

Samarbejdsaftale på demensområdet



2010

Godkendt af DAK 26. august 2010

De 22 kommuner i Region Syddanmark


Region Syddanmark

Indhold

Kort over Region Syddanmark	4
1 Aftalens baggrund og præmisser	5
1.1 Målgruppe for samarbejdsaftalen	5
1.2 Arbejdsgruppens sammensætning	6
1.3 Værdigrundlag	7
1.4 Samtykke	7
1.4.1 Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter	7
1.4.2 Behandling	7
1.4.3 Omsorg og pleje	7
1.5 Implementering	7
1.6 Forudsætninger i aftalen.	8
1.6.1 Demenskoordinatorfunktion	8
1.6.2 Kommunal kontaktinformation	8
1.6.3 Kontakt til de regionale tilbud vedr. demensudredning	8
2 Generel arbejdsdeling mellem region og kommune.	9
2.1 Regionen	9
2.1.1 Den praktiserende læges opgaver	9
2.1.2 En lokal regional demensenheds opgaver	9
2.1.3 Regional specialiseret demensenhed	9
2.2 Kommunen	10
2.2.1 De kommunale opgaver	10
2.3 Ansvarsfordeling henover et demensforløb – flow-diagram.	11
3 Opsporing.	12
3.1 Opsporing ved kommunalt personale	12
3.2 Opsporing ved praktiserende læge	12
3.3 Opsporing ved somatisk sygehus/psykiatrisk afdeling	12
4 Observation, udredning og diagnosticering	14
4.1 Kommunen	14
4.2 Praktiserende læge	14
4.2.1 Udredning.	14
4.2.2 Afklaring.	14
4.2.3 Diagnosticering.	15
4.3 Regionens lokale demensenheder.	15
4.3.1 Udredning.	15
4.3.2 Diagnosticering.	16
4.4 Specialiseret regionsfunktion for demensudredning	16

Indhold

5	Behandling og pleje	17
5.1	Antidemensbehandling	17
5.2	Kommunale plejetilbud	17
5.2.1	Tilbud til pårørende	17
6	Opfølgning	18
6.1	Opfølgning på kommunalt tilbud	18
6.2	Opfølgning på den medicinske behandling	18
6.2.1	Praktiserende læge	18
6.2.2	Lokal regional demensenhed	18
7	Øvrige informationer og viden	19
7.1	Lovgivning	19
7.2	Videns- og interesseorganisationer	19
7.3	Kompetenceudvikling	19
Bilag 1		
	Kommunal demenskoordinatorfunktion	20
Bilag 2		
	Hensningskriterier til de lokale demensenheder	21
Bilag 3		
	Guidelines for lægekontakt ved mistanke om demens	22
Bilag 4		
	Guidelines for lægekontakt ved adfærdsændringer	23

Region Syddanmark



Aftalens baggrund og præmisses

1

Samarbejdsaftalen for demensområdet i Region Syddanmark er en aftale mellem praksisudvalget, den regionale demensindsats og regionens 22 kommuner. Formålet med aftalen er at sætte fokus på en klar arbejdsdeling og sektorovergange i demensindsatsen i Region Syddanmark og sikre regionens borgere et ensartet tilbud uanset bopæl. Aftalen skal endvidere medvirke til at sikre, at demensudredning og -behandling i Region Syddanmark foregår efter de seneste anbefalinger for området.

Aftalen tager afsæt i de tre demensmodeller udviklet i henholdsvis Ribe, Vejle og Fyns Amter. Modellerne er blevet sammenskrevet og revideret, således at den fælles demensmodel for Region Syddanmark følger anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens MTV om demensudredning, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) kliniske vejledning om demensudredning i praksissektoren, samt KLs retningslinjer for tilrettelæggelse af demensindsats i kommunerne.

Da fokus i samarbejdsaftalen er at beskrive ansvarsområder og sektorovergange mellem region, kommuner og praksis tages der ikke inden for den regionale indsats stilling til, om en ydelse leveres i somatisk eller psykiatrisk regi, idet arbejdsfordelingen vil kunne være forskellig inden for hovedfunktionerne/sygehusenhederne. Regionen udarbejder sideløbende et sæt retningslinjer, der mere indgående beskriver indholdet af det regionale tilbud.

Aftalen indgår som en del af det samlede sundhedsaftalekompleks, der sætter rammerne for samarbejdet mellem region, kommuner og praksissektor, og den er forankret i grundaftalens afsnit om indsatsen for mennesker med sindslidelser. Samarbejdsaftalen på demensområdet supplerer primært to andre samarbejdsaftaler; den psykiatriske samarbejdsaftale og Sam:Bo. Den psykiatriske samarbejdsaftale er det fælles grundlag for samarbejdet mellem de 22 kommuner, den regionale psykiatri og praksis i Region Syddanmark.

Sam:bo er somatikens samarbejdsaftale med kommuner og praktiserende læger før, under og efter et behandlingsforløb – ambulans såvel som stationært.

1.1 | Målgruppe for samarbejdsaftalen

Målgruppen for aftalen er det sundhedsfaglige personale på sygehuse, praksisområdet og i kommunerne. Aftalens indhold retter sig mod personer med mulig -, let -, middel -, og svær demens, i primær sektor og sekundær sektor. Dog varetager regionens oligofreniteams som hovedregel udredning og behandling af demens hos udviklingshæmmede personer.

1.2 | Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen, der har udarbejdet samarbejdsaftalen, er nedsat af Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark og har bestået af:

Kommunale deltagere:

- Anna Bonnichsen, Demenskoordinator, Aabenraa Kommune
- Ulla Rosager Dokkedahl, Demenskoordinator, Faaborg-Midtfyn Kommune
- Bente Hastrup Jensen, Demenskonsulent, Vejle Kommune
- Birte Rønne, Demenskonsulent, Esbjerg Kommune
- Gitte Hampenberg, Leder af Sygeplejen, Billund kommune

Repræsentanter for interesseorganisationer:

- Kim Augustsen, repræsentant for Alzheimerforeningen
- Sonja Schulz, repræsentant for Ældresagen

Repræsentanter for praksis:

- Jan Nielsen, praktiserende læge
- Simon Glenthøj, praktiserende læge

Regionale repræsentanter for somatikken:

- Lene Wermuth, specialeansvarlig overlæge, Neurologisk Afdeling, OUH
- Frank Eldahl, overlæge, Radiologisk Afdeling, OUH
- Søren Jakobsen, ledende overlæge, Geriatrisk Afdeling, OUH/Svendborg.

Regionale repræsentanter for psykiatrien:

- Yvonne Reinholdt, oversygeplejerske, Gerontopsykiatrisk Afdeling Haderslev (afløst af Peder Christensen)
- Peder Christensen, ledende overlæge, Gerontopsykiatrisk Afdeling Haderslev (indrådt i arbejdsgruppen 17.09.2009)
- Annette Lolk, specialeansvarlig overlæge (gerontopsykiatri), Almenpsykiatrisk Afdeling Odense (Universitetsfunktion) og Demens-Klinik, Odense Universitetshospital
- Else Iversen, distriktsygeplejerske, Gerontopsykiatrisk team, Vejle og Kolding
- Margrethe Siig, afdelingsygeplejerske, Geronto-Neuropsykiatrisk Klinik Esbjerg
- Anette Bækgaard Jakobsen, afdelingschef, Psykiatristaben (formand for arbejdsgruppen)
- Anita Lerche, specialkonsulent, Psykiatristaben (sekretær for arbejdsgruppen, afløst af Birthe Navntoft)
- Birthe Navntoft, specialkonsulent, Psykiatristaben (sekretær for arbejdsgruppen, indtrådt 23.11.2009)

1.3 | Værdigrundlag

Aftalen og samarbejdet omkring udredning og behandling af demente hviler på værdierne: respekt, faglighed og ansvar ¹.

Respekt er at anerkende det enkelte menneske som enestående med ret til at bestemme over eget liv og helbred, og at demente og deres pårørende (familie eller nær ven) er vores samarbejdspartnere. Især i forhold til netop demente er pårørende en afgørende medspiller i udredning, behandling og opfølgning.

Faglighed betyder, at vi skal tilbyde demente den behandling og sociale indsats, der er bedst og som passer til den enkeltes individuelle behov og ønsker. Både udredning, behandling og opfølgning skal være baseret på anerkendt viden, og de professionelle omkring den demente skal være uddannede og fagligt kvalificerede til at løfte opgaven.

At tage **ansvar** vil sige, at alle omkring den demente skal tage et personligt ansvar for at opnå den bedste løsning. Samtidig skal der være et entydigt og sikkert ansvar for behandling og opfølgning for at sikre koordination og sammenhæng i indsatsen.

1.4 | Samtykke

1.4.1 | Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter

Videregivelse af oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsbehov for patienten, og når videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov; videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, til patientens alment praktiserende læge.

Patienten skal informeres om videregivelse af oplysninger og kan frabede sig, at det sker.

Med patientens samtykke kan sundhedspersoner videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten. Indhentning af samtykke kan ske mundtligt eller skriftligt og skal journalføres.

1.4.2 | Behandling

Det skal understreges, at hvis en patient i ord eller handling tilkendegiver, at vedkommende ikke vil behandles, er der, uanset samtykke fra værge eller pårørende, ikke hjemmel i sundhedsloven til at gennemføre behandlingen med tvang. Der kan derfor eksempelvis ikke mod en dement patients vilje gives medicin eller gennemføres en behandling.

1.4.3 | Omsorg og pleje

Kommunen yder hjælp efter Serviceloven (f.eks. vedligeholdende træning, praktisk bistand og hjælp til personlig pleje) og i forhold til personer med psykisk nedsat funktionsevne med særlig opmærksomhed på §82 vedrørende omsorgspligten og §§ 124-129 vedrørende magt-anvendelse og andre indgreb i selvbestemmelseretten samt Sundhedsloven (f.eks. sygepleje).

1.5 | Implementering

Når Region Syddanmark, praksisudvalget og regionens 22 kommuner har tiltrådt samarbejdsaftalen, skal der sikres implementering og efterfølgende forankring af aftalens elementer på tværs af aftaleparterne. Implementeringen har 3 på hinanden overlappende faser. Der er i forbindelse med udarbejdelse af aftalen nedsat en tværsektoriel gruppe, der skal arbejde med implementering af aftalen.

Første fase handler om at gøre aftalen synlig blandt de involverede parter og deres medarbejdere. Regionen har ansvar for, at alle relevante somatiske og psykiatriske medarbejdere på sygehusafdelinger/-enheder har et kendskab til aftalen og dens indhold. Endvidere er det regionens ansvar at sikre, at alle regionens praktiserende læger kender aftalen.

1. "Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse", Indenrigs- og sundhedsministeriet og socialministeriet, 2005

Kommunerne er ansvarlige for, at alle relevante medarbejdere og afdelinger i kommunen gøres bekendt med aftalen.

Anden fase handler om kompetenceudvikling. Det skal sikres, at der i kommunerne er veluddannet personale til at varetage demenskoordinatorfunktionen, og at relevante kommunale medarbejdere har et basalt kendskab til demens. Det skal ligeledes sikres, at praksis samt somatikens og psykiatriens medarbejdere i tilstrækkelig grad er fagligt rustet.

Ligeledes skal regionen stille kompetenceudviklingsmuligheder til rådighed for de praktiserende læger, således at de bliver i stand til at udfylde den i aftalen beskrevne rolle. Det kan blandt andet gøres ved at tilbyde de praktiserende lægers efteruddannelsesgrupper temaoplæg omkring lægernes rolle i demensaftalen, herunder opkvalificering af viden omkring demens (opsporing og behandling). Endvidere er der mulighed for at få del i regionens kvalitetssikringsmidler til blandt andet afholdelse af temaeftermiddage for de kommunale lægelæg – eventuelt i samarbejde med de tilhørende kommuner. Regionen har endvidere ansvar for den organisatoriske tilrettelæggelse, der er en forudsætning for et ensartet regionsdækkende tilbud inden for udredning og behandling.

Det forventes i forlængelse af kompetenceudviklingsbehovet, at regionen i fællesskab med kommunerne indgår i projekt under Servicestyrelsen for implementering af samarbejdsaftale og iværksættelse af kompetenceløft og efteruddannelse.

Tredje fase handler om opfølgning på aftalen og sikring af en dynamik, der gør, at aftalen løbende udvikler sig med udviklingen inden for det faglige felt og øvrige samfundsmæssige forhold. Der vil blive monitoreret på aftalen i forbindelse med sundhedsaftalearbejdet.

Samarbejdsaftalen indgår endvidere som materiale i forbindelse med akkreditering af det psykiatriske sygehus, og vil som sådan blive et måleredskab for, hvorvidt regionen efterlever indgåede aftaler og standarder.

1.6 | Forudsætninger i aftalen

For at samarbejdsaftalen for demensområdet kan få fuld virkning, og samarbejdspartnerne kan få optimal udbytte af de indgåede aftaler, kræver det, at nogle få men væsentlige forudsætninger er opfyldt.

1.6.1 | Demenskoordinatorfunktion

I aftalen henvises til den kommunale demenskoordinatorfunktion. Der er vedlagt en funktionsbeskrivelse for denne funktion som bilag 1. "Kommunal demenskoordinatorfunktion" beskriver hvilke opgaver, demenskoordinatorfunktionen forventes at løfte i relation til samarbejdsmodellen. Hvorvidt kommunerne indfører en demenskoordinator eller løser opgaverne på anden vis er modellen uvedkommende, derfor navnet "-funktion".

1.6.2 | Kommunal kontaktinformation

Kommunerne er ansvarlige for at opdatere information på VisinfoSyd om, hvor og hvordan samarbejdspartner skal henvende sig vedrørende demente. Der skal angives oplysning for "almindelig" samt akut kontakt.

1.6.3 | Kontakt til de regionale tilbud vedr. demensudredning

Regionen er ansvarlig for at opdatere oplysninger på VisinfoSyd om, hvorledes de regionale tilbud vedrørende demensudredning kan kontaktes. Det skal angives oplysning for "almindelig" og akut kontakt.

Generel arbejdsdeling mellem region og kommune

2

2.1 | Regionen

2.1.1 | Den praktiserende læges opgaver²

Den praktiserende læge har en væsentlig rolle i opsporing af demens. Den praktiserende læge bør reagere i sin kontakt med patienter, der udviser tegn på demens.

Når den praktiserende læge kontaktes med henblik på udredning for demens foretages relevante undersøgelser, og hvis det er nødvendigt etableres kontakt til den kommunale demenskoordinatorfunktion.

Hvis den praktiserende læge skønner, at det er nødvendigt for at stille diagnosen og tilbyde patienten en relevant behandling, henvises patienten til den lokale regionale demensenhed til videre undersøgelse. Ligeledes kan opfølgning og behandling ske i samarbejde med den lokale regionale demensenhed. Den praktiserende læge vil endvidere i samarbejde med kommunen kunne give rådgivning og støtte til patienter og de pårørende.

Den praktiserende læge skal fungere som tovholder for patienten, når udredning i demensenhed er udført, og behandling er iværksat.

Det betyder, at det er den praktiserende læge der:

- er ansvarlig for forløbet, når patienten er afsluttet fra demensenheden
- iværksætter eller henviser til relevant behandling og støtte, herunder den kommunale demenskoordinatorfunktion
- kan orientere om mulighederne for råd, vejledning og støttende tilbud hos de lokale patient- og pårørendeforeninger

En diagnostisk udredning for demens må ikke stå alene, men skal ledsages af grundig og relevant information til patienten og de pårørende.

2.1.2 | En lokal regional demensenheds opgaver³

Aftalen bygger på en model hvor geriatri, neurologi og gerontopsykiatri er organiseret i en tværfaglig demensenhed, der varetager den specialiserede udredning og behandling af demens. Arbejdsdelingen mellem de tre specialer er ikke beskrevet i aftalen. Samarbejdsaftalen suppleres i stedet af et sæt regionale retningslinjer for opgavevaretagelse, udrednings- og behandlingsindsats i demensenhederne.

Modellen forudsætter etableringen af disse enheder, men træder i kraft på det eksisterende grundlag. Organisationen tilpasses løbende modellen.

Samlet set er opgaverne for en lokal regional demensenhed, uanset organisation:

- Diagnostisk udredning i samarbejde med primærsektor
- Behandling og opfølgning i samarbejde med primærsektor
- Forebyggelse af komplikationer og unødvendige indlæggelser
- Både ambulante og udgående tilbud samt mulighed for indlæggelse
- Rådgivende funktion for andre afdelinger og kommuner i lokalområdet
- Skal orientere om mulighederne for råd, vejledning og støttende tilbud hos de lokale patient- og pårørendeforeninger

2.1.3 | Regional specialiseret demensenhed

Region Syddanmark stiller en regional specialiseret demensenhed til rådighed for de lokale regionale demensenheder. Den specialiserede demensenheds opgave er at bistå de lokale regionale demensenheder i deres opgaveløsning, når der er behov for yderligere specialisering samt at kunne tilbyde second opinion i de tilfælde, hvor der er tvivl/uenighed om en udredning/diagnose/behandling.

2. Fra MTV: Udredning og behandling af demens p. 115

3. Fra MTV: Udredning og behandling af demens p. 116



I forlængelse heraf vil den specialiserede regionsfunktion for demensudredning være ansvarlig for udvikling og forskning inden for demensudredning og behandling. Dette kan ske i et tværfagligt samarbejde med såvel primærsektor som hovedfunktioner i regionen. Endvidere bør den specialiserede regionsfunktion deltage i et nationalt og internationalt forskningssamarbejde.

2.2 | Kommunen

2.2.1 | De kommunale opgaver

Kommunen observerer og reagerer på henvendelser fra borgere, pårørende eller venner og tilbyder rådgivning og vejledning til borgere med demenslignende symptomer og dennes pårørende, både med hensyn til udredning og tilbud. Endvidere er kommunen behjælpelig med at skabe kontakt til de praktiserende læger med henblik på demensudredning for borgere, der ikke selv er i stand til dette.

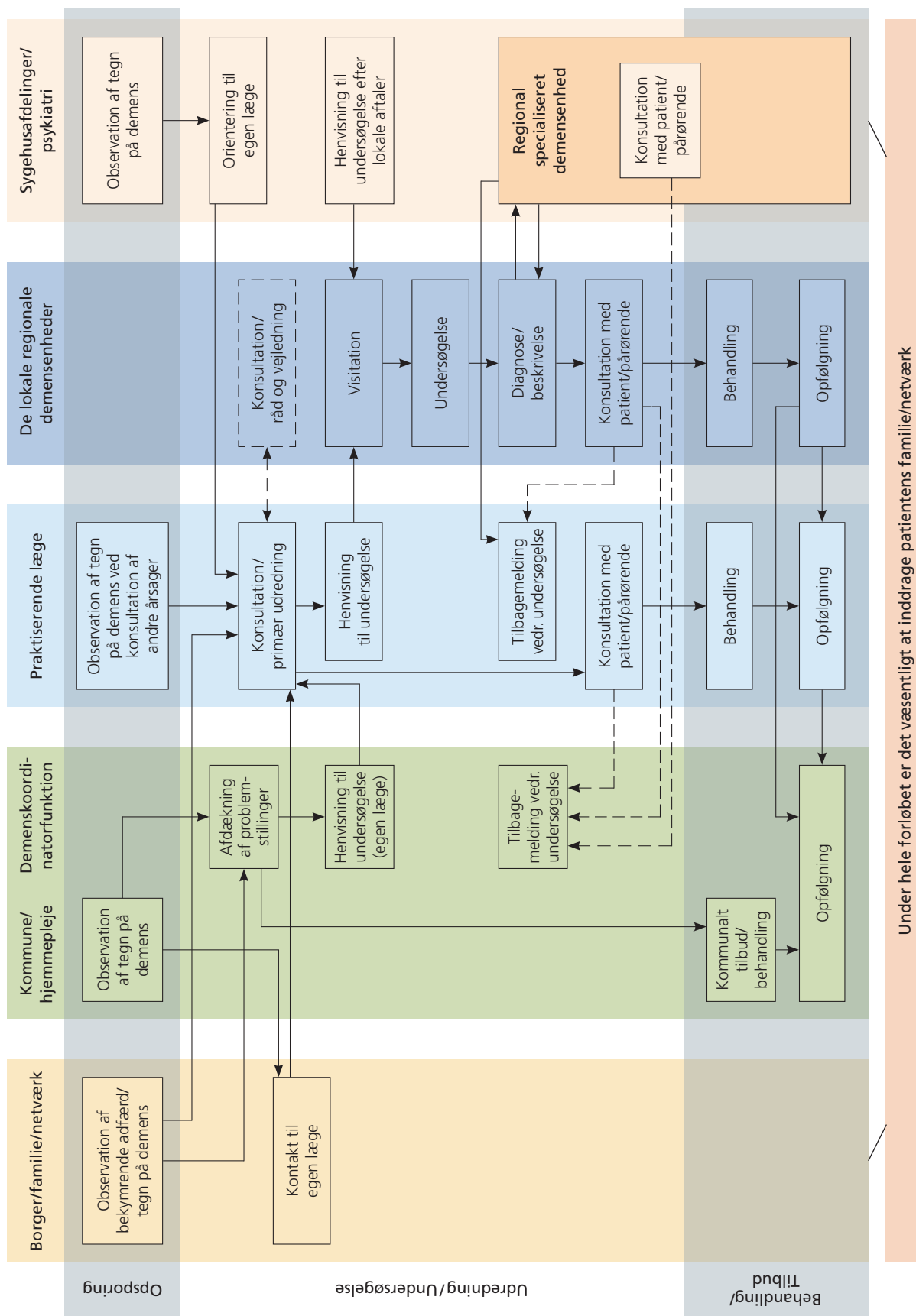
Når der har været foretaget en udredning og eventuelt iværksat behandling sørger kommunen for at etablere pleje- og omsorgstilbud indenfor Sundhedsloven – og Serviceloven. I visse tilfælde kan det – af hensyn til patienten – være relevant, at kommunen sideløbende med udredningen iværksætter tilbud.

Endvidere kan der ved behov etableres støtte- og vedligeholdelsestræning til borgeren og støtte til pårørende. Tilbuddene målrettes den enkelte borger ud fra de individuelt afdækkede behov, jf. afsnit 5.2, og kommunens service-niveau.

Kommunen følger kontinuerligt op på borgers behov for pleje og omsorg og justerer de visiterede tilbud både i sammensætning og omfang.

Ansvarsfordeling henover et demensforløb – flow-diagram

2.3



3 Opsporing

Borgeren, borgerens netværk (pårørende, venner, naboer mv.) eller kommunale medarbejdere er ofte de første til at observere tegn på demens hos borgeren.

Hvis det er borgeren selv eller dennes pårørende, der observerer ukarakteristisk adfærd, videregives dette til praktiserende læge, den kommunale demenskoordinatorfunktion og/eller hjemmepleje.

Observeres der adfærdsændringer hos en borger med en kendt demenssygdom rettes henvendelse til den praktiserende læge og/eller den kommunale demenskoordinatorfunktion. Er borgeren under udredning eller i behandling ved den lokale regionale demensenhed, rettes der henvendelse hertil.

3.1 | Opsporing ved kommunalt personale

Hvis det er det kommunale personale, der observerer tegn på begyndende demens hos borgeren eller adfærdsændringer hos den kendte, demente borger, skal det kommunale personale sikre, at der handles på observationerne, jf. gældende procedurer i kommunen.

Personalet orienterer borgeren og dennes pårørende om muligheden for demensudredning, og borgeren opfordres til / tilbydes hjælp til at opsøge egen læge med henblik på demensudredning.

Efter samtykke fra borgeren orienteres den praktiserende læge om behovet for demensudredning.

Observationer kan f.eks. ske ved de forebyggende hjemmebesøg, hvor de kommunale medarbejdere reagerer på observationer i dialogen med borgeren og eventuelt pårørende. De kommunale medarbejdere foretager en umiddelbar kvalificering af observationer, ligesom de reagerer på henvendelser fra borger, pårørende, naboer eller venner.

Dette betyder, at medarbejderne i kommunen skal kende til de mest almindelige demenstegn og have et bredt kendskab til forskellige demensformer, symptomer, adfærd, behandling, pleje og omsorg i forhold til demente.

3.2 | Opsporing ved praktiserende læge

Den praktiserende læge kan modtage oplysninger fra borger/pårørende eller fra kommunale medarbejdere, og skal desuden selv være opmærksom på demenssygdomme ved fornyelse af kørekort eller konsultation af andre årsager. Ligeledes skal den praktiserende læge være opmærksom på adfærdsændringer hos patienter med en kendt demenssygdom.

Hvis den praktiserende læge identificerer demenssymptomer eller adfærdsændringer hos patienter med kendt demens eller modtager henvendelser om det, skal der sammen med patient og pårørende tages stilling til, om der skal foretages udredning for demens eller adfærdsforstyrrelser og dermed foretages henvisning til den lokale regionale demensenhed. I den forbindelse overvejes, om der kan være tale om andre tilstande, som kan give mentale svækkelser.

Det forudsættes, at praktiserende læger i Region Syddanmark har kendskab til demenssygdomme, til DSAM vejledning, samt til de regionale retningslinjer for demensudredning (udarbejdes i 2010).

Den praktiserende læge skal kunne dokumentere, at der er indhentet tilladelse til at kontakte pårørende, samt at kommunen er kontaktet, hvis der vurderes at være behov for det.

3.3 | Opsporing ved somatisk sygehus/psykiatrisk afdeling

Patienter indlagt på sygehusafdelinger eller i ambulatorier kan have tegn på demens, og sygehuspersonalet skal derfor være opmærksom på demenssymptomer.



Hvis der observeres demenssymptomer skal personalet orientere patienten og dennes pårørende om observationerne og muligheden for nærmere udredning/vurdering hos egen læge. Sygehusafdelinger skal opfordre patienterne til, sammen med en relevant pårørende, at opsøge egen læge med henblik på nærmere vurdering/udredning.

I videst muligt omfang inddrages de pårørende i forhold til tilrettelæggelsen af det videre forløb, herunder etablering af kontakt til praktiserende læge.

Den praktiserende læge skal orienteres om observationerne, og modtager – hvis patienten udskrives fra somatisk/psykiatrisk afdeling - epikrise senest 3 hverdage efter, at patienten er udskrevet (jf. Sam:Bo). Epikrisen skal indeholde en beskrivelse af, hvilke oplysninger borgeren/patienten har modtaget. Hvis det vurderes at være hensigtsmæssigt at opstarte udredningsforløb sideløbende med indlæggelse/ambulant behandling indgås konkret aftale om det, og praktiserende læge orienteres.

Ligeledes sender afdelingen udskrivningsrapport til kommunen senest samtidig med, at borgeren udskrives (jf. Sam:Bo). Hvis borgeren i forvejen er modtager af kommunalt tilbud, orienterer sygehuset kommunen om den videre plan for undersøgelse/udredning ved egen læge.

Det forudsættes, at personalet på alle sygehusafdelinger i Region Syddanmark har en basisviden om demens.

Såfremt en patient i forbindelse med indlæggelse/ambulant forløb på en somatisk eller psykiatrisk afdeling får stillet en demensdiagnose, skal patienten ikke efterfølgende henvises til udredning i den regionale lokale demensenhed. Der gælder her samme aftaler for orientering af praktiserende læge og kommune (demenskoordinatorfunktionen), som ved udredning i den lokale regionale demensenhed.

4 Observation, udredning og diagnosticering

I forbindelse med udredning og diagnosticering af borgere, hvor der foreligger mistanke om demens, påhviler der kommunen, den praktiserende læge, regionens lokale demensenheder samt regionsfunktionen for demens forskellige opgaver.

I dette kapitel beskrives de forskellige sektors og enheders muligheder og forpligtelser i den sammenhæng. I kapitel 2.3 "ansvarsfordeling henover et forløb – flow-diagram" er det muligt at følge et patientforløb gennem de forskellige samarbejdende sektorer.

4.1 | Kommunen

Demenskoordinatorfunktionen vurderer henvendelserne/observationerne fra pårørende, kommunale medarbejdere eller andre og kan ved behov besøge borgeren.

Hvis der er mistanke om demens, anbefales det at opfordre borgeren og dennes pårørende til at tage kontakt til egen læge. Alternativt kan demenskoordinatorfunktionen kontakte lægen. Lægekontakten anbefales at foregå efter "Guidelines for lægekontakt ved mistanke om demens", jf. bilag 3.

Hvis borgeren desuden i forvejen er "kendt" i kommunen vurderes funktion og adfærd endvidere løbende af kommunens medarbejdere i lokalområdet sammen med borger og pårørende.

For demente borgere uden nære pårørende, der kan deltage ved demensudredningen hos praktiserende læge/den lokale regionale demensenhed, påhviler der kommunen et særligt ansvar for at yde en støttende indsats under udredningen.

Anmodning om en vurdering af funktion og adfærd kan endvidere komme fra egen læge i forbindelse med lægens overvejelser om eventuel udredning. I disse tilfælde er det altid demenskoordinatorfunktionen, der er ansvarlig for at vurderingen foretages.

4.2 | Praktiserende læge

4.2.1 | Udredning

Den primære udredning foregår hos den praktiserende læge. Det anbefales, at en pårørende, eller en anden person med kendskab til patienten, deltager i undersøgelsen. Alle Region Syddanmarks praktiserende læger kan henvise til CT-scanninger.

I samtalen med pårørende fokuseres på hukommelse, sprog, orientering samt ændringer af psykisk eller social adfærd. Hvis der er tale om diffuse symptomer, kan den praktiserende læge indhente supplerende observationer/oplysninger fra kommunale medarbejdere/demenskoordinatorfunktionen, såfremt patienten er tilknyttet kommunalt tilbud eller hos patientens pårørende.

Den praktiserende læge har mulighed for at kontakte de lokale regionale demensenheder for telefonisk rådgivning ved udredningsproblemer.

Det forudsættes, at alle praktiserende læger i Region Syddanmark har kendskab til MMSE-test (mini mental state examination), DSAM vejledning samt de regionale retningslinjer for demensudredning (udarbejdes i 2010).

Henvi sning til specialundersøgelser

Den praktiserende læge kan henvise til yderligere undersøgelser ved de lokale regionale demensenheder.

For henvisningskriterier se bilag 2.

4.2.2 | Afklaring

Når resultaterne af undersøgelserne foreligger, indkaldes patienten til en ny tid til orientering om resultatet af undersøgelserne. Eventuelle pårørende bør være til stede under orienteringen.

Der er vigtigt, at den praktiserende læge har forberedt sig på, hvordan den eventuelle mistanke om demens skal forelægges for patienten og de pårørende. Lægen bør ligeledes have taget stilling til en eventuel viderehenvisning til en lokal regional demensenhed.

4.2.3 | Diagnosticering

Demens udelukket med rimelig sikkerhed/måske demens

Hvis undersøgelserne ved egen læge ikke viser tegn på demens, afsluttes undersøgelsen af patienten, og der gives besked til den kommunale demenskoordinatorfunktion, hvis denne er involveret. Hvis undersøgelsen viser mulige tegn på demens, lægger den praktiserende læge en plan for den videre udredning, behandling og pleje.

Den praktiserende læge taler med patienten om behov for pleje-, omsorgs- og/eller støttetilbud. I den forbindelse kan der tages kontakt til kommunen for en funktions- og adfærdsvurdering, ligesom patient og pårørende orienteres om andre støttemuligheder lokalt.

Lægen kan tilbyde fornyet undersøgelse efter tre til seks måneder, hvis patienten eller den pårørende fortsat er bekymret. Ved mistanke om demens kan der henvises til den lokale regionale demensenhed jf. henvisningskriterierne (bilag 2).

Demens overvejende sandsynligt

Hvis undersøgelsen viser, at patienten sandsynligvis lider af demens, færdigudredes patienten enten i almen praksis eller henvises til den lokale regionale demensenhed jf. henvisningskriterierne (bilag 2). Det gælder også for de svært demente.

Hvis patienten, trods lægens tilbud herom, ikke ønsker henvisning til den lokale regionale demensenhed, anbefales det, at den praktiserende læge tilbyder kontakt til den kommunale demenskoordinatorfunktion, jf. i øvrigt reglerne om samtykke, afsnit 1.4.

4.3 | Regionens lokale demensenheder

Det regionale udrednings- og behandlingstilbud vedr. demens omfatter, foruden de praktiserende læger, de lokale regionale demensenheder, samt den specialiserede regionsfunktion vedr. demens. Det er den praktiserende læge, der efter egen undersøgelse kan henvise til udredning ved regionens lokale demensenheder.



De lokale regionale demensenheder er organisatorisk og fysisk tilknyttet de psykiatriske hovedfunktioner eller somatiske sygehusenheder alt efter den lokale organisering.

4.3.1 | Udredning

Efter henvisning fra den praktiserende læge indkaldes patienten skriftligt med en kopi til pårørende. Indkaldelsen kan være til en ambulant tid hos den lokale regionale demensenhed eller i form af besøg af udgående team i hjemmet.

Det skal stå i indkaldelsen, at det er vigtigt, at der deltager en pårørende i undersøgelsen. Hvis patienten ikke har pårørende og har kontakt til den kommunale hjemmepleje forpligter kommunen sig til at bidrage med oplysninger enten ved personlig følgeskab/tilstedeværelse eller ved skriftlig information. Ved undersøgelse i hjemmet vil en kommunal medarbejder ofte blive bedt om at anvende observationsskemaer inden det første besøg ved borgere, der aktuelt modtager hjælp i kommunalt regi.

Egen læge orienteres om indkaldelsen.

Såfremt det er muligt at stille en demensdiagnose ved undersøgelsen, kan patient og pårørende orienteres ved samme konsultation.

Den lokale regionale demensenhed orienterer patienten om samarbejdet med kommunens demenskoordinatorfunktion, og er ansvarlig for, at der sendes en skriftligt orientering til demenskoordinatorfunktionen i kommunen efter mundtlig aftale med patient og pårørende.

Ofte vil demenskoordinatorfunktionen blive anmodet om at tage kontakt til patient og pårørende med henblik på vurdering/revurdering af behovet for kommunal støtte m.v.

Patient og pårørende orienteres endvidere om, hvilke tilbud, der findes lokalt ved patient- og pårørendeforeninger (f.eks. Alzheimerforeningen).

De pårørende orienteres om pårørendeundervisning ved den lokale regionale demensenhed.

4.3.2 | Diagnosticering

Ingen tegn på demens/let forstyrrelse

Hvis der ikke er tegn på demens, afsluttes kontakten til patienten, og der gives besked til egen læge.

Ved let forstyrrelse med risiko for demensudvikling indkaldes borgeren til fornyet vurdering efter 6-12 mdr. Der går besked til egen læge.

Der kan dog være tale om andre behandlingskrævende tilstande, der hensigtsmæssigt kan udredes/behandles af et af de tre fagområder (psykiatri, neurologi og geriatri), og hvor det ville være naturligt at henvise direkte til det pågældende fagområde, samtidig med at egen læge informeres.

Patienten er dement

Når undersøgelsesprogrammet er gennemført, og der kan stilles en diagnose, vil patienten og pårørende blive indkaldt til en orienterende samtale. Her vil eventuel behandling blive iværksat, og skriftligt informationsmateriale udleveres til patient og pårørende.

Er patienten dement tilbydes eventuel behandling (ved antidemensmedicin skal den lokale regionale demensenhed søge Lægemedicinstyrelsen om enkelttilskud).

Den lokale regionale demensenhed orienterer patienten og dennes pårørende om den kommunale demenskoordinatorfunktion, og der sendes skriftlig orientering fra den lokale regio-

nale demensenhed til demenskoordinatorfunktionen.

Den lokale regionale demensenhed sikrer, at patienten, de pårørende samt eventuelt kommunale medarbejdere får gode råd og vejledning om dagligdagen vedr. håndtering af demenssygdom.

Patientens praktiserende læge orienteres elektronisk om undersøgelsesresultatet samt eventuel behandlingsplan og opfølgning.

4.4 | Specialiseret regionsfunktion for demensudredning

Patienterne kan henvises til den specialiserede regionsfunktion for demens af de lokale regionale demensenheder i regionen med henblik på diagnostisk og behandlingsmæssig afklaring eller second opinion.

Ud fra oplysninger i henvisningen vil der blive planlagt et foreløbigt undersøgelsesprogram. Patienten og pårørende vil blive indkaldt til en lægeundersøgelse ved en af klinikken speciallæger, hvor specialet vil afhænge af oplysningerne i henvisningen.

Efterfølgende vil patienten blive drøftet på den tværfaglige konference i regionsfunktionen og eventuelle yderligere undersøgelser vil blive planlagt.

Når undersøgelsesprogrammet er gennemført, og der kan stilles en diagnose, vil patienten og pårørende blive indkaldt til en orienterende samtale, hvor eventuel behandling iværksættes, og skriftligt informationsmateriale udleveres til patient og pårørende. Patienten vil herefter sædvanligvis overgå til opfølgning i den lokale regionale demensenhed.

Regionsfunktionen sender epikrise til henviser og til patientens egen læge.

Der sendes en skriftlig orientering til demenskoordinatorfunktionen i kommunen efter mundtlig aftale med patient og pårørende, men det videre samarbejde med demenskoordinatorfunktionen varetages af henviser.

5.1 | Antidemensbehandling

Den praktiserende læge varetager den lægelige behandling af patienten i et samarbejde med den lokale regionale demensenhed, og er ansvarlig for videregivelse af og tilbagemelding på behandlingsmæssige informationer til den kommunale demenskoordinatorfunktion. Behandling med medicin påbegyndes altid af den lokale regionale demensenhed/specialiseret regionsfunktion for demensudredning.

Den praktiserende læge, de involverede sygehusafdelinger og kommunen er gensidigt forpligtede til at minde patienten om at medbringe opdaterede medicinlister til alle undersøgelser.

For demente i en stabil antidemensbehandling uden komplicerende adfærdsforstyrrelser kan antidemensbehandlingen overgå til egen læge. Den anføres skriftligt til egen læge fra den lokale regionale demensenhed med angivelse af, hvor længe ansøgningen af demensmedicin gælder. Modtageren af brev fra Lægemiddelstyrelsen om genansøgning om medicintilskud kontakter egen læge med henblik på en årskontrol, hvor lægen bl.a. kan tage stilling til eventuel genansøgning af enkelttilskud til medicin mod demens.

5.2 | Kommunale plejetilbud

Den lokale regionale demensenhed skal senest, når udredningen af den demente afsluttes, kontakte kommunen med henblik på orientering om mulighederne for opfølgning og støtte. Det anbefales, at demenskoordinatorfunktionen herefter kontakter familien inden for en måned med henblik på besøg i hjemmet.

Det anbefales endvidere, at demenskoordinatorfunktionen efter besøget kontakter den praktiserende læge og orienterer om besøget, såfremt der er væsentlige ændringer i den dementes tilstand.

Demenskoordinatorfunktionen inddrager om nødvendigt visitationsenheden, og der visiteres efter kommunens gældende standarder. Det kan være hensigtsmæssigt, at der deltager pårørende eller kommunal kontaktperson ved visitationen.

I samtalen mellem demenskoordinatorfunktionen, den demente og pårørende drøftes tilbud om hjemmehjælp, træning, hjælpemidler, bolig eller boligskift, dagcenter og andre aktiviteter. Kommunen udarbejder en individuel, målrettet handleplan, hvori hjælpens omfang fastlægges. Der oplyses endvidere om relevante foreningers tilbud og udleveres om muligt materiale.

Demenskoordinatorfunktionen kan inddrages i tilrettelæggelsen af den konkrete hjælp, ligesom den demente og pårørende under hele forløbet tilbydes løbende kontakt til demenskoordinatorfunktionen.

Hvis den kommunale demenskoordinatorfunktion har spørgsmål vedr. behandling eller sygdommens udvikling, er der mulighed for at få råd og vejledning ved at kontakte den praktiserende læge eller den lokale regionale demensenhed – alt efter hvem der varetager behandlingen af den demente.

Det anbefales, at demenskoordinatorfunktionen er ansvarlig for, at den demente kontaktes efter individuelt aftalte intervaller. I forbindelse med kommunens visitation af ydelser anbefales det, at demenskoordinatorfunktionen/visitator er særlig opmærksom på pårørendes behov for aflastning. Der udleveres foldere om støttemuligheder, samt telefonnumre på hjemmeplejen og andre ressourcepersoner.

Der gives en tilbagemelding via elektronisk post til praktiserende læge og den lokale regionale demensenhed om relevante ændringer i det tilbud, der er givet til den demente.

5.2.1 | Tilbud til pårørende

Kommunen orienterer de pårørende til den demente om de tilbud, kommunen stiller til rådighed. Det kan bl.a. være forskellige former for aflastning, information, vejledning og støtte samt samarbejde med frivillige organisationer.

6 Opfølgning

6.1 | Opfølgning på kommunalt tilbud

Demenskoordinatorfunktionen har løbende kontakt med den demente og pårørende, og der justeres efter behov på tildelte tilbud i omfang og sammensætning. Relevante kommunale samarbejdspartnere inddrages efter behov.

Ved adfærdsændringer hos den demente anbefales det, at kommunale medarbejdere inddrager den kommunale demenskoordinatorfunktion, så muligheden for socialpædagogiske tiltag afprøves.

Ved lægekontakt anbefales det at benytte "Guidelines for lægekontakt ved adfærdsændringer", jf. bilag 4.

Hvis der ændres i tilbuddet beskrives og dokumenteres dette på relevante steder i den kommunale pleje- og omsorgsjournal, og hvis det er relevant orienteres den praktiserende læge og lokale regionale demensenhed om ændringen.

6.2 | Opfølgning på den medicinske behandling

Den dementes egen læge er ansvarlig for den medicinske opfølgning, medmindre den demente følges af en af regionens lokale demensenheder.

6.2.1 | Praktiserende læge

Egen læge skal minimum en gang årligt følge op på den dementes situation og den medicinske behandling, og på foranledning af patient, pårørende eller kommune genansøges af medicintilsked.

Såfremt demensen udvikler sig fra middelsvær til svær, kan egen læge ved behov kontakte den lokale regionale demensenhed med henblik på behandlingsændring.

Den kommunale demenskoordinatorfunktion får tilbagemelding på udviklingen i den dementes situation, herunder også hvis der i forlængelse af undersøgelse genansøges om medicin.

Ved usikkerhed om, hvorvidt der stadig er effekt af antidemensmedicinen, kan denne

pauseres i 3 uger med vurdering af den dementes funktionsevne før og efter seponeringsperioden. Kommunen orienteres om pausen, således at de kommunale medarbejdere kan observere udviklingen i den dementes tilstand i perioden.

Den praktiserende læge kan eventuelt inddrage den lokale regionale demensenhed ved seponering af medicin.

6.2.2 | Lokal regional demensenhed

Den lokale regionale demensenhed planlægger opfølgning ud fra patientens behov. Hovedparten af de demente vil kunne afsluttes til egen læge efter opfølgning i en kortere periode, mens enkelte demente vil have behov for en længerevarende kontakt til demensenheden. Ved behov kan opfølgningen varetages i hjemmet.

Der kan ved behov arrangeres supervision eller vejledning af kommunale medarbejdere. Ved de eventuelle opfølgende besøg fra den lokale regionale demensenhed kan den kommunale demenskoordinatorfunktion eller andre kommunale medarbejdere eventuelt deltage – subsidiært bidrage med relevante oplysninger.

Den lokale regionale demensenhed vil sikre, at den dementes egen læge modtager kopi af notater i forbindelse med opfølgning, hvis der er medicinændringer, eller hvis det i øvrigt vurderes relevant, ligesom egen læge orienteres skriftligt, når den demente patient afsluttes af demensenheden.

Patienten afsluttes fra demensenheden, når den videre behandling kan varetages af egen læge i samarbejde med demenskoordinatorfunktionen og de øvrige kommunale medarbejdere. Demenskoordinatorfunktionen orienteres skriftligt, medmindre den dementes behandling afsluttes i forbindelse med et hjemmebesøg, hvor repræsentant for demenskoordinatorfunktionen er til stede.

Ved adfærdsændringer kan den praktiserende læge tage kontakt til den lokale regionale demensenhed for råd og vejledning.

7.1 | Lovgivning

Sundhedsloven, serviceloven, psykiatriloven og forvaltningsloven.

7.2 | Videns- og interesseorganisationer

Alzheimerforeningen

Landsdækkende forening med en række lokalforeninger. Nærmere information kan fås på www.alzheimer.dk eller på tlf. 3940 0488. Foreningens rådgivning kan kontaktes på 5850 5850.

Ældresagen

Landsdækkende forening med en række lokalforeninger. Nærmere information kan fås på www.aeldresagen.dk eller på 3396 8686.

DemensNet

www.DemensNet.dk er en videns- og blogportal om demens. Siden er finansieret af Lundbeck Institute (medicinalfirma).

Rådgivnings- og kontaktcenteret for demensramte og pårørende, Odense

Nærmere information kan fås på www.demensramt.dk eller på 6619 4091

Nationalt Videnscenter for demens

www.Videnscenterfordemens.dk er tilknyttet hukommelsesklinikken i Region Hovedstaden og indeholder en række oplysninger om sygdommen og den nyeste forskning.

Demensinfo, Esbjerg

Et informationscenter med specialviden om demens. Centeret er tilknyttet gerontoneurologisk ambulatorium på Almenpsykiatrisk Afdeling Esbjerg. Kan kontaktes på 2341 2060 (træffetid: man, tirs, tors, fre kl. 8-12).

Psykiatrisk Informationscenter, Vejle

www.psykinfo.regionsyddanmark.dk er et videnscenter tilhørende Region Syddanmark.

Centeret tilbyder bred viden omkring psykiatriske sygdomme og tilbyder bl.a. foredrag, rådgivning og kurser i forskellige psykiatriske sygdomme og problemstillinger. Der findes lokale PsykInfoer på de almenpsykiatriske afdelinger, ligesom der er flere PsykInfoer i kommunalt regi.

Servicestyrelsen

En vidensenhed nedsat under Indenrigs- og sundhedsministeriet. Vedrørende demens: www.servicestyrelsen.dk – ældre – demens

7.3 | Kompetenceudvikling

Der er etableret AMU-kurser til kompetenceudvikling af basispersonale. Det anbefales, at social- og sundhedshjælper samt –assistenter i kommunerne uddannes efter disse kurser. Region Syddanmark og de 22 kommuner vil indgå i et samarbejde omkring fælles kompetenceudvikling og uddannelse af personale inden for demensområdet.

Samarbejdet vil bygge videre på de gode erfaringer og netværk inden for demensområdet, der allerede er iværksat i forbindelse med de tidligere amters/kommuners omfattende indsats inden for kompetenceudvikling på demensområdet.

Der er nedsat en implementeringsgruppe under arbejdsgruppen for samarbejdsaftalen, som blandt andet i samarbejde med Servicestyrelsen vil udarbejde uddannelses tilbud til kommunale medarbejdere. Endvidere vil der i implementeringsplanen fremgå proces for information til praktiserende læger og psykiatriske afdelinger.

1 Bilag

Bilag 1: Kommunal demenskoordinatorfunktion

Forslag til funktionsbeskrivelse for kommunal demenskoordinatorfunktion

Der er udarbejdet et forslag til funktionsbeskrivelse for den kommunale demenskoordinatorfunktion. Funktionsbeskrivelsen indeholder eksempler på konkrete opgaver, som demenskoordinatoren kan varetage. Det er naturligvis op til den enkelte kommune at vurdere, hvilke opgaver der skal varetages af demenskoordinatoren. Dette forslag til funktionsbeskrivelse viser det ansvar og de opgaver som samarbejdsmodellen betragter som nødvendige funktioner for den kommunale demenskoordinatorfunktion.

Demenskoordinatorens ansvar og opgaver

Det er demenskoordinatorens ansvar, at erfaringer og viden om demens opsamles og videreføres til plejepersonalet i kommunen, så erfaringer og viden kan anvendes og nyttiggøres i indsatsen over for den demente og de pårørende. Det er også demenskoordinatorens ansvar at udbrede viden om samarbejdsmodellen til plejepersonalet – ligesom demenskoordinatoren indgår i de sammenhænge, hvor erfaringer og viden på tværs af kommunerne i samarbejde med regionen og praktiserende læger drøftes.

Demenskoordinatorens ansvar er desuden at sikre formidlingen af alle forhold om demens i kommunen, både faglige og samarbejds-mæssige. Endvidere er det demenskoordinatorens ansvar at fungere som omdrejningspunkt for alle interne og eksterne henvendelser vedrørende demens, når der ikke findes en konkret kontakt, eller man er usikker på, hvem man skal henvende sig til.

Demenskoordinatorens opgaver og ansvar er at sikre, at alle henvendelser, uanset art, videreføres til den eller de personer, som i følge kommunens interne valg om yderligere organisering, er relevante.

Det anbefales, at demenskoordinatorerne udelukkende beskæftiger sig indenfor demensområdet.

Forslag til Demenskoordinatorens opgaver:

- Stå til rådighed ved henvendelser fra borgere, pårørende, naboer osv. og bistå i den konkrete indsats med råd og vejledning på demensområdet.
- Sikre og udvikle kommunens deltagelse i demensnetværket.
- Sikre vedligehold og udvikling af oplysninger om kommunens ydelser og tilbud på demensområdet via kommunernes hjemmesider og samarbejdsaftalens hjemmeside (www.demenssyd.dk)
- Være vidensperson for det øvrige plejepersonale på demensområdet og kunne give sparring og supervision med hensyn til konkrete spørgsmål.
- Være synlig via lokalaviser, pensionistblade, interesseorganisationer, aflastningstjenester mm.
- Sikre udarbejdelse af serviceinformationer på demensområdet.
- Deltage i informationsmøder eller sikre at der arrangeres sådanne.
 - Målgrupperne kan variere. Det kan være kommunens borgere i almindelighed, borgere med demens inde "på livet". Endelig kan det være forskellige faggrupper i nærmiljøet, som kommer i forbindelse med borgere med demens i forbindelse med deres arbejde. Politi, frisører, apotek, fodterapeut m.fl.
- Henvise videre i det kommunale system, f.eks. til visitation til praktisk hjælp eller andre tilbud, eller til udredning/vejledning af andre relevante fagpersoner, f.eks. praktiserende læge.
- Sikre indsamling af relevante data i forbindelse med visitationssager samt indhentning af oplysningsskemaer i udredningsforløb.
- Sikre at der i relevante borgerrelaterede sager er indhentet mundtligt og/eller skriftligt samtykke til at udveksle relevante sociale og/eller lægelige oplysninger, herunder bl.a. ansøgninger til Det Sociale Nævn.
- Sikre opfølgning og vejledning omkring lovgivning på demensområdet, herunder magtanvendelsesreglerne.
- Koordinere visitation af tilbud til borgere med demens i kommunen.
- Understøtte udredningsprocessen i enkeltsager på opfordring fra borger og pårørende, hjemmeplejens personale eller praktiserende læge, dog uden borgerkontakt.
- Understøtte etablering af pårørendegrupper.
- Sikre opsamling af ny viden på demensområdet og sikre at denne viden bliver formidlet videre i hele organisationen.
- Medvirke ved visitation til dagtilbud og boliger for demente.
- Samarbejde med relevante frivillige organisationer som f.eks. Alzheimerforeningen.

Bilag 2:

Målgruppe og henvisningskriterier til den lokale regionale demensenhed

Målgruppe for enkelte dele af hovedfunktionen

1. Tværfaglig klinik

Patienter med mulig demens eller let til moderat demens kan henvises med henblik på videre udredning, diagnose og behandling. Hvis demenskoordinatorfunktionen har oplysninger/bidrag til udredningen, bør disse være tilgængelige og medsendes henvisningen.

2. Udgående gerontopsykiatrisk team

Patienter med svær demens eller demens med psykiatiske symptomer eller adfærdsforstyrrelser. Derudover kan henvises patienter med demens i let til moderat grad, hvis patienten ikke vil/kan møde i et ambulatorium. Hvis demenskoordinatorfunktionen har oplysninger/bidrag til udredningen, bør disse være tilgængelige og medsendes henvisningen.

3. Sengeafsnit

Patienter indlægges af den tværfaglige klinik eller gerontopsykiatrisk team, hvis der er behov for døgnobservation og mere intensiv behandling. Patienter med komplicerende somatisk sygdom skal indlægges på en relevant somatisk/geriatrik afdeling, og patienter med sværere adfærdsforstyrrelser, som gerontopsykiatrisk team vurderer ikke kan behandles ambulant, vil kunne indlægges på gerontopsykiatrisk sengeafsnit. Patienter med primært neurologiske symptomer eller ved behov for blodpatch efter lumbalpunktur bør indlægges på neurologisk afdeling. Der bør ikke indlægges patienter med demens akut på grund af manglende plejetilbud i den kommunale sektor.

Indhold af henvisning fra almen praksis til ambulant klinik eller udgående team i den lokale regionale demensenhed

Henvisningen bør indeholde følgende punkter:

1. Diagnoser
2. Væsentlige andre sygdomme
3. Sociale forhold herunder navn, adresse og telefonnummer på pårørende
4. Aktuell medicin
5. Resume af sygehistorie vedr. demens
6. Beskrivelse af aktuelle kognitive dysfunktion/adfærdsproblemer m.v.
7. Hvad der er sagt til patient og pårørende
8. Kopi af de laboratorieanalyser, der er udført i egen praksis. Kopi af EKG (kan undtages hos patienter med svær demens)
9. Resultater eller kopi af MMSE og "urskive-test". Det bør anføres, hvis patienten ikke er testbar
10. Resultat af CT scanning af cerebrum. Patienter med svær demens behøver ikke have fået foretaget en CT scanning
11. Andre relevante oplysninger f.eks. at demenskoordinator er inddraget

Der henvises endvidere til de regionale retningslinjer for demensudredning.

3 Bilag

Bilag 3: Guidelines for lægekontakt ved mistanke om demens

Faktorer som giver mistanke om demens (ændringerne skal have udviklet sig over minimum 6 måneder)

Adfældsændringer/ændringer af personligheden

- Psykiske ændringer (f.eks. irritabilitet, depression, apati, rådvildhed, aggressivitet)
- Ændret verbal og non-verbal udtryksform (f.eks. bander, unuanceret sprog, mimik, spil i øjnene)
- Manglende situationsfornemmelse (f.eks. bordskik, upassende kommentarer)

Svækkelse af daglige færdigheder

- Hygiejne, toiletbesøg, påklædning, brug af telefon, madlavning, indkøb, betjening af apparater

Svækkelse af de intellektuelle (kognitive) funktioner

- Korttidshukommelse
- Orienteringsevne (f.eks. finde vej nye steder, finde hjem, afstandsbedømmelse)
- Abstrakt tænkning (har svært ved at overskue og planlægge hverdagen; f.eks. klare økonomi, planlægge madlavning eller gæstebud)
- Dømmekraft (f.eks. påklædning efter årstiden, omfanget at indkøb)
- Evne til at deltage i en samtale (f.eks. tager alting bogstaveligt og har svært ved at forstå humor eller ironi)
- Evne til at vise følelser og forstå andres følelser

Bilag 4: Guidelines for lægekontakt når personer med demens ændrer adfærd

Ændret adfærd	<p>Kan være</p> <ul style="list-style-type: none"> • Øget uro, øget rastløshed og omkringvandren • Apati, ændret aktivitetsniveau til det inaktive/sløve • Øget irritabilitet, hidsighed • Aggressive udbrud, både verbalt og motorisk • Angst, grædende • Tankemylder • Utryg, evt. udvikling til paranoid • Trist
Årsagssøgning	<ul style="list-style-type: none"> • Har personen fået for lidt væske? • Er personen obstiperet? • Kan personen høre? • Er personen lige flyttet til nuværende bolig? • Har personen lige været indlagt på sygehuset? • Er der sket medicinændringer inden for den sidste tid? • Er der sket ændringer i personens omgivelser?
Objektive fund	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatur • Er der tegn på blærebetændelse? • Urinen undersøges (dyrkning og resistensbestemmelse) • Er der tegn på infektion andre steder? • Er der vejrtrækningsbesvær? • Har personen smerter? • Blodtryk og puls • Er der kraftnedsættelse, hængende mundvig eller andre neurologiske fund? • Er personen kendt for andre konkurrerende sygdomme, f.eks. sukkersyge, dårligt hjerte? • Er der tegn på delir? • Personen sveder, ryster, er bleg, blodtryk og puls er høj, evt. temperaturforhøjelse, personen er forvildet og evt. hallucineret
Vær opmærksom på	<ul style="list-style-type: none"> • Utilstrækkelige plejefaglige rammer og ressourcer kan bidrage til udvikling af adfærdsproblemer, og her er psykofarmaka sjældent indiceret • Antipsykotika er uden effekt på adfærdsproblemer som rastløshed, motorisk uro, råberadfærd, gåen ind til andre, bortgang fra plejehjem, natteuro mv. • Antipsykotika kan evt. afdæmpe symptomer som angst, tristhed, irritabilitet og vrede, hallucinationer og vrangforestillinger, men har alvorlige bivirkninger som sløvhed, parkinsonisme, svimmelhed med risiko for fald og fraktur

