

Bilag 1 – Demensudredning

1. Vejledning til forundersøgelse i almen praksis

Praktiserende læge varetager iflg. Sundhedsaftalen for Mennesker med Demens, den primære demensudredning efter de relevante Nationale Kliniske Retningslinjer

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/~-/media/1AB1A34E3A664E4D83A4127328ADB17.ashx>

og

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/nkr-diagnostik-af-mild-cognitive-impairment-og-demens>

i samarbejde med pårørende, og gerne med inddragelse af den kommunale demenskonsulent, som evt. kan udarbejde en adfærds- og funktionsvurdering, hvis patienten giver samtykke til dette.

A. Symptomer der rejser mistanke om demens

- Hukommelsesproblemer
- Vanskeligheder med at udføre vante opgaver
- Sproglige problemer
- Usikker orientering i tid og sted
- Nedsat dømmekraft
- Problemer med abstrakt tænkning
- Forandringer i humør og adfærd
- Forandringer i personlighed
- Initiativløshed

samt oplysninger om progression.

B. Udeluk så vidt muligt somatisk sygdom, delirium, depression og pågående misbrug eller svækkelse af kognitive funktioner af andre årsager (alkohol, analgetika, hypnotika, sedativa, anti-psykotika, anti-epileptika)

- Anamnese
- Medicin

Objektiv undersøgelse

Somatisk, psykisk, neurologisk, syn, hørelse, evt. ortostatisk blodtryksmåling.

Forslag til laboratorieundersøgelser

- Hæmoglobin, Leukocytter + differentialtælling, Trombocytter, CRP, Kreatinin, Natrium og Kalium, Calcium, Albumin, ALAT, LDH, Basiske fosfatase, Bilirubin, INR, TSH, HbA1c, Kolesterol, Folat og B12
- Ved lav B12 suppleres med p-methylmaloneat
- EKG

Billeddiagnostisk undersøgelse

Beskrivelse af evt. CT-scanning medsendes ligeledes med oplysning om, hvor den er foretaget. Såfremt der ved henvisning endnu ikke er lavet CT-scanning, oplysning om hvortil der en henvist. Hvis patienten ikke ønsker CT scanning skal dette naturligvis ikke forhindre henvisning.

C. Udeluk psykiatrisk sygdom

Depression (evt. [GeriatricDepressionScale- test](#)), psykoser, delir, stress.

D. Screening for demens

Resultat af MMSE-test og evt. urskivetest medsendes.

E. Øvrige oplysninger ved henvisning

Af praktiske grunde er det vigtigt at påføre nedennævnte oplysninger på henvisningen til udredning for demens:

- Navn på nærmeste ressource-person i patientens omgivelser med adresse, tlf. arbejde og hjem
- Patienten skal være indforstået med at man fra udredningsstedet henvender sig til pågældende ressource-person
- Oplysning om hvem der har foranlediget demensudredning (patienten selv? ægtefælle? Barn? Demenskonsulent? Hjemmesygeplejerske? Egen læge? Andre?)

2. Demensudredning ved speciallæger (neurologi, geriatri eller psykiatri)

Patienten udredes i hospitalsregi ved samtale med speciallæge, evt. neuropsykologisk undersøgelse samt evt. yderligere undersøgelser så som PET scanning og lumbalpunktur.

Når diagnosen er stillet, ses patienten sammen med nærmeste pårørende til en informationssamtale hvor diagnose og behandling drøftes. Herefter ses patienten igen til en afsluttende kontrol efter 6-9 måneder. Afslutningstidspunktet afhænger dog af den enkeltes diagnose og sygehistorie og kan variere.

3. Opfølgning efter demensudredning i almen praksis

Herefter henvises patienten tilbage til egen læge, som forestår den videre kontrol. Det foreslås at patienter, som har fået en demensdiagnose, ses til en kontrol hos egen læge 1-2 måneder efter afslutning fra hospitalet. Der vil blive tilsendt en journalkopi, som indeholder oplysninger om opstartet behandling, det aktuelle funktionsniveau samt vurdering af behov for sociale foranstaltninger og behov for evt. yderligere behandling med antidepressiva og neuroleptika. Hos patienter, som er i behandling for demens, kan det ved svær progression være relevant at genhenvise til sygehusregi med henblik på vurdering af evt medicinskift.

Der skal ikke længere søges om individuelt tilskud til de mest anvendte anti-demens midler donepezil og memantin. Hvis patienten skønnes tilskudsberettiget skal der blot afkrydses på recept. Ved behandling med galantamin eller rivastigmin, skal der søges om forlængelse af individuelt tilskud via FMK's elektroniske formular.

Hvis det overvejes at seponere den medicinske behandling bør den praktiserende læge konferere med lægerne i den specialistenhed, der har påbegyndt behandlingen.

Patienter med svær demens og neuropsykiatriske symptomer kan fortsat have effekt af cholinesterasehæmmere. Ved tvivl om behandlingens effekt kan behandlingen pauseres og eventuelle ændringer observeres. Pausen anbefales at vare max. 14 dage.

Til brug for videre opfølgingsbesøg kan det anbefales at anvende følgende tjekliste:

- Vurdering af kognitivt funktionsniveau (MMSE anbefales foretaget minimum 1 gang årligt, testningen er dog kun vejledende for det kognitive funktionsniveau).
- Indhentning af oplysninger fra patient og pårørende eller plejepersonale om dagligt funktionsniveau, status for sygdomsprogression, evt. komplikationer, medicinstatus, evt. medicinbivirkninger
- BT, puls, vægt (BMI)
- Stillingtagen til arbejds- eller pensionsforhold, socialmedicinske tiltag og evt. henvisning til kommunalt netværk, kurser, rådgivning
- Orientering på et passende tidspunkt om generalfuldmagt og værgemålbestemmelserne.

BEMÆRK: Egen læge skal søge fornyet medicintilskud hver 15. måned, men kun for galatamin eller rivastigmin.