Upprättare: Margareta E Berger

Kognitiv svikt - Basal kognitiv utredning/demensutredning och handläggning - Hälso och sjukvård Region Gävleborg

Innehåll

1. Syfte och omfattning 1
2. Allmänt 1
3. Ansvar och roller 1
4. Beskrivning 2
   4.1. Flöde inom primärvården - första kontakt 2
   4.2. Hembesök 3
   4.3. Vid läkarbesök i primärvården 5
   4.4. Telefonuppföljning 4-6 veckor efter läkarbesöket 7
   4.5. Årlig uppföljning efter 12 månader hos läkare och sjuksköterska 7
5. Plan för kommunikation och implementering 7
6. Dokumentinformation 7
7. Referenser 7

1. Syfte och omfattning

Rutinen beskriver flödet för basal demensutredning inom primärvården och kommunerna i Gävleborgs län. Rutinen beskriver även behandling och uppföljning inom primärvården samt remisskriterier till specialistvården.

2. Allmänt

Flödet utgår ifrån Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.

3. Ansvar och roller

Processteamet för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom inom LPO Äldres hälsa ansvarar för att rutinen upprättas och hålls aktuell. Övrigt ansvar kopplat till roller, se beskrivning nedan.

Kopiansgiftighet garanteras endast utskriftsdatumet

4. Beskrivning

4.1. Flöde inom primärvården - första kontakt

VAD	*VEM*
Patient aktualiseras för utredning	Via telefonrådgivning i samtal med patient eller anhörig, efter läkarbesök, av demensteam, hemtjänst, sjuksköterska, remiss från slutenvård, hemsjukvården (samtycke från patienten krävs) etc...
Ärendet kommer till sjuksköterska/arbetsterapeut/funktion ansvarig för kognitiv utredning. En anamnes tas via telefon innehållande information för bedömning av den kognitiva förmågan genom samtal med patient och anhörig (efter samtycke). Formulär för anhörigintervju skickas hem till anhöriga. Den sammantagna bilden avgör nästa steg. Ta ställning till om patienten behöver remitteras för en DT-hjärna. Om patienten gjort en DT-hjärna det senaste året, skrivs en granskningsremiss för att granska bilderna under frågeställning demensutredning. Demensansvarig funktion skickar anteckning av första kontakten med patient och närstående till läkare för kännedom, ordination av lab-prover och ställningstagande till remiss för DT-hjärna. Tre alternativa vägar finns: 1. Remiss för DT-hjärna kan skrivas baserat på de uppgifter som finns 2. Läkare bedömer att ett hembesök med kognitiv testning behövs för att kunna skriva remiss för DT-hjärna. 3. Läkare bedömer att ett läkarbesök behövs efter hembesök och telefonkontakt för att kunna skriva remiss för DT-hjärna. OBS, 2 läkartider behövs. Kommunikationen mellan läkaren och sjuksköterska/ arbetsterapeut/funktion ansvarig för kognitiv utredning är viktig för den gemensamma bedömningen. **Laboratorieundersökningar** Syftar till att utesluta andra sjukdomar. Nedan nämnda bör ingå, vid behov bör ytterligare prover tas utifrån anamnes och status. • Blodstatus	Sjuksköterska/arbetsterapeut/ funktion ansvarig för kognitiv utredning Sjuksköterska/Läkare

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatum

• Elektrolytstatus inkl kreatinin • Glukos • Joniserat/fritt kalcium Samt prover för att utesluta: • Störd sköldkörtelfunktion • B12/folatbrist Ovanstående prover kan behöva kompletteras t.ex. med PEth/CDT Boka hembesök hos patienten inom ett par veckor.	

4.2. Hembesök

VAD	*VEM*
Hembesök samt anhöriganamnes Om patienten träffat läkare innan hembesöket tas endast kompletterande anamnes. **Symtominventering** • Förändrade kognitiva förmågor; nedsättning inom domänerna uppmärksamhetsfunktioner, visuospatiala funktioner, verbala funktioner, inlärning och minne, exekutiva funktioner och social kognition. • Debut och förlopp • Personlighetsförändring • Beteendemässiga och psykiska symtom som depression, ångest, oro, hallucinationer • Konsekvenser i vardagen för personen och dennes anhöriga eller närstående • Förändrat sömnmönster, snarkproblem, förändrade naturliga funktioner, nytillkomna neurologiska symtom, förändrat rörelsemönster, fall. För bedömning av förändrad aptit, kostvanor eller vid viktförändring kan SKRs 3 frågor, se Riskidentifiering och riskbedömning - Vårdhandboken (vardhandboken.se) användas. **Anamnes/Anhöriganamnes** • Ärftlighet • Familjeförhållanden, barn i hemmet, ålder på barnen? • Utbildning och eventuellt yrke • Intressen, fritidsaktiviteter	Sjuksköterska/ arbetsterapeut/funktion ansvarig för demensutredning

Kontrollerad utskrift garanteras endast utskriftsdatumet

- Levnadsvanor: tobak, alkohol, droger, kost och motion
- Körkort
- Innehav av skjutvapen
- Våldsutsatthet
- Tidigare kognitiv funktionsnivå
- Tidigare och nuvarande sjukdom, till exempel depression, ångest, oro, infektioner, skalltrauma
- Inkontinens, naturliga funktioner och sexualitet
- Aktuella läkemedel
- Överkänslighet mot läkemedel
- Munhälsa.

Använd gärna något av följande strukturerade formulär för anhöriganamnes:

- Neurokognitiv Symtomenkät, Ragnar Åstrand, www.symtomenkaten.se
- Anhörigintervju, Anhörigintervju för identifiering av demens, Demenscentrum

Kognitiva tester

- Standardiserade tester av kognitiva funktioner, exempelvis MMSE-SR och Klocktest. Alternativt kan MoCA eller andra screeninginstrument användas.
- RUDAS är ett generellt test som är mindre beroende av språk, kultur och utbildningsnivå och ett alternativ till MMSE-SR.

Genomför en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga, för mera information se Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, sidan 27.

Kontroll av vikt och längd.

Genomför en ortostatisk blodtryckskontroll.

Munstatus vid behov, bedömning enligt ROAG, Revised Oral Assessment Guide.

Bevaka tid för DT- hjärna.

Boka tid för läkarbesök om det inte genomförts innan.

Erbjud en Samordnad individuell plan (SIP) vid behov.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

4.3. Vid läkarbesök i primärvården

(När provsvar samt svar från kognitiva tester, EKG och CT-hjärna finns tillgängliga.)

VAD	*VEM*
Kompletterande anamnes vb (se uppgifter i anteckning från hembesöket). • Kognitiv situation och funktionspåverkan. **Status** • Somatisk status inklusive neurologiskt status • Psykiskt status, exempelvis tecken på depression, ångest, oro, hallucinationer, vanföreställningar. **Läkemedelsgenomgång** Använd exempelvis symtomskattningsskalan PHASE-Proxy (läkemedel) | Demenscentrum (https://demenscentrum.se/arbeta-med-demens/verktyg/skattningsskalor-instrument/phase-proxy) eller Skattningsskala för att identifiera biverkningar (regionuppsala.se) Om möjligt ställ diagnos, alternativt överväg remiss till specialistvården. **Diagnos** Sträva efter att ställa en specifik diagnos, undvik diagnos Demens UNS. Inom primärvården bör följande diagnoser kunna ställas hos den äldre patienten: • Alzheimers sjukdom med sen debut • Vaskulär demenssjukdom • Blandformer av Alzheimers sjukdom och vaskulär demenssjukdom Muntligt besked om diagnos till patienten vid besöket. **Ta ställning till läkemedelsbehandling** Indikation för symtomlindrande behandling med Kolinesterashämmare och/eller Memantin finns för: • Alzheimers sjukdom • blandformer med inslag av Alzheimers sjukdom • Lewy body sjukdom, Parkinsons sjukdom med demens Beakta möjliga kontraindikationer, se www.FASS.se	Läkare Sjuksköterska/ arbetsterapeut/funktion ansvarig för demensutredning bör delta om möjlighet finns.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Ta också ställning till:

- körkort/skjutvapen: fortsatt innehav? Vid olämplighet, anmäl till Transportstyrelsen respektive polisen. Behov av färdtjänstintyg?
- sjukskrivning
- tandvårdsintyg (N eller F)
- behov av god man

Komplettera med skriftlig information och individuell vårdplan.
Använd ”Din pärm”

Registrering i kvalitetsregistret SveDem, muntlig och skriftlig information till patient finns i ”Din pärm”.

Ta kontakt med kommunens demensteam eller liknande funktion.

Sätt upp patient på väntelista för uppföljande besök

Remiss till specialistvården
Var tydlig med information till patienten om och när remiss skickas.

Remisskriterier

- personer i arbetsför ålder med misstanke om kognitiv sjukdom
- misstanke om ovanligare kognitiva sjukdomar som exempelvis Lewy Body sjukdom, Parkinsons sjukdom med kognitiv svikt, frontotemporal demenssjukdom
- Second opinion
- oklar symtombild med misstanke om kognitiv sjukdom

Remissinnehåll, beskriv:

- social situation
- kognitiva bilden
- påverkan på funktionsförmågan I-ADL (instrumentell), P-ADL (personlig)
- DT hjärna utförd och bedömd
- resultat av kognitiva tester och funktionsbedömning
- tidigare sjukdom, aktuella läkemedel

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

4.4. Telefonuppföljning 4-6 veckor efter läkarbesöket

VAD	*VEM*
Telefonbesök, uppföljning av aktuell situation samt om kontakt med kommunen är etablerad. Utvärdera ev. påbörjad läkemedelsbehandling. Följ upp ev. biverkningar. Ställningstagande till doshöjning.	Läkare eller sjuksköterska.

4.5. Årlig uppföljning efter 12 månader hos läkare och sjuksköterska

VAD	*VEM*
Innan läkarbesöket bör förnyad provtagning, kognitiva tester, blodtryckskontroll och vikt genomföras. Vid läkarbesöket, följ upp den aktuella kognitiva och sociala situationen samt läkemedelsbehandling. Uppföljningen ska registreras i Swedem.	Läkare och sjuksköterska/arbetsterapeut/ funktion ansvarig.

5. Plan för kommunikation och implementering

Dokumentet kommuniceras ut till primärvården via Hälsovalskontoret samt till berörd specialistvård via Externa uppföljare och till kommunen via länsledningen. Flödet kommuniceras på kommande nätverksträffar för de som arbetar inom vårdförloppets område.

6. Dokumentinformation

Dokumentet har upprättats av Processteamet för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom inom LPO Äldres hälsa. Dokumentet är granskat av LAG (Lokal Arbetsgrupp) för Primärvård, Länsledning och specialist i allmänmedicin samt överläkare i geriatrik. Fastställare är biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör med ansvar för Nära vård samt Primärvård, Hälso- och sjukvård.

7. Referenser

Dokumentnamn	Plats
09-796114 Kognitiv svikt - Information till dig som vårdpersonal som ska förbereda Din pärm - Hälso och sjukvård Region Gävleborg	Platina
09-795534 Kognitiv svikt - Din pärm patientinformation - Hälso och sjukvård Region Gävleborg	Platina
Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom	Kunskapsstodforvardgivare.se

Kopians giltighet garanteras endast på utskriftsdatumet

Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom.	Socialstyrelsen.se
Svenskt demenscentrum	Demenscentrum.se
Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - Socialstyrelsen	Socialstyrelsen.se
FASS	Fass.se
PHASE-Proxy (läkemedel) | Demenscentrum	Demenscentrum.se
Vårdhandboken (vardhandboken.se)	Vårdhandboken

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet