SUNDHEDSSTYRELSEN



Erfaringsopsamling af den nationale demenshandlingsplan 2025

Status, erfaringer og perspektiver på demensområdet

Erfaringsopsamling af den nationale demenshandlingsplan 2025

© Sundhedsstyrelsen, 2026.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-728-6

Versionsdato: 6.11.2026

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2026

Resumé

Demens er en kronisk og progredierende sygdomstilstand, der gradvist påvirker hukommelse, tænkning, adfærd og evnen til at klare hverdagen selvstændigt. I Danmark anslås det, at omkring 103.000 personer over 65 år lever med demens, mens yderligere ca. 4.200 personer under 65 år har en demenssygdom. Samtidig er op mod 400.000 danskere pårørende til et menneske med demens. Demens er ikke alene en sygdom, der rammer den enkelte, men en livssituation, som berører familier, netværk og hverdagsliv for en stor del af befolkningen.

Antallet af mennesker med demens forventes at stige i de kommende år som følge af, at vi lever længere, og der bliver flere ældre. WHO vurderer, at omkring 139 millioner mennesker på verdensplan vil leve med demens i 2050. I Danmark forventes antallet af ældre med demens at stige til omkring 146.000 personer i 2040.

Udviklingen skaber et voksende behov for pleje, behandling og støtte, der i højere grad kan gives tæt på borgernes hverdag og med færre unødige skift mellem aktører og sektorer. Samtidig peger fremskrivninger på, at der i 2035 kan mangle op mod 24.000 social- og sundhedsmedarbejdere i ældreplejen. Danmark står dermed over for en dobbeltdemografisk udfordring: Flere vil få brug for hjælp samtidig med, at der bliver færre til at levere hjælpen. Det understreger behovet for at bruge kompetencerne i det nære sundhedsvæsen, sygehusene og ældreplejen på en måde, hvor specialiseret viden, koordination og opfølgning i højere grad understøtter borgeren i eller tæt på eget hjem.

Der findes ikke en helbredende behandling af demenssygdomme. Til gengæld viser forskning, at tidlig opsporing, rettidig udredning, struktureret sundhedsfaglig behandling og behovs- og funktionsvurdering samt personcentrerede og non-farmakologiske tilgange kan være med til at styrke livskvalitet, trivsel og funktionsevne gennem sygdomsforløbet. Behov for støtte, vejledning og praktisk hjælp kan opstå allerede ved de første tegn på kognitiv svækkelse og er ikke knyttet til tidspunktet for en formel diagnose. Forskning peger desuden på, at en betydelig del af risikofaktorerne for udvikling af demens potentielt kan påvirkes gennem forebyggelse, sundere levevis og øget fokus på hjernesundhed.

Den nationale demenshandlingsplan 2025
Siden 2017 har den nationale demenshandlingsplan 2025 (benævnes i denne rapport også som "demenshandlingsplanen" eller "handlingsplanen") sat retningen for den danske demensindsats på tværs af sundheds- og ældreområdet. Ambitionen har været klar: Mennesker med demens og deres pårørende skal møde et mere trygt, værdigt og sammenhængende forløb – uanset hvor i landet de bor.

Demenshandlingsplanen opstillede tre nationale mål: 98 demensvenlige kommuner, flere udredes for demens og 80 pct. får en specifik diagnose - og bedre pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin med 50 pct. Demenshandlingsplanen havde fem fokusområder: tidlig opsporing og kvalitet i udredning og behandling, bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering, støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens, demensvenlige samfund og boliger samt øget videns- og kompetenceniveau.

Erfaringsopsamling af demenshandlingsplanen
Sundhedsstyrelsen har fået i opdrag at udarbejde en erfaringsopsamling, der opsamler og formidler tværgående resultater og erfaringer fra arbejdet med indsatserne i handlingsplanen, beskriver hvordan de samlet set har bidraget til at styrke demensindsatsen, og skabe en fælles forståelse for, hvor der evt. kan være behov for en fremadrettet styrkelse af indsatsen.

Denne rapport er udarbejdet som svar på dette opdrag. Opsamlingen indledes med en introduktion til demensområdet og rammerne for den danske demensindsats. Herefter følger en status på handlingsplanens målopfyldelse, erfaringer fra fokusområder og initiativer samt en afsluttende del om perspektiver for den fremtidige demensindsats i Danmark.

Opsamlingen bygger på dokumentstudier, registerdata, interviews, fokusgruppeinterviews samt input fra centrale aktører indsamlet på et nationalt symposium. Som supplement er der anvendt AI-understøttede analyseværktøjer til systematisk gennemgang af det omfattende skriftlige materiale med henblik på at identificere tværgående temaer.

Status på opfyldelse af handlingsplanens mål og fokusområder

De tre nationale mål i demenshandlingsplanen har på flere områder rykket demensindsatsen i en positiv retning.

Målet om 98 demensvenlige kommuner har været med til at skabe større politisk opmærksomhed og styrket arbejdet med blandt andet lokale strategier og indsatser samt samarbejde med civilsamfund og frivillige aktører.

Flere mennesker bliver i dag udredt for demens, og der er udviklet bedre redskaber og mere ensartede arbejdsgange i udredningen. Ventetider og forskelle i kvalitet på landsplan er dog fortsat en udfordring.

Forbruget af antipsykotika blandt mennesker med demens er faldet med over en fjerdedel siden 2014. Det afspejler et øget fokus på systematisk anvendelse af personcentrerede tilgange og non-farmakologiske indsatser. Målet om en halvering af forbruget er dog endnu ikke nået.

Rapporten viser, at handlingsplanens fem fokusområder har styrket det faglige fundament på demensområdet. Der er skabt mere viden om betydningen af tidlig opsporing og behandling, etableret styrkede rammer for udredning, pleje, rehabilitering og støtte til pårørende, og der er lokalt udviklet mere demensvenlige fysiske og sociale omgivelser. Nationale initiativer som fx ABC Demens, Demensrejseholdet og varig forankring af Nationalt Videnscenter for Demens har bidraget til øget kompetenceudvikling og et stærkere fælles vidensgrundlag og mere ensartede tilgange i arbejdet med demens. Den har samtidig understøttet en udvikling, hvor viden og faglig sparring i højere grad kan bringes tættere på den daglige opgaveløsning i kommuner, almenmedicinske tilbud og øvrige borgernære indsatser.

Erfaringerne peger dog på, at mange indsatser har været vanskelige at forankre varigt. Flere aktører påpeger, at dette kan have sammenhæng med tidsbegrænset finansiering og manglende lokale muligheder for fortsat at prioritere indsatserne.

Samlet set oplever de centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, at handlingsplanen har bidraget til et væsentligt løft af demensområdet. Denne vurdering understøttes af status for målopnåelsen og af opsamlingen på initiativerne under de fem fokusområder. Der er udviklet nye faglige redskaber og samarbejdsformer, og indsatserne er generelt blevet mere systematiske og vidensbaserede. Men rapporten viser også, at der fortsat er forskelle i kvalitet, kapacitet, tilbud på tværs af landet og i adgangen til rettidig udredning. Det er dog vanskeligt at vurdere variationen i kvalitet, kapacitet og tilbud på tværs af landet, fordi der er begrænsede data om omfanget af blandt andet de kommunale indsatser til borgere med demens i de forskellige faser af sygdomsforløbet.

Rapporten viser potentiale for at styrke sammenhængen mellem tidlig opsporing, udredning, behandling, pleje og støtte tæt på borgerens hverdag. Det gælder ikke mindst i overgangen mellem almenmedicinske tilbud, regionale udredningsenheder og kommunale indsatser, hvor tydeligere roller, bedre vidensdeling og kontinuitet kan bidrage til mere sammenhængende forløb for mennesker med kognitiv svækkelse eller demens og deres pårørende. Erfaringerne peger samtidig på, at relevant hjælp og støtte ikke bør afhænge af, om der foreligger en demensdiagnose, da hjælp og støtte også kan være nødvendigt ved begyndende kognitiv svækkelse, når funktionsevne, hverdagsliv og pårørendes situation påvirkes.

Perspektiver for demensindsatsen efter handlingsplanens udløb

Erfaringsopsamlingen peger på tre tværgående tilgange og seks centrale temaer for den fremtidige udvikling af demensindsatsen efter 2025. Tilgange og temaer er ikke konkrete anbefalinger, men et afsæt for en fælles forståelse af fremtidige opmærksomhedspunkter. Herunder hvordan demensindsatsen fortsat kan udvikles i samspil med et stærkere nært sundhedsvæsen med færre unødige overgange og med mere kontinuitet for borgeren og de pårørende. Tilgange og temaer lægger desuden op til, at relevant hjælp bør kunne sættes i gang tidligt med afsæt i borgernes funktionsevne, livssituation og behov.

Rapporten er blevet til med bidrag fra en lang række aktører på demensområdet. Der rettes en stor tak til de mennesker med demens, pårørende, fagpersoner, organisationer, kommuner, regioner, forskningsmiljøer og øvrige samarbejdspartnere, som har bidraget med interviews, kommentarer, faglige input og deltagelse i symposium undervejs i arbejdet. Der rettes også en tak til kommuner og øvrige aktører, som har stillet viden og materiale til rådighed gennem hjemmesider og øvrige kilder.

Tilgangene omfatter:

1. Mennesket i centrum - sammenhængende og personcentrerede forløb
2. Strukturel og varig forankring samt styrket kvalitet på tværs
3. Viden, data og læring som grundlag for udvikling.

Temaerne omfatter:

1. Forebyggelse af demens i et livsforløbsperspektiv
2. Tidlig opsporing, udredning, hjælp og støtte
3. Helhedsorienterede og sammenhængende forløb
4. Støtte og inddragelse af pårørende til mennesker med demens
5. Kapacitet, kompetencer og attraktive fagmiljøer
6. Et demensinkluderende samfund.

Indholdsfortegnelse

Resumé ... **3**

Indholdsfortegnelse ... **6**

Introduktion ... **8**

Erfaringsopsamling af demenshandlingsplanen ... 10

Finansiering af indsatserne ... 11

Om demens ... 12

Sundheds- og plejeindsatser til mennesker med demens ... 20

Status på målopnåelse ... **24**

Mål 1: Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner ... 25

Mål 2: Flere skal udredes, og 80 pct. skal have en specifik diagnose ... 28

Mål 3: Bedre pleje- og behandling skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin ... 32

Erfaringer fra fokusområder og initiativer ... **37**

Fokusområde 1: Tidlig opsporing og bedre kvalitet i udredning og behandling ... 41

Fokusområde 2: Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering ... 44

Fokusområde 3: Støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens ... 46

Fokusområde 4: Demensvenlige samfund og boliger ... 48

Fokusområde 5: Øget videns- og kompetenceniveau ... 50

Perspektiver for den fremtidige demensindsats ... **53**

Tilgange i den fremtidige demensindsats ... 55

Temaer i den fremtidige demensindsats ... 57

Bilagsfortegnelse ... **64**



Introduktion

Demens er en kronisk og progredierende sygdomstilstand, der gradvist reducerer menneskers evne til at klare hverdagen selvstændigt. Tilstanden har store konsekvenser for både mennesker med demens, deres pårørende og for samfundet.[1]

World Health Organization (WHO) anerkendte i 2025 demens som en kronisk lidelse og beskriver lidelsen som én af de vigtigste årsager til funktionsnedsættelse og afhængighed blandt ældre mennesker globalt.[2] WHO vurderede i 2021, at 57 millioner mennesker levede med demens, og det forventes, at omkring 139 millioner mennesker vil leve med demens i 2050 som følge af en aldrende befolkning.[3]

I Danmark var ca. 44.000 personer registreret med en demensdiagnose i januar 2026[4], men Nationalt Videnscenter for Demens (herefter forkortet NVD) estimerer, at 103.000 mennesker på 65 år eller derover lever med demens. Antallet forventes at stige til omkring 146.000 personer i 2040 som følge af en voksende ældrebefolkning.[5] Udviklingen peger på behovet for omstilling, hvor flere indsatser kan understøttes og løses tættere på borgerens hverdag, og hvor specialiseret viden fra sygehuse og øvrige fagmiljøer i højere grad stilles til rådighed for det nære sundheds- og ældreområde.

Flere mennesker med demens vil medføre et øget behov for pleje- og behandlingskapacitet i årene fremover. Samtidig peger fremskrivninger på, at behovet for social- og sundhedspersonale i 2035 vil kunne overstige udbuddet med knap 24.000 personer.[6]

I Danmark har den nationale demenshandlingsplan 2025 siden 2017 dannet rammen for indsatsen for mennesker med demens og deres pårørende på tværs af sektorer. Demenshandlingsplanen blev lanceret i 2017 på baggrund af satspuljeaftalen for 2016-2019[7], og samlet set er der i perioden 2017–2025 afsat ca. 1 mia. kr. til initiativer under demenshandlingsplanen.

Formålet med demenshandlingsplanen var at styrke indsatsen på området, så mennesker med demens og deres pårørende kan leve et trygt og værdigt liv, og der blev opstillet mål for mere demensvenlige kommuner, bedre kvalitet i udredning og reduktion i brugen af antipsykotika.

Denne rapport samler erfaringerne fra demenshandlingsplanens mål, fokusområder og initiativer samt fra relaterede initiativer i efterfølgende SSA-aftaler.[8] Erfaringsopsamlingen giver i det sidste kapitel et overblik over centrale behov og mulige opmærksomhedspunkter i en fremtidig demensindsats.

1 World Health Organization. (2023). *Dementia*.

2 World Health Organization. Political Declaration of the Fourth High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases and the Promotion of Mental Health and Well-Being. *World Health Organization*, www.who.int/publications-/m/item/political-declaration-of-the-fourth-high-level-meeting-of-the-general-assembly-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-and-the-promotion-of-mental-health-and-well-being.

3 World Health Organization. (2026). *Global Dementia Observatory (GDO).* Hentet 11. marts 2026 fra https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-dementia-observatory-gdo

4 Tal opdateret per 28.11.2025: Kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser - Sundhedsdatabanken

5 Nationalt Videnscenter for Demens. (2025, 07. oktober.). *Forekomst af demens i Danmark*. https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark

6 Statistikudvalget på det offentlige område. (2025). *Statistikudvalget på det offentlige område: Statusrapport 2025.* Finansministeriet.

7 Sundheds- og Ældreministeriet. (2017). Et trygt og værdigt liv med demens: National demenshandlingsplan 2025. https://www.ism.dk/Media/B/2/Demenshandlingsplan-2025-Et-trygt-og-vaerdigt-liv-med-demens.pdf

8 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Satspuljen 2016-2019." Indenrigs- og Sundhedsministeriet, www.ism.dk/puljer/tidligere-satspuljer/satspuljen-2016-2019.

Figur 1: Mål og fokusområder i demenshandlingsplanen

National demenshandlingsplan 2025

1

Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner

2

Flere mennesker med demens skal udredes, og 80 pct. skal have en specifik diagnose

3

En forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 pct. frem mod år 2025

Fokusområder i demenshandlingsplan 2025

Fokusområde 1

Tidlig opsporing og bedre kvalitet i udredning og behandling

- Værktøj til tidlig opsporing af demens. *Initiativ 1*
- Fokus i almen praksis på tegn på demens. *Initiativ 2*
- Færre, tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder. *Initiativ 3*
- Nye nationale kliniske retningslinjer på demensområdet. *Initiativ 4*
- Nedbringelse af forbruget af antipsykotika blandt mennesker med demens. *Initiativ 5*
- Nationale anbefalinger til optimale tværsektorielle og tværfaglige forløb. *Initiativ 6*

Fokusområde 2

Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering

- Håndbøger med videnbaserede anbefalinger til social og sundhedsfaglig praksis på demensområdet. *Initiativ 7*
- Flere og bedre tilbud om fysisk træning og aktivitet. *Initiativ 8*
- Serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne. *Initiativ 9*
- Bedre mulighed for behandling af varigt inhabile patienter. *Initiativ 10*

Fokusområde 3

Støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens

- Udvikling og udbredelse af en national værktøjskasse med patient- og pårørendekurser. *Initiativ 11*
- Flere og mere meningsfulde dag- og aflastningstilbud samt støtte til yngre med demens. *Initiativ 12*
- Rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende, herunder yngre med demens. *Initiativ 13*

Fokusområde 4

Demensvenlige samfund og boliger

- Lokale og landsdækkende aktiviteter skal understøtte et demensvenligt samfund. *Initiativ 14*
- 98 demensvenlige kommuner. *Initiativ 15*
- Flere demensegnede plejeboliger med demensegnede omgivelser. *Initiativ 16*
- Indføre en national mærkningsordning for demensegnede boliger. *Initiativ 17*
- Forsøg med demensvenlige sygehuse. *Initiativ 18*

Fokusområde 5

Øget videns- og kompetenceniveau

- Ny national forskningsstrategi på demensområdet og ny forskning. *Initiativ 19*
- Permanentgørelse af Nationalt Videnscenter for Demens. *Initiativ 20*
- Bedre data på demensområdet. *Initiativ 21*
- Praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner. *Initiativ 22*
- Uddeling af årets demenspris til medarbejdere på demensområdet. *Initiativ 23*

Erfaringsopsamling af demenshandlingsplanen

Regeringen og aftalepartierne afsatte med SSA-aftalen 2023–2026 1 mio. kr. til en erfaringsopsamling forankret i Sundhedsstyrelsen.[9]

Opdraget til Sundhedsstyrelsen var

Der udarbejdes en tværgående erfaringsopsamling for den nationale demenshandlingsplan samt gøres status på handlingsplanens nationale målsætninger.

Erfaringsopsamlingen skal opsamle og formidle tværgående erfaringer fra arbejdet med indsatserne i regi af den nationale demenshandlingsplan og opfølgningen på demenshandlingsplanen. Erfaringsopsamlingen skal blandt andet indeholde overvejelser om, hvordan indsatserne samlet set har bidraget til at styrke demensindsatsen. Samtidig skal der gøres status på opfyldelsen af de tre nationale mål.

Erfaringsopsamlingen og status på demenshandlingsplanens nationale målsætninger kan være med til at skabe et fælles billede af status på demensindsatsen i Danmark og kan derudover bidrage til en fælles forståelse af, hvor der evt. fremadrettet kan være behov for at sætte ind med henblik på fortsat at styrke indsatsen på demensområdet efter 2025.

Efter dette introduktionsafsnit er erfaringsopsamlingen struktureret i tre spor:

1. Status på opfyldelsen af de tre nationale mål
2. Erfaringer fra arbejdet med handlingsplanens indsatser på tværs af de fem fokusområder, inkl. hvordan dette har bidraget til at styrke demensindsatsen
3. Fremadrettede behov for en fortsat styrkelse af demensindsatsen.

Erfaringsopsamlingens metodiske tilgang og datagrundlag

Erfaringsopsamlingen er tilrettelagt med henblik på at sammenstille og analysere erfaringer fra arbejdet med demenshandlingsplanen. Formålet er at sammenstille og analysere viden om resultater, erfaringer og udviklingstendenser gennem handlingsplanperioden samt identificere læringspunkter og behov i en eventuel styrkelse af den fremtidige demensindsats.

Datagrundlaget omfatter dokumentstudier, register- og monitoreringsdata, interviews med centrale aktører, fokusgruppeinterviews med forskere og mennesker med demens samt input fra et nationalt symposium.[10] Datakilderne anvendes komplementært og bidrager tilsammen til at belyse udviklingen i de nationale mål, erfaringer med handlingsplanens fokusområder og aktørernes vurderinger af fremtidige behov. Som supplement er der anvendt AI-understøttede analyseværktøjer til systematisk gennemgang af det omfattende skriftlige materiale med henblik på at identificere tværgående temaer.

Metodeafsnittet bygger på tilgængelige data fra en lang række kilder, idet der ikke har været etableret et samlet monitorerings-setup for demenshandlingsplanen, der systematisk har fulgt implementering, fremdrift og resultater på tværs af handlingsplanens indsatser.

Erfaringsopsamlingen er ikke en effektevaluering og kan derfor ikke fastslå årsagssammenhænge mellem konkrete initiativer og observerede udviklinger på demensområdet. Udviklingen påvirkes af en række forhold, herunder lokale prioriteringer, organisatoriske ændringer, efterfølgende politiske initiativer og generelle udviklingstendenser på sundheds- og ældreområdet. Erfaringsopsamlingens analyser og konklusioner er Sundhedsstyrelsens samlede syntese af de indsamlede data. Den skal derfor læses som en analyse af erfaringer, resultater og udviklingsperspektiver frem for en vurdering af effekten af de enkelte initiativer eller handlingsplanen som helhed.

Læs mere om den metodiske tilgang mv. i bilag 3.

9 Regeringen. (2016, 15. december). *Aftale om den nationale demenshandlingsplan 2025*. https://regeringen.dk/media/0chjernv/aftaletekst-national-demenshandlingsplan-2025.pdf

10 I teksten anvendes betegnelserne "flere aktører" og "centrale aktører" som samlebetegnelser for viden og input indsamlet gennem interviews med centrale aktører på området, fokusgruppeinterviews med forskere og mennesker med demens samt input fra et nationalt symposium. Opsamling på symposium inkl. deltageroversigt fremgår af bilag 1. Nordic Heath Group (herefter NHG) har desuden gennemført interviews med en række centrale aktører på området. Resultaterne af denne undersøgelse inkl. en oversigt over, hvilke aktører, der har indgået i disse interviews, fremgår af bilag 2.

Finansiering af indsatserne

Det fremgår af den politiske aftale Et trygt og værdigt liv med demens, at der er afsat 471,74 mio. kr. til initiativer på demensområdet. Herudover er der efterfølgende gennem SSA-aftaler og særskilte finanslovsaftaler bevilget yderligere 449,6 mio. kr. til videreførelse og videreudvikling af handlingsplanens initiativer i perioden 2017-2025. Det skal bemærkes, at de angivne beløb og de udvalgte aftaler er baseret på Sundhedsstyrelsens bedste vurdering af finansieringen, foretaget på baggrund af det materiale, der har været tilgængeligt i forbindelse med udarbejdelse af af erfaringsopsamlingen.

Samlet set er der i perioden 2017–2025 afsat næsten en mia. kr. til initiativer under demenshandlingsplanen. Finansieringen har bestået af stats- og bloktilskud til regioner og kommuner, pulje- og driftsmidler samt direkte bevillinger til NVD.

Se bilag 4 for yderligere oplysninger omkring økonomi, herunder en samlet oversigt over finansiering af alle initiativer i demenshandlingsplanen.[11]

11 Finansieringsoversigten i bilag 4 tager højde for afvigelser i politiske aftaler, økonomiaftaler med regioner og kommuner sammenholdt med de endelige bevillinger afsat på finansloven.

Om demens

Demens er et syndrom, der udvikler sig over tid, og som medfører en gradvis forværring af flere kognitive funktioner.

NVD estimerer, at Alzheimers sygdom udgør årsagen til ca. 55 pct af alle demenstilfælde i Danmark, men mere end 200 forskellige sygdomme kan være årsag til demens. Udover Alzheimers sygdom, er de hyppigste vaskulær demens, frontotemporal demens og Lewy body-demens.

Den forventede restlevetid er væsentlig lavere for personer med demens sammenlignet med jævnaldrende uden demens. Dette gælder særligt for de yngste aldersgrupper. I gennemsnit tabes hhv. 3,7 (kvinder) og 4,0 (mænd) leveår hos mennesker med demens på 65 år og ældre, med tab af op til ti leveår blandt de yngste i denne gruppe.[12] Demens er ifølge NVD den fjerde hyppigste dødsårsag i Danmark.

Under udvalgte nøgletal.

Demens i Danmark – udvalgte nøgletal

- Ca. 44.000 personer på 65 år eller derover er registreret med demens
- Estimeret at ca. 103.000 personer på 65 år eller derover reelt lever med demens
- Ca. 3.000 personer under 65 år er registreret med demens
- Estimeret at ca. 4.200 personer under 65 år reelt lever med demens
- Forventet at omkring 146.000 personer på 65 år eller derover i 2040 lever med demens

En analyse af demens blandt borgere på plejehjem i Københavns Kommune i 2023[13] viste, at ca. halvdelen af beboerne havde demens, mens NVD tidligere har estimeret, at den reelle andel ligger på 64-80 pct.[14] Det er ikke kendt, hvor stor en andel af de borgere, som modtager hjælp i eget hjem, der har demens.

Mennesker med demens er sårbare, fordi den kognitive svækkelse og gradvise funktionsnedsættelse ofte ledsages af nedsat sygdomsindsigt, ændret adfærd og psykiske symptomer.

At leve med en demenssygdom kan indebære vanskeligheder med at finde de rette ord, problemer med at planlægge og med at finde rundt i daglige omgivelser samt nedsat hukommelse. Demens kan desuden medføre vanskeligheder med at udtrykke egne behov, give nedsat dømmekraft, uro og en adfærd, som kan være vanskelig for omgivelserne at forstå. Symptomerne forværres gradvist over en årrække og medfører stigende behov for hjælp til at klare hverdagen. Ved svær demens ses tydelig kognitiv svækkelse, hvor personen ofte mister evnen til at kommunikere med ord og til at klare helt basale behov. Der er udtalt fysisk svækkelse, stærkt øget behov for pleje og høj risiko for komplikationer såsom infektioner, hvilket gør sygdommen livsbegrænsende. Demens fører i sidste ende til alvorlige komplikationer og død.

Evnen til at træffe og udtrykke beslutninger svækkes, men retten til selvbestemmelse består. Selvbestemmelse handler om oplevelsen af at have indflydelse på eget liv og hverdag. Det kræver faglig refleksion, tillidsfulde relationer, kendskab til den enkelte borger og opmærksomhed på signaler, trivsel og behov. Samarbejde med pårørende og andre fagpersoner i faste teams kan bidrage til at forstå borgerens ønsker, værdier og livshistorie og dermed understøtte selvbestemmelse hos mennesker med demens.

12 Laursen, T. M., Nilsson, S. F., Pedersen, C. B., Waldemar, G., & Janbek, J. (2025). Dementia in Denmark: Uncovering the causes of death and life years lost in a nationwide, register-based cohort study. *Journal of Alzheimer's Disease, 108(4), 1717–1725*. https://doi.org/10.1177/13872877251389963

13 Københavns Kommune (2023) Analyse af demens blandt borgere på plejehjem

14 Nationalt Videnscenter for Demens (2021) Stort forbrug af medicin mod angst og søvnløshed på plejehjem | Nationalt Videnscenter for Demens

Mennesket først – hverdagslivet som omdrejningspunkt

Demens påvirker hverdagslivet på centrale områder: relationer, aktiviteter, oplevelsen af selvstændighed og tryghed. Indsatser for mennesker med demens vedrører derfor ikke alene udredning og behandling, men også rammerne for hverdagsliv, støtte og kontinuitet gennem livet med en demenssygdom. Perspektiver fra mennesker med demens og deres pårørende bidrager med viden om erfaringer, behov og forhold, der har betydning.

Budskaber fra livet med en demenssygdom

At få diagnosen giver forklaring og udløser krise

At få en demensdiagnose opleves ofte dobbelttydigt. Diagnosen giver en forklaring på de oplevede symptomer i hverdagen, men den udløser samtidig sorg, usikkerhed og bekymring for fremtiden. Flere mennesker med demens beskriver en oplevelse af at "falde i et hul" og af at blive sat uden for fællesskabet. De oplever, at diagnosen kan medføre tab af rolle, status og tilhørsforhold og for nogle kan den udløse depressive reaktioner. Særligt hvis de ikke oplever, at de får støtte af fx en demenskoordinator i forhold til, hvordan livet med en demenssygdom udfoldes bedst muligt.

At fastholde håb for fremtiden

Behov for håb, tydelig information og konkret støtte umiddelbart efter diagnosen er stort. Oplevelsen af at blive "grebet af systemet" tidligt i forløbet fremhæves som afgørende. Mulighed for meningsfuld aktivitet, deltagelse i fællesskaber og – for nogle – psykologisk støtte kan bidrage til at bevare livsmod og identitet. Diagnosen giver for mange adgang til støtte og tilbud fra kommunen, herunder rådgivning, aktivitetstilbud, rehabiliterende indsatser og støtte til pårørende. Adgangen til og indholdet af disse tilbud kan variere og afhænger af de tilbud, der findes i den enkelte kommune.

Livet fortsætter på trods af tab af funktionsevne – i en ændret form

Mennesker med demens beskriver, at livet ikke ophører med diagnosen, det ændrer karakter. Samtidig peger flere på, at hverdagsliv og livskvalitet fortsat har betydning, blandt andet gennem nære relationer og aktiviteter som musik, natur eller andre sanselige oplevelser. At blive mødt som et menneske med en historie, identitet og egne ønsker er væsentligt. Samtidig oplever mange, at relationer forandres. Tavshed og usikkerhed i netværket kan føre til social tilbagetrækning og isolation. Behovet for rammer, der understøtter fortsat deltagelse i fællesskaber, herunder transport- og ledsageordninger samt alders- og funktionssvarende tilbud, fremhæves.

Fra interview med en gruppe mennesker med demens fra Demensfællesskabet Fyn.

Et eksempel på et demensforløb

Elses demensforløb er en fiktiv, casebaseret fremstilling af et muligt demensforløb – fra de første kognitive forandringer til den sene, palliative fase. Med afsæt i Elses perspektiv beskrives sygdommens udvikling, de pårørendes rolle samt kontakten med sundheds- og omsorgssystemet på tværs af almenmedicinske tilbud, hukommelsesklinik, kommune, sygehus, civilsamfund og plejehjem.

1. Mild demens



Else er 71 år og pensioneret. Hun lever et aktivt liv med bridge, håndarbejde og samvær med familie og venner. Gradvis mister hun overblikket over indkøb og glemmer aftaler. Forandringerne bekymrer hende, og hun forsøger at skjule dem, men datteren og vennerne mærker, at hun ikke er helt som før.

Udfordringerne tiltager: Hun glemmer nøgler, mister struktur i hverdagen og trækker sig fra bridge. Sammen med datteren opsøger hun lægen, som mistænker demens og henviser til videre udredning. Ventetiden er præget af utryghed, men datteren støtter Else, samtidig med at hun passer arbejde og familie.



Else får diagnosen Alzheimers sygdom. Familien oplever chok og sorg, men relationerne bliver et vigtigt holdepunkt. Hun får medicin, der kan mildne symptomer og forsinke tempo i demensudviklingen. En demenskoordinator giver information og overblik over støtte og muligheder for at forblive aktiv. Else begynder på et tilpasset gymnastikhold og i kognitiv stimulationsterapi med andre med demens, mens datteren deltager i en pårørendegruppe.

2. Moderat demens



Sygdommen fylder nu mere. Det bliver gradvist sværere for Else at planlægge og tilberede et varmt måltid fra start til slut. Med datterens hjælp får vennekredsen bedre indsigt, og hun fastholder nogle fællesskaber.

Hjemme vokser udfordringerne: Hun glemmer medicin, taber sig og mister struktur. Datteren bruger stadig mere tid på at hjælpe og mærker egen udmattelse. I samarbejde med demenskoordinatoren bevilges hjemmepleje flere gange dagligt. Vennerne holder kontakten ved lige med besøg og gåture.



Else bliver gradvist mere kognitivt svækket og utryg. Et fald med skulderbrud fører til indlæggelse og midlertidigt ophold. For datteren står det klart, at hun ikke længere kan bære ansvaret alene. I dialog med demenskoordinatoren indledes samtale om plejebolig. Trods modstand accepterer Else gradvist behovet, og efter faglig vurdering kan hun ikke vende tilbage til eget hjem.

3. Svær demens



Else flytter på plejehjem. Hun er forvirret, urolig og plaget af hjemve og forsøger flere gange at tage "hjem". Personalet arbejder med faste rutiner og med afsæt i hendes livshistorie og vaner. Langsomt opstår øjeblikke af tryghed i mødet med kendte medarbejdere og andre beboere.



Sygdommen skrider videre. Endnu et fald og senere en lungebetændelse svækker hende yderligere. Efter indlæggelse vender hun tilbage markant kognitivt forringet, og hendes trivsel daler.



Til sidst tilbringer Else det meste af tiden i sengen. Fokus bliver lindring, nærvær og værdighed - palliativ pleje og støtte til de pårørende i afslutningen af sygdomsforløbet.

Forekomst og nye tilfælde per år
I alt ca. 44.000 personer er registreret med demens i Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)[15], men NVD estimerer, at ca. 103.000 personer på 65 år og ældre reelt lever med demens.[16] Omkring halvdelen af dem er over 80 år.[17] I perioden 2010 til 2025 var der årligt mellem 8.000 og 11.000 nye diagnosticerede tilfælde af demens blandt personer på 65 år og ældre.[18] I 2025 blev der registreret omkring 10.955 nye tilfælde, svarende til gennemsnitligt ca. 30 nye tilfælde per dag.

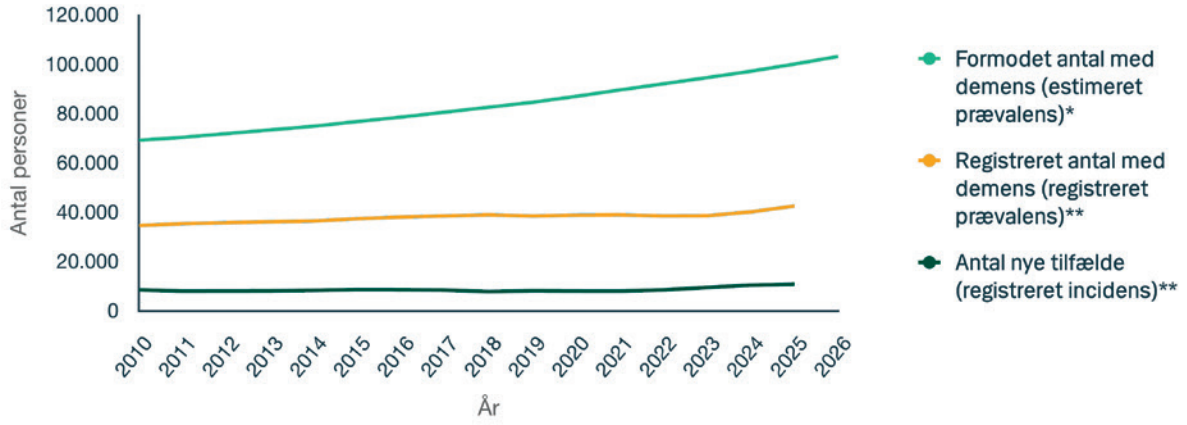
I tillæg til ældre med demens er ca. 3.000 personer mellem 40 og 64 år registreret med en demensdiagnose,[19] og NVD anslår, at der reelt er ca. 4.200 personer i denne aldersgruppe, som lever med demens.

Demens påvirker ikke kun den direkte berørte person, men også de pårørende, og Alzheimerforeningen anslår, at op mod 400.000 danskere i 2025 er pårørende til en person med demens.[20]

Forskellen mellem forekomst af demens og estimater peger ifølge NVD på betydelige mørketal,[21] og manglende diagnose kan få konsekvenser for de berørte og deres pårørende i form af sen eller manglende behandling og rådgivning. Samtidig understreger mørketallene, at behov for støtte, vejledning og afklaring kan være til stede hos borgere med kognitiv svækkelse, før eller uden at en diagnose er registreret.

Af figur 2 ses omfanget af personer med en demensdiagnose, estimeret forekomst (prævalens) og nye tilfælde per år (incidens) af demens blandt personer i alderen 65 år og opefter i Danmark.

Figur 2: Forekomst af demens blandt 65+-årige



Kilder: **Beregninger udført af NVD baseret på tal fra Danmarks Statistik (FOLK1A, trukket marts 2026) og Alzheimer Europe; 2019. **Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen (trukket fra Sundhedsdatabanken marts 2026 af NVD). Note: Manglende data for registreret incidens og prævalens i 2025 skyldes, at data endnu ikke er opgjort og offentliggjort på Sundhedsdatabanken.*

15 Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS). Kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser - Sundhedsdatabanken. Tallene i RUKS er algoritmebaserede og afrundes af Sundhedsdatastyrelsen til hele tusind.

16 Nationalt Videnscenter for Demens. (2025, 7. oktober). *Forekomst af demens i Danmark*. https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark

17 Nationalt Videnscenter for Demens. (2025, 7. oktober). *Forekomst af demens i Danmark*. https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark

18 Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS). Kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser - Sundhedsdatabanken

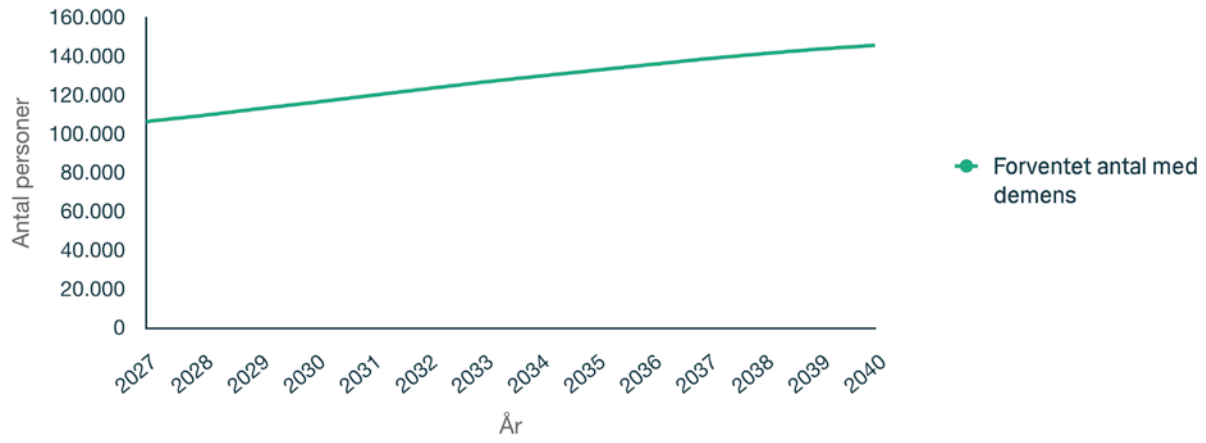
19 Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS). Kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser - Sundhedsdatabanken. Tallene i RUKS er algoritmebaserede og afrundes af Sundhedsdatastyrelsen til hele tusind. NVD lægger i sine beregninger til grund at ca. 2.600 under 65 år var diagnosticeret med demens i 2025.

20 Alzheimerforeningen (maj 2025). *Fakta om Demens*. www.alzheimer.dk/media/fpxnqioh/fakta-om-demens-maj-2025.pdf.

21 Nationalt Videnscenter for Demens. (2025, 7. oktober). *Forekomst af demens i Danmark*. https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark

Fremskrivning af forekomst
Antallet af mennesker med demens forventes at stige betydeligt frem mod 2040 som følge af en aldrende befolkning både på verdensplan og i Danmark. NVD estimerer, på baggrund af internationale befolkningsundersøgelser og befolkningsfremskrivninger fra Danmarks Statistik, at omkring 146.000 ældre vil leve med en demenssygdom i Danmark i 2040.[22]

Figur 3: Fremskrivning af antallet med demens blandt 65+-årige



Kilder: *Beregninger udført af NVD baseret på tal fra Danmarks Statistik (FRDK124, trukket marts 2026) og Alzheimer Europe; 2019.*[23]

Forebyggelse
Risikoen for at få en demenssygdom kan potentielt reduceres gennem forebyggelse og behandling af risikofaktorer. Forebyggelse handler primært om at mindske risikoen for demens og om muligt udskyde tidspunktet for sygdommens debut, hvilket kan have stor betydning for både den enkelte og for forekomsten af demens i befolkningen.

Den seneste rapport fra Lancet Commission on Dementia (2024) peger på, at op mod 45 pct. af alle demenstilfælde globalt potentielt kan forebygges eller udskydes, hvis en række modificerbare risikofaktorer reduceres.[24,25] Rapporten identificerer 14 modificerbare risikofaktorer, som er knyttet til forskellige livsfaser. Disse omfatter blandt andet omfang af uddannelse tidligt i livet samt faktorer senere i livet såsom fysisk inaktivitet, høretab uden behandling, forhøjet blodtryk, rygning, alkohol, diabetes, overvægt, social isolation og luftforurening.[26,27]

Kardiovaskulære risikofaktorer som højt blodtryk, diabetes og rygning har væsentlig indflydelse på risikoen for at udvikle demens, men risikoen varierer afhængigt af forhold som alder, køn og arvelig risiko for demens.[28,29] Kort uddannelse indgår blandt de modificerbare risikofaktorer for demens, og blandt danskere på 65 år og derover har personer med kort uddannelse den højeste forekomst af demensrisikofaktorer.[30] Blandt de personer, der bliver

22 Nationalt Videnscenter for Demens. (2025, 7. oktober). *Forekomst af demens i Danmark*. https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark

23 Nationalt Videnscenter for Demens. (2025, 24. juli). *Forebyggelse af demens*. https://videnscenterfordemens.dk/da/forebyggelse

24 Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., … Mukadam, N. (2024). *Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission*. The Lancet. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0

25 Et dansk studie fra 2023 estimerede, at ca. 35 pct. af demenstilfældene i Danmark kan tilskrives potentielt modificerbare risikofaktorer. Fysisk inaktivitet, høretab, forhøjet blodtryk og overvægt udgjorde det største forebyggelsespotentiale. Jf. Jørgensen K, Nielsen TR, Nielsen A, Waldemar G. Potential for prevention of dementia in Denmark. *Alzheimer's & Dementia. 2023;19(10):4590–4598. doi:10.1002/alz.13030.*

26 Ibid.

27 World Health Organization. (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. World Health Organization.

28 Nationalt Videnscenter for Demens. (2025, 21. juli). *Uddannelse og demens*. https://videnscenterfordemens.dk/da/uddannelse-og-demens

29 Nationalt Videnscenter for Demens. (2025, 16. juni). *Risikofaktorer for demens ændrer sig i livets løb*. https://videnscenterfordemens.dk/da/nyhed/risikofaktorer-demens-aendrer-sig-i-livets-loeb

henvist til udredning for demens, får personer med de højeste husstandsindkomster sjældnere stillet en demensdiagnose end personer med de laveste husstandsindkomster. Og når personer med de højeste husstandsindkomster får en demensdiagnose, er sygdommen nået mindre langt, end den er hos personer med de laveste husstandsindkomster.[31]

Behandling og pleje ved demens

Der findes aktuelt ikke en helbredende behandling af demenssygdomme, men for Alzheimers sygdom, Lewy body demens og Parkinsons sygdom med demens findes der symptombehandling med lægemidler, der har en stabiliserende – om end midlertidig – virkning.[32] Der arbejdes målrettet på at udvikle sygdomsmodificerende behandlinger og ideelt set en kur mod demens. For Alzheimers sygdom er der udviklet sygdomsmodificerende antistofbehandling, som ikke er til rådighed i Danmark i dag.

Selvom der ikke findes en kur mod demens, er tidlig opsporing og udredning vigtig for at kunne tilbyde stabiliserende behandling, relevant rådgivning til borger og pårørende samt nødvendig støtte og pleje i forhold til den funktionsnedsættelse, som følger med den kognitive svækkelse. Støttebehov kan opstå gradvist og bør vurderes på baggrund af funktionsevne, trivsel og hverdagsliv, uanset om der er stillet en diagnose. Det er dokumenteret, at en personcentreret og helhedsorienteret indsats med fokus på det enkelte menneskes somatiske, psykiske og sociale behov kan forbedre livskvaliteten.[33] Non-farmakologiske indsatser, som kognitiv stimulationsterapi (CST), fysisk træning m.v., kan lindre symptomer, styrke funktionsevnen og understøtte livskvalitet for både mennesker med demens og deres pårørende.

Tidlig opsporing

Tidlig opsporing handler om at være opmærksom på begyndende kognitive funktionsnedsættelser og ændringer i adfærd, så behovet for nærmere vurdering og eventuel udredning kan identificeres tidligt. Det gælder både fagpersoner, borgere og pårørende. Det forudsætter blandt andet, at fagpersoner med hyppig kontakt til målgruppen kender tidlige tegn på demens, ved hvordan de skal handle ved bekymring, og følger op, når der er tegn på kognitiv svækkelse.

Kilde: *Sundhedsstyrelsen (2025) Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens.*

Non-farmakologiske tilgange

Non-farmakologiske tilgange dækker over indsatser, der ikke baserer sig på medicinsk behandling, men som har til formål at forebygge eller håndtere symptomer, herunder adfærdsmæssige og psykologiske symptomer ved demens. Indsatserne omfatter blandt andet aktiviteter, stimulation og terapeutiske tilgange samt relationelle og hverdagsnære indsatser, hvor der er fokus på trivsel, tryghed og meningsfuld deltagelse for mennesker med demens. Non-farmakologiske tilgange kan både have en mere passiv eller lyttende karakter og indebære aktiv deltagelse i aktiviteter eller social kontakt. Psykosociale og socialpædagogiske interventioner udgør en central del af de non-farmakologiske tilgange og omfatter indsatser, der gennem relationer, støtte, struktur og aktiviteter søger at styrke trivsel, funktionsevne og livskvalitet.

Kilde: *Sundhedsstyrelsen (2025). Nationale kliniske anbefalinger: Mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer.*

Adfærdsændringer hos mennesker med demens

Adfærd hos mennesker med demens skal forstås som udtryk for personens behov og trivsel. Ændringer i adfærd opstår ofte som følge af enten biologiske, psykologiske eller sociale forhold, fx smerter, infektioner, uopfyldte behov eller reaktioner på omgivelserne. Det er derfor centralt at arbejde personcentreret og systematisk med at afdække årsagerne til adfærden. En struktureret årsagsanalyse kan bidrage til at identificere og imødekomme personens behov og dermed skabe bedre trivsel. Medicinsk behandling, som fx antipsykotika, bør som udgangspunkt undgås, da det kan sløre symptomerne uden at løse de bagvedliggende årsager.

Kilde: *Sundhedsstyrelsen (2025). Nationale kliniske anbefalinger: Mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer.*

30 Janbek, Janet, Thomas Munk Laursen, Kasper Jørgensen, Martin Mejlby Jensen, Marie Holm Eliasen, Anne Illemann Christensen, Sebastian Walsh, Andrew Sommerlad, Carol Brayne og Gunhild Waldemar. *Prevalence and co-occurrence of dementia risk factors in Denmark: A nationwide study. The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease* 12, nr. 9 (2025): 100365. doi:10.1016/j.tjpad.2025.100365.

31 Petersen, Jindong Ding, Sonja Wehberg, Aake Packness, Nanna Herning Svensson, Nana Hyldig, Søren Raunsgaard, Merethe Kirstine Andersen, Jesper Ryg, Stewart W. Mercer, Jens Søndergaard og Frans Boch Waldorff. "Association of Socioeconomic Status With Dementia Diagnosis Among Older Adults in Denmark." *JAMA Network Open* 4, nr. 5 (2021): e2110432. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.10432.

32 Nationalt Videnscenter for Demens. (2025, 6. august). "Medicinsk Behandling af Demens." *Videnscenter for Demens*, videnscenterfordemens.dk/da/medicinsk-*behandling af demens*. Medicinsk behandling af demens | Nationalt Videnscenter for Demens Tilgået 12. maj 2026.

33 Sundhedsstyrelsen. (2025). *Nationale kliniske anbefalinger: Mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer – strukturerede og målrettede interventioner samt brug af antipsykotika*. https://www.sst.dk/media/keuh0hsi/1-nka-mennesker-med-demens-med-adfardsmaessige-og-psykiske-symptomer.pdf

Mennesker, der lever med demens, er forskellige. Derfor er det vigtigt med en helhedsorienteret personcentreret tilgang til pleje og behandling med fokus på helbred, fysik, ressourcer, behov og livssituation.[34] Dette bidrager til målrettet behandling og pleje og understøtter, at den rette behandling og støtte igangsættes til rette tid og på rette niveau, og at medicin anvendes hensigtsmæssigt og i samspil med socialpædagogiske og rehabiliterende indsatser.

Pleje og praktisk hjælp skal derudover ikke afvente diagnose, men gives på grundlag af nedsættelse i funktionsevnen, og de behov der opstår som følge af kognitiv svækkelse. Helhedsforståelse af samspillet mellem den enkeltes fysiske, psykiske og sociale sundhed er central. Ved eventuelle adfærdsændringer anbefales konsekvent brug af systematisk årsagsanalyse for at afdække og behandle eventuelle somatiske årsager og for at arbejde struktureret og målrettet med non-farmakologiske interventioner og god kontakt i relationen.[35] Denne tilgang understøtter, at hjælpen tilpasses borgerens behov tæt på hverdagen, uanset om der er stillet en diagnose.

Hos mennesker med demens er der øget forekomst af polyfarmaci, dvs. samtidig brug af fem eller flere forskellige receptpligtige og/eller ikke-receptpligtige lægemidler dagligt, uhensigtsmæssig medicinering (fx unødig behandling med antipsykotika eller andre sederende lægemidler) og for underbehandling. Det skyldes blandt andet, at kognitiv svækkelse kan gøre det sværere for mennesker med demens at kommunikere egne symptomer på sygdom, bivirkninger af medicin og ændringer i helbredstilstand generelt, ligesom tegn på mistrivsel kan være vanskelige at afkode for omgivelserne.

Palliative behov opstår gradvist i demensforløbet som følge af udvikling i den kognitive svækkelse. Derfor er det vigtigt, at palliativ pleje og omsorg integreres tidligt og tilpasses omfanget af de palliative behov med fokus på lindring af fysiske, psykiske og eksistentielle symptomer samt støtte til pårørende.[36]

Personcentreret omsorg

Ethvert menneske har sin egen livshistorie, personlighed, helbredstilstand, ressourcer og behov. Det gælder også mennesker med demens. En personcentreret tilgang indebærer at have fokus på mennesket og dets ressourcer frem for demenssygdommen. Målet er at understøtte størst mulig trivsel og velbefindende gennem en tilgang, der er tilpasset den enkelte.

Det indebærer blandt andet:

- Kendskab til personens livshistorie, værdier og præferencer
- Fokus på relation, tryghed, tillid og kommunikation
- Understøttelse af identitet, mening og tilhørsforhold
- Tilpasning af tilgang og omgivelser til personens behov og funktionsevne
- Et godt og tillidsfuldt samarbejde med personen og eventuelle pårørende.

Demensfaglighed og arbejdskraft

Behandling og pleje af mennesker med demens involverer flere faggrupper og forudsætter kompetencer på tværs af sundheds- og ældreområdet. Demensindsatsen påvirkes således af den generelle udvikling i arbejdskraft på både sundheds- og ældreområdet.[37]

Fremskrivninger fra Finansministeriet peger på, at behovet for social- og sundhedspersonale, pga. demografiske udfordringer, kan overstige udbuddet med knap 24.000 personer i 2035.[38] For sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter samt læger peger fremskrivninger isoleret set på et samlet overskud, men her er der ikke taget højde for fordelingen på specialer.

34 Sundhedsstyrelsen. (2025). *Nationale kliniske anbefalinger: Mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer – strukturerede og målrettede interventioner samt brug af antipsykotika.* https://www.sst.dk/media/keuh0hsi/1-nka-mennesker-med-demens-med-adfardsmaessige-og-psykiske-symptomer.pdf

35 Sundhedsstyrelsen. (2025). *Nationale kliniske anbefalinger: Mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer – strukturerede og målrettede interventioner samt brug af antipsykotika.* https://www.sst.dk/media/keuh0hsi/1-nka-mennesker-med-demens-med-adfardsmaessige-og-psykiske-symptomer.pdf

36 Sundhedsstyrelsen. (2019). *Palliativ pleje, omsorg og behandling: Implementering. https://www.sst.dk/media/d5slsksa/palliativ-pleje-omsorg-og-behandling-implementering.pdf*

37 Danske Regioner. (2022, 30. december). Faste læger på plejehjemmene giver mere tryghed og færre indlæggelser. https://www.regioner.dk/services/nyheder/2022/december/faste-laeger-paa-plejehjemmene-giver-mere-tryghed-og-faerre-indlaeggelser

38 Statistikudvalget på det offentlige område. (2025). *Statistikudvalget på det offentlige område: Statusrapport 2025.* Finansministeriet. Statistikudvalget på det offentlige område - statusrapport 2025

39 VIVE. (2024). *Fuldtid i ældreplejen: Muligheder og barrierer for at få flere social- og sundhedsmedarbejdere til at arbejde på fuldtid.* https://www.vive.dk/media/pure/ozoeo1nv/25149500

På det kommunale ældreområde var der i 2022 en personaleomsætning, hvor knap hver femte social- og sundhedsmedarbejder forlod sin stilling, og kun omkring 15 pct. arbejdede fuldtid.[39] Samme år var knap hver femte medarbejder i ældreplejen ufaglært.[40] Dansk Erhverv peger desuden på, at international arbejdskraft spiller en stadig større rolle på SOSU-området. I 2025 havde 20 pct. af SOSU-medarbejderne udenlandsk statsborgerskab, og de største grupper kom blandt andet fra Iran, Tyrkiet, Filippinerne, Polen, Thailand og Syrien.[41] Det kan stille øgede krav til bl.a. kompetenceudvikling som følge af sprogbarrierer, kulturforskelle mv.

Demenskonsulent- og koordinationsfunktionen varetager en central rolle i den kommunale demensindsats ved blandt andet at tilbyde rådgivning og støtte til mennesker med demens og deres pårørende, ved at give faglig sparring til medarbejdere og ved at bidrage til koordinering af tværfaglige og tværsektorielle forløb.[42] Funktionen kan dermed være et vigtigt bindeled i et nært og sammenhængende forløb, hvor borgeren og de pårørende får hjælp til overblik, kontinuitet og adgang til relevante indsatser tæt på hverdagen.

Ifølge KL's forvaltningsanalyse[43] havde alle kommuner mindst én demenskonsulent/-koordinator i 2025. En landsdækkende undersøgelse fra DemensKoordinatorer i Danmark (DKDK)[44] fra samme år viser dog betydelig geografisk variation i normeringen. Landsgennemsnittet var 0,38 demenskonsulent/-koordinator pr. 1.000 borgere over 65 år, med udsving fra 0,10 til 1,30.

For det almenmedicinske område er der i 2024 indgået aftale om, at der de kommende år skal uddannes 1.500 flere læger, så der i 2035 vil være mindst 5.000 speciallæger i almen medicin.[45] Ordningen med plejehjemslæger blev permanent i 2022, og Danske Regioner skønner i dag, at over 90 pct. af pladserne på plejehjem er dækket af en fast tilknyttet plejehjemslæge.

Analyser peger herudover på begrænset kapacitet inden for flere andre specialer med betydning for demensindsatsen, herunder både geriatri, neurologi og psykiatri. Uddannelse af flere speciallæger i geriatri og psykiatri er prioriteret, men flere speciallæger i neurologi er foreløbig ikke prioriteret.[46,47]

Samlet set peger fremskrivningerne på, at udviklingen i arbejdskraft og kapacitet vil få betydning for rammerne for behandling og pleje af mennesker med demens samt for omstilling i opgavetilrettelæggelse og patientforløb i de kommende år. Det øger betydningen af tydelig arbejdsdeling, kompetenceudvikling og udadvendt specialiseret støtte til de fagmiljøer, der møder borgeren i hverdagen.

Demenskonsulent- og koordinationsfunktion

Demenskonsulent- og koordinationsfunktionen er en kommunal indsats med tilbud om kontakt til borgere, der er diagnosticeret med en demenssygdom, eller med lignende kognitivt funktionstab, og deres pårørende. Kerneopgaverne kan fx være rådgivning og støtte til borgere og pårørende, faglig sparring med medarbejdere i ældreplejen samt hjemmebesøg. Hertil kommer undervisning, tværfaglig koordinering og samarbejde med almenmedicinske tilbud og sygehuse. Funktionen er særlig relevant for borgere, der modtager støtte i eget hjem.

Der findes ikke en samlet national beskrivelse af kommunernes kapacitet og opgaveansvar på området, ligesom der ikke er fastsat krav til kompetencer for at varetage funktionen.

Kilde: *Sundhedsstyrelsen. (2020). Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. https://www.sst.dk/media/kgvlnsde/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-demens.pdf*

40 FOA (2025) Andelen af ufaglærte stiger: Sådan ser det ud i din kommune

41 https://www.danskerhverv.dk/presse-og-nyheder/nyheder/2025/december/nye-tal-afslorer-international-arbejdskraft-bidrager-i-stor-stil-til-dansk-velfard

42 Sundhedsstyrelsen. (2020). *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens*. https://www.sst.dk/media/kgvlnsde/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-demens.pdf

43 Resultaterne af KL's årlige forvaltningsanalyse publiceres ikke. Henvisninger til og data fra undersøgelsen bygger på information fra Kontor for sundhed og ældre i KL, www.kl.dk/sundhed-og-aeldre

44 Demenskoordinatorer i Danmark, DKDK (2025) Undersøgelse: National kortlægning af demenskoordinatorfunktionen i kommunerne – Demens-dk.dk

45 Ny aftale skal give bedre og mere rimelig fordeling af læger | Indenrigs- og Sundhedsministeriet

46 Ibid.

47 Lægeforeningen. (2024). *Behovet for speciallæger – En efterspørgselsanalyse frem mod 2045*. https://laeger.dk/media/eyrdjcrt/efterspoergselsanalyse-laegeforeningen-2024.pdf

Sundheds- og plejeindsatser til mennesker med demens

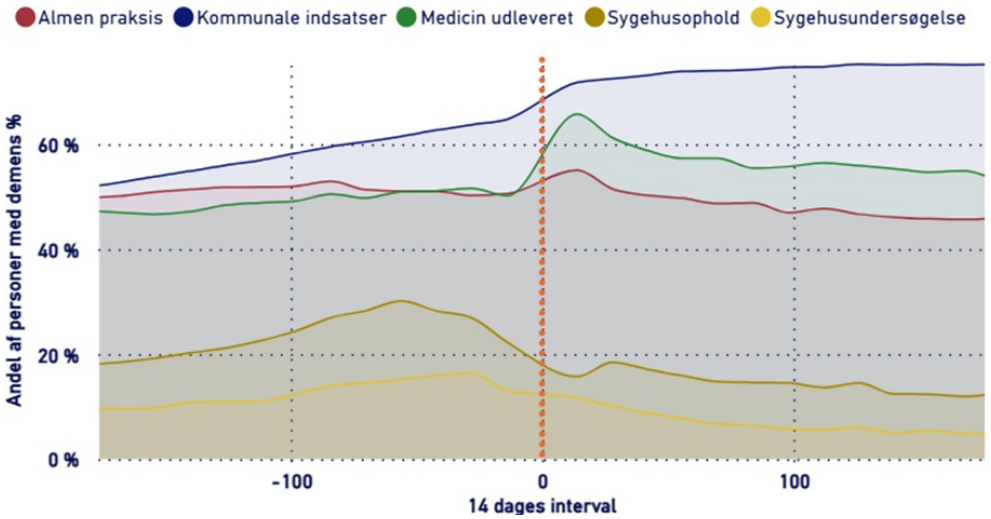
Som følge af den kognitive svækkelse og den deraf reducerede evne til at håndtere dagligdagen, har borgere med demens[48] typisk behov for både kommunale indsatser og kontakt med sundhedsvæsenet. Dette gælder både i perioden før og under udredning samt efter en demensdiagnose, og behovene ændrer sig undervejs i forløbet.[49] Indsatser bør derfor ses i sammenhæng med borgerens funktionsevne, hverdagsliv og behov, og ikke alene bygge på en eventuel diagnose.

Det tværsektorielle forløb før og efter diagnose

Figur 4 giver et tværsektorielt overblik over udviklingen i andelen af borgere med demens, som modtager mindst én kommunal indsats og/eller har kontakt med sundhedsvæsenet (sygehusundersøgelser og -ophold, udleveret medicin og kontakt med almen praksis/almenmedicinske tilbud)[50] i perioden fra seks måneder før diagnose til seks måneder efter. Det fremgår af figuren, at omfanget af indsatser og kontakter stiger i perioden, men også at behovet flytter sig undervejs. Figuren viser samtidig, at mange borgere modtager kommunale og sundhedsfaglige indsatser allerede før diagnose, og den understreger dermed nødvendigheden af tidlig opmærksomhed på kognitiv funktionsnedsættelse og løbende forløbskoordinering. Forløbet fra første symptomer til diagnose kan strække sig over lang tid.

Omfanget af borgere med mindst én kommunal indsats stiger gennem hele perioden, med en særskilt kraftig stigning i perioden lige før og efter diagnosetidspunktet, mens stigningen flader ud i perioden efter diagnosen. Således har ca. 68 pct. af borgere med demens mindst én kommunal indsats i løbet af de sidste seks måneder op til diagnosen, mens det samme gælder 84 pct. i løbet af de første seks måneder efter diagnosen. Den kraftige stigning umiddelbart efter diagnosetidspunktet illustreres ved, at 16 pct. visiteres til en kommunal indsats for første gang inden for ca. fire uger efter deres diagnose.

Figur 4: Tværsektorielt overblik over demensforløbet seks måneder før og efter demensdiagnose, n= 9.828



Note: *Sygehusophold kan enten være ambulante ophold eller indlæggelser. Sygehusundersøgelse dækker procedurer for undersøgelser. Kommunal indsats er bevilligede kommunale indsatser. Grafen viser 14-dages intervaller i x-aksen, hvilket betyder, at antallet af borgere med forskellige registreringer er opgjort hver 14. dag i perioden. I praksis betyder det, at grafer, som viser indsatser og kontakt af længere varighed, som fx kommunale indsatser, afspejler en kumulativ udvikling, mens grafer, som viser kontakt af kortere varighed, afspejler punktnedslag, som typisk ikke går udover den enkelte 14-dages periode. Det gælder fx sygehusundersøgelser.*

48 "Borgere med demens" bruges i kapitlet til at beskrive borgere, som bliver registreret med demens i RUKS i perioden juli 2023 til juni 2024, i alt knap 10.000 borgere. I dataanalyserne beskrives tidspunktet for, at borgerne har fået en demensdiagnose. Vi gør opmærksom på, at dette tidspunkt ikke nødvendigvis entydigt udgør der, hvor borgerne har fået demens, men er tidspunktet hvor de inkluderes i demenspopulationen i RUKS. Det kan udløses af en registrering af demensdiagnosen eller indløsningen af medicin mod demens. I de fleste tilfælde vil det være diagnosen, som er den inkluderende betingelse.

49 NHG har gennemført en række dataanalyser ved anvendelse af modellen for Sundhedsforløb på tværs. Modellen er en eksplorativ model, som er nærmere beskrevet i bilag 5. Modellen er i en udviklingsfase, og datagrundlaget omfatter kun borgere, som har haft minimum 'en kommunal kontakt, dvs. en kommunal ydelse eller tilstandsregistrering, i perioden 2022-2025. Borgere uden kontakt til kommunen i denne periode indgår ikke. Analyserne er kvalitetssikret af Sundhedsdatastyrelsen,

50 Gennemgående i rapporten er udtrykket "almen praksis" forsøgt brugt bagudrettet, mens udtrykket "almenmedicinske tilbud" er forsøgt brugt fremadrettet i tråd med ordlyden i Sundhedsreformen.

Andelen af borgere med demens, som har sygehusophold og gennemgår sygehusundersøgelser, stiger i perioden op til diagnosetidspunktet og topper ca. halvanden måned før diagnosen registreres. Stigningen skyldes antagelig sygehusundersøgelser og -ophold i forbindelse med udredning. Efter diagnosetidspunktet falder andelen igen til et lidt lavere niveau end tidligere.

Omfanget af kontakt med almenmedicinske tilbud er gennemgående stabilt med en lille top lige efter diagnosen, før det falder gradvist til et lidt lavere niveau efter diagnosen er stillet.

Kommunale indsatser

Tabel 1 viser, hvor stor en andel af borgere med demens og øvrige borgere i datagrundlaget (restpopulationen), som modtog kommunale indsatser efter den daværende servicelov[51] og sundhedsloven i perioden juli 2023 til juni 2024. Datagrundlaget omfatter alle borgere, som var registreret med kommunale indsatser i perioden 2022 til 2025, herunder også borgere under 65 år. Grundlaget omfatter dermed ikke borgere, som ikke er registreret med kommunale ydelser i denne periode.

Gruppen af borgere med demens omfatter kun borgere, som blev registreret med demens i perioden juli 2023 til juni 2024. Gruppen af øvrige borgere kan derfor også omfatte borgere, der var blevet registreret med en demensdiagnose før juli 2023, samt borgere med demens, som ikke er er udredt for demens og dermed ikke registreret med en demensdiagnose.

Tabel 1: Andelen af borgere med og uden demens med kommunale indsatser i perioden 2023-2024

	Andel af borgere med demens n= 9.828	Andel af restpopulationen n=728.797	Forskel i procentpoint
Kommunalt bevilget indsats	**85 %**	**53 %**	**32 %**
Servicelov	**71 %**	**36 %**	**35 %**
Personlig hjælp og pleje, støtte til praktiske opgaver og madservice (SEL § 83)	65 %	33 %	32 %
Korterevarende rehabiliteringsforløb (SEL § 83 a)	18 %	8 %	10 %
Afløsning eller aflastning (SEL § 84 stk. 1)	12 %	2 %	10 %
Midlertidigt ophold (SEL § 84 stk. 2)	8 %	2 %	6 %
Genoptræning (SEL § 86 stk. 1)	9 %	4 %	5 %
Hjælp til vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder (SEL § 86 stk. 2)	10 %	3 %	7 %
0-ydelser (ikke-visiteret koordinering)	5 %	2 %	3 %
Sundhedslov	**80 %**	**43 %**	**37 %**
Hjemmesygepleje (SUL § 138)	76 %	42 %	34 %
0-ydelser (ikke-visiteret koordinering)	55 %	23 %	32 %

Tabellen giver en indikation på forskellen i omfanget af indsatser til borgere med demens og øvrige borgere.

Det fremgår af tabellen, at borgere med demens i væsentlig højere grad modtager kommunale indsatser end øvrige borgere. Forskellene ses på tværs af alle relevante indsatstyper efter både serviceloven og sundhedsloven.

51 Der henvises til serviceloven, da alle dataudtræk i analyserne er gjort for perioden juli 2023 til juni 2024, og dermed før den gældende ældrelov trådte i kraft.

Andelen af borgere med demens, som modtager personlig hjælp, pleje og støtte til praktiske opgaver, er ca. dobbelt så høj som for øvrige borgere. Det samme gælder rehabiliteringsforløb, genoptræning og hjemmesygepleje. Forskellene er endnu større, når det gælder afløsning, aflastning og midlertidige ophold. Disse indsatser tildeles henholdsvis seks og fire gange så ofte til borgere med demens, som til borgere i restpopulationen.

Der er desuden en tydelig forskel i brugen af 0-ydelser både efter service- og sundhedsloven. Disse ydelser omfatter blandt andet ikke-visiteret koordinering af tværfaglige kommunale indsatser, både på service- og sundhedslovsområdet. Det højere omfang af 0-ydelser blandt borgere med demens tyder på, at denne gruppe i højere grad har behov for koordinering, støtte og vejledning. Det understreger også behovet for, at vejledning, koordination og information i højere grad følger borgeren på tværs af indsatser, så borgeren og de pårørende oplever færre brud og overgange i forløbet.

Borgere med demens har således nedsat funktionsevne, komplekse sundhedsmæssige udfordringer og behov for både sundheds- og plejefaglige indsatser i større omfang end øvrige borgere. Det samlede billede understreger, at demensindsatsen i høj grad er en borger- og hverdagsnær opgave, som samtidig kræver adgang til specialiseret viden og tydelig koordination ved behov.

Dette afspejles blandt andet i, at borgere med demens har betydeligt flere kontakter med især den kommunale ældre- og sygepleje, men også med andre dele af sundhedssektoren, end øvrige borgere. Behovet for kommunale indsatser fortsætter med at stige efter diagnosetidspunktet, mens kontakten til regionale sundhedsindsatser generelt aftager. Udviklingen peger på, at opfølgning, støtte og pleje i stigende grad foregår tæt på borgerens hverdag efter, at diagnosen er stillet. Det kalder både på sammenhæng mellem kommunale indsatser, almenmedicinske tilbud og regionale funktioner samt på kontinuitet i daglig pleje.



Status på målopnåelse

Dette kapitel gør status på målopnåelsen på demenshandlingsplanens tre nationale mål og vurderer udviklingen i perioden.

I kapitlet gennemgås baggrund for målet, monitorering og datakilder, udvikling i perioden og status på målet ved afslutning af demenshandlingsplanen for hvert af de tre mål.

Initiativer og indsatser knyttet til målene fremgår af oversigten over bevillinger og initiativer i kapitel 3 samt bilag 6.

De tre mål

1. Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner
2. Flere mennesker med demens skal udredes og 80 pct. skal have en specifik diagnose
3. Forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 pct. frem mod år 2025

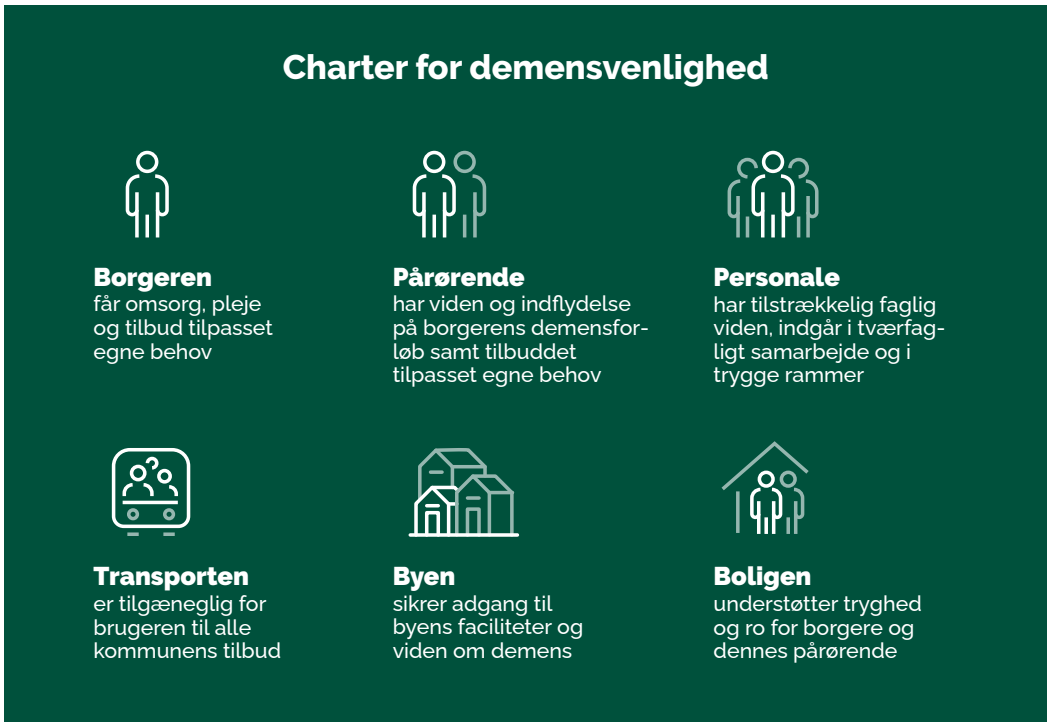
Mål 1
Danmarks skal have 98 demensvenlige kommuner

Baggrund for målet
Målet om 98 demensvenlige kommuner udspringer af en ambition om et demensvenligt Danmark, hvor mennesker med demens kan leve et trygt og værdigt liv, og hvor geografisk ulighed i indsatsen mindskes. Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til demenshandlingsplanen fra 2016[52] pegede på risikoen for stigmatisering, social tilbagetrækning og isolation efter en demensdiagnose og fremhævede behov for sammenhængende tilbud, der understøtter mestring, livskvalitet og sundhed for både borgere og pårørende.

Det fremgår af demenshandlingsplanen, at kommuner kan være demensvenlige ved at have en lokal demensstrategi, som beskriver kommunens indsatser på området til gavn for borgere, pårørende, fagpersoner og lokale beslutningstagere, og som gerne ses udarbejdet under inddragelse af mennesker med demens og deres pårørende. En demensstrategi kan blandt andet omfatte politikker for indsatsen over for pårørende (blandt andet aflastningstilbud, rådgivningstilbud m.m.), pleje- og behandlingsindsatsen over for mennesker med demens samt kommunens overvejelser vedrørende de rette fysiske rammer i form af demensvenlige boliger. Dertil kommer, at information om kommunernes vifte af tilbud og rådgivning til borgere med demens er let tilgængelig for mennesker, der får demens, og deres pårørende.

Demenshandlingsplanen henviser til, at kommunerne kan søge inspiration i Demensalliancens charter for demensvenlighed:

Figur 5: Charter for demensvenlighed



52 Fagligt oplæg sætter fokus på et værdigt og trygt liv for mennesker med demens | Sundhedsstyrelsen, Sundhedsstyrelsen 2016

Kommunerne blev ikke tilført særskilte midler til arbejdet med demensvenlighed, men initiativer og konkrete indsatser under demenshandlingsplanens fokusområde 5 har understøttet arbejdet. Indsatserne har blandt andet omfattet puljemidler til lokale og landsdækkende demensvenlige aktiviteter og til forsøgsordning med befordring af mennesker med en demensdiagnose.

Monitorering og datakilder

Der blev i demenshandlingsplanen ikke opstillet krav om monitorering og afrapportering af målet. Vurderingen af målopfyldelsen bygger derfor på KL's årlige forvaltningsanalyse blandt alle landets kommuner.[53] Det skal bemærkes, at der er begrænsede sammenlignelige data og viden om omfanget af indsatser i de enkelte kommuner målrettet borgere med demens i forskellige dele af demensforløbet.

Udvikling i perioden

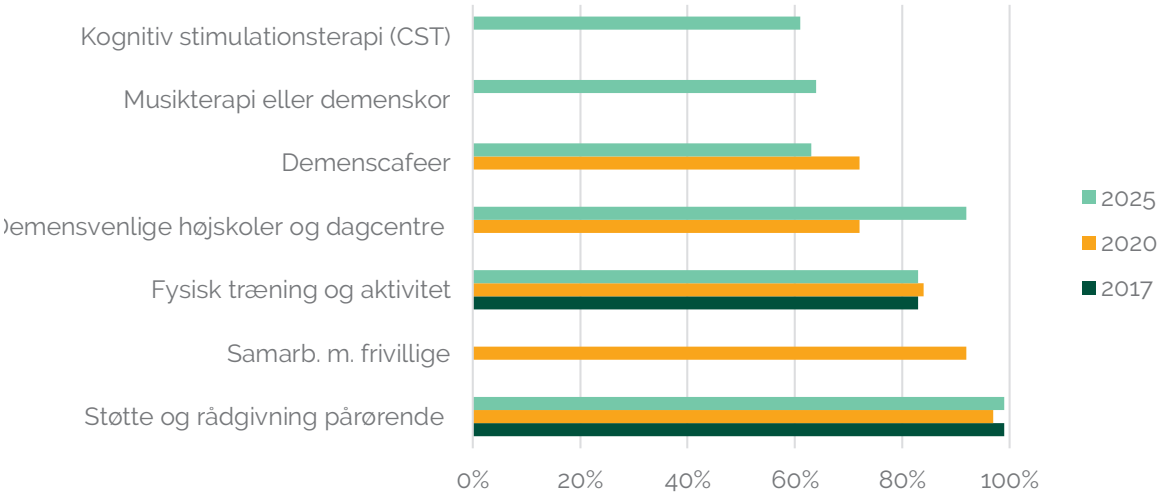
Andelen af kommuner med en demenspolitik steg i perioden fra 2017 til 2025 fra 65 til 85 pct. I KL's forvaltningsanalyse angav 65 pct. af kommunerne i 2017, at de havde en demenspolitik, og det samme gjaldt 76 pct. af kommunerne i 2020. I 2025 oplyste 85 pct., at de enten havde en selvstændig demenspolitik (52 pct.), eller at de havde integreret demenspolitikken i fx en ældrepolitik (33 pct.).

Kommunale indsatser til borgere med demens og deres pårørende

En række spørgsmål i KLs forvaltningsanalyse spørger ind til indsatser i kommunerne, der på forskellig vis understøtter livet med demens. Kommunernes indsatser varierer over perioden, og ændringer i spørgsmålsformuleringerne i KL's forvaltningsanalyse over tid begrænser i et vist omfang mulighederne for direkte sammenligning. Spørgsmålene er derudover brede, hvilket ligeledes gør det vanskeligt at give en klar vurdering af udviklingen i de kommunale indsatser i perioden. Med de forbehold viser tallene følgende:

- Over 90 pct. af kommunerne har gennem hele perioden oplyst, at de tilbyder støtte til pårørende til mennesker med demens.
- I 2020 oplyste over 90 pct. af kommunerne, at de samarbejdede med frivillige organisationer om indsatser til mennesker med demens og deres pårørende; der foreligger ikke sammenlignelige data for 2025.
- Over 80 pct. har i hele perioden rapporteret at de har fået tilbud om fysisk træning og aktivitet.
- Andelen af kommuner med demensvenlige højskoler og dagtilbud steg fra omkring 70 pct. i 2020 til over 90 pct. i 2025. Omvendt faldt andelen med demenscaféer fra godt 70 pct. i 2020 til lidt over 60 pct. i 2025.
- Over 64 pct. af kommunerne tilbød i 2025 musikterapi eller demenskor og 61 pct. tilbød kognitiv stimulationsterapi.

Figur 6: Kommunale indsatser til borgere med demens og deres pårørende



Kilde: *KL's forvaltningsanalyse. Resultaterne af forvaltningsanalysen publiceres ikke. Henvisninger til og data fra undersøgelsen bygger på information fra Kontor for sundhed og ældre, KL, www.kl.dk/sundhed-og-aeldre*

53 Resultaterne af KL's årlige forvaltningsanalyse publiceres ikke. Henvisninger til og data fra undersøgelsen bygger på information fra Kontor for sundhed og ældre i KL, www.kl.dk/sundhed-og-aeldre

Status ved demenshandlingsplanens afslutning
Data fra KL's forvaltningsanalyser indikerer, at der har været aktivitet i forhold til at skabe demensvenlighed i perioden for demenshandlingsplanen.

Kommunerne har lokalt tilrettelagt arbejdet med demensvenlighed. De har på handlingsplanens præmisser kunnet arbejde med demensvenlighed indenfor egne rammer, behov og vilkår. Langt hovedparten af kommunerne har, i henhold til KL's forvaltningsanalyser, haft og videreudviklet indsatser for demensvenlighed, herunder demens-/ældrepolitikker, demenskoordination og borger- og pårørenderettede tilbud. Der har desuden været et samarbejde med frivillige organisationer, foreninger og lokalt erhvervsliv om demensvenlige tiltag, og dette har til en vis grad været understøttet af en række puljer med fokus på demensaktiviteter i kommunerne i samarbejde med lokale aktører. De centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, har desuden peget på, at handlingsplanen har bidraget til et stærkere politisk og ledelsesmæssigt fokus og en mere faglig og prioriteret indsats lokalt.

Dette peger samlet set på, at langt de fleste kommuner har arbejdet aktivt med demensvenlighed i perioden, og det indikerer, at demenshandlingsplanen har bidraget til at skabe et stærkere politisk fokus på demensvenlighed i kommunerne. Det er dog ikke muligt at konkludere på omfanget, variationen mellem kommunerne eller virkningen af indsatserne, da data er begrænset i forhold til at konkludere tydeligt på omfang af og niveau på aktiviteten.

Mål 2
Flere skal udredes, og 80 pct. skal have en specifik diagnose

Baggrund for målet
Baggrunden for målet om, at flere mennesker med demens skal udredes og i størst muligt omfang med en specifik demensdiagnose, var et politisk ønske om at styrke kvaliteten i udredningen. Vurderingen var, at for mange aldrig blev udredt for deres sygdom eller fik en uspecifik diagnose, og som følge deraf ikke fik den pleje, behandling og støtte, der kan skabe livskvalitet og tryghed i hverdagen. En specifik demensdiagnose kan således være vigtig blandt andet i forhold til tilrettelæggelse af det bedst mulige behandlings- og plejeforløb, som er tilpasset den enkeltes individuelle behov, da forskellige demenssygdomme skal behandles forskelligt, både med hensyn til den medicinske behandling og til den psykosociale og socialpædagogiske støtte.

I 2016 var ca. 35.100 borgere over 65 år registreret med en demensrelateret diagnose – enten ved at være blevet registreret med en demensdiagnose eller ved at have fået udskrevet et demenslægemiddel. NVD skønnede dog, at den faktiske forekomst var langt højere, og at tæt på 80.000 mennesker i Danmark på det tidspunkt levede med demens. En rettidig og korrekt specifik diagnose blev vurderet som væsentlig for, at regioner og kommuner kunne sætte ind med den rette behandling og støtte tidligt i forløbet – også til yngre mennesker med demens, som ofte er vanskeligere at diagnosticere. Mange patienter fik stillet en uspecifik demensdiagnose på hospitalsafdelinger, som ikke var specialiseret i at udrede for demens, og ofte uden henvisning til videre udredning for demens på en specialiseret enhed.

Regionerne er derfor løbende i perioden tilført særskilte midler til arbejdet med udredning. En række initiativer og konkrete indsatser under demenshandlingsplanens fokusområde 1 har understøttet arbejdet. Initiativerne knyttet til målet har blandt andet omfattet mere specialiserede og tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder samt udvikling af nye redskaber til opsporing og udredning. I perioden er der desuden udarbejdet Anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens i 2017, som siden blev revideret og publiceret som Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens i 2025.[54]

Monitorering og datakilder
Målet om, at 80 pct skal have en specifik diagnose er blevet monitoreret af Sundhedsdatastyrelsen[55] med henblik på at følge udviklingen i andelen af borgere på 65 år eller derover, som har fået stillet en specifik demensdiagnose på offentligt sygehus. Monitoreringen har taget udgangspunkt i populationen af patienter, der fik stillet første demensdiagnose på offentligt sygehus, uanset hvilken sygehusafdeling, der har stillet diagnosen. Det vil sige, at opgørelserne omfatter både diagnoser stillet ved specialiserede udredningsenheder og alle øvrige afdelinger. Sundhedsdatastyrelsen har monitoreret målet på baggrund af data fra Landspatientregisteret.[56] Omfanget af eventuelle diagnoser stillet i almen praksis er ikke omfattet af centrale registre, og er dermed ikke opgjort.

Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase (DanDem)[57] har ligeledes monitoreret målet om, at 80 pct. skal have en specifik diagnose. I DanDems monitorering er målopfyldelsen alene opgjort på baggrund af patienter, der er blevet udredt på en specialiseret demensudredningsenhed på et sygehus.

54 Sundhedsstyrelsen (2025) Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens

55 Sundhedsdatastyrelsen. (2026). Andel specifik første demensdiagnose 2014–2025 [Data set]. Sundhedsdatabanken. https://cdn1.gopublic.dk/sundhedsdatastyrelsen/Media/639186625767778605/andel-specifik-foerste-demensdiagnose-2014-2025.XLSX

56 Sundhedsdatastyrelsens monitorering er afgrænset til første registrerede demensdiagnose, og eventuel senere specifik diagnose indgår ikke. Det er ukendt, hvor stor en andel, som senere har fået en specifik diagnose.

57 Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem) har siden 2016 haft til formål at monitorere og udvikle den kliniske kvalitet af demensudredning ved udredningsenhederne i Danmark. DanDem monitorerer kvaliteten gennem 12 kvalitetsindikatorer for demensudredning, hvoraf der for størstedelen af indikatorerne er fastsat måltal. Kvalitetsindikatorer og målene er fastsat af DanDems styregruppe, som består af faglige eksperter på området. Databasen er baseret på lovpligtig indberetning fra de sygehusenheder, der udreder for demens, men kvalitetsmålene er ikke retsligt bindende for regionerne.

Udvikling i perioden

Mål om flere udredte

Det årlige antal udredte patienter steg i perioden fra 2016 til 2025 fra 7.938 til 11.502, hvilket svarer til en stigning på 48 pct.

Tabel 2 viser udviklingen i antallet af udredte patienter fra 2016-2025.

Trods den positive udvikling i antallet af personer, der udredes for demens, tyder udviklingen i ventetiderne på, at kapaciteten ikke er fulgt med behovet for udredning. Den demografiske udvikling med flere ældre[58] stiller øgede krav til både kapacitet, arbejdsgange og faglighed. Så til trods for, at der i flere omgange er afsat midler[59] og sat fokus på at styrke udredningskapaciteten, blev kun 25 pct. af patienterne i 2025 udredt inden for 90 dage efter henvisning. Bag dette tal ligger der en geografisk variation mellem regionerne. Andelen af udredte inden for 90 dage havde i 2025 et spænd mellem 12 og 40 pct.

En patient, der er henvist til et sygehus for udredning, har ret til at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt.[60] Ventetid fra henvisning til diagnosesamtale for demens monitoreres dog af DanDem i forhold til en tidsgrænse på 90 dage. DanDem har sat denne grænse ud fra en vurdering af, at udredning af demens er kompleks, og kun hos en mindre andel kan diagnosen stilles ved det første besøg. Der er ved demensudredning ofte behov for deltagelse af pårørende for koordinering af undersøgelser og for supplerende parakliniske undersøgelser, hvilket er medvirkende til, at udredningstiden forlænges.[61]

Mål om flere end 80 procent specifikke diagnoser

Andelen af specifikke diagnoser af alle førstediagnoser ved offentlige hospitaler[62] lå i 2014 på 64 pct. Andelen steg gennem monitoreringsperioden og er på 74,1 pct. i 2025. Andelen af specifikke diagnoser for førstediagnoser i regionerne har i perioden ligget mellem 48 og 85,6 pct, og kun én region var i 2025 i mål med over 80 pct. specifikke diagnoser.[63]

Til sammenligning lå andelen af udredte med en specifik demensdiagnose ved de specialiserede udredningsenheder[64] på over 90 pct. allerede ved monitoreringens start. Andelen af udredte med specifikke diagnoser ved udredningsenhederne lå i 2025 på 94 pct. med en regional variation på 91-97 pct.[65]

I de reviderede Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens tages der højde for at patientgruppen varierer, og for at der i udredningen tages udgangspunkt i den enkelte patients behov og tilstand, samt at der foretages en individuel vurdering ift. behovet for udredning, herunder behovet for en specifik diagnose. Formålet med anbefalingerne er at understøtte, at patienter udredes på rette niveau, til rette tid og at udredningen differentieres og tilpasses efter patientens forhold. Anbefalingerne skal desuden understøtte en høj og ensartet kvalitet af udredningen af mennesker med mistanke om demens.

Tabel 2 Antal færdigudredte per år

	2016	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hele landet	7.938	9.625	9.282	9.021	9.917*	10.803	11.502

*Estimeret ud fra ni måneder pga. databrud.
Kilde: *DanDems årsrapporter for de pågældende år.*

58 Danmarks Statistik. (2018, 8. maj). *Markant flere ældre i fremtiden* (Nyt fra Danmarks Statistik, nr. 180). https://www.dst.dk/nyt/26827

59 Der er både afsat 145 mio. kr. til initiativ 3 i demenshandlingsplanen og supplerende midler via SSA-aftalerne for 2020-2023 og 2024- 2027 til blandt andet videreførelse og styrkelse af udredningsenhederne. Der henvises til bilaget om økonomi for nærmere oplysninger.

60 Sundheds- og Kirkeministeriet. (2025, 16. januar). *Ret til hurtig udredning, frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg.* https://www.ism.dk/sundhed/patientrettigheder/ret-til-hurtig-udredning-frit-sygehusvalg-og-udvidet-frit-sygehusvalg-

61 Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. (u.å.). *Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem).* Hentet 7. oktober 2026 fra https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-klinisk-kvalitetsdatabase-for-demens-dandem/62 Diagnoser ved offentlige sygehuse registreres i Landpatientregisteret

62 Diagnoser ved offentlige sygehuse registreres i Landpatientregisteret.

63 Sundhedsdatastyrelsen. (2026). *Andel specifik første demensdiagnose 2014–2025* [Data set]. Sundhedsdatabanken. https://cdn1.gopublic.dk/sundhedsdatastyrelsen/Media/639186625767778605/andel-specifik-foerste-demensdiagnose-2014-2025.XLSX

64 Diagnoser ved specialiserede udredningsenheder monitoreres af DanDem

65 Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. (2025). Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem): *National årsrapport 2025* (Offentliggjort version). https://www.sundk.dk/media/ay4prhac/dandem_aarsrapport-2024_offentliggjort_version_1_1.pdf

Tabel 3 Andel patienter med en specifik førstediagnose ved offentlige sygehuse / specifik diagnose ved specialiserede udredningsenheder

År	Patienter per 100 med en specifik førstediagnose ud af alle diagnoser ved offentlige sygehuse	Patienter per 100 med en specifik første diagnose ud af alle diagnoser ved specialiserede udredningsenheder
2014	64,0	
2015	62,6	
2016	65,5	
2017	68	
2018	69,7	94
2019	62,1	93
2020	67,9	94
2021	70,0	93
2022	71.6	92
2023	75.7	93
2024	73.5	94
2025	74,1	94

Kilde kolonne 1: *Sundhedsdatastyrelsen. (besøgt 24. september 2026). Første demensdiagnose. Sundhedsdatabanken.*
Kilde kolonne 3: *Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. (besøgt 24. september 2026). Viden fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem). Viden fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem).*

Tabel 3 viser udviklingen i andelen af patienter på landsplan, der har fået stillet en specifik demensdiagnose ved offentligt sygehus ved første registrering, og udviklingen i andelen af patienter på landsplan, der har fået stillet en specifik demensdiagnose ved en demensudredningsenhed.

Af Sundhedsstyrelsens faglige kortlægning af udredning af demens[66] fremgår det, at de tidligere anbefalinger for organiseringen af demensudredningsenhederne[67] har haft god effekt ift. at løfte kvaliteten i udredningen. Der bemærkes dog også i kortlægningen, at der fortsat er udfordringer med utilstrækkelig kvalitet, som giver anledning til bemærkninger i årsrapporterne fra styregruppen i DanDem. Der peges blandt andet på risikoen for lavere kvalitet i de mindre udredningsenheder. Det fremhæves, at de enheder, der er lykkedes med at løfte kvaliteten, er de enheder, der fulgte de dengang gældende anbefalinger. Det fremgår således af DanDems årsrapport fra 2025, at der var 33 indrapporterende udredningsenheder i Danmark, og at kun ti havde de anbefalede ca. 500 udredninger per år eller mere. Det store antal enheder medfører, at der er færre patientforløb pr. udredningsenhed, hvilket udfordrer kompetenceudvikling, tværfaglighed og ensartet kvalitet i udredningen af demens.[68]

66 Sundhedsstyrelsen. (2025). *Den faglige kortlægning af organisering af udredning af demens.* https://www.sst.dk/media/0tpj22ei/den-faglige-kortlaegning-af-organisering-af-udredning-af-demens.pdf

67 Sundhedsstyrelsen. (2017). *Anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens.* https://www.sst.dk/media/szfd4ucx/anbefalinger-til-organisering-af-udrednings-og-behandlingsenheder-for-demens.pdf

68 Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. (2025). Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem): National årsrapport 2024 (version 1.1). https://www.sundk.dk/media/ay4prhac/dandem_aarsrapport-2024_offentliggjort_version_1_1.pd



Status ved handlingsplanens afslutning
Målet om at udrede flere er indfriet ved handlingsplanens udløb i 2025, idet antallet af udredte pr. år i perioden 2016-2025 er steget med 48 pct., men med betydelig variation mellem regionerne. Samtidig er ventetiderne øget i perioden, og på trods af retten til udredning indenfor 30 dage blev kun en fjerdedel af patienterne udredt inden for 90 dage efter henvisning. Den demografiske udvikling med flere ældre[69] stiller øgede krav til både kapacitet, arbejdsgange og faglighed. I de reviderede faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens lægges der op til, at patienter i nogle tilfælde kan færdigudredes i almenmedicinske tilbud.[70] Det forventes, at det vil medføre en yderligere øgning i antal udredte per år og kortere ventelister.

Målet om, at 80 pct. skal have en specifik diagnose, er ikke opfyldt på offentlige sygehusafdelinger. Der var en udvikling i positiv retning i perioden fra 2014 til 2023 med en stigning i antal specifikke udredninger på 19 pct. Fra 2024 og 2025 skete der et lille fald. Ved demensudredningsenhederne lå niveauet i 2025 betydeligt over målet på 80 pct.

Der gøres opmærksom på, at Rigsrevisionen netop har publiceret Beretning om regionernes udredning af patienter for demens.[71] Rigsrevisionen besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Overholder regionerne patienters ret til hurtig udredning?
- Udreder regionerne patienter for demens med ensartet kvalitet?
- Bliver patienter udredt på samme måde uanset social baggrund?"

69 Danmarks Statistik. (2018, 8. maj). *Markant flere ældre i fremtiden* (Nyt fra Danmarks Statistik, nr. 180). https://www.dst.dk/nyt/26827

70 Sundhedsstyrelsen. (2025b). *Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens*. https://www.sst.dk/media/neopiqvf/faglige-anbefalinger-til-organisering-af-udredning-af-demens.pdf

71 Rigsrevisionen. (2026). *Beretning om regionernes udredning af patienter for demens* (Beretning nr. 2/2026). https://cdn.rigsrevisionen.dk/rigsrevisionen/Media/639267964144869640/sr0226.pdf

Mål 3
Bedre pleje- og behandling skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin

Baggrund for målet
Målet om at nedbringe forbruget af antipsykotika blandt mennesker med demens med 50 pct. frem mod 2025 var baseret på et ønske om at nedbringe den antipsykotiske behandling grundet alvorlige bivirkninger. Målet er blevet anset som en indikator for kvalitet i pleje og behandling.

De faglige anbefalinger på området er klare: Mennesker med demens skal som udgangspunkt ikke behandles med antipsykotika. En styrket kvalitet i behandlings- og plejeindsatsen samt fokus på at skabe de rette fysiske rammer for mennesker med demens – herunder sikre et højt fagligt niveau hos de mange medarbejdere på ældreområdet - skulle reducere forbruget.

I 2014 fik 19,5 pct. af mennesker med demens på landsplan antipsykotika – et niveau, der, ud fra faglige vurderinger, blev anset som for højt. Målet om en reduktion på 50 pct. var desuden inspireret af gode erfaringer med et tilsvarende mål i den engelske demenshandlingsplan fra 2009.[72]

Effekt og bivirkninger ved brug af antipsykotika til mennesker med demens

Effekten af behandling med antipsykotika til mennesker med demens ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer er i bedste fald beskeden, og der er væsentligt øget risiko for alvorlige bivirkninger, herunder sløvhed, bevidsthedssvækkelse, parkinsonisme og øget dødelighed. Der er dog fortsat patienter og særlige situationer, hvor antipsykotisk behandling er nødvendig i en afgrænset periode.

Kilde: *Sundhedsstyrelsen (2025) Nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer; strukturerede og målrettede interventioner samt brug af antipsykotika*

Fokus i demenshandlingsplanen, og i senere initiativer i tilknytning til dette mål, var at formidle viden om virkning og bivirkninger ved brug af antipsykotika til mennesker med demens og at forbedre pleje- og behandlingsindsatsen. Initiativerne skulle blandt andet styrke kompetencer hos social- og sundhedspersonale i at arbejde systematisk med non-farmakologiske og personcentrerede tilgange og med systematisk årsagsanalyse for at udelukke somatiske årsager og afdække både helbredsmæssige og socialpsykologiske behov.

En række initiativer har understøttet arbejdet mod indfrielse af målet. Det gælder primært handlingsplanens Fokusområde 1: Tidlig opsporing og bedre kvalitet i udredning og behandling, initiativ 5: Nedbringelse af forbruget af antipsykotika. Initiativerne har blandt andet omfattet kompetenceudvikling ved demensrejsehold med fokus på nedbringelse af antipsykotika, formidling af viden om antipsykotika til mennesker med demens til både almen praksis og andet sundhedspersonale. Dertil kommer fokus på behov for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde i både retningslinjer for tværsektorielle forløb og med etableringen af en national alliance til nedbringelse af brug af antipsykotika til mennesker med demens.

Monitorering og datakilder
Sundhedsdatastyrelsen har siden 2014 monitoreret brugen af antipsykotika blandt borgere med demens. Monitoreringen fortsætter udover demenshandlingsplanens periode og har til formål fortsat at følge udviklingen mod en halvering af forbruget.

Sundhedsdatastyrelsen opdaterer årligt offentligt tilgængelige data på omfanget af mennesker med demens på 65 år eller ældre, der har indløst recept på antipsykotika.[73] Tallene opgøres både på landsplan og fordelt på regions-, kommune- og plejehjemsniveau. Monitoreringen er gennem årene gradvist blevet videreudviklet og forbedret,[74] fx blev udstilling af data på plejehjemsniveau tilføjet i 2025.

72 Department of Health (2009) *The Use of Antipsychotic Medication for People with Dementia Time for Action*

73 Sundhedsdatastyrelsen. (u.å.). *Antipsykotika*. Sundhedsdatabanken. Hentet 7. oktober 2026 fra https://sundhedsdatabank.dk/medicin/medicintyper-menu/antipsykotika

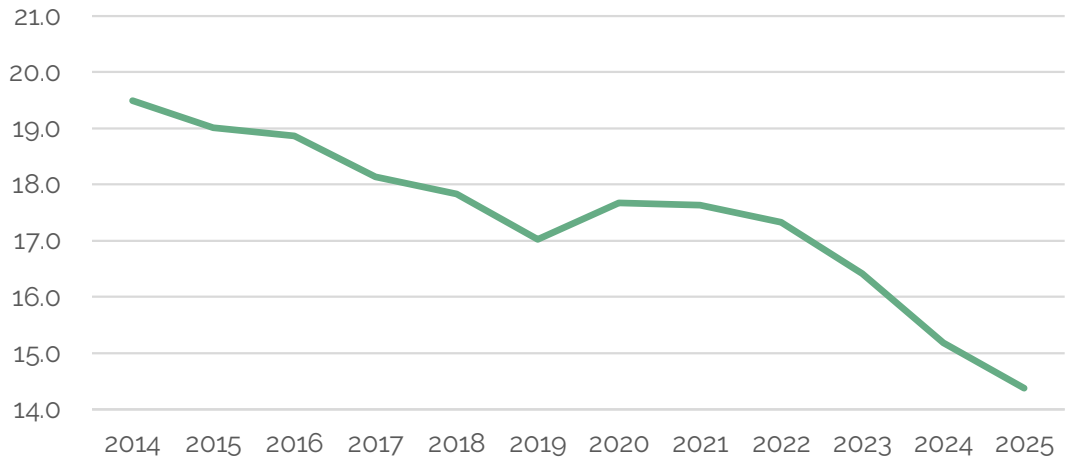
74 Et forbehold ved tolkning af tallene i monitoreringen af brugen af antipsykotika til mennesker med demens er, at den anvendte registeravgrænsning af demenspopulationen ikke afspejler det reelle antal borgere med demens. Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS) medtager borgere, som har fået en demensdiagnose i sygehusregi eller indløst mindst to recepter på demensmedicin. Pr. 1. januar 2024 var fx ca. 40.275 personer på 65 år eller ældre registreret med demens i RUKS, mens NVD vurderede, at der var ca. 100.000 borgere med demens på 65 år eller ældre. Monitoreringen er et estimat baseret på udvalgte registerdata, der kan ses som bedste bud på forbruget af antipsykotika blandt ældre borgere med demens.

Udvikling i perioden
Udviklingen har vist en reduktion i andelen af ældre borgere med demens på 65 år eller derover, der indløser mindst én recept på antipsykotika i løbet af året.

Samlet forbrug
Som det fremgår af figur 7, er andelen af mennesker med demens på 65 år eller ældre, som årligt indløser recept med antipsykotika, faldet fra ca. 19,5 pct. til ca. 14,4 pct.[75] i perioden fra 2014 til 2025. Dette udgør en reduktion på ca. 26,2 pct.

Der har været et årligt fald i andelen i hele perioden fra 2014-2025 bortset fra 2020 og 2021 (under Covid-epidemien).

Figur 7 Borgere med demens på 65+ år, som indløser recept på antipsykotika. Borgere per 100 fordelt på år



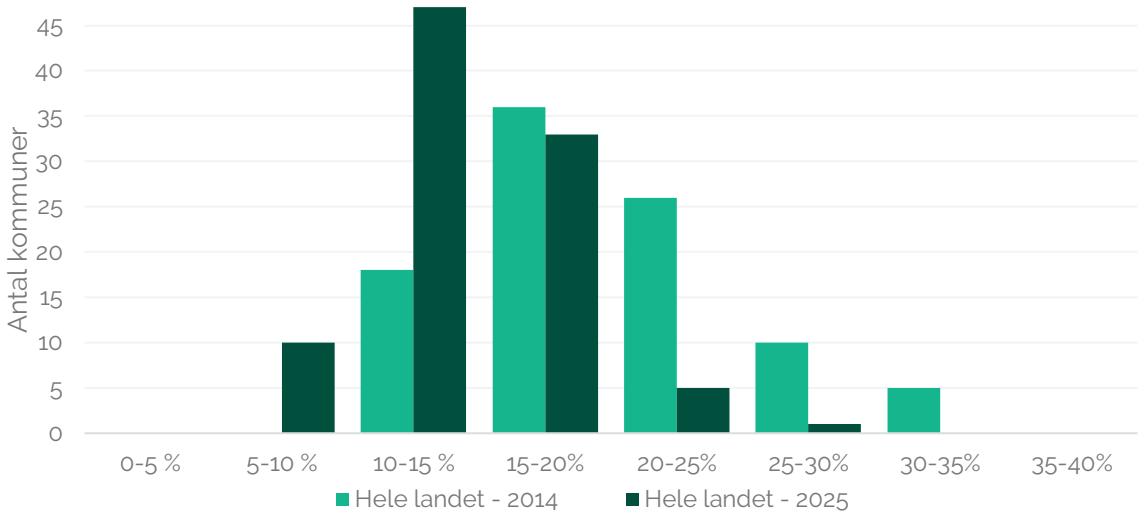
Sundhedsdatabanken: Valgte filtre I Demens: Demens I Region: Flere er valgt I Sundhedsråd: Flere valgt I Aldersgruppe: 2 er valgt I Antipsykotika: Alle uden terminal behandling I År: 2025

Kilder: *Lægemiddelregisteret, Sygehusmedicinregisteret, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret, Yderregisteret, Landspatientregisteret*

Kommunale forskelle
Der har gennem hele perioden været forskelle på forbruget af antipsykotika kommunerne imellem. I 2025 varierede forbruget i kommunerne mellem 5,3 og 26,8 pct., men det tilbage i 2014 lå mellem 12,3 og 32,4 pct. Der er i perioden sket en tydelig bevægelse, så langt flere kommuner ligger med et forbrug i den lave ende af skalaen og langt færre i den høje ende.

75 Beregningsmetoden for opgørelsen over forbrug af antipsykotika blev i 2025 korrigeret med tilbagevirkende kraft, så behandling med antipsykotika, der i høj grad gives ved palliativ pleje (injektioner) ikke længere tæller med i opgørelsen.

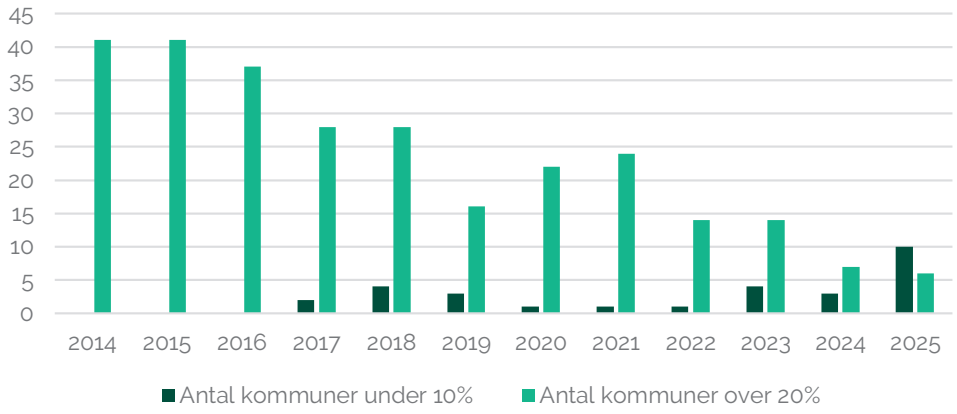
Figur 8 Samlet oversigt over kommunernes fordeling på procentintervaller.
Andel borgere med demens på 65+, som årligt har indløst recept på antipsykotika, borgere per 100 per kommune i 2014 til 2025.



Kilde: *Figur udarbejdet af Sundhedsstyrelsen på basis af data fra Sundhedsdatastyrelsen: brug-af-antipsykotika-blandt-aeldre-borgere-med-demens-paa-65-aar-eller-derover-2014-2025-udgivet-30-april-2026.XLSX*

Som det desuden fremgår af figur 9 nedenfor, er der gennem årene blevet flere kommuner, hvor under 10 pct. af de ældre med demens får antipsykotika. I 2025 havde 10 kommuner en andel på 10 pct. eller under, mens ingen kommuner lå på et så lavt niveau i 2014. Herudover havde kun seks kommuner en andel på over 20 pct. i 2025, mod 43 kommuner i 2014.

Figur 9 Kommuner, hvor henholdsvis over 20/under 10 per hundrede borgere med demens over 65+ år årligt indløser recept på antipsykotika



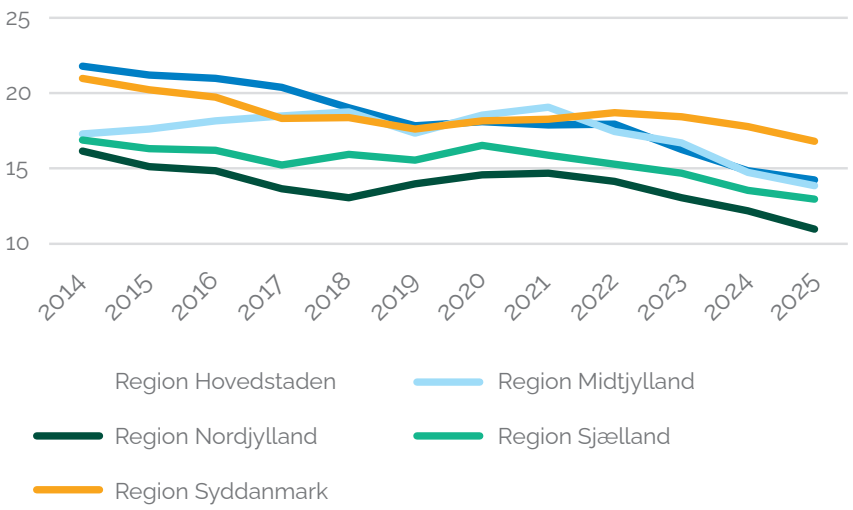
En manuel optælling viser, at omkring ti kommuner gennem monitoreringsperioden har ligget stabilt lavt med en andel på ca. 15 pct. eller lavere. I de øvrige kommuner har andelen generelt været svingende, og i de fire til fem kommuner, som har ligget højest gennem store dele af perioden, er der sket en betydelig reduktion i forbruget de seneste år.

Udvikling per region

Andelen af mennesker med demens på 65 år eller ældre, som årligt indløser recept med antipsykotika, er reduceret i alle regioner i perioden, men der er, og har i hele perioden været, forskel på niveauet regionerne imellem.

I 2014 lå andelen i regionerne mellem 16,2 og 21,8 pct., mens det i 2025 lå mellem 10,9 og 16.8 pct.

Figur 10: Borgere med demens på 65+ år, som årligt har indløst recept på antipsykotika. Borgere per 100, fordelt på år per region



Kilder: *Lægemiddelregisteret, Sygehusmedicinregisteret, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret, Yderregisteret, Landspatientregisteret*

Status ved handlingsplanens afslutning

Brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens på 65 år eller derover er ved demenshandlingsplanens udløb reduceret til 14,4 pct. i 2025 fra et niveau på 19,5 pct. i 2014 (svarende til en reduktion på 26,2 pct.). Dette er en mindre reduktion end handlingsplanens mål, men en tydelig bevægelse i nedadgående retning. Der er i slutningen af handlingsplanens periode igangsat og videreført initiativer, som forventes at nedbringe forbruget yderligere. Det omfatter blandt andet national alliance til nedbringelse af forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens, demensrejseholdsforløb og en informationsindsats rettet mod sundhedspersonale samt en klynge- og praksispakke om demens og antipsykotika til almenmedicinske tilbud.

Der er stadig geografiske forskelle i forbruget, men fra 2014 til 2025 er andelen af ældre med demens, der årligt indløser recept på antipsykotika, faldet i alle landets regioner. Samtidig er der blevet markant flere kommuner, hvor under 10 pct. af borgere med demens indløser recept på antipsykotika.



Erfaringer fra fokusområder og initiativer

Dette kapitel giver en samlet status og erfaringsopsamling fra perioden 2016–2025 med udgangspunkt i den nationale demenshandlingsplan 2025 og relaterede SSA-aftaler. Formålet er at dokumentere centrale erfaringer og læringspunkter fra handlingsplanens initiativer ved planens udløb.

Dokumentationsgrundlaget varierer på tværs af initiativerne: Nogle er evalueret, mens andre primært er belyst gennem statusoversigter, erfaringsopsamlinger og projektmateriale. Fremstillingen bygger på dokumentanalyse af initiativbeskrivelser, puljeudmøntninger, SSA-aftaler og leverancer samt indsigter fra centrale aktører og erfaringsopsamlingens symposium. Den metodiske tilgang er beskrevet i bilag 3.

Demenshandlingsplanen var struktureret omkring fem fokusområder:

- Tidlig opsporing og bedre kvalitet i udredning og behandling
- Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering
- Støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens
- Demensvenlige samfund og boliger
- Øget videns- og kompetenceniveau

Fokusområderne omfattede 23 initiativer, der spændte fra kliniske redskaber og nationale anbefalinger til lovændringer, forskningsstrategi, aflastningstilbud og kompetenceløft i kommuner og regioner. Hertil kommer relaterede SSA-aftaler, som løbende har suppleret og videreudviklet initiativerne.

Tabel 4 giver en oversigt over de økonomiske bevillinger fordelt på demenshandlingsplanens fokusområder. Det skal bemærkes, at de angivne beløb og de udvalgte aftaler i tabellen er baseret på Sundhedsstyrelsens bedste vurdering af finansieringen, foretaget på baggrund af det materiale, der har været tilgængeligt i forbindelse med udarbejdelsen.

I perioden for demenshandlingsplanen er der desuden afsat midler til og sat fokus på at styrke demensområdet i andre sammenhænge, herunder med fokus på udadreagerende adfærd. Det er bl.a. sket gennem satspuljeaftaler, finanslovsaftaler, økonomiaftaler og andre politiske aftaler, såsom sundhedsreformen. Disse er ikke medtaget i oversigten, da de ikke er direkte knyttet til eller tjener til at videreføre initiativer i demenshandlingsplanen.[76] En mere detaljeret gennemgang fremgår af bilag 6.

76 Eksempelvis indgår Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen ikke i erfaringsopsamlingen, idet initiativerne heri ikke har været knyttet til initiativerne i den nationale demenshandlingsplan.

Tabel 4: Oversigt over økonomiske bevillinger fordelt på fokusområder i demenshandlingsplanen

Initiativ i demens-handlingsplanen	Midler i demens-handlings-planen	Forankret hos	Opfølgende indsatser i efterfølgende SSA-aftaler	Samlet økonomi
Tidlig opsporing og bedre kvalitet i udredning og behandling				
Initiativ 1: Værktøj til tidlig opsporing af demens.	1,6 mio. kr.	NVD	• SSA-aftale 2020-2023: Validering og udrulning af værktøj til almen praksis til brug for tidlig opsporing af demens til sikring af rettidig udredning af demens i almen praksis: **5 mio. kr.**	6,6 mio. kr.
Initiativ 2: Fokus i almen praksis på tegn på demens.	Udgifts-neutral	SUM/DSAM		Udgifts-neutral
Initiativ 3: Færre, tværfaglige udrednings og behandlings-enheder	145 mio. kr.	SST/DR	• SSA-aftale 2020-2023, Mere specialiserede og tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder, som skal understøtte en fortsat styrkelse af kvaliteten i udredning og behandling af demenssygdomme og bidrage til målet om, at 80 pct. skal have en specifik diagnose: **60 mio. kr.** • SSA-aftale 2024-2027, Videreførelse af udredningsenheder: **62,7 mio. kr.**	267,7 mio. kr.
Initiativ 4: Nye nationale kliniske retningslinjer på demensområdet.	3 mio. kr.	SST		3 mio. kr.
Initiativ 5: Nedbringelse af forbruget af antipsykotika blandt mennesker med demens.	6,14 mio. kr.	SUM, STPS, SDS og SST	• SSA-aftale 2020-2023, Monitorerings- og læringsindsatser til nedbringelse af forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens samt læringsindsatser ift. smertelindring: **4 mio. kr.** • SSA-aftale 2020-2023, Pulje til praksisnært kompetenceløft til nedbringelse af antipsykotisk medicin: **24 mio. kr.** • SSA-aftale 2020-2023, Opfølgning på demenshandlingsplan 2025. Videreførelse af demensrejsehold med særligt fokus på reduktion af forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens: **20 mio. kr.** • SSA-aftale 2023-2026, National alliance til nedbringelse af antipsykotisk medicin: **5,8 mio. kr.** • SSA-aftale 2023-2026, Praksisnær model til nedbringelse af antipsykotisk medicin: **5,9 mio. kr.** • SSA-aftale 2023-2026, Styrket indsats: Videreførelse af Demensrejseholdet med fokus på nedbringelse af antipsykotisk medicin: **8,2 mio. kr**. • SSA-aftale 2024-2027, Informationsindsats vedr. antipsykotika målrettet almen praksis og hospitaler: **7,6 mio. kr.** • SSA-aftale 2024-2027, Øget viden om lægers ordinationsmønstre om antipsykotika: **23,6 mio. kr.** • SSA-aftale 2024-2027, Udbredelse af viden om Best Practices til at nedsætte forbruget af antipsykotika til borgere med demens: **2. mio. kr. til NVD og 8 mio. kr. til KIAP** • SSA-aftale 2024-2027, Supplerende midler til videreførelsen af Demensrejseholdet med fokus på nedbringelse af antipsykotisk medicin: **2,0 mio. kr.**	111,1 mio. kr.
Initiativ 6: Nationale anbefalinger til optimale tværsektorielle og tværfaglige forløb.	2 mio. kr	SST		2 mio. kr

Initiativ i demens-handlingsplanen	Midler i demens-handlings-planen	Forankret hos	Opfølgende indsatser i efterfølgende SSA-aftaler	Samlet økonomi
Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering				
Initiativ 7: Håndbøger med vidensbaserede anbefalinger til social- og sundhedsfaglig praksis på demensområdet	2,5 mio. kr	SST	• Fra SSA-aftale 2020-2023, Opfølgning på demenshandlingsplan 2025, 1. Pulje til udbredelse af livshistorieteknologi til mennesker med demens og deres pårørende: **12 mio. kr.**	14,5 mio. kr.
Initiativ 8: Flere og bedre tilbud om fysisk træning og aktivitet.	32 mio. kr.	SST/KL	• Fra SSA-aftale 2020-2023, Opfølgning på demenshandlingsplan 2025. 10. Udbredelse af gode erfaringer med fysisk træning og aktivitet, så flere kan få glæde af de erfaringer, man allerede ved virker: **2 mio. kr.**	34 mio. kr.
Initiativ 9: Serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne	0,5 mio. kr.	BSM/SUM		0,5 mio. kr.
Initiativ 10: Bedre mulighed for behandling af varigt inhabile patienter.	Finansieres med satspuljen for 2018-2021	SUM		Finansieres med satspuljen for 2018-2021
Støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens				
Initiativ 11: Udvikling og udbredelse af en national værktøjskasse med patient- og pårørendekurser.	2,5 mio. kr.	NVD	• SSA-aftale 2020-2023, Opfølgning på demenshandlingsplan 2025, 8. Videreførelse og udbredelse af Nationalt Videnscenter for Demens' værktøjskasse med materiale målrettet demensramte, deres pårørende og fagpersoner, der rådgiver og underviser mennesker med demens og deres pårørende: **5 mio. kr.**	7,5 mio. kr.
Initiativ 12: Flere og mere meningsfulde dag- og aflastningstilbud samt støtte til yngre med demens.	39 mio. kr.	SST	• Satspuljeaftalen for 2018 af november 2017 blev der yderligere bevilliget **42,5 mio. kr.** til en forsøgsordning med befordring af mennesker med demensdiagnose samt til evaluering. • SSA-aftale 2020-2023, Opfølgning på demenshandlingsplan 2025, 9. Flere, bedre og mere fleksible aflastningstilbud til mennesker demens og deres pårørende, der skal sikre pårørende et frirum fra sygdommen: **40 mio. kr.** • SSA-aftale 2023-2026, Styrket indsats, 2. Pulje til forsøgsordning med befordring af mennesker med en demensdiagnose, som bor i eget hjem, til fritidsformål: **10,3 mio kr.**	131,8 mio. kr.
Initiativ 13: Rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende, herunder yngre med demens.	37,5 mio. kr.	SST	• SSA-aftale 2020-2023: Opfølgning på demenshandlingsplan 2025, 7. Videreførelse af de eksisterende rådgivnings- og aktivitetscentre, som blandt andet tilbyder rådgivning og støtte samt sociale og fysiske aktiviteter til mennesker med demens, herunder yngre med demens, og deres pårørende: **52 mio. kr.**	89.5 mio. kr.
Demensvenlige samfund og boliger				
Initiativ 14: Lokale og landsdækkende aktiviteter skal understøtte et demensvenligt samfund.	25 mio. kr,	SST	• SSA-aftale 2020-2023: Opfølgning på demenshandlingsplan 2025, 11. Pulje til lokale og landsdækkende demensvenlige aktiviteter, herunder demensvenlige boformer for mennesker med demens sammen med deres pårørende: **16 mio. kr.**	41 mio. kr.
Initiativ 15: 98 demensvenlige kommuner.	0 kr.	SUM		0 kr.
Initiativ 16: Flere demensegnede plejeboliger med demensegnede omgivelser.	13 mio. kr.	Transport, Bygnings- og Boligministeriet	• Satspuljeaftalen 2015 for børn, ligestilling, integration og det sociale område af 29. oktober 2014 på **16 mio. kr.**	29 mio. kr.

Initiativ i demens-handlingsplanen	Midler i demens-handlings-planen	Forankret hos	Opfølgende indsatser i efterfølgende SSA-aftaler	Samlet økonomi
Initiativ 17: Indføre en national mærkningsordning for demensegnede boliger	2,5 mio. kr.	Transport, Bygnings- og Boligministeriet		2,5 mio. kr.
Initiativ 18: Forsøg med demensvenlige sygehuse.	6 mio. kr.	NVD	• Aftale om satspuljen på ældreområdet for 2019-2022, Frivillige tryghedspersoner til mennesker med demens på sygehus: **7 mio. kr.**	13 mio. kr.
Øget videns- og kompetenceniveau				
Initiativ 19: Ny national forskningsstrategi på demensområdet og ny forskning.	6,7 mio. kr.	SST/SUM/ Innovationsfonden		6,7 mio. kr.
Initiativ 20: Permanentgørelse af Nationalt Videnscenter for Demens.	0 kr. Initiativet er finansieret ved aftalen om satspuljen for 2017-2020 på sundheds og ældreområdet	SUM		
Initiativ 21: Bedre data på demensområdet	1 mio. kr.	SUM/KCKS-Øst		1 mio. kr.[77]
Initiativ 22: Praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner.	145,36 mio. kr.	SST	• SSA-aftale 2024-2027,1. ABC e-learning: **8,0 mio. kr.**	153,36 mio. kr.
Initiativ 23: Uddeling af årets demenspris til medarbejdere på demensområdet.	0,3 mio. kr.	SUM/NVD		

77 Midlerne blev udmøntet efter en fordelingsnøgle dels til kommunerne over bloktilskuddet, dels til de praktiserende lægere gennem overenskomsten.

Fokusområde 1
Tidlig opsporing og bedre kvalitet i udredning og behandling

Fokusområde 1 havde til formål at styrke den tidlige del af et demenssygdomsforløb – fra opsporing af kognitive symptomer til udredning, diagnostik og behandling.[78] Fokusområdet skulle bidrage til hurtigere og mere ensartet diagnostik på tværs af landet og sikre, at flere borgere modtog en rettidig og specifik diagnose samt understøtte det nationale mål om, at 80 pct. får en specifik demensdiagnose.[79]

Gennemgang af de centrale bidrag til demensindsatsen for fokusområde 1:

Initiativ 1

Udvikling og validering af opsporingsredskaber

Formålet med initiativet var at udvikle et bredt anvendeligt værktøj til tidlig opsporing af demens, baseret på eksisterende redskaber, som kunne anvendes i både primær og sekundær sektor. Initiativet og de efterfølgende relaterede SSA-aftaleinitiativer har bidraget til udvikling og validering af nye redskaber (BASIC og BASIC-Q) til en mere systematisk opsporing af demens på tværs af almen praksis og kommuner.[80,81]

Initiativ 2

Ny kommende klinisk vejledning om demens til almen praksis

Formålet med initiativ 2 var at understøtte en opdatering af Dansk Selskab for Almen Medicins (DSAM) kliniske vejledning, så den afspejlede den nyeste faglige viden på området. Selskabet udarbejder en samlet klinisk vejledning om demens frem for alene at opdatere de eksisterende retningslinjer. Vejledningen er under udarbejdelse og forventes offentliggjort i efteråret 2026.[82]

Initiativ 3

Delvis samling af udredningen i tværfaglige enheder

Initiativet havde til formål, at regionerne skulle etablere færre, større, tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder for at sikre ensartet kvalitet i udredning og behandling af mennesker med demens. Initiativet og de efterfølgende relaterede SSA-aftaleinitiativer har bidraget til at samle demensudredningen i tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder på baggrund af Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger fra 2017.[83]

Den faglige kortlægning fra 2025 viser, at intentionen om samling og tværfaglighed er delvist realiseret, og at der ses forbedringer i kvaliteten, blandt andet i form af en højere andel af specifikke diagnoser, som i højere grad stilles på et relevant grundlag i de enheder, hvor indsatsen er samlet.[84] Kapaciteten til udredning er øget med 48 pct siden 2016, og mest hvor udredningsindsatsen er samlet i færre enheder.

Selv med denne kapacitetsstigning gennemfører hovedparten af enhederne fortsat færre udredninger end den anbefalede volumen, og der peges på regionale variationer og øgede ventetider, idet efterspørgslen er steget mere end kapacitetsøgningen.[85,86,87] 56 pct- af de udredte, som i 2025 fik en demensdiagnose i moderat til svær grad på diagnosetidspunktet, og andelen har ligget over 50 pct. i hele perioden, hvilket blandt andet kan skyldes sen opsporing og manglende viden om demens i befolkningen.[88] Ifølge de faglige anbefalinger til organisering af udredning for demens (2025) kan

78 Fokusområde 1 omfatter demenshandlingsplanens initiativ 1, 2, 3, 4, 5 og 6.

79 Sundheds- og Ældreministeriet, 2016, *Den nationale demenshandlingsplan 2025*

80 Jørgensen, K., Nielsen, T. R., Nielsen, A., Waldorff, F. B., & Waldemar, G. (2025, 16. juni). BASIC er et værktøj til demensudredning. *Ugeskrift for Læger*, 187(25), V12240861. https://ugeskriftet.dk/videnskab/basic-er-et-vaerktoej-til-demensudredning

81 Nationalt Videnscenter for Demens. (2024, 9. februar). *Udredningsværktøj for demens afprøvet i almen praksis*. https://videnscenterfordemens.dk/da/nyhed/udredningsvaerktoej-demens-afproevet-i-almen-praksis.

82 Dansk Selskab for Almen Medicin. (2026). Kommende vejledninger, https://www.dsam.dk/kommende-vejledninger, *besøgt 8. februar 2026*

83 Sundhedsstyrelsen. (2025), *Den faglige kortlægning af organisering af udredning af demens*, https://www.sst.dk/media/0tpj22ei/den-)faglige-kortlaegning-af-organisering-af-udredning-af-demens.pdf.

84 Sundhedsstyrelsen. (2025), *Den faglige kortlægning af organisering af udredning af demens*, https://www.sst.dk/media/0tpj22ei/den-faglige-kortlaegning-af-organisering-af-udredning-af-demens.pdf

85 Sundhedsvæsenets kvalitetsinstitut (2025). Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem): National årsrapport 2024 (1. januar – 31. december 2024). Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-klinisk-kvalitetsdatabase-for-demens-dandem/nyheder-fra-dansk-klinisk-kvalitetsdatabase-for-demens-dandem/aarsrapport-2024-fra-dansk-klinisk-kvalitetsdatabase-for-demens/

86 I DanDems årsrapport 2024 fremhæves, at styregruppen anbefaler færre og større tværfaglige udredningsenheder med et højt antal patientforløb (> 500 årligt), da det vurderes vanskeligt at opretholde kompetenceudvikling, tværfaglighed og ensartet kvalitet i meget små enheder med få forløb

87 Sundhedsstyrelsen. (2025). *Den faglige kortlægning af organisering af udredning af demens*, https://www.sst.dk/media/0tpj22ei/den-faglige-kortlaegning-af-organisering-af-udredning-af-demens.pdf

88 Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. (2025). DanDem Årsrapport 2024: National årsrapport 1. januar – 31. december 2024 (Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens), https://www.sundk.dk/media/ibhhipdq/dandem_aarsrapport-2024_offentliggjort_version.pdf, besøgt 9. februar 2026

almenmedicinske tilbud fremover i højere grad færdigudrede patienter med fremskreden eller ukompliceret demens.

Initiativ 4

Udvikling af nationale kliniske retningslinjer

Initiativ 4 havde til formål at styrke kvaliteten i behandlingen af mennesker med demens gennem udvikling af nye nationale kliniske retningslinjer på udvalgte områder. Initiativet har bidraget til at styrke kvaliteten i behandlingen af mennesker med demens og skabe et fælles fagligt sprog og retning på tværs af sektorer gennem udvikling og udgivelse af nationale kliniske retningslinjer, hvor af flere, indenfor perioden, er erstattet af nationale kliniske anbefalinger.[89] Retningslinjerne omfatter diagnostik, forebyggelse og behandling ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer (NKA) samt diagnostik af mild cognitive impairment og demens (NKR), og national klinisk retningslinje for medicin og demens. Førstnævnte retningslinje understreger en personcentreret tilgang, hvor medicinske tiltag, herunder antipsykotika, ikke bør være førstevalg.[90] SundK overtager fremadrettet arbejdet med udvikling af kliniske retningslinjer.[91]

Initiativ 5

Et fagligt løft og en styrket tværsektoriel indsats for at nedbringe forbruget af antipsykotika

Initiativet havde til formål at halvere forbruget af antipsykotika til mennesker med demens frem mod 2025. Efterfølgende er der gennem SSA-aftaler iværksat en række relaterede initiativer, som har videreført og udbygget indsatsen. Samlet set har det oprindelige initiativ og de efterfølgende SSA-finansierede initiativer bidraget til et skifte i praksis mod personcentreret omsorg samt en mere systematisk tilgang til at reducere brugen af antipsykotika til mennesker med demens. Dette er blandt andet understøttet gennem monitorering og datafeedback, nationale kliniske anbefalinger, praksisnære kompetenceløft samt klynge- og praksispakker til almen praksis,[92] og etableringen rejsehold, samt etableringen af en national alliance for at nedbringe forbruget af antipsykotika[93,94] Initiativet har bidraget til et fagligt løft og flere handlemuligheder med non-farmakologiske metoder samt øget trivsel blandt borgere, der er trappet ud af antipsykotika.

De centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, peger på fortsatte udfordringer i form af kapacitetspres, en overvejende farmakologisk frem for helhedsorienteret tilgang samt en sen opstart af projekter i almen praksis og sen etablering af den nationale alliance, hvilket kan have begrænset mulighederne for implementering.[95]

89 Sundhedsstyrelsen. (2025). *Nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer; strukturerede og målrettede interventioner samt brug af antipsykotika*, https://www.sst.dk/media/keuh0hsi/1-nka-mennesker-med-demens-med-adfardsmaessige-og-psykiske-symptomer.pdf, besøgt 8. februar 2026.

90 Retningslinjerne fra 2018–2019 er i 2025 blevet opdateret og erstattet af *Nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer*.

91 Retningslinjerne fra 2018–2019 er i 2025 blevet opdateret og erstattet af *Nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer*.

92 Kvalitet i Almen Praksis. (2026). Pakketilbud. https://www.kiap.dk/pakketilbud

93 Sundhedsstyrelsen & PwC. (2024). *Evaluering af Demensrejseholdet – slutevaluering*, https://www.sst.dk/media/4n2lh5ar/pwc_sst_evaluering-af-demensrejseholdet_slutevaluering.pdf, besøgt 10. februar 2026

94 Sundhedsstyrelsen. (2026). National alliance til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens. Hentet 23. september 2026 fra https://www.sst.dk/national-alliance

95 Sundhedsstyrelsen & PwC. (2024). *Evaluering af Demensrejseholdet – slutevaluering*, https://www.sst.dk/media/4n2lh5ar/pwc_sst_evaluering-af-demensrejseholdet_slutevaluering.pdf, besøgt 10. februar 2026

Initiativ 6

Nationale anbefalinger for tværsektorielle forløb

Initiativ 6 havde til formål at styrke sammenhængen og kvaliteten i indsatsen for mennesker med demens gennem udarbejdelse af nationale anbefalinger for optimale tværsektorielle og tværfaglige forløb. Initiativet har bidraget til at etablere en fælles national referenceramme for den tværsektorielle og tværfaglige indsats for mennesker med demens gennem udarbejdelse af nationale anbefalinger for sammenhængende forløb.[96] De centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, peger dog på, at der ikke har været stillet krav til implementeringen af anbefalingerne, at implementeringen har været ujævn på tværs af landet, og at der fortsat er behov for mere strukturerede og ensartede forløbsrammer med tydelige roller og ansvar. De efterlyser tydeligere forpligtende nationale standarder, som kan understøtte en mere systematisk og sammenhængende indsats på tværs af sektorer.[97]

Samlede læringspunkter fra fokusområde 1

Fokusområdet har samlet set bidraget til at styrke kvaliteten i den tidlige opsporing, udredning og behandling af demens gennem udvikling af redskaber, nationale anbefalinger og en styrket organisering af udredningen. Indsatserne har understøttet et fælles fagligt grundlag, tydeliggjort roller på tværs af sektorer og sat øget fokus på effekten af personcentret omsorg og reduktion af antipsykotika. Erfaringerne fra initiativer under dette fokusområde peger imidlertid på, at implementeringen af indsatserne har været ujævn på tværs af kommuner og regioner. Der ses fortsat udfordringer med kapacitet, herunder pres på personaleressourcer og ventetider, ligesom der er variation i organisering og praksis. De centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, fremhæver behov for styrket koordinering i overgange mellem sektorer – fra almenmedicinske tilbud til hospitalsudredning og videre til kommunal opfølgning og støtte – samt i samarbejdet mellem faggrupper for at sikre mere sammenhængende og tydeligt forankrede demensforløb.

96 Sundhedsstyrelsen. (2018). Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. Sundhedsstyrelsen Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens | Sundhedsstyrelsen

97 Se bilag 2

Fokusområde 2
Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering

Fokusområde 2 havde til formål at omsætte viden til praksis og styrke kvaliteten i de social- og sundhedsfaglige indsatser gennem hele sygdomsforløbet – fra tidlige rehabiliterende tilbud til pleje og palliation. Initiativerne omfattede udvikling af vidensbaserede håndbøger, styrkelse af tilbud om fysisk træning og aktivitet samt justering af rammerne for magtanvendelse og behandling.[98] Samlet var sigtet at understøtte en mere sammenhængende, fagligt funderet og værdig indsats på tværs af sektorer.[99]

Gennemgang af de centrale bidrag til demensindsatsen for fokusområde 2:

Initiativ 7
Håndbøger med vidensbaserede anbefalinger

Initiativ 7 havde til formål at styrke den social- og sundhedsfaglige praksis på demensområdet gennem udvikling af håndbøger med vidensbaserede anbefalinger. Initiativet har bidraget til at styrke den faglige praksis gennem udvikling af håndbøger om blandt andet faglig ledelse, personcentreret omsorg, palliation, håndtering af adfærdsmæssige og psykiske symptomer, seksualitet samt nedbringelse af antipsykotisk medicin.[100] Håndbøgerne har understøttet et fælles fagligt fundament på tværs af sektorer. Håndbøgernes budskaber og modeller er desuden indarbejdet i undervisningsmateriale og grundbøger på social- og sundhedsuddannelserne.

Initiativ 8
Flere og bedre tilbud om fysisk træning og aktivitet

Initiativ 8 havde til formål at styrke og udbrede tilbud om fysisk træning og aktivitet til mennesker med demens. Initiativet har bidraget til at styrke og udbrede kommunale trænings- og aktivitetstilbud til mennesker med demens gennem udvikling og implementering af en træningsguide med en række materialer.[101] Guiden har samlet viden om fysisk aktivitet og demens samt understøttet et fælles fagligt grundlag for non-farmakologiske indsatser og samarbejde med civilsamfundet. Initiativets erfaringsopsamling peger på positive effekter for fysisk og kognitiv funktion, men kendskab til og anvendelse af Træningsguiden varierer på tværs af kommuner, enheder og faggrupper.[102]

Initiativ 9
Serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne

Initiativ 9 havde til formål at gennemføre et serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne i serviceloven med henblik på at vurdere behovet for at gøre reglerne mere forståelige og lettere at anvende for både administrative medarbejdere og plejepersonale. Initiativet har bidraget til en revision og præcisering af servicelovens regler om magtanvendelse med henblik på at gøre dem mere forståelige og anvendelige. Revisionen har tydeliggjort demensindsatser som et særskilt reguleringsområde og understreget selvbestemmelse som et grundlæggende princip, herunder at magtanvendelse ikke må erstatte omsorg og socialpædagogisk indsats.[103,104]

98 Fokusområde 2 omfatter demenshandlingsplanens initiativ 7, 8, 9 og 10

99 Sundheds- og Ældreministeriet. (2016). Den nationale demenshandlingsplan 2025

100 Sundhedsstyrelsen. (2024). *Demenshåndbøger*, https://www.sst.dk/vidensbase/sygdomme-og-behandling/demens/demenshaandboeger

101 Sundhedsstyrelsen. (2021). *Træningsguide for mennesker med demens (kort udgave)*, https://www.sst.dk/media/dwrf2g0e/traeningsguide-for-mennesker-med-demens_kort_.pdf

102 Sundhedsstyrelsen. (2025). *Fysisk aktivitet – demens breddekortlægning*, https://www.sst.dk/media/jtgh35wj/fysisk-aktivitet-demens-breddekortlaegning.pdf

103 Social- og Boligministeriet. (2019). *Lov om ændring af lov om social service, lov om almene boliger m.v., lov om leje af almene boliger og forskellige andre love* (Lov nr. 498 af 1. maj 2019), https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/498

104 Social- og Boligministeriet. (2019). *Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper*, https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/10148, besøgt 9. februar 2026

Initiativ 10
Bedre mulighed for behandling af varigt inhabile patienter

Initiativ 10 havde til formål at styrke mulighederne for at yde nødvendig somatisk behandling til varigt inhabile patienter,[105] herunder personer med demens, som modsætter sig nødvendig behandling. Formålet var at skabe et tydeligere lovgrundlag, der kunne sikre omsorg og behandling af hensyn til patientens sundhed og helbred, selv i situationer hvor vedkommende ikke er i stand til at give informeret samtykke og afviser behandlingen. Initiativet har bidraget til at skabe et tydeligere lovgrundlag for anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile patienter, herunder personer med demens, der modsætter sig behandling. Med lovens ikrafttræden 1. januar 2018 er der fastlagt klare procedurer, dokumentationskrav og krav om efterprøvelse. Loven har reduceret retlig og faglig usikkerhed og fastlagt, at tvang kun kan anvendes, når mindre indgribende tiltag ikke er tilstrækkelige.[106]

Samlede læringspunkter fra fokusområde 2

Fokusområdet har samlet set bidraget til at styrke det faglige grundlag for pleje og omsorg på demensområdet. Udviklingen af demenshåndbøger og materialer om fysisk træning har bidraget til et fælles fagligt fundament og understøttet non-farmakologiske tilgange, mens serviceeftersynet af magtanvendelsesreglerne og lovgivningen om tvang ved somatisk behandling har tydeliggjort rammerne for magtanvendelse og behandling af varigt inhabile patienter.

Vurderingen blandt de centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen er, at nye rammer og materialer ikke i sig selv sikrer ensartet kvalitet. Anvendelsen afhænger af lokal ledelsesforankring, faglige kompetencer og mulighederne for løbende sparring i praksis. De peger derfor på et fortsat behov for implementeringsstøtte, kompetenceudvikling og tværfaglig refleksion for at omsætte intentionerne til en mere ensartet praksis med høj, faglig kvalitet. Samtidig fremhæver de betydningen af lokale nøglefunktioner, herunder demenskonsulenter og -koordinatorer, som kan bidrage til at forankre viden, understøtte faglig udvikling og skabe sammenhæng mellem nationale initiativer og den daglige praksis.

105 Varigt inhabil: Betegnelse for en patient, der på grund af varig nedsat mental funktion (fx demens eller hjerneskade) ikke er i stand til at forstå information og give informeret samtykke til behandling.

106 Indenrigs- og Boligministeriet. (2019). *Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile* (Lovbekendtgørelse nr. 126 af 27. januar 2019), https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/498, besøgt 9. februar

Fokusområde 3
Støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens

Fokusområde 3 havde som samlet sigte at styrke inddragelse, anerkendelse og støtte til pårørende til mennesker med demens.[107] Fokusområdet skulle forebygge psykisk og fysisk belastning og sikre meningsfulde og fleksible tilbud til gavn for både mennesket med demens og nære pårørende. Fokusområdets initiativer omfattede udvikling og udbredelse af undervisnings-, rådgivnings- og aflastningstilbud samt en styrkelse af kvalitet og ensartethed i dag-, aktivitets- og aflastningstilbud på tværs af kommuner, herunder med opmærksomhed på yngre med demens.

Gennemgang af de centrale bidrag til demensindsatsen for fokusområde 3:

Initiativ 11

Udvikling og udbredelse af en national værktøjskasse med patient- og pårørendekurser

Demenshandlingsplanen lægger vægt på, at demenssygdom ikke alene påvirker den enkelte borger, men også de nærmeste pårørende, som ofte har behov for støtte og vejledning. Formålet med initiativ 11 var at udvikle og udbrede en national værktøjskasse med patient- og pårørendekurser med henblik på at understøtte kvalitet og en mere ensartet indsats på tværs af kommuner. Initiativet havde fokus på den tidlige indsats efter diagnosen og på at styrke adgang til relevant viden for mennesker med demens og deres pårørende. Initiativet har bidraget til udvikling af Værktøjskassen – støtte til et liv ved demens ved NVD, et koncept til fagpersoner der skal undervise, støtte og rådgive mennesker med demens og pårørende. Ifølge NVD er arbejdet med implementering og kompetenceudvikling i 30 kommuner i gang og flere kommuner har videreført aktiviteterne i drift. Erfaringer og evalueringer peger på, at initiativet har understøttet en mere systematisk indsats og bidraget til et oplevet kvalitetsløft i tilbuddene. En række kommuner har videreført aktiviteterne i ordinær drift.[108,109]

Initiativ 12

Flere og mere meningsfulde dag- og aflastningstilbud samt støtte til yngre med demens

Initiativ 12 havde til formål at styrke kvaliteten, fleksibiliteten og meningsfuldheden i dag- og aflastningstilbud til mennesker med demens samt at forbedre mulighederne for afløsning i hjemmet. Erfaringerne fra projekterne under initiativet peger på, at projekterne har bidraget til øget kvalitet, fleksibilitet og meningsfuldhed i tilbudene samt forbedrede muligheder for afløsning i hjemmet, herunder med særlig opmærksomhed på yngre med demens.[110] Projekterne har understøttet fællesskab, tryghed og aflastning for pårørende samt bidraget med viden om målretning til yngre med demens,[111,112] Imidlertid fremhæves rekruttering af deltagere til aktiviteterne og transport som væsentlige udfordringer, og der peges på risiko for begrænset forankring og systematisk udbredelse på tværs af landet ved pulje- og projektbaseret organisering.[113,114] Det er således vanskeligt at vurdere omfanget og variationen af tilbud på tværs af kommunerne.

107 Fokusområde 3 omfatter demenshandlingsplanens initiativ 11, 12 og 13

108 Nationalt Videnscenter for Demens. (2023), Idékatalog – *Værktøjskassen: støtte til et liv med demens* (15 kommuners erfaringer med implementering 2020–2022), https://videnscenterfordemens.dk/sites/default/files/inline-files/Idekatalog_vaerktoejskassen_2023_WEB_FINAL_enkelt.pdf

109 Nationalt Videnscenter for Demens. (2025). *Viden og metoder*, https://videnscenterfordemens.dk/da/viden-og-metoder,

110 Sundhedsstyrelsen. (2024). *Afløsning og aflastning til mennesker med demens*, https://www.sst.dk/media/t5dnilsg/afloesningogaflastningtilmenneskermeddemens.pdf

111 Sundhedsstyrelsen. (2020). *Skab meningsfulde og aflastende tilbud for yngre borgere med demens og deres pårørende (erfaringsopsamling)*, https://www.sst.dk/media/zrxi54aa/skab-meningsfulde-og-aflastende-tilbud-for-yngre-borgere-med-demens-og-deres-paaroerende.pdf

112 Sundhedsstyrelsen. (2024). *Afløsning og aflastning til mennesker med demens*, https://www.sst.dk/media/t5dnilsg/afloesningogaflastningtilmenneskermeddemens.pdf, besøgt 9. februar 2026

113 Sundhedsstyrelsen. (2020). *Skab meningsfulde og aflastende tilbud for yngre borgere med demens og deres pårørende (erfaringsopsamling)*, https://www.sst.dk/media/zrxi54aa/skab-meningsfulde-og-aflastende-tilbud-for-yngre-borgere-med-demens-og-deres-paaroerende.pdf

114 Sundhedsstyrelsen. (2024). *Afløsning og aflastning til mennesker med demens*, https://www.sst.dk/media/t5dnilsg/afloesningogaflastningtilmenneskermeddemens.pdf

Initiativ 13

Rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende

Initiativ 13 havde til formål at styrke støtten til mennesker med demens og deres pårørende gennem etablering af rådgivnings- og aktivitetscentre med et fælles nationalt koncept. Erfaringsopsamlingerne fra initiativet peger på, at etableringen af 13 rådgivnings- og aktivitetscentre har bidraget til styrket støtte til mennesker med demens og deres pårørende gennem uvisiterede og fleksible tilbud med rådgivning, aktiviteter og fællesskab med ligestillede. Initiativets evalueringer viser høj brugertilfredshed og beskriver centrene som et holdepunkt for mennesker med demens og et frirum for pårørende. Rådgivnings- og aktivitetscentre har samtidig bidraget til øget opmærksomhed på tidlig indsats og til et mere fælles fagligt udgangspunkt på tværs af aktører.[115,116,117]

Imidlertid peger erfaringerne på udfordringer med rekruttering, transport og tværkommunal organisering. Erfaringerne fra initiativet peger desuden på de forankringsmæssige udfordringer, der kan være forbundet med projekt- og puljebaseret finansiering, idet kun tre centre blev videreført efter puljens ophør (i form af de deltagende kommunernes overtagelse heraf), og det derfor er uklart i hvilket omfang, der fortsat tilbydes rådgivning og aktiviteter på tværs af kommunerne til borgere og pårørende særligt i den tidlige fase af demensforløbet.[118,119]

Samlede læringspunkter fra fokusområde 3

Fokusområdet har samlet set bidraget til at styrke støtten til mennesker med demens og deres pårørende efter diagnosen. Værktøjskassen – støtte til et liv med demens, dag- og aflastningstilbuddene samt rådgivnings- og aktivitetscentrene har bidraget til øget kvalitet, fælles fagligt grundlag og høj brugertilfredshed. Indsatserne har understøttet fællesskab, reduceret oplevet isolation og givet pårørende et frirum, og flere kommuner har videreført aktiviteter i drift.

De centrale aktører, som har bidraget til erfaringsopsamlingen, fremhæver, at erfaringerne med dag- og aflastningstilbud og rådgivnings- og aktivitetscentre viser, at puljebaseret finansiering generelt ikke understøtter en varig forankring, og at rekruttering, transport og kommunegrænser påvirker adgangen til tilbud. Det er således vanskeligt at vurdere det aktuelle omfang og variationen af rådgivning og tilbud på tværs af kommunerne. Samlet peges der på behov for mere strukturel og økonomisk forankring samt mere ensartede rammer, hvis man vil øge bæredygtige og mere ensartet tilgængelige tilbud til mennesker med demens og deres pårørende på tværs af landet.

115 Sundhedsstyrelsen. (2024). *Erfaringer fra puljen om rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende*, https://www.sst.dk/media/hmgbooai/erfaringsopsamling-_rac.pdf

116 Sundhedsstyrelsen. (2019). *Evaluering af puljen "Rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende, herunder yngre med demens" – Inspirationskatalog*, https://www.sst.dk/media/003l2ut3/eval-pulje-raadg-og-aktivitetscentre-demens-inspirationskatalog.pdf

117 Sundhedsstyrelsen. (2019). *Evaluering af puljen "Rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende" – Erfaringsopsamling*, https://www.sst.dk/media/tyqdz1k0/eval-pulje-raadg-og-aktivitetscentre-demens-erfaringsopsamling.pdf

118 Sundhedsstyrelsen. (2024). *Erfaringer fra puljen om rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende*, https://www.sst.dk/media/hmgbooai/erfaringsopsamling-_rac.pdf,

119 Sundhedsstyrelsen. (2019). *Evaluering af puljen "Rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende, herunder yngre med demens" – Inspirationskatalog*, https://www.sst.dk/media/003l2ut3/eval-pulje-raadg-og-aktivitetscentre-demens-inspirationskatalog.pdf

Fokusområde 4
Demensvenlige samfund og boliger

Fokusområde 4 havde som samlet sigte at understøtte, at mennesker med demens og deres pårørende kan leve et trygt og aktivt hverdagsliv samt at fremme viden, åbenhed og afstigmatisering af demens i samfundet.[120] Fokusområdet rettede sig mod at øge viden om demens generelt i samfundet og mod at udvikle fysiske rammer i boliger, hospitaler og offentlige rum, som i højere grad tager højde for kognitive udfordringer.

Gennemgang af de centrale bidrag til demensindsatsen for fokusområde 4:

Initiativ 14
Lokale og landsdækkende aktiviteter for et demensvenligt samfund:

Formålet med Initiativ 14 var at støtte lokale og landsdækkende aktiviteter, der bidrager til udviklingen af et demensvenligt samfund. Initiativet omfattede tre indsatsområder: Partnerskaber, oplysningskampagner med bred forankring samt frivillige aktiviteter for mennesker med demens og deres pårørende. Initiativet har bidraget til at fremme udviklingen af et mere demensvenligt samfund gennem støtte til partnerskaber, oplysningskampagner, frivillige aktiviteter samt demenscamps til understøttelse af udviklingen af demensvenlig praksis. Initiativets projekter har haft fokus på at øge viden om demens, reducere stigmatisering og understøtte en mere demensvenlig indretning og praksis i det offentlige rum.[121]

Erfaringsopsamlingen fra initiativet peger på øget befolkningsviden om demens og udbredelse af konkrete demensvenlige fællesskaber, herunder i foreningsliv og erhverv. Dog viser erfaringsopsamlingen, at varig forankring forudsætter kobling til aktørernes kerneopgaver, ledelsesmæssig prioritering og integration i eksisterende strukturer.[122] Der foreligger imidlertid begrænset viden om den nuværende status for initiativernes udbredelse og forankring.

Initiativ 15
National ambition om demensvenlighed i alle kommuner

Initiativet har haft til formål at motivere kommunerne til at prioritere demensindsatser og omsætte demenshandlingsplanen til lokal praksis gennem en politisk opfordring og dialog. Initiativet blev gennemført som en national appel til landets borgmestre, kommunale udvalg og ældreråd og var ikke ledsaget af særskilt finansiering.[123] Vurderingen blandt de centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, er, at fraværet af en fælles og operationel definition af en demensvenlig kommune samt manglende nationale beskrivelser og kriterier har medført, at kommunerne har tilrettelagt og prioriteret indsatserne forskelligt. Det har skabt geografisk variation i tilbud og gjort udviklingen afhængig af lokale prioriteringer og ressourcer. Som følge heraf bliver demensvenlige indsatser sårbare over for ændringer i politiske og økonomiske prioriteringer.[124]

Initiativ 16
Flere demensegnede plejeboliger og omgivelser

Formålet med Initiativ 16 var at støtte kommunerne i at gøre eksisterende plejeboliger mere demensegnede med henblik på at øge trivsel og tryghed for mennesker med demens. Initiativet supplerede tidligere indsatser om ombygning og indretning af plejeboliger. Initiativet har bidraget til at styrke de fysiske rammer i de eksisterende plejeboliger, der fik puljemidler, med henblik på at øge trivsel og tryghed for mennesker med demens. Initiativets projekter omfattede blandt andet døgnrytmestyret belysning, forbedret orientering og genkendelighed, sansemæssige forbedringer samt mere hjemlig indretning af fællesarealer.[125]

Erfaringerne peger på, at arkitektoniske og miljømæssige tiltag kan give ro og understøtte orientering og selvstændighed hos mennesker med demens. Flere af de centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, fremhæver, at effekten

120 Fokusområde 4 omfatter demenshandlingsplanens initiativ 14, 15, 16 og 18

121 Sundhedsstyrelsen. (2019). *Demensvenligt samfund – Erfaringer, eksempler og ideer*, https://www.sst.dk/media/13qaiy1x/demensvenligt-samfund-erfaringer-eksempler-og-ideer.pdf

122 Sundhedsstyrelsen. (2019). *Demensvenligt samfund – Erfaringer, eksempler og ideer*, https://www.sst.dk/media/13qaiy1x/demensvenligt-samfund-erfaringer-eksempler-og-ideer.pdf

123 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2017) *Er din kommune demensvenlig?*, https://www.ism.dk/nyheder/2017/juni/er-din-kommune-demensvenlig, besøgt 9. februar 2026

124 Se bilag 2.

125 Transport-, Bygge- og Boligministeriet. (2017). *Bekendtgørelse om mærkning af demensegnede plejeboliger* (BEK nr. 1113 af 29. september 2017), https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2017/1113

af de fysiske forbedringer – eksempelvis belysning, indretning og orienteringsskabende elementer – forudsætter relevante faglige kompetencer hos personalet, herunder viden om demensvenlig indretning og personcentrerede tilgange, samt at tiltagene anvendes i sammenhæng med den pædagogiske og omsorgsmæssige praksis i hverdagen.[126]

Initiativ 17

National mærkningsordning for demensegnede boliger

Initiativ 17 skulle etablere en national standard for demensegnede boliger vedrørende fysiske og bygningsrelaterede rammer, som grundlag for bedre vurdering og sammenligning af boligers egnethed. En national standard for vurdering af demensegnede boliger er etableret gennem udvikling af en mærkningsordning med konkrete kriterier for fysiske og bygningsrelaterede rammer. Ordningen blev fastlagt ved bekendtgørelse i 2017 og gennemført som obligatorisk digital indberetning for almene plejeboliger med mulighed for frivillig tilslutning for private aktører.[127]

Ordningen operationaliserede centrale elementer som struktur, sikker færdsel, dagslys og adgang til udearealer og skabte dermed et fælles teknisk grundlag for sammenligning på tværs af kommuner. Ordningen blev ophævet pr. 1. juli 2025 pga. afbureaukratisering og videreføres således ikke som en permanent national ramme.[128]

Initiativ 18

Forsøg med demensvenlige sygehuse

Initiativ 18 er et pilotprojekt, der skulle skabe erfaringer med tiltag, der kan løfte kvaliteten af den behandling, pleje og omsorg mennesker med demens møder i sygehussektoren. Initiativet har bidraget til at afprøve og opbygge viden om, hvordan kompetencer, organisering og fysiske rammer på sygehuse kan tilpasses mennesker med demens. Pilotprojekter på tre sygehuse omfattede blandt andet kompetenceudvikling (herunder e-læring), etablering af nøglepersonsfunktion, fokus på arbejdsgange og struktureret videndeling samt fysiske tilpasninger som forbedret skiltning, støjreduktion og visuelle kontraster.[129]

Erfaringerne peger på styrket medarbejderviden, tilpasninger af arbejdsgange og øget anvendelse af non-farmakologiske tilgange.[130] Desuden fremhæves ledelsesmæssig prioritering, inddragelse af alle faggrupper og sammenhæng med den daglige drift som afgørende for varig forankring.[131,132]

Samlede læringspunkter fra fokusområde 4

Fokusområde 4 har samlet set bidraget til at understøtte udviklingen af et mere demensvenligt samfund gennem partnerskaber, oplysningsindsatser og mobilisering af aktører på tværs af sektorer. Indsatserne har øget befolkningens viden om demens og understøttet etablering af demensvenlige fællesskaber og lokale strategier. På bolig- og sygehusområdet har initiativerne styrket de fysiske rammer, skabt fælles vurderingsgrundlag og bidraget til kompetenceløft og ændret praksis.

De centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, peger på, at fraværet af en fælles national retning for arbejdet med demensvenlighed har bidraget til geografisk variation i udviklingen af indsatserne. Samtidig har finansieringen i høj grad været puljebaseret og dermed afhængig af lokale prioriteringer, hvilket i flere tilfælde har gjort indsatserne sårbare i forhold til varig forankring.

126 Bilag 2.

127 Transport-, Bygge- og Boligministeriet. (2017). *Bekendtgørelse om mærkning af demensegnede plejeboliger* (BEK nr. 1113 af 29. september 2017), https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2017/1113

128 Transport-, Bygge- og Boligministeriet. (2017). *Bekendtgørelse om mærkning af demensegnede plejeboliger* (BEK nr. 1113 af 29. september 2017), https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2017/1113

129 Nationalt Videnscenter for Demens. (2020). *Idékatalog – Demensvenlige sygehuse: Sikkerhed og tryghed for patienter med demens*, https://www.regioner.dk/media/12904/idekatalog_demensvenlige-sygehuse.pdf

130 Nationalt Videnscenter for Demens. (2020). Idékatalog – *Demensvenlige sygehuse: Sikkerhed og tryghed for patienter med demens*, https://www.regioner.dk/media/12904/idekatalog_demensvenlige-sygehuse.pdf

131 Odense Universitetshospital (OUH). (2021). *Demensvenligt Sygehus – Patientvenligt for alle (formidlingsrapport)*, https://www.ouh.dk/media/m2cjpnw3/demensvenligt_sygehus_formidlingsrapport.pdf

132 Nationalt Videnscenter for Demens. (2020). Idékatalog – *Demensvenlige sygehuse: Sikkerhed og tryghed for patienter med demens*, https://www.regioner.dk/media/12904/idekatalog_demensvenlige-sygehuse.pdf

Fokusområde 5
Øget videns- og kompetenceniveau

Fokusområde 5 havde som samlet formål at styrke det faglige grundlag for demensindsatsen gennem mere forskning, bedre anvendelse af data og målrettet kompetenceudvikling af medarbejdere. Fokusområdet skulle sikre, at ny viden om demens bliver udviklet, delt og omsat i praksis i kommuner, almen praksis og på hospitaler.

Initiativ 19
Ny national forskningsstrategi på demensområdet

Initiativ 19 havde til formål at styrke og målrette forskningsindsatsen på demensområdet gennem udarbejdelsen af en ny national forskningsstrategi samt støtte til ny forskning. Initiativet har bidraget til at sætte retning for forskningen gennem udarbejdelsen af forskningsstrategien Forskning til gavn for mennesker med demens og deres pårørende samt finansiering af fem erhvervs-ph.d.-projekter, der har haft fokus på blandt andet demensvenligt byggeri, tidlig opsporing, hverdagsliv og livskvalitet og er gennemført i samarbejde mellem forskningsinstitutioner, kommuner, regioner og private aktører.

Der har ikke været afsat særskilte midler til implementering af strategiens samlede anbefalinger, og realiseringen har derfor været afhængig af ekstern finansiering og eksisterende programmer.[133]

Initiativ 20
Permanentgørelse af Nationalt Videnscenter for Demens

Formålet med Initiativ 20 var at sikre Nationalt Videnscenter for Demens (NVD) et permanent grundlag for sine aktiviteter som led i målsætningen om styrket viden og forskning på demensområdet. Initiativet har bidraget til at sikre et varigt nationalt videns- og koordinationspunkt på demensområdet gennem permanentgørelsen af NVD. Med en fast årlig bevilling fra 2020 er centrets arbejde med at styrke og koordinere sundhedsfaglig forskning samt systematisk vidensspredning og formidling blevet konsolideret.

NVD fungerer som national ressource og driver centrale videns- og kompetenceindsatser, tværsektorielt og tværfagligt, herunder fx vidensportalen videnscenterfordemens.dk, e-læringskonceptet ABC Demens samt udarbejdelse af anbefalinger og læringsmateriale, og udbud af kurser og konferencer. På forskningsområdet driver NVD forskning og skaber derved ny viden og bidrager til at kvalificere data på demensområdet.[134]

Initiativ 21
Videreudvikling af Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem)

Formålet med Initiativ 21 var at styrke datafundamentet på demensområdet ved at videreudvikle Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem) mod en tværsektoriel kvalitetsdatabase, der kan monitorere kvaliteten i demensforløb på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner. Midlerne blev udmøntet efter en fordelingsnøgle dels til kommunerne via bloktilskuddet og dels til de praktiserende læger gennem overenskomsten. Midlerne skulle understøtte arbejdet i kommunerne og almen praksis med afklaring af relevante indikatorer og data til brug for databasen.[135]

Initiativet er ikke blevet realiseret som forudsat i demenshandlingsplanen. Enkelte nye indikatorer er tilføjet i perioden, men databasen monitorerer fortsat udelukkende ambulante udredningsforløb på de specialiserede udredningsenheder, og ambitionen om en fuldt tværsektoriel database med systematiske data også fra almen praksis er ikke realiseret.

133 Sundhedsstyrelsen. (2018). *National forskningsstrategi for demens 2025 – Forskning til gavn for mennesker med demens og deres pårørende*. Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/media/kmihvs4o/national-research-strategy-on-dementia-2025_final.pdf

134 Nationalt Videnscenter for Demens. (2024). *Annual Report 2024*, https://videnscenterfordemens.dk/sites/default/files/paragraph/field_files/Annual_report_2024_web_FINAL_0.pdf

135 Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. (2025). *DanDem Årsrapport 2024: National årsrapport 1. januar – 31. december 2024* (Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens), https://www.sundk.dk/media/ibhhipdq/dandem_aarsrapport-2024_offentliggjort_version.pdf, besøgt 9. februar 2026

Initiativ 22

Praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner

Formålet med Initiativ 22 var at understøtte et landsdækkende kompetenceløft blandt medarbejdere og ledere i kommuner og regioner med henblik på at styrke kvaliteten i behandling, pleje og omsorg for mennesker med demens. Initiativet har bidraget til et landsdækkende kompetenceløft med henblik på at styrke kvaliteten i behandling, pleje og omsorg for mennesker med demens. Indsatsen har omfattet 56 puljestøttede projekter samt forløb med Sundhedsstyrelsens Demensrejsehold i 45 forskellige kommuner. Et centralt element har været praksisnær læring koblet med organisationsudvikling, blandt andet gennem aktionslæring, beboerkonferencer og systematisk refleksion. Samtidig har der været fokus på at forankre arbejdet i lokale ledelses- og kvalitetssystemer. ABC Demens har desuden fungeret som et fælles nationalt læringsgrundlag.[136]

Initiativet har bidraget til øget faglig systematik, styrket dokumentation og større anvendelse af non-farmakologiske tilgange. Erfaringerne peger på, at varig effekt forudsætter tæt kobling mellem kompetenceudvikling, ledelsesmæssig prioritering og den daglige drift.[137]

Initiativ 23

Uddeling af årets demenspris

Initiativet har haft til formål at anerkende og synliggøre fagligt kvalificerede indsatser på demensområdet gennem en årlig medarbejder- og pårørendepris. Initiativet bidrager til øget opmærksomhed på området og fremhæver eksempler på god praksis, engagement og faglig udvikling. Prisen er uddelt årligt siden 2017.

Samlede læringspunkter fra fokusområde 5

Fokusområde 5 har samlet set bidraget til at styrke det nationale videns-, data- og kompetencegrundlag på demensområdet. Forskningsstrategien har sat en fælles retning for forskningen, mens permanentgørelsen af Nationalt Videnscenter for Demens har konsolideret en central national videns- og koordineringsfunktion på tværs af regioner, almen praksis og kommuner samt mellem sundheds- og ældreområdet. Fokusområdet har samtidig bidraget til et landsdækkende kompetenceløft gennem initiativer som Demensrejseholdet og ABC Demens, der har understøttet øget faglig systematik i både behandling og pleje og anvendelse af non-farmakologiske tilgange i praksis.

Erfaringerne peger imidlertid også på, at forskning, data og kvalitetsudvikling fortsat kræver tydelige rammer og tilstrækkelige ressourcer – herunder bedre muligheder for at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling på tværs af regionerne og kommunerne og styrke koblingen mellem forskning, data og praksis. Ambitionen om en fuldt tværsektoriel database er endnu ikke realiseret. Samlet peges der derfor på behov for at videreudvikle samarbejdet om etablering og anvendelse af fælles data, styrke rammerne for datadreven kvalitetsudvikling især i kommunerne og sikre en mere varig forankring af nationale videns- og kompetenceindsatser.

136 ABC Demens er et nationalt e-læringskoncept udviklet af Nationalt Videnscenter for Demens. Konceptet består af praksisnære undervisningsforløb målrettet medarbejdere i kommuner og regioner og har til formål at styrke grundlæggende og specialiserede kompetencer på demensområdet gennem fælles fagligt indhold og refleksion i praksis.

137 Sundhedsstyrelsen. (2024). *Monitorering af praksisnært kompetenceløft – rapport*, https://www.sst.dk/media/oykpozsx/rapport_monitorering-af-praksisnaert-kompetenceloeft.pdf


BASIL

Perspektiver for den fremtidige demensindsats

Vurderingen blandt de centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, er, at handlingsplanen har bidraget til et væsentligt løft af demensområdet. Dette er underbygget af status på opnåelsen af de tre nationale mål samt opsamlingen på initiativerne under fokusområderne. Handlingsplanen har således bidraget til nye erfaringer, metoder og tilbud, som har styrket kvaliteten i udredning, behandling, pleje og støtte til mennesker med demens og deres pårørende.

Samtidig peger opsamlingen på et potentiale for fortsat at udvikle og fremtidssikre demensindsatsen i lyset af den demografiske udvikling, nye muligheder inden for diagnostik og behandling samt ændringer på sundheds- og ældreområdet. Ældre- og sundhedsreformerne[138,139] fra 2024 udgør centrale rammer for det videre arbejde med blandt andet at styrke indsatser tæt på borgeren, begrænse unødige overgange og øge kontinuiteten i forløbene.

Aftalen om sundhedsreformen har som overordnet ambition at skabe et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen gennem en styrkelse af det primære sundhedsvæsen og etablering af sundhedsråd som et centralt element for tværsektoriel koordinering og planlægning. Reformen indebærer en gradvis ændring i opgavevaretagelsen, hvor flere indsatser skal varetages tættere på borgerens hverdag. Med et styrket primært sundhedsvæsen vil en større del af udredning, opfølgning og forløbskoordination ske uden for sygehusene og med færre skift i behandlingsansvar. Samtidig får sygehusene og de specialiserede funktioner en mere udadvendt rolle, hvor viden, rådgivning og sparring i højere grad stilles til rådighed for almenmedicinske tilbud og kommunale indsatser. Almenmedicinske tilbud får en tydelig rolle i udredningsarbejdet, og der lægges op til at tilbyde patienten at orientere kommunen, herunder demenskoordinationsfunktionen, om udredningen, mens den pågår. Det indebærer, at almenmedicinske tilbud i stigende grad vil være en vigtig indgang til demensindsatsen for både kommunale tilbud og regionale udredningsenheder.[140]

Demens medfører behov for helhedsorienterede sundhedsfaglige, sociale og plejefaglige indsatser. Demensindsatsen indgår derfor i en lovgivningsmæssig ramme på tværs af sundhedsloven, ældreloven og serviceloven. Ældreloven og udviklingen af ældreområdet tager udgangspunkt i værdierne selvbestemmelse, tillid og et tæt samspil mellem den ældre, pårørende og medarbejdere samt samspil med lokale fællesskaber og civilsamfund i helhedsplejen. Set i sammenhæng med sundhedsreformen sætter det fokus på betydningen af, at støtte, pleje, behandling og rehabilitering planlægges ud fra borgerens samlede situation og ikke opleves som adskilte indsatser.

Med afsæt i erfaringsopsamlingens fund præsenterer kapitlet tre tilgange og seks indbyrdes afhængige temaer, som belyser centrale perspektiver for den fremtidige demensindsats.

138 Regeringen. (2024). *Du bliver aldrig for gammel til at bestemme over dit eget liv: Regeringens udspil til en ældrereform.* https://regeringen.dk/media/ec0nhyiw/regeringens_aeldreudspil_jan2024.pdf

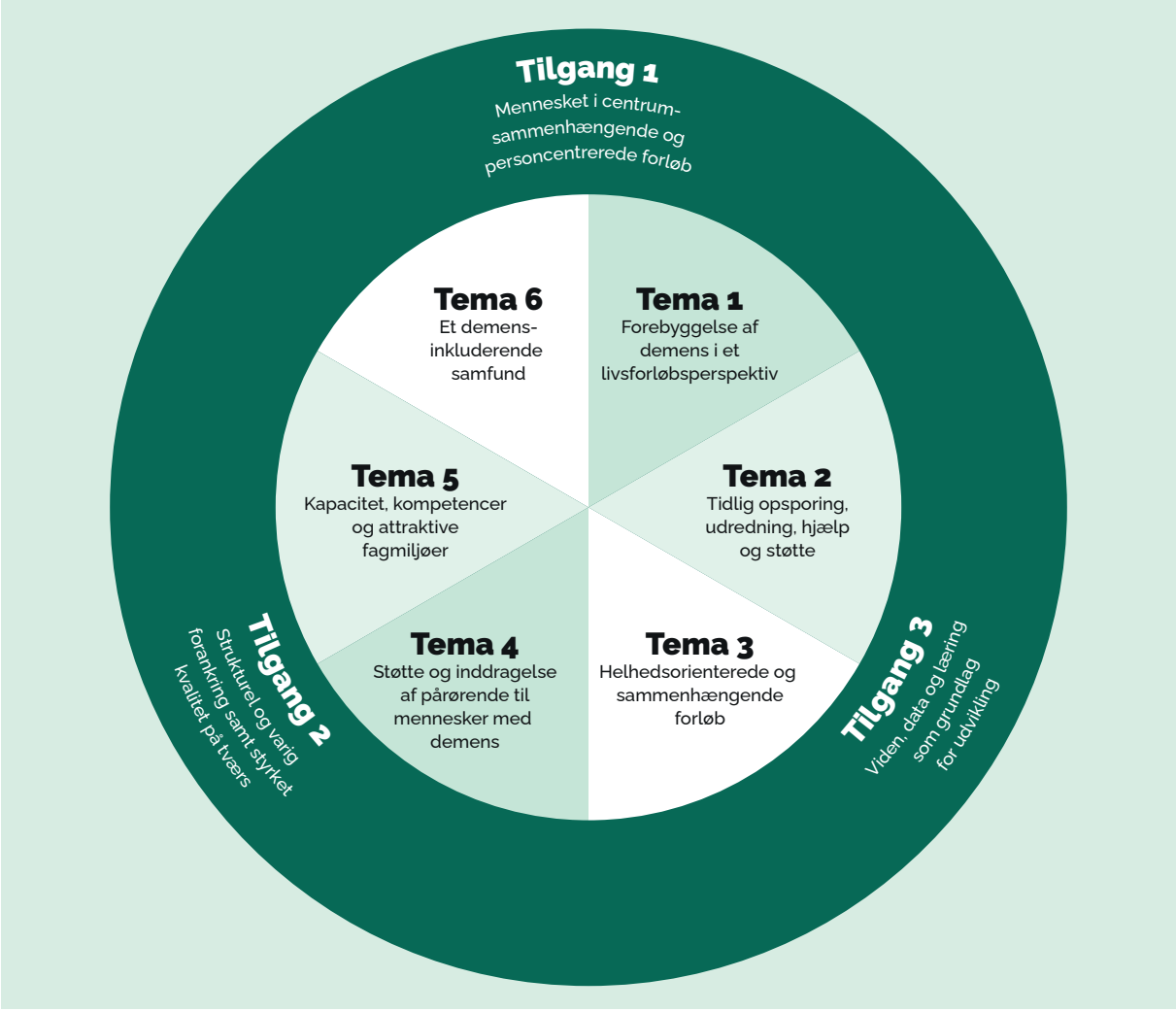
139 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024). *Aftale om sundhedsreform.* Aftale om sundhedsreform 2024 vers. 2-04.02.2025.pdf

140 Sundhedsstyrelsen (2025) *Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens,* https://www.sst.dk/media/neopiqvf/faglige-anbefalinger-til-organisering-af-udredning-af-demens.pdf

Tilgangene og temaerne peger på centrale nationale behov og mulige udviklingsområder efter demenshandlingsplanens udløb. De er ikke konkrete anbefalinger, men perspektiver, der kan bidrage til en fælles forståelse af, hvor der fremover kan være relevante opmærksomhedspunkter.

Fælles for både tilgange og temaer er det overordnede mål, at mennesker med demens kan bevare den højest mulige livskvalitet hele livet, og at hjælpen kan gives til rette tid på rette niveau, tæt på hverdagen og med adgang til specialiseret viden ved behov.

Figur 11 Oversigt over identificerede tilgange og temaer



Tilgange i den fremtidige demensindsats

Tilgang 1

Mennesket i centrum – sammenhængende og personcentrede forløb

En personcentreret tilgang tager udgangspunkt i det enkelte menneskes behov, ressourcer, ønsker og perspektiver gennem hele sygdomsforløbet og kan bidrage til at understøtte aktivitet, livskvalitet, tryghed og selvbestemmelse længst muligt.

Mennesker med en kognitiv funktionsnedsættelse eller demens har behov, som ændrer sig over tid. Indsatsen må derfor tilpasses den enkelte og løbende justeres i takt med sygdomsforløbet. En tæt inddragelse af pårørende og relevante fagpersoner kan understøtte, at den enkelte får den nødvendige støtte på rette tidspunkt og niveau – fra de første tegn på kognitive udfordringer til tiden efter en eventuel demensdiagnose.

FCentrale aktører peger på, at fælles faglige rammer og tydelige forventninger til kvalitet kan understøtte ensartede tilbud på tværs af landet.

Aktørerne i erfaringsopsamlingen peger på behov for tydeligere roller, ansvar og samarbejde om opsporing, udredning, opfølgning og støtte. Det kan styrke sammenhængen i forløbene, den systematiske inddragelse af mennesker med demens og deres pårørende samt samarbejdet på tværs af sektorer.

Fælles rammer bør samtidig kunne tilpasses lokale forhold og understøtte en bæredygtig implementering i kommuner og regioner. Desuden bør relevant information og faglig viden følge borgeren på tværs af sektorer for at styrke kontinuiteten og begrænse unødige overgange.

Tilgang 2

Strukturel og varig forankring samt styrket kvalitet på tværs

Demens har omfattende konsekvenser for hverdagslivet og kræver tæt og vedvarende samarbejde mellem kommuner, regioner og almenmedicinske tilbud. De centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, peger derfor på behovet for en mere strukturel og langsigtet tilgang i en fremtidig national indsats på demensområdet. Aktørerne peger fx på, at en pulje- og projekttilgang ofte giver lavere forankring i de ordinære driftsstrukturer. Endelig vurderer aktørerne, at færre og større indsatser kan give bedre forudsætninger for systematisk implementering på tværs af kommuner og regioner og styrke sammenhængen mellem udvikling, implementering og drift.

Flere aktører peger på, at en strukturel og langsigtet tilgang kan styrke mulighederne for at fastholde og videreudvikle virksomme indsatser, kompetencer og samarbejder i den daglige drift. Samtidig fremhæver nogle aktører, at stabile faglige rammer ka understøtte kvalitet og lighed i indsatsen samt skabe bedre forudsætninger for langsigtet planlægning og løbende kvalitetsudvikling på tværs af landet..



Tilgang 3

Viden, data og læring som grundlag for udvikling

Et stærkt videns- og datagrundlag kan skabe indsigt i udviklingen på området og understøtte læring, prioritering og kvalitetsudvikling på tværs af sektorer og aktører og bidrage til mere sammenhængende forløb, øget tryghed og kontinuitet for mennesker med demens og deres pårørende. Et fælles datagrundlag kan samtidig understøtte, at relevante oplysninger og viden følger borgeren på tværs af indsatser og sektorer.

De centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, fremhæver indikatorer for god udredning, demensbehandling og -pleje. De fremhæver desuden fælles tilgange til dokumentation, opfølgning og anvendelse af data - fx i form af validerede redskaber til tidlig opsporing (såsom BASIC-Q og BASIC) og redskaber til systematisk vurdering af skrøbelighed og funktionsevne, der skal deles på tværs af sektorer og indsatser. Dette er særligt relevant, når flere indsatser skal tilrettelægges tæt på borgerens hverdag med mulighed for adgang til specialiseret viden og opfølgning ved behov. Det aktualiseres af, at det i dag er vanskeligt at vurdere variation i og omfang af indsatser målrettet borgere med demens på tværs af landet.

Viden fra forskning, faglig praksis og systematisk anvendelse af data kan bidrage til at identificere behov, understøtte prioriteringer og sikre, at virksomme indsatser udbredes. Viden og data er en forudsætning for løbende kvalitetsudvikling, så praksis på demensområdet i højere grad udvikles på et oplyst grundlag, Data og digital understøttelse bør samtidig anvendes på en måde, der styrker sammenhæng og sikrer videndeling uden at erstatte den faglige vurdering eller den relationelle kontinuitet.

Temaer i den fremtidige demensindsats

Tema 1

Forebyggelse af demens i et livsforløbsperspektiv

Forebyggelse har fået en stadig mere central placering på demensområdet i takt med, at ny viden har styrket forståelsen af, hvordan risikoen for demens påvirkes gennem hele livet. Forskningen peger på, at en betydelig andel af demenstilfælde kan relateres til risikofaktorer, som potentielt kan påvirkes gennem sundhedsfremmende indsatser, forebyggelse og behandling. Kognitiv tilbagegang kan forebygges gennem samtidige livsstilsinterventioner på tværs af flere områder herunder kost, fysisk aktivitet, kognitiv stimulation, sociale aktiviteter og håndtering af kardiovaskulære risikofaktorer. Dermed er forebyggelse ikke alene relevant i relation til sygdomsudvikling, men også som et perspektiv på at understøtte hjernesundhed, funktionsevne og livskvalitet gennem hele livet.

Erfaringsopsamlingen viser, at forebyggelse af demens fortsat er et område under udvikling. Selvom sammenhængen mellem hjernesundhed og generelle folkesundhedsindsatser i stigende grad anerkendes, varierer befolkningens viden om demens og mulighederne for at påvirke risikoen for sygdommen. Forebyggelse forbindes ofte primært med sygdomsrisiko, mens betydningen af forebyggelse, sundhedsfremme, mestring og trivsel gennem et demenssygdomsforløb er mindre kendt.

Erfaringsopsamlingen peger på et øget fokus på demens i et livsforløbsperspektiv, hvor forebyggende og sundhedsfremmende indsatser både tidligt og senere i livet styrkes og ses som relevante. De biologiske processer, der kan føre til visse demenssygdomme, kan begynde 20-30 år, før diagnosen stilles. Samtidig har livsstilsinterventioner effekt både midt i livet og senere i livet. Det er med andre ord aldrig for tidligt – og aldrig for sent – at arbejde med hjernesundhed. Nogle aktører peger på, at der kan være et potentiale i at tænke forebyggelse af demens tættere sammen med andre indsatser og rammer, der har betydning for befolkningens sundhed. Det kan fx være brede folkesundhedsindsatser, almenmedicinske tilbud, kommunale indsatser og rammer, der understøtter sunde levevilkår og hjernesundhed.

Samlet peger erfaringerne således på, at forebyggelse og sundhedsfremme fortsat spiller en væsentlig rolle i udviklingen af demensindsatsen. Erfaringerne peger bl.a. på betydningen af viden om demens, hjernesundhed og påvirkelige risikofaktorer kan styrkes, og hvordan forebyggelse i højere grad kan ses som en integreret del af det samlede arbejde med folkesundhed gennem hele livet.

Samtidig kan øget viden i befolkningen om demens, påvirkelige risikofaktorer og betydningen af tidlig opsporing styrke grundlaget for forebyggelse og tidlig handling.

Tema 2

Tidlig opsporing, udredning, hjælp og støtte

Tidlig opsporing og rettidig og differentieret udredning af demens har stor betydning for mulighederne for at understøtte mennesker med kognitiv svækkelse og deres pårørende gennem sygdomsforløbet. Tidlig identifikation kan bidrage til adgang til rådgivning, behandling, støtte og planlægning på et tidspunkt, hvor der fortsat er gode muligheder for at understøtte funktionsevne, livskvalitet og mestring af hverdagslivet. Erfaringerne peger på, at behovet for støtte og relevante indsatser opstår ofte allerede ved de første tegn på kognitiv svækkelse og tilbud om hjælp, og støtte bør derfor ikke udsættes til tidspunktet for en formel diagnose.

Erfaringsopsamlingen viser, at der i de senere år er sket en positiv udvikling på området. Flere mennesker udredes i dag for demens, og flere modtager en specifik diagnose. Erfaringerne peger blandt andet på, at udviklingen af opsporingsredskaber, tydeligere henvisningsveje og en klarere arbejdsdeling har bidraget til en mere systematisk tilgang til opsporing og udredning. Udviklingen indenfor diagnostik og digitale løsninger giver nye muligheder for tidligere identifikation, mere målrettet opfølgning og bedre sammenhæng mellem aktører.

Selvom der endnu ikke findes helbredende behandlinger for demenssygdomme, peger erfaringerne på, at eksisterende behandlings- og støtteindsatser ofte har størst effekt, når sygdommen identificeres tidligt, og der sættes ind rettidigt. Dette understreger betydningen af sammenhængende forløb mellem opsporing, udredning, behandling og støtte, hvor indsatserne opleves som relevante og tilgængelige gennem hele forløbet. Det er samtidig centralt, at støtte kan tilrettelægges ud fra funktionsevne og plejebehov, også når udredningen fortsat pågår, eller hvis det er vurderet, at der ikke skal foretages udredning.

Data og erfaringer indikerer dog også, at mange fortsat diagnosticeres relativt sent i sygdomsfor-

løbet, og at der fortsat ses variationer i kapacitet, rettidighed og kvalitet på tværs af landet. Viden om demens og kognitiv svækkelse blandt både borgere, pårørende og fagprofessionelle fremhæves som en væsentlig faktor, da dette kan have betydning for, hvornår symptomer genkendes, og hvornår der søges hjælp. Arbejdet med tidlig opsporing og udredning fremhæves samtidig som et komplekst område, der forudsætter relevante kompetencer, systematik og kendskab til faglige redskaber og metoder samt afklaring af ansvar og roller.

Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til organisering af udredning for demens fra 2025 understøtter en mere ensartet og rettidig udredning på tværs af landet. Anbefalingerne bidrager til at tydeliggøre arbejdsdelingen mellem almenmedicinske tilbud og sygehusenes udredningsenheder og skaber et fælles fagligt grundlag for, at flere mennesker kan udredes og behandles tættere på eget nærmiljø, samtidig med at personer med mere komplekse problemstillinger henvises til specialiseret udredning. Dermed understøttes en differentieret tilgang, hvor borgeren møder de rette kompetencer på rette niveau.

Samlet peger erfaringerne på, at tidlig opsporing, rettidig og differentieret udredning med hurtig adgang til relevant støtte fortsat udgør et centralt udviklingsområde i demensindsatsen. Opmærksomheden retter sig blandt andet mod, hvordan øget viden, stærkere kompetencer, sammenhængende forløb og nye muligheder inden for diagnostik og teknologi kan bidrage til tidligere identifikation og bedre støtte til mennesker med kognitiv svækkelse eller en demensdiagnose og deres pårørende. Et særligt opmærksomhedspunkt er at sikre, at borgeren ikke oplever unødige skift eller ventetid mellem første kontakt, udredning og relevant støtte.

Flere aktører peger på tidlig opsporing af kognitiv svækkelse og en mere ensartet adgang til rettidig udredning i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger som forhold af betydning for demensområdet. Aktørerne peger også på kapacitet og relevante demensfaglige kompetencer hos de involverede aktører, herunder almenmedicinske tilbud, udredningsenheder og kommunale indsatser såsom demenskonsulent- og koordinationsfunktioner. Den fortsatte udvikling inden for digitale løsninger, og diagnostiske muligheder kan desuden understøtte tidligere identifikation, mere systematisk opfølgning og bedre sammenhæng i forløbene for mennesker med kognitiv svækkelse eller demens og deres pårørende.

Tema 3

Helhedsorienterede og sammenhængende forløb

Mennesker med demens har ofte komplekse og langvarige forløb, som involverer flere aktører på tværs af sundheds-, social- og ældreområdet. Mange lever samtidig med andre fysiske eller psykiske helbredsudfordringer, hvilket peger på betydningen af indsatser, der understøtter både fysisk, mental og social trivsel gennem hele sygdomsforløbet. Kognitiv svækkelse og ændret orienterings- og mestringsevne kan desuden gøre mennesker med demens særligt sårbare ved indlæggelser og sektorovergange, hvilket øger betydningen af trygge, sammenhængende og borgernære forløb med færrest mulige unødige overgange.

Erfaringerne peger på, at kvaliteten i demensindsatsen i høj grad hænger sammen med evnen til at skabe sammenhæng mellem opsporing, udredning, behandling, pleje og støtte gennem hele sygdomsforløbet og livet, der leves med demens. De centrale aktører, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, fremhæver betydningen af personcentrerede tilgange, hvor sundhedsfaglige, psykosociale, pædagogiske og rehabiliterende perspektiver ses i sammenhæng og tager afsæt i den enkelte borgers behov, ressourcer og livssituation. Da behovene ofte ændrer sig over tid, peges der samtidig på værdien af fleksible indsatser og løbende tilpasning gennem forløbet – fra de første tegn på kognitiv svækkelse til den sene fase af livet med demens.

Organisering, koordinering og faglige kompetencer har stor betydning for mulighederne for at skabe helhedsorienterede forløb. Et velfungerende samarbejde mellem kommuner, regioner, hospitaler og almenmedicinske tilbud samt tydelige rammer for roller og ansvar fremhæves som væsentlige elementer for kontinuitet og kvalitet. I den forbindelse peges der blandt andet på betydningen af demenskonsulent- og koordinationsfunktionen som et bindeled mellem sektorer, der kan bidrage til overblik, koordinering og sammenhæng for mennesker med demens og deres pårørende. Det er centralt, at faglig viden, relevante oplysninger og rådgivning kan deles på tværs af aktører, så borgeren og de pårørende ikke selv skal bære ansvaret for sammenhængen i forløbet.

Udviklingen mod et stærkere nært sundhedsvæsen indebærer en øget vægt på hjemmebehandling, mere udadvendte sygehusfunktioner og en større rolle til almenmedicinske tilbud, hvilket understreger behovet for stærke samarbejdsstrukturer på tværs af sektorer. På demensområdet

afspejles dette blandt andet en udvikling, hvor udredning, behandling og opfølgning i højere grad kan foregå tæt på borgerens hverdag, samtidig med, at der forsat er mulighed for at trække på specialiseret viden og tilpasse indsatserne til lokale forhold og behov.

Erfaringerne peger desuden på værdien af en samlet tilgang til behandling, pleje og støtte, hvor personcentrede tilgange, non-farmakologiske indsatser og eventuel medicinsk behandling understøtter hinanden. Mennesker med demens kan have vanskeligt ved at udtrykke egne behov og symptomer, hvilket kan øge risikoen for mistrivsel og uforståelig adfærd, voldsomme episoder og uhensigtsmæssig anvendelse af antipsykotika. Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer fra 2025 peger på personcentrede og non-farmakologiske indsatser som førstevalg og fremhæver betydningen af systematisk årsagsanalyse af mulige helbredsmæssige og social-psykologiske årsager til symptomerne. Endelig fremhæves den samlede medicinering som et opmærksomhedspunkt, særligt i lyset af polyfarmaci som følge af komplekse sygdomsbilleder, da det kan påvirke funktionsevne, livskvalitet og risikoen for utilsigtede konsekvenser.

Den teknologiske udvikling og øget anvendelse af velfærdsteknologi skaber nye muligheder for at understøtte mere sammenhængende og personcentrede forløb. Teknologiske løsninger kan bidrage til øget tryghed, selvstændighed og mestring i hverdagen for mennesker med demens og deres pårørende samt understøtte koordinering, kommunikation og videndeling mellem fagprofessionelle. Erfaringerne peger dog på, at gevinsterne forudsætter fokus på anvendelighed, etik, datasikkerhed og en hensigtsmæssig implementering i praksis.

Samlet set peger erfaringerne på, at helhedsorienterede og sammenhængende behandlings- og plejeforløb fortsat udgør et centralt tema i demensindsatsen. Opmærksomheden retter sig blandt andet mod, hvordan personcentrede tilgange, systematisk koordinering, stærkere samarbejde på tværs af sektorer og en hensigtsmæssig anvendelse af teknologi kan bidrage til, at mennesker med demens og deres pårørende oplever trivsel, kvalitet og kontinuitet gennem hele sygdomsforløbet.

Flere aktører peger på understøttelse gennem en styrkelse af de strukturer og samarbejdsformer, der bidrager til sammenhæng på tværs af sektorer og aktører. Det omfatter blandt andet helhedsorienterede forløb, en systematisk anvendelse af personcentrerede tilgange samt koordinerende funktioner, der understøtter overblik og kontinuitet gennem sygdomsforløbet. Kontinuitet forudsætter samtidig, at relevante oplysninger følger borgeren på tværs af sektorer, og at faglig sparring og specialiseret viden kan bringes ud til de aktører, der møder borgeren i hverdagen. Flere aktører har i den forbindelse peget på udfordringer med data og dokumentation, herunder at viden om kendte kognitive udfordringer ikke konsekvent videreformidles ved sektorovergange. Derudover kan kvaliteten i behandling og pleje styrkes gennem øget anvendelse af non-farmakologiske indsatser og et systematisk fokus på medicingennemgang og forebyggelse af polyfarmaci. Digitale løsninger og velfærdsteknologi kan desuden bidrage til at understøtte både selvstændighed og tryghed for mennesker med demens samt samarbejde og koordinering mellem de involverede aktører.

Tema 4

Støtte og inddragelse af pårørende til mennesker med demens

Pårørende spiller i mange tilfælde en afgørende rolle i det daglige liv for mennesket med demens og har stor betydning for både trivsel, hverdagsliv og sammenhæng i indsatsen. Pårørende bidrager ofte med støtte i hverdagen og kan være vigtige samarbejdspartnere for fagpersoner gennem deres viden om den enkeltes ønsker, vaner og behov. Inddragelse af pårørende kan derfor bidrage til kvalitet og kontinuitet i forløbet, når det sker med respekt for både ønsker hos mennesket med demens og den pårørendes situation og muligheder. Inddragelsen bør samtidig understøtte, at pårørende ikke alene får ansvar for at skabe sammenhæng mellem sektorer og indsatser.

Pårørende til mennesker med demens kan opleve betydelige psykiske, sociale, praktiske og helbredsmæssige belastninger. Belastningen kan øges ved mange timers omsorg, langvarigt ansvar, begrænset tid til aflastning samt nedsat livskvalitet hos både borger og pårørende.[141] Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens samt svækket funktionsevne hos personen med demens er centrale forhold, der kan forstærke omsorgsbelastningen.[142] Nyere forskning peger desuden på sammenhæng mellem pårørendebelastning, depression, angst, stress og sorg, særligt når relationen og hverdagslivet gradvist ændres.[143] Erfaringerne peger på betydningen af tidlig, målrettet og fleksibel støtte til pårørende gennem demensforløbet.[144]

Erfaringer viser, at støtte til pårørende og systematisk inddragelse i forløbet opleves som værdifuldt, men at tilbud, organisering og adgang varierer på tværs af landet. Centrale aktører peger på betydningen af tydelige rammer for samarbejdet mellem mennesker med demens, pårørende og fagprofessionelle, herunder håndteringen af de dilemmaer og svære samtaler, som kan opstå gennem sygdomsforløbet. Aktører fremhæver, at tydelige rammer også kan også bidrage til, at information, rådgivning og støtte samles tidligere og mere overskueligt omkring de nære pårørende.

Samlet peger erfaringerne på, at støtte og inddragelse af pårørende fortsat spiller en central rolle i udviklingen af demensindsatsen. Opmærksomheden retter sig blandt andet mod, hvordan pårørende kan understøttes gennem hele sygdomsforløbet, og hvordan deres perspektiver og erfaringer kan inddrages på en måde, der tager højde for forskellige livssituationer, ressourcer og behov. Der er desuden et opmærksomhedpunkt på mennesker med demens, som har begrænsede netværk eller ingen pårørende, så også disse borgere kan opleve støtte, tryghed og sammenhæng i forløbet.

Dette kan fremadrettet eventuelt understøttes gennem en indsats for både støtte til og inddragelse af pårørende gennem hele sygdomsforløbet. Samtidig kan mere fleksible tilbud tage højde for forskelle i de pårørendes ressourcer, livssituationer og behov. Desuden kan en mere systematisk inddragelse og støtte af pårørende – med tydelig information, løbende dialog og opmærksomhed på deres behov – bidrage til mere trygge og sammenhængende forløb. Endelig er der behov for særlig opmærksomhed på mennesker med demens, som ikke har nære pårørende. Det kan også mindske risikoen for, at familien i praksis kommer til at stå med ansvaret for koordineringen.

141 Garrido SC, Teixeira S, Mora-Lopez G, Sampaio F. Factors associated with anxiety, stress, depression and burden among informal caregivers of patients with dementia: a cross-sectional study. *BMC Nursing. 2025;24(1):1384. doi:10.1186/s12912-025-04014-8.*
Qi H, Ban J, Wang N, Yao T, Li L, Tang S. Factors influencing the caregiver burden for family caregivers of people with moderate-to-severe dementia: A structural equation modeling analysis. *PLoS One. 2026;21(2). doi:10.1371/journal.pone.0341719.*

142 Jhang KM, Chen CC, Wang SY, Wang WF, Yen SW, Wu HH. Caregivers' burden analytics: combining variables from patients with dementia and their caregivers. *BMC Geriatrics. 2025;25:620. doi:10.1186/s12877-025-06284-y.*

143 Rodriguez Colmenares NA, Alvarez L, Gilbreath J, Markaki A, Schexnayder J, Puga F. Anticipatory grief among caregivers of people living with dementia: A scoping review. *Palliative and Support Care. 2026;24. doi:10.1017/S1478951526102478.*

144 Liang M, Rong J, Grosan C, Wang X. Effectiveness of eHealth interventions in alleviating burden on informal caregivers of people with dementia: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Medical Internet Research. 2026;28. doi:10.2196/78568.*

Tema 5

Kapacitet, kompetencer og attraktive fagmiljøer

Mennesker med demens møder gennem sygdomsforløbet en bred vifte af fagpersoner på tværs af sundheds-, social- og ældreområdet. Kvaliteten i opsporing, udredning, behandling, pleje og støtte hænger derfor tæt sammen med de faglige kompetencer, der er til stede på tværs af sektorer, samt med evnen til at skabe sammenhængende og personcentrede forløb omkring den enkelte. Demensområdet er desuden kendetegnet ved komplekse problemstillinger, som stiller krav til både faglig viden, tværfagligt samarbejde og organisatorisk understøttelse og adgang til specialiseret sparring tæt på opgaveløsningen.

Den demografiske udvikling og det stigende antal mennesker med demens forventes at få betydning for både kapacitet og kompetencer i de kommende år. Dertil kommer udfordringer med rekruttering, tilknytning og adgang til specialiserede kompetencer på tværs af sektorer. Erfaringerne peger på betydningen af kompetenceudvikling og fastholdelse af kompetencer på tværs af sektorer og faggrupper.

Udviklingen af demensfaglige kompetencer er en løbende proces, der spænder fra grunduddannelse til efter- og videreuddannelse, kompetenceudvikling til ufaglærte samt læring i den daglige praksis. Erfaringerne fra de senere års indsatser peger på værdien af praksisnær læring, tværfagligt samarbejde og faglig refleksion tæt på opgaveløsningen. Der opleves dog udfordringer med at forankre og videreføre viden og erfaringer over tid. Flere aktører fremhæver rammer for kompetenceudvikling, adgang til specialiseret rådgivning og omsætning af ny viden til varig praksis og højere kvalitet.

Dertil kommer en opmærksomhed på betydningen af faglig ledelse og stærke faglige miljøer som forudsætninger for kvalitet, læring og sammenhæng i indsatsen. Ledelse, samarbejdskultur og organisatoriske rammer fremhæves således som centrale elementer i at understøtte videndeling, tværfagligt samarbejde og udviklingen af en fælles faglig praksis. Erfaringerne peger også på, at trivsel bør ses i et dobbeltperspektiv. Arbejdet med mennesker med demens stiller ofte høje faglige, relationelle og følelsesmæssige krav til medarbejderne, og deres trivsel og arbejdsmiljø har samtidig betydning for kvaliteten i indsatsen. Faglig sparring, tryghed i opgaveløsningen og gode introduktionsforløb kan derfor både understøtte medarbejdernes trivsel og tilknytning til området og skabe bedre forudsætninger for en tryg og kvalificeret indsats for mennesker med demens.

Den teknologiske udvikling skaber nye muligheder for både faglig udvikling og opgaveløsning. Digitale løsninger og velfærdsteknologi kan understøtte videndeling, personcentrerede tilgange og mere sammenhængende arbejdsgange. Teknologien kan samtidig bidrage til at understøtte medarbejdernes arbejde og skabe bedre muligheder for at imødekomme fremtidens behov på demensområdet, når den anvendes med fokus på faglig kvalitet, brugervenlighed, etik og datasikkerhed.

Samlet peger erfaringerne på, at udviklingen af kapacitet, kompetencer og attraktive fagmiljøer med trivsel for både medarbejdere og de mennesker, der har brug for hjælp, er tæt forbundet. Perspektiverne peger mod et fortsat fokus på, hvordan faglig viden, organisatoriske rammer, trivsel, rekruttering og tilknytning kan spille sammen om at understøtte en bæredygtig indsats af høj kvalitet for mennesker med demens på tværs af sektorer og gennem hele sygdomsforløbet.

Aktørerne peger på, at det blandt andet kan ske ved at styrke de faglige og organisatoriske rammer for en bæredygtig demensindsats. Det omfatter både udvikling af demensfaglige kompetencer gennem uddannelse, praksisnær læring og løbende kompetenceudvikling samt adgang til specialiseret rådgivning og tværfaglig sparring. Desuden peger erfaringerne på attraktive arbejdspladser med fokus på trivsel, faglig ledelse og stærke faglige miljøer, til at understøtte rekruttering og tilknytning af medarbejdere. Endelig kan systematisk videndeling, digitale læringsløsninger og udbredelse af dokumenteret virksomme metoder og tilgange understøtte, at ny viden bliver omsat og forankret i praksis. Det kan bidrage til større kvalitet og kontinuitet i den borgernære indsats.

Tema 6

Et demensinkluderende samfund

Et demensinkluderende samfund er kendetegnet ved, at mennesker med demens kan leve et værdigt, aktivt og meningsfuldt liv med størst mulig selvbestemmelse og deltagelse i hverdagsliv og fællesskaber. Mulighederne for dette afhænger ikke alene af den enkeltes ressourcer og sygdomsforløb, men også af de rammer, holdninger og fællesskaber, som omgiver mennesker med demens og deres pårørende. Udviklingen af et demensinkluderende samfund rækker derfor ud over sundheds- og ældreområdet og involverer en bred kreds af aktører og samfundsarenaer tæt på borgerens hverdagsliv.

Erfaringerne viser, at demens påvirker både den enkelte, de pårørende og de sociale relationer omkring dem. Manglende viden om demens, fordomme og stigma kan begrænse mulighederne for deltagelse i fællesskaber og i nogle tilfælde bidrage til ensomhed, social tilbagetrækning og tilbageholdenhed med at søge hjælp og støtte. Omvendt kan forståelse, anerkendelse og støtte fra omgivelserne være afgørende for livskvalitet, trivsel og oplevelsen af fortsat at kunne deltage aktivt i samfundslivet.

Erfaringerne understreger betydningen af omgivelser, der understøtter tryghed, orientering og selvstændighed i hverdagen. Dette gælder både boliger, lokalsamfund, arbejdspladser, kultur- og fritidstilbud, transportmuligheder og andre fysiske rammer, som kan gøre det lettere for mennesker med demens at bevare tilknytningen til hverdagslivet og deltage i fællesskabet på egne præmisser.

Civilsamfundet spiller i den forbindelse en vigtig rolle som medskaber af fællesskaber, aktiviteter og netværk for mennesker med demens og deres pårørende. Erfaringerne peger på, at deltagelse i sociale, kulturelle og fysiske aktiviteter kan understøtte trivsel, identitet og oplevelsen af fortsat at høre til i et fællesskab. Samtidig kan frivillige organisationer og lokale fællesskaber bidrage til støtte, erfaringsudveksling, afstigmatisering og øget opmærksomhed på demens i samfundet. Civilsamfundet kan dermed være en del af de hverdagsnære rammer, der supplerer sundheds- og ældreindsatserne og understøtter kontinuitet i borgerens liv.

Den teknologiske udvikling åbner for nye perspektiver i forhold til at understøtte selvstændighed, tryghed og deltagelse i hverdagslivet. Digitale løsninger og velfærdsteknologi kan bidrage til, at mennesker med demens i længere tid kan fastholde aktiviteter, sociale relationer og tilknytning til lokalsamfundet, når løsningerne tilpasses den enkeltes funktionsevne og anvendes med respekt for tryghed, etik og datasikkerhed.

Samlet peger erfaringerne på, at udviklingen af et demensinkluderende samfund fortsat spiller en central rolle i udviklingen af demensindsatsen. Erfaringsopsamlingen peger bl.a. på betydningen af, hvordan viden, fællesskaber, tilgængelige omgivelser og teknologiske muligheder kan bidrage til, at mennesker med demens i højere grad mødes af forståelse og respekt og oplever muligheder for at leve et aktivt, selvstændigt og meningsfuldt liv gennem hele sygdomsforløbet.

Dette kan bl.a. understøttes ved opmærksomhed på, hvordan eksisterende sociale, fysiske og organisatoriske rammer kan fremme deltagelse og inklusion for mennesker med demens. Herunder dele viden om demens og fremme forståelse og anerkendelse i lokalsamfund, på arbejdspladser og i fællesskaber. Samarbejde med civilsamfundet kan bidrage til at knytte mennesker med demens til eksisterende aktiviteter, netværk og støttemuligheder i hverdagen. Tilgængelighed i de fysiske omgivelser og relevant brug af digitale løsninger og velfærdsteknologi kan desuden bidrage til tryghed, selvstændighed og deltagelse i nærmiljøet.



Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Opsamling på symposium v. Nordic Healthcare Group

Bilag 2: Interviewundersøgelse v. Nordic Healthcare Group

Bilag 3: Metodisk tilgang

Bilag 4: Demenshandlingsplanens finansiering

Bilag 5: Metodebeskrivelse vedr. analyser i afsnit 1.4

Bilag 6: Oversigt over de fem fokusområders initiativer

Sundhed for alle ♥+●