

Klinisk vejledning

Demens: udredning, behandling og opfølgning i almen praksis

2026

Kolofon

Demens: udredning, behandling og opfølgning i almen praksis

Copyright © Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

2. udgave, 1. oplag 2026

Det er tilladt at citere fra vejledningen med tydelig kildeangivelse: Demens: udredning, behandling og opfølgning i almen praksis (klinisk vejledning), 2026, Dansk Selskab for Almen Medicin.

ISBN (elektronisk): 978-87-91244-41-4

ISBN (trykt): 978-87-91244-53-7

Teksten er forfattet af Pernille Hølmkjær, hoveduddannelseslæge i almen medicin og ph.d. Hun har været bistået af vejledningsredaktør Rasmus Køster-Rasmussen. Afsnittet om medicinsk behandling er forfattet af Pernille Hølmkjær sammen med Maarten Rozing, speciallæge i gerontopsykiatri i København, lektor på Center for Almen Medicin, Københavns Universitet.

Tak til medlemmerne af en tidligere arbejdsgruppe for at levere de første bidrag til vejledningen, heriblandt Nanna W. Ebbensgaard, praktiserende læge i Hinnerup, Region Midtjylland.

Redaktion

Karolina Lewandowska, vejledningsredaktør
Rasmus Køster Rasmussen, vejledningsredaktør

Sekretariatsbistand

Anette Sonne Nielsen, chefkonsulent
Annette Gehrs, webmedarbejder
Mie Christiansen, udviklingskonsulent

Korrektur

Lone Niedziella, sprogkonsulent

Grafisk tilrettelæggelse og illustrationer

Jannerup Grafisk

Trykkeri

Scandinavian Print Group

Finansiering

DSAM-vejledninger udarbejdes for midler, som er afsat til det i "Overenskomst om almen praksis".

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Evidensgrundlaget	5
Generelt om DSAM's kliniske vejledninger.....	6
Demens	7
Arvelighed	7
Typer af demens	7
Sværhedsgrader af demens	11
Let kognitiv svækkelse	12
Demensudredning i almen praksis	12
Indledende overvejelser	13
Basal udredning	14
Indledende konsultation(er)	15
Opfølgende konsultation	19
Afsluttende konsultation	20
Vurdering og plan.....	20
Henvisning til demensudredningsenhed	22
Behandlingsmuligheder ved demens	23
Typer af demensmedicin – en oversigt.....	24
Seponering af demensmedicin	27
Sygdomsmodificerende behandling	27
Adfærdsændringer.....	27
Non-farmakologisk symptombehandling	28
Farmakologisk symptomlindring af BPSD	30
Antidepressive lægemidler	30
Lægemidler mod søvnbesvær.....	30
Beroligende lægemidler.....	31
Antipsykotiske lægemidler	31
Behandling af delirium.....	32
Årsstatus	32
Demenssygdom og pårørende.....	34
Relevant jura ved demens	35
Referencer.....	39
Bilag 1. Udredningsforløb for demenssygdomme.....	44
Bilag 2. Demenstyper, symptomer og behandling	45

Forord

Opdateringen af DSAM's kliniske vejledning om demens har været længe undervejs. Udfordringer og forsinkelser kan betyde, at nye muligheder åbner sig. Under tilblivelsen af vejledningen har Sundhedsstyrelsen udgivet "Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens" (2025) og "National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud" (2026) [1, 2]. Begge skrivelser lægger op til, at almen praksis får en mere central rolle i både udredning og behandling af demens allerede fra 2027.

Det er en stor opgave, vi er blevet pålagt i almen praksis. Nogle kolleger er allerede i gang med at løfte den, mens det for andre er en ny opgave. Det er vigtigt, at vi alle bliver klædt på til opgaven bedst muligt. PLO-E udbyder allerede et systematisk lægemodul og et systematisk klinikmodul om demens. Herudover har KiAP i samarbejde med Nationalt Videnscenter for Demens udarbejdet en klyngepakke og en praksispakke om demens og antipsykotika [3]. Så de almenmedicinske organisationer er godt i gang.

Med denne vejledning fra DSAM får kollegerne rundt om i landet et opslagsværk og en evidensbaseret vejledning, som kan støtte det kliniske arbejde med at udrede, diagnosticere og behandle demens. Det er meningsfuldt arbejde. Den enkelte patient kan blive relevant udredt og mulighed for at blive tilbudt både strukturerede non-farmakologiske tiltag og medicinsk behandling. Der er en mulighed for at flere ægtefæller kan undgå nedslidning hvis samarbejdet mellem egen læge, kommunen, familie og venner inddrages tidligt i omsorgen for patienter med demens.

Vejledningen indeholder en oversigt over de hyppigste årsager til demens, forslag til en struktur for udredning og en introduktion til BASIC, en ny dansk udviklet hukommelsestest, der på længere sigt skal afløse den tidligere anvendte MMSE-test. Vejledningen gennemgår også evidensen for den medicinske behandling af demens og mulige non-farmakologiske tiltag.

Vejledningen har også et afsnit om jura, da kendskab til sundhedsloven og flere andre love fylder meget i arbejdet med personer med demens, som ofte ender med at blive inhabile.

Det er vigtigt at understrege, at det ikke er alle, som mistænkes for at have demens, der skal udredes i almen praksis. Mange patienter vil stadig have behov for at blive henvist til en regional demensudredningsenhed. Når patienterne udredes og diagnosticeres i almen praksis, sker det ofte i samarbejde med demensudredningsenhederne, f.eks. gennem regionale rådgivningsfunktioner (hotline), så man ikke står alene med opgaven i almen praksis.

August 2026

Evidensgrundlaget

Der findes ikke ret meget relevant evidens som har analyseret forskelle i den konkrete udredning og håndtering af patienter med demens (eller patienter med mistanke om demens). Derfor er denne vejledningen primært baseret på kliniske erfaringer med udredning af demens i almen praksis, gældende lovgivning, retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen og forfatterens litteratursøgninger om konkrete problemstillinger, herunder den kliniske effekt og bivirkninger af demensmedicin.

Vejledningen er afstemt efter de rammer, der er udstukket af Sundhedsstyrelsen i "National klinisk retningslinje: Forebyggelse og behandling af organisk delirium" (2021), "National klinisk retningslinje: Mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer" (2025) og "Faglige anbefalinger til organisering af udredning for demens" (2025) og "National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud" (2026)[1, 2, 4, 5].

Derudover bygger vejledningen på information fra "Nationalt Videnscenter for Demens", DSAM's tidligere vejledning om demens, de regionale forløbsprogrammer, udgivelser fra Styrelsen for Patientsikkerhed og Retsinformation.

Generelt om DSAM's kliniske vejledninger

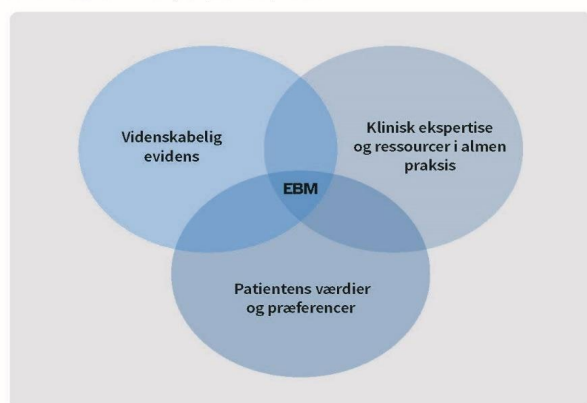
De faglige vejledninger fra DSAM behandler udvalgte aspekter af forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for specifikke tilstande og patientgrupper, hvor der er fundet særlig anledning til at afdække evidensen, f.eks. om en behandling er gavnlig, skadelig eller måske bare utilstrækkeligt undersøgt.

Formålet med DSAM's vejledninger er, at praktiserende læger kan udøve evidensbaseret praksis – eller evidensbaseret medicin – som det er defineret af McMaster University i Canada (McMaster University Health Sciences Library. Resources for Evidence-Based Practice: About EBP. Opdateret 18. feb. 2026). Viden fra forskningen indgår i beslutningsprocessen om valg af undersøgelser og behandling på lige fod med den kliniske ekspertise og de ressourcer, der er til rådighed i almen praksis og patientens kontekst, ressourcer, værdier og præferencer.

Indholdet i DSAM's vejledninger er baseret på viden fra andre evidensbaserede vejledninger og forskningsartikler, som er sat i relation til de muligheder, der er til stede i almen praksis i Danmark. Lægens kliniske ekspertise og patientens præferencer er altid unikke for mødet mellem læge og patient. Dette møde kan føre til evidensbaserede beslutninger, som informeres af DSAM's vejledninger eller anden evidens.

Figur 1. Evidensbaseret medicin (EBM) i almen praksis

Evidensbaseret medicin (EBM) i almen praksis



Figuren er frit oversat og tilpasset almen praksis efter Sackett DL et al. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't". BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2

Hele konteksten i mødet mellem læge og patient i almen praksis kan ikke reduceres til at rummes i denne model. Andre vigtige faktorer som kulturen, samfundet, magt, relationen, tilliden, omsorg inddrages i andre mere komplicerede modeller (5.Lundorf LJ.

Dømmekraften I centrum, Practicus, nr. 253, december 2020. Tilgængeligt via:

<https://elbo.doweb.dk/doc/practicus?artikelId=10880>).

Demens

Demens er en fælles betegnelse for en række sygdomme, som forårsager strukturelle ændringer i hjernen. Det påvirker både de kognitive funktioner og evnen til at klare dagligdagen. Demens rammer oftest personer over 65 år. En lille del rammes dog tidligere (før 65 år), hvilket betegnes som tidligt indsættende demens. I 2025 var 42.675 personer diagnosticeret med demens ifølge hospitalernes registre. Men op mod 100.000 personer over 65 år vurderes at leve med en demenssygdom[6]. Mange af dem ses i almen praksis.

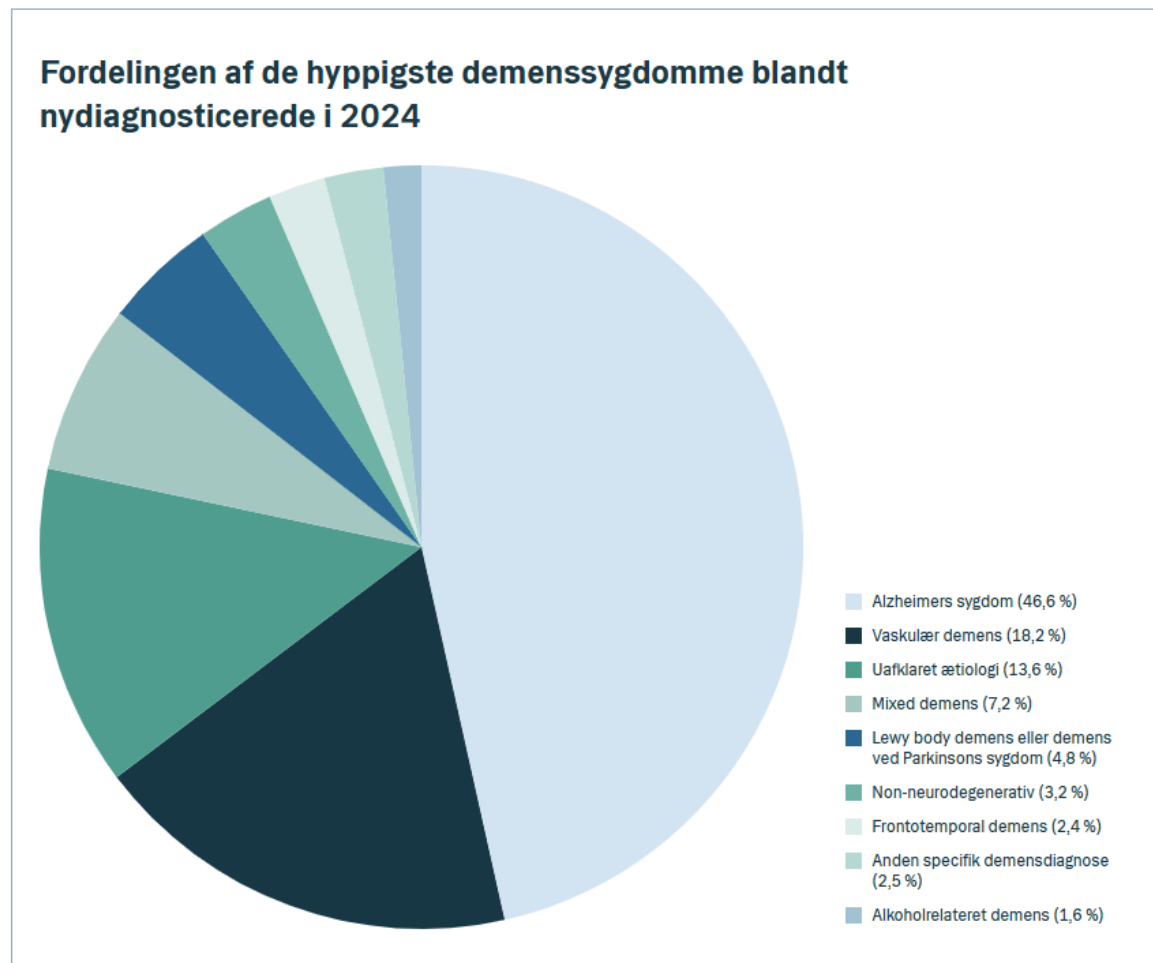
Arvelighed

De fleste tilfælde af demens opstår uden kendt årsag og er ikke arvelige. Ved Alzheimers demens er arveligheden ca. 1-3% og er næsten udelukkende forbundet med tidligt indsættende Alzheimers (40-60 år). Nogle genetiske varianter kan øge risikoen for Alzheimers, men der er ikke tale om en direkte arvelig komponent. Vaskulær demens er ikke arvelig. Frontotemporal demens og andre sjældne typer er i højere grad arvelige. Desuden er Downs syndrom stærkt associeret med tidligt indsættende Alzheimers demens.

Typer af demens

Demens kan skyldes forskellige neurodegenerative sygdomme eller følger efter skader på hjernens kar (f.eks. blodpropper, blødninger i hjernen eller arteriosklerose). Demens inddeles i forskellige typer på baggrund af ætiologien. De to hyppigste typer er Alzheimers og vaskulær demens. Desuden er en blanding af Alzheimers og vaskulær demens hyppig. Lewy-Body, frontotemporal og Parkinsons demens er mindre hyppige og kræver altid specialiseret indsats. Hertil findes flere meget sjældne former for demens, som også altid håndteres i hospitalsregi. Hyppigheden af de forskellige demenstyper kan ses i figur 2.

Figur 2. Fordeling af de forskellige typer af demenssygdomme[7]



Kilde: Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem), National årsrapport; 2024.

Det kan være vanskeligt at skelne de ætiologiske diagnoser fra hinanden pga. overlap af symptomer. Nogle karakteristika og kendetegn ses dog hyppigere ved nogle demenstyper. De vil ofte være udslagsgivende for diagnosen og evt. afprøvning af medicinsk behandling. Tabel 1 viser en oversigt over de hyppigste demenstyper og deres kendetegn.

Tabel 1. De hyppigste demenstyper og deres kendetegn

	Udvikling	Tidligste/mest fremtrædende symptomer	Strukturel scanning	Særlige udfordringer
Alzheimers sygdom	Snigende debut, gradvis udvikling	Nedsat hukommelse (90 %), specielt for korttidshukommelse Sproglige problemer Forringet orientering og afstands-bedømmelse Påvirkede styringsfunktioner	Generel atrofi, mest udtalt i de mediale temporallapper, herunder hippocampus	Orienteringsproblemer, kan fare vild Adfærdsmæssige og psykiatriske symptomer sent i forløbet Moderat nedsat sygdomsindsigt
Vaskulær demens	Storkarsygdom Akut debut, trinvis udvikling Småkarssygdom Snigende debut, gradvis udvikling	Storkarsygdom Varierende, evt. fokale udfald Småkarssygdom Usikker gang Urininkontinens Nedsat mentalt tempo Nedsat opmærksomhed	Storkarsygdom Følger til infarkter (enkelt større infarkt i specifikt område eller flere infarkter) Småkarssygdom Iskæmiske læsioner i hvid substans (moderat til svær leukoaraiose eller leukoencephalopati evt. med lakunære infarkter)	Ofte påvirket gang med øget risiko for fald. Urininkontinens Ofte nedsat initiativ og virkelyst Grådlabilitet
Lewy-Body-demens	Snigende debut, gradvis udvikling	Nedsat mentalt tempo og opmærksomhed Visuelle/rukelige problemer Forstyrrelse i REM-søvn Synshallucination Parkinson-lignende symptomer Fluktuationer	Lewy-bodies ophobes i selve hjernecellerne og kan ikke ses på strukturelle scanninger	Fluktuationer kan være betydelige med bevidsthedspåvirkning og/eller delir Særlig forsigtighed med antipsykotika pga. bivirkninger. Behandlingen bør forestås af eller i samråd med en speciallæge i geriatri, neurologi eller psykiatri med

				specialviden om demens Udfald i det autonome nervesystem bl.a. ortostatisk hypotension
--	--	--	--	---

Hukommelsessvækkelse er ofte et tidligt symptom på demens og kan være årsagen til, at patienten eller de pårørende kontakter almen praksis. Andre symptomer kan også tyde på begyndende kognitiv svækkelse, herunder opmærksomhedsproblemer, nedsat evne til problemløsning, svigtende overblik og sproglige udfordringer[8]. Herudover kan der tilkomme adfærdsmæssige ændringer og psykiske symptomer, som ofte bliver mere fremtrædende senere i forløbet. Symptomerne medvirker til et faldende funktionsniveau, som bevirker, at patienten får problemer med at klare sig selv i dagligdagen. Udviklingen skaber ofte et stigende pres på de pårørende og på det sociale netværk omkring patienten.

Demensdiagnosen stilles på baggrund af ICD-10-kriterierne med en vurdering af kognitiv svækkelse, emotionel kontrol, motivation og social adfærd, og om tilstanden har varet i mindst 6 måneder[9]. Diagnosen afhænger **ikke** af parakliniske eller billeddiagnostiske undersøgelser. Udredningen bør dog indeholde relevante blodprøver og en CT-scanning for at udelukke andre årsager og differentiere mellem forskellige demenstyper[10].

Tabel 2. Diagnostiske kriterier for demens

Diagnostiske kriterier for demens (ICD-10)*[11]	
A	• Hukommelsessvækkelse især for nyere data • Svækkelse af mindst én anden kognitiv funktion (f.eks. abstraktion, tænkning, planlægning, dømmekraft)
B	Bevaret bevidsthedsklarhed til at bedømme A
C	Svækkelse/forstyrrelse af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd med mindst ét af følgende symptomer: • Emotionel labilitet • Irritabilitet • Apati • Forgrovet social adfærd
D	Tilstanden skal have varet i mindst 6 måneder.

**Både A, B, C og D skal være opfyldt for evt. at kunne stille en demensdiagnose.*

I tidlige stadier af demens kan det ofte være vanskeligt at differentiere mellem demens og andre årsager til hukommelsesvanskeligheder. Derfor er det essentielt at afklare differentialdiagnoserne: depression, delir, medicinbivirkninger, alkohol og defekte sanser. Disse årsager skal være relevant udelukket eller behandlet, før diagnosen demens kan stilles. Hvis der findes anden årsag til symptomerne, som er mere oplagt end demens, skal disse årsager behandles. Der bør dog stadig være en opmærksomhed på hukommelsesvanskeligheder hos patienten efter anden behandling er sat i værk, såfremt tilstanden ikke fuldt ud remitterer.

Boks 1. Mulige årsager til symptomer på kognitiv svækkelse

6 D'er

Delirium

Depression

Drugs (medicinbivirkninger)

Drinks (alkohol)

Døvhed (sansehandikap inkl. visus)

Demens

**Overvej desuden om patienten får
tilstrækkelig med mad, væske og søvn**

Sværhedsgrader af demens

Demenssygdom kan inddeles i 3 sværhedsgrader: let, moderat eller svær demens. Patienter med **let demens** vil kunne klare de fleste dagligdagsaktiviteter selv, mens personer med **moderat demens** vil have brug for hjælp i hverdagen (men kan ofte håndtere egne basale behov). Personer med **svær demens** har brug for hjælp til helt basale behov som spising og personlig hygiejne.

Sværhedsgraden bestemmes på baggrund af funktionsniveauet og ikke ud fra BASIC- eller MMSE-score. BASIC-scoren kan bruges som støtteværktøj. En score under 14 vil typisk svare til enten moderat eller svær demens, mens en score under 7 tyder på svær demens[12]. MMSE-scoren anbefales ikke til vurdering af sværhedsgrad, men som tommelfingerregel vil en score mellem 10-20 tyde på moderat demens og en score under 10 tyder på svær demens[13]. Det er altid funktionsniveauet som endeligt definerer sværhedsgraden.

Patienter med moderat eller svær demens kan *som udgangspunkt* færdigudredes i almen praksis, mens diagnosen let demens ofte kræver en mere specialiseret udredning. Se boks 4 samt punktet ”henvisning til demensudredningsenheder” for konkrete vejledninger for udredning

Tabel 3. Sværhedsgrader af demens

Sværhedsgrad	Gradering på baggrund af funktionsniveau
Let	Den kognitive svækkelse påvirker aktiviteterne i dagligdagen, men patienten kan leve uden væsentlig hjælp fra andre. (BASIC: 15-19)*
Moderat	Den kognitive svækkelse er en alvorlig hindring for en uafhængig tilværelse. Patienten kan ikke klare sig uden hjælp fra andre. (BASIC: 8-14)*
Svær	Den kognitive svækkelse gør, at patienten er fuldstændig afhængig af hjælp fra andre. (BASIC: 0-7)*

*MMSE-scoren er ikke angivet, da evidens for at bruge MMSE-scoren til at differentiere i sværhedsgraden er mere usikkerhed end BASIC. Vær opmærksom på at BASIC-scoren er vejledende, idet sværhedsgraden bestemmes på baggrund af funktionsniveauet.

Let kognitiv svækkelse

Begrebet let kognitiv svækkelse, *Mild Cognitive Impairment* (MCI), er en betegnelse for, at de kognitive funktioner (f.eks. hukommelse eller andre domæner) er mere svækkede end normalt for alderen, men at personen ikke opfylder diagnosekriterierne for demens.

Den basale funktionsevne i hverdagen er ikke påvirket. I følge Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem) får ca. 19 % af dem, som bliver udredt på demensudredningsenhederne, diagnosen MCI[14]. Kun ca. 15 % af personer med MCI, udvikler senere demens[15]. En BASIC-score på 20-21 point antyder MCI. Som tidligere beskrevet er MMSE-scoren ikke egnet til vurdering af sværhedsgrad. [16, 17].

Demensudredning i almen praksis

Almen praksis står for den initiale, basale udredning ved hukommelsesproblemer. Den basale udredning er essentiel for at afklare, om problemerne skyldes egentlig demens eller

har en anden årsag. Almen praksis indtager en central rolle i udredning og behandling ifølge Sundhedsstyrelsens udgivelser "National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud" og "Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens"[1, 2] Ved begrundet mistanke om særlige typer og sværhedsgrader af demens kan diagnosen stilles i almen praksis i samråd med demensudredningsenheder via rådgivningsfunktionen (hotline) for at sikre en korrekt ætiologi. Ved begrundet mistanke om alzheimers-, vaskulær-, eller blandingstypedemens af moderat eller svær grad kan diagnosen stilles i almen praksis i samråd med den lokale demensudredningsenhed. Ved meget fremskreden sygdom på diagnosetidspunktet kan diagnosen dog stilles uden samråd med den lokale demensudredningsenhed. Hver region har et forløbsprogram, der beskriver udredning, behandling, tværfagligt samarbejde og opfølgning. I de enkelte regioners egne forløbsprogrammer eller på sundhed.dk kan man finde det direkte telefonnummer til rådgivningsfunktionen (hotline)[18-22].

Demensmedicin kan i skrivende stund (2026) kun udskrives med klausuleret tilskud af speciallæger i psykiatri, geriatri eller neurologi. Præparaterne er dog ikke ret dyre. Selv uden tilskud vil de fleste patienter have råd til demensmedicin.

Indledende overvejelser

Hukommelsesproblemer hos ældre bør ikke negligeres eller tilskrives alderdom. Tit er det de pårørende eller måske hjemmeplejen, som først bliver opmærksomme på nogle udfordringer og retter henvendelse. Andre gange kan vi i almen praksis blive opmærksomme på nogle udfordringer som kan være relevante at reagere på, f.eks. tiltagende udeblivelser, forvirring omkring tider eller medicinen, tiltagende usøigneret patient mm. Der er derfor en oplagt mulighed for at spørge ind til hukommelsen for de personer der allerede kommer i vores praksis.

Formålet med en evt. demensudredning er at hjælpe patienten med kognitive udfordringer til at forstå årsagen til symptomerne, så patienten – sammen med sine pårørende – kan træffe beslutninger om fremtiden på et oplyst grundlag. Samtidig kan en grundig udredning medføre relevant rådgivning og vejledning, ligesom målrettede indsatser fra kommunale instanser og sundhedsvæsenet kan tilbydes, f.eks. relevante non-farmakologiske tiltag og medicinsk behandling.

Det er altid vigtigt at respektere patientens autonomi og ønsker, inden en større udredning igangsættes. Patientens pårørende har ofte ytret bekymring for en mulig demenssygdom. Både patienten og de pårørende er vigtige informanter, når lægen skal afdække, hvilke kognitive udfordringer patienten har, hvordan patienten får den relevante hjælp, og om der er indikation for videre udredning. Hvis patienten ønsker at blive udredt for demens, kan forløbet struktureres som beskrevet i afsnittet "Basal udredning" herunder.

Hvis patienten ikke umiddelbart er motiveret for at blive udredt for demens, er det vigtigt at undersøge årsagen. Hvis f.eks. pårørende eller hjemmeplejen er meget bekymrede, kan man evt. spørge, om patienten vil medvirke i nogle indledende undersøgelser for at afdække evt. andre mulige årsager til hukommelsesproblemerne, som så kan behandles relevant. De fleste vil gerne medvirke til dette. Findes ingen andre årsager, kan der evt. aftales opfølgende konsultationer senere hen.

Basal udredning

I Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger beskrives to trin som udredningen bør indeholde. Trin 1 består af en anamnese og trin 2 består af objektiv undersøgelse inkl. paraklinik og kognitiv test. I det følgende beskrives disse vejlednings anbefalinger til, hvordan de to trin kan se ud i almen praksis.

Udredningen skal som minimum indeholde en grundig anamnese, objektiv undersøgelse, gennemgang af medicinlisten, parakliniske undersøgelser og kognitiv test. Det vil altid være anbefalingen at have pårørende med til anamnesen. Hvis patienten har svært ved at redegøre for anamnesen, bør de pårørende være til stede.

Udredningen kan med fordel opdeles på 3-4 konsultationer, hvor nogle dele ville kunne uddelegeres til personalet i klinikken. Notater, der foretages under udredning, kodes med P20 (Patient med hukommelsessvækkelse eller mistanke om demens).

Afhængig af lokale samarbejdsaftaler med kommune og demenskoordinatorer, kan f.eks. den sociale del, plejebehov og BASIC foretages af kommunale medarbejdere som efterfølgende afreporterer til praksis.

Boks 2. Forslag til opbygning af basal udredning

Indledende konsultation(er)

- Anamnese
 - Somatiske klager og komorbiditet
 - Dispositioner, sociale forhold og misbrug
 - Medicingennemgang
- Objektiv undersøgelse efter behov, inkl.
 - Fokuseret neurologisk undersøgelse
 - Objektivt psykiatrisk
- Henvisning til CT-scanning
- Stillingtagen til kørekort.

Opfølgende konsultation (kan evt. uddelegeres til personalet)

- Syns- og hørescreening ved synstavle og hviskestemme på 3 meter
- BT, puls, vægt

- Blodprøver og hvis relevant supplerende paraklinisk undersøgelse
- ADL-vurdering
- Kognitiv test: BASIC eller MMSE
- Evt. andre psykometriske test.

Afsluttende konsultation

- Opfølgning på undersøgelserne, inkl. paraklinik, kognitiv og psykometrisk test.
- Samlet vurdering og plan. Konferer evt. med rådgivningsfunktionen på den lokale demensudredningsenhed:
 - Diagnose og gradering
 - Evt. henvisning til demensudredningsenhed
 - Korrespondance til kommunen
 - Evt. opstart af medicin samt planlægning af opfølgning

Indledende konsultation(er)

Afhængig af hvordan det organiseres i den enkelte praksis, kan den indledende konsultation foregå over 1-2 konsultationer. Både patienten og de pårørende bør være til stede.

Anamnese

- Somatiske klager: eventuelle somatiske symptomer gennemgås systematisk
- Familiær disposition: demens, hjerte-kar-sygdom, depression, neurologiske lidelser
- Relevante tidligere sygdomme: apopleksi inkl. evt. sequela, hjerte-kar-sygdom, depression, hyperkolesterolæmi, diabetes, anden neurologisk sygdom, thyroideasygdom, psykiatrisk sygdom, leversygdom
- Sociale forhold: samlivs- og boligsituation, netværk, uddannelse og erhverv, daglige aktiviteter, herunder almindelig daglig livsførelse (ADL (se boks 3)), indkøb, madlavning, økonomi, hjælp fra kommunen
- Medicin og misbrug: alkohol, tobak, anden misbrug, medicingennemgang (vær ekstra opmærksom på antikolinerge lægemidler, morfika, sederende lægemidler og antipsykotiske lægemidler)
- Sygehistorie: debut, udvikling, kognitive udfordringer, funktionstab, graden af skrøbelighed vurderet med Clinical Frailty Score (CFS) [23] samt patientens og omgivelsernes oplevelse af tilstanden.

Boks 3. Basal ADL

Basal ADL

- Personlig hygiejne: Evnen til at vaske sig, gå i bad, børste tænder og rede hår.
- Påklædning: Evnen til at vælge tøj, tage det af og på samt binde sko
- Spisning og drikke: Evnen til at indtage den mad og drikke, der er tilberedt (søndres ofte fra tilberedning).
- Toiletbesøg: Evnen til at gå på toilettet, tørre sig og håndtere tøjet.
- Mobilitet: Evnen til at stå ud af sengen, gå rundt i hjemmet, rejse og sætte sig.

Tabel 4. Hjælpe spørgsmål til at uddybe kognitive udfordringer og instrumentelle funktionsniveau

Hukommelse	Orientering	Sprog-problemer	Overblik og opmærksomhed	Apraksi	Adfærd, humør og søvn	Rutinesvigt generelt
Oplever du, at ting ofte bliver væk? Glemmer du ting eller aftaler? Glemmer du, hvad der lige er blevet snakket om?	Har du svært ved at holde styr på datoer og dage eller tidspunkter? Har du svært ved at orientere dig eller finde rundt f.eks. på fremmede steder?	Har du nogle gange svært ved at finde det rigtige ord? Er det vanskeligt at beskrive ting eller steder, du kender?	Har du svært ved at planlægge f.eks. en middagsaftale? Har du svært ved at bevare overblikket f.eks. ved madlavning? Har du svært ved at følge med i samtaler eller det du ser på TV?	Har du svært ved at betjene f.eks. TV eller telefon? Oplever du at det er svært at bruge f.eks. bestik?	Har du oplevet, at dit humør eller din væremåde har ændret sig? Ser du mindre til familie og venner end før? Er det svært at tage initiativ til aktiviteter? Sover du mere uroligt, eller har du mareridt og livlige drømme? Oplever du, at der er personer eller dyr i dit hjem, som andre ikke kan se?	Har du sværere ved at køre bil, end før i tiden? Er det svært at bruge offentlig transport? Har du sværere ved den personlige hygiejne nu end før i tiden?

Ved kraftig mistanke om en specifik somatisk sygdom fortsættes med objektiv undersøgelse i den indledende konsultation. Hvis der ikke er en oplagt mistanke om en specifik sygdom, kan den objektive undersøgelse evt. udskydes til efterfølgende konsultationer.

Objektiv undersøgelse

- Head-turning sign (vender patienten hovedet mod de pårørende for at få bekræftet eller uddybet det, der skal svares på).
- St.p. et c.
- Abdomen
- Fokuseret neurologisk undersøgelse
 - Kraniennerver
 - Kraft i OE og UE
 - Vurdering af Parkinsonisme (bradykinesi, rigiditet, tremor, koordination)
 - Gang
- Objektivt psykiatrisk
 - Formel og emotionel kontakt
 - Stemningsleje
 - Psykomotorik
 - Hallucinationer og vrangforestillinger.

Henvisning til CT-c

Hvis anamneseoptagelsen og evt. objektiv undersøgelse giver mistanke om demens, skal patienten udredes med CT-c. Det er for at sikre, at man ikke overser anden patologi. Skriv "demensudredning" i henvisningen for at få en relevant beskrivelse fra radiologen.

Ved Alzheimers demens vil de typiske fund være generel atrofi som er mest udtalt i de mediale temporallapper, herunder hippocampus.

Ved vaskulær demens beskrives ofte både makrovaskulære forandringer (følger til infarkter) og mikrovaskulære forandringer (moderat til svær leukoaraiose eller leukoencefalopati evt. med lakunære infarkter).

Ved mistanke om en demenstype eller sværhedsgrad som kræver henvisning til demensudredningsenhederne, kan CT-scanning evt. undlades jf. " faglige-anbefalinger til organisering af udredning af demens".

Hvis der er anden oplagt årsag til de kognitive udfordringer som ikke er demens, kan man evt. udskyde beslutningen om henvisning til CT-c til efter den opfølgende konsultation.

Stillingtagen til kørekort

Når der er mistanke om demens, bør der tages stilling til evt. kørselsforbud (se tabel 6). Ved den indledende konsultationer kan man påbegynde samtalen med patienten om dette og evt. følge op senere medmindre der er et akut behov for at sætte ind.

Korrespondance til kommunen

Hvis der gives accept fra patienten, kan lægen skrive en korrespondance til kommunen om, at patienten har hukommelsesproblemer og er ved at blive udredt for demens. Herved vil patienten og de pårørende have mulighed for at rette henvendelse til kommunen allerede inden en evt. endelig diagnose mhp. tidlige støttende indsatser.

Opfølgende konsultation

Den opfølgende konsultation kan evt. uddelegeres til personale efter relevant oplæring. Formålet med disse undersøgelser er at afklare differentialdiagnostik og specifik ætiologi ved demens. De psykometriske test og screeningsværktøjer er vejledende og resultatet af disse skal tolkes i lyset af bl.a. uddannelse og kulturel baggrund.

Parakliniske undersøgelser

- Basal syns- og hørescreening
 - Synstavle og hvisketest på 3 meter. Ved oplagte udfald henvises patienten til relevant udredning, men det må ikke forsinke en evt. videre udredning. Udredning fortsætter derfor, uafhængigt af udfald.
 - Bruger patienten allerede briller eller høreapparat, kan det være relevant at få det kontrolleret ved besøg hos optiker/øjenlæge/audiolog.
- Vægt, blodtryk, puls
- Blodprøver. Relevante blodprøvepakker til demensudredning findes ofte på WebReq. Som minimum bør tages: hæmoglobin, erythrocytter, leukocytter og differentialtælling, trombocytter, CRP, natrium, kalium, kreatinin, karbamid, kalcium (albumin-korrigeret eller ioniseret), albumin, ALAT, basisk fosfatase, HbA1c, thyreoidea screening, folat, vitamin B12 (evt. methylmalonat jf. DSAMs FAQ-ta ark: ref: <https://www.dsam.dk/vejledninger/b12-mangel>) og vitamin D
- EKG
- Ved oplagte symptomer på dysuri og pollakisuri kan urinundersøgelse evt. overvejes, men det skal ikke bruges standard som screening. Mange ældre har asymptomatisk bakteriuri, der ikke kræver antibiotikabehandling [24]. Hvis det mistænkes, at demenssymptomerne kan skyldes urinvejsinfektion, sendes urinen til dyrkning, og relevant antibiotikabehandling iværksættes efter dyrkningssvaret. Patientens mentale status revurderes efter endt behandling.

Psykometriske test

- BASIC. Arbejdsgruppen anbefaler den danskudviklede hukommelsestest BASIC, som har en højere sensitivitet og specificitet end Mini-Mental State Examination (MMSE). BASIC er samtidig hurtigere at udføre end MMSE, og BASIC er valideret i almen praksis[25, 26]. Det anbefales dog at afklare med den lokale demensudredningsenhed, om de fortsat ønsker en MMSE-test før henvisningen. BASIC-testen **skal** foretages sammen med både patienten og pårørende.
- Vurdering af ADL-funktion. ADL vurderes i samråd med pårørende med udgangspunkt i dagligdagsfunktioner. ADL opdeles i en basal del (f.eks. spise selv,

påklædning, renlighed) og en instrumentel del (håndtere pengesager, finde rundt, holde aftaler). De instrumentelle funktioner indgår som en del af anamnesen, når kognitive udfordringer undersøges (se Tabel 4). De basale funktioner vurderes ved brug af Barthels ADL-indeks (10 spørgsmål om urin/afføringskontinens, fødeindtagelse, personlig hygiejne, påklædning forflytning, toilet, mobilitet og trappegang samt bad). Se lægehåndbogen: Barthel ADL [27].

- Evt. urskivetest. Se Lægehåndbogen: Urskivetesten [28]
- Evt. Geriatrik depressionsskala (GDS) ved mistanke om depression. Se lægehåndbogen: Geriatrik depressionsskala [29].

Afsluttende konsultation

Den afsluttende konsultation bruges til at få en endelig afklaring og lægge den videre plan. Der følges op på parakliniske undersøgelser, CT-c og kognitive test. Behandlingskrævende tilstande – ud over mistanke om demens – håndteres.

Vurdering og plan

Den videre plan afhænger af fundene af den indledende basale udredning og patientens ønsker. Hvis der efter den basale udredning, fortsat er mistanke om en demenssygdom, som årsag til den kognitive svækkelse, vurderes det hvorvidt:

1. Patienten kan færdigudredes i almen praksis.
2. Patienten har behov for viderehenvisning ved en regional demensudredningsenhed mhp. specialiseret udredning.

Vurderingen af, hvorvidt patienten kan færdigudredes i almen praksis, beror på en konkret lægefaglig vurdering. Der kan samtidig være behov for at konferere med rådgivningsfunktionen i den regionale demensudredningsenhed. Vurderingen baseres på:

- Sværhedsgrad af demens
- Særlige symptomer og tegn
- Patientens skrøbelighed, graden af komorbiditet og funktionsniveau
- Hvorvidt patienten forventes at profitere af den behandling der kan tilbydes på baggrund af yderligere undersøgelser og diagnostik i en regional demensudredningsenhed.

I de tilfælde hvor det vurderes, at patienten kan færdigudredes i almen praksis, stiller lægen en ætiologisk diagnose med rådgivning fra demensudredningsenheden, og udarbejder en behandlingsplan med stillingtagen til evt. medicinsk behandling og tilbud om indsatser samt den lægefaglige opfølgning [1]

Notater skal herefter kodes med P70 (Demens, uanset årsag).

Dernæst beslutter læge, patient og pårørende i samråd den videre behandlingsplan. Denne plan bør indeholde:

- Information til patienten og de pårørende om diagnose, behandlingsmuligheder og mulighed for rehabilitering, hjælp og støtte.
- Overvejelser for og imod demensmedicin (om patienten vil have gavn af behandling) og opstart af medicinsk behandling, hvis det findes relevant.
- Henvisning til kommunale tilbud, hvis patienten samtykker (se boks 5).
- Juridiske aspekter, herunder fremtidsfuldmagt og kørekort (se afsnit om jura)
- Årsstatus planlægges.

Boks 4. Hvilke patienter kan uproblematisk diagnosticeres i almen praksis evt. i samarbejde med demensudredningsenhed?*

Ved kraftig formodning om **moderat til svær vaskulær demens** på baggrund af funktionsniveau, BASIC-score <15 og ingen anden indikation for henvisning (f.eks. tidligere apopleksi, CT-c med tydelige tegn og/eller klassiske symptomer, som stemmer overens med vaskulær demens)

Ved kraftig formodning om **moderat til svær Alzheimers demens** på baggrund af funktionsniveau, BASIC-score <15 og ingen anden indikation for henvisning (CT-c med typiske tegn og/eller klassiske symptomer, som stemmer overens med Alzheimers demens)

Der bør stilles en ætiologisk diagnose, hvilket sker i samarbejde med den lokale demensudredningsenhed.

**Diagnosen kan stilles uden specifik ætiologi hos patienten med meget fremskreden demenssygdom hvor det vurderes at hverken medicinsk behandling eller psykosociale tiltag vil kunne ændre på udfaldet.*

Korrespondance til kommunen

Når almen praksis afslutter udredningen ved en sikker demensdiagnose, sendes korrespondance til kommunen.

Boks 5. Inspirationspunkter til korrespondance til kommunen

- Kort beskrivelse af sygdoms-/symptomhistorik op til udredningen
- Diagnose/konklusion på udredning
- Særlige symptomer (f.eks. apraksi, afasi m.v.)
- Medicinsk behandling og plan (aktuel medicin opdateret i FMK)
- Hvilke undersøgelser er udført? (BASIC, scanning, andet)
- Opfølgning på medicinsk behandling (hvem følger op og hvornår?)
- Har lægen bekymringer? Skal kommunen være særligt opmærksom på noget?
- Opmærksomhedspunkter vedr. behov for indsats og observation (f.eks. ernæring)
- Kørekort/kørselsforbud

- Hvem skal kommunen kontakte: borger eller pårørende?
- Telefonnummer til borger og pårørende
- Er der samtykke til, at kommunen må kontakte borgeren/pårørende? (hvis ikke: angiv grund, og hvad lægen ønsker, at kommunen gør med henvendelsen)
- Andet relevant (f.eks. at borger/patient ikke ønsker yderligere udredning).

Henvisning til demensudredningsenhed

Ved mistanke om en demenssygdom, som ikke kan udredes tilfredsstillende i almen praksis, henvises til en demensudredningsenhed. Patienten skal henvises, hvis min. et af følgende punkter er opfyldt:

- Klinisk mistanke om særlige demenssygdomme (f.eks. motoriske Parkinson-lignende symptomer, svære sproglige symptomer)
- Viden eller mistanke om arvelig demenssygdom i familien
- Ung debutalder (< 65 år)
- Patienten har Downs syndrom eller anden udviklingsforstyrrelse
- Hastig progression
- Sværhedsgraden af symptomer tyder på MCI eller demens i let til moderat grad på baggrund af et højt funktionsniveau kombineret med en BASIC-score > 15 eller MMSE-score > 18 (vejledende grænser) mhp. vurdering af specifik ætiologi og indikation for medicinsk behandling
- Hvis rådgivningsfunktionen på demensudredningsenhed anbefaler udredning i hospitalsregi.

Boks 6. Indhold i henvisning til demensudredningsenhed

- Hvilket af ovenstående syv punkter er opfyldt?
- Anamnese med
 - tidsangivelse for varighed af symptomer
 - specificering af de kognitive udfordringer
 - beskrivelse af, hvordan dagligdagen er påvirket
- Dispositioner, komorbiditet, sociale forhold, misbrug og medicingennemgang
- Objektiv undersøgelse inkl.
 - somatisk undersøgelse
 - psykiatrisk undersøgelse
 - neurologisk undersøgelse
- Blodprøvefund
- Beskrivelse af CT-c
- Resultat af psykometriske test
- **Navn og telefonnummer på pårørende**

Når en demensdiagnose ikke er sandsynlig

Den kognitive svækkelse kan skyldes andre årsager end demens, som kan og bør behandles. Hvis disse tilstande behandles, er det relevant at følge og monitorere, om kognitionen er blevet bedre. Ved mistanke om *mild cognitive impairment* (MCI), hvor patienten ikke ønsker udredning i demensudredningsenhed, vil det være relevant at følge op i almen praksis efter 1-2 år. Hvis patienten har fået diagnosticeret MCI ved demensudredningsenheden og afsluttes til almen praksis, bør almen praksis også følge op efter 1-2 år.

Behandlingsmuligheder ved demens

Behandlingen af demens har først og fremmest til formål at lindre symptomer og stabilisere patientens funktionsevne i en periode. Ingen præparater kan helbrede sygdommen, men medicinsk behandling kan (især ved Alzheimers sygdom) give en klinisk meningsfuld forbedring eller stabilisering, som kan have betydning for både patienten og de pårørende.

Kliniske overvejelser

Ved farmakologisk behandling skal fordele og ulemper afvejes løbende, ligesom det jævnligt skal revurderes, om behandlingen fortsat er gavnlig. Ved hver årsstatus revurderes indikationen som led i den almindelige medicingennemgang. Ved opstart af demensmedicin er det god klinisk praksis at lave en plan for opfølgning med monitorering af effekt, bivirkninger og funktionsniveau. Samtidig er det vigtigt at overveje prøvesponering, hvis effekten udebliver. De pårørende bør inddrages i opfølgningen og planerne. Ikke-farmakologiske tiltag som struktur i hverdagen, trygge rammer og et godt samarbejde med pårørende er endnu vigtigere for patientens livskvalitet end medicin.

Sygdomsstabiliserende behandling

I Danmark anvendes to typer af sygdomsstabiliserende lægemidler:

- Kolinesterasehæmmere (**donepezil, rivastigmin og galantamin**)
- N-methyl-D-aspartat (NMDA)-receptorantagonister (**memantine**).

Disse midler er godkendt til brug ved let til svær Alzheimers sygdom, blandingstype af demens (Alzheimers + vaskulær), Lewy-body-demens og Parkinsons sygdom med demens. Behandlingen kan i en periode forbedre eller stabilisere kognitive funktioner og dagligdagsfærdigheder (se tabel 5). Ved vaskulær demens er der som udgangspunkt ingen effekt af demensmedicin, medmindre der samtidig er en komponent af Alzheimers.

Dokumentationen for effekten af behandlingen er stærkest for donepezil, mens rivastigmin i plasterform ofte giver en god balance mellem effekt og bivirkninger. Ved moderat til svær sygdom synes kombinationen af donepezil og memantin at give den bedste effekt [30]. Effekten ligger på ca. 1-2 points forbedring i gennemsnit på MMSE-skalaen.

Klausuleret tilskud gives kun, hvis demensdiagnosen er stillet af en speciallæge i neurologi, geriatri eller psykiatri. Hvis medicinen opstartes i almen praksis, er det derfor uden klausuleret tilskud, men da medicinen ikke er ret dyr, vil det være acceptabelt for mange at købe medicinen uden tilskud.

Ved opstart bør man begynde med lav dosis og optrappe langsomt (med mindst fire ugers interval) for at reducere risikoen for bivirkninger. De hyppigste bivirkninger er gastrointestinale gener, livlige drømme og hovedpine. Ved tillæg af eller skift til memantin er bivirkningerne ofte hovedpine, døsighed eller konfusion, men præparatet tåles generelt godt. Behandlingen bør revurderes efter tre til seks måneder og derefter mindst en gang årligt. Medicinen seponeres ved manglende effekt, uacceptable bivirkninger eller fremskreden sygdom. Da medicinen primært stabiliserer og udsætter progression, kan det som udgangspunkt være svært at vurdere en egentlig effekt. Effekt, bivirkninger og progression af sygdommen monitoreres ved årlig status, hvor fokus bør være på funktionsniveauet, og suppleres med BASIC samt patientens præferencer. Ved uacceptable bivirkninger eller et ønske om vurdering af effekt, gøres et seponeringsforsøg. Hvis der sker en hastig forværring af symptomer, genopstartes behandlingen og det må antages at medicinen har effekt. Seponering kan ske uden forudgående aftrapning, og helst i samråd med patient og pårørende, jf. Medicinrådets seponeringsliste [31].

Typer af demensmedicin – en oversigt

Ikke-farmakologisk behandling er den primære behandling af demens, men medicinsk behandling indgår også i en samlet indsats [10]. Den medicinske behandling er sygdomsstabiliserende og gives enten som monoterapi i form af en kolinesterasehæmmer (donepezil, rivastigmin og galantamin) eller i kombination mellem donepezil og en NDMA-receptorantagonist (memantine). Behandlingen afhænger af typen af demens og sværhedsgraden. Som udgangspunkt er der ingen effekt af medicinen ved ren vaskulær demens.

Tabel 5. Oversigtstabel med demensmedicin

Navn	Indikation	Styrke og dosering	Hyppigste bivirkninger	Effekt MMSE-ændring vs. placebo (95 % CrI)*
Donepezil	Let til svær demens af typen Alzheimers, mixed demens, Lewy-body og Parkinsons	Tabletter: 5 mg og 10 mg Tittreres op til højest tolerable dosis med minimum 4 ugers intervaller. Længere interval end 4 uger giver mindre risiko for bivirkninger	Gastrointestinale symptomer, livlige drømme og hovedpine Langsom optrapning kan mindske bivirkninger	1.41 (0.51 - 2.32)
Rivastigmin	Let til svær demens af typen Alzheimers, mixed demens, Lewy-body og Parkinsons	Hårde kapsler: 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg eller 6 mg Depotplastre: 4,6 mg, 9,5 mg eller 13,3 mg pr døgn. Tittreres op til højeste tolerable dosis med mindst 4 ugers interval. Længere interval end 4 uger reducerer risiko for bivirkninger	Gastrointestinale symptomer, livlige drømme og hovedpine Langsom optrapning kan mindske bivirkninger	Kapsel: 0.69 (-0.79 to 2.18) Depotplaster: 2.11 (-0.04 to 4.26)
Galantamin	Let til svær demens af typen Alzheimers, mixed demens, Lewy-body og Parkinsons	Hårde depotkapsler: 8 mg, 16 mg eller 24 mg. Tittreres op til højeste tolerable dosis med minimum 4 ugers intervaller Længere interval end 4 uger giver mindre risiko for bivirkninger	Gastrointestinale symptomer, livlige drømme og hovedpine Langsom optrapning kan mindske bivirkninger	0.41 (-1.44 to 2.26)

Memantine	Moderat til svær Alzheimers demens (enten i tillæg til kolinesterase-hæmmere eller som monoterapi)	Filmovertrukne tabletter: 10 eller 20 mg Oral opløsning i doseringspumpe Trappes op med 5 mg hver uge til 20 mg x 1 dagligt. Ved nedsat nyrefunktion (GFR 5-29 ml/min.) og høj alder er vedligeholdelsesdosis 10 mg x 1 dagligt	Relativt sjældne: hovedpine, dødsighed, konfusion og undertiden hallucinationer	0.67 (-0.99 to 2.34) (ved monoterapi)
Donepezil + Memantine	Moderat til svær Alzheimers demens	Det forventes, at patienten allerede er på højeste tolerable dosis af Donepezil For Memantine: Filmovertrukne tabletter: 10 eller 20 mg Oral opløsning i doseringspumpe Trappes op med 5 mg hver uge til 20 mg x 1 dagligt. Ved nedsat nyrefunktion (GFR 5-29 ml/min.) og høj alder er vedligeholdelsesdosis 10 mg x 1 dagligt	Relativt sjældne: hovedpine, dødsighed, konfusion og undertiden hallucinationer	2.57 (0.07 to 5.07)

**Effekten angives som gennemsnitlig ændring på Mini-Mental State Examination (MMSE), en kognitiv test med maksimum 30 point, hvor højere score afspejler bedre kognitiv funktion. Den mindste klinisk relevante forskel anslås typisk til omkring 1,4 point. Selvom effekten kan synes beskeden, kan den være klinisk relevant, hvis den opretholdes over tid. Et positivt resultat betyder ikke nødvendigvis, at patienterne forbedres, men kan indikere, at deres kognitive forværring sker langsommere, eller at de bevarer lidt mere funktion. Det Bayesianske credible interval (CrI) angiver, at den reelle effekt med 95 % sandsynlighed ligger mellem de to værdier i parentes. Resultaterne i tabellen er fra to systematiske reviews med network metaanalyse [30, 32]. En network meta-analyse er en avanceret type meta-analyse, hvor man kan sammenligne flere behandlinger samtidig, selvom nogle behandlinger aldrig er blevet direkte sammenlignet i kliniske studier.*

Seponering af demensmedicin

Indikation for seponering af demensmedicin er en samlet vurdering, hvor der tages højde for den øvrige medicin, patientens ønsker og afvejning af effekt i forhold til mulige bivirkninger. Vurderingen beror samtidig på den aktuelle sværhedsgrad af demens hos patienten. Scoren på en psykometrisk test er ikke egnet til at vurdere, om demensmedicin bør seponeres eller ej.

‘Seponeringslisten’ anbefaler seponering af demensmidler ved svær demens, hvor patienten hovedsageligt er sengeliggende eller ved manglende effekt [31]. Da det kan være svært at vurdere effekten, vurderes det ud fra funktionsniveauet. Er man i tvivl om, hvorvidt der er effekt, kan man indlede med en prøveseponering på 4 uger. Hvis funktionsniveau og tilstand forværres, kan behandlingen genoptages. En australsk retningslinje for afmedicinering anbefaler, at seponering overvejes efter behandling i mindst 12 måneder [33-35].

Demensmedicin kan seponeres uden nedtrapning. Ved markant forværring i kognition og adfærd 2-4 uger efter seponering, kan behandlingen genoptages ved gradvis optrapning. Inden en evt. seponering er det vigtigt at involvere de pårørende i processen, så de er kender rationale for seponeringsforsøget og kan være med til at vurdere ændringer i patientens adfærd og tilstand.

Sygdomsmodificerende behandling

Endnu er ingen sygdomsmodificerende behandling godkendt til rutinebrug i Danmark. I de senere år er der udviklet antistofbehandling, som er rettet mod amyloid i hjernen, hvoraf lecanemab er godkendt i EU til patienter med mild Alzheimers sygdom eller mild kognitiv svækkelse men effekten er formentlig beskeden [36, 37]. Midlet er vurderet af Medicinrådet i december 2025 og blev afslået til brug i Danmark. Behandlingen kræver tæt MR-overvågning på grund af risiko for amyloid-relaterede forandringer i hjernen. Det er derfor usikkert, om denne behandling bliver tilgængelig i almen praksis.

Adfærdsændringer

Op mod 90 % af personer med demens udvikler adfærdsmæssige og psykiske symptomer, som samlet betegnes *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD). BPSD omfatter aggression, agitation, uhæmmet adfærd, irritabilitet, angst, depression, apati, eufori, appetit- og søvnforstyrrelser samt hallucinationer og vrangforestillinger [38-42]. Hallucinationer og vrangforestillinger er ofte perceptions- eller synsforstyrrelser som omgivelserne ”oversætter” til hallucinationer og vrangforestillinger. At personer med demens udvikler BPSD kan have flere årsager.

Syns- og perceptionsforstyrrelser kan forekomme, uden at personen med demens er forpint af symptomerne eller psykotisk. Derved er der ikke behov for medicinsk intervention.

Biologiske årsager til BPSD

Somatiske problemstillinger som smerter, infektion, dehydrering eller medicinske bivirkninger udredes og behandles.

Psykologiske og sociale årsager til BPSD

Mange adfærdssymptomer skyldes, at personens basale behov ikke imødekommes hensigtsmæssigt af omgivelserne, f.eks. i forbindelse med aktiviteter og kommunikation. Uopfyldte behov kan afstedkomme adfærdsmæssige symptomer. Det kan både være helt basale fysiologiske behov som ernæring og søvn eller mere eksistentielle behov som social kontakt, kommunikation, forventninger til omgivelserne eller en meningsfuld hverdag. Håndteringen af disse symptomer er non-farmakologisk og må varetages af pårørende eller sundhedsfagligt personale, afhængig af hvor personen bor.

Non-farmakologisk symptombehandling

Den primære behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens er non-farmakologisk. Der er bred konsensus om, at den non-farmakologiske behandling bør følge principperne for personcentreret omsorg [1, 4, 43].

En personcentreret tilgang til mennesker med demens sætter fokus på personens ressourcer frem for demenssygdommen. Målet er at skabe størst mulig fysisk og psykisk velbefindende gennem gode og trygge relationer, hvilket understøtter et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem mennesket med demens og dennes pårørende [4].

Systematisk årsagsanalyse og 4-trinsmodellen

Systematisk årsagsanalyse er en struktureret metode til at forstå adfærdssymptomer ved BPSD som udtryk for uopfyldte behov, somatiske smerter eller miljøfaktorer, i stedet for blot at medicinere.

Flere systematiske redskaber kan bruges i tilgangen til personen med demens, herunder systematisk årsagsanalyse [4, 43]. Disse værktøjer bruges af plejepersonalet, som arbejder med personen med demens, og er relevante at kende som praktiserende læge.

En systematisk tilgang er afgørende for at kunne belyse de forskellige dele af en persons liv, der er vigtige for at kunne tilrettelægge den personcentrerede omsorg.

Derfor bør der altid foreligge en systematisk årsagsanalyse, som afdækker plejepersonalets viden om en række centrale punkter:

Systematisk årsagsanalyse

- Er der mistanke om somatiske årsager? (kan udelukkes ved konsultation eller sygebesøg)
- Hvilke non-farmakologiske indsatser har været afprøvet? (f.eks. personcentreret omsorg, socialpædagogiske metoder, sansestimuli, kontinuitet i pleje og behandling, anvendelse af tyngdedyne, musik eller miljøskift)
- Er et døgnrytmeskema blevet anvendt? (f.eks. intensitet, hyppighed for adfærd og tidspunkt på døgnet) Hvilken information har det givet?
- Er der udarbejdet en døgnplejeplan og/eller socialpædagogiske handleplaner? Hvordan er plejen tilpasset patientens behov?

En fremgangsmåde kan være at bruge 4-trinsmodellen, der arbejder med observation, analyse, handling og evaluering. Den tager udgangspunkt i en systematisk årsagsanalyse.

4-trinsmodellen

1. **Observation:** Hvad ser vi?
2. **Analyse:** Hvordan forstår vi det, vi ser?
3. **Handling:** Hvad vil vi afprøve?
4. **Evaluering:** Hvad er effekten af vores handlinger?

Figur 3. 4-trinsmodellen



Billedet er gengivet med tilladelse fra Sundhedsstyrelsen. Figuren er oprindeligt bragt "Nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer – strukturerede og målrettede interventioner samt brug af antipsykotika" (side 9), 2025 [4].

På baggrund af de systematiske observationer kan lægen medvirke til at analysere adfærden. Sammen med personalet kan lægen planlægge den relevante handling – og hvordan og hvornår, der skal evalueres på indsatsen.

Farmakologisk symptomlindring af BPSD

Non-farmakologiske tiltag bør altid have været afprøvet inden evt. opstart af farmakologiske tiltag. I meget få tilfælde kan der opstå situationer, hvor en person med demens oplever svære adfærdsmæssige og/eller psykiske symptomer, hvilket kan lede til voldsomme episoder, hvor der er akut risiko for at mennesket med demens er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint. I disse tilfælde kan det være nødvendigt med kortvarig behandling/lindring med medicin.

Da adfærdssymptomer ofte er en del af symptombilledet ved progression af demens, kan det være svært at skelne mellem, hvad der skyldes demens, og hvad der skyldes andre tilstande og sygdomme, f.eks. depression. Derfor er det vigtigt at dokumentere årsager til opstart af symptombehandling med medicin samt at sikre der er ligger en plan for monitorering, revurdering herunder hvilken effekt der forventes at opnå samt evt. seponering/nedtrapning. Se bl.a. boks 4.

Antidepressive lægemidler

Brug af antidepressive lægemidler kan være indiceret ved depression, tvangsgråd eller angst. Førstevalget vil være SSRI-præparater. Det er omdiskuteret, om SSRI-præparater har en effekt på BPSD [44, 45]. Sundhedsstyrelsen anbefalede i 2019 generelt svagt *imod* brugen af SSRI-præparater til adfærdssymptomer hos personer med demens [46].

Brug af tricykliske antidepressiva frarådes til personer med demens pga. den antikolinerge byrde og høj risiko for bivirkninger.

Lægemidler mod søvnbesvær

Non-farmakologisk behandling i form af vanlige søvnråd er førstevalg og gives sammen med evt. farmakologisk behandling.

Melatonin, mianserin og mirtazapin kan forsøges. Overordnet er der meget sparsom evidens for effekten af de forskellige præparater på området. Sundhedsstyrelsen retningslinje fra 2018 fandt, at melatonin sandsynligvis kan forlænge nattesøvnen i nogen grad, men at der ikke er effekt på antallet af opvågninger [47, 48]. Melatonin har færre bivirkninger end de andre præparater, og det er derfor førstevalg. Man kan overveje mirtazapin og mianserin i lav dosis, da det muligvis kan forlænge nattesøvnen. Effekten forventes at kunne ses inden for 1-2 uger. Der er risiko for sedation i dagtiden og ortostatisk hypotension. Da en del patienter ikke vil have effekt af behandlingen, skal den revurderes 2-4 uger efter opstart³³.

Som udgangspunkt bør beroligende lægemidler og benzodiazepinlignende indsovningsmidler (z-hypnotika, zolpidem og zopiclon) ikke bruges som sovemiddel til personer med demens pga. risiko for sedation, fald, delir og afhængighed.

Beroligende lægemidler

Som udgangspunkt skal det undgås at give beroligende lægemidler til personer med demens, da der er en høj risiko for bivirkninger. Førstevalget er non-farmakologiske tiltag. Hvis non-farmakologiske tiltag har været forsøgt, kan det evt. overvejes at anvende benzodiazepiner med kort halveringstid til behandling af symptomer som angst og uro hos personer med demens. Medicin opstartes sammen med non-farmakologiske initiativer.

Ved angst og evt. samtidige søvnproblemer kan oxazepam bruges i doser på 5-10 mg i så kort tid som muligt, alternativt lorazepam i doser på 0,5-1 mg i så kort tid som muligt. Undgå diazepam pga. lang halveringstid.

Indsæt altid en slutdato efter 1-2 uger og revurder løbende. Det er vigtigt at seponere med forsigtighed, hvilket ofte indebærer en gradvis nedtrapning trods kort behandlingsvarighed.

Antipsykotiske lægemidler

Som udgangspunkt skal antipsykotiske lægemidler ikke anvendes til behandling af adfærdssymptomer hos personer med demens [4, 49]. Non-farmakologisk behandling vil altid være førstevalg med målrettede og strukturerede indsatser, som baseres på en systematisk årsagsanalyse.

Risperidon er eneste andengenerationspræparat, som er godkendt til personer med demens. Det er primært den lettere sederende effekt af lægemidlet, som udnyttes.

Til personer med demenssygdom og præmorbid psykotisk sygdom (skizofreni og bipolar sindslidelse) kan behandling med antipsykotika fortsat være indiceret. Men overvej dosisreduktion, eventuelt seponeringsforsøg, da ældre har nedsat medicintolerance.

Boks 7. Antipsykotika ved demens – hovedpointer fra Sundhedsstyrelsen [50-52]

Centrale punkter:

- Som udgangspunkt skal demens ikke behandles med antipsykotika, da effekten er beskeden, og risikoen for alvorlige bivirkninger er stor.
- Hvis en patient er til fare for sig selv eller andre eller er svært forpint, kan kortvarig lindrende behandling med antipsykotika ordineres i særlige tilfælde.
- Dosis af antipsykotika skal være så lav som muligt i så kort tid som muligt.
- Dato for revurdering eller seponering skal fastsættes, og en plan skal udarbejdes for fortsættelse af igangværende non-farmakologiske indsatser.

Forslag til journalfrase ved behandling med antipsykotika:

- Indikation
- Ordination
- Ansvarlig læge
- Plan for observationer
- Forventet varighed, målsætning og plan for evaluering.

Ved svære adfærdsmæssige og psykotiske symptomer, hvor personen er til fare for sig selv eller andre eller er svært forpint, kan det være indiceret med kortvarig (< 4 uger) lindrende behandling med et antipsykotisk lægemiddel.

Ved behov for længerevarende behandling (1-3 måneder) konfereres med en gerontopsykiater. Behandling over 3 måneder bør ske i samarbejde med psykiatrien.

KiAP har lavet en klyngepakke og et Praksis+-modul mhp. at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin ved demens.

Behandling af delirium

Personer med demens udvikler nemmere delirium end andre. Ofte vil delirium være somatisk udløst (f.eks. af smerte) eller polyfarmaci. Førstevalgsbehandling af alle deliriumtilstande er non-farmakologisk. Potentielt udløsende årsager må kortlægges og korrigeres, før farmakologisk behandling overvejes. Ved hyperaktivt delirium kan det være indiceret med kortvarig behandling med haloperidol. Det er dog tvivlsomt, om behandling med haloperidol har gavnlig effekt på hyperaktive demente personer med delir. Derfor er det fortsat vigtigst at sikre, at der er de korrekte non-farmakologiske indsatser og f.eks. en fast vagt. Hvis alle andre behandlingsmuligheder er udtømte, kan man forsøge med tablet haloperidol 0,5-1 mg højst x 4 dagligt i så kort tid som muligt. Blodtryk og puls skal monitoreres ved pågående behandling. Haloperidol er kontraindikeret ved Parkinsons og Lewy-body-demens, hvor der kan forsøges med quetiapin 25 mg eller lorazepam 0,5-1 mg.

Delir er en akut tilstand med stor risiko for forværring af demenssygdommen. Det vil ofte være relevant at konferere med en gerontopsykiater vedrørende forværring i tilstanden.

Se også Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium [5].

Årsstatus

Det anbefales at foretage en årlig status af personer med demens. Årsstatus bruges til at gennemgå medicinlisten og til at skabe et godt samarbejde og god kommunikation med patienten og de pårørende. Forslag til indhold i en årsstatus kan være:

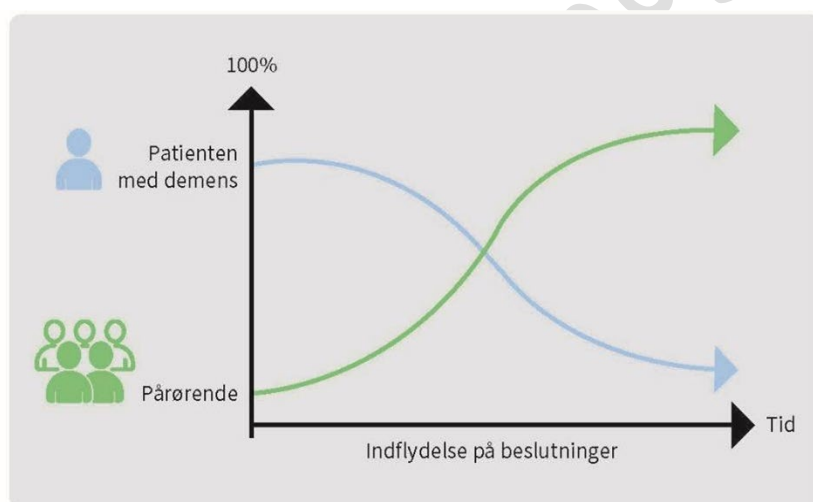
- Diagnosetidspunkt, demenstype og sted, hvor diagnosen er stillet
- Komorbiditet
- Vurdering af patientens kognitionsniveau
 - BASIC (hvis patienten får demensmedicin) som et støtteredskab til vurdering af kognition og behandlingsbehovet
- Vurdering af funktionsniveau (kan evt. forestås af kommunal indsats i hjemmet hos patienten forud for årsstatus)
 - Basal ADL
- Kommunal støtte
 - Hvilken kommunal støtte modtages?
 - Fungerer samarbejdet?
 - Er der behov for yderligere støtte?
- Vurdering af adfærdssymptomer
 - Giver de relevante non-farmakologiske indsatser?
 - Har der været behov for farmakologisk indsats siden sidst?
 - Er der mistanke om tilstande, der kan kræve farmakologisk indsats?
- Medicingennemgang
 - Kritisk gennemgang af medicinlisten, inkl. seponering af ikke-essentiell medicin
 - Behov for op- eller nedjustering af demensmedicin?
- Fokuseret objektiv undersøgelse
 - Hvis medicinen ikke ændres, og der ikke foreligger anden indikation, er der ikke grund til at tage blodprøver eller lave EKG
- Kørekortsvurdering hvis patienten fortsat kører bil
- Vurdering af behandlingsniveau og palliationsbehov. Tag udgangspunkt i DSAM's palliationsvejledning.
- Fremtidsfuldmagt, behandlingstestamente.

Demenssygdom og pårørende

Mennesker med demenssygdom udvikler oftest varig inhabilitet. Det sociale netværk er afgørende for patienten for at sikre det bedst mulige forløb i sygdommen. Personer med let demens vil ofte kunne varetage beslutninger selv, evt. i samråd med deres pårørende. Den primære omsorgsperson indgår som en støtte for patienten frem for en beslutningstager.

Senere i sygdomsudviklingen, hvor den kognitive svækkelse forværres fra let over moderat til svær, bliver den primære omsorgsperson gradvist til den egentlige beslutningstager. Denne proces kan være vanskelig for både patienten med demens og de pårørende. Det vil ofte være gradvise ændringer, hvor den pårørende først støtter og vejleder, men senere ender med at tage de endelige beslutninger. Det er vigtigt, at patienten og de pårørende får talt om dette, helst så tidligt som muligt. Det gør det muligt at lave en **fremtidsfuldmagt** og et **behandlingstestamente**, som de pårørende kan støtte sig til.

Figur 4. Sammenhæng mellem grad af demens og indflydelse på beslutninger



Kilde: Nanna W. Ebbensgaard

For personer med demens opstår der ofte en spænding mellem personen selv og den primære omsorgsperson i forbindelse med delt beslutningstagning. Som praktiserende læge kan man ofte fungere som mægler og brobygger mellem patient og pårørende. Som patientens læge skal man varetage patientens interesser og anerkende de pårørendes kendskab til patientens værdier og præferencer. Samtidig skal plejepersonalet inddrages i den samlede behandling og omsorg.

Alle praktiserende læger bør aktivt understøtte en fælles beslutningstagning for patienter med moderat til svær demens, så personer med demens ikke for tidligt udelukkes fra beslutningstagning om udredning og behandling.

Omsorg for pårørende

Det er psykisk belastende at yde omsorg for en person med demens. I takt med sygdommens udvikling kan de pårørende ofte i stigende grad udvise tegn på bekymringer, tristhed, belastningsreaktioner, stress og depression [53, 54]. Pårørende til mennesker med demens går oftere til lægen og tager mere receptpligtig medicin end andre. De har også øget risiko for at udvikle alvorlig somatisk sygdom [55, 56]. I mange tilfælde varetager pårørende hovedparten af omsorgen for hjemmeboende personer med demens. Det kan være ægtefæller, voksne børn, børnebørn, venner og naboer. Mange kommuner arrangerer pårørendegrupper og undervisning af pårørende. Alzheimerforeningen har flere lokalforeninger og demensgrupper [57]. Demenslinien (5058 5058) rådgiver om demens, og kommunens demenskoordinatorer er ofte bekendt med tilbuddene i lokalområdet.

Relevant jura ved demens

Det kan være en hjælp for personer med demens og deres pårørende at kende lidt til reglerne på området. De vigtigste pointer er kortfattet beskrevet herunder. For yderligere information vedr. HLR og behandlingsfravalg henvises til ” **Genoplivning og livsforlængende behandling i almen praksis**”

Tabel 6. Relevante juridiske områder ved demens*

Juridisk område	Retsgrundlag
Vurdering af fortsat kørekort	
Lægen har skærpet pligt til at vurdere kørehabilitet. Ved demens kræves løbende vurdering. Den behandlingsansvarlige læge skal sikre, at der gives kørselsforbud (hvis relevant) og tages stilling til perioden, samt journalføre og informere patienten.	Se Retsinformation “Vejledning om helbreds krav til kørekort” afsnit 7.2.1, som specifikt omhandler demens [58].
Habilitet og samtykke hos personer med demens	
Ethvert menneske har ret til at bestemme over egne forhold, også mennesker med demens. For at en aftale er gyldig, skal personen kunne forstå aftalen, det vil sige at personen skal have retlig handleevne. Spørgsmålet om patientens habilitet er et	

nuanceret billede, der ændrer sig under sygdommens udvikling, men det er vigtigt, at mennesker med demens altid inddrages. Så længe en person med demens er habil og ikke er erklæret varigt inhabil, er personens samtykke fortsat påkrævet for udredning og behandling.	
Varigt inhabil Hvis personen skønnes ikke at kunne forstå en handling eller konsekvensen heraf som følge af progressiv sygdom, er borgeren varigt inhabil og kan ikke give samtykke.	Se Styrelsen for Patientsikkerhed om "Konkret informeret samtykke for varigt inhabile patienter" [59]
Stedfortrædende samtykke Nærmeste pårørende, fremtidsfuldmægtig eller værge skal give samtykke til udredning og behandling.	Se Sundhedsloven § 18 om "patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke" [60] Se Styrelsen for Patientsikkerhed om "konkret informeret samtykke for varigt inhabile patienter" [59]
Akut behandling uden samtykke Vurderes situationen at kræve akut behandling inden for rammerne af Sundhedsloven § 19, kan behandlingen iværksættes uden samtykke efter konference med anden ikke-behandlingsansvarlig læge. Opstartes behandling uden samtykke, bør det formidles hurtigst muligt til stedfortræder og pårørende. Nærmeste pårørende er først og fremmest patientens ægtefælle eller samlever, dernæst slægtninge i lige linje (egne børn og egne forældre). Alt efter de konkrete forhold kan søskende og venner eller kontaktperson inddrages.	Se Sundhedsloven § 19 om "øjeblikkeligt behandlingsbehov" [60] Se Styrelsen for Patientsikkerhed om "konkret informeret samtykke for varigt inhabile patienter" [59]
Behandlingstestamente Habile borgere kan oprette et behandlingstestamente på sundhed.dk. Behandlingstestamentet skal respekteres, hvad angår fravalg af genoplivningsforsøg, fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling og fravalg af behandling af somatiske lidelser, som kræver brug af somatisk tvang. Alle sundhedspersoner har (når det er relevant) pligt til at undersøge, om en varigt inhabil patient har oprettet et behandlings- eller livstestamente. Det gøres ved at fremsøge patienten i FMK-online. Se under fanen "Livs-/Behandlingstestamente".	Se Sundhed.dk "Spørgsmål om behandlings-testamente" [61] Se Retsinformation "Anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile" [62] og "Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivnings-forsøg" [63] og "Vejledning om fravalg

	og afbrydelse af livsforlængende behandling" [64]
Fremtidsfuldmagt En fremtidsfuldmagt er oprettet af en habil borger og træder først i kraft ved varig inhabilitet. Den dækker forskellige forhold og laves sammen med en advokat. Hvis en varigt inhabil person med demens har oprettet en fremtidsfuldmagt, skal den kommende fremtidsfuldmægtige anmode om en lægeerklæring, der udfyldes hos egen læge. Fuldmagten er først godkendt, når den er tinglyst og registreret i Personbogen hos Tinglysningsretten.	Se Læger.dk "Lægeerklæring vedrørende fremtidsfuldmagter" [65]
Værgemål En inhabil borger kan sættes under værgemål. Patient, nærmeste pårørende eller fremtidsfuldmægtig kan ansøge Familieretshuset om værgemål. Kommunen skal iværksætte værgemålsansøgning ved uenighed blandt nærmeste pårørende, eller hvis den inhabile ikke kan give samtykke til flytning til plejehjem. Herudover findes attesten "Attest til nære pårørende", som udstedes af Familieretshuset og giver den nære pårørende adgang til at varetage patientens personlige anliggender og visse økonomiske dispositioner. Hvis patienten ikke samtykker til attesten, skal patienten i stedet samtykke til, at lægen må udfærdige attesten på baggrund af en lægeerklæring.	Se Retsinformation "Serviceloven", Kapitel 15, § 82: Kommunal pligt til iværksættelse af værgemålsansøgning [66] Se Retsinformation "Bekendtgørelse af værgemålsloven" [67]
Tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile	
Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile tillader behandling af somatisk sygdom under tvang ved akutte, behandlingskrævende situationer. Det er vigtigt at have undersøgt, om patienten kan have taget stilling til fravalg af tvang til somatisk behandling i et behandlingstestamente , da dette skal respekteres. Det er vigtigt at påpege, at der i loven står beskrevet, at forud for anvendelse af tvang, skal der indhentes informeret samtykke fra enten værge, pårørende, fremtidsfuldmægtig eller anden læge, som ikke er direkte involveret i behandlingen.	Se Retsinformation "Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile" [62] Se Styrelsen for Patientsikkerhed "Tvang ved somatisk behandling" [68]
Magtanvendelse	

Serviceoven beskriver, hvilke andre situationer der kan kræve magtanvendelse over for varigt inhabile, f.eks. fysisk guidning, anvendelse af stofseler og flytning af mennesker med demenssygdom til plejebolig. Dokumentation og indberetning er kommunens ansvar. Herudover kan en repræsentant for den varigt inhabile (pårørende, stedfortræder, værge) give et generelt informeret samtykke (for 12 måneder ad gangen) til visse mindre behandlinger.	Se Retsinformation "Bekendtgørelse om generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af varigt inhabile patienter" [69] Se Retsinformation "Serviceoven", Afsnit VII: Kapitel 24b om magtanvendelse [66]
--	--

* Yderligere detaljer findes på Retsinformation, Styrelsen for Patientsikkerhed og i sundhedsloven.

Offentlig høringsversion

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen, *Faglige anbefalinger til organisering af udredning for demens*. 2025.
2. Sundhedsstyrelsen, *National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud*. 2026.
3. PLO-E. *Gratis gruppebaserede moduler om demens (SE)*. 2025 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://laeger.dk/foreninger/plo-efteruddannelse/gruppebaseret-efteruddannelse-for-laeger-og-praksispersonale/fokus-demens>.
4. Sundhedsstyrelsen, *NKA: Mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer - Strukturerede og målrettede interventioner samt brug af antipsykotika*. 2025.
5. Sundhedsstyrelsen, *NKR: Forebyggelse og behandling af organisk delirium*. 2021.
6. Demens, N.V.f. *Forekomst af demens i Danmark 2026* 7. april 2026 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark>.
7. Demens, N.V.f. *Fordelingen af de hyppigste demenssygdomme*. 2025 1. december 2025 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://videnscenterfordemens.dk/da/fordelingen-af-de-hyppigste-demenssygdomme>.
8. Demens, N.V.f. *Svigt i kognitive funktioner*. 2025 27. maj 2025 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://videnscenterfordemens.dk/da/svigt-i-kognitive-funktioner>.
9. Organization, W.H., *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 1992.
10. Sundhedsstyrelsen, *NKR: Udredning og behandling af demens*. 2013.
11. Bertelsen, A., *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser - Klassifikation og Diagnostiske kriterier*. 1 ed. 2000: Munksgaard Danmark.
12. Jørgensen, K., et al., *Validity of the Brief Assessment of Impaired Cognition case-finding instrument for identification of dementia subgroups and staging of dementia*. *Eur J Neurol*, 2023. **30**(3): p. 578-586.
13. Overlæge Ejnar Alex Kørner, o.L.L., overlæge Flemming Mørkeberg Nilsson, overlæge August Wang, overlæge Peder Christensen & overlæge Annette Lolk. *Mini mental state examination*. 2008; Available from: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/mini-mental-state-examination>.
14. Dandem, *Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem) - National årsrapport 2024*. 2025. p. 129.
15. Demens, N.V.f. *Forekomst og forløb af MCI*. 2025 3. juni 2025 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-og-forloeb-af-mci>.
16. Jørgensen, K., et al., *Validation of the Brief Assessment of Impaired Cognition and the Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire for identification of mild cognitive impairment in a memory clinic setting*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2020. **35**(8): p. 907-915.
17. Demens, N.V.f. *Brief Assessment of Impaired Cognition (BASIC)*. 2026 16. februar 2026 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://videnscenterfordemens.dk/da/brief-assessment-impaired-cognition-basic>.

18. Hovedstaden, R. *Forløbsprogram for demens*. 2026 9. februar 2026 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/Forl%C3%B8bsprogrammer/Sider/Forloebprogram-for-demens.aspx>.
19. Sjælland, R. *Demens - Forløbsbeskrivelse - ICPC: P70*. 2026 9. februar 2026 [cited 18. maj 2026]; Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/sjaelland/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbsbeskrivelse-icpc/n-nervesystem/demens/>.
20. Syddanmark, R. *Demens Region Syddanmark*. 2025 4. november 2025 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbsbeskrivelser/icpc-oversigt/p-psykisk/demens-2025/>.
21. Midt, R. *Demensudredning - Forløbsbeskrivelse*. 2021 15. marts 2021 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbsbeskrivelser-icpc/p-psykisk/demensudredning/>.
22. Nord, R. *Demensudredning - Forløbsbeskrivelse*. 2026 15. januar 2026 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbsbeskrivelser/p-psykisk/demensudredning-v2/>.
23. Geriatri, D.S.f. *Clinical Frailty Scale*. 2023 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://www.geriatri.dk/forside/cfs.php>.
24. Arnold, S.H., et al., *Effectiveness of a tailored intervention to reduce antibiotics for urinary tract infections in nursing home residents: a cluster, randomised controlled trial*. Lancet Infect Dis, 2021. **21**(11): p. 1549-1556.
25. Oxbøll, A.B., et al., *Diagnostic accuracy of BASIC-Q for detection of cognitive impairment in a primary care setting - a cross-validation study*. BMC Geriatr, 2024. **24**(1): p. 53.
26. Jørgensen, K., et al., *Brief Assessment of Impaired Cognition (BASIC)- Validation of a new dementia case-finding instrument integrating cognitive assessment with patient and informant report*. Int J Geriatr Psychiatry, 2019. **34**(11): p. 1724-1733.
27. Usinger, L. *Barthel ADL*. 2023 16. august 2023 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersoegelser-og-proever/skemaer/geriatri/barthel-adl/>.
28. Usinger, L. *Urskivetesten*. 2023 31. august 2023 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/geriatri/undersoegelser/urskivetesten>.

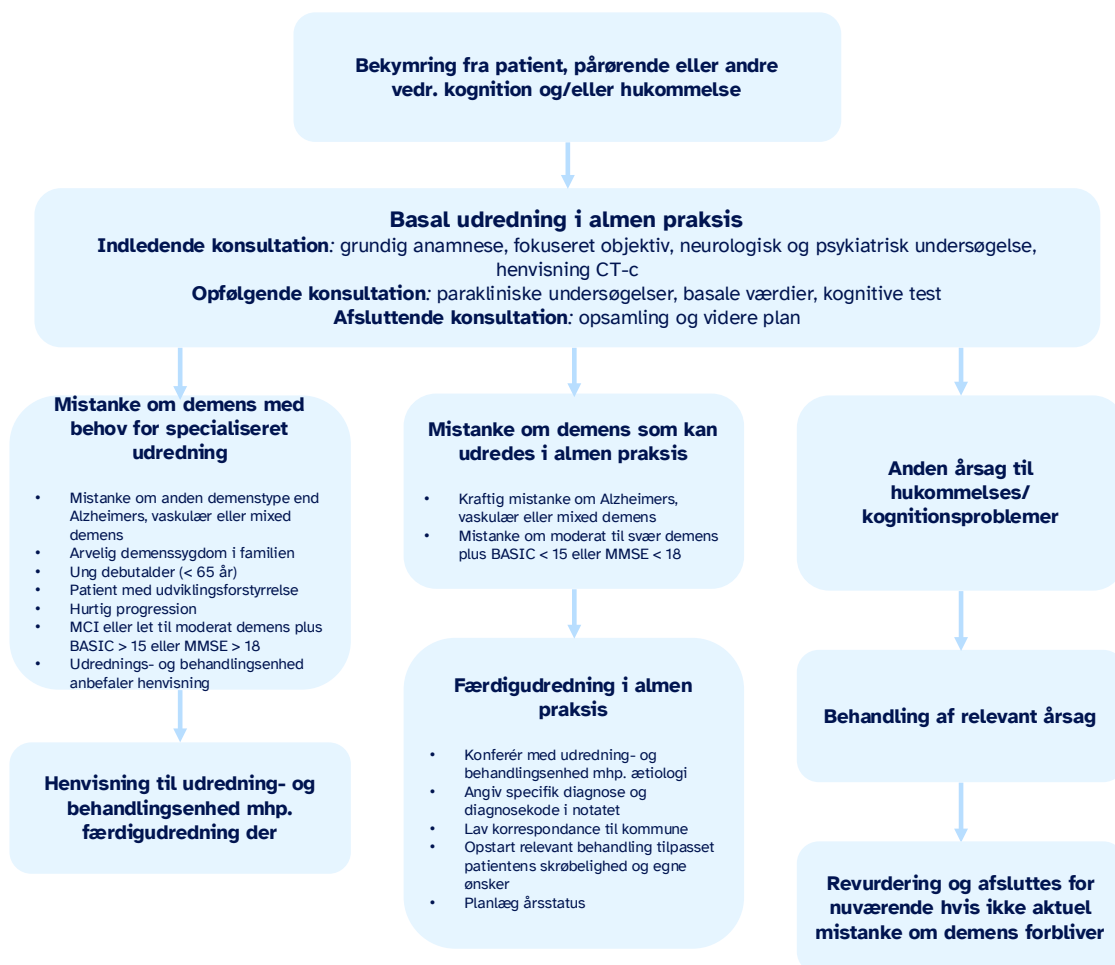
29. Lægehåndbogen. *Geriatrisk depressionsskala*. 2024 15. januar 2024 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kalkulatorer/geriatrisk-depressionsskala/>.
30. Cao, W., et al., *Comparison of the efficacy of updated drugs for the treatment on the improvement of cognitive function in patients with Alzheimer 's disease: A systematic review and network meta- analysis*. Neuroscience, 2025. **565**: p. 29-39.
31. Medicinnerrådet. *Seponeringslisten*. 2026 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://medicinraadet.dk/vejledning-til-primaersektor/primaersektor/seponeringslisten>.
32. Veroniki, A.A., et al., *Comparative safety and efficacy of cognitive enhancers for Alzheimer's dementia: a systematic review with individual patient data network meta-analysis*. BMJ Open, 2022. **12**(4): p. e053012.
33. Reeve E, F.B., Thompson W, Herrmann N, Sketris I, Magin P, Chenoweth L, Gorman M, Quirke L, Bethune G, Forbes F, Hilmer S, *Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Cholinesterase Inhibitors and Memantine* 2018.
34. Reeve, E., et al., *Deprescribing cholinesterase inhibitors and memantine in dementia: guideline summary*. Med J Aust, 2019. **210**(4): p. 174-179.
35. Parsons, C., et al., *Withdrawal or continuation of cholinesterase inhibitors or memantine or both, in people with dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2021. **2**(2): p. Cd009081.
36. van Dyck, C.H., et al., *Lecanemab in Early Alzheimer's Disease*. N Engl J Med, 2023. **388**(1): p. 9-21.
37. Hsu, C.W., et al., *The efficacy and safety of anti-amyloid monoclonal antibody versus acetylcholinesterase inhibitor with an in-depth analysis across genotypes and disease stages: a systematic review and meta-analysis*. J Prev Alzheimers Dis, 2025. **12**(8): p. 100195.
38. Selbæk, G., K. Engedal, and S. Bergh, *The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review*. J Am Med Dir Assoc, 2013. **14**(3): p. 161-9.
39. Bergh, S., et al., *The course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in Norwegian nursing homes*. Int Psychogeriatr, 2011. **23**(8): p. 1231-9.
40. Cerejeira, J., L. Lagarto, and E.B. Mukaetova-Ladinska, *Behavioral and psychological symptoms of dementia*. Front Neurol, 2012. **3**: p. 73.
41. Finkel, S.I., et al., *Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment*. Int Psychogeriatr, 1996. **8 Suppl 3**: p. 497-500.
42. Finkel, S., *Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD)*. Int J Geriatr Psychiatry, 2000. **15 Suppl 1**: p. S2-4.
43. Sundhedsstyrelsen, *Demenshåndbog: Personcentreret omsorg i praksis*. 2019.
44. Farina, N., L. Morrell, and S. Banerjee, *What is the therapeutic value of antidepressants in dementia? A narrative review*. Int J Geriatr Psychiatry, 2017. **32**(1): p. 32-49.
45. Hsu, T.W., et al., *Efficacy of serotonergic antidepressant treatment for the neuropsychiatric symptoms and agitation in dementia: A systematic review and meta-analysis*. Ageing Res Rev, 2021. **69**: p. 101362.

46. Sundhedsstyrelsen, *Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens. - National klinisk retningslinje*. 2019.
47. Sundhedsstyrelsen, *Demens og medicin - National kliniske retningslinjer*. 2018.
48. McCleery, J. and A.L. Sharpley, *Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2020. **11**(11): p. Cd009178.
49. Sundhedsministeriet, I.-o., *Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser*. 2024.
50. Sundhedsstyrelsen, *Demenshåndbog: Guide til at nedbringe antipsykotisk medicin til mennesker med demens*. 2023.
51. Sundhedsstyrelsen, *Guide til at forebygge brug af antipsykotika til patienter med demens*. 2026.
52. Sundhedsstyrelsen, *Information til almen praksis: Antipsykotika til patienter med demens*. 2025.
53. Cuijpers, P., *Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review*. Aging Ment Health, 2005. **9**(4): p. 325-30.
54. Cooper, C., T.B. Balamurali, and G. Livingston, *A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia*. Int Psychogeriatr, 2007. **19**(2): p. 175-95.
55. Xu, X.Y., R.Y.C. Kwan, and A.Y.M. Leung, *Factors associated with the risk of cardiovascular disease in family caregivers of people with dementia: a systematic review*. Journal of International Medical Research, 2020. **48**(1): p. 0300060519845472.
56. Nielsen, M.K., et al., *Grief trajectories and long-term health effects in bereaved relatives: a prospective, population-based cohort study with ten-year follow-up*. Frontiers in Public Health, 2025. **Volume 13 - 2025**.
57. Alzheimerforeningen. *Her finder du Alzheimerforeningen lokalt*. Available from: <https://www.alzheimer.dk/lokalt/>.
58. Sundhedsministeriet, I.-o., *Vejledning om helbreds krav til kørekort*. 2022.
59. Patientsikkerhed, S.f., *Konkret informeret samtykke for varigt inhabile patienter*.
60. Sundhedsministeriet, I.-o., *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. 2025.
61. Sundhed.dk. *Spørgsmål om Behandlingstestamente*. 2026 3. februar 2026 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/service/kontakt/hjaelp-borger/har-du-taget-stilling/spoergsmaal-om-behandlingstestamente/>.
62. Sundhedsministeriet, I.-o., *Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile*. 2019.
63. Sundhedsministeriet, I.-o., *Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg*. 2024.
64. Sundhedsministeriet, I.-o., *Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling*. 2024.
65. Lægeforeningen. *Lægeerklæring vedrørende fremtidsfuldmagter*. 2025 1. november 2025 [cited 2026 18. maj]; Available from: <https://laeger.dk/attestnoeglen/laegeerklæring-vedroerende-fremtidsfuldmagter>.
66. Sundhedsministeriet, I.-o., *Bekendtgørelse af lov om social service*. 2025.
67. Justitsministeriet, *Lov om ændring af værgemålsloven*. 2025.
68. Patientsikkerhed, S.f., *Tvang ved somatisk behandling*.

69. Sundhedsministeriet, l.-o., *Bekendtgørelse om generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af varigt inhabile patienter*. 2021.

Offentlig høringsversion

Bilag 1. Udredningsforløb for demenssygdomme



Bilag 2. Dementstyper, symptomer og behandling

	Alzheimers	Vaskulær	Mixed demens	Lewy-Body
Tidlige/klassiske symptomer	Nedsat hukommelse (90 %) Sprogproblemer Rumlige problemer Påvirkede styringsfunktioner	Storkarsygdom Varierende, evt. fokale udfald Småkarssygdom Gangusikkerhed Urininkontinens Nedsat mentalt tempo Nedsat opmærksomhed	Symptomer både fra Alzheimers og vaskulær demens	Nedsat mentalt tempo og opmærksomhed Visuelle/rukelige problemer Forstyrrelse af REM-søvn Synshallucination Parkinson-symptomer Fluktuationer
Strukturel scanning	Generel atrofi, mest udtalt i mesiale temporallapper	Storkarsygdom Følger til infarkter Småkarssygdom Iskæmiske læsioner i hvid substans	Både strukturelle ændringer fra Alzheimers og vaskulær	Oftest ingen abnormiteter
Færdigudredes i almen praksis	Ved kraftig mistanke om Alzheimers sygdom kombineret med moderat til svær sygdom på baggrund af funktionsniveau samt BASIC < 15 eller MMSE < 18	Ved kraftig mistanke om vaskulær sygdom som årsag til demens-sygdommen	Ved kraftig mistanke om en blanding af vaskulær og Alzheimers sygdom kombineret med moderat til svær sygdom på baggrund af funktionsniveau samt BASIC < 15 eller MMSE < 18	Nej, færdigudredes altid på demensudrednings enhed
Henvi sning til demensudrednings enhed	Ved arvelig komponent Ung debut (< 65 år) Udviklingsforstyrrelser hos patienten Hastig progression MCI eller mild-moderat sygdom på baggrund af funktionsniveau samt BASIC > 15 eller MMSE > 18 efter aftale med demensudrednings enhed	Nej, hvis anden mulig årsag til demens-sygdommen kan udelukkes	Ved arvelig komponent Ung debut (< 65 år) Udviklingsforstyrrelser hos patienten Hastig progression MCI eller mild-moderat sygdom på baggrund af funktionsniveau samt BASIC > 15 eller MMSE > 18 efter aftale med demensudrednings enhed	Altid ved mistanke om Lewy-Body

Behandling med demensmedicin i almen praksis	Moderat demens: Initialt: donepezil 5 mg, optrappes til 10 mg efter 4-6 uger Ved stabil tilstand: Bliv på denne dosis. Ved ny progression (efter 6-12 mdr.): Tillæg: memantin. Trappes op med 5 mg hver uge til 20 mg x 1 dagligt. Ved nedsat nyrefunktion (GFR 5-29 ml/min.) og høj alder er vedligeholdelsesdosis 10 mg x 1 dagligt Svær demens memantin Trappes op med 5 mg hver uge til 20 mg x 1 dagligt. Ved nedsat nyrefunktion (GFR 5-29 ml/min.) og høj alder er vedligeholdelsesdosis 10 mg x 1 dagligt galantamin og rivastigmin er som udgangspunkt ikke indiceret ved svær demens	Sikre optimal medicinsk behandling af kardiovaskulær sygdomme. Ikke indikation for demens medicin	Moderat demens: Initialt: donepezil 5 mg, optrappes til 10 mg efter 4-6 uger Ved stabil tilstand: Bliv på denne dosis. Ved ny progression (efter 6-12 mdr.): Tillæg: memantin. Trappes op med 5 mg hver uge til 20 mg x 1 dagligt. Ved nedsat nyrefunktion (GFR 5-29 ml/min.) og høj alder er vedligeholdelsesdosis 10 mg x 1 dagligt Svær demens memantin Trappes op med 5 mg hver uge til 20 mg x 1 dagligt. Ved nedsat nyrefunktion (GFR 5-29 ml/min.) og høj alder er vedligeholdelsesdosis 10 mg x 1 dagligt galantamin og rivastigmin er som udgangspunkt ikke indiceret ved svær demens	Behandles på demensudrednings enhed
Bivirkninger	donepezil: Gastrointestinale, livlige drømme og hovedpine Langsom optrapning kan mindske bivirkninger	-	Gastrointestinale, livlige drømme og hovedpine Langsom optrapning kan mindske bivirkninger	Behandles på demensudrednings enhed

	memantine: hovedpine, døsighed, konfusion og undertiden hallucinationer			
Seponerings- forslag	Ved tvivl om effekt af behandling: Pausér. Hvis ingen ændring i tilstand over et par uger: seponér.	-	Ved tvivl om effekt af behandling: Pausér. Hvis ingen ændring i tilstand over et par uger: seponér.	Behandles på demensudrednings enhed
Særlige udfordringer	Orienterings- problemer, kan fare vild Psykiatriske symptomer og adfærdsproblemer sent i forløbet Moderat nedsat sygdomsindsigt	Ofte påvirket gang med risiko for fald Urininkontinens Ofte nedsat initiativ og virkelyst Grådlabilitet	Blandet billede fra både Alzheimers og vaskulær	Fluktuationer kan være betydelige, f.eks. bevidstheds- påvirkning og/eller delir Særlig forsigtighed med antipsykotika pga. bivirkninger Autonome bivirkninger, obs. ortostatisk hypotension