



Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens



Høringsversion

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens
Høringsversion

© Sundhedsstyrelsen, 2018.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	4
1.1. Formål og baggrund.....	4
1.2. Vidensgrundlag	4
1.3. Lovgrundlag.....	5
1.4. Definitioner og forkortelser.....	5
2. Sammenfatning af anbefalinger	7
2.1. Organisering.....	7
2.2. Rettidig diagnostik og udredning af demens	7
2.3. Koordination og samarbejde.....	7
2.4. Faglige indsatser	8
2.5. Opfølgning.....	8
3. Population	9
3.1. Afgrænsning af population.....	9
3.2. Forekomst af demens	9
3.3. Populationens karakteristika.....	10
4. Organisering	12
4.1. Opgave- og ansvarsfordeling	12
5. Rettidig diagnostik og udredning af demens	14
5.1. Rettidig diagnostik.....	14
5.2. Udredning af demens	16
6. Koordination og samarbejde	18
6.1. Planlægning af sammenhængende forløb.....	18
6.2. Samarbejde og koordination.....	20
7. Faglige indsatser	23
7.1. Sundhedsfaglige indsatser	23
7.2. Psykosociale indsatser	27
7.3. Pårørendeindsatser	29
8. Opfølgning	32
8.1. Opfølgning på opsporing, udredning og behandling	32
8.2. Genhenvielse	33
Referenceliste	35
Bilagsfortegnelse	36
Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium	37
Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer	40

1. Introduktion

1.1. Formål og baggrund

Nærværende anbefalinger beskriver det tværsektorielle og tværfaglige forløb for mennesker med demens. Mennesker med demens behandles af flere faggrupper og viden om denne tilstand er relevant på tværs af mange specialer og faggrupper.

Anbefalingerne har til formål at medvirke til at skabe trivsel for borgeren via øget sammenhæng i forløbet og understøtte en faglig og organisatorisk ensartet praksis af høj kvalitet i diagnostik, udredning, behandling, pleje, omsorg og opfølgning.

Anbefalingerne henvender sig til ledere, planlæggere og sundhedspersonale, der beskæftiger sig med mennesker med demens i kommunerne, på sygehuse, i almen praksis samt i speciallægepraksis.

Anbefalingerne er udarbejdet på baggrund af Aftale om satspuljeaftalen for sundhedsområdet for 2016-2019, hvor regeringen og satspuljepartierne afsatte midler til udmøntning af konkrete initiativer på baggrund af en ny national demenshandlingsplan 2025.

Det anbefales, at anbefalingerne indarbejdes i lokale instrukser og vejledninger samt i de regionale forløbsprogrammer/samarbejdsaftaler for mennesker med demens.

Sundhedsstyrelsen er blevet rådgivet af en arbejdsgruppe nedsat til formålet. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

1.2. Vidensgrundlag

Anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med demens er baseret på den aktuelt bedste viden og evidens med henblik på at skabe kvalitet i diagnostik, udredning og behandling, herunder National Klinisk Retningslinje om udredning og behandling af demens (Sundhedsstyrelsen 2013). Der er aktuelt tre nye Nationale Kliniske Retningslinjer under udarbejdelse, som forventes publiceret i slutningen af 2018. Viden herfra er, i den grad det har været muligt, indarbejdet i anbefalingerne. Endvidere indgår erfaringer fra fagfolk i arbejdsgruppen som supplement til de faglige vejledninger, retningslinjer mv.

Derudover har Sundhedsstyrelsen, som forberedelse til arbejdet, fået foretaget en ekstern evaluering af de eksisterende regionale forløbsprogrammer og samarbejdsmodeller

(Implement 2017¹). Evalueringen peger på en række aktuelle indsatser, udfordringer samt god praksis i forhold til implementering.

1.3. Lovgrundlag

Inden for demensområdet er der forskellige lovgivninger og muligheder, når pårørende og personale skal varetage personlige og økonomiske forhold for mennesker med demens. Disse anbefalinger er omfattet dels af sundhedsloven (SUL), herunder reglerne om patientsamtykke til behandling, og dels af serviceloven (SEL), herunder bestemmelserne om omsorgspligt og varetagelse af interesser (§§ 82 og 82, stk. 2), samt indgreb i selvbestemmelsesretten, herunder også bestemmelserne om manglende samtykke.

Endelig kan indsatser til mennesker med demens være omfattet af lov om værgemål, aftaleloven og af psykiatriloven, herunder bestemmelser om tvangsbehandling og magtandvendelse.

1.4. Definitioner og forkortelser

Nedenfor beskrives nogle af de centrale begreber, der anvendes i anbefalingerne:

Patienter og borgere

Der anvendes i anbefalingerne både benævnelserne 'patient' og 'borger' afhængig af sammenhængen. Således benyttes 'patienter' i beskrivelsen af regionale indsatser og indsatser i praksissektoren, mens betegnelsen 'borger' benyttes i beskrivelsen af kommunale indsatser. Endvidere benyttes 'mennesker'/'personer', når der refereres til målgruppen på populationsniveau.

Activities of daily living (ADL)

Funktionsniveau i dagligdagen. Der vurderes evnen til fx personlig hygiejne, badning og toiletbesøg, påklædning, tarm og blærekontrol, spisning og mobilisering (Sundhedsstyrelsen 2008).

Behavioural and psychological symptoms and signs of dementia (BPSD)

Adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Disse symptomer er ofte meget belastende følger ved demens, og er ofte dem, der til sidst udløser behovet for at søge om plejehjemsplads. Da BPSD har mange årsager, findes der flere måder at håndtere symptomerne på. I første omgang identificeres årsagen som enten neurobiologisk, psykosocial eller omgivelsesbestemt for at få en rettesnor for håndtering eller behandling.

¹ <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2017/demenshandlingsplan-anbefalinger-til-tvaersektorielle-og-tvaerfaglige-forloeb>

Mild cognitive impairment (MCI)

Let kognitiv svækkelse. En tilstand karakteriseret ved let kognitiv svækkelse, men hvor borgeren ikke opfylder demenskriterierne, og hvor de basale ADL-funktioner er bevarede. MCI-tilstanden kan ved nogle tilfælde behandles, hvilket eventuelt medfører at tilstanden aftager, men kan også forudgå en egentlig demensudvikling.

Høringsversion

2. Sammenfatning af anbefalinger

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle anbefalinger for mennesker med demens er opsummeret nedenfor. De anbefalinger er uddybet i de efterfølgende kapitler.

2.1. Organisering

- Kommuner laver aftaler med parter i civilsamfundet om samarbejde for at understøtte bedre liv med demens

2.2. Rettidig diagnostik og udredning af demens

- Sundhedsprofessionelle med hyppig kontakt til borgere – herunder særligt til ældre borgere – besidder en basal viden om demens og de hyppigste tegn herpå samt om mulighederne for udredning, behandling, støtte samt rådgivning
- Sundhedsprofessionelle tilskynder borgere til at kontakte egen læge, hvis de får mistanke om demens hos borgeren. Alternativt kan medarbejderen indhente borgerens tilladelse til at kontakte borgerens egen læge
- Henvendelse til sundhedsvæsenet om mulig kognitiv svækkelse fører til en vurdering af behovet for udredning for en eventuel underliggende demenssygdom
- Almen praksis varetager den indledende vurdering og udredning, der som minimum bør indeholde anamneseoptagelse, objektiv undersøgelse, kognitiv testning samt blodprøver
- De regionale demensudredningsenheder varetager som udgangspunkt den videre udredning og diagnostik på baggrund af den indledende udredning hos almen praksis

2.3. Koordination og samarbejde

- Regioner og kommuner inddrager aktivt borgeren, de pårørende og de relevante fagprofessionelle i planlægningen af forløbet samt behandlingen
- Det samlede forløb for mennesker med demens planlægges i samarbejde med pårørende ud fra det enkelte menneskes mål, behov og ressourcer
- Kommuner har en række indsatser til mennesker med demens, der sigter mod at fastholde borgernes funktionsevne så vidt muligt, samt bidrager til en øget livskvalitet for borgeren og pårørende.
- Kommuner og regioner, herunder almen praksis, etablerer systematiske samarbejdsfora, som drøfter organisering, opfølgning og planlægning af sammenhængende patientforløb mellem involverede aktører
- Kommuner etablerer tidligt kontakt til borgeren for at planlægge borgerens forløb

- Når borgere med demens udskrives fra sygehus, overdrager sygehuset (den patientansvarlige læge) hurtigst muligt tovholderrollen for borgerens forløb til kommune (demenskoordinatoren). Ved behov for lægefaglig opfølgning efter udskrivelsen, vil borgerens praktiserende læge være behandlingsansvarlige læge
- Kommuner har en demenskoordinationsfunktion, der tilbyder rådgivning, sparring, koordination og undervisning
- Kommuner tilbyder alle borgere med demens kontakt til demenskoordinator

2.4. Faglige indsatser

- Regioner og kommuner tilbyder sundhedsfaglige og psykosociale indsatser til mennesker med demens efter individuelt behov.
- Kommuner råder over indsatser, som kan støtte borgere og pårørende. Det kan fx være aflastning, individuel eller gruppebaseret systematisk rådgivning og undervisning m.v.
- Der udarbejdes en plan for opfølgning på medicin, så effekten af medicinen og eventuelle bivirkninger følges regelmæssigt med justering af dosis ved behov. Opfølgningen bør ske minimum en gang årligt

2.5. Opfølgning

- Opfølgningen planlægges ud fra borgerens behov, og der lægges en plan for patientens videre forløb
- Almen praksis har mulighed for at genhenvise patienter til regional udredningsenhed, ligesom de kan få rådgivning og sparring fra udredningsenheden

3. Population

3.1. Afgrænsning af population

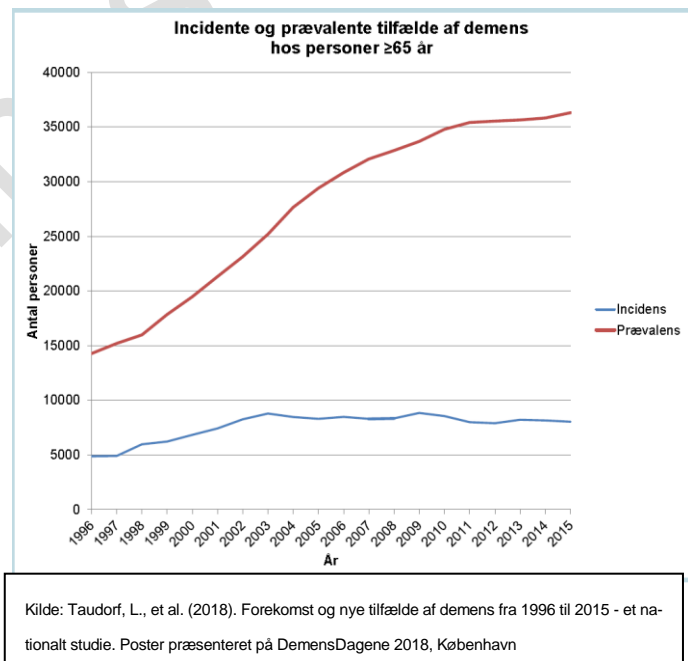
Anbefalingerne omhandler følgende grupper af borgere/patienter:

- Personer med bekymring over og/eller tegn på kognitive symptomer (bekymringen kan komme fra borgeren selv, pårørende eller sundhedsprofessionelle)
- Personer med MCI
- Personer diagnosticeret med en demenssygdom

3.2. Forekomst af demens

Godt 36.000 danskere over 65 år er registreret med en demensdiagnose. Til trods for at dette tal er stigende, ses der i de senere år et lille fald i antallet af nye sygdomstilfælde pr. år. Denne udvikling er gældende for alle regioner og stemmer godt overens med udviklingen i andre lande. I takt med den voksende ældrebeholdning forventes antallet af borgere med en demenssygdom dog at stige over de kommende år og dermed også de samfundsmæssige omkostninger relateret hertil.

I Danmark anslås det dog, på baggrund af forskningsresultater, at det reelle antal mennesker med demens hos voksne over 65 år er ca. 82.000. Det betyder at mange mennesker med demens enten slet ikke bliver udredt eller at får stillet diagnosen hos deres praktiserende læge men ikke henvises til demens udredning. Derudover tyder europæisk forskning på, at omkring halvdelen af personer med demens slet ikke får stillet en diagnose men lever med en ikkediagnosticeret tilstand. Således er antallet af personer, der faktisk lever med demens formegentlig højere, end det der fremgår af registrene.



At have demens bliver ofte forbundet med ældre mennesker, men mennesker i alle aldersgrupper kan få demens. Forekomsten af demens øges dog kraftigt med alderen. Betegnelsen ”yngre med demens” anvendes sædvanligvis om mennesker under 65 år med demens. Det skønnes, at der i dag er omkring 3.000 danskere, der tilhører denne gruppe.

Blandt yngre med demens ses en overvægt af mænd, modsat hos personer over 65 år, hvor befolkningsundersøgelser har vist, at der er flere kvinder end mænd, der udvikler demens – også når der tages højde for, at kvinder har en højere middelalder.

3.3. Populationens karakteristika

Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomstilstande karakteriseret ved vedvarende svækkelse af mentale funktioner. Demens kan være en følgetilstand af forskellige sygdomme og sygdomstilstande, og indebærer, at der er tale om en forringelse i forhold til et tidligere, højere funktionsniveau. Den kognitive dysfunktion viser sig typisk i form af hukommelsesproblemer samt svigt i andre kognitive funktioner som fx sprog, rumlig opfattelse, problemløsning, overblik og dømmekraft. Først når funktionsevnen i hverdagen påvirkes, er der tale om demens. De kognitive svigt kan ledsages af forandringer i adfærd og personlighed samt psykiske symptomer som fx angst, depression, vrangforestillinger og hallucinationer. De fleste mennesker med demens oplever et kronisk fremadskridende sygdomsforløb og et deraf stigende behov for omsorg, pleje og støtte.

Der findes grupper af mennesker med demens, der har særlige karakteristika. Det drejer sig bl.a. om yngre mennesker med demens, etniske minoriteter og borgere med udviklingshæmning, som i forhold til diagnostik, behandling og sygdomsforløb adskiller sig fra den øvrige population af mennesker med demens. Det kan fx omhandle sociale eller kulturelle forhold, der gør sig anderledes for disse grupper.

Kognitiv svækkelse og demens er associeret med omkring 200 forskellige sygdomstilstande. Nogle sygdomme er ekstremt sjældne, mens andre forekommer mere hyppigt. Dette medfører, at gruppen af mennesker med demens er heterogen, både hvad angår ætiologi og sværhedsgrad. Langt størstedelen af demenstilfælde hos ældre patienter (over 65 år) udgøres af Alzheimers sygdom og vaskulær demens, samt blandingstilstande heraf.

Overordnet kan de sygdomme, der kan medføre demens, inddeles i tre grupper:

Neurodegenerative sygdomme

Ved neurodegenerative sygdomme forstås sygdomme, hvor der sker en gradvis, oftest langsom nedbrydning af hjernen og dens funktioner. Demens kan udgøre det første og væsentligste symptom – eller kan udvikles senere i forløbet og have sekundær karakter. Variationen i debut og rækkefølge af symptomer er betydelig. De hyppigste neurodegenerative sygdomme er Alzheimers sygdom, demens ved Parkinsons sygdom, Lewy Body demens og frontotemporal demens.

Vaskulære sygdomme

Ved vaskulær sygdom forstås demens forårsaget af forstyrrelser i hjernens blodforsyning eller blodkar. Forstyrrelserne kan fx skyldes blodpropper, blødninger eller forsnævring af hjernens blodkar. Risikoen for at udvikle vaskulær demens er delvist betinget af livsstil. I modsætning til de neurodegenerative demenssygdomme er vaskulær demens ofte karakteriseret ved akut debut og et trinvist forløb. Symptombilledet ved vaskulær demens varierer, idet både antallet og størrelsen af vaskulære læsioner, samt placeringen af disse, har indflydelse på symptomer og på graden af demens.

Andre sygdomme

En lang række andre sygdomme med direkte eller indirekte påvirkning af hjernens funktion kan medføre kognitiv svækkelse og demens. Mangelsygdomme og kroniske intoksikationer kan medføre demens. Også infektiøse og inflammatoriske tilstande som fx meningitis og encephalitis kan medføre kognitiv svækkelse. Nogle demenssygdomme er familiære som fx Huntingtons sygdom, ligesom Downs syndrom også er forbundet med en øget risiko for Alzheimers sygdom.

4. Organisering

Anbefalinger:

- Kommuner laver aftaler med parter i civilsamfundet om samarbejde for at understøtte bedre liv med demens

4.1. Opgave- og ansvarsfordeling

Kommunerne, almen praksis og sygehusene kan varetage forskellige opgaver/indsatser i forhold til mennesker med demens. I udgangspunktet anbefales det, at opgavefordelingen er følgende:

Kommuner

Kommunen bidrager til at der kan ske en rettidig diagnostik, rehabilitering, sygepleje og pleje. Kommunen kan f.eks. tilbyde personlig og praktisk hjælp i hjemmet, socialpædagogisk bistand, rehabilitering eller vedligeholdende træning, hjemmepleje eller plejecenter.

Almen praksis og øvrig praksissektor

Almen praksis varetager den indledende udredning og eventuel diagnostik (for indhold i udredningen se afsnit 5.2.1) med henblik på afklaring af borgerens forløb og behov for videre henvisning til udredningsforløb på sygehus. Herunder forholder den praktiserende læge sig til en række differentialdiagnostiske tilstande.

Almen praksis varetager desuden den medicinske behandling af demenssygdommen (når borgeren har fået stillet en diagnose på sygehus og er blevet tilbagehenvist til almen praksis), og henviser til rehabilitering. Den praktiserede læge kan, som borgerens behandlingsansvarlige læge, varetage den løbende lægefaglige opfølgning.

Privatpraktiserende speciallæger kan varetage indledende udredning og eventuel diagnostik ligesom almen praksis. Udredningen finder sted med henblik på afklaring af borgerens forløb og behov for videre henvisning til udredningsforløb på sygehus.

Regioner

Sygehusene (tværfaglig udredningsenheder²) varetager den videre udredning med henblik på diagnostik. For indhold i udredningen se afsnit 5.2.1. Det er ligeledes sygehuset, der opstarter den medicinske behandling såfremt der er indikation herfor. Der er fastsat

² Sundhedsstyrelsen har i 2017 udgivet faglige anbefalinger til organisering af færre, tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder for demens. Der henvises til disse vedrørende organisering af udredningsenheder.

specialfunktioner vedrørende udredning og behandling af demens i specialevejledningerne for neurologi, geriatri og psykiatri jf. Sundhedsstyrelsens specialeplan.

Patientforeninger, civilsamfund og øvrige aktører

Mennesker med demens kan have udbytte af kontakt med ligestillede. Patientforeninger og andre aktører i civilsamfundet råder over en række tilbud såsom aflastning, samtaler, rådgivning, mv, som kan spille en væsentlig rolle i denne sammenhæng og hjælpe både borgere og pårørende.

Høringsversion

5. Rettidig diagnostik og udredning af demens

Anbefalinger:

- Sundhedsprofessionelle med hyppig kontakt til borgere – herunder særligt til ældre borgere – besidder en basal viden om demens og de hyppigste tegn herpå samt om mulighederne for udredning, behandling, støtte samt rådgivning
- Sundhedsprofessionelle tilskynder borgere til at kontakte egen læge, hvis de får mistanke om demens hos borgeren. Alternativt kan medarbejderen indhente borgerens tilladelse til at kontakte borgerens egen læge
- Henvendelse til sundhedsvæsenet om mulig kognitiv svækkelse fører til en vurdering af behovet for udredning for en eventuel underliggende demenssygdom
- Almen praksis varetager den indledende vurdering og udredning, der som minimum bør indeholde anamneseoptagelse, objektiv undersøgelse, kognitiv testning samt blodprøver
- De regionale demensudredningsenheder varetager som udgangspunkt den videre udredning og diagnostik på baggrund af den indledende udredning hos almen praksis

5.1. Rettidig diagnostik

Rettidig diagnostik af demens er en forudsætning for, at personer med demens og deres pårørende kan modtage relevant behandling, støtte og rådgivning. Diagnosetidspunktet synes dog ikke i sig selv at have indflydelse på det efterfølgende progressionstempo for demens. Til gengæld vil en tidlig diagnose i høj grad kunne bidrage til et bedre forløb for både borgeren med demens samt de pårørende.

En øget opmærksomhed blandt sundhedsprofessionelle på tidlige tegn på demens vil ofte kunne bidrage til at sætte fokus på sygdomstilstand og livsstilsforhold, der kan forværre den kognitive svækkelse. Tidlig diagnosticering muliggør opstart af psykosociale og sundhedsfaglige indsatser tidligt i sygdomsforløbet, og eventuelt også medicinsk behandling. Det muliggør desuden forebyggelse og behandling af eventuelle psykiske symptomer og adfærsændringer, samt introduktion af hjælpemidler, med henblik på at fastholde eller forbedre borgerens funktionsniveau og grad af selvhjulpenhed så vidt muligt. Endeligt kan

en tidlig demensdiagnose kvalificere den kommunale indsats og gøre det nemmere for borgeren at modtage det/de relevante kommunale omsorgstilbud.

På denne baggrund anbefales det, at enhver henvendelse til sundhedsvæsenet om mulig kognitiv svækkelse følges op af tilbud om udredning for en eventuel underliggende demenssygdom og behovsvurdering, uanset om henvendelsen kommer fra en borger, en pårørende eller fra en medarbejder i kommunen eller sundhedsvæsenet.

5.1.1. Indsatsen i kommunalt regi

Kommunerne spiller en særlig rolle i forhold til at opdage tidlige symptomer på demens, idet kommunerne har en stor kontakthænde til mange borgere, der i forvejen modtager kommunale omsorgstilbud. Kommunalt personale med tæt borgerkontakt bør derfor besidde en basisviden om tegn på demens samt have kompetencerne til at rådgive borgere og pårørende om et eventuelt udredningsforløb, samt hvor de kan søge yderligere viden og rådgivning.

5.1.2. Indsatsen i almen praksis

Når borgeren eller pårørende henvender sig til den praktiserende læge med hukommelsesproblemer eller adfærdsproblemer, er det den praktiserende læges opgave at forholde sig til en række differentialdiagnostiske tilstande samt om patienten opfylder kriterierne for demens.

Får den praktiserende læge mistanke om begyndende demens hos en patient i forbindelse med en konsultation, bør dette føre til en samtale med patienten og de pårørende med henblik på en vurdering af, om der er behov for en egentlig udredning for demens.

I tilfælde af, at en borger i forvejen ikke modtager kommunale omsorgstilbud, bør borgere tilbydes, at kommunen inddrages, således at borgeren kan få den rette hjælp. I så fald inddrages kommunen – efter samtykke fra borgeren – når den praktiserende læge indleder et udredningsforløb med henblik på rettidig aktivering af det kommunale system.

5.1.3. Indsatsen på sygehus

Mistanke om demens i sygehusregi sker oftest i forbindelse med indlæggelse af anden årsag. Såfremt udskrivende læge finder det relevant, at patienten bliver fulgt op ved egen læge efter udskrivelsen, bør lægen sende en henvisning til den praktiserende læge med henblik på vurdering af den kognitive funktion, når patienten er i sin habitualtilstand. Der bør ligeledes være mulighed for, at sygehuset kan henvise patienten direkte til en demensudredningsenhed efter en konkret vurdering; ligesom der på langt de fleste sygehuse vil være mulighed for en geriatrisk vurdering under indlæggelsen med efterfølgende opfølgning ved et geriatrisk udgående team, hvis der skønnes behov herfor.

5.1.4. Kompetencer i forhold til målrettet identifikation og rettidig diagnostik

Sundhedsprofessionelle med hyppig og direkte kontakt til særligt ældre borgere, bør besidde en basal viden om demens og om hvilke advarsels symptomer, der kan være første tegn på demens. Den sundhedsprofessionelle bør reagere, hvis der sker en markant og

varig kognitiv svækkelse, der ikke alene kan forklares som reaktion på (midlertidige) belastninger som stress, akut sygdom, sorg mv. Fagpersoner bør desuden have viden om handlemulighederne for udredning, behandling, støtte samt rådgivning, og om hvor man som borger eller pårørende kan henvende sig med henblik på dette ved mistanke om demens³.

5.2. Udredning af demens

Demens er en klinisk diagnose, der stilles på baggrund af en samlet vurdering af symptom-billede, anamnese og parakliniske undersøgelsesresultater. Der findes endnu ingen specifik undersøgelsesmetode eller test, der med sikkerhed kan afklare, om en person har demens eller ej. Undersøgelsesresultater og fund skal altid vurderes i sammenhæng med anamnese, symptomer og øvrige kliniske observationer.

Formålet med udredningen er at afklare, om der foreligger en mental svækkelse, der opfylder kriterierne for diagnosen demens, og, hvis dette er tilfældet, at finde frem til hvilken sygdom eller tilstand, der er årsag hertil. Dette kan føre til behandling af reversible årsager og understøtter samtidig en tidlig indsats over for dem, som har en demenssygdom. Herudover er det formålet med udredningen at identificere eventuel komorbiditet, kortlægge behovet for social indsats samt undersøge pårørendes eventuelle belastning og behovet for støtte og rådgivning. Hermed skabes et grundlag for, i fællesskab med patient og pårørende, at vælge behandlingsmetoder, afdække behov for hjælp og støtte samt at planlægge den sociale indsats i samarbejde med kommunen.

5.2.1. Indhold i udredningen

Den indledende del af demensudredningen foregår oftest i almen praksis og i to trin. Det første trin består af en indledende konsultation, der har til formål at indhente oplysninger fra patienten og de pårørende. Samtalen bør forsøge at kortlægge patientens dagligdag med henblik på ændringer i patientens funktionsniveau, og derudover berøre almene forhold, somatiske og psykiske symptomer. Det andet trin består af supplerende objektive undersøgelser, der som minimum bør omfatte en kognitiv test for at få en systematisk, struktureret vurdering af det kognitive funktionsniveau, en grundig objektiv undersøgelse samt blodprøver.

Idet kognitiv svækkelse kan optræde ved en lang række sygdomme og tilstande, som kan forveksles med demens, er det også den praktiserende læges opgave, at udelukke de hyppigste differentialdiagnoser til demens, herunder delir (akut organisk psykosyndrom), depression, medicinbivirkninger og sansedefekter.

³ Som led i demenshandlingsplanen er der afsat midler til at udvikle og validere et værktøj til målrettet identifikation af demens på baggrund af allerede eksisterende værktøjer. Værktøjet er tænkt som et redskab til fagpersoner, når de skal afgøre, om der er grundlag for at gå videre med udredning. Redskabet vil indeholde personlige spørgsmål og en mini-hukommelsestest

Såfremt der, efter den indledende vurdering i almen praksis, fortsat er mistanke om en demenssygdom som årsag til den kognitive svækkelse, bør borgeren som udgangspunkt videregives til udredning ved en regional demensudredningsenhed, med henblik på yderligere udredning herunder at få stillet en specifik demensdiagnose samt iværksat den rette behandling og støtte for borgeren og de pårørende. Udredningens omfang afhænger af problemstillingen samt af demenstilstandens sværhedsgrad, og kan blandt andet omfatte neuropsykologiske undersøgelser, billeddiagnostik, yderligere kognitive tests samt lumbalpunktur. I den supplerende udredning indgår typisk de lægefaglige specialer neurologi, geriatri og psykiatri, som bør være samlet på samme matrikel eller i fælles enhed.

I enkelte tilfælde kan det være mest hensigtsmæssigt at den praktiserende læge færdigudreder patienten og undlader at videregive. Hvorvidt patienten skal videregives eller ej, beror på en individuel vurdering samt den praktiserende læges kompetencer vedrørende demens. Den praktiserende læge kan, ved behov, telefonisk konferere med og få sparring via udredningsenhedernes rådgivningsfunktion.

Når udredningen er gennemført, skal borgeren og pårørende tilbydes information om undersøgelsesresultater og eventuel diagnose samt om mulighed for behandling, hjælp og støtte. Dette bør altid ske ved en personlig samtale. Informationssamtalen ledsages af tilbud om formidling af kontakt til kommunen, der kan vejlede om de konkrete tilbud om hjælp, støtte og rehabilitering.

Udredning for demens bør ikke foretages, hvis patienten er svært alment svækket, som følge af akut sygdom, eller hvis der er et aktuelt misbrug af alkohol eller medicin. I disse tilfælde bør udredning afvente, at patienten er i sin habitualtilstand.

6. Koordination og samarbejde

Anbefalinger:

- Regioner og kommuner inddrager aktivt borgeren, de pårørende og de relevante fagprofessionelle i planlægningen af forløbet samt behandlingen
- Det samlede forløb for mennesker med demens planlægges i samarbejde med pårørende ud fra det enkelte menneskes mål, behov og ressourcer
- Kommuner har en række indsatser til mennesker med demens, der sigter mod at fastholde borgernes funktionsevne så vidt muligt, samt bidrager til en øget livskvalitet for borgeren og pårørende.
- Kommuner og regioner, herunder almen praksis, etablerer systematiske samarbejdsfora, som drøfter organisering, opfølgning og planlægning af sammenhængende patientforløb mellem involverede aktører
- Kommuner etablerer tidligt kontakt til borgeren for at planlægge borgerens forløb
- Når borgere med demens udskrives fra sygehus, overdrager sygehuset (den patientansvarlige læge) hurtigst muligt tovholderrollen for borgerens forløb til kommune (demenskoordinatoren). Ved behov for lægefaglig opfølgning efter udskrivelsen, vil borgerens praktiserende læge være behandlingsansvarlige læge
- Kommuner har en demenskoordinationsfunktion, der tilbyder rådgivning, sparring, koordination og undervisning
- Kommuner tilbyder alle borgere med demens kontakt til demenskoordinator

6.1. Planlægning af sammenhængende forløb

Planlægningen af det enkelte forløb bør være tilpasset det enkelte menneskes mål, behov og ressourcer (herunder fysisk, psykisk og social formåen) uafhængigt af hvor vedkommende er i sit sygdomsforløb. Dette indebærer, at det ikke er alle, der skal have de samme indsatser, men at indsatser kan kombineres, finde sted på forskellige tidspunkter i forløbet og at flere indsatser i nogle forløb med fordel kan ligge samtidig. Derudover har mennesker med demens ofte andre helbredsmæssige problemstillinger, som de fagprofessionelle skal tage højde for i planlægningen af forløbet. Dette betyder samlet set, at

kommunen tidligt bør tage kontakt til borgeren for at lave behovsvurdering og planlægge forløbet mellem de involverede aktører.

6.1.1. Behovsvurdering

Sundheds- og fagprofessionelle i regioner og kommuner bør tidligt og løbende være opmærksomme på de særlige vanskeligheder og fysiske, psykiske, sociale og åndelige behov, mennesker med demenssygdomme kan have og anvende vurderingen i plejen og samarbejdet omkring indsatsen, så den enkelte får mest gavn heraf. Det er altid vigtigt, men i særdeleshed for mennesker med demens, at behovsvurderingen sker tidligt i forløbet, hvor der her er mulighed for at kommunikere med borgeren/ patienten inden den kognitive svækkelse bliver for udtalt, således at det bliver muligt at målrette den lindring og omsorg, der er behov for og har været udtrykt ønske om.

Tidligt i forløbet bør demenskoordinatoren, i samarbejde med andre relevante aktører, vurdere hvilke fysiske, psykiske, sociale behov, der er brug for. Det omhandler det samlede demensforløb fra de indledende indsatser efter opsporingen til evt. palliativ pleje (se i øvrigt kap. 7.1.3).

Det er derfor afgørende, at der løbende foregår samtaler mellem borgeren, de pårørende og sundhedsprofessionelle vedrørende den fremtidige pleje og behandling.

Klassifikationssystemet ICF⁴ er et anvendeligt redskab til at opnå en fælles forståelse af borgerens funktionsevne, når forskellige faggrupper samarbejder om personen på tværs af fag og sektorer. ICF kan anvendes i forhold til at vurdere personens funktionsevne, som et samspil mellem helbred og omgivelserne og bidrager til at få et overblik over borgerens hele situation og hverdagsliv.

6.1.2. Planlægning mellem aktører

Indsatserne i demensbehandlingen er sundheds-, psykosociale og pædagogiske indsatser. Den medicinske behandling skal – hvis relevant - indgå i det samlede tilbud, som desuden bør indeholde undervisning og rådgivning af patienten og pårørende.

Forløbet bør videst muligt understøtte borgerens evne til egenomsorg, hvilket vil sige borgerens evne til selv at tage vare på sin sygdom og indgå i et aktivt samarbejde med de sundhedsprofessionelle, der omgiver patienten. Motivation, inddragelse af borgeren/patienten og pårørende samt fastholdelse af opnåede kompetencer og adfærdsændringer er vigtige elementer i forløbet. Det anbefales derfor, at regioner og kommuner aktivt inddrager borgeren, de pårørende og de relevante fagprofessionelle i planlægningen af forløbet samt behandlingen for bl.a. at sikre forståelse af forløbet og sammenhæng. Indsatsen bør ligeledes ske tæt på patientens/familiens eget miljø og gerne i samspil med lokalsamfundet. Derudover bør kommuner, eventuelt i partnerskab med region og almen praksis, skabe et samarbejde med forskellige parter i civilsamfundet (fx patientforeninger, andre

⁴ Jf. WHO's model for 'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)'

foreninger, frivillige med flere) for at understøtte bedre liv med demens til borgere/patienter samt deres pårørende. De nyligt etablerede rådgivnings- og aktivitetscentre⁵ kan, primært i den tidlige fase, indgå i forankringen af samarbejdet/tilbuddene hvor relevant.

Når almen praksis henviser borgeren til en udredningsenhed, er det nødvendigt, at almen praksis orienterer kommunen/borgerens kontaktperson i kommunen herom. Derudover har kommunerne en særlig opgave i forhold til internt i kommunen at sikre koordination mellem velfærdsområder fx mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet, hvis borgeren er erhvervsaktiv. Samtidig kan mennesker med demens have flere, samtidige helbredsmæssige problemstillinger, som betyder, at de kan modtage flere samtidige indsatser hos forskellige aktører, som bør koordineres.

6.2. Samarbejde og koordination

Mennesker med demens har, som beskrevet, ofte behov for forskellige tilbud inden for sundheds-, social-, og beskæftigelsesområdet, der varetages af forskellige fagpersoner internt i kommunen og/eller mellem kommune, almen praksis og sygehus. Mennesker med demens kan derfor opleve mange overgange i forløbet fx fra almen praksis til udredning på sygehus, og igen, når patienten afsluttes til videre opfølgning i almen praksis eller ved overgangen fra den lægefaglige behandling og opfølgning til kommunale tilbud. Samtidig foregår forløbet sjældent lineært, hvor borgeren går den lige vej fx fra opsporing i hjemmet til udredning på hospitalet for derfor at blive henvist til de relevante tilbud i kommunen. Dermed opstår risiko for tab af information ved overgangene mellem de forskellige sektorer, såvel som inden for sektorerne; information, som borgeren ofte selv ikke er i stand til at viderebringe mellem aktører grundet den kognitive svækkelse og eventuelt manglende sygdomsindsigt.

Overordnet anbefales derfor, at kommuner, regioner og almen praksis samarbejder om indsatsen i forhold til mennesker med demens og koordinerer indsatserne. Kommuner bør have en demenskoordinator (se afsnit **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**), som er ansvarlig for borgerens samlede forløb. Samtidig bør de involverede fagprofessionelle løbende kommunikere og koordinere den samlede indsats mellem sektorer såvel som inden for hver sektor, så borgeren oplever så få skift som muligt og at indsatsen er sammenhængende.

For at styrke et fagligt miljø om demensindsatsen, anbefales det endvidere, at der etableres systematiske samarbejdsfora mellem kommune, almen praksis og sygehus, som styr-

ker relationsopbygning og videndeling om demensindsatsen. Forummet kan drøfte organisering, opfølgning og planlægning af sammenhængende patientforløb mellem involverede aktører, herunder anvendelse af data og befolkningsanalyser til at planlægge indsatsen og dimensioneringen heraf.

Når mennesker med demens bliver udskrevet fra sygehus til eget hjem eller plejebolig, er det vigtigt, at forløbet foregår i tæt samarbejde mellem sygehuset/udredningsenheden (den patientansvarlige læge), kommunen og almen praksis og med en klar ansvarsplacering. Derfor bør tovholderrollen for borgerens forløb hurtigst muligt overdrages fra sygehuset (den patientansvarlige læge) til kommune (ofte vil det være en demenskoordinator). Har borgeren desuden behov for lægefaglig opfølgning efter udskrivelsen, vil behandlingsansvaret overgå til borgerens praktiserende læge.

6.2.1. Demenskoordinationsfunktion

I kommunerne kan flere fagpersoner med forskellige baggrunde være involveret i planlægning og koordination af de enkelte borgerforløb. Det gode forløb for mennesker med demens forudsætter, at kommunen har et tæt samarbejde med borgere og pårørende, praktiserende læger og sygehus/udredningsenheder samt internt mellem kommunens velfærdsområder. Forløbets kvalitet og effektivitet forudsætter, at personalet har den fornødne viden om og færdigheder til at møde mennesker med demens på en god måde. Koordinationen er særlig relevant, når borgeren modtager støtte og hjælp i eget hjem, og der således ikke er plejepersonale ved borgeren døgnnet rundt.

Det anbefales derfor, at kommuner etablerer en demenskoordinationsfunktion, som blandt andet bør kunne:

- Initiere kontakt til borgeren med tilbud om samtale for at vurdere borgerens ønsker til og behov for tilbud, samt iværksætte relevante kontakter, så der følges op på tilbuddet til borgeren
- Foretage løbende samtale med borger med det formål, at vurdere borgerens behov for og ønsker til tilbud og iværksætte relevante kontakter, så der følges op på tilbuddet til borgeren
- Koordinere på tværs af indsatser og faglige områder i relation til de enkelte borgere,
- Arbejde tværfagligt og relationsbaseret,
- Videreformidle relevante informationer til almen praksis med henblik på at bidrage til udredning,
- Undervise og rådgive borgere/pårørende, personale i kommunerne, læger, plejepersonale, mv.

Kompetencer

De fagprofessionelle, der er ansat i demenskoordinationsfunktioner (demenskoordinatorer) fungerer primært som rådgiver, vidensperson, koordinator og underviser og er hovedansvarlig for borgerens forløb. De bør besidde ekspertise inden for demensområdet, herunder have kompetencer, der orienterer sig mod borgerens hele livssituation. Det kan

med fordel være en person med en sundhedsfaglig baggrund og viden om sygdomsudvikling og -håndtering.

Derudover bør demenskoordinatorer have følgende kompetencer:

- Pædagogiske og samarbejdskompetencer med henblik på fx at kunne rådgive og vurdere mennesker med demens,
- Analytiske færdigheder, herunder kompetencer inden for projekt- og/eller procesledelse med henblik på at udvikle og kvalificere indsatsen for mennesker med demens,
- Et højt videns- og refleksionsniveau for at kunne udvikle praksis samt indgå i samarbejde, bl.a. med almen praksis og udredningsklinikker,
- Viden om borgerens muligheder ifølge den gældende lovgivning, samt den lokale, politiske organisering og dermed kendskab til kommuners og regioners struktur og opgaver samt betydningen heraf for demensområdet,
- Viden om lokale tilbud og aktiviteter (fx dagtilbud og muligheder for støtte)
- Viden om gældende lovgivning

7. Faglige indsatser

Anbefalinger:

- Regioner og kommuner tilbyder sundhedsfaglige og psykosociale indsatser til mennesker med demens efter individuelt behov.
- Kommuner råder over indsatser, som kan støtte borgere og pårørende. Det kan fx være aflastning, individuel eller gruppebaseret systematisk rådgivning og undervisning m.v.
- Der udarbejdes en plan for opfølgning på medicin, så effekten af medicinen og eventuelle bivirkninger følges regelmæssigt med justering af dosis ved behov. Opfølgningen bør ske minimum en gang årligt.

7.1. Sundhedsfaglige indsatser

Sundhedsfaglige indsatser har til formål at forebygge, behandle eller lindre sygdom. Nedenfor beskrives de relevante sundhedsfaglige indsatser kort.

7.1.1. Fysisk træning

Kommunen bør tidligt og løbende i forløbet vurdere den fysiske funktionsevne hos borgere med demens, for at kunne tilrettelægge individuelt tilpassede tiltag med henblik på at vedligeholde den fysiske funktionsevne længst muligt. Særligt balance og faldrisiko bør vurderes for at kunne etablere relevante tilbud. Målet for fysisk træning er ikke kun at fastholde borgerens funktionsevne, bevægelighed, kredsløb og kondition, men også at støtte borgerens identitetsfølelse.

Med henblik på at opnå effekt på gangfunktion, balance og daglig funktionsevne kan træningen inkludere styrke- og balancetræning. Træning i mindre grupper kan med fordel anvendes, idet det antages, at den sociale interaktion spiller en rolle for den samlede effekt af træningen (Sundhedsstyrelsen 2016).

Tilbuddet bør endvidere tilrettelægges, så borgeren bliver støttet i, at fysisk aktivitet integreres i hverdagen, også efter tilbuddet er afsluttet, så der er mulighed for, at træningen bliver livslang.

Det er væsentligt, at borgeren får hjælp til at finde frem til de former for fysisk træning, der motiverer borgeren til at træne og samtidig tager udgangspunkt i borgerens ressourcer og handlingskompetencer. Dette skal ske via den afklarende samtale med borgeren eller ved i

fællesskab at udarbejde en træningsplan med mål og delmål ved opstarten og/eller afslutningen af et tilbud (Sundhedsstyrelsen 2016).

Kompetencer

Fysisk træning bør varetages af fagpersoner med sundhedsfaglig baggrund på bachelorniveau. Fagpersoner, der varetager fysisk træning, bør være kvalificerede til at kunne tilrettelægge og supervisere træningen og bør samtidig besidde verbale og nonverbale kommunikationskompetencer, for at kunne motivere borgeren og tydeliggøre, hvad træningen indebærer. Den sundhedsprofessionelle bør besidde pædagogiske kompetencer for at kunne instruere og rådgive borgeren på en måde, der understøtter fortsat træning og bør kunne rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkelte borgers situation. Derudover bør den sundhedsprofessionelle kunne rådgive borgeren om sygdomsspecifikke spørgsmål, der vedrører træningen.

For inspiration til den fysiske træning henvises der i øvrigt til Sundhedsstyrelsens træningsguide, med aktiviteter for mennesker med demens i både let, moderat og svær grad (Sundhedsstyrelsen 2018b).

7.1.2. Medicinsk behandling

De medicinske behandlingsmuligheder ved visse typer af demens (Alzheimer, Lewy Body og Parkinson demens) omfatter kolinesterasehæmmere og memantin. Lægemidlerne virker symptomdæmpende og påvirker ikke de underliggende sygdomsprocesser. Lægemidlerne har oftest en stabiliserende eller let forbedrende effekt. De parallelforskyder udviklingerne af symptomer. Det er individuelt, om patienter overvejende har effekt på det kognitive funktionsniveau, den praktiske funktionsevne i hverdagen (ADL) eller den generelle tilstand. Hos nogle patienter har kolinesterasehæmmere endvidere en mulig stabiliserende effekt på psykiske symptomer og adfærdsforstyrrelser (BPSD).

Inden behandlingsopstart skal lægen informere patienten og pårørende om medicinens effekt samt mulige bivirkninger. Endvidere bør der udarbejdes en plan for opfølgning, så effekten af medicinen og eventuelle bivirkninger følges regelmæssigt med justering af dosis ved behov. Opfølgningen bør ske minimum en gang årligt. Ved ændring i dosis eller ved ny ordination bør der ligeledes laves en plan for opfølgning. Behandlingseffekten bør vurderes i forhold til den forventede progression uden behandling. Herudover bør vurderingen tage højde for anden somatisk sygdom, større ændringer i levevilkår, social situation m.v., der kan påvirke funktionsniveauet.

Forudsætningen for en vellykket og sikker medicinsk behandling af ældre, og særligt mennesker med demens, er regelmæssig gennemgang af den ordinerede medicin. Ældre er særligt sårbare over for bivirkninger og andre lægemiddelrelaterede problemer, og det er derfor essentielt at seponere lægemidler ved uacceptable bivirkninger, manglende effekt eller når det ikke længere vurderes, at der er indikation for behandling.

Medicinsk behandling af mennesker med demens er ofte kompliceret, da der kan være problemer med fx adhærens og besvær med at indtage medicinen. Inddragelse af pårørende og evt. plejepersonale er derfor essentielt for bl.a. observation og videreformidling når der skal tages stilling til medicinsk behandling – både i forhold til opstart, den daglige behandling og ved seponering⁶.

Medicinsk behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens

Adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens betegnes samlet BPSD, og omfatter en række adfærdsmæssige og affektive symptomer samt psykotiske symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger. Adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens er hyppigt forekommende ved demenssygdomme, og forekomsten af disse symptomer medfører ofte betydelig belastning og lidelse for personen med demens samt dennes pårørende og er ressourcekrævende i pleje, omsorg og behandling.

En målrettet identifikation og tidlig indsats overfor nyopstået BPSD er vigtigt for at forebygge forværring af tilstanden. Afklaring af den tilgrundliggende årsag er derfor første skridt i varetagelsen af BPSD, og ofte kan en reversibel årsag identificeres. Ved nyopstået BPSD bør der således indledningsvist gøres grundig undersøgelse for den underliggende årsag. Årsagen kan for eksempel være smerter, en uopdaget infektion eller andre uopklarede somatiske forhold. Det kan dog også skyldes forhold i de omkringliggende omgivelser eller udækkede behov hos borgeren, hvor adfærden kan være udtryk for kommunikation og/eller reaktion.

Medicinsk behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens er ofte uden effekt og kan indebære betydelige bivirkninger. Plejemæssige, socialpædagogiske, psykosociale og miljømæssige tiltag bør derfor altid være førstevalget. Behandling med lægemidler bør kun iværksættes og kun kortvarigt, hvis patienten på trods af anden behandling er forpint og/eller til betydelig gene eller fare for sig selv eller andre. Medicinsk behandling bør altid være forudgået af en grundig udredning samt andre behandlingstiltag, som bør fortsætte under den medicinske behandling. Da adfærdsmæssige og psykiske symptomer ofte er situationsafhængige og derfor tidsbegrænsede, er det vigtigt med opfølgning af den iværksatte intervention, såvel medicinsk som ikke-medicinsk⁷.

7.1.3. Palliativ pleje

Der er begrænset viden om, hvilke behov mennesker med demens har for en palliativ indsats, og hvordan den palliative indsats bedst gennemføres og tilbydes målgruppen. Mennesker med demens kan have vanskeligt ved at få adgang til en palliativ indsats og benytte sig af de etablerede tilbud, fx hospice (Sundhedsstyrelsen 2016a), bl.a. fordi de kan

⁶ Der henvises i øvrigt til den Nationale Kliniske Retningslinje 'demens og medicinprioritering' (Sundhedsstyrelsen 2018) samt gældende nationale behandlingsvejledninger med henblik på en mere detaljeret og systematisk gennemgang af den farmakologiske behandling af demens, samt af farmakologisk behandling af komorbiditet hos mennesker med demens.

⁷ Der henvises i øvrigt til den Nationale Kliniske Retningslinje 'forebyggelse og behandling af adfærdsforstyrrelser hos personer med demens' (Sundhedsstyrelsen 2018) for en grundigere gennemgang af emnet.

have svært ved at udtrykke deres behov. Det vurderes, at personer med demens har dårligere adgang til relevante fagprofessionelle bl.a. fordi personalet i plejeboligerne kan have manglende viden om god palliativ indsats for mennesker med demens, ligesom der kan være usikkerhed om definitionen af terminalstadiet hos mennesker med demens. .

Mennesker med demens er således en udsat gruppe, hvor der skal være særlig opmærksomhed, når det drejer sig om at vurdere palliative behov og efterfølgende tilbyde palliative indsatser (Sundhedsstyrelsen 2017a).

Det anbefales derfor, at vurdering af palliative behov ved livstruende sygdomme som minimum bør foretages, når diagnosen stilles, ved forværringer i sygdommen, ved sektorovergange samt ved andre begivenheder (fx ændringer i den sociale situation, herunder eksempelvis hvis borgeren flytter i plejebolig, eller partneren bliver syg). Der findes ikke i dag et valideret redskab til denne vurdering, der dækker hele ovenstående område eller alle diagnoser.

Kompetencer

Den kognitive svækkelse og de manglende sprogfærdigheder og dermed evnen til at udtrykke sig, der ses hos demente, kan være en særlig udfordring for personale, der arbejder med mennesker med demens. Personalet bør derfor have professionelle kompetencer, således at der kan gives god grundlæggende sygepleje, tilstrækkelig og tilfredsstillende lindring af symptomer, samt psykosocial og åndelig støtte og omsorg. Udfordringen kan være særlig svær, når borgeren/patienten er i den terminale fase. Det er vigtigt at være opmærksom på, hvis borgeren/patienten har så svær demens eller samtidig lider af andre alvorlige eller livstruende sygdomme, der indebærer et behov for specialiseret palliative indsats.

7.1.4. Tandpleje

Mennesker med demens har øget risiko for tandsygdom i løbet af deres demensforløb. Dårlig tandsundhed kan forværre tyggefunktionen, som er afgørende for fødeindtag, ernæring og fordøjelse. Dårlig tandsundhed kan også påvirke patientens adfærd og medføre ubehag og smerter. Smerter fra mundhule og tænder er særligt problematiske for mennesker med demens, der kan have svært ved både at lokalisere smerterne og gøre rede for smerteoplevelsen (Mancini 2010).

Omsorgstandplejen er et tilbud om forebyggende tandpleje og behandling til voksne, der på grund af deres helbred kun vanskeligt kan gøre brug af de sædvanlige tandplejetilbud. Kommunen visiterer til omsorgstandpleje. Hvis borgeren bor i plejebolig, foregår det via personalet, og hvis personen bor i eget hjem, er det hjemmeplejen eller hjemkommunens lokalcenter, der skal rette henvendelse til kommunen (Sundhedsstyrelsen 2016c).

Er det mere end seks måneder siden, personen var ved tandlægen, kan der aftales et rutinemæssigt tandeftersyn. Her kan tandlægen lægge en plan for, hvordan der bedst tages vare om tænderne. Da mennesker med demens ofte har nedsat evne til egenomsorg, bør

nogle gå oftere til tandlægen end normalbefolkningen, for at få rensset tænder og forebygge huller. Derfor bør tandpleje skrives ind i plejeplanen, så der er opmærksomhed på mundhygiejne.

7.1.5. Ernæring

Mennesker med demens er i særlig risiko for at blive underernærede og dermed opleve uplanlagt vægttab. Dels er der måske ikke længere opmærksomhed på vigtigheden af sufficient/tilstrækkelig ernæring og kan derved nemt komme til at glemme at spise - og dels kan indkøb og madlavning, som måske før var en selvfølge, pludselig blive vanskeligt både at planlægge og udføre. Samtidig kan det for mennesker med demens være svært at give udtryk for, hvad man egentlig har lyst til. Når alle disse risikofaktorer sammenholdes, opstår der en øget risiko for underernæring og deraf følgende risiko for funktionstab.

Det er derfor særdeles vigtigt at vægten monitoreres og der løbende foretages en ernæringsvurdering, således at uplanlagt vægttab opspores så tidligt som muligt. Det er ligeledes vigtigt, at der tages stilling til hvilken støtte borger og pårørende evt. skal have, for at kunne at indfri målene i ernæringsplanen.

Pårørende til en samlever/ægtefælle med demens kan også være i risiko for uplanlagt vægttab. Denne risiko overses ofte, idet behandlere og andre er mere opmærksomme på den demensramte ernæringstilstand end den pårørendes.

7.2. Psykosociale indsatser

De psykosociale indsatser har til formål at fremme mulighederne for, at mennesker med demens og deres pårørende, i så høj grad som muligt, får mulighed for at bevare kontrollen over egen tilværelse og bevare værdighed og autonomi. Indsatserne har endvidere til formål at understøtte mennesker med demens og deres pårørende i længst muligt at kunne fortsætte deres tilværelse i det nærmiljø, de er vant til og at de får mulighed for at indgå i nye betydningsfulde fællesskaber.

7.2.1. Kognitiv stimulationsterapi

Demens kan for nogle mennesker påvirke evnen til at tale og forstå. Med kognitiv stimulation kan mennesker med demens tilegne sig nye måder at udtrykke sig på samt mere mod på og lyst til at kommunikere. Kognitiv stimulation er struktureret træning af kognitive funktioner som fx hukommelse, opmærksomhed eller problemløsning. Stimulationen kan med fordel foregå i mindre grupper, sammen med andre for også at styrke det sociale aspekt.

Stimulationen omfatter et bredt spektrum af aktiviteter, der sigter mod en generel stimulering af tænkning, koncentration, hukommelse, mv. Indsatsen ledes oftest af personale, men kan også ledes af pårørende, der er oplært heri. Det kan være drøftelse af aktuelle og tidligere begivenheder og emner, ordlege, spil, musik, mv. (Sundhedsstyrelsen 2013).

Det anbefales, at kommuner tilbyder kognitiv stimulationsterapi til mennesker med demens.

Kompetencer

Stimulationen bør gives af medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse på bachelor niveau samt viden om struktureret og systematisk træning af de specifikke kognitive domæner, fx hukommelse, opmærksomhed, sprog eller forarbejdningstempo. Medarbejderen bør udover at have viden om kognitive interventionsformer også have de nødvendige sundhedspædagogiske forudsætninger for at kunne udføre interventionerne. Kompetencerne bør løbende vedligeholdes.

7.2.2. Træning i hverdagsaktiviteter

Mennesker med demens er ofte præget af nedsat eller manglende initiativ og skal til tider have støtte eller hjælp til at opretholde et basalt aktivitetsniveau i dagligdagen og i at mestre hverdagsaktiviteter.

Mennesker med demens kan med fordel træne hverdagsaktiviteter for at lære anvendelige strategier i forhold til de færdigheder, der er nødvendige i hverdagen. Borgeren har ofte mistet færdigheder, som ikke kan trænes op til det tidligere niveau, men strategierne kan hjælpe borgeren til at løse den samme opgave på en ny måde.

For mennesker med demens kan træning i at mestre hverdagsaktiviteter og fysisk aktivitet understøtte hinanden, således at træning i hverdagsaktiviteter har positiv effekt på de ældre fysiske aktivitetsniveau, mens den fysiske træning omvendt også understøtter evnen til at gennemføre daglige aktiviteter (Sundhedsstyrelsen 2018a).

Derfor anbefales det, at kommuner råder over et tilbud om træning af daglige gøremål i hjemmet.

Kompetencer

For at kunne tilrettelægge individuelt tilpassede hverdagsaktiviteter til mennesker med demens, bør den psykosocialfaglige eller sundhedsprofessionelle have en sundhedsfaglig uddannelse på bachelorniveau samt kendskab til og kunne inddrage borgere, anvende standardiserede redskaber og observationer til vurdering af borgerens funktionsevne med henblik på at kunne supervisere og sammensætte individuelt tilpassede aktivitetstilbud af høj kvalitet.

De socialfaglige kompetencer centrerer sig særligt om at skabe relationer, der understøtter og motiverer mennesker i at udvikle deres kompetencer og bruge deres ressourcer til at skabe sig det bedst mulige liv (Socialpædagogerne 2017). Den fagprofessionelle bør derfor have kompetencer inden for personinvolverende og guidende samt motiverende metoder, og/eller miljøterapeutiske og psykologiske behandlingsmetoder, der involverer

hele netværket omkring det enkelte menneske. Kompetencerne bør løbende vedligeholdes.

7.2.3. Velfærdsteknologi

For mennesker med demens kan det ofte være en hjælp at bruge teknologiske hjælpemidler. Der er udviklet en række redskaber, der kan anvendes til at kompensere for forskellige former for funktionsnedsættelse, fx svækkelse af kognitive funktioner som hukommelse, stedsans eller orientering. Redskaber, der kan støtte og fremme aktiviteter i hverdagen samt fastholde et vist funktionsniveau. Hjælpemidlerne kan samtidig skabe tryghed og understøtte, at mennesket med demens kan bevare sin selvstændighed så lang tid, som muligt.

Teknologi, som imødekommer disse behov kan fx være sensorer, der skaber tryghed i hjemmet, døgnrytmelys, som kan dæmpe adfærd, mv. Overordnet bør der være fokus på, at teknologierne kan indrettes individuelt, med fleksible tilbud i forhold til planlægning og livshistorie. Teknologien skal have fokus på den enkeltes behov, ligesom borgeren og de pårørende skal kunne inddrages, så de lærer at mestre livet med demens.

7.2.4. Aktivitetstilbud

Aktivitetstilbud er indsats, målrettet borgere med demens, hvor tilbuddene i de almindelige dagcentre ikke matcher borgerens behov. Formålet er at give samvær og nærhed til mennesker med demens, at skabe netværk med andre i samme situation samt at aflaste nære pårørende. Aktivitetstilbuddene kan foregå på bosteder, eller lignende steder og fx være gudstjenester, mandeklub, håndarbejde, besøgshund, banko eller gymnastik. Et tilbud kan også være at drikke kaffe og snakke sammen, se en film, høre musik eller reminiscens- og musikterapi. Der bør være fokus på at skabe trygge, vante og tilpas stimulerende rammer for borgeren med demens.

7.3. Pårørendeindsatser

Når et menneske får en demensdiagnose, påvirkes også den øvrige familie og omgangskreds. Hverdagslivet vil uundgåeligt blive anderledes for både mennesket med demens og den øvrige familie i takt med, at sygdommen skrider frem. Mennesker med demens får ikke blot behov for øget hjælp og støtte i dagligdagen, men ændrer også ofte personlighed som følge af sygdommen, hvilket kan belaste familien yderligere.

At være pårørende til et menneske med demens kan være forbundet med en betydelig og langvarig psykosocial belastning, der bl.a. kan resultere i forringet helbred, social isolation, angst, depression, stress- og sorgreaktioner, øget forbrug af medicin osv. hos de pårørende. Pårørende kan både være ægtefæller, (voksne) børn, naboer, mv.

Formålet med pårørendeinddragelse er dels at styrke mennesket med demens' pårønderelationer og netværk, dels at styrke den pårørende, således at den pårørende vedvarende kan være en støtte for sine nærmeste og samtidig have fokus på egne ressourcer

og behov for et godt hverdagsliv. Inddragelsen bør styrke den pårørende, således at den pårørende vedvarende kan være en støtte for sine nærmeste og samtidig have fokus på egne ressourcer og behov for et godt hverdagsliv. Ligeledes bør der være fokus på håb, selvbestemmelse og muligheder i den konkrete situation for såvel mennesket med demens som de pårørende. Det anbefales derfor, at der differentieres i tilbuddene til pårørende, så de kan matche målgruppens forskellige behov.

7.3.1. Aflastning

Der findes forskellige former for aflastning alt afhængig af varighed, sted, anledning og udformning. Aflastning kan omfatte perioder fra flere timer til dage eller uger og finde sted i eget hjem, dag- eller aktivitetstilbud eller plejecenter og kan ske planlagt eller som reaktion på en krisesituation. Såvel som der også bør være mulighed for aflastning både om aftenen og natten. Aflastning giver pårørende mulighed for midlertidigt at overdrage omsorgen for mennesket med demens til en anden person eller institution. Desuden kan aflastningen bruges som tilvænnning for borgeren til at komme videre fra eget hjem til et botilbud.

Kommunerne kan endvidere iværksætte eller give tilskud til generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte. Det er kommunen, der fastlægger målgruppen for de lokale tilbud, herunder f.eks. om der skal være særlige tilbud målrettet personer med demens og deres pårørende. Tilbuddene kan iværksættes af kommunen selv eller af foreninger og organisationer med kommunalt tilskud. Tilbuddene kan f.eks. bestå i dag- eller aktivitetstilbud med pædagogiske aktiviteter, sociale arrangementer, ture ud af huset mv. Dag- og aktivitetstilbud til personer med demens kan bidrage til at skabe en mere meningsfuld hverdag, forbedre den enkeltes muligheder for at klare sig selv og forebygge ensomhed og social isolation. Samtidig kan tilbuddene fungere som en aflastning for de pårørende.

Det anbefales derfor, at kommuner har tilbud, som kan aflaste pårørende. Dette øger den pårørendes mulighed for at varetage omsorgsopgaven og øger livskvaliteten ikke alene for den pårørende, men også for borgeren med demens.

7.3.2. Rådgivning

Rådgivning til pårørende til et menneske med demens kan bestå af forskellige komponenter, men bør være tilgængelig for nære pårørende til mennesker med demens, f.eks. ægtefælle, voksne børn eller andre nære personer, der indgår i borgerens netværk. Jo længere henne i demensforløbet, jo mere vil det formodentlig være den pårørende frem for mennesket med demens, der har behov for rådgivning og fast kontakt til kommunens personale.

Kontakt med borgeren tidligt i demensforløbet giver mulighed for at inddrage borgeren selv i, hvordan fremtidens støtte og hjælp, og palliation skal tilrettelægges, men det kræver løbende rådgivning om, hvilke muligheder mennesket med demens har.

Rådgivning til pårørende kan have fokus på at styrke de positive elementer i mennesket med demens og den pårørendes liv med udgangspunkt i deres egne ønsker og værdier.

Det anbefales, at rådgivningen tilbydes som et forløb, hvor den pårørende kommer igennem en række samtaler med henblik på at finde løsninger på hverdagens problemer.

Det anbefales, at kommunen tilbyder rådgivning til pårørende med særlig opmærksomhed på hele familien, især børn under 18 år. Rådgivningen kan med fordel forløbe over flere sessioner, hvor den pårørende både kan lære og får mulighed for at diskutere personlige udfordringer ved at leve med et menneske med demens⁸.

7.3.3. Familiesamtaler

Når et familiemedlem får konstateret demens, påvirker det alle i familien. Nogle gange er de nærmeste pårørende yngre personer, eller en hel familie. For disse pårørende kan en familiesamtale være en fordelagtig indsats. Formålet med familiesamtalen er, at familien føler sig støttet i livet med demens, at familien får fokus på det, der fremmer familiens sundhed og velvære og at familien får et frirum til at fortælle om oplevelsen af sygdommens påvirkninger og konsekvenser for deres hverdagsliv.

For at kunne hjælpe hele familien, bør kommuner tilbyde en familiesamtale til de familier, som ønsker det.

⁸ Sundhedsstyrelsen (2017b) anbefaler, at alle udredningsenheder har faste tidsrum med mulighed for rådgivning pr. telefon af relevante faggrupper (telefonisk hotline). Det bør være muligt at få rådgivning fra både de tre lægefaglige specialer (neurologi, geriatri og psykiatri), sygeplejersker og psykologer.

8. Opfølgning

Anbefalinger:

- Opfølgningen planlægges ud fra borgerens behov, og der lægges en plan for patientens videre forløb
- Almen praksis har mulighed for at genhenvise patienter til regional udredningsenhed, ligesom de kan få rådgivning og sparring fra udredningsenheden

8.1. Opfølgning på opsporing, udredning og behandling

Opfølgning på opsporing, udredning og behandling af mennesker med demens bør bero på en individuel vurdering, da der er tale om en heterogen gruppe med forskellige behov for opfølgning. Det anbefales således, at opfølgningen planlægges ud fra den enkeltes behov, og at særligt sårbare følges tæt. Ved opfølgning anbefales det, at der lægges en samlet tværfaglig plan for det videre forløb.

Mennesker med demens, og særligt disses pårørende, bør endvidere informeres om, at de bør henvende sig ved ændringer i tilstanden. Opfølgning kan foretages af enten praktiserende læge, demenskoordinatoren, eller sundhedsfaglig medarbejder i en regional demsenhed. Almen praksis har en særlig opgave i forhold til at have en dialog med borgerens kontaktperson (som udgangspunkt demenskoordinatoren) om opfølgning på indsatser.

8.1.1. Opfølgning i almen praksis

Når demensudredning og opfølgning er afsluttet i den regionale udredningsenhed bør der tilbydes en kontrol i almen praksis. Denne bør som udgangspunkt finde sted efter 3 til 6 måneder og minimum én gang om året, afhængig af den aktuelle tilstand. Ved ændring i medicindosis eller ny ordination bør der ligeledes laves en plan for opfølgning af denne. Den praktiserende læge bør initiere kontakten til borgeren. Medicinopfølgningen tilbydes herefter hver 6. til 12. måned og omfatter kontrol med behandlingen. Medicinopfølgningen kan med fordel foregå samtidig som anden opfølgning, eller tænkes sammen med denne. Opfølgning kan konfereres med den udredende enhed efter behov.

Opfølgningen kan bestå af følgende elementer:

- Vurdering af sygdomsudviklingen: Funktionsniveau, eventuel problemskabende adfærd og psykiatriske symptomer
- Vurdering af eventuel co-morbiditet
- Objektiv undersøgelse, herunder BT, puls, BMI, syn og hørelse
- MMSE-test for at vurdere eventuel progression

- Medicingennemgang
- Vurdering af effekten af anti-demens medicinsk behandling og eventuelle foretagne justeringer

8.1.2. Kommunens opfølgning efter demensudredning

Kommunen (som udgangspunkt demenskoordinatoren) tilbyder mennesker med demens og dennes pårørende en samtale for at følge op på den regionale udredningsenheds rådgivning og eventuelle forslag til støtteforanstaltninger.

Demenskoordinatoren vurderer ved samtalen, om der er:

- Ændrede behov hos borgeren med demens og dennes pårørende
- Behov for at justere kommunens handleplan for tilbud til borgeren og de pårørende

Kommunens opfølgning hos borgere, der *ikke er kendt* af hjemmeplejen, foregår ved, at den regionale demensudredningsenhed kontakter kommunen efter samtykke fra patienten, senest når denne afslutter kontakten med patienten. Demenskoordinatoren tilbyder familien et besøg for at yde råd og vejledning og oplyse om kommunens tilbud.

Demenskoordinatoren har ansvaret for, at borgeren og dennes pårørende besøges med passende intervaller, og orienterer, med borgerens samtykke, den praktiserende læge om ændringer af den kommunale handleplan ved specifikke problemer og efter behov.

8.1.3. Opfølgning efter diagnostik i regional demensudredningsenhed

Efter afsluttet demensudredning i regional demensudredningsenhed vurderes patientens behov for opfølgning og der foretages. Patienten overgår som hovedregel til regelmæssig opfølgning hos almen praksis, ligesom almen praksis inddrages ved problemskabende adfærd og efter somatisk og psykiatrisk indlæggelse. Patienter med komplekst sygdomsbillede følges ved behov i længere tid.

Nogle af de patienter, der vurderes at kunne have demens, fordi de har nedsat kognitiv funktion opfylder ikke kriterierne for demens. En mindre andel af disse har MCI, som er en tilstand karakteriseret ved let kognitiv svækkelse, men hvor de basale ADL-funktioner er bevarede. Blandt disse vil en mindre andel udvikle demens. Det bør derfor overvejes at tilbyde denne patientgruppe opfølgende kontroller med henblik på at identificere en eventuel sygdomsprogression tidligt. Som udgangspunkt bør denne opfølgning tilbydes via demensudredningsenhederne.

8.2. Genhenvielse

Når en patient er afsluttet i regional demensenhed bør der være mulighed for almen praksis at genhenvise til demensenheden, ligesom det er muligt, at ringe til udredningsenheden og få rådgivning og sparring.

Der bør også være mulighed for at korrespondere elektronisk med demsenheden.

Høringsversion

Referenceliste

1. **Dansk Selskab for Almen Medicin (2006):** Demens i almen praksis
2. **Implement Consulting Group (2018):** Evaluering af de regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for patienter med demens. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen. [Link](#)
3. **Mancini M, Grappasonni I, Scuri S, Amenta F.** Oral health in Alzheimer's disease: a review. *Curr Alzheimer Res* 2010 Jun 1;7(4):368-73.
4. **Nationalt Videnscenter for Demens (2018):** <http://www.videnscenterfordemens.dk>
5. **Promedicin.dk**
6. **Region Hovedstaden (2012):** Forløbsprogram for demens
7. **Region Midtjylland (2011):** Sundhedsaftale for personer med demens
8. **Region Nordjylland (2015):** Den tværsektorielle grundaftale. Sygdomspecifik sundhedsaftale for demens
9. **Region Sjælland (2015):** Forløbsprogram for demens
10. **Region Syddanmark (2010):** Samarbejdsaftale på demensområdet
11. **Sundhedsstyrelsen (2008):** Udredning og behandling af demens – en medicinsk teknologivurdering
12. **Sundhedsstyrelsen (2013):** National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af demens
13. **Sundhedsstyrelsen (2016a):** Livet med demens – styrket kvalitet i indsatsen. Fagligt oplæg til den nationale demenshandlingsplan 2015
14. **Sundhedsstyrelsen (2016b):** Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom
15. **Sundhedsstyrelsen (2016c):** Modernisering af omsorgstandplejen
16. **Sundhedsstyrelsen (2017a):** Anbefalinger for palliative indsatser.
17. **Sundhedsstyrelsen (2017b):** Anbefalinger til organisering af udrednings og behandlingenheder for demens
18. **Sundhedsstyrelsen (2018a):** Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Del III
19. **Sundhedsstyrelsen (2018b):** <https://www.sst.dk/da/aeldre/demens/traeningsguide>
20. <https://www.sum.dk/Temaer/National%20demenshandlingsplan/23-initiativer.aspx>
21. **Socialpædagogerne (2017):** Hvidbog om demens og Socialpædagogik:

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen

Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer

Bilag 3: [Tekst]

Høringsversion

Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium

Arbejdsgruppe til udarbejdelse af nationale anbefalinger for tværsektorielle og tværfaglige forløb for mennesker med demens

Baggrund

Regeringen og satspuljepartierne har afsat 470 mio. kr. til udmøntning af konkrete initiativer på baggrund af en ny national demenshandlingsplan 2025. Midlerne er prioriteret til 23 konkrete initiativer på demensområdet under følgende fokusområder:

1. Tidlig opsporing og kvalitet i udredning og behandling
2. Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering
3. Støtte til mennesker med demens og pårørende
4. Demensvenlige boliger og samfund
5. Øget videns- og kompetenceniveau

Dette initiativ ligger som initiativ 6 under 1. fokusområde.

Som opfølgning på den nationale demenshandlingsplan fra 2010 har alle regioner udarbejdet et forløbsprogram eller en samarbejdsmodel (fremover: forløbsprogram) på demensområdet, ligesom demens indgår i de aktuelle sundhedsaftaler. Forløbsprogrammerne beskriver den tværfaglige og tværsektorielle indsats for alle dele af et patient- og plejeforløb og har til formål at synliggøre opgave- og ansvarsfordelingen for de relevante aktører.

På tværs af regionerne er der imidlertid variation i organiseringen af indsatsen og kvaliteten i de forskellige forløbsprogrammer. Det betyder, at et forløb med demens kan se forskelligt ud alt afhængig af, hvor man bor. Der er derfor behov for at styrke indsatsen for at skabe sammenhængende forløb og mere ensartet kvalitet i tilbud på tværs af sektorer til mennesker med demens.

Sundhedsstyrelsen har i 2017 gennemført en ekstern evaluering af de eksisterende forløbsprogrammer med henblik på at afdække aktuelle indsatser, eventuelle udfordringer samt god praksis i forhold til indhold og implementering.

På baggrund af evalueringen udarbejder Sundhedsstyrelsen i 2018 nationale anbefalinger for tværsektorielle og tværfaglige forløb for mennesker med demens.

Evalueringen vil blive præsenteret for arbejdsgruppen på 1. arbejdsgruppemøde.

Formål

Anbefalingerne skal medvirke til at bidrage til at øge kvaliteten for eksempel ved en mere ensartet praksis og omfatter samtidig anbefalinger for det samlede forløb fra tidlig opsporing, diagnostik, udredning og behandling, til social- og sundhedsfaglig pleje og opfølgning i forhold til mennesker med demens på tværs af faggrupper og sektorer. Endvidere indgår der anbefalinger for organisering, herunder rolle- og ansvarsfordeling.

I forbindelse med udarbejdelsen af anbefalinger nedsætter Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe.

Arbejdsgruppens opgave

Arbejdsgruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen ved at drøfte og kvalificere oplæg i udarbejdelsen af anbefalinger, som forventes at omfatte:

- tidlig opsporing og indsats
- diagnostik
- udredning og behandling
- social- og sundhedsfaglig pleje og opfølgning
- ansvars- og rollefordeling
- monitorering

Arbejdet forventes afsluttet ultimo 2018.

Der tilknyttes en ekstern faglig konsulent til at foretage en litteraturgennemgang, der med arbejdsgruppens kvalificering kan bruges som grundlag for indholdet i anbefalingerne.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen har repræsentation af følgende parter:

- Alzheimerforeningen (1)
- Dansk Neurologisk Selskab (1)
- Dansk Psykiatrisk Selskab (1)
- Dansk Psykolog Forening (2)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Dansk Selskab for Geriatri (1)
- Dansk Socialrådgiverforening (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Danske Patienter (1)
- Danske Regioner/regioner (1+2)
- Demenskoordinatorer i Danmark (1)
- Ergoterapifaglige Selskaber (1)
- FOA (1)
- KL/kommuner (1+3)
- Nationalt Videnscenter for Demens (1)
- Socialpædagogernes Landsforbund (1)
- Socialstyrelsen (1)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)
- Ældre Sagen (1)

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariat.

Sundhedsstyrelsen kan indhente yderligere sagkyndig ekspertise.

Danske Regioner og KL anmodes om at udpege de regionale og kommunale repræsentanter.

Arbejdsgruppens møder

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer.

Dagsorden og beslutningsreferat udsendes ca. en uge før og efter mødernes afholdelse.

Der forventes afholdt fire møder i arbejdsgruppen i perioden februar til oktober 2018.

Forventet tidsplan

Mandag den 26. februar 2018 kl. 11.00-14.00	1. møde i arbejdsgruppen Introduktion til arbejdet, drøftelse af kommissorium, drøftelse af evaluering (indhold og form af anbefalingerne)
Medio april 2018	2. møde i arbejdsgruppen
Primo juni 2018	3. møde i arbejdsgruppen
Medio august - primo september 2018	Offentlig høring
Primo oktober 2018	4. møde i arbejdsgruppen
Ultimo 2018	Offentliggørelse af Nationale anbefalinger for tværsektorielle og tværfaglige forløb for mennesker med demens.

Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer

Dansk Neurologisk Selskab og Nationalt Videnscenter for Demens

Gunhild Waldemar

Dansk Psykiatrisk Selskab

Bodil Gramkow Andersen

Dansk Psykolog Forening/Gerontopsykologisk Selskab

Anna Aamand

Dansk Psykolog Forening/Neuropsykologisk Selskab

Asmus Meiling Vogel

Dansk Selskab for Almen Medicin

John Brodersen

Dansk Selskab for Fysioterapi

Trine Holt Clemmensen

Dansk Selskab for Geriatri

Elsebeth Tove Iversen

Dansk Socialrådgiverforening

Tor Sundberg

Dansk Sygepleje Selskab

Oda Jakobsen

Danske Patienter

Lea Munk Staugaard

Danske Regioner

Ann Vilhelmsen

DemensKoordinatorer i Danmark

Gitte Kirkegaard

Ergoterapifaglige Selskaber/Ergoterapifagligt Selskab for Geriatri og Gerontologi

Lotte Kofoed Hansen

FOA

Jakob Bro

Gentofte Kommune

Maj-Britt Alice Joost

KL

Louise Dybdal (1. møde)

Karen Marie Myrndorff (3. møde)

Nationalt Videnscenter for Demens

Birgitte Bo Andersen (2. møde)

Odense Kommune

Inge Elmshøj Thorup

Odsherred Kommune

Charlotte Grøndahl

Region Hovedstaden

Line Sønderby Christensen

Region Nordjylland

Jesper Torp Nielsen

Socialpædagogerne

Linda Bendix (1. møde)

Martin Fjording (2. møde)

Gitte Bække (3. møde)

Socialstyrelsen

Dorte From

Sundheds- og Ældreministeriet

Lars Grunnet

Ældre Sagen

Rikke Hamfeldt

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●