

Kommentarer fra KAP-H team tværsektorielt samarbejde (PKO) v. praksiskonsulenter og praktiserende læger Christina Thein, Tora Hoffmeyer, Kirsten Sander og Mads Klinge

Afsnit og sidetal	Feedback/kommentarer	Forbeholdt DSAM
DSAM-vejledningen om demens BPSD s. 29, jura s. 37 Side 4 Forord afsnit 2. Nogle kolleger er allerede gået i gang med at løfte den....	Generelt er det en KÆMPE opgave som AP nu skal påtage sig. Jeg kan ikke umiddelbart af materialet se hvor mange procent af de demente som AP står for at udrede og hvor mange det drejer sig om pr klinik. Vi står for at udrede (neurologi, psykiatri, have kendskab til CFS, ADL; er normalt en ERGOopgave, GDS, BPSD, jura) behandle, være tovholdere og eksperter overfor både kommune, pt, pårørende, tale med HOT-line. Alt dette gør vi på baggrund af en HOT-line med en speciallæge + 3-4 kons. Sidstnævnte lyder ikke af meget til denne store opgave. Det er ikke beskrevet præcist (og det skal det vel heller ikke her) hvor meget kommunen skal byde ind med. Men generelt er det meget vigtigt, hvilke opgaver Kommunen skal påtage sig og hvilke AP skal. CFS OG ADL mener jeg IKKE er en opgave som hører til i AP. Det er et nyt område vi bevæger os ind på og det er ikke gjort med en enkelt undervisnings-dag. Selvfølgelig kan Klyngepakker etc. hjælpe til i begyndelsen. Jeg undres over at der ikke er beskrevet noget omkring honorar for den praktiserende læge. Jeg kan se at PLO står på listen over bidrager til høringssvaret og jeg vil glæde mig til at høre hvad de har at sige. Et spørgsmål kunne bl.a. være skal vi i gang med dette før honoraret er på plads? Det lyder på Høringssvaret fra DSAM som om der er læger som er gået i gang???	
Side 4 afsnit 3	Sprogfejl ("udredt og mulighed")	
Side 11 afsnit 1	Det bør stå på samme måde som i boks 1 (6'D'er)	
side 13 afsnit 1 (bunden)	Der er vel ikke noget opdateret forløbsprogram der beskriver udredning/beh/samarbejde mv? Det skal vel opdateres.	
Side 13 afsnit	Demensmedicin kan i skrivende stund kun udskrives af speciallæger med klausuleret tilskud. Det er ikke optimalt for pt. Kan vi acceptere dette på pts vegne? Vi finder, at det er "uanstændigt" at foreslå, at patienterne så bare selv kan betale for medicinen uden tilskud. Lighed i sundhed? Det lyder som om det skal gå lidt hurtigt. Kunne det tænkes, at det faktisk bør være en speciallæge i ovennævnte specialer som ordinerer 1. gang?	
Side 14	På s. 14 er det nyt, at vi skal henvise til CT-c ved 1. konsultation - nu er det ved en årlig MMSE og Basic og samtidig med henvisning til hukommelsesklinikken. Som jeg husker begrundelsen for at	

	henvise nu, er det for at udelukke anden årsag (f.eks. tumor) og ikke som et diagnostisk værktøj. I fremtiden vil vi så selv stå for svar/konsekvens af undersøgelsen - dette synes jeg bør italesættes.	
side 15 afsnit 1	Skal vi lave ADL? Honorering? Bør specificeres hvilke psykomet. test - GDS, MoCA?	
side 15 sidst afsnit (bunden)	Det bør specificeres hvad vi skal bruge CFS til - behandlings til/fravalg?	
side 19 sidste afsnit (ift psykomet test)	Det giver ikke nogen mening. Så hvis vi vil henvise til udredning skal vi først skrive eller ringe og spørge hotlinen om vi skal supplere med MMSE? Det virker som unødigt ekstraarbejde.	
side 20 afsnit "Vurdering og plan"	Hvilke "særlige symptomer og tegn" refereres der til? Det bliver lidt indforstået. Der kan fx komme eksempler. Det bør specificeres hvordan spørgsmålet: "Hvorvidt patienten forventes at profitere af den behandling der kan tilbydes på baggrund af yderligere undersøgelser og diagnostik i en regional demensudredningsenhed" bør vurderes. Samme afsnit, lige nedenunder ovenstående: Så hvis vi færdigudreder (hvilket vi vel skal til at gøre i de fleste tilfælde) SKAL vi ringe til demensudredningsafsnittet? Hvordan forestiller man sig at den arbejdsgang foregår helt lavpraktisk? En separat problematik er jo hvordan det forventes honoreret - idet tidsforbruget til meget af ovenstående vil være betragteligt.	
Side 21 punkt 2	Det bør specificeres på hvilken baggrund den beslutning skal tages.	
Side 21 boks 4	Det står meget forvirrende - hvis man læser det ordret betyder det at indikation for henvisning er at der ER tydelige tegn der tyder på vaskulær demens. Der må menes det omvendte - dvs at der på CT-C IKKE findes nogen tegn til vaskulær demens? Samme tilfælde med afsnittet omkring alzheimers	
Side 22 sidste punkt	Det bør måske lige specificeres hvorfor det er at dem der mulig MCI/let demens skal ses på demens afsnit, mens de svære tilfælde ikke skal.	
Side 25 vedr rivastigmin og galantamin	Som jeg husker statistikken, betyder det faktum at 0 ("nul") indgår i konfidensintervallet at der ikke er signifikant effekt af rivastimin - det bør måske specificeres? Eller er der andre studier der måler på andre mere patient relevante outcomes - fx quality of life?	
Side 26	Jeg synes der bør stå mere omkring medicinens effekt. Det ser jo ikke så imponerende ud når man kigger på tallene (den beskedne effekt på MMSE taget i betragtning). Det beskrives at selv et lille resultat på MMSE kan synes signifikant hvis det opretholdes over længere tid - men hvad siger forskningen? Det må være opgjort på andre måder: Patientrapporteret quality of life? Pårørende rapporteret quality of life? Andet?	
Side 28, første afsnit	Det hedder vel ret beset en medicinbivirkning - medicinske bivirkninger er noget andet.	
Side 31 afsnit 6, vedr risperidon	Der bør angives doseringsforslag, fx Risperidon 0,25mg x 2 - som evt kan opjusteres?	

Side 33, vedr fuldmagt, testamente og kørekort	Det bør specificeres hvad fremtidsfuldmagt er, og hvordan det oprettes (tinglysning.dk, fremmøde på kommunen), hhv elektronisk via sundhed.dk (behandlingstestamente). Det bør endvidere specificeres hvad der gøres ifald pt ikke skønnes habil og der ønskes at oprettes et værgemål (skal ansøges via familieretshuset). OBS: Jeg ser senere at det er specificeret senere i dokumentet - i så fald bør der refereres til dette her så man ved hvor man finder den info. Jeg synes kørekort vurdering er et vigtigt punkt - som bør udvides med anbefalinger for hvornår der skal, og hvornår der IKKE, skal nedlægges kørekort forbud.	
Side 33	På side 33 faldt jeg over, at vi ved årlige kontroller bl.a., skal vurdere: " Kommunal støtte o Hvilken kommunal støtte modtages? o Fungerer samarbejdet? o Er der behov for yderligere støtte?" Dette bør være besvaret ved en årlig kontrol fra kommunen, og hvor resultatet er sendt til os forud for vores årskontrol.	
Side 37 vedr værgemål	Afsnittet er meget svært at læse - det er ikke (ud fra teksten) klart hvad der menes. Bør omformuleres.	

Kommentarer fra KAP-H Medicinteam v. medicinkonsulent og praktiserende læge Janne Unkerskov

Afsnit og sidetal	Feedback/kommentarer	Forbeholdt DSAM
Side 13 og 24	Tilskud til demensmedicin. Medicintilskudsudvalget er blevet bedt om at revurdere dette så speciallæger i almen medicin kan udskrive det.	
Side 13	Kan man skrive noget om forskel på aldersrelateret nedsat hukommelse og begyndende demens. Jeg mener, at der er et skema, som redegør for disse forskelle. Måske er det fint at få med visuelt?	
Side 18	Vedr. CT-scanning så er det meldt ud i Region Hovedstaden, at man ikke må forvente/bruge den til udredning for andre sygdomme. De kigger kun efter tegn på demens. Så mistænker vi anden patologi skal vi ikke bruge denne – det har været nævnt i PraksisNyt, så måske nogle gør dette, fordi de ikke er klar over det. Måske skal det nævnes?	

Side 22	Kan der laves diagnostisk pakke for henvisning som ved cancer? Så vi får alle informationer med samt hvilket af de 7 punkter som gør, at vi henviser?	
Side 23	Rivastigmin plaster med klausul om at patienten ikke kan tage peroral behandling.	
Side 33 Årsstatus	Der er i flere regioner særlig ydelse for demens. Måske godt at nævne, da mange glemmer at bruge den.	
Side 37	Hvordan gør man med værgemål, hvis den demente ikke har pårørende og det er kommunen, som kun kommer i hjemmet? Kan man skrive noget om det, da vi jo får flere ældre, som bor og er alene.	