

§ 2 – aftale

om

udmøntning af Region Hovedstadens "Forløbsprogram for Demens" for så vidt angår almen praksis.

§ 1 Aftalens parter mv.

Stk. 1

Nærværende aftale er indgået mellem Praksisudvalget i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden i henhold til Overenskomst om almen praksis § 2 stk. 2 litra 1 og 3.

Stk. 2

Aftalen omfatter praktiserende speciallæger i almen medicin med ydernummer for Region Hovedstaden.

Stk. 3

Aftalen omfatter patienter med bopæl i Region Hovedstaden

§ 2 Formål

Stk. 1

Aftalen har til hensigt at udmønte "Forløbsprogram for Demens" for så vidt angår almen praksis i Region Hovedstaden. (Forløbsprogrammet for demens baserer sig på erfaringer fra de tidligere samarbejdsmodeller på demensområdet i regionen og bidrager med en harmonisering af procedurerne i regionen.)

Stk. 2

Aftalen beskriver de forventede arbejdsopgaver i almen praksis i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet. Samtlige praktiserende læger i Region Hovedstaden jf. § 1, stk. 2, er med indgåelsen af nærværende aftale forpligtet til at opfylde forløbsprogrammets formål, jf. § 2, stk. 1.

§ 3 Opgaver i almen praksis i medfør af "Forløbsprogram for Demens"

Stk. 1

Almen praksis forpligter sig til at efterleve den i forløbsprogrammet besluttede arbejdsdeling mellem almen praksis, hospitaler og kommuner, herunder til at varetage de arbejdsopgaver, der er placeret i almen praksis i henhold til forløbsprogrammet, dog undtaget ½-årskontrol. Herudover udfører lægen de i stk. 2 aftalte ydelser, der honoreres i henhold til § 4.

Stk. 2

Nr. 1: Indkaldelse af patienter til den i nr. 3 anførte undersøgelse.

Nr. 2: En rykkerskrivelse til den i nr. 3 anførte undersøgelse.

Nr. 3: En årlig kontrol af ukomplicerede patienter på stratificeringsniveau 1 og 2.

Nr. 4: E-mailkorrespondance til patientens kommune efter hver kontrol.

For så vidt angår indholdet i ydelse nr. 3 henvises til demensprogrammets afsnit 3.4.4 inklusive tjeklister for årskontrol.

Stk. 3

Vurderer lægen i forbindelse med den årlige kontrol at stratificere patienten til niveau 3 henvises patienten samtidig til demensenheden.

§ 4 Honorering

Stk. 1

For ydelserne jf. § 3 stk. 2, nr. 1 og 2 honoreres lægen samlet med et grundhonorar omregnet til 1. april 2009-niveau stort kr. 126,86 med tillæg af det til enhver tid gældende overenskomstillæg pr. 1. okt. 2011 2,80 %, således i alt pr. 1. okt. 2011 kr. 130,41. Ydelsen tildeles et ydelsesnr. forskelligt fra overenskomstens 0101. Hvis lægen udsender en indkaldelse jfr. § 3 stk. 2, nr. 1 og rykkerskrivelsen i henhold til § 3 stk. 2, nr. 2 ikke bliver nødvendig, er honoraret, uanset at rykkerskrivelsen ikke udsendes, uændret kr. 126,86 (grundbeløb).

Stk. 2

For ydelsen jf. § 3, stk. 2, nr. 3 honoreres lægen med et grundhonorar omregnet til 1. april 2009-niveau stort kr. 531,58 med tillæg af det til enhver tid gældende overenskomstillæg, der pr. 1. oktober 2011 udgør 2,80 %, således i alt pr. 1. oktober 2011 kr. 546,46. Ydelsen tildeles et særskilt ydelsesnr.

Note

Ydelsen er sammensat som følger:

0120

kr. 341,55

2149

kr. 190,03

Grundhonorar pr. 1. april 2009

kr. 531,58

Stk. 3

Såfremt den i § 3, stk. 2, nr. 3 anførte ydelse leveres i hjemmet, afregnes tillige kørselsgodtgørelse i henhold til overenskomstens § 67 og tidsforbrugstillæg svarende til overenskomstens § 102 c.

Stk. 4

For ydelsen jf. § 3, stk. 2, nr. 4, honoreres lægen med et grundhonorar omregnet til 1. april 2009-niveau stort kr. 39,88 med tillæg af det enhver tid gældende overenskomstillæg pr. 1. okt. 2011 2,80 %, således i alt pr. 1. okt. 2011 kr. 41,00. Ydelsen tildeles et ydelsesnr. forskelligt fra overenskomstens 0105.

Stk. 5

Øvrige ydelser, der udføres i forbindelse med eller i tilknytning til den årlige kontrol honoreres i henhold til Overenskomst om almen praksis.

Stk. 6

Afregning finder sted i henhold til Overenskomst om almen praksis.

§ 5 Økonomiprotokollat af 21. dec. 2010 og Overenskomstens kap. IX

Stk. 1

De samlede udgifter til de i § 3 stk. 2, nr. 1 og 2 nævnte ydelser medregnes ikke i beregningen af den økonomiske ramme i henhold til Økonomiprotokollat af 21. dec. 2010 til Overenskomst om almen praksis - bilag 4. Det samme gælder halvdelen af udgiften til de årlige kontroller jf. § 3 stk. 2, nr. 3. Vedrørende den anden halvdel af udgiften til de årlige kontroller jf. § 3 stk. 2, nr. 3 henvises til stk. 2.

Stk. 2

Halvdelen af udgiften til de årlige kontroller jf. § 3 stk. 2, nr. 3 indregnes i Økonomiprotokollat af 21. dec. 2010. Hele udgiften til de i § 3 stk. 2, nr. 4 nævnte E-mailkorrespondancer indregnes i Økonomiprotokollat af 21. dec. 2010.

Stk. 3

Ingen af de i § 3 stk. 2, nr. 1-4 nævnte ydelser indgår i kontrolstatistikken jf. overenskomstens kap. IX §§ 93-94.

§ 6 Evaluering

Stk. 1

Nærværende aftale evalueres en gang årligt på baggrund af en årsstatistik, der følger kalenderåret.

Stk. 2

Evalueringen foretages af et paritetisk sammensat udvalg på i alt 4 medlemmer. Evalueringen foretages 1. gang på grundlag af en statistik, der løber fra nærværende aftales ikrafttræden til 31. dec. 2012. Evalueringen fra ikrafttrædelsen til udgangen af 2012 skal være afsluttet senest 1. april 2013 og så fremdeles. Første helårsevaluering finder sted i 2014. Evalueringen tilsendes umiddelbart efter afslutningsfristens udløb til nærværende aftales parter samt forelægges for sundhedskoordinationsudvalget.

§ 7 Tvister

Tvister der angår fortolkning og udfyldning af nærværende aftale afgøres af Samarbejdsudvalget. Hvis der ikke kan opnås enighed i Samarbejdsudvalget indbringes tvisten for Landssamarbejdsudvalget til endelig afgørelse.

§ 8 Opsigelse

Stk. 1

Nærværende § 2-aftale kan opsiges af hver af aftalens parter med 6 måneders varsel til den 1. i en måned.

Stk. 2

Såfremt "Overenskomst om almen praksis" opsiges af en af overenskomstens parter, bortfalder nærværende aftale samtidig med overenskomstens ophør.

§ 9 Implementering og ikrafttræden

Stk. 1

Aftalen offentliggøres på sundhed.dk af Region Hovedstaden. Øvrig information sker af PLO-Hovedstaden.

Stk. 2

Nærværende aftale træder i kraft fra og med den XXXX 2012.

København d.

2012

Hillerød d.

2012

Praksisudvalget PLO-Hovedstaden

Region Hovedstaden

BILAG:

Bil. 1: Uddrag af "Forløbsprogram for Demens"

Bil. 2: Notat: Præcisering af opgaver for almen praksis i henhold til forløbsprogram for demens af 6. oktober 2011.

3 De sundhedsfaglige og sociale indsatser

3.4 Indsatser ved MCI og demenssygdomme 3.4.3 Behandling

Der skal i samarbejde med patient og pårørende udarbejdes en plan for opfølgning af behandlingen og for revurdering.

Alzheimers sygdom

Ved let til moderat Alzheimers sygdom har kolinesterasehæmmere samlet set en klinisk relevant effekt på globale symptomer, kognition og ADL, hvorimod effekten på psykiatriske symptomer og adfærdsførrelser ("Behavioural and psychological symptoms in dementia", BPSD) er uklar. Effekten kan vise sig ved en forbedring, stabilisering eller mindre fremskridtende demenssygdom. Ved svær Alzheimers sygdom er der ikke fundet entydig effekt af kolinesterasehæmmere. Ved moderat til svær Alzheimers sygdom er der en klinisk relevant effekt af memantin især på globale symptomer og kognition, og også til patienter, der er i behandling med kolinesterasehæmmere. Der er ingen evidens for klinisk relevant effekt af anden medicinsk behandling af Alzheimers sygdom.

Vaskulær demens

Ved vaskulær demens er effekten af kolinesterasehæmmere og memantin af tvivlsom klinisk relevans.

Lewy Body demens (DLB) og Parkinsons sygdom med demens

Hos patienter med DLB eller demens ved Parkinsons sygdom i let til moderat grad er effekten dokumenteret for kolinesterasehæmmere rivastigmin.

MCI

Ved MCI har behandling med kolinesterasehæmmere ikke vist entydig effekt. Galantamin har vist en overdødelighed ved behandling af MCI. Memantin er ikke undersøgt ved MCI.

Frontotemporal demens (FTD)

Der er ingen specifik behandling af frontotemporal demens.

For gennemgang af evidensen henvises til Sundhedsstyrelsens MTV rapport¹, og for behandlingsvejledning henvises til Region Hovedstadens kliniske vejledning om udredning og behandling af demens.⁴

Behandling af eventuel co-morbiditet

Co-morbiditet i forløbet af en demenssygdom forekommer hyppigt, særligt hos ældre patienter. De hyppigst observerede co-morbiditeter og komplikationer er:

- depression,
- kardiovaskulær sygdom,
- infektioner,
- delir,
- faldepisoder, og
- dårlig ernæring og væskebalance.

Der er påvist en klar sammenhæng mellem forekomsten af medicinsk co-morbiditet og den kognitive svækkelse hos patienter med Alzheimers sygdom. Tilstedeværelsen af andre sygdomme kan således påvirke demenssymptomerne, så man får et fejlagtigt indtryk af progression eller kommer til at stille den forkerte diagnose. Forebyggelse og behandling af co-morbiditet er således vigtigt for at opretholde et godt funktionsniveau.

Justering og behandling af eventuelle risikofaktorer

Patienter med demenssygdom er i forbindelse med udredning screenet for risikofaktorer for demens og for cerebrovaskulær sygdom. Patienterne tilbydes rådgivning og eventuel behandling af de identificerede risikofaktorer (se afsnittet om forebyggelse).

Behandling af depression og adfærdsførrelser

Medicinsk behandling af depressive symptomer kan forsøges med selektive serotonin reuptake hæmmere eller nyere antidepressiva, som er mindre tilbøjelige til at medføre konfusion og antikolinerg effekt end tricykliske antidepressiva.

3 De sundhedsfaglige og sociale indsatser

3.4 Indsatser ved MCI og demenssygdomme 3.4.3 Behandling 3.4.4 Opfølgning og forebyggelse af komplikationer

Ved nye adfærdsførrelser iværksættes først udredning for eventuel somatisk årsag til symptomerne (fx infektion, febrilia, dehydrering, dysreguleret diabetes, smerter). Såfremt dette kan udelukkes, er indsatsen først og fremmest socialpædagogisk. Behandling med atypiske antipsykotika kan være nødvendig og da med så lav dosis og i så kort tid som muligt og under opfølgning af effekt og bivirkninger.

En vejledning for psykiatrimakologisk behandling af patienter med demens er under udarbejdelse i regi af Demensrådet i Region Hovedstaden.

3.4.4 Opfølgning og forebyggelse af komplikationer

Demenssygdomme er alle alvorlige hjerne sygdomme, der er fremskridtende og dødelige. I sygdomsforløbet opstår der jævnligt nye sociale og sundhedsfaglige problemstillinger, som kan føre til forværring af symptomerne, unødvendige indlæggelser eller socialt sammenbrud, hvis de ikke opdaget i tide. Alle patienter med demenssygdomme bør derfor tilbydes en proaktiv opfølgning.

Opfølgningen har følgende formål

- Status vedværende sygdomsforløb, eventuel revurdering af diagnose
- Evaluering og eventuel revurdering af den fælles målsætning
- Tidlig identifikation/forebyggelse og behandling af eventuelle komplikationer til demenssygdomme (fx depression, inkontinens, vægttab, fald, epilepsi)
- Kontrol af medicinsk behandling med demensmedicin herunder stillingtagen til fortsat behandling og dosis, identifikation af compliance-problemer, evt. bivirkninger og ansøgning om tilskud
- Identifikation og behandling af eventuel co-morbiditet

- Vurdering af behov for sociale tiltag og eventuel kontakt til kommunen
- Rådgivning af patient og pårørende herunder især om helbreds mæssige og psykiske ændringer, kost, aktiviteter, og om opfølgning af juridiske aspekter (fx værgemål) samt sikkerhedsmæssige aspekter (fx økonomi, bilkørsel, rygning, gas, kogeplader)
- Løbende information, rådgivning og uddannelse af patient og pårørende (se næste afsnit).

Den proaktive sociale og sundhedsfaglige opfølgning foregår ved planlægning af besøg mindst to gange årligt. Opfølgningen kan ved behov enten foregå ved besøg i ambulatorium, lægepraksis eller i eget hjem/plejebolig. Der bør være mulighed for subakut vurdering ved specialistteam (udgående eller i ambulatorium). Det er hensigtsmæssigt, at en pårørende inddrages (med patientens samtykke) i opfølgningen.

På de næste sider er vist en checkliste for den årlige sociale og sundhedsfaglige opfølgning og en lidt mindre checkliste for de mellemgående besøg. Ved de mellemgående besøg følges op på planen lagt ved årskontrolerne. Vurdering af behovet for sociale tiltag og orientering om mulighederne er en vigtig opgave i opfølgningen, uanset hvor opfølgningen foregår. Sociale tiltag skal i den forbindelse forstås bredt og kan omfatte såvel kontakt til kommunen med henblik på ansøgning om offentlig hjælp, pension el.lign., som private initiativer og tilbud fra frivillige organisationer. For så vidt angår kommunale tilbud er det kommunen, der endeligt vurderer behovet for – og bevilger – den sociale indsats.

3 De sundhedsfaglige og sociale indsatser

- 3-4 Indsatser ved MCI og demenssygdomme
3-4-4 Opfølgning og forebyggelse af komplikationer

29

3 De sundhedsfaglige og sociale indsatser

- 3-4 Indsatser ved MCI og demenssygdomme
3-4-4 Opfølgning og forebyggelse af komplikationer

Checkliste for årskontrol

- Status for sygdomsforløb – demens**
- Status vedrørende sygdomsforløb (kognitive symptomer, funktionsevne i hverdagen og adfærd)
 - Kognitiv test: MMSE (eventuelt flere kognitive test ved behov)
 - Tidlig identifikation og forebyggelse og behandling af eventuelle komplikationer til demenssygdomme (fx depression, inkontinens, fald, epilepsi)

Fysisk og psykisk helbred

- Status vedrørende fysisk helbred og co-morbiditet
- Objektiv vurdering: vurdering af psykiske symptomer og funktionsevne, vægt/ernæringsstatus, blodtryk og puls (samt almen somatisk/neurologisk undersøgelse ved behov)
- Vurdering af behov for parakliniske undersøgelser

Medicin

- Kontrol af eventuel behandling med demensmedicin, herunder stillingtagen til fortsat behandling og dosis, identifikation af compliance-problemer og ansøgning om fortsat tilskud
- Mulighed for øvrig gennemgang og justering af eventuel anden medicinsk behandling, herunder psykofarmaka

Psykosociale forhold

- Afklaring af tidligere og aktuelle personlige og sociale ressourcer og interesser
- Vurdering af behov for social indsats
- Eventuel vurdering af evne til bilkørsel

Rådgivning af patient og pårørende

- Råd, vejledning og støtte til den demente selv og dennes pårørende
- Formidling af viden om sygdom og om relevante juridiske og sikkerhedsmæssige aspekter
- Vejledning om lokale tilbud om information og støtte, herunder patientforeningens tilbud

Samlet vurdering og plan

- Evaluering og revurdering af den fælles målsætning
- Plan for medicinsk behandling og andre sundhedslaglige indsatser
- Plan for social indsats: Kontakt til kommune ved behov
- Stillingtagen til og eventuelt ændring af stratificering og forløbskoordinator
- Næste kontrol

Checkliste for mellemliggende kontrol

- Status for sygdomsforløb – demens**
- Status vedrørende sygdomsforløb
 - Objektiv vurdering af kognitiv status ved behov

Medicin

- Medicin gennemgang og eventuel justering

Psykosociale forhold

- Vurdering af eventuelle nye behov for social indsats
- Eventuel vurdering af sikkerhedsmæssige og juridiske aspekter, herunder evne til bilkørsel

Samlet vurdering og plan

- Revurdering af den ved årskontrollen lagte plan
- Stillingtagen til og eventuelt ændring af stratificering og forløbskoordinator
- Næste kontrol



NOTAT

Opgang Blok B
Telefon 48 20 50 00
Direkte 4820 5409
Web www.regionh.dk

Ref.: Line Sønderby
Christensen

Dato: 6. oktober 2011

Præcisering af opgaver for almen praksis i henhold til forløbsprogram for demens

Praksisudvalget og Koncern Plan og Udvikling er enige om:

- **Vedr. udredning:**
 - Der er ikke nye opgaver forbundet med den beskrevne udredningsprocedure.
 - Det skal præciseres, at det *anbefales*, at den praktiserende læge henviser til CT-scanning, når der henvises til demensenheden
- **Vedr. opfølgning:**
 - Det præciseres, at forløbsprogrammet omfatter én årskontrol og én mellemliggende kontrol. Den mellemliggende kontrol kan afviges for patienter, der bor på plejehjem
- **Vedr. estimering af forventet patientvolumen:**
 - Der er ikke præcise tal for, hvor mange patienter med demens, der følges i almen praksis. Derfor foretages en estimering af det forventede antal. Der kan anvendes to metoder:
 1. I sentinel materiale fra DAK-E¹ fremgår, at der er en prævalens af demensdiagnose (P70) på 0,31 per 100 patienter. I forhold til Region Hovedstadens befolkningsunderlag på ca. 1,6 mio. personer svarer dette til, at der er ca. 5.000 patienter med demensdiagnose tilknyttet almen praksis.
 2. Et estimat fra Videnscenter for demens anslår, at der aktuelt er ca. 25.000 personer med demens i Region Hovedstaden. Dette tal forventes at stige til ca. 31.000 i 2025. Almen praksis anslår, at 50 % af disse, svarende til 12.500 og stigende til 15.500 i 2025, på sigt vil blive udredt og dermed omfattet af forløbsprogrammet. Patienter stratificeret til niveau 1 og 2

¹ (http://demo.dak-it.dk/icpckode_aldersfordeling/P70.png)

skal følges i almen praksis, mens niveau 3 følges i demensenhederne. Det forventes, at ca. 1/3 vil skulle følges i demensenhederne.

- Det er nødvendigt at anslå, hvad den årlige tilvækst af demente patienter i almen praksis kan forventes at blive. Dette estimat baseres på oplysninger fra Demensdatabasens årsrapport 2010, hvoraf det fremgår at:
 - Der blev i 2010 henvist 2006 patienter til demensudredning ved regionens demensudredningsafdelinger. Heraf fik 61,2 % (svarende til 1227 patienter) en demensdiagnose. Af de 1227 patienter blev 21,5 % af patienterne (svarende til 264 patienter) afsluttet ved informationssamtalen til almen praksis til videre opfølgning. Det kan dog forventes, at forløbsprogrammet betyder, at flere patienter fremover afsluttes til almen praksis, ligesom ændringer i demografien vil øge antallet af demente i regionen. Derfor anslås, at tilvæksten af demente i almen praksis vil være ca. 800 patienter i 2012, hvilket dog bør fraregnes patienter, som afgår ved døden.
 - Omfanget af kontroller i almen praksis hidtil kendes ikke. Generelt har almen praksis ikke foretaget 2 årlige demenskontroller. Nogle praktiserende læger har ikke hidtil kontrolleret demente patienter, nogle praktiserende læger har tidligere foretaget én årlig demenskontrol og meget få læger har hidtil foretaget to årlige kontroller.
- **Vedr. præcisering af tovholderrolle:**
 - Tovholderrollen i forløbsprogram for demens indebærer:
 - At almen praksis indkalder den demente til årskontrol og evt. til den mellemliggende kontrol (enten ved at ringe eller skrive). Det anbefales at informere pårørende og/eller kommunen om indkaldelsen
 - At almen praksis følger op, hvis den demente udebliver fra aftalt kontrol. Det foregår praktisk ved, at der ringes/skrives til den demente og den pårørende/kommunen én gang efter udeblivelsen
 - At almen praksis sender en korrespondancemeddelelse til kommunen med information om resultatet af kontrollen
- **Vedr. præcisering af indhold i forløbskoordination**
 - Forløbskoordination i almen praksis svarer til indholdet i tovholderrollen

