



SUNDHEDSSTYRELSEN

Bilag

Den faglige kortlægning af udredning af demens

**Bilag: Den faglige kortlægning af organisering
af udredning af demens**

© Sundhedsstyrelsen, 2025
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk
Version: 01
Versionsdato: 21.08.2025

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
August 2025

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
1. Introduktion til den faglige kortlægning.....	4
1.1. Baggrund.....	4
1.2. Metode.....	6
2. Nuværende organisering af udredning af demens.....	8
2.1. Den nuværende organisering af udredning af demens.....	8
2.2. Udfordringer ved den nuværende organisering.....	11
3. Relevante projekter og erfaringer.....	17
4. Andre projekter vedr. udredning af demens.....	20
4.1. Nationalt Videnscenter for demens' projekt: "Nye veje til demensudredning".....	20
4.2. Opdatering af Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om demens.....	21

1. Introduktion til den faglige kortlægning

I SSA-reserven for 2024 er der afsat midler til at revidere "Anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens" fra 2017. Med henblik på at sikre, at anbefalingerne er tidssvarende og fremadrettet kan understøtte den faglige kvalitet på demensudredningsenhederne har Sundhedsstyrelsen udarbejdet følgende faglige kortlægning, der har dannet grundlag for anbefalinger til organisering af udredningen af demens, herunder visitationskriterier for hvilke patienter der kan færdigudredes i det almenmedicinske¹ tilbud samt kriterier for, hvem der skal henvises til udredningsenhederne på sygehusene i regionerne. Den faglige kortlægning indeholder en beskrivelse af udfordringerne ved den nuværende organisering af demensudredning samt erfaringer med gode løsninger og lokale erfaringer.

Den nuværende organisering af demensudredning er systematisk gennemgået med afsæt i regionernes forløbsprogrammer, sundhedsaftaler og eventuelle samarbejdsaftaler. I arbejdet er inddraget rådgivning fra en række faglige eksperter og aktører fra både sygehus, almen praksis og DemensKoordinatorer i Danmark, som har viden om udredning, pleje og behandling af demens. Derudover er der inddraget data for ventetider ved udredning for demens (uddybes i metodeafsnit).

1.1. Baggrund

I Danmark er omkring 40.000 mennesker registreret med en demensdiagnose i Sundhedsdatastyrelsens Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS). Dog anslås det, at knap 100.000 mennesker på 65 år eller derover lever med demenssygdom, samt at ca. 2775 mennesker under 65 år lever med en demensdiagnose².

Demens er relateret til cirka 200 forskellige sygdomme, som kan give meget forskellige symptomer og sygdomsforløb med påvirkning af kognitive funktioner og funktionsniveau. Sygdomme som Frontotemporal demens, Lewy body demens, Alzheimers sygdom, demens ved Parkinson sygdom samt Vaskulær demens menes at udgøre 90% af alle demenstilfælde, hvoraf Alzheimers er den hyppigste med 60% af tilfældene³.

Den Nationale Demenshandleplan 2025 anbefaler, at mennesker der lever med demens opspores og udredes tidligt med henblik på igangsættelse af relevant medicinsk behandling, støtte og rådgivning. Alligevel har 53% af patienter demens i moderat til svær grad ved diagnosetidspunktet, og er dermed langt i deres sygdomsforløb, når de får stillet diagnosen⁴. Konsekvensen er, at jo mere fremskreden demenssygdommen er på diagnosetidspunktet, desto større er risikoen for sygdomsprogression, udvikling af adfærdssymptomer, og dermed behovet for ordination af antipsykotisk medicin.

¹ Betegnelserne almen praksis og den almen praktiserende læge som var gældende på tidspunktet for arbejdet med den faglige kortlægning vil blive benyttet i denne udgivelse. Fremadrettet og i de faglige anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens vil betegnelserne almenmedicinske tilbud og speciallæge i almen medicin blive anvendt fremfor 'almen praksis'.

² Se Nationalt Videnscenter for Demens' gennemgang af forekomst af demens i Danmark: <https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark>

³ Se fordeling af de hyppigste demenssygdomme: [Fordelingen af de hyppigste demenssygdomme | Nationalt Videnscenter for Demens](#)

⁴ Se Dandems årsrapport 2023 på Sundhedsvæsnets kvalitetsinstituts hjemmeside: <https://www.sundk.dk/media/498805/47794c95984ad762ab345950.pdf>

Andelen af mennesker med demens, der får en diagnosesamtale inden for 90 dage fra henvisningstidspunktet er faldende. I 2023 var det 18%, mod 22% i 2022 og 42% i 2021 og samtidig er udredningstiden for demens steget, men sideløbende ses dog også en stigning i antallet af patienter, der får en specifik demensdiagnose. Selvom det samlede antal udredninger er steget på såvel landsplan som regionsniveau i forhold til tidligere år, tyder det på store kapacitetsudfordringer i udredningen af demens⁵. Det betyder, at flere mennesker med demens kommer for sent i gang med udredning og behandling. For mange mennesker er det stadig et tabu at få en demensdiagnose, hvilket kan medføre, at flere først søger hjælp sent og dermed får en senere start på relevant behandling og indsatser. Derudover skaber lange ventelister og langvarige patientforløb utryghed hos mennesker med demens og deres pårørende, og nogle oplever, at de ikke får den rette hjælp og støtte før sent i demensforløbet. Hvilket kan være en udfordring for især skrøbelige patienter.

I takt med stigningen af antallet af ældre, forventes det, at der i fremtiden vil ske en betydelig stigning i antallet af mennesker, der lever med en demenssygdom og i 2040 forventes mere end 145.000 danskere at være ramt af en sygdom der relaterer sig til demens⁶. Udviklingen vil betyde, at flere danskere i fremtiden skal udredes for demens, og da der sideløbende formodes at ske fortsat udvikling inden for lægemidler, som kan forbedre forløbet for det enkelte menneske med demens, kan det medføre en øget efterspørgsel på udredning. For eksempel forventes nye antistofbehandlinger i fremtiden at kunne ændre demensbehandlingen, og på sigt kan det potentielt blive muligt at bremse sygdomsudviklingen hos udvalgte patientgrupper. Dog forventes dette at stille større krav til ressourcekrævende på demensudredningsenhederne. Antistofbehandlingerne kræver også adgang til de nødvendige undersøgelser til verificering af diagnosen, indretning af infusionsstuer med personale og kapacitet til opfølgning, herunder til MR-skanning, samt neurologisk ekspertise, også i forbindelse med tolkning af eventuelle bivirkninger og differentialdiagnoser hertil. Den forventede stigning i antallet af mennesker, der lever med en demenssygdom vil have samfundsøkonomiske konsekvenser med risiko for at kunne påvirke den enkeltes mulighed for at blive udredt. Dette forstærkes af forventede rekrutteringsudfordringer i sundhedsvæsenet – særligt en stigende mangel på specialiserede fagpersoner som neurologer – hvilket kan få betydning for både udredningskapaciteten og kvaliteten af indsatsen.

Udviklingen i det danske sundhedsvæsen over de seneste årtier har øget specialisering og centralisering i sygehusvæsenet og har haft til formål at optimere diagnostik og behandling af mennesker med veldefinerede helbredsproblemer. I november 2024 blev der indgået en politisk Aftale om en sundhedsreform 2024⁷, og der vil fremadrettet være flere mennesker med demens, der håndteres i den primære sektor. Kapaciteten til almene indsatser øges fremadrettet og med et fastholdt behandlingsansvar i det almenmedicinske tilbud.

I omstillingen af sundhedsvæsenet vil der generelt være mulighed for sparring med kompetencer fra andre dele af sundhedsvæsenet og fælles konferencer om og med borgere. Det er en forudsætning for omstillingen, at der er let adgang til en behandlingsansvarlig læge og sparring med specialister andre steder i sundhedsvæsenet.

⁵ Dandems årsrapport 2023: <https://test25.rm.dk/siteassets/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/databaser/demens/aarsrapporter/dandem-aarsrapport-2023.pdf>

⁶ Nationalt Videnscenter for Demens: [Forekomst af demens i Danmark | Nationalt Videnscenter for Demens](#)

⁷ Se [AFTALE OM SUNDHEDSREFORM 2024](#)

For at mennesker med demens kan få den nødvendige og mest hensigtsmæssige udredning, behandling og støtte er der behov for en faglig effektiv visitation fra det almen medicinske tilbud til de specialiserede tilbud.

De specialiserede indsatser på sygehusene kræver tilstedeværelse af flere faglige kompetencer på samme sted. Patientforløb i de specialiserede indsatser skal optimeres, så de i højere grad understøtter udredning og behandling af patienter med komplekse helbredsproblemer og så behovet for kontakter på sygehusene og indlæggelser reduceres. De specialiserede indsatser på sygehusene vil have en væsentlig konsultativ rolle ud i det primære sundhedsvæsen ift. konkrete patienter, uden at overtage behandlingsansvaret, hermed undgås unødige henvisninger, og at behandlingerne optimeres.

1.2. Metode

Dette afsnit beskriver fremgangsmåden for indsamling og behandling af viden, som ligger til grund for den faglige kortlægning, der danner grundlag for anbefalingerne til organisering af udredning af demens. Der har været fokus på den del af patientforløbet, der omhandler udredning, men undervejs i arbejdet er der påpeget udfordringer ved den nuværende organisering samt løsningsforslag, der rækker ud over selve udredningen.

I løbet af 2024 foretog Sundhedsstyrelsen et afsøgende forarbejde for at skabe overblik over, hvordan demensudredningen er organiseret i regionerne, kommunerne og almen praksis. Dokumentanalysen af forløbsbeskrivelserne i regionerne blev kategoriseret efter, hvordan udredningsforløbet er tilrettelagt samt kommunerne og almen praksis' rolle i udredningsforløbet. Efterfølgende blev der afholdt bilaterale møder med relevante repræsentanter fra kommuner, regioner, patientforeninger og faglige selskaber.

Der blev i perioden september 2024 til januar 2025 afholdt i alt 8 bilaterale møder med henholdsvis Nationalt Videnscenter for Demens, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem), Alzheimerforeningen, Dansk Sygepleje Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab⁸, Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Selskab for Geriatri, regionerne, Danske Regioner og kommunale DemensKoordinatorer i Danmark. Formålet med møderne var en drøftelse af udfordringer ved den nuværende organisering, snitflader på tværs af sektorer, forskelle på tværs af regionerne ift. organiseringen af demensudredningen i almen praksis, sygehuse og samarbejde med kommuner. Derudover var der fokus på at beskrive demensudredning i almen praksis, både ift. dele af udredning i samarbejde med sygehuse, hvilke patientgrupper der færdigudredes i almen praksis, og hvilke patientgrupper der fremover bør færdigudredes i det almen medicinske tilbud, og hvordan det kan organiseres på tværs af sektorer.

For at kvalificere kortlægningen og det beskrevne udfordringsbillede nedsatte Sundhedsstyrelsen en følgegruppe bestående af: sundhedsfaglige repræsentanter fra de regionale demensudredningsenheder, Dansk Selskab for Almen Medicin, Nationalt Videnscenter for Demens, DanDem, Danske Regioner og KL samt sundhedsfaglige repræsentanter fra kommunerne.

Der blev i perioden oktober 2024 til januar 2025 afholdt 3 følgegruppemøder samt et afsluttende møde i april 2025 med deltagelse af følgegruppen og deltagere på de bilaterale møder.

På møderne i følgegruppen var der særligt fokus på, hvordan de faglige anbefalinger kan implementeres og imødekomme de identificerede udfordringer. Sundhedsstyrelsen varetog formandskabet og sekretariatsfunktionen for følgegruppen.

⁸ Selskabet har været forhindret i at deltage på møderne, men at perspektivet fra psykiatrien er blevet indhentet efterfølgende.

For både de bilaterale møder og møderne i følgegruppen blev referaterne gennemgået systematisk med henblik på at identificere tilbagevendende temaer og udfordringer. Inputs blev grupperet i overordnede kategorier, som først blev diskuteret på efterfølgende møder i Sundhedsstyrelsen og derefter præsenteret på de pågældende møder. Derudover blev der indarbejdet skriftlige input fra de faglige eksperter og andre aktører. Repræsentanter fra følgegruppen har efterfølgende bidraget med skriftlige input til at belyse både den nuværende organisering af udredning af demens, visitationskriterierne samt til de faglige anbefalinger.

Metoden bag denne kortlægning er baseret på en struktureret proces med gennemgang af regionernes forløbsprogrammer, følgegruppemøder og dialog med centrale interessenter. Den systematiske dokumentation og bearbejdning af viden har sikret faglig kvalificering af arbejdet. Den faglige kortlægning er ikke baseret på en systematisk litteraturgennemgang, men på en dialogbaseret proces med relevante interessenter, samt tværfaglige følgegruppemøder for at sikre en bred repræsentation og kvalificering af vidensgrundlaget.

2. Nuværende organisering af udredning af demens

Formålet med den faglige kortlægning har været at beskrive den nuværende organisering af demensudredning og belyse evt. udfordringer herved. Kortlægningen har efterfølgende understøttet udarbejdelsen af de faglige anbefalinger for organisering af udredning af demens herunder faglige visitationskriterier for, hvilke patienter der kan færdigudredes i det almen medicinske tilbud, samt kriterier for hvem, der skal henvises til udredningsenheder i regionerne. Nedenfor beskrives derfor først den nuværende organisering af demensudredning og efterfølgende de fremhævede udfordringer ved den nuværende organisering.

2.1. Den nuværende organisering af udredning af demens

Organiseringen af demensudredningen i regionerne er tilpasset lokale forhold, og beskrevet i sundhedsaftaler og forløbsprogrammer/samarbejdsaftaler mellem regioner, kommuner og almen praksis.

Gennemgang af de regionale forløbsprogrammer, sundhedsaftaler og samarbejdsaftaler viser, at der er stor variation i organiseringen af demensudredning på tværs af regionerne, og hvordan almen praksis', kommunernes og sygehusenes rolle er beskrevet.

Udredning af demens varetages ofte i et samarbejde mellem det primære sundhedsvæsen og sekundær sektor⁹, hvor almen praksis, eventuelt i samarbejde med kommunen, varetager den indledende del. I alle regioner varetager almen praksis den indledende udredning, men det varierer mellem regionerne, hvad den indledende udredning består af. Almen praksis kan dog altid henvise mennesker, hvor der er mistanke om demens, til udredningsenheden for videre udredning, hvis de vurderer, at det er nødvendigt for at stille diagnosen og tilbyde relevant behandling.

⁹ Det primære sundhedsvæsen omhandler den del af sundhedsvæsenet, der har den primære kontakt med borgeren og som oftest foregår i borgeren eget hjem eller lokalt ved det almenmedicinske tilbud. Der kan være tale om en forebyggende eller sundhedsfremmende funktion. Det vil eksempelvis være det almenmedicinske tilbud, plejehjem, sundheds-/hjemmeplejen, apotekerne og evt. udekørende funktioner. Den sekundære sektor omfatter den del af sundhedsvæsenet, der foregår på sygehusene, og omfatter den komplekse og ressourcekrævende behandling af patienter. Det vil typisk være sygehusene, der overtager den videre behandling fra det primære sundhedsvæsen.

2.1.1. Almen praksis

Ved mistanke om kognitiv svækkelse, vil det i første omgang primært være borgerens praktiserende læge, der af- eller bekræfter mistanken, evt. i samarbejde med kommunens demenskoordinatorfunktion. Omfanget af og hvilke test og undersøgelser, der foretages, inden patienten evt. viderehenvises, er op til den praktiserende læges faglige vurdering og de rammer, som regionens forløbsprogrammer giver dem. Hvis der er grundlag for og samtykke fra borgeren til videre udredning og eventuel behandlingsigangsættelse, henviser den praktiserende læge til en sygehusafdeling (udredningsenhed). I nogle regioner kan praktiserende speciallæger i neurologi henvise direkte til demensudredning i sekundærsektoren.

I nogle regioner henviser almen praksis som udgangspunkt alle patienter til udredningsenhed ved mistanke om demens, mens de i andre regioner kan færdigudrede nogle patienter efter en stratificering. Hvorvidt patienten færdigudredes i almen praksis eller viderehenvises er ofte beskrevet og fastlagt i de regionale forløbsprogrammer og sundhedsaftaler samt beror på den praktiserende læges individuelle vurdering, lægens kompetencer vedrørende demens samt mulighed for rådgivning og sparring fra udredningsenhederne.

Det varierer på tværs af regionerne om patienterne henvises til demensudredningsenhed ved behov for supplerende undersøgelser. I nogle regioner henvises alle patienter med en bekræftet mistanke om demens til færdigudredning i udredningsenhederne. Mennesker med demens diagnosticeres således både i almen praksis og i udredningsenhederne på sygehus.

2.1.2. Demensudredningsenhederne på sygehusene

I udredningen af demens på sygehus indgår de lægefaglige specialer geriatri, neurologi og psykiatri. Fire ud af fem regioner har etableret tværfaglige udredningsenheder, hvor alle nævnte specialer inddrages i udredningsforløbet, men ikke nødvendigvis er samlet på fælles enheder eller samme matrikel. Nogle patienter visiteres dog til et enkelt speciale, som varetager udredningen. Særligt komplekse udredningsforløb varetages i specialfunktioner, og er beskrevet i Sundhedsstyrelsens specialevejledninger for psykiatri og neurologi¹⁰. Mennesker med demens varetages desuden i specialet geriatri, hvor det indgår som en del af hovedfunktionsniveauet (opgaver af begrænset kompleksitet, hvor både sygdom og sundhedsvæsnets ydelse er hyppigt forekommende), tilsvarende er gældende for psykiatri og neurologi. Derudover kan der være mennesker med demens med et særlig komplekst forløb, der håndteres i særlige teams som fx oligofreniteam for mennesker med udviklingshandicap.

Den Nationale Demenshandleplan 2025 og Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens' fra 2017 anbefaler, at demensudredning organiseres på færre og større tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder for at sikre ensartede udredningsforløb af høj kvalitet. På tværs af regionerne er der stor variation i antallet af udredningsenheder for demens, hvor nogle regioner har få, mens andre regioner har op mod 12 udredningsenheder. Ifølge DanDem var der i 2023 33 udredningsenheder, der indberettede til databasen¹¹. Der er stor forskel fra region til region, hvor antallet spænder fra én udredningsenhed i Region Nordjylland og 5 i Region Hovedstaden og 4 i Region Sjælland til 10 og 11 enheder i hhv. Region Syddanmark og Region Midtjylland.

¹⁰ Sundhedsstyrelsens specialeplan: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesnets-rammer-og-uddannelser/Specialeplaner-for-sygehusvaesenet/Gældende-specialeplan>

¹¹ Dandems årsrapport 2023: https://www.sundhed.dk/content/cms/66/97066_dandem_aarsrapport_2023_offentliggjort.pdf
Rapporten er udgivet 21. juni 2024.

I forbindelse med udarbejdelsen af kortlægningen har der været generel enighed om, at '*Anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens*' fra 2017 har løftet og understøttet en positiv faglig udvikling i demensudredningen på sygehusene. På trods af at de faglige anbefalinger er implementeret i varierende omfang peges der på, at de har generelt bidraget til en øget kvalitet i de kvalitetsindikatorer, som Dandems årsrapport anvender.

For at sikre rette udredningsforløb og/eller rette behandling og opfølgning efter udredning anvender nogle regioner stratificering som redskab i udredningen. Mennesker med demens stratificeres typisk ud fra sygdomskompleksitet og/eller social ressourceprofil, og visiteres på baggrund af deres niveau til en større eller mindre "udredningspakke". Stratificering kan både foregå i almen praksis og i sekundærsektoren, og herefter revurderes stratificeringen, når patienten møder til kontrol. Efterfølgende tilknyttes patienten til den, på det pågældende tidspunkt, mest hensigtsmæssige tovholder for behandling og kontrol i forhold til demenssygdommen. Det kan være en kommunal demenskoordinatorfunktion, almen praksis (evt. med uddelegering til praksispersonale) eller en regional demensenhed. I nogle tilfælde vil mennesker med demens være i så fremskreden en tilsand, at de ikke kan medvirke til supplerende undersøgelser for at stille en sygdomsspecifik diagnose.

Den specialiserede del af udredningen af demens består blandt andet af differentialdiagnostik i form af supplerende undersøgelser ift. både neurologiske og psykiatriske sygdomme. Undersøgelserne kan blandt andet være forskellige neuropsykologiske undersøgelser (NPU), MR- og CT-skanning og anden billeddiagnostik (PET-skanning) og/eller lumbalpunktur. Anvendelsen af supplerende undersøgelser forlænger den samlede udredningstid, men kan være nødvendig for at sikre korrekt diagnostik og medicinering. Ved specialiseret demensudredning i sekundærsektoren er det ofte nødvendigt at anvende supplerende undersøgelser som fx neuropsykologisk undersøgelse (NPU), lumbalpunktur, MR- og PET-skanning. I demensudredningsenhederne blev der i 2023 stillet en sygdomsspecifik (ætiologisk) diagnose hos 93% af mennesker som opfyldte demenskriterier.

2.1.3. Kommunerne

I kommunen kan pleje- og sundhedsfagligt personale tage kontakt til egen læge ved mistanke om demens, eller med samtykke fra borgeren selv tage kontakt til lægen. De fleste kommuner har en demenskoordinatorfunktion, der tilbyder rådgivning, sparring, koordination og undervisning til mennesker med demenssygdom og deres pårørende. Demenskoordinatorfunktionen er en særligt uddannet fagperson, der har viden om demenssygdomme og som ved, hvilke tilbud kommunen kan tilbyde til mennesker med demens og pårørende. I nogle kommuner varetager en demenskoordinatorfunktion i samarbejde med almen praksis dele af den indledende udredning for demens.

Jf. Servicelovens er kommunerne forpligtet til at yde den rette støtte og hjælp til mennesker med demens, både forud for en demensdiagnose samt under udredningsforløbet, hvis det vurderes, at borgeren har behov for det. Hvilke konkrete indsatser og hjælp, der tilbydes, afhænger af den enkelte kommune. Kommunerne er dermed forpligtet til at tilbyde den rette hjælp og indsatser til borgeren uafhængig af diagnose.

I "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens" fra 2020 fremgår det, at det gode forløb og koordination bl.a. forudsætter, at kommunerne har et tæt samarbejde med borgeren og pårørende, praktiserende læger og sygehus/udredningsenheder samt internt mellem kommunens velfærdsområder, herunder drift- og myndighedsfunktionen. I kommunerne kan flere fagpersoner med forskellige baggrunde være involveret i planlægning og koordination af de enkelte forløb. Koordination er særlig relevant, når borgeren bor i eget hjem, hvor der ikke er plejepersonale omkring vedkommende døgnet rundt.

2.2. Udfordringer ved den nuværende organisering

Nedenstående udfordringsbillede tager afsæt i de bilaterale møder, data for ventetider ved udredning af demens, gennemgang af den nuværende organisering af demensudredning i regionerne samt drøftelserne med følgegruppen (se metodeafsnit). I arbejdet med den faglige kortlægning har den nuværende organisering været sammenholdt med de eksisterende anbefalinger. Kapitlet er opdelt i hhv., almen praksis, sygehuse og kommuner. Afslutningsvis er der en kort beskrivelse af de mere tværgående udfordringer, der også er blevet peget på i arbejdet med kortlægningen.

Mennesker med demens kan ofte opleve at have parallelle forløb og kontakter hos både almen praksis, udredningsenhederne og kommunen i løbet af deres udredning og behandlingsforløb. Det stiller derfor store krav til koordinering og samarbejde på tværs af sektorer. Uden et velfungerende samarbejde på tværs af sektorerne vil der være stor risiko for tab af information. En information som målgruppen ofte selv ikke er i stand til at viderebringe mellem aktører grundet den kognitive svækkelse og eventuelt manglende sygdomsindsigt.

2.2.1. Udfordringsbilledet ved det nuværende patientforløb i almen praksis

I almen praksis deler udfordringsbilledet sig i hhv. de nuværende patientforløb og i de mulige fremtidige udfordringer, der kan være en barriere for, at almen praksis kan varetage større dele af udredningsforløbene og kunne færdigudrede nogle patientgrupper.

Henvisninger og rådgivning

Der beskrives udfordringer i forhold til henvisninger fra almen praksis til udredningsenhederne. Der peges på, at der opleves mangelfulde henvisninger, som kan forsinke udredningsprocessen for mennesker med demens, og at der er behov for klare kriterier for visitation til videre udredning samt mulighed for sparring med speciallæger i neurologi, psykiatri og geriatri. Derudover har der også været en opmærksomhed på, at den manglende eller uensartede mulighed for rådgivning fra sygehusene er en barriere i forhold til deres muligheder for færdigudredning af demens.

Der har været en generel opmærksomhed på, at nogle mennesker med demens og deres pårørende ikke føler sig hørt og forstået i mødet med sundhedsvæsenet, herunder også almen praksis. Det oplyses, at der er grupper af patienter, der ikke oplever at få tilstrækkelig information hos almen praksis, og at udredningen ikke igangsættes hurtigt nok. Der peges generelt på, at der er flere faktorer, der indvirker på udredningen ikke igangsættes hurtigt nok, herunder manglende screeningsværktøjer, utilstrækkelig viden om sygdommen og symptomerne, samt en begrænset viden om behandlingsmulighederne.

Patientgrundlag og kompetencer

I arbejdet er der blevet peget på, at der i forbindelse med, at flere patienter fremadrettet kan færdigudredes i almen praksis, vil være en udfordring ift., hvorvidt de praktiserende læger har de nødvendige kompetencer og viden til at kunne udrede og behandle mennesker med demens. En af udfordringerne er, at patientgrundlaget i det almenmedicinske tilbud kan være forholdsvis begrænset, da nogle praktiserende læger har for få kontakter med mennesker med demens eller symptomer på demens, til at opbygge den nødvendige erfaring og viden inden for demensområdet.

Almen praksis har på nuværende tidspunkt ikke mulighed for at registrere en specifik demensdiagnose i det International Classification of Primary Care (ICPC) 2. Her kan der i det almenmedicinske tilbud kun registreres på koden 'P70 Demens'.

Medicin

For at patienten kan modtage klausuleret tilskud til specifikke anti-demens præparater forudsætter det, at en speciallæge i neurologi, geriatri eller psykiatri har stillet en specifik demensdiagnose. Konsekvensen heraf bliver, at patienten, for at komme i den rette medicinske behandling, ikke på nuværende tidspunkt kan færdigudredes i almen praksis, da omkostningerne ofte ellers vil være en økonomisk byrde for patienterne.

Billeddiagnostik

Yderligere peges der på geografiske forskelle i både adgangen til og kvaliteten af vurderingen af de billeddiagnostiske undersøgelser. Ventetider på CT-scanninger varierer, og mange patienter må vente lang tid, hvilket forsinker udredningen. Der opleves på tværs af regioner udfordringer ift. den billedbeskrivelse, der foretages ved billeddiagnostik. Der peges på, at det kan skyldes, at der ikke altid fremsendes de nødvendige oplysninger med henblik på, at radiologer kan beskrive skanningsbillederne ift. demenssygdom, ligesom der er eksempler på, at beskrivelserne af skanningerne ikke altid bliver sendt videre til almen praksis. I samarbejde med sygehusene opleves der, at henvisningen fra almen praksis til udrednings- og behandlingsenheden på sygehuset ikke nødvendigvis indeholder de nødvendige oplysninger, hvilket forsinker udredning eller medfører, at samme billeddiagnostiske undersøgelser gentages på sygehuset.

Begrænset kapacitet

Endelig nævnes det, at den øgede belastning på almen praksis, som følge af at skulle varetage flere opgaver, kan blive en stor udfordring. Almen praksis varetager i forvejen en lang række opgaver og forskellige sygdomme, og det vil derfor være svært at håndtere et øget antal patienter, der kræver færdigudredning og opfølgning.

2.2.2. Udfordringsbilledet ved det nuværende patientforløb på demensudredningsenhederne på sygehusene

I arbejdet med den faglige kortlægning har fokus været på at belyse eventuelle udfordringer ved den nuværende organisering af udredning på sygehusene både ift. det nuværende patientforløb samt fremtidige udfordringer. Derudover har Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens fra 2017 været drøftet med henblik på at afklare, hvilke dele der fortsat er relevant.

Kvalitet og antal af enheder

Generelt har de tidligere anbefalinger for organiseringen af demensudredningsenhederne haft god effekt ift. at løfte kvaliteten i udredningen. Det fremgår af DanDems årsrapport, at der siden 2016 har været fremgang i kvaliteten på de 8 indikatorer i årsrapporten¹². Der er dog fortsat udfordringer med utilstrækkelig kvalitet, som giver anledning til bemærkninger i årsrapporterne fra styregruppen i DanDem. Her peges der bl.a. på mindre kvalitet i de mindre udredningsenheder. Der fremhæves, at de enheder, der er lykkedes med at løfte kvaliteten, er de enheder, der følger anbefalingerne til organisering af udrednings- og behandlingsenhederne. Det fremgår af årsrapporten fra 2023, at der var 33 indrapporterende udredningsenheder i Danmark, og at kun 7 havde cirka 500 udredninger per år eller mere, som er anbefalet. Det store antal enheder medfører, at der er færre patientforløb pr. udredningsenhed, hvilket udfordrer kompetenceudvikling, tværfaglighed og ensartet kvalitet i udredningen af demens.

¹² Dandems årsrapport 2023: <https://www.sundk.dk/media/u4aziewv/d4f98b0547794c95984ad762ab345950.pdf>

I nedenstående afsnit er der en beskrivelse af patientvolumen opgjort på demensudredningsenhederne via Dandem. Der har i kortlægningen af organiseringen af udredning af demens været fokus på, hvordan der anvendes data til at beskrive både aktivitet på sygehusene samt en fordeling af patienter ved MMSE-score, der fremadrettet kan håndteres i det almenmedicinsk tilbud.

Det har været drøftet i følgegruppen, hvordan man kan anvende MMSE-score som et redskab til at differentiere i mellem, hvornår mennesker med demens skal henvises til færdigudredning på demensudredningsenhederne. Som det fremgår af de faglige anbefalinger, kapitel 2 og visitationskriterierne bør patienterne ved MMSE >18 eller tilsvarende Basic >15, henvises til færdigudredning ved demensudredningsenhederne. Der har været enighed i følgegruppen om at anvende MMSE score > 18 som et af kriterierne for henvisning til udredningsenhederne.

I nedenstående tabel 1 er der en oversigt fra Dandem, der viser det samlede antal af patienter registreret i Dandems database i perioden 2021-2023.

Tabel 1. antal patienter registreret i Dandem	Samlet antal patienter fordelt pr år		
	2021	2022	2023
Definition			
Med MMSE score	7960	7783	8148
Missing MMSE score	1028	957	1173
Antal udredte i alt	8988	8740	9321 ¹³

Tabel 2. Antal patienter med fremskreden demens fordelt på MMSE score	Antal patienter fordelt på MMSE score		
	2021	2022	2023
Definition			
MMSE < 15 eller tilsvarende	853	919	887
MMSE < 18 eller tilsvarende	1556	1670	1676
MMSE < 20 eller tilsvarende	2307	2355	2428

Ud over antallet af registrerede patienter, bør der ligeledes være opmærksomhed på antallet af kontakter og aktiviteter forbundet med et udredningsforløb på demensudredningsenhederne. Det estimeres, at

¹³Det fremgår af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) på Esundhed.dk, at incidensen for 2023 var 10125 mennesker med demens.

der i gennemsnit kan være cirka 7 kontakter forbundet med et enkelt udredningsforløb i en udredningsenhed, når der er tale om patienter på hovedfunktionsniveau. Ved kontakter forstås alle typer af kontakter – fx. telefonisk anmodning om ny recept, telefonkonsultation, konsultationsbesøg hos læge, sygeplejerske eller psykolog, besøg i forbindelse med en CT-skanning, o. lign., enten i forbindelse med udredning eller opfølgning. For patienter med fremskreden demens er tallet formentligt lavere, da der potentielt vil være færre kontakter under udredning og kun i særlige tilfælde sker en opfølgning efter diagnosen.

Anvendelsen af supplerende undersøgelser forlænger den samlede udredningstid, men kan være nødvendig for at sikre korrekt diagnostik og medicinering. Der er dog stor variation i anvendelsen af supplerende undersøgelser på tværs af landet, og særligt adgang til anvendelse af NPU er på nogle regionale udredningsenheder stærkt begrænset.

Speciallægekompetencer

Det er forskelligt, hvordan enhederne organiserer speciallægekompetencerne, og om de befinder sig på samme matrikel og i samme udredningsenhed. Udredningen på sygehusene omfatter blandt andet identifikation af symptomerne, afklaring af den ætiologiske årsag, samt en generel vurdering af patientens helbred. Den mere komplekse del af demensudredningen består i at foretage den neurologiske differentialdiagnostik, herunder at skelne mellem neurologiske og psykiatriske lidelser. Dette er særligt relevant hos patienter med milde symptomer, hvor der er tvivl om hvorvidt der er tale om en demenssygdom, eller usikkerhed omkring den sygdomsspecifikke diagnose. I nogle regioner er patientens symptombillede og alder afgørende for, hvilket speciale der forestår udredningen; idet der initialt vurderes at være tale om primært neurologisk, geriatrisk eller psykiatriske problemstillinger.

Ventetider

Som det fremgår af kommissoriet (se bilag 1) er der på tværs af regionerne lange ventetider på demensudredning. Dette gør sig fortsat gældende, og det opleves, at der mangler speciallæger inden for alle af de 4 specialer; neurologi, geriatri, psykiatri samt radiologi. Der peges bl.a. på rekrutteringsudfordringer for det fornødne personale til udredningsenhederne. I almen praksis foretages der ikke altid en stratificering af patienterne, hvilket kan medføre en udfordring i form af, at et stort antal patienter henvises til færdigudredning ved en demensudredningsenhed, selvom det ikke er alle, der har gavn af det.

Som beskrevet i kapitel 1 forventes der fremadrettet at ske en stigning i antallet af mennesker der lever med demens, hvilket betyder, at flere danskere i fremtiden har behov for udredning. Sideløbende med dette formodes der at ske fortsat udvikling inden for diagnostiske udredning og den medicinske behandling af demens, hvilket forventelig kan medføre forberede forløb, øget levetid og en øget efterspørgsel på udredning. Der peges på, at dette kan medføre et øget pres på udredningsenhedernes ressourcer.

Rådgivningsfunktion

Flere udredningsenheder varetager en rådgivningsfunktion, hvor almen praksis og kommunen kan kontakte enheden med faglige spørgsmål ift. patientens demenssygdom og i forbindelse med udredning. Der beskrives dog regionale variationer. Ved de bilaterale møder og i følgegruppen blev der beskrevet variation i tilgængeligheden og bemandingen af rådgivningsfunktion, hvilket begrænser mulighederne for almen praksis og fagperson i kommunerne ift. at få faglige sparring eller rådgivning.

Det er blevet påpeget, at der i organiseringen af udredningen er behov for fokus på, at samtlige patienter, uanset symptomer og alder, får en individuel vurdering, og dermed samme mulighed for specialiseret færdigudredning af deres demenssygdom, såfremt det er relevant. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på evt. komorbiditet i behandlingsforløbet.

Fremmøde og komplekse patientforløb

Der peges på, at en udfordring, der især gør sig gældende ved mødet mellem mennesker med demens og sundhedssystemet, er de kognitive udfordringer, som kan gøre det særligt udfordrende at møde op på sygehuset til udredning. Der opleves relativt mange aflysninger af aftaler foranlediget af patienten, medmindre udredningsenhederne har særlige initiativer i forhold til at understøtte patienternes forløb og fremmøde. Derudover beskrives det også, at flere – især blandt de ældre – i patientgruppen ofte også har flere kroniske sygdomme, der bør tages højde for i udredningen af patienten.

2.2.3. Udfordringsbilledet ved det nuværende patientforløb i kommunerne

I arbejdet med den faglige kortlægning har fokus været på at belyse eventuelle udfordringer ved de nuværende patientforløb samt identificere fremtidige udfordringer. Derudover har der i drøftelserne af kommunernes rolle været en særlig opmærksomhed på implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.

Rekruttering

Flere kommuner oplever problemer med at rekruttere kvalificeret arbejdskraft på sundheds- og ældreområdet. Mennesker med demens er en sårbar og skrøbelig borgergruppe, der kræver den rette faglige viden. Mangel på kompetencer i kommunerne til at varetage denne borgergruppe betyder, at kommunerne kan have vanskeligt ved at tilbyde den rette støtte og indsatser, både før, under og efter udredning af demens.

Uensartethed i støtte og indsatser

I anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens fra 2020 anbefales det, at kommuner etablerer og/eller videreudvikler en demenskoordinatorfunktion, der bl.a. skal sikre koordinering på tværs af indsatser og faglige områder i relation til den enkelte borger og pårørende med fokus på et tværfagligt og relations baseret samarbejde. Demenskoordinationen varetages forskelligt på tværs af landets kommuner, hvilket har betydning for ensretningen i de forløb og tilbud, som borgerne modtager.

Det bemærkes bl.a., at samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis ikke er systematisk, hvilket betyder, at kommunen ikke altid bliver informeret, når en borger får en demensdiagnose. Den mangelfulde kommunikation kan resultere i, at kommunen ikke kan følge op på diagnosen eller informere borgeren og de pårørende om de relevante tilbud og støtteordninger, der måtte være tilgængelige.

Der er generelt et fokus på, at indholdet i anbefalingerne for de tværsektorielle forløb for mennesker med demens fra 2020 fortsat er relevante, og der er et behov for vedvarende fokus på implementeringen af anbefalingerne.

Aktivitet i kommunerne

Nedenfor fremgår udtræk på kommunale data omhandlende borgere fra Fælleskommunalt Ledelsesinformationssystem (FLIS), hvor der i kommunalt-regi er angivet tilstanden: 'hukommelse'. Det skal bemærkes at anvendelsen af tilstanden 'hukommelse', ikke nødvendigvis betyder, at borgeren er blevet diagnosticeret med demens. Det kan dog være indikation for, at borgeren har et begyndende stadie af demens, eller demens, men der bør tages forbehold for, at nogle af de registrerede muligvis ikke har demens¹⁴.

I nedenstående tabel 3 fremgår antallet af borgere med tilstanden 'hukommelse' differentieret ud fra behov for støtte og specifikke mentale funktioner. I arbejdet med at følge organisering af udredning af

¹⁴ Datatræk fra FLIS vedr. tilstande givet vedr. "hukommelse" (Sundhedslov) og "problemer med hukommelse" (Service-lov) for hele 2024. Der er tale om antal tilstande, og dermed ikke antal personer.

demens både ift. kvaliteten i varetagelsen af mennesker med demens i almen praksis og kommune vil det også være interessant se på mønstre ind mod sygehusene ift. kontakter.

Tabel 3. Tilstande givet vedr. 'hukommelse' første halvår 2024

Tilstande	Problemer med hukommelse ¹⁵	Hukommelse ¹⁶
Antal Tilstande	634.794,00	391.356,00
Tilstande pr. 1.000 borgere	8,87	5,47

Data fra Fælleskommunalt Ledelsesinformationssystem trukket 2. april 2025

2.2.4. Tværgående udfordringsbillede ved det nuværende patientforløb

I kortlægningen peges der på, at der generelt er udfordringer med deling af oplysninger på tværs af sektorer. Fx fremsendes de nødvendige oplysninger fra scanningsklinikkerne ikke altid til almen praksis. Det betyder, at mange oplysninger går tabt, hvilket forsinker udredningen af den enkelte patient. Der er både udfordringer med deling af oplysninger mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne, hvilket gør det sværere at sikre optimal pleje og omsorg for patienten.

¹⁵ 'Problemer med hukommelse' vælges ved problemer med at kunne registrere, lagre og genkalde sig informationer. Eksempler: Glemsomhed, forvirring vedrørende tid og sted, vanskelighed med at finde ting.

¹⁶ 'Hukommelse' omhandler evnen til og behovet for støtte til at huske, lagre og genkalde informationer efter behov. Eksempler: Huske information, der er gemt i både kortids- og langtidshukommelsen, huske aftaler, steder og personer.

3. Relevante projekter og erfaringer

I kortlægningen er der indhentet erfaringer fra lokale løsninger og indsatser, som har styrket organiseringen af demensudredningen og sikret gode forløb for mennesker med demens. I følgende kapitel opsummeres de lokale løsninger, der er blevet drøftet i forbindelse med den faglige kortlægning. Erfaringerne har været anvendt som inspiration i forbindelse med arbejdet for at sikre gode forløb for mennesker med demens.

Samarbejdsaftale om demensudredning - Region Nordjylland

Region Nordjylland har indgået et udredningssamarbejde på tværs af sektorer, hvor indledende udredning for demens som udgangspunkt sker i et samarbejde mellem almen praksis og en demenskoordinatorfunktion i kommunen, inden henvisning til færdigudredning i regionalt regi¹⁷.

Den Samordnede Demensudredningsmodel i Region Nordjylland indgået en § 2 aftale

- Aftalen beskriver honorering for alment praktiserende lægers deltagelse i samordnet demensudredning og aftalt kriterier for, hvornår en patient som udgangspunkt kan færdigudredes i almen praksis.
- Almen praksis honoreres for en grundig indledende udredning inden henvisning til sygehus, og har mulighed for at tage kontakt til sygehuset for rådgivning. Det er den speciallæge, der stiller diagnosen, der videregiver information til kommunen

I nedenstående tabel 4 er det angivet, hvor mange mennesker med demens det drejer sig om i perioden 2021-2024.

Tabel 4. Oversigt over ydelser og personer vedr. brugen af § 2 aftale i Region Nordjylland¹⁸.

Årstal \ Antal	Oversigt over ydelser og personer § 2 aftale	
	Antal færdigbehandlede ydelser	Antal personer
2024 (til og med oktober måned)	570	562
2023	784	769
2022	707	692
2021	648	630

¹⁷ For en beskrivelse af aftalegrundlaget, formål og aftalens afgrænsninger af Den Samordnede Demensudredningsmodel i Region Nordjyllands § 2 aftale se: [Honorering for alment praktiserende lægers deltagelse i samordnet demensudredning](#)

¹⁸ Oversigten over ydelser og personer ved §2 aftalen er fremsendt af Region Nordjylland

Samarbejdsaftale om opfølgning for demens – Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har indgået en § 2 aftale¹⁹ for, hvordan der i regionen følges op på patienter, der er blevet udredt for demens. Den beskriver arbejdsdelingen mellem almen praksis, sygehuse og kommuner, herunder de specifikke dele af arbejdsopgaver, der er placeret i almen praksis i henhold til forløbsprogrammet²⁰. Almen praksis varetager i Region Hovedstaden ofte den indledende opfølgning på patienten samt opfølgning på medicinsk behandling med afsæt i medicinplan fra hospitalet efter afsluttet forløb og henviser til relevante kommunale tilbud. Den praktiserende læge kan beskrives som den lægefaglig tovholder og varetager den løbende lægefaglige opfølgning i hele forløbet.

Tværasektorielt samarbejde for overgange, rådgivning og behandlingsforløb – Odense Universitetshospital (OUH) og Nyborg Kommune

I Region Syddanmark er der igangsat et tværasektorielt arbejde mellem OUH og Nyborg Kommune, som skal kortlægge og finde fælles løsninger på overgange, rådgivning og behandling på tværs af region og kommune. De gode erfaringer herfra skulle gerne på sigt kunne udbredes til flere kommuner og sygehuse i regionen.

Regional demensstyregruppe – Region Syddanmark

I Region Syddanmark er der etableret en regional demensstyregruppe, som sikrer, at der er et stort fokus på området. I regi af demensstyregruppen har region Syddanmark allokeret midler til uddannelsen af tre psykologer, som bliver specialister inden for klinisk neuropsykologi.

Regionale demensråd

Flere regioner har eller har tidligere etableret tværfaglige demensråd. For eksempel har Region Hovedstaden gode erfaringer med et regionalt demensråd, der har arbejdet med en fokuseret indsats for optimering af udredning.

Initiativer til vidensdeling mellem sektorer

Flere regioner har gode erfaringer med vidensdeling mellem sektorer ved at tilbyde praktiserende læge at komme på følgedage på demensudredningsenhederne eller omvendt. Det kan være med til at skabe bedre forståelse for udredning og behandling i demensklínik, og for at styrke samarbejde med almen praksis. For eksempel har der i Demensklínik Fyn været praktiserende læger på følgedag i klínikken for at give almen praksis indblik i udredningsprocessen.

Udekørende udredning i patientens hjem – Herlev Hospital og Glostrup Hospital

På Herlev Hospital og Glostrup Hospital er der gode erfaringer i geriatrien med udekørende udredning i patienters hjem. De nødvendige tests udføres i eget hjem, hvorefter resultaterne drøftes på en MDT-konference.

Tiltag til nedbringelse af ventetider på tværs af regioner

I Region Hovedstaden er der gode erfaringer med, at en sekretær eller sygeplejerske kontakter patienten et par dage inden den aftalte tid til udredning for at sikre, at patienten er opmærksom på den aftalte tid, og fortsat har mulighed for at møde op.

¹⁹ Udmøntning af Region Hovedstaden "Forløbsprogram for Demens" vedr. almen praksis: https://edagsorden.regionh.dk/commit-tee_1444/agenda_7627/documents/27.pdf

²⁰ Region Hovedstadens forløbsprogram for demens: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/Forlobsprogrammer/Documents/RegionH_forlobsprogram_for_demens_rev_2021_FINAL_FINAL-a.pdf

I Demensklíník Fyn er der gode erfaringer med at nedbringe ventetiden for udredning ved følgende tiltag:

- Mennesker med demens, der bliver genhenvist pga. adfærdsforstyrrelse eller for medicinændring ses ikke i klinikken. I stedet gives rådgivning med forslag til behandlingsplan til egen læge.
- Patienter med MCI, der har været gennem udredningsprogram, afsluttes til egen læge. Udredningsenheden sender i stedet anbefalinger til egen læge om at følge patienten en gang om året med kognitiv test og kort samtale med pårørende, og anbefaling om en re-henvisning ved progression i tilstand.
- Følgende patientgrupper afsluttes til egen læge, når der er etableret kontakt til kommunens demenskoordinatorfunktion:
 - Mennesker med demens der ikke har behandlingskrævende demenssygdom. Demensudredningsenheden kontakter egen læge og demenskoordinatorfunktion for at sikre den støtte patienten eller pårørende har brug for. Komplekse patienter er fortsat tilknyttet udredningsenheden i et år.
 - Mennesker med demens med medicinkrævende demenssygdom afsluttes, når de er behandlingsstabile. Det kan være fx Alzheimers sygdom og Lewy Body demens. De kommer ikke efterfølgende til kontrol, medmindre at der er behov for en anden behandling.
 - Mennesker med demens med adfærdsforstyrrelse behandles med anti-demens medicin og/ eller antidepressive. Ved manglende effekt henvises de direkte til ældrepsykiatrien.
- Sygeplejersker kan under supervision af en speciallæge revurdere mennesker med demens, hvis sygdom tidligere er blevet vurderet af en speciallæge.
- Uddannelseslæger indenfor specialerne geriatri, psykiatri og neurologi ser mennesker med demens sammen med en sygeplejerske og med mulighed til supervision hos en speciallæge.
- Mennesker med demens bliver grundigt informeret om medicin og bivirkninger, og får udleveret et kontaktnummer til klinikken, hvis de oplever bivirkninger. Dette er i stedet for tidligere praksis, hvor en sygeplejerske ringede patienter op efter tre uger for at spørge ind til eventuelle bivirkninger. Sårbare patienter følges dog med telefonsamtaler.
- Demensudredningsenheder har generelt tæt kontakt til praktiserende læger med skriftlige korrespondancer med henblik på råd og vejledning.

4. Andre projekter vedr. udredning af demens

I nedenstående afsnit er der beskrevet relevante projekter, der har været under udarbejdelse sideløbende med Sundhedsstyrelsens arbejde med udarbejdelse af faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens. Begge projekter har overlap og kan i et vist omfang understøtte de faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens.

4.1. Nationalt Videnscenter for demens' projekt: "Nye veje til demensudredning"

Nationalt Videnscenter for Demens gennemfører i perioden 2024-2027 et projekt med støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (SSA-puljen 2023) som har til formål at finde nye veje til demensudredning som med anvendelse af ny teknologi kan bidrage til mere ensartet høj kvalitet i hele landet og til mere effektiv ressourceudnyttelse.

Projektet gennemføres i samarbejde med udvalgte demensudredningsenheder i Danmark og med almen praksis og kommuner.

Projektet bygger videre på erfaringerne fra udviklingen af et nyt redskab (BASIC og BASIC-Q), til identifikation af demens i det primære sundhedsvæsen.

I projektet udvikles to redskaber som kan anvendes i almen praksis til forberedelse – eller færdiggørelse – af demensudredning:

- **Redskab A**
 - Til skrøbelige borgere med fremskreden demenssygdom, som har svært ved fysisk fremmøde i udredningsenhed
 - Redskabet indeholder
 - Digitalt program
 - Udfyldes af lægen, sygeplejersken i almen praksis eller demenskoordinatorfunktion
 - Spørgeskema vedr. anamnese
 - Kort kognitiv test
 - (resultat af) CT-skanning og blodprøver
 - Baseret på svar fås en algoritme til mest sandsynlige ætiologi
- **Redskab B**
 - Til patienter med lette symptomer (SCD, MCI, tvivl om kognitivt svigt)
 - Redskabet indeholder
 - Digitalt program
 - Udfyldes af patienten selv evt. med støtte fra pårørende
 - Spørgeskema vedr. anamnese
 - Selv-administrerede kognitive test og rating scales på skærm
 - Digitale markører for neurodegenerativ sygdom (fx. analyse af tale (sprog, tempo etc.))
 - Baseret på resultat svar gives forslag til den videre udredning

Det skal sikres at resultat-rapporten fra anvendelse af redskaberne kan integreres digitalt hos såvel praktiserende læger om demensudrednings-enheder. For de som skal til videre udredning i demensudredningsenheder vil resultaterne forbedre klinikkernes mulighed for effektiv tilrettelæggelse af udredningen.

Projektets pejlemærker:

1. Flere udredes rettidigt med en ensartet høj kvalitet understøttet af data og ny teknologi.
2. Der skabes trygge rammer for udredning for demens for alle patienter.
3. Der etableres et samlet tværsektorielt ansvar for demensudredningen af den enkelte patient, hvor flere får en diagnose og behandlingsplan uden fysisk at skulle møde op på en demensudredningsenhed.
4. Der skabes bedre mulighed for effektiv ressource-udnyttelse i demensudredningen.

Det er således intentionen af projektets resultater vil understøtte Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for organisering af demensudredning.

4.2. Opdatering af Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om demens

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har arbejdet på en revurdering og opdatering af den kliniske vejledning for almen praksis vedr. demens. Vejledningen er tiltænkt som et støtteredskab til almen praksis.

Den kliniske vejledning beskriver en tilgang til både udredning, viderehenvisning samt behandling af mennesker med demens. Den er en revision af den tidligere vejledning, hvor specielt udredningsdelen og hvordan denne kan foregå i almen praksis, bliver uddybet. Dette indebærer en grundig gennemgang af differentielldiagnostikken til hukommelsessvækkelse såsom depression, antikolinerge byrde, syns- og hørededefekter, alkoholmisbrug og andet somatisk fokus. Derudover indgår afsnit om væsentlige juridiske aspekter, herunder eksempelvis kørselsforbud og samtykkebestemmelser, som det er afgørende at være bekendt med.

Vejledningen forventes klar i løbet af 2025.

Sundhed for alle ♥ + ●