



## Oversigt over hørings svar - National klinisk anbefaling for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

### Listet i indkommen rækkefølge:

#### Hørings svar

1. Ulla Riber Mortensen
2. Mette Foldager
3. DSAM
4. DASYS
5. Alzheimerforeningen
6. Dansk Musikterapeutforening (DMTF)
7. Ældre Sagen
8. Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF)
9. Dansk Psykolog Forening
10. FOA
11. Institut for Kommunikation og psykologi, Aalborg Universitet
12. Nationalt Videnscenter for Demens
13. Danske Patienter
14. Ergoterapeutforeningen og Ergoterapifagligt Selskab for Geriatri og Gerontologi
15. Lægemiddelstyrelsen (LMST)
16. KL
17. Social og Boligstyrelsen (SBST)
18. Demenskoordinatorer i Danmark (DKDK)
19. Danske Regioner
20. Indenrigs- og Sundhedsministeriet

#### Peer reviews:

1. Kjeld Andersen, Professor, Overlæge, Psykiatrisk Afdeling Odense, Klinisk Institut, Syddansk Universitet
2. Maria Bohr Sørensen, Afdelingslæge, Afdeling for Ældresygdomme, Amager og Hvidovre Hospital

27. januar 2025

Sagsnr. 05-0000-172  
Reference MIBH  
nkrsekretariat@sst.dk

3. Jette Thuesen, Lektor, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Syddansk Universitet

**From:** Ulla <ulla@demenscoach.dk>  
**Sent:** 20-12-2024 12:07:37 (UTC +01)  
**To:** SST NKR Sekretariat <NKRsekretariat@SST.DK>  
**Subject:** Høringssvar til Sundhedsstyrelsens nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

**[EKSTERN E-MAIL]** Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.  
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til NKR sekretariatet  
Sundhedsstyrelsen, Evidensbaseret medicin

Som konsulent ved Sundhedsstyrelsens værdighedsrejsehold, og tidligere ved demensrejseholdet har jeg med interesse læst udkast til Sundhedsstyrelsens nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Det er anbefalinger vi på Sundhedsstyrelsens rejsehold arbejder på at implementere i praksis i kommuner, på plejehjem, i hjemmeplejen samt friplejehjem.

Beboerkonferencen, som er nævnt side 7 er et meget effektivt redskab, som vi fortsat arbejder på at udvikle, så det kan indgå i den daglige praksis.

Det er et redskab, der med stor effekt kan anvendes i alle plejeenheder, uanset om der er tale om plejehjem, hjemmepleje, akutaflastning, rehabiliteringscentre med videre.

Jeg har sammen med andre rejseholdskolleger været med til at udvikle metoden beboerkonference, samt har deltaget i udarbejdelsen af håndbogen "Beboerkonferencen i praksis".

Det glæder mig derfor, at dette virksomme redskab er nævnt som metode i anbefalingerne.

Men en lille detalje kunne jeg ønske ændret: I skriver "For personale på plejehjem..."

Alle kan have glæde metoden- hvilket vi på Sundhedsstyrelsens rejsehold har mange praksiseksempler på. Det vil være ærgerligt, hvis læseren opfatter, at metoden kun er for plejehjem.

*"For personale på plejehjem er der udgivet Demenshåndbogen "Beboerkonferencen i praksis" som beskriver en struktureret og systematisk borgergennemgang med udgangspunkt i personcentreret omsorgsteori og f.lles 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 personen med demens [72]."*

Ellers vil jeg bare sige TAK for et vigtigt og godt værktøj, og jeg glæder mig til fortsat at være med til at implementere det.

Mange hilsner

*Ulla Riber Mortensen*

# DEMENS COACH

trivsel - samspil - udvikling

Selvstændig konsulent  
Sygeplejerske  
Diplom i Demens og Konflikt håndtering  
Certificeret Marte Meo terapeut  
Proceskonsulent  
Konsulent ved Sundhedsstyrelsens Værdighedsrejsehold

Tlf: 20808894  
Mail: [Ulla@demenscoach.dk](mailto:Ulla@demenscoach.dk)

Hasselvang 102  
Brejning  
7080 Børkop

Sent: 14-01-2025 09:26:58 (UTC +01)  
To: SST NKR Sekretariat [NKR Sekretariat@SST.DK](mailto:NKR Sekretariat@SST.DK)  
Subject: Høring af de nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

Kære NKA

Jeg har siddet med i arbejdsgruppen for denne NKA og det undrer mig, at der mangler den gruppe patienter med demens der lider af vaskulær demens og Lewy Body, samt andre blandingsformer for demens. Vaskulær demens er ikke en neurodegenererende sygdom. Derfor foreslås at der bliver tilføjet følgende under overskriften s. 5 Demens, BPSD og antipsykotika i afsnit 2 (se med gul skrift herunder)

”Aktuelt er der en årlig incidens på ca. 9000 (2022-tal) [88]. Demens er en fællesbetegnelse som dækker over flere forskellige neurodegenerative sygdomme, **der findes blandingsformer mellem Alzheimer sygdom og andre demensformer – især vaskulær demens og Lewy body demens.**

Demens udvikler sig over tid og medfører en gradvis forværring af flere kognitive funktioner, som forringer en persons mulighed for at klare sig selvstændigt i dagligdagen [80]. Der findes aktuelt ingen behandling, som kan helbrede de neurodegenerative sygdomme og **vaskulære demenssygdomme**, der er årsagen til demens.”

De bedste hilsner  
Mette

Venlig hilsen  
Mette Foldager

Projekt- og Programleder Geriatrik Afdeling og Demensvenligt Sygehus  
Cand.Cur, MPI

Geriatrik Afdeling G, OUH Svendborg Sygehus  
Baagøes Alle 15, 5700 Svendborg

From: DASYS [dasys@dasys.dk](mailto:dasys@dasys.dk)  
Sent: 14-01-2025 16:34:40 (UTC +01)  
To: SST NKR Sekretariat [NKR Sekretariat@SST.DK](mailto:NKR Sekretariat@SST.DK)  
Subject: SV: Offentlig høring af NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens - høringsfrist fredag d. 17. januar 2025 kl. 12.00

Categories: Høring

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender. Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære SST NKR Sekretariat, v. Jutta Møller Jensen

DASYS takker for at få mulighed for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsens NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Høringen har været sendt ud til DASYS' faglige selskaber og der er ikke indkommet forslag til bemærkninger til den.

Venlig hilsen

Diana Juhl

[DASYSdasys@dasys.dk](mailto:DASYSdasys@dasys.dk)

Dansk Sygeplejeråd Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K +45 3315 1555 [dsr@dsr.dk](mailto:dsr@dsr.dk) | [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) | Facebook

København, den 15. januar 2025

Til Sundhedsstyrelsen, Evidensbaseret Medicin

## **Høringsvar vedr. NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens**

Tak for muligheden for at afgive høringsvar på denne nationale kliniske anbefaling.

### **Overordnede kommentarer:**

Vi ser i DSAM meget positivt på formålet med NKA'en. Og indholdet er fuldstændig i tråd med den holdning, som DSAM's arbejdsgruppes arbejde omkring nedbringelse af antipsykotisk medicin til patienter med demens; dvs. hovedindsatsen skal fokusere på systematisk årsagsanalyse og personcentreret omsorg og ikke farmakologiske metoder.

Samtidig bemærker vi fra DSAM's side også, at der er god overensstemmelse mellem NKA'en og vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser<sup>1</sup>. Det er vigtigt, at der er enighed mellem udgivelser og retningslinjer, det styrker implementeringen.

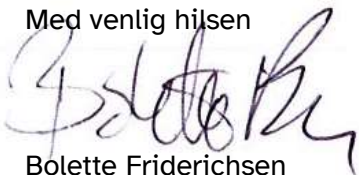
### **Specifikke kommentarer:**

Vi har ingen specifikke kommentarer til NKA'en, men vil gerne rette fokus mod, at det helt afgørende punkt i omsorgen for patienter med demens er at få kvalificeret personale, der bliver trænet i opgaven, og at fokus rettes mod det faste personale. Det kan kræve ressourcer på nuværende tidspunkt, men kan give langsigtede positive effekter, som det også beskrives i NKA'en. Vi håber meget, at udgivelsen af NKA'en kan sætte fokus på dette, da det kræver en politisk prioritering på alle niveauer at få NKA'ens anbefalinger effektueret.

Fra DSAM's side vil vi derfor på alle måder bakke op om NKA'ens anbefalinger.

Vi vil udbrede indholdet af NKA'en til vores medlemmer gennem bl.a. vores kommende faglige nyhedsbrev. Vi vil ligeledes støtte det politiske arbejde for at få allokert flere ressourcer til opkvalificering af personalet på landets plejehjem og for at få skabt en kultur, hvor adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos patienter med demens ses som et symptom på mistrivsel af både fysisk og psykisk årsag, og at behandlingen er behandling af årsag og personcentreret omsorg. Det er DSAM's vurdering, at lægens opgave derfor er meget lille i denne sammenhæng.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen  
Formand for DSAM

---

<sup>1</sup> <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/9697>

16.01.2025

Sundhedsstyrelsen

NKRsekretariat@sst.dk

## **Høringssvar til de nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens**

Alzheimerforeningen afgiver hermed høringssvar til de nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Overordnet finder vi, at denne NKA, med forbehold for de problematikker vi nævner i vores høringssvar, er velskrevet og meget anvendelig. Vi finder det sandsynligt, at den vil være med til at skabe forbedringer for personer med demens samt deres pårørende og det relevante personale. Der er et overhængende behov for at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens, og derfor henstiller vi til, at de nationale kliniske anbefalinger offentliggøres hurtigst muligt, og at der er fokus på opfølgning og implementering af anbefalingerne.

### **Informeret samtykke**

Jf. Sundhedsloven må ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. For varigt inhabile patienter, skal sundhedspersonale indhente stedfortrædende samtykke fra pårørende eller værge. I de tilfælde hvor en varigt inhabil patient hverken har pårørende eller værge, skal en anden, uvildig, sundhedsperson, der har faglig indsigt på området og som ikke tidligere har deltaget i eller skal deltage i behandlingen af patienten, give sin tilslutning til behandlingen.

Vi ved fra mange dialoger med pårørende til mennesker med demens, at der er massive udfordringer med at sikre inddragelsen af pårørende i behandlingsvalg i tilfælde, hvor patienten ikke længere selv kan give samtykke. Derfor mener vi, det er væsentligt, at anbefalingerne meget tydeligt definerer de lovgivningsmæssige rammer for samtykke og gerne henviser til sundhedslovens regler herfor.

Under ansvarsfraskrivelsen nævnes, at sundhedspersoner generelt skal inddrage patienter, når der skal vælges behandling. Her finder vi, at det kunne være væsentligt at nævne principperne for inddragelse af patient/pårørende i behandling. Det betyder, at pårørende/patienter altid skal give (stedfortrædende) samtykke ved beslutning om behandling, særlig når det kommer til noget så omfattende som antipsykotika.

I denne forbindelse finder vi det meget positivt, at der under patientpræferencer i kapitel 6 fremhæves vigtigheden af sikringen af informeret samtykke. Men princippet om patient/pårørende inddragelse vil være gavnligt at understrege mere gennemgående i ansvarsfraskrivelsesafsnittet, ved fx at omformulere sætningen:

*Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling.*



Til:

*Sundhedspersoner er forpligtede til at sikre patientens informerede samtykke til behandling.*

*For patienter, der varigt mangler evnen til at handle fornuftsmæssigt og dermed ikke selv kan give et informeret samtykke, skal der i stedet indhentes et stedfortrædende samtykke fra pårørende eller værge. I de tilfælde hvor patienten hverken har pårørende eller en værge, skal en uvildig sundhedsperson med indsigt i området give tilsagn om behandling.*

*Det er afgørende altid at sikre samtykke fra pårørende på baggrund af oplysning om behandlingsmuligheder og konsekvenser heraf.*

### **Målgruppen for anbefalingerne**

I anbefalingerne vil det være gavnligt at definere, at den ikke blot omhandler personer med diagnosticeret demens (i NKA betegnet som 41.500 personer), men også de personer med symptomer på demens, der af diverse årsager ikke er diagnosticeret. Vi ved fra hukommelsesklinikker, at en stor del af deres patienter allerede ved opstart af udredning får antipsykotisk medicin, samt at der findes et stort mørketal af personer med symptomer på demens, der ikke får stillet en officiel diagnose. En stor del af dem har fremskreden demens og bor på plejehjem uden udsigt til at få en diagnose. Derfor bør indikationen på NKA være symptomer på demens og ikke demensdiagnose.

Vi vurderer i forlængelse heraf, at anbefalingerne med fordel kan sondre mellem grader af demens, således at det fremstår tydeligt, om der er behov for forskellige typer intervention afhængig af, om patienten har mild, moderat eller svær demens.

For så vidt angår anbefalingen om ikke at anvende specifik antipsykotisk medicin ved Lewy-Body demens eller Parkinsons demens på side 35 er det en vigtig og konkret pointe. Vi mener, anbefalingerne med fordel kunne uddybe, hvad anbefalingen er i tilfælde af blandingsdemens, hvor en af demenstyperne er hhv. Lewy-Body demens eller Parkinsons demens.

Vi vurderer, at den tydelige anbefaling af de non-farmakologiske indsatser er et vigtigt redskab til at sikre god og evidensbaseret behandling til mennesker med demens. Det giver god mening at fremhæve veldokumenterede indsatser, der er personcentrerede og kendetegnet ved aktiv deltagelse frem for at fremhæve særlige interventioner. Dog mener vi, at anbefalingerne kunne understøttes af en tydeligere kobling til de håndbøger og andre anbefalinger, som allerede er tilgængelige gennem Sundhedsstyrelsen som en hjælp til at implementere anbefalingerne i praksis. I forlængelse heraf vil vi opfordre til at ensarte terminologien, så det bliver tydeligere, at det er personcentrerede indsatser, der anbefales jf. beskrivelsen af forudsætningerne for anbefalinger. Fx står der under anbefalingen: "Det primære fokus for de målrettede og strukturerede interventioner som anbefalingen omhandler er, at interventionen skal have en aktivt deltagende komponent samt have et fokus på individet". Her burde NKA'en tydeligt anvende begrebet personcentreret indsats evt. som en uddybning/supplement til "et fokus på individet", således at de fagpersoner, der skal

tage anbefalingen i anvendelse oplever en sammenhæng i de forskellige anbefalinger og redskaber på demensområdet.

### **Behov for tydeligere kliniske definitioner**

Et af de store problemer med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin er manglen på fælles forståelse af demenssygdommens karakter og ikke mindst viden om rette indsats til rette tid. For at anbefalingerne reelt kommer til at understøtte praksis, vurderer vi derfor, at der er behov for en skarpere definition af de "særlige situationer", der beskrives på side 34. I praksis ved sundhedsprofessionelle, som også beskrevet tidligere i NKA, ikke nok om demens, medicin og bivirkninger til at afgøre behovet for en hurtig intervention. En bedre forståelse for hvad de "særlige situationer" er, ville afhjælpe denne problematik.

Vedrørende begrebet 'psykisk forpint', øverst side 35, finder vi tilsvarende et behov for en skarpere klinisk definition. Fx kan der være behov for en definition, der hjælper sundhedsprofessionelle med at skelne mellem "forpinthed" som følge af fx sorg eller uopfyldte behov, hvilket ikke bør behandles med antipsykotika, og forpinthed som følge af vrangforestillinger eller hallucinationer, hvilket kan kræve behandling med antipsykotika. Af den årsag mener vi, at der kræves en mere grundig definition af, hvad der specifikt forstås ved psykisk forpint.

Vi vil i den forbindelse foreslå at tage afsæt i redskabet Neuropsychiatric Inventory, som definerer 12 forskellige adfærdsområder. Man bør ikke kunne udskrive antipsykotisk medicin, før der er foretaget en vurdering af forekomst og sværhedsgrad inden for disse 12 områder, og antipsykotisk medicin bør som hovedregel kun anvendes hvis der forekommer svære vrangforestillinger eller hallucinationer (område 1 og 2).

Vi mener også, at det vil være tjene til begrebsafklaring, hvis NKA'en anvender betegnelsen "psykosocial behandling/indsatser" om de ikke-farmakologiske indsatser, der anbefales til mennesker med demens, da dette er den mest præcise betegnelse for den paraply af indsatser, der har til formål at støtte, vedligeholde eller forbedre psykologisk og social trivsel, livskvalitet og funktionsevne hos mennesker med demens.

Endelig må vi pointere, at det er kritisabelt, at Alzheimerforeningen ikke står på høringslisten til NKA'en, og at vi på den baggrund ikke er inviteret til at afgive høring som patientforening på området og i lyset af, at Alzheimerforeningen sågar har siddet med i brugerpanelet.

Med venlig hilsen



Birgitte Vølund  
Formand  
Alzheimerforeningen



Mette Raun Fjordside  
Direktør  
Alzheimerforeningen

## Hørings svar i forbindelse med de nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

Hørings svar på vegne af Dansk Musikterapeutforening (DMTF).

I DMTF stiller vi os gerne til rådighed og tilføjes høringslisten. Vi er glade for, at den nye NKA anser årsagsanalyse og personcentreret omsorg som forudsætning for anbefalingerne og en grundfaglighed hos medarbejdere i arbejdet med personer med demens, som udviser adfærdsmæssige og psykiske symptomer (BPSD).

Vi bemærker dog, at litteraturen ikke er opdateret. I anbefalingerne refereres der kun til tre ældre studier om musikterapi med relativt få deltagere (Lin et al., 2011; Ridder et al., 2013; Sakamoto et al., 2013), men i de seneste år er der kommet meget ny forskning om musikterapi.

Nyere metaanalyser viser bl.a., at musikterapi hos personer med demens kan styrke kognition (1) og mindske:

- adfærdsmæssige og emotionelle symptomer (2,3)
- depression (4,5)
- angst (6,7)
- depression og angst (8)
- depression, angst og apati (9)
- angst og forstyrrende adfærd (10-12)
- aggression og agitation (13)

Derudover mener vi, at forståelsen af behovet for tryghed og omsorg hos demensramte med BPSD mangler, da der i anbefalingerne kun er fokus på aktiv deltagelse i interventioner. For personer med demens, som har svær BPSD, vil aktiv deltagelse kunne medføre øget mistrivsel, stress og angst. Her er der behov for at anvende afstemte og fagligt bevidste interventioner som fx musikterapi med fokus på tryghed, nærvær og relationsdannelse.

Vi savner, at der som i den tidligere NKA fra 2019 differentieres mellem interventioner til forebyggelse og behandling, og at der tages højde for demensramte i forskellige stadier. Specialiseret musikterapeutisk behandling udført af uddannede musikterapeuter er ikke det samme som tøjvask og madlavning. Derfor bør der differentieres mellem interventioner, da der er forskel på mængden og kvaliteten af evidens, effekt, formål og hvilke behov, som interventionerne kan imødekomme.

På vegne af DMTF's bestyrelse



---

Emil Thisted Palmquist  
Formand for DMTF

## **Referencer:**

1. Ting B, Su CH, Chen DTL, Hsu WT, Tsai CL, Lin PY, et al. The Sound of Memory: Investigating Music Therapy's Cognitive Benefits in Patients with Dementia—A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Pers Med*. 2024 May 1;14(5).
2. Hanser SB. Music-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias: A review of the research. *Music Med*. 2021 Jul 23;13(3):156–61.
3. Meyer C, O'Keefe F. Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia*. 2020;19(6):1927–54.
4. Li HC, Wang HH, Lu CY, Chen TB, Lin YH, Lee I. The effect of music therapy on reducing depression in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2019;40(5):510–6.
5. van der Steen JT, Smaling HJ, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJ, Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;2018(7).
6. Ting B, Chen DTL, Hsu WT, Liang CS, Malau IA, Li WC, et al. Does Music Intervention Improve Anxiety in Dementia Patients? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Clin Med*. 2023;12(17):5497.
7. Nimmons D, Aker N, Burnand A, Jordan KP, Cooper C, Davies N, et al. Clinical effectiveness of pharmacological and non-pharmacological treatments for the management of anxiety in community dwelling people living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2024;157:105507.
8. Zhang J, Yu Z, Zhang N, Zhao W, Wei B, He R, et al. Does music intervention relieve depression or anxiety in people living with dementia? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Ment Health*. 2023;27(10):1864–75.
9. Lam HL, Li WTV, Laher I, Wong RY. Effects of Music Therapy on Patients with Dementia—A Systematic Review. *Geriatrics*. 2020;5(4):62.
10. Zhang Y, Cai J, An L, Hui F, Ren T, Ma H, et al. Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2017;35:1–11.
11. Pedersen SKA, Andersen PN, Lugo RG, Andreassen M, Sütterlin S. Effects of Music on Agitation in Dementia: A Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2017;8.
12. Fang R, Ye S, Huangfu J, Calimag DP. Music therapy is a potential intervention for cognition of Alzheimer's Disease: a mini-review. *Transl Neurodegener*. 2017;6(1):2.
13. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al. Comparative Efficacy of Interventions for Aggressive and Agitated Behaviors in Dementia. *Ann Intern Med*. 2019;171(9):633–42.

## **Høringssvar vedr. de nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens**

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. de nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Overordnet mener Ældre Sagen, at anbefalingerne er gode og vigtige. Ældre Sagen bifalder især, at der ved flere tilfælde fremhæves, at førstevalget i behandlingen af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens som udgangspunkt altid skal være non-farmakologisk, og at der er et gennemgående fokus på den personcentrerede tilgang.

Der kunne dog med fordel tilføjes mere uddybende beskrivelser af de non-farmakologiske behandlingsmuligheder, herunder sanseintegration, musikterapi, kompetenceudvikling af medarbejdere i kommunikation mv.

### **Mennesker med demens kan og bør inddrages**

Det er for Ældre Sagen uforståeligt, at Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af de nationale kliniske anbefalinger begrunder fraværet af mennesker med demens i det nedsatte brugerpanel med "etiske overvejelser".

Patientperspektivet er en vigtig faktor i udarbejdelsen af kliniske anbefalinger. Selv om disse er blevet repræsenteret i arbejdet med de pågældende anbefalinger af patientorganisationer, herunder Danske Patienter, Alzheimerforeningen og Ældre Sagen, kan det aldrig erstatte den unikke og direkte viden om, hvordan det er at leve med sygdommen.

Flere organisationer, herunder Ældre Sagen, Alzheimerforeningen og Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark, har gode erfaringer med at samarbejde og inddrage mennesker med demens i forskellige spørgsmål og har fået uvurderlig viden og indsigt, der har kvalificeret materialer og arbejdsprocesser.

### **Tydligere information om stedfortrædende samtykke**

Der fremgår flere steder i teksten, at pårørende bør involveres i beslutningsprocesser i forbindelse med behandling af fx antipsykotika eller benzodiazepiner.

Sundhedsloven beskriver reglerne om samtykke til undersøgelse og behandling. Her fremgår det, at hvis patienten selv er varigt ude af stand til at give samtykke, skal samtykket gives af nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig, hvis værgemålet eller fremtidsfuldmagten dækker personlige forhold. Dvs. et stedfortrædende samtykke.

At det er et lovkrav at inddrage pårørende ved fx behandlingsopstart bør derfor fremgå skarpere i anbefalingerne. Det gælder fx kapitel 6 "Bør man anvende antipsykotika eller benzodiazepiner til kortvarig behandling (<4 uger) af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens?". Det bør fremgå mere tydeligt, hvad "involvering" af pårørende betyder.

Der kunne fx stå: "Hvis personen med demens ikke er i stand til at forholde sig til den foreslåede behandling, skal pårørende som udgangspunkt have de nødvendige oplysninger for at kunne tage stilling til, om de overhovedet vil tillade en medicinsk behandling, altså om de vil give et informeret samtykke. Og sundhedspersonalet skal oplyse pårørende om denne rettighed."

Venlig hilsen



**Michael Teit Nielsen**  
Vicedirektør

Sent: 16-01-2025 13:23:17 (UTC +01)

To: SST NKR Sekretariat [NKR Sekretariat@SST.DK](mailto:NKR Sekretariat@SST.DK)

Subject: SV: Offentlig høring af NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens - høringsfrist fredag d. 17. januar 2025 kl. 12.00

Categories: Høring

Kære Jutta / Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) takker for muligheden for at give input til høringen om NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. DSF har ingen kommentarer til høringen og indsender derfor ikke et høringssvar.

Med venlig hilsen

Signe Skovgaard Hviid

Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 702300 København S

33414631

[www.dankselskabforfysioterapi.dk](http://www.dankselskabforfysioterapi.dk)

Vi indhenter og anvender kun personoplysninger for at varetage og fremme foreningens formål. Se vores persondatapolitik

## Offentlig høring af NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

### Hovedbudskaber

- Dansk Psykolog Forening er positive overfor anbefalingen om at personcentrerede tilgange skal have førsteprioritet samt præcisering og opstramning i anbefalinger om farmakologisk behandling
- Dansk Psykolog Forening foreslår to sproglige ændringer hvor 'BPSD' erstattes af 'udfordrende adfærd' og 'non-farmakologiske tilgange' erstattes af 'personcentrede tilgange'
- Der rejses en opmærksomhed i forhold til, at mangel på supervision og uddannelse af sundhedspersonale, kan fastholde det nuværende høje brug af antipsykotika og sedativa i behandlingen af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsens høring af de nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Dertil takker vi for den faglige inddragelse i regi af arbejdsgruppen.

Dansk Psykolog Forening har modtaget bidrag fra Dansk Gerontopsykologisk Selskab, der har kvalificerede de faglige perspektiver i høringssvaret.

Overordnet betragtes de nye retningslinjer som en positiv forbedring, bl.a. i kraft af den styrkede evidens i anbefalingerne, samt beskrivelserne af forholdet mellem den pleje- og pædagogfaglige tilgang, psykologfaglige interventioner og den farmakologiske tilgang. Vi støtter op om anbefalingen om at anvende den personcentrerede tilgang som et absolut første valg og finder at tilgangen er velbeskrevet i anbefalingerne. Dertil er vi enige i præciseringen af de farmakologiske anbefalinger. Her kan vi særligt fremhæve sondringen mellem de relativt få mennesker med demens, der har alvorlige adfærdsmæssige udfordringer med indikation for psykofarmaka og den store gruppe af mennesker med demens, hvor den personcentrerede tilgang dvs. nonfarmakologisk behandling har første prioritet. Vi anser det ligeledes for positivt, at der i anbefalingerne ikke fremhæves en bestemt type af aktiviteter, men at der overordnet anbefales en mere skræddersyet og individuel tilgang for at tilgodese det enkelte menneskes særlige behov.

Dansk Psykolog Forening har en række mere specifikke bemærkninger til de kommende kliniske retningslinjer.

### Sproglige ændringer

Vi foreslår begrebet "udfordrende adfærd" som et alternativ til 'BPSD'. 'Udfordrende adfærd' er et nyere og mere præcist begreb end BPSD, da det fremhæver, at personer med demens har varierende grader af ikke-sproglig kapacitet, samt at omsorgspersoner og sundhedsfaglige enheder potentielt mangler viden eller kompetencer til at møde det pågældende menneskes behov i situationen. Der er altså tale om nødvendigheden af en relationel forståelsesramme og ikke udelukkende en individualisering af adfærdsproblemerne, hvor BPSD udelukkende relaterer sig til det individuelle.



Adfærdssymptomerne eller adfærden hos en person med demens kan skyldes, at personens basale fysiske, sociale og psykologiske behov ikke imødekommes hensigtsmæssigt for eksempel i forbindelse med personlig pleje, aktiviteter og kommunikation (som beskrevet i udkastet). Et menneske med demens får i løbet af sin sygdom nedsatte sproglige funktioner i forhold til at udtrykke sine behov – og udtrykker derfor behovene gennem en adfærd, der må analyseres og forstås i sin rette relationelle sammenhæng, i kontekst og i den enkelte situation. I forlængelse af dette foreslås det, at betegnelsen 'personcentreret tilgang' benyttes fremfor 'non-farmakologisk behandling'. Da den personcentrerede tilgang fremhæves som førstevalg og har prioritet i behandlingen af udfordrende adfærd ses det som unødvendigt at benævne interventioner med fokus på det sociale, psykiske og relationelle med udgangspunkt i en negation af de farmakologiske tilgange.

### **Styrkelse af den faglige bevidsthed om brugen og nedbringelse af antipsykotika og sedativa**

Det stort set uændrede og høje forbrug af antipsykotika, siden sidste anbefaling, lægger op til at tænke anderledes og få bragt en kontinuitet og regelmæssighed ind omkring selve årsagsanalysen. På pleje- og omsorgsområdet er det langt fra altid kvalificeret personale, der har den direkte kontakt med borgeren, og der er tillige stor personaleomsætning. Dette kan være med til at forklare en potentiel manglende forståelse af sammenhængen mellem den udfordrende adfærd og den måde pleje- og omsorgspersonale møder en person med demens. Med til billedet hører, at der tilbydes et potentielt belastet arbejdsmiljø og at personalet ofte har en følelse af ikke at slå til i mødet med mennesker med demens. Især når mennesker med demens udtrykker deres afmagt gennem en umiddelbar kompleks adfærd, ofte som modsvar til den måde, de opfatter den intervention, der tilbydes dem. En måde at imødegå denne udvikling er øget supervision og regelmæssig efteruddannelse af personale. Det er en ledelsesmæssig vigtig opgave at have fokus på at medarbejdere får løbende og kontinuerlig supervision med fokus på fælles faglig refleksion og faglig årsagsanalyse på de enkelte plejecentre og omsorgsenheder, sådan som det beskrives i afsnittet om Personcentreret omsorg.

Med venlig hilsen

### **Dea Seidenfaden**

Forperson i Dansk Psykolog Forening

Til: NKR sekretariatet  
Mail: [NKRsekretariat@sst.dk](mailto:NKRsekretariat@sst.dk)

**Dato:**  
16-01-2025

**Høringssvar: Nationale Kliniske Anbefalinger (NKA) for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens**

FOA vil gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar på den nye NKA.

FOA finder det positivt, at demensområdet fortsat prioriteres og endnu engang understøttes fagligt med en opdateret NKA, da det er vigtigt, at også medarbejdere i primærsektoren støttes med faglig rådgivning i deres arbejde med mennesker med demens.

FOA har enkelte bemærkninger til det foreliggende udkast, som vedrører:

- Generelle bemærkninger
- Bemærkninger til anbefalingerne

Ovennævnte bemærkninger vil blive uddybet i det følgende.

**Generelle bemærkninger:**

Af NKA'ens indledning fremgår det, at der i 2023 var ca. 41.500 personer registreret med demens i Danmark. Nationalt Videnscenter for Demens estimerer imidlertid, 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. FOA mener, at NKA'en med fordel kan medtage tallene fra Nationalt Videnscenter for Demens for at tydeliggøre sygdommens omfang og NKA'ens potentiale.

FOA vil gerne kvittere for, at NKA'en medtager og tillægger den kvalitative evidens på området betydelig vægt. Det styrker anbefalingernes anvendelighed i praksis og tydeliggør nogle af de udfordringer, som der er ved implementering af anbefalingerne og nye interventioner i praksis.

FOA mener, at det vil styrke kendskabet til NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens, at offentliggørelsen af den opdaterede NKA understøttes kommunikativt, eksempelvis med et webinar målrettet medarbejdere på demensområdet, som præsenterer de nye anbefalinger.

**FOA**

Stauings Plads 1-3  
1790 København V

**Kontaktperson:**  
Sofie Tolstrup

**Mail:**  
[soto@foa.dk](mailto:soto@foa.dk)

**Telefon:**  
31790841

[www.foa.dk](http://www.foa.dk)

### **Bemærkninger til anbefalingerne:**

*Strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens*

FOA finder det positivt, at Anbefalingen om strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens fremstår som en stærk anbefaling.

Samtidig er det positivt, at anbefalingen ikke fremhæver eller anbefaler en specifik type af intervention, men i stedet fremhæver vigtigheden af, at interventionen skal fokusere på relationsdannelse og individualisering. Det muliggør, at flere forskellige typer af interventioner kan tages i brug lokalt, hvilket tilgodeser anvendelsen af lokale kompetencer og ressourcer i personalegruppen på eks. et plejehjem, når der arbejdes med målrettede og strukturerede interventioner på arbejdspladsen.

*Afsnit 7 om Implementering*

I afsnittet om "Kvalitativ evidens" (side 42) står der:

*"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."*

FOA stiller sig uforstående overfor ovenstående formuleringer. Der eksisterer mange hæmmende faktorer for succesfuld implementering af nye tiltag, hvorfor FOA finder, at denne eksplicitte fremhævelse uddannelsesniveau ikke blot er meget uheldig at have stående i en NKA, men også meget upræcis.

FOA mener, at afsnittet om implementering i stedet bør fokusere på, hvad der kan fremme implementeringen af nye tiltag. Sådanne beskrivelser vil være mere brugbare i praksis end ovenstående formulering.

I forhold til sætningen om, at ophør af projektfinansiering er udfordrende, så er det FOAs overbevisning, at en vellykket implementering netop er karakteriseret ved, at der sker en ændring i normaldriften selvom projektfinansieringen ophører. Igen mener FOA, at NKA'en bør fremhæve, hvordan implementering fremmes, og ikke hvordan den hæmmes.

FOA stiller sig naturligvis til rådighed, hvis der er behov for uddybning eller drøftelse af vores bemærkninger.

Venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tanja Nielsen', written in a cursive style.

Tanja Nielsen  
Formand for social- og sundhedssektoren



AALBORG UNIVERSITET

Det Humanistiske og Samfundsvidenskabelige Fakultet

&

Institut for Kommunikation og Psykologi

Dato: 09-01-2025

## Vedr. høring af de nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

*Høringssvar på vegne af Det Humanistiske og Samfundsvidenskabelige Fakultet samt Institut for Kommunikation og Psykologi ved Aalborg Universitet.*

I Sundhedsstyrelsens nye 2025-anbefaling betragtes principperne om personcentreret omsorg som grundlaget for indsatser med mennesker, som udviser adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens (BPSD). Det er forudsætning for de fire udarbejdede anbefalinger. Heraf er to anbefalinger rettet mod nonfarmakologiske interventioner med fokus på enten aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse eller på fysiske omgivelsesfaktorer.

I arbejdet med *komplekse* interventioner, som gør sig gældende ved BPSD, giver det rigtig god mening, at den nye NKA netop anbefaler en tilgang og et teoretisk grundlag, i dette tilfælde den personcentrede tilgang. Det giver et brugbart værdigrundlag i det tværfaglige samarbejde. Det kan vi tilslutte os, og vil i vores høringssvar fokusere på kapitel 3, der omhandler anbefalingen af *strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse*, og som har fået en stærk anbefaling.

I den tidligere NKR fra 2019 blev der skelnet mellem forebyggelse og behandling, hvor der i den foreslåede NKA ikke foretages denne differentiering, ligesom der ikke tages stilling til graden af demens og betydningen af dette for effekten af de enkelte interventioner. I stedet anbefales bredt, at indsatserne skal have "en aktivt deltagende komponent" og fokus på individet. Det nævnes, at interventionerne kan være specifikke "såsom reminiscensterapi, musikterapi, kognitiv stimulationsterapi", eller det kan være "hverdagsaktiviteter med personen med demens tilpasset individets interesser som spil, tøjvask, madlavning, gåture i haven mm". Frem for at fremhæve bestemte interventioner, anbefales således en bred gruppe individualiserede aktiviteter. Dette synes relevant, når det kommer til at *forebygge* BPSD, men er en person i en tilstand med alvorlig og svær BPSD, er anbefalingen utilstrækkelig, særligt når evidensgrundlaget er baseret på "klinisk erfaring" og "kvalitativ evidens" (uden kildehenvisning), hvilket vi vil uddybe i det følgende.

En NKR er et evidensbaseret beslutningsstøtteværktøj dannet på baggrund af systematiske litteraturgennemgange og evidensvurdering. Grundlaget for anbefalingerne i kapitel 3 er fire (og kun fire) systematiske oversigtsartikler. De har fokus på ergoterapi (Bennette et al., 2019) og skræddersyede aktiviteter (Lu et al., 2021; Möhler, Calo et al., 2020; Möhler, Renom et al., 2020). Ud over det, er der ikke medtaget nyere oversigtsartikler og meta-analyser vedr. nonfarmakologiske interventioner. Musikterapi er en nonfarmakologisk intervention, som er inddraget under kategorien *Sensorisk stimulation inkl. dans og musik*, hvor i alt 6 enkeltstudier er medtaget. Af disse har 3 fokus på musikterapi (Lin et al., 2011; Ridder et al., 2013; Sakamoto et al., 2013). Det er mindre studier, som dog alle tre påviser en effekt af musikterapi på BPSD, men de er mere end 10 år gamle, og der er ikke indhentet nyere forskning om musik-interventioner eller musikterapi.



Der er til gengæld inddraget ny forskning i kategorien *CST, evt. i kombination med andre fokusområder*. Her må det påpeges, at ingen af de inddragede studier om CST har fokus på effekten af BPSD eller påviser signifikant effekt på BPSD (Alvares-Pereira et al., 2020; Gibbor et al., 2020; Juárez-Cedillo, 2020; Kallio et al., 2021; Lok et al., 2020; Marinho et al., 2020; Rai et al., 2021; Silva et al., 2021). Dog viser 3 andre interventionsformer i denne kategori en reduktion i BPSD ved mild demens. Det drejer sig om multimodal intervention (Jung et al., 2023), multisensorisk CST, som inkluderer musik, sang og dans (Kor et al., 2024) eller kognitiv adfærdsterapi kombineret med rehabilitering og reminiscens (Tonga et al., 2021).

I kategorien af *Blandende, meningsfulde aktiviteter med fokus på deltagelse* er det kun de tre studier af Cohens-Manfield, som direkte undersøger samt påviser en signifikant effekt af BPSD eller agitation (Cohen-Mansfield, Libin & Marx, 2007; Cohen-Mansfield, Parpura-Gill & Golander, 2006, 2007; Cohen-Mansfield et al., 2012). I denne kategori er der således heller ikke nyere forskning eller meta-analyser.

På den baggrund mener vi, at for at Sundhedsstyrelsen kan give en velbegrundet NKA af interventioner til forebyggelse og behandling af BPSD hos personer med demens, bør der foretages en opdateret litteratursøgning på andet end CST.

Med et grundigere afsæt i forskningen vil det ligeledes i den nye NKA potentielt kunne gøres mere klart for klinikere, hvilke interventioner der egner sig til forebyggelse eller til behandling, samt præciseres hvilke interventionstyper, der er evidens for i relation til demensgrad.

Af litteratur, som ikke er medtaget i anbefalingen, er der fx et review af reviews (hvor der således er tale om et højt evidensniveau) fra 2018 af nonfarmakologiske interventioner [1]. Her fremhæves evidensen for bl.a. musik, sansestimulering og valideringsterapi til adfærdsreduktion. Desuden anbefales musik, psykologiske interventioner og reminiscens til reduktion af emotionelle forstyrrelser.

Under nøgleinformationer i NKA beskrives kvaliteten af evidensen som lav. Denne konklusion mener vi således er draget på en mangelfuld litteratursøgning, når nyere forskning på flere områder ikke er inddraget. Vi kan for eksempel henvise til følgende systematiske litteraturgange og meta-analyser, som der ikke er taget højde for i retningslinjen, og som påviser følgende effekt af musikterapi med personer med demens:

- mindsker depression [2] [3]
- mindsker angst [4] [5]
- mindsker depression og angst [6]
- reducerer aggression og agitation [7]
- reducerer angst og forstyrrende adfærd samtidig med en positiv tendens til at øge kognitive funktioner og livskvalitet [8] [9]

Der er desuden udarbejdet en samfundsøkonomisk analyse i USA, der påviser, at musik kan mindske BPSD og forbedre sundhed og velvære for personer med Alzheimers demens, og som følge heraf kunne reducere statslige sundhedsudgifter til medicin og pleje [10]. I modsætning til ovennævnte studier, påvises der i en network meta-analyse ingen signifikant effekt på agitation ved hverken musikterapi, fysisk træning, aromaterapi, dementia-care mapping, haveterapi, reminiscens terapi eller lysterapi, men virkningsgraden (efficacy) af disse tiltag fremhæves [11].

Det fremgår i de 4 meta-analyser, der er medtaget i NKA, at interventionerne skal "varetages af personale, som er uddannet eller oplært og derved kvalificeret" eller under supervision af fagpersoner.



Dette kan gøres tydeligere i anbefalingen, med understregning af at faglig uddannelse er en forudsætning, der går på tværs af de forskellige interventioner eller ved at fastholde den tidligere opdeling mellem forebyggelse og behandling.

Som et sidste punkt vil vi påpege, at det for mennesker med svær BPSD ikke er muligt at være aktivt deltagende i strukturerede og målrettede *aktiviteter* eller i momentet at indgå i en relation, hvilket bl.a. kan forklares med PLST-modellen (*progressively lowered stress threshold*) [12]. De vil reagere ekstra sensitivt på kognitive krav og meget let blive overstimulerede. I sådanne tilfælde kan en anbefaling om aktivitet og deltagelse føre til, at medarbejdere med afsæt i anbefalingen iværksætter aktiviteter – med konsekvensen at stimuleringen gør personen med demens endnu mere stresset, angst og utryk og med fare for at BPSD øges. Her vil vi foreslå, at anbefalingen fremhæver tryghed og nærvær. Dette med baggrund i at den personcentrerede tilgang betragtes som en forudsætning for omsorg med målgruppen.

Idet der er evidens for musikterapi som intervention til reduktion af BPSD, kan anbefalingen i tråd med den tidligere NKR opdeles, så der differentieres mellem forebyggelse og behandling. Anbefalingen kunne således specificeres med nedenstående ordlyd, naturligvis afstemt efter hvad der yderligere fremkommer af evidens efter en opdateret litteratursøgning og -analyse.

**SVAG ANBEFALING til forebyggelse af BPSD:** ”Anvend strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens”

**STÆRK ANBEFALING til behandling af BPSD:** ”Anvend afstemte og fagligt bevidste interventioner, herunder musikterapi, med fokus på tryghed, nærvær og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens”

Som opsummering på vores hørings svar ser vi det som problematisk at:

- litteratursøgningen er mangelfuld, når NKA skal hvile på nyeste evidensbaserede grundlag
- at sidestille fx reminiscensterapi og musikterapi med tøjvask og madlavning
- ikke at fremhæve en intervention frem for en anden, da der er markant forskel i evidens, effekt og formål.

På vegne af det Humanistiske og Samfundsvidenskabelige Fakultet og Institut for Kommunikation og Psykologi ved Aalborg Universitet.

Med venlig hilsen

Rasmus Antoft

Dekan ved Det Humanistiske og Samfundsvidenskabelige Fakultet

Mikael Vetner

Instituttleder ved Institut for Kommunikation og Psykologi

Hanne Mette Ochsner Ridder

Hanne Mette Ochsner Ridder

Professor i musikterapi ved Institut for Kommunikation og Psykologi

**Referencer**

- [1] Meyer, C., & O'Keefe, F. (2020). Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia*, 19(6), 1927-1954. <https://doi.org/10.1177/1471301218813234>
- [2] Li, H. C., Wang, H. H., Lu, C. Y., Chen, T. B., Lin, Y. H., & Lee, I. (2019). The effect of music therapy on reducing depression in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 40(5), 510-516. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.03.017>
- [3] van der Steen, J. T., van Soest-Poortvliet, M. C., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J., & Vink, A. C. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub4>
- [4] Ting, B., Chen, D. T. L., Hsu, W. T., Liang, C. S., Malau, I. A., Li, W. C., ... & Su, K. P. (2023). Does music intervention improve anxiety in dementia patients? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Medicine*, 12(17), 5497. <https://doi.org/10.3390/jcm12175497>
- [5] Nimmons, D., Aker, N., Burnand, A., Jordan, K. P., Cooper, C., Davies, N., ... & Walters, K. (2024). Clinical effectiveness of pharmacological and non-pharmacological treatments for the management of anxiety in community dwelling people living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 157. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105507>
- [6] Zhang, J., Yu, Z., Zhang, N., Zhao, W., Wei, B., He, R., ... & Mao, Y. (2023). Does music intervention relieve depression or anxiety in people living with dementia? A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 27(10), 1864-1875. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2214091>
- [7] Watt, J. A., Goodarzi, Z., Veroniki, A. A., Nincic, V., Khan, P. A., Ghassemi, M., ... & Straus, S. E. (2019). Comparative efficacy of interventions for aggressive and agitated behaviors in dementia: a systematic review and network meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 171(9), 633-642. <https://doi.org/10.7326/M19-0993>
- [8] Pedersen, S. K., Andersen, P. N., Lugo, R. G., Andreassen, M., & Sütterlin, S. (2017). Effects of music on agitation in dementia: a meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 8, 742. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00742>
- [9] Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H., & Zhao, Q. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 35, 1-11.
- [10] KPMG. (2021). Alzheimer's disease and music engagement economic impact. Neuroarts Blueprint Initiative. <https://neuroartsblueprint.org/alzheimers-disease-and-music-engagement-economic-impact-analysis/>
- [11] Leng, M., Zhao, Y., & Wang, Z. (2020). Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on agitation in people with dementia: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103489>
- [12] Pickering, C. E., Yefimova, M., Wang, D., Maxwell, C. D., & Jablonski, R. (2022). Dynamic structural equation modelling evaluating the progressively lowered stress threshold as an explanation for behavioural symptoms of dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2448-2459. <https://doi.org/10.1111/jan.15173>



Til Sundhedsstyrelsen

Rigshospitalet – afsnit 8008  
Blegdamsvej 9  
2100 København Ø

Mail: vide@regionh.dk  
Telefon: 35 45 69 22

17. januar 2025

## **Vedr. høring om national klinisk anbefaling for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens**

Tak for invitationen til at deltage i høring om national klinisk anbefaling (NKA) for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

Vi hilser det velkommen, at Sundhedsstyrelsen har taget initiativ til udarbejdelse af denne NKA.

Vi har gennemgået den nationale anbefaling og har kun nogle enkelte kommentarer til udkastet, som er oplyst i det følgende.

**Ad. kap 2. Personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse.** *Indeholder en god og systematisk gennemgang, der giver godt overblik over hvorledes den plejefaglige tilgang kan optimeres.*

**Ad. kap 3. Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens?** *Indeholder ligeledes en god og systematisk gennemgang af principperne for de elementer, der bør indgå i en optimering i forhold til opfyldelse af basale behov.*

**Ad. kap 4. Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens?** *Ingen yderligere kommentarer*

**Ad. kap 5. Bør man anvende antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens?** *Anbefalingen omfatter brugen af antipsykotisk medicin ved rutinemæssig behandling af adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer. Svagheden i forhold til en generel anbefaling, er at der mangler viden om, hvorvidt der skulle være undergrupper, der potentielt kunne have gavnlig effekt af antipsykotisk behandling. Indikationen for brug af antipsykotisk medicin er relativt bredt formuleret i de inkluderede studier, og der foreligger ikke data for eksempelvis brug af antipsykotisk medicin på indikation: vedvarende psykotiske symptomer og forpinthed som følge heraf.*

**Ad kap 6. Bør man anvende antipsykotika eller benzodiazepiner til kortvarig behandling?** *En relevant anbefaling i svære og relativt akutte situationer, hvor medicinsk behandling kan være nødvendigt på trods af generelle anbefalinger om at undlade brug.*

**Ad kap 7. Implementering.** *Kapitlet indeholder relevant gennemgang af de barrierer, der kan vanskeliggøre implementering af anbefalinger*

**Ad. Kap 8. Monitorering, opdatering og videre forskning.** *Anden relevant fremtidig forskning der ville være relevant at fremhæve, er fx 1. kan forværring af adfærdsmæssige og psykiske symptomer forebygges ved af en systematisk og forebyggende indsats i forhold til relevant medicinsk behandling herunder antidemens medicin og 2. kan forværring af adfærdsmæssige og psykiske symptomer forebygges af relevant behandling af affektive symptomer, herunder angst og depression samt døgnrytmeforstyrrelser.*

Vi ser frem til at se den endelige nationale kliniske anbefaling og indtil da står vi naturligvis altid til rådighed, såfremt I har yderligere spørgsmål.

Med venlig hilsen

Nationalt Videnscenter for Demens

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

E-mail: [NKRsekretariat@sst.dk](mailto:NKRsekretariat@sst.dk)

## Høringssvar vedr. nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. de nationale kliniske anbefalinger. Overordnet set vurderer vi, at NKA'en er velskrevet og anvendelig og har potentiale til at skabe forbedringer for mennesker med demens, deres pårørende og personalet. På tre områder ser vi behov for ændringer i høringssudkastet.

Det første område er inddragelse og informeret samtykke. Det nævnes i ansvarsfraskrivelsen, at sundhedspersoner generelt skal inddrage patienten, når de vælger behandling, og under patientpræferencer på side 36 er informeret samtykke fremhævet. Vi ved dog, at der i dag er store udfordringer forbundet med at sikre pårørendeinddragelse i behandlingsvalg, når patienten ikke længere selv kan give samtykke. Derfor bør det fremgå tydeligere af ansvarsfraskrivelsen, at patienter altid skal inddrages i behandlingsbeslutninger, og at relevante pårørende – hvis patienten ikke kan give informeret samtykke – altid skal informeres ved behandlingsbeslutninger, især når det gælder antipsykotika.

Det andet område er målgruppen for anbefalingerne. Her bør det dels fremgå, at NKA'en ikke kun omhandler personer med en demensdiagnose, men også personer med demenssymptomer. Dels bør anbefalingerne sondre mellem grader af demens, så det tydeliggøres, om der er brug for forskellige interventioner afhængig af graden.

Det tredje område er en række kliniske definitioner, som bør tydeliggøres, da der i dag mangler fælles forståelse. Det gælder begreberne "særlige situationer" på s. 34, og "psykisk forpint" på s. 35.

Vi henviser til Alzheimerforeningens høringssvar for uddybende kommentarer.

Med venlig hilsen



Morten Freil  
Direktør

Danske Patienter er paraply for patient- og pårørendeforeninger i Danmark. Danske Patienter har 25 medlemsforeninger, der repræsenterer 106 patientforeninger og 900.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Amputationsforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Colitis-Crohn Foreningen, Depressionsforeningen, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Fibromyalgi- & Smerteforeningen, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, Gigtforeningen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Patientforeningen Fertilitet og Tab, PolioForeningen, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

Dato:  
17. januar 2025

Danske Patienter  
Kompagnistræde 22, 1. sal  
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

[www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk)

E-mail:  
[sr@dankepatienter.dk](mailto:sr@dankepatienter.dk)

Cvr-nr: 31812976

Side 1/1



**Att. Sundhedsstyrelsen  
Evidensbaseret Medicin**

**Ergoterapeutforeningen**  
Nørre Voldgade 90  
DK-1358 København K  
Tlf: +45 88 82 62 70  
Fax: +45 33 41 47 10  
Cvr nr. 19 12 11 19  
etf.dk

Den 17. januar 2025  
Side 1  
Ref.: UG  
E-mail: ug@etf.dk  
Direkte tlf.: 53 36 49 25

**Ergoterapeutforeningens & Ergoterapi Faglig Selskab for Geriatri og Gerontologis hørings svar vedrørende:**

**Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.**

Ergoterapeutforeningen & Ergoterapi Faglig Selskab for Geriatri og Gerontologi takker for invitationen til at være høringspart vedrørende forslaget til nye NKA på demensområdet. Vi afgiver fælles hørings svar.

Vi vil gerne takke for muligheden for at læse og kommenterer på NKA, som i høj grad viser det komplekse område som behandling af mennesker med demens kan være. Retningslinjerne kommer godt omkring de medicinske forhold, mens de psykosociale på grund af deres mere kvalitative karakter, forbliver for vage i beskrivelserne.

Implementering af rehabilitering

Vi har kendskab til at en international forskergruppe: *ReableDEM Expert Working Group* har arbejdet med at samle og formidle viden om reablement/rehabilitering ved demens.

Baggrunden for dette arbejde i forskergruppen er en fælles undren over, hvorfor rehabilitering ved demens ikke bliver implementeret i praksis, når der er god evidens for at rehabiliteringsindsatser på demensområdet. - Som der også peges på i NKA og i det medfølgende høringsbrev er der netop god evidens for rehabilitering.

Et forslag er derfor, at man formulerer en implementeringsstrategi, der tager udgangspunkt i rehabilitering af mennesker med demens. Det kan være med en tydeligere ramme, som i VIPS-modellen. Her er et fagligt og organisatorisk fundament, der hviler på forskning i den personcentrede tilgang.

#### Konkrete bemærkninger til indholdet i NKA

Vi savner, at sanseintegration og arbejdet med sanser ikke er uddybet og der er et fravær af fokus på meningsfulde aktiviteter til mennesker med demens.

Ergoterapeuter vil i højere grad kunne bidrage med at skabe trivsel og dermed forebygge behov for behandling med anti-psykotisk medicin, men det vil kræve en større inddragelse af forskningslitteratur fra den ergoterapeutiske forskning.

Side 7 inddrages elementer af BPSD-modellen, hvilket styrker den systematiske årsagsanalyse. Denne del kunne styrkes ved, at de organisatoriske elementer også blev en del af analysen.

Under den faglige refleksion undrer det os, at BPSD-modellen ikke fremgår som et fagligt redskab, da det er en evidensbaseret metode, der har fremvist resultater i forhold til at nedbringe forekomst af BPSD-symptomer og fremme trivslen for mennesker med demens.

Anbefalingen 5 om brug af anti-psykotisk medicin bliver en kombination af de reelle fakta om medicinens skadelige virkning og en række organisatoriske og kulturelle forhold. Vi anbefaler, at SST skruer op for mulighed for at regulere praksis' mulighed for at udskrive medicinen, for på denne måde at sætte skub i de organisatoriske og kulturelle forandringer.

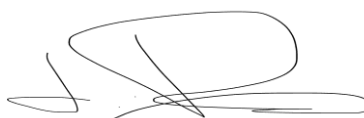
Afslutningsvis vil vi gerne påpege, at når NKA på flere måder er en gentagelse af retningslinjerne fra 2018 undlader man, efter vores synspunkt endnu en gang at tage fat om roden til den høje forekomst af anti-psykotisk behandling af mennesker med demens, som er mangel på ressourcer og et biomedicinsk syn på behandlingsindsatser.

Vi mangler en større inddragelse af ergoterapeutiske fagligheder til mennesker med demens. Der er mangel på faglighed og generelt behov for kompetenceudvikling blandt medarbejderne i plejen, men også at non-farmakologiske indsatser ikke bliver ligestillet med farmakologiske tiltag.

Med venlig hilsen



**Tina Nør Langager**  
Formand for Ergoterapeutforeningen



**Lotte Kofoed Hansen**  
Formand for Ergoterapifagligt Selskab  
for Geriatri og Gerontologi

Sent: 17-01-2025 09:58:18 (UTC +01)

To: SST NKR Sekretariat [NKR Sekretariat@SST.DK](mailto:NKR Sekretariat@SST.DK)

Subject: VS: Offentlig høring af NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens - høringsfrist fredag d. 17. januar 2025 kl. 12.00

Kære Sundhedsstyrelsen,

Høringen giver ikke anledning til bemærkninger fra Lægemiddelstyrelsen.

Venlig hilsen, ”

Jakob Lundsteen

Sektionsleder for Centerjura og Internationale Relationer

Head of Centre Legal Service and International Relations

Lægemiddelstyrelsen

Center for Lægemiddelgodkendelse & Overvågning

Danish Medicines Agency

Medicines Licensing & Pharmacovigilance

T +45 44 88 95 95

[dkma@dkma.dk](mailto:dkma@dkma.dk)

## Høringssvar fra KL vedr. NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar til de nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Det er KL's vurdering, at anbefalingerne generelt er gode og brugbare. Det er positivt, at det anbefales så vidt muligt ikke at anvende antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Det skal dog understreges, at anbefalingerne for mange kommuner og plejeheder vil kræve en del at implementere i praksis – både økonomisk og ressourcemæssigt.

Det er desuden positivt, at interventionerne er beskrevet i helheder og ikke længere som specifikke tiltag, ligesom der er fokus på at anvende non-farmakologiske indsatser ved hjælp af strukturerede metoder. Dette sker allerede i mange kommuner.

Samtidig er det KL's vurdering, at de nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens ikke bør stå alene, men sammen med andre indsatser på området. Det er lægerne, der i sidste ende udskriver medicinen, og derfor er det vigtigt, at der samtidig er fokus på indsatser rettet mod sygehuse og de alment praktiserende læger. KL anerkender, at dette også er tilfældet.

KL har en opmærksomhed på, hvorvidt og hvordan samt med hvilken tidshorisont anbefalingerne kan implementeres i kommunerne. Mange kommuner arbejder allerede med de tilgange og metoder, der beskrives i anbefalingerne, mens det for andre kommuner vil være en større opgave at implementere anbefalingerne, fx i forhold til kompetenceudvikling og oplæring af medarbejdere. Det er KL's vurdering, at der bør tages højde for dette, når det vurderes, om anbefalingerne følges af kommunerne.

### Bemærkninger til de enkelte anbefalinger

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

KL er positivt indstillet over for den stærke anbefaling for at anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens.

Vi er enige i, at de non-farmakologiske interventioner og den personcentrede tilgang skal tilstræbes i tilgangen til borgere med en demenssygdom,

Dato: 9. januar 2025

Sags ID: SAG-2023-04537  
Dok. ID: 3532043

E-mail: CHBE@kl.dk  
Direkte: 3370 3779

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 1 af 3

og at disse tiltag bør være førstevalg. Der skal dog fortsat være respekt for behandling af en eventuelt underliggende psykiatrisk lidelse. Samtidig kan der være situationer, hvor personen med demens er til fare for sig selv eller andre, eller er så forpint, at man er nødt til at behandle med et lægemiddel. Dette anerkendes også i materialet.

I den specifikke anbefaling peges på, at implementeringen af interventionen i en periode kan medføre et øget ressourceforbrug, da der fx kan være behov for at kompetenceudvikle eller oplære personale. Dette er også en opmærksomhed for KL. Som nævnt indledningsvist vil der være kommuner, herunder plejeenheder, der allerede arbejder på den måde, som anbefalingerne foreskriver. Omvendt vil der være kommuner, for hvem implementeringen af anbefalingen vil være en større opgave.

KL understreger vigtigheden af, at man i tillæg til at sikre de rette kompetencer hos personalet i forhold til de non-farmakologiske indsatser, arbejder målrettet med det tværfaglige samarbejde med og omkring mennesker med demens, så der sikres en kombination af forskellige perspektiver i samarbejdet med borgeren.

På baggrund af ovenstående er det KL's vurdering, at det bør overvejes at stille midler til rådighed til brug for implementeringen af denne intervention, herunder til at integrere interventionen i hverdagen og prioritere de nye tiltag.

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

KL bakker op om anbefalingen om at overveje strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens samt adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

Igen er det afgørende at være opmærksom på kommunernes og plejeeenhedernes forskellige forudsætninger for at leve op til anbefalingen. Det er i den forbindelse positivt, at anbefalingen indeholder mulighed for at iværksætte indsatser i større eller mindre skala – fra integrerede lyssystemer til maling af vægge.

KL understreger, at en del plejehjem vil være udfordret i forhold til gennemførelse af nogle af de større tiltag grundet begrænsninger ved de fysiske arealer, de råder over. Det samme gør sig gældende i forhold til økonomi og ressourcer, som større ændringer af de fysiske omgivelser vil kræve.

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

KL bakker op om anbefalingen. Vi er enige i, at der ikke bør anvendes antipsykotiske lægemidler til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, hvis det kan undgås. Samtidig er det vigtigt at anerkende, at det i nogle situationer kan være nødvendigt at gøre brug af medicinsk behandling i en kortere periode. KL anerkender, at dette også adresseres i materialet.

Dato: 9. januar 2025

Sags ID: SAG-2023-04537  
Dok. ID: 3532043

E-mail: CHBE@kl.dk  
Direkte: 3370 3779

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 2 af 3



Det fremhæves i beskrivelsen af anbefalingens gennemførlighed, at en hierarkisk struktur på plejehjem kan vanskeliggøre samarbejdet om brugen af antipsykotika. Det bemærkes her, at det på plejehjemmene i nogle tilfælde opleves som en fordel, at kontakt til lægen er på få hænder, indtil der ses et yderligere fald i brugen af antipsykotisk medicin.

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

KL har ingen bemærkninger.

Der tages forbehold for senere politisk godkendelse.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak, Kontorchef Sundhed og Ældre, KL

Dato: 9. januar 2025

Sags ID: SAG-2023-04537  
Dok. ID: 3532043

E-mail: CHBE@kl.dk  
Direkte: 3370 3779

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 3 af 3

Enhed: VISO

Sagsbehandler:  
Stephan Siig Hansen

Sagsnr.:  
2024 – 14734

Dato:  
14. januar 2025

## Hørings svar vedr. offentlig høring af NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et udkast til nye kliniske retningslinjer for brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens, som udviser adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Udkastet er sendt i høring med ønske om synspunkter og bidrag til de 4 anbefalinger, særligt med fokus på evidensgrundlaget og rationale bag anbefalingerne, samt eventuelle udfordringer ved implementeringen heraf.

Social og Boligstyrelsen (SBST) takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende udkast til de nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

### Anbefaling 1, Anvend strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens

*Under andet afsnit i anbefalingen fremhæves det, at vigtigheden af interventionerne skal betragtes på lige fod med andre opgaver som varetages i den daglige drift.*

SBST bemærker, at der i relation til implementeringen af anbefalingen, kan blive behov for, at fremhæve og støtte praksis i at opnå og fastholde denne forståelse. Dette kunne om muligt indebære en kvalificering af gældende understøttende IT redskaber, som medarbejderne anvender til den daglige dokumentation, således at der også efterspørges dokumentation og forudgående refleksion over, hvordan der arbejdes med fx relationsdannelsen, og ikke udelukkende ift. medicingivning, personlig hygiejne mm.

*Under tredje afsnit i anbefalingen fremgår det, at interventionerne varetages af uddannet eller oplært personale, og senere i samme afsnit fremhæves vigtigheden af at ledelsen understøtter tværfagligt samarbejde og sundhedspersonalets kompetenceudvikling*

SBST er enige i rationale bag disse fokusområder, men bemærker, at der kun fremskrives behov for fokus på sundhedsfagligt uddannet personale med eventuelt opkvalificering i brugen af konkrete metoder. SBST ønsker her, at det socialfaglige felt fremhæves, som en faglig tilgang, der med fordel kan tænkes ind, når ledelsen skal arbejde med det tværfaglige samarbejde og sundhedspersonalets kompetenceudvikling.

### Anbefaling 2, Overvej strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens samt adfærdsmæssige og psykiske symptomer

*Under afsnittet 'Gennemførlighed' fremgår det, at implementeringen er udfordret af manglende ressourcer, samt manglende kompetencer og viden om mulighederne hos personalet, når det kommer til installation og anvendelse.*

SBST deler denne opmærksomhed og ønsker at supplere med den bemærkning, at personalet/ledelsen skal have kendskab til demenssygdommens forskellige udtryk og være i stand til, at vurdere hvilke sansemæssige udfordringer det enkelte menneske med demens kan opleve. Dette med henblik på at undgå u hensigtsmæssig indretning, som i sig selv kan være med til at optrappe den uønskede adfærd hos mennesket med demens.

*Under afsnittet 'Rationalet' fremgår det, at der ikke er væsentlige skadesvirkninger forbundet med interventionerne*

SBST er som udgangspunkt enige i denne vurdering, men bemærker her, at der kan være risici for at personalet utilsigtet får indrettet omgivelserne på en sådan måde, at det kan tendere til en utilsigtet magtanvendelse, hvor mennesket med demens oplever sig begrænset i sin frie færden.

*Vedrørende evidensen for anbefalingen*

SBST kan supplere med oplysning om, at SBST i samarbejde med VIVE har kortlagt evidensbaserede metoder, som er virksomme ift. at forebygge udadreagerende adfærd hos mennesker med udviklingshæmning. På baggrund af kortlægningen udarbejdede SBST, et redskab "8 Beskyttende Faktorer", som kvalificerer det forebyggende arbejde med udadreagerende adfærd hos mennesker med udviklingshæmning. Den ene af disse faktorer omhandler helt konkret de fysiske omgivers betydning for borgerens trivsel. Redskabet er i praksis afprøvet på flere målgrupper på det sociale område med god effekt.



Januar 2025

Att. [NKRsekretariat@sst.dk](mailto:NKRsekretariat@sst.dk)

## **Høringsvar fra foreningen Demenskoordinatorer i Danmark (DKDK): National klinisk anbefaling for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens**

DKDK kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar til national klinisk anbefaling for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

DKDK har ved næstformand Tinna Klingberg været repræsenteret i arbejdsgruppen der skulle bidrage til udarbejdelsen af anbefalingerne. Gennem repræsentationen har vi oplevet en faglig stærk involvering og godt samarbejde med øvrige interessenter.

DKDK bifalder overordnet indholdet i anbefalingerne, og de nuanceringer der er medtaget.

Vi bifalder også, at den personcentrerede tilgang og den systematiske årsagsanalyse bliver set som forudsætninger for anbefalingerne og dermed også som grundlæggende for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Vi finder det problematisk, at anbefalingernes styrke baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). GRADE er ikke velegnet til vurdering af viden om evidens inden for det humanvidenskabelige felt.

Vi opfordrer til, at der ved næste opdatering af anbefalingerne benyttes et mere velegnet - men selvfølgelig forskningsmæssigt validt - værktøj til vurdering af evidens.

På bestyrelsens vegne,

Gitte Kirkegaard

Formand for Demenskoordinatorer i Danmark (DKDK)



15-01-2025

EMN-2020-00174

1748608

Rikke Gravlev Taageby

Danske Regioners hørings svar til nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

Danske Regioner takker for muligheden for at komme med bemærkninger til udkast til nationale kliniske anbefalinger (NKA) for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

Danske Regioner hilser anbefalingerne velkommen og forventer, at det er en NKA, der kan støtte op om arbejdet med at nedbringe brugen af antipsykotika til mennesker med demens.

Danske Regioner har indhentet bemærkninger fra regionerne. Regionernes bemærkninger er indsat nedenfor.

### **Regionernes bemærkninger til høringsudkast til NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer**

#### **Region Syddanmark**

Region Syddanmark takker for muligheden for at afgive hørings svar i forbindelse med NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Først og fremmest skal det fremhæves, at det bemærkes, at der er et stort og grundigt stykke arbejde bag anbefalingerne, som findes både relevante og efterspurgt.

Overordnet handler det om at nedbringe brug af psykofarmaka til folk med demens, hvilket jo er helt relevant af flere årsager. Der er også en beskrivelse af de non-farmakologiske tilgange. Der mangler dog en tydelig beskrivelse af psykiatriens rolle.

Arbejdet med moderat til svær demens indlagt på afdelingerne vil kræve både uddannelse af personale, fysiske rammer der giver ro og forudsigelighed samt personaleressourcer ift. øget støttebehov hos den patientgruppe, hvis man skal efterleve de non-farmakologiske tiltag. Disse forudsætninger er ikke opfyldt på alle psykiatriske afdelinger.

Det bør fremhæves og prioriteres, at der bliver sat fokus på tidlig opsporing af mennesker med demens (som også har en psykisk sygdom). I første omgang bør det undersøges, hvor mange patienter der henvises til demensudredning fra psykiatrien. Sandsynligvis er der regionale forskelle – det kunne også være interessant at undersøge, hvor fremskreden demensen er, før der henvises til demensudredning.

Der er et overlap mellem psykisk sygdom og demens, hvor det kan være svært at se, hvornår det er det ene eller det andet. Der er usikkerhed om der eksisterer retningslinjer for ældre patienter med psykisk sygdom, herunder om der spørges systematisk ind til kognitive symptomer, indhentes der oplysninger fra pårørende, ADL-vurdering, bliver der lavet MR-skanninger m.m. Psykologerne kunne have en vigtig rolle ift. at kortlægge de kognitive symptomer hos patienter med lette kognitive forstyrrelser, som er vigtige ift. tilgangen til patienterne og tidlig diagnostik. MMSE er kun en screeningstest og de veluddannede og dem på et tidligt stadie bliver ikke nødvendigvis opdaget ved kun en kognitiv screening.

Det bør i forbindelse med ny NKA undersøges om Psykiatrisygehuset er tilstrækkeligt gode til at opspore tidlige tegn på demens hos patienter med psykiatriske lidelser. Dette bliver yderligere relevant med den nye godkendte medicinske behandling til Alzheimers. Særligt fordi at man farmakologisk kan "forsinke" udviklingen af sygdommen jo hurtigere det opspores. Så patienter med psykiatriske diagnoser ikke overses, fordi der er et overlap i symptomatologi.

På de somatiske medicinske afdelinger og formentlig også på øvrige afdelinger bruges antipsykotisk medicin til mennesker med demens i forbindelse med, at de går i delirøs tilstand. Vi har ingen tal eller undersøgelser herpå, men det vil jo sige, at der er behov for at forebygge/rette et særlig fokus på f.eks. Cam-score og delir instruksen i somatisk sygehus regi, hvis der skal ske ændringer i forbruget. Det kan selvfølgelig anses som struktureret tilgang som er med i rapporten.

Mennesker med demens har i forbindelse med indlæggelser langt større risiko for at udvikle/gå i delir. Nogle indlæggelser skal til, fordi det kræver sygehus behandling, men er der også grundlag for at forebygge indlæggelser, behandle mennesker med en demens sygdomme i eget hjem, så vi forebygger forebyggelige indlæggelser. Det er jo en anden måde, at arbejde med problemstillingen på. Denne vinkel er ikke tydelig beskrevet i materialet.

Nogle patienter med demens kan have brug for den antipsykotiske medicin i en stund for, at der kan sættes ind pædagogisk/non farmakologisk. Det vigtigste her er, at fokus er på planen for udtrapning – når ”akut” situationen er stabiliseret og der er sat gang i de non-farmakologiske tiltag.

### **Terapeutfaglige perspektiver**

Ud fra et terapeutfagligt perspektiv finder Region Syddanmark anbefalingerne veldokumenterede, og de understøtter regionens indsats omkring Demensvenligt Sygehus.

#### **Ad punkt 2 Personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse**

Fokus på personcentreret tilgang i forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens er et vigtigt område og derfor centralt at det beskrives i NKA. Der tages afsæt i den anerkendte omsorgsfilosofiske tilgang udviklet af Tom Kitwood, som værdsætter og anerkender mennesker som unikke væsener med ret til selvbestemmelse.

Det kunne være nyttigt at vise Demensligningen som figur i NKA, da demensligningen er meget grundlæggende for Kitwoods omsorgsfilosofiske tilgang og ved at inddrage figuren synliggøres vigtigheden af at forstå forskellige områder af et menneske, som bør medtænkes for at opnå en personcentreret tilgang. Elementer af Kitwoods tilgang er allerede integreret i klinisk praksis og derved lægger denne NKA sig op heraf.

Her beskrives, at mennesker med demens ofte udtrykker deres helbredsmæssige og psykologiske trivsel, eller mangel på samme, gennem deres adfærd. Adfærden der efterfølgende beskrives er svær uro, agitation og voldsom vrede. Umiddelbart redegøres der i materialet ikke for ændret adfærd i den anden ende af adfærdsspektret, eksempelvis i form af passivitet, apati og indelukket-hed, hvilket bør inkluderes i retningslinjerne, eftersom det er ligeså vigtige adfærdsmønstre at observere for at kunne handle på patientens psykologiske og helbredsmæssige trivsel, samt risiko for ”den stille” delirium.

#### **Ad punkt 3 Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relations dannelse rettet mod mennesker med demens?**

Under dette punkt er beskrevet det blandt andet, at det er vigtigt, at interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relations dannelse 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 personen med demens. Der kunne med fordel inddrages

forskningsbaseret viden inden for eksempel Aktivitetsvidenskab og Aktionsforskning, som kan være med til at styrke anbefalinger til dette punkt. Ikke mindst fordi det kan være svært i den kliniske praksis at få prioriteret interventioner med fokus på aktivitet og deltagelse på lige fod med interventioner med fokus på medicinsk behandling og pleje.

#### **Ad pkt. 4 - Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens**

Her lægges der i retningslinjerne vægt på specifik arkitektonisk indretning af et plejehjem, indstilling af loftsbelysning, tilgang til udendørslys, farver på væggen, personlige genstande ophængt, indretning af fælleslokaler, samt specifikke sanserum der er åbent til brug efter behov. Gennemførligheden vurderes til at have væsentlige problemer, bl.a. grundet mangel på fysiske rum.

Få steder nævnes det udendørs rum som en del af indretningen, og ingen steder nævnes brugen af landskabsarkitektoniske tiltag såsom terapihaver og sansehaver, hvilket Nationalt Videnscenter for Demens påpeger som værende fremmede for sundheden og livskvaliteten ved mennesker med demens. Inkludering af det udendørs rum vil desuden give flere muligheder for gennemførlighed, eftersom denne ikke begrænses af mangel på fysiske rum.

#### **Ad punkt 7 Implementering**

Vi bifalder, at der i NKA fremhæves vigtigheden af ledelsens involvering i processen med at implementere en systematisk og personcentreret tilgang, og at det er en kontinuerlig proces at arbejde på denne måde. Og ligeledes, at det fremhæves i NKA at en fælles faglig forståelse og et tværfagligt samarbejde baseret på gensidig tillid og en konstruktiv faglig dialog er centrale elementer i implementeringen. Der kunne tillige være nævnt betydning af facilitering af en implementeringsproces, da det kan være elementer som ikke får opmærksomhed, når praksis skal ændres. Der kunne henvises til implementeringsmodeller såsom i-PAHRIS eller lignende.

#### **Region Sjælland**

Angående anbefalingen af valg af antipsykotisk medicin til patienter med Lewy-Body eller Parkinsondemens, er det et problem, at det eneste godkendte antipsykotiske middel, Clozapin, er potentielt livsfarlig i højere grad end andre antipsykotika, pga. risikoen for knoglemarvshæmning, der kræver hyppig kontrol af blodprøver; og netop den lille del af BPSD-patienter, der er til fare for sig selv og/eller andre, har hyppigt også svært ved at samarbejde til blodprøvetagning; ligesom det kræver at pt. er tilknyttet psykiatrien livslangt hvis det viser sig nødvendigt med varig antipsykotisk behandling, hvilket er en stor og potentielt



unødvendigt brug af psykiatriske ressourcer. Regionalt Videnscenter for demens i Roskilde anbefaler brug af lavdosis quetiapin til disse patientgrupper, og vi har ligeledes erfaringer med at bruge lavdosis risperidon uden at det har medført betydende forværring i de pågældende patienters parkinsonsymptomer. Godkendelse af andre antipsykotiske lægemidler til de pågældende patientgrupper bør derfor prioriteres.

Der bør gerne blive beskrevet i punkt 6 et afsluttende afsnit om hvad der kan anbefales til de patienter, der ikke kan trappes ud af antipsykotisk medicin efter en måned, uden at der kommer recidiv af adfærd hvor pt. er til fare for sig selv eller andre og/eller bliver betydeligt forpint. Der kunne fx stå noget i retning af: "Til de patienter, der ikke kan trappes ud af antipsykotisk medicin efter 4 uger uden at der kommer recidiv af adfærd hvor pt. er til fare for sig selv eller andre og/eller bliver betydelig forpint, kan anbefales at man i primærsektoren igen gennemgår patienten mhp biologiske, psykologiske og sociale aspekter, der kan være årsag til dette, inklusiv frisk udredning for eventuel delir. Hvis der ikke i forbindelse med dette findes yderligere der kan optimeres, kan henvisning til ældrepsykiatrisk ambulatorium overvejes mhp optimeret behandling af BPSD inklusiv revurdering af den antipsykotiske behandling".

Det ville desuden være godt, hvis retningslinjerne foreslog andre alternativer til beroligende medicin end antipsykotika og benzodiazepin, men det vil nok være et større arbejde at afklare.

## Region Nordjylland

Overordnet vurderer Region Nordjylland, at det er en NKA, der fint støtter op om nedbringelse af antipsykotika.

Region Nordjylland har dog følgende tekstnære bemærkninger:

- Side 22 under ressourcer/kvalitativ evidens: der er angivet at indsats fordrer adgang til farmaceuter, læger og psykiatere. Dette er en uheldig formulering. Psykiatere ER læger.
- Side 22 under lighed i sundhed: Arbejdsgruppen vurderer, at forskellen i forbruget i antipsykotika .....på tværs i landet synliggør allerede eksisterende ulighed i sundhed. Her er logikken ikke klar. Region Nordjylland og Region Sjælland har det laveste forbrug i Danmark, så hvad menes der egentlig - jo færre læger jo mindre medicin?
- Side 35 afsnit 4 med kursiv startende med behandling inkl. Dosering.....: ved behandlingsvarighed over fire uger .....konferere med en læge ansat i psykiatrien eller..... Efter dette afsnit kan det overvejes at tilføje (jævnfør vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne) at ved behov for fortsat behandling i mere end tre måneder, skal patienten henvises til psykiatrien.

## Region Midtjylland

Region Midtjylland har haft udkastet til høring i vores organisation. Det bemærkes dog at det er en meget ambitiøs anbefaling, vil det kræve flere ressourcer på plejehjemmene, såvel som i regionspsykiatrien og andre steder.

Vurderingen er at denne ambitiøse anbefaling kun kan implementeres til fulde under forudsætning af dette imødekommes.

### Kommentarer til anbefalingen:

Det opleves ofte, at der kan være behov for at skærme/beskytte patienten i et afgrænset miljø ifm. svære adfærdsforstyrrelser. Når dette lykkes, er erfaringen, at det er med god effekt. Her er der tale om et mere overskueligt miljø for patienten, men også mere sikkert for øvrige beboere og personale. Dette er dog ofte ikke muligt på plejehjem pga. indretningsmæssige forhold. Anbefaling kunne derfor måske ligeledes inkludere dette.

### Ang. PICO spørgsmål 1 og 2:

Det vurderes af specialerådet for voksenpsykiatri i Region Midtjylland, at det naturligtvis er vigtigt at have for øje, at der bør være en struktureret og personrettet tilgang ved de psykosociale tiltag mv., og at man derfor er nødt til at sikre sig dette.

Mht. de fysiske forhold, så er de fysiske rammer på mange måder allerede definerede på plejehjemmene, og man må så prøve at få skabt det optimale under de givne konditioner.

### Ang. PICO spørgsmål 3 og 4

Neuroleptika: Specialerådet i voksenpsykiatri i Region Midtjylland er enige i reservationen overfor brug af neuroleptika. Dog kan brug tidvist være nødvendigt, og at man er grundig, når man forholder sig til forskellige aspekter af behandlingen. Specialerådet kan også frygte, at man ved at sætte et loft for varigheden på behandlingen med neuroleptika, (eks. 4, 6 eller 12 uger, rykker fokus fra monitorering af effekt, bivirkninger, optimering af dosis og sikring af ordentlig nedtrapning/udtrapning til et sikkert ofte forgæves forsøg på at opretholde en arbitrær tidsramme.

Det er desuden en meget betydelig mangel ved anbefalingerne, at der ikke differentieres mellem forskellige antipsykotika. Dette er naturligtvis behændigt, for at kunne poole større mængder af data, men er på grænsen til uvederhæftigt, når man ser på, hvor stor den farmakologiske forskel er indenfor denne gruppe. Særligt når behandlingen anvendes "off label" som tilfældet er i forbindelse med ordination til patienter med demens, er det helt afgørende at tage disse farmakologiske forskelle i betragtning. Observation af gavnlig effekt af et bestemt præparat hos en given patient, bør således tillægges større vægt end poolede data, hvor størstedelen af disse data potentielt er fremkommet ved behandling med lægemidler, som har en helt anden receptor- og bivirkningsprofil.

Det bør således fremgå, at de data som ligger til grund for de farmakologiske anbefalinger er meget sparsomme og at anbefalingerne ofte bør tillægges lavere vægt end et konkret lægefagligt skøn.

## **Region Hovedstaden**

Region Hovedstaden har indhentet bemærkninger fra deres demensråd. Hermed Demensrådets bemærkninger til NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Rapporten vurderes gennemarbejdet og generelt med gode og solide anbefalinger.

### **Ad 1. Indledning**

Ingen kommentarer

### **Ad 2. Personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse.**

Dette vurderes vigtigt prioriteret, og der findes ikke baggrund for at tilrette dette.

### **Ad 3. Bør man anvende strukturerede og målrettede...**

Det vurderes rationelt at vægte højt, at alle indsatser, der inkluderer aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse kan gøre sig gældende og ikke udvælge specifikke aktiviteter, når der ikke er evidens for dette.

### **Ad 4. Bør man anvende strukturerede og målrettede...**

Har man undersøgt effekt af optimering af fysiske rammer og lyspåvirkning på søvnkvalitet hos mennesker med demens?

### **Ad 5. Bør man anvende antipsykotika til behandling...**

Side 24:

Der er lavet en stor litteratursøgning, og evidensgrundlaget er baseret på 28 randomiserede forsøg.

I afsnittet "gennemgang af evidens" s. 24 fremgår, at der blev undersøgt i flere studier flere forskellige antipsykotika i forskellige doseringer:

Risperidon 0,5-4 mg [100][101][104][111][116][118][120][121][124], Quetiapin 25-300 mg [99][113][119][121][124][125][127], Olanzapin 1-15 mg [102][104][112][121][122][124], Aripiprazol 2-15 mg [103][115][123], Brexpiprazol 0,5-3 mg [106][107][108][114], Haloperidol 0,5-6 mg [95][97][101][105][125][126] og Primavanserin 34 mg [96][98]. Seks studier havde en interventionsperiode på seks uger som er den anbefalede maksimale

periode for behandling [97][98][99][105][119][122]. De øvrige studier havde en interventionsperiode på henholdsvis tre uger [95], otte uger [96][116][118][120], ti uger [102][103][104][113][115][123][125][127], 12 uger [100][101][106][107][108][111][112][114][121][124] og 16 uger [12

Der mangler overblik over skadelig eller gavnlig effekt for hvert præparat. Anti-psykotiske præparater er meget forskellige, men i konklusionen er de bare samlet i en gruppe.

Kunne man udarbejde tillæg om de specifikke præparaters virkning ud fra litteraturgennemgangen?

**Ad. 6, 7, 8, 9:** Ingen kommentarer

Sent: 23-01-2025 09:03:42 (UTC +01)  
To: SST NKR Sekretariat [NKR Sekretariat@SST.DK](mailto:NKR Sekretariat@SST.DK)  
Subject: Sv: Offentlig høring af NKA for forebyggelse og  
behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens -  
høringsfrist fredag d. 17. januar 2025 kl. 12.00((ISM) Id nr.: 287577)

Kære Jutta

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ingen bemærkninger tilhøringen af NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Jeg beklager, at du først hører fra os nu.

Med venlig hilsen  
Signe Keller  
Student, Patientsikkerhed og Lovkvalitet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik her  
[www.sum.dk](http://www.sum.dk)

## Peer Review

### Nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

Anbefalingen tager afsæt i to tidligere anbefalinger eller retningslinjer for forebyggelse og behandling af adfærdsforstyrrelser og psykologiske symptomer ved demens (BPSD) fra henholdsvis 2018 og 2019. Herværende anbefaling er således en opdatering og sammenskrivning af disse.

Manuskriptet præsenterer klart hvad formålet er: behandling og forebyggelse af BPSD, både psykosociale og sundhedsfaglige interventioner, sidstnævnte inklusiv lægemidler. Formålet præciseres i fire spørgsmål. 1) Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens? 2) Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens? 3) Bør man anvende antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens? 4) Bør man anvende antipsykotika eller benzodiazepiner til kortvarig behandling (<4 uger) af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens?

Hvert af de fire spørgsmål præsenteres med A) kort baggrund for at spørgsmålet er inkluderet, B) selve anbefalingen, C) nøgleinformation bag konklusionen i anbefalingen [gavnlig/skadelige effekter af anbefalingen, evidensen bag anbefalingen, patienternes præferencer, ressourceforbrug ved eventuel implementering, lighed i sundhed, accept blandt patienter/pårørende/sundhedspersonale, gennemførlighed], D) rationale bag anbefalingens konklusion og E) gennemgang af evidensen [identificeret litteratur, patientpopulationer undersøgt, interventioner undersøgt, resultater af interventionerne og kritikpunkter/opmærksomhedspunkter når resultater fortolkes, så som bias og præcision].

#### Manuskriptets styrker

Anbefalingen er udarbejdet af en bred og kompetent arbejdsgruppe hvor alle relevante interessenter er repræsenteret.

At man stadig har det enkelte menneske i centrum og fremhæver personcentret tilgang og systematisk analyse af eventuelle årsager til BPSD er meget positivt. I forhold til tidligere anbefalinger/retningslinjer er denne anbefalings mere overordnede fokus på relationen til personer med demens og deres generelle (fysiske) rammer meget klinisk relevant. Relationsdannelse kan ske på mange måder og er mulig uafhængig af om alle (plejehjem eller andre) har adgang til alle hjælpemidler eller tiltag (musikterapi, konditionstræning eller andet).

Dermed øges sandsynligheden for at en eller anden form for psykosocial tilgang vil give det ønskede resultat.

Opbygningen er meget læsevenlig. Læseren præsenteres kort for baggrund for en given anbefaling, herefter selve anbefalingen og derefter argumenterne for anbefalingens konklusion, altså punkterne A-C nævnt ovenfor. Til sidst gennemgås detaljeret evidensen, inklusiv kvaliteten af evidensen, punkt E nævnt ovenfor. Sidstnævnte er meget komplekst og kræver en del forkundskaber, men opbygning bevirker, at alle kan få relevant og vigtig viden uden at man behøver at læse alt. Sproget er præcist og læsevenligt, varieret.

Litteratursøgningen og -gennemgangen er grundig, relevant og udtømmende. Fortolkningen af de fundne artikler og studier, herunder vurdering af blandt andet kvaliteten af studiers rekruttering af deltagere, intervention(er), metodevalg og resultater, samt metoderne til at opsummere evidensen kvantitativt er videnskabeligt velfunderet og indenfor hvad evidensen kan bære. Der er således god overensstemmelse mellem evidensgrundlaget og de anbefalinger som præsenteres. Skulle der være en enkelt artikel eller studie som ikke er identificeret, vil dette ikke ændre på konklusionerne af de fire spørgsmål som anbefalingen søger at besvare.

Afsnittet om implementering er relevant og peger på vigtige opmærksomhedspunkter og nøglepersonale, herunder ledelsens rolle, for at sikre en succesfuld forebyggelse og behandling af BPSD.

Endelig identificerer anbefalingen afgørende huller i viden og evidens for forebyggelse/behandling af BPSD, dels strukturelt blandt andet omkring registrering af BPSD og dels hvilke områder man med fordel kan søge ny viden, altså forskning.

### **Manuskriptets svagheder og mangler**

Selvom relevante parter har deltaget i arbejdsgruppen, referencegruppen eller brugerpanel, så har personer med demens ikke været inkluderet. De er "grundet etiske overvejelser" ikke med (side 4), men hvilke overvejelser der mere specifikt ligger til grund for beslutningen præsenteres ikke. Har man tænkt, at deltagelse kunne traumatisere personer med demens?

Udgangspunktet for de fire spørgsmål/anbefalinger er den såkaldte PICO-metode. PICO står for de engelske ord Patient/Problem Intervention Comparison Outcome, altså hvem er dette spørgsmål relevant for eller hvad er problemet som søges løst? – hvad bliver der gjort/hvad er der sket? – hvem eller hvad bliver der sammenlignet med (alternativet til interventionen)? – hvad er resultatet af det der blev gjort eller det der skete? Dette nævnes i afsnit 9 (side 44), men enten et meget kort afsnit i starten af anbefalingen hvor PICO præsenteres, eller en henvisning til afsnit 9/side 44, så læseren ikke lades i stikken.

I forlængelse af PICO, så nævnes population, intervention og sammenligning ved hvert fokuseret spørgsmål (side 11, 18, 24, 38) men ved ingen af spørgsmålene er "O" (outcome) præsenteret. Det bør fremgå. Ligesom der skelnes mellem kritisk, alvorlig og vigtig outcome, men dette defineres ikke klart i teksten. Første gang outcome nævnes er nederst side 8 "For de vigtige outcome *kognition, livskvalitet....*" uden nogen nærmere introduktion eller henvisning til hvor i teksten læseren kan skaffe sig viden om hvad der i denne sammenhæng skal forstås med "vigtig outcome".

For hvert spørgsmål præsenteres fint nøgleinformationer, herunder patientpræferencer. Men både patientens præferencer som de pårørendes og eventuelle personales diskuteres. Så hvis det ikke strider mod en fastlagt skabelon hvor punktet skal hedde patientpræference, så måske blot Præferencer eller anden titel der inkluderer de personer der faktisk bliver præsenteret? Samtidig vil det skabe konsistens, hvor man ellers fint og konsekvent skriver personer med demens (ikke patienter med demens), pludselig introducerer "patient".

På side 6 i afsnittet "Personcentreret tilgang" gentages sætningen "Relationsarbejdet er afgørende for at skabe tryghed, tillid og gensidig forståelse mellem medarbejder og personen 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." to gange med en sætning i mellem. Anden gang kan udelades uden tab af mening.

Man kunne overveje at fremhæve at antipsykotisk behandling er symptomatisk lindring af symptomer og ikke kurativ behandling (afsnittet på side 20). Helt analogt til delir, hvor antipsykotisk medicin ikke er behandling men et forsøg på at lindre symptomer. Når man taler om "antipsykotisk behandling" og ikke "antipsykotisk lindring" får man indtryk af at man kan gøre noget mere gennemgribende end man reelt kan og gør (lindre fremfor at behandle).

På side 23 nævnes øverst at reduktion af antipsykotika kan fremmes gennem personcentreret /non-farmakologisk tilgang .... for at undgå understimulation. Det kunne også tænkes at undgå overstimulation (som også kan forårsage agitation, uro, aggressivitet, etc.).

Generelt mangler flere fodnoter til tabellerne (fx 5 og 8 på side 13, ligesom fodnote 21 er tom, men der er flere andre steder i andre tabeller).



## **Peer review af NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens**

Sagsnummer (05-0000-172)

### **Høringssvar fra Dansk Selskab for Geriatri**

Af Maria Bohr Sørensen, speciallæge.

Tak til Sundhedsstyrelsen på vegne af Dansk Selskab for Geriatri for muligheden for at deltage i høringen af den nye Nationale Kliniske Anbefaling (NKA) for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

#### **Manuskriptets styrker:**

Overordnet set et vældigt flot og gennearbejdet manuskript.

Relevante faggrupper er repræsenteret i arbejdsgruppen.

God og fyldestgørende indledning, samt et stort plus at medicingennemgang nævnes med konkrete hjælpemidler/værktøjer.

Beslutningen om at personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse er udtaget af evidensvurdering, og i stedet vurderes som forudsætninger og grundlag for nødvendig omsorg og pleje for personer med demens er yderst hensigtsmæssig. Det er en fin og grundig gennemgang med et praktisk og anvendeligt perspektiv for alle faggrupper.

De udvalgte PICO-spørgsmål er relevante og godt dækkende trods færre spørgsmål sammenholdt med tidligere NKR-udgivelser på demensområdet fra Sundhedsstyrelsen (kun 4 PICO i forhold til 10 PICO i den tidligere NKR). Det er interessant at man har belyst evidensen omkring fysiske omgivelsesfaktorer, da det ikke er berørt før i Sundhedsstyrelsens NKR-udgivelser.

Det er især en vigtig prioritering fra arbejdsgruppens side at der er medtaget to spørgsmål omkring kortvarig og længerevarende antipsykotika-behandling set i lyset af et fortsat relativt højt forbrug trods nedbringelse af brug af antipsykotika har været fokusområde i flere år.

Det er også nævneværdigt at arbejdsgruppen har fokuseret på ændringer i medicinforbruget/ udskrivningsmønstret de seneste år, og man på denne baggrund har valgt at medtage benzodiazepiner i denne udgivelse, da forbruget af disse præparater er øget markant i følge de opgivne data fra Sundhedsdatastyrelsen.

Særligt interessant læsning er den kvalitative analyse side 28 af sundhedsprofessionelles forskellige oplevelser, erfaringer med og forventning til opstart, forbrug og seponering af antipsykotika hos personer med demens. Dette afsnit kan anbefales til alle faggrupper, som arbejder med demens for at få øget indsigt i de forskellige drivende faktorer og udfordringer vedrørende behandling med antipsykotika/beroligende medicin.

### **Manuskriptets væsentligste svagheder/mangler:**

Her må nævnes den stærke anbefaling i *PICO 1: Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens?*

Da evidensen generelt set er vurderet som lav kvalitet, kan det stride mod GRADE-metoden at der alligevel gives en stærk anbefaling i stedet for en svag anbefaling.

GRADE er et systematisk, men også i nogle tilfælde rigtigt vurderingsværktøj, særligt på områder med sparsom/heterogen evidens eller hvor bias ikke er muligt at udelukke i forsøgsdesign. Arbejdsgruppen argumenterer relevant for dette og der er fundet mange studier, som dækker et bredt udsnit af demenssygdomme og sværhedsgrad samt interventioner. Udfordringen ved non-farmakologiske interventionsstudier er ofte at muligheden for dobbeltblinding og kvalitetssikring af interventionerne er svær at gennemføre. Dette er faktorer, som der lægges vægt på i GRADE-vurderingen og som kan trække vurderingen af artiklen ned.

Evidensen er vurderet som lav kvalitet af arbejdsgruppen og der er påvist usikre effektmål af interventionen (SMD hhv. 0,41 og 0,19 på kritiske outcomes med store konfidensintervaller), så det er svært at forsvare en stærk anbefaling.

Arbejdsgruppen argumenterer for at der er tale om en intervention med forventeligt lav forskel i patientpræferencer og at det forventes at både patienter og pårørende vil acceptere interventionen, da der ikke er forventede bivirkninger/skadevirkninger. Samtidig ses i tabellen side 13 at der er beskrevet 9 flere pr. 1000 mulige uønskede hændelser i studierne. Det ville være fint at redegøre for hvad dette dækker over.

Udfordringen med formuleringen "Svag anbefaling" er at det kan fejltolkes i forhold til læseren, som ikke er bekendt med GRADE-systematikken og derfor opfattes som at denne intervention ikke nødvendigvis anbefales af arbejdsgruppen. Det er tydeligt at arbejdsgruppen har ønsket at fremhæve denne non-farmakologiske intervention som 1.valg, hvilket også er helt i tråd med gældende god klinisk praksis. Den beskrevne evidens synes dog ikke at kunne bære en stærk anbefaling fremfor en svag anbefaling.

### **Eventuelle forslag til ændringer:**

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

Her nævnes flere bivirkninger, herunder mortalitet, somnolens, delir, ekstrapyramidale bivirkninger og fald. Arbejdsgruppen kunne overveje at beskrive flere kendte bivirkninger til beroligende medicin fx. dysfagi, tryksår og funktionstab, som alle har indflydelse på morbiditet og livskvalitet.

Enkelte steder bør tabeller justeres, så outcomes ikke er delt på to sider.

Der anvendes både formuleringen "mennesker med demens" og "personer med demens", man kan overveje at ensrette dette.

Sundhedsstyrelsen, NKR-sekretariatet  
Att.: Marie-Louise Kirkegaard Zobbe

Vestergade 17  
5800 Nyborg  
21 81 10 11  
rehpa@rsyd.dk  
www.rehpa.dk

16. januar 2025  
jette.thuesen@rsyd.dk  
23605020

## Peer review af 'Nationale Kliniske Anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens', sagsnummer 05-0000-172

Tak for invitationen til at reviewe udkast til NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Tak for (udkast til) en velskrevet NKA, der adresserer en vigtig klinisk problemstilling, som rammer mange mennesker med demens og deres nærmeste.

Sundhedsstyrelsen har stillet opgaven: *Med udgangspunkt i den konkrete NKAs problemstilling og de formulerede fokuserede spørgsmål bedes du bedømme anbefalingernes relevans og styrkeangivelse samt i hvilken grad retningslinjens anbefalinger understøttes af evidens.*

Sundhedsstyrelsen har stillet ni spørgsmål til reviewer. Spørgsmålene besvares nedenfor.

Er de fokuserede spørgsmål dækkende for den kliniske problemstilling formuleret i kommissoriet?

Den kliniske problemstilling er *Behandling og forebyggelse af BPSD* og inkluderer både psykosociale og sundhedsfaglige interventioner. Op imod 80-90% af alle personer med demens udvikler på et tidspunkt adfærdsmæssige og psykiske symptomer (BPSD), så det er en meget relevant klinisk problemstilling.

*Systematisk årsagsanalyse og personcentreret omsorg*, som var stærke anbefalinger i NKR 2019, er ikke medtaget i den opdaterede NKR men indgår som *forudsætninger for anbefalingerne*.

Helt overordnet dækker de fokuserede spørgsmål den kliniske problemstilling, med visse mangler, der beskrives nedenfor i tilknytning til de enkelte PICO-spørgsmål, særligt spørgsmål 1.

Har PICO-spørgsmål om palliation været overvejet ift den kliniske problemstilling?

**PICO-spørgsmål 1:** Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens?

- **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
- **Outcomes**
  - i. **Kritiske:** Agitation/ uadadreagerende adfærd; adfærdsændringer (BPSD)
  - ii. **Vigtige:** Kognition, livskvalitet, depressive symptomer, funktionsniveau/ADL, medarbejder/pårørendebyrde, uønskede hændelser

I spørgsmål 1 har man fravalgt at spørge til specifikke interventioner (i NKR 2019 indgik fx musikterapi, reminiscens, superviseret konditionstræning) og til i stedet at 'undersøge effekten af en komponent, de alle har til fælles'. Den/de komponenter angives at være *aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse*, og fokus er således på helheden af interventioner, der tager udgangspunkt i disse komponenter. 'Interventionen' beskrives i PICO-1-bilaget s. 3, men beskrivelsen fremstår langt fra operationel; det bliver dermed svært at se, hvilke inklusions- og eksklusionskriterier der har været lagt til grund i udvælgelse af litteratur og dermed, hvad det reelt er for en evidens der indgår. Der argumenteres ikke overbevisende for ikke at undersøge hver intervention for sig, og heller ikke for, hvorfor det netop er disse komponenter, der udpeges som definerende. Det er formentlig ikke muligt inden for rammen af en NKA at søge på alle relevante interventioner. Men den valgte strategi har konsekvenser for det evidensgrundlag, der tilvejebringes. Et eksempel på et interventionsspecifik review og metaanalyse, der tilsyneladende ikke er indeholdt i NKA'ens in- og ekskluderede reviews, og som potentielt kunne have bidraget til evidensgrundlaget (den er ikke kvalitetsvurderet), er Ren et al 2024<sup>1</sup>. Desuden savnes der primærstudier, som potentielt kunne bidrage til evidensgrundlaget. Et eksempel er ADEX-interventionen, der netop viste effekt af fysisk træning på neuropsykiatriske symptomer (Hoffmann et al 2016<sup>2</sup>). Det kan ikke udelukkes, disse studier er ekskluderet af andre grunde – fx alder, men så burde de fremkomme via sekundærlitteratur.

---

<sup>1</sup> [The effect of cognitive rehabilitation on daily functioning of patients with Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis of clinical trials - PubMed](#)

<sup>2</sup> [Moderate-to-High Intensity Physical Exercise in Patients with Alzheimer's Disease: A Randomized Controlled Trial - PubMed](#)

Sammenhængen mellem den kliniske problemstilling BPSD og valg af de vigtige outcomes kognition og funktionsniveau er ikke indlysende. Er 'well-being'/velbefindende overvejet som vigtigt outcome, som fx anbefalet af europæiske forskere i psykosociale interventioner til mennesker med demens (Clarke et al 2020<sup>3</sup>)?

**PICO-spørgsmål 2:** Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens?

- **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
- **Outcomes**
  - iii. **Kritiske:** Agitation/ udadreagerende adfærd; adfærdsændringer (BPSD)
  - iv. **Vigtige:** Kognition, livskvalitet, depressive symptomer, funktionsniveau/ADL, medarbejder/pårørendebyrde, uønskede hændelser

Spørgsmålet begrundes i et klinisk behov for at belyse, om alle interventioner (fysiske omgivelsesfaktorer) er hensigtsmæssige, og om der evt er forskel i effekt mellem interventionerne. Spørgsmålet kan være relevant at undersøge i en afgrænset population, fx mennesker med demens der lever på plejehjem, hvor fysiske omgivelsesfaktorer i højere grad kan 'doseres' og dermed sidestilles med en 'intervention', men for den brede population er det måske knap så vigtigt.

**PICO-spørgsmål 3:** Bør man anvende antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens?

- **Population:** Personer med alle typer demens og sværhedsgrad
- **Intervention:** Antipsykotika
- **Sammenligning:** Placebo
- **Outcomes**
  - v. **Kritiske:** Alvorlige hændelser, mortalitet, adfærdsændringer
  - vi. **Vigtige:** Agitation/udadreagerende adfærd, kognition, funktionsniveau (ADL), livskvalitet

Spørgsmålet er relevant og velbegrunderet i den kliniske problemstilling.

---

<sup>3</sup> Clarke, C., Woods, B., Moniz-Cook, E., Mountain, G., Øksnebjerg, L., Chattat, R., . . . Wolverson, E. (2020). Measuring the well-being of people with dementia: a conceptual scoping review. J Health quality of life outcomes, 18(1), 1-14.)

**PICO-spørgsmål 4:** Bør man anvende antipsykotika eller benzodiazepiner til kortvarig behandling (<4 uger) af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens?

- **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
- **Outcomes**
  - vii. **Kritiske:** Alvorlige hændelser, mortalitet, agitation/udadreagerende ændringer, adfældsændringer (BPSD)
  - viii. **Vigtige:** Funktionsniveau (ADL), somnolens, frakturer/fald, ekstrapyramidale bivirkninger, forekomst af delirium, livskvalitet (QoL), pårørende/medarbejderbyrde

Spørgsmålet er relevant og velbegrunderet i den kliniske problemstilling.

Er den systematiske litteratursøgning dækkende for de fokuserede spørgsmål?

Søgningerne er veldokumenterede og omfattende.

Søgninger omfatter 1) sekundærlitteratur og 2) primærlitteratur.

Er der søgt efter internationale kliniske guidelines for psykosociale og sundhedsfaglige interventioner v. BPSD? De kan være fravalgt af forskellige årsager. Ifølge NKR metodehåndbogen er første trin i søgning efter evidens af søge efter guidelines, så det foreslås at skrive, hvis det ikke er gjort. Og hvis det er gjort men uden resultat, kan det skrives.

Der er andre reviews, som man umiddelbart ville forvente indgik. Jeg kan ikke gennemskue, hvorfor de ikke gør. Det gælder fx Regier og Gitlin 2017<sup>4</sup>, Burley et al 2022<sup>5</sup> og Watt et al 2021<sup>6</sup>.

**PICO-spørgsmål 1:** Interventions-facetten er operationaliseret i forhold til med *interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse*. Det giver et noget uskarpt billede af, hvilke interventioner der reelt er inkluderet. Som jeg skrev tidligere, er kriterierne for in- og eksklusion ikke tydelige og man bliver i tvivl om,

---

<sup>4</sup> [Psychosocial and Environmental Treatment Approaches for Behavioral and Psychological Symptoms in Neurocognitive Disorders: an Update and Future Directions](#)

<sup>5</sup> [Pharmacological and nonpharmacological approaches to reduce disinhibited behaviors in dementia: a systematic review - ScienceDirect](#)

<sup>6</sup> [Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis](#)

hvordan evidensgrundlaget er tilvejebragt. Det er tvivlsomt, om alle psykosociale interventioner, der kan afhjælpe BPSD er omfattet af søgningen.

**PICO-spørgsmål 2:** Der er alene inkluderet én oversigtsartikel, baseret på søgning efter sekundærlitteratur. Der er ikke søgt primærlitteratur. Dermed er interventionerne/de fysiske omgivelsesfaktorer afgrænset til dem, der indgår i oversigtsartiklen. Der savnes en begrundelse for kun at inkludere én oversigtsartikel, der oven i købet er fra 2014, og for ikke at supplere sekundærlitteratur med primærlitteratur. Jeg ville forvente, at der kunne findes flere og nyere både sekundær- og primærstudier.

**PICO-spørgsmål 3:** Den systematiske litteratursøgning er dækkende for de fokuserede spørgsmål

**PICO-spørgsmål 4:** Den systematiske litteratursøgning er dækkende for de fokuserede spørgsmål

Er udvalgt litteratur relevant og udtømmende?

Den udvalgte litteratur er relevant. I forlængelse af kritikken af afgrænsning af intervention, der er formuleret ovenfor, vurderes den udvalgte litteratur ikke at være udtømmende ift PICO-spørgsmål 1 og 2.

Er de statistiske metoder til at opsummere evidens per outcome egnet?

Ja. Jeg udarbejder ikke selv metaanalyser, men min vurdering er baseret på, at der er anvendt anerkendte metoder.

Er GRADE evidens vurderinger per outcome i henhold til GRADE metoden?

GRADE evidensvurderinger er transparente og i overensstemmelse med metodeanvisninger.

Evidensen fra kvalitative studier er vurderet ved brug af GRADE-CERQual-metoden.

Anvendelsen af ADOLOPMENT, der er beskrevet på side 47, og sammenhængen til AMSTAR 2-vurderingen, der er beskrevet på side 17, er ikke helt tydelig.

Er der sammenhæng mellem evidensgrundlaget (nøgleinformationer) og anbefalingerne, og er det præcist beskrevet i rationalet?

**PICO-spørgsmål 1:** Rationalet for at give en stærk anbefaling for virker ikke overbevisende. Den stærke anbefaling er ikke understøttet af den fundne evidens, og samlet set formulerer arbejdsgruppen lav tiltro til resultaterne. Anbefalingen begrundes i, at stort set alle inkluderede studier indikerer en mulig effekt, samt at målrettede og strukturerede interventioner altid er førstevalg ved BPSD og bør bygge på årsagsanalyse



og personcentreret tilgang. Det fremgår af rationalet, at 'det essentielle i anbefalingen er, at interventionen fokuserer på relationsdannelse og individualisering'. Det er dog uklart hvad der reelt anbefales og for hvem.

**PICO-spørgsmål 2:** Den svage anbefaling er baseret på arbejdsgruppens erfaringer og relevansen af fysisk indretning som beskrevet i andre kilder. Det fremgår desuden, at der ikke er væsentlige skadevirkninger forbundet med interventionen. Evidensen er meget lav. Det virker relevant på det grundlag at give en svag anbefaling for. Man bør forholde sig til det lille og gamle evidensgrundlag.

**PICO-spørgsmål 3:** Der gives en stærk anbefaling imod. Anbefalingen er understøttet af evidens af moderat kvalitet. Evidensen og anbefalingen understøttes af den kvalitative evidens, der er undersøgt, og af brugerpanelet.

**PICO-spørgsmål 4:** Der gives en svag anbefaling for kortvarig behandling med antipsykotika fremfor benzodiazepiner. Den svage anbefaling er understøttet af meget lav evidens, og der er i arbejdsgruppen og brugerpanelet enighed om, at antipsykotika ikke bør anvendes. Det anerkendes dog, at der kan opstå akutte situationer, hvor der er behov for farmakologisk behandling.

Er manuskriptet sprogligt forståeligt?

Manuskriptet er sprogligt forståeligt med enkelte undtagelser.

Der er brug for en gennemlæsning og korrektur, fx er der et par tastefejl på side 42 og 45.

På side 38 er der muligvis en skrivefejl. Både i linje 19 og 16, talt nedenfra, står der 'forskelle i mortalitet'. Skulle der mon stå "forskelle i alvorlige hændelser' i linje 16 nedenfra?

På side 8 omtales 'kvalitativ evidens', men kvalitativ evidens indgår ikke i besvarelsen af PICO-spørgsmål 1.

Outcomes benævnes forskelligt både internt i teksten og i tekst og i bilaget 'Godkendte PICO-spørgsmål'. Et eksempel: Nogle steder står BPSD i parentes efter 'adfærdsændringer', andre steder omvendt, nogle gange er der ingen tilføjelse. Der skaber en vis usikkerhed om, hvordan BPSD operationaliseres i anbefalingen. Et andet eksempel er funktionsniveau/ADL. Benævnelsen af alle outcomes bør ensrettes.

Er indholdet i kapitlerne om videre forskning, implementering og monitorering relevant og aktuelt?

Det virker hensigtsmæssigt at Sundhedsstyrelsen vil understøtte implementeringen med en implementeringshåndbog, ikke mindst i lyset af uklarheden om hvad anbefaling 1 og 2 reelt omfatter. Ledelsens rolle i implementering betones. Den kvalitative evidens bidrager til en god forståelse af udfordringer i implementering.

Hvad angår videre monitorering og videre forskning vurderes det, at der er et betydeligt behov for fremtidige mere præcise anbefalinger om non-farmakologiske interventioner til behandling og lindring af BPSD. Mere specifikke anbefalinger og beskrivelse af viften af handlemuligheder vil lette implementering, praksisudvikling, uddannelse og forskning.

Indstilling til statistisk peer review, hvis det findes nødvendigt i forhold til anvendte metoder

Intet at bemærke.

Jeg håber, dette review er anvendeligt. Hvis det giver anledning til spørgsmål, står jeg naturligvis til rådighed for yderligere spørgsmål.

Jeg ser frem til en revideret NKA.

Venlig hilsen

Jette Thuesen, lektor, ergoterapeut

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation