

Afdeling: Praksis
Journal nr.: 26/31448 og 26/31473
Dato: 9. september 2026

Udarbejdet af: Anita Lerche
E-mail: ale@rsyd.dk
Telefon: 2911 2971

Notat

Høringssvar - DSAM vejledning om Demens

Region Syddanmark takker for muligheden for at afgive høringssvar til den nye DSAM-vejledning om demens i almen praksis. Nedenstående høringssvar samler bemærkninger fra de regionale almen medicinske praksiskonsulenter og fra specialerådene (geriatri og radiologi).

Vi ser det som positivt, at vejledningen samler anbefalinger om udredning, behandling og opfølgning og dermed understøtter den udvidede opgave i almen praksis.

Vi har følgende hovedbemærkninger:

1. Forfatterkreds og målgruppe: Vejledningen fremstår som et fagligt solidt kapitel om demens, særligt velegnet til yngre læger og uddannelseslæger. Vi vurderer, at en skrivegruppe med bredere repræsentation fra almen praksis og praksisformidling kunne styrke forankringen i hverdagspraksis og skærpe prioriteringen af indholdet.
2. Omfang, tone og struktur: Vejledningen indeholder flere generelle kliniske og etiske udsagn, som for den erfarne praktiserende læge vil være selvfølgeligheder. Det kan opleves som nedladende og mindsker overskueligheden. Vi anbefaler, at disse afsnit forkortes eller udelades, og at de gode faktabokse og oversigter i højere grad udgør rygraden i vejledningen, suppleret af kort, sammenbindende tekst.
3. Struktur og opgavefordeling: Bilag 2 med oversigt over de fire hyppigste demenstyper og opgaven for almen praksis er særdeles brugbart og kunne med fordel placeres tidligt som indledende overblik.
4. Det bør fremgå klart, at fastlæggelse og formidling af henvisningskriterier til regional demensudredningsenhed ligger hos den lokale demensudredningsenhed i samarbejde med praksiskonsulenterne (P 19 afsnit 7).
5. Jura og klausuleret tilskud: Afsnittet om relevant jura er grundigt, men tæt på lærebogsniveau. Vi foreslår en kortere oversigt med hovedpointer og henvisninger frem for detaljeret gennemgang. Omtalen af klausuleret tilskud til demensmedicin bør suppleres med en tydelig kommentar om den igangværende proces for at fjerne klausuleringen, så almen praksis' rolle som hovedaktør i demensbehandling understreges (P 24 afsnit 1).

Herudover har vi følgende teksthæne bemærkninger

Afsnit og sidetal	Feedback/kommentarer
1 side 12-13	Indledende afsnit kunne måske undværes for at forkorte teksten

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.
Præcisering af CT-henvisningen (Boks 2, s. 14 og s. 18)	“CT-c” bør skrives fuldt ud som “CT-scanning af cerebrum (uden kontrast)”, så der ikke er tvivl om, at undersøgelsen skal foretages uden kontrast.
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.”
S. 18: <i>“Det er for at sikre, at man ikke overser anden patologi – herunder kronisk subduralt hæmatom, infarkter og normaltrykshydrocephalus”</i> erstattes med:	Henvisning til CT-scanning af cerebrum Hvis anamneseoptagelsen og evt. objektiv undersøgelse giver mistanke om demens, skal patienten primært udredes med CT-scanning af cerebrum, dels for at sikre, at der ikke overses anden patologi (f.eks. kronisk subduralt hæmatom, normaltrykshydrocephalus og tumor), som er potentielt kurable tilstande, dels for at påvise strukturelle forandringer, som kan underbygge en demensdiagnose, såsom atrofi, infarktfølger og tegn på småkarssygdom. MR-skanning som led i videre demensudredning bør som udgangspunkt foretages i regi af demensudredningsenhederne. Ved positive fund, herunder bifund, påhviler det henvise (den praktiserende læge) at henvise videre til relevant vurdering og behandling.
Indhold i henvisningen (s. 18)	Ud over kodeordet “demensudredning” bør henvisningen indeholde en kort anamnese, herunder eventuel kendt cerebral patologi eller cancersygdom samt relevante objektive fund, så radiologen har tilstrækkelig klinisk kontekst til at målrette beskrivelsen.
Side 18. Stillingtagen til kørekort.	Foreslår at der skal stå: “Når der er mistanke om demens, skal der tages stilling til evt. kørselsforbud” Det kunne være en idé med en boks med forslag gode spørgsmål i denne forbindelse.
Side 20 Afsnit: Vurdering og plan	Foreslår at visitationskriterier fra Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens bør fremgå direkte under dette afsnit, dvs. af figur 1 Visitationskriterier side 11 i https://www.sst.dk/media/neopiqvf/faglige-anbefalinger-til-organisering-af-udredning-af-demens.pdf
Side 21. Boks 5. Inspirationspunkter til korrespondance til kommunen	Kunne man tilføje: Tilkobling af demenskoordinator?

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.
Sygdomsmodificerende behandling (s. 27)	Det bør præciseres, at MR-kontrol i forbindelse med antistofbehandling (fx lecanemab) er en specialistopgave og ikke hører hjemme i almen praksis. Vi finder det uhensigtsmæssigt, hvis vejledningen efterlader indtryk af, at MR-kontrol i den sammenhæng kan komme til at foregå i almen praksis. Afsnittet bør desuden opdateres til også at nævne donanemab, som forventes at kunne blive tilgængeligt i Danmark i efteråret 2026.
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 32 Afsnit: Behandling af delirium	"I undtagelsessituationer, hvor alle non farmakologiske tiltag er blevet afprøvet og potentielle somatiske årsager er afdækket og behandles, kan lindring 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 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 (specialeråd neurologi).
P 46 kolonne 2 og 4	Angående Memantin: Dosis reduktion ved høj alder anbefales. Hvad er "Høj Alder" i denne kontekst? De fleste vil vel være over 80 når de starter behandling.

Hele bilaget bilag 2	En god og fin oversigt over de 4 hyppigste demenstyper
----------------------	--