

Målgruppebeskrivelse Fællesvisitation for Demens Region Midt

Patienter skal være i habituel tilstand i 3-6 måneder for at blive udredt for demens, altså stabile og ikke akut prægede

Speciale Visitationskriterier	Neurologi	Psykiatri	Geriatrici
	<p>Patienter, som tidligt i deres demensforløb er uden svære adfærdsproblemer og/eller svær somatisk co-morbiditet.</p> <p>Hos yngre skal der som udgangspunkt altid overvejes neurologisk udredning - vanligvis under 75 år</p> <p>Generelt til neurologien visiteres personer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • med lette demenssymptomer, mistanke om MCI eller hvis det er tvivl om der er kognitiv deficit • med isoleret amnestiske klager (hukommelsesklager), dvs. uden påvirkning af andre kognitive domæner (fx orienteringssans, apraksi, sporgforstyrrelser, mv). • henvist med lettere kognitive klager (MMSE > 19) • henvist med let/moderat depression, hvor der ikke svære adfærdsforstyrrelser • mistænkt for fronto-temporal demens sygdom uden svære adfærdsforstyrrelse. • mistænkt med Lewy Body Demens udensvære adfærdsforstyrrelse. • med verificeret neurodegenerativ sygdom (f.eks. patienter med Parkinsons sygdom eller multipel sklerose henvist fra praktiserende neurolog) eller anden kronisk sygdom med mistanke om hukommelsesforstyrrelser/demens uden demens er diagnosticeret • hvor fronto-temporal demens mistænkes som led i anden neurologisk sygdom (ALS, atypisk parkinson sygdom, chorea huntington, SCA etc.) • med atypisk præsentation af demens sygdom (som f. eks primært sproglige vanskeligheder/afatisk sprogforstyrrelse, svære rum-retningsforstyrrelser, ændret personlighed, synsklager trods normal øjenlæge undersøgelse, høj funktionsniveau trods lav MMSE (typisk sprogvanskeligheder) ect. 	<p>Patientgruppen med både kognitive vanskeligheder og BETYDELIG psykiatrisk komorbiditet.</p> <p>1. Patienter med KENDT psykiatrisk lidelse.</p> <p>Såfremt den psykiatriske lidelse er stabil og velbehandlet, er det ikke i sig selv grund til vurdering i ældrepsykiatrisk regi, eksempelvis ved depression i remission.</p> <p>F20-diagnoser (psykosespektrum-lidelser) og F31-diagnoser (bipolar lidelse) ses som udgangspunkt i psykiatrisk regi ved samtidig mistanke om hukommelsessygdom.</p> <p>2. Patienter med NYOPSTÅEDE psykiatriske symptomer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressive symptomer af moderat-svær grad. • Manifforme symptomer. • Psykotiske symptomer (hallucinationer, vrangforestillinger) • Patienter med OBS demens og adfærdssymptomer på henvisningstidspunktet. (Patienter som egen læge har vurderet er demente, men som aldrig er blevet udredt af speciallæge) 	<p>Hovedfunktions patienter, som ikke hører til i neurologi eller psykiatri; ingen fast aldersgrænse dog oftest +80 år Kompleksitet.</p> <p>Såfremt de medicinske lidelser er stabile og velbehandlede er det ikke i sig selv en grund til vurdering i geriatrisk regi.</p> <p>Patienten med lettere kognitive problemer (MCI) og let demens, men behov for geriatri, skal ikke demensudredes i geriatrisk regi, da denne demensudredning ikke ligger på hovedfunktionsniveau.</p> <p>Den geriatriske patient har:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multimorbiditet og polyfarmaci: flere kroniske sygdomme og ofte også akut sygdom. • Fysisk funktionstab og nedsat mobilitet: kommer ikke uden for hjemmet. (Det vil betyde væsentlig gene for patienten at komme på sygehuset til udredning. Risiko for delir ved miljøskifte er stor, hvilket kan mistolkes som demens). • Sociale problemer: bor ofte alene eller med ældre ægtefælle, der gør den sociale situation skrøbelig. Nødvendiggør en tværsektoriel socialmedicinsk indsats. Ofte fejllærning og vægttab, der giver risiko for yderligere funktionstab.

- med mistanke om atypisk præsentation af mulig Alzheimers sygdom (posterior kortikal atrofi, frontal variant af AD, logopen afasi ved AD)
- med beskrivelse af kognitive klager og fokale neurologiske symptomer (ændret gang, parkinsonisme, faldtendens, synkeproblemer, dysartri, autonome symptomer, bevidsthedstab, muskeluro og stort vægttab) som ikke skal udredes i kræftpakkeforløb.
- med hastigt progredierende demens (hvis ikke visiteret til kræftpakkeforløb!)
- som ønskes vurderet forud evt. videre udredning for NPH på højt specialiseret niveau i Ålborg.
- med mistanke om NPH (normal tryks hydrocephalus), dvs. med symptomer i form af demens, vandladningsbesvær og gangforstyrrelser og/eller scanning tydende herpå.
- med vedvarende (progredierende) hukommelsesproblemer trods velbehandlet depression eller stress/belastning
- Psykiatridelen har besluttet, at udviklingshæmmede uden samtidig psykisk sygdom skal udredes for demens i neurologisk speciale.

Second opinion patienter som ikke er afklaret på regions funktion.

Udredning af arvelige neurodegenerative sygdomme med kognitiv svækkelse, herunder Huntingtons Sygdom, SCA (spinocerebellar ataxi), Wilsons sygdom, og arvelige former for Alzheimers sygdom og frontotemporal demens med uafklaret arvelig neurodegenerativ sygdom.

Undtagelser:

- Psykotiske symptomer hos pt. i behandling for Parkinsons sygdom, hvor de psykotiske symptomer ofte er relateret til bivirkninger af anti-parkinson-behandlingen.
- Psykotiske symptomer som led i delirøs tilstand.
- Mistanke om Lewi-Body demens på henvisningstidspunktet. (Bevægeforstyrrelser, fald, hallucinationer uden tilknyttede vrangforestillinger eller forpintethed. Undtagelsen gælder således ikke ved svære psykotiske eller adfærdsmæssige forstyrrelser)

Patienter med KENDT DEMENSLIDELSE:

- Adfærdssymptomer som ikke kan klares alene ved plejefagligtilgang (med støtte frademenskonsulent)
- Mistanke om moderat/svær depression hos dement pt.

Patienter med kendt udviklingsforstyrrelse fx Downs syndrom (oligofrenipsykiatriske patienter - udviklingshæmmet/mental retarderet + en psykiatrisk diagnose) og mistanke om demens udredes jf. lokal aftale via psykiatrien i RM.

Skrøbelighed/fragilitet : svært ved at stå imod ny sygdom på grund af manglende reservekapacitet og robusthed.

(Fra "Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i Intern Medicin: Geriatri" 2013, Sundhedsstyrelsen)