



Afreportering fra arbejdsgruppe vedr. etablering af tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder for demens

Dato 14-03-2018

Berit Kamp Kragh

Tel. +4521526494

BEKRAG@rm.dk

1-30-128-06-V

Side 1

1. Baggrund

Sundheds- og Ældreministeriet lancerede i januar 2017 en national demenshandlingsplan. Et af initiativerne i handlingsplanen vedrører etableringen af færre, tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder for demens med henblik på at sikre en høj og mere ensartet kvalitet af udredning og behandling i den sekundære sektor. Sundhedsstyrelsen udgav i september 2017 en række faglige anbefalinger til organisering af tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder, som etableringen af enhederne bør tage afsæt i og dermed vejledende for det videre implementeringsarbejde.

En tværsektoriel arbejdsgruppe har haft til opgave at udarbejde et forslag til, hvordan Sundhedsstyrelsens anbefalinger kan implementeres i Region Midtjylland som led i et løft af tilbuddet til patientgruppen. Arbejdsgruppens forslag skal som beskrevet i kommissoriet, ligge inden for rammerne af beslutningen på Klinikforum den 21. september 2017, hvori der blev fremsat et ønske om en distribueret model forankret ved de neurologiske afdelinger og hvori de neurologiske afdelinger har en særlig rolle i forhold til at sikre en ensartet, høj kvalitet i udredning og behandling for demens.

Kommissoriet for arbejdsgruppen er vedlagt. Arbejdsgruppens medlemmer fremgår af kommissoriet. Arbejdsgruppen har holdt tre møder i perioden fra den 23. oktober 2017 til 1. februar 2018. Arbejdsgruppens forslag skal forelægges for Klinikforum og efterfølgende behandles politisk.

2. Arbejdsgruppens forslag og anbefaling

Arbejdsgruppen påpeger, at der er tale om en heterogen patientgruppe, der har forskellige forudsætninger for f.eks. at kunne tage imod et tilbud om udredning ved en tværfaglig enhed. Det er vigtigt, at den fremtidige organisering udgør et løft af tilbuddet til hele patientgruppen.

Et flertal i arbejdsgruppen foreslår følgende:

- at der med baggrund i de neurologiske afdelinger etableres tre tværfaglige enheder, hvortil der af geografiske hensyn er tilknyttet tre satellitfunktioner og/eller samarbejdsaftaler (mere herom nedenfor). Disse er møntet på de patienter, der har brug for at blive udredt lokalt og som skønnes at være ude af stand til at give fremmøde i den centrale udredningsenhed pga. fysisk eller psykisk komorbiditet.
- at der fortsat om end i begrænset omfang er mulighed for udgående funktion til eget hjem for de patienter, som ikke er i stand til at komme til en udredningsenhed. Antallet af patienter med behov for udredning i eget hjem vurderes at falde som følge af øget fokus på tidlig opsporing og øget viden om demens i befolkningen. Indtil der foreligger en egentlig behandling for demens, vurderer arbejdsgruppen, at der til stadighed vil være en gruppe af borgere, der ikke ønsker at blive udredt for demens, og som der derfor først vil blive etableret kontakt til sent i forløbet. Det forventes dog også at øget viden om demens i befolkningen og blandt fagpersonale vil reducere gruppen, som ikke ønsker udredning.

I henhold til Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem) blev der i 2016 udredt for demens ni steder i Region Midtjylland. Tabel 1 nedenfor illustrerer, hvordan de ni enheder foreslås samlet.

Tabel 1: Forslag til samling af nuværende udrednings- og behandlingsenheder for demens

Nuværende udredningsenheder	Forslag til fremtidige udredningsenheder
Regionshospitalet Holstebro Gerontopsykiatrien Vest	Tværfaglig udredningsenhed på Regionshospitalet Gødstrup
Regionshospitalet Viborg PMI klinik	Tværfaglig udredningsenhed på Regionshospitalet Viborg Satellitenhed på Regionshospitalet Silkeborg
AUH, Demensklubben AUH, Ældresygdomme HEH, Klinik for Ældresygdomme Horsens, Gerontopsykiatrisk amb. Risskov, PRP M amb.	Tværfaglig udredningsenhed på Aarhus Universitetshospital, Skejby Satellitenhed på Regionshospitalet Randers Satellitenhed på Regionshospitalet Horsens

Kilde: DanDem, Årsrapport for 2016. HEH, Klinik for Ældresygdomme optræder i rapporten under sit tidligere navn HEH, Geriatrik team.

Inden for rammerne af dette overordnede forslag tegner der sig på baggrund af drøftelserne i arbejdsgruppen to modeller for den underliggende organisering af de tværfaglige enheder for udredning og behandling for demens. Modellerne afspejler forskellige måder at organisere det tværfaglige og tværdisciplinære samarbejde mellem de tre specialer og samarbejdet på tværs af matriklerne og til at sikre at udredning og behandling for demens sker efter ensartede principper.

Model A: Distribueret model

Denne model modsvarer beslutningen på mødet i Klinikforum den 21. september 2017. Af referatet fra mødet fremgår at: " det videre arbejde i den regionale arbejdsgruppe skal ligge

inden for rammerne af en distribueret model, hvori de samlede kræfter inden for neurologi, psykiatri og geriatri samarbejder om udredning og behandling af patienter med demens. Udredning vil som i dag primært foregå i neurologien, men vil også kunne foregå i geriatrien og i psykiatrien. Formelt set forankres samarbejdet ved de neurologiske afdelinger, der derved får ansvar for at den samlede udredning sker efter ensartede principper samt for udvikling og læring, hvilket bl.a. skal sikres gennem obligatoriske fælles konferencer samt fælles kompetenceudvikling."

I en distribueret model varetages udredning og behandling for demens som i de øvrige modeller primært ved de tre tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder for demens. Borgere, der ikke har mulighed for at blive udredt centralt, udredes på en af de tre satellitfunktioner eller – ved behov – i hjemmet.

Denne model fordrer ikke, at alt inddraget personale er helt eller delvist ansat ved en af de tværfaglige udrednings- eller behandlingsenheder for demens. De tværfaglige enheder har ansvaret for at udredning og behandling sker efter ensartede principper, hvilket i denne model sikres ved indgåelse af samarbejdsaftaler mellem den tværfaglige udredningsenhed og en eventuel tilknyttet lokal enhed, ved at det er de samme personer, der lokalt inddrages i arbejdet, ved at evt. lokalt ansat personale inddrages i udredningen på de dage, hvor den tværfaglige enhed er på besøg eller ved hyppige videokonferencer med den tværfaglige enhed og ved fælles kompetenceudvikling både i og på tværs af de tre demensenheder.

I en distribueret model har den lokale hospitalsledelse ansvaret for kvaliteten af det arbejde, der udføres på matriklen, men der påhviler den tværfaglige enhed en pligt til at gå i dialog med det samarbejdende hospital i fald der er mistanke om ikke-tilfredsstillende kvalitet.

Arbejdsgruppen vurderer, at fordelene ved en distribueret model er at en bred og mere lokal involvering kan fremme målsætningen om tidlig opsporing, og at modellen giver basis for at en ældremedicinsk eller en psykiatrisk patient eventuelt kan udredes af den speciallæge, der allerede er kendt med patienten forudsat at den tværfaglige enhed inddrages. Arbejdsgruppen vurderer også, at det er lettere at rekruttere til stillinger med et entydigt tilhørsforhold.

Model B: Centraliseret model

Denne model modsvarer de vejledende anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

I denne model udgør satellitenhederne fremskudte ambulatorier, der betjenes af personale med enten hel eller delvis ansættelse i udredningsenhederne med henblik på at sikre at udredning og behandling sker efter ensartede principper. Den udgående funktion er ligeledes bemandet med personale fra de tværfaglige enheder.

Fordelen ved en centraliseret model er at udredning og behandling samles på få hænder, hvilket vil give en højere og mere ensartet kvalitet. I en centraliseret model har de tværfaglige enheder for udredning og behandling for demens ansvaret for kvaliteten af arbejdet.

Arbejdsgruppens anbefaling

Der er på tværs af de tre specialer i arbejdsgruppen ikke enighed om, hvilken model der vil give det størst mulige løft i kvaliteten for hele patientgruppen givet bredden af denne.

På den baggrund anbefaler arbejdsgruppen en model, der giver mulighed for at de tværfaglige enheder kan organisere sig forskelligt, dvs. en model med en valgfri underliggende organisering, hvor enhederne enten kan følge principperne i en distribueret eller en centraliseret model alt efter lokale muligheder og ønsker.

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere at der nedsættes en følgegruppe til at følge arbejdet med at implementere forslaget. Administrationen gør denne henseende opmærksom på, at hvis det på sigt vurderes, at der er behov for en mere varig organisering til at understøtte samarbejde og læring på tværs af de tre enheder, kan etableringen af et driftsråd overvejes.

Derudover har arbejdsgruppens en række forslag, der er tænkt til at styrke samarbejdet og forbedre forløbet for borgere, der har eller hvor der er mistanke om demens. Disse beskrives i afsnit 4.

Specifikt for neurologien

Neurologien ønsker at tilføje at overlæge Hanne Gottrup har deltaget i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe omkring den nationale organisering af demens som led i Den nationale demenshandlingsplan som repræsentant for Region Midtjylland. Hanne Gottrup har ligeledes indgået i arbejdet i denne arbejdsgruppe. Neurologien ønsker på den baggrund at præcisere at Sundhedsstyrelsen entydigt har arbejdet hen imod et paradigmeskift fra en distribueret model med mange udredningssteder til få på landsplan med henblik på at højne den faglige kvalitet i udredningen, øge antallet af patienter som får en specifik demensdiagnose, og sikre ensartet udredning og behandling. Neurologien anfører i tillæg til dette, at det ikke er entydigt beskrevet, hvorledes neurologien skulle kunne have ansvaret for demensudredning, hvis model A foretrakkes. Neurologien støtter således Model B, som lever op til Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger.

I relation til ovenstående bemærker administrationen at det af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fremgår at: *"Sundhedspersonale på de matrikler, hvor udrednings- og behandlingsenhederne etablerer udefunktion, kan inddrages og indgå i teamets arbejde og kompetenceudvikling."* Administrationen bemærker også at Sundhedsstyrelsens anbefalinger er vejledende og at Sundhedsstyrelsen ikke kan træffe beslutning om den interne organisering på hospitalerne.

3. Forslaget set i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger:

Afsnittet er struktureret i henhold til de tre hovedafsnit i anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen.

Befolkningsunderlag

I anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen vurderes det at befolkningsunderlaget pr. enhed bør være på minimum 300.000 personer under hensyntagen til geografiske forhold som f.eks. forskelle i befolkningstæthed. Sidstnævnte dog således at det samlede antal enheder i den enkelte region er i overensstemmelse med regionens samlede befolkningstal. Pr. 1. januar 2018 er der i alt 1.313.596 borgere i Region Midtjylland heraf 791.340 personer i optageområdet for Aarhus Universitetshospital på det neurologiske område, 235.506 personer i optageområdet for Hospitalsenhed Midt og 286.750 personer i optageområdet for Hospitalsenheden Vest. Der er på den baggrund basis for at oprette tre tværfaglige enheder.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at der foretages minimum 400-500 udredninger pr. år pr. enhed og gerne flere. Tabel 2 viser antal indberettede udredninger til DanDem i 2016 fra de forskellige enheder og arbejdsgruppens forventninger til antallet af udredninger pr. år pr. foreslået enhed. Tabellen tager udgangspunkt i tal fra 2016. Pga. organisatoriske ændringer i RKKP er den kommende årsrapport fra DanDem forsinket og der er ikke endnu fastsat et tidspunkt for forventet afrapportering for 2017.

Det vurderes at antallet af udredninger i Region Midtjylland ligger væsentligt over det antal udredninger, der i 2016 blev registreret i databasen. Specialerådene for Voksenpsykiatri og Geriatri påpegede således i deres indledende kommentarer til det kommende arbejde i arbejdsgruppen at demensdatabasen ikke tegner et fyldestgørende billede af det samlede antal udredninger i Region Midtjylland, idet det inden for disse to specialer ofte først er undervejs i forløbet af en somatisk eller psykiatrisk udredning at en demenstilstand overvejes og disse derfor ikke indberettes. Opgørelsen af databasekompletheden i DanDem's første årsrapport peger også på at det reelle antal udredninger på en række matrikler i Region Midtjylland vil være højere end de enkelte tal i 1. koldonne i tabel 2 indikerer. Endelig underbygger tal fra BI-portalen for antal unikke patienter med en demensrelateret diagnose, der har haft et ambulant forløb i 2016, forventningerne til det fremtidige volumen pr. foreslået enhed.

Tabel 2: Sammenligning mellem data fra BI-portalen for antal ambulante besøg og Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens for antal udredninger

Enhed	BI	DKKD
HEH, Ældresygdomme	59	23
AUH, Ældresygdomme	70	31
AUH, Demensklubben	1358	716
HEM, Hukommelsesklubben	354	123
HEV, Neurologisk amb	380	88
HEV, Gerontopsyki	277	28
HEM, PMI klinik	238	46
HEH, Gerontopsyki	218	49
AUH, Risskov, PRP M amb	322	123
Total	3420	1227

Kilde: Tal fra BI-portalen pr. 2. pg 9. august 2017 fra rapporten ambulant aktivitet med diagnosekode DF000-02, DF009-13, DF018-20, DF022-23, DF028 og DF039 og fra årsrapporten for 2016 fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DKKD). Tallet for antal unikke patienter med en demensrelateret diagnose, der i det pågældende år har været på ambulatoriet anvendes som et estimat for antallet af udredninger på det pågældende ambulatorium i 2016. Det er i BI-portalen ikke muligt at afgrænse ambulante besøg, der vedrører udredning fra øvrige ambulante besøg. Følgende SHAK-koder er anvendt: HEH, Geriatriisk amb. – 6006049, AUH, Klinik for Ældresygdomme – 6620127, AUH, Demensklubben – 6620159, HEM, Hukommelsesklubben – 6630079, HEV, Neurologisk amb – 665035A, HEV, Gerontopsyki – 660001G. Disse modsvarer de afdelingskoder, der er anført i appendiks 5 i årsrapporten for 2016 fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens. Der er kun medtaget tal for de udredningsenheder, der optræder i årsrapporten, dog er der for AUH, Risskov medtaget tal for et andet ambulatorium, idet der i BI-portalen fra og med 2016 ikke længere registreres patienter med demensrelaterede diagnoser på koden for AUH, Risskov, PRP M amb men primært på 66006 PRP Afdeling for psykoser.

Note: Her er der undtagelsesvist summeret på tværs af det totale antal unikke patienter med en demensrelateret diagnose og et ambulant forløb i somatikken og psykiatrien i 2016, hvorfor der kan være patienter, der er talt med to gange, fordi de i 2016 både har været set i somatikken og psykiatrien.

I somatikken er der således registreret sammenlagt 2349 unikke ambulante forløb på patienter med en demensrelateret diagnose. I psykiatrien er der registreret 1072 forløb. Det er i BI-portalen ikke muligt at afgrænse ambulante besøg, der vedrører udredning fra øvrige ambulante besøg.

Forventningerne er baseret på følgende:

- Estimeret 7700 nye tilfælde af demens pr. år (jf. Nationalt Videnscenter for Demens), svarende til ca. 1550 nye tilfælde i Region Midtjylland pr. år
- Af 1227 indberettede udredninger i 2016 fik 996 (81,2%) en demensdiagnose. Antal demensdiagnoser af udredte varierer fra 60,9-100% på de forskellige enheder. I fald 75% af alle udredte diagnosticeres med demens forventes ca. 2000-2200 udredninger pr. år i Region Midtjylland.

Tabel 3: Nuværende og forventet fremtidig volumen pr. foreslået enhed

Nuværende volumen (indberettet til DanDem i 2016)	Forventet fremtidigt volumen pr. år
Regionshospitalet Holstebro (88) Gerontopsykiatrien Vest (28)	Tværfaglig udredningsenhed i Gødstrup (ca. 500)
Regionshospitalet Viborg (123) PMI klinik (46)	Tværfaglig udredningsenhed i Viborg (ca. 500) Satellitenhed på Regionshospitalet Silkeborg
AUH, Demensklubben (716) AUH, Ældresygdomme (31) HEH, Klinik for Ældresygdomme (23) Horsens, Gerontopsykiatrisk amb. (49) Risskov, PRP M amb. (123)	Tværfaglig udredningsenhed på AUH, Skejby (ca. 1000-1200) Satellitenhed på Regionshospitalet Randers Satellitenhed på Regionshospitalet Horsens

Kilde: DanDem, Årsrapport for 2016 samt forventninger til fremtidigt volumen. HEH, Klinik for Ældresygdomme optræder i DanDem's rapport under sit tidligere navn HEH, Geriatrik team.

Af anbefalingerne fremgår at det af geografiske hensyn kan være nødvendigt at oprette ude- eller satellitfunktioner. Det anbefales at dette sker i form af et behandlerteam, der tager ud på en anden matrikel. Anbefalingerne rummer mulighed for at inddrage sundhedspersonalet på de matrikler, hvor de tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder etablerer en udefunktion i enhedens arbejde og kompetenceudvikling. Endelig fremgår det at det bør være muligt for alle udredningsenheder at etablere en udgående funktion, såfremt der er behov herfor.

Af anbefalingerne fremgår også at de matrikler, der er godkendt til specialfunktioner inden for demens i specialeplanen også bør have udrednings- og behandlingsenheder. Pr. 1. juni 2017 er følgende matrikler godkendt til specialfunktioner inden for demens: Aarhus Universitetshospital (henholdsvis NBG og Risskov), Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Viborg. Specialfunktionerne på Aarhus Universitetshospital samles i Skejby med udflytningen af Neurologisk Afdeling F. Udflytningen er planlagt til marts 2019. Der er ingen specialfunktioner inden for demens inden for geriatrien og kun en enkelt inden for psykiatrien.

Fagligheder og kompetencer

Arbejdsgruppen foreslår at følgende fagligheder så vidt muligt bliver tilknyttet de tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder:

- Speciallæger i ældre medicin, psykiatri og neurologi, hvoraf en fungerer som faglig leder af enheden
- Sygeplejersker, ideelt set fra flere af ovennævnte specialer og gerne med kommunal erfaring
- Neuropsykologer
- Evt. forløbskoordinator
- Fysioterapeut/ergoterapeut på ad hoc basis
- Uddannelseslæger/sygeplejerske studerende/psykologstuderende
- Evt. forskningspersonale (evt. delt mellem enhederne)
- Sekretær

Følgende tiltag foreslås med henblik på at sikre en ensartet tilgang til udredning og behandling på tværs af de tre foreslåede enheder:

- Regelmæssige MDT-konferencer mellem de tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder
- Hyppige videokonferencer mellem de tværfaglige enheder og samarbejdspartnere i en eventuel distribueret model
- Kvalificering/undervisning af personale:
 - certificering i kognitive tests med regelmæssig re-certificering
 - deltagelse i de nationale tiltag for ensartet diagnostiske kriterier og forskning (som f.eks. ADEX-alliancen)
 - deltagelse i nationale møder i f.eks. faglige selskaber
- Forskningsaktivitet

I en eventuel distribueret model vil fast personale fra enheder, hvor der ikke er en tværfaglig enhed kunne inddrages i udredningen af patienten. Disse indgår derfor også på lige fod med personalet fra demensenhederne i de conference- eller undervisningstiltag, der foregår i demensenheden og på tværs af demensenhederne.

Kvalitetsarbejdet skal være datadrevet og bør ske i tæt samarbejde med almen praksis, de praktiserende læger og kommunerne samt eventuelt øvrige relevante hospitalsafdelinger. Som datagrundlag anvendes f.eks. de kliniske indikatorer fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens, Klinisk Epidemiologisk Afdelings analyse af forekomst og prognose af demens i Region Midtjylland samt andre relevante data fra klinik og forskningsprojekter. De tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder for demens er følgelig forpligtet til at sikre indberetning til den kliniske demensdatabase.

Øvrige funktioner

Med henblik på at styrke den samlede indsats på demensområdet er de tværfaglige enheder ligeledes forpligtet til at yde telefonisk konsulentbistand til almen praksis, praktiserende speciallæger og kommuner f.eks. i relation til specifikke patientforløb eller visitation.

Arbejdsgruppen påpeger at det er vigtigt med en nem og entydig adgang. Enhederne deltager ligeledes i undervisning eller uddannelse af fagpersoner fra primær sektor.

Enhederne skal ligeledes kunne varetage patientgrupper med særlige behov herunder patienter med svære adfærdsforstyrrelser, etniske minoriteter, yngre med demens, udviklingshæmmede med demens samt medicinsk komplekse patienter gennem en tilrettelæggelse, der sikrer et tilstrækkeligt volumen for patienter med særlige behov.

Arbejdsgruppen påpeger derudover at der findes en mindre gruppe retspsykiatriske patienter med demens, hvis situation der er behov for at få afklaret.

4. Samarbejdet om og forløb for borgere, der har eller er under mistanke for demens

Den nationale demenshandlingsplan indeholder bl.a. et mål om at flere skal udredes for demens. Heraf skal 80 % have en specifik demensdiagnose. Dette fordrer en yderligere styrkelse af det tætte samarbejde mellem almen praksis, praktiserende speciallæger, kommuner og hospitalerne om de borgere, der har eller hvor der er mistanke om demens.

Arbejdsgruppen har drøftet en række forslag, der har til formål at sikre at flest mulige får en specifik diagnose, understøtte henvisning, øge kapaciteten samt understøtte det sundhedsfaglige samarbejde.

1. Ændring af MMSE-afgrænsning

Langt de fleste patienter påbegynder udredningen i almen praksis med relevant klinisk vurdering i form af anamnese, observationer fra pårørende, relevante tests, parakliniske undersøgelser, medicingennemgang m.m. Arbejdsgruppen påpeger at det givet målet om tidlig opsporing er vigtigt at almen praksis er opmærksom på og lydhør overfor patienter med lette symptomer. Efter at differentialdiagnostiske overvejelser er afklaret, evt. komorbiditet håndteret og forsøgt optimeret, henvises patienten, hvis der er mistanke om demens til demensudredning ved den tværfaglige enhed. Er der ikke mistanke om demens, men eventuelt anden neurologisk sygdom, der kan forventes udredt og færdigbehandlet ved praktiserende speciallæge, kan patienten henvises til praktiserende neurolog. Det vurderes at de praktiserende speciallæger færdiggør ca. 90% af de patienter, der henvises med henblik på udredning. Men praktiserende speciallæger deltager aktuelt ikke i udredning ved mistanke om demens, hvorfor disse patienter bør henvises til udredning ved demensenhed.

For en række patienter kan udredningen færdiggøres af egen læge. Af den nuværende 'Sundhedsaftale for personer med demens' fremgår at patienter med MMSE < 15 kan færdiggøres i primær sektor med blodprøver og CT-skanning. Arbejdsgruppen foreslår at dette ændres til patienter med MMSE ≤ 10, hvis der ikke er forhold, der taler imod dette (som f.eks. atypisk præsentation eller usikkerhed om diagnosen), idet patienter der er ramt sprogligt hurtigt vil præsentere sig med en lav MMSE score. Alle patienter, der vurderes at kunne have gavn af medicinsk behandling skal henvises til sekundær sektor.

Patienten henvises til den udredningsenhed, som patienten geografisk tilhører. På hver tværfaglig enhed etableres en fællesvisitation. Ud fra henvisningen vurderes det i et samarbejde mellem de tre involverede specialer, i hvilket speciale borgeren vurderes bedst. I forhold til visitation har neurologien også et særligt ansvar for at sikre samarbejdet mellem specialerne.

For patienter, hvor der under indlæggelse opstår mistanke om demens, anbefaler arbejdsgruppen, at patienten søger egen læge til de indledende undersøgelser (CTC, kognitiv

test, biokemi) efter den akutte tilstand er færdigbehandlet. Såfremt der fortsat er mistanke om demens henvises som ovenfor.

For patienter i ambulant udredningsforløb i psykiatri eller ældremedicinsk ambulatorium eller indlagt i samme, hvor mistanke om demens opstår, anbefaler arbejdsgruppen at de indledende undersøgelser svarende til egen læge iværksættes og at patienten så vidt muligt henvises til udredningsenheden. Patienter med MMSE ≤ 10 (svarende til hvor egen læge kan færdiggøre udredningsforløbet) kan færdiggøres i dette regi. Ved patienter med atypisk præsentation eller tvivlstilfælde foreslås drøftelse på tværfaglig konference med den tværfaglige udredningsenhed. Særligt skrøbelige patienter for hvem udredning ved tværfaglig enhed ikke er en mulighed kan – uanset MMSE – udredes i forbindelse med anden udredning forudsat at den tværfaglige enhed inddrages.

Arbejdsgruppen foreslår endvidere at der ved mistanke om demens – inden den specifikke diagnose foreligger – skabes kontakt til kommunen med henblik på at borgeren kan få den nødvendig hjælp. Arbejdsgruppen foreslår også at kommunens personale kan være behjælpelig med observationer i hjemmet samt vurdering af funktionsevne.

2. Etablering af pakkeforløb

Arbejdsgruppen anbefaler at der arbejdes på at oprette pakkeforløb, således at udredningsforløbet kan tilrettelægges på baggrund af henvisningen. Der foreslås etableret to pakker i form af:

- En lille pakke baseret på CTC, biokemi, MMSE via egen læge, hvor diagnosen ud fra henvisningen forventes at kunne stilles ved første besøg. For nuværende vurderes det at ca. 40 % af de patienter, der udredes i neurologisk regi, udredes på første besøg. Andelen vil falde som følge af et øget fokus på tidlig opsporing, idet der ved tidligere henvisning er behov for flere supplerende undersøgelser for at kunne stille en specifik diagnose. Pakken kan evt. målrettes til særligt ved at CT af cerebrum efter aftale med udredningsenheden kan forsøges gennemført på samme dag umiddelbart forud for besøget i demensudredningsenheden. Dette besøg inkluderer også evt. opstart af behandling.
- En stor pakke, hvor der ud fra henvisningen (høj MMSE, adfærdsforstyrrelser, etniske minoriteter, oligofreni, yngre med demens ect.) vurderes behov for yderligere undersøgelser med billeddiagnostik, biomarkør undersøgelse og /eller neuropsykolog). De indledende undersøgelser (CTC, biokemi, MMSE via egen læge) foreligger ved første besøg. Plan og tidspunkter for de supplerende undersøgelser samt tid til samlet svar udleveres til patienten i forbindelse med det første besøg.

Forslaget imødekommer Sundhedsstyrelsen anbefaling om at sikre varetagelsen af patienter med særlige behov gennem en tilrettelæggelse, der sikrer at et særligt fokus på disse patientgruppers behov.

3. Ensartet praksis på tværs af kommuner

Arbejdsgruppen anbefaler at der arbejdes på at etablere en mere ensartet praksis på tværs af kommuner med henblik på at understøtte det sundhedsfaglige samarbejde om patienter og borgere mellem almen praksis, praktiserende læger, kommuner og hospitaler.

Det vurderes at en række initiativer i demenshandlingsplanen understøtter dette som f.eks. udarbejdelsen af et værktøj til tidlig opsporing af demens og udarbejdelsen af af nationale anbefalinger til optimale tværsektorielle og tværfaglige forløb. Disse tiltag udarbejdes og præsenteres i løbet af 2018. Det forventes at de nationale anbefalinger til optimale tværsektorielle og tværfaglige forløb vil medføre en revision af den nuværende Sundhedsaftale for personer med demens. De nationale anbefalinger til optimale og tværfaglige forløb forventes klar ultimo 2018.

5. Økonomi og afrapportering

Den nationale demenshandlingsplan indeholder som nævnt et nationalt mål om at flere mennesker med demens skal udredes og at 80% skal have en specifik diagnose. Sundhedsdatastyrelsen opgør løbende udviklingen i andelen af specifikke demensdiagnoser. Dette opgøres som andelen af nyregistrerede borgere over 65 år med demens, der registreres med en specifik demensdiagnose. Sundheds- og Ældreministeriet offentliggør en årlig status herpå. Blandt de borgere, der indgår i DanDem første årsrapport ligger andelen på landsplan på 94 % og i Region Midtjylland på 96 % med et spænd på mellem 91-100 %.

Regionerne får i en periode på tre år engangsmidler til etablering af færre, tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder for demens. Det endelige beløb og fordelingen heraf vil blive drøftet i Lederforum for Økonomi. Arbejdsgruppen påpeger at det udover personale er vigtigt at sikre tilstrækkelig undersøgelseskapacitet.

Regionerne skal årligt afrapportere til Sundhedsstyrelsen om brug af midlerne.

Afrapporteringen skal indeholde følgende:

- Hvilke udrednings- og behandlingsenheder for demens, der findes i regionen?
- Hvilke fagligheder og specialer der er til stede i enheder og i hvilket omfang?
- Om der er etableret udefunktioner og i hvilket omfang?
- Om der er etableret udgående funktion og i hvilket omfang?
- Om der er etableret telefonisk rådgivningsfunktion med faste tidspunkter for rådgivning?

Sundhedsstyrelsen påpeger at oplysninger om volumen for udredning følges i den landsdækkende database på området.