

## Patientforløbsbeskrivelse for demensudredning

2. Henvisning, visitation og indkaldelse				
Område/emne	Nøglepunkter/søgeord	Aktivitet	Ansvarlig	Kvalitetscheck/ registrering
Henvisning	Afsender	<p><b>1. Fra almen praksis</b> Iht. klinisk vejledning januar 1999. Efter egen læges skøn, da der ikke er § 2-aftale mellem amtets sygesikring og praktiserende læger.</p> <p><b>2. Fra anden afdeling</b> Alle patienter som af personalet mistænkes for at have demens bør tilses af speciallæge i geriatri, neurologi eller psykiatri, der vejleder om videre tiltag. Specialet vælges efter retningslinierne angivet nederst i afsnittet "mulige udgange".</p>	Egen læge	
	Samarbejdspartnere	<p>Geriatere/gerontopsykiatere kan via telefon rådgive. Laboratorieundersøgelser og CT-skanning udføres på amtets laboratorier og radiologisk afdeling jvf. klinisk vejledning 1999.</p>	Stamafdelings læge	
	Øvrige samarbejdspartnere	<p>Pårørende/hjemmepleje, som er nødvendig for anamneseoptagelse. Plejhjem hos pt. der er flyttet fra hjemmet som følge af dårlig tilstand. Laboratorium og røntgen afdeling jvf. klinisk vejledning.</p>		
	Mulige udgange	<p><b>1. Såfremt almen praksis finder, at patienten er svært dement (iht. til ICD10)</b> Det vil sige, patienten er oplagt dement og ikke kan klare sig selvom der ydes hjælp fra pårørende eller hjemmeplejen flere timer dagligt. Ofte vil MMSE-scoren være mindre end 10. Disse</p>		

		<p>patienter er så dårlige, at de kan have vanskeligt ved at kooperere til en udredning (specielt få foretaget en CT-skanning). Lægemiddelstyrelsen forventer de er udredt af speciallæge tidligere i forløbet, og der er måske også derfor ikke så rigoristiske krav til ansøgningen om enkelttilskud til Memantin (Ebixa). Som et minimum bør Alzheimer diagnosen være stillet efter konference, skriftligt eller telefonisk, med en speciallæge. Der er således ikke absolut grund til at henvise til nærmere udredning.</p> <p>Egen læge bør i samarbejde med patient og pårørende udfærdige en plan omfattende behandling af eventuelle adfærdsforstyrrelser og iværksætte nødvendige psykosociale støtteforanstaltninger, oftest vil der være tale om plejehjemsanbringelse.</p> <p>Selvom der ikke er grund til henvisning til gerontopsykiatrisk team/afsnit for at stille en demensdiagnose hos disse patienter kan der være indikation for en henvisning, såfremt der er svære psykiatriske symptomer eller adfærdsforstyrrelser i forbindelse med demensen, specielt hvis ikke Memantin har positiv virkning herpå.</p>	
		<p><b>2. For patienter med MMSE - score fra 10 - 26 inkl., eller hvis patienten har en patologisk ur-test:</b></p> <p>Få af disse patienter ønsker ikke videre udredning eller behandling og de følges derfor af egen læge. De øvrige bør udredes.</p> <p>Hvis patienten af egen læge vurderes dement, er der indikation for CT-skanning og blodprøver.</p> <p>Hvis der ikke er nogen oplagt medicinsk eller kirurgisk behandling som egen læge kan varetage bør der henvises til udredning hos speciallæge. Egen læge skal være opmærksom på, at der kan være indikation for allerede nu at henvise patienten til kommunal hjemmepleje (demenskoordinatorer) for at få iværksat psykosociale eller andre støtteforanstaltninger også selvom patienten ikke endnu er diagnostisk afklaret.</p>	

		<p><b>3. For patienter med MMSE-score på 27 - 30 og normal ur-test:</b></p> <p>Trods testresultatet bør patienten, hvis der ud fra anamnese og oplysninger fra pårørende etc., fortsat er mistanke om demens henvises til speciallæge. En primært velbegavet patient på 60 - 70 år kan trods et pænt testresultat alligevel have en tidlig fase af en demens sygdom.</p> <p>Egen læge informerer patienten om muligheden for frit sygehusvalg.</p> <p><b>Henvi</b>ning sendes via brev eller elektronisk henvi- sing. I henvi-ningen skal anføres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsag til henvi-ningen.</li> <li>• Tilstedeværende symptomer.</li> <li>• Varighed af symptomer.</li> <li>• Evt. tidl. undersøgelser.</li> <li>• Evt. aktuelle undersøgelser.</li> <li>• Evt. psykiske eller somatiske sygdomme.</li> <li>• Pt.s transportmuligheder og ledsagelsesforhold.</li> </ul> <p>1. Under 65-årige henvises til <b>neurologisk</b> afd. eller neurologisk speciallæge.</p> <p>2. Over 65-årige henvises til <b>geriatrik</b> afd. hvis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patienten ikke frembyder et klinisk billede, der gør henvi-ning til neurolog/gerontopsykiater mere hensigtsmæssig</li> <li>• Det forudsættes, at patienten kan møde i ambulatorium.</li> </ul> <p>3. Over 65-årige henvises til <b>gerontopsykiatrik</b> afdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ved psykiatriske eller adfærdsmæssige symptomer.</li> <li>• såfremt patienten ikke kan møde i ambulatorium foretages undersøgelse af gerontopsykiatrik team.</li> <li>• medmindre patienten har mange komplicerende somatiske sygdomme.</li> </ul>		
--	--	---	--	--

		I brev angives kontaktperson ved evt. behov for ændring af tidspunkt.		
	<b>Modtager</b>	<p>Praktiserende neurolog. Funktionsbærende medicinsk afdeling – mærket neurologisk afdeling</p> <p>Funktionsbærende medicinsk afdeling mærket geriatri.</p> <p>Almen psykiatrisk afdeling Dianalund eller Nykøbing - mærket gerontopsykiatri.</p>	Visiterende overlæge	
	<b>Koordinering</b>	<p>Se ovenfor.</p> <p>Geriatere kan modtage egne patienter og viderevisitere patienter med psykiske symptomer. Gerontopsykiatere kan modtage egne patienter og viderevisitere ved væsentlige somatiske symptomer. Henvisninger kan afvises ved utilstrækkelige oplysninger.</p>		
	<b>Servicemål</b>			
<b>Visitation</b>	<b>Ansvarlig</b>	<p>Henvisninger gennemgås dagligt.</p> <p>Stillingtagen til undersøgelse i hjem, ambulatorium eller under indlæggelse.</p> <p>Der kan ved og efter visitationen evt. rekvireres yderligere undersøgelser og bestilles CT-skanning, såfremt det klart fremgår af henvisning at dette er en fordel før patienten ses.</p> <p>Henvisning lægges til indkaldende behandlerteam, der fastsætter dato for undersøgelsen og giver den</p>	<p>Visiterende neurologisk overlæge/ visiterende gerontopsykiatrisk overlæge/ visiterende geriatrisk overlæge.</p> <p>Læge/distriktssyge-</p>	

		til sekretær, der inden 8 dage afsender besked til patienten.	plejerske/ sekretær	
	<b>Patientinformation</b>	Til patienten fremsendes brev med tid og sted for undersøgelsen bilagt samtykkeerklæring.	Sekretær	
<b>Indkaldelse</b>	<b>Indkaldelsesbrev og samtykkeerklæring</b>	Til indkaldelse sendes standardbrev med dato vedlagt samtykkeerklæring. I brevet gøres opmærksom på formål med mødet, tid og sted, og at tiden alene kan ændres ved henvendelse herom. <b>Der udbedes pårørendes tilstedeværelse.</b> Patienten bedes medbringe aktuel medicin. I brev angives kontaktperson ved evt. behov for ændring af tidspunkt.	Sekretær	
	<b>Patientinformation</b>			
	<b>Oplysninger fra patient</b>			
	<b>Servicemål</b>	Fremsendelse af indkaldelse med tid inden 8 dage.	Sekretær	

<b>3. Første kontakt til sygehuset (eks. Ambulante besøg/undersøgelser m.m.)</b>				
<b>Område/emne</b>	<b>Nøglepunkter/søgeord</b>	<b>Aktivitet</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Kvalitetscheck/ registrering</b>
<b>Modtagelse</b>	<b>Ansvarlig for modtagelse</b>	Journal oprettes/finde frem. Relevante standard-skemaer lægges ved.  Ved undersøgelse hos geriater: Ambulatoriesygeplejerske modtager patienten og sikrer at journal og skalaer er tilstede.  I gerontopsykatrien ved ambulante konsultation på sygehuset: Sekretær finder jr. og standard-skemaer frem og modtager pt.  Ved hjemmebesøg. Sekretær finder journal og standard-skemaer frem og disse medbringes af	Sekretær/sygeplejerske  Ambulantesygeplejerske  Sekretær,	

		deltagende læge og distriktssygeplejerske.	læge, distriktssygeplejerske	
	<b>Ventetid</b>	Minimeres – såfremt der er tale om fremmøde på hospital sørges for, at der er kaffe og læsestof til rådighed i ambulatoriet.	Ambulatorie - sygeplejerske/sekretær	
<b>Diagnose/ behandling</b>	<b>Vurdering af patienten</b>	<p>Instruks følger stort set referenceprogram for demensudredning udarbejdet af Dansk Neurologisk Selskab i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin. Dansk Selskab for Geriatri, Dansk Selskab For Intern Medicin og Selskabet Danske Neuropsykologer 1997 samt Sundhedsstyrelsens vejledning 2001.</p> <p>Vægt samt blodtryk siddende og stående måles inden pt. ser lægen</p> <p>Udredningen består af:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anamnese kompletteret af pårørende/hjemmepleje/plejepersonale.</li> <li>2. Gennemgang af aktuel medicin mhp. at udelukke medicinbetinget svækkelse af kognition.</li> <li>3. Legemlig undersøgelse af pt. med speciel vægt på sanseapparat.</li> <li>4. Struktureret samtale med patienten mhp. at bedømme demensgrad og tilstedeværelse af depression. Der anvendes altid MMSE og urtest.</li> <li>5. Ved MMSE over 24 point, kan anvendes Camcog, evt. blot tillægsspørgsmål til MMSE.</li> <li>6. Diagnose stilles i henhold til ICD-10 kriterier. Der kan anvendes (Gustafsson &amp; Brun, Hachinski). Depression vurderes i henhold til ICD-10 kriterier. Der kan anvendes HAM-MES, evt. MADRS. Adfærdsforstyrrelser vurderes ved NPI (den korte udgave)</li> <li>7. Laboratorieprøver.</li> <li>8. Billeddiagnostik.</li> </ol> <p>-----</p> <p>Klinisk undersøgelse: Hos gerontopsykiater forudsættes somatisk undersøgelse gjort af egen læge. Dette bemærkes i henvisningen.</p>	<p>Læge i team Alle patienter drøftes med speciallæge eller ses af speciallæge</p> <p>Undersøgende læge</p>	

		Det bemærkes om patienten har pareser. Ved behov foretages fornyet somatisk/neurologisk undersøgelse, evt. ved egen læge.		
	<b>Laboratorieprøver</b>	Laboratorieundersøgelse må ikke være over 3 mdr. gammel.	Undersøgende læge	
	<b>Yderligere udredning</b>	<p>Laboratorieprøver: Leukocytter, Hæmoglobin, MCV, Trombocytter, CRP, Koagulationsfaktor 2-7-10, ioniseret Calcium, Natrium, Kalium, Creatinin, Carbamid, Basisk Fosfatase, ALAT, Albumin, Fosfat, TSH, BS, Folater, Cobalamin eller Metylmalonat, ekg.</p> <p>CT-skanning af cerebrum bør foreligge på alle.</p> <p>Udredning og optimering af behandling af andre medicinske sygdomme.</p> <p>Vurdering af evt. behov for speciel observation i dagafsnit eller stationært afsnit.</p> <p>Evt. yderligere udredning:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• På særlig mistanke HIV, WR, Borreliose.</li> <li>• EEG ved mistanke om epilepsi og Creutzfeldt Jacobs sygdom.</li> <li>• SPECT-skanning på mistanke om frontotemporal degeneration, eller efter konferencebeslutning.</li> <li>• MR-skanning efter konference.</li> <li>• Genundersøgelse ved mistanke om Huntingtons Chorea.</li> <li>• Patienten kan evt. undersøges ved gerontopsykolog/ neuropsykolog/psykolog.</li> <li>• Lipidprofil</li> </ul>	Undersøgende læge	
	<b>Patientinformation</b>	Information om undersøgelsesplan.	Læge	
	<b>Service mål</b>	.		



	<p>eningen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• plan for fremtidig støtte af de pårørende</li> <li>• muligheder for opfølgende samtaler med pårørende/patient</li> <li>• Udlevering af brochurer</li> <li>• Anvisning af litteratur</li> <li>• Kontakt til ambulatoriesygeplejerske eller distriktssygeplejerske.</li> </ul> <p>Evt. suppleres med oplysninger fra det tværfaglige personale. I den forbindelse er det vigtigt, at de personer, som de pårørende i fremtiden kan forventes at få kontakt med, præsenteres for de pårørende.</p> <p>Evt. henvisning til socialrådgiver  Evt. kontakt til hjemmepleje (demenskoordinator)  Evt. henvisning til undervisningsprogram  Evt. henvisning af pårørende til psykolog ved behov for psykoedukation eller kriseintervention</p>	plejerske	
<b>Behandling</b>	<p><b>1. Almene risikofaktorer</b>  Intervention forsøges efter afdelingens almindelige retningslinier overfor almene risikofaktorer som</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unormalt blodtryk</li> <li>- unormal lipidprofil</li> <li>- rygning</li> <li>- stort alkoholforbrug</li> <li>- manglende motion</li> </ul> <p><b>2. Komplicerende sekundære symptomer som psykologiske og adfærdsmæssige symptomer ved demens (BPSD), depression og akut konfusion</b>  Intervention forsøges efter afdelingens almindelige retningslinier</p> <p><b>3. Alzheimer's sygdom</b>  Der indledes behandling med acetylkolinesterasehæmmere (Aricept, Reminyl, Exelon) eller Memantin (Ebixa) efter afdelingens almindelige retningslinier (behandlingsskemaer). Der stiles i første omgang mod ca. 8 mdr. behandling, med telefonisk kontakt til pårørende eller ambulante kontrol efter ca. 1, 2, 3, 5 og 8 mdr.s behandling. Herefter tages</p>	<p>Læge</p> <p>Læge</p> <p>Læge</p>	

	<p>stilling til fortsat behandling evt. via egen læge.</p> <p>Evt. Ginkgo Biloba</p> <p><b>4. Vaskulær demens</b>  Behandlingen retter sig mod patientens grundmorbus. Der tages altid stilling til behandling med  - acetylsalisylat, persantin, plavix,  - AK-behandling  - antiarytmica  - evt. Ginkgo Biloba  - evt. opfølgning hos egen læge</p> <p><b>5. Frontotemporal degeneration</b>  Behandlingen retter sig mod patientens adfærd og sociale situation.  Der tages altid stilling til evt. opfølgning hos egen læge eller gerontopsykiatrisk team.</p> <p><b>6. Sekundær demens</b>  Behandlingen retter sig mod patientens grundmorbus.  Der tages altid stilling til hvor opfølgningen kan ske mest optimalt</p> <p><b>7. Andre sjældne og/eller atypiske demensformer</b>  Behandlingen afhængig af den specifikke demenssygdom.  Der tages altid stilling til om patienten skal videreføres til regional/national demenslinik samt hvor opfølgningen kan ske mest optimalt.</p>	Læge	
		Læge	
		Læge	
		Læge	
<b>Særlige tilbud</b>	Hvis muligt gives information og tilbud om deltagelse i forskningsprojekter el. lign.		

<b>5. Opfølgning på primært behandlingsforløb (under indlæggelse evt. ambulant opfølgning)</b>				
<b>Område/emne</b>	<b>Nøglepunkter/søgeord</b>	<b>Aktivitet</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Kvalitetscheck/registrering</b>
<b>Opfølgning på behandling og</b>	<b>Behandlingsplaner for patienten</b>	Afhængig af hvilke behandlingstiltag der er foretaget under punkt 4.	Læge	

<b>pleje</b>				
	<b>Patientinformation – kommunikation, inkl. pårørende. (afvikling af samtaler/ stuegange)</b>	<p>Pårørende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- afleverer evt. udfyldt spørgeskema vedr. behandlingsresultater observeret i hjemmet</li> <li>- tilbydes supplerende af allerede givet (mundtlig eller skriftlig) information om demenssygdommen</li> <li>- udspørges om belastning</li> </ul> <p>Patienten observeres mht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fremtoning</li> <li>- påklædning</li> <li>- adfærd</li> <li>- motorik</li> <li>- særlige bivirkninger</li> <li>- MMSE og ur-test efter 5 og evt. 8 mdr.s behandling.</li> </ul>	Læge/sygeplejerske	
	<b>Ernæringstilstand</b>	Vægt måles ved fremmøde i ambulatorium (mindst hver 6. md.)	Sygeplejerske	
	<b>BT og puls</b>	Blodtryk og puls måles ved fremmøde i ambulatorium (mindst hver 6. md.). Ved symptomer måles ortostatisk blodtryk	Sygeplejerske	
	<b>Medicinering</b>	Recepter udfærdiges så patienten kan klare sig til næste ambulante kontrol. Den gives eller sendes til den der er ansvarlig for patientens medicinindtagelse.	Læge	
	<b>Observation og forebyggelse af bivirkninger eller komplikationer</b>	<p>Ved mistanke om bivirkninger kontaktes behandlende afdeling (læge/sygeplejerske):</p> <p>Ved kvalme, opkastning eller diarré reduceres dosis.</p> <p>Såfremt der registreres bradycardi i ikke farlig grad bedes pårørende eller hjemmepleje registrere puls 3 x dgl. i 7 dage og meddele resultaterne i skriftlig form.</p>	Læge/sygeplejerske	
	<b>Modtagelse af lægemiddeltilskud</b>	Bevillingsaccept fra Lægemiddelstyrelsen lægges i journal.	Sekretær	

<b>6. Udskrivelse/afslutning af primært behandlingsforløb</b>				
<b>Område/emne</b>	<b>Nøglepunkter/søgeord</b>	<b>Aktivitet</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Kvalitetscheck/ registrering</b>
<b>Udskrivelse</b>	<b>Planlægning af udskrivelse</b>			
	<b>Patientinformation (pårørende)</b>	Der er løbende givet information om behandlingsplaner og varighed	Læge/sygeplejerske	
	<b>Information til samarbejdspartner i primærsektoren</b>	Overdrages til egen læge. Skriftlig information til egen læge med vægt på at behandlingsstop alene bør ske i samråd med ordinerende læge. Evt. sendes kopi til hjemmeplejen. Patienten afsluttes og egen læge skriver recepter.	Læge	

<b>7. Opfølgende kontrol eller efterbehandling</b>				
<b>Område/emne</b>	<b>Nøglepunkter/søgeord</b>	<b>Aktivitet</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Kvalitetscheck/ registrering</b>
<b>Opfølgning</b>	<b>Patientinformation</b>	Pårørende og patienter kan i specielle tilfælde telefonisk henvende sig med henblik på drøftelse eller vurdering.		
	<b>Planer for relevante kontroller</b>	Behandlerne skal genansøge om enkelttilskud til antialzheimer medicin en gang årligt.	Egen læge	
	<b>Planer for efterbehandling</b>	Ved skift fra acetylkolinesterasehæmmer til Memantin bør kontakt til speciallæge overvejes.  Ved overvejelse om seponering af acetylkolinesterasehæmmer bør speciallæge kontaktes.  Patienter kan genhenvises ved behov.	Egen læge	