

Klinisk-akademisk gruppe (CAG) for Alzheimers sykdom

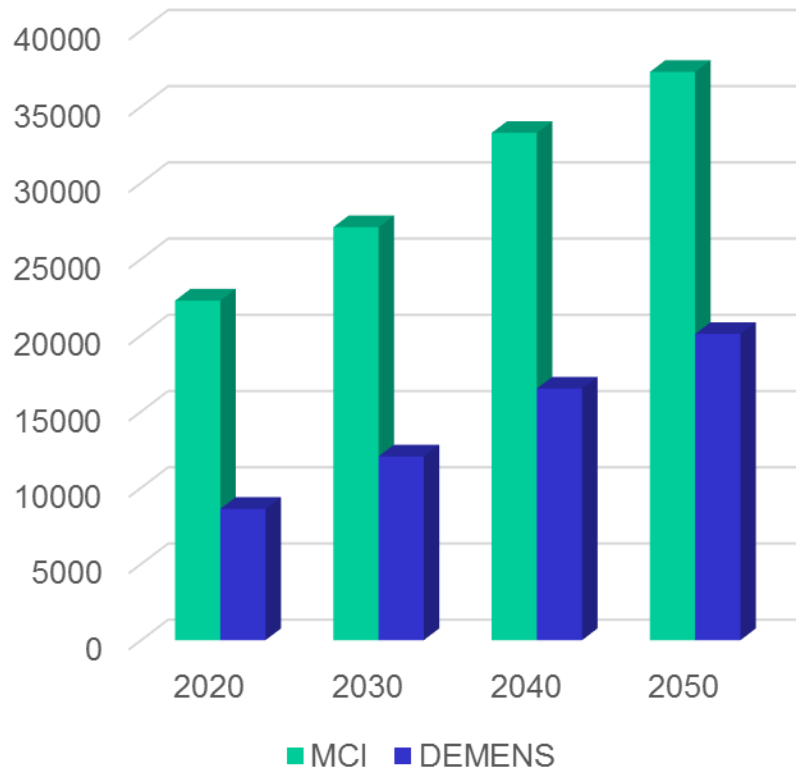
Ingvild Saltvedt, avdelingssjef, Avd. for geriatri, St Olav, professor, INB

Begreper

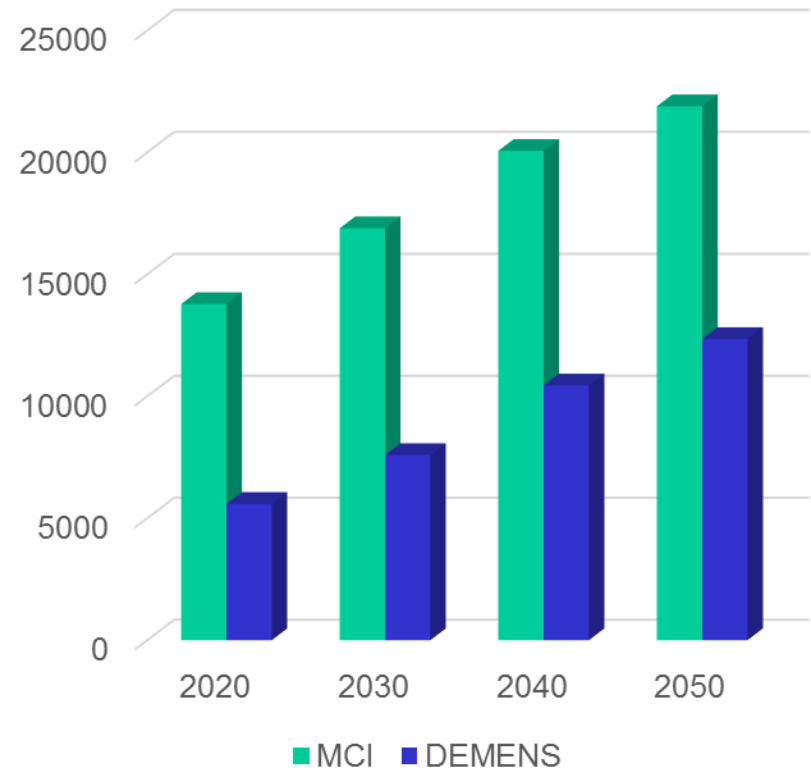
- Demens – ervervet kognitiv svikt som medfører funksjonstap
- Mild kognitiv svikt (MCI) – objektiv påvisbar kognitiv svikt, men ikke åpenbar funksjonssvikt.
 - Progredierer til demens hos ca 50%.
 - Målgruppe for forskning, blant annet legemiddelutprøving

Prevalens av demens og MCI

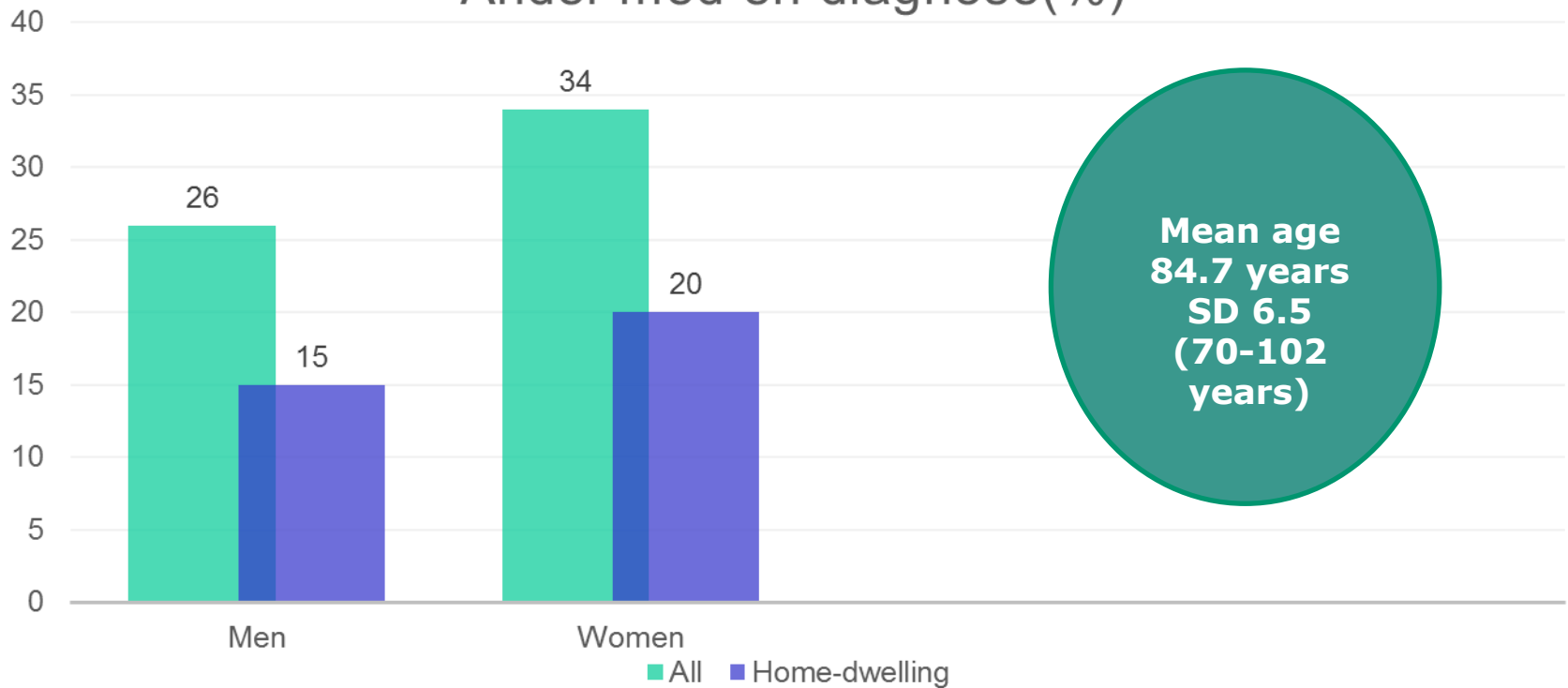
Trøndelag



Møre og Romsdal



Andel med en diagnose(%)

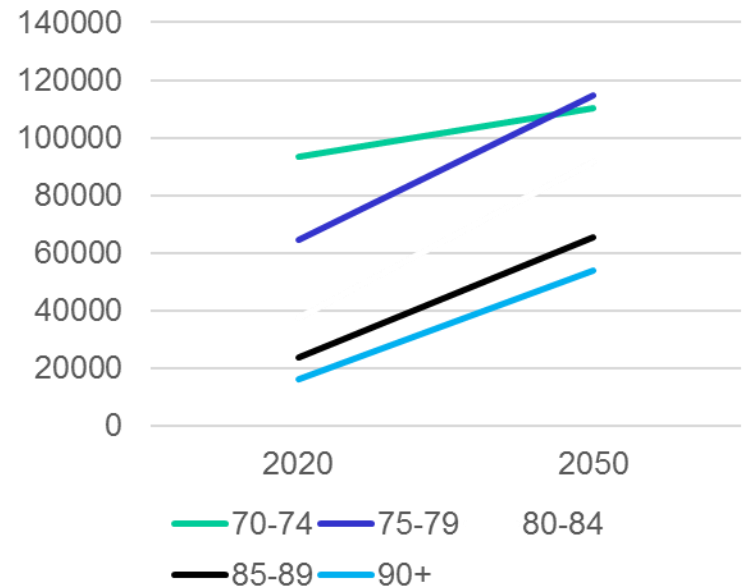


Gjøra et al. National Dementia Conf
2021

Diagnose på MCI-nivå blir viktig for behandling

Antall å diagnostisere	
Demens i 70+	97 002
MCI i 70+	235 344

MCI i 2020 og 2050



Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Kortversjon



Helse- og omsorgsdepartementet

Demensplan 2025



Helse- og omsorgsdepartementet

Demens

Nasjonal faglig retningslinje

Først publisert: 16. august 2017
Sist faglig oppdatert: 03. januar 2020



Helsedirektoratet

Nevrologi

Geriatrici



Prioriteringsveileder

Læringsmål for

Basal demensutredning i primærhelsetjenesten - mål

Utelukke andre årsaker

Vurdere og eventuelt starte symptomatisk behandling

Planlegging og oppfølging

Gi informasjon

Hdir: Nasjonal demensretningslinje

Basal demensutredning i primærhelsetjenesten

Intervju med pasient og pårørende

Kartlegging av kognitiv funksjon

MMSE, Klokketest

Kartlegging av delirium eller bivirkninger av legemidler

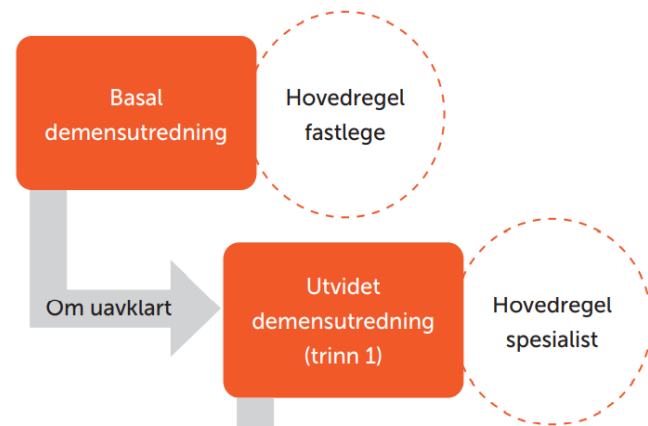
Kartlegging av nevropsykiatriske symptomer og ADL-funksjon

Blodprøver

CT/MR

Hdir: Nasjonal demensretningslinje

Tilfeller som kan være aktuelt for fastlegen å henvise videre til spesialisthelsetjenesten:



- når legen føler seg utrygg på utredningen og/eller det er vanskelig å stille diagnosen
- ved særlige kompliserte tilfeller, som alvorlige atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens, kompliserte komorbide somatiske/psykiske lidelser mv.
- når personen er yngre
- når personen har samisk kulturbakgrunn eller minoritetsbakgrunn, der språk, utdanningsnivå og/eller kultur er barrierer i utredningen, og der spesialisthelsetjenesten har bedre kompetanse på området
- når personen har utviklingshemming

Nasjonal faglig retningslinje

WP3 – standardisering av utredning i spesialisthelsetjenesten i HMN

Mål

- Bedre diagnostikk og koding
- Fordeling av oppgaver mellom primær- og spesialisttjenesten
- Fordeling av oppgaver mellom spesialitetene

Prosjektperiode 01.09.2021 – 31.08. 2023

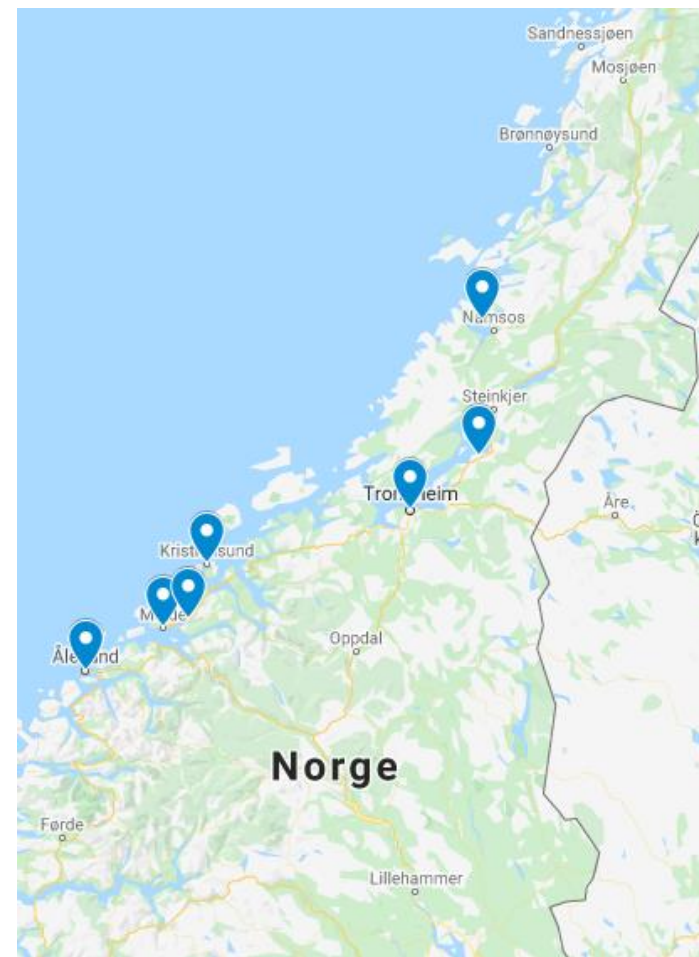
Kartlegging av dagens praksis

Intervju med

- 6 sykehus, 15 poliklinikker
 - Geriatri - 5
 - Nevrologi - 5
 - Alderspsykiatri - 5

Tema som ble belyst

- Ressurser/ Rammebetingelser/ Arbeidsform
- Rutiner for henvisning/ Hvem utredes
- Innhold i utredningen
- Rutiner for oppfølging og dialog etter diagnose
- Samarbeid og samhandling
- Planer og ønsker for framtidig utredningsforløp



Funn

- Ulik praksis, både mellom sykehusene og spesialitetene
- Mye basal utredning i spesialisthelsetjenesten
- Uklar ansvarsfordeling mellom spesialister og fastleger i diagnostikk og oppfølging
- Samhandlingen mellom nivåene fungerer ikke optimalt
- Mangler pasientforløp

- Henvisninger
 - Ulik praksis for behandling
 - Ulike krav til forarbeid fra primærhelsetjenesten
 - Mangelfulle henvisninger kan føre til avvisning, evt forlenget ventetid
 - Ved avvisning – ulik praksis for veiledning av fastlegene
- Fordeling mellom spesialitetene
 - Noen ganger tilfeldig hvor pasienten havner først, kommer an på fastlegens kunnskap og kjennskap til spes.h.tj., personlig erfaring og praksis
 - Arbeidsfordeling mellom spesialiteter varierer ved ulike sykehus

- **Spesialisthelsetjenesten**
 - Begrenset kapasitet
 - Utfører mye basal demensutredning
 - For liten kapasitet til komplekse pasienter/ sjeldne former for demens
 - Ujevn tillit til fastlegenes kompetanse og kommunenes ressurser på demensfeltet
 - Det oppleves store forskjeller mellom kommunene

- **Samhandling mellom nivåene**
 - Mangelfulle strukturer for samarbeid mellom spes.h.tj., fastlege og kommunehelsetjeneste
 - Spes.h.tj. savner tilbakemelding om pasient fra fastlege
 - Mangelfulle strukturer for veiledning og kompetanseoverføring fra spes.h.tj.

Henvisninger for demensutredning:

Økende antall

Mange henvisninger for «basal demensutredning»

Demensteam gjør mye kartlegging i kommunen

allerede

Utfordrende for mange fastleger å sette diagnose

- manglende erfaring/opplæring?

Digitale samarbeidsmøter

Tilbudt hos oss siden oktober 2020

Pasienter som trenger basal utredning

Videomøte med

- fastlege
- demensteam i kommunen
- overlege ved poliklinikken
- sykepleier/ergoterapeut ved poliklinikken

Utfordringer – hvordan ta dette videre?

- Kompetanse
 - Fastleger
 - Generelt i kommunehelsetjenesten og hukommelsesteam
 - Spesialisthelsetjenesten (LIS utdanning og for veiledning)
- Kapasitet og kontinuitet
 - Fastleger
 - Hukommelsesteam/ -koordinator
 - Spesialisthelsetjenesten
- Organisering
 - Manglende strukturer for samarbeid
 - Nivåene kjenner dårlig til hverandre
- Brukerperspektiv
 - Informasjon og veiledning av pasient og pårørende
 - Oppfølging etter diagnose
- Motivasjon
- Forskning - rekruttering