



IVARETAKING AV PASIENTERS VERDIGHET UNDER KOGNITIV TESTING

Grethe-Mari Skår
Ergoterapeut
Helse Førde

SESAM konferansen, 23.05.19

Grethe-Mari Skår, 23.05.19

- Begynte i Helse Førde i 2009.
- Ergoterapeut i Eldremedisinsk poliklinikk fra starten av (2015).
 - Mi rolle i EMP: ADL-vurdering, pårørendesamtale og kognitiv testing.
- Vidareutdanning i «Eldre, demens og alderspsykiatri» i Haugesund, høsten 2018.
- Arbeidskrav



Grethe-Mari Skår, 23.05.19

Bakgrunn for valg av tema på arbeidskrav

- Eksempel fra demensutredning på poliklinikken:
 - «Gunnar» som ikke visste hvorfor han var på poliklinikken
 - Benektet vansker ifht. daglige aktiviteter og hukommelse
 - Hadde ingen vansker i hele tatt
 - Irritert på meg som stilte så mange dumme spørsmål og som ga han så mange idiotiske oppgaver
 - Har vansker med ulike deler av tester
 - Uttrykker tydelig misnøye og er sinna. Ønsker å stoppe, samtidig som han vil fortsette
 - Min fortløpende vurdering var hele tiden hvordan dette skulle bli en ok opplevelse der han følte seg ivaretatt
- **Problemstilling:** Hvordan opplever pasienter å bli kognitivt testet, og hvordan kan jeg som ergoterapeut ivareta pasienters verdighet under demensutredning på sykehus?


Hva er verdighet?

- To aspekter – objektivt og subjektivt

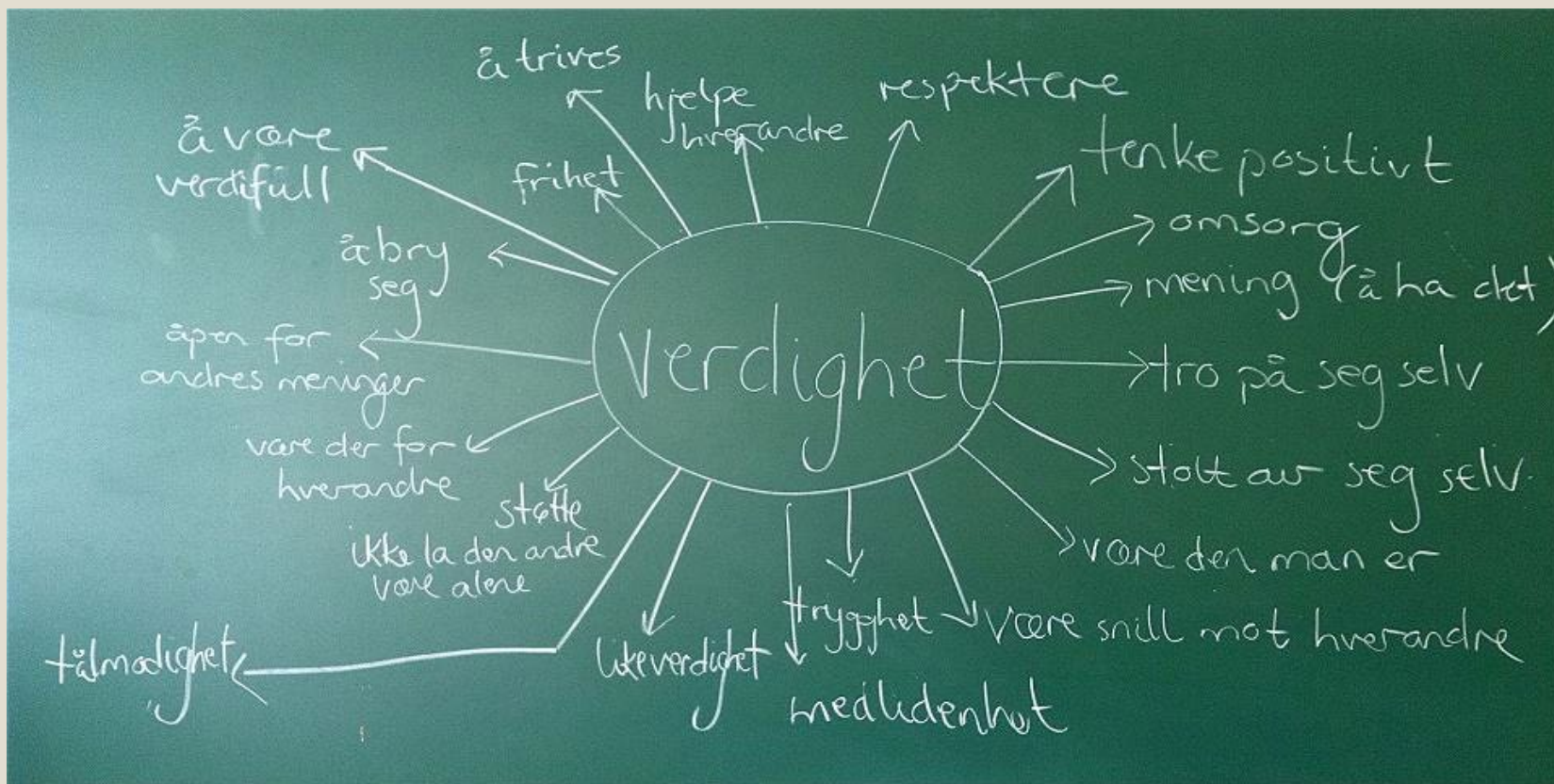
- Objektiv verdighet – fastslått i Menneskerettighetserklæringen at alle har en iboende verdighet (denne verdien har vi fordi vi er mennesker)

- Subjektiv verdighet – den enkeltes opplevelse av sin verdighet.

- Opplevs ved at andre bekrefter den.

 For å oppleve seg verdig, må en person bli behandlet med verdighet av andre.

Hva er verdighet?



Hva er kognitiv funksjon?

- Kognitiv, av latin; 'erkjennelse'
- Evne til å bl.a.:
 - huske
 - lære nye ting
 - ta initiativ
 - planlegge
 - løyse problem
 - tenke logisk
 - skrive/rekne/tegne
 - beregne avstander
 - forstå og bruke språk
 - utføre handlinger
 - tenke abstrakt



Kognitive forandringer ved normal aldring

- Naturlig endring ved økende alder, særlig etter 75-års alderen
- Hukommelsen/arbeidshukommelsen blir redusert
 - Gjenkalling, redusert (huske spontant)
 - Gjenkjenning, uendret (huske via hint)
 - Nyinnlæring, vanskeligere
- Endring i hvor hurtig man kan tenke
- Godt innlærte ferdigheter forandres ikke
- Språklige ferdigheter, uendret
- Generelle kunnskaper, erfaringer og ferdigheter, uendret
- Forandringene påvirker ikke dagliglivets aktiviteter (ADL)
- Store forskjeller i aktivitet og stimulering – dermed stor spredning på hva som er normalen
- Noen eldre husker stort sett like godt som tidligere i livet, mens andre eldre (uten demens) husker betydelig dårligere enn som 40- og 50-åringene. Hva er da normale aldersforandringer? Den eldres livshistorie!

Demens (ICD-10)

- Svekket hukommelse, især for nyere data
- Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning, abstraksjon)
 - *Mild*: Virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet
 - *Moderat*: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre
 - *Alvorlig*: Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig
- Klar bevissthet
- Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd; minst ett av følgende:
 - 1: Emosjonell labilitet
 - 2: Irritabilitet
 - 3: Apati
 - 4: Unyansert sosial atferd
- Tilstanden må ha en varighet av minst seks måneder

Kunnskap om dei ulike diagnosene og begrepene

- Mental svikt eller kognitiv svikt
- Aldersrelatert kognitiv svikt
- Mild kognitiv svikt og subjektiv kognitiv svikt
- Demens
 - Degenerativ demens
 - Primær degenerativ demens
 - Kortikal og subkortikal demens
- Progresjon av demenssymptomer
- Alzheimers sykdom
- Frontotemporal demens (FTD)
 - Atferdsvarianten av FTD (aFTD)
 - Primær progressiv afasi
 - Semantisk demens (SD)
- Logopenisk demens (LD)
- Parkinsons sykdom med demens (PD)
- Demens med lewylegemer (DLL)
- Vaskulær kognitiv svikt og demens
- Alkoholrelatert demens
 - Werniche-Korsakoffs syndrom
 - Alkoholisk demens

Sjeldne årsaker til kognitiv svikt og demens

- Degenerative sykdommer
 - Motornevro sykdommer (MND)
 - Parkinsonisme
 - Atypisk parkinsonisme (parkinson pluss sykdommer)
 - Huntingtons sykdom
 - Creutzfeldt-Jakobs sykdom og andre prionsykdommer
 - Hereditær spastisk paraparese
 - Ataksier
- Infeksiøse tilstander
 - Hjerne- og hjernehinnebetennelser
- Toksisk-metabolske og endokine tilstander
 - Nyresvikt
 - Vitamin B12-mangel
 - Hepatisk encefalopati (HE)
 - Leukodystrofier
- Immunmediterende demenstilstander
 - Multippel sklerose (MS)
 - Limbisk encefalitt



Kognitive symptomer

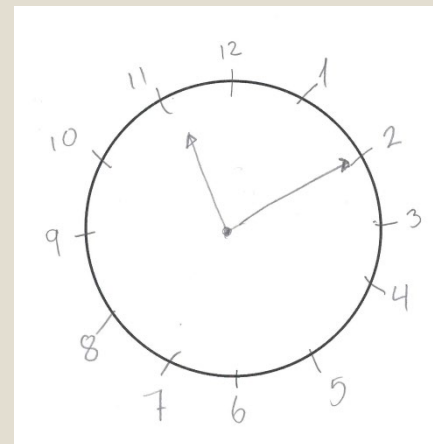
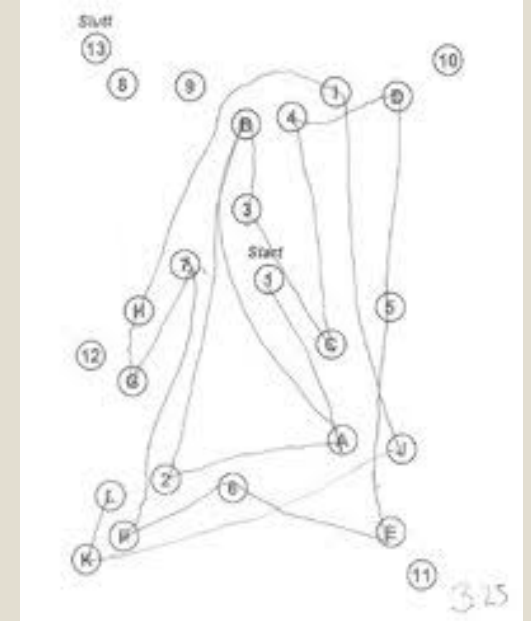
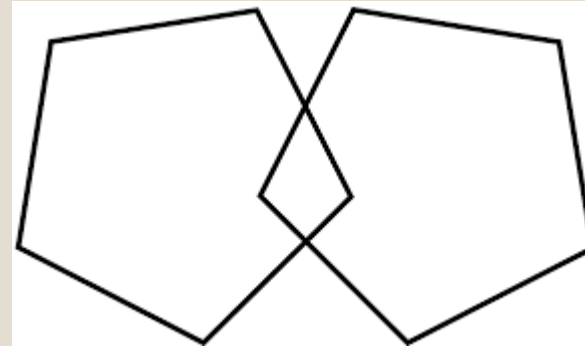
- Oppmerksomhet
 - Fokuseret oppmerksomhet
 - Delt oppmerksomhet
 - Neglekt
- Læringsevne og hukommelse
 - Kortidshukommelse
 - Langtidshukommelse
 - Gjenkalling og gjenkjenning
 - Å huske retrospektivt og prospektivt
 - Kildehukommelse
- Orienteringsevne
- Språk
 - Ikke-flytende språk
 - Svikt i ordforståelse
 - Vansker med benevning
- Agnosi
 - Visuell agnosi
 - Hørselsagnosi
- Handlingssvikt
 - Apraksi
 - Visuokonstruktive vansker
 - Eksekutive vansker
 - Intellektuell evne

Tre trinn i utredning av kognitiv funksjon

- Det er tre trinn i undersøkelse av kognitiv funksjon ved demensutredning. Disse er:
 - Trinn 1: Basal demensutredning, som vanligvis utføres i kommunehelsetjenesten. Det anbefales at fastlege samarbeider med helsepersonell med kompetanse om demens (hukommelsesteam/-koordinator).
 - Trinn 2: Utvidet utredning, som utføres ved hukommelsesklinikker og spesialisthelsetjenesten
 - Trinn 3: Nevropsykologiske utredninger, som vanligvis utføres i spesialisthelsetjenesten når det er behov for omfattende og tilrettelagt utredning

Eksempel på aktuelle tester og spørreskjemaer

- Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR3)
- Norsk revidert Klokketest (KT-NR3)
- Trail-Making (TMT)
- Tiordstest
- Norsk revidert Addenbrookes Kognitive Testbatteri (AKTB-NR)
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- Rowland Universal Dementia Assessment Scale
- Spørreskjema til pårørende (IQCODE)



Hvorfor kognitiv testing?

- Det finnes en rekke screeningtester som er utviklet for å skille mellom normal kognitiv funksjon og demens.
- Mulig å kartlegge om det foreligger kognitiv svikt
- Det er ikke èn enkelttest som er tilstrekkelig for å diagnostisere demens.
- Testene må brukes i kombinasjon med somatisk undersøkelse, klinisk intervju og intervju fra pårørende.
- Screeningtester kan og være nyttig for å kartlegge hvilke personer som bør henvises til mer utvidet utredning
- Hjelp i vurdering av den kognitive funksjonen over tid

Tilbake til Gunnar:

- Hvorfor var det slik at han takket meg i hånden og ble rørt, enda han var irritert og utrykte gjentagende ganger at han mislikte testingen?
- Var det noe jeg sa? Var det noe jeg gjorde?
- Var det noe oppe i det hele som fikk han til å føle at han beholdt sin verdighet, selv om jeg avslørte vanskene hans?
- Setningen hans: «Jeg er nå til granskning hos en hyggelig dame» forteller mye om hvordan han opplevde å bli kognitivt testet
 - Følte seg «under lupen» der jeg skulle lete etter noe, men at vi likevel klarte å skape en relasjon og tillit oss i mellom. God nok relasjon til at han kunne se forbi sin egen irritasjon, og karakterisere meg som en hyggelig dame

- Eldre vil ikke si hvordan de egentlig har det
- Studie fra 2017 viser at de eldre i stedet gir hint om sine bekymringer



Drøfting/resultat

- En demensdiagnose gir pasienter, pårørende og hjelpeapparat en mulighet til å planlegge og iverksette nødvendige tiltak
- Veien fram til utredning og diagnostisering kan være vanskelig og lang
 - Pårørende fortell om situasjoner der nærstående har hatt symptomer på demens, men som har strittet i mot utredning
- Pas. skal utredes både i kommunehelsetjeneste og på sykehus
- Det er en økning i poliklinisk behandling i alle aldersgrupper (andelen av befolkningen som mottar slike tjenester øker gradvis med høyere alder)

- Personer med demens testes av mange ulike faggrupper.
- God kjennskap og øvelseserfaring er en forutsetning for reliabel (pålitelig) skåring
- Vi kjenner til at ved kognitiv svikt påvirkes personens evne til selv å være i dialog med andre og til å utføre og delta i daglige gjøremål
- Det er viktig å møte pasientene på en tillitsfull og tillitsvekkende måte. For å skape en trygghet og tillit slik at pasienten på tross av ubehaget velger å samarbeide, er det viktig at helsepersonell skaper en allianse
 - Viktig for at pas. skal føle seg trygg i situasjonen og vil ta imot nødvendig veiledning og hjelp
- Helsepersonell må være vennlig, imøtekommende og kontaktskapende (relasjonell oppvarming).

Forskning

- Lite forskning på pasienters opplevelse av å bli kognitivt testet. Det er og lite forskning på ivaretagning av verdighet.
- Fant to relevante artikler:
- Den ene tok for seg pasienters opplevelse gjennom utredningen.
 - Lang og følelsesladd vei ved søken etter hjelp for hukommelsesvanskene.
 - Hovedsakelig angst, forvirring og frustrasjon, samtidig som det er håp og lettelse når diagnosen er stilt.
 - Utredning i andrelinjetjenesten vart rapportert minst gunstig
 - Deltagerne følte seg rådvill i en labyrint av tester, skårings skjema, scanninger og avtaler
 - De hadde liten kunnskap om hva som var en «god» opptreden på hukommelsestestene

- Etter diagnosen var stilt var det noen av deltakerne som satte pris på umiddelbar informasjon og praktiske råd
 - andre syns det var følelsesladd, men at det skapte tillit
- I kontrast til dette opplevde de som ikke mottok informasjon og praktiske råd; frustrasjon, hjelpeløshet, tap av selvstendighet og autonomi, samt manglende evne til å ta kontroll over egen fremtid
- Tidligere informasjon og detaljer om hvor personer kan henvende seg for støtte kan forbedre tilliten til helsevesenet, og ledet til bedre selvstendighet på lengre sikt, samt mer personsentrert kartlegging og diagnostisering
- En annen artikkel konkluderer også med at involvering i beslutningstaking er vurdert til å være fundamentalt i det å gi høy kvalitet og personsentrert omsorg

Oppsummering/konklusjon

- Det er lite kunnskap/forskning på hvordan pasienter opplever å bli kognitivt testet. Mange pasienter har gått en lang vei i søken for vanskene sine, og andre kan ikke forstå hvorfor de blir utredet. Det er viktig å vise pasientene likeverd og respekt, være ydmyk i forhold til testene, informere pasientene hvorfor man gjør det man gjør. Vi må møte pasientene med vennlighet og smil, og sikre at pasientene blir tatt med i valg og medbestemmelse. Pårørende er også en viktig faktor som må være med i samspillet. Dette påvirker ivaretagelse av pasienters verdighet!