



Forløbsprogram for patienter med Demens

Samarbejde på tværs mellem hospitaler,
almen praksis og kommuner i Region Hoved-
staden. Januar 2011

DEMENS
DEMENS
DEMENS
DEMENS
DEMENS
DEMENS
DEMENS



Uddrag af forløbsprogram for patienter med Demens

Samarbejde på tværs mellem hospitaler,
almen praksis og kommuner i Region Hoved-
staden. Januar 2011 · revideret oktober 2012





Samarbejde på tværs

Et forløbsprogram for patienter med demens

Denne pjece indeholder en kort præsentation af et forløbsprogram for patienter med demens på hospitaler, i almen praksis og kommuner i Region Hovedstaden. Pjecen henvender sig til fagfolk, beslutningstagere og andre, som møder og arbejder med mennesker med demens.

Forløbsprogrammet er udarbejdet af en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe på baggrund af en model, som kommuner, almen praksis og hospitaler har udarbejdet i fællesskab.

Et forløbsprogram er en beskrivelse af den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats for patienter med en kronisk sygdom – i denne sammenhæng demens. Forløbsprogrammet bygger på konkrete erfaringer fra Region Hovedstaden. De tidligere samarbejdsmodeller på demensområdet danner således grundlag for forløbsprogrammet.

Patienter og pårørende

Den samlede indsats i forhold til patienter med demens i kommuner, almen praksis og hospitaler er funderet i henholdsvis Sundhedsloven og Lov om Social Service. De to love retter sig mod forskellige praksisser og anvender derfor forskellige begreber, som refererer til forskellige positioner og roller.

I forløbsprogram for demens er valgt at anvende begrebet patient, selvom en patient med demens også har roller som bruger og borger i sygdomsforløbet. Begrebet pårørende anvendes om den person, patienten selv udpeger som sin nærmeste og inddrager i sit sygdomsforløb. Det kan være en partner, en ægtefælle, et familiemedlem, en ven eller bekendt.

Se hele forløbsprogrammet på www.regionh.dk/forlobsprogrammer







Demens er en folkesygdom

Demens er en folkesygdom. Det skønnes, at der er ca. 24.000 personer med demens i Region Hovedstaden.

På grund af et stigende antal ældre i befolkningen forventes det, at antallet af demente vil vokse. I 2030 forventes det således, at der er sket en fordobling af antallet af mennesker med demens i Region Hovedstaden.

De hyppigste demenssygdomme er:

- Alzheimers sygdom (AD), som står for halvdelen af tilfældene
- Frontotemporal demens (FTD)
- Lewy Body Demens (DLB)
- Vaskulær demens (VaD)

De fleste demenssygdomme er fremadskridende og medfører gradvist tab af funktionsevne og evnen til at klare sig selv.

For yderligere information om demens se:

www.videnscenterfordemens.dk





Formål med et forløbsprogram for demens

Patienten og de pårørende i centrum

Forløbsprogrammet for patienter med demens skal sikre, at patienter og pårørende oplever en sammenhængende indsats i forløbet med demens. Det skal sikres ved, at alle aktører i sundhedsvæsenet har patienten og de pårørende i centrum for at tilgodese relevante sundhedsfaglige og sociale behov.

Forløbsprogrammet skal ligeledes understøtte:

- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- Anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for indsatsen
- Fælles målsætning for indsatsen
- At personalet har de nødvendige kompetencer
- Øget opmærksomhed på tidlig opsporing
- Afstigmatisering af sygdommen demens
- En hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne.

Opsporing og udredning

Forløbsprogrammet fokuserer på:

- Opsporing og udredning af patienter, hvor der er mistanke om demens
- De sociale og sundhedsfaglige indsatser for patienter, som har fået stillet en demensdiagnose, eller som har forstadier til demens.





Demens er en kompleks sygdom

Mister evnen til at definere behov

Demens er en kompleks sygdom og forbundet med særlige udfordringer for både pårørende og fagpersoner.

Demens svækker hjernens funktioner og fører til nedsat funktionsevne i dagligdagen. Hukommelsen svigter, og patienten får problemer med sprog og tænkning, mister overblik og dømmekraft. Mange ændrer adfærd og personlighed, og demens kan være ledsaget af psykiske symptomer som angst, depression, vrangforestillinger og hallucinationer.

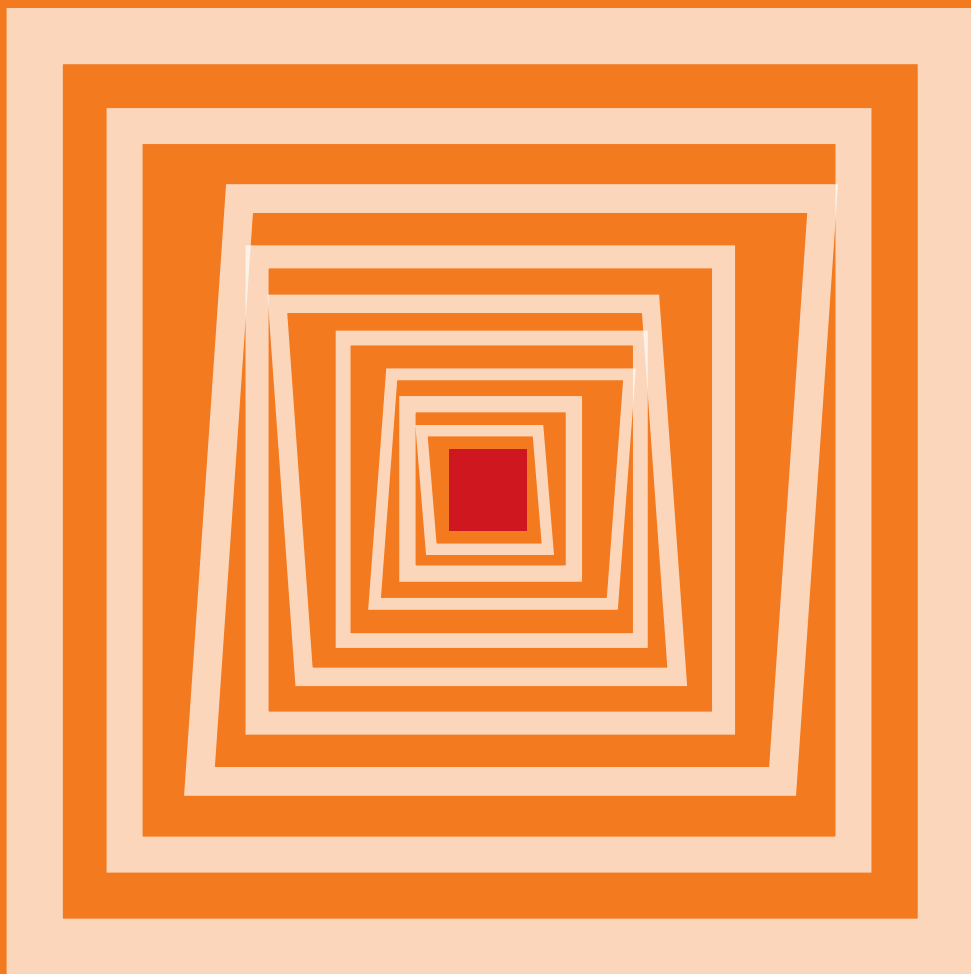
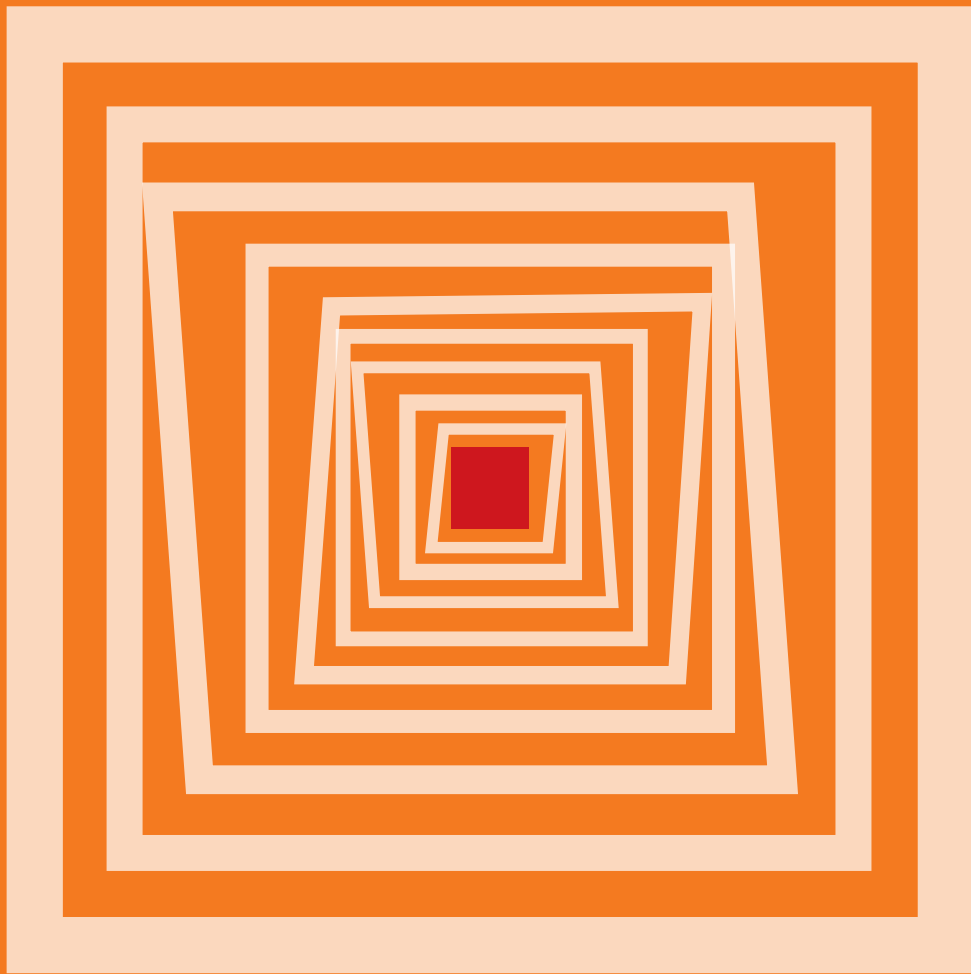
Patienter med demenssygdomme mister gradvist evnen til at tage vare på sig selv og definere egne behov. Mange patienter med demens kan derfor ikke selv bidrage til koordinering af indsatsen, men er helt afhængig af hjælp fra andre. Hyppigt er det nære pårørende, som skal sikre, at patientens behov tilgodeses, når sygdommen forværres, og der opstår komplikationer.

Patienter, der ikke har nære pårørende, som hjælper dem, er meget sårbare og udgør en særlig udfordring for aktørerne i forløbsprogrammet.

Juridiske problemstillinger

Svær demens er forbundet med særlige juridiske problemstillinger. Der er særlige udfordringer, når der skal indhentes samtykke til undersøgelse, behandling og sociale tiltag, og når magtanvendelse i helt specielle tilfælde kan være nødvendigt.

Forløbsprogrammet beskriver, hvilke aktører der har ansvaret for indsatsen og sammenhængen i forløbet, både i udredningsfasen og i den opfølgende behandling og sociale indsats.





Omgivelserne skal inddrages

Tidlig opsporing er vigtig

Pårørende er også målgruppe

Mange patienter med demens er afhængige af støtte fra pårørende og andre i deres omgivelser.

For aktørerne i forløbsprogrammet betyder det, at de pårørende skal inddrages mest muligt. Det betyder også, at de pårørende selv er målgruppe for indsatsen. Forskning viser nemlig, at pårørende til mennesker med demens er særligt udsatte for at få en depression og andre sygdomme som følge af den belastning, de er udsat for.

Pårørende har særlige behov

Aktørerne i forløbsprogrammet skal være opmærksomme på de pårørendes behov. De kan fx have behov for:

- Undervisning for bedre at kunne forstå sygdommen og hjælpe den demente
- Rådgivning, aflastning i dagligdagen
- Fællesskab med andre pårørende i en lignende situation.

Kend de tidlige tegn

Jo tidligere sygdommen opdages, des bedre er mulighederne for at vælge behandlingsmetoder, planlægge den sociale indsats og samarbejdet med pårørende.

Det skønnes, at mindre end halvdelen af demente i Danmark har fået en demensudredning. Det skyldes blandt andet:

- Manglende opmærksomhed i befolkningen om symptomer og muligheder for behandling
- At sygdommen er tabubelagt og forbundet med stigmatisering
- Manglende kompetencer blandt professionelle aktører.

Tidlige tegn

Det er vigtigt, at aktørerne i forløbsprogrammet er opmærksomme på at opspore demens tidligt, og at fagpersonerne i social- og sundhedsvæsenet generelt kender til tidlige tegn på demens. Det kan være tegn som:

- Hukommelsessvækkelse
- Taleproblemer
- Problemer med at orientere sig
- Depression og ængstelighed
- Ændret adfærd.

Ved mistanke om demenssygdom skal situationen og muligheder for udredning drøftes med patienten og de pårørende, og udredning skal iværksættes så hurtigt som muligt.



Udredning i to trin

Er der tale om demens?

Det primære formål med en udredning er at afgøre, om der er tale om en demenssygdom, og hvis der er, planlægge behandling og social indsats.

Udredning for demens foregår i to trin:

Trin 1 er en indledende udredning.

Den foregår som regel i almen praksis og omfatter:

- Oplysninger fra patient og pårørende (anamnese)
- Kognitiv vurdering
- Psykisk vurdering
- Objektiv somatisk og neurologisk undersøgelse
- Vurdering af funktionsniveau
- Laboratorieundersøgelser
- Vurdering af mulige diagnoser.

Hvis lægen vurderer, at det er sandsynligt, at patienten har en mild hukommelsessvækkelse (Mild Cognitive Impairment, MCI) eller en demenssygdom – henvises patienten videre til trin 2.

Trin 2 er en supplerende udredning, som foregår i en demensenhed. Den omfatter:

- Oplysninger fra patient og pårørende (anamnese)
- Objektiv lægeundersøgelse
- Kognitive test
- Blodprøver og CT- eller MR-scanning af hjernen
- Kortlægning af andre sygdomme, komplikationer og risikofaktorer
- Stillingtagen til diagnose
- Plan for information, behandling, opfølgning og social støtte
- Information til patient og pårørende.

I forbindelse med udredningen kan det være nødvendigt at henvise patienten til undersøgelse hos specialister inden for psykiatri eller neurologi. I så fald henvises patienten til afdelinger med regionsfunktion.

Udredning af demens er i øvrigt beskrevet i:

- Demens i almen praksis. Udredning, diagnostik, behandling og opfølgning. Klinisk vejledning. Dansk Selskab Almen Medicin, 2006 www.dsam.dk
- Demens – udredning og medicinsk behandling 2009, Demensrådet, Region Hovedstaden.

Demensenheder i Region Hovedstaden

- Hillerød Hospital (planområde Nord)
- Herlev Hospital (planområde Midt)
- Glostrup Hospital (planområde Syd)
- Rigshospitalet i samarbejde med Bispebjerg Hospital (planområde Byen)
- Bornholm med konsulentfunktion fra Rigshospitalet





Kommunikation mellem aktørerne

Henvisning og epikrise

For at sikre sammenhæng i indsatsen er kommunikation mellem de forskellige aktører i forløbet vigtig. De væsentligste elementer heri er “Den gode henvisning” fra almen praksis til demsenheden og “Den gode epikrise” fra demsenheden til almen praksis.

Den gode henvisning indeholder:

- Kort resumé af tidligere sygdomme med relevans for patientens aktuelle situation
- Kort resumé af aktuelle symptomer
- Svar på laboratorieprøver
- Medicinstatus
- Patientdata og oplysninger om eventuelle pårørende.

Den gode epikrise indeholder:

- Diagnose med kode
- Kort resumé af sygehistorie og undersøgelser
- Sygdommens betydning for patientens funktionsniveau
- Oplysninger om information til patienten og eventuelle pårørende
- Oplysninger om indsats, behandling og medicinstatus
- Plan for opfølgning
- Oplysninger om niveau for behandling, tovholder og forløbskoordinator. Se side 15.



Behandling efter behov

Tre niveauer

For at sikre den enkelte patient den bedst mulige behandling og pleje fordeles patienterne på tre forskellige niveauer i forhold til behov for behandling og risiko for, at sygdommen forværrer.

Niveau 1 er et grundforløb for patienter med:

- Ukompliceret Alzheimers sygdom (AD)
- Ukompliceret vaskulær demens (VaD)
- Fremskreden demens uanset type.

Patienterne har en stærk ressourceprofil og ikke behov for særlig social indsats.

Niveau 2 er et overgangsforløb, der skal sikre sammenhæng i indsatsen ved overgang mellem niveau 1 og niveau 3. Niveau 2 kan ligeledes anvendes i situationer, hvor en patient ikke skal flyttes fra niveau 1 til niveau 3, men hvor den praktiserende læge skønner, at der er behov for at revurdere et enkelt spørgsmål.

Niveau 3 er et grundforløb for patienter med:

- Kompliceret Alzheimers sygdom (AD)
- Kompliceret vaskulær demens (VaD)
- Lewy Body demens (DLB)
- Frontotemporal demens (FTD)
- Hukommelsessvigt, Mild Cognitive Impairment (MCI)
- Sjælden eller arvelig sygdom
- Uafklaret diagnose.

Patienterne har en svag ressourceprofil og behov for særlig social indsats.

Forløbsprogrammet for demens har en checkliste til brug for den årlige kontrol. Se www.regionh.dk/forlobsprogrammer

Kompleksitet og ressourcer

En forudsætning for at placere patienten på rette niveau er, at patienten er udredt og diagnosticeret, og at sygdommens kompleksitet og patientens sociale ressourceprofil er vurderet.

Sygdommens kompleksitet vurderes på baggrund af sygdommens art og stadium, aktuelle symptomer og eventuelt andre sygdomme.

Den sociale ressourceprofil er en vurdering af patientens evne til egenomsorg, kvaliteten af patientens sociale netværk og økonomiske forhold. En patient med en stærk ressourceprofil har et velfungerende socialt netværk. En patient med en svag ressourceprofil har et svagt socialt netværk.

Sygdom og ressourcer

Skemaet til højre beskriver demenssygdommen i tre niveauer ud fra:

- Sygdommens kompleksitet
- Patientens sociale ressourcer
- Behov for særlig vurdering.

Patienter skal opfylde alle kriterier for at blive placeret på (stratificeret til) niveau 1. Patienter skal blot opfylde ét kriterium for at blive placeret på niveau 3.

Behov ændrer sig

Patientens situation kan ændre sig. Tilstanden kan forværrer, stabiliseres eller forbedres, afhængig af sygdommens sværhedsgrad, eventuelt andre sygdomme eller sociale begivenheder i patientens liv. Niveaudelingen er derfor et dynamisk redskab, så patienterne kan skifte fra det ene niveau til det andet. Placeringen foretages typisk i forbindelse med diagnosticering af sygdommen og ved årlige kontroller hos den praktiserende læge eller på en demensenhed.



Sygdom og ressourcer

Sygdom og ressourcer · Stratificering af indsatsen

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Forløbstype	Grundforløb	Overgangsforløb mellem niveau 1 og niveau 3	Grundforløb
Sygdomskompleksitet			
Diagnose og stadium	Ukompliceret AD eller VaD * <i>eller</i> Fremskreden demens uanset type (hvor der ikke er behov for lægefaglig specialbistand)		Kompliceret AD eller VaD DLB FTD Anden mere sjælden eller arvelig sygdom Uafklaret diagnose MCI
Adfærdsforstyrrelser med behov for ny behandlingsplan på specialstniveau	Nej		Ja
Særlige ledsagesymptomer	Nej		Anfaldsfænomener Bevægeforstyrrelser Taleproblemer
Tvivl om behandling med antidemens medicin	Nej		Ja
Tvivl om diagnosen	Nej		Ja
Ressourceprofil			
Netværk/pårørende	Stærk (modtager eventuelt daglig kommunal pleje/omsorg)		Svag
Behov for særlig social indsats (erhvervsaktiv patient eller patient har børn/unge under 18 år)	Nej		Ja
Andet			
Behov for særlig vurdering i demensenhed af anden grund**	Nej		Ja



Organisering og ansvar

Tovholder og forløbskoordinator

For at sikre sammenhæng i indsatsen for patienter og pårørende er organisering og ansvar for indsatsen beskrevet for de tre niveauer, som patienterne fordeles efter, afhængigt af sygdommens stadie og sværhedsgrad.

Patienter på niveau 1 og 2 behandles i almen praksis. Patienter på niveau 3 behandles på en demensenhed. Det er enten en tovholder eller en forløbskoordinator, der har ansvaret for, at indsatsen hænger sammen i hele forløbet.

Tovholder

Tovholderen skal sikre, at behandlingen er koordineret på tværs af sektorerne. Tovholderen skal desuden sikre, at patientens helbred løbende vurderes, og at behandlingen fastlægges i forhold til, hvor alvorlig og kompleks sygdommen er på det aktuelle tidspunkt.

En tovholder er altid lægefagligt uddannet, og det er som regel patientens praktiserende læge, der har funktionen.

Forløbskoordinator

Forløbskoordinatoren skal sikre, at den tværfaglige og tværsektorielle indsats i forhold til sygdommen er koordineret, sikre sammenhæng i indsatsen og understøtte patientens muligheder for egenomsorg.

Forløbskoordinatoren kan komme fra en demensenhed på hospitalet, fra almen praksis eller fra kommunen. Det er patientens situation, eventuelle tilknytning til kommunale tilbud og niveau for behandling der afgør, hvor ansvaret for koordinationen af forløbet placeres.

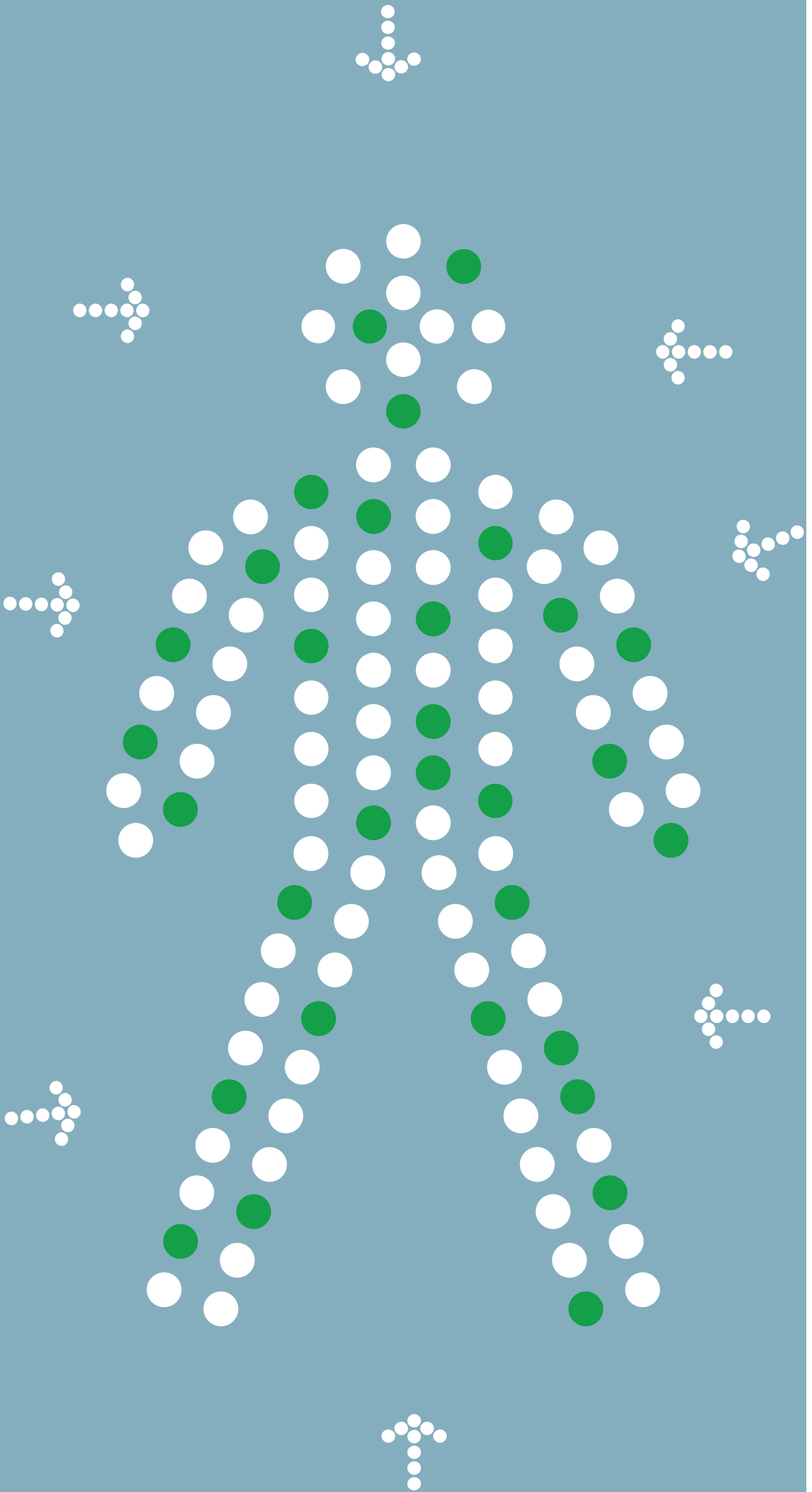
Hvis forløbskoordinatoren er kommunalt ansat, vil det typisk være en demenskonsulent, demenskoordinator, visitator, hjemmesygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Den kommunale forløbskoordinator vil ligeledes være vidensperson i forhold til kommunens tilbud over for patienten og pårørende. Hvis forløbskoordinatoren er tilknyttet demensenheden på hospitalet, vil opgaven typisk varetages af en sygeplejerske i ambulatoriet.

Indsats på tre niveauer

Niveaudeling af indsatsen

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Lægefaglig/tværfaglig opfølgning	Almen praksis ≥ 1 gang årligt	Almen praksis ≥ 1 gang årligt	Demensenhed ≥ 2 gange årligt
	Hyppigere, mellem-liggende besøg ved behov i almen praksis	Ét besøg i demensenhed	Hyppigere, mellem-liggende besøg ved behov i demensenhed
Tovholder (generel)	Almen praksis	Almen praksis	Almen praksis
Tovholder (demens) Har ansvaret for proaktiv opfølgning af demenssygdom	Almen praksis	Almen praksis	Læge ved demensenhed
Forløbskoordinator	Almen praksis, klinikpersonale eller kommunal demenskoordinator/kontaktperson	Almen praksis, klinikpersonale eller kommunal demenskoordinator/kontaktperson	Demensenhed (kontakt-sygeplejerske/ eller -terapeut) eller kommunal demenskoordinator/kontaktperson

Skemaet viser, hvem der har ansvar for koordineringen af forløbet på tre niveauer.





Den samlede indsats for patienter med demens

Behandling og opfølgning

Den samlede sundheds- og socialfaglige indsats for patienter med diagnosticeret demens består af behandling, opfølgning og forebyggelse af komplikationer og social støtte.

Behandling

Den sundhedsfaglige behandling omfatter:

- Specifik medicinsk behandling af demenssygdomme, hvor det er muligt
- Behandling af eventuelt andre sygdomme
- Justering og behandling af eventuelle risikofaktorer
- Behandling af komplikationer og tilstødende sygdomme og adfærdsforstyrrelser.

Opfølgning og forebyggelse

For at sikre en sammenhængende god behandling, forebygge unødvendige indlæggelser og socialt sammenbrud, bør alle patienter tilbydes en proaktiv sundhedsfaglig opfølgning, mindst én gang årligt. Opfølgningen kan foregå enten i demensenheden på hospitalet (niveau 3) eller hos den praktiserende læge (niveau 1). I begge tilfælde kan det eventuelt foregå i patientens eget hjem eller plejebolig.

Opfølgningen skal indeholde:

- Status for sygdommens forløb
- Evaluering og revurdering af den fælles målsætning med indsatsen
- Kontrol af medicinsk behandling
- Vurdering af behov for social støtte
- Rådgivning af patient og pårørende.

Social støtte

De socialfaglige tilbud til patienter med demens og eventuelle pårørende ydes i henhold til Lov om Social Service. Patienterne skal individuelt vurderes og visiteres til tilbuddene, som skal være målrettet den enkelte patient.

Tilbuddene kan omfatte:

- Personlig hjælp og pleje
- Praktisk hjælp
- Aflastning af pårørende
- Vedligeholdelse af fysiske og psykiske færdigheder
- Aktivitets- og samværstilbud
- Midlertidige ophold
- Botilbud.

Organisering af den samlede indsats

Skemaet på de følgende sider viser, hvordan den sundhedsfaglige og sociale indsats er organiseret i forhold patienternes behov for behandling, opfølgning og social støtte.

Tabel 4: Organisering af den sundhedsfaglige og sociale indsats efter stratificeringsniveau
(indsatsen på niveau 2 – overgangsfasen – placeres på samme måde som ved niveau 1) – se også tabel 5

Koordination	Niveau 1	Niveau 3
Tovholder – generel	Praktiserende læge	Praktiserende læge
Tovholder – demens	Praktiserende læge	Speciallæge (neurologi, psykiatri eller geriatri) i hospitalets demensenhed
Forløbskoordinator – for patienter med ingen eller mindre kontakt til kommunen	Almen praksis (klinikpersonale)	Sygeplejerske (eller terapeut) i hospitalets demensenhed
Forløbskoordinator – for patienter med tæt kontakt til kommunen (hjælp i hjemmet eller bor i plejebolig)	Kommune: demenskoordinator eller anden kontaktperson	Kommune: demenskoordinator eller anden kontaktperson

Sundhedsfaglig behandling og opfølgning	Niveau 1	Niveau 3
Information om diagnose og rådgivning om lokale sociale og sundhedsfaglige tilbud og patientforeningstilbud til (nye) patienter og pårørende	–	Læge og tværfagligt team i hospitalets demensenhed
Proaktiv sundhedsfaglig opfølgning af patienter med demensdiagnose	Praktiserende læge	Læge og tværfagligt team i hospitalets demensenhed
Medicinsk (anti-demens) behandling – herunder vurdering af virkning og bivirkninger, justering af behandling, ansøgning om tilskud	Praktiserende læge	Læge i hospitalets demensenhed
Generel fysisk/psykisk helbredsstatus med screening for eventuel co-morbiditet og komplikationer til demenssygdom	Praktiserende læge	Læge og tværfagligt team i hospitalets demensenhed
Behandling af depressive symptomer og anden psykiatrisk co-morbiditet	Praktiserende læge	Læge og tværfagligt team i hospitalets demensenhed eller ældrepsyk. team
Behandling af særlige ledsagesymptomer (bevægelsesforstyrrelser, taleproblemer, anfald)	–	Læge og tværfagligt team, hospitalets demensenhed
Behandling og pleje af adfærdsforstyrrelser	Praktiserende læge og kommune	Læge og tværfagligt team, hospitalets demensenhed og kommune eller ældrepsykiatrisk Team og kommune
Status – demenssygdommens udvikling	Praktiserende læge	Læge og tværfagligt team i hospitalets demensenhed
Ernæringsvejledning	Praktiserende læge eller kommune	Læge/sygeplejerske/terapeut i hospitalets demensenhed eller kommune
Rådgivning vedrørende (og evt. forbud mod) bilkørsel, våbentilladelse, m.m.	Praktiserende læge	Speciallæge i hospitalets demensenhed

Tabel 4: Organisering af den sundhedsfaglige og sociale indsats efter stratificeringsniveau
(indsatsen på niveau 2 – overgangsfasen – placeres på samme måde som ved niveau 1) – se også tabel 5

Social indsats og opfølgning	Niveau 1	Niveau 3
Vejledning om sociale tilbud til nye patienter	Praktiserende læge og/eller kommune	Tværfagligt team i hospitalets demensenhed og evt. kommune
Vurdering af behov for ny eller revideret social indsats (på foranledning af patient, pårørende, kommunalt personale, almen praksis eller hospitalsenhed) og visitation	Kommune: visitator	Kommune: visitator
Opfølgning: regelmæssig kontakt med henblik på vurdering af behov for social indsats	Kommune	Kommune
Vejledning om sociale tilbud til særlige grupper af patienter med demens: • Yngre med demens • Etniske minoriteter med demens • Udviklingshæmmede med demens	Almen praksis i samarbejde med kommune	Tværfagligt team i hospitalets demensenhed i samarbejde med kommune
Palliativ indsats til den døende patient med demens	Kommune og almen praksis	–
Opfølgende samtale til pårørende efter den dementes død: • patienter uden kontakt til kommune før døden • patienter med nær kontakt til kommune før døden	Almen praksis Kommune	Tværfagligt team i hospitalets demensenhed Kommune

Rådgivning, undervisning og indsats for pårørende	Niveau 1	Niveau 3
Generel sundhedsfaglig rådgivning som led i opfølgningen	Almen praksis	Hospitalets demensenhed
Rådgivning om sikkerhedsmæssige og juridiske aspekter af demenssygdom	Almen praksis/Kommune	Socialrådgiver/tværfagligt team i hospitalets demensenhed
Rådgivning til patienter/pårørende i krise	Almen praksis	Psykolog/tværfagligt team i hospitalets demensenhed
Rådgivning om særlige sociale forhold hos erhvervsaktive patienter og patienter med mindreårige børn	–	Socialrådgiver/tværfagligt team i hospitalets demensenhed, sagsbehandler i kommune
Undervisningstilbud (kurser) for patienter	–	Hospitalets demensenhed
Undervisningstilbud (kurser) for pårørende til nydiagnosticerede patienter	–	Hospitalets demensenhed
Professionelt ledede pårørendegrupper	Kommune	Hospitalets demensenhed eller kommune
Pårørendegrupper (selvhjælpsgrupper)	Patientforeninger	Patientforeninger

Minimumsstandarder for demens

Tabel 5: Minimumsstandarder for demens

A: Minimumsstandard; B: Anbefales. Se også tabel 4.

Forløbsprogram for demens Sundhedsfaglige og sociale indsatser	Kommunerne	Hospitalerne	Almen praksis
Indledende diagnosticering og stratificering			A
Opfølgende diagnosticering og stratificering		A	
Udpegning af tovholder		A	A
Udpegning af forløbskoordinator	A	A	A
Information og rådgivning om diagnose og tilbud til nydiagnosticeret patient med pårørende		A	
Standardiseret sundhedsfaglig behandling og opfølgning af patienter med demensdiagnose		A	A
Kontakt ved kommunal demens- koordinator/visitator til alle nydiagno- sticerede med henblik på vejledning om sociale tilbud	A		
Regelmæssig kontakt med henblik på vurdering af behov for social indsats ved kommunal demenskoordinator	B		
Regelmæssigt udbudte undervisnings- tilbud til patienter og pårørende	B	B	
Information om tilbud til pårørende	A	A	A
Indsatser rettet mod de pårørende efter den dementes død	B		
Indsatser rettet mod yngre demente, udviklingshæmmede med demens og demente fra etniske minoriteter	B	B	B
Indsatser rettet mod urolige eller adfærdsforstyrrede patienter med demens	B	A	A



Redaktion
Region Hovedstaden,
januar 2011
Revideret oktober 2012

Grafisk design
FinnNygaard.com

Tryk • Nofoprint • 2.000 stk.



Forløbsprogram for patienter med demens

Denne pjece indeholder en kort præsentation af et forløbsprogram for patienter med demens på hospitaler, i almen praksis og kommuner i Region Hovedstaden. Pjecen henvender sig til fagfolk, beslutningstagere og andre, som møder og arbejder med mennesker med demens.

Læs hele forløbsprogrammet på
www.regionh.dk/forlobsprogrammer

Pjecen er udgivet i et samarbejde mellem hospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger i Region Hovedstaden,
januar 2011 · revideret oktober 2012