgelse
- neurologisk undersøgelse af eventuelle fokale/lateraliserede tegn samt ekstrapyrimidale tegn, øjenbevægelser, gang- og talefunktion-

Systematisk, struktureret vurdering af det kognitive funktionsniveau ved fx MMSE, urskivetest og MoCa. Udvidede hukommelsestests (ACE eller lignende) bør anvendes ved kognitive svigt i let til moderat grad eller præmorbidity højt begavelsesniveau.

Ved psykiske symptomer og adfærsændringer (BPSD): Struktureret undersøgelse ved NPI.

Systematisk vurdering af praktisk funktionsevne i hverdagen vha. FAQ, DAD eller ADSC-ADL.

Vurdering af belastningen af de pårørende.

Somatisk og psykiatrisk komorbiditet og andre reversible sygdomme og tilstande, der kunne være (medvirkende) årsag til den kognitive svækkelse.

3.2. Information om undersøgelsesresultater og diagnose

Jf. Sundhedsaftalen (3, 4, 5, 6) indgår følgende i information om undersøgelsesresultater og diagnose. Information om undersøgelsesresultater og diagnose foregår altid ved en konsultation i udredningsenheden (evt. i patientens hjem).

- Information om demenssygdommen, og hvad diagnosen betyder for vedkommende
- Information om eventuel medicinsk behandling, dens virkning og bivirkninger
- Udfærdige recept og udlevere materiale om evt. ordineret medicin
- Aftale om kontrolbesøg i klinikken, typisk 2 - 4 måneder efter udredningskonsultationen
- Vurdering af selvmordrisiko
- Tildeling af regional sundhedsfaglig kontaktperson og behandlingsansvarlige læge
- Indhentning af patientsamtykke
- Henvielse til kommunal demenskonsulent
- Information om, hvor der kan søges oplysninger om demenssygdommen og om kommunale og regionale behandlings- og støttetilbud til personer med demens og deres pårørende.
- Epikrise til egen læge samt til den kommunale hjemmepleje og demenskonsulent.

3.4. Opfølgning

Patienten tilbydes som udgangspunkt mindst en ambulant opfølgende kontrol i udredningsenheden, typisk 2-4 måneder efter påbegyndt medicinsk behandling.

Såfremt patienten ikke kan medvirke til fremmøde i klinikken, kan opfølgningen gennemføres i patientens hjem, telefonisk eller af praktiserende læge.

Patienten tilbydes desuden telefonisk kontrol 3 – 4 uger efter påbegyndt medicinsk behandling, alternativt gives patienten mulighed for at kontakte udredningsenheden telefonisk, hvis der opstår spørgsmål eller problemer.

4. Stor udredningspakke i demensudredningsenhed

Hvis det ved første konsultation (jf. lille pakke) vurderes, at der er behov for yderligere udredning, enten fordi der er tvivl om der er kognitive deficit, MCI eller let demens og/eller for at en specifik diagnose kan stilles, planlægges relevant udredningsprogram.

Stor pakke omfatter yderligere mindst en konsultation, hvor der informeres om undersøgelsesresultater og diagnose samt følges op på samme måde som i lille pakke, jf. ovenfor.

4.1. yderligere udredning

Jf. nationale kliniske retningslinjer (9, 10) vurderes om der er behov for en eller flere af eksempelvis følgende undersøgelser:

- Neuropsykologisk undersøgelse
- Lumbalpunktur
- PET-scanning med amyloidbindende sporstof (fx 11C-PiB-PET)
- PET-scanning med anvendelse af glukoseanaloge fluorodeoxyglucose F18 som sporstof (18F-FDG PET)
- DAT-SPECT-scanning
- MR-scanning
- EEG
- Genetisk undersøgelse
- Yderligere blodprøver

5. Særlige målgrupper

En række patientgrupper har i tillæg til lille eller stor pakke særlige udrednings- og/eller opfølgningsbehov. Herunder nævnes en række eksempler:

5.1. Personer med Mild Cognitive Impairment (MCI)

Personer med kognitiv svækkelse, der ikke opfylder kriterierne for demens, tilbydes ambulant opfølgning i demensudredningsenheden.

5.2. Yngre personer

Yngre personer (dvs. under 65 år) og deres pårørende bør ofte gives særlig rådgivning og psykosocial støtte, idet mange fortsat er erhvervsaktive og har mindreårige eller unge børn. (7)

5.3. Etniske minoriteter

Etniske minoriteter er en heterogen gruppe med hensyn til kulturel baggrund, sprogfærdigheder og uddannelsesniveau. Det overvejes i hvert enkelt tilfælde, om det kognitive funktionsniveau skal afdækkes ved hjælp af fx RUDAS. (7)

Såfremt patienten ikke læser godt dansk tilbydes informationsmaterialer på patientens modersmål, jf. <http://www.videnscenterfordemens.dk/uddannelse/materialer-om-demens-og-etniske-minoriteter/demensudredning-og-etniske-minoriteter/>

5.4. Udviklingshæmmede

Udviklingshæmmede udredes for demens i specialiseret klinik i den østlige del af Region Midtjylland.

6. Opfølgning i primær sektor

Primær sektor anbefales jf. Sundhedsaftalen (3) at følge op på udrednings- og behandlingsforløbet.

6.1. Opfølgning ved den kommunale hjemmesygepleje

Demenskonsulent/ kommunal sundhedsfaglig kontaktperson anbefales, at

- aflægge besøg i hjemmet efter behov, som afstemmes mellem behovet hos personen med demens og den faglige vurdering
- holde minimum én årlig opfølgningssamtale i hjemmet, som foretages sammen med praktiserende læge og, som demenskonsulent/den sundhedsfaglige kontaktperson planlægger med praktiserende læge
- kontakte den kommunale visitation mhp. vurdering af behovet for hjælp til personlig pleje og/ eller praktisk bistand, under forudsætning af, at personen eller pårørende ønsker det
- sikre, at tilbud om støtte- og netværksgruppe for patient og pårørende præsenteres
- sikre, at informationen om aflastningsmuligheder er kendte af både personen med demens og pårørende. (3, 5, 6).

6.2. Opfølgningssamtale med praktiserende læge

Hvor og hvor ofte opfølgningssamtale mellem praktiserende læge, patient og pårørende og demenskoordinator/ den kommunale sundhedsfaglige kontaktperson skal

ske anbefales aftalt med demenskonsulenten/den kommunale sundhedsfaglige kontaktperson, dog anbefales der opfølgning minimum 1 x årligt. Det er demenskonsulenten/den kommunale sundhedsfaglige kontaktperson, der planlægger opfølgningssamtalen.

Links til referencer

1. Sundhedsaftale for personer med demens
2. Målsætninger og definitioner for demensindsatsen, sundhedsaftale for personer med demens, regional retningslinje
3. Behandlingsforløb ved demens, Sundhedsaftale for personer med demens, regional retningslinje
4. Regionale tilbud til demente, Sundhedsaftale for personer med demens, regional retningslinje
5. Kommunale tilbud, Sundhedsaftale for personer med demens, regional retningslinje
6. Tilbud hos centrale og private organisationer, Sundhedsaftale for personer med demens, regional retningslinje
7. Udvalgte grupper af demens, Sundhedsaftale for personer med demens, regional retningslinje
8. Udredning og diagnostik af patienter med demens, fællespsykiatrisk retningslinje
9. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen, 2013
10. National klinisk retningslinje for mild cognitiv impairment og demens. Sundhedsstyrelsen, 2018
11. National klinisk retningslinje for demens og medicin. Sundhedsstyrelsen, 2018
12. National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens. Sundhedsstyrelsen, 2019
13. Neuropsykologisk testning af ældre indvandrere. www.videnscenterfordemens.dk (hentet 17.1.2019)
14. National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske forstyrrelser hos personer med demens. Sundhedsstyrelsen, 2019