



DEMENS
HÅNDBØGER



Guide

Guide til at forebygge brug af antipsykotika til patienter med demens



SUNDHEDSSTYRELSEN



DEMENS HÅNDBØGER

Guide til at forebygge brug af antipsykotika til patienter med demens

Udarbejdet i samarbejde med
arbejdsgruppe og programleder
for projektet Forebyggelse af brug af
antipsykotika samt demenskonsulenter
på Region Syddanmarks sygehusenheder

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

Design: Sundhedsstyrelsen
Foto: Sundhedsstyrelsen
Maj 2026

Indhold

Introduktion	4
Demens og adfærdsændringer	6
Demens og delirium	7
Systematisk årsagsanalyse	8
Non-farmakologiske interventioner	9
Når antipsykotisk behandling er indikeret	12
Systematiske rammer for forebyggelse af brug af antipsykotika	14
 Værktøj 1: Tjekliste til non-farmakologisk intervention og patientrejser	 20
 Værktøj 2: Patientrejser – risikosituationer, forebyggelse og non-farmakologiske interventioner	 24
Litteraturliste	27

Introduktion

Patienter med demens eller nedsat kognition er sårbare, når de bliver indlagt på sygehus grundet uvante rammer med nye lyde, lugte og mange forskellige mennesker og skift, hvilket kan øge utryghed og forvirring. De er dertil i højere risiko for erhvervede komplikationer såsom infektioner og tryksår og er mere udsatte for faldhændelser. Ofte har de længere indlæggelsestid og udskrives med øget plejebehov.¹

Utryghed og somatiske symptomer kan medføre, at patienter med demens udvikler en adfærd, som er svær at forstå, og de kan, på grund af den kognitive svækkelse, have svært ved at give udtryk for basale behov. Det kan vanskeliggøre nødvendig behandling, og i værste fald kan det udgøre en risiko for patientsikkerheden.

Behandling med antipsykotika ved udfordrende og ofte svært forståelig adfærd, som fx affektudbrud og aggression hos patienter med demens, har en beskeden effekt og en høj risiko for alvorlige bivirkninger. Desuden øges risiko for at overse somatiske symptomer.

For at forebygge utryghed og uro hos patienter med demens bør der fra starten af indlæggelsen være fokus på at dække patientens basale behov og iværksætte non-farmakologiske interventioner ud fra en individuel vurdering og med evt. inddragelse af pårørende. Der skal foretages systematisk anamnese og diagnostik forud for interventioner.²

Guiden er en del af Sundhedsstyrelsens *Videns- og læringspakke til at forebygge brug af antipsykotika til patienter med demens*. Den er udviklet og afprøvet i samarbejde med Region Syddanmark. Erfaringer fra projektet peger på, at arbejdet med at nedbringe brugen af antipsykotika kan styrkes gennem et fælles fagligt sprog, personcentreret omsorg og et helhedsorienteret perspektiv på mennesker med demens. Systematisk anvendelse af non-farmakologiske tiltag understøtter indsatsen og kan skabe øget opmærksomhed, viden om demens og et fald i brugen af antipsykotika.

¹ Nationalt Videnscenter for Demens: Idékatalog, Demensvenlige sygehuse, 2020

² Nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer, 2025

Formålet med guiden

Denne guide henvender sig til ansatte på sygehuse, både ledere, læger, sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter, farmakonomer, udviklings- og kvalitetsmedarbejdere, demenskonsulenter mm.

Guiden skal give inspiration til at arbejde systematisk med at skabe trygge forløb for patienter med demens gennem brug af non-farmakologiske personcentrerede interventioner og dermed forebygge unødigt brug af og reducere omfanget af antipsykotisk behandling af denne patientgruppe.

Guiden kan anvendes sammen med materialer fra Nationalt Videnscenter for Demens om demensvenligt sygehus, gratis e-læringsmoduler under ABC-demens og Sundhedsstyrelsens demenshåndbøger, anbefalinger og vejledninger.

Mennesker med demens i Danmark

Nationalt Videnscenter for Demens (NVD) estimerer, at der er ca. 103.000 mennesker på 65 år eller derover, som lever med demens i Danmark. Antallet forventes at stige til mere end 146.000 mennesker i 2040 som følge af en voksende ældrebefolkning.

Mange af disse mennesker vil årligt blive indlagt på sygehus.

Demens og adfærdssændringer

Demens betegner en tilstand med svækkelse af hjernens kognitive funktioner såsom hukommelse, sprog, eksekutive funktioner og orienteringsevne. Den hyppigste årsag til demens er Alzheimers sygdom, men der er mere end 200 forskellige sygdomme, som kan medføre demens.

Patienter med demens har typisk forståelses- og perceptionsforstyrrelser, som påvirker deres oplevelse og fortolkning af omverdenen. Det kan være vanskeligt for dem at finde rundt, udtrykke behov, forstå vigtige beskeder og forstå, hvad der forventes af dem. Patienter med demens kan desuden have nedsat sygdomsindsigt, og det er almindeligt, at de undervurderer eller afviser egne kognitive udfordringer.

Patienter med demens vil ofte udtrykke helbredsmæssig, social og psykisk trivsel og mistrivsel gennem adfærd. De kan blandt andet blive urolige, vrede, triste, grædende eller apatiske. Det kan være vanskeligt umiddelbart at forstå årsagen til adfærden, og det kan give udfordringer ved pleje og behandling og potentielt få konsekvenser for patientsikkerheden.

Psykisk mistrivsel og utryghed hos patienter med demens kan i mange tilfælde forebygges og lindres gennem non-farmakologiske interventioner og gennem systematisk anamnese og diagnostik.³

Non-farmakologiske interventioner

Non-farmakologiske interventioner dækker over alt fra underholdning, stimulation og terapeutiske indsatser. Interventionerne kan både være af mere passiv og lyttende karakter eller med aktiv deltagelse eller helt konkret i dagligdagen, at have en nærværende kontakt med andre mennesker, hvor der er fokus på, hvad mennesket med demens har brug for, for at føle sig godt tilpas, tryk i relationen og oplevelsen af at have værdi som menneske. Disse interventioner kan forebygge og behandle adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

³ Nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer, 2025.

Demens og delirium

Patienter med demens er særligt disponerede for at udvikle delirium i forbindelse med indlæggelse. Pludselig forværret desorientering, uro og eventuelt ændret døgnrytme kan være tegn på delirium. Stille delirium, hvor patienten er apatisk og tilbagetrukket ses også.

Symptomerne på delirium kan ligne symptomerne ved demens; nedsat opmærksomhed, svækket hukommelse, desorientering, irritabilitet og uro, men udviklingen er forskellig. Demens udvikler sig langsomt over måneder og år, mens delirium udvikles over timer eller dage. Ydermere svinger symptomerne på delirium ofte markant over døgnet og forværres i aften- og nattetimerne.

Tilstanden skal hurtigst muligt identificeres og den udløsende årsag findes. Årsagen kan blandt andet være infektion, medicinpåvirkning, smerter eller eventuelt alvorlig hjernepåvirkning. Den basale pleje skal sikres, og der skal skabes et så roligt og trygt miljø omkring patienten som muligt.⁴

Der bør være faste arbejdsgange for screening for delirium med psykometrisk test på alle afdelinger. Personalet bør have kompetence til at benytte screeningsredskaber, fx CAM (Confusion Assessment Method).⁵

Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke rutinemæssig behandling med antipsykotika til delirøse patienter.⁶

⁴ Nationalt Videnscenter for Demens: Lommeuide: Observation af fysiske symptomer, 2017

⁵ Sundhedsstyrelsen: Guideline National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium, 2021

⁶ Ibid.

Systematisk årsagsanalyse

Ændret adfærd kan skyldes basale fysiske, sociale eller psykologiske behov, som ikke er opfyldt, men patienter med demens kan også reagere anderledes end andre patienter på fysiologiske symptomer fx infektion, som kan komme til udtryk med konfusion, motorisk uro eller agitation. Det første, og indimellem eneste, symptom på ændret helbredstilstand kan være adfærdsmændringer. Personalet skal have viden og redskaber til systematisk og helhedsorienteret at afdække årsagen til ændret adfærd og til at handle hensigtsmæssigt.⁷

Følgende spørgsmål skal stilles som led i en systematisk årsagsanalyse:

- Er patientens basale fysiske behov dækket, herunder mad, drikke, søvn, udskillelse og bevægelse?
- Har patienten smerter, anden sygdom eller infektioner? Vær OBS på muligt delirium.
- Er patienten påvirket af bivirkninger ved medicin, eller tåler patienten ikke længere den medicin, vedkommende får? Er der gennemført medicingennemgang med fokus på medicin med antikollinerge bivirkninger?
- Har patienten de nødvendige hjælpemidler til sanseoptimering, fx briller, høreapparat, protese?
- Er forhold i plejemiljøet tilpasset patienten, herunder lyd-, lys- og rumforhold?
- Er medarbejdernes måde at møde patienten på gennem deres adfærd, kommunikation og krav tilpasset patientens kognitive tilstand?
- Er patientens psykologiske behov dækket? Hvad er det muligt at gøre for at patienten i størst muligt omfang oplever tilknytning, trøst, inklusion, identitet og meningsfuld beskæftigelse?⁸

⁷ Dansk Selskab for Patientsikkerhed PSI og Nationalt Videnscenter for Demens: Anbefalinger til opsporing og håndtering af fysiske helbredsproblemer hos mennesker med demens, 2024

⁸ Kitwood, T.: En revurdering af demens – personen kommer i første række, Munksgaard, 1999

Non-farmakologiske interventioner

Valg af non-farmakologiske interventioner afhænger af den enkelte patient og den situation, patienten befinder sig i. Det kan omfatte:

- kort ventetid og færrest mulige skift
- rolige omgivelser, gerne enestue
- medarbejderkontinuitet med fokus på at skabe gode relationer
- tydelig kommunikation med få ord, korte sætninger og tydeligt kropssprog
- individuelt tilpassede tilbud om sansestimuli eller beskæftigelse i form af musikpude, tyngdedyne, dyb trykmassage, sansebolde, snacks, puslespil, fotobøger, krydsord m.m.
- samarbejde med pårørende for at få viden om patienten.

Syv råd til god kommunikation med patienten med demens

1. Skab kontakt med patienten før undersøgelse/behandling/pleje – og undervejs i opgaven
2. Brug et tydeligt kropssprog
3. Vær rolig og tålmodig
4. Formulér dig konkret og enkelt
5. Anerkend patientens oplevelser
6. Afled eventuelt patienten
7. Afrund kontakten tydeligt

Eksempler på non-farmakologiske tiltag når patienter med demens indlægges

Personcentreret omsorg – blomsten

Personcentreret omsorg tager udgangspunkt i, at mennesker med demens har grundlæggende psykologiske behov. Blomsten er et redskab, som dækker centrale psykologiske behov såsom trøst, tilknytning, inklusion, identitet og beskæftigelse, med kærlighed som det overordnede behov. Blomsten kan anvendes som refleksionsredskab til at sikre, at behandling og pleje understøtter patientens psykologiske behov.

Læs mere her:

www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/blomsten

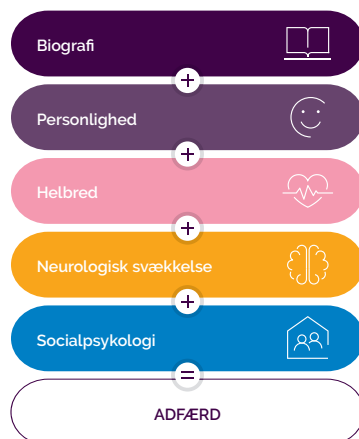


Demensligningen

Demensligningen illustrerer, at adfærd og symptomer hos patienter med demens ikke alene skyldes den underliggende sygdom. Udtrykket påvirkes også af personlighed, livshistorie, fysisk helbred og sociale omgivelser. Modellen kan anvendes til at analysere årsager til ændret adfærd og til at identificere mulige non-farmakologiske tiltag i behandling og pleje.

Læs mere her:

www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/fem-faktorer-der-paavirker-adfaerden



Livshistorie

Inddragelse af patientens livshistorie med oplysninger om tidligere interesser, vaner, relationer, værdier og livsbegivenheder kan anvendes til at tilpasse kommunikation og tilgang til patienten og dermed understøtte identitet, genkendelighed og tryghed hos patienten med demens.

"Hvem er jeg"-skema

"Hvem er jeg"-skemaet er et redskab til systematisk indsamling af centrale oplysninger om patienten med demens. Skemaet kan indeholde oplysninger om præferencer, vaner, interesser, relationer og forhold, der skaber tryghed eller ubehag. Formålet er at understøtte en ensartet og personcentreret tilgang blandt medarbejdere og forbedre grundlaget for kommunikation, pleje og behandling.

Find skemaet her: <https://videnscenterfordemens.dk/da/material/hvem-er-jeg>

Non-farmakologiske handlingsplaner

Ved indlæggelse af patienter med demens kan med fordel laves non-farmakologiske handlingsplaner for at forebygge utryghed, uro og delir med henblik på at forebygge brug af antipsykotika. På baggrund af en tværfaglig mini-konference om den enkelte patient med fokus på adfærd, kognitive funktioner og viden om patienten, aftales hvilke non-farmakologiske tiltag, der igangsættes. Her bruges f.eks. hvem-er-jeg-skemaet, trykterapi (eksempelvis BBAUM, se nedenfor) og inddragelse af de pårørende. Handlingsplanen dokumenteres i den Elektroniske Patient Journal).

Sansestimuli - sanseunderstøttende redskaber

Sansestimuli kan anvendes som non-farmakologisk tiltag til at skabe ro, øge opmærksomhed eller fremme kontakt og relation hos patienter med demens. Eksempler kan være musik, berøring, dufte, lys eller taktile materialer. Tiltaget bør tilpasses den enkelte patients præferencer og toleranceniveau for sanseindtryk.

BBAUM

BBAUM er kropsterapi, der anvender en kropslig og relationel tilgang i arbejdet med mennesker med demens. Metoden har fokus på individets relationer, væren i verden samt oplevelse af mening og sammenhæng. BBAUM kan anvendes som en struktureret tilgang til at understøtte tryghed og trivsel gennem en kropslig og relationel intervention.

En demenskasse

En demenskasse er en samling af materialer, der kan anvendes til sansestimulering, reminiscens og meningsfulde aktiviteter. Indholdet kan eksempelvis omfatte taktile genstande, musik, billeder, duftmaterialer eller små aktivitetsredskaber. Formålet er at give personalet let adgang til redskaber, der kan anvendes fleksibelt.

Når antipsykotisk behandling er indikeret

Patienter med demens skal som udgangspunkt ikke behandles med antipsykotiske lægemidler på grund af beskeden effekt, risiko for alvorlige bivirkninger og øget dødelighed.⁹ Antipsykotisk behandling skal være sidste valg, når den systematiske årsagsanalyse er gennemført og evt. anden behandling og non-farmakologiske interventioner er afprøvet og ikke har den nødvendige effekt.

Antipsykotisk behandling kan dog være indikeret i særlige situationer, når:

- patienten er til fare for sig selv eller andre
- nødvendig undersøgelse eller behandling ikke kan gennemføres
- patienten er svært forpint fx af skræmmende hallucinationer, angst og motorisk agitation

Ved eventuel behandling skal dosis være så lav som muligt, behandlingen skal vare i så kort tid som muligt og dosisøgning bør ske langsomt. Samtidig skal non-farmakologiske interventioner fortsætte sideløbende. Lægen skal desuden ved opstart fastsætte dato for seponering eller evaluering af behandlingen.¹⁰

⁹ Nørgaard, A. et al.: Effect of antipsychotics on mortality risk in patients with dementia with and without comorbidities, Journal of the American Geriatrics Society, Vol 70, side 1169-1179, 2022

¹⁰ Sundhedsstyrelsen: National klinisk anbefaling for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, 2025

Sundhedsstyrelsens vejledning¹¹ bør ligge til grund for eventuel behandling med antipsykotika, og patientjournalen bør indeholde:

- beskrivelse af observationer og undersøgelser af symptomerne, der underbygger diagnosen og behandlingsindikationen
- lægemidlets navn, styrke, dosis og doseringshyppighed og evt. forslag til dosisjusteringer ved manglende effekt eller bivirkninger
- beskrivelse af behov for non-farmakologiske interventioner og social støtte, herunder type og omfang
- plan for evt. opfølgning ved egen læge, herunder monitorering af effekt, mulige bivirkninger og evt. ophør med behandling. Epikrise markeres gul på fanebladet "Opfølgning ved egen læge"

Interne instrukser for eventuelle tvangsforanstaltninger skal være i tråd med lovgivningen på området

Bivirkninger ved behandling med antipsykotika kan være:

- Sedation, svimmelhed, sløvhed, konfusion, faldtendens
- Ekstrapyramidale symptomer, bevæge- og gangforstyrrelser
- Antikolinerge (obstipation, kvalme, opkast og urinretention, defokuseret syn, store pupiller)
- Arytmi, ortostatisk hypotension
- Dyb venetrombose, lungeemboli, apopleksi
- Delirøs tilstand
- Dysfagi
- Øget dødelighed

¹¹ Sundhedsstyrelsen: Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsførstyrrelser, Retsinformation, 2024

Systematiske rammer for forebyggelse af brug af antipsykotika

Trygge og sikre indlæggelsesforløb for patienter med demens, forudsætter viden og kompetencer hos personalet, bevidst organisering og samarbejde samt fysisk tilrettelæggelse. Det forudsætter desuden ledelsesmæssig prioritering.

Prioritering sikres gennem kompetenceudvikling ift. demens, non-farmakologi og demensvenlighed, udvikling af instrukser og etablering af nye arbejdsgange for mødet med patienter med demens samt etablering af et demensvenligt fysisk miljø. Det anbefales at etablere tværfaglige teams, der kan arbejde sammen om at implementere og igangsætte kompetenceudvikling og om at etablere nye arbejdsgange.

Demenskonsulenter

I Region Syddanmark har man valgt at ansætte demenskonsulenter på de enkelte sygehusenheder for at sikre, at de ansatte opnår viden og kompetencer til at behandle, pleje og kommunikere med patienter med demens og samarbejde med pårørende.

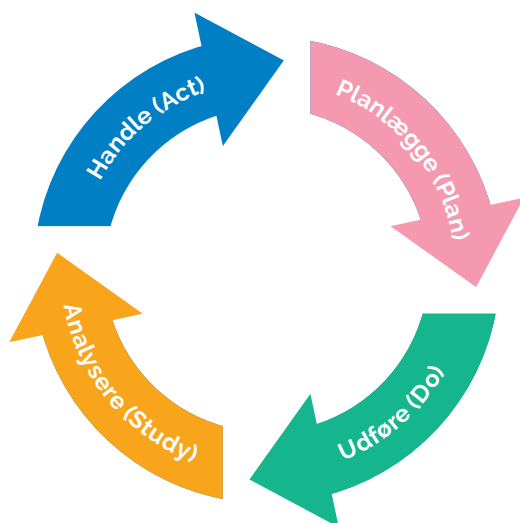
Demenskonsulenternes arbejdsfunktion:

- Sikre, at der udbydes uddannelse til alle på nøglepersons- og basisniveau
- Dele ny viden om demens på lokale sparringsmøder og regionale temadage med nøglepersoner, der er tilknyttet de enkelte afdelinger
- Tilbyde undervisning, sparring og støtte til de enkelte afdelinger

Hvordan skabes forandringen?

Forbedringsmodellen og PDSA-cirklen kan med fordel bruges i arbejdet med at udforme, afprøve og udbrede de non-farmakologiske interventioner.

Med forbedringsmodellen foregår implementering og forankring gennem aktionslæring og afprøvninger i praksis. Medarbejderne opnår ejerskab, mens de finder den bedste løsning for lokale behov i den konkrete udfordring. Modellen giver en systematisk tilgang, hvor forandringer tilpasses løbende i takt med opståede behov og erfaringer. Medarbejderne kan afprøve og drage erfaringer, mens de skaber og implementerer en fælles tilgang og et fælles sprog for forandringen. Dermed sker der en kulturforandring samtidig med implementeringen af ny viden og arbejdsgange.



Ledelse og implementering af indsatsen

Ledelse af arbejdet med at forebygge brug af antipsykotika

Ledelse spiller en central rolle i arbejdet med at forebygge brugen af antipsykotika til patienter med demens. Erfaringer viser, at tydelig prioritering, klare rammer og systematisk opfølgning er afgørende for, om indsatsen omsættes til praksis og fastholdes over tid.

Sæt en tydelig retning og prioriter indsatsen

Ledelsen bør gøre indsatsen til en integreret del af kerneopgaven – ikke en "kan-opgave". Tydelige forventninger og opfølgning er nødvendige for, at arbejdet prioriteres i en travl hverdag.

Skab rammer for læring og fælles praksis

Tid til undervisning, refleksion og fælles drøftelser styrker omsætningen af viden til praksis. Når dette indarbejdes i vagtplaner, øges både udbyttet og en mere ensartet tilgang til de praksisnære redskaber til de centrale non-farmakologiske indsatser.

Tydeliggør ansvar og organisering

Ledelsen bør sikre klarhed om roller og ansvar, så indsatsen ikke bliver personbåret, men forankres i organisationen.

Understøt tværfagligt samarbejde

Forebyggelse af antipsykotika er et fælles ansvar. Ledelsen skal understøtte samarbejde, fælles refleksion og et fælles fagligt sprog på tværs af faggrupper.

Følg op og fasthold udviklingen

Systematisk opfølgning, gentagelse og integration i onboarding er nødvendigt for at fastholde udviklingen. Samtidig spiller ledelsen en central rolle i at understøtte en kulturændring mod en mere reflekteret og mindre rutinepræget brug af antipsykotika.

Demensvenlige sygehuse i Region Syddanmark

Ledelse af arbejdet med at forebygge brug af antipsykotika

Region Syddanmark har i en årrække arbejdet strategisk med Demensvenlige sygehuse med en ambition om at skabe et demensvenligt miljø for patienter med demens. Indsatsen i Region Syddanmark bygger på målsætninger og erfaringer fra Den nationale demenshandlingsplan 2025 og Nationalt Videnscenter for Demens' projekt og materialer om Demensvenlige sygehuse. Fokus er på, hvordan sygehuse kan etablere tilpassede rammer, der understøtter tryghed og forebygger uro hos patienter med demens under indlæggelse. Dette indebærer fokus på at fremme viden og kompetencer blandt sygehusets medarbejdere om demens, sikre at de fysiske omgivelser understøtter tryghed og sikkerhed samt udvikle kommunikation og arbejdsgange, der styrker kvaliteten af behandling og pleje for patienter med demens og deres pårørende.

Indsatserne på tværs af sygehusenhederne i Region Syddanmark har blandt andet omfattet:

- Kompetenceudvikling, herunder e-læring og kliniknær læring
- Uddannelse af nøglepersoner i afdelingerne, som får viden om demens og kan formidle viden herom samt støtte og rådgive kollegaer i det daglige arbejde
- Basisuddannelse, uddannelses tilbud til alle medarbejdere på sygehuset, herunder driftspersonale, portører, bioanalytikere m.fl., så alle ansatte, som møder patienter med demens, har grundlæggende viden og kompetencer
- Ansættelse af demenskonsulenter på samtlige sygehuse, som understøtter medarbejderne i at opnå viden og kompetencer til at behandle, pleje og kommunikere med patienter med demens samt samarbejde med pårørende
- Udvikling af en demenspakke, som et praktisk værktøj med beskrivelser og teori om non-farmakologiske interventioner og sansestimulation, som medarbejdere kan trække på i deres arbejde
- Udvikling af tre tværregionale retningslinjer om patientforløb for patienter med demens, delirhåndtering og forebygge brug af antipsykotika
- Systematisk arbejde med nedbringelse af antipsykotika til patienter med demens med formålet om at udbrede viden om virkning og bivirkninger samt non-farmakologiske tiltag

Et hjertemedicinsk afsnit styrker arbejdet med non-farmakologiske tiltag

Hjertemedicinsk afsnit på Odense Universitetshospital har deltaget i afprøvnin-gen af Videns og læringspakken med det formål at øge demensvenligheden på afdelingen og forebygge brug af antipsykotika gennem et fokus på non-farmakologiske tiltag. Afdelingen har arbejdet målrettet med refleksion over arbejdsgange og det tværfaglige samarbejde mellem faggrupper. Desuden har man arbejdet med at skabe en fælles forståelse af, hvornår antipsykotika er nødvendig, og hvornår andre tiltag kan være relevante. Alle medarbejdere har desuden gennemført e-læringsmoduler om antipsykotika.

Fra begyndelsen af projektet har der været fokus på, hvordan man kan arbejde med konkrete non-farmakologiske tiltag som en tilgang til patienterne.

Afdelingen har blandt andet arbejdet med følgende konkrete non-farmakolo-giske tiltag:

- Sanseredskaber såsom tyngdedyner, tøjdyr og musikpuder
- Systematisk indsats med ro, afskærmning og struktur i hverdagen.
- "Hvem-er-jeg"-skemaet (se s. 11) som et redskab til at opnå en bedre forståelse af patienternes individuelle behov, præferencer og reaktionsmøn-stre. Denne viden er efterfølgende anvendt aktivt i tilrettelæggelsen af den daglige indsats.

Afdelingen oplever ikke øget uro eller forværring hos patienterne som følge af denne ændring i arbejdsgange. Tværtimod har indsatsen bidraget til en begyndende kulturændring, hvor medarbejderne i højere grad tænker i non-farmakologiske tiltag før antipsykotika.

Samarbejde med patient og pårørende

Pårørende er de nærmeste til at forstå, forklare og støtte patienter med demens. De kender patienten og kan bidrage til tryghed, observation af adfærdsændringer og vigtig viden. Deres viden kan øge både kvaliteten af behandlingen og patientsikkerheden.

Både patienten med demens og pårørende bør informeres om behandlingsmuligheder, og om virkning og mulige bivirkninger ved behandling med bl.a. antipsykotika. Pårørende bør deltage hver gang, patienten informeres, når der skal tages vigtige beslutninger og ved udskrivelse. De pårørende er ofte selv i en sårbar situation, og information og inddragelse kan skabe tryghed. Om muligt kan pårørende inviteres til at overnatte som en tryghedsskabende intervention.

Ikke alle patienter med demens har en nær pårørende. Hvis det er tilfældet, kan en nabo, kontaktperson på plejehjem eller en frivillig på sygehuset evt. bistå og modtage information sammen med patienten.

Hvis en eventuel fremtidsfuldmagt er sat i kraft, skal fremtidsfuldmægtig bistå og modtage information.

Værktøj 1

Tjekliste til non-farmakologisk intervention

Benyt tjeklisten ved planlægning og udvikling af systematiske rammer for non-farmakologisk intervention, og tilpas den til lokale forhold.

1. Viden og kompetencer

- ☐ Personalet har viden om demens og mulige udfordringer med anamnese og diagnostik hos patienter med demens eller anden kognitiv svækkelse.
- ☐ Personalet har viden om virkning og bivirkning af anti-psykotika og evt. anden beroligende medicin.
- ☐ Personalet har kompetence i at se mennesket bag sygdommen jf. personcentreret omsorg¹², skabe gode patientrelationer og prioritere samarbejde med pårørende.
- ☐ Personalet har kompetence i demensvenlig kommunikation samt anvendelse af non-farmakologiske interventioner, såsom sansestimuli, rolige omgivelser og kontinuitet.
- ☐ Personalet har adgang til retningslinjer og instruktioner, som gør det muligt at tage et bevidst, fagligt valg af sanseunderstøttende redskaber, som den enkelte patient kan have gavn af.

¹² Kitwood T. En revurdering af demens – personen kommer i første række, Munksgaard, 1999.

2. Organisering og arbejdsgange

- ☐ Patienter med demens tilbydes særligt tilpassede patientforløb med fokus på kortest mulig ventetid, færrest mulige forstyrrelser og flytninger, personalekontinuitet samt kort indlæggelsestid.
- ☐ Personalet arbejder systematisk med sansestimulation tilpasset den enkelte patient fx tilbud om tyngdedyne, musikpude eller dybe tryk.
- ☐ Afdelingen har fast procedure for regelmæssig medicin-gennemgang ved indlæggelse med fokus på mulige bivirkninger og ved udskriving med henblik på seponering af unødvendig medicin.
- ☐ Personalet foretager systematisk CAM-screening af alle patienter med demens for at opspore begyndende delirium.

3. Samarbejde

- ☐ Sygehuset har retningslinjer for videndeling om patienten med fokus på kognitive funktioner og mental tilstand på tværs af afdelinger og faggrupper.
- ☐ Personalet indhenter systematisk viden om patienten fra ældreplejen og pårørende før og ved behov under indlæggelsen.
- ☐ Personalet inddrager systematisk pårørende eller andre kontaktpersoner under indlæggelsen og informerer pårørende om virkning og bivirkninger ved evt. antipsykotisk behandling.
- ☐ Personalet inddrager demenskonsulenter på sygehuset ved behov for sparring og undervisning.
- ☐ Personalet koordinerer udskrivelse og behandlingsplan med pårørende, ældreplejen og evt. med demenskoordinator i hjemkommunen ift. pleje og rehabilitering.
- ☐ Udskrivende speciallæge samarbejder med patientens egen læge ift. tidlig opsporing af komplikationer efter udskrivning, plan for monitorering af behandlingseffekt, bivirkninger og plan for udtrapning af medicin.

4. Fysiske omgivelser

- ☐ Enestuer kan etableres til patienter med demens og behov for ekstra skærmning
- ☐ Farligt udstyr opbevares afskærmet og alt unødvendigt udstyr, der kan skabe uro, er fjernet.
- ☐ Farvevalg og brug af kontraster fremmer orienterings-
evnen og bidrager til sikkerhed.
- ☐ Skiltning er tydelig og tilpasset patienter med kognitive
udfordringer.
- ☐ Kunst og billeder bidrager til at understøtte orientering
og skabe et trygt miljø, som kan aflede og afstresse
patienten.
- ☐ Opholdsrum og opholdszoner er designet og indrettet,
så de enten fremmer social interaktion eller skærmer
for sansestimuli.
- ☐ Tiltag i miljøet forebygger, at patienter utilsigtet for-
lader afdelingen, fx mattering af vinduer og døre.

Værktøj 2

Patientrejser

– risikosituationer, forebyggelse og non-farmakologiske interventioner

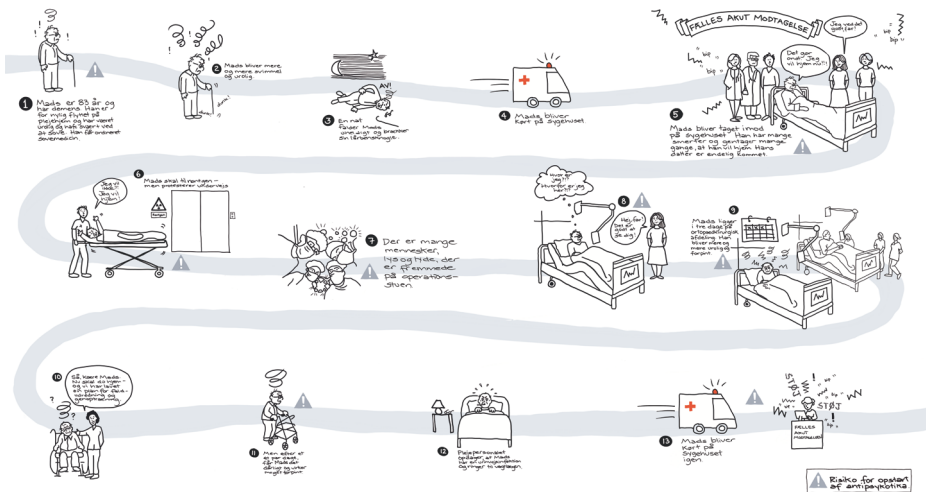
Patientrejse 1 viser et forløb med en patient med demens og situationer, som kan skabe uro og utryghed. Utryghed kan føre til adfærdssændringer, som er svære at håndtere for personalet, og som kan medføre unødvendig behandling med antipsykotika for at sedere patienten.

Patientrejse 2 viser et forløb med samme patient, hvor der er fokus på at sætte tidligt ind med udredning af årsagen til den ændrede adfærd samt behandle med non-farmakologiske interventioner.

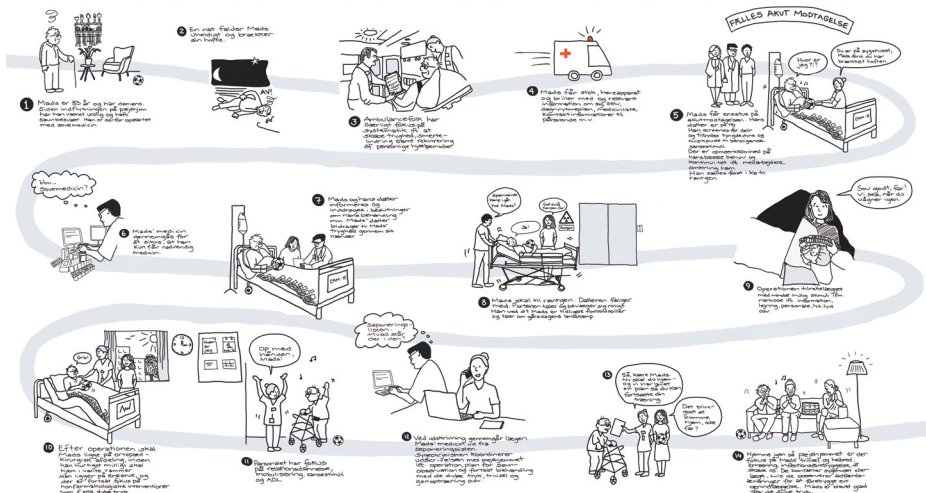
De to patientrejser kan bruges til at skabe refleksion og overblik over, hvordan personalet arbejder, når patienter med demens indlægges på afdelingen, samt skabe overblik over, hvor og hvordan en forandring kan bidrage positivt til afdelingen

Oplæg til fælles drøftelse

Patientens rejse på sygehuset I



Patientens rejse på sygehuset II



Find patientrejsen i printudgave ved at scanne QR-koden

Oplæg til fælles drøftelse

- Oplever I særlige udfordringer, når patienter med demens indlægges?
- Er der situationer, som er særligt kritiske for patienter med demens ved modtagelse, under indlæggelse og ved udskrivning?
- I hvilke situationer vil I typisk overveje brug af antipsykotika til at sedere patienten med demens?
- Hvilke indsatser forefindes allerede, for at sikre en god modtagelse af patienter med demens?
- Hvad gør I for at skærme patienten?
- Hvilke arbejdsgange bruger I ved årsagsanalyse af udfordrende adfærd, som kan virke uforståelig?
- Hvilke non-farmakologiske interventioner gør I allerede brug af?
- Hvad gør I for at sikre, at overgange til eget hjem bliver koordineret med egen læge, pårørende og eventuel plejEinstans?

Litteraturliste

- Burton JK et al.: Nonpharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised nonICU patients, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7. Art, 2021
- Kitwood T.: En revurdering af demens – personen kommer i første række, Munksgaard, 1999
- Nationalt Videnscenter for Demens: Delirium, <https://videnscenterfordemens.dk/da/delirium>
- Nationalt Videnscenter for Demens: Idékatalog, Demensvenlige sygehuse, 2020
- Nationalt Videnscenter for Demens: Demensvenlige sygehuse, 2020
- Nationalt Videnscenter for Demens: Lommeuide: Observation af fysiske symptomer, 2017
- Nørgaard, A. et al.: Effect of antipsychotics on mortality risk in patients with dementia with and without comorbidities, Journal of the American Geriatrics Society, Vol 70, side 1169-1179, 2022
- Region Syddanmark: Sansestimuli – Til mennesker med demens og anden kognitiv svækkelse, 2026. <https://ouh.dk/media/lvxaixot/katalog-sansestimuli-til-mennesker-med-demens-og-anden-kognitiv-svækkelse.pdf>
- Sundhedsdatastyrelsen: Opgørelse af forbruget af antipsykotika, Antipsykotika (esundhed.dk)
- Sundhedsstyrelsen: Beboerkonferencen i praksis, 2019
- Sundhedsstyrelsen: Erfaringsopsamling. Pulje til praksisnært kompetenceløft til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens, Marselisborg Consulting for Sundhedsstyrelsen, 2020
- Sundhedsstyrelsen: Faglig ledelse i praksis, 2019
- Sundhedsstyrelsen: Guide til at nedbringe antipsykotisk medicin til mennesker med demens, 2023
- Sundhedsstyrelsen: Guideline National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium, 2021
- Sundhedsstyrelsen: Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer i praksis, 2019
- Sundhedsstyrelsen. National klinisk anbefaling for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, 2025
- Sundhedsstyrelsen: Personcentreret omsorg i praksis, 2019
- Sundhedsstyrelsen: Seponeringslisten, 2025
- Sundhedsstyrelsen: Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/9697, 2024

Sundhed for alle ♥ + ●