

Nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer

Strukturerede og målrettede interventioner
samt brug af antipsykotika



Kontaktperson

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67

Sponsorer / Finansiering

Sundhedsstyrelsen

Ansvarsfraskrivelse

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske anbefalinger er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab. Nationale kliniske anbefalinger bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske anbefalinger offentligt tilgængelige, således at borgere og patienter også kan orientere sig i retningslinjerne. Nationale kliniske anbefalinger klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge anbefalingerne. De nationale kliniske anbefalinger er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode, som ikke er anbefalet være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation. Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling.

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-645-6

Indhold

1. Indledning	4
2. Resume	6
3. Personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse	8
4. Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens?	11
5. Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens?	19
6. Bør man anvende antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens?	23
7. Bør man anvende antipsykotika eller benzodiazepiner til kortvarig behandling (<4 uger) af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens?	36
8. Patientcases	44
9. Implementering	48
10. Monitorering, opdatering og videre forskning	50
11. Beskrivelse af anvendt metode, evidensvurderinger og søgebeskrivelse	51
12. Arbejds- og referencegruppe	55
13. Begreber og forkortelser	57
Referencer	59

1. Indledning

Formål og baggrund for en national klinisk anbefaling

Formålet med de nationale kliniske anbefalinger (NKA) er at understøtte en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

En NKA indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger som angiver punktnedslag i patientforløbet (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Det er ikke et primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem der skal tilbyde indsatsen) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Denne NKA er udarbejdet som et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsens to enheder; 'Evidens og analyser' og 'Ældre og demens'. Samtidig er der nedsat en arbejdsgruppe med relevante faggrupper, som har bistået i opgaven. Patientperspektivet i denne NKA er repræsenteret ved et brugerpanel bestående af repræsentanter fra Danske Patienter, Alzheimerforeningen og Ældresagen. Anbefalingerne har været sendt i bred offentlig høring, hvor alle har haft mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til anbefalingerne.

Anbefalingerne udarbejdes efter en systematisk tilgang og graduering af evidensens kvalitet, hvor styrken af anbefalingen baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Arbejdsgruppen er forelagt evidensprofiler, nøgleinformationer er gennemgået, og der er herefter lavet en konsensusbeslutning om, hvordan anbefalingen skulle formuleres.

For yderligere at belyse problemstillingerne er der udarbejdet en gennemgang af kvalitativ evidens omhandlende brug af antipsykotika. Den kvalitative evidenssyntese er anvendt i nøgleinformationerne vedr. patientpræferencer, ressourcer, accept og gennemførlighed samt kapitlet om implementering af de relevante anbefalinger. Man skal være opmærksom på, at den kvalitative evidens, og ordbruget heri, ikke beskriver en endegyldig sandhed og muligvis ikke kan genkendes alle steder.

Der henvises desuden til kapitel 9 for en detaljeret metodebeskrivelse for denne NKA samt Sundhedsstyrelsens 'metodehåndbog: Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer' [133] for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af NKA.

Anbefalingerne kan anvendes i brede dele af pleje- og sundhedssektoren i både primær og sekundær sektor. Da tværfagligt samarbejde er en grundsten i varetagelsen af pleje, omsorg og behandling af mennesker med demens, henvender denne anbefaling sig både til ledere, socialt- og sundhedsfagligt personale, demenskoordinatorer, hjemmesygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter, pædagoger, psykologer, speciallæger i almen medicin, neurologi, psykiatri og geriatri samt alle andre lægefaglige specialer som behandler patienter med demens. Anbefalingerne kan desuden benyttes af mennesker med demens, pårørende eller andre, der ønsker at søge information indenfor området.

Valg af emne til indeværende NKA samt fokuserede spørgsmål

Sundhedsstyrelsen udgav i 2018 en *national klinisk retningslinje (NKR) for demens og medicin* og i 2019 udkom *NKR for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens*. Tilsammen indeholdt de to retningslinjer 18 konkrete anbefalinger om forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens samt farmakologisk behandling af mennesker med demens. Litteratursøgningerne i disse retningslinjer er forældede, og der kan dermed være kommet ny evidens, der potentielt kan ændre anbefalingerne.

Der blev i 2023 afsat midler i regi af SSA-reserven (SSA står for social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet) til et initiativ til nedbringelse af forbruget af antipsykotika til mennesker med demens. Som et led heri, blev det besluttet at revidere evidensgrundlaget, som udgør fundamentet for de faglige indsatser i form af udvalgte nationale kliniske anbefalinger om lægemiddelbehandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Det blev derfor besluttet, at der skulle opdateres og udarbejdes nye anbefalinger inden for demensområdet med fokus på forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, som erstatning for de tidligere anbefalinger der er beskrevet i de to retningslinjer fra henholdsvis 2018 og 2019.

Anbefalingerne i denne NKA er afgrænset til at omhandle behandling og forebyggelse af adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Det kan både være psykosociale og sundhedsfaglige interventioner inklusiv behandling med lægemidler. Den endelige afgrænsning af de kliniske problemstillinger blev prioriteret af arbejdsgruppen, herunder en beslutning om at opdatere en tidligere anbefaling om brug af antipsykotika til mennesker med demens.

Prioritering af de øvrige fokuserede spørgsmål (PICO), er sket på baggrund af den ramme, som metoden for udvikling af nationale kliniske anbefalinger foreskriver, hvor den faglige arbejdsgruppe vejleder i at finde de områder, hvor det er vigtigt at få afklaret evidensgrundlaget.

Spørgsmål om medicingennemgang hos mennesker med demens er ikke behandlet i denne NKA, men det skal understreges, at medicingennemgang for specielt ældre med demens er en essentiel del af en vellykket tilgang til forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Det anbefales i Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) vejledning om *Den ældre skrøbelige patient* [71], at praktiserende læger jævnligt, og mindst én gang årligt, foretager en medicingennemgang. I vejledningen er angivet generelle, overordnede råd til at gennemføre en medicingennemgang [86]. Samtidig har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en guide til medicingennemgang i praksis "Medicingennemgang i praksis" [80]. Der findes desuden flere andre screeningsværktøjer og støtteredskaber [80] som f.eks. "Seponeringslisten" udarbejdet af Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF) i Sundhedsstyrelsen og regionernes lægemiddelskonsulenter [78] samt STOPP/START version 3 på Dansk Geriatrik Selskabs hjemmeside [87]. En vellykket ændring i medicinforbrug såsom reduktion eller seponering, kræver en god dialog mellem læge og patient samt involvering af de pårørende.

Afgrænsning af patientgruppe

I 2023 var der ca. 41.500 personer med en hospitalsregistreret demensdiagnose i Danmark, hvilket er en stigning på næsten 30.000 siden år 2000 [79]. Aktuelt er der en årlig incidens på ca. 10.000 (2023-tal) [79]. Baseret på befolkningsundersøgelser, vil det reelle antal af mennesker, der lever med demens formentlig være væsentlig højere, da det vurderes, at der er et betydeligt mørketal, fordi mange ikke bliver udredt og diagnosticeret i sekundærsektoren. Nogle henvender sig ikke til sundhedsvæsenet og andre bliver fulgt i almen praksis efter basal udredning uden videre henvisning. Nationalt Videnscenter for Demens estimerer, at der er i omegnen af 97.000 mennesker, som lever med demens i Danmark, og at antallet forventes at vokse til mere end 145.000 mennesker i 2040 som følge af den demografiske udvikling [73].

Anbefalingerne bygger på evidens for mennesker med en demensdiagnose, er formentlig overførbare til mennesker med symptomer forenelige med en demenssygdom. Anbefalingerne forholder sig til demens og forholder sig ikke direkte til sværhedsgrader, da evidensen i de fleste tilfælde ikke har skelnet mellem sværhedsgrader af demens. Tilgangen til mennesket med demens skal være personcentreret og systematisk og derved tilpasses det enkelte individ, hvor der også tages højde for sværhedsgraden af kognitiv svækkelse.

BPSD og antipsykotika

Demens er en fællesbetegnelse som dækker over en række sygdomstilstande karakteriseret ved vedvarende svækkelse af mentale funktioner. Demens skyldes bl.a. forskellige neurodegenerative sygdomme (f.eks. Alzheimers, Lewy-body og frontotemporal demens) samt senfølger efter nedsat blodforsyning i hjernen (f.eks. blodpropper, blødninger eller forsnævninger i blodkar i hjernen) kaldet vaskulær demens. Der kan være både en neurodegenerativ samt vaskulær komponent til stede på samme tid. Demens udvikler sig over tid og medfører en gradvis forværring af flere kognitive funktioner, som forringer personens mulighed for at klare sig selvstændigt i dagligdagen [74]. Der findes aktuelt ingen behandling, som kan helbrede de neurodegenerative sygdomme, der er en af hovedårsagerne til demens. Udover forværring i kognitive funktioner, vil progressionen af demenssygdommen medføre, at op mod 90 % af mennesker med demens udvikler adfærdsmæssige og psykiske symptomer [75]. BPSD står for "Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia" og oversættes til dansk til adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens (herefter BPSD). BPSD er en samlebetegnelse for symptomer, der kan opstå i forbindelse med en demenssygdom, og omfatter en række adfærdsmæssige og psykiske symptomer, herunder aggression, agitation, uhæmmet adfærd, irritabilitet, angst, depression, apati, eufori, appetit- og søvnforstyrrelser samt eventuelt psykotiske symptomer med hallucinationer og vrangforestillinger [76]. BPSD beskriver således både adfærdsproblematikker samt de mere psykiatriske aspekter af symptomerne i form af hallucinationer og vrangforestillinger. Ofte dækker adfærdsmæssige problematikker over at mennesker med demens forsøger at kommunikere, hvordan de har det, eller at de har uopfyldte socialpsykologiske behov. Det kan være udfordrende for personalet og de pårørende at identificere, hvad det handler om, men også at skulle håndtere adfærden.

Der kan være flere årsager til, at mennesker med demens udvikler BPSD, herunder både biologiske, psykologiske og sociale aspekter. BPSD kan være et resultat af biologiske sygdomsmekanismer forbundet med den gradvise neurodegenerative proces, som skyldes demenssygdommen. Det kan også være en reaktion på somatiske problematikker såsom smerter, infektion eller dehydrering, eller mangel på basale fysiologiske behov, herunder ernæring og søvn samt mere eksistentielle behov såsom social kontakt, kommunikation, forventninger til omgivelser eller en meningsfuld hverdag. Symptomerne kan altså skyldes, at personens basale fysiske, sociale og psykologiske behov ikke imødekommes hensigtsmæssigt for eksempel i forbindelse med personlig pleje, aktiviteter og kommunikation. Det er vigtigt at undersøge, om mennesket med demens er forpint af symptomerne, f.eks. i forbindelse med hallucinationer, der også kan være et udtryk for synsforstyrrelser eller perceptionsforstyrrelser i bearbejdning af sanseindtryk, men som ikke opleves ubehageligt for personen med demens [77].

Da årsagen til BPSD er forskelligartet, vil den tilbudte forebyggelse, udredning og behandling derfor variere. Non-farmakologiske tiltag har tidligere været brugt som en betegnelse for alle de interventioner, som ikke er medicinske, der både kan forebygge og behandle BPSD. Disse dækker over alt fra underholdning, stimulation og terapeutiske indsatser. Indsatserne kan både være af mere passiv og lyttende karakter eller med aktiv deltagelse eller helt konkret i dagligdagen, at have en nærværende kontakt med andre mennesker, hvor der er fokus på, hvad mennesket med demens har brug for, for at føle sig godt tilpas, tryk i relationen og oplevelsen af at have værdi som menneske.

I tidligere vejledninger har anbefalingen været imod brugen af antipsykotika til behandling af BPSD. Trods disse anbefalinger, samt et øget fokus på forbruget af antipsykotika hos mennesker med demens, er forbruget stort set uændret siden 2014. På baggrund af tal fra Sundhedsdatastyrelsen [85] fremgår det, at ca. 19,5 % af alle mennesker med demens fik antipsykotika i 2023. Næsten 2/3 af dem der får antipsykotika, har ikke en hospitalsregistreret psykiatrisk lidelse udover demens. Herudover er der stor geografisk variation i brugen af antipsykotika til mennesker med demens både kommunalt (31,0 % til 4,8%, 2023 tal) og regionalt (22,0% til 16,6%, 2023 tal).

Trods et fortsat højt og uændret antal af mennesker med demens, der får antipsykotika, er der over de seneste 10 år sket et fald i antallet af personer i behandling i over 12 måneder, samt en nogenlunde tilsvarende stigning i antallet af personer i behandling i under tre måneder. Der er derfor fortsat behov for opmærksomhed på området. Herudover er der sket en markant stigning i forbruget af benzodiazepiner til mennesker med demens i den tilsvarende periode (fra 13,7 % til 17,3 %). Denne ændring i udskrivningsmønster kan være et udtryk for et indikationskred, hvor der i stigende grad anvendes benzodiazepiner som beroligende effekt i stedet for antipsykotika. Ved korttidsbehandling med antipsykotika er det typisk den sederende effekt som udnyttes.

2. Resume

At arbejde systematisk med en personcentreret tilgang er grundlæggende for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens.

Ved en personcentreret tilgang til mennesker med demens sættes der fokus på personens ressourcer frem for demenssygdommen. Målet er at skabe størst mulig fysisk og psykisk velbefindende gennem en god og tryk relation, hvilket tillige understøtter et godt og tillidsfuldt samarbejde med mennesket med demens og dennes pårørende

Når adfærden ændrer sig hos mennesker med demens, er det vigtigt at udelukke somatiske årsager og afdække både helbredsmæssige og socialpsykologiske behov via en systematisk årsagsanalyse. En ændret adfærd som fx svær uro, agitation og aggression kan være svær at forstå og håndtere for både personale og pårørende. Konsekvensen kan være et ønske fra personale eller pårørende om at afhjælpe adfærden med antipsykotika. Bruges antipsykotika i disse situationer, kan det opleves at antipsykotika dæmper adfærden, men årsagen til den ændrede adfærd, der både kan være tegn på somatisk sygdom eller tegn på mistrivsel, er stadig til stede. Den sløvende effekt af medicinen vanskeliggør, at personen med demens kan give udtryk for sine behov og samtidig får personalet sværere ved at identificere årsagen til den ændrede adfærd.

Brug af antipsykotika gør det derved sværere at forstå de bagvedliggende årsager til adfærden og derfor også sværere at iværksætte den behandling, pleje og omsorg, der kan genoprette fysisk og psykisk trivsel samt alment velbefindende hos mennesket med demens.

De nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer indeholder fire anbefalinger, som overordnet går på, at mennesker med demens som udgangspunkt ikke bør behandles med antipsykotika, da der er ringe effekt og markant øget risiko for alvorlige bivirkninger og øget dødelighed. Det anbefales i stedet, at omsorgspersonalet arbejder struktureret og målrettet med non-farmakologiske interventioner og god kontakt i relationen med henblik på at opfylde personens fysiske og psykiske behov på baggrund af en systematisk analyse af årsagerne til adfærden.

Anbefalingerne er understøttet af Sundhedsstyrelsens praksisnære erfaringer fra blandt andet Demensrejsehold, puljen for praksisnære kompetenceløft til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens samt øvrige praksisnære lærings- og kompetenceforløb, hvor der er arbejdet systematisk og struktureret med Sundhedsstyrelsens håndbøger i personcentreret omsorg, som har bidraget til at reducere brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens.

Anbefalingerne lyder:

1. Stærk anbefaling: Anvend strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens.
2. Svag anbefaling: Overvej strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens.
3. Stærk anbefaling: Anvend ikke antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, da der er risiko for alvorlige bivirkninger og ingen betydelige gavnlige effekter ved behandling
4. Svag anbefaling: Overvej antipsykotika fremfor benzodiazepiner til kortvarig lindrende behandling i maksimalt fire uger af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, hvis de er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint.

Anvend strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens

Anbefalingen omhandler en samlet gruppe af interventioner som er individuelt tilpasset og med fokus på aktiv deltagelse og fremhæver ikke en specifik type intervention frem for en anden. Det primære fokus for de målrettede og strukturerede interventioner er, at de skal have en aktiv deltagende komponent samt have en personcentreret tilgang, for samtidig at fremme omsorg, nærvær og tryghed. Denne type interventioner kan både foregå i grupper eller individuelt under hensyn til den enkelte persons ressourcer og behov. Interventionerne kan således være specifikke interventioner såsom reminiscensterapi, musikterapi, kognitiv stimulationsterapi, men kan også være aktiviteter med fokus på tryghed og nærvær som f. eks. at sidde sammen og holde i hånd eller hverdagsaktiviteter som mennesket med demens er inddraget i og som er tilpasset individets interesser og evner, f. eks. spil, tøjvask, madlavning, gåture i haven mm. Det anbefales, at de specifikke målrettede og strukturerede interventioner varetages af personale som er uddannet eller oplært og derved har kvalifikationer indenfor den enkelte type intervention. Samtidig skal interventionen tilpasses i forhold til type, hyppighed og mængde ud fra en personcentreret tilgang og menneskets kognitive evner.

Anbefalingen er understøttet af flere af Sundhedsstyrelsens øvrige udgivelser om personcentreret omsorg og erfaringer fra praksis.

Overvej strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens samt adfærdsmæssige og psykiske symptomer

Der er ved udarbejdelse af anbefalingen ikke lagt vægt på en enkelt type intervention, men fokus er mere på interventioner af bagvedliggende og passiv karakter. Strukturerede og målrettede interventioner med fokus på omgivelsesfaktorer kan f. eks. have et fokus på indretningen såsom specifik arkitektonisk indretning af et plejehjem/plejebolig, indstilling af loftsbelysning, tilgang til udendørslys, farver på væggene, hjemlighed med personlige genstande ophængt, indretning af fælleslokaler samt specifikke sanserum, der er tilgængelig til brug efter behov.

Anvend ikke antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, da der er risiko for alvorlige bivirkninger og ingen betydelige gavnlige effekter ved behandling

Denne anbefaling omfatter brugen af antipsykotika ved rutinemæssig behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer bør der i stedet anvendes en personcentreret tilgang med brug af målrettede og strukturerede interventioner. Der bør gennemføres en grundig årsagsanalyse af adfærden hos mennesket med demens, med henblik på at afdække og udelukke reversible årsager til symptomerne såsom infektion, medicinbivirkninger, smerter eller uopfyldte fysiske behov fx søvn, madindtag og udskillelser. Herudover skal der fokuseres på, om personen mødes med en tilgang, der er tilpasset det enkelte menneske, herunder niveauet af sansestimulation samt om de grundlæggende psykologiske behov er opfyldt (tilknytning, inklusion, identitet, trøst og meningsfuld beskæftigelse).

Overvej antipsykotika fremfor benzodiazepiner til kortvarig lindrende behandling i maksimalt fire uger af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, hvis de er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint

Antipsykotika bør ikke bruges som førstevalgsbehandling eller til vanlig behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Der kan dog, i meget få tilfælde, opstå situationer, hvor et menneske med demens oplever svære adfærdsmæssige og/eller psykiske symptomer, hvilket kan lede til voldsomme episoder, hvor der er akut risiko for at personen med demens er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint. I disse situationer, kan der opstå et behov for en hurtig intervention med et lægemiddel. I en sådan situation kan man overveje, kortvarig lindrende behandling med et antipsykotikum i så lav dosis som muligt i op til fire uger. Ved opstart bør der fastsættes en dato for revurdering eller seponering af behandlingen, hvilket bør ligge efter en til to uger. I behandlingsplanen bør der indgå en beskrivelse af hvilken virkning og lindring, der ønskes opnået samt hvilke bivirkninger personalet skal være opmærksomme på under behandlingsperioden. Samtidig skal der i samarbejde med de primære ansvarspersoner, udarbejdes en individuel plan for hvilke strukturerede og målrettede interventioner, der skal afprøves for at skabe en højere grad af trivsel og med henblik på en fremtidig seponering af medicinen. Der er erfaring med, at strukturerede og målrettede interventioner med udgangspunkt i den personentrede tilgang og omsorg kan reducere brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens

3. Personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse

I NKR for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens fra 2019 var der en stærk anbefaling for at anvende systematisk årsagsanalyse samt en stærk anbefaling for at behandling af mennesker med demens bør følge principperne om personcentreret omsorg. Der er i dag stor konsensus om, at disse tilgange er grundlaget for arbejdet med mennesker med demens som udtryk for god pleje og omsorg i praksis for mennesker med demenssygdom. Det er i udarbejdelsen af denne NKA derfor besluttet ikke at udarbejde det som anbefalinger, men at inkludere en personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse som en grundlæggende forudsætning for at arbejde med anbefalingerne. Nedenfor følger en detaljeret beskrivelse af personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse.

Personcentreret tilgang

Ved en personcentreret tilgang til mennesker med demens sættes der fokus på personens ressourcer frem for demenssygdommen. Målet er at skabe størst mulig fysisk og psykologisk velbefindende gennem en god og tillidsfuld relation, hvilket tillige understøtter et godt og tillidsfuldt samarbejde med mennesket med demens og dennes pårørende. Relationsarbejdet er afgørende for at skabe tryghed, tillid og gensidig forståelse mellem medarbejder og mennesket med demens og for at yde den rette omsorg, uanset om det gælder manglende trivsel i forbindelse med fysisk helbred, omgivelsernes tilgang eller psykologiske faktorer. Det grundlæggende i den personcentrerede omsorg er at arbejde bevidst med og reflektere over relationer mellem plejepersonale og mennesket med demens. For at kunne arbejde fagligt bevidst med trivsel for den enkelte, er det en forudsætning, at personalet har et indgående kendskab til mennesket med demens. Tom Kitwoods demensligning kan anvendes som analyse redskab til at arbejde systematisk og fagligt bevidst med udgangspunkt i den enkelte persons levede liv og med mest mulig selvbestemmelse i hverdagen. Det indebærer at få en forståelse af det levede liv som mennesket med demens har haft (livshistorien), herunder forståelse for de værdier og personlige præferencer som har indgået i netop det liv. Analysen skal samtidig tage udgangspunkt i de fysiske sygdomme eller symptomer, kognitive funktionsnedsættelser og medicinsk behandling. Når personalet arbejder systematisk med inddragelse af disse elementer, kan de tilpasse deres tilgang og tiltag, med fokus på hvad der bidrager med mest mulig trivsel for den enkelte [72][81]. En måde at udmønte den personcentrerede tilgang er ved brug af fælles faglig refleksion og systematisk årsagsanalyse med afsæt i blandt andet demensligningen og blomsten [81]. Den systematiske årsagsanalyse, bør tage udgangspunkt i en personcentreret tilgang, hvor fysiske, psykologiske og sociale aspekter ses i et helhedsperspektiv.



Figur 1: Demensligningen/de fem faktorer [82]

Systematisk årsagsanalyse

En demenssygdom viser sig ved svækkede kognitive funktioner, som kan komme til udtryk på forskellig vis. Når de kognitive funktioner svækkes, bliver det blandt andet sværere at mærke og kommunikere egne behov. Mennesker med demens vil ofte udtrykke deres helbredsmæssige og psykologiske trivsel, eller mangel på samme, gennem deres adfærd. Som plejepersonale kan adfærden virke uforståelig, særligt når kendt adfærd hos mennesket med demens ændrer sig.

Når adfærden ændrer sig hos mennesker med demens, er det vigtigt at plejepersonalet får afdækket både helbredsmæssige og socialpsykologiske behov via en systematisk årsagsanalyse af de fem faktorer (biografi, personlighed, helbred, neurologisk svækkelse og socialpsykologi). Ændret adfærd kan præsentere sig på mange måder. Til tider kommer det til udtryk som svær uro, agitation, aggression og voldsomme episoder, hvilket kan være svært at forstå og håndtere for både personale og pårørende. Personale og pårørende kan efterspørge behandling med antipsykotisk medicin ud fra et ønske om at afhjælpe adfærden.

Som personale bør man altid antage, at alt hvad mennesket med en demenssygdom gør, er meningsfuldt ud fra personens perspektiv. Personens adfærd skal betragtes som kommunikation, og det er personalets opgave systematisk at forsøge at forstå og handle på det som personen kommunikerer gennem sin adfærd [63][72].

Det kan opleves som om, at antipsykotika dæmper uroen og dermed adfærden, men årsagen til adfærden, som både kan være på grund af somatisk sygdom eller tegn på mistrivsel, er stadig til stede. Den sløvende effekt af medicinen medfører, at menneskets mulighed for at kommunikere og udtrykke sine behov gennem adfærden tilsvarende bliver nedsat og personalet får sværere ved at identificere årsagen til den ændrede adfærd. Brug af antipsykotika gør det derved sværere at forstå de bagvedliggende årsager til adfærden og derfor også sværere at tilrettelægge den behandling, pleje og omsorg, der kan genoprette helbredsmæssig og psykologisk trivsel samt alment velbefindende hos mennesket med demens.

Det er afgørende for psykologisk trivsel hos mennesker med demens, at der arbejdes systematisk og struktureret med at finde mulige løsninger ud fra en individuelt tilpasset tilgang, hvor der er fokus på at understøtte personens identitet, mening i hverdagen, inklusion i fællesskaber, samt samhørighed og tilknytning til omgivelserne. Dette arbejde kan være udfordrende, og der er brug for støtteredskaber for at komme omkring alle psykologiske behov. Personalet må derfor arbejde systematisk med at indsamle observationer/data og viden og bruge systematiske analysemetoder for at finde mulige årsager til en given adfærd hos mennesker med demens. På baggrund af disse observationer skal nye tiltag iværksættes og effekten af dem skal systematisk evalueres. Observationer, handlinger og evaluering skal dokumenteres systematisk i tilgængelige dokumentationssystemer for at sikre overleveringen til kollegaer. Det medfører, at der løbende evalueres på de igangsatte tiltags virkning på den uforståelige adfærd jf. figur 2. [63][64].

I Demenshåndbogen "Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer" anbefales en systematisk tilgang til arbejdet med adfærdsmæssige og psykiske symptomer [66]. Anbefalingerne bygger på en 4-trins model (se figur 2), som indeholder følgende fire trin:

- **Observation** – hvad ser vi?
- **Analyse** – hvordan forstår vi det, vi ser?
- **Handling** – hvad vil vi afprøve?
- **Evaluering** – hvad er effekten af vores handlinger?



Figur 2: 4-trins modellen

Som en del af en systematisk og helhedsorienteret årsagsanalyse skal man stille sig selv følgende spørgsmål når der observeres en ændret adfærd:

- Er personens basale fysiske behov dækket? Får personen søvn og hvile nok, væske nok, spiser de godt nok, er der gang i maven, motion og frisk luft nok?
- Kan personen have infektioner, anden sygdom eller muligvis smerter? Herudover er det vigtigt at have fokus på muligt delirium
- Kan der være bivirkninger ved personens medicin, eller får vedkommende medicin, som ikke længere tåles?
- Er forhold i plejemiljøet tilpasset personen f. eks. lyd-, lys- og rumforhold? Og er der taget højde for deres generelle sansebehov tilpasset mulige sansetab

- Er forhold i medarbejderens tilgang, møde, relation og kommunikation og forventninger tilpasset personen?
- Er personens psykologiske behov dækket? Oplever personen tilknytning, trøst, inklusion, identitet og meningsfuld beskæftigelse?

Fælles faglig refleksion for at fremme fælles beslutningstagning

Der findes flere forskellige metoder til at arbejde systematisk med at skabe trivsel hos mennesker med demens og styrke den faglige refleksion. De tager alle udgangspunkt i en fælles tværfaglig refleksion og beslutningstagning, hvor mennesket med demens og dennes pårørende inddrages. Den fælles faglige refleksion medvirker til at få fokus på præferencer hos mennesket med demens, da mennesket med demens aktivt bør inddrages i det omfang, det er muligt. Samtidig sikres det, at så mange relevante perspektiver fra forskellige faggrupper som muligt bliver inkluderet. Det er herudover en måde at skabe rammer for, at selvbestemmelsen og samtykke hos mennesket med demens respekteres i forhold til valg af behandling, pleje og omsorg.

Et eksempel på en metode til at arbejde systematisk med adfærdsforstyrrelser, f. eks. for personale på plejehjem er beskrevet i demenshåndbogen "beboerkonference i praksis". Her beskrives, hvordan man kan lave en struktureret og systematisk borbergennemgang med udgangspunkt i personcentreret omsorg og fælles faglig refleksion. Beboerkonferencen kan som metode åbne for nye mulige handlemuligheder i fastlåste situationer og understøtter en opmærksomhed over for et pleje- og omsorgsfagligt perspektiv i arbejdet med mennesket med demens [69]. Der findes talrige andre metoder som kan bruges til at skabe systematik og give fælles faglig refleksion.

Der kan findes yderligere information i:

- Demenshåndbogen "Personcentreret omsorg i praksis" [65]
- Demenshåndbogen "Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer i praksis" [66]

4. Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens?

Baggrund for valg af spørgsmål

'Non-farmakologiske tiltag' har tidligere været brugt som en betegnelse for alle de interventioner, som ikke er medicinske, der både kan forebygge og behandle BPSD. Vi anvender i stedet betegnelsen 'strukturerede og målrettede interventioner'. Der er stor variation i praksis i forhold til, hvilke interventioner der tilbydes, ligesom der er tvivl i de faglige miljøer om, hvilke interventioner, der er effektive, og om der er forskel i effekt. Tidligere vejledninger og anbefalinger har fokuseret på udvalgte og specifikke strukturerede og målrettede interventioner som f. eks. reminiscensterapi eller musikterapi. Det er dog uafklaret, om det skal være de specifikke interventioner, eller om det er muligt at undersøge effekten af en komponent de alle har til fælles.

Arbejdsgruppen har ønsket at undersøge effekten af strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse. Fokus er altså ikke på specifikke interventioner, men på helheden af interventioner der tager udgangspunkt i aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse.

Anbefalingen er formuleret på baggrund af en systematisk gennemgang af litteraturen på baggrund af GRADE-metoden. Arbejdsgruppen er forelagt evidensprofilen, nøgleinformationer er gennemgået og der er herefter lavet en konsensusbeslutning om hvordan anbefalingen er formuleret. En detaljeret beskrivelse af metoden findes i kapitel 11.

For at understøtte anbefalingerne om brug af antipsykotika, er der lavet en kvalitativ evidensgennemgang på sundhedspersoners oplevelser og erfaringer med antipsykotisk medicin. En del af de fund, understøtter det vi har fundet i evidensgennemgangen for spørgsmålet om strukturerede og målrettede interventioner. Derfor er den kvalitative evidens fremhævet her også.

Stærk anbefaling

Anvend strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens.

Det primære fokus for de målrettede og strukturerede interventioner som anbefalingen omhandler er, at interventionen skal have en aktivt deltagende komponent samt have en personcentreret tilgang, for samtidig at fremme omsorg, nærvær og tryghed. Denne type interventioner kan både foregå i grupper eller individuelt under hensyn til den enkelte persons ressourcer og behov. Interventionerne kan således være specifikke interventioner såsom reminiscensterapi, musikterapi, kognitiv stimulationsterapi, men kan også være aktiviteter med fokus på tryghed og nærvær som f.eks. at sidde sammen og holde i hånd eller hverdagsaktiviteter, som mennesket med demens er inddraget i og som er tilpasset individets interesser og evner, fx spil, tøjvask, madlavning, gåture i haven mm.

Det er vigtigt, at interventionerne integreres som en del af hverdagen på lige fod med andre opgaver som varetages, samt at der kommer en struktur for hvordan, og hvornår interventionen udføres sammen med mennesket med demens. Dette gøres for at fremme den strukturerede og målrettede tilgang, som er vigtig i arbejdet med mennesker med demens. Denne anbefaling omhandler derfor en samlet gruppe af interventioner, som har fokus på aktiv deltagelse og individet, og fremhæver ikke en specifik type intervention frem for en anden.

Det er arbejdsgruppens anbefaling, på baggrund af klinisk erfaring, samt understøttet af den kvalitative evidens, at de specifikke målrettede og strukturerede interventioner varetages af personale som er uddannet eller oplært og derved har kvalifikationer indenfor den enkelte type intervention. Samtidig skal interventionen tilpasses i forhold til type, hyppighed og mængde ud fra en personcentreret tilgang og menneskets kognitive evner. Dette inkluderer også et hensyn til sværhedsgraden af demens hos den enkelte, hvor interventionen tilpasses alt efter, om der er tale om forebyggelse eller behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Både for mere aktiv deltagelse og specifikke interventioner samt hverdagsaktiviteter, er der behov for både omsorg, nærvær og tryghed i aktiviteten så relationsdannelse kommer i fokus. Den kvalitative evidens fremhæver at nedbringelse af forbruget af antipsykotika fremmes gennem en personcentreret tilgang med fokus på forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, og ved at ledelsen støtter tværfagligt samarbejde og personalets kompetenceudvikling.

For at sikre, at anbefalingen fokuserer på "aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse" er det på forhånd besluttet, at den ikke omfatter interventioner som f.eks. at lave en spilleliste af musik som mennesket med demens lytter til alene, eller at udlevere et træningsprogram med hjemmetræningsøvelser, der skal udføres individuelt. Interventioner hvor mennesker med demens skal lave hukommelsesopgaver eller bruge hjælperedskaber til at huske ting, hører heller ikke til under denne anbefaling.

Praktiske oplysninger

Interventioner kan inddeles i:

- Interventioner der gennem fælles underholdning og som involverer mange, men er ikke for alle.
- Interventioner med stimulation ud fra faglige strukturer, som er for de fleste, men ikke for alle.
- Terapeutiske interventioner varetages af fagligt specialuddannet personale og er tilpasset det enkelte individ

Interventioner kan både foregå i grupper eller individuelt under hensynstagen til den enkelte persons ressourcer og dennes behov. Interventionerne kan f.eks. være:

- Specifikke terapiformer såsom reminiscensterapi, musikterapi, kognitiv stimulationsterapi,
- Aktiviteter med fokus på tryghed og nærvær som f.eks. at sidde sammen og holde i hånd eller
- Hverdagsaktiviteter, som mennesket med demens er inddraget i og som er tilpasset individets interesser og evner, fx som spil, tøjvask, madlavning, gåture i haven mm.

Læs mere om hvordan en personcentreret tilgang kan se ud i praksis og hvordan man kan tage afsæt i den enkeltes ressourcer og understøtte meningsfuld beskæftigelse i demenshåndbogen "Personcentreret omsorg i praksis" [65].

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Strukturerede og målrettede interventioner reducerer muligvis *agitation* hos mennesker med demens. For *adfærdændringer* har strukturerede og målrettede interventioner muligvis ingen eller en ubetydelig effekt. Strukturerede og målrettede interventioner kan sandsynligvis reducere medarbejderbyrden for medarbejdere på plejehjem, men kun muligvis for pårørende/medarbejdere udenfor plejehjem. For de vigtige outcomes *kognition*, *livskvalitet*, *depressive symptomer* og *funktionsniveau* reducerer strukturerede og målrettede interventioner muligvis depressive symptomer samt forbedrer kognition, livskvalitet og funktionsniveau. Det er dog usikkert, om der er en klinisk relevant effekt. Strukturerede og målrettede interventioner er muligvis ikke forbundet med skadevirkninger.

Kvaliteten af evidensen

Lav

Kvaliteten af evidensen er samlet set lav, da der er lav tiltro til evidensen for de kritiske outcomes.

Tiltroen til evidensen for det kritiske outcome *agitation* er lav på grund af alvorlig risiko for bias og på grund af upræcist effektestimater. Tiltroen til evidensen for det kritiske outcome *adfærdændringer* er lav på grund af alvorlig risiko for bias og på grund af inkonsistente resultater.

For det vigtige outcome *medarbejde/pårørendebyrde* er tiltroen til evidensen moderat grundet risiko for bias. Tiltroen til evidensen for de vigtige outcome *kognition*, *livskvalitet*, *depressive symptomer* og *funktionsniveau* er lav på grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimater.

Patientpræferencer

Ingen betydelig variation forventet

Interventionerne er strukturerede og målrettede og tager udgangspunkt i menneskets individuelle behov og præferencer herunder tidligere interesser. Arbejdsgruppen forventer derfor, at der ikke vil være forskel i patientpræferencer. Både mennesker med demens og pårørende vil medvirke til interventionerne, men den daglige motivation kan variere hos mennesket med demens på grund af generelle demenssymptomer. Brugerpanelet lægger desuden vægt på, at både borgere og pårørende vil ønske interventionerne, når de bliver en integreret del af hverdagen.

Grundet stor variation i de tilgængelige interventioner, kan der muligvis være forskel på præferencer hos de fagprofessionelle, hvilket kan indvirke på patientpræferencer specielt for mennesker, der bor på plejehjem.

Ressourcer

Væsentlige problemer

Implementeringen af interventionen kan i en overgangsperiode medføre et øget ressourceforbrug, da det kan være nødvendigt med kompetenceudvikling eller oplæring af personalet. Derudover kan det kræve ekstra tid i starten at integrere interventionen i hverdagen og prioritere de nye tiltag.

Arbejdsgruppen vurderer dog, at ressourceforbruget på længere sigt vil balanceres eller reduceres. Effekten af interventionen kan mindske kravene til ressourcer på flere måder, f.eks. gennem reduktion af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Dette kan opnås ved at styrke personalets faglige kompetencer, hvilket mindsker oplevelsen af

magtesløshed og øger handlekompetencen. Det er afgørende, at kompetenceudviklingen fokuserer på det faste personale, da det kan fremme trivsel og fastholdelse. Når personalet oplever, at deres tid bruges på meningsfulde aktiviteter, øges deres evne til at håndtere vanskelige situationer. Dette kan potentielt reducere uro om natten, vold og trusler samt sygefravær. Resultatet kan blandt andet være et mindre behov for fast vagt, især om natten.

Brugerpanelet understreger, at interventionen på sigt kan blive ressourceneutral eller mindre ressourcekrævende, hvis den integreres struktureret i hverdagen, for eksempel ved at anvende et "katalog" over mulige tiltag. En sådan tilgang kan hjælpe personalet med at skabe hensigtsmæssige dagligdagsaktiviteter for mennesker med demens og derved reducere u hensigtsmæssig adfærd. For at dette kan lykkes, er det vigtigt, at personalet har tilstrækkelig viden om de tilgængelige interventioner.

Interventionen kan også medføre øget ressourceforbrug, såfremt ekstern ekspertise indhentes til at varetage interventionen. Dette kan dog medføre, at det faste personale får frigjort tid til at varetage andre opgaver og derved også udligne sig på sigt.

Lighed i sundhed

Væsentlige problemer

Umiddelbart vil interventionen ikke medføre øget ulighed i sundhed. Arbejdsgruppen og brugerpanelet påpeger dog, at der ofte er stor variation i mulighed for pårørendeinddragelse, både på plejehjem, men særligt for interventioner som foregår udenfor plejehjem. Der kan være stor forskel på de pårørendes ressourcer til at medvirke i interventionerne, hvilket kan medføre en øget ulighed.

Accept

Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

Interventionen vurderes at være acceptabel for både mennesker med demens, deres pårørende og personale. Da interventionen kan implementeres på forskellige måder, kan accepten dog variere afhængigt af individuelle præferencer. Dette omfatter også omfanget og hyppigheden af interventionen, da personens evne til at deltage kan variere betydeligt fra individ til individ.

Både arbejdsgruppen og brugerpanelet antager, at interventionerne vil blive anset som acceptable, da de tilpasses den enkelte. Brugerpanelet understreger samtidig betydningen af, at de interventioner, der kan integreres struktureret i hverdagen, opnår høj accept. Dette sikrer meningsfulde aktiviteter, som kan indgå i dagligdagen på en naturlig og værdig måde.

Gennemførlighed

Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen er generelt enige om, at grundprincipperne for personcentreret omsorg til mennesker med demens kan implementeres i praksis. De fremhæver samtidig, at det er muligt at arbejde struktureret og målrettet med interventioner, der fokuserer på aktivitet, deltagelse og interpersonelle relationer som overordnet ramme. Brugerpanelet deler denne opfattelse, men påpeger, at en udfordring kan være at få interventionerne anerkendt, som en ligeværdig prioritet i hverdagen på linje med eksempelvis medicingivning og personlig hygiejne. Uden denne prioritering bliver det vanskeligere at gennemføre interventionerne systematisk og struktureret.

Begge grupper understreger, at en yderligere udfordring kan opstå, hvis der er behov for at løfte kompetencerne hos flere medarbejdere. Dette kan kræve omstrukturering og ændringer i hverdagens prioriteringer, som igen vil stille krav om organisatoriske tilpasninger med fokus på arbejdskultur, ledelse og holdningsændringer.

Arbejdsgruppen fremhæver desuden behovet for at sikre de rette kompetencer hos personalet og anerkende individuelle præferencer i forhold til interventionerne. Der lægges vægt på at flytte fokus væk fra tjeklister og i stedet tilpasse interventionerne til den enkelte, så de bliver meningsfulde og relevante.

Arbejdsgruppen og brugerpanelets vurderinger er i tråd med Sundhedsstyrelsens øvrige erfaringer fra f.eks. demensrejseholdene, der viser, at selvom det kan være vanskeligt, er det muligt at implementere en mere personcentreret tilgang i mødet med personer med demens, og at dette kan gøres gennem flere forskellige tiltag [83][84].

Rationale

Anbefalingen er formuleret med vægt på, at interventionen har vist en potentiel effekt på flere parametre samt en klinisk relevant reduktion af medarbejdernes arbejdsbyrde blandt plejepersonale på plejehjem. For *adfærd ændringer* ses muligvis ingen eller en ubetydelig effekt. Det er dog værd at bemærke, at dette outcome ofte er afrapporteret som en samlet score for flere symptomer, og det kan derfor generelt være vanskeligt at påvise en

effekt, da symptomerne omhandler alt fra hallucinationer til appetitændringer. Derved kan der være sket en forbedring på nogle parametre og en forværring på andre, så det samlede outcome er ingen ændring. Der er samtidig lagt vægt på, at anbefalingen bygger på data fra en betydelig mængde studier, hvor stort set alle indikerer en mulig effekt.

Samlet set er der lav tiltro til resultaterne. For alle outcome blev der nedgraderet for risiko for bias, hvilket også er at forvente ved denne type interventioner, hvor det ikke er muligt at blinde forsøgsdeltagere eller personale for, om de modtager interventionen eller ej.

Der er både i arbejdsgruppen og i brugerpanelet enighed om, at årsagsanalyse og personcentreret tilgang er grundlæggende for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens.

Samtidig er der enighed om, at strukturerede og målrettede interventioner altid er førstevalg og altid skal afprøves forud for evt. medicinsk intervention. Den kvalitative evidens fremhæver, at nedbringelse af forbruget af antipsykotika fremmes gennem personcentreret tilgang med fokus på forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens og ved at ledelsen støtter tværfagligt samarbejde og personalets kompetenceudvikling.

Interventionernes fokus ligger på det interpersonelle arbejde, hvor individet er i centrum, og hvor aktivitet og deltagelse tilpasses det enkelte menneske med demens. Interventioner, der fremmer aktivitet, deltagelse og interpersonelle relationer, kan derfor gennemføres på forskellige måder, hvor der tages hensyn til sværhedsgraden af demens og hvor nærvær, omsorg og tryk er en del af fokus. Afhængig af sværhedsgraden og fokus, kan interventionerne både forebygge og behandle BPSD. Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer dog, at det er muligt at implementere interventionerne, så de understøtter grundprincipperne om individualisering og involvering af mennesket med demens. Der fremhæves ikke én specifik type intervention over en anden, da det essentielle i anbefalingen er, at interventionen fokuserer på relationsdannelse og individualisering.

Samtidig fremhæves det, at interventionen vil være acceptabel af både mennesker med demens, deres pårørende og sundhedspersoner, og at der umiddelbart ikke er nogle skadevirkninger ved interventionen.

På denne baggrund har arbejdsgruppen valgt at formulere en stærk anbefaling trods samlet set lav kvalitet af evidens på nuværende tidspunkt.

Anbefalingen er understøttet af flere af Sundhedsstyrelsens øvrige udgivelser om personcentreret omsorg [62] og erfaringer fra praksis [83][84].

Fokuseret spørgsmål

Population: Personer med alle typer og sværhedsgrader af demens

Intervention: Målrettede og strukturerede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse

Sammenligning: Vanlig behandling

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er fire systematiske oversigtsartikler [4][36][41][42], hvorfra der blev brugt 20 randomiserede forsøg [3][6][9][11][17][18][20][22][27][31][32][34][43][44][46][49][50][52][55][56] og to cluster randomiserede forsøg [8][10].

Der blev identificeret yderligere 26 randomiserede

forsøg [1][2][7][12][14][15][16][19][21][23][24][25][26][28][30][33][35][37][38][39][40][45][47][48][51][54][57] og tre cluster randomiserede forsøg [5][13][29] på baggrund af den opdaterede litteratursøgning fra 2020 og frem, som tog udgangspunkt i søgningen fra en systematisk oversigtsartikel [36]. Evidensgrundlaget er således total 46 randomiserede forsøg og fem cluster randomiserede forsøg.

Gennemgang af evidens

Populationen i de inkluderede studier bestod af alle typer af demens samt alle sværhedsgrader af demens. Ti studier inkluderede udelukkende personer med Alzheimers demens [6][7][23][25][33][35][38][48][50][56], ét studie inkluderede udelukkende personer med frontotemporal demens [44], og et studie inkluderede udelukkende personer med tidlig indsættende demens [5]. Resten af studierne inkluderede en blanding af de forskellige demenstyper.

Seks studier inkluderede udelukkende personer med mild demens [21][24][25][31][39][40][54], og otte studier inkluderede udelukkende personer med moderat til svær [19][22][45][49][55] eller svær demens [13][29][50]. De resterende studier omhandlede populationer med mild til moderat eller mild til svær demens.

I 17 studier var populationen udelukkende plejehjemsbeboere [3][8][10][11][13][14][15][19][22][27][29][32][34][49][50][52][55] og i fire studier inkluderede de både plejehjemsbeboere og hjemmeboende [2][9][24][32]. De øvrige studier omhandlede hjemmeboende personer. 26 studier inkluderede under 100 personer [1][3][5][7][11][13][14][15][18][22][23][25][31][33][35][37][38][43][44][45][47][48][49][50][51][52].

Interventionerne bestod af flere forskellige typer af interventioner, der alle havde aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse som omdrejningspunkt. Interventionerne kan opdeles i følgende kategorier: Målrettet træning og ADL-funktioner [1][7][14][32][46], kognitiv stimulationsterapi evt. i kombination med andre fokusområder [2][15][23][26][28][35][37][47][51][54], ergoterapeut-interventioner i hjemmet [6][12][16][17][18][20][30][32][43][44][45][48][56][57], kognitions-interventioner inkl. reminiscens i kombination med f.eks. fysisk træning, ADL-funktion mm. [3][11][23][24][29][33][38][52][53], sensorisk stimulation inkl. dans og musik [19][21][22][34][49][50], samt blandede, meningsfulde aktiviteter med fokus på deltagelse [5][8][9][10][13][27][39][40][55]. De fleste interventioner varede fra en til fire måneder og blev givet en til to gange om ugen.

Resultater for de kritiske outcomes

Elleve studier rapporterede på det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd*, herunder otte RCT [11][27][34][44][45][49][50][52] og tre cluster RCT [8][10][13]. Ni af studierne foregik på plejehjem [8][10][11][13][27][34][49][50][52]. Metaanalysen viste, at strukturerede og målrettede interventioner reducerer agitation i nogen grad sammenlignet med vanlig behandling (SMD 0,41 lavere, 95% CI 0,68 lavere til 0,14 lavere). Effekten svarer til en reduktion på 4,2 point (range: 29-203, 95% CI: 6,98; 1,44) på CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) [58] i interventionsgruppen, hvilket er lige under den mindste klinisk relevante effekt på 5 point. Den øvre konfidensgrænse kan ikke udelukke en klinisk relevant forskel i effekt til fordel for interventionen. Estimatet er omregnet fra SD fra final mean fra kontrolgruppen fra Lin 2010 (SD: 10,47) [34]. Der var ingen subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ($p=0,10$).

Treogtve studier rapporterede data for det kritiske outcome *adfærdsændringer (BPSD)*, heraf 21 RCT [2][6][9][11][12][13][17][18][21][25][28][31][32][33][43][44][46][47][48][51][54] og to cluster RCT [5][29]. Tre studier foregik på plejehjem [11][13][29]. Metaanalysen viste, at strukturerede og målrettede interventioner sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt har på adfærdsændringer og reducerer derfor muligvis ikke adfærdsændringer i betydelig grad sammenlignet med vanlig behandling (SMD på 0,19 lavere, 95% CI 0,31 lavere til 0,07 lavere). Effekten svarer til en reduktion på 1,97 point på NPI (range: 0-144, 95% CI: 3,2, 0,7) og er ikke klinisk relevant (mindste klinisk relevante effekt er 8-10 point på NPI). Estimatet er omregnet fra SD fra kontrolgruppen i studiet af Rai 2021 (SD 10,38) [47]. Der var ingen subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ($p=0,42$).

Tiltroen til evidensen for begge kritiske outcome er lav, da der blev nedgraderet for alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effekttestimat (brede konfidensintervaller).

Resultater for de vigtige outcomes

Fireogtve studier rapporterede data for det vigtige outcome *medarbejde/pårørende byrde*, heraf 22 RCT [11][12][15][16][17][18][25][28][30][31][33][38][39][40][43][44][45][47][48][50][51][54][56] og to cluster RCT [5][13]. Fire studier foregik på plejehjem [11][13][15][50]. Metaanalysen viste, at strukturerede og målrettede interventioner muligvis reducerer medarbejde/pårørende byrde i nogen grad sammenlignet med vanlig behandling (SMD på 0,3 lavere, 95% CI 0,46 lavere til 0,14 lavere). Tiltroen til evidensen er lav, da der blev nedgraderet for alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effekttestimat. Der var en signifikant subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ($p=0,002$). Analysen på studier der foregik på plejehjem, viste at målrettede og strukturerede interventioner sandsynligvis reducerer medarbejderbyrden i væsentlig grad (SMD på 0,95 lavere, 95% CI 1,4 lavere til 0,5 lavere). Tiltroen til evidensen for subgruppen, *på plejehjem*, er samlet set moderat, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias. For studier, der foregik i eget hjem, var SMD 0,21 lavere (95% CI: 0,36 lavere til 0,06 lavere).

Atten studier rapporterede data for det vigtige outcome *kognition*. Alle var RCT-studier [1][2][15][23][24][25][28][31][32][33][35][37][38][47][48][51][52][53][57]. Firestudier foregik på plejehjem [15][23][24][52][53]. Metaanalysen viste en SMD på 0,34 lavere (95% CI 0,56 lavere til 0,11 lavere). Der var ingen subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ($p=0,57$).

Sekstogtve studier rapporterede data for det vigtige outcome *livskvalitet (QoL)*, herunder 22 RCT [2][14][15][18][24][26][28][30][32][35][39][40][43][44][46][47][49][51][52][54][56][57] og fire cluster RCT [3][5][13][29]. Ottestudier foregik på plejehjem [3][13][14][15][24][29][49][52]. Metaanalysen viste en SMD på 0,31 lavere (95% CI 0,47 lavere til 0,15 lavere). Der var en signifikant subgruppeforskel mellem studierne ($p=0,047$). Analysen på studier der foregik i borgernes eget hjem viser at, strukturerede og målrettede interventioner muligvis øger livskvaliteten i nogen grad (SMD på 0,41, 95% CI: -0,62 til -0,20). For studier, der foregik på plejehjem var SMD 0,09 lavere (95% CI 0,29 lavere til 0,12 højere).

Syvogtve studier rapporterede data for det vigtige outcome *depressive symptomer*, herunder 26 RCT [2][3][8][11][18][19][21][22][23][24][25][31][32][33][37][38][39][40][45][46][47][51][52][54][55][56][57] og 1 cluster RCT [10]. Ni studier foregik på plejehjem [3][8][10][11][19][22][23][24][52]. Metaanalysen viste en SMD på 0,25 lavere (95% CI 0,38 lavere til 0,12 lavere). Der var ingen subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ($p=0,10$).

Treogtve studier rapporterede data for det vigtige outcome *funktionsniveau (ADL)*, herunder 21 RCT [6][7][11][12][14][16][17][20][21][23][25][32][33][37][38][39][40][44][47][48][56][57] og to cluster RCT [5][29]. Firestudier foregik på plejehjem [11][14][23][29]. Metaanalysen viste en SMD på 0,25 lavere (95% CI 0,42 lavere til 0,08 lavere). Der var ingen subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ($p=0,36$).

Strukturerede og målrettede interventioner reducerer muligvis depressive symptomer i nogen grad, forbedrer muligvis kognition og ADL i nogen grad samt øger muligvis livskvaliteten i nogen grad sammenlignet med vanlig behandling. Tiltroen til evidensen for de fire vigtige outcome er lav, da der for alle blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effekttestimat (brede konfidensintervaller).

Elleve studier rapporterede data for det vigtige outcome *uønskede hændelser*, herunder ni RCT [14][15][24][27][38][47][49][51][56] og to cluster RCT [10][13]. Strukturerede og målrettede intervention medfører muligvis ikke betydelige forskelle i antallet af personer med uønskede hændelser. Den relative risiko blev beregnet til 3,66 (95 % CI 0,42 - 32,06), hvilket svarer til 3 flere uønskede hændelser per 1.000 (CI 95% 16 færre til 22 flere). Tiltroen til evidensen er lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effekttestimat (brede konfidensintervaller).

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Vanlig behandling	Intervention Målrettede og strukturerede interventioner	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Uønskede hændelser (AE) 6 Vigtig	Relative risiko 3.66 (CI 95% 0.42 — 32.06) Baseret på data fra 648 patienter i 11 studier. ¹	0 per 1.000 Forskel:	9 per 1.000 3 flere per 1.000 (CI 95% 16 færre — 22 flere)	Lav På grund af meget alvorlig upræcist effektestimater ²	Målrettede og strukturerede interventioner medfører muligvis ikke betydelige forskelle i antallet af personer med uønskede hændelser
Agitation/udadreagerende adfærd 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning 9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra 519 patienter i 11 studier. ³	Forskel:	SMD 0.41 lavere (CI 95% 0.68 lavere — 0.14 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimater ⁴	Målrettede og strukturerede interventioner reducerer muligvis agitation i nogen grad. Forskellen svarer til en reduktion på 4.2 point på CMAI (range: 29-203) (95% CI: 6.98, 1.44). MCID: -5 point. Beregnet ud fra SD (10.27) fra kontrolgruppen i studiet af Lin 2010 (største studie)
Adfærdssændringer (BPSDR) ⁵ 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning 9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra 2,177 patienter i 23 studier. ⁶	Forskel:	SMD 0.19 lavere (CI 95% 0.31 lavere — 0.07 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater ⁷	Målrettede og strukturerede interventioner reducerer muligvis ikke adfærdssændringer i betydelig grad. Forskellen svarer til en reduktion på 1.97 point på NPI (range: 0-144) (95% CI: 3,2, 0.7). MCID: 8-10 point. Beregnet ud fra SD fra kontrolgruppen i studiet af Rai 2021 (SD 10.38)
Pårørende/medarbejderbyrde ⁸ 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning 6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 2,189 patienter i 24 studier. ⁹	Forskel:	SMD 0.3 lavere (CI 95% 0.46 lavere — 0.14 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimater ¹⁰	Målrettede og strukturerede interventioner reducerer muligvis pårørende medarbejderbyrde i nogen grad.
Medarbejderbyrde, plejehjem ¹¹ 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning 6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 128 patienter i 4 studier. ¹²	Forskel:	SMD 0.95 lavere (CI 95% 1.4 lavere — 0.5 lavere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias ¹³	Målrettede og strukturerede interventioner reducerer sandsynligvis medarbejderbyrde for medarbejder på plejehjem i væsentlig grad.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Vanlig behandling	Intervention Målrettede og strukturerede interventioner	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Kognition ¹⁴ 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning 6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 1,461 patienter i 18 studier. ¹⁵	Forskel:	SMD 0.34 lavere (CI 95% 0.56 lavere — 0.11 lavere)	Lav På grund af alvorlig upræcist effektestimater, På grund af alvorlig risiko for bias ¹⁶	Målrettede og strukturerede interventioner forbedrer muligvis kognition i nogen grad.
Livskvalitet (QoL) ¹⁷ 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning 6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 2,477 patienter i 25 studier. ¹⁸	Forskel:	SMD 0.3 lavere (CI 95% 0.46 lavere — 0.13 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimater ¹⁹	Målrettede og strukturerede interventioner øger muligvis livskvalitet i nogen grad.
Depressive symptomer 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning 6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 2,719 patienter i 27 studier. ²⁰	Forskel:	SMD 0.25 lavere (CI 95% 0.38 lavere — 0.12 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimater ²¹	Målrettede og strukturerede interventioner reducerer muligvis depressive symptomer i nogen grad.
Funktionsniveau (ADL) ²² 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning 6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 2,551 patienter i 23 studier. ²³	Forskel:	SMD 0.25 lavere (CI 95% 0.42 lavere — 0.08 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimater ²⁴	Målrettede og strukturerede interventioner forbedrer muligvis ADL i nogen grad.

1. med inkluderede studier: [14], [10], [15], [24], [13], [38], [27], [49], [47], [56], [51].

2. **Upræcist effektestimater: meget alvorligt.** Wide confidence intervals, few events.

3. med inkluderede studier: Dechamps 2010, Cohen Mansfield 2012, Cohen Mansfield 2007, Froggatt 2020, Tanaka 2017, Sakamoto 2013, Ridder 2013, Oliveira 2021, OConnor 2019, Lin 2011, Kolanowski 2011.

4. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I²: 55 %. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upræcist effektestimater: alvorligt.** Wide confidence intervals.

6. Lam 2010a, Kratzer 2022, Kor 2023, Jurez Cedillo 2020, Ho 2020, Gitlin 2018, Froggatt 2020, Fortinsky 2020, Dechamps 2010, Callahan 2017, Bielderman 2023, Alvares Pereira 2021, Cohen Mansfield 2006, Gitlin 2008, Tonga 2021, Silva 2021, Rhodus 2023, Rai 2021, Prick 2016, OConnor 2019, Novelli 2018, Li 2020, Lam 2010b.

7. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** The direction of the effect is not consistent between the included studies.

9. med inkluderede studier: Voigt Radloff 2011, Tonga 2021, Silva 2021, Sakamoto 2013, Rhodus 2023, Rai 2021, Oliveira 2021, OConnor 2019, Novelli 2018, Mountain 2022, Menengi 2022, Li 2020, Lam 2010b, Lai 2020, Kor 2023, Jurez Cedillo 2020, Gitlin 2018, Gitlin 2008, Gibbor 2021, Fortinsky 2020, Dechamps 2010, Bielderman 2023, Froggatt 2020, Gitlin 2021.

10. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The

magnitude of statistical heterogeneity was high, with I^2 : 66 %. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upræcist effektestimater: alvorligt.** Wide confidence intervals. 12. [50], [15], [13], [11].

13. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome.

15. Kor 2023, Justo Henriques 2021, Jurez Cedillo 2020, Gibbor 2021, Alvares Pereira 2021, Almeida 2021, Jung 2023, Lam 2010a, Wenborn 2021, Tanaka 2017, Silva 2021, Rhodus 2023, Rai 2021, Menengi 2022, Marinho 2021, Lok 2020, Li 2020, Lam 2010b.

16. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I^2 : 68 %. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upræcist effektestimater: alvorligt.** Wide confidence intervals.

18. Prick 2016, Novelli 2018, Lok 2020, Lai 2020, Kor 2023, Gitlin 2008, Gebhard 2022, Bailey 2017, Froggatt 2020, Voigt Radloff 2011, Silva 2021, Rai 2021, OConnor 2019, Mountain 2022, Lam 2010b, Kratzer 2022, Kallio 2021, Gibbor 2021, Bielderman 2023, Alvares Pereira 2021, Justo Henriques 2021, Wenborn 2021, Tonga 2021, Tanaka 2017, Ridder 2013.

19. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I^2 : 70 %. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upræcist effektestimater: alvorligt.** Wide confidence intervals.

20. [11], [3], [31], [24], [22], [19], [45], [39], [37], [32], [57], [55], [52], [47], [8], [2], [25], [23], [21], [18], [46], [40], [38], [33], [56], [54], [51].

21. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I^2 : 61 %. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upræcist effektestimater: alvorligt.** Wide confidence intervals.

23. [20], [17], [16], [14], [12], [11], [7], [6], [38], [37], [33], [32], [29], [25], [23], [21], [57], [56], [48], [47], [44], [39], [5].

24. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I^2 : 73%. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upræcist effektestimater: alvorligt.** Wide confidence intervals.

5. Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens?

Baggrund for valg af spørgsmål

Tidligere vejledninger og anbefalinger har ikke haft fokus på specifikke omgivelsesfaktorer, og der er i praksis tvivl om hvordan man bedst strukturerer disse interventioner for at behandle og forebygge BPSD hos mennesker med demens. Samtidig er der stor variation i praksis i forhold til hvilke interventioner der tilbydes, da det både kan dække over indretningen såsom specifik arkitektonisk indretning af et plejehjem, indstilling af loftsbelysning, tilgang til udendørslys, farver på væggene, personlige genstande, indretning af fælleslokaler, samt specifikke sanserum der er åbent til brug efter behov. Det kan også være tilgængelighed til udendørsareal, passive huskeredskaber mm. I de faglige miljøer hersker der tvivl om hvilke interventioner, der er effektive, og om der er forskel i effekt. Arbejdsgruppen ønskede derfor at undersøge effekten af strukturerede og målrettede interventioner med fokus på de fysiske omgivelsesfaktorer, så det er muligt at belyse om alle interventioner er hensigtsmæssige, og om der eventuelt er forskel i effekt mellem interventionerne.

Anbefalingen er formuleret på baggrund af en systematisk søgning af oversigtsartikler på området. Anbefalingen er lavet på baggrund af den inkluderede oversigtsartikel. Evidensen er beskrevet narrativt og opsummerer resultaterne fra oversigtsartiklen med udgangspunkt i interventionerne og de kritiske outcome, *agitation* og *adfærdændringer*. En detaljeret beskrivelse af metoden findes i kapitel 11.

Svag anbefaling

Overvej strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens.

Det primære fokus for de strukturerede og målrettede interventioner som anbefalingen omhandler er, at interventionen er af bagvedliggende og passiv karakter og foregår i omgivelser omkring personen med demens. Denne type intervention kan både foregå på plejehjem, på hospital og i egen bolig. Strukturerede og målrettede interventioner med fokus på omgivelsesfaktorer kan fx have fokus på indretningen såsom specifik arkitektonisk indretning af et plejehjem/plejebolig, indstilling af loftsbelysning, tilgang til udendørslys, farver på væggene, hjemlighed med personlige genstande, indretning af fælleslokaler samt specifikke sanserum der er tilgængelige til brug efter behov. Det kan også være tilgængelighed til udendørsareal, specifikke haver, passive huskeredskaber mm. Der er ved udarbejdelse af anbefalingen ikke lagt vægt på en enkelt type intervention.

Anbefalingen er primært henvendt til plejehjem og sygehus og ikke de personer, som bor hjemme. På plejehjem og sygehus er de fysiske rammer på mange måder allerede definerede, og man må så prøve at få skabt det optimale under de givne forudsætninger.

Anbefalingen er baseret på en systematisk oversigtsartikel af høj kvalitet, der havde inkluderet få randomiserede, kontrollerede studiedesign samt flere ikke-randomiserede studiedesign.

Baseret på klinisk erfaring samt den tilgængelige evidens, er det arbejdsgruppens anbefaling, at der bør tages hensyn til omgivelserne ved behandling af mennesker med demens, da disse kan have indvirkning på adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

Denne anbefaling dækker ikke interventioner som f.eks. gruppeaktiviteter, hvor der lyttes til og synges med på musik, brætspil eller regelret lysterapi.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Den tilgrundliggende evidens gør det ikke muligt at fastslå en direkte effekt eller ej af strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer. Størstedelen af studierne var ikke-randomiserede. Der fandtes både en tendens til en lille effekt, ingen effekt eller forværring på det kritiske outcome *agitation*.

Det kritiske outcome er rapporteret for lysindretning, aromaterapi, baggrundsmusik og arkitektur.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der ikke umiddelbart vil være egentlige skadevirkninger af interventionen. Det skal dog understreges, at når det er relevant at tage de fysiske omgivelsesfaktorer i betragtning, kan det, hvis brugt uhensigtsmæssigt, muligvis føre til uønskede virkninger.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Samlet set er tiltroen til evidensen meget lav for alle outcome.

AMSTAR-2 vurderingen af den systematiske oversigtsartikel er af høj kvalitet.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der er stor variation i patientpræferencer angående de fysiske omgivelsesfaktorer. En individualiseret tilgang vil påvirke patientpræferencerne. Derfor bør fokus være på en personcentreret tilgang, hvor pårørende og mennesker med demens selv kan tilpasse mængden og typen af stimuli, såsom lyd- og lysniveau. Samtidig er det også afhængig af de kontekstuelle forhold ved faciliteternes omgivelser.

Arbejdsgruppen vurderer, at der i hospitalsregi bør være fokus på omgivelser med et mindre "klinisk udseende" og mere fokus på at skabe hjemlige og trygge rammer.

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der i plejehjemsregi bør være mulighed for, at indrette borgerens egen bolig og plejehjemmets fællesarealer med farver, kunst, fotografier, blomster etc., der minder om borgerens tidligere bolig- og livsforhold.

Ressourcer

Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen og brugerpanelet fremhæver, at strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer, kan medføre et øget ressourceforbrug. Ressourceforbruget afhænger dog i høj grad af, hvilke tiltag der implementeres, idet der er variation i hvor ressourcekrævende de forskellige tiltag er, og hvad der allerede findes. Således er for eksempel integrerede lysystemer mere ressourcekrævende end maling af vægge, borgeres egen kunst på væggene, miljøskift, gardiner på værelser osv.

Et øget ressourceforbrug ved implementering af interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer vil i flere tilfælde afspejle sig i bedre forebyggelse og vil ikke have en direkte betydning for den "akutte" fase for mennesker med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer. I den akutte fase kan de konkrete tiltag være miljøskift (bevæge sig udendørs eller skift af rum), tyngdedyner eller sanserum.

Arbejdsgruppen vurderer, at menneskelig kontakt med f.eks. plejepersonale kan have større effekt og betydning for mennesker med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer end visse ændringer af de fysiske omgivelsesfaktorer.

Lighed i sundhed

Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

Arbejdsgruppen vurderer, at interventionen ikke medfører øget ulighed i sundhed.

Arbejdsgruppen og brugerpanelet fremhæver dog, at nogle kommuner, ud fra et ressourceperspektiv, kunne vælge interventionen fra, idet den kræver både tid og penge at implementere. Samtidig kan der være forskel på, i hvilken grad mængden af ressourcer hos pårørende kan bidrage til fysiske omgivelsesfaktorer, hvilket kan skabe en ulighed i sundhed.

Accept

Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

Både arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der vil være høj accept blandt patienter, sundhedspersoner og pårørende, såfremt interventionen tilrettelægges efter individet.

Gennemførlighed

Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen vurderer, at implementering af interventionen er udfordret af manglende ressourcer. Derudover skal der bruges kompetencer i forbindelse med installation og anvendelse af eksempelvis lys-, lyd- eller sanserum. Det kræver mere viden for medarbejderne, idet de skal undervises og oplyses i fordelene og mulighederne ved interventionen. Der kan desuden være krav til sikkerhed og hygiejne, særligt i hospitalsregi. For både plejehjem og hospitaler kan der være mangel på fysiske rum, hvilket kan udfordre gennemførligheden.

Rationale

Arbejdsgruppen er grundlæggende enige om, at fysiske omgivelsesfaktorer er relevante at tage i betragtning i arbejdet med mennesker med demens, og der er erfaring med, at disse faktorer kan påvirke adfærdssymptomer.

Da evidensgennemgang er foretaget på baggrund af en systematisk oversigtsartikel af høj kvalitet, samt en vurdering af, at der formentlig ikke findes nyere studier af højere kvalitet som er modstridende med den fundne evidens, har arbejdsgruppen valgt at formulere en svag anbefaling for brugen af strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer for mennesker med demens.

Dette valg er blandt andet baseret på, at der formentlig ikke er væsentlige skadevirkninger forbundet med interventionerne. Derudover foreligger en SBI-anvisning fra 2019 om indretning af boliger til mennesker med demens, som understreger relevansen af fysisk indretning [61][60]. Det skal dog understreges, at når det er relevant at tage de fysiske omgivelsesfaktorer i betragtning, kan det, hvis brugt uhensigtsmæssigt, muligvis føre til uønskede virkninger. Der foreligger bl.a. et arbejde udført af VIVE fra 2018 om udadreagerende adfærd hos udviklingshæmmede, som kommer med otte beskyttende faktorer, hvor de fysiske omgivelser også nævnes [88]. Da det på rimelig vis kan formodes, at der ikke foreligger nyere evidens af høj kvalitet, der modsiger gældende praksis, har arbejdsgruppen valgt at formulere den svage anbefaling.

Fokuseret spørgsmål

Population: Personer med alle typer af og sværhedsgrader af demens

Intervention: Målrettede og strukturerede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod personer med demens

Sammenligning: Vanlig behandling

Sammenfatning

Litteratur

For dette fokuserede spørgsmål er der lavet en grundig, systematisk gennemgang af systematiske oversigtsartikler om emnet, hvorefter anbefalingen er baseret på disse oversigtsartikler. På baggrund af gennemgangen og vurdering af de systematiske oversigtsartikler, er evidensgrundlaget baseret på en enkelt oversigtsartikel af høj kvalitet, som dækker det fokuserede spørgsmål [59].

Gennemgang af evidens

Populationen i oversigtsartiklerne bestod af mennesker med demens uden yderligere specificering af sværhedsgrad eller type, men hvor mennesket med demens også havde agitation [59]. Alle mennesker med demens boede på plejehjem,

Interventionerne bestod af flere forskellige typer som alle havde fysiske omgivelsesfaktorer som omdrejningspunkt. Interventionerne kan opdeles i følgende typer: Lysforhold, arkitektur, baggrundsmusik og aromaterapi.

Den systematiske oversigtsartikel fra Livingston et al. [59], undersøgte effekten af forskellige non-farmakologiske tiltag på neuropsykiatriske symptomer hos mennesker med demens. 160 studier er inkluderet i oversigtsartiklen, af disse har 44 et fokus på fysiske omgivelsesfaktorer. 13 studier fokuserer på lysforhold (fire randomiserede og ni ikke-randomiserede studier). Otte studier fokuserer på arkitektur og indretning (alle ikke-randomiserede). Otte studier fokuserede på aromaterapi (et randomiseret, syv ikke-randomiserede). 15 studier fokuserede på baggrundsmusik (to randomiserede og 13 ikke-randomiserede studier). Studierne inkluderer mellem 13 og 100 deltagere.

Der blev foretaget en metaanalyse på tre inkluderede randomiserede forsøg studier på effekten af lysforhold. Der er lavet en narrativ sammenfatning af de resterende resultater opdelt på flere forskellige outcome. For de a priori definerede outcome relevante for denne NKA, rapporterer oversigtsartiklen på det kritiske outcome *agitation*, samt de vigtige outcome *funktionsniveau (ADL)* og *livskvalitet (QoL)*.

Kvalitetsvurderingen af de inkluderede studier i oversigtsartikler er lavet med Centre for Evidence-based Medicine (CEBM) RCT evalueringskriterier [70]. Overordnet set har 32 studier en lav risiko for bias og 12 studier en høj risiko for bias.

En overordnet evaluering af kvaliteten af selve oversigtsartiklen, er samlet set af høj kvalitet jf. AMSTAR 2 vurdering.

Lysforhold

Det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd* er rapporteret på baggrund af 11 studier (randomiserede og ikke-randomiserede) fra oversigtsartiklen. Det er usikkert, om der er effekt af lysforhold på agitation. Få studier rapporterede muligvis en beskedent effekt af lysforhold på at mindske agitation. Flere studier, herunder alle RCT-studier rapporterede ingen effekt, eller forværring af agitation. En metaanalyse på tre RCT studier om effekten af lysforhold viser ingen effekt på agitation målt på CMAI-skalaen (SES 0.045 (95% credible interval -1.228 to 1.468) [59]. De blandede resultater forklares primært af forskelle i både lysintensitet, lystype og længden af interventionen.

Ingen andre kritiske eller vigtige outcomes er rapporteret i artiklen.

Tiltroen til evidensen for alle outcome var samlet set meget lav, da der var meget alvorlig risiko for bias samt meget alvorlig usikkerhed på effekten.

Aromaterapi

Det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd* er rapporteret på baggrund af 6 studier (randomiserede og ikke-randomiserede). RCT studierne viste ingen effekt af aromaterapi på agitation, hvor de ikke-randomiserede studier havde mere blandede resultater. Et enkelt studie rapporterede ingen effekt af aromaterapi på det vigtige outcome *livskvalitet/QoL* [59]. Tiltroen til evidensen var samlet set lav, da der var alvorlig risiko for bias og alvorlig usikkerhed på effekten.

Baggrundsmusik

Det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd* er rapporteret på baggrund af 11 studier (randomiserede og ikke-randomiserede). Det er

usikkert, om der er nogen gavnlig effekt af baggrundsmusik. De to eneste blinde RCT-studier viste ingen effekt. Et enkelt studie viste en forværring og flere mindre, ikke-randomiserede studier viste en mulig effekt. Tiltroen til evidensen for alle outcome var samlet set meget lav, da der var meget alvorlig risiko for bias samt meget alvorlig usikkerhed på effekten.

Arkitektur

Det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd* er rapporteret på baggrund af fire studier (ikke-randomiserede) på små-gruppe beboelse (home-like care) for personer med demens og rapporterede ingen effekt eller forværring i agitation. Tiltroen til evidensen var samlet set lav grundet alvorlig risiko for bias.

6. Bør man anvende antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens?

Baggrund for valg af spørgsmål

Siden anbefalingerne om brug af antipsykotika til mennesker med demens i NKR for demens og medicin fra 2018 og NKR for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens fra 2019, er der kommet en del nye studier, der undersøger effekten af antipsykotika sammenlignet med placebo. Grundet det fortsat høje forbrug af antipsykotika, samt ny evidens, er det vurderet, at der er behov for at opdatere anbefalingen fra den tidligere NKR. Dette gøres for at undersøge, hvordan den nye evidens påvirker anbefalingen på området og for at sætte fokus på implementering af anbefalingen.

Anbefalingen er formuleret på baggrund af en systematisk gennemgang af litteraturen på baggrund af GRADE-metoden. Arbejdsgruppen er forelagt evidensprofilen, nøgleinformationer er gennemgået og der er herefter lavet en konsensusbeslutning om hvordan anbefalingen skulle formuleres. For yderligere at belyse problemstillingen er der udarbejdet en kvalitativ evidensprofil på baggrund af en systematisk gennemgang af litteraturen på baggrund af GRADE-CERQual metoden. Den kvalitative evidenssynthese er brugt til at fremføre yderligere nuancer af nøgleinformationerne vedr. patientpræferencer, ressourcer, accept og gennemførlighed. En detaljeret beskrivelse af metoden findes i kapitel 11.

Stærk anbefaling mod

Anvend ikke antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, da der er risiko for alvorlige bivirkninger og ingen betydelige gavnlige effekter.

Denne anbefaling omfatter brugen af antipsykotika ved rutinemæssig behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer bør der i stedet anvendes en personcentreret tilgang med brug af strukturerede og målrettede interventioner som beskrevet i kapitel 3 samt anbefalingerne i kapitel 4 og 5. Der bør gennemføres en grundig årsagsanalyse af adfærden hos mennesket med demens, med henblik på at afdække og udelukke reversible årsager til symptomerne såsom infektion, medicinbivirkninger, smerter eller uopfyldte fysiske behov fx søvn, madindtag og udskillelser. Herudover skal der fokuseres på om personen mødes med en tilgang, der er tilpasset det enkelte individ, herunder om niveauet af sansestimulering samt om de grundlæggende psykologiske behov er opfyldt (tilknytning, inklusion, identitet trøst, og meningsfuld beskæftigelse) [66].

Anbefalingen understøtter således, hvad der beskrives i "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" [88], hvor det angives, at mennesker med demens som udgangspunkt ikke skal behandles med antipsykotika, da der er en markant øget risiko for alvorlige bivirkninger.

Den kvalitative evidens understøtter og nuancerer nøgleinformationerne samt hvilke faktorer, der kan fremme og hindre implementeringen af anbefalingen. Samtidig fremhæver den kvalitative evidens, at brug af antipsykotika reduceres ved en personcentreret tilgang og individualiseret årsagsanalyse af adfærd. Accept af at nedbringe antipsykotika styrkes ved, at ledelsen støtter tværfagligt samarbejde, lytter til sundhedsprofessionelles observationer og understøtter deres kompetenceudvikling.

Et fåtal af mennesker med demens har svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer, og er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpinte. Denne helt specifikke population er beskrevet i anbefalingen i kapitel 7. Mennesker med svær psykiatrisk lidelse og demens er som udgangspunkt ikke medtaget i denne anbefaling.

Praktiske oplysninger

Sundhedsstyrelsen har udgivet anbefalinger til, hvordan man fremmer trivslen hos personer med udadreagerende adfærd i ældreplejen [63]. Her fremhæves, at et meningsfuldt hverdagsliv er med til at give borgeren en oplevelse af trivsel og livskvalitet og dermed mindsker risikoen for voldsomme episoder. Her fremhæves også fysisk aktivitet, tilpasset sansestimuli og målrettede indsatser og indretningens sansemæssige påvirkning.

Derudover er der erfaring med, at strukturerede og målrettede interventioner med udgangspunkt i den personcentrede tilgang og omsorg kan reducere brugen af antipsykotika til mennesker med demens: Erfaringen siger, at det ikke har stor betydning hvilke interventioner man vælger, men at målrettet fokus på brugen af antipsykotika og interventioner med individet i centrum har en effekt på reducere af forbruget [83][84]. Sundhedsstyrelsen har udgivet en guide til at nedbringe antipsykotika til mennesker med demens [67], som blandt andet beskriver alternativerne til antipsykotika.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Væsentlige ulemper

Antipsykotika øger sandsynligvis *mortalitet* og antallet af *alvorlige hændelser* i nogen grad.

For det kritiske outcome *adfærdsændringer* har antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt. Der er ingen forskel i effekten på adfærdsændringer, mortalitet eller alvorlige hændelser efter seks uger og ved længste opfølgning. For de vigtige outcomes *agitation*, *kognition*, *funktionsniveau* og *livskvalitet* har antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på agitation. Det forringer sandsynligvis ikke kognition og forbedrer muligvis ikke funktionsniveau og livskvalitet.

Kvaliteten af evidensen

Moderat

Kvaliteten af evidensen er samlet set moderat, da der er moderat tiltro til evidensen for de kritiske outcome.

Tiltroen til evidensen for de kritiske outcome *mortalitet*, *alvorlige hændelser* og *adfærdsændringer* er moderat på grund af alvorlig risiko for bias.

For de vigtige outcome *agitation* og *kognition* er tiltroen til evidens moderat på grund af alvorlig risiko for bias. Tiltroen til evidensen for de vigtige outcome *funktionsniveau* og *livskvalitet* er lav på grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effekttestimat.

Kvalitativ evidens

Kvaliteten af den kvalitative evidens er samlet set høj, da der er høj tiltro til evidensen for 9 ud af 15 kategorier.

For tre kategorier er der moderat tiltro til evidensen (nr. 4, 6, 10 og 14).

For to kategorier er der lav tiltro til evidensen (nr. 1 og 12).

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Brugen af antipsykotika er forbundet med varierende patient- og pårørendepræferencer.

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der vil være en væsentlig andel af både patienter og pårørende, som ikke ønsker at bruge antipsykotika, men at der samtidig også vil være tidspunkter, hvor lægemidlerne kan blive efterspurgt af for eksempel pårørende og sundhedsprofessionelle. Både arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at denne efterspørgsel kan skyldes manglen på alternative interventioner eller manglende effekter af allerede afprøvede alternativer i form af strukturerede og målrettede interventioner. Samtidig kan manglende forståelse for effekterne af lægemidlerne samt mulige skadevirkninger og alvorligheden heraf, være medvirkende til at påvirke patientpræferencerne. Brugerpanelet fremhæver vigtigheden af at inddrage de pårørende i beslutningen om at anvende lægemidlerne.

Kvalitativ evidens

For at belyse dette aspekt yderligere er den kvalitative evidens gennemgået og resultaterne er beskrevet nedenfor. Den kvalitative evidens understøtter vurderingerne fra både arbejdsgruppen og brugerpanelet om patientpræferencer. Generelt viser den kvalitative evidens, at:

- Sundhedsprofessionelles viden om og holdninger til bivirkninger ved antipsykotika har betydning for, hvordan de anvendes.
- Forståelse af årsager til adfærdssymptomer påvirker anvendelse af antipsykotika, for eksempel anvendes psykofarmaka hyppigere, når sundhedsprofessionelle oplever afmagt, tager adfærdssymptomer personligt eller mener, at mennesker med demens lider under symptomerne.
- Sundhedsprofessionelle kan være tilbageholdende med at ordinere antipsykotika på grund af bivirkninger. Sederende effekt er en bivirkning, der kan betyde, at mennesker med demens bliver sengeliggende med risiko for tryksår, fejlernæring og dehydrering. En anden bivirkning er, at det kan reducere de fysiske og sociale færdigheder herunder kommunikationen. Antipsykotika anvendes som sidstevalg, når non-farmakologiske tiltag ikke har haft effekt, eller når reduktion af medicin har forværret en udadreagerende adfærd.
- Nogle sundhedsprofessionelle nedtoner bivirkninger ved antipsykotika, fordi de oplever at lægemidlerne kan reducere agiteret, aggressiv eller udadreagerende adfærd, hvor der er risiko for, at nogen kan komme til skade. De oplever samtidig, at lægemidlerne kan have en positiv effekt på livskvaliteten for mennesker med demens. Herudover anvendes antipsykotika efter behov (pn) til at sikre hensigtsmæssig døgnrytme.

Ressourcer

Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen vurderer, at det umiddelbart ikke er direkte ressourcekrævende hverken at bruge eller at stoppe med at bruge antipsykotika til mennesker med demens. Samtidig fremhæver arbejdsgruppen, at fortsat brug af antipsykotika kan

medvirke til flere indirekte omkostninger for samfundet i form af øget antal indlæggelser, og brug af ressourcer til at foretage blodprøver, EKG og antropometriske mål.

Både arbejdsgruppen og brugerpanelet fremhæver dog, at der skal være alternative behandlingsmuligheder til rådighed, såsom strukturerede og målrettede interventioner, som nogle steder vil være muligt at implementere uden at det nødvendigvis kræver ekstra ressourcer. Brugerpanelet påpeger herunder også vigtigheden af, at personale og pårørende har den relevante faglige viden til at undgå brugen af antipsykotika.

Kvalitativ evidens

For at belyse dette aspekt yderligere er den kvalitative evidens gennemgået og resultaterne er beskrevet nedenfor. Den kvalitative evidens understøtter samt uddyber arbejdsgruppens og brugerpanelets vurderingerne om ressourcer. Generelt viser den kvalitative evidens, at:

- Implementering af non-farmakologisk og individualiseret behandling af mennesker med demens er tidskrævende og kræver adgang til ekspertviden.
- Non-farmakologisk og individualiseret behandling af adfærdsmæssige symptomer hos mennesker med demens kræver kontinuitet og kvalificeret sundhedspersonale, der har kendskab til personen med demens. Det kan muligvis fremme reduktion af behandling med antipsykotika, at mennesker med demens, der har svære adfærdssymptomer, behandles på et specialiseret demensafsnit. Det kan hæmme indsatsen, når der er få sundhedsprofessionelle, hyppig udskiftning af personale samt mangelfulde kvalifikationer hos de sundhedsprofessionelle.
- Mangelfuldt kendskab til beboerne, kompleks beboersammensætning, stor arbejdsbyrde for sundhedsprofessionelle samt presset og demotiveret personale kan føre til øget forbrug af antipsykotika.
- Tværfaglig indsats til håndtering af adfærdsmæssige symptomer, diagnosticering og behandling med antipsykotika fordrer adgang til ekstern ekspertviden fra farmaceuter, speciallæger herunder psykiatere.

Lighed i sundhed

Faktorer ikke vurderet

Arbejdsgruppen og brugerpanelet fremhæver, at den eksisterende forskel i forbruget af antipsykotika til mennesker med demens på tværs af landet muligvis er med til at synliggøre allerede eksisterende ulighed i sundhed. Det er dog svært at vurdere, hvad der er en egentlig årsag til forskelle i forbruget, og hvor meget denne anbefaling vil være med til at reducere eller øge ulighed i sundhed.

Accept

Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at både sundhedspersoner, patienter og pårørende generelt vil acceptere, at antipsykotika ikke anvendes til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Der er også bred opbakning til brugen af strukturerede og målrettede interventioner som et alternativ, forudsat at de nødvendige rammer er til stede, og at der er støtte til at gennemføre dette i praksis. For nogle vil accepten dog afhænge af grundig information samt kompetenceudvikling i forhold til fordele og ulemper ved de alternative metoder.

Kvalitativ evidens

For at belyse dette aspekt yderligere er den kvalitative evidens gennemgået og resultaterne er beskrevet nedenfor. Den kvalitative evidens understøtter samt uddyber arbejdsgruppens og brugerpanelets vurderingerne om accept. Generelt viser den kvalitative evidens, at:

- Nedbringelse af antipsykotika fremmes gennem personcentreret tilgang med fokus på forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens og ved at ledelsen støtter tværfagligt samarbejde og sundhedspersonalets kompetenceudvikling
- Reduktion af antipsykotika fremmes gennem en personcentreret tilgang til at håndtere adfærdssymptomer og gennem non-farmakologiske tilgange med fokus på aktiviteter tilpasset den enkelte for at undgå understimulering.
- Sundhedsprofessionelle rapporterer i højere grad ændringer i beboeres tilstand og bidrager til medicingennemgang og nedbringelse af antipsykotika, når ledelsen lytter til deres observationer.
- Sundhedsprofessionelles accept af tværfagligt samarbejde om at nedbringe antipsykotika styrkes, når ledelsen tydeligt kommunikerer, at det skal prioriteres.

Gennemførlighed

Intervention er sandsynligvis vanskeligt at gennemføre

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der vil være udfordringer med gennemførligheden af, at undlade brugen af antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Det uændrede

forbrug af antipsykotika gennem de seneste år trods indsatser for at reducere det, understreger udfordringerne med gennemførligheden. Umiddelbart er det ikke direkte svært at undgå at udskrive antipsykotika. Udfordringen opstår, fordi der er stor variation i tilgængeligheden af alternativer, og derfor kan der nogle steder være flere udfordringer med gennemførligheden end andre steder.

Kvalitativ evidens

For at belyse dette aspekt yderligere er den kvalitative evidens gennemgået og resultaterne er beskrevet nedenfor. Den kvalitative evidens understøtter vurderingerne fra både arbejdsgruppen og brugerpanelet vedr. gennemførlighed og uddyber yderligere. Generelt viser den kvalitative evidens, at:

- Hensigtsmæssig brug af antipsykotika fremmes gennem tværfagligt samarbejde mellem sundhedsprofessionelle, koordinering og ansvarsfordeling på tværs af sektorer og samarbejde med pårørende
- Antipsykotika anvendes da sundhedsprofessionelle oplever, at det er hurtigtvirkende og effektiv behandling til at regulere søvnmønstre og berolige samt forebygger forværring af adfærdssymptomer hos mennesker med demens, der har udadreagerende og aggressiv adfærd med risiko for at være til fare for sig selv eller andre.
- Sundhedsprofessionelle undlader at reducere dosis, når pårørende efterspørger medicinen, når de er bekymrede for forværring eller opblussen af adfærd ændringer eller ønsker at mennesker med demens kan forblive i eget hjem. Kommunikation med pårørende om adfærdssymptomerne og information om risiko for bivirkninger medvirker til at reducere uhensigtsmæssig brug af antipsykotika. Det er dog udfordrende og tidskrævende at involvere pårørende i beslutninger om medicin og kan forudsætte opkvalificering af sundhedsprofessionelle for at kunne tale med pårørende om seponering.
- Optimering af uhensigtsmæssig brug eller reduktion af antipsykotika fremmes ved, at læger deltager i tværfaglige møder om medicingennemgang og gennem koordinering, informationsudveksling, opfølgning og ansvarsfordeling ved sektorovergange. Samtidig er det essentielt for sygeplejersker at være inddraget i beslutningerne, fordi læger ikke i det daglige oplever adfærd ændringer hos personen med demens.
- En hierarkisk struktur på plejehjem kan vanskeliggøre samarbejdet. Andre sundhedsprofessionelle end læger og sygeplejersker føler sig ikke inkluderet eller hørt om behandling med antipsykotika. Derudover kan læger have svært ved at acceptere ændringsforslag til medicinen fra andre sundhedsprofessionelle.

Rationale

Arbejdsgruppen har baseret anbefalingen på, at den beskedne effekt af behandlingen med antipsykotika oftest ikke kan opvejes af den påviste risiko for alvorlige hændelser og mortalitet.

Der er i både arbejdsgruppen og brugerpanelet enighed om, at antipsykotika generelt ikke bør gives som behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens, hvilket understøttes af *"Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser"* [88].

Samtidig fremhæves det, at tilgængeligheden af alternativer til medicin er vigtig. For at undgå brugen af antipsykotika, er det vigtigt at sørge for, at alternative behandlinger er tilgængelige. Det indebærer, at den generelle tilgang til behandlingen af mennesker med demens, tager udgangspunkt i en personcentreret tilgang med brug af systematik i form af for eksempel årsagsanalyse, samt at tilbyde strukturerede og målrettede interventioner som en kerneopgave. Både personale og pårørende skal være klædt på til denne opgave. Den lille effekt der muligvis er ved brugen af antipsykotika, sammenholdt med skadevirkningerne, har stor indflydelse på den endelige formulering af anbefalingen.

Fokuseret spørgsmål

Population: Personer med alle typer demens og sværhedsgrad

Intervention: Antipsykotika

Sammenligning: Placebo

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er tre systematiske oversigtsartikler [107][108][115], hvorfra der blev inkluderet 25 randomiserede forsøg [93][95][96][97][98][99][100][101][102][103][104][109][110][111][113][114][116][117][118][119][120][121][122][123][124][125], hvoraf ét studie rapporterede to forsøg [105][106], og to studier rapporterede det samme forsøg [119][122]. Der blev identificeret yderligere to randomiserede forsøg [94][112] på baggrund af den opdaterede litteratursøgning fra 2023 og frem, som tog udgangspunkt i søgningen fra den systematiske oversigtsartikel [107]. Alle syv studier som var inkluderet i den tidligere NKR fra 2019 er også med i dette evidensgrundlag [99][100][113][119][120][121][122][125].

Evidensgrundlaget er således total 28 randomiserede forsøg.

Gennemgang af evidens

Populationen i de inkluderede studier bestod af 19 studier af personer med Alzheimer demens [95][96][97][100][101][103][104][105][106][110][112][113][114][116][117][118][119][120][121][122][123][124]. I seks studier bestod populationen af personer med flere typer demens enten af typen alzheimers, vaskulær eller blandingsdemens (typisk alzheimers og vaskulær) [93][98][99][102][109][125]. To studier inkluderede også patienter med Lewy-Body demens og Parkinsonsdemens [94][111]. Ni studier inkluderede kun patienter med moderat eller svær demens [95][96][97][98][99][102][113][124][125], resten inkluderede alt fra mild til svær demens, hvor størstedelen af de inkluderede patienter havde moderat demens. I 15 studier boede patienterne i plejebolig/på plejehjem [93][96][97][98][99][100][109][111][113][114][117][118][120][121][125], i seks studier inkluderes både svarende til plejehjemsbeboere og ambulante patienter [102][104][105][106][111][112][116], og i seks studier inkluderes udelukkende hjemmeboende og ambulante patienter [95][101][103][110][119][122][124]. I ét studie var boligsituationen ikke specificeret [94].

I seks studier var det ikke tilladt for studiedeltagerne at bruge antipsykotika ved inklusion [93][96][97][103][111][112], mens det for ét studie var uklart [94], og for de resterende 21 studier var der en wash-out periode mellem to dage til tre uger hvor evt. behandling med antipsykotika blev stoppet [95][98][99][100][101][102][104][105][106][109][110][113][114][116][117][118][119][120][121][122][123][124][125]. I 20 studier var det specifikt angivet, at det var tilladt at give benzodiazepin (typisk lorazepam) eller hypnotika i noget af interventionsperioden i både interventions- og placebogruppen [93][98][99][100][101][102][104][105][106][109][110][111][112][113][114][117][119][120][121][122][123][125]. I de resterende otte studier var det uklart, om der måtte gives supplerende medicin [94][95][96][97][103][116][118][124].

Syv studier inkluderede under 100 personer [95][97][103][111][116][117][118].

Interventionerne bestod af Risperidon 0,5-4 mg [98][99][102][109][114][116][118][119][122], Quetiapin 25-300 mg [97][111][117][119][122][123][125], Olanzapin 1-15 mg [100][102][110][119][120][122], Aripiprazol 2-15 mg [101][113][121], Brexpiprazol 0,5-3 mg [104][105][106][112], Haloperidol 0,5-6 mg [93][95][99][103][123][124] og Primavanserin 34 mg [94][96].

Studierne havde en interventionsperiode på henholdsvis tre uger [93], seks uger [95][96][97][103][117][120], otte uger [94][114][116][118], ti uger [100][101][102][111][113][121][123][125], 12 uger [98][99][104][105][106][109][110][112][119][122] og 16 uger [124].

Resultater for de kritiske outcome

Treogtve studier rapporterede data for det kritiske outcome

mortalitet [93][94][95][96][97][98][100][101][102][103][104][105][106][109][110][112][113][114][117][118][119][121][122][123][125]. Metaanalysen viste, at antipsykotika sandsynligvis øger mortalitet i nogen grad sammenlignet med placebo. Effekten svarer til en forskel på 7 flere dødsfald per 1.000 ved brug af antipsykotika sammenlignet med placebo (95% CI 0 flere til 16 flere).

Nitten studier rapporterede data for det kritiske outcome *alvorlige hændelser*

(SAE) [94][96][97][98][101][104][105][106][109][110][112][113][114][116][117][118][119][121][122][123][125]. Metaanalysen viste, at antipsykotika sandsynligvis øger antallet af alvorlige hændelser i nogen grad sammenlignet med placebo. Effekten svarer til en forskel på 22 flere alvorlige hændelser per 1.000 ved brug af antipsykotika sammenlignet med placebo (95% CI 6 flere til 41 flere).

Nitten studier rapporterede data for det kritiske outcome *adfærdsændringer*

(BPSD) [94][96][98][99][100][101][102][103][109][111][112][113][114][119][120][121][122][123][124][125]. I 14 af disse studier var det muligt at rapportere data for en interventionsperiode på seks uger [94][96][98][99][100][101][103][109][112][114][119][120][121][125]. Ni studier bestod kun af personer på plejehjem [96][98][99][100][109][114][120][121][125]. Metaanalysen viste, at antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt har på adfærdsændringer og reducerer derfor muligvis ikke adfærdsændringer i betydelig grad sammenlignet med placebo (SMD 0,17 lavere, 95%CI 0,25 lavere til 0,09 lavere). Effekten svarer til en reduktion på 3,2 point på NPI (range: 0-144, 95% CI: -4,7; -1,7) og er ikke klinisk relevant (mindste kliniske relevante effekt er 8-10 point på NPI). Tilbageberegning til NPI er baseret på den mediane final standardafvigelse på 18,8 fra kontrolgruppen i De Deyn 2005 [101], blandt tolv studier, der rapporterer adfærdsændringer på NPI. En subgruppeanalyse er lavet for de studier, der rapporterede en interventionsperiode på 6 uger. Denne metaanalyse viser, at antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt har på adfærdsændringer og reducerer derfor muligvis ikke adfærdsændringer i betydelig grad sammenlignet med placebo (SMD 0,18 lavere, 95%CI 0,26 lavere til 0,11 lavere).

Tiltroen til evidensen for alle tre kritiske outcome er moderat, da der for alle blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding).

Resultater for de vigtige outcome

Enogtve studier rapporterede data for det vigtige outcome *agitation/udadreagerende*

adfærd [93][96][97][98][99][100][102][103][104][105][106][109][110][112][113][114][119][120][121][122][123][124][125]. 12 studier bestod kun af personer på plejehjem [93][96][97][98][99][100][109][113][114][120][121][125].

Metaanalysen viste, at antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt har på agitation, og reducerer derfor muligvis ikke agitation i betydelig grad sammenlignet med placebo (SMD 0,14 lavere, 95%CI 0,23 lavere til 0,06 lavere). Tiltroen til evidensen var moderat, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding).

Fjorten studier rapporterede data for det vigtige outcome *kognition* [96][97][101][102][110][111][113][117][119][120][121][123][124][125].

Metaanalysen viste, at antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt har på kognition, og reducerer derfor muligvis ikke kognition i betydelig grad sammenlignet med placebo (SMD 0,07 lavere, 95% CI 0,18 lavere til 0,05 højere). Tiltroen til evidensen er moderat, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding).

Syv studier rapporterede data for det vigtige outcome *funktionsniveau (ADL)* [96][102][111][119][121][122][123][124].

Metaanalysen viste, at antipsykotika muligvis ikke forbedrer funktionsniveau i nogen grad sammenlignet med placebo (SMD 0,14 lavere, 95% CI 0,28 lavere til 0,00 højere). Tiltroen til evidensen er lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller).

To studier rapporterede data for det vigtige outcome *livskvalitet (QoL)* [94][119][122]. Metaanalysen viste, at antipsykotika muligvis ikke forringer livskvalitet i nogen grad sammenlignet med placebo (SMD 0,07 lavere, 95% CI 0,06 lavere til 0,2 højere). Tiltroen til evidensen er lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller).

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Placebo	Intervention Antipsykotika	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Mortalitet Ved interventionens afslutning 9 Kritisk	Relative risiko 1.41 (CI 95% 0.98 — 2.03) Baseret på data fra 7,026 patienter i 23 studier. ¹	16 per 1.000 Forskel:	23 per 1.000 7 flere per 1.000 (CI 95% 0 færre — 16 flere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias ²	Antipsykotika øger sandsynligvis mortalitet i nogen grad
Alvorlige hændelser (SAE) Ved interventionens afslutning 9 Kritisk	Relative risiko 1.27 (CI 95% 1.08 — 1.51) Baseret på data fra 5,750 patienter i 19 studier. ³	81 per 1.000 Forskel:	103 per 1.000 22 flere per 1.000 (CI 95% 6 flere — 41 flere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias ⁴	Antipsykotika øger sandsynligvis antallet af alvorlige hændelser (SAE) i nogen grad.
Adfærdssændringer (BPSD) Ved interventionens afslutning 9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra 5,624 patienter i 19 studier. ⁵	Forskel:	SMD 0.17 lavere (CI 95% 0.25 lavere — 0.09 lavere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias ⁶	Antipsykotika har sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på BPSD. Forskellen svarer til en reduktion på 3.2 point på NPI (range: 0-144) (95% CI: -4.7; -1.7). MCID: -8 point. Beregnet ud fra SD (18.8) fra kontrolgruppen i studiet af DeDeyn 2005 (median SD for NPI).
Adfærdssændringer (BPSD) 6 uger efter interventionens start 9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra 4,635 patienter i 14 studier. ⁷	Forskel:	SMD 0.18 lavere (CI 95% 0.26 lavere — 0.11 lavere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias ⁸	Antipsykotika har sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på BPSD målt efter 6 uger.
Agitation/udadreagerende adfærd Ved interventionens afslutning 6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 5,882 patienter i 21 studier. ⁹	Forskel:	SMD 0.14 lavere (CI 95% 0.23 lavere — 0.06 lavere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias ¹⁰	Antipsykotika har sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på agitation i betydelig grad

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Placebo	Intervention Antipsykotika	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Kognition Ved interventionens afslutning 6 Vigtig	Højere bedre Baseret på data fra 2,638 patienter i 14 studier. ¹¹	Forskel:	SMD 0.07 lavere (CI 95% 0.18 lavere — 0.05 højere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias ¹²	Antipsykotika nedsætter muligvis ikke kognitionen i betydelig grad
Funktionsniveau (ADL) Ved interventionens afslutning 6 Vigtig	Højere bedre Baseret på data fra 1,210 patienter i 7 studier. ¹³	Forskel:	SMD 0.14 lavere (CI 95% 0.28 lavere — 0 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effektestimant ¹⁴	Antipsykotika øger muligvis ikke funktionsniveauet (ADL) i betydelig grad
Livskvalitet (QoL) Ved interventionens afslutning 6 Vigtig	Højere bedre Baseret på data fra 935 patienter i 2 studier. ¹⁵	Forskel:	SMD 0.07 højere (CI 95% 0.06 lavere — 0.2 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effektestimant ¹⁶	Antipsykotika øger muligvis ikke livskvaliteten i betydelig grad

- Systematisk oversigtsartikel [171] med inkluderede studier: Tariot 2006, Zhong 2007, Schneider 2006, Streim 2008, Paleacu 2008, RIS-INT-83 2003, Mintzer 2006, Mintzer 2007, Kennedy 2005, Lee 2023, Grossberg 2020b, Katz 1999, Devanand 1998, Grossberg 2020a, Deberdt 2005, DeDeyn 2005, Ballard 2018, Brodaty 2003, Alva 2024, Auchus 1997, Ballard 2005, Allain 2000, DeDeyn 2004.
- 4, 8. **Risiko for bias: alvorligt.** Incomplete data and/or large loss to follow up, Selective outcome reporting.
- Mintzer 2006, Mintzer 2007, Kennedy 2005, Lee 2023, Grossberg 2020a, Grossberg 2020b, Ballard 2018, DeDeyn 2005, Alva 2024, Ballard 2005, Katz 1999, Brodaty 2003, Zhong 2007, Streim 2008, Tariot 2006, RIS-INT-83 2003, Schneider 2006, NCT00287742 2006, Paleacu 2008.
- Systematisk oversigtsartikel [171] med inkluderede studier: Tariot 2006, Streim 2008, DeDeyn 2004, Devanand 1998, Katz 1999, DeDeyn 2005, Zhong 2007, Schneider 2006, DeDeyn 2005, Lee 2023, Brodaty 2003, Mintzer 2006, Devanand 1998, Tariot 2006, DeDeyn 1999, Ballard 2018, Street 2000, Streim 2008, Teri 2000, Mintzer 2007, DeDeyn 2004, DeDeyn 2004, Kurlan 2007, Alva 2024, Zhong 2007, Ballard 2018, Streim 2008, Lee 2023, Schneider 2006, Brodaty 2003, DeDeyn 2005, Street 2000, DeDeyn 1999, Tariot 2006, Mintzer 2006, DeDeyn 1999, Katz 1999, Deberdt 2005, Teri 2000, DeDeyn 2005, Street 2000, Kurlan 2007, Zhong 2007, Mintzer 2007, Schneider 2006, Alva 2024, Lee 2023, Brodaty 2003, Brodaty 2003, Streim 2008, Devanand 1998, Tariot 2006, DeDeyn 2004, Schneider 2006, Katz 1999, Mintzer 2007, Mintzer 2006, Deberdt 2005, Teri 2000, Alva 2024, Ballard 2018, Street 2000, Kurlan 2007, Streim 2008, DeDeyn 1999, Ballard 2018, DeDeyn 2004, Mintzer 2007, Tariot 2006, Lee 2023, Mintzer 2006, Lee 2023, Katz 1999, Alva 2024, Deberdt 2005, Devanand 1998, DeDeyn 2005, Street 2000, Schneider 2006, Mintzer 2006, DeDeyn 1999, Brodaty 2003, Lee 2023, Teri 2000, Kurlan 2007, Alva 2024, Devanand 1998, Kurlan 2007, Ballard 2018, Streim 2008, Schneider 2006, Deberdt 2005, Mintzer 2007, DeDeyn 2004, Brodaty 2003, Zhong 2007, Alva 2024, Zhong 2007, Deberdt 2005, Tariot 2006, Teri 2000, Katz 1999, Street 2000, Katz 1999, Kurlan 2007, DeDeyn 2005, DeDeyn 1999, Devanand 1998, Ballard 2018, Mintzer 2006, Zhong 2007, Teri 2000, Mintzer 2007, Deberdt 2005.
- Risiko for bias: alvorligt.** Incomplete data and/or large loss to follow up, Selective outcome reporting. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I^2 :... %.
- Systematisk oversigtsartikel [173] med inkluderede studier: Ballard 2018, Alva 2024, DeDeyn 2004, Brodaty 2003, Devanand 1998, DeDeyn 2005, Lee 2023, Katz 1999, DeDeyn 1999, Schneider 2006, Mintzer 2006, Streim 2008, Street 2000, Zhong 2007.
- Systematisk oversigtsartikel [171] med inkluderede studier: Tariot 2006, Streim 2008, Street 2000, Schneider 2006, Zhong 2007, Teri 2000, Katz 1999, Grossberg 2020b, Grossberg 2020a, DeDeyn 2004, Mintzer 2007, Lee 2023, Kennedy 2005, Allain 2000, Brodaty 2003, Devanand 1998, DeDeyn 1999, Deberdt 2005, Ballard 2018, Ballard 2005.
- Risiko for bias: alvorligt.** Incomplete data and/or large loss to follow up, Selective outcome reporting. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I^2 :... %. Studiet "Allain 2000" undersøger haloperidol, og deres fund adskiller sig fra resten. .
- Systematisk oversigtsartikel [171] med inkluderede studier: Kurlan 2007, Kennedy 2005, Deberdt 2005, Ballard 2018, Street 2000, Schneider 2006, Paleacu 2008, Mintzer 2007, Ballard 2005, DeDeyn 2005, Zhong 2007, Teri 2000, Tariot 2006, Streim 2008.
- Risiko for bias: alvorligt.** Incomplete data and/or large loss to follow up, Selective outcome reporting. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I^2 :... %. Variationen skyldes ét studie (Kennedy 2005).
- Systematisk oversigtsartikel [171] med inkluderede studier: Teri 2000, Tariot 2006, Streim 2008, Schneider 2006, Kurlan 2007, Deberdt 2005, Ballard 2018.
- 14, 16. **Risiko for bias: alvorligt.** Incomplete data and/or large loss to follow up, Selective outcome reporting. **Upræcist effektestimant: alvorligt.**

Wide confidence intervals.

15. Systematisk oversigtsartikel [171] med inkluderede studier: Alva 2024, Schneider 2006.

Fokuseret spørgsmål

Population: .

Intervention: Sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer med samt forventninger til opstart, brug og seponering af antipsykotika ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

Sammenligning: .

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for den kvalitative evidens er fem systematiske oversigtsartikler [147][151][155][156][164], hvorfra der er inkluderet 23 studier [134][135][136][137][139][141][142][143][144][145][146][148][149][150][152][153][154][158][159][160][161][162][166]. Der blev identificeret yderligere fem studier [138][140][157][163][165] på baggrund af en opdateret søgning fra 2020 og frem som tog udgangspunkt i søgningen fra den systematiske oversigtsartikel af Moth et al. [155].

Evidensgrundlaget er således 28 kvalitative studier [134][135][136][137][138][139][140][141][142][143][144][145][146][148][149][150][152][153][154][157][158][159][160][161][162][163][165][166].

Gennemgang af evidensen

I 16 studier blev problemstillingen undersøgt ved brug af et semistruktureret interview [134][135][136][139][140][144][145][148][152][157][158][159][160][162][163][166], seks studier brugte fokusgrupeinterviews [138][143][149][150][154][161], fire brugte et spørgeskema med åbne spørgsmål [137][141][142][153] og to brugte en blanding af flere metoder [146][165]. Størstedelen af studierne brugte tematisk analyse [136][137][138][141][143][145][148][149][150][152][153][157][158][159][160][161][165].

Populationen i 14 af studierne bestod af læger og/eller sygeplejersker [137][138][142][143][145][146][148][152][153][157][160][162][163][166], og i de resterende 14 var det primært sundhedsprofessionelle, men med nogle enkelte ledere, administrative medarbejdere og pårørende også [134][135][136][139][140][141][144][149][150][154][158][159][161][165].

Resultater

Der blev identificeret 282 understøttede fund og 80 ikke-understøttede fund.

På baggrund af en kvalitativ analyse er der fremkommet følgende 15 kategorier, som belyser de sundhedsprofessionelles forskellige oplevelser, erfaringer med og forventning til opstart, forbrug og seponering af antipsykotika hos mennesker med demens.

Kategorier:

1. Ledelsens holdning og opbakning er væsentlig for medarbejdernes kompetenceudvikling og personalets involvering i tværfagligt samarbejde
2. Behandling af mennesker med demens kræver specialiseret indsats
3. Mangelfuld viden og kvalifikationer kan medføre øget forbrug af antipsykotika
4. Behov for ekstern ekspertviden er væsentlig for demensbehandling
5. Non-farmakologisk behandling er førstevalg
6. Risiko for bivirkninger mindsker brug af antipsykotika
7. Systematisk monitorering og medicingennemgang kan øge opmærksomhed på antipsykotika og nedsætte uhensigtsmæssigt forbrug
8. Sundhedsprofessionelles tilgang til antipsykotika varierer og har betydning for forbruget
9. Sundhedsprofessionelle oplever pres for at anvende antipsykotika
10. Pårørendeinddragelse kan medvirke til at reducere uhensigtsmæssig brug af antipsykotika
11. Anbefalinger om brug af antipsykotika er mangelfulde og indeholder sjældent konkrete handlingsanvisninger for svære situationer.
12. Det er udfordrende at implementere nye arbejdsgange til at nedbringe antipsykotika
13. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde fremmer reduktion af antipsykotika
14. Reduktion af antipsykotika tilstræbes, men kan være vanskeligt
15. Antipsykotika kan være effektiv og nødvendig ved svære adfærdssymptomer, når non-farmakologiske tiltag ikke er tilstrækkelige

Den fulde beskrivelse af kategorierne findes i et bilag på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Evidensprofilen nedenfor angiver overskriften samt et resume af kategorien.

For ni kategorier (nr. 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 13 og 15) er der en høj tiltro til evidensen, hvilket betyder, at det er meget sandsynligt at fundet i kategorien er en rimelig gengivelse af det fænomen, vi er interesseret i.

For fire kategorier (nr. 4, 6, 10 og 14) er der moderat tiltro til evidensen, hvilket betyder, at det er sandsynligt at fundet i kategorien er en rimelig

gengivelse af det fænomen, vi er interesseret i.

For to kategorier (nr. 1 og 12) er der lav tiltro til evidensen, hvilket betyder, at det er muligt at fundet fra kategorien er en rimelig gengivelse af det fænomen, vi er interesseret i.

Disse 15 kategorier er herudover samlet i fem synteser, som bruges i denne NKA til at understøtte det ene fokuserede spørgsmål om antipsykotika. De ikke-understøttede fund har været med til at nuancere synteserne. Synteserne bruges i nøgleinformationerne om henholdsvis patientpræferencer, ressourcer, accept og gennemførlighed. Samtidig bruges de til at understøtte implementeringsafsnittet (kapitel 8).

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning	Intervention Sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer med, samt forv	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Kategori 1: Ledelsens holdning og opbakning er væsentlig for medarbejdernes kompetenceudvikling og personalets involvering i tværfagligt samarbejde	Baseret på data fra patienter i 2 studier. ¹	<i>Det styrker sundhedsprofessionelles deltagelse i tværfagligt samarbejde om non farmakologisk behandling og nedbringelse af antipsykotisk medicin, når ledelsen støtter dem i deres bidrag til det tværfaglige samarbejde og understøtter deres kompetenceudvikling</i>		Lav Få studier, mindre bekymring om metodologiske begrænsninger, moderat bekymring omkring tilstrækkelighed af data og svær bekymring omkring relevans	Det er muligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i
Kategori 2: Behandling af personer med demens kræver specialiseret indsats	Baseret på data fra patienter i 14 studier. ²	<i>Behandling af adfærdsmæssige symptomer hos personer med demens er ressourcekrævende og kræver motiveret og kvalificeret sundhedspersonale. Særligt indrettede enheder medvirker til at nedbringe antipsykotisk medicin. Dog mangler plejehjem generelt ressourcer i form af kvalificeret personale og økonomi</i>		Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i
Kategori 3: Mangelfuld viden og kvalifikationer kan medføre øget forbrug af antipsykotika	Baseret på data fra patienter i 12 studier. ³	<i>Sundhedspersonales mangelfulde viden og kvalifikationer om non-farmakologisk og farmakologisk behandling af adfærdsmæssige symptomer ved demens, kan føre til øget forbrug af antipsykotisk medicin</i>		Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.
Kategori 4: Behov for ekstern ekspertviden er væsentlig for demensbehandlingen	Baseret på data fra patienter i 5 studier. ⁴	<i>Sundhedsprofessionelle har behov for ekstern ekspertviden til at understøtte demensbehandling. Adgang til ekspertviden er dog mangelfuld. Det kan være en</i>		Moderat Få studier. Mindre bekymring om metodologiske begrænsninger,	Det er sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning	Intervention Sundhedsprofessionell es oplevelser og erfaringer med, samt forv	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
9				koherens, tilstrækkelighed af data og relevans.	
Kategori 5: Non-farmakologisk behandling er førstevalg	Baseret på data fra patienter i 15 studier. ⁵		<i>barriere for at nedbringe antipsykotisk medicin</i>	Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i
Kategori 6: Risiko for bivirkninger mindsker brug af antipsykotisk medicin	Baseret på data fra patienter i 7 studier. ⁶		<i>Personcentreret tilgang og individualiseret årsagsanalyse af adfærd medvirker til at nedsætte forbrug af antipsykotisk medicin. Non-farmakologisk behandling bør gennemføres i et samarbejde mellem sundhedsprofessionelle, pårørende og personen med demens</i>	Moderat Mindre bekymring om metodologiske begrænsninger. Mindre bekymringer af tilstrækkelighed af data grundet færre fund og antal studier samt mindre bekymringer om relevans da nogle studier dækker en population udover den definerede fra det fokuserede spørgsmål	Det er sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i
Kategori 7: Systematisk monitorering og medicingennemgang kan øge opmærksomhed på antipsykotisk medicin og nedsætte uhensigtsmæssigt forbrug	Baseret på data fra patienter i 9 studier. ⁷		<i>Bivirkninger til antipsykotisk medicin kan medvirke til mistede fysiske og sociale færdigheder. Risiko for bivirkninger mindsker brug af antipsykotisk medicin</i>	Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.
Kategori 8: Sundhedsprofessionelles tilgang til antipsykotisk medicin varierer og har betydning for forbruget	Baseret på data fra patienter i 12 studier. ⁸		<i>Systematisk monitorering og faste tværfaglige møder om medicingennemgang øger opmærksomhed på forbrug af antipsykotisk medicin og kan medvirke til at nedsætte uhensigtsmæssigt forbrug. Monitorering adfærdændringer af medicin kan øge det administrative arbejde og tage tid fra direkte indsats til personer med demens</i>	Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning	Intervention Sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer med, samt forv	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
<p>Kategori 9: Sundhedsprofessionelle oplever pres for at anvende antipsykotisk medicin</p>	<p>Baseret på data fra patienter i 13 studier.⁹</p>		<p><i>antipsykotisk medicin forbedrer livskvalitet og nedtoner mulige bivirkninger. Dog kan antipsykotisk medicin anvendes ved aggressiv og udadreagerende adfærd, hvor der er risiko for at nogle kommer til skade</i></p> <p><i>Antipsykotisk medicin anvendes, når der er højt arbejdspress og personer med demens ikke kan håndteres på anden måde eller er til fare for sig selv eller andre. Sundhedsprofessionelle, pårørende, plejehjemsledelse og omgivelser presser på for at anvende antipsykotisk medicin, f.eks. for at personer med demens kan blive boende i eget hjem og for at bedre deres livskvalitet. Det kræver ressourcer og opkvalificering af sundhedsprofessionelle at kunne tale med pårørende om seponering af antipsykotisk medicin</i></p>	<p>Høj</p>	<p>Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.</p>
<p>Kategori 10: Pårørendeinddragelse kan medvirke til at reducere uhensigtsmæssig brug af antipsykotisk medicin</p>	<p>Baseret på data fra patienter i 6 studier.¹⁰</p>		<p><i>Inddragelse af pårørende i beslutninger om antipsykotisk medicin kan være en ressource og en udfordring. Tværfaglig tilgang fremmer samarbejde med pårørende og kan medvirke til at reducere uhensigtsmæssig brug af antipsykotisk medicin</i></p>	<p>Moderat Mindre bekymring om metodologiske begrænsninger. Mindre bekymringer af tilstrækkelighed af data grundet færre fund og antal studier samt mindre bekymringer om relevans da nogle studier dækker en population udover den definerede fra det fokuserede spørgsmål</p>	<p>Det er sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i</p>
<p>Kategori 11: Anbefalinger om brug af antipsykotisk medicin er mangelfulde og indeholder sjældent konkrete handlingsanvisninger for svære situationer.</p>	<p>Baseret på data fra patienter i 7 studier.¹¹</p>		<p><i>Anbefalinger om brug af antipsykotisk medicin er sjældent handlingsanvisende for udadreagerende og uhåndterlige situationer. Anbefalinger er ikke altid brugbare og anvendes da selektiv f.eks. til at understøtte behandlingsbeslutning</i></p>	<p>Høj</p>	<p>Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.</p>

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning	Intervention Sundhedsprofessionel es oplevelser og erfaringer med, samt forv	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning				
<p>Kategori 12: Det er udfordrende at implementere nye arbejdsgange til at nedbringe antipsykotisk medicin</p>	<p>Baseret på data fra patienter i 4 studier.¹²</p>	<p><i>Det er udfordrende og ressourcekrævende at implementere nye arbejdsgange til at nedbringe brug af antipsykotisk medicin</i></p>		<p>Lav Få studier. Mindre bekymring om metodologiske begrænsninger, svær bekymring omkring tilstrækkelighed af data og relevans grundet få studier, fund fra primært et enkelt studie som dækker en population udover den definerede fra det fokuserede spørgsmål</p>	<p>Det er muligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i</p>				
<p>Kategori 13: Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde fremmer reduktion af antipsykotisk medicin</p>	<p>Baseret på data fra patienter i 17 studier.¹³</p>			<p><i>Reduktion af antipsykotisk medicin vanskeliggøres af lægers manglende deltagelse i dagligdagen på plejehjem eller ved fysiske møder om medicingennemgang. En hierarkisk struktur på plejehjem kan medføre, at nogle sundhedsprofessionelle ikke føler sig inddraget i beslutningsprocesser om behandling med antipsykotisk medicin. Reduktion af antipsykotisk medicin fremmes af et godt og trygt tværfagligt samarbejde med gensidig respekt, samt koordinering og informationsudveksling ved sektorovergange</i></p>		<p>Høj</p>	<p>Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.</p>		
<p>Kategori 14: Reduktion af antipsykotisk medicin tilstræbes, men kan være vanskeligt</p>	<p>Baseret på data fra patienter i 6 studier.¹⁴</p>					<p><i>Sundhedsprofessionelle tilstræber at reducere antipsykotisk medicin, da det opleves at forbedre livskvaliteten hos personer med demens, men reduktion vanskeliggøres af bekymring for tilbagefald af adfærdssymptomer. Det kan for den enkelte sundhedsprofessionelle være uoverskueligt at reducere antipsykotisk medicin, når mange personer med demens får behandlingen</i></p>		<p>Moderat Få studier. Moderat bekymring om metodologiske begrænsninger. Mindre bekymringer af koherens og relevans. Moderate bekymring om tilstrækkelighed af data grundet færre fund og bygger på primært 1 studie af lav metodisk kvalitet)</p>	<p>Det er sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i</p>
<p>Kategori 15: Antipsykotisk medicin kan være effektiv og nødvendig ved</p>	<p>Baseret på data fra patienter i 10 studier.¹⁵</p>							<p><i>Antipsykotisk medicin kan være nødvendig og effektiv, når non-farmakologiske tiltag er uden effekt eller hvis det vurderes, at de ikke er effektive i situationen. På plejehjem, hvor non-farmakologiske tiltag ikke er førstevalg,</i></p>	

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning	Intervention Sundhedsprofessionell es oplevelser og erfaringer med, samt forv	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
svære adfærdssymptom er, når non- farmakologiske tiltag ikke er tilstrækkelige			<i>kan det medføre øget forbrug af antipsykotisk medicin</i>		

1. **Understøttende referencer:** [159], [166],
2. **Understøttende referencer:** [162], [161], [159], [157], [153], [149], [144], [142], [141], [137], [135], [166], [165], [163],
3. **Understøttende referencer:** [162], [159], [142], [141], [157], [140], [137], [136], [135], [134], [166], [165],
4. **Understøttende referencer:** [145], [158], [141], [152], [166],
5. **Understøttende referencer:** [166], [165], [163], [161], [160], [157], [153], [152], [149], [144], [142], [141], [140], [138], [135],
6. **Understøttende referencer:** [146], [162], [144], [142], [138], [137], [152],
7. **Understøttende referencer:** [136], [135], [134], [166], [163], [162], [161], [158], [157],
8. **Understøttende referencer:** [135], [166], [163], [146], [162], [161], [144], [160], [157], [140], [139], [138],
9. **Understøttende referencer:** [138], [137], [166], [162], [161], [159], [158], [153], [148], [144], [142], [140], [139],
10. **Understøttende referencer:** [139], [165], [148], [162], [158], [141],
11. **Understøttende referencer:** [140], [139], [138], [135], [166], [165], [144],
12. **Understøttende referencer:** [141], [134], [149], [142],
13. **Understøttende referencer:** [141], [140], [138], [135], [166], [165], [163], [162], [161], [160], [159], [158], [157], [154], [153], [150], [148],
14. **Understøttende referencer:** [143], [141], [135], [166], [162], [161],
15. **Understøttende referencer:** [144], [140], [139], [138], [137], [135], [166], [163], [162], [161],

7. Bør man anvende antipsykotika eller benzodiazepiner til kortvarig behandling (<4 uger) af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens?

Baggrund for valg af spørgsmål

En tidligere national klinisk retningslinje fra 2019 og "*Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser*" [88] fremhæver begge, at mennesker med demens som udgangspunkt ikke skal behandles med antipsykotika. Det skyldes en markant øget risiko for alvorlige bivirkninger såsom øget dødelighed, apopleksi, gangforstyrrelser, sløvhed (sedation), ekstrapyramidale symptomer (bevægeforstyrrelser), dyb venetrombose, blodprop i lungen, hjerterytmeforstyrrelse samt hukommelsessvækkelse, konfusion og delirium. Herudover er det vist, at den kliniske effekt er begrænset. Et alternativ til brugen af antipsykotika kan være benzodiazepiner, som har en sederende effekt, og derved ville kunne dæmpe uro. Benzodiazepiner er dog kendt vanedannende og brugen af benzodiazepiner hos mennesker med demens er forbundet med en øget risiko for delirium, fald, dysfagi, tryksår, forgiftningsrisiko og midlertidig svækkelse af det kognitive funktionsniveau.

Førstevalget i behandlingen af BPSD hos mennesker med demens er derfor som udgangspunkt altid non-farmakologisk. Behandling med antipsykotika vil altid være for at lindre symptomer og ikke en kurativ behandling.

Der kan dog opstå situationer, hvor mennesker med demens oplever svære adfærdsmæssige og/eller psykiske symptomer, hvilket kan medføre en svært udadrettet adfærd, samt akut risiko for at personen er til skade for sig selv eller andre, eller hvor personen er svært psykisk forpint. Ved denne adfærd kan der opstå et behov for en hurtig intervention i form af en kortvarig farmakologisk behandling med et lægemiddel der kan berolige. Arbejdsgruppen ønsker at få afklaret de gavnlige og skadelige virkninger ved behandling med antipsykotika og benzodiazepiner. En afklaring kan belyse, hvilket af disse to lægemidler, der er mest hensigtsmæssig at bruge til kortvarig behandling af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, hvor der er behov for hurtigt indsættende beroligende effekt, således at strukturerede og målrettede indsatser kan sættes relevant i gang.

Anbefalingen er formuleret på baggrund af en systematisk gennemgang af litteraturen på baggrund af GRADE-metoden. Arbejdsgruppen er forelagt evidensprofilen, nøgleinformationer er gennemgået og der er herefter lavet en konsensusbeslutning om, hvordan anbefalingen skulle formuleres. En detaljeret beskrivelse af metoden findes i kapitel 11.

Svag anbefaling

Overvej antipsykotika fremfor benzodiazepiner til kortvarig lindrende behandling i maksimalt fire uger af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, hvis de er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint.

Ved behandling af mennesker med demens som oplever adfærdsmæssige og psykiske symptomer er det en forudsætning, at der tages en personcentreret tilgang, og at mulige underliggende årsag til symptomerne undersøges ved brug af en grundig, systematisk årsagsanalyse (jf. kapitel 3). Det indebærer, at somatiske årsager til symptomerne skal være relevant udredt. Med baggrund i analysen, tilrettelægges omsorg, pleje og behandling inkl. strukturerede og målrettede interventioner (jf. kapitel 4 og 5), der kan medvirke til at afhjælpe symptomerne, hvilket er førstevalgsbehandling ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Antipsykotika bør derfor ikke bruges som førstevalgsbehandling eller til vanlig behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Der kan dog, i meget få tilfælde, 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. Svært psykisk forpint er en verbal, som nonverbal, tilstand hvor personen fremtræder angst med fysisk eller psykisk uro, fx utræstelig grædende, har skræmmende og pinefulde synshallucinationer, er højlydt klagende eller råbende, og hvor det ikke er muligt trods faglige indsatser at aflede eller give trøst. Denne anbefaling omhandler derfor det fåtal af mennesker, hvor der i disse situationer, opstår et behov for en hurtig intervention med et lægemiddel. I sådan en situation kan man overveje, kortvarig lindrende behandling med et antipsykotikum i så lav dosis som muligt i op til fire uger. Inden medicinen gives, anbefales det, at der skal foretages en struktureret vurdering af symptomerne, fx med redskabet Neuropsychiatric Inventory (NPI) eller lignende.

Risperidon bør som udgangspunkt foretrakkes, da det aktuelt er det eneste 2. generationsantipsykotikum, der er godkendt til mennesker med demens. Lindrende behandling med andre antipsykotika betragtes som off-label og indikationen kan derfor ikke genfindes i indlægssedlen. 1. generationsantipsykotika bør ikke anvendes til mennesker med demens. Ved valg af præparat bør man være opmærksom på, at forskellige præparater kan have forskellig bivirkningsprofil. Til mennesker med Lewy-Body demens eller Parkinsonsdemens, bør der udvises ekstra påpasselighed, da kun Clozapin er godkendt til behandling af Parkinsonsdemens og anden behandling vil være off-label. Initiering af evt. lindrende behandling til mennesker med disse to demensformer, bør derfor altid forestås af eller i samråd med speciallæger i psykiatri.

Den lindrende behandling inkl. dosering og monitorering skal følge "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" [88]. Dette inkluderer, at der skal gives så lav en dosis som muligt, i så kort tid som muligt op til fire uger. Dosisøgning bør ske langsomt. For Risperidon kan startes med 0,25 mg en til to gange om dagen. Egen læge kan initiere den akutte, lindrende behandling, hvis behandlingsvarigheden forventes at være under fire uger. Ved behandlingsvarighed over fire uger anbefales det at konferere med en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer.

Forud for enhver opstart af behandling, skal der sikres informeret samtykke fra enten personen med demens, eller såfremt denne er varig inhabil, skal der indhentes stedfortrædende samtykke fra patientens nærmeste pårørende, personlige værge eller fremtidsfuldmægtige. Vurderes situationen at kræve akut behandling indenfor rammerne af Sundhedsloven §19, kan behandlingen iværksættes uden samtykke efter konference med anden, ikke-behandlingsansvarlig læge [89][90][91]. Opstartes behandling uden samtykke, bør dette videreformidles så hurtigt som muligt til stedfortræder og pårørende.

Ved opstart af lindrende behandling med antipsykotika skal lægen fastsætte en dato for revurdering eller seponering af behandlingen, hvilket bør ligge efter en til to uger. I behandlingsplanen bør der indgå en beskrivelse af, hvilken virkning og lindring, der ønskes opnået, samt hvilke bivirkninger, personalet skal være opmærksomme på under behandlingsperioden. Samtidig skal der i samarbejde med de primære ansvarspersoner, udarbejdes en individuel plan for hvilke strukturerede og målrettede interventioner, der skal afprøves/fortsættes for at skabe en højere grad af trivsel og med henblik på fremtidig seponering af medicinen. Lægen skal jævnligt revurdere (min. hver anden uge), om der er grundlag for at fortsætte medicinen, samt overveje en ny struktureret årsagsanalyse i samarbejde med primære ansvarspersoner, hvor overvejelser om delirium også indgår. Ved stop af den lindrende behandling, lægges en individualiseret plan for aftrapning/seponering. Ved revurderingen skal der fortsat lægges vægt på, hvilke strukturerede og målrettede tiltag, der gøres for at nedtrappe og evt. helt seponere medicinen, samt vanlig lægefaglig vurdering.

Hvis der i stedet behandles med benzodiazepiner skal det følge samme principper for dosering og monitorering beskrevet i "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" [88]. Benzodiazepiner skal primært bruges som supplement til anden behandling og bør ikke stå alene. Behandlingen inkluderer så lav dosis som mulig, i så kort tid som muligt op til fire uger. For mennesker med demens skal der udvises ekstra påpasselighed. For Lorazepam gives 0,5 mg en til to gange om dagen. Revurderingen skal foregå under samme principper såfremt den akutte behandling er startet op i andet regi (hospital/psykiatri)

Praktiske oplysninger

Sundhedsstyrelsen har udgivet anbefalinger til, hvordan man fremmer trivslen hos personer med udadreagerende adfærd i ældreplejen [63]. Her fremhæves, at et meningsfuldt hverdagsliv er med til at give borgeren en oplevelse af trivsel og livskvalitet og dermed mindsker risikoen for voldsomme episoder. Her fremhæves også fysisk aktivitet, tilpasset sansestimuli og målrettede indsatser og indretningens sansemæssige påvirkning.

Derudover er der erfaring med, at strukturerede og målrettede interventioner med udgangspunkt i den personrettede tilgang og omsorg kan reducere brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens: Erfaringen siger, at det ikke har stor betydning hvilke interventioner man vælger, men at målrettet fokus på brugen af antipsykotisk medicin og interventioner med individet i centrum har en effekt på reduktion af forbruget [83][84]. Sundhedsstyrelsen har udgivet en guide til at nedbringe antipsykotisk medicin til mennesker med demens [67], som blandt andet beskriver alternativerne til antipsykotisk medicin.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Det er meget usikkert, om der er forskel i *mortalitet* samt antallet af *alvorlige hændelser* når der sammenlignes mellem kortvarig behandling med et antipsykotika og kortvarig behandling med benzodiazepiner, da de inkluderede studier ikke rapporterede nogle hændelser.

Kortvarig behandling med antipsykotika påvirker muligvis ikke *adfærdændringer* eller *agitation* sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepiner i betydelig grad.

For det vigtige outcome *somnolens* reducerer kortvarig behandling med antipsykotika muligvis antallet af personer der oplever somnolens i nogen grad sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepiner. Det er dog meget sparsomt belyst.

For det vigtige outcome *funktionsniveau* påvirker kortvarig behandling med antipsykotika muligvis ikke funktionsniveau sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepiner i betydelig grad.

For de vigtige outcome *frakturer/fald, ekstrapyramidale bivirkninger, forekomst af delirium, livskvalitet og pårørende/medarbejderbyrde* var der ingen studier som rapporterede disse outcome.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da der er meget lav tiltro til evidensen for de kritiske outcomes.

For de kritiske outcome *mortalitet* og *alvorlige hændelser* er tiltroen samlet set meget lav grundet alvorlig risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimater, da der ikke var nogle hændelser i studierne. For de kritiske outcome *adfærdændringer* og *agitation* er tiltroen samlet set lav på grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimater.

For de vigtige outcome *frakturer/fald, ekstrapyramidale bivirkninger, forekomst af delirium, livskvalitet og pårørende/medarbejderbyrde* var der ingen studier som rapporterede disse.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Det kan være udfordrende at få indsigt i præferencer fra denne population, da demenssygdommen og de alvorlige adfærdsmæssige symptomer kan gøre det vanskeligt for personer selv at forstå konsekvenserne af deres valg, især når der er risiko for, at de kan skade sig selv eller andre. Derfor baseres præferencer oftest på vurderinger fra pårørende og sundhedsprofessionelle. Det er dog stadig vigtigt, at inddrage personen med demens i det omfang det er muligt. Mennesker med demens, som ikke er erklæret varigt inhabile, har samme rettigheder til informeret samtykke som andre voksne over 18 år [90].

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at præferencer blandt mennesker med demens og deres pårørende vil variere individuelt. Den øgede dødelighed forbundet med behandling med antipsykotika kan være en bekymring fra de pårørende, lige som den øgede risiko for somnolens og fald ved behandling med benzodiazepiner kan vække betænkeligheder. Det forventes, at nogle vil vægte de forskellige potentielle skadelige effekter som mortalitet, fald og somnolens forskelligt. Der vil også være variation i, hvordan mennesker med demens og pårørende samarbejder med sundhedsprofessionelle, hvilket kan påvirke præferencerne.

Brugerpanelet understreger betydningen af en god relation til de sundhedsprofessionelle, og pårørendes involvering, særligt ved overgange og evt. opstart af behandling. Det er afgørende, at relevante strukturerede og målrettede tiltag bliver afprøvet og at der sker en forventningsafstemning om håndtering af akutte situationer som i sidste instans kan føre til et behov for medicin. Brugerpanelet fremhæver herudover, at der bør gives grundig information om, hvad der er gået forud for opstart og årsag til opstart af mulig behandling, samt en god plan for opfølgning, vurdering, plan for nedtrapning, og hvad der skal stå i stedet for medicinen samt sikre informeret samtykke. Er personen med demens varigt inhabil, skal samtykket indhentes fra de pårørende eller værge. Sundhedspersonalet skal oplyse pårørende om denne

rettighed.

Ressourcer

Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen vurderer, at brug af antipsykotika frem for benzodiazepiner til kortvarig behandling af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer i sig selv ikke er ressourcekrævende. Anbefalingen forudsætter dog korrekt identifikation af den relevante patientpopulation, hvilket kan kræve øget kompetenceudvikling blandt både sundhedsprofessionelle og pårørende, som kan være ressourcekrævende. Samtidig understreger både arbejdsgruppen og brugerpanelet, vigtigheden af at have afprøvet relevante strukturerede og målrettede tiltag inden de situationer opstår, hvor personen med demens er til fare for sig selv eller andre eller er svært psykisk forpint. Dette kan kræve øgede ressourcer som nærmere beskrevet i kapitel 4, 5 og 6.

Lighed i sundhed

Faktorer ikke vurderet

Arbejdsgruppen og brugerpanelet fremhæver, at den eksisterende forskel i forbruget af antipsykotika til mennesker med demens på tværs af landet muligvis er med til at synliggøre allerede eksisterende ulighed i sundhed. Det er dog svært at vurdere, hvad der er en egentlig årsag til forskelle i forbruget og hvor meget denne anbefaling vil være med til at reducere eller øge ulighed i sundhed.

Accept

Væsentlige problemer

Det er arbejdsgruppen og brugerpanelets vurdering, at variation i præferencer hos både sundhedsprofessionelle, pårørende og mennesker med demens kan påvirke accepten i forhold til valg af enten antipsykotika eller benzodiazepiner til kortvarig behandling af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer. I "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" [98] kan der, ved akutte tilstande fraviges fra at måle EKG og vægt, hvilket kan medvirke til accept af brug af antipsykotika.

Gennemførlighed

Væsentlige problemer

Både arbejdsgruppen og brugerpanelet påpeger, at der kan være væsentlige problemer med at gennemføre brugen af både antipsykotika og benzodiazepiner til kortvarig behandling af svære adfærdsmæssige symptomer, da der vil være betydelige variationer i præferencer blandt både sundhedspersoner, pårørende og mennesker med demens. I den akutte situation vil valget ofte bero på sundhedspersonen, men i det omfang det er muligt, er det vigtigt at involvere både pårørende og mennesker med demens i beslutningsprocessen både før og efter behandling. Gennemførligheden forbedres ved et samtidig fokus på alternative løsninger, der skal erstatte medicinen samt grundig revurdering af behandlingen. Fokus bør fortsat være på strukturerede og målrettede interventioner og der skal være et klart ledelsesfokus på denne behandlingsform, da implementering kan være udfordrende.

Rationale

Ved formuleringen af anbefalingen er der lagt vægt på, at der er en kendt øget mortalitet ved brug af antipsykotika til mennesker med demens. Der er desuden en velkendt øget risiko for, at brug af benzodiazepiner kan udløse delirium, især hos ældre. Det er uvist, om der er en øget mortalitet ved brugen af benzodiazepiner hos mennesker med demens, men arbejdsgruppen lægger vægt på, at der generelt er kendt forgiftningsrisiko ved brug af benzodiazepiner.

Der er ingen kendt risiko for frakturer som følge af fald ved brug af antipsykotika, i modsætning til den kendte for fald ved brug af benzodiazepin. Dog er ekstrapyramidale bivirkninger velkendt ved brug af antipsykotika, som kan medføre øget risiko for fald. For antipsykotika er der sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på hverken agitation eller adfærdssymptomer sammenlignet med benzodiazepiner. Øvrige kendte bivirkninger ved benzodiazepiner er dysfagi, somnolens og tryksår.

Samlet set kan der således ikke påvises en forskel i hverken gavnlige eller skadelige effekter mellem de to typer lindrende behandling.

Baseret på den nuværende evidens fra dette kapitel samt kapitel 6, hvor der også lægges vægt på kendte skadelige virkninger, vurderer arbejdsgruppen, at der ikke er grundlag for at antage, at benzodiazepiner har mindre skadelig virkning end antipsykotika. Derfor er der ikke tilstrækkelig evidens til at ændre på gældende klinisk praksis, hvor antipsykotika typisk anvendes i akutte situationer.

Der er både i arbejdsgruppen og i brugerpanelet enighed om, at antipsykotika generelt ikke bør gives til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens, hvilket understøttes af "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" [88].

Det anerkendes, at der kan opstå situationer, hvor mennesker med demens oplever svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer, hvor de kan være til fare for sig selv eller andre, eller svært psykisk forpinte. I sådanne situationer kan der være behov for farmakologisk behandling for at lindre symptomer, og i disse situationer fremhæver arbejdsgruppen, at antipsykotika aktuelt er hyppigst brugt i klinisk praksis.

Fokuseret spørgsmål

Population: Personer med alle typer af demens og svært udadrettet adfærd til fare for sig selv/andre eller svært psykisk forpint

Intervention: Kortvarig behandling med antipsykotika

Sammenligning: Kortvarig behandling med benzodiazepiner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er to systematiske oversigtsartikler inklusiv ekskluderede studier fra oversigtsartiklerne [128][130], hvorfra der blev identificeret tre randomiserede forsøg [126][127][129]. Der blev lavet en opdateret søgning baseret på den systematiske oversigtsartikel fra Tampi et al., hvor der blev søgt på studier der sammenlignede benzodiazepiner og antipsykotika [130]. Søgningen blev lavet fra 2013 og frem, men resulterede ikke i nye studier. For at undersøge om der var grundlag for en indirekte sammenligning mellem lægemidlerne (antipsykotika eller benzodiazepiner sammenlignet med placebo), blev der lavet en ny søgning. Denne resulterede i ingen studier som sammenlignede benzodiazepiner med placebo.

Evidensgrundlaget er således tre randomiserede studier [126][127][129].

Gennemgang af evidens

Populationen i de inkluderede studier bestod af personer med svær til meget svær demens samt svære adfærdsmæssige symptomer herunder agitation. I alle studierne blev deltagerne inkluderet fra hospital eller plejehjem.

Interventionerne bestod af enten tabletbehandling med haloperidol op til 5 mg (gennemsnit 1,5 mg) sammenlignet med oxazepam op til 60 mg (gennemsnit 30 mg) [126], tabletbehandling med thioridazine 10-80 mg (gennemsnit 32,9 mg) sammenlignet med diazepam 4-18 mg (gennemsnit 7,2 mg) [127] eller intramuskulær injektion af olanzapin 2,5-5,0 mg sammenlignet med lorazepam 1 mg [129]. Ingen studier intervererede med Risperidon, som aktuelt er eneste godkendte andengenerations antipsykotika til kortvarig behandling af svære adfærdssymptomer ved alzheimers demens i Danmark. Interventionsperioden varierede fra 24 timer [129], over fire uger [127] til otte uger [126].

Resultater for de kritiske outcome

Ét studie rapporterede data for det kritiske outcome *mortalitet* [129]. Der er ingen events (dødsfald) i hverken interventionsgruppen eller kontrolgruppen. Det er derfor meget usikkert, om der er forskelle i mortalitet mellem kortvarig behandling med antipsykotika og benzodiazepin.

Ét studie rapporterede data for det kritiske outcome *alvorlige hændelser (SAE)* [127]. Der var ingen events (alvorlige hændelser) i hverken interventionsgruppen eller kontrolgruppen. Det er derfor meget usikkert, om der er forskelle i alvorlige hændelser mellem kortvarig behandling med antipsykotika og benzodiazepin.

Tiltroen til evidensen for de to kritiske outcome *mortalitet* og *alvorlige hændelser (SAE)* er samlet set meget lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og meget alvorlig upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller og ingen events)

Tre studier rapporterede data for det kritiske outcome *adfærdændringer (BPSD)* [126][127][129]. Metaanalysen viste, at kortvarig behandling med antipsykotika muligvis ikke reducerer adfærdændringer i betydelig grad sammenlignet med kortvarig behandling af benzodiazepiner (SMD 0,13 lavere, 95% CI 0,46 lavere til 0,2 højere).

Tre studier rapporterede data for det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd* [126][127][129]. Metaanalysen viste, at kortvarig behandling med antipsykotika muligvis ikke reducerer agitation i betydelig grad sammenlignet med kortvarig behandling af benzodiazepiner (SMD 0,1 lavere, 95% CI 0,34 lavere til 0,15 højere). Forskellen svarer til en reduktion på 0,31 point på CMAI (range: 29-203, 95% CI: -1,05; 0,46) og er ikke klinisk relevant (mindste kliniske relevante effekt er 5 point på CMAI). Estimeret er omregnet fra standarddeviationen fra final mean (SD 3,08) fra kontrolgruppen i studiet af Meehan 2021 [129].

Tiltroen til evidensen for de kritiske outcome *adfærdændringer (BPSD)* og *agitation/udadreagerende adfærd* er samlet set lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller).

Resultater for de vigtige outcome

Ét studie rapporterede data for det vigtige outcome *funktionsniveau (ADL)* [126]. Kortvarig behandling med antipsykotika påvirker muligvis ikke funktionsniveau i betydelig grad sammenlignet med benzodiazepiner (67 færre per 1.000, 95% CI 91 færre til 8 flere).

Ét studie rapporterede data for de vigtige outcome *somnolens* [126]. Kortvarig behandling med antipsykotika reducerer muligvis antallet af personer med somnolens sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepiner (MD 5,79 lavere, 95% CI 14,74 lavere til 3,16 højere).

Tiltroen til evidensen for de vigtige outcome *somnolens* og *funktionsniveau (ADL)* var samlet set lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorlig upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller).

De vigtige outcomes *frakturer/fald*, *ekstrapyramidale bivirkninger*, *forekomst af delirium*, *livskvalitet (QoL)* samt *pårørende/medarbejderbyrde* blev ikke belyst i de inkluderede studier.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Benzodiazepiner	Intervention Antipsykotika	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Mortalitet ¹ Inden for 12 uger efter opstart af kortvarig behandling 9 Kritisk	Relative risiko 0 (CI 95% -0.02 — 0.02) Baseret på data fra 205 patienter i 1 studier. ²	0 per 1.000 Forskel:	0 per 1.000 0 færre per 1.000 (CI 95% 22 færre — 22 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af meget alvorlig upræcist effektestimater ³	Det er meget usikkert om der er forskelle i mortalitet mellem kortvarigbehandling med antipsykotika og kortvarig behandling med benzodiazepin
Alvorlige hændelser (SAE) ⁴ Inden for 12 uger efter opstart af kortvarig behandling 9 Kritisk	Relative risiko 0 (CI 95% -0.09 — 0.09) Baseret på data fra 40 patienter i 1 studier. ⁵	0 per 1.000 Forskel:	0 per 1.000 0 færre per 1.000 (CI 95% 92 færre — 92 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af meget alvorlig upræcist effektestimater ⁶	Det er meget usikkert om der er forskelle på antallet af personer med alvorlige hændelser ved kortvarigbehandling med antipsykotika og kortvarig behandling med benzodiazepin
Somnolens ⁷ Inden for 4 uger 6 Vigtig	Relative risiko 0.35 (CI 95% 0.12 — 1.08) Baseret på data fra 205 patienter i 1 studier. ⁸	103 per 1.000 Forskel:	36 per 1.000 67 færre per 1.000 (CI 95% 91 færre — 8 flere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effektestimater ⁹	Kortvarig behandling med antipsykotika reducerer muligvis antallet af personer med somnolens i nogen grad sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepin
Adfærdssændringer (BPSD) ¹⁰ Inden for 4 uger 9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra 280 patienter i 3 studier. ¹¹	Forskel:	SMD 0.13 lavere (CI 95% 0.46 lavere — 0.2 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effektestimater ¹²	Kortvarig behandling med antipsykotika påvirker muligvis ikke adfærdssændringer/BPSD i betydelig grad sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepin
Agitation/udadreagerende adfærd ¹³ Inden for 4 uger 9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra 280 patienter i 3 studier. ¹⁴	Forskel:	SMD 0.1 lavere (CI 95% 0.34 lavere — 0.15 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effektestimater ¹⁵	Kortvarig behandling med antipsykotika påvirker muligvis ikke agitation/udadreagerende adfærd i betydelig grad sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepin. Forskellen svarer til en reduktion på

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Benzodiazepiner	Intervention Antipsykotika	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
					0.31 point på CMAI (range: 29-203) (95% CI: -1.05;0.46). MCID: -5 point. Beregnet ud fra SD (3.08) i kontrolgruppen fra studiet af Meehan 2002
Funktionsniveau (ADL) Inden for 4 uger 6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 35 patienter i 1 studier. ¹⁶	Forskell:	MD 5.79 lavere (CI 95% 14.74 lavere — 3.16 højere)	Lav På grund af alvorlig upræcist effekttestimat, På grund af alvorlig risiko for bias ¹⁷	Kortvarig behandling med antipsykotika påvirker muligvis ikke funktionsniveau/ADL i betydelig grad sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepin
Frakturer/fald Inden for 4 uger 4 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.	Ingen studier rapporterede det binære outcome antal personer med frakturer/fald			Det er kendt, at der er risiko for fald ved benzodiazepiner.
Ekstrapyramidale bivirkninger Inden for 4 uger 4 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.	Ingen studier rapporterede det binære outcome ekstrapyramidale bivirkninger			Ekstrapyramidale bivirkninger er kendt ved behandling med antipsykotika, som kan medføre øget risiko for fald.
Forekomst af delir Inden for 4 uger 4 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.	Ingen studier rapporterede det binære outcome forekomst af delir			Det er kendt at brug af benzodiazepin kan udløse delirium ved ældre generelt.
Livskvalitet (QoL) Inden for 4 uger 4 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.	Ingen studier rapporterede det kontinuerte outcome livskvalitet			Arbejdsgruppen vurderer, at det er usikkert om der er relevante forskelle mellem kortvarig behandling med antipsykotika og benzodiazepin målt på livskvalitet
Pårørende/ medarbejderbyrde Inden for 4 uger 4 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.	Ingen studier rapporterede det kontinuerte outcome pårørende/medarbejder byrde			Arbejdsgruppen vurderer, at det er usikkert om der er relevante forskelle mellem kortvarig behandling med antipsykotika og benzodiazepin målt på pårørende/medarbejder byrde

- 1, 4, 7. Estimatet og de absolutte værdier er baseret på en analyse af risikoforskelle
2. med inkluderede studier: [129].
3. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Upræcist effekttestimat: meget alvorligt.** Only data from one study, low number of patients and no events.
5. med inkluderede studier: [127].
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, deviation of the intended interventions, missing outcome, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Upræcist effekttestimat: meget alvorligt.** Only data from one study, Low number of patients and no events.
8. med inkluderede studier: [126].
9. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Upræcist effekttestimat: alvorligt.** Only data from one study, Low number of patients.
11. Systematisk oversigtsartikel [169] med inkluderede studier: Coccaro 1990, Covington 1975, Meehan 2002.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, deviation of the intended interventions, missing outcome, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Manglende overførbarehed: ingen betydelig.** Outcome: Meehan: måler outcome efter 24 timer. Coccaro: måler efter 8 uger, Covington: måler efter 4 uger. **Upræcist effekttestimat: alvorligt.** Bredt konfidensinterval der spænder fra moderat reduktion til mindre forværring af adfærdændringer, -0.13 [-0.46, 0.20].
14. Systematisk oversigtsartikel [169] med inkluderede studier: Meehan 2002, Coccaro 1990, Covington 1975.
15. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, deviation of the intended interventions, missing outcome, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Manglende overførbarehed: ingen betydelig.** Outcome: Meehan: måler outcome efter 24 timer. Coccaro: måler efter 8 uger, Covington: måler efter 4 uger. **Upræcist effekttestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller der svinger med effekten til begge sider.
16. Systematisk oversigtsartikel [169] med inkluderede studier: Coccaro 1990.
17. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, deviation of the intended interventions, missing outcome, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Manglende overførbarehed: ingen betydelig.** Coccaro: måler efter 8 uger, Differences between the outcomes of interest and those reported (e.g short-term/surrogate, not patient-important). **Upræcist effekttestimat: alvorligt.** Only data from one study.

8. Patientcases

Cases vedr. fysiske omgivelsesfaktorer (svag anbefaling for)

Jens er for nyligt flyttet på plejehjem

Denne case beskriver en vanskelig overgang fra eget hjem til plejehjem, hvor ændringer i de fysiske omgivelser er med til at få Jens til at føle sig mere hjemme.

Jens er 84 år gammel og er flyttet på plejehjem for nogle uger siden. Jens har Alzheimers sygdom i moderat grad og har haft sygdommen i fem år.

Jens har tidligere været mekaniker og haft sit eget værksted med flere ansatte. Han har spillet fodbold næsten hele sit liv og været aktiv som frivillig i den lokale fodboldklub. Han er gift med Lis, har tre børn og fire børnebørn, som alle besøger ham ofte. Lis er der mindst nogle gange om ugen.

I de uger Jens har været på plejehjemmet, har han ofte virket urolig og utryg. Han går meget rundt på plejehjemmet, og spørger alle om de har set Lis. Han går ind i andre beboeres boliger, hvis døren er åben og bliver lidt vred og irriteret, når personalet forsøger at guide ham ud igen og ind hos sig selv. Han siger, at han ikke bor der, og at nu vil han gå hjem.

Jens har svært ved at skulle vaskes og få børstet tænder. Han bliver rastløs og irriteret, når personalet vil hjælpe ham. Det samme kan ske, når Jens skal have noget at spise. Han virker til at have svært ved at genkende genstande og aflæse, hvad det er personalet vil og hvilken situation, han er i.

Personalet har holdt et møde om Jens og de er enige om, at Jens ikke trives. Problemerne leder til nogle ubehagelige situationer, hvor Jens bliver vred og ked af det, en følelse der sidder i ham længe og truer hans velbefindende. Personalet bliver utrygge, når Jens bliver meget vred.

Personalet analyserer sig frem til følgende problemstillinger:

- Jens føler sig ikke hjemme på plejehjemmet. Han savner sit gamle hjem, Lis og resten af familien (**hjemlighed**)
- Jens kan ikke finde vej til og fra sin bolig og det gør ham utryg og bange (**overskuelighed/rum-retningsforstyrrelse**)
- Jens har brug for hjælp til at kunne aflæse, hvad der skal ske i konkrete situationer. Han har brug for at føle, at han har kontrol over situationen (**genkendelighed**)

For at afhjælpe problemstillingerne, kontakter personalet Lis, og fortæller om deres observationer og tanker. Lis fortæller, at familien købte nye møbler til Jens, da han skulle på plejehjem. Jens genkender derfor ikke møblerne. For at skabe mere hjemlighed, aftaler de, at Lis skal tage nogle af de kendte ting og møbler fra deres fælles hjem med for at gøre den nye bolig mere hjemlig. Familien kommer med hans gamle lænestol, hans natbord og et par mindre borde. De har også taget de medaljer med, som Jens har fået i fodbold. De sætter tingene på plads nogenlunde samme steder, som de var placeret i det tidligere hjem. Lis har også hentet cd'er med Jens yndlingsmusik samt sørget for lamper med behageligt lys ved lænestolen. Lis har også nogle billeder med af deres børn og børnebørn og en bog, hvor familien skriver eller tegner en lille hilsen, når de har været der, og skriver hvornår de kommer igen. Billederne kan hjælpe Jens og personalet til at få en snak om familien, når Jens savner dem, og bogen bruger personalet til at hjælpe Jens med at huske at familien besøger ham ofte og snart kommer igen.

For at hjælpe Jens med at finde sin stue, har personalet sat et billede af ham sammen med sit fodboldhold på hans dør i stor størrelse og i øjenhøjde. Jens er nemlig meget glad for billedet og kan genkende sig selv på det. De har også sat en lampe med blødt lys lige ved Jens dør. Lyset fra lampen er med til at lede Jens mod sin egen dør.

For at hjælpe Jens til at aflæse de konkrete situationer, der kan skabe vrede og frustration hos Jens, har han fået en tandbørste og et tandkrus i en stærk farve, ligesom vaskeklud og håndklæde også er i en kontrastfarve til alt det hvide på badeværelset. Ved Jens' plads i spisestuen står en farvet tallerken og et farvet glas. Tingene i kontrastfarver hjælper Jens til at genkende tingene og bedre kunne forstå, hvad de skal bruges til.

Personalet har samtidig også hængt nogle store billeder op i spiseområdet. Et med appetitligt udseende frugt og et med grøntsager. Det hjælper både Jens og andre beboere til at forstå, hvad rummet skal anvendes til.

Efter 14 dage evaluerer personalet de tiltag, der er iværksat og de konkluderer, at det samlet set har afhjulpet Jens problemer noget. Han føler sig mere hjemme i sin bolig og opholder sig oftere der i længere tid, hvor han virker glad og afslappet. Han kan bedre finde vej og orientere sig efter billedet på døren og lyset fra lampen. Han savner stadig familien, men det hjælper med billeder og bog. Jens kan også bedre selv være med ved vask og tandbørstning og han har mere ro ved måltiderne.

Jens bliver indlagt på sygehuset

I denne case har Jens fået en urinvejsinfektion og bliver råbende og udfarende. De fysiske omgivelser på sygehuset gør situationen værre for Jens.

Jens på 84 år er lige flyttet på plejehjem, hvor han først var urolig og utryg. De fysiske omgivelser blev gjort mere hjemlige, overskuelige og genkendelige, hvilket har betydet at Jens trives bedre.

En dag da personalet kommer ind for at vække Jens, ligger han med lukkede øjne og siger højtlydt "NEJ!, det er ikke godt, lad mig være" og slår ud efter personalet.

Jens kan ikke samarbejde til en temperaturmåling, men virker varm. Jens har ondt i maven og svært ved at komme af med urinen. Urinen bliver undersøgt og er positiv for blod og leukocytter. CRP måles til 193. Lægen kontaktes som vurderer, at Jens skal på sygehuset og behandles.

Jens køres på sygehuset med en ambulance. Han fægter med armene, da han skal flyttes over på båren, har fortsat lukkede øjne og råber "av, av".

På sygehuset kommer Jens ind på en stue med tre andre patienter. Jens bliver mere urolig og råbende. Han ved ikke, hvem der ligger omme på den anden side af skillevæggene og der er mange underlige lyde og nogen der snakker hele tiden. Jens hører ikke godt og det gør ham måske utryk, fordi han måske tænker, at de taler om ham og vil ham noget ondt. Han begynder at råbe, at han vil hjem. Omgivelserne er her medvirkende til at forværre situationen for Jens. Ved at flytte Jens på en enestue, vil det kunne beskytte ham for en masse udefrakommende stimuli, der øger hans utryghed, samt flere personer som han ikke kender.

For at hjælpe med at aflede, så Jens kan få taget en blodprøve, har personalet givet ham en farverig bold. Jens indlægges, da hans infektionstal er steget til 250. Portøren, som skal køre Jens til den anden afdeling, siger: "Hej jeg hedder Torben og jeg skal køre dig til afdelingen for ældresygdomme. Sikke en flot bold du har der, jeg hører at du er ret god til det med bolde særligt fodbold. Jeg spiller også fodbold på portørholdet her på sygehuset". Jens begynder at fortælle om hans frivillige arbejde i den lokale fodboldklub, som assisterende træner for microput.

Ved ankomst til afdelingen for ældresygdomme, skal Jens tisse og bevæger sig ud fra stuen for at finde et toilet. Alle dørene er hvide og Jens kan ikke se, hvilken dør der er til toilettet. Han får hjælp af personalet, men kan efterfølgende ikke finde retur til sin stue. Ved tydelig markering af omgivelserne (wayfinding), hjælpes Jens til selv at kunne finde rundt og undgå at vandre forvirret rundt på gangene. Et billede af fodboldholdet sættes op på Jens' stue og et piktogram markerer toilettet, så Jens nu kan finde rundt.

Jens bliver meget forskrækket lørdag morgen, da der står en mand uden for vinduerne og vasker dem. Jens kan samtidig se sig selv i genspejlingen fra ruderne. Jens råber "Gå væk, hvor kommer I fra?" Personalet kan ikke trække gardinerne for, da de er til vask.

På et sygehus vil flere af de værktøjer der anvendes i hjemmeplejen og på plejehjem ikke kunne anvendes, da der stilles høje hygiejnemæssige krav til hvordan genanvendeligt udstyr skal kunne vaskes og sprittes af. Der er dog nogle ting, man kan gøre, som er eksemplificeret i ovenstående:

- Enestue som skærmning for unødige stimuli fra lyde og andre patienters tilstedeværelse.
- Et udfyldt "Hvem er jeg skema" bidrager til viden hos personalet om mennesker med demens, som kan tage udgangspunkt i mennesket først.
- Tydelig mærkning/markering af toilet og sengestue/wayfinding er vigtigt for selv at kunne navigere rundt. Patientstuen kan med fordel også være udstyret med et ur, en kalender og en patienttavle, hvorpå der kan skrives de ting patienten skal involveres i f.eks. fysioterapi, hvornår der er morgenmad, frokost og aftensmad eller undersøgelser/samtaler.
- Ting som danner genspejling eller at andre der skal udføre serviceopgaver bliver planlagt så det mindst muligt skaber forkerte stimuli

Cases vedr. brug af antipsykotika frem for benzodiazepiner når personen er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint (svag anbefaling for)

Aase går fra hjemmet om natten

Denne case beskriver en vanskelig overgang mellem hjem og plejehjem. I casen er Aase til fare for sig selv, da hun forlader hjemmet om natten og hendes ægtefælle Hans ikke længere oplever at kunne varetage opgaven og ansvaret for at passe Aase i hjemmet, også selvom det er hans ønske.

Aase på 78 har gennem de seneste 6 år været syg med en blanding af Alzheimers og Vaskulær demenssygdom. Aase bor med ægtefælle Hans på 83 år, i deres parcelhus som de selv har bygget i 1971. De kender mange i lokalmiljøet og deres naboer er gode til at hjælpe Aase med at finde tilbage når hun er gået fra boligen og ikke kan orientere sig.

Aase er inden for kort tid, blevet tiltagende hukommelsesvækket og har sværere og sværere ved at klare almindelige gøremål i dagligdagen. Hans har været god til at få tilpasset hverdagen, i takt med at Aase er blevet gradvis mere svækket, blandt andet ved at inddrage Aase i deres fælles madlavning.

Det er tidligere forsøgt at tilbyde Aase nogle dage på et dagcenter, for at aflaste Hans, men det er endnu ikke lykkedes, da Aase vil hjem og bliver vred på personalet. Det er svært for demenskoordinatoren, der kommer i hjemmet, at få lov til at afprøve nye indsatser og ofte har Hans aflyst besøg. Der er tilbudt hjælp i hjemmet 1-2 gange om dagen, og det lykkes bedst når det er kendte ansigter fra hjemmeplejen, men på det seneste har Aase også afvist at modtage deres hjælp.

Aases tolerance i hverdagen er lav og hun reagerer med vrede, gråd og uro, særligt om natten, hvor hun står op og går i gang med at "lave mad", tømmer skraldespanden i vasken og tænder for komfuret. Der har været flere tilfælde hvor hun er gået fra hjemmet for at lede efter den hund de tidligere havde. Aase blev fornyelig fundet våd og kold om natten, hvor hun var gået fra hjemmet uden jakke og GPS. Aase skælder Hans ud og der har nu været flere tilfælde hvor hun ikke har kunne genkende ham og har virket truende, da hun er overbevist om at Hans er en indbrudstyv. Situationen i hjemmet er uholdbar. Hans får ikke sovet om natten, da han frygter at Aase går og han er tiltagende svækket på sin fysiske og psykiske trivsel. Hjemmeplejen vurderer at Aase har brug for pleje og omsorg hele døgnet og at opgaven overstiger ægtefælles ressourcer og derfor foreslår de at indstille Aase til en plejehjemsplads.

Hans er dybt ulykkelig og føler sig ikke klar til at Aase skal flytte fra hjemmet. I samråd med egen læge igangsættes en lav dosis antipsykotisk medicin i en kortere periode imens demenskoordinator og hjemmeplejen arbejder på en mere fast struktur for besøg i hverdagen og samtidig opfordres ægtefælle til at tage ud og besøge forskellige lokale plejehjem og eventuelt overveje muligheden for at de kan flytte sammen i en ægteparbolig.

Sonja bor på plejehjem og er i risiko for at udvikle delirium

Denne case er et eksempel på et menneske som er svært forpint. Sonja er utryg, desorienteret og i risiko for at udvikle delirium på grund af manglende søvn og utilstrækkeligt indtag af væske og ernæring.

Sonja er 85 år, har en vaskulær demenssygdom og bor på plejehjem.

Gennem de sidste 5-6 måneder har Sonja i stigende grad virket urolig og har været svær at hjælpe.

Det meste af døgnet, går Sonja hvileløst rundt, råber vredt ad folk der passerer hende, slår ofte ud efter omsorgspersonalet og andre medbeboere. Personalet kan se at Sonja bliver mere og mere udmattet, græder mere og er tydeligvis utryg, urolig og mistroisk over for alle omkring hende. Hendes blik er flakkende og hun er konstant på vagt.

Sonja har svært ved at genkende og udføre praktiske opgaver så hun magter ikke selv at få noget at spise og drikke uden støtte og hjælp fra personalet. I samarbejde med demenskoordinator og de pårørende har personalet forsøgt at tilbyde Sonja mad og drikke, som hun særligt godt kan lide, i rolige og trygge omgivelser sammen med det faste personale, hvor der har været fokus på nærvær og kontakt under måltiderne. Det er ikke lykket, i tilstrækkelig grad til, at Sonja har opnået tilpas med ro til at kunne indtage et tilpas døgndækkende ernæringsindtag.

Den tilknyttede sygeplejerske og læge har gennemgået Sonjas fysiske helbred og sammen med personalets observationer vedrørende væske og ernæringsindtag, samt for obstipation og infektion, har de ikke kunne finde et grundlag for somatiske årsager til den ændrede adfærd. Lægen har sammen med kontaktpersonen gennemgået medicinliste samt medicinindtagelse over de sidste uger. I samråd med personalet og de pårørende har lægen for tre måneder siden seponeret al unødvendig medicin. Personalet har ligeledes arbejdet med at skabe og genskabe Sonjas tidligere rutiner og sovevaner omkring sengetid, blandt andet har de slået sengetæppet til side, dæmpet belysningen og givet sig tiden til at 1:1 og drukket te med Sonja 1 time før hun plejede at sove. De sidste par uger, har Sonja afvist fysisk tæt kontakt og berøring, været opfarende og vredsladen når personalet er gået rundt ved siden af hende og tilbudt en hånd at holde i. Personalet er bekymret for om Sonja får tilstrækkeligt med søvn og hvile, og nok at spise og drikke samt om Sonja er i risiko for at udvikle delirium. De pårørende er også rigtig bekymrede og berørte af situationen.

I samråd med egen læge og de pårørende besluttes det at starte med en lav dosis antipsykotisk medicin for at personalet bedre kan arbejde på at komme tættere på Sonja og dermed få lov til at hjælpe hende med mad og drikke, samt at skabe tilstrækkeligt med ro omkring hende, så hun kan få nogle dage med en god søvn, og derved undgå delirium. Det aftales med egen læge at han vil følge op på Sonjas tilstand indenfor 1-2 uger, medmindre hendes tilstand forværres.

Samtidig aftales det at demenskoordinator, leder og personale gennemfører en systematisk personcentreret årsagsanalyse. Gennem fælles faglig refleksion finder de frem til hvordan de med små tiltag kan hjælpe Sonja til at føle sig bedre inkluderet i fællesskabet. Det aftales blandt andet at alt personale altid skal hilse på Sonja når de går forbi hende og de venligt og smilende skal sige hendes navn og få øjenkontakt, de siger fx "Hej Sonja! Hvor er jeg glad for at se dig". De aftaler også hvordan de kan arbejde på at inddrage Sonja i forskellige gøremål og understøtte at hun får et positivt samvær med de andre beboere. Det tager tid men Sonja begynder langsomt at hilse tilbage når personalet hilser og hun virker mere rolig.

Der arbejdes ligeledes i denne periode med et fast team af personale som har overskud til Sonja samtidig med at hele personalegruppen får løbende supervision for bedre at kunne være i den svære situation og forblive fagligt undersøgende og nysgerrige. Der er ligeledes søgt om et individuelt VISO-forløb.

Peter er til fare for sig selv og til fare for andre

Denne case handler om Peter som for nylig er flyttet ind i en plejebolig. Peter går ud om vinteren uden tilstrækkeligt med tøj og er ikke trafikssikker. Han er derfor til fare for sig selv og andre.

Peter er 82 år og har fået diagnosen Alzheimers demens for ca. 8 år siden. For 3 måneder siden flyttede Peter ind på plejehjemmet, da situationen i hjemmet var uholdbar. Peter gik fra sit hjem flere gange dagligt og særligt, når Mona, hans hustru igennem 58 år, ikke var hjemme.

Peter og Mona har en tæt relation til familien som er ressourcestærk og gerne giver en hånd med i hverdagen og de har deltaget i kommunens tilbud om undervisning for pårørende.

Peter er nu begyndt at gå hyppigere og særligt efter aftensmaden, når mørket falder på, vil han hjem. De sidste par dage har Peter afvist at få følgeskab af personalet ved at true med at slå, sætte farten op og småløbe for at komme væk.

Peter er ikke trafikssikker. Personalet har flere gange set ham gå over for rødt, gå skråt over kørebanen selvom der er tæt trafik. Det bekymrer personalet at Peter er gået på tur flere gange i løbet af blot et par timer og at han lægger GPS'en fra sig inden han forlader plejehjemmet. Personalet har forsøgt at give Peter følgeskab, men han bliver vred og siger at han ikke er noget barn, og så løber han væk fra personalet.

Egen læge er inddraget til afdækning af almen helbredssituation og medicingennemgang, og det giver ikke anledning til bekymring. Peter sover godt om natten og særligt efter gåturene, derfor finder egen læge ikke anledning til at igangsætte antipsykotisk medicin, men anbefaler at personalet kontakter demenskoordinator, som har viden om borger og de får arbejdet med en systematisk årsagsanalyse. Personalet får derudover tilbudt løbende supervision.

Der er forsøgt med forskellige praktiske løsninger som forsinket døråbning, døralarm og GPS.

En aften er Peter gået og har nu været væk i flere timer. Personalet kontakter både familien og politiet på grund af bekymring for Peters helbred med vintervejret og de lave temperaturer men også fordi de vurderer at Peter er til fare for sig selv og andre i trafikken. Politiet kommer hjem med Peter, som de har fundet adskillige kilometer fra plejehjemmet.

I samråd med egen læge iværksættes lav dosis antipsykotisk medicin i en kortere periode for at personalet kan igangsætte systematisk relationsarbejde med udgangspunkt i de fem faktorer og de grundlæggende psykosociale behov i samarbejde med demenskoordinator og pårørende.

9. Implementering

Implementering af denne NKA er som udgangspunkt et regionalt og kommunalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen, og har derfor udviklet en implementeringshåndbog [131]. Implementeringshåndbogen trækker på internationalt publicerede empiriske studier, og er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Ved implementering af denne NKA har både arbejdsgruppen og referencegruppen fremhævet vigtigheden af at tage hensyn til, at mulighederne kan variere betydeligt mellem regioner, kommuner og endda fra plejecenter til plejecenter. Implementeringen bør derfor tilpasses de enkelte steder. NKA'en udstikker nogle generelle retningslinjer. Inspiration til at arbejde struktureret og målrettet, samt til at udvikle relevante interventioner, kan eksempelvis findes hos Videnscenter for Demens og i Demenshåndbøgerne udgivet af Sundhedsstyrelsen [62].

Både arbejdsgruppen, referencegruppen, brugerpanelet og den kvalitative litteratur fremhæver vigtigheden af ledelsens involvering i processen med at implementere en systematisk og personcentreret tilgang. De påpeger desuden, at det er en kontinuerlig proces at arbejde på denne måde. En fælles faglig forståelse og et tværfagligt samarbejde baseret på gensidig tillid og en konstruktiv faglig dialog fremhæves også som centrale elementer i implementeringen. Man kan finde inspiration til at styrke den faglige ledelse og skabe forandring i hverdagen i Sundhedsstyrelsens demenshåndbog "Faglig ledelse i praksis" [68].

Tidligere anbefalinger har anbefalet mod brugen af antipsykotika, men trods dette, har forbruget været nogenlunde uændret på landsplan. I denne NKA har vi derfor fået mulighed for systematisk at undersøge den kvalitative litteratur på brug, behandling og seponering af antipsykotika. Formålet er yderligere at belyse mulige forklaringer på det vedvarende forbrug samt identificere mulige udfordringer ved implementering af løsninger. Den kvalitative evidens kan herved understøtte og udfolde de udfordringer og muligheder der findes, når indeværende anbefalinger skal implementeres.

Kvalitativ evidens

Øget forbrug af antipsykotika kan både skyldes, at sundhedsprofessionelle mangler viden om behandling af adfærdsmæssige symptomer hos mennesker med demens, og at plejepersonale mangler viden om antipsykotika. Det kan også skyldes lav normering og mangelfuld oplæring i non-farmakologiske tilgange.

Medicingennemgang kan medvirke til at fremme implementering af anbefalinger til ændringer i brug af antipsykotika.

Implementering af nye arbejdsgange kan være særligt udfordrende i opstartsfasen, selv med træningsprogrammer for medarbejder. Monitorering øger lægers administrative arbejde, og reducerer den tid, der kan bruges på den direkte indsats til mennesker med demens, og ledere oplever modstand mod ændrede arbejdsgange, især fra ældre læger. Praktiserende læger har desuden ikke altid mulighed for at gennemføre medicingennemgang selv pga. tidsmangel og prioriteringer. Derudover kan der være modvilje mod at ændre medicin, som er ordineret af andre.

Sundhedsprofessionelle tilstræber at reducere antipsykotika, fordi det forbedrer livskvaliteten hos mennesker med demens. Reduktion er dog vanskelig pga. risiko for tilbagefald af adfærdssymptomer.

Behandling med antipsykotika fortsættes selvom der anbefales imod brug af antipsykotisk medicin til mennesker med demens, blandt andet fordi retningslinjer ikke er handlingsanvisende for svære situationer med uhåndterlig og udadreagerende adfærd. Information om brug af antipsykotika tillægges af nogle større betydning, når anbefalinger gives af andre speciallæger end anbefalinger i retningslinjer. Anbefalinger om at undlade brug af antipsykotisk medicin efter behov (pn.), kan dog også vanskeliggøre at anvende antipsykotika som pn. i tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt.

Sundhedsprofessionelle kan føle sig presset til at reducere brug af antipsykotika for at imødekomme ledelsens forventninger og opfylde lovbestemte standarder, så plejehjemets forbrug af antipsykotika fremstår mere fordelagtigt i en offentlige monitorering.

Implementering af nye arbejdsgange til at reducere forbruget af antipsykotika hæmmes af medarbejderes uddannelsesniveau og mangelfuld efteruddannelse af læger. Det kan være udfordrende at opretholde ændringer i normal drift, når projektfinansiering ophører.

Uddannelse af familiemedlemmer til mennesker med demens om demensbehandling og negative effekter af antipsykotika kan også bidrage til at nedbringe forbruget.

Kompetenceløft til nedbringelse af antipsykotisk medicin

Igennem Sundhedsstyrelsens pulje til praksisnært kompetenceløft til nedbringelse af antipsykotisk medicin [84] har man erfaret, at det er muligt at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin lokalt gennem en målrettet, faglig og praksisnær indsats. Nedbringelsen af forbruget er både sket ved forebyggelse af behovet for antipsykotisk medicin og ved seponering af eksisterende medicin. Særligt har man haft fokus på at reducere brugen af antipsykotisk medicin gennem non-farmakologiske tiltag.

Evalueringen af puljen viser også, at arbejdet med borgernes trivsel virker særdeles meningsfuldt og motiverende for medarbejderne. Motivationen er især kommet ved, at medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere har oplevet, at de ved hjælp af non-farmakologiske tiltag kan gøre en stor forskel for borgers trivsel.

Erfaringerne falder i fire temaer:

1. Viden, kompetencer og handlemuligheder
2. Arbejdsgange og mødesystematik
3. Tværgående samarbejde
4. Ledelsesfokus, implementering og fastholdelse

10. Monitorering, opdatering og videre forskning

Proces- og effektindikatorer

Alle registrerede diagnoser i det sekundære sundhedsvæsen indberettes til Landspatientregistret (LPR).

For demensdiagnosen bør der henledes særlig opmærksomhed på, at der formentlig findes en stor andel af mennesker som har fået registreret diagnosen i almen praksis, eller som aldrig har fået stillet en diagnose, trods en høj sandsynlighed for at denne foreligger. Tallene i LPR reflekterer derfor formentlig et underestimat.

Herudover er BPSD er ikke en selvstændig diagnose, og der foreligger derfor ikke nogen selvstændig registrering af BPSD. På den baggrund er estimater af incidensen vanskelige at opgøre, og monitorering er således problematisk. Dog kan demensdiagnoser samkøres med psykiatriske diagnoser, og der kan således opnås et estimat for, hvor mange mennesker med demens der efterfølgende udvikler en psykiatrisk diagnose. Da mange adfærdsmæssige og psykiske symptomer imidlertid ikke afstedkommer en decideret psykiatrisk diagnose, vil et sådant estimat dog forventeligt være underestimeret.

Plekehjemsbeboere estimeres og registreres ved Danmarks Statistik. Forebyggelsen af institutionalisering af mennesker med demens kan således anslås ved at samkøre oplysninger fra LPR med oplysninger fra Danmarks Statistik.

Forbruget af antipsykotika blandt mennesker med demens undersøges løbende af Sundhedsdatastyrelsen. Dette forbrug kan anvendes som monitorering af anbefalingerne vedrørende antipsykotika.

Datakilder

Der anbefales brug af data fra LPR, Sundhedsdatastyrelsen samt fra Danmarks Statistik.

Opdatering

Som udgangspunkt bør anbefalingen opdateres hvis ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger det. Faglige miljøer, patientforeninger og andre bør gøre Sundhedsstyrelsen opmærksom på ny viden, som potentielt kan ændre en gældende anbefaling.

Videre forskning

Denne anbefaling har klarlagt, at der findes meget forskellig forskning i non-farmakologisk behandling af BPSD, men at der fortsat mangler interventionsstudier, der sammenligner de forskellige typer af interventioner samt tager højde for graden af demens. Samtidig mangler der studier om, hvilke grupper af mennesker med demens der vil have størst gavn af de forskellige interventioner. Det vil være relevant at tage udgangspunkt i flere forskellige forskningstilgange og metoder, for at få det mest komplette billede af et meget kompleks område. Mere specifik forskning i enkelte interventioner holdt op mod hinanden og brug af flere forskningsmetoder, hvor der også er fokus på implementeringen, vil kunne være til gavn for både forskning, implementering og uddannelse.

Herudover mangler der forskning i relevante, medicinske alternativer til at behandle svære, adfærdsmæssige og psykiske symptomer sammenlignet med antipsykotika. Mange studier tillader at bruge for eksempel lorazepam som en sederende behandling for at dæmpe symptomerne, men der foreligger ikke studier, hvor dette holdes direkte op mod antipsykotika for kortvarigt at dæmpe de sværeste symptomer, så der kan sættes ind med relevant, non-farmakologisk behandling i stedet.

Det vil samtidig være relevant at forske i systematiske redskaber til at monitorere og registrere symptomer. Det kunne f.eks. være en registreringsmetode som tager udgangspunkt i farekriteriet, som er en mulig indikator for, hvornår antipsykotika muligvis kan gives, og når dette ikke opfyldes mere, bliver det mere visuelt, at behandlingen bør seponeres.

Der mangler derudover forskning som specifik arbejder med at forebygge BPSD. Dette kunne både være i form af relevant medicinsk behandling, f.eks. antidemens medicin, når der sættes ind med en systematisk indsats. Alternativt vil et relevant forskningsområde for at forebygge være både medicinsk og non-farmakologisk behandling som har fokus på affektive symptomer, herunder angst og depression samt døgnrytmeforstyrrelser.

Det vil samtidig være relevant med mere forskning hvor der differentieres i de forskellige typer af demens, herudover også for personer som har anden svær psykiatrisk lidelse eller udviklingshæmmede, som har demenssymptomer eller demensdiagnoser, da de ofte er underrepræsenteret i forskningen.

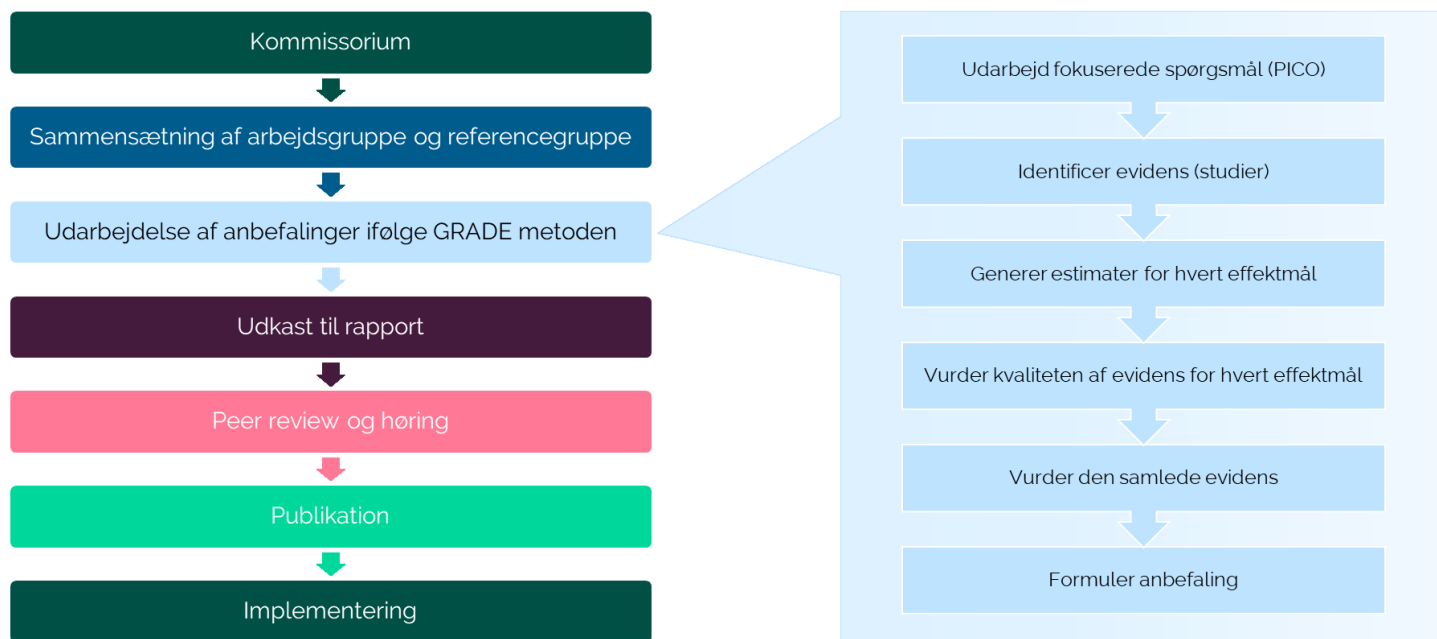
11. Beskrivelse af anvendt metode, evidensvurderinger og søgebeskrivelse

Metode

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en metodehåndbog for nationale kliniske retningslinjer og anbefalinger som kan tilgås via hjemmesiden [133]. Metodehåndbogen indeholder en beskrivelse af den metodiske tilgang og processen for udarbejdelse af evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer og anbefalinger.

Processen

Udarbejdelsen af en national klinisk anbefaling følger i store træk nedenstående model.



Fokuserede spørgsmål

Udvælgelsen af de fokuserede spørgsmål sker på baggrund af den ramme, som metoden for udvikling af nationale kliniske anbefalinger foreskriver. De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen, alternativet til interventionen og outcome. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes).

Outcomes

Outcomes er valgt a priori af arbejdsgruppen på baggrund af klinisk erfaring og ønsket om at få et specifikt outcome vurderet ud fra en specifik intervention. Der har ikke a priori været restriktioner på hvilke måleredskaber der er blevet anvendt til at registrere de valgte outcomes, og måleredskaber er derfor baseret på de der er anvendt i de identificerede studier. Det overordnede outcome BPSD er ofte afrapporteret som en samlet score for flere symptomer (eksempelvis som Neuropsychiatric inventory (NPI)), mens mere specificerede outcomes er afrapporteret som subscores (eksempelvis NPI depression subskala som mål for depressive symptomer eller aggressivitet). Mange måleredskaber for BPSD er proxy-rapporterede, det vil sige registreret af plejepersoner eller pårørende, mens enkelte måleredskaber, eksempelvis for depression, afrapporteres af personen med demens. De mest almindeligt brugte af disse måleredskaber (herunder NPI og GDS) er valideret til dansk brug [132].

GRADE og GRADE-CERQual

Grundlæggende arbejder vi med at udarbejde anbefalinger efter GRADE-metoden (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). GRADE er et internationalt brugt systematisk og transparent system til at vurdere tiltroen til evidens og udarbejde kliniske anbefalinger. GRADE-CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research) er et internationalt brugt systematisk og transparent system der bruges til at vurdere tiltroen til evidensen af kvalitative studier.

Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org> og <https://www.cerqual.org/>

Sammenfatning af evidensen

For hver anbefaling præsenterer vi en sammenfatning af den evidens, der ligger til grund for anbefalingen sammen med evidensprofiler med de samlede effektestimater, tiltroen til effektestimaterne og referencer til studierne.

Tiltroen til estimerne inddeles i fire niveauer:

- **Høj:** Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt
- **Moderat:** Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er

væsentligt anderledes

- Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt
- Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt

Nøgleinformationer

Under nøgleinformationer giver vi en fyldestgørende beskrivelse af de kriterier vi vurderer, når vi afvejer styrken og retningen af en anbefaling. De kriterier vi vurderer for at udarbejde anbefalingen er:

- Gavnige og skadelige virkninger
- Den overordnede tiltro til evidensen
- Patienternes værdier og præferencer
- Ressourcer
- Lighed i sundhed
- Accept
- Gennemførlighed

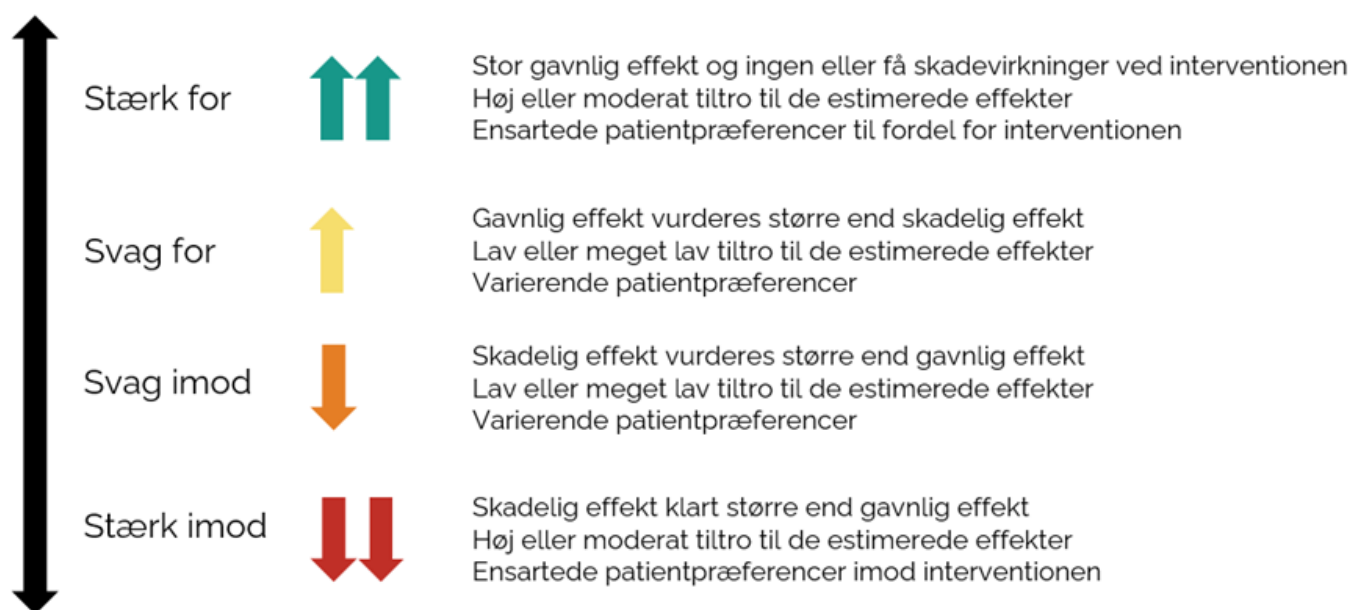
Anbefalingstyper ved brug af GRADE-metoden

Når evidensen er sammenfattet og nøgleinformationerne er udfyldt kan der på baggrund af en samlet vurdering udarbejdes anbefalinger.

Vi har fire typer anbefalinger. Anbefalingen har en retning og en styrke. Anbefalingen er i udgangspunktet for eller imod en intervention eller diagnostisk test og styrken af anbefalingen kan være stærk eller svag. Vurdering af anbefalingens retning og styrke giver på den måde mulighed for fire typer anbefalinger:

- Stærk anbefaling for
- Svag anbefaling for
- Svag anbefaling imod
- Stærk anbefaling imod

Retning og styrke af en anbefaling afhænger i udgangspunktet af balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger, patienternes præferencer og værdier samt den overordnede tiltroen til evidensen. Vi vurderer også om eventuelle ændringer i ressourceforbrug påvirker anbefalingen, om anbefalingen kan medføre ulighed i sundhed samt om anbefalingen er acceptabel for patienter og klinikere. Til sidst vurderer vi, om der er udfordringer i forhold til implementering af anbefalingen i klinisk praksis (gennemførlighed).



Rationale

I Rationalet beskriver vi, hvordan de ovenstående kriterier blev afvejet i forhold til hinanden og resulterede i anbefalingens retning og styrke.

Vurdering af tiltro til evidensen for kvalitative studier ved brug af GRADE-CERQual metoden

Sundhedsstyrelsen bruger GRADE-CERQual til at vurdere tiltroen til evidens fra kvalitative studier. CERQual-vurderingen er en pendant til GRADE-vurdering af kvantitativ evidens fra en metaanalyse. GRADE-CERQual er en transparent metode til at vurdere og beskrive, hvor stor tiltro vi har til et fund fra en systematisk oversigt over kvalitativ forskning (et oversigtsfund). Vurderingen beskriver i hvilken udstrækning et fund fra en systematisk oversigt er en rimelig gengivelse af det fænomen (phenomenon of interest) vi er interesseret i at undersøge. Med et oversigtsfund menes et analyseresultat fra en kvalitativ metasyntese som beskriver et fænomen eller et aspekt af et fænomen. Et oversigtsfund er typisk præsenteret som et tema eller en kategori. Vurderingen af tiltroen til et oversigtsfund baseres på fire komponenter:

- Metodiske begrænsninger
- Koherens
- Tilstrækkelighed af data
- Relevans

For hvert af de fire komponenter: metodologiske begrænsninger, koherens, tilstrækkelighed af data og relevans identificeres eventuelle begrænsninger og disse gradueres som:

1. Ingen eller meget små begrænsninger
2. Mindre begrænsninger
3. Moderate begrænsninger
4. Alvorlige begrænsninger

Efter en vurdering af alle fire komponenter foretages en overordnet vurdering af tiltroen til oversigtsfundet ud fra fire niveauer:

Høj: Det er meget sandsynligt, at oversigtsfundet fra den kvalitative metasyntese er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.

Moderat: Der er sandsynligt, at oversigtsfundet fra den kvalitative metasyntese er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.

Lav: Det er muligt, at oversigtsfundet fra den kvalitative metasyntese er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.

Meget lav: Det er uklart, om oversigtsfundet fra den kvalitative metasyntese er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.

Særligt for anbefaling vedr. strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer

For det fokuserede spørgsmål "*bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens*" udgjorde evidensgrundlaget kun sekundærlitteratur fra en systematisk oversigtsartikel af høj kvalitet. Der er brugt metoden ADOLPMENT [167][168].

AMSTAR vurderingen bruges til at bedømme kvaliteten af det systematiske review som ligger til grund for anbefalingen.

Den systematiske oversigtsartikler er underlagt samme kvalitetsvurdering, men der er ikke foretaget en metaanalyse af outcome og den narrative beskrivelse af evidensen fokuserer på de kritiske outcome.

Beslutningen er taget i samarbejde mellem sekretariatet og arbejdsgruppen ud fra en vurdering af vigtigheden af, at spørgsmålet stadig var en del af anbefalingen, samt at den evidens der er til rådighed holdt op mod klinisk erfaring, ikke ville ændre ved den gældende klinisk praksis.

Evidensvurderinger

Risiko for bias-vurderinger, kvalitativ evidensprofiler og metaanalyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås via [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

AMSTAR-vurderinger kan ligeledes tilgås via [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

Søgebeskrivelse for fokuserede spørgsmål 1 til 4

Litteratursøgningen og valg af databaser til denne kliniske anbefaling er foretaget i henhold til metodehåndbogen for udarbejdelse af nationale kliniske anbefalinger.

Der er foretaget to systematiske søgninger: En søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser) og en søgning efter opdaterende primærlitteratur. Nedenfor vises den totale periodedækning og databaser søgt for de enkelte PICOs.

PICO 1: 2018-jan 2024; Databaser: Medline, Embase, Cochrane Reviews, PsycInfo, Cinahl

PICO 2: 2014-jan 2024; Databaser: Medline, Embase, Cochrane Reviews, Cinahl (kun sekundærlitteratur søgt)

PICO 3: 2013-dec 2023; Databaser: Medline, Embase, Cochrane Reviews

PICO 3 kvalitativt fokus: 2013-jan 2024; Databaser: Medline, Embase, Cochrane Reviews, PsycInfo, Cinahl

PICO 4: 2013-mar 2024; Databaser: Medline, Embase, Cochrane Reviews

For detaljer se søgeprotokollen og flowcharts.

Søgeprotokoller

Søgeprotokoller for alle fokuserede spørgsmål kan tilgås herunder:

- [Sekundærlitteratur](#)
- [Primærlitteratur](#)

Flowcharts

Flowcharts for alle fokuserede spørgsmål kan tilgås [her](#).

12. Arbejds- og referencegruppe

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen for den nationale kliniske anbefaling for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens består af følgende personer:

- Anett Borg Kristensen, udpeget af Dansk Selskab for Geriatri
- Christina Mogensen, udpeget af FOA
- Elsebeth Glistrup, udpeget af Nationalt Videnscenter for Demens
- Janne Unkerskov, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Kasper Jørgensen, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Marlene Jul Houmann, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Mette Foldager, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Steen Gregers Hasselbalch, udpeget af Dansk Neurologisk Selskab
- Stefi Olesen, udpeget af Det Ergoterapi Faglige Selskab for Geriatri og Gerontologi
- Susanne Bollerup Overgaard, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Tania Mariager, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab (udtrådte efter 2. arbejdsgruppemøde)
- Flemming Mørkeberg Nilsson, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Tinna Klingberg, udpeget af Demenskoordinatorer i Danmark
- Trine Holt Clemmensen, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi

Sekretariatet i Sundhedsstyrelsen

Sekretariatet for arbejdsgruppen består af følgende personer:

- Lotus Sonnenborg, forperson
- Pernille Hølmkjær, fagkonsulent
- Anja Ussing, metodekonsulent
- Gustav Wulf Hildebrandt, metodekonsulent
- Kirsten Birkefoss, søgespecialist
- Matilde Bøgelund Hansen, projektleder (indtil januar 2024)
- Marie-Louise Kirkegaard Zobbe, projektleder (fra januar 2024)

Derudover har sekretariatet fået hjælp og rådgivning fra:

- Merete Bjerrum, professor, Aalborg Universitet

Pernille Hølmkjær har som en del af sekretariatet været overordnet ansvarlig for litteraturgennemgangen og for skriveprocessen i forbindelse med at udarbejde et udkast til anbefalingen til drøftelse i arbejdsgruppen.

Habilitetsforhold

Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#).

Referencegruppe

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner og andre aktører på området. Referencegruppens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af anbefalingerne, de udvalgte fokuserede spørgsmål, samt det faglige indhold.

Referencegruppen eller styregruppen for den nationale kliniske anbefaling for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens består af følgende personer:

- Signe Lind Jensen, udpeget af Social-, Bolig- og Ældreministeriet
- Christina Frederikke Bendix, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Emilie Kristensen, udpeget af Lægemedelstyrelsen
- Jesper Torp Nielsen, udpeget af Region Nordjylland
- Jurgita Christensen, udpeget af Region Hovedstaden
- Lone Bjørg, udpeget af Region Sjælland
- Mette Sofie Haulrich, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Mette Thoms, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Rune Ladeby Erichsen, udpeget af Region Syddanmark
- Seham Shahla, udpeget af Region Midtjylland

Brugerpanelet

- Lone Rehder, Danske Patienter og Alzheimerforeningen
- Birte Jakobsen, Danske Patienter og Alzheimerforeningen
- Susanne Bækgaard Holm, Ældre Sagen
- Lotte Kofoed Hansen, Ældre Sagen

Peer review og høring

De nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens har forud for udgivelsen været i offentlig høring. Anbefalingen er samtidig sendt direkte til følgende høringsparter med opfordring til at give hørings svar:

- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Geriatri
- Dansk Neurologisk Selskab
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Sygepleje Selskab
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Nationalt Videnscenter for Demens
- Socialpædagogerne
- Ergoterapeutforeningen
- DemensKoordinatorer i Danmark
- FOA
- Kvalitet i Almen Praksis (KiAP)
- Danske Patienter
- Ældre Sagen
- Sundhedsministeriet
- Ældreministeriet
- Socialstyrelsen
- Danske Regioner
- Kommunernes Landsforening
- Lægemiddelstyrelsen

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Kjeld Andersen, professor, overlæge, Psykiatrisk Afdeling Odense Universitetshospital
- Maria Bohr Sørensen, speciallæge i geriatri, Amager og Hvidovre Hospital
- Jette Thuesen, lektor, Videnscenter for rehabilitering og palliation

13. Begreber og forkortelser

Begreb	Forklaring
Absolut effekt	Effekten af en given intervention målt i absolutte tal. Hvis risikoen for at dø af en sygdom f.eks. er 3 per 1,000 og en behandling nedsætter denne risiko til 2 per 1,000, er den absolutte effekt 1 per 1,000. Den tilsvarende relative effekt er en 33% reduktion af dødeligheden, hvilket kan synes mere imponerende, men kan give et misvisende indtryk af den virkelige effekt. Derfor foretrækkes det normalt at præsentere absolutte frem for relative effekter. Bemærk, at den absolutte effekt vil variere med hyppigheden (prævalensen) af et givent udfald, selvom den relative effekt er konstant. Dette kan have betydning, f.eks. ved vurdering af behandlingers relevans i forskellige subgrupper af patienter.
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews. Værktøj til kvalitetsvurdering af systematiske oversigtsartikler.
Baseline risiko	Ved dikotome udfald ("enten-eller" udfald) betegner det risikoen for et givet udfald ved forsøgets begyndelse. Ved kontinuerte udfald ("udfald målt på en skala") betegner det en gennemsnitlig målt værdi ved forsøgets begyndelse. Et relateret begreb, assumed risk, findes i Summary of Findings tabellen, hvor det betegner risikoen for et givet udfald i forsøgets kontrolgruppe, eller en risiko i en kontrolgruppe hentet fra f.eks. befolkningsstatistik eller observationelle studier.
Bias	Bias er systematiske fejl i et studie, der fører til over- eller underestimering af effekten
Blinding	Blinding indebærer, at det under forsøget er ukendt hvilken gruppe en deltagerne er fordelt til. Flere parter kan være blindet, f.eks. deltageren, behandleren, den der vurderer udfald, og den der analyserer data.
95% CI	95% Konfidensinterval
Confounding	(eng. confounding, dansk konfounding) Konfounding er et fænomen, som kan mudre et forskningsresultat så man drager ukorrekte konklusioner om sammenhænge mellem årsag og virkning. Konfoundere er almindelige i ikke-randomiserede studier, hvor en given variabel (målt eller ej) kan forstyrre resultatet af en given relation. Konfounding kan forvirre en til at tro at, der er en årsagssammenhæng mellem en eksponering (fx en intervention) og et outcome selv om det ikke er tilfældet, og den ændring vi fx ser er på outcomet i virkeligheden skyldes en anden faktor (konfounderen). Tre ting skal være til stede for at vi kan kalde en variabel for en konfounder: 1) den skal være en selvstændig årsag til outcome, 2) den er associeret med eksponeringen (interventionen) og 3) den er ikke et led i årsagskæden fra eksponering til outcome
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation system. Et internationalt anerkendt system til at vurdere kvaliteten af evidens og til at udarbejde sundhedsfaglige anbefalinger
GRADE-CERQual	GRADE-CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research) er et internationalt brugt systematisk og transparent system der bruges til at vurdere tiltroen til evidensen af kvalitative studier
Heterogenitet	Inkonsistens i mellem resultater fra forskellige studier. Måles fx ved I ² , se nedenfor

I^2	Angiver den procentdel af variansen i en meta-analyse som skyldes heterogenitet. Heterogenitet udtrykker forskelle i resultaterne i de inkluderede studier. Hvis I^2 er høj (>50%) kan det være et udtryk for de inkluderede studier viser forskellige resultater
Incidens	Antallet af nye begivenheder eller hændelser fx nye sygdomstilfælde i en befolkningsgruppe i løbet af en given tidsperiode, opgøres ofte per år.
Intervention	Den behandling/indsats man vil komme med en anbefaling vedrørende.
Klinisk relevant	Et resultat er klinisk relevant, hvis størrelsen af estimatet er relevant for patienterne.
Mean Difference (MD)	Den gennemsnitlige forskel mellem to grupper.
Metaanalyse	En statistisk metode til at sammenfatte resultaterne af individuelle videnskabelige forsøg, til et overordnet estimat af størrelsen på behandlingseffekter. Behandlingseffektens samlede størrelse kan angives på forskellig måde, for eksempel som en relativ risiko, en odds ratio, eller en standardiseret, gennemsnitlig forskel mellem grupperne (SMD).
Outcome	Udfald. Forhold, man ønsker at måle en effekt på f.eks. smerte, livskvalitet eller død. Outcome vurderes som enten kritiske eller vigtige for at kunne give en anbefaling. De kritiske outcome er styrende for anbefalingen.
PICO	De fokuserede spørgsmål udgør grundlaget for den efterfølgende udarbejdelse af litteratursøgningsstrategi, inklusions- og eksklusionskriterier, fokus ved læsning af litteratur, samt formulering af anbefalinger. De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen og effekter. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes). For yderligere beskrivelse henvises til NKR metodehåndbogen [133].
Population	Målgruppen for anbefalingen.
Prævalens	Andelen af en population med en bestemt tilstand
Randomiserede forsøg	Studier hvor forsøgsdeltagere fordeles tilfældigt mellem to eller flere grupper, der får forskellig (eller ingen) behandling. Den tilfældige fordeling skal sikre, at de to studiegrupper bliver så ens, at den eneste variation mellem grupperne udgøres af, hvilken behandling personerne tilbydes
RCT	(eng. randomised controlled trial), forkortelse for randomiseret forsøg
Relativ effekt	Se under Absolut effekt.
Statistisk signifikant	Statistisk signifikans betegner, om estimatet af en behandlingseffekt er tilstrækkeligt præcist til, at man vil anse det for usandsynligt, at resultatet er fremkommet ved en tilfældighed. Oftest benytter man et konfidensinterval på 95 % omkring effektestimater, hvilket vil sige, at det sande effektestimater vil være inkluderet i konfidensintervallet i 95 af 100 forsøg udført på samme måde. Denne grænse er valgt ud fra en konvention, ikke en naturlov, og der er derfor ikke tale om et egentligt videnskabeligt bevis for en effekt, hvis et resultat er statistisk signifikant – der er tale om en sandsynliggørelse.
Standardiseret gennemsnitlige forskel (SMD)	Kommer af standardised mean difference. For outcome, der bliver målt med forskellige skalaer i de inkluderede studier, for eksempel smerte målt på en 10 punktsskala i et studie og på en 7 punktsskala i et andet studie, er det nødvendigt at standardisere for at kunne lave en meta-analyse. Enheden bliver nu standardafvigelse i stedet for de enheder skaler oprindeligt brugte, eksempelvis point på en given skala. Som en tommelfingerregel kan resultater under 0,3 tolkes som en lille effekt, 0,3 til 0,8 som en mellem effekt og over 0,8 som en stor effekt
Standard Deviation (SD)	Standardafvigelse
Standard Error (SE)	Standardfej
TAU	(eng. treatment as usual), vanlig behandling

Referencer

1. Almeida S, Paixão C, Gomes da Silva M, Marques A. Lifestyle-Integrated Functional Exercise for People With Dementia: A Pilot Study. *Journal of Aging & Physical Activity* 2021;29(5):771-780 [Journal](#)
2. Alvares-Pereira G., Silva-Nunes M., Spector A.. Validation of the cognitive stimulation therapy (CST) program for people with dementia in Portugal. *Aging & Mental Health* 2021;25(6):1019-1028 [Journal](#)
3. Bailey EM, Stevens AB, LaRocca MA, Scogin F. A Randomized Controlled Trial of a Therapeutic Intervention for Nursing Home Residents With Dementia and Depressive Symptoms. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society* 2017;36(7):895-908 [Pubmed Journal](#)
4. Bennett S, Laver K, Voigt-Radloff S, Letts L, Clemson L, Graff M, et al. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 2019;9(11):e026308-026308 [Pubmed Journal](#)
5. Bielderman A, van Corven CTM, Koopmans RCTM, Leontjevas R, de Vugt ME, Bakker C, et al. Evaluation of the SPAN intervention for people living with young-onset dementia in the community and their family caregivers: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health* 2023;1-9
6. Callahan CM, Boustani MA, Schmid AA, LaMantia MA, Austrom MG, Miller DK, et al. Targeting Functional Decline in Alzheimer Disease: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine* 2017;166(3):164-171 [Pubmed Journal](#)
7. Cezar NODC, Ansai JH, Oliveira MPBD, da Silva DCP, Gomes WDL, Barreiros BA, et al. Feasibility of improving strength and functioning and decreasing the risk of falls in older adults with Alzheimer's dementia: a randomized controlled home-based exercise trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2021;96:104476
8. Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx MS. Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *The journals of gerontology.Series A, Biological sciences and medical sciences* 2007;62(8):908-916 [Pubmed Journal](#)
9. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A, Golander H. Utilization of self-identity roles for designing interventions for persons with dementia. *The journals of gerontology.Series B, Psychological sciences and social sciences* 2006;61(4):202 [Pubmed Journal](#)
10. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M, Freedman L. Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry* 2012;73(9):1255-1261 [Pubmed Journal](#)
11. Dechamps A, Alban R, Jen J, Decamps A, Traissac T, Dehail P. Individualized Cognition-Action intervention to prevent behavioral disturbances and functional decline in institutionalized older adults: a randomized pilot trial. *International journal of geriatric psychiatry* 2010;25(8):850-860 [Pubmed Journal](#)
12. Fortinsky RH, Gitlin LN, Pizzi LT, Piersol CV, Grady J, Robison JT, et al. Effectiveness of the Care of Persons With Dementia in Their Environments Intervention When Embedded in a Publicly Funded Home- and Community-Based Service Program. *Innovation in Aging* 2020;4(6):gaa053
13. Froggatt K., Best A., Bunn F., Burnside G., Coast J., Dunleavy L., et al. A group intervention to improve quality of life for people with advanced dementia living in care homes: The namaste feasibility cluster RCT. *Health technology assessment* 2020;24(6):139 [Pubmed](#)
14. Gebhard D, Mess F. Feasibility and Effectiveness of a Biography-Based Physical Activity Intervention in Institutionalized People With Dementia: Quantitative and Qualitative Results From a Randomized Controlled Trial. *Journal of Aging & Physical Activity* 2022;30(2):237-251 [Journal](#)
15. Gibbor L., Forde L., Yates L., Orfanos S., Komodromos C., Page H., et al. A feasibility randomised control trial of individual cognitive stimulation therapy for dementia: impact on cognition, quality of life and positive psychology. *Aging & mental health* 2021;25(6):999-1007 [Pubmed](#)
16. Gitlin LN, Marx K., Piersol CV, Hodgson NA, Huang J., Roth DL, et al. Effects of the tailored activity program (TAP) on dementia-related symptoms, health events and caregiver wellbeing: a randomized controlled trial. *BMC geriatrics* 2021;21(1):581 [Pubmed](#)
17. Gitlin LN, Arthur P, Piersol C, Hessels V, Wu SS, Dai Y, et al. Targeting Behavioral Symptoms and Functional Decline in Dementia: A Randomized

Clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2018;66(2):339-345 [Pubmed Journal](#)

18. Gitlin LN, Winter L, Burke J, Chernet N, Dennis MP, Hauck WW. Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2008;16(3):229-239 [Pubmed Journal](#)

19. Goyal AR, Engedal K., Benth JS, Strom BS. Effects of the sonas program on anxiety and depression in nursing home residents with dementia: A 6-month randomized controlled trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* 2021;11(2):151-158 [Pubmed](#)

20. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, Rikkert MGMO. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 2006;333(7580):1196 [Pubmed Journal](#)

21. Ho RTH, Fong TCT, Chan WC, Kwan JSK, Chiu PKC, Yau JCY, et al. Psychophysiological Effects of Dance Movement Therapy and Physical Exercise on Older Adults With Mild Dementia: A Randomized Controlled Trial. *The journals of gerontology.Series B, Psychological sciences and social sciences* 2020;75(3):560-570 [Pubmed](#)

22. Huber A, Oppikofer S, Meister L, Langensteiner F, Meier N, Seifert A. Music & Memory: The Impact of Individualized Music Listening on Depression, Agitation, and Positive Emotions in Persons with Dementia. *Activities, Adaptation & Aging* 2021;45:70-84 [Journal](#)

23. Jung YH, Park SC, Lee JH, Kim MJ, Lee S., Chung SJ, et al. Effect of internet-based vs. in-person multimodal interventions on patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a randomized, cross-over, open-label trial. *Frontiers in public health* 2023;11:1203201 [Pubmed](#)

24. Justo-Henriques SI, Perez-Saez E, Apostolo JLA, Carvalho JO. Effectiveness of a Randomized Controlled Trial of Individual Reminiscence Therapy on Cognition, Mood and Quality of Life in Azorean Older Adults with Neurocognitive Disorders. *Journal of Clinical Medicine* 2021;10(22) [Pubmed](#)

25. Juárez-Cedillo T, Gutiérrez-Gutiérrez L, Sánchez-Hurtado LA, Martínez-Rodríguez N, Juárez-Cedillo E. Randomized Controlled Trial of Multi-Component Cognitive Stimulation Therapy (SADEM) in Community-Dwelling Demented Adults. *Journal of Alzheimer's Disease* 2020;78(3):1033-1045 [Journal](#)

26. Kallio E-L, Hietanen M, Kautiainen H, Pitkälä KH. Neuropsychological outcome of cognitive training in mild to moderate dementia: A randomized controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation* 2021;31(6):935-953 [Journal](#)

27. Kolanowski A, Litaker M, Buettner L, Moeller J, Costa PTJ. A randomized clinical trial of theory-based activities for the behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011;59(6):1032-1041 [Pubmed Journal](#)

28. Kor PPK, Parial LL, Yu CTK, Liu JYW, Liu DPM, Hon JMK. Effects of a Family Caregiver-Delivered MultiSensory Cognitive Stimulation Intervention for Older People With Dementia During Coronavirus 2019: A Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist* 2024;64(2):gnad054. doi: 10.1093/geront/gnad054 [Pubmed Journal](#)

29. Kratzer A, Diehl K, Gefeller O, Meyer S, Graessel E. Non-pharmacological, psychosocial MAKS-s intervention for people with severe dementia in nursing homes: results of a cluster-randomised trial. *BMC geriatrics* 2022;22(1):1001-z [Pubmed Journal](#)

30. Lai FH-Y, Yan EW-H, Tsui W-S, Yu KK-Y. A randomized control trial of activity scheduling for caring for older adults with dementia and its impact on their spouse care-givers. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 2020;90:104167 [Pubmed](#)

31. Lam LCW, Lee JSW, Chung JCC, Lau A, Woo J, Kwok TCY. A randomized controlled trial to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mild dementia in Hong Kong. *International journal of geriatric psychiatry* 2010;25(4):395-402 [Pubmed Journal](#)

32. Lam LCW, Lui VWC, Luk DNY, Chau R, So C, Poon V, et al. Effectiveness of an individualized functional training program on affective disturbances and functional skills in mild and moderate dementia--a randomized control trial. *International journal of geriatric psychiatry* 2010;25(2):133-141 [Pubmed Journal](#)

33. Li M., Lyu JH, Zhang Y., Gao ML, Li R., Mao PX, et al. Efficacy of Group Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, Neuropsychiatric Symptoms, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology* 2020;33(5):272-281 [Pubmed](#)

34. Lin YU, Chu H, Yang C-Y, Chen C-H, Chen S-G, Chang H-J, et al. Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International journal of geriatric psychiatry* 2011;26(7):670-678 [Pubmed Journal](#)
35. Lok N, Buldukoglu K, Barcin E. Effects of the cognitive stimulation therapy based on Roy's adaptation model on Alzheimer's patients' cognitive functions, coping-adaptation skills, and quality of life: A randomized controlled trial. *Perspectives in psychiatric care* 2020;56(3):581-592 [Journal](#)
36. Lu S, Zhang AY, Liu T, Choy JCP, Ma MSL, Wong G, et al. Degree of personalisation in tailored activities and its effect on behavioural and psychological symptoms and quality of life among people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 2021;11(11):e048917-048917 [Pubmed Journal](#)
37. Marinho V, Bertrand E, Naylor R, Bomilcar I, Laks J, Spector A, et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia in Brazil (CST-Brasil): Results from a single blind randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry* 2021;36(2):286-293 [Journal](#)
38. Menengi C KN, Yeldan I, Cinar N, Sahiner T. Effectiveness of motor-cognitive dual-task exercise via telerehabilitation in Alzheimer's disease: An online pilot randomized controlled study. *Clinical Neurology & Neurosurgery* 2022;223:107501 [Pubmed](#)
39. Mountain G., Wright J., Cooper CL, Lee E., Sprange K., BeresfordDent J., et al. An intervention to promote self-management, independence and self-efficacy in people with early-stage dementia: The Journeying through Dementia RCT. *Health technology assessment* 2022;26(24):121 [Pubmed](#)
40. Mountain GA, Cooper CL, Wright J, Walters SJ, Lee E, Craig C, et al. The Journeying through Dementia psychosocial intervention versus usual care study: a single-blind, parallel group, phase 3 trial. *The Lancet Healthy Longevity* 2022;3(4):e276-e285
41. Möhler R, Calo S, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *The Cochrane database of systematic reviews* 2023;3(3):CD009812 [Pubmed Journal](#)
42. Möhler R, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in community settings. *The Cochrane database of systematic reviews* 2020;8(8):CD010515 [Pubmed Journal](#)
43. Novelli MMPC, Machado SCB, Lima GB, Cantatore L, Sena BP, Rodrigues RS, et al. Effects of the Tailored Activity Program in Brazil (TAP-BR) for Persons With Dementia: A Randomized Pilot Trial. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2018;32(4):339-345 [Pubmed Journal](#)
44. O'Connor CM, Clemson L, Brodaty H, Low L-F, Jeon Y-H, Gitlin LN, et al. The tailored activity program (TAP) to address behavioral disturbances in frontotemporal dementia: a feasibility and pilot study. *Disability and rehabilitation* 2019;41(3):299-310 [Pubmed Journal](#)
45. Oliveira AM, Radanovic M, de Mello PCH, Buchain PC, Vizzotto ADB, Harder J, et al. Adjunctive therapy to manage neuropsychiatric symptoms in moderate and severe dementia: Randomized clinical trial using an outpatient version of tailored activity program. *Journal of Alzheimer's Disease* 2021;83(1):475-486 [Pubmed](#)
46. Prick A-E, de Lange J, Scherder E, Twisk J, Pot AM. The effects of a multicomponent dyadic intervention on the mood, behavior, and physical health of people with dementia: a randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging* 2016;11:383-395 [Pubmed Journal](#)
47. Rai HK, Schneider J., Orrell M.. An Individual Cognitive Stimulation Therapy App for People with Dementia and Carers: Results from a Feasibility Randomized Controlled Trial (RCT). *Clinical Interventions in Aging* 2021;16:2079-2094 [Pubmed](#)
48. Rhodus EK, Baum C, Kryscio R, Liu C, George R, Thompson M, et al. Feasibility of Telehealth Occupational Therapy for Behavioral Symptoms of Adults With Dementia: Randomized Controlled Trial. *American Journal of Occupational Therapy* 2023;77(4):1-11 [Journal](#)
49. Ridder HMO, Stige B, Qvale LG, Gold C. Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & mental health* 2013;17(6):667-678 [Pubmed Journal](#)
50. Sakamoto M, Ando H, Tsutou A. Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International psychogeriatrics* 2013;25(5):775-784 [Pubmed Journal](#)
51. Silva R, Bobrowicz-Campos E, Santos-Costa P, Cruz AR, Apostolo J. A Home-Based Individual Cognitive Stimulation Program for Older Adults With Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology* 2021;12:741955 [Pubmed](#)

52. Tanaka S, Honda S, Nakano H, Sato Y, Araya K, Yamaguchi H. Comparison between group and personal rehabilitation for dementia in a geriatric health service facility: single-blinded randomized controlled study. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society* 2017;17(3):177-185 [Pubmed Journal](#)
53. Tanaka S, Yamagami T, Yamaguchi H. Effects of a group-based physical and cognitive intervention on social activity and quality of life for elderly people with dementia in a geriatric health service facility: a quasi-randomised controlled trial. *Psychogeriatrics* 2021;21(1):71-79 [Journal](#)
54. Tonga JB, Šaltytė Benth J, Arnevik EA, Werheid K, Korsnes MS, Ulstein ID. Managing depressive symptoms in people with mild cognitive impairment and mild dementia with a multicomponent psychotherapy intervention: a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics* 2021;33(3):217-231 [Journal](#)
55. Van Haitsma KS, Curyto K, Abbott KM, Towsley GL, Spector A, Kleban M. A randomized controlled trial for an individualized positive psychosocial intervention for the affective and behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 2015;70(1):35-45 [Pubmed Journal](#)
56. Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Jessen F, Bohlken J, et al. A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: 10 sessions are not better than one consultation. *BMJ open* 2011;1(1):e000096-000096 [Pubmed Journal](#)
57. Wenborn J, O'Keeffe AG, Mountain G, Moniz-Cook E, King M, Omar RZ, et al. Community Occupational Therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID]) study: A single-blind, randomised controlled trial. *PLoS Medicine* 2021;18(1):1-19 [Journal](#)
58. Cohen-Mansfield J. Conceptualization of agitation: results based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. *International psychogeriatrics* 1996;8 Suppl 3:309-15; discussion 351-4 [Pubmed](#)
59. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health technology assessment (Winchester, England)* 2014;18(39):1-vi [Pubmed Journal](#)
60. Sigbrand LMF. Plejeboliger for personer med demens - indledende spørgsmål. Statens Byggeforskningsinstitut, 2019;2. udg.(SBI-anvisning 263):80 sider
61. Sigbrand LMF. Plejeboliger for personer med demens - detaljer og eksempler. Statens Byggeforskningsinstitut, 2019;2. udg.(SBI-anvisning 263):117 sider
62. Sundhedsstyrelsen. Demenshåndbøger. Opdateret 27.08.2024; hentet 15.11.2024 [Link](#)
63. Anbefalinger og inspiration til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder og udadreagerende adfærd i ældreplejen. Sundhedsstyrelsen 2020;75 sider [Link](#)
64. BPSD-modellen : metode til målrettet pleje af beboere med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Sundhedsstyrelsen 2019. [Link](#)
65. Personcentreret omsorg i praksis. (Demenshåndbøger). Sundhedsstyrelsen 2019. [Link](#)
66. Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer i praksis : introduktion. (Demenshåndbøger). Sundhedsstyrelsen 2019. [Link](#)
67. Guide til at nedbringe antipsykotisk medicin til mennesker med demens. (Demenshåndbøger). Sundhedsstyrelsen 2023. [Link](#)
68. Faglig ledelse i praksis. (Demenshåndbøger). Sundhedsstyrelsen 2019. [Link](#)
69. Beboerkonferencen i praksis : metodehåndbog. (Demenshåndbøger). Sundhedsstyrelsen 2020. [Link](#)
70. Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM). Data Extraction in Meta-analysis. <https://www.cebm.ox.ac.uk/> 2024;2024(13.11) [Link](#)

71. Den ældre skrøbelige patient. Dansk Selskab for Almen Medicin 2023. [Link](#)

72. Kitwood T. En revurdering af demens : personen kommer i første række. Munksgaard 1999;176 sider

73. Nationalt Videnscenter for Demens. Forekomst af demens i Danmark. Opdateret 13.11.2024. Hentet 15.11.2024 [Link](#)

74. Nationalt Videnscenter for Demens. Hvad er demens?. Opdateret 12.10.2022. Hentet 12.11.2024 [Link](#)

75. Nationalt Videnscenter for Demens. Forekomst af psykiatriske symptomer. Opdateret 17.11.2020. Hentet 12.11.2024 [Link](#)

76. Nationalt Videnscenter for Demens. Psykiatriske symptomer. Opdateret 29.06.2021; Hentet 12.11.2024 [Link](#)

77. Nationalt Videnscenter for Demens. Hallucinationer. Opdateret 17.11.2020; Hentet 12.11.2024 [Link](#)

78. Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen. Seponeringslisten 2025 : Anbefalinger til seponering af hyppigt anvendte lægemidler hos voksne. Sundhedsstyrelsen 2024. [Link](#)

79. Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser. Esundhed.dk 2023;2024(12.11) [Link](#)

80. Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til medicingennemgang. Opdateret 21.12.2023; Hentet 12.11.2024 [Link](#)

81. Demensligningen. i: Personcentreret omsorg i praksis. Sundhedsstyrelsen 2019;Side 34

82. Fem faktorer, der påvirker vores adfærd. Sundhedsstyrelsen [Link](#)

83. Evaluering af Demensrejsehold med fokus på nedbringelse af antipsykotisk medicin : Slutevaluering. Sundhedsstyrelsen 2024. [Link](#)

84. Pulje til praksisnært kompetenceløft til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens : erfaringsopsamling. Sundhedsstyrelsen 2024. [Link](#)

85. Sundhedsstyrelsen. Uændret brug af antipsykotisk medicin til ældre med demens. Nyhed 13.10.2023. Hentet 19.03.2025 [Link](#)

86. Medicinanamnese, medicingennemgang og ajourføring af FMK. i: Klinisk vejledning om Den ældre skrøbelige patient. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2023 [Link](#)

87. Dansk Selskab for Geriatri. Start/Stopp ver 3. Opdateret 10.12.2024; hentet 11.12.2024 [Link](#)

88. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser (VEJ nr 9697 af 10/09/2024). Opdateret 10.09.2024; hentet 14.11.2024 [Link](#)

89. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven : LBK nr 275 af 12/03/2025. Opdateret: 12.03.2025. Hentet: 19.03.2025 [Link](#)

90. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. (BEK nr 359 af 04/04/2019). Opdateret 04.04.2019; hentet 15.11.2024 [Link](#)

91. Styrelsen for Patientsikkerhed. Konkret informeret samtykke for varigt inhabile patienter. Hentet: 19.03.2025 [Link](#)

92. Røgeskov ML, Karmsteen K, Cramer Jensen D. Voksne med udviklingshæmning og udadreagerende adfærd : En kortlægning af virksomme metoder og lovende praksis. VIVE 2018. [Link](#)

93. Allain H., Dautzenberg PH, Maurer K., Schuck S., Bonhomme D., Gérard D.. Double blind study of tiapride versus haloperidol and placebo in agitation and aggressiveness in elderly patients with cognitive impairment. Psychopharmacology 2000;148(4):361-366 [PubMed Journal](#)

94. Alva G, Cubala WJ, Berrio A, Coate B, Abler V, Pathak S. Safety Profile of Pimavanserin Therapy in Elderly Patients with Neurodegenerative Disease-Related Neuropsychiatric Symptoms: A Phase 3B Study. *Journal of Alzheimer's Disease* 2024;98(1):265-274
95. Auchus AP, Bissey-Black C. Pilot study of haloperidol, fluoxetine, and placebo for agitation in Alzheimer's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* 1997;9(4):591-593 [PubMed Journal](#)
96. Ballard C, Banister C, Khan Z, Cummings J, Demos G, Coate B, et al. Evaluation of the safety, tolerability, and efficacy of pimavanserin versus placebo in patients with Alzheimer's disease psychosis: a phase 2, randomised, placebo-controlled, double-blind study. *The Lancet.Neurology* 2018;17(3):213-222 [PubMed Journal](#)
97. Ballard C, Margallo-Lana M, Juszcak E, Douglas S, Swann A, Thomas A, et al. Quetiapine and rivastigmine and cognitive decline in Alzheimer's disease: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 2005;330(7496):874 [PubMed Journal](#)
98. Brodaty H, Ames D, Snowdon J, Woodward M, Kirwan J, Clarnette R, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *The Journal of clinical psychiatry* 2003;64(2):134-143 [PubMed Journal](#)
99. De Deyn PP, Rabheru K, Rasmussen A, Bocksberger JP, Dautzenberg PL, Eriksson S., et al. A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 1999;53(5):946-955 [PubMed Journal](#)
100. De Deyn PP, Carrasco MM, Deberdt W, Jeandel C, Hay DP, Feldman PD, et al. Olanzapine versus placebo in the treatment of psychosis with or without associated behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry* 2004;19(2):115-126 [PubMed Journal](#)
101. De Deyn P, Jeste DV, Swanink R, Kostic D, Breder C, Carson WH, et al. Aripiprazole for the treatment of psychosis in patients with Alzheimer's disease: a randomized, placebo-controlled study. *Journal of clinical psychopharmacology* 2005;25(5):463-467 [PubMed Journal](#)
102. Deberdt WG, Dysken MW, Rappaport SA, Feldman PD, Young CA, Hay DP, et al. Comparison of olanzapine and risperidone in the treatment of psychosis and associated behavioral disturbances in patients with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2005;13(8):722-730 [PubMed Journal](#)
103. Devanand DP, Marder K., Michaels KS, Sackeim HA, Bell K., Sullivan MA, et al. A randomized, placebo-controlled dose-comparison trial of haloperidol for psychosis and disruptive behaviors in Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry* 1998;155(11):1512-1520 [PubMed Journal](#)
104. Grossberg GT, Kohegyi E, Mergel V, Josiassen MK, Meulien D, Hobart M, et al. Efficacy and Safety of Brexpiprazole for the Treatment of Agitation in Alzheimer's Dementia: Two 12-Week, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2020;28(4):383-400 [PubMed Journal](#)
105. NCT01862640. A Phase 3, 12-week, Multicenter, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial to Evaluate the Efficacy, Safety, and Tolerability of 2 Fixed Doses of Brexpiprazole in the Treatment of Alzheimer's Agitation. *ClinicalTrials.gov* 2013. [Link](#)
106. NCT01922258. A Phase 3, 12-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial to evaluate the efficacy, safety, and tolerability of flexible dosing of brexpiprazole (OPC-34712) in the treatment of subjects with agitation associated with dementia of the Alzheimer's type. *ClinicalTrials.gov* 2013. [Link](#)
107. Huang M-H, Zeng B-S, Tseng P-T, Hsu C-W, Wu Y-C, Tu Y-K, et al. Treatment Efficacy of Pharmacotherapies for Frontotemporal Dementia: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2023;31(12):1062-1073
108. Jin B, Liu H. Comparative efficacy and safety of therapy for the behavioral and psychological symptoms of dementia: a systemic review and Bayesian network meta-analysis. *Journal of neurology* 2019;266(10):2363-2375 [Journal](#)
109. Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, Clyde C., Napolitano J., Brecher M.. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *The Journal of clinical psychiatry* 1999;60(2):107-115 [PubMed Journal](#)
110. Kennedy J, Deberdt W, Siegal A, Micca J, Degenhardt E, Ahl J, et al. Olanzapine does not enhance cognition in non-agitated and non-psychotic patients with mild to moderate Alzheimer's dementia. *International journal of geriatric psychiatry* 2005;20(11):1020-1027 [PubMed Journal](#)

111. Kurlan R, Cummings J, Raman R, Thal L, Alzheimer's Disease Cooperative Study Group. Quetiapine for agitation or psychosis in patients with dementia and parkinsonism. *Neurology* 2007;68(17):1356-1363 [Pubmed Journal](#)

112. Lee D, Slomkowski M, Hefting N, Chen D, Larsen KG, Kohegyi E, et al. Brexpiprazole for the Treatment of Agitation in Alzheimer Dementia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurology* 2023;80(12):1307-1316

113. Mintzer JE, Tune LE, Breder CD, Swanink R, Marcus RN, McQuade RD, et al. Aripiprazole for the treatment of psychoses in institutionalized patients with Alzheimer dementia: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled assessment of three fixed doses. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2007;15(11):918-931 [Pubmed Journal](#)

114. Mintzer J, Greenspan A, Caers I, Van Hove I, Kushner S, Weiner M, et al. Risperidone in the treatment of psychosis of Alzheimer disease: results from a prospective clinical trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2006;14(3):280-291 [Pubmed Journal](#)

115. Muhlbauer V, Mohler R, Dichter MN, Zuidema SU, Kopke S, Luijendijk HJ. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021;12:013304 [Pubmed](#)

116. NCT00287742. A Study of the Effectiveness and Safety of Risperidone Versus Placebo in the Treatment of Patients With Hallucinations and Delusions Associated With Alzheimer's Disease. *ClinicalTrials.gov* 2006. [Link](#)

117. Paleacu D., Barak Y., Mirecky I., Mazeh D.. Quetiapine treatment for behavioural and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease patients: a 6-week, double-blind, placebo-controlled study. *International journal of geriatric psychiatry* 2008;23(4):393-400 [Pubmed Journal](#)

118. RIS-INT-83. Efficacy and safety of a flexible dose of risperidone versus placebo in the treatment of psychosis of Alzheimer's disease. A double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. null: (null) 2024. [Link](#)

119. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *The New England journal of medicine* 2006;355(15):1525-1538 [Pubmed Journal](#)

120. Street JS, Clark WS, Gannon KS, Cummings JL, Bymaster FP, Tamura RN, et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Archives of General Psychiatry* 2000;57(10):968-976 [Pubmed Journal](#)

121. Streim JE, Porsteinsson AP, Breder CD, Swanink R, Marcus R, McQuade R, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of aripiprazole for the treatment of psychosis in nursing home patients with Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2008;16(7):537-550 [Pubmed Journal](#)

122. Sultzer DL, Davis SM, Tariot PN, Dagerman KS, Lebowitz BD, Lyketsos CG, et al. Clinical symptom responses to atypical antipsychotic medications in Alzheimer's disease: phase 1 outcomes from the CATIE-AD effectiveness trial. *The American Journal of Psychiatry* 2008;165(7):844-854 [Pubmed Journal](#)

123. Tariot PN, Schneider L, Katz IR, Mintzer JE, Street J, Copenhaver M, et al. Quetiapine treatment of psychosis associated with dementia: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2006;14(9):767-776 [Pubmed Journal](#)

124. Teri L, Logsdon RG, Peskind E., Raskind M., Weiner MF, Tractenberg RE, et al. Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology* 2000;55(9):1271-1278 [Pubmed Journal](#)

125. Zhong KX, Tariot PN, Mintzer J., Minkwitz MC, Devine NA. Quetiapine to treat agitation in dementia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Current Alzheimer research* 2007;4(1):81-93 [Pubmed Journal](#)

126. Coccaro EF, Kramer E., Zemishlany Z., Thorne A., Rice CM3, Giordani B., et al. Pharmacologic treatment of noncognitive behavioral disturbances in elderly demented patients. *The American Journal of Psychiatry* 1990;147(12):1640-1645 [Pubmed Journal](#)

127. Covington JS. Alleviating agitation, apprehension, and related symptoms in geriatric patients: A double-blind comparison of a phenothiazine and a benzodiazepien. *Southern medical journal* 1975;68(6):719-724 [Pubmed Journal](#)

128. Kongpakwattana K, Sawangjit R, Tawankanjanachot I, Bell JS, Hilmer SN, Chaiyakunapruk N. Pharmacological treatments for alleviating agitation in dementia: a systematic review and network meta-analysis. *British journal of clinical pharmacology* 2018;84(7):1445-1456 [Journal](#)
129. Meehan KM, Wang H, David SR, Nisivoccia JR, Jones B, Beasley CMJ, et al. Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam, and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology* 2002;26(4):494-504 [Pubmed Journal](#)
130. Tampi RR, Tampi DJ. Efficacy and tolerability of benzodiazepines for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review of randomized controlled trials. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2014;29(7):565-574 [Pubmed](#)
131. Implementering af Nationale kliniske retningslinjer : Håndbog med hjælpeværktøjer. Sundhedsstyrelsen [Link](#)
132. Nationalt Videnscenter for Demens. Diagnosekriterier for demens. Opdateret 12.01.2021; hentet 15.11.2024 [Link](#)
133. Metodehåndbogen : model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Sundhedsstyrelsen, 2018. [Link](#)
134. Abrahamson K, Davila H, Kirk L, Garavito GA, Mueller C. Can a Nursing Home Psychotropic Reduction Project be Successfully Implemented in Assisted Living?. *Journal of Applied Gerontology* 2021;40(9):1071-1079 [Journal Link](#)
135. Almutairi H, Stafford A, Etherton-Bear C, Flicker L, Saunders R. Aged care staff perceptions of an online training program for responsive behaviours of residents with dementia. *Australasian Journal on Ageing* 2022;41(2):e112-e121 [Journal Link](#)
136. Crystal S, Jarrin OF, Rosenthal M, Hermida R, Angell B. National Partnership to Improve Dementia Care in Nursing Homes Campaign: State and Facility Strategies, Impact, and Antipsychotic Reduction Outcomes. *Innovation in Aging* 2020;4(3):gaa018
137. Dhuny S, Foley T, Jennings A. General practitioners' knowledge of and attitudes towards prescribing psychoactive drugs in dementia care: a cross-sectional questionnaire study. *Irish journal of medical science* 2021;190(2):667-675
138. Dijk MT, Tabak S, Hertogh CMPM, Kok RM, Marum RJV, Zuidema SU, et al. Psychotropic drug treatment for agitated behaviour in dementia: what if the guideline prescribing recommendations are not sufficient? A qualitative study. *Age & Ageing* 2022;51(9):1-10 [Journal Link](#)
139. Donyai P. Identifying fallacious arguments in a qualitative study of antipsychotic prescribing in dementia. *The International journal of pharmacy practice* 2017;25(5):379-387 [Pubmed Journal](#)
140. Dys S, Carder P. Beyond the Medication Pass: Attitudes, Ethics, Agency, and Antipsychotic Medications in Assisted Living/Residential Care. *Innovation in Aging* 2022;6(6):ga052
141. Ellis ML, Molinari V, Dobbs D, Smith K, Hyer K. Assessing approaches and barriers to reduce antipsychotic drug use in Florida nursing homes. *Ageing & mental health* 2015;19(6):507-516 [Pubmed Journal](#)
142. Ervin K, Cross M, Koschel A. Barriers to managing behavioural and psychological symptoms of dementia: staff perceptions. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)* 2014;21(3):201-207 [Pubmed Journal](#)
143. Flesner M, Lueckenotte A, Vogelsmeier A, Popejoy L, Canada K, Minner D, et al. Advanced Practice Registered Nurses' Quality Improvement Efforts to Reduce Antipsychotic Use in Nursing Homes. *Journal of nursing care quality* 2019;34(1):4-8 [Pubmed Journal](#)
144. Gill D, Almutairi S, Donyai P. "The Lesser of Two Evils" Versus "Medicines not Smarties": Constructing Antipsychotics in Dementia. *The Gerontologist* 2019;59(3):570-579 [Pubmed Journal](#)
145. Hinton L, Franz CE, Reddy G, Flores Y, Kravitz RL, Barker JC. Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians' perspectives. *Journal of general internal medicine* 2007;22(11):1487-1492 [Pubmed Journal](#)
146. Janzen S, Zecevic AA, Kloseck M, Orange JB. Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2013;28(5):524-532 [Pubmed Journal](#)

147. Jennings AA, Foley T, Walsh KA, Coffey A, Browne JP, Bradley CP. General practitioners' knowledge, attitudes, and experiences of managing behavioural and psychological symptoms of dementia: A mixed-methods systematic review. *International journal of geriatric psychiatry* 2018;33(9):1163-1176 [Journal Link](#)
148. Kerns JW, Winter JD, Winter KM, Kerns CC, Etz RS. Caregiver Perspectives About Using Antipsychotics and Other Medications for Symptoms of Dementia. *The Gerontologist* 2018;58(2):e35-e45 [Pubmed Journal](#)
149. Kolanowski A, Fick D, Frazer C, Penrod J. It's about time: use of nonpharmacological interventions in the nursing home. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* 2010;42(2):214-222 [Pubmed Journal](#)
150. Lawrence V, Fossey J, Ballard C, Ferreira N, Murray J. Helping staff to implement psychosocial interventions in care homes: augmenting existing practices and meeting needs for support. *International journal of geriatric psychiatry* 2016;31(3):284-293 [Pubmed Journal](#)
151. Ma D, Zhao Y, Wan Z, Sun D, Li H, Xie Z, et al. Nurses' attitudes and views on the application of antipsychotics in patients with dementia: A systematic review of qualitative studies. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)* 2020;41(6):669-676 [Link](#)
152. Mallon CM. Managing behaviours that challenge within. 2015.
153. Mavrodaris A, Philp I. Reducing antipsychotic prescriptions in primary care: a healthcare perspective. *Journal of Public Mental Health* 2013;12(1):32-42 [Journal Link](#)
154. Molinari VA, Chiriboga DA, Branch LG, Schinka J, Schonfeld L, Kos L, et al. Reasons for psychiatric medication prescription for new nursing home residents. *Aging & mental health* 2011;15(7):904-912 [Pubmed Journal](#)
155. Moth AE, Holmkjaer P, Holm A, Rozing MP, Overbeck G. What Makes Deprescription of Psychotropic Drugs in Nursing Home Residents with Dementia so Challenging? A Qualitative Systematic Review of Barriers and Facilitators. *Drugs and Aging* 2021;38(8):671-685 [Link](#)
156. O'Donnell E, Holland C, Swarbrick C. Strategies used by care home staff to manage behaviour that challenges in dementia: A systematic review of qualitative studies. *International journal of nursing studies* 2022;133:104260 [Link](#)
157. Rosenthal M, Poling J, Wec A, Connolly E, Angell B, Crystal S. "Medication Is Just One Piece of the Whole Puzzle": How Nursing Homes Change Their Use of Antipsychotic Medications. *Journal of Applied Gerontology* 2022;41(1):62-72 [Journal Link](#)
158. Sawan MJ, Jeon Y-H, Fois RJ, Chen TF. A qualitative study exploring visible components of organizational culture: what influences the use of psychotropic medicines in nursing homes?. *International psychogeriatrics* 2016;28(10):1725-1735 [Pubmed Journal](#)
159. Sawan M, Jeon Y-H, Fois RA, Chen TF. Exploring the link between organizational climate and the use of psychotropic medicines in nursing homes: A qualitative study. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP* 2017;13(3):513-523 [Pubmed Journal](#)
160. Shaw C, McCormack B, Hughes CM. Prescribing of Psychoactive Drugs for Older People in Nursing Homes: An Analysis of Treatment Culture. *Drugs - real world outcomes* 2016;3(1):121-130 [Pubmed Journal](#)
161. Simmons SF, Bonnett KR, Hollingsworth E, Kim J, Powers J, Habermann R, et al. Reducing Antipsychotic Medication Use in Nursing Homes: A Qualitative Study of Nursing Staff Perceptions. *The Gerontologist* 2018;58(4):e239-e250 [Pubmed Journal](#)
162. Smeets CHW, Smalbrugge M, Zuidema SU, Derksen E, de Vries E, van der Spek K, et al. Factors related to psychotropic drug prescription for neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* 2014;15(11):835-840 [Pubmed Journal](#)
163. Walsh B, Dahlke S, O'Rourke H, Hunter KF. Exploring acute care nurses' decision-making in psychotropic PRN use in hospitalised people with dementia. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)* 2022;31(13):2024-2035 [Journal Link](#)
164. Walsh KA, Dennehy R, Sinnott C, Browne J, Byrne S, McSharry J, et al. Influences on Decision-Making Regarding Antipsychotic Prescribing in Nursing Home Residents With Dementia: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Evidence. *Journal of the American Medical Directors Association* 2017;18(10):1 [Link](#)

165. Walsh KA, Byrne S, O’Riordan A, McSharry J, Browne J, Irving K, et al. Rationalising Antipsychotic Prescribing in Dementia (RAPID) complex intervention: A mixed-methods feasibility intervention study. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy* 2022;8:100190
166. Walsh KA, Sinnott C, Fleming A, Mc Sharry J, Byrne S, Browne J, et al. Exploring Antipsychotic Prescribing Behaviors for Nursing Home Residents With Dementia: A Qualitative Study. *Journal of the American Medical Directors Association* 2018;19(11):948-958.e12 [Pubmed Journal](#)
167. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *Journal of clinical epidemiology* 2017;81:101-110 [Pubmed Journal](#)
168. Klugar M, Lotfi T, Darzi AJ, Reinap M, Klugarová J, Kantorová L, et al. GRADE guidance 39: using GRADE-ADOLOPMENT to adopt, adapt or create contextualized recommendations from source guidelines and evidence syntheses. *Journal of clinical epidemiology* 2024;174:111494 [Pubmed Journal](#)
169. [Intervention] for [health problem].
170. Målrettede og strukturerede interventioner for BPSD hos personer med demens.
171. PICO 4 Antipsykotika vs. placebo.
172. PICO 4 Antipsykotika vs. placebo.
173. PICO 4 Antipsykotika vs. placebo.
174. Søgeprotokol for NKA Demens: Sekundærlitteratur. Sundhedsstyrelsen, 2024. [Link](#)
175. Søgeprotokol for NKA Demens: Primærlitteratur. Sundhedsstyrelsen, 2024. [Link](#)