

Utredning av kognitiv svikt ved geriatrisk poliklinikk

Generelt

- Registert 1550 pasienter i 2022
- Vesentlig antall er kognitive kontroller, en del med utgangspunkt i hjerneslag (antall hjerneslag totalt ca 200 innlagt per år)
- Har poliklinikk mandag, tirsdag, torsdag og fredag, onkogeriatri onsdag og hender det settes opp ekstra pasienter med kognitiv svikt ved kapasitet

Hvem kan henvises

- Sammensatte utfordringer
- Tvil om diagnose
- Mistanke om uvanlige former
- Rusproblematikk samtidig med kognitiv svikt
- Fremmedkulturelle og/eller lav utdanning
- Yngre med kognitiv svikt
 - Hva med nevrologisk poliklinikk? Mindre standardisert utredning og vil i utgangspunktet anbefale direkte henvisning til geriatri
- Usikkerhet/uenighet om førerkortvurdering

Hvem bør ikke henvises

- Eldre med klassisk Alzheimers sykdom eller vaskulær demens uten kompliserende forhold
- Der fastlege kan stille diagnosen, men pårørende vil ha spesialist!
- For å få diagnose til sykehjem eller allerede fått fast sykehjems plass
- Sammensatt med eksisterende psykisk sykdom eller dominert av symptom på depresjon, angst eller adferdsvansker – bør henvises alderspsykiatri
- Kognitiv svikt ut i forløpet av annen nevrodegenerativ sykdom – som Parkinson
- Kjent utviklingshemming bør trolig håndteres i habiliteringstjenesten, men har vært inne i bildet hos enkelte

Henvisning

- Bør som minimum være gjort en basal kognitiv kartlegging, informasjon om bakgrunn og funksjon i dagliglivet, medikamenter, relevante labprøver og henvist til MR caput demensprotokoll (CT ved kontraindikasjoner)
- Blir vurdert innen en uke av faste geriater og gitt frist som angitt innen 12 uker, men internt ønske om så snart som ledig og innen 50 dager
- Pårørende kalles inn samtidig

Utredning

- Bruker opplegget fra NorKog
- 45 min sykepleier først med MMSE, klokke, somatisk status, pårørendeskjema. Pårørendesamtale når pasient er inne hos lege
- 90 min legetime rett etter sykepleier
- NorKog testbatteriet, ev. supplert med tilleggstester ved behov
- Vurdering av lab, medikamenter, bilder
- Mot slutten av legekonsultasjonen – felles samtale med pasient og pårørende for å gi resultatet av utredningen, tentativ diagnose og ev. behov for videre utredning inkl. å finne tid til spinalpunksjon der det er aktuelt

Praktisk

- Tett program på poliklinikken
- Ikke åpning for utvidet tverrfaglig utredning – felles samtaler
- Noe bedre ventelister fra nyttår – håper på mulighet for å kunne ha oppfølgningssamtale for konklusjon ved behov for utvidet utredning
- Varierende grad av kontrolltimer
 - Avhenger i for stor grad av fastlegekompetanse og kommune pasienten tilhører
 - Ved oppstart av medikamenter skal det være en evaluering av effekt, gjelder særlig memantin (som brukes i mindre grad)
 - Ved mangel på medikamentelle tilbud blir pasienten som hovedregel overført til kommunal oppfølging, men unntak for unge og spesielle demenstyper

Ambulant oppfølging

- Ikke aktuelt for ren kognitiv utredning
- Men har PSHT – pasientsentrert helsetjenesteteteam som reiser ut og gjør kartlegging som ledd i generell funksjonssvikt og har tilknyttet geriater i sykehuset. Kognitiv svikt er en av årsakene til at PSHT kan kobles inn

Innleggelse

- Sjeldent aktuelt
- Rask progresjon og spørsmål om f.eks encephalitt eller Creutzfeldt Jacobs sykdom
- Ung pasient med rask funksjonssvikt
- Behov for å koordinere undersøkelser ved vanskelighet å få pasienten med seg – men vil ofte gi tilsvarende utfordringer i en akuttavdeling

Utfordringer – muligheter

- Stort press på timer, mangler geriater i Volda og har et stort nedslagsfelt – utdanner geriater nå og lager opplegg for å kunne dekke opp i Volda
- Ventetider for primærutredning og har lite mulighet til å følge opp i etterkant
- Pressede timebøker – satt av kortere tid enn mange andre geriatiske poliklinikker
- Lite egnede lokaliteter for tverrfaglig utredning
- Har begynt arbeid med kommunale demensteam og må jobbe for å få etablert formelle samarbeidsmåter for å støtte diagnostisering uten henvisning til poliklinikken. Mulighet med forespørsler?
- Må vurdere muligheter til å øke kompetanse i kommunene – både mtp demensteam og fastleger
- Satser på PSHT – kan være et alternativ for en del pasienter