



# Fokuserede spørgsmål NKA for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

## Indhold

### Strukturerede og målrettede tiltag ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens (BPSD)

- PICO 1 *Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod personer med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer?*
- PICO 2 *Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod personer med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer?*

### Antipsykotika og adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens (BPSD)

- PICO 3 *Bør man anvende antipsykotika til personer med demens og BPSD?*
- PICO 4 *Bør man anvende antipsykotika eller benzodiazepin til kortvarig behandling af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, hvor der er risiko for at personen er til skade for sig selv eller andre, eller hvor personen er svært psykisk forpint?*

## *PICO 1 Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod personer med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer?*

### **Baggrund for valg af spørgsmål**

Op mod 90 % af personer med demens udvikler adfærdsmæssige og psykiske symptomer på et tidspunkt i deres sygdomsforløb (BPSD eng. behavioural and psychological symptoms of dementia). BPSD er medvirkende til flytning til plejehjem samt associeret til nedsat livskvalitet, forværring i daglig funktion (ADL eng. activities of daily living) og forværring af kognitive funktioner. Samtidig kan symptomerne udgøre en væsentlig byrde for både personen med demens, de pårørende og plejepersonale.

Det er god klinisk praksis at bruge personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse som den primære arbejdstilgang til personer med demens herunder også når personen har adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Ved anvendelsen af personcentreret tilgang og årsagsanalyse skabes en struktur for tilgangen til det enkelte individ. Herudover skal der arbejdes med konkrete tiltag der kan understøtte arbejdet. Dette kan f.eks. opnås gennem strukturerede og målrettede interventioner.

Strukturerede og målrettede interventioner er aktiviteter, enten individuelle eller gruppebaserede, der har til formål at understøtte og fremme psykologiske, kognitive, kropslige og sociale ressourcer hos personer med demens. Dermed er der også en potentiel mulighed for at sådanne interventioner kan medvirke til at forebygge og afhjælpe BPSD-symptomer. Disse interventioner er meget bredt defineret og det kan derfor været svært at undersøge og sammenligne effekterne. En stor del af interventionerne fokuserer på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse. Her ses på personen med demens og ”det levede liv” som en helhed.

Det er god klinisk praksis at forebygge og behandle BPSD ved demens med strukturerede og målrettede interventioner. Tidligere vejledninger og anbefalinger har fokuseret på enkelte udvalgte og specifikke strukturerede og målrettede interventioner som fx reminiscensterapi eller musikterapi, men det er uafklaret om andre interventioner rettet direkte mod personer med demens er virksomme. Der er stor variation i praksis i forhold til hvilke interventioner der tilbydes, ligesom der er tvivl i de faglige miljøer om hvilke interventioner, der er effektive, og om der er forskel i effekt. Arbejdsgruppen ønsker derfor at undersøge effekten af strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse med et bredere fokus, så det er muligt at belyse om alle interventioner er hensigtsmæssige, og om der eventuelt er forskel i effekt mellem interventionerne.

### **Population**

Personer med alle typer og alle sværhedsgrader af demens samt et eller flere adfærdsmæssige og psykiske symptomer (BPSD)

For at kunne belyse eventuel heterogentiet i resultaterne og for at kunne beskrive de inkluderede studier og om muligt uddybe anbefalingen i forhold til forskellige sværhedsgrader af demens, vil der blive ekstraheret data for sværhedsgrad af demens.

## Intervention

Strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet og deltagelse og/eller interpersonel relationsdannelse målrettet personer med demens og et eller flere adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

Strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet og deltagelse og/eller interpersonel relationsdannelse defineres her som enhver intervention med fokus på samspillet mellem kropslige, psykologiske eller sociale faktorer. En intervention med fokus på aktivitet og deltagelse skal være tilpasset personen med demens' funktionsevne, herunder indeholde interpersonel dialog i form af verbal eller nonverbal kommunikation. Denne kommunikation kan foregå mellem en eller flere personer med demens, pårørende og/eller professionelt personale. Eksempler på aktivitets- og deltagelses interventioner kan være reminiscensterapi, kognitiv stimulationsterapi eller at personale/pårørende understøtter udførelse af aktiviteter, der er meningsfulde for personen med demens som fx kortspil, gåture, tøjvask, dans eller fællesskab ved måltider. Interventioner der har fokus på kropslige elementer som fx fysisk træning, berøring/massage, stimulationsterapi, hjælpemidler, overvågningsteknologier eller musikterapi kan kun inkluderes hvis interventionerne indgår som en målrettet indsats for at skabe aktivitet og deltagelse og/eller indeholder struktureret og målrettet interpersonel relationsdannelse. Interventionerne kan administreres på individniveau eller være gruppebaserede.

Der planlægges subgruppeanalyse for at belyse om eventuel heterogenitet i resultaterne kan forklares ud fra forskelle i interventionerne fx i forhold til indhold og varighed, hvis effekten varierer væsentligt for de forskellige interventioner kan der eventuelt udarbejdes forskellige anbefalinger.

## Comparison (sammenligning)

Vanlig behandling/pleje, ustrukturerede aktiviteter

Outcomes	Prioriteret skala og angivelse af mindste kliniske relevante forskel MCID*	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Agitation/Udadreagende adfærd	1. prioritet: CMAI (range 29-203 lavere er bedre) MCID 1 måned: -5 point MCID 3 måneder: -17 point  Øvrige: ABMI, ABS, BARS (underskala til CMAI) NPI	4 -12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning	Kritisk

Adfærdsændringer (BPSD)	1. prioritet NPI (range 0-144, lavere er bedre) MCID 8-10 point,  Øvrige: NPI-Q, NPI-NH, BEHAVE-AD, BRSD, CRBRS, RMBPS, CAPE (BRS), QCRP, MBS, MOSES	4-12 uger efter interventionsstart/ved interventionens afslutning	Kritisk
Uønskede hændelser (AE)	Antal personer	4-12 uger efter interventionsstart/ved interventionens afslutning	Vigtigt
Kognition	MMSE, ADAS-Cog, ACE, ACE-3	4-12 uger efter interventionsstart/ved interventionens afslutning	Vigtigt
Funktionsniveau (ADL)	1. prioritet: DAD, Øvrige: E adl test, Katz ADL, ADCS-ADL, FAST, IDDD, Barthel, ADL-Q, BADLS	4-12 uger efter interventionsstart/ved interventionens afslutning	Vigtigt
Livskvalitet	1. prioritet: diagnosespecifik livskvalitet QoL-AD  Øvrige: EQ-5D, DEMQOL, DEMQOL Proxy, QUALID ADRQL, QualiDem	4-12 uger efter interventionsstart/ved interventionens afslutning	Vigtigt
Pårørende/medarbejderbyrde (ved boende på plejehjem)	1. prioritet: NPI-Caregiver Zarit Burden Interview,  Øvrige: Distress Scale, Caregiver Burden Inventory, PSS (Perceived stress), BIZA (Berlin Inventory), GHQ (General	4-12 uger efter interventionsstart/ved interventionens afslutning	Vigtigt

	Health Questionnaire)		
Depressive symptoms	CSDD, CES-D, GDS, AGE-CAT, MADRS, HDRS	4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning	Vigtigt

## *PICO 2 Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod personer med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer?*

### **Baggrund for valg af spørgsmål**

Op mod 90 % af personer med demens udvikler adfærdsmæssige og psykiske symptomer på et tidspunkt i deres sygdomsforløb (BPSD eng. behavioural and psychological symptoms of dementia). BPSD er medvirkende til flytning til plejehjem samt associeret til nedsat livskvalitet, forværring i daglig funktion (ADL eng. activities of daily living) og forværring af kognitive funktioner. Samtidig kan symptomerne udgøre en væsentlig byrde for både personen med demens, de pårørende og plejepersonale.

Det er god klinisk praksis at bruge personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse som den primære arbejdstilgang til personer med demens herunder også når personen har adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Ved anvendelsen af personcentreret tilgang og årsagsanalyse skabes en struktur for tilgangen til det enkelte individ. Herudover skal der arbejdes med konkrete tiltag der kan understøtte arbejdet. Dette kan f.eks. opnås gennem strukturerede og målrettede interventioner.

Strukturerede og målrettede interventioner er aktiviteter, enten individuelle eller gruppebaserede, der har til formål at understøtte og fremme psykologiske, kognitive, kropslige og sociale ressourcer hos personer med demens. Dermed er der også en potentiel mulighed for at sådanne interventioner kan medvirke til at forebygge og afhjælpe BPSD-symptomer. Disse interventioner er meget bredt defineret og det kan derfor været svært at undersøge og sammenligne effekterne.

Strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer såsom indretning, lys mm. er interventioner der har til formål at medvirke til optimale fysiske forhold for personer med demens, så yderligere tiltag for bedring af symptomer kan lykkedes, da omgivelser i stor grad har betydninger for personer med demens.

De fysiske omgivelser er især vigtige for personer med demens, da de neurodegenerative forandringer i høj grad påvirker personens evne til kommunikation, sansefunktion samt evne til at interagere socialt og opretholde et selvstændigt liv. Som konsekvens af selvstændighedstab må personen med demens i mange tilfælde forlade sit hjem og flytte på plejehjem, hvor personen har ringe indflydelse på de fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelsesfaktorer, som personen lever i og påvirkes af. Samtidig har mennesker med demens øget risiko for hospitalsindlæggelser, hvilket indebærer skift i personens omgivelsesfaktorer samtidig med, at personen er sårbar pga. sygdom. Derfor er det centralt at undersøge, hvilke målrettede og strukturerede interventioner med fokus på omgivelserne, der kan medvirke til at forebygge og behandle BPSD ved demens.

Tidligere vejledninger og anbefalinger har ikke haft fokus på specifikke omgivelsesfaktorer, og der er tvivl om hvordan man bedst strukturerer disse interventioner for at behandle og forebygge BPSD. Samtidig er der stor variation i praksis i forhold til hvilke interventioner der tilbydes, ligesom der er tvivl i de faglige miljøer om hvilke interventioner, der er effektive, og om der er forskel i effekt. Arbejdsgruppen ønsker derfor at undersøge effekten af strukturerede og målrettede interventioner med fokus på de fysiske omgivelsesfaktorer, så det er muligt at belyse om alle interventioner er hensigtsmæssige, og om der eventuelt er forskel i effekt mellem interventionerne.

## Population

Personer med alle typer og alle sværhedsgrader af demens samt et eller flere adfærdsmæssige og psykiske symptomer (BPSD)

For at kunne belyse eventuel heterogenitet i resultaterne og for at kunne beskrive de inkluderede studier og om muligt uddybe anbefalingen i forhold til forskellige sværhedsgrader af demens, vil der blive ekstraheret data for sværhedsgrad af demens.

## Intervention

Strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer målrettet personer med demens og et eller flere adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

Strukturerede og målrettede interventioner med fokus på omgivelsesfaktorer defineres her som enhver intervention med fokus på de fysiske omgivelsesfaktorer så som f.eks. lys, lyd og indretning. Interventionerne kan foregå med udgangspunkt i både den personlige/private kontekst eller i et mere gruppebaseret/institutionskontekst. Eksempler på interventioner med fysiske omgivelsesfaktorer kan f.eks. være brug af hjælpemidler (f.eks. afskærmning, gyngestole/gyngeenge, overvågning i forhold til om personer forlader hjem/plejehjem, kamera for at undgå at personaler går unødvendigt ind til personerne), indretning af omgivelserne, lysterapi og undlade brug af uniformer for personalet.

Der planlægges subgruppeanalyse for at belyse om eventuel heterogenitet i resultaterne kan forklares ud fra forskelle i interventionerne, hvis effekten varierer væsentligt for de forskellige interventioner kan der eventuelt udarbejdes forskellige anbefalinger.

## Comparison (sammenligning)

Vanlige omgivelser, ingen strukturerede interventioner med fokus op fysiske omgivelsesfaktorer.

Outcomes	Prioriteret skala og angivelse af mindste kliniske relevante forskel MCID*	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Agitation/Udadreagende adfærd	1. prioritet: CMAI (range 29-203 lavere er bedre) MCID 1 måned: -5 point MCID 3 måneder: -17 point  Øvrige: ABMI, ABS, BARS (underskala til CMAI) NPI	4 -12 uger efter interventionsstart/ved interventionens afslutning	Kritisk
Adfærd ændringer (BPSD)	1. prioritet NPI (range 0-144, lavere er bedre) MCID 8-10 point,	4-12 uger efter interventionsstart/ved interventionens afslutning	Kritisk

	Øvrige: NPI-Q, NPI-NH, BEHAVE-AD, BRSD, CRBRS, RMBPS, CAPE (BRS), QCRP, MBS, MOSES		
Uønskede hændelser (AE)	Antal personer	4-12 uger efter interventionsstart/ved interventionens afslutning	Vigtigt
Kognition	MMSE, ADAS-Cog, ACE, ACE-3	4-12 uger efter interventionsstart/ved interventionens afslutning	Vigtigt
Funktionsniveau (ADL)	1. prioritet: DAD, Øvrige: E adl test, Katz ADL, ADCS-ADL, FAST, IDDD, Barthel, ADL-Q, BADLS	4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning	Vigtigt
Livskvalitet	1. prioritet: diagnosespecifik livskvalitet QoL-AD  Øvrige: EQ-5D, DEMQOL, DEMQOL Proxy, QUALID ADRQL, QualiDem	4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning	Vigtigt
Pårørende/medarbejderbyrde (ved boende på plejehjem)	1. prioritet: NPI-Caregiver Zarit Burden Interview,  Øvrige: Distress Scale, Caregiver Burden Inventory, PSS (Perceived stress), BIZA (Berlin Inventory), GHQ (General Health Questionnaire)	4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning	Vigtigt
Depressive symptomer	CSDD, CES-D, GDS, AGECAT, MADRS, HDRS	4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning	Vigtigt



### **PICO 3 *Bør man anvende antipsykotika til personer med demens og BPSD?***

#### **Baggrund for valg af spørgsmål**

I 2022 var der ca. 42.000 personer med en hospitalsregistreret demensdiagnose i Danmark, hvilket er en stigning på næsten 30.000 siden år 2000. Aktuelt er der en årlig incidens på ca. 8600 (2021-tal). Progressionen af demenssygdommen medfører at op mod 90 % af personer med demens udvikler adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens (BPSD). BPSD-symptomer dækker over 12 forskellige domæner omkring adfærd og psykiske symptomer.

I 2018 udkom Sundhedsstyrelsen med en stærk anbefaling imod brugen af antipsykotika til personer med demens. Denne anbefaling er arbejdsgruppen enig i fortsat er gældende. Til trods for denne stærke anbefaling mod, samt et øget fokus på at nedbringe netop denne medicinering, er der stort set ingen ændring i brugen af antipsykotisk medicin siden 2014. På baggrund af tal fra Sundhedsdatastyrelsen fremgår det, at knap 20 % af alle personer med demens får antipsykotisk medicin. Næsten 2/3 af dem, der får antipsykotisk medicin har ikke en anden hospitalsregistreret psykiatrisk lidelse. Herudover er der fortsat stor variation mellem brugen af antipsykotika i de forskellige kommuner (31,7 % til 10,8%) og regioner (21,2% til 17,5%). Over de seneste 10 år er der dog sket et fald i langtidsforbruget (>1 år) af antipsykotisk medicin, samt en nogenlunde tilsvarende stigning i korttidsforbruget (<3 mdr).

Som udgangspunkt skal personer med demens ikke behandles med antipsykotiske lægemidler, da effekten er begrænset og der er markant øget risiko for alvorlige bivirkninger såsom øget dødelighed, apopleksi, gangforstyrrelser, sløvhed (sedation), ekstrapyramidale symptomer (bevægestyrrelser), dyb venetrombose, blodprop i lungen, hjerterytmeforstyrrelse samt hukommelsessvækkelse, konfusion og delir.

Behandlingen af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens er som udgangspunkt non-farmakologisk. Der findes ikke godkendte lægemidler til behandling af disse symptomer når der fokuseres på alle typer af demens og sværhedsgrader af demens. Enkelte præparater kan undtagelsesvis bruges ved svær, vedvarende agitation ved moderat eller svær demens, men det er ikke denne population som denne anbefaling omhandler.

Siden den stærke anbefaling imod brugen af antipsykotisk medicin til personer med demens i 2018, er der tilkommet en del nye studier, der undersøger effekten af andengenerations antipsykotika sammenlignet med placebo. Grundet det fortsatte høje forbrug, samt tilkommet ny evidens, er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er behov for at opdatere anbefalingen for at undersøge, hvordan den nye evidens påvirker anbefalingen på området og for at sætte fokus på implementering af anbefalingen.

#### **Population**

Personer med alle typer og alle sværhedsgrader af demens samt et eller flere adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved BPSD. Somatiske årsager til symptomerne skal være relevant udredt og psykosociale/non-farmakologiske tiltag skal være afprøvet uden tilstrækkelig effekt. Personer med svært udadrettet adfærd, hvor der er risiko for at personen skader sig selv eller andre, eller hvor personen er svært psykisk forpint er ikke omfattet af dette PICO, da denne population er dækket af PICO 3.

#### **Intervention**

Behandling med et antipsykotikum i op til 6 uger, både 1. og 2. generations antipsykotika.

## Comparison (sammenligning)

Vanlig behandling uden brug af antipsykotika.

Outcomes	Prioriteret skala og evt. angivelse af mindste kliniske relevante forskel MCID	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Alvorlige hændelser (SAE)	Antal personer	Ved interventionens afslutning	Kritisk
Mortalitet	Antal personer	Ved interventionens afslutning	Kritisk
Adfærdsændringer (BPSD)	1. prioritet NPI (range 0-144, lavere er bedre) MCID 8-10 point,  Øvrige: NPI-Q, NPI-NH, BEHAVE-AD, BRSD, CRBRS, RMBPS, CAPE (BRS), QCRP, MBS, MOSES	Ved interventionens afslutning	Kritisk
Agitation/Udadreagerende adfærd	1. prioritet CMAI (range 29-203 lavere er bedre) MCID 1 måned: -5 point MCID 3 måneder: -17 point  Øvrige: ABMI, ABS, BARS (underskala til CMAI) NPI	Mindst en måneds follow-up, max 3 måneders follow-up	Vigtigt
Kognition	MMSE, ADAS-Cog, ACE, ACE-3	Ved interventionens afslutning	Vigtigt
Funktionsniveau (ADL)	1. prioritet DAD, Øvrige: E adl test, Katz ADL, ADCS-ADL, FAST, IDDD, Barthel, ADL-Q, BADLS	Ved interventionens afslutning	Vigtigt
Livskvalitet	1. prioritet diagnose-specifik livskvalitet QoL-AD  Øvrige:	Ved interventionens afslutning	Vigtigt

	EQ-5D, DEMQOL, DEMQOL Proxy, QUALID ADRQL, QualiDem		
--	---	--	--

## **PICO 4 *Bør man anvende antipsykotika eller benzodiazepin til kortvarig behandling af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, hvor der er risiko for at personen er til skade for sig selv eller andre, eller hvor personen er svært psykisk forpint?***

### **Baggrund for valg af spørgsmål**

I 2022 var der ca. 42.000 personer med en hospitalsregistreret demensdiagnose i Danmark, hvilket er en stigning på næsten 30.000 siden år 2000. Aktuelt er der en årlig incidens på ca. 8600 (2021-tal). Progressionen af demenssygdommen medfører at op mod 90 % af personer med demens udvikler adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens (BPSD). BPSD-symptomer dækker over 12 forskellige domæner omkring adfærd og psykiske symptomer. Trods tidligere anbefalinger mod brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens, samt et øget fokus på netop denne medicinering, er der stort set ingen ændring i brugen af antipsykotisk medicin siden 2014. På baggrund af tal fra Sundhedsdatastyrelsen fremgår det, at knap 20 % af alle personer med demens får antipsykotisk medicin. Næsten 2/3 af dem, der får antipsykotisk medicin har ikke en anden hospitalsregistreret psykiatrisk lidelse. Herudover er der fortsat stor variation mellem brugen af antipsykotika i de forskellige kommuner (31,7 % til 10,8%) og regioner (21,2% til 17,5%). Over de seneste 10 år er der dog sket et fald i langtidsforbruget (>1 år) af antipsykotisk medicin, samt en nogenlunde tilsvarende stigning i korttidsforbruget (<3 mdr). Herudover er der sket en markant stigning i forbruget af benzodiazepiner til mennesker med demens over den tilsvarende periode (fra 13,7 % til 17,3 %). Denne ændring i udskrivningsmønstre kan være et udtryk for et indikationskred, hvor der i stigende grad bruges benzodiazepiner for at berolige i stedet for antipsykotika til mennesker med demens. Ved korttidsbehandling med antipsykotika er det typisk den sederende effekt som udnyttes.

Som udgangspunkt skal personer med demens ikke behandles med antipsykotiske lægemidler, da effekten er begrænset og der er markant øget risiko for alvorlige bivirkninger såsom øget dødelighed, apopleksi, gangforstyrrelser, sløvhed (sedation), ekstrapyramidale symptomer (bevægelsesforstyrrelser), dyb venetrombose, blodprop i lungen, hjerterytmeforstyrrelse samt hukommelsessvækkelse, konfusion og delir. Samtidig er benzodiazepiner vanedannende og brugen af benzodiazepiner hos personer med demens er forbundet med en øget risiko for delir, fald og midlertidig svækkelse af det kognitive funktionsniveau.

Behandlingen af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens er som udgangspunkt non-farmakologisk.

Der kan dog opstå særlige situationer hvor personer med demens oplever svære adfærdsmæssige og/eller psykiske symptomer, hvilket kan medføre en svært udadrettet adfærd, samt akut risiko for at personen er til skade for sig selv eller andre, eller hvor personen er svært psykisk forpint. I disse situationer kan der opstå et behov for en hurtig intervention i form af en kortvarig farmakologisk behandling med et beroligende lægemiddel. Arbejdsgruppen ønsker at få afklaret de gavnlige og skadelige virkninger ved behandling med antipsykotika og benzodiazepiner, med henblik på at få belyst, hvilket beroligende lægemiddel, der er mest hensigtsmæssigt at bruge til kortvarig behandling af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, hvor der er behov for hurtigt indsættende effekt.

## Population

Personer med alle typer af demens og svært udadrettet adfærd, hvor der er risiko for at personen skader sig selv eller andre, eller hvor personen er svært psykisk forpint. Somatiske årsager til symptomerne skal være relevant udredt og psykosociale/non-farmakologiske tiltag skal være afprøvet uden tilstrækkelig effekt.

## Intervention

Kortvarig behandling med antipsykotikum i 2-4 uger, både 1. og 2. generations antipsykotika

## Comparison (sammenligning)

Kortvarig behandling med benzodiazepiner i 2-4 uger

Der kan evt. blive behov for at lave en indirekte sammenligning mellem antipsykotiske lægemidler og benzodiazepiner ved at sammenligne antipsykotiske lægemidler med ingen behandling og benzodiazepiner med ingen behandling.

Outcomes	Prioriteret skala og evt. angivelse af mindste kliniske relevante forskel MCID	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Alvorlige hændelser (SAE)	Antal personer	Inden for 12 uger	Kritisk
Mortalitet	Antal personer	Inden for 12 uger efter opstart af kortvarig behandling (2-4 uger)	Kritisk
Agitation/Udadreagerende adfærd	1. prioritet CMAI (range 29-203 lavere er bedre) MCID 1 måned: -5 point MCID 3 måneder: -17 point  Øvrige: ABMI, ABS, BARS (underskala til CMAI) NPI	Inden for 4 uger, data opgjort efter 2 ugers behandling vil blive prioriteret	Kritisk
Adfærdsændringer (BPSD)	1. prioritet NPI (range 0-144, lavere er bedre) MCID 8-10 point,  Øvrige: NPI-Q, NPI-NH, BEHAVE-AD, BRSD, CRBRS, RMBPS, CAPE (BRS), QCRP, MBS, MOSES	Inden for 4 uger, data opgjort efter 2 ugers behandling vil blive prioriteret	Kritisk

Ekstrapyramidale bivirkninger	Antal personer	Inden for 4 uger, data opgjort efter 2 ugers behandling vil blive prioriteret	Vigtigt
Frakturer/Fald	1. Frakturer 2. Fald	Inden for 4 uger	Vigtigt
Forekomst af somnolens	Antal personer	Inden for 4 uger	Vigtigt
Forekomst af delirium	Antal personer	Inden for 4 uger	Vigtigt
Funktionsniveau (ADL)	1. prioritet DAD, Øvrige: E adl test, Katz ADL, ADCS-ADL, FAST, IDDD, Barthel, ADL-Q, BADLS	Inden for 4 uger	Vigtigt
Livskvalitet	1. prioritet diagnose-specifik livskvalitet QoL-AD  Øvrige: EQ-5D, DEMQOL, DEMQOL Proxy, QUALID ADRQL, QualiDem	Inden for 4 uger	Vigtigt
Pårørende/medarbejderbyrde (ved boende på plejehjem)	1. prioritet  NPI-Caregiver Zarit Burden Interview,  Øvrige: Distress Scale, Caregiver Burden Inventory, PSS (Perceived stress), BIZA (Berlin Inventory), GHQ (General Health Questionnaire)	Inden for 4 uger	Vigtigt