

Vejledning til indtastning i Demens databasen i KMS:

Kom på KMS systemet

Åben en internet browser og skriv adressen <http://kms-oevrige.regionh.medcom/kms> i adresselinjen og tryk på enter.

I nedenstående billede indtaster du brugerkode og adgangskoder, hvorefter du klikker på **Login**.

Hvis du har problemer med at logge på systemet, så kontakt din lokale afdelingsadministrator eller ringe til CIMT's ServiceDesk på tlf. **3864 8080**.

Hvis du er bruger i **RegionH** kan du oprette en sag i [CIMT Service](#)



Under **Vælg modul** skal du vælge **Dataindtastning**, og klikke på **Gå til**



Indtaste ny patienter

Du indtaster patientens CPR-nummer og klikker på **Find**



Systemet finder selv navnet på patienten, det står øverst i skærmbillede.




I nedenstående billede skal man vælge **Afdeling**, hvis du har adgang til mere end en afdeling.

Under skema vælges Demensudredning. Klik derefter på **Opret**.

Afdeling: (Vælg afdeling) ▼

Kontakt
Startdato
26-05-2016 
Stopdato
 

Skema
Navn: ▼
Udført den
26-05-2016 
Udført af:
Bemærkning:

Opret
Fortryd


OBS praktisk tip: Det er en fordel at skemaet oprettes og gemmes når patienten møder første gang. Derefter udfyldes skemaet så reelt først når udredningen er afsluttet (Hvis patienten er færdigudredt samme dag, udfyldes selvfølgelig det helle denne dag). Med denne procedure er det meget nemt at se hvilke skemaer der eventuelt mangler at blive udfyldt og indleveret.

Så er du klar til at indtaste oplysningerne på patienten.

Skemaudfyldelse.

< Demensudredning > Udskriv Slet Gem Gem & forlad Indlever Indlever & forlad ?

Demensudredning

Dato for diagnosesamtale(?) 

Pårørende til stede ved forundersøgelse eller diagnosesamtale(?) Ja Nej

Kognition:(?)

MMSE	ACE
<input type="checkbox"/> Udført	<input type="checkbox"/> Udført
ADAScog	CAMcog
<input type="checkbox"/> Udført	<input type="checkbox"/> Udført
MoCa	RUDAS
<input type="checkbox"/> Udført	<input type="checkbox"/> Udført
Trinvold/DSQIID	Neuropsykologtest
<input type="checkbox"/> Udført	<input type="checkbox"/> Udført

Pt. utestbar pga. meget-svær demens Ja

Ingen kognitiv test udført

Skala udført?

ADL:

FAQ(IADL)-måling	DAD-måling
<input type="checkbox"/> Udført	<input type="checkbox"/> Udført
ADCS-ADL-måling	
<input type="checkbox"/> Udført	

ADL test ej udført

ADL udført?

Skanning

CT-Skanning(?) Ja Nej

MR-Skanning(?) Ja Nej

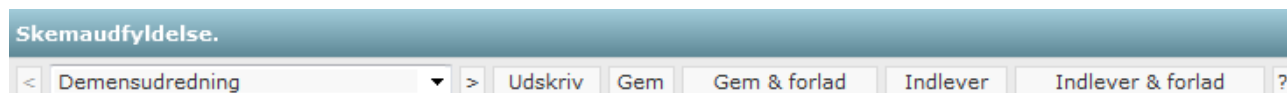
Graden af kognitivpåvirkning(?)

- Kognitivt intakt
- Kognitiv svækkelse, men ikke demens
- Demens i **let** grad jævnfør (ICD-10 kriterier)
- Demens i **moderat** grad jævnfør (ICD-10 kriterier)
- Demens i **svær** grad jævnfør (ICD-10 kriterier)

Når du er færdig med at indtaste oplysningerne, så skal du klikke på **Indlever og forlad**. Hvis du ikke er helt færdig med at indtaste oplysningerne, skal du klikke på **Gem og Forlad**, så kan du vende tilbage på et senere tidspunkt og færdig indtaste oplysningerne.

Når du har gemt og forladt skemaet, står du **Patient overblikket**.

En **hjælp til at besvare felterne** kan åbnes ved at klikke på spørgsmålstegnet "?". Se indholdet på side 8 under punktet Hjælpetekster til Demensudredning.



De øvrige knapper betyder

Udskriv:	Udskriv skemaet på papir.
Slet:	Sletter det skema du står i.
Gem:	Gemmer oplysningerne du har indtastet og bliver stående i skemaet.
Gem og forlad:	Gemmer oplysningerne du har indtastet og forlader skemaet
Indlever:	Indlevere skemaet, så du ikke har mulighed for at rette i oplysningerne igen, medmindre du har mulighed for at genåbner skemaet igen.
Indlever og forlad:	Indlevere skemaet, så du ikke har mulighed for at rette i oplysningerne igen, medmindre du genåbner skemaet igen og forlader skemaet.


Indtast endnu en patient

I nedenstående skærbillede taster du blot et nyt CPR-nummer og klikker på find.

The image shows a form with two main sections. The left section is titled "Indtast CPR nr." and contains a text input field with the value "0101300xx0" and a "Find" button. The right section is titled "Patient:" and "Kontakt:".

Genfind tidligere registrering

I Nedenstående skærbillede taster du blot CPR-nummeret på patienten og klikker på find. Derefter klikker du på **Demensudredning**.

Indtast CPR nr. **Patient:**  Hansen, Hanne (010130-0xx0)
Kontakt: 27-10-2015

Patientoverblik

Vis åbne Vis alle

Rigshospitalet, Hukommelsesklinikken, Neurologisk afdeling

Registreringer	
Vælg	27-10-2015
Vælg	Demensudredning

Rette indleverede skemaer

Hvis du har indleveret skemaet og gerne vil rette i det igen, så går du ind i skemaet og klikker på **Genåben**. Du skal lige skrive en årsag til, at du genåbner skemaet.

For at kunne genåbne et skema, skal man have ret til at genåbne skemaer, det er ikke alle der har det.

Skemaudfyldelse.

< Demensudredning ▼ >

Skriv forklaring og klik på **Genåben**

tieto.com KMS 2.6.0 Unofficial

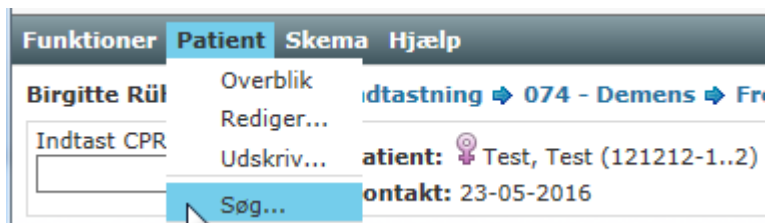
Genåbn skema

Forklaring

En forklaring skal gives for, at skemaet kan genåbnes

Søg på patient

Hvis du har brug for at søge på en patient du ikke kan finde, så klik på **Patient** i menuen, og klik på **Søg**.



Her kan du indtaste dele af et CPR-nummer eller navn og finde skemaet ved at klikke på **Søg**

Søg efter skema/patient

Hvis du har brug for at søge efter et skema/patient, som du ikke kan finde, så kan du søge på oprettede skemaer, hvis du klikker på **Skema** i menuen, og klikker på **Søg**.



Under **status** skal du vælge alle, og klikke på **Søg**.

Hvis du vil ind på et skema, så klik på **Demensudredning**. Hvis du vil bladre mellem siderne så klik på tallene 1, 2, 3.
Når du er færdig med at søge, så klik på X i øverste højre hjørne.

Fundne skemaer

Der blev fundet 141 skemaer, der matchede søgekriterierne.

[Vis alle på en gang.](#)

1 2 3 4 5 6

CPR nr.	Afdeling	Skema	Skemastatus	Oprettet dato	Opret. af	Sidst red. dato	Sidst red. af	Søgefelt	Søgefelt
		Demensudredning	Under udfyldelse	24-10-2014 15:53:21		24-10-2014 15:54:30			
		Demensudredning	Under udfyldelse	12-04-2016 11:19:29		12-04-2016 11:19:54			

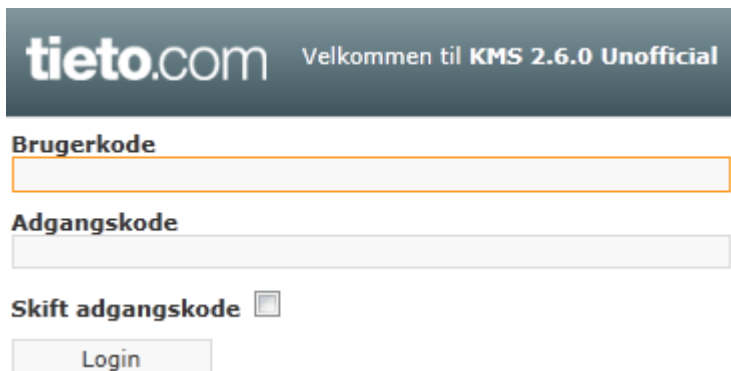
Log af systemet

Klik på **Logout**, når du er færdig med at registrere

Indtast CPR nr.: <input type="text"/>	<input type="button" value="Find"/>	Patient: Kontakt:	<input type="button" value="Logout"/>
--	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------

Skifte adgangskode

Hvis du har brug for at skifte adgangskode, klik på **Skift adgangskode**, når du logger ind i systemet, søg klik på **Skift adgangskode**.



tieto.com Velkommen til KMS 2.6.0 Unofficial

Brugerkode

Adgangskode

Skift adgangskode

Login

Adgangskoden til KMS skal automatisk skiftes hver 3. måned af sikkerhedsmæssige årsager.

Indtaster du en forkert adgangskode tre gange, så spærres din adgang.

Hjælp & support

Hvis du er i tvivl om, hvordan du skal udfylde skemaet, så kontakt

Ved faglige spørgsmål Det regionale styregruppemedlem, en liste kan ses på <https://www.regionh.dk/kliniskedatabaser>.

Ved tekniske spørgsmål CIMT ServiceDesk pr telefon 3864 8080.
Brugere i Region Hovedstaden skal oprette en sag til CIMT Service

I forbindelse med den landsdækkende implementering af databasen, er der kommet nogle spørgsmål. Svarene på disse spørgsmål kan være relevante for alle, der indberetter.

Hvem skal indberettes til databasen

- Patienter, der er elektivt henvist til en demensudredningsenhed og fysisk mødt mindst 1 gang til udredning for demens
- Internt henviste patienter, der påbegynder udredningsforløb efter en henvisning
- Genhenviste patienter. I KMS kan det markeres, at en patient er genhenvist
- **Patienter der følges i ambulatorier der ikke primært varetager demensudredning (f.eks parkinson ambulatorium, sklerose ambulatorium, ambulatorium for affektiv sygdom, fald-ambulatorium), hvor man dér vurderer kognition skal IKKE med. Men hvis disse patienter viderehenvises til et primært demensudredningsambulatorium så skal de med i databasen.**
- Patienter, der er i gang med fx to demensudredningsforløb skal have registreret begge forløb.

Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens er en kvalitetsdatabase over udredningsforløb – ikke en database over demenspatienter forstået som at de kun skal registreres én gang. Samme patient kan således have flere registreringer, både over tid i samme enhed (hvis de har været afsluttet og er genhenvist) og i forskellige enheder.

- Patienter, der møder til konsultation, men ikke ønsker at få foretaget undersøgelser skal indberettes til databasen. Hvis du klinisk vurderer at der er tale om demens – fordi det er oplagt ud fra anamnese og klinisk fremtoning OG det eksplicit angives i journal og kommunikerer til egen læge og evt. kommunalt regi – bør du registrere patienten med en demens i databasen (med uafklaret ætiologi) og registrere det der er udført. Hvis du i journalen ikke eksplicit konkluderer og argumenterer for, at der er tale om demens (uagtet at der ikke er lavet test), så angives ”normal”, også selvom du kan have en mistanke om en demenstilstand.
- Hvis patienten ikke møder op skal de ikke indberettes til databasen. Hvis patienten aflyser den planlagte/tilbudte undersøgelse, så skal de stadig registreres i KMS og markeres med *Nej* til test og uafklaret.
- NPH-udredning anses for demensudredning (der vil komme mulighed for at markere disse patienter, så de eventuelt kan trækkes ud af indikatorberegningen).
- Selvom patienten udskyder datoen for udredning, skal udredningen indberettes. Forløbet bliver dermed længere, hvilket kan påvirke indikator 1 Ventetid.

Diagnosesamtale

Det er den dag en diagnose kommunikerer til patienten og der handles på diagnosen.

Det skal altid tilstræbes, at en diagnose ikke forbliver uafklaret.

Se også specielle tilfælde nedenfor (f.eks. ved død, eller afslutning per brev, osv).

Dato for diagnosesamtale er den første og eneste dato, der skal indtastes i skemaet.

Psykosocialt tilbud

Feltet dækker over alle kommunale tilbud (visitation, demenskoordinator, patient- og pårørendeundervisning osv.).

At få tilbudt en bolig på et plejehjem er ikke et psykosocialt tilbud. At bo på plejehjem er en boform.

SKS-koder

- ZZ1500 (udredning for demens) skal registreres til Landspatientregistret (LPR) hver gang der foretages en udredning for demens. Det anbefales, at koden indberettes samtidig med den øvrige takstbelægning af udredningen.
- Alle udredningsenheder bør indberette under egen SKS-kode. Se hvordan du kan oprette en ny SKS-kode her <http://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-klassifikationer/sks-klassifikationer/kodeonsker-sks>

Henvisningsdato

Henvisningsdatoen trækkes fra LPR dette for at mindske registreringsarbejdet.

Hjælpetekster til Demensudredning. Revideret 23/05/2016.

Ved demensudredning forstås udredningsforløbet efter første besøg efter en nyhenvisning. Det betyder at patienten skal være klinisk vurderet enten i en klinik eller ved hjemmebesøg. Udredningsforløbet varer til patienten informeres om en klinisk diagnose og/eller behandling (se også hjælpetekst under "Diagnosesamtale"). For visse patienter vil forundersøgelse og diagnosesamtale være samme dag. Hvis der efter patienten har været fulgt i en enhed (f.eks. opfølgning af MCI patienter) og der foretages nye parakliniske undersøgelser, så er dette ikke en ny udredning.

Dato for diagnosesamtale

Dato for diagnosesamtale defineres som den dag patienten første gang informeres om en diagnostisk konklusion. Dette er normalt ved en ambulant konsultation. Se eksempler nedenfor. Det skal ses fra patienten synsvinkel: "Hvornår fik jeg første gang noget at vide om diagnose og evt behandling".

Hvis der gives svar per brev (f.eks hvis patienten ikke ønsker at møde op, eller der er aftalt brevsvaret) anvendes dato for afgivelse af dette svar.

Hvis patienten aflyser midt i et udredningsforløb, anvendes den dato hvor patienten afsluttes journalmæssigt.

Hvis patienten dør under udredningsforløb, anvendes dødsdato.

Hvis patienten efter den initiale udredning informeres om, at der er depression / depressive symptomer (og evt sættes i behandling) vil dette være dato for diagnose. Dette også selv om man klinisk kan have en mistanke om en bagvedliggende demenssygdom men hvor diagnose først kan stilles når depressionen er behandlet.

Diagnosesamtale kaldes også visse steder Informationssamtale.

Pårørende til stede ved forundersøgelse eller diagnosesamtale

Der markeres "Ja" hvis der har været en pårørende og/eller professionel omsorgsperson (der kender patienten til at kunne svare på ADL vurdering) ved forundersøgelse og/eller diagnosesamtale.

Skalaer-Kognition

Sæt evt. flere krydser.

Test udført ved anden instans, herunder egen læge og i primærsektor tæller ikke her. Testning skal være udført af udredningsenheden.

Trindvold/DSQIID er instrumenter der anvendes til vurdering af patienter med samtidig Downs syndrom eller anden mental retardering og mistanke om erhvervet demenssygdom.

Skanning

CT-Skanning

Ved CT-skanning forstås at der foreligger beskrivelse af CT af cerebrum foretaget i perioden fra 24 måneder før forundersøgelsesdatoen og indtil diagnosesamtaledatoen.

MR-Skanning

Ved MR-skanning forstås at der foreligger beskrivelse af MR af cerebrum foretaget i perioden fra 24 måneder før forundersøgelsesdatoen og indtil diagnosesamtaledatoen.

Graden af kognitivpåvirkning

Kognitivt intakt:

Test inden for alders og uddannelses korrigeret normalområde.

Lettere kognitiv svækkelse ("MCI"):

Signifikant kognitiv svækkelse i et eller flere domæner, men ikke dement (normal ADL). Herunder patienter med MCI / CIND / Prodromal-AD. (man vil også for disse patienter blive bedt om stillingtagen til bagvedlæggende ætiologi. Der vil være flere i denne gruppe der er ætiologisk uafklarede, specielt hvis der ikke er lavede parakliniske undersøgelser til afklaring af dette.)

Demens i let grad jævnfør ICD-10:

ICD-10 Demenskriterierne skal være opfyldt:
og Sværhedsgrad let ud fra en samlet klinisk vurdering.

Demens i moderat grad jævnfør ICD-10:

ICD-10 Demenskriterierne skal være opfyldt:
og Sværhedsgrad moderat ud fra en samlet klinisk vurdering.

Demens i svær grad jævnfør ICD-10:

ICD-10 Demenskriterierne skal være opfyldt:
og Sværhedsgrad: svær ud fra en samlet klinisk vurdering.

ICD-10 Demenskriterierne:

1. signifikant svækket hukommelse
2. signifikant svækket anden kognitiv funktion
3. symptomer over 6 måneder
4. påvirker patientens funktion (ADL)
5. skyldes ikke anden årsag som delir

Ætiologisk diagnose

• Der skal registres den diagnose, der er anført i journalen og som er kommunikeret til patient/pårørende.

Der er per 2015 ikke en national konsensus om hvilke diagnostiske kriterier, der skal anvendes på tværs af landet.

• "Alkohol": For at anvende "Alkohol" som den primære årsag til kognitivt deficit, så skal det være den primære årsag og/eller der er diagnosticeret Wernicke-Korsakoff. Hvis der samtidig er verificeret en neurodegenerativ lidelse (f.eks. Alzheimers sygdom), så skal denne vælges som primære årsag, og ikke alkohol.

• Affektiv genese til kognitive deficit registres selvstændigt, når det er den eneste / primære årsag. Hvis der er verificeret en neurodegenerativ lidelse (f.eks. Alzheimers sygdom), så skal denne vælges som primære årsag, og ikke affektiv genese

- For andre ikke-afektive og ikke-demenssygdomme (f.eks. følger efter traume eller intrakraniell tumor) anvendes kategorien ”Anden ikke-afektiv, ikke-neurodegenerativ sygdom”.
- ”Anden specifik neurodegenerativ sygdom” kan f.eks. være leucodystrofier, spinocerebellare ataksier og lign.

En række demensudredningsenheder samarbejder i ADEX alliancen om harmonisering:
<http://www.videnscenterfordemens.dk/adex/adex-alliancen/> og er 2015 enige om at anvende følgende diagnosekriterier:

Demens: NIA-AA (National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup) kriterier (McKhann et al. 2011)

Demens som følge af Alzheimers sygdom: NIA-AA (National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup) kriterier (McKhann et al. 2011)

Vaskulær demens: VASCOG-kriterier (Sachdev et al. 2014)

Lewy body demens: McKeith-kriterier (McKeith et al. 2005; McKeith 2006)

Frontotemporal demens: McKhann-kriterier (McKhann 2001)

Demensmedicin

Sæt evt. flere krydser.