

Høringssvar til DSAM-vejledningen om demens (deadline 9. september 2026)

Fra: DSG

Afsnit og sidetal	Feedback/kommentarer	Forbeholdt DSAM
Side 6.	Forstår ikke sætning "Dette møde kan føre til evidensbaserede beslutninger, som <i>Informeres</i> af DSAM´s vejledninger eller anden evidens"	
side 7.	"Hertil findes flere <i>meget</i> sjældne former for demens..." meget bør erstattes af mere	
Side 8.	– Kan farver i figur evt ændres, så fordeling fremgår mere tydeligt	
Side 10.	– ICD10 kriterier opfattes vel generelt som værende forældede og ikke dækkende for alle demenssygdomme. Skal man evt supplere eller erstatte med NIA-AA diagnosekriterier. Bør fremgå at demens diagnose kræver påvirket funktionsniveau og ændring i fht tidligere. Hukommelse ikke nødvendigvis ramt på diagnosetidspunkt.	
Side 12. Tabel 3 Sværhedsgraden af demens	Forslår fjernelse af BASIC score i parentes. Det er misledende at man siger, at sværhedsgraden ikke skal bestemmes ud fra BASIC score, og så sætter man den ind alligevel. ADL bør være grundlag for at vurdere grad af demens, og FAQ-IADL er lettilgængeligt værktøj der ikke kræver større oplæring at anvende.	
Side 13.	Havde været godt, om der forelå plan for rådgivningsfunktion. Hver region har et forløbsprogram, der nu er forældet med de nye anbefalinger	
Side 14.	– Bør fremgå at man udreder i rolig fase. Ikke umiddelbart i relation til akut sygdom eller flytning. Stabil tilstand 3 måneder	
side 15. Boks 2. Forslag til ombygning af basal udredning.	Under afsluttende konsultation hvor der står korrespondance til kommunen kan suppleres med og henvisning til demenskoordinator.	
Side 18. Stillingstagen til kørekort.	Foreslår at der skal stå: "Når der er mistanke om demens, skal der tages stilling til evt. kørselsforbud"	
Side 18.	Mener som udgangspunkt fortsat at demensudredningsenheder vil ønske CTC inden henvisning	
Side 21. Boks 5. Inspirationspunkter til korrespondance til kommunen	Kunne man tilføje: Tilkobling af demenskoordinator?	
Side 21	Boks 4. Det er svært at forestille sig patienter/borgere med fremskreden demens, der ikke vil have glæde af psykosociale tiltag.	

	Korrespondance til kommune. Husk accept fra patient og/eller pårørende	
Side 22. Boks 6. Indhold til henvisning	Mangler noget om, hvad der skal være undersøgt inden man henviser. Fx medicin, stofskifte, elektrolyt differentiering, vitamin mangle og nylig indlæggelse med delir.	
Side 23.	Er det korrekt, at donepezil har bedre effekt? Mener at der er ligeværdig effekt. Rivastigmin kan hos nogen have færre GI bivirkninger. Kombinationsbehandling kan overvejes. Men bør også overveje at forsøge udtrapning/seponering af donepezil efter optrapning i memantine. Eksempelvis efter 2-3 måneder med kombinationsbehandling	
2, side 24	Behandlingsafsnit bør omskrives. Det bør oplyses om kontraindikationer/ forsigtighedsregler til kolinesterasehæmmer fx 2. grads AV blok, forlænget QTc, hyppige ventrikululcera, vægttab, stort alkoholforbrug (virkning af Kolinesterasehæmmer nedsættes) , svær KOL, epilepsi og urinretention. Kan evt henvise til promedicin og forkorte. Der skal altid tages EKG forud for opstart, idet donepezil kan medføre AV-blok og bradykardi. Altid også Kontrol af EKG efter opstart med Donepezil ved 1. grads AV blok . Ved opstart af behandling kræver det oftest hjemmesygepleje til dispensering og tit også hjemmpleje til adm. Hos de mest skrøbelige/multimorbide patienter med moderat demens og med vægttab kan det være gunstigt at vælge memantine istedet for kolinesterasehæmmer. Ved livlige drømme ved Donepezil er det tit nok blot at ændre til dosering om morgen , da Donepezil kan give livlige drømme/mareridt hos nogen. Lægkrampe kan også ses som bivirkning eller forværres. Når diagnosen er stillet, er det sjældent nødvendigt at følge op med kognitive test ved en kontrol, så fokus bør være på funktionsniveau og kun evt suppl med kognitiv test Basic står også kun som et forslag under årskontrol s. 33, så fint	
Side 24.	Memantine kan også gives som monoterapi	
Side 25.	Tabel 5. Mener ikke at det er relevant at anføre kolonne med effekt.	
Side 26.	Angående Memantine anføres begrænsning i dosis ved høj alder? Hvorfor denne anbefaling?	
Side 27.	Der er allerede flere sygdomsmodificerende behandlinger til vurdering i Medicinrådet	

Side 28.	Biologiske årsager til BPSD. Evt tilføje forstoppelse og urinretention	
Side 32.	Behandling af delirium er ikke antipsykotika, men behandling af udløsende årsag. Antipsykotika kan i bedste fald være symptomlindrende. Haloperidol er ikke førstevalg på sygehus. Bør heller ikke være det i primær	
Side 32 Afsnit: Behandling af delirium	"I undtagelsessituationer, hvor alle non farmakologiske tiltag er blevet afprøvet og potentielle somatiske årsager er afdækket og behandles, kan <u>lindring</u> af symptomer med antipsykotika være påkrævet i en afgrænset periode (få dage og som hovedregel under to uger). Risperidon bør foretrækkes. Indikation for kortvarig symptoms lindring med antipsykotika foreligger hos demente patienter med delirium, • der er til fare for sig selv eller andre, • er svært forpinte af fx hallucinationer og vrangforestillinger, eller • hvor delirium forhindrer sufficient diagnostik og behandling. Skrøbelige ældre skal som hovedregel behandles med lavere doser af psykofarmaka. Dosisøgning skal ligeledes ske langsommere end hos raske ældre. Lægen skal være særligt opmærksom på at udelukke somatiske årsager til psykiatriske symptomer hos skrøbelige ældre. Lægen skal ligeledes være særligt opmærksom ved behandling af skrøbelige ældre med psykofarmaka med antikolinerg virkning herunder patientens samlede antikolinerge belastning.	
Side 32	Der står: ved parkinsons og LBD kan forsøges quetiapin eller lorazepam. Anbefaler at fjerne lorazepam. Behandlingen med benzodiazepiner bør reserveres til vanskeligt behandlelige tilfælde, hvor antipsykotika er forsøgt.	
Side 46. Bilag 2. Demenstyper, symptomer og behandling	Det er ikke vores erfaring at bivirkning til donepezil eller de andre acetylcholinesterasehæmmere først kommer efter 4 uger så tænker at der kunne stå: donepezil 5mg optrappes til 10mg efter 4 uger.	
Side 46.	Ved kombinationsbehandling overvej forsøg på monoterapi. Mere medicin – risiko for flere bivirkninger	
Side 46.	Ældre tåler også ofte memantine fuld dosis medmindre nyresvigt	
Side 47.	seponeringsforeslag - ved mistanke om bivirkninger	