

Sykehuset Innlandet HF | HELSE + SOR-OST

## Utredning av personer med demens i kommunehelsetjenesten – en tverrfaglig oppgave

Bjørn Lidewick  
Spesialist i allmennmedisin – kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin  
Spesiallegesilpende i Alderspsykiatrik avdeling/Forskningsenteret for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sukdom  
Sykehuset Innlandet

### Presentasjonen

- Nasjonal faglig retningslinje for demens – om utredning og oppfølging
- Hvorfor diagnostikk av kognitiv svikt – demens ?
- Hvor gode er vi på utredning og diagnostikk ?
- Tverrfaglig samarbeid om utredningen: hukommelsesteam
- Fastlegens/sykehjemslegens oppgaver ved basal utredning og diagnostikk
- Hvem gjør hva i oppfølgingen? Utenfor - og i sykehjem

Sykehuset Innlandet HF | HELSE + SOR-OST

## Ny Nasjonal retningslinje for demens

[www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens](http://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens)

Helsedirektoratet

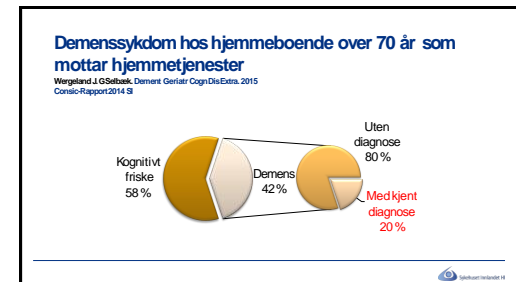
### Demens

Personer med kognitiv svikt og mistanke om demens skal gis tilbud om demensutredning.

Kommunen bør etablere ordninger for å sikre utredning og oppfølging av personer med demens. Flertallet av kommuner har i dag etablert tverrfaglige team / koordinator for å bistå fastlege i dette arbeidet. Det vil variere mellom kommunene hvilke oppgaver slike team / koordinator kan tilby og hva som er hensiktsmessig organisering. Kommunen bør etablere rutiner for samarbeid mellom team / koordinator og fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste.

Personer med demens bør aktivt tilbys oppfølging etter at en demensdiagnose er satt.

### Hvorfor er utredning av kognitiv svikt og demens viktig ?



## Demens i sykehjem – forekomst 2005 og 2011

Demens

Table 4. Characteristics of the two study samples of nursing home residents

Variable	Study 1 (2005/2005)	Study 2 (2010/2011)	Statistical comparison
Age, years	84.4±7.8	85.5±8.0	0.004*
Number of drugs	6.0 (3.1)	7.0 (3.4)	<0.001*
Subjects with dementia (CDR z1)	932 (80.4)	1,538 (84.3)	0.259 <sup>†</sup>

Abbreviations: \*Two-sided test with a 5% level of significance; <sup>†</sup>Chi-square test for trend. \*Statistical significance under the assumption that data are normally distributed, using the log scale.

## Demens i sykehjem

- 84 % har demens (Helvik 2015)
- 55 % av disse er utredet – fått diagnose (Selbaek G 2006)
- 55,9 % utredet av de med demens - tall fra 2012-2015, ved innleggelse i sykehjem (Røen et al. BMC 2017)

## REDIC: Hvordan blir dette fremover?

År	Antall med demens	Behov for sykehjem
2015	78 000	28 000
2030	112 000	40 000
2060	200 000	70 000

- The prevalence of dementia in Europe. Alzheimer Europe, 2014. Available from: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy/Practice/Country-comparisons/The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Norway/>.
- REDIC: Resource Use and Disease Course in Dementia (REDIC) Vasselås C, Selbaek G et al 2015

## Sykdomsvarighet – og når kommer pas. på sykehjem ? (REDIC 2015)

- gjennomsnittlig sykdomsvarighet demens 8,1 år
- symptomdebut til diagnosestilling: 3,0 år
- diagnosestilling til innleggelse på institusjon: 3år
- opphold på institusjon: 2,1 år
- **85 - 90 % av personer med demens blir lagt inn på sykehjem.**

## Hvorfor blir så få utredet ? - diagnostisert?

## Begrensninger i kommunehelsetjenesten

- Er generalister, ....
  - Mange fagområder – krevende å holde seg oppdatert
  - mindre øvelse – erfaring på hvert fagområde
  - Men: ser lettere sammenhenger: helhet
- Tidspress ? hos fastlegen: 15-25 konsultasjoner a 15–20 minutter

## Muligheter i kommunehelsetjenesten

- Lett tilgjengelig – ingen henvisning
- Oversikt over innbyggerne mulig – funksjonssvikt kan oppdages tidlig av hjemmetjenestene
- Forpliktende: en liste - en lege – en adresse
- Kontinuitet: følger og observerer pas over år – **endringer** hos pasient kan fanges lettere opp
- Personlig – fortrolighet - tillit

10.11.2018

Bjørn Lottmeack



## Hva må til for å utrede flere ?

10.11.2018

14




## Demensplan Rana

en sammenhengende kjede med tiltak rettet mot samme mål.

[Hukommelsesteam](#) [Demenslag](#) [Fastlege](#) [Hjemmetjeneste](#) [Spes.helsetjen.](#)

[Pårørende](#) [Frivillige](#) [Undervisning](#) [Demenskoordinator](#) [Sykehjem](#)

10.11.2018

15



## Løsningen er: tverrfaglig samarbeid

- **Hjemmetjenester:**
  - Fastlege: samarbeide systematisk med: **hukommelsesteam** – tverrfaglige team (demensteam) – demenskoordinator – demenssykepleier: **utredninger, oppfølging, og utfordringer**
- **I sykehjem:**
  - planmessige utredning ved innkomst – planmessig oppfølging.
  - oppgavefordeling pleiepersonell – sykehjemslege

10.11.2018

Bjørn Lottmeack



## Tverrfaglige møter

- **Ved komplekse problemstillinger:**
  - «Vil ikke ta imot hjelp»
  - Alvorlig APSD
  - Endring omsorgsnivå ?
  - **Før** bruk av tvang
  - **Før** bruk av antipsykotika

10.11.2018

14



## Anne trenger hjelp til medisiner og regninger

- 78 år kvinne, enke bor alene, klart seg uten hjelp
- 5 medikamenter: Atacand, Thyroxin, Triobe, Lipitor, Albyl-E
- **Fall: overarmsbrudd** - satt på Tramadol fast grunnet smerter.
- Hjelp: innvilget til dusjing x1 puke
- Siste 3-4 måneder etter bruddet: begynt å glemme medisiner, husker ikke hva hun skal ta. Får ordnet med multidose. Glemmer likevel å ta disse. Lar regninger ligge, sier hun ikke forstår dem.
- Passiv, slutter å gå ut, går ned i vekt.

10.11.2018

Bjørn Lottmeack



### Hva skyldes Annes funksjonssvikt ?

- Kognitiv svikt?
  - Er det mild kognitiv svikt?
  - Er det demens?
- **Årsaker** til mild kognitiv svikt?: medikamenter? Depresjon?
- **Årsak** til demens? Dvs. type demens



### Mild kognitiv svikt (MCI) - kriterier

1. Kognitiv svikt tilstede
2. Den kognitive svikten er selvrapportert og/eller bekreftet av en informant, og/eller bekreftet ved kognitiv testing
3. **P-ADL er intakt**, men det kan foreligge minimal svikt i-ADL

(Winblad, 2004)



### Mild kognitiv svikt: årsaker - utvikling

- Forstadium til demenssykdommer hos noen
  - Etter slag eller TIA
  - Psykiatrisk sykdom (depresjon, angstlidelse og psykose).
  - Endokrine sykdommer, event. vitaminmangel, somatisk sykdom
  - Medikamentbivirkninger
  - **Overgang til demens:**
    - 5-16 %pr. år (mot 1-3 %)
    - 5 år: 1/3 demens, 2/3 delstabil-normalisert
- Up to date Sep 2017 og Mitchell et al 2008 J.Neurol Neurosurg Psychiatry



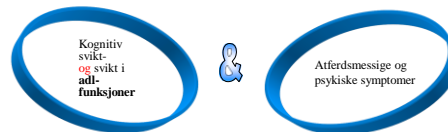
### Er det demens ? – Hva er oppgavene ?

1. Kriteriebasert diagnostikk: innfris kriteriene ??
2. Utelukke reversible årsaker til kognitiv svikt
3. Utelukke/vurdere delirium
4. Utelukke/vurdere depresjon
5. Konkludere
6. Kommunisere resultater: pasient, pårørende, omsorgstjenester
7. Plan for oppfølging



### Demens

etter International Classification of diseases, ICD-10



10.11.2018

Ejrn Lichnerck

23



### Demens i følge ICD-10

- Svekket hukommelse, i sær for nyere data.
- Svikt av minst en annen kognitiv funksjon.
- Den kognitive svikten må influere på evnen til å fungerer i dagliglivet (I-ADL e P-ADL)
- Sviktende kontroll av atferd, emosjoner eller motivasjon.
- Klar bevissthet.
- Symptomene må ha vart i minst 6 måneder.



### Oversikt utredning av demens

- Sykehistorie fra pasient, pårørende, omsorgspersonell
- ADL-kartlegging (P-ADL og I-ADL)
- Kartlegging psykisk tilstand (MADRS et. Cornellskala)
- Kognitive tester (MMSE-NR og klokkestet)
- Somatiskog- enkel neurologisk undersøkelse
- Blodprøver
- Rekx MR (CT) av hjernen
- Utvidet utredning
  - Avanserte kognitive tester – nevropsykologiske us.
  - Vurder utvidet billediagnostikk av hjernen: DATScan, FDG-PET, EEG
  - Vurder spinalvæskundersøkelse (demensmarkører)

10.11.2018 Bjørn Løftemoen HelseDirektoratet

### Demens med potensiell reversibel etiologi

- Usikre tall, lav evidensskvalitet
- utgjorde totalt 9 %av tilfellene med demenslignende tilstander, **denblant**
  - depresjon
  - metabolske tilstander
  - infeksjoner
  - legemiddeffekter
  - intracerebrale etiologier

Health Quality Ontario (HCO), Canada fra 2014 [6]: «The Appropriate Use of Imaging in the Diagnostic Work-Up of Dementia: An Evidence-Based Analysis», HelseDirektoratet, 2017, Nasjonal faglig retningslinje om demens

10.11.2018 Bjørn Løftemoen HelseDirektoratet

### Reversible årsaker til demens – intracerebral patologi

- Oppdaget med CT/MR: 2,2 %
  - Tumor: 0,9 %
  - Normaltrykshydrocephalus: 1,0 %
  - Subduralt hematoma 0,3 %
- Forekomst av demens som faktisk reverserte: 0,6 %/hvorav 0,3 % utgjorde full remisjon og 0,3 %delvis.

Health Quality Ontario (HCO), Canada fra 2014 [6]: «The Appropriate Use of Imaging in the Diagnostic Work-Up of Dementia: An Evidence-Based Analysis», HelseDirektoratet, 2017, Nasjonal faglig retningslinje om demens

10.11.2018 Bjørn Løftemoen HelseDirektoratet

### Kartlegging av symptomer - sykehistorie

Sykehistorie er det viktigste diagnostiske redskapet fra:

- Pasient
- Pårørende/pleier – demensteam: komplement intervju:
- Spør om **endret**: 1.kognisjon 2. ADL-funksjon og 3. atferd og psyke
- Legemiddelanamnese
- Spørreskjema pårørende: IQCODE (aldringoghelse.no)

10.11.2018 Bjørn Løftemoen HelseDirektoratet

### Endring ADL-funksjonsnivå et diagnostisk kriterium

- Pas.med demens har nedsatt funksjonsnivå for I-ADL og ofte P-ADL
- Kartlegg hva pas. **FAKTSK**gjør, ikke hva vi mener hun burde klare.
- ADL-skjema: Barthel-ADL-indeks (P-ADL) eller PSMS (I +P-ADL)
- Systematisk kartlegging av ADL-funksjoner gjør at vi tilpasse hjelpen på riktig nivå

10.11.2018 Bjørn Løftemoen HelseDirektoratet

Neurocognitive Assessment / dagliglivet (P-ADL)

A. Sykehistorie

- 1) Pasientens egen sykehistorie
- 2) Sykehistorie fra pårørende/pleier
- 3) Sykehistorie fra helsepersonell
- 4) Sykehistorie fra andre
- 5) Sykehistorie fra pasientens egen sykehistorie
- 6) Sykehistorie fra pårørende/pleier
- 7) Sykehistorie fra helsepersonell
- 8) Sykehistorie fra andre
- 9) Sykehistorie fra pasientens egen sykehistorie
- 10) Sykehistorie fra pårørende/pleier
- 11) Sykehistorie fra helsepersonell
- 12) Sykehistorie fra andre

B. Kartlegging

- 1) Kartlegging av ADL-funksjoner
- 2) Kartlegging av kognitive funksjoner
- 3) Kartlegging av psykiske funksjoner
- 4) Kartlegging av somatiske funksjoner
- 5) Kartlegging av sosiale funksjoner
- 6) Kartlegging av andre funksjoner
- 7) Kartlegging av ADL-funksjoner
- 8) Kartlegging av kognitive funksjoner
- 9) Kartlegging av psykiske funksjoner
- 10) Kartlegging av somatiske funksjoner
- 11) Kartlegging av sosiale funksjoner
- 12) Kartlegging av andre funksjoner

C. Anamnese

- 1) Anamnese om sykdom
- 2) Anamnese om medisin
- 3) Anamnese om livsstil
- 4) Anamnese om sosiale forhold
- 5) Anamnese om andre forhold
- 6) Anamnese om sykdom
- 7) Anamnese om medisin
- 8) Anamnese om livsstil
- 9) Anamnese om sosiale forhold
- 10) Anamnese om andre forhold

D. Fysiske undersøkelser

- 1) Fysiske undersøkelser
- 2) Fysiske undersøkelser
- 3) Fysiske undersøkelser
- 4) Fysiske undersøkelser
- 5) Fysiske undersøkelser
- 6) Fysiske undersøkelser
- 7) Fysiske undersøkelser
- 8) Fysiske undersøkelser
- 9) Fysiske undersøkelser
- 10) Fysiske undersøkelser
- 11) Fysiske undersøkelser
- 12) Fysiske undersøkelser

E. Beslutning

- 1) Beslutning om videre undersøkelse
- 2) Beslutning om behandling
- 3) Beslutning om oppfølging
- 4) Beslutning om andre tiltak
- 5) Beslutning om videre undersøkelse
- 6) Beslutning om behandling
- 7) Beslutning om oppfølging
- 8) Beslutning om andre tiltak
- 9) Beslutning om videre undersøkelse
- 10) Beslutning om behandling
- 11) Beslutning om oppfølging
- 12) Beslutning om andre tiltak

10.11.2018 Bjørn Løftemoen HelseDirektoratet

## Demensretningslinjen

Sykehjem, basal demensutredning

### Stærk anbefaling

Ved mistanke om demens hos en sykehjemsbeboer er det sykehjemslege, i samarbeid med annet helse- og omsorgspersonell ved sykehjemmet, som skal foreta utredningen. Det bør samles inn informasjon fra beboeren og eventuelt pårørende. Informasjon om pasientens helsestatus før innleggelsen i sykehjemmet, via journaler og epikriser, skal inngå i dette.

### Merknad:

For demensutredning og videre oppløpning i sykehjem har Nasjonal kompetansesjeneste for aldring og helse utviklet et eget kartleggingsverktøy til bruk for helsepersonell og sykehjemmelger, som anbefales brukt.

## Demensretningslinjen

6.1.1 Første legetime ved basal demensutredning

Somatisk undersøkelse i demensutredningen

### Stærk anbefaling

Det bør gjennomføres en somatisk undersøkelse med særlig vekt på å avdekke/kontrollere hjertesvikt, lungesykdom, infeksjoner, syns- /hørselsproblemer, smertefullt tann eller annen akutt eller kronisk sykdom. I tillegg bør det gjennomføres en enkel neurologisk undersøkelse. Vurder pasientens ernæringsmessige risiko og alkohol-/rusvaner.

VIS MER INFORMASJON

## Nasjonal faglig retningslinje om demens - blodprøver

Blodprøver i demensutredningen

### Strong recommendation

Det bør tas blodprøver der følgende måles: leukocytter, trombocytter, ASAT, ALAT, kreatinin, CRP, SR, vitamin B12, homocystein, folsyre, elektrolytter, albumin, Hb, ferritin, TSH, HbA1c, glukose. Kolesterol, HDL, LDL og triglyserider kan også være aktuelt. Vurder eventuelt legemiddelanalyse.

© af tittelide

10.11.2018

33



## Basal utredning ved mistanke om demens og oppfølging etter diagnose

Rekvirering av CT eller MR i demensutredningen

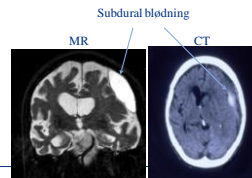
### Stærk anbefaling

Det bør henvises til CT-caput eller MR (foretrekkes) for påvisning av eventuelle romopplylende prosesser eller hjernefarakter. Be om vurdering av substanssvinn i ulike deler av korteks.

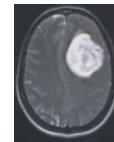
VIS MER INFORMASJON



## MR eller event. CT ved basal utredning

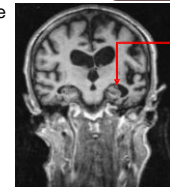


Hjernetumor, MR



## Utvidet utredning ved demens

- Nevropsykologisk undersøkelse
- **MR bilder (volumetri)**
- PET undersøkelser (FDG eller event. amyloid)
- DATscan (ved ? om PD og DLB)
- **Spinalvæskeundersøkelse** demensmarkører



MR-Atrofi Hippocampus ved AD



## Demensmarkører i spinalvæske

- høg Tau
- ekstra høgt fosforylert Tau
- lav Aβ42 typisk for Alzheimersykdom
- **Indikasjon:** unge pasienter – Alzheimer tidlig debut – uklar sykehistorie



Journal Club for  
**AGING NEUROSCIENCE**

REVIEW ARTICLE  
in *Alzheimer's & Related Disorders*

Meta-review of CSF core biomarkers in Alzheimer's disease: the state-of-the-art after the new revised diagnostic criteria

Daniel Ferreira<sup>1</sup>, Lilibeth Perestelo-Pérez<sup>1,2</sup>, Eric Westman<sup>3</sup>, Lars-Olaf Wahlund<sup>4</sup>, Antonio Sarría<sup>5</sup> and Pedro Serrano-Aguilar<sup>1,2</sup>

- Tilfredsstillende for skille Alzheimers sykdom - friske
- Skiller **ikke** mellom ulike demenssykdommer
- Hovedsakelig aktuell i tidlig fase

10.11.2018 38

## Demenssykdommer - De fem store

- Alzheimer Sykdom (AD) 50-70 %
- Vaskulær demens (VAD) 20-25 %
- Lewy Body Demens (DLB) 10-20 %
- Frontotemporal Demens (FTD) 5-10 %
- Demens ved Parkinsons sykdom (PD) 2-5 %

## Ved tvil om diagnosen – hva da ??

- Følge pasienten hver 6. måned (eller årlig)
- Henwise videre:
  - yngre pasienter (under 65 år) og tvil
  - eller ved rask tydelig funksjonssvikt og tvil

10.11.2018

Bjørn Lütkenbach



## Demensretningslinjen Når henwise videre ?

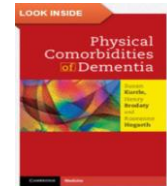
Basal utredning ved mistanke om demens og oppfølging etter diagnose

1. Tiltell der fastlege bør henwise videre til spesialisthelsetjenesten kan være:

- personer med komplisert/etypiske tiltell av kognitiv svikt
- yngre personer, se kapittel "Grupper som kan ha særlige behov"
- personer med utviklingshemning, se kapittel "Grupper som kan ha særlige behov"
- personer med minoritetstilbakgrunn der språk, utdanningsnivå og/eller kultur er en barriere i utredningen, se kapittel "Grupper som kan ha særlige behov"
- personer med samisk kulturbakgrunn der språk, utdanningsnivå og/eller kultur er en barriere i utredningen, se kapittel "Grupper som kan ha særlige behov"
- personer med alvorlige affektforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens
- andre særlig kompliserte tiltell (for eksempel ved kompliserte komorbide somatiske og/eller psykiske lidelser og/eller nettverksproblemer samt juridiske og/eller etiske konflikter)

## Komorbiditet - samsykkelighet

- Atferd – og psykiske symptomer (98 % i forløpet)
- Brudd x3
- Delirium x5
- Epilepsi x6
- Fall x5
- Vekttap x2
- Inkontinens x4



## Omfang av legemiddelbruk

Sykehjemspasienter: 7 ulike medisiner / DAG

Ruthset al. UGP2012  
Helvik et al. Dementia Geriatr Cogn Disordr 2015



## Demenssykdommene er dødelige

Median overlevelse personer med demens diagnostisert:

- mellom 60-69 år: **6,7år** (interquartile range 3.1-10.8) **mortalitet: økt x3,7**
- over 90 år: **1.9 år** (0.7-3.6) **mortalitet økt x2,5**

Greta Ratt et al BMJ 2010. Survival of people with clinical diagnosis of dementia in primary care: cohort study, 1990 to 2007 (n=22,529)



## Konsekvenser for oppfølging hos fastlege

- **Årlig eller hver 6.måned:**
  - Vurdere effekt bivirkninger demensmedisiner
  - Annen medikasjon - legemiddelgjennomgang
  - Andre sykdomstilstander ? – kontroll av disse
  - Demensutvikling - grad – tilkommet apsd? (hukommelsesteam)
  - Førerkort ?
- **Pasienten må ha følge av noen som kjenner pasientens tilstand**
- Fastlege og omsorgspersonell må kjenne hverandres faglige vurderinger

10.11.2018

Espen Lethmeck



## Konsekvenser for praksis i sykehjem ?

- **Mål: symptomlindring**
- Somatisk og mental status ved innleggelse i sykehjem
- Oppsummer sykehistorie – **innhent tidligere sykehistorie**
- Behov for utredning demens ? Andre tilstander ?
- Legemiddelgjennomgang ved innkomst, så halvårlig
- **Funksjonsstatus halvårlig: kognisjon – adl – nevropsykiatriske symptomer (kan gjøres av personalet)**
- Årlig status somatisk – mental, avhenger av grad av komorbiditet og undersøkelser gjort i løpet av året (lege)



## Oppsummering

- Demensutredning er en **tværfaglig oppgave**
- Systematisk utredning: er det demens ? Type ? Grad ? Tiltak ?
- Plan for videre **oppfølging** etter diagnose: hvem gjør hva ?
- Min. halvårlig statusvurdering fra omsorgspersonell /sykepleier/tværfaglige team
- Min. årlig oppfølging hos lege: grad av demens – demensmedikamenter – andre sykdommer – andre legemidler
- **Komplekse problemer, eks. før bruk av tvang: tværfaglige møter**

