

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

**Hovedforfatter**

Sundhedsstyrelsen



Sundhedsstyrelsen

### **Kontaktperson**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67

### **Sponsorer / Finansiering**

Sundhedsstyrelsen

### **Ansvarsfraskrivelse**

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske anbefalinger er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab. Nationale kliniske anbefalinger bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske anbefalinger offentligt tilgængelige, således at borgere og patienter også kan orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske anbefalinger klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge anbefalingerne. De nationale kliniske anbefalinger er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode, som ikke er anbefalet være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation. Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling.

ISBN elektronisk udgave:

## Indhold

1. Indledning .....	4
2. Personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse .....	6
3. Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens? .....	8
4. Bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens? .....	16
5. Bør man anvende antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens? .....	20
6. Bør man anvende antipsykotika eller benzodiazepiner til kortvarig behandling (<4 uger) af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens? .....	34
7. Implementering .....	42
8. Monitorering, opdatering og videre forskning .....	43
9. Beskrivelse af anvendt metode, evidensvurderinger og søgebeskrivelse .....	44
10. Arbejds- og referencegruppe .....	48
11. Begreber og forkortelser .....	50
Referencer .....	52

## 1. Indledning

### Formål og baggrund for en national klinisk anbefaling

Formålet med de nationale kliniske anbefalinger (NKA) er at understøtte en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet. Anbefalingerne udarbejdes efter en systematisk tilgang og graduering af evidensens kvalitet, hvor styrken af anbefalingen baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Anbefalingerne har været sendt i bred, offentlig høring, hvor alle har haft mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til den færdige anbefaling.

Der henvises desuden til Sundhedsstyrelsens 'metodehåndbog: Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer' [137] for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af NKA.

En NKA indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger som angiver punktnedslag i patientforløbet (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Det er ikke et primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem der skal tilbyde indsatsen) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i fx en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Denne NKA er udarbejdet som et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsens to enheder; 'Evidensbaseret Medicin' og 'Ældre og Demens'. Samtidig er der nedsat en arbejdsgruppe med relevante faggrupper som har bistået i opgaven. Patientperspektivet i denne NKA er repræsenteret ved et brugerpanel bestående af repræsentanter fra Danske Patienter, Alzheimerforeningen og Ældresagen. Grundet etiske overvejelser er der ingen personer med demens med i brugerpanelet.

Anbefalingerne kan anvendes i brede dele af pleje- og sundhedssektoren i både primær og sekundær sektor. Da tværfagligt samarbejde er en grundsten i varetagelsen af pleje, omsorg og behandling af mennesker med demens, henvender denne anbefaling sig både til ledere, socialt- og sundhedsfagligt plejepersonale, demenskoordinatorer, hjemmesygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter, pædagoger, psykologer, speciallæger i almen medicin, neurologi, psykiatri og geriatri samt alle andre lægefaglige specialer som behandler patienter med demens. Anbefalingerne kan desuden benyttes af patienter, pårørende eller andre, der ønsker at søge information indenfor området.

### Valg af emne til indeværende NKA samt fokuserede spørgsmål

Sundhedsstyrelsen udgav i 2018 en national klinisk retningslinje (NKR) for demens og medicin og i 2019 udkom NKR for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Tilsammen indeholdt de to retningslinjer 18 konkrete anbefalinger om forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens samt farmakologisk behandling af mennesker med demens. Litteratursøgningerne i disse retningslinjer er forældede, og der kan dermed være kommet ny evidens, der potentielt kan ændre anbefalingerne.

Der blev i 2023 afsat midler i regi af SSA-reserven til et initiativ til nedbringelse af forbruget af antipsykotika til mennesker med demens. Som et led heri, blev det besluttet at revidere evidensgrundlaget, som udgør fundamentet for de faglige indsatser i form af udvalgte nationale kliniske anbefalinger om lægemiddelbehandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Det blev derfor besluttet, at der skulle udarbejdes nye anbefalinger inden for demensområdet med fokus på adfærdsmæssige og psykiske symptomer, som erstatning for de tidligere anbefalinger der er beskrevet i de to retningslinjer fra henholdsvis 2018 og 2019.

Anbefalingerne i denne NKA er afgrænset til at omhandle behandling og forebyggelse af adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Det kan både være psykosociale og sundhedsfaglige interventioner inklusiv behandling med lægemidler. Den endelige afgrænsning af de kliniske problemstillinger blev prioriteret af arbejdsgruppen, herunder en beslutning om at opdatere en tidligere anbefaling om brug af antipsykotika til mennesker med demens.

Prioritering af de øvrige fokuserede spørgsmål, er sket på baggrund af den ramme, som metoden for udvikling af nationale kliniske anbefalinger foreskriver, hvor den faglige arbejdsgruppe vejleder i at finde de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensgrundlaget.

Spørgsmål om medicingennemgang hos mennesker med demens er ikke behandlet i denne NKA, men det skal understreges, at medicingennemgang for specielt ældre med demens er en essentiel del af en vellykket tilgang til forebyggelse og behandling af BPSD. Det anbefales i Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) vejledning om *Den ældre skrøbelige patient* [77], at praktiserende læger jævnligt, og mindst én gang årligt, foretager en medicingennemgang. I vejledningen er angivet generelle, overordnede råd til at gennemføre en medicingennemgang [92]. Samtidig har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en guide til medicingennemgang i praksis "Medicingennemgang i praksis" [89]. Der findes desuden flere andre screeningsværktøjer og støttereds kabler [89] som f.eks. "Seponeringslisten" udarbejdet af Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF) i Sundhedsstyrelsen og regionernes lægemiddelskonsulenter [85] samt STOPP/START version 3 på Dansk Geriatrik Selskabs hjemmeside [93]. En vellykket ændring i medicinforbrug såsom reduktion eller seponering, kræver en god dialog mellem læge og patient og involverer ofte også de pårørende.

## Demens, BPSD og antipsykotika

I 2023 var der ca. 41.500 personer med en hospitalsregistreret demensdiagnose i Danmark, hvilket er en stigning på næsten 30.000 siden år 2000 [88]. Baseret på befolkningsundersøgelser, vil det reelle antal af personer, der lever med demens formentlig være væsentlig højere, da det vurderes, at der er et betydeligt mørketal for demens, fordi mange ikke bliver udredt og diagnosticeret i sekundærsektoren. Nogle henvender sig ikke til sundhedsvæsenet og andre bliver fulgt i almen praksis efter basal udredning uden videre henvisning [79].

Aktuelt er der en årlig incidens på ca. 9000 (2022-tal) [88]. Demens er en fællesbetegnelse som dækker over flere forskellige neurodegenerative sygdomme. Demens udvikler sig over tid og medfører en gradvis forværring af flere kognitive funktioner, som forringer en persons mulighed for at klare sig selvstændigt i dagligdagen [80]. Der findes aktuelt ingen behandling, som kan helbrede de neurodegenerative sygdomme, der er årsagen til demens. Udover forværring i kognitive funktioner, vil progressionen af demenssygdommen medføre, at op mod 90 % af mennesker med demens udvikler adfærdsmæssige og psykiske symptomer [81]. BPSD står for "Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia" og oversat til dansk angives som adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens (herefter BPSD). BPSD er en samlebetegnelse for de adfærdsformer, der kan opstå i forbindelse med en demenssygdom, og omfatter en række adfærdsmæssige og psykiske symptomer, herunder aggression, agitation, uhæmmet adfærd, irritabilitet, angst, depression, apati, eufori, appetit- og søvnforstyrrelser samt psykotiske symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger [82].

Der kan være flere årsager til, at mennesker med demens udvikler BPSD, herunder både biologiske, psykologiske og sociale aspekter. BPSD kan være et resultat af biologiske sygdomsmekanismer forbundet med den gradvise neurodegenerative proces, som skyldes demenssygdommen. Det kan også være en reaktion på somatiske problematikker såsom smerter, infektion eller dehydrering, eller mangel på basale fysiologiske behov, herunder ernæring og søvn samt mere eksistentielle behov såsom social kontakt, kommunikation, forventninger til omgivelser eller en meningsfuld hverdag. Symptomerne kan altså skyldes, at personens basale fysiske, sociale og psykologiske behov ikke imødekommes hensigtsmæssigt for eksempel i forbindelse med personlig pleje, aktiviteter og kommunikation. Det vigtigt at undersøge, om personen med demens er forpint af symptomerne, f.eks. i forbindelse med hallucinationer, der også kan være et udtryk for synsforstyrrelser eller perceptionsforstyrrelser i bearbejdning af sanseindtryk, men som ikke opleves ubehageligt for personen med demens [83].

Da årsagen til BPSD er forskelligartet, vil den tilbudte forebyggelse, udredning og behandling derfor variere.

I tidligere vejledninger har anbefalingen været imod brugen af antipsykotika til behandling af BPSD. Trods disse anbefalinger, samt et øget fokus på forbruget af antipsykotika hos mennesker med demens, er forbruget stort set uændret siden 2014. På baggrund af tal fra Sundhedsdatastyrelsen fremgår det, at ca. 19,5 % af alle mennesker med demens får antipsykotika i 2023. Næsten 2/3 af dem der får antipsykotika, har ikke en anden hospitalsregistreret psykiatrisk lidelse. Herudover er der stor geografisk variation i brugen af antipsykotika hos mennesker med demens både kommunalt (31,0 % til 4,8%, 2023 tal) og regionalt (22,0% til 16,6%, 2023 tal).

Trods et fortsat højt og uændret forbrug af antal personer med demens der får antipsykotika, er der over de seneste 10 år sket et fald i langtidsforbruget (>1 år), samt en nogenlunde tilsvarende stigning i korttidsforbruget (<3mdr). Der er derfor fortsat behov for opmærksomhed på området. Herudover er der sket en markant stigning i forbruget af benzodiazepiner til mennesker med demens i den tilsvarende periode (fra 13,7 % til 17,3 %). Denne ændring i udskrivningsmønster kan være et udtryk for et indikationsskred, hvor der i stigende grad bruges benzodiazepiner for at berolige i stedet for antipsykotika, da det ved korttidsbehandling med antipsykotika, typisk er den sederende effekt som udnyttes.

## 2. Personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse

I NKR for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens fra 2019 var der en stærk anbefaling for at anvende systematisk årsagsanalyse samt en stærk anbefaling for at omsorg af behandling af mennesker med demens bør følge principperne om personcentreret omsorg. Der er i dag stor konsensus om, at disse tilgange er grundlaget for arbejdet med mennesker med demens som udtryk for god pleje og omsorg i praksis for mennesker med demenssygdom. Det er derfor besluttet ikke at udarbejde det som anbefalinger, men at disse tilgange er forudsætninger for anbefalingerne. Nedenfor følger en detaljeret beskrivelse af personcentreret tilgang og systematisk årsagsanalyse.

### Personcentreret tilgang

Ved en personcentreret tilgang til mennesker med demens sættes der fokus på personens ressourcer frem for demenssygdommen. Målet er at skabe størst mulig fysisk og psykologisk velbefindende, gennem en god og tillidsfuld relation, hvilket tillige understøtter et godt samarbejde med personen med demens. Relationsarbejdet er afgørende for at skabe tryghed, tillid og gensidig forståelse mellem medarbejder og personen med demens og for at yde den rette omsorg, uanset om det gælder manglende trivsel i forbindelse med fysisk helbred, omgivelsernes tilgang eller psykologiske faktorer. Det grundlæggende i den personcentrerede omsorg er at arbejde bevidst med og reflektere over relationer mellem plejepersonale og personen med demens. Relationsarbejdet er afgørende for at skabe tryghed, tillid og gensidig forståelse mellem medarbejder og personen med demens og for at yde den rette omsorg, uanset om det gælder manglende trivsel i forbindelse med fysisk helbred, omgivelsernes tilgang eller psykologiske faktorer. For at kunne arbejde fagligt bevidst med trivsel for den enkelte, er det en forudsætning, at personalet har et indgående kendskab til personen med demens. Tom Kittwoods demensligning kan anvendes som analyse redskab til at arbejde systematisk og fagligt bevidst med udgangspunkt i den enkelte persons levede liv og med mest mulig selvbestemmelse i hverdagen. Det indebærer at få en forståelse af det levede liv som personen med demens har haft (livshistorien), herunder forståelse for de værdier og personlige præferencer som har indgået i netop det liv. Analysen skal samtidig tage udgangspunkt i de fysiske sygdomme eller symptomer, kognitive funktionsnedsættelser og medicinsk behandling. Når personalet arbejder systematisk med inddragelse af disse elementer, kan de tilpasse deres tilgang og tiltag, med fokus på hvad der bidrager med mest mulig trivsel for den enkelte [78][90]. En måde at udmønte den personcentrerede tilgang er ved brug af fælles faglig refleksion og systematisk årsagsanalyse med afsæt i blandt andet demensligningen og blomsten [90]. Den systematiske årsagsanalyse, bør tage udgangspunkt i en personcentreret tilgang, hvor fysiske, psykologiske og sociale aspekter ses i et helhedsperspektiv.

### Systematisk årsagsanalyse

En demenssygdom viser sig ved svækkede kognitive funktioner, som kan komme til udtryk på forskellig vis. Når de kognitive funktioner svækkes, bliver det blandt andet sværere at mærke og kommunikere egne behov. Mennesker med demens vil ofte udtrykke deres helbredsmæssige og psykologiske trivsel, eller mangel på samme, gennem deres adfærd. Som plejepersonale kan adfærden virke uforståelig, særligt når kendt adfærd hos personen med demens ændrer sig. Når adfærden pludseligt ændrer sig, er det vigtigt at udelukke somatiske årsager og afdække både helbredsmæssige og socialpsykologiske behov via en systematisk årsagsanalyse.

Når adfærden ændrer sig hos mennesker med demens, er det vigtigt for plejepersonalet via en systematisk årsagsanalyse at redegøre relevant for somatiske årsager og afdække både helbredsmæssige og socialpsykologiske behov. Ændret adfærd kan præsentere sig på mange måder, til tider som svær uro, agitation og voldsom vrede, hvilket for eksempel kan medføre en stigning i konflikter mellem personale og personen med demens. Konsekvensen kan være, at der fra personalets side opstår et ønske om at afhjælpe agitation og uro ved f.eks. at give antipsykotika.

Som personale bør man altid antage, at alt hvad personen med en demenssygdom gør, er meningsfuldt ud fra personens perspektiv. Personens adfærd skal betragtes som kommunikation, og det er personalets opgave systematisk at forsøge at forstå og handle på det som personen kommunikerer gennem sin adfærd [69][78].

Det opleves at antipsykotika dæmper uroen, men medfører, at personens mulighed for at kommunikere og udtrykke sine behov gennem adfærden tilsvarende bliver nedsat. Brug af antipsykotika gør det derved sværere at forstå årsager til adfærden og derfor også sværere at tilrettelægge den behandling, pleje og omsorg, der kan genoprette helbredsmæssig og psykologisk trivsel samt almen velbefindende hos personen med demens.

Det er afgørende for psykologisk trivsel hos mennesker med demens, at der arbejdes systematisk og struktureret med at finde mulige løsninger ud fra en individuelt tilpasset tilgang, hvor der er fokus på at understøtte personens identitet, mening i hverdagen, inklusion i fællesskaber, samt samhørighed og tilknytning til omgivelserne. Dette arbejde kan være udfordrende, og der er brug for støtteredskaber for at komme omkring alle psykologiske behov. Personalet må derfor arbejde systematisk med at indsamle observationer/data og viden og bruge systematiske analysemetoder for at finde mulige årsager til en given adfærd hos mennesker med demens. På baggrund af disse observationer skal nye tiltag iværksættes og effekten af dem skal systematisk evalueres. Observationer, handlinger og evaluering skal dokumenteres systematisk i tilgængelige dokumentationssystemer for at sikre overleveringen til kollegaer. Det medfører, at der løbende evalueres på de igangsatte tiltags virkning på den uforståelig adfærd jf. figur 1. [69][70].

I Demenshåndbogen "Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer" anbefales en systematisk tilgang til arbejdet med adfærdsmæssige og psykiske symptomer [71]. Anbefalingerne bygger på en 4-trins model (se figur 1), som indeholder følgende 4 trin:

- **Observation** – hvad ser vi?
- **Analyse** – hvordan forstår vi det, vi ser?
- **Handling** – hvad vil vi afprøve?
- **Evaluering** – hvad er effekten af vores handlinger?

Figur 1: 4-trins modellen



Som en del af en systematisk og helhedsorienteret årsagsanalyse skal man stille sig selv følgende spørgsmål når der observeres en ændret adfærd:

- Er personens basale fysiske behov dækket? Får personen søvn og hvile nok, væske nok, spiser de godt nok, er der gang i maven, motion og frisk luft nok?
- Kan personen have infektioner, anden sygdom eller muligvis smerter? Herudover er det vigtigt at have fokus på muligt delirium
- Kan der være bivirkninger ved personens medicin, eller får vedkommende medicin, som ikke længere tåles?
- Er forhold i plejemiljøet tilpasset personen fx lyd-, lys- og rumforhold? Og er der taget højde for deres generelle sansebehov tilpasset mulige sansetab
- Er forhold i medarbejderens tilgang, møde, relation og kommunikation og kravssætning tilpasset personen?
- Er personens psykologiske behov dækket? Oplever personen tilknytning, trøst, inklusion, identitet og meningsfuld beskæftigelse?

### Fælles faglig refleksion for at fremme fælles beslutningstagning

Der findes flere forskellige metoder til at arbejde systematisk med at skabe trivsel hos mennesker med demens og styrke den faglige refleksion. De tager alle udgangspunkt i en fælles tværfaglig refleksion og beslutningstagning, hvor personen med demens og dennes pårørende inddrages. Den fælles faglige refleksion medvirker til at få fokus på præferencer hos personen med demens, da personen med demens aktivt bør inddrages i det omfang denne er i stand til det. Samtidig sikres det, at så mange relevante perspektiver fra forskellige faggrupper som muligt bliver inkluderet. Det er herudover en måde at skabe rammer for, at personen med demens' selvbestemmelse og samtykke respekteres i forhold til valg af behandling, pleje og omsorg.

For personale på plejehjem er der udgivet Demenshåndbogen "Beboerkonferencen i praksis" som beskriver en struktureret og systematisk borgergennemgang med udgangspunkt i personcentreret omsorgsteori og fælles faglig refleksion. Beboerkonferencen kan som metode åbne for nye mulige handlemuligheder i fastlåste situationer og understøtter en opmærksomhed over for et pleje- og omsorgsfagligt perspektiv i arbejdet med personen med demens [72].

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

#### Baggrund for valg af spørgsmål

Der er stor variation i praksis i forhold til hvilke interventioner der tilbydes, ligesom der er tvivl i de faglige miljøer om hvilke interventioner, der er effektive, og om der er forskel i effekt. Tidligere vejledninger og anbefalinger har fokuseret på udvalgte og specifikke strukturerede og målrettede interventioner som fx reminiscensterapi eller musikterapi. Det er dog uafklaret, om det skal være de specifikke interventioner, eller om det er muligt at undersøge effekten af en komponent de alle har til fælles.

Arbejdsgruppen har derfor ønsket at undersøge effekten af strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse. Fokus er altså ikke på specifikke interventioner, men på helheden af interventioner der tager udgangspunkt i aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse.

Anbefalingen er formuleret på baggrund af en systematisk gennemgang af litteraturen på baggrund af GRADE-metoden. Arbejdsgruppen er forelagt evidensprofilen, nøgleinformationer er gennemgået og der er herefter lavet en konsensusbeslutning om hvordan anbefalingen er formuleret. En detaljeret beskrivelse af metoden findes i kapitel 10.

#### Stærk anbefaling

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

*Det primære fokus for de målrettede og strukturerede interventioner som anbefalingen omhandler er, at interventionen skal have en aktivt deltagende komponent samt have et fokus på individet. Denne type interventioner kan både foregå i grupper eller individuelt under hensynstagen til den enkelte person og dennes behov. Interventionerne kan således være specifikke interventioner såsom reminiscensterapi, musikterapi, kognitiv stimulationsterapi, men kan også være hverdagsaktiviteter med personen med demens tilpasset individets interesser som spil, tøjvask, madlavning, gåture i haven mm.*

*Det er vigtigt, at interventionerne integreres som en del af hverdagen på lige fod med andre opgaver som varetages, samt at der kommer en struktur for hvordan, og hvornår interventionen udføres sammen med personen med demens. Dette for at fremme den strukturerede og målrettede tilgang som er vigtigt i arbejdet med mennesker med demens.*

*Denne anbefaling omhandler derfor en samlet gruppe af interventioner som har fokus på aktiv deltagelse og individet, og fremhæver ikke en specifik type intervention frem for en anden.*

*Det er arbejdsgruppens anbefaling, på baggrund af klinisk erfaring, samt understøttet af den kvalitative evidens, at de specifikke målrettede og strukturerede interventioner varetages af personale som er uddannet eller oplært og derved kvalificeret indenfor den enkelte type intervention. Samtidig skal interventionen tilpasses i forhold til type, hyppighed og mængde under hensyntagen til principperne om personcentreret omsorg og årsagsanalyse.*

*Den kvalitative evidens fremhæver at nedbringelse af forbruget af antipsykotika fremmes gennem personcentreret tilgang med fokus på forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens og ved at ledelsen støtter tværfagligt samarbejde og sundhedspersonalets kompetenceudvikling.*

*For at sikre, at anbefalingen omhandlede "aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse" er det a priori besluttet, at denne anbefaling ikke inkluderer interventioner som f.eks. at lave en spilleliste af musik som en person med demens lytter til alene, eller at udlevere et træningsprogram med hjemmetræningsøvelser som personen demens skal udføre selv. Interventioner hvor personen med demens skal lave hukommelsesopgaver eller bruge hjælpere til at huske ting, hører heller ikke under denne anbefaling.*

#### Nøgleinformationer

##### Gavnlige og skadelige virkninger

##### Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Strukturerede og målrettede interventioner reducerer muligvis *agitation* hos mennesker med demens. For *adfærdændringer* har målrettede og strukturerede interventioner muligvis ingen eller ubetydelig effekt.

Målrettede og strukturerede interventioner kan sandsynligvis reducere medarbejderbyrden for medarbejdere på plejehjem, men kun muligvis for pårørende/medarbejder udenfor plejehjem.

For de vigtige outcome *kognition, livskvalitet, depressive symptomer og funktionsniveau* reducerer



målrettede og strukturerede interventioner muligvis depressive symptomer samt forbedrer kognition, livskvalitet og funktionsniveau. Det er dog usikkert, om der er en klinisk relevant effekt. Målrettede og strukturerede interventioner er muligvis ikke forbundet med skadevirkninger.

### Kvaliteten af evidensen

Lav

Kvaliteten af evidensen er samlet set lav, da der er lav tiltro til evidensen for de kritiske outcomes.

Tiltroen til evidensen for det kritiske outcome *agitation* var lav på grund af alvorlig risiko for bias og på grund af upræcist effektestimater. Tiltroen til evidensen for det kritiske outcome *adfærdændringer* var lav på grund af alvorlig risiko for bias og på grund af inkonsistente resultater.

For det vigtige outcome *medarbejde/pårørendebyrde* var tiltroen til evidensen moderat grundet risiko for bias. Tiltroen til evidensen for de vigtige outcome *kognition, livskvalitet, depressive symptomer og funktionsniveau* var lav på grund af alvorlig risiko for bias, og alvorlig upræcist effektestimater.

### Patientpræferencer

Ingen betydelig variation forventet

Interventionerne er målrettede og strukturerede og tager udgangspunkt i personens individuelle behov og præferencer herunder tidligere interesser. Arbejdsgruppen forventer derfor, at der ikke vil være forskel i patientpræferencer. Både mennesker med demens og pårørende vil medvirke til interventionerne, men den daglige motivation kan variere hos personen med demens på grund af generelle demenssymptomer.

Brugerpanelet lægger desuden vægt på, at både borgere og pårørende vil ønske interventionerne, når de bliver en integreret del af hverdagen.

Grundet stor variation i de tilgængelige interventioner, kan der muligvis være forskel på præferencer hos de fagprofessionelle, hvilket kan indvirke på patientpræferencer specielt for personer, der bor på plejehjem.

### Ressourcer

Væsentlige problemer

Implementeringen af interventionen kan i en overgangsperiode medføre et øget ressourceforbrug, da det kan være nødvendigt at kompetenceudvikle eller oplære personalet. Derudover kan det kræve ekstra tid i starten, for at integrere interventionen i hverdagen og prioritere de nye tiltag.

Arbejdsgruppen vurderer dog, at ressourceforbruget på længere sigt vil balancere eller reduceres. Effekten af interventionen kan mindske ressourcekravene på flere måder, for eksempel gennem reduktion af adfærd- og psykiske symptomer ved demens. Dette kan opnås ved at styrke personalets faglige kompetencer, hvilket mindsker oplevelsen af magtesløshed og øger handlekompetencen. Det er afgørende, at kompetenceudviklingen fokuserer på det faste personale, da det kan fremme trivsel og fastholdelse. Når personalet oplever, at deres tid bruges på meningsfulde aktiviteter, øges deres evne til at håndtere vanskelige situationer. Dette kan potentielt reducere uro om natten, vold og trusler samt sygefravær. Resultatet kan blandt andet være mindre behov for fast vagt, især om natten.

Brugerpanelet understreger, at interventionen på sigt kan blive ressourceneutral eller mindre ressourcekrævende, hvis den integreres struktureret i hverdagen, for eksempel ved at anvende et "katalog" over mulige tiltag. En sådan tilgang kan hjælpe personalet med at skabe hensigtsmæssige dagligdagsaktiviteter for mennesker med demens og derved reducere uhensigtsmæssig adfærd. For at dette kan lykkes, er det vigtigt, at personalet har tilstrækkelig viden om de tilgængelige interventioner.

Interventionen kan også medføre øget ressourceforbrug, såfremt ekstern ekspertise indhentes til at varetage interventionen. Dette kan dog medføre, at det faste personale får frigjort tid til at varetage andre opgaver og derved også udligne sig på sigt.

## Lighed i sundhed

### Væsentlige problemer

Umiddelbart vil interventionen ikke medføre øget ulighed i sundhed. Arbejdsgruppen og brugerpanelet påpeger dog, at der ofte er stor variation i mulighed for pårørendeinddragelse, både på plejehjem, men også særligt for interventioner som foregår udenfor plejehjem. Der kan være stor forskel på de pårørendes ressourcer til at medvirke i interventionerne. Det kan medføre en øget ulighed.

## Accept

### Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

Interventionen vurderes at være acceptabel for både mennesker med demens, deres pårørende og sundhedspersoner. Da interventionen kan implementeres på forskellige måder, kan accepten dog variere afhængigt af individuelle præferencer. Dette omfatter også omfanget og hyppigheden af interventionen, da personens evne til at deltage kan variere betydeligt fra individ til individ.

Både arbejdsgruppen og brugerpanelet antager grundlæggende, at interventionerne vil blive anset som acceptable, da de tilpasses den enkelte. Brugerpanelet understreger samtidig betydningen af, at de interventioner, der kan integreres struktureret i hverdagen, opnår høj accept. Dette sikrer meningsfulde aktiviteter, som kan indgå i dagligdagen på en naturlig og værdig måde

## Gennemførlighed

### Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen er generelt enige om, at grundprincipperne for personcentreret omsorg til mennesker med demens kan implementeres i praksis. De fremhæver samtidig, at det er muligt at arbejde målrettet og struktureret med interventioner, der fokuserer på aktivitet, deltagelse og interpersonelle relationer som overordnet ramme. Brugerpanelet deler denne opfattelse, men påpeger, at en udfordring kan være at få interventionerne anerkendt, som en ligeværdig prioritet i hverdagen på linje med eksempelvis medicingivning og personlig hygiejne. Uden denne prioritering bliver det vanskeligere at gennemføre interventionerne systematisk og struktureret

Begge grupper understreger, at en yderligere udfordring kan opstå, hvis der er behov for at løfte kompetencerne hos flere medarbejdere. Dette kan kræve omstrukturering og ændringer i hverdagens prioriteringer, som igen vil stille krav om organisatoriske tilpasninger med fokus på arbejdskultur, ledelse og holdningsændringer

Arbejdsgruppen fremhæver desuden behovet for at sikre de rette kompetencer hos personalet og anerkende individuelle præferencer i forhold til interventionerne. Der lægges vægt på at flytte fokus væk fra tjeklister og i stedet tilpasse interventionerne til den enkelte, så de bliver meningsfulde og relevante

## Rationale

Anbefalingen er formuleret med vægt på, at interventionen har vist en potentiel effekt på flere parametre samt en klinisk relevant reduktion af medarbejdernes arbejdsbyrde blandt plejepersonale på plejehjem. For *adfærdsendringer (BPSD)* ses muligvis ingen eller ubetydelig effekt. Det er dog værd at bemærke, at dette outcome ofte er afrapporteret som en samlet score for flere symptomer, og det kan derfor generelt være vanskeligt at påvise en effekt, da symptomerne omhandler alt fra hallucinationer til appetitændringer. Derved kan der være sket en forbedring på nogle parametre og en forværring på andre, så det samlede outcome er ingen ændring. Der er samtidig lagt vægt på, at anbefalingen bygger på data fra en betydelig mængde studier, hvor stort set alle indikerer en mulig effekt

Samlet set er der lav tiltro til resultaterne. For alle outcome blev der nedgraderet for risiko for bias, hvilket også er at forvente ved denne type interventioner, hvor det ikke er muligt at blinde forsøgsdeltagere eller personale for, om de modtager interventionen eller ej.

Der er både i arbejdsgruppen og i brugerpanelet enighed om, at årsagsanalyse og personcentreret tilgang er grundlæggende for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Samtidig er de enige om at målrettede og strukturerede interventioner altid er førstevalg og altid skal afprøves forud for evt. medicinsk intervention. Den kvalitative evidens fremhæver, at nedbringelse af forbruget af antipsykotika fremmes gennem

personcentreret tilgang med fokus på forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens og ved at ledelsen støtter tværfagligt samarbejde og sundhedspersonalets kompetenceudvikling.

Interventionernes fokus ligger på det interpersonelle arbejde, hvor individet er i centrum, og hvor aktivitet og deltagelse tilpasses den enkelte person med demens. Interventioner, der fremmer aktivitet, deltagelse og interpersonelle relationer, kan derfor gennemføres på forskellige måder. Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer dog, at det er muligt at implementere interventionerne, så de understøtter grundprincipperne om individualisering og involvering af personen med demens. Der fremhæves ikke én specifik type intervention over en anden, da det essentielle i anbefalingen er, at interventionen fokuserer på relationsdannelse og individualisering

Samtidig fremhæves det, at interventionen vil være acceptabel af både mennesker med demens, deres pårørende og sundhedspersoner, og at der umiddelbart ikke er nogle skadevirkninger ved interventionen.

På denne baggrund har arbejdsgruppen valgt at formulere en stærk anbefaling trods samlet set lav kvalitet af evidens på nuværende tidspunkt.

## Fokuseret spørgsmål

**Population:** Personer med alle typer og sværhedsgrader af demens

**Intervention:** Målrettede og strukturerede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse

**Sammenligning:** Vanlig behandling

## Sammenfatning

### Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er fire systematiske oversigtsartikler [11][43][48][49], hvorfra der blev brugt 20 randomiserede forsøg [10][13][16][18][24][25][27][29][34][38][39][41][50][51][54][57][58][60][63][64] og 2 cluster randomiserede forsøg [15][17].

Der blev identificeret yderligere 27 randomiserede

forsøg [8][9][14][19][21][22][23][26][28][30][31][32][33][35][37][40][42][44][45][46][52][55][56][59][62][61][65] og tre cluster randomiserede forsøg [12][20][36] på baggrund af den opdaterede litteratursøgning fra 2020 og frem, som tog udgangspunkt i søgningen fra en systematiske oversigtsartikel [43].

### Gennemgang af evidens

Populationen i de inkluderede studier bestod af alle typer af demens samt alle sværhedsgrader. Ti studier inkluderede udelukkende personer med Alzheimers demens [13][14][30][32][40][42][45][56][58][64], ét studie inkluderede udelukkende personer med frontotemporal demens [51], og et studie inkluderede udelukkende personer med tidlig indsættende demens [12]. Resten af studierne inkluderede en blanding af de forskellige demenstyper.

Seks studier inkluderede udelukkende personer med mild demens [28][31][32][38][46][62], og otte studier inkluderede udelukkende personer med moderat til svær [26][29][52][57][63] eller svær demens [20][36][58]. De resterende studier omhandlede populationer med mild til moderat eller mild til svær demens.

I 18 studier var populationen udelukkende

plejehjemsbeboere [10][15][17][18][20][21][22][26][29][34][36][39][41][57][58][60][61][63] og i fire studier inkluderede de både plejehjemsbeboere og hjemmeboende [9][12][16][31]. De øvrige studier omhandlede hjemmeboende personer. 27 studier inkluderede under 100 personer [8][10][12][14][18][20][21][22][25][29][30][32][38][40][42][44][45][50][51][52][55][56][57][58][59][60][61].

Interventionerne bestod af flere forskellige typer af interventioner, der alle havde aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse som omdrejningspunkt. Interventionerne kan opdeles i følgende kategorier: Målrettet træning og ADL-funktioner [8][14][21][39][54], kognitiv stimulationsterapi evt. i kombination med andre fokusområder [9][22][30][33][35][42][44][55][59][62], ergoterapeut-interventioner i hjemmet [13][19][23][24][25][27][37][39][50][51][52][56][64][65], kognitions-interventioner inkl. reminiscens i kombination med f.eks. fysisk træning, ADL-funktion mm. [10][18][30][31][36][40][45][60][61], sensorisk stimulation inkl. dans og musik [26][28][29][41][57][58], samt blandende, meningsfulde aktiviteter med fokus på deltagelse [12][15][16][17][20][34][46][63]. De fleste interventioner varede fra en til fire måneder og blev givet en til to gange om ugen.

### Resultater for de kritiske outcomes

Elleve studier rapporterede på det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd*, herunder otte

RCT [18][34][41][51][52][57][58][60] og tre cluster RCT [15][17][20]. Ni af studierne foregik på

plejehjem [15][17][18][20][34][41][57][58][60]. Metaanalysen viste, at målrettede og strukturerede interventioner reducerer agitation i nogen grad sammenlignet med vanlig behandling (SMD 0,41 lavere, 95% CI 0,68 lavere til 0,14 lavere). Effekten svarer til en reduktion på 4,2 point (range: 29-203, 95% CI: 6.98; 1.44) på CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) i interventionsgruppen, hvilket er lige

under den mindste klinisk relevante effekt på 5 point. Den øvre konfidensgrænse kan ikke udelukke en klinisk relevant forskel i effekt til fordel for interventionen. Estimatet er omregnet fra SD fra final mean fra kontrolgruppen fra Lin 2010 (SD: 10,47) [41]. Der var ingen subgruppeforskel mellem RCT og cluster RCT ( $p=0,18$ ). Der var heller ingen subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ( $p=0,10$ ).

Fireogtyve studier rapporterede data for det kritiske outcome *adfærdsændringer/BPSD*, heraf 22 RCT [9][13][16][18][19][20][24][25][28][32][35][38][39][40][50][51][54][55][56][59][61][62] og to cluster RCT [12][36]. Fire studier foregår på plejehjem [18][20][36][61]. Målttede og strukturerede interventioner har sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på adfærdsændringer og reducerer derfor muligvis ikke adfærdsændringer i betydelig grad sammenlignet med vanlig behandling. Metaanalysen viste en SMD på 0,19 lavere (95% CI 0,31 lavere til 0,07 lavere). Effekten svarer til en reduktion på 1,97 point på NPI (range: 0-144, 95% CI: 3,2, 0,7) og er ikke klinisk relevant (mindste klinisk relevante effekt er 8-10 point på NPI). Estimatet er omregnet fra SD fra kontrolgruppen i studiet af Rai 2021 (SD 10,38) [55]. Der var ingen subgruppeforskel mellem RCT og cluster RCT ( $p=0,41$ ). Der var heller ingen subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ( $p=0,14$ ).

Tiltroen til evidensen for begge kritiske outcome var lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effektestimat (brede konfidensintervaller).

### Resultater for de vigtige outcomes

Fireogtyve studier rapporterede data for det vigtige outcome *medarbejde/pårørende byrde*, heraf 22 RCT [18][19][22][23][24][25][32][35][37][38][40][45][46][50][51][52][55][56][58][59][62][64] og to cluster RCT [12][20]. Fire studier foregik på plejehjem [18][20][22][58]. Målttede og strukturerede interventioner reducerer muligvis medarbejde/pårørende byrde i nogen grad med lav tiltro til evidensen. Metaanalysen viste en SMD på 0,3 lavere (95% CI 0,46 lavere til 0,14 lavere). Der var ingen subgruppeforskel mellem RCT og cluster RCT ( $p=0,75$ ). Der var en signifikant subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ( $p=0,002$ ). I analysen for studier der foregik på plejehjem, reducerer målttede og strukturerede interventioner sandsynligvis medarbejderbyrden i væsentlig grad. Metaanalysen viste en SMD på 0,95 lavere (95% CI 1,4 lavere til 0,5 lavere). Tiltroen til evidensen for subgruppen var samlet set moderat, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding).

Syvogtyve studier rapporterede data for det vigtige outcome *depressive symptomer*, herunder 26 RCT [9][10][15][18][25][26][28][29][30][31][32][38][39][40][44][45][46][52][54][55][59][60][62][63][64][65] og 1 cluster RCT [17]. Ni studier foregik på plejehjem [10][15][17][18][26][29][30][31][60]. Metaanalysen viste en SMD på 0,25 lavere (95% CI 0,38 lavere til 0,12 lavere). Der var ingen subgruppeforskel mellem RCT og cluster RCT ( $p=0,60$ ). Der var heller ingen subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ( $p=0,09$ ).

Nitten studier rapporterede data for det vigtige outcome *kognition*. Alle var RCT-studier [8][9][22][30][31][32][35][38][39][40][42][44][45][55][56][59][60][61][65]. Fem studier foregik på plejehjem [22][30][31][60][61]. Metaanalysen viste en SMD på 0,32 lavere (95% CI 0,54 lavere til 0,11 lavere). Der var ingen subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ( $p=0,43$ ).

Fireogtyve studier rapporterede data for det vigtige outcome *funktionsniveau/ADL*, herunder 22 RCT [13][14][18][19][21][23][24][27][28][30][32][39][40][44][45][46][51][55][56][61][64][65] og to cluster RCT [12][36]. Fem studier foregik på plejehjem [18][21][30][36][61]. Metaanalysen viste en SMD på 0,25 lavere (95% CI 0,41 lavere til 0,08 lavere). Der var ingen subgruppeforskel mellem RCT og cluster RCT ( $p=0,05$ ). Der var heller ingen subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ( $p=0,36$ ).

Seksgogtyve studier rapporterede data for det vigtige outcome *livskvalitet/QoL*, herunder 23 RCT [9][10][21][22][25][31][33][35][37][39][42][46][50][51][54][55][57][59][60][61][62][64][65] og tre cluster RCT [12][20][36]. Ni studier foregik på plejehjem [10][20][21][22][31][36][57][60][61]. Metaanalysen viste en SMD på 0,31 lavere (95% CI 0,47 lavere til 0,15 lavere). Der var ingen subgruppeforskel mellem RCT og cluster RCT ( $p=0,76$ ). Der var heller ingen subgruppeforskel mellem studierne som foregik på eller uden for plejehjem ( $p=0,07$ ).

Målttede og strukturerede interventioner reducerer muligvis depressive symptomer i nogen grad, forbedrer muligvis kognition og ADL i nogen grad samt øger muligvis livskvaliteten i nogen grad. Tiltroen til evidensen for de fire vigtige outcome var lav, da der for alle blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effektestimat (brede konfidensintervaller).

Elleve studier rapporterede data for det vigtige outcome *uønskede hændelser*, herunder ni RCT [21][22][31][34][45][55][57][59][64] og to cluster RCT [17][20]. Målttede og strukturerede intervention medfører muligvis ikke betydelige forskellige i antallet af personer med uønskede hændelser. Den relative risiko blev beregnet til 3,66 (95% CI 0,42 - 32,06), hvilket svarer til at 3 flere uønskede hændelser per 1.000 (CI 95% 16 færre til 22 flere). Der var ingen subgruppeforskel mellem RCT og cluster RCT ( $p=0,86$ ). Tiltroen til evidensen for dette vigtige outcome var lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effektestimat (brede konfidensintervaller).

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Vanlig behandling	Intervention Målrettede og strukturerede interventioner	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Uønskede hændelser (AE)  6 Vigtig	Relative risiko 3.66 (CI 95% 0.42 — 32.06) Baseret på data fra 648 patienter i 11 studier. <sup>1</sup> (Randomiserede studier)	0 per 1.000  Forskel:	9 per 1.000  <b>3 flere per 1.000</b> ( CI 95% 16 færre — 22 flere )	Lav På grund af meget alvorlig upræcist effektestimater <sup>2</sup>	Målrettede og strukturerede interventioner medfører muligvis ikke betydelige forskelle i antallet af personer med uønskede hændelser
Agitation/ udadreagerende adfærd 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning  9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra 519 patienter i 11 studier. <sup>3</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.41 lavere</b> ( CI 95% 0.68 lavere — 0.14 lavere )	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimater <sup>4</sup>	Målrettede og strukturerede interventioner reducerer muligvis agitation i nogen grad. Forskellen svarer til en reduktion på 4.2 point på CMAI (range: 29-203) (95% CI: 6.98, 1.44). MCID: -5 point. Beregnet ud fra SD (10.27) fra kontrolgruppen i studiet af Lin 2010 (største studie)
Adfærdssændringer /BPSD <sup>5</sup> 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning  9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra 2,154 patienter i 24 studier. <sup>6</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.19 lavere</b> ( CI 95% 0.31 lavere — 0.07 lavere )	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater <sup>7</sup>	Målrettede og strukturerede interventioner reducerer muligvis ikke adfærdssændringer i betydelig grad. Forskellen svarer til en reduktion på 1.97 point på NPI (range: 0-144) (95% CI: 3,2, 0.7 ). MCID: 8-10 point. Beregnet ud fra SD fra kontrolgruppen i studiet af Rai 2021 (SD 10.38)
Medarbejderbyrde , plejehjem <sup>8</sup> 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning  6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 128 patienter i 4 studier. (Randomiserede studier)	Forskel:	<b>SMD 0.95 lavere</b> ( CI 95% 1.4 lavere — 0.5 lavere )	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias <sup>9</sup>	Målrettede og strukturerede interventioner reducerer sandsynligvis medarbejderbyrde for medarbejder på plejehjem i væsentlig grad.
Kognition <sup>10</sup> 4-12 uger efter interventionsstart/ ved interventionens afslutning	Lavere bedre Baseret på data fra 1,486 patienter i 19 studier. <sup>11</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.32 lavere</b> ( CI 95% 0.54 lavere — 0.11 lavere )	Lav På grund af alvorlig upræcist effektestimater, På grund af alvorlig risiko for bias <sup>12</sup>	Målrettede og strukturerede interventioner forbedrer muligvis kognition i nogen grad.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Vanlig behandling	Intervention Målttede og strukturerede interventioner	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
6 Vigtig					
Pårørende/ medarbejder byrde <sup>13</sup> 4-12 uger efter interventionens afslutning  6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 2,189 patienter i 24 studier. <sup>14</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.3 lavere</b> ( CI 95% 0.46 lavere — 0.14 lavere )	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>15</sup>	Målttede og strukturerede interventioner reducerer muligvis pårørende medarbejderbyrde i nogen grad.
Livskvalitet (QoL) <sup>16</sup> 4-12 uger efter interventionens afslutning  6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 2,502 patienter i 26 studier. <sup>17</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.31 lavere</b> ( CI 95% 0.47 lavere — 0.15 lavere )	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>18</sup>	Målttede og strukturerede interventioner øger muligvis livskvalitet i nogen grad.
Depressive symptomer 4-12 uger efter interventionens afslutning  6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 2,719 patienter i 27 studier.	Forskel:	<b>SMD 0.25 lavere</b> ( CI 95% 0.38 lavere — 0.12 lavere )	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>19</sup>	Målttede og strukturerede interventioner reducerer muligvis depressive symptomer i nogen grad.
Funktionsniveau (ADL) <sup>20</sup> 4-12 uger efter interventionens afslutning  6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 2,576 patienter i 24 studier. <sup>21</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.25 lavere</b> ( CI 95% 0.41 lavere — 0.08 lavere )	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>22</sup>	Målttede og strukturerede interventioner forbedrer muligvis ADL i nogen grad.

1. med inkluderede studier: [21], [17], [22], [31], [20], [45], [34], [57], [55], [64], [59].

2. **Upæcist effekttestimat: meget alvorligt.** Wide confidence intervals, few events.

3. med inkluderede studier: Dechamps 2010, Cohen Mansfield 2012, Cohen Mansfield 2007, Froggatt 2020, Tanaka 2017, Sakamoto 2013, Ridder 2013, Oliveira 2021, OConnor 2019, Lin 2011, Kolanowski 2011.

4. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I<sup>2</sup>: 55 %. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upæcist effekttestimat: alvorligt.** Wide confidence intervals.

6. Lam 2010a, Kratzer 2022, Kor 2023, Jurez Cedillo 2020, Ho 2020, Gitlin 2018, Froggatt 2020, Fortinsky 2020, Dechamps 2010, Callahan 2017, Bielderman 2023, Alvares Pereira 2021, Cohen Mansfield 2006, Gitlin 2008, Tonga 2021, Tanaka 2021, Silva 2021, Rhodus 2023, Rai 2021, Prick 2016, OConnor 2019, Novelli 2018, Li 2020, Lam 2010b.
7. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** The direction of the effect is not consistent between the included studies.
9. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome.
11. med inkluderede studier: Kor 2023, Justo Henriques 2021, Jurez Cedillo 2020, Gibbor 2021, Alvares Pereira 2021, Almeida 2021, Jung 2023, Lam 2010a, Wenborn 2021, Tanaka 2021, Tanaka 2017, Silva 2021, Rhodus 2023, Rai 2021, Menengi 2022, Marinho 2021, Lok 2020, Li 2020, Lam 2010b.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with  $I^2$ : 68 %. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upræcist effektestimat: alvorligt.** Wide confidence intervals.
14. med inkluderede studier: Voigt Radloff 2011, Tonga 2021, Silva 2021, Sakamoto 2013, Rhodus 2023, Rai 2021, Oliveira 2021, OConnor 2019, Novelli 2018, Mountain 2022, Menengi 2022, Li 2020, Lam 2010b, Lai 2020, Kor 2023, Jurez Cedillo 2020, Gitlin 2018, Gitlin 2008, Gibbor 2021, Fortinsky 2020, Dechamps 2010, Bielderman 2023, Froggatt 2020, Gitlin 2021.
15. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with  $I^2$ : 66 %. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upræcist effektestimat: alvorligt.** Wide confidence intervals.
17. Prick 2016, Novelli 2018, Lok 2020, Lai 2020, Kor 2023, Gitlin 2008, Gebhard 2022, Bailey 2017, Froggatt 2020, Voigt Radloff 2011, Tanaka 2021, Silva 2021, Rai 2021, OConnor 2019, Mountain 2022, Lam 2010b, Kratzer 2022, Kallio 2021, Gibbor 2021, Bielderman 2023, Alvares Pereira 2021, Justo Henriques 2021, Wenborn 2021, Tonga 2021, Tanaka 2017, Ridder 2013.
18. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with  $I^2$ : 70 %. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upræcist effektestimat: alvorligt.** Wide confidence intervals.
19. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with  $I^2$ : 61 %. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upræcist effektestimat: alvorligt.** Wide confidence intervals.
- 21.
22. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: measurement of the outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with  $I^2$ : 73%. we have already downgraded for imprecision and did not down grade further for inconsistency, The direction of the effect is not consistent between the included studies. **Upræcist effektestimat: alvorligt.** Wide confidence intervals.

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

### Baggrund for valg af spørgsmål

Tidligere vejledninger og anbefalinger har ikke haft fokus på specifikke omgivelsesfaktorer, og der er i praksis tvivl om hvordan man bedst strukturerer disse interventioner for at behandle og forebygge adfærdssymptomer hos mennesker med demens. Samtidig er der stor variation i praksis i forhold til hvilke interventioner der tilbydes, da det både kan dække over indretningen såsom specifik arkitektonisk indretning af et plejehjem, indstilling af loftsbelysning, tilgang til udendørslys, farver på væggene, personlige genstande ophængt, indretning af fælleslokaler, samt specifikke sanserum der er åbent til brug efter behov. Det kan også være tilgængelighed til udendørsareal, passive huskeredskaber mm. I de faglige miljøer hersker der tvivl om hvilke interventioner, der er effektive, og om der er forskel i effekt. Arbejdsgruppen ønsker derfor at undersøge effekten af strukturerede og målrettede interventioner med fokus på de fysiske omgivelsesfaktorer, så det er muligt at belyse om alle interventioner er hensigtsmæssige, og om der eventuelt er forskel i effekt mellem interventionerne.

Anbefalingen er formuleret på baggrund af en systematisk søgning af oversigtsartikler på området. Fra den inkluderede oversigtsartikel, er artiklens konklusioner inddraget og anbefalingen lavet på baggrund af. Evidensen er beskrevet narrativt og opsummerer resultaterne fra oversigtsartiklen med udgangspunkt i interventionerne og de kritiske outcome. En detaljeret beskrivelse af metoden findes i kapitel 10.

#### Svag anbefaling

Overvej strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens samt adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

*Det primære fokus for de målrettede og strukturerede interventioner som anbefalingen omhandler er, at interventionen er af passiv karakter og foregår i omgivelser omkring personen med demens. Denne type intervention kan både foregå på plejehjem, på hospital og i egen bolig. Eksempler på strukturerede og målrettede interventioner med fokus på omgivelsesfaktorer er fokus på indretningen såsom specifik arkitektonisk indretning af et plejehjem/plejebolig, indstilling af loftsbelysning, tilgang til udendørslys, farver på væggene, personlige genstande ophængt, indretning af fælleslokaler samt specifikke sanserum der er åbent til brug efter behov. Det kan også være tilgængelighed til udendørsareal, passive huskeredskaber mm. Der er ved udarbejdelse af anbefalingen ikke lagt vægt på en enkelt type intervention.*

*Anbefalingen er baseret på en systematisk oversigtsartikel af høj kvalitet der havde inkluderet få randomiserede, kontrollede studiedesign samt flere ikke-randomiserede studiedesign.*

*Baseret på klinisk erfaring samt den tilgængelige evidens, er det arbejdsgruppens anbefaling, at der bør tages hensyn til omgivelserne ved behandling af mennesker med demens, da disse kan have indvirkning på adfærdsmæssige og psykiske symptomer*

*Denne anbefaling dækker ikke interventioner som f.eks. gruppeaktiviteter, hvor der lyttes til og synges med på musik, brætspil eller regelret lysterapi.*

### Nøgleinformationer

#### Gavnlig og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Den tilgrundliggende evidens gør det ikke muligt at fastslå en direkte effekt eller ej af målrettede og strukturerede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer. Størstedelen af studierne var ikke-randomiserede. Generelt fandtes en tendens til en lille effekt, ingen effekt eller forværring på det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd*.

Det kritiske outcome er rapporteret for lysindretning, aromaterapi, baggrundsmusik og arkitektur.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der ikke umiddelbart vil være egentlige skadevirkninger af interventionen.



**Kvaliteten af evidensen**

Meget lav

Samlet set er tiltroen til evidensen meget lav for alle outcome.

AMSTAR-2 vurderingen af den systematiske oversigtsartikel er af høj kvalitet.

**Patientpræferencer**

Betydelig variation er forventet eller usikker

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der er stor variation i patientpræferencer angående de fysiske omgivelsesfaktorer. En individualiseret tilgang vil påvirke patientpræferencerne. Derfor bør fokus være på en personcentreret tilgang, hvor pårørende og mennesker med demens selv kan tilpasse mængden og typen af stimuli, såsom lyd- og lysniveau. Samtidig er det også afhængig af de kontekstuelle forhold ved faciliteternes omgivelser.

Arbejdsgruppen vurderer, at der i hospitalsregi bør være fokus på omgivelser med et mindre "klinisk udseende" og mere fokus på at skabe hjemlige og trygge rammer.

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der i plejehjemsregi bør være mulighed for, at indrette borgerens egen bolig og plejehjemmets fællesarealer med farver, kunst, fotografier, blomster etc., der minder om borgerens tidligere bolig- og livsforhold.

**Ressourcer**

Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen og brugerpanelet fremhæver, at strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer, kan medføre et øget ressourceforbrug. Ressourceforbruget afhænger dog i høj grad af, hvilke tiltag der implementeres, idet der er variation i hvor ressourcekrævende de forskellige tiltag er, og hvad der allerede findes. Således er for eksempel integrerede lyssystemer mere ressourcekrævende end maling af vægge, borgeres egen kunst på væggene, miljøskift, gardiner på værelser osv.

Et øget ressourceforbrug ved implementering af interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer vil i flere tilfælde afspejle sig i bedre forebyggelse og vil ikke have en direkte betydning for den "akutte" fase for mennesker med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer. I den akutte fase kan de konkrete tiltag være miljøskift (bevæge sig udendørs eller skift af rum), tyngdedyner eller sanserum.

Arbejdsgruppen vurderer, at menneskelig kontakt med fx plejepersonale kan have større effekt og betydning for mennesker med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer end visse ændringer af de fysiske omgivelsesfaktorer.

**Lighed i sundhed**

Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

Arbejdsgruppen vurderer, at interventionen ikke medfører øget ulighed i sundhed.

Arbejdsgruppen og brugerpanelet fremhæver dog, at nogle kommuner, ud fra et ressourceperspektiv, kunne vælge interventionen fra, idet den kræver både tid og penge at implementere. Samtidig kan der være forskel på, i hvilken grad ressourcestærke - og mere ressource svage pårørende kan bidrage til fysiske omgivelsesfaktorer, hvilket kan skabe en ulighed i sundhed.

**Accept**

Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

Både arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der vil være høj accept blandt patienter, sundhedspersoner og pårørende, såfremt interventionen tilrettelægges efter individet.

**Gennemførlighed**

## Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen vurderer, at implementering af interventionen er udfordret af manglende ressourcer. Derudover skal der bruges kompetence i forbindelse med installation og anvendelse af eksempelvis lys-, lyd- eller sanserum. Det kræver mere viden for medarbejderne, idet de skal undervises og oplyses i fordelene og mulighederne ved interventionen. Der kan desuden være krav til sikkerhed og hygiejne, særligt i hospitalsregi. For både plejehjem og hospitaler kan der være mangel på fysiske rum, hvilket kan udfordre gennemførligheden.

**Rationale**

Arbejdsgruppen er grundlæggende enige om, at fysiske omgivelsesfaktorer er relevante at tage i betragtning i arbejdet med mennesker med demens, og der er erfaring med, at disse faktorer kan påvirke adfærdssymptomer. Da evidensgennemgang er foretaget på baggrund af en systematisk oversigtsartikel af høj kvalitet, samt en vurdering af, at der formentlig ikke findes nyere studier af højere kvalitet som er modstridende med den fundne evidens, har arbejdsgruppen valgt at formulere en svag anbefaling for brugen af strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer for mennesker med demens. Dette valg er blandt andet baseret på, at der ikke er væsentlige skadevirkninger forbundet med interventionerne. Derudover foreligger en SBI-anvisning fra 2019 om indretning af boliger til mennesker med demens, som understreger relevansen af fysisk indretning [68][67]. Da det på rimelig vis kan formodes, at der ikke foreligger nyere evidens af høj kvalitet, der modsiger gældende praksis, har arbejdsgruppen valgt at formulere den svage anbefaling.

**Fokuseret spørgsmål**

**Population:** Personer med alle typer af og sværhedsgrader af demens

**Intervention:** Målrettede og strukturerede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod personer med demens

**Sammenligning:** Vanlig behandling

**Sammenfatning****Litteratur**

For dette fokuserede spørgsmål er der lavet en grundig, systematisk gennemgang af systematiske oversigtsartikler om emnet, hvorefter anbefalingen er baseret på disse oversigtsartikler. På baggrund af en systematisk gennemgang og vurdering af de systematiske oversigtsartikler, er evidensgrundlaget baseret på en enkelt oversigtsartikel af høj kvalitet som dækker det fokuserede spørgsmål [66].

**Gennemgang af evidens**

Populationen i oversigtsartiklerne bestod af personer med demens uden yderligere specificering af sværhedsgrad eller type, men hvor personen med demens også have agitation [66]. Alle personer med demens boede på plejehjem,

Interventionerne bestod af flere forskellige typer som alle havde fysiske omgivelsesfaktorer som omdrejningspunkt. Interventionerne kan opdeles i følgende typer: Lysforhold, arkitektur, baggrundsmusik og aromaterapi.

Den systematiske oversigtsartikel fra Livingston et al. [66], undersøgte effekten af forskellige non-farmakologiske tiltag på neuropsykiatriske symptomer hos personer med demens. 160 studier er inkluderet i oversigtsartiklen, af disse har 44 et fokus på fysiske omgivelsesfaktorer. 13 studier fokuserer på lysforhold (fire RCT og ni ikke-randomiserede studier). Otte studier fokuserer på arkitektur og indretning (alle ikke-randomiserede). Otte studier fokuserede på aromaterapi (et RCT, syv ikke-randomiserede). 15 studier fokuserede på baggrundsmusik (to RCT og 13 ikke-randomiserede studier). Studierne inkluderer mellem 13 og 100 deltagere.

Der blev foretaget en metaanalyse på tre inkluderede RCT studier på effekten af lysforhold. Der er lavet en narrativ sammenfatning af de resterende resultaterne opdelt på flere forskellige outcome. For de a priori definerede outcome relevante for denne NKA, rapporterer oversigtsartiklen følgende:

De kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd*, samt de vigtige outcome *funktionsniveau/ADL og livskvalitet*.

Kvalitetsvurderingen af de inkluderede studier i oversigtsartikler er lavet med Centre for Evidence-based Medicine (CEBM) RCT evalueringskriterier [75]. Overordnet set har 32 studier en lav risiko for bias og 12 studier en høj risiko for bias.

En overordnet evaluering af kvaliteten af selve oversigtsartiklen, er samlet set af høj kvalitet jf. AMSTAR 2 vurdering.

**Lysforhold**

Det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd* er rapporteret på baggrund af 11 studier (randomiserede og ikke-

randomiserede) fra oversigtsartiklen. Det er usikkert, om der er effekt af lysforhold på agitation. Få studier rapporterede muligvis en beskedent effekt af lysforhold på at mindske agitation. Flere studier, herunder alle RCT-studier rapporterede ingen effekt, eller forværring af agitation. En metaanalyse på tre RCT studier om effekten af lysforhold viser ingen effekt på agitation målt på CMAI-skalaen (SES 0.045 (95% credible interval -1.228 to 1.468) [66]. De blandende resultater forklares primært grundet forskelle i både lysintensitet, lystype og længden af interventionen.

Ingen andre kritiske eller vigtige outcomes er rapporteret i artiklen.

Tiltroen til evidensen for alle outcome var samlet set meget lav, da der var meget alvorlig risiko for bias samt meget alvorlig usikkerhed på effekten.

#### Aromaterapi

Det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd* er rapporteret på baggrund af 6 studier (randomiserede og ikke-randomiserede). RCT studierne viste ingen effekt af aromaterapi på agitation, hvor de ikke-randomiserede studier havde mere blandende resultater. Et enkelt studie rapporterede ingen effekt af aromaterapi på det vigtige outcome *livskvalitet/QoL* [66]. Tiltroen til evidensen for var samlet set lav, da der var alvorlig risiko for bias og alvorlig usikkerhed på effekten.

#### Baggrundsmusik

Det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd* er rapporteret på baggrund af 11 studier (randomiserede og ikke-randomiserede) . Det er usikkert, om der er nogen gavnlig effekt af baggrundsmusik. De to eneste blindede RCT-studier viste ingen effekt. Et enkelt studie viste en forværring og flere mindre, ikke-randomiserede studier viste en mulig effekt. Tiltroen til evidensen for alle outcome var samlet set meget lav, da der var meget alvorlig risiko for bias samt meget alvorlig usikkerhed på effekten.

#### Arkitektur

Det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd* er rapporteret på baggrund af 4 studier (ikke-randomiserede) på små-gruppe beboelse (home-like care) for personer med demens og rapporterede ingen effekt eller forværring i agitation. Tiltroen til evidensen var samlet set lav grundet alvorlig risiko for bias.

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

### Baggrund for valg af spørgsmål

Siden anbefalingerne om brug af antipsykotika til mennesker med demens i NKR for demens og medicin fra 2018 [74] og NKR for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens fra 2019 [73], er der kommet en del nye studier, der undersøger effekten af antipsykotika sammenlignet med placebo. Grundet det fortsat høje forbrug af antipsykotika, samt ny evidens, er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er behov for at opdatere anbefalingen fra den tidligere NKR. Dette gøres for at undersøge, hvordan den nye evidens påvirker anbefalingen på området og for at sætte fokus på implementering af anbefalingen.

Anbefalingen er formuleret på baggrund af en systematisk gennemgang af litteraturen på baggrund af GRADE-metoden. Arbejdsgruppen er forelagt evidensprofilen, nøgleinformationer er gennemgået og der er herefter lavet en konsensusbeslutning om hvordan anbefalingen skulle formuleres.

For yderligere at belyse problemstillingen, er der udarbejdet en kvalitativ evidensprofil på baggrund af en systematisk gennemgang af litteraturen på baggrund af GRADE-CERQual metoden. Den kvalitative evidenssynthese er brugt til at fremføre yderligere nuancer af nøgleinformationerne vedr. patientpræferencer, ressourcer, accept og gennemførlighed. En detaljeret beskrivelse af metoden findes i kapitel 10.

#### Stærk anbefaling mod

Anvend ikke antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, da der er risiko for alvorlige bivirkninger og ingen betydelige gavnlige effekter ved behandling i op til 6 uger.

*Denne anbefaling omfatter brugen af antipsykotika ved rutinemæssig behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer bør der i stedet anvendes en personcentreret tilgang med brug af målrettede og strukturerede interventioner som beskrevet i kapitel 2 samt anbefalingerne i kapitel 3 og 4.*

*Der bør gennemføres en grundig årsagsanalyse af adfærden hos personen med demens, med henblik på at relevant at udelukke reversible årsager til symptomerne såsom infektion, medicinbivirkninger, smerter og at fysiske behov er opfyldt (søvn, fødeindtag mm.). Herudover skal der fokuseres på, om personen mødes med en tilgang der er tilrettet den enkelte person, herunder om niveauet af sansestimulation er tilpasset personen samt at psykologiske behov er opfyldt (tilknytning, inklusion, identitet trøst, og meningsfuld beskæftigelse) [71].*

*Anbefalingen understøtter således, hvad der beskrives i "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" [94], hvor det angives, at mennesker med demens som udgangspunkt ikke skal behandles med antipsykotika, da der er en markant øget risiko for alvorlige bivirkninger.*

*Den kvalitative evidens understøtter og nuancerer nøgleinformationerne samt hvilke faktorer der kan fremme og hindre implementeringen af anbefalingen. Samtidig fremhæver den kvalitative evidens at brug af antipsykotika reduceres gennem personcentreret tilgang og individualiseret årsagsanalyse af adfærd. Accept af at nedbringe antipsykotika styrkes ved, at ledelsen støtter tværfagligt samarbejde, lytter til sundhedsprofessionelles observationer og understøtter deres kompetenceudvikling.*

*Et fåtal af mennesker med demens har svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer, og er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpinte. Denne helt specifikke population er beskrevet i anbefalingen i kapitel 6.*

### Nøgleinformationer

#### Gavnlige og skadelige virkninger

#### Væsentlige ulemper

Antipsykotika øger sandsynligvis mortalitet og antallet af alvorlige hændelser i nogen grad. For det kritiske outcome *adfærdsændringer* har antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt. Der er ingen forskel i effekten efter 6 uger og ved længste opfølgning. For de vigtige outcomes *agitation*, *kognition*, *funktionsniveau* og *livskvalitet* har antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på agitation. Det forringer sandsynligvis ikke kognition og forbedrer muligvis ikke funktionsniveauet og livskvaliteten.

## Kvaliteten af evidensen

Moderat

Kvaliteten af evidensen er samlet set moderat, da der er moderat tiltro til evidensen for de kritiske outcome.

Tiltroen til evidensen for de kritiske outcome *mortalitet*, *alvorlige hændelser* og *adfærdændringer* er moderat på grund af alvorlig risiko for bias.

For de vigtige outcome *agitation* og *kognition* er tiltroen til evidens moderat på grund af alvorlig risiko for bias. Tiltroen til evidensen for de vigtige outcome *funktionsniveau* og *livskvalitet* er lav på grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimater.

Kvaliteten af den kvalitative evidens er samlet set høj, da der er høj tiltro til evidensen for 9 ud af 15 kategorier.

For tre kategorier er der moderat tiltro til evidensen (nr. 4, 6, 10 og 14).

For to kategorier er der lav tiltro til evidensen (nr. 1 og 12).

## Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Brugen af antipsykotika er forbundet med varierede patient- og pårørendepræferencer. Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der vil være en væsentlig andel af både patienter og pårørende, som ikke ønsker at bruge antipsykotika, men at der samtidig også vil være tidspunkter, hvor lægemidlerne kan blive efterspurgt af for eksempel pårørende og sundhedsprofessionelle. Både arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at denne efterspørgsel kan skyldes manglen på alternative interventioner eller manglende effekter af allerede afprøvede alternativer i form af strukturerede og målrettede interventioner. Samtidig kan manglende forståelse for effekterne af lægemidlerne samt mulige skadevirkninger og alvorligheden heraf, være medvirkende til at påvirke patientpræferencerne. Brugerpanelet fremhæver vigtigheden af at inddrage de pårørende i beslutningen om at anvende lægemidlerne.

### Kvalitativ evidens

For at belyse dette aspekt yderligere er den kvalitative evidens gennemgået og resultaterne er beskrevet nedenfor. Den kvalitative evidens understøtter vurderingerne fra både arbejdsgruppen og brugerpanelet om patientpræferencer. Generelt viser den kvalitative evidens, at:

- Sundhedsprofessionelles viden om og holdninger til bivirkninger ved antipsykotika har betydning for, hvordan de anvendes.
- Forståelse af årsager til adfærdssymptomer påvirker anvendelse af antipsykotika, for eksempel anvendes psykofarmaka hyppigere, når sundhedsprofessionelle oplever afmagt, tager adfærdssymptomer personligt eller mener, at mennesker med demens lider under symptomerne.
- Sundhedsprofessionelle kan være tilbageholdende med at ordinere antipsykotika på grund af bivirkninger. Sederende effekt er en bivirkning, der kan betyde, at mennesker med demens bliver sengeliggende med risiko for tryksår, fejlernæring og dehydrering. En anden bivirkning er, at det kan reducere de fysiske og sociale færdigheder herunder kommunikationen. Antipsykotika anvendes som sidstevalg, når non-farmakologiske tiltag ikke har haft effekt, eller når reduktion af medicin har forværret en udadreagerende adfærd.
- Nogle sundhedsprofessionelle nedtoner bivirkninger ved antipsykotika, fordi de oplever at lægemidlerne kan reducere agiteret, aggressiv eller udadreagerende adfærd, hvor der er risiko for, at nogen kan komme til skade. De oplever samtidig, at lægemidlerne kan have en positiv effekt på mennesker med demens' livskvalitet. Herudover anvendes antipsykotika efter behov (pn) til at sikre hensigtsmæssig døgnrytme.

## Ressourcer

Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen vurderer, at det umiddelbart ikke er direkte ressourcekrævende, hverken at bruge eller at stoppe med at bruge antipsykotika til mennesker med demens. Samtidig fremhæver de, at fortsat

brug af antipsykotika kan medvirke til flere indirekte omkostninger for samfundet i form af øget antal indlæggelser, og brug af ressourcer til at foretage blodprøver, EKG og antropometriske mål.

Både arbejdsgruppen og brugerpanelet fremhæver dog, at der skal være alternative behandlingsmuligheder til rådighed, såsom målrettede og strukturerede interventioner, som nogle steder vil være muligt at implementere uden at det nødvendigvis kræver ekstra ressourcer. Brugerpanelet påpeger herunder også vigtigheden af, at personale og pårørende har den relevante faglige viden til at undgå brugen af antipsykotika.

#### **Kvalitativ evidens**

For at belyse dette aspekt yderligere er den kvalitative evidens gennemgået og resultaterne er beskrevet nedenfor. Den kvalitative evidens understøtter samt uddyber arbejdsgruppen og brugerpanels vurderingerne om ressourcer.

Generelt viser den kvalitative evidens, at:

- Implementering af non-farmakologisk og individualiseret behandling af mennesker med demens er tidskrævende og kræver adgang til ekspertviden.
- Non-farmakologisk og individualiseret behandling af mennesker med adfærdsmæssige symptomer ved demens kræver kontinuitet og kvalificeret sundhedspersonale, der har kendskab til personen med demens. Det kan muligvis fremme reduktion af antipsykotika, at mennesker med demens, der har svære adfærdssymptomer, behandles på et specialiseret demensafsnit. Det kan hæmme indsatsen, når der er få sundhedsprofessionelle, hyppig udskiftning af personale samt mangelfulde kvalifikationer hos de sundhedsprofessionelle.
- Mangelfuldt kendskab til beboerne, kompleks beboersammensætning, stor arbejdsbyrde for sundhedsprofessionelle samt presset og demotiveret personale kan føre til øget forbrug af antipsykotika.
- Tværfaglig indsats til håndtering af adfærdsmæssige symptomer, diagnosticering og behandling med antipsykotika fordrer adgang til ekstern ekspertviden fra farmaceuter, læger og psykiatere.

### **Lighed i sundhed**

#### Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der kan være risiko for øget ulighed i sundhed på grund af geografiske forskelle i brugen af antipsykotiske lægemidler og variation i adgangen til speciallæger i psykiatrien på tværs af landet. Begrænset adgang til speciallæger kan føre til, at det primært er ressourcestærke borgere, der får adgang i områder med få speciallæger. Derudover kan forskelle i graden af inddragelse af pårørende yderligere bidrage til øget ulighed i sundhed.

Arbejdsgruppen vurderer, at forskellen i forbruget af antipsykotika til mennesker med demens på tværs af landet synliggør allerede eksisterende ulighed i sundhed.

### **Accept**

#### Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at både sundhedspersoner, patienter og pårørende generelt vil acceptere, at antipsykotiske lægemidler ikke anvendes til behandling af adfærdsmæssige symptomer ved demens. Der er også bred opbakning til brugen af målrettede og strukturerede interventioner som et alternativ, forudsat at de nødvendige rammer er til stede, og at der er støtte til at gennemføre dette i praksis. For nogle vil accepten dog afhænge af grundig information samt kompetenceudvikling i forhold til fordele og ulemper ved de alternative metoder.

#### **Kvalitativ evidens**

For at belyse dette aspekt yderligere er den kvalitative evidens gennemgået og resultaterne er beskrevet nedenfor. Den kvalitative evidens understøtter samt uddyber arbejdsgruppen og brugerpanels vurderingerne om accept. Generelt viser den kvalitative evidens, at:

- Nedbringelse af antipsykotika fremmes gennem personcentreret tilgang med fokus på forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens og ved at ledelsen støtter tværfagligt samarbejde og sundhedspersonalets kompetenceudvikling

- Reduktion af antipsykotika fremmes gennem personcentreret tilgang til at håndtere adfærdssymptomer og gennem non-farmakologiske tilgange med fokus på aktiviteter tilpasset den enkelte for at undgå understimulering.
- Sundhedsprofessionelle rapporterer i højere grad ændringer i beboeres tilstand og bidrager til medicingennemgang og nedbringelse af antipsykotika, når ledelsen lytter til deres observationer.
- Sundhedsprofessionelles accept af tværfagligt samarbejde om at nedbringe antipsykotika styrkes, når ledelsen tydeligt kommunikerer, at det skal prioriteres.

## Gennemførlighed

Intervention er sandsynligvis vanskeligt at gennemføre

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der vil være udfordringer med gennemførligheden af, at undlade brugen af antipsykotika til mennesker med demens. Det uændrede forbrug af antipsykotika gennem de seneste år trods indsatser for at reducere det, understreger udfordringerne med gennemførligheden. Umiddelbart er det ikke direkte svært at undgå at udskrive antipsykotika. Udfordringen opstår, fordi der er stor variation i tilgængeligheden af alternativer, og derfor kan der nogle steder være flere udfordringer med gennemførligheden end andre steder.

### Kvalitativ evidens

For at belyse dette aspekt yderligere er den kvalitative evidens gennemgået og resultaterne er beskrevet nedenfor. Den kvalitative evidens understøtter vurderingerne fra hhv. arbejdsgruppen og brugerpanelet vedr. gennemførlighed og uddyber yderligere. Generelt viser den kvalitative evidens, at:

- Hensigtsmæssig brug af antipsykotika fremmes gennem tværfagligt samarbejde mellem sundhedsprofessionelle, koordinering og ansvarsfordeling på tværs af sektorer og samarbejde med pårørende
- Antipsykotika anvendes da sundhedsprofessionelle oplever, at det er hurtigtvirkende og effektiv behandling til at regulere søvnmønstre og berolige forværring af adfærdssymptomer hos mennesker med demens, der har udadreagerende og aggressiv adfærd med risiko for at være til fare for sig selv eller andre.
- Sundhedsprofessionelle undlader at reducere dosis, når pårørende efterspørger medicinen, når de er bekymrede for forværring eller opblussen af adfærd ændringer eller ønsker at mennesker med demens kan forblive i eget hjem. Kommunikation med pårørende om adfærdssymptomerne og information om risiko for bivirkninger medvirker til at reducere uhensigtsmæssig brug af antipsykotika. Det er dog udfordrende og tidskrævende at involvere pårørende i beslutninger om medicin og kan forudsætte opkvalificering af sundhedsprofessionelle for at kunne tale med pårørende om seponering.
- Optimering af uhensigtsmæssig brug eller reduktion af antipsykotika fremmes ved, at læger deltager i tværfaglige møder om medicingennemgang og gennem koordinering, informationsudveksling, opfølgning og ansvarsfordeling ved sektorovergange. Samtidig er det essentielt for sygeplejersker at være inddraget i beslutningerne, fordi læger ikke i det daglige oplever adfærd ændringer hos personen med demens.
- En hierarkisk struktur på plejehjem kan vanskeliggøre samarbejdet. Andre sundhedsprofessionelle end læger og sygeplejersker føler sig ikke inkluderet eller hørt om behandling med antipsykotika. Derudover kan læger have svært ved at acceptere ændringsforslag til medicinen fra andre sundhedsprofessionelle.

## Rationale

Arbejdsgruppen har baseret anbefalingen på, at den beskedne effekt af behandlingen med antipsykotika oftest ikke kan opvejes af den påviste risiko for alvorlige hændelser og mortalitet.

Der er i både arbejdsgruppen og brugerpanelet enighed om, at antipsykotika generelt ikke bør gives som behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens, hvilket understøttes af "*Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser*" [94].

Samtidig fremhæves det, at tilgængeligheden af alternativer til medicin vigtig. For at undgå brugen af antipsykotika, er det vigtigt at sørge for, at alternative behandlinger er tilgængelige. Det indebærer, at den generelle tilgang til behandlingen af mennesker med demens, tager udgangspunkt i en personcentreret tilgang med brug af systematik i form af for eksempel årsagsanalyse, samt at tilbyde målrettede og strukturerede interventioner som en kerneopgave. Både personale og pårørende skal være klædt på til denne opgave.

Den lille effekt der muligvis er ved brugen af antipsykotika, sammenholdt med skadevirkningerne, har stor indflydelse på den endelige formulering af anbefalingen.

## Fokuseret spørgsmål

**Population:** Personer med alle typer demens og sværhedsgrad

**Intervention:** Antipsykotika

**Sammenligning:** Placebo

## Sammenfatning

### Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er tre systematiske oversigtsartikler [109][110][117], hvorfra der blev inkluderet 25 randomiserede forsøg [95][97][98][99][100][101][102][103][104][105][106][111][112][113][115][116][118][119][120][121][122][123][124][125][126][127], hvoraf ét studie rapporterede to forsøg [107][108], og to studier rapporterede det samme forsøg [121][124]. Der blev identificeret yderligere to randomiserede forsøg [96][114] på baggrund af den opdaterede litteratursøgning fra 2023 og frem, som tog udgangspunkt i søgningen fra den systematiske oversigtsartikel [109]. Alle syv studier som var inkluderet i den tidligere NKR fra 2019 er også med i dette evidensgrundlag [101][102][115][121][122][123][124][127]. Evidensgrundlaget er således totalt 28 randomiserede forsøg [95][96][97][98][99][100][101][102][103][104][105][106][111][112][113][114][115][116][118][119][120][121][122][123][124][125][126].

### Gennemgang af evidens

Populationen i de inkluderede studier bestod i 19 studier af personer med Alzheimer demens [97][98][99][102][103][105][106][107][108][112][114][115][116][118][119][120][121][122][123][124][125][126]. I seks studier bestod populationen af personer med flere typer demens af enten af typen alzheimers, vaskulær eller blandingsdemens (typisk alzheimers og vaskulær) [95][100][101][104][111][127]. To studier inkluderede også patienter med Lewy-Body demens og Parkinsonsdemens [96][113]. Ni studier inkluderede kun patienter med moderat eller svær demens [97][98][99][100][101][104][115][126][127], resten inkluderede alt fra mild til svær demens, hvor størstedelen af de inkluderede patienter havde moderat demens. I 15 studier boede patienterne i plejebolig/på plejehjem [95][98][99][100][101][102][111][113][115][116][119][120][122][123][127], i seks studier inkluderes både svarende til plejehjemsbeboere og ambulante patienter [104][106][107][108][113][114][118], og i seks studier inkluderes udelukkende hjemmeboende og ambulante patienter [97][103][105][112][121][124][126]. I ét studie var boligsituationen ikke specificeret [96].

I seks studier var det ikke tilladt for studiedeltagerne at bruge antipsykotika ved inklusion [95][98][99][105][113][114], mens det for ét studie var uklart [96], og for de resterende 21 studier var der en wash-out periode mellem to dage til tre uger hvor evt. behandling med antipsykotika blev stoppet [97][100][101][102][103][104][106][107][108][111][112][115][116][118][119][120][121][122][123][124][125][126][127]. I 20 studier var det specifikt angivet, at det var tilladt at give benzodiazepin (typisk lorazepam) eller hypnotika i noget af interventionsperioden i både interventions- og placebogruppen [95][100][101][102][103][104][106][107][108][111][112][113][114][115][116][119][121][122][123][124][125][127]. I de resterende otte studier var det uklart, om der måtte gives supplerende medicin [96][97][98][99][105][118][120][126]. Syv studier inkluderede under 100 personer [97][99][105][113][118][119][120].

Interventionerne bestod af Risperidon 0,5-4 mg [100][101][104][111][116][118][120][121][124], Quetiapin 25-300 mg [99][113][119][121][124][125][127], Olanzapin 1-15 mg [102][104][112][121][122][124], Aripiprazol 2-15 mg [103][115][123], Brexpiprazol 0,5-3 mg [106][107][108][114], Haloperidol 0,5-6 mg [95][97][101][105][125][126] og Primavanserin 34 mg [96][98]. Seks studier havde en interventionsperiode på seks uger som er den anbefalede maksimale periode for behandling [97][98][99][105][119][122]. De øvrige studier havde en interventionsperiode på henholdsvis tre uger [95], otte uger [96][116][118][120], ti uger [102][103][104][113][115][123][125][127], 12 uger [100][101][106][107][108][111][112][114][121][124] og 16 uger [126]. For yderligere 11 studier, var det muligt at trække data for det kritiske outcome adfærdændringer ved seks uger [96][100][101][102][103][111][114][116][121][123][124][127].

### Resultater for de kritiske outcome

Treogtve studier rapporterede data for det kritiske outcome mortalitet [95][96][97][98][99][100][102][103][104][105][106][107][108][111][112][114][115][116][119][120][121][123][124][125][127]. Meta-analysen viste, at antipsykotika sandsynligvis øger mortalitet i nogen grad sammenlignet med placebo. Effekten svarer til en forskel på 7 flere dødsfald per 1.000 ved brug af antipsykotika sammenlignet med placebo (95% CI 0 flere til 16 flere).



Nitten studier rapporterede data for det kritiske outcome *alvorlige*

*hændelser* [96][98][99][100][103][106][107][108][111][112][114][115][116][118][119][120][121][123][124][125][127]. Metaanalysen viste, at antipsykotika sandsynligvis øger antallet af alvorlige hændelser i nogen grad sammenlignet med placebo. Effekten svarer til en forskel på 22 flere alvorlige hændelser per 1.000 ved brug af antipsykotika sammenlignet med placebo (95% CI 6 flere til 41 flere).

Nitten studier rapporterede data for det kritiske outcome *adfærdsændringer/*

*BPSD* [96][98][100][101][102][103][105][111][114][116][121][122][123][124][127] (Alva 2024, Ballard 2018, Brodaty 2003, Deberdt 2005, DeDeyn 1999, DeDeyn 2004, DeDeyn 2005, Devanand 1998, Katz 1999, Kurlan 2007, Lee 2023, Mintzer 2006, Mintzer 2007, Street 2000, Streim 2008, Schneider 2006+Sultzter 2008, Tariot 2006, Teri 2000, Zhong 2007). I 14 af disse studier var det muligt at rapportere data for en interventionsperiode på seks uger [96][98][100][101][102][103][105][111][114][116][121][122][123][124][127]. Ni studier bestod kun af personer på plejehjem [98][100][101][102][111][116][122][123][127]. Metaanalysen viste, at antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt har på adfærdsændringer og reducerer derfor muligvis ikke adfærdsændringer i betydelig grad sammenlignet med placebo (SMD 0,17 lavere, 95%CI 0,25 lavere til 0,09 lavere). Effekten svarer til en reduktion på 3,2 point på NPI (range: 0-144, 95% CI: -4,7; -1,7) og er ikke klinisk relevant (mindste kliniske relevante effekt er 8-10 point på NPI). Tilbageberegning til NPI er baseret på den mediane final standardafvigelse på 18,8 fra kontrolgruppen i De Deyn 2005 [103], blandt tolv studier, der rapporterer adfærdsændringer på NPI. En subgruppeanalyse er lavet for de studier rapporterede en interventionsperiode på 6 uger. Denne metaanalyse viser, at antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt har på adfærdsændringer og reducerer derfor muligvis ikke adfærdsændringer i betydelig grad sammenlignet med placebo (SMD 0,18 lavere, 95%CI 0,26 lavere til 0,11 lavere).

Tiltroen til evidensen for alle tre kritiske outcome var moderat, da der for alle blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding).

### Resultater for de vigtige outcome

Enogtyve studier rapporterede data for det vigtige outcome

*agitation* [95][98][99][100][101][102][104][105][106][107][108][111][112][114][115][116][121][122][123][124][125][126][127]. 12 studier bestod kun af personer på plejehjem [95][98][99][100][101][102][111][115][116][122][123][127].

Metaanalysen viste, at antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt har på agitation, og reducerer derfor muligvis ikke agitation i betydelig grad sammenlignet med placebo (SMD 0,14 lavere, 95%CI 0,23 lavere til 0,06 lavere). Tiltroen til evidensen var moderat, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding).

Fjorten studier rapporterede data for det vigtige outcome

*kognition* [98][99][103][104][112][113][115][119][122][123][125][126][127] (Ballard 2005, Ballard 2018, Deberdt 2005, DeDeyn 2005, Kennedy 2005, Kurlan 2007, Mintzer 2007, Paleacu 2008, Schneider 2006, Sultzter 2008, Street 2000, Streim 2008, Tariot 2006, Teri 2000, Zhong 2007). Metaanalysen viste, at antipsykotika sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt har på kognition, og reducerer derfor muligvis ikke kognition i betydelig grad sammenlignet med placebo (SMD 0,07 lavere, 95% CI 0,18 lavere til 0,05 højere).

Tiltroen til evidensen var moderat, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding).

Syv studier rapporterede data for det vigtige outcome *funktionsniveau (ADL)* [98][104][113][121][123][124][125][126].

Metaanalysen viste, at antipsykotika muligvis ikke forbedrer funktionsniveau i nogen grad (SMD 0,12 lavere, 95% CI 0,27 lavere til 0,03 højere).

Tiltroen til evidensen var lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller).

To studier rapporterede data for det vigtige outcome *livskvalitet (QoL)* [96][121][124].

Metaanalysen viste, at antipsykotika muligvis ikke forringer livskvalitet i nogen grad (SMD 0,07 lavere, 95% CI 0,06 lavere til 0,2 højere). Tiltroen til evidensen var lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller).

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Placebo	Intervention Antipsykotika	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Mortalitet Ved interventionens afslutning  9 Kritisk	Relative risiko 1.41 (CI 95% 0.98 — 2.03) Baseret på data fra 7,026 patienter i 23 studier. <sup>1</sup>	16 per 1.000  Forskel:	23 per 1.000  <b>7 flere per 1.000</b> (CI 95% 0 færre —	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias <sup>2</sup>	Antipsykotika øger sandsynligvis mortalitet i nogen grad

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Placebo	Intervention Antipsykotika	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
			16 flere )		
Alvorlige hændelser (SAE) Ved interventionens afslutning  9 Kritisk	Relative risiko 1.27 (CI 95% 1.08 — 1.51) Baseret på data fra 5,750 patienter i 19 studier. <sup>3</sup> (Randomiserede studier)	<b>81</b> per 1.000  Forskel:	<b>103</b> per 1.000  <b>22 flere per 1.000</b> ( CI 95% 6 flere — 41 flere )	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias <sup>4</sup>	Antipsykotika øger sandsynligvis antallet af alvorlige hændelser (SAE) i nogen grad.
Adfærdssændringer /BPSD Ved interventionens afslutning  9 Kritisk	Baseret på data fra 5,624 patienter i 19 studier. <sup>5</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.17 lavere</b> ( CI 95% 0.25 lavere — 0.09 lavere )	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias <sup>6</sup>	Antipsykotika har sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på BPSD. Forskellen svarer til en reduktion på 3.2 point på NPI (range: 0-144) (95% CI: -4.7; -1.7). MCID: -8 point. Beregnet ud fra SD (18.8) fra kontrolgruppen i studiet af DeDeyn 2005 (median SD for NPI).
Adfærdssændringer /BPSD 6 uger efter interventionens start  9 Kritisk	Baseret på data fra 4,635 patienter i 14 studier. <sup>7</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.18 lavere</b> ( CI 95% 0.26 lavere — 0.11 lavere )	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias <sup>8</sup>	Antipsykotika har sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på BPSD målt efter 6 uger.
Agitation/udadreagerende adfærd Ved interventionens afslutning  6 Vigtig	Baseret på data fra 5,882 patienter i 21 studier. <sup>9</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.14 lavere</b> ( CI 95% 0.23 lavere — 0.06 lavere )	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias <sup>10</sup>	Antipsykotika har sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på agitation i betydelig grad
Kognition Ved interventionens afslutning  6 Vigtig	Baseret på data fra 2,638 patienter i 14 studier. <sup>11</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.07 lavere</b> ( CI 95% 0.18 lavere — 0.05 højere )	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias <sup>12</sup>	Antipsykotika nedsætter muligvis ikke kognitionen i betydelig grad
Funktionsniveau (ADL) Ved interventionens afslutning  6 Vigtig	Baseret på data fra 1,210 patienter i 7 studier. <sup>13</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.12 lavere</b> ( CI 95% 0.27 lavere — 0.03 højere )	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effektestimater <sup>14</sup>	Antipsykotika øget muligvis ikke funktionsniveauet (ADL) i betydelig grad

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Placebo	Intervention Antipsykotika	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Livskvalitet (QoL) Ved interventionens afslutning  6 Vigtig	Baseret på data fra 935 patienter i 2 studier. <sup>15</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.07 højere</b> ( CI 95% 0.06 lavere — 0.2 højere )	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effektestimater <sup>16</sup>	Antipsykotika øget muligvis ikke livskvaliteten i betydelig grad

1. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Tariot 2006, Zhong 2007, Schneider 2006, Streim 2008, Paleacu 2008, RIS-INT-83 2003, Mintzer 2006, Mintzer 2007, Kennedy 2005, Lee 2023, Grossberg 2020b, Katz 1999, Devanand 1998, Grossberg 2020a, Deberdt 2005, DeDeyn 2005, Ballard 2018, Brodaty 2003, Alva 2024, Auchus 1997, Ballard 2005, Allain 2000, DeDeyn 2004.
- 2, 4, 8. **Risiko for bias: alvorligt.** Incomplete data and/or large loss to follow up, Selective outcome reporting.
3. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Mintzer 2006, Mintzer 2007, Kennedy 2005, Lee 2023, Grossberg 2020a, Grossberg 2020b, Ballard 2018, DeDeyn 2005, Alva 2024, Ballard 2005, Katz 1999, Brodaty 2003, Zhong 2007, Streim 2008, Tariot 2006, RIS-INT-83 2003, Schneider 2006, NCT00287742 2006, Paleacu 2008.
5. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Tariot 2006, Streim 2008, DeDeyn 2004, Devanand 1998, Katz 1999, DeDeyn 2005, Zhong 2007, Schneider 2006, DeDeyn 2005, Lee 2023, Brodaty 2003, Mintzer 2006, Devanand 1998, Tariot 2006, DeDeyn 1999, Ballard 2018, Street 2000, Streim 2008, Teri 2000, Mintzer 2007, DeDeyn 2004, DeDeyn 2004, Kurlan 2007, Alva 2024, Zhong 2007, Ballard 2018, Streim 2008, Lee 2023, Schneider 2006, Brodaty 2003, DeDeyn 2005, Street 2000, DeDeyn 1999, Tariot 2006, Mintzer 2006, DeDeyn 1999, Katz 1999, Deberdt 2005, Teri 2000, DeDeyn 2005, Street 2000, Kurlan 2007, Zhong 2007, Mintzer 2007, Schneider 2006, Alva 2024, Lee 2023, Brodaty 2003, Brodaty 2003, Streim 2008, Devanand 1998, Tariot 2006, DeDeyn 2004, Schneider 2006, Katz 1999, Mintzer 2007, Mintzer 2006, Deberdt 2005, Teri 2000, Alva 2024, Ballard 2018, Street 2000, Kurlan 2007, Streim 2008, DeDeyn 1999, Ballard 2018, DeDeyn 2004, Mintzer 2007, Tariot 2006, Lee 2023, Mintzer 2006, Lee 2023, Katz 1999, Alva 2024, Deberdt 2005, Devanand 1998, DeDeyn 2005, Street 2000, Schneider 2006, Mintzer 2006, DeDeyn 1999, Brodaty 2003, Lee 2023, Teri 2000, Kurlan 2007, Alva 2024, Devanand 1998, Kurlan 2007, Ballard 2018, Streim 2008, Schneider 2006, Deberdt 2005, Mintzer 2007, DeDeyn 2004, Brodaty 2003, Zhong 2007, Alva 2024, Zhong 2007, Deberdt 2005, Tariot 2006, Teri 2000, Katz 1999, Street 2000, Katz 1999, Kurlan 2007, DeDeyn 2005, DeDeyn 1999, Devanand 1998, Ballard 2018, Mintzer 2006, Zhong 2007, Teri 2000, Mintzer 2007, Deberdt 2005.
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Incomplete data and/or large loss to follow up, Selective outcome reporting. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I<sup>2</sup>:... %.
7. Systematisk oversigtsartikel [7] med inkluderede studier: Ballard 2018, Alva 2024, DeDeyn 2004, Brodaty 2003, Devanand 1998, DeDeyn 2005, Lee 2023, Katz 1999, DeDeyn 1999, Schneider 2006, Mintzer 2006, Streim 2008, Street 2000, Zhong 2007.
9. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Tariot 2006, Streim 2008, Street 2000, Schneider 2006, Zhong 2007, Teri 2000, Katz 1999, Grossberg 2020b, Grossberg 2020a, DeDeyn 2004, Mintzer 2007, Mintzer 2006, Lee 2023, Kennedy 2005, Allain 2000, Brodaty 2003, Devanand 1998, DeDeyn 1999, Deberdt 2005, Ballard 2018, Ballard 2005.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Incomplete data and/or large loss to follow up, Selective outcome reporting. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I<sup>2</sup>:... %. Studiet "Allain 2000" undersøger haloperidol, og deres fund adskiller sig fra resten. .
11. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Kurlan 2007, Kennedy 2005, Deberdt 2005, Ballard 2018, Street 2000, Schneider 2006, Paleacu 2008, Mintzer 2007, Ballard 2005, DeDeyn 2005, Zhong 2007, Teri 2000, Tariot 2006, Streim 2008.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Incomplete data and/or large loss to follow up, Selective outcome reporting. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I<sup>2</sup>:... %. Variationen skyldes ét studie (Kennedy 2005).
13. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Teri 2000, Tariot 2006, Streim 2008, Schneider 2006, Kurlan 2007, Deberdt 2005, Ballard 2018.
- 14, 16. **Risiko for bias: alvorligt.** Incomplete data and/or large loss to follow up, Selective outcome reporting. **Up præcist effektestimater: alvorligt.** Wide confidence intervals.
15. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Alva 2024, Schneider 2006.

## Fokuseret spørgsmål

**Population:** .

**Intervention:** Sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer med samt forventninger til opstart, brug og seponering af antipsykotika ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

**Sammenligning:** .**Sammenfatning****Litteratur**

Evidensgrundlaget for den kvalitative evidens er fem systematiske oversigtsartikler [151][155][159][160][168], hvorfra der er inkluderet 23 studier [138][139][140][141][143][145][146][147][148][149][150][152][153][154][156][157][158][162][163][164][165][166][170]. Der blev identificeret yderligere fem studier [142][144][161][167][169] på baggrund af en opdateret søgning fra 2020 og frem som tog udgangspunkt i søgningen fra den systematiske oversigtsartikel af Moth et al. [159].

Evidensgrundlaget er således 28 kvalitative

studier [138][139][140][141][142][143][144][145][146][147][148][149][150][152][153][154][156][157][158][161][162][163][164][165][166][16

**Gennemgang af evidensen**

I 16 studier blev problemstillingen undersøgt ved brug af et semistruktureret

interview [138][139][140][143][144][148][149][152][156][161][162][163][164][166][167][170], seks studier brugte

fokusgruppinterviews [142][147][153][154][158][165], fire brugte et spørgeskema med åbne spørgsmål [141][145][146][157] og to

brugte en blanding af flere metoder [150][169]. Størstedelen af studierne brugte tematisk

analyse [140][141][142][145][147][149][152][153][154][156][157][161][162][163][164][165][169].

Populationen i 14 af studierne bestod af læger og/eller

sygeplejersker [141][142][146][147][149][150][152][156][157][161][164][166][167][170], og i de resterende 14 var det primært

sundhedsprofessionelle, men med nogle enkelte ledere, administrative medarbejdere og pårørende

også [138][139][140][143][144][145][148][153][154][158][162][163][165][169].

**Resultater**

Der blev identificeret 282 understøttede fund og 80 ikke-understøttede fund.

På baggrund af en kvalitativ analyse er der fremkommet følgende 15 kategorier, som belyser de sundhedsprofessionelles forskellige oplevelser, erfaringer med og forventning til opstart, forbrug og seponering af antipsykotika hos personer med demens.

*Kategorier:*

1. Ledelsens holdning og opbakning er væsentlig for medarbejdernes kompetenceudvikling og personalets involvering i tværfagligt samarbejde
2. Behandling af personer med demens kræver specialiseret indsats
3. Mangelfuld viden og kvalifikationer kan medføre øget forbrug af antipsykotika
4. Behov for ekstern ekspertviden er væsentlig for demensbehandling
5. Non-farmakologisk behandling er førstevalg
6. Risiko for bivirkninger mindsker brug af antipsykotika
7. Systematisk monitorering og medicingennemgang kan øge opmærksomhed på antipsykotika og nedsætte uhensigtsmæssigt forbrug
8. Sundhedsprofessionelles tilgang til antipsykotika varierer og har betydning for forbruget
9. Sundhedsprofessionelle oplever pres for at anvende antipsykotika
10. Pårørendeinddragelse kan medvirke til at reducere uhensigtsmæssig brug af antipsykotika
11. Anbefalinger om brug af antipsykotika er mangelfulde og indeholder sjældent konkrete handlingsanvisninger for svære situationer.
12. Det er udfordrende at implementere nye arbejdsgange til at nedbringe antipsykotika
13. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde fremmer reduktion af antipsykotika
14. Reduktion af antipsykotika tilstræbes, men kan være vanskeligt
15. antipsykotika kan være effektiv og nødvendig ved svære adfærdssymptomer, når non-farmakologiske tiltag ikke er tilstrækkelige

Den fulde beskrivelse af kategorierne findes i bilag på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Evidensprofilen nedenfor angiver overskriften samt et resume af kategorien.

For 9 kategorier (nr. 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 13 og 15) er der en høj tiltro til evidensen, hvilket betyder, at det er meget sandsynligt at fundet i kategorien er en rimelig gengivelse af det fænomen, vi er interesseret i.

For 4 kategorier (nr. 4, 6, 10 og 13) er der moderat tiltro til evidensen, hvilket betyder, at det er sandsynligt at fundet i kategorien er en rimelig gengivelse af det fænomen, vi er interesseret i.

For 2 kategorier (nr. 1 og 12) er der lav tiltro til evidensen, hvilket betyder, at det er muligt at fundet fra kategorien er en rimelig gengivelse af det fænomen, vi er interesseret i.

Disse 15 kategorier er herudover samlet i fem synteser, som bruges i denne NKA til at understøtte det ene fokuserede spørgsmål om antipsykotika. De ikke-understøttede fund har været med til at nuancere synteserne. Synteserne bruges i nøgleinformationerne om henholdsvis patientpræferencer, ressourcer, accept og gennemførlighed. Samtidig bruges de til at understøtte implementeringsafsnittet (kapitel 8)

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning	Intervention Sundhedsprofessionell es oplevelser og erfaringer med, samt forv	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Kategori 1: Ledelsens holdning og opbakning er væsentlig for medarbejdernes kompetenceudvikling og personalets involvering i tværfagligt samarbejde	Baseret på data fra patienter i 2 studier.	<i>Det styrker sundhedsprofessionelles deltagelse i tværfagligt samarbejde om non farmakologisk behandling og nedbringelse af antipsykotisk medicin, når ledelsen støtter dem i deres bidrag til det tværfaglige samarbejde og understøtter deres kompetenceudvikling</i>		Lav Få studier, mindre bekymring om metodologiske begrænsninger, moderat bekymring omkring tilstrækkelighed af data og svær bekymring omkring relevans	Det er muligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i
Kategori 2: Behandling af personer med demens kræver specialiseret indsats	Baseret på data fra patienter i 14 studier.	<i>Behandling af adfærdsmæssige symptomer hos personer med demens er ressourcekrævende og kræver motiveret og kvalificeret sundhedspersonale. Særligt indrettede enheder medvirker til at nedbringe antipsykotisk medicin. Dog mangler plejehjem generelt ressourcer i form af kvalificeret personale og økonomi</i>		Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i
Kategori 3: Mangelfuld viden og kvalifikationer kan medføre øget forbrug af antipsykotika	Baseret på data fra patienter i 12 studier.	<i>Sundhedspersonales mangelfulde viden og kvalifikationer om non-farmakologisk og farmakologisk behandling af adfærdsmæssige symptomer ved demens, kan føre til øget forbrug af antipsykotisk medicin</i>		Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.
Kategori 4: Behov for ekstern ekspertviden er væsentlig for demensbehandling	Baseret på data fra patienter i 5 studier.	<i>Sundhedsprofessionelle har behov for ekstern ekspertviden til at understøtte demensbehandling. Adgang til ekspertviden er dog mangelfuld. Det kan være en barriere for at nedbringe antipsykotisk medicin</i>		Moderat Få studier. Mindre bekymring om metodologiske begrænsninger, koherens, tilstrækkelighed af data og relevans.	Det er sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning	Intervention Sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer med, samt forv	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Kategori 5: Non-farmakologisk behandling er førstevalg	Baseret på data fra patienter i 15 studier.		<i>Personcentreret tilgang og individualiseret årsagsanalyse af adfærd medvirker til at nedsætte forbrug af antipsykotisk medicin. Non-farmakologisk behandling bør gennemføres i et samarbejde mellem sundhedsprofessionelle, pårørende og personen med demens</i>	Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i
Kategori 6: Risiko for bivirkninger mindsker brug af antipsykotisk medicin	Baseret på data fra patienter i 7 studier.		<i>Bivirkninger til antipsykotisk medicin kan medvirke til mistede fysiske og sociale færdigheder. Risiko for bivirkninger mindsker brug af antipsykotisk medicin</i>	Moderat Mindre bekymring om metodologiske begrænsninger. Mindre bekymringer af tilstrækkelighed af data grundet færre fund og antal studier samt mindre bekymringer om relevans da nogle studier dækker en population udover den definerede fra det fokuserede spørgsmål	Det er sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i
Kategori 7: Systematisk monitorering og medicingennemgang kan øge opmærksomhed på antipsykotisk medicin og nedsætte uhensigtsmæssigt forbrug	Baseret på data fra patienter i 9 studier.		<i>Systematisk monitorering og faste tværfaglige møder om medicingennemgang øger opmærksomhed på forbrug af antipsykotisk medicin og kan medvirke til at nedsætte uhensigtsmæssigt forbrug. Monitorering adfærdsændringer af medicin kan øge det administrative arbejde og tage tid fra direkte indsats til personer med demens</i>	Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.
Kategori 8: Sundhedsprofessionelles tilgang til antipsykotisk medicin varierer og har betydning for forbruget	Baseret på data fra patienter i 12 studier.		<i>Sundhedsprofessionelles opfattelse af hvornår, der er behov for antipsykotisk medicin til personer med demens varierer. Nogle sundhedsprofessionelle mener, at antipsykotisk medicin skal anvendes med omhu og være sidste-valg, når andre metoder er uden effekt. Andre mener, at antipsykotisk medicin forbedrer livskvalitet og nedtoner mulige bivirkninger. Dog kan antipsykotisk medicin anvendes ved aggressiv og udadreagerende adfærd, hvor der er risiko for at nogle kommer til skade</i>	Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning	Intervention Sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer med, samt forv	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Kategori 9: Sundhedsprofessionelle oplever pres for at anvende antipsykotisk medicin	Baseret på data fra patienter i 13 studier.		<i>Antipsykotisk medicin anvendes, når der er højt arbejdspress og personer med demens ikke kan håndteres på anden måde eller er til fare for sig selv eller andre. Sundhedsprofessionelle, pårørende, plejehjemsledelse og omgivelser presser på for at anvende antipsykotisk medicin, f.eks. for at personer med demens kan blive boende i eget hjem og for at bedre deres livskvalitet. Det kræver ressourcer og opkvalificering af sundhedsprofessionelle at kunne tale med pårørende om seponering af antipsykotisk medicin</i>	Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.
Kategori 10: Pårørendeinddragelse kan medvirke til at reducere uhensigtsmæssig brug af antipsykotisk medicin	Baseret på data fra patienter i 6 studier.		<i>Inddragelse af pårørende i beslutninger om antipsykotisk medicin kan være en ressource og en udfordring. Tværfaglig tilgang fremmer samarbejde med pårørende og kan medvirke til at reducere uhensigtsmæssig brug af antipsykotisk medicin</i>	Moderat Mindre bekymring om metodologiske begrænsninger. Mindre bekymringer af tilstrækkelighed af data grundet færre fund og antal studier samt mindre bekymringer om relevans da nogle studier dækker en population udover den definerede fra det fokuserede spørgsmål	Det er sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i
Kategori 11: Anbefalinger om brug af antipsykotisk medicin er mangelfulde og indeholder sjældent konkrete handlingsanvisninger for svære situationer.	Baseret på data fra patienter i 7 studier.		<i>Anbefalinger om brug af antipsykotisk medicin er sjældent handlingsanvisende for udadreagerende og uhåndterlige situationer. Anbefalinger er ikke altid brugbare og anvendes da selektiv f.eks. til at understøtte behandlingsbeslutning</i>	Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.
Kategori 12: Det er udfordrende at implementere nye arbejdsgange til at nedbringe antipsykotisk medicin	Baseret på data fra patienter i 4 studier.		<i>Det er udfordrende og ressourcekrævende at implementere nye arbejdsgange til at nedbringe brug af antipsykotisk medicin</i>	Lav Få studier. Mindre bekymring om metodologiske begrænsninger, svær bekymring omkring tilstrækkelighed af	Det er muligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning	Intervention Sundhedsprofessionel es oplevelser og erfaringer med, samt forv	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
				data og relevans grundet få studier, fund fra primært et enkelt studie som dækker en population udover den definerede fra det fokuserede spørgsmål	
Kategori 13: Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde fremmer reduktion af antipsykotisk medicin	Baseret på data fra patienter i 17 studier.		<i>Reduktion af antipsykotisk medicin vanskeliggøres af lægers manglende deltagelse i dagligdagen på plejehjem eller ved fysiske møder om medicingennemgang. En hierarkisk struktur på plejehjem kan medføre, at nogle sundhedsprofessionelle ikke føler sig inddraget i beslutningsprocesser om behandling med antipsykotisk medicin. Reduktion af antipsykotisk medicin fremmes af et godt og trygt tværfagligt samarbejde med gensidig respekt, samt koordinering og informationsudveksling ved sektorovergange</i>	Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.
Kategori 14: Reduktion af antipsykotisk medicin tilstræbes, men kan være vanskeligt	Baseret på data fra patienter i 6 studier.		<i>Sundhedsprofessionelle tilstræber at reducere antipsykotisk medicin, da det opleves at forbedre livskvaliteten hos personer med demens, men reduktion vanskeliggøres af bekymring for tilbagefald af adfærdssymptomer. Det kan for den enkelte sundhedsprofessionelle være uoverskueligt at reducere antipsykotisk medicin, når mange personer med demens får behandlingen</i>	Moderat Få studier. Moderat bekymring om metodologiske begrænsninger. Mindre bekymringer af koherens og relevans. Moderate bekymring om tilstrækkelighed af data grundet færre fund og bygger på primært 1 studie af lav metodisk kvalitet)	Det er sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i
Kategori 15: Antipsykotisk medicin kan være effektiv og nødvendig ved svære adfærdssymptomer, når non-farmakologiske tiltag ikke er tilstrækkelige	Baseret på data fra patienter i 10 studier.		<i>Antipsykotisk medicin kan være nødvendig og effektiv, når non-farmakologiske tiltag er uden effekt eller hvis det vurderes, at de ikke er effektive i situationen. På plejehjem, hvor non-farmakologiske tiltag ikke er førstevalg, kan det medføre øget forbrug af antipsykotisk medicin</i>	Høj	Det er meget sandsynligt at fundet fra oversigten er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.



<b>Outcome</b> Tidsramme	<b>Resultater og målinger</b>	<b>Sammenligning</b>	<b>Intervention</b> Sundhedsprofessionell es oplevelser og erfaringer med, samt forv	<b>Tiltro til estimaterne</b> (at de afspejler den sande effekt i populationen)	<b>Sammenfatning</b>

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

### Baggrund for valg af spørgsmål

Den tidligere nationale kliniske anbefaling fra 2019 [74] og "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" [94] fremhæver at mennesker med demens som udgangspunkt ikke skal behandles med antipsykotika. Det skyldes en markant øget risiko for alvorlige bivirkninger såsom øget dødelighed, apopleksi, gangforstyrrelser, sløvhed (sedation), ekstrapyramidale symptomer (bevægeforstyrrelser), dyb venetrombose, blodprop i lungen, hjerterytmeforstyrrelse samt hukommelsessvækkelse, konfusion og delirium. Herudover er det vist, at den kliniske effekt er begrænset. Et alternativ til brugen af antipsykotika kan være benzodiazepiner, som har en sederende effekt, og derved ville kunne dæmpe uro. Benzodiazepiner er dog kendt vanedannende og brugen af benzodiazepiner hos mennesker med demens er forbundet med en øget risiko for delirium, fald og midlertidig svækkelse af det kognitive funktionsniveau.

Førstevalget i behandlingen af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens er derfor som udgangspunkt altid non-farmakologisk.

Der kan dog opstå særlige situationer, hvor mennesker med demens oplever svære adfærdsmæssige og/eller psykiske symptomer, hvilket kan medføre en svært udadrettet adfærd, samt akut risiko for at personen er til skade for sig selv eller andre, eller hvor personen er svært psykisk forpint. I disse situationer kan der opstå et behov for en hurtig intervention i form af en kortvarig farmakologisk behandling med et lægemiddel der kan berolige.

Arbejdsgruppen ønsker at få afklaret de gavnlige og skadelige virkninger ved behandling med antipsykotika og benzodiazepiner. En afklaring kan belyse, hvilket af disse to lægemidler, der er mest hensigtsmæssig at bruge til kortvarig behandling af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, hvor der er behov for hurtigt indsættende beroligende effekt, således at non-farmakologiske indsatser kan sættes relevant i gang.

Anbefalingen er formuleret på baggrund af en systematisk gennemgang af litteraturen på baggrund af GRADE-metoden (se kapitel 10). Arbejdsgruppen er forelagt evidensprofilen, nøgleinformationer er gennemgået og der er herefter lavet en konsensusbeslutning om hvordan anbefalingen skulle formuleres. En detaljeret beskrivelse af metoden findes i kapitel 10.

**Svag anbefaling**

Overvej antipsykotika fremfor benzodiazepiner til kortvarig behandling i maksimalt fire uger af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, hvis de er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint.

*Når mennesker med demens oplever adfærdsmæssige og psykiske symptomer er det en forudsætning, at der tages en personcentreret tilgang, og at mulige underliggende årsag til symptomerne undersøges ved brug af en grundig, systematisk årsagsanalyse (jf. kapitel 2). Det indebærer, at somatiske årsager til symptomerne skal være relevant udredt. Med baggrund i analysen, tilrettelægges omsorg, pleje og behandling inkl. strukturerede og målrettede interventioner (jf. kapitel 3 og 4), der kan medvirke til at afhjælpe symptomerne, hvilket er førstevalgsbehandling ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Antipsykotika bør derfor ikke bruges som førstevalgsbehandling eller til vanlig behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.*

*Der kan dog, i meget få tilfælde, opstå helt særlige situationer, hvor en person med demens oplever svære adfærdsmæssige og/eller psykiske symptomer, hvilket kan medføre en svært udadrettet adfærd, samt akut risiko for at personen er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint. Svært psykisk forpint er en verbal, som nonverbal, tilstand hvor personen fremtræder angst med fysisk eller psykisk uro, fx utrøstelig grædende, har skræmmende og pinefulde synshallucinationer, er højlydt klagende eller råbende, og hvor det ikke er muligt trods faglige indsatser at aflede eller give trøst. Denne anbefaling omhandler derfor det fåtal af mennesker, som i disse helt særlige situationer, hvor der opstår et behov for en hurtig intervention med et lægemiddel. I sådan en situation kan man overveje, kortvarig behandling med et antipsykotika i op til 4 uger.*

*Risperidon bør som udgangspunkt foretrakkes, da det aktuelt er det eneste anden generations antipsykotika, der er godkendt til mennesker med demens. Behandling med andre antipsykotika betragtes som off-label og indikationen kan derfor genfindes i indlægssedlen. Første generations antipsykotika bør ikke anvendes til mennesker med demens. Til mennesker med Lewy-Body demens eller Parkinsonsdemens, bør der udvises ekstra påpasselighed, da kun Clozapin er godkendt til behandling af Parkinsonsdemens. Behandlingen bør forestås af speciallæger i psykiatri.*

*Behandling inkl. dosering og monitorering skal følge "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" [94]. Dette inkluderer, at der skal gives så lav en dosis som muligt, i så kort tid som muligt op til 4 uger. Dosisøgning bør ske langsomt. Forud for enhver opstart af behandling, skal der sikres informeret samtykke fra enten personen med demens, eller såfremt denne er varig inhabil, fra stedfortrædende samtykke. For Risperidon kan startes med 0,25 mg 1-2 gange om dagen. Egen læge kan initiere den akutte behandling, hvis behandlingsvarigheden forventes at være under fire uger. Ved behandlingsvarighed over fire uger anbefales det at konferere med en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer.*

*Ved opstart af behandling med antipsykotika skal lægen fastsætte en dato for revurdering eller seponering af behandlingen, hvilket bør ligge efter 1-2 uger. Dette inkluderer også en plan for, hvilken virkning, der ønskes opnået med behandlingen, samt hvilke bivirkninger der kan forekomme. Samtidig med dette, skal der i samarbejde med primære ansvarspersoner, udarbejdes en plan for hvilke non-farmakologiske/målrettede og strukturerede interventioner der skal afprøves/fortsættes for at støtte op om fremtidig seponering af den farmakologiske behandling. Lægen skal jævnligt revurdere (min. hver 2. uge), om der er grundlag for at fortsætte behandlingen. Ved stop af behandling, lægges en individualiseret plan for aftrapning/seponering.*

*Ved revurderingen skal der fortsat lægges vægt på, hvilke non-farmakologiske/målrettede og strukturerede tiltag der gøres for at nedtrappe og evt. helt seponere den farmakologiske behandling, samt vanlig lægefaglig vurdering.*

*Hvis der i stedet behandles med benzodiazepiner skal det følge samme principper for dosering og monitorering beskrevet i "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" [94]. Benzodiazepiner skal primært bruges som supplement til anden behandling og bør ikke stå alene. Behandlingen inkluderer så lav dosis som mulig, i så kort tid som muligt op til 4 uger. For mennesker med demens skal der udvises ekstra påpasselighed. For Lorazepam gives 0,5 mg 1-2 gange om dagen. Revurderingen skal foregå under samme principper såfremt den akutte behandling er startet op i andet regi (hospital/psykiatri).*

**Nøgleinformationer****Gavnige og skadelige virkninger**

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Det er meget usikkert, om der er forskel i mortalitet samt antallet af alvorlige hændelser når der sammenlignes mellem kortvarig behandling med et antipsykotika og kortvarig behandling med benzodiazepin, da de inkluderede studier ikke rapporterede nogle hændelser.

Kortvarig behandling med antipsykotika påvirker muligvis ikke adfærdsmæssige ændringer eller agitation/udadreagerende adfærd sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepin i betydelig grad.

For det vigtige outcome *somnolens* reducerer kortvarig behandling med antipsykotika muligvis antallet

af personer der oplever somnolens i nogen grad sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepin. Det er dog meget sparsomt belyst.

For det vigtige outcome *funktionsniveau* påvirker kortvarig behandling med antipsykotika muligvis ikke funktionsniveau sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepin i betydelig grad.

For de vigtige outcome *frakturer/fald, ekstrapyramidale bivirkninger, forekomst af delirium, livskvalitet og pårørende/medarbejderbyrde* var der ingen studier som rapporterede disse outcome.

### Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da der er meget lav tiltro til evidensen for de kritiske outcomes.

For de kritiske outcome *mortalitet og alvorlige hændelser* er tiltroen samlet set meget lav grundet alvorlig risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimater, da der ikke var nogle hændelser i studierne. For de kritiske outcome *adfærdændringer og agitation/udadreagerende adfærd* er tiltroen samlet set lav på grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimater.

For de vigtige outcome *frakturer/fald, ekstrapyramidale bivirkninger, forekomst af delirium, livskvalitet og pårørende/medarbejderbyrde* var der ingen studier som rapporterede disse.

### Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Det kan være udfordrende at få indsigt i præferencer fra denne population, da demenssygdommen og de alvorlige adfærdsmæssige symptomer kan gøre det vanskeligt for personer selv at forstå konsekvenserne af deres valg, især når der er risiko for, at de kan skade sig selv eller andre. Derfor baseres præferencer oftest på vurderinger fra pårørende og sundhedsprofessionelle. Det er dog stadig vigtigt, at inddrage personen med demens i det omfang det er muligt. Mennesker med demens, som ikke er erklæret varigt inhabile, har samme rettigheder til informeret samtykke som andre voksne over 18 år [128].

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at præferencer blandt mennesker med demens og deres pårørende vil variere individuelt. Den øgede dødelighed forbundet med behandling med antipsykotika kan være en bekymring fra de pårørende, lige som den øgede risiko for somnolens og fald ved behandling med benzodiazepin kan vække betænkeligheder. Det forventes, at nogle vil vægte de forskellige potentielle skadelige effekter som mortalitet, fald og somnolens forskelligt. Der vil også være variation i, hvordan mennesker med demens og pårørende samarbejder med sundhedsprofessionelle, hvilket kan påvirke præferencerne.

Brugerpanelet understreger betydningen af en god relation til de sundhedsprofessionelle, og pårørendes involvering, særligt ved overgang og evt. opstart af behandling. Det er afgørende, at relevante non-farmakologiske tiltag bliver afprøvet og at der sker en forventningsafstemning om håndtering af akutte situationer som i sidste instans kan føre til et behov for medicin. Brugerpanelet fremhæver herudover, at der bør gives grundning information om, hvad der er gået forud for opstart og årsag til opstart af mulig behandling, samt en god plan for opfølgning, vurdering, plan for nedtrapning, og hvad der skal stå i stedet for medicinen samt sikre informeret samtykke.

### Ressourcer

Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen vurderer, at brug af antipsykotika frem for benzodiazepin til kortvarig behandling af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer i sig selv ikke er ressourcekrævende.

Anbefalingen forudsætter dog korrekt identifikation af den relevante patientpopulation, hvilket kan kræve øget kompetenceudvikling blandt både sundhedsprofessionelle og pårørende, som kan være ressourcekrævende. Samtidig understreger både arbejdsgruppen og brugerpanelet, vigtigheden af at have afprøvet relevante non-farmakologiske tiltag inden de situationer opstår, hvor personen med

demens udgør fare for sig selv eller andre eller er svært psykisk forpint. Dette kan kræve øgede ressourcer som nærmere beskrevet i kapitel 3, 4 og 5.

### Lighed i sundhed

#### Væsentlige problemer

Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer, at der er en risiko for øget ulighed i sundhed, da der er geografisk variation i brugen af antipsykotika, samt forskel i adgang til speciallæger i psykiatrien på tværs af landet. Samtidig kan forskel i involvering af pårørende medvirke til en øget ulighed i sundhed.

Arbejdsgruppen vurderer, at nuværende forskel i forbruget af antipsykotika til mennesker med demens på tværs af landet synliggør allerede eksisterende ulighed i sundhed.

### Accept

#### Væsentlige problemer

Det er arbejdsgruppen og brugerpanelets vurdering, at variation i præferencer hos både sundhedsprofessionelle, pårørende og mennesker med demens kan påvirke accepten i forhold til valg af enten antipsykotika eller benzodiazepiner til kortvarig behandling af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

I "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" [98] kan der, ved akutte tilstande fraviges fra at måle EKG og vægt, hvilket kan medvirke til accept af brug af antipsykotika.

### Gennemførlighed

#### Væsentlige problemer

Både arbejdsgruppen og brugerpanelet påpeger, at der kan være væsentlige problemer med at gennemføre brugen af både antipsykotika og benzodiazepiner til kortvarig behandling af svære adfærdsmæssige symptomer, da der vil være betydelige variationer i præferencer for blandt både sundhedspersoner, pårørende og mennesker med demens.

I den akutte situation vil valget ofte bero på sundhedspersonen, men i det omfang det er muligt, er det vigtigt at involvere både pårørende og mennesker med demens i beslutningsprocessen både før og efter behandling. Gennemførligheden forbedres ved et samtidig fokus på alternative løsninger, der skal erstatte medicinen samt grundig revurdering af behandlingen. Fokus bør fortsat være på non-farmakologiske tiltag og der skal være et klart ledelsesfokus på denne behandlingsform, da implementering kan være udfordrende.

## Rationale

Ved formuleringen af anbefalingen er der lagt vægt på, at der er en kendt øget mortalitet ved brug af antipsykotika til mennesker med demens. Der er desuden en velkendt øget risiko for, at brug af benzodiazepiner kan udløse delirium, især hos ældre. Det er uvist, om der er en øget mortalitet ved brugen af benzodiazepiner hos mennesker med demens, men arbejdsgruppen lægger vægt på, at der generelt er kendt forgiftningsrisiko ved brug af benzodiazepin.

Der er ingen kendt risiko for frakturer som følge af fald ved brug af antipsykotika, i modsætning til den kendte for fald ved brug af benzodiazepin. Dog er ekstrapyramidale bivirkninger velkendt ved brug af antipsykotika, som kan medføre øget risiko for fald. For antipsykotika er der sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på hverken agitation eller adfærdssymptomer sammenlignet med benzodiazepiner.

Samlet set kan der således ikke påvises en forskel i hverken gavnlige eller skadelige effekter mellem de to typer medicinsk behandling.

Baseret på den nuværende evidens fra dette kapitel samt kapitel 5, hvor der også lægges vægt på kendte skadelige virkninger, vurderer arbejdsgruppen, at der ikke er grundlag for antage, at benzodiazepiner har mindre skadelig virkning end antipsykotika. Derfor er der ikke tilstrækkelig evidens til at ændre på gældende klinisk praksis, hvor antipsykotika typisk anvendes i akutte situationer.

Der er både i arbejdsgruppen og i brugerpanelet enighed om, at antipsykotika generelt ikke bør gives til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens, hvilket understøttes af "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" [94].

Det anerkendes, at der kan opstå akutte situationer, hvor mennesker med demens opleversvære adfærdsmæssige og psykiske symptomer, hvor de kan være til fare for sig selv eller andre, eller svært psykisk forpinte. I sådanne akutte situationer kan der være behov for farmakologisk behandling, og i disse situationer fremhæver arbejdsgruppen, at antipsykotika aktuelt er hyppigst brugt i klinisk praksis.

## Fokuseret spørgsmål

**Population:** Personer med alle typer af demens og svært udadrettet adfærd til fare for sig selv/andre eller svært psykisk forpint

**Intervention:** Kortvarig behandling med antipsykotika

**Sammenligning:** Kortvarig behandling med benzodiazepiner

## Sammenfatning

### Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er to systematiske oversigtsartikler inklusiv ekskluderede studier fra oversigtsartiklerne [131][133], hvorfra der blev identificeret tre randomiserede forsøg [129][130][132]. Der blev lavet en opdateret søgning baseret på den systematiske oversigtsartikel fra Tampi et al., hvor der blev søgt på studier der sammenlignede benzodiazepiner og antipsykotika [133]. Søgningen blev lavet fra 2013 og frem, men resulterede ikke i nye studier. For at undersøge om der var grundlag for en indirekte sammenligning mellem lægemidlerne (antipsykotika eller benzodiazepiner sammenlignet med placebo), blev der lavet en ny søgning. Denne resulterede i ingen studier som sammenlignede benzodiazepiner med placebo.

Evidensgrundlaget er således tre randomiserede studier [129][130][132].

### Gennemgang af evidens

Populationen i de inkluderede studier bestod af personer med svær til meget svær demens samt svære adfærdsmæssige symptomer herunder agitation. I alle studierne blev deltagerne inkluderet fra hospital eller plejehjem.

Interventionerne bestod af enten tabletbehandling med haloperidol op til 5 mg (gennemsnit 1,5 mg) sammenlignet med oxazepam op til 60 mg (gennemsnit 30 mg) [129], tabletbehandling med thioridazine 10-80 mg (gennemsnit 32,9 mg) sammenlignet med diazepam 4-18 mg (gennemsnit 7,2 mg) [130] eller intramuskulær injektion af olanzapin 2,5-5,0 mg sammenlignet med lorazepam 1 mg [132]. Ingen studier intervererede med Risperidon, som aktuelt er eneste godkendte andengenerations antipsykotika til kortvarig behandling af svære adfærdssymptomer ved alzheimers demens i Danmark. Interventionsperioden varierede fra 24 timer [132], over fire uger [130] til otte uger [129].

### Resultater for de kritiske outcome

Ét studie rapporterede data for det kritiske outcome *mortalitet* [132]. Der var ingen events (dødsfald) i hverken interventionsgruppen eller kontrolgruppen. Det er derfor meget usikkert, om der er forskelle i mortalitet mellem kortvarig behandling med antipsykotika og benzodiazepin.

Ét studie rapporterede data for det kritiske outcome *alvorlige hændelser* [130]. Der var ingen events (alvorlige hændelser) i hverken interventionsgruppen eller kontrolgruppen. Det er derfor meget usikkert, om der er forskelle i mortalitet mellem kortvarig behandling med antipsykotika og benzodiazepin.

Tiltroen til evidensen for de to kritiske outcome *mortalitet* og *alvorlige hændelser* var samlet set meget lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og meget alvorlig upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller og ingen events)

Tre studier rapporterede data for det kritiske outcome *adfærdændringer (BPSD)* [129][130][132]. Metaanalysen viste, at kortvarig behandling med antipsykotika muligvis ikke reducerer adfærdændringer (BPSD) i betydelig grad sammenlignet med kortvarig behandling af benzodiazepiner (SMD 0,13 lavere, 95% CI 0,46 lavere til 0,2 højere).

Tre studier rapporterede data for det kritiske outcome *agitation/udadreagerende adfærd* [129][130][132]. Metaanalysen viste, at kortvarig behandling med antipsykotika muligvis ikke reducerer agitation/udadreagerende adfærd i betydelig grad sammenlignet med kortvarig behandling af benzodiazepiner (SMD 0,1 lavere, 95% CI 0,34 lavere til 0,15 højere). Forskellen svarer til en reduktion på 0,31 point på CMAI (range: 29-203, 95% CI: -1,05; 0,46) og er ikke klinisk relevant (mindste kliniske relevante effekt er 5 point på CMAI). Estimaterne er omregnet fra standarddeviationen fra final mean (SD 3,08) fra kontrolgruppen i studiet af Meehan 2021 [132].

Tiltroen til evidensen for de kritiske outcome *adfærdændringer (BPSD)* og *agitation/udadreagerende adfærd* var samlet set lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller).

### Resultater for de vigtige outcome

Ét studie rapporterede data for de vigtige outcome *funktionsniveau (ADL)* [129]. Kortvarig behandling med antipsykotika hverken forringer eller forbedrer muligvis ikke ADL i betydelig grad sammenlignet med benzodiazepiner (67 færre per 1.000, 95% CI 91 færre til 8 flere).

Ét studie rapporterede data for de vigtige outcome *somnolens* [129]. Kortvarig behandling med antipsykotika reducerer muligvis antallet af personer med somnolens sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepiner (MD 5,79 lavere, 95% CI 14,74 lavere til 3,16 højere).

Tiltroen til evidensen for de vigtige outcome *somnolens* og *funktionsniveau (ADL)* var samlet set lav, da der blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorlig upræcist effekttestimat (brede konfidensintervaller).

De vigtige outcomes *frakturer/fald, ekstrapyramidale bivirkninger, forekomst af delirium, livskvalitet (QoL)* samt *pårørende/medarbejderbyrde* blev ikke belyst i de inkluderede studier.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Benzodiazepiner	Intervention Antipsykotika	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Mortalitet <sup>1</sup> Inden for 12 uger efter opstart af kortvarig behandling  9 Kritisk	Relative risiko 0 (CI 95% -0.02 — 0.02) Baseret på data fra 205 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	0 per 1.000  Forskel:	0 per 1.000  <b>0 færre per 1.000</b> ( CI 95% 22 færre — 22 flere )	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat <sup>2</sup>	Det er meget usikkert om der er forskelle i mortalitet mellem kortvarigbehandling med antipsykotika og kortvarig behandling med benzodiazepin
Alvorlige hændelser (SAE) <sup>3</sup> Inden for 12 uger efter opstart af kortvarig behandling  9 Kritisk	Relative risiko 0 (CI 95% -0.09 — 0.09) Baseret på data fra 40 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	0 per 1.000  Forskel:	0 per 1.000  <b>0 færre per 1.000</b> ( CI 95% 92 færre — 92 flere )	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat <sup>4</sup>	Det er meget usikkert om der er forskelle på antallet af personer med alvorlige hændelser ved kortvarigbehandling med antipsykotika og kortvarig behandling med benzodiazepin
Somnolens <sup>5</sup> Inden for 4 uger  6 Vigtig	Relative risiko 0.35 (CI 95% 0.12 — 1.08) Baseret på data fra 205 patienter i 1 studier.	103 per 1.000  Forskel:	36 per 1.000  <b>67 færre per 1.000</b> ( CI 95% 91 færre — 8 flere )	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>6</sup>	Kortvarig behandling med antipsykotika reducerer muligvis antallet af personer med somnolens i nogen grad sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepin
Adfærdssændringer /BPSD <sup>7</sup> Inden for 4 uger  9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra 280 patienter i 3 studier. <sup>8</sup>	Forskel:	<b>SMD 0.13 lavere</b> ( CI 95% 0.46 lavere — 0.2 højere )	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>9</sup>	Kortvarig behandling med antipsykotika påvirker muligvis ikke adfærdssændringer/BPSD i betydelig grad sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepin

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Benzodiazepiner	Intervention Antipsykotika	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Agitation/ udadreagerende adfærd <sup>10</sup> Inden for 4 uger  9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra 280 patienter i 3 studier. <sup>11</sup> (Randomiserede studier)	Forskel:	<b>SMD 0.1 lavere</b> ( CI 95% 0.34 lavere — 0.15 højere )	Lav På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>12</sup>	Kortvarig behandling med antipsykotika påvirker muligvis ikke agitation/ udadreagerende adfærd i betydelig grad sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepin. Forskellen svarer til en reduktion på 0.31 point på CMAI (range: 29-203) (95% CI: -1.05;0.46). MCID: -5 point. Beregnet ud fra SD (3.08) i kontrolgruppen fra studiet af Meehan 2002
Funktionsniveau (ADL) Inden for 4 uger  6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 35 patienter i 1 studier. <sup>13</sup>	Forskel:	<b>MD 5.79 lavere</b> ( CI 95% 14.74 lavere — 3.16 højere )	Lav På grund af alvorlig upræcist effekttestimat, På grund af alvorlig risiko for bias <sup>14</sup>	Kortvarig behandling med antipsykotika påvirker muligvis ikke funktionsniveau/ADL i betydelig grad sammenlignet med kortvarig behandling med benzodiazepin
Frakturer/fald Inden for 4 uger  4 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.	Ingen studier rapporterede det binære outcome antal personer med frakturer/fald			Det er kendt, at der er risiko for fald ved benzodiazepiner.
Ekstrapyramidale bivirkninger Inden for 4 uger  4 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.	Ingen studier rapporterede det binære outcome ekstrapyramidale bivirkninger			Ekstrapyramidale bivirkninger er kendt ved behandling med antipsykotika, som kan medføre øget risiko for fald.
Forekomst af delir Inden for 4 uger  4 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.	Ingen studier rapporterede det binære outcome forekomst af delir			Det er kendt at brug af benzodiazepin kan udløse delirium ved ældre generelt.
Livskvalitet (QoL) Inden for 4 uger  4 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.	Ingen studier rapporterede det kontinuerte outcome livskvalitet			Arbejdsgruppen vurderer, at det er usikkert om der er relevante forskelle mellem kortvarig behandling med antipsykotika og benzodiazepin målt på livskvalitet



Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Benzodiazepiner	Intervention Antipsykotika	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Pårørende/ medarbejderbyrde  Inden for 4 uger  4 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.	Ingen studier rapporterede det kontinuerte outcome pårørende/medarbejder byrde			Arbejdsgruppen vurderer, at det er usikkert om der er relevante forskelle mellem kortvarig behandling med antipsykotika og benzodiazepin målt på pårørende/medarbejder byrde

1, 3, 5. Estimatet og de absolutte værdier er baseret på en analyse af risikoforskelle

2. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Upræcist effekttestimat: meget alvorligt.** Only data from one study, low number of patients and no events.

4. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, deviation of the intended interventions, missing outcome, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Upræcist effekttestimat: meget alvorligt.** Only data from one study, Low number of patients and no events.

6. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Upræcist effekttestimat: alvorligt.** Only data from one study, Low number of patients.

8. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Coccaro 1990, Covington 1975, Meehan 2002.

9. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, deviation of the intended interventions, missing outcome, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig.** Outcome: Meehan: måler outcome efter 24 timer. Coccaro: måler efter 8 uger, Covington: måler efter 4 uger. **Upræcist effekttestimat: alvorligt.** Bredt konfidensinterval der spænder fra moderat reduktion til mindre forværring af adfærdændringer, -0.13 [-0.46, 0.20].

11. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Meehan 2002, Coccaro 1990, Covington 1975.

12. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, deviation of the intended interventions, missing outcome, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig.** Outcome: Meehan: måler outcome efter 24 timer. Coccaro: måler efter 8 uger, Covington: måler efter 4 uger. **Upræcist effekttestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller der svinger med effekten til begge sider.

13. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Coccaro 1990.

14. **Risiko for bias: alvorligt.** Risk of bias for the following domains: randomisation process, deviation of the intended interventions, missing outcome, measurement of the outcome, selection of the reported results. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig.** Coccaro: måler efter 8 uger, Differences between the outcomes of interest and those reported (e.g short-term/surrogate, not patient-important). **Upræcist effekttestimat: alvorligt.** Only data from one study.

## 7. Implementering

Implementering af den nationale kliniske anbefaling for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens er som udgangspunkt et regionalt og kommunalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen, og har derfor udviklet en implementeringshåndbog [134]. Implementeringshåndbogen trækker på internationalt publicerede empiriske studier, og er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Ved implementering af denne NKA har både arbejdsgruppen og referencegruppen fremhævet vigtigheden af at tage hensyn til, at mulighederne kan variere betydeligt mellem regioner, kommuner og endda fra plejecenter til plejecenter. Implementeringen bør derfor tilpasses de enkelte steder. NKA'en udstikker nogle generelle retningslinjer. Inspiration til at arbejde struktureret og målrettet, samt til at udvikle relevante interventioner, kan eksempelvis findes hos Videnscenter for Demens og i Demenshåndbøgerne udgivet af Sundhedsstyrelsen [135].

Både arbejdsgruppen, referencegruppen, brugerpanelet og den kvalitative litteratur, fremhæver vigtigheden af ledelsens involvering i processen med at implementere en systematisk og personcentreret tilgang. De påpeger desuden, at det er en kontinuerlig proces at arbejde på denne måde. En fælles faglig forståelse og et tværfagligt samarbejde baseret på gensidig tillid og en konstruktiv faglig dialog fremhæves også som centrale elementer i implementeringen.

Tidligere anbefalinger har anbefalet mod brugen af antipsykotika, men trods dette, har forbruget været nogenlunde uændret på landsplan. I denne NKA har vi derfor fået mulighed for, systematisk at undersøge den kvalitative litteratur på brug, behandling og seponering af antipsykotika. Formålet er yderligere at belyse mulige forklaringer på det vedvarende forbrug samt identificere mulige udfordringer ved implementering af løsninger. Den kvalitative evidens kan herved understøtte og udfolde de udfordringer og muligheder der findes, når indeværende anbefalinger skal implementeres.

### Kvalitativ evidens

Øget forbrug af antipsykotika kan både skyldes, at sundhedsprofessionelle mangler viden om behandling af adfærdsmæssige symptomer ved demens, og at plejepersonale mangler viden om antipsykotika. Det kan også skyldes lav normering og mangelfuld oplæring i non-farmakologiske tilgange.

Medicingennemgang kan medvirke til at fremme implementering af anbefalinger til ændringer i medicinen vedrørende antipsykotika.

Implementering af nye arbejdsgange kan være særligt udfordrende i opstartsfasen, selv med træningsprogrammer for medarbejder. Monitorering øger lægers administrative arbejder, og reducerer den tid, der kan bruges på den direkte indsats til mennesker med demens, og ledere oplever modstand mod ændrede arbejdsgange, især fra ældre læger. Praktiserende læger har desuden ikke altid mulighed at gennemføre medicingennemgang selv pga. tidsmanglende og prioriteringer. Derudover kan der være modvilje mod at ændre medicin, som er ordineret af andre.

Sundhedsprofessionelle tilstræber at reducere antipsykotika, fordi det forbedrer livskvaliteten hos mennesker med demens. Reduktion er dog vanskelig pga. risiko for tilbagefald af adfærdssymptomer.

Antipsykotika fortsættes selvom der anbefales i mod brug af antipsykotisk medicin til mennesker med demens, blandt andet fordi retningslinjer ikke er handlingsanvisende for svære situationer med uhåndterlig og udadreagerende adfærd. Brug af antipsykotika tillægges af nogle større betydning, når anbefaling gives af andre speciallæger end anbefalinger i retningslinjer. Anbefalinger om at undlade brug af efter behov (pn.) antipsykotisk medicin, kan dog også vanskeliggøre at anvende antipsykotika som pn. i tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt.

Sundhedsprofessionelle kan føle sig presset til at reducere brug af antipsykotika for at imødekomme ledelsens forventninger og opfylde lovbestemte standarder, så plejehjemmets forbrug af antipsykotika fremstår mere fordelagtigt i en offentlige monitorering.

Implementering af nye arbejdsgange til at reducere forbruget af antipsykotika hæmmes af medarbejderes uddannelsesniveau og mangelfuld efteruddannelse af læger. Det kan være udfordrende at opretholde ændringer i normal drift, når projektf finansiering ophører.

Uddannelse af familien til mennesker med demens om demensbehandling og negative effekter af antipsykotika kan også bidrage til at nedbringe forbruget.

## 8. Monitorering, opdatering og videre forskning

### Proces- og effektindikatorer

Alle registrerede diagnoser i det sekundære sundhedsvæsen indberettes til Landspatientregistret (LPR).

For demensdiagnosen bør der henledes særlig opmærksomhed på, at der formentlig findes en stor andel af mennesker som har fået registreret diagnosen i almen praksis, eller som aldrig har fået stillet en diagnose, trods en høj sandsynlighed for at denne foreligger.

Tallene i LPR reflekterer derfor formentlig et underestimat.

Herudover er BPSD er ikke en selvstændig diagnose, og der foreligger derfor ikke nogen selvstændig registrering af BPSD. På den baggrund er estimater af incidensen vanskelige at opgøre, og monitorering er således problematisk. Dog kan demensdiagnoser samkøres med psykiatriske diagnoser, og der kan således opnås et estimat for, hvor mange mennesker med demens der efterfølgende udvikler en psykiatrisk diagnose. Da mange adfærdsmæssige og psykiske symptomer imidlertid ikke afstedkommer en decideret psykiatrisk diagnose, vil et sådant estimat dog forventeligt være underestimeret.

Plejhjemsbeboere estimeres og registreres ved Danmarks Statistik. Forebyggelsen af institutionalisering af mennesker med demens kan således anslås ved at samkøre oplysninger fra Landspatientregistret med oplysninger fra Danmarks Statistik.

Forbruget af antipsykotika blandt mennesker med demens undersøges løbende af Sundhedsdatastyrelsen. Dette forbrug kan anvendes som monitorering af anbefalingerne vedrørende antipsykotika.

### Datakilder

Der anbefales brug af data fra Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen samt fra Danmarks Statistik.

---

### Opdatering

Som udgangspunkt bør anbefalingen opdateres hvis ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger det. Faglige miljøer, patientforeninger og andre bør gøre Sundhedsstyrelsen opmærksom på ny viden, som potentielt kan ændre en gældende anbefaling.

---

### Videre forskning

Denne anbefaling har klarlagt, at der findes meget forskellig forskning i non-farmakologisk behandling af BPSD, men at der fortsat mangler interventionsstudier, der sammenligner de forskellige typer af interventioner samt tager højde for graden af demens. Samtidig mangler der studier om, hvilke grupper af mennesker med demens der vil have størst gavn af de forskellige interventioner.

Herudover mangler der forskning i relevante, medicinske alternativer til at behandle svære, adfærdsmæssige og psykiske symptomer sammenlignet med antipsykotika. Mange studier tillader at bruge for eksempel lorazepam som en sederende behandling for at dæmpe symptomerne, men der foreligger ikke studier, hvor dette holdes direkte op mod antipsykotika for kortvarigt at dæmpe de sværeste symptomer, så der kan sættes ind med relevant, non-farmakologisk behandling i stedet.

Det vil samtidig være relevant at forske i systematiske redskaber til at monitorere og registrere symptomer. Det kunne f.eks. være en registreringsmetode som tager udgangspunkt i farekriteriet, som er en mulig indikator for hvornår antipsykotika muligvis kan gives, og når dette ikke opfyldes mere, bliver det mere visuelt, at behandlingen bør seponeres.

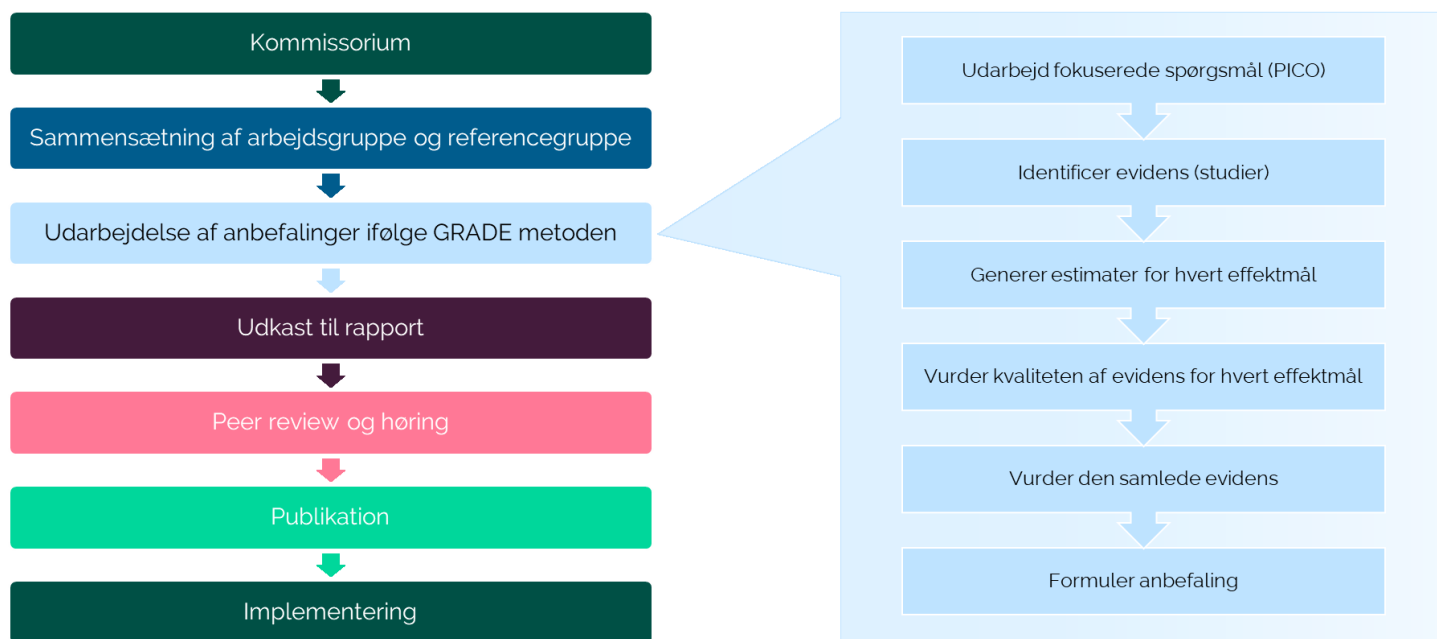
## 9. Beskrivelse af anvendt metode, evidensvurderinger og søgebeskrivelse

### Metode

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en metodehåndbog for nationale kliniske retningslinjer og anbefalinger som kan tilgås via hjemmesiden [137]. Metodehåndbogen indeholder en beskrivelse af den metodiske tilgang og processen for udarbejdelse af evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer og anbefalinger.

### Processen

Udarbejdelsen af en national klinisk anbefaling følger i store træk nedenstående model.



#### Fokuserede spørgsmål

Udvælgelsen af de fokuserede spørgsmål sker på baggrund af den ramme, som metoden for udvikling af nationale kliniske anbefalinger foreskriver. De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen, alternativet til interventionen og outcome. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes).

#### Outcomes

Outcomes er valgt a priori af arbejdsgruppen på baggrund af klinisk erfaring og ønsket om at få et specifikt outcome vurderet ud fra en specifik intervention. Der har ikke a priori været restriktioner på hvilke måleredskaber der er blevet anvendt til at registrere de valgte outcomes, og måleredskaber er derfor baseret på de der er anvendt i de identificerede studier. Det overordnede outcome BPSD er ofte afrapporteret som en samlet score for flere symptomer (eksempelvis som Neuropsychiatric inventory (NPI)), mens mere specificerede outcomes er afrapporteret som subscores (eksempelvis NPI depression subskala som mål for depressive symptomer eller aggressivitet). Mange måleredskaber for BPSD er proxy-rapporterede, det vil sige registreret af plejepersoner eller pårørende, mens enkelte måleredskaber, eksemplvis for depression, afrapporteres af personen med demens. De mest almindeligt brugte af disse måleredskaber (herunder NPI og GDS) er valideret til dansk brug [136].

#### GRADE og GRADE-CERQual

Grundlæggende arbejder vi med at udarbejde anbefalinger efter GRADE-metoden (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). GRADE er et internationalt brugt systematisk og transparent system til at vurdere tiltroen til evidens og udarbejde kliniske anbefalinger. GRADE-CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research) er et internationalt brugt systematisk og transparent system der bruges til at vurdere tiltroen til evidensen af kvalitative studier.

Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org> og <https://www.cerqual.org/>

### Sammenfatning af evidensen

For hver anbefaling præsenterer vi en sammenfatning af den evidens, der ligger til grund for anbefalingen sammen med evidensprofiler med de samlede effektestimater, tiltroen til effektestimaterne og referencer til studierne.

Tiltroen til estimerne inddeles i fire niveauer:

- Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt
- Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes
- Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt
- Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt

## Nøgleinformationer

Under nøgleinformationer giver vi en fyldestgørende beskrivelse af de kriterier vi vurderer, når vi afvejer styrken og retningen af en anbefaling. De kriterier vi vurderer for at udarbejde anbefalingen er:

- Gavnlig og skadelig virkning
- Den overordnede tiltro til evidensen
- Patienternes værdier og præferencer
- Ressourcer
- Lighed i sundhed
- Accept
- Gennemførlighed

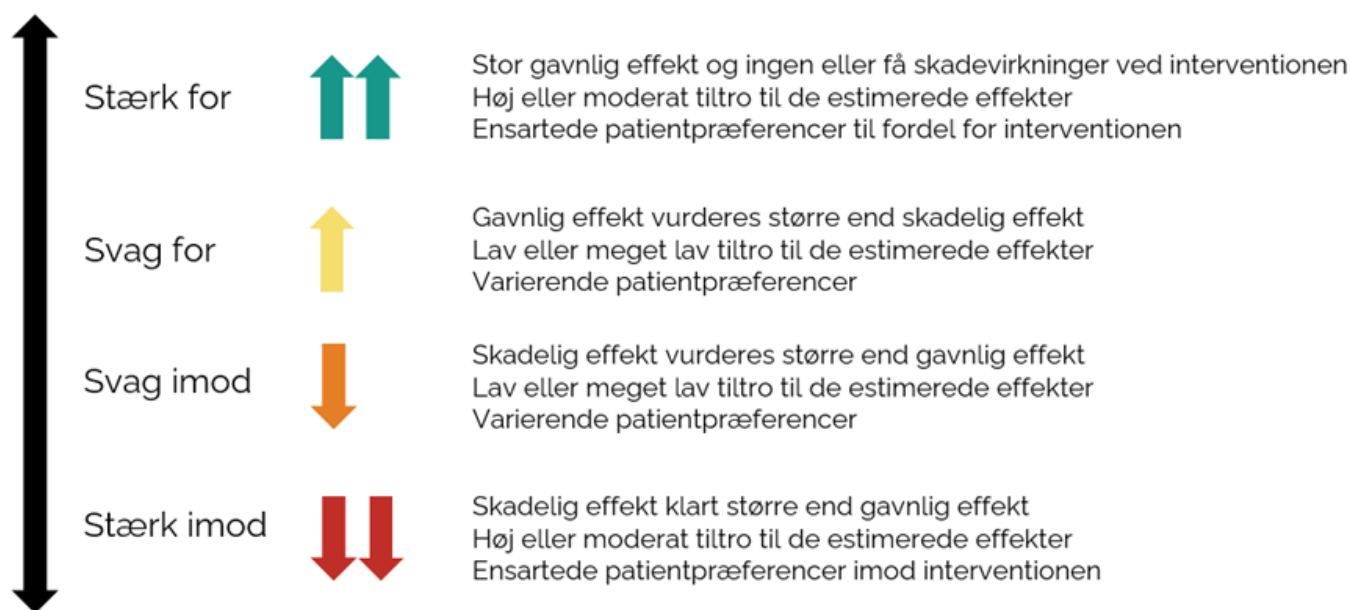
## Anbefalingstyper ved brug af GRADE-metoden

Når evidensen er sammenfattet og nøgleinformationerne er udfyldt kan der på baggrund af en samlet vurdering udarbejdes anbefalinger.

Vi har fire typer anbefalinger. Anbefalingen har en retning og en styrke. Anbefalingen er i udgangspunktet for eller imod en intervention eller diagnostisk test og styrken af anbefalingen kan være stærk eller svag. Vurdering af anbefalingens retning og styrke giver på den måde mulighed for fire typer anbefalinger:

- Stærk anbefaling for
- Svag anbefaling for
- Svag anbefaling imod
- Stærk anbefaling imod

Retning og styrke af en anbefaling afhænger i udgangspunktet af balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger, patienternes præferencer og værdier samt den overordnede tiltro til evidensen. Vi vurderer også om eventuelle ændringer i ressourceforbrug påvirker anbefalingen, om anbefalingen kan medføre ulighed i sundhed samt om hvorvidt anbefalingen er acceptabel for patienter og klinikere. Til sidst vurderer vi, om der er udfordringer i forhold til implementering af anbefalingen i klinisk praksis (gennemførlighed).



## Rationale

I Rationalet beskriver vi, hvordan de ovenstående kriterier blev afvejet i forhold til hinanden og resulterede i anbefalingens retning og styrke.

### Vurdering af tiltro til evidensen for kvalitative studier ved brug af GRADE-CERQual metoden

Sundhedsstyrelsen bruger GRADE-CERQual til at vurdere tiltroen til evidens fra kvalitative studier. CERQual-vurderingen er en pendant til GRADE-vurdering af kvantitativ evidens fra en metaanalyse. GRADE-CERQual er en transparent metode til at vurdere og beskrive, hvor stor tiltro vi har til et fund fra en systematisk oversigt over kvalitativ forskning (et oversigtsfund). Vurderingen beskriver i hvilken udstrækning et fund fra en systematisk oversigt er en rimelig gengivelse af det fænomen (phenomenon of interest) vi er interesseret i at undersøge. Med et oversigtsfund menes et analyseresultat fra en kvalitativ metasyntese som beskriver et fænomen eller et aspekt af et fænomen. Et oversigtsfund er typisk præsenteret som et tema eller en kategori. Vurderingen af tiltroen til et oversigtsfund baseres på fire komponenter:

- Metodiske begrænsninger
- Koherens
- Tilstrækkelighed af data
- Relevans

For hvert af de fire komponenter: metodologiske begrænsninger, koherens, tilstrækkelighed af data og relevans identificeres eventuelle begrænsninger og disse graderes som:

1. Ingen eller meget små begrænsninger
2. Mindre begrænsninger
3. Moderate begrænsninger
4. Alvorlige begrænsninger

Efter en vurdering af alle fire komponenter foretages en overordnet vurdering af tiltroen til oversigtsfundet ud fra fire niveauer:

Høj: Det er meget sandsynligt, at oversigtsfundet fra den kvalitative metassyntese er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.

**Moderat:** Der er sandsynligt, at oversigtsfundet fra den kvalitative metasyntese er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.

**Lav:** Det er muligt, at oversigtsfundet fra den kvalitative metasyntese er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.

**Meget lav:** Det er uklart, om oversigtsfundet fra den kvalitative metasyntese er en rimelig gengivelse af det fænomen vi er interesseret i.

### **Særligt for anbefaling vedr. strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer**

For det fokuserede spørgsmål "bør man anvende strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens" udgjorde evidensgrundlaget kun sekundærlitteratur fra en systematisk oversigtsartikel af høj kvalitet. Der er brugt metode ADOLPMENT (ref: [GRADE Evidence to Decision \(EtD\) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLPMENT - PubMed](#))

[GRADE guidance 39: using GRADE-ADOLPMENT to adopt, adapt or create contextualized recommendations from source guidelines and evidence syntheses - PubMed](#))

Den systematiske oversigtsartikler er underlagt samme kvalitetsvurdering, men der er ikke foretaget en metaanalyse af outcome og den narrative beskrivelse af evidensen fokuserer på de kritiske outcome.

Beslutningen er taget i samarbejde mellem sekretariatet og arbejdsgruppen ud fra en vurdering af vigtigheden af, at spørgsmålet stadig var en del af anbefalingen, samt at den evidens der er til rådighed holdt op mod klinisk erfaring, ikke ville ændre ved gældende, klinisk praksis.

---

### **Evidensvurderinger**

Risiko for bias-vurderinger, kvalitativ evidensprofiler og metaanalyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås via Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

AMSTAR-vurderinger kan ligeledes tilgås via Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

---

### **Søgebeskrivelse for fokuserede spørgsmål 1 til 4**

Litteratursøgningen og valg af databaser til denne kliniske anbefaling er foretaget i henhold til metodehåndbogen for udarbejdelse af nationale kliniske anbefalinger.

Der er foretaget to systematiske søgninger: En søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser) og en søgning efter opdaterende primærlitteratur. Nedenfor vises den totale periodedækning og databaser søgt for de enkelte PICOs.

PICO 1: 2018-jan 2024; Databaser: Medline, Embase, Cochrane Reviews, PsycInfo, Cinahl

PICO 2: 2014-jan 2024; Databaser: Medline, Embase, Cochrane Reviews, Cinahl (kun sekundærlitteratur søgt)

PICO 3: 2013-dec 2023; Databaser: Medline, Embase, Cochrane Reviews

PICO 3 kvalitativt fokus: 2013-jan 2024; Databaser: Medline, Embase, Cochrane Reviews, PsycInfo, Cinahl

PICO 4: 2013-mar 2024; Databaser: Medline, Embase, Cochrane Reviews

For detaljer se søgeprotokollen og flowcharts.

### **Søgeprotokoller**

Søgeprotokoller for alle fokuserede spørgsmål kan tilgås herunder:

- Sekundærlitteratur
- Primærlitteratur

### **Flowcharts**

Flowcharts for alle fokuserede spørgsmål kan tilgås her [\[Indsæt link\]](#)

## 10. Arbejds- og referencegruppe

### Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen for den nationale kliniske anbefaling for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens består af følgende personer:

- Anett Borg Kristensen, udpeget af Dansk Selskab for Geriatri
- Christina Mogensen, udpeget af FOA
- Elsebeth Glistrup, udpeget af Nationalt Videnscenter for Demens
- Janne Unkerskov, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Kasper Jørgensen, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Marlene Jul Houmann, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Mette Foldager, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Steen Gregers Hasselbalch, udpeget af Dansk Neurologisk Selskab
- Steffi Olesen, udpeget af Det Ergoterapi Faglige Selskab for Geriatri og Gerontologi
- Susanne Bollerup Overgaard, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Tania Mariager, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab (udtrådte efter 2. arbejdsgruppemøde)
- Flemming Mørkeberg Nilsson, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Tinna Klingberg, udpeget af Demenskoordinatorer i Danmark
- Trine Holt Clemmensen, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi

### Sekretariatet i Sundhedsstyrelsen

Sekretariatet for arbejdsgruppen består af følgende personer:

- Lotus Sonnenborg, forperson
- Pernille Hølmkjær, fagkonsulent
- Anja Ussing, metodekonsulent
- Gustav Wulf Hildebrandt, metodekonsulent
- Kirsten Birkefoss, søgespecialist
- Matilde Bøgelund Hansen, projektleder (indtil januar 2024)
- Marie-Louise Kirkegaard Zobbe, projektleder (fra januar 2024)

Derudover har sekretariatet fået hjælp og rådgivning fra:

- Merete Bjerrum, professor, Aalborg Universitet

Pernille Hølmkjær har som en del af sekretariatet været overordnet ansvarlig for litteraturgennemgangen og for skriveprocessen i forbindelse med at udarbejde et udkast til anbefalingen til drøftelse i arbejdsgruppen.

### Habilitetsforhold

Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#).

### Referencegruppe

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner og andre aktører på området. Referencegruppens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af anbefalingerne, de udvalgte fokuserede spørgsmål, samt det faglige indhold.

Referencegruppen eller styregruppen for den nationale kliniske anbefaling for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens består af følgende personer:

- Signe Lind Jensen, udpeget af Social-, Bolig- og Ældreministeriet
- Christina Frederikke Bendix, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Emilie Kristensen, udpeget af Lægemiddelstyrelsen
- Jesper Torp Nielsen, udpeget af Region Nordjylland
- Jurgita Christensen, udpeget af Region Hovedstaden
- Lone Bjørg, udpeget af Region Sjælland
- Mette Sofie Haulrich, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Mette Thoms, udpeget af Kommunernes Landsforening



- Rune Ladeby Erichsen, udpeget af Region Syddanmark
- Seham Shahla, udpeget af Region Midtjylland

### **Brugerpanelet**

- Lone Rehder, Danske Patienter og Alzheimerforeningen
- Birte Jakobsen, Danske Patienter og Alzheimerforeningen
- Susanne Bækgaard Holm, Ældre Sagen
- Lotte Kofoed Hansen, Ældre Sagen

### **Peer review og høring**

De nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens har forud for udgivelsen været i offentlig høring. Anbefalingen er samtidig sendt direkte til følgende høringsparter med opfordring til at give høringssvar

- *Oplisting af høringsparter*

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- *Navn, funktion, ansættelses sted*

## 11. Begreber og forkortelser

Begreb	Forklaring
Absolut effekt	Effekten af en given intervention målt i absolutte tal. Hvis risikoen for at dø af en sygdom f.eks. er 3 per 1,000 og en behandling nedsætter denne risiko til 2 per 1,000, er den absolutte effekt 1 per 1,000. Den tilsvarende relative effekt er en 33% reduktion af dødeligheden, hvilket kan synes mere imponerende, men kan give et misvisende indtryk af den virkelige effekt. Derfor foretrækkes det normalt at præsentere absolutte frem for relative effekter. Bemærk, at den absolutte effekt vil variere med hyppigheden (prævalensen) af et givent udfald, selvom den relative effekt er konstant. Dette kan have betydning, f.eks. ved vurdering af behandlingers relevans i forskellige subgrupper af patienter.
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews. Værktøj til kvalitetsvurdering af systematiske oversigtsartikler.
Baseline risiko	Ved dikotome udfald ("enten-eller" udfald) betegner det risikoen for et givet udfald ved forsøgets begyndelse. Ved kontinuerte udfald ("udfald målt på en skala") betegner det en gennemsnitlig målt værdi ved forsøgets begyndelse. Et relateret begreb, assumed risk, findes i Summary of Findings tabellen, hvor det betegner risikoen for et givet udfald i forsøgets kontrolgruppe, eller en risiko i en kontrolgruppe hentet fra f.eks. befolkningsstatistik eller observationelle studier.
Bias	Bias er systematiske fejl i et studie, der fører til over- eller underestimering af effekten
Blinding	Blinding indebærer, at det under forsøget er ukendt hvilken gruppe en deltagerne er fordelt til. Flere parter kan være blindet, f.eks. deltageren, behandleren, den der vurderer udfald, og den der analyserer data.
95% CI	95% Konfidensinterval
Confounding	(eng. confounding, dansk konfounding) Konfounding er et fænomen, som kan mudre et forskningsresultat så man drager ukorrekte konklusioner om sammenhænge mellem årsag og virkning.  Konfoundere er almindelige i ikke-randomiserede studier, hvor en given variabel (målt eller ej) kan forstyrre resultatet af en given relation. Konfounding kan forvirre en til at tro at, der er en årsagssammenhæng mellem en eksponering (fx en intervention) og et outcome selv om det ikke er tilfældet, og den ændring vi fx ser er på outcomet i virkeligheden skyldes en anden faktor (konfounderen). Tre ting skal være til stede for at vi kan kalde en variabel for en konfounder: 1) den skal være en selvstændig årsag til outcome, 2) den er associeret med eksponeringen (interventionen) og 3) den er ikke et led i årsagskæden fra eksponering til outcome
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation system. Et internationalt anerkendt system til at vurdere kvaliteten af evidens og til at udarbejde sundhedsfaglige anbefalinger
GRADE-CERQual	GRADE-CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research) er et internationalt brugt systematisk og transparent system der bruges til at vurdere tiltroen til evidensen af kvalitative studier
Heterogenitet	Inkonsistens i mellem resultater fra forskellige studier. Måles fx ved I <sup>2</sup> , se nedenfor

I <sup>2</sup>	Angiver den procentdel af variansen i en meta-analyse som skyldes heterogenitet. Heterogenitet udtrykker forskelle i resultaterne i de inkluderede studier. Hvis I <sup>2</sup> er høj (>50%) kan det være et udtryk for de inkluderede studier viser forskellige resultater
Incidens	Antallet af nye begivenheder eller hændelser fx nye sygdomstilfælde i en befolkningsgruppe i løbet af en given tidsperiode, opgøres ofte per år.
Intervention	Den behandling/indsats man vil komme med en anbefaling vedrørende.
Klinisk relevant	Et resultat er klinisk relevant, hvis størrelsen af estimatet er relevant for patienterne.
Mean Difference (MD)	Den gennemsnitlige forskel mellem to grupper.
Metaanalyse	En statistisk metode til at sammenfatte resultaterne af individuelle videnskabelige forsøg, til et overordnet estimat af størrelsen på behandlingseffekter. Behandlingseffektens samlede størrelse kan angives på forskellig måde, for eksempel som en relativ risiko, en odds ratio, eller en standardiseret, gennemsnitlig forskel mellem grupperne (SMD).
Outcome	Udfald. Forhold, man ønsker at måle en effekt på f.eks. smerte, livskvalitet eller død. Outcome vurderes som enten kritiske eller vigtige for at kunne give en anbefaling. De kritiske outcome er styrende for anbefalingen.
PICO	De fokuserede spørgsmål udgør grundlaget for den efterfølgende udarbejdelse af litteratursøgningsstrategi, inklusions- og eksklusionskriterier, fokus ved læsning af litteratur, samt formulering af anbefalinger. De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen og effekter. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes). For yderligere beskrivelse henvises til NKR metodehåndbogen [137].
Population	Målgruppen for anbefalingen.
Prævalens	Andelen af en population med en bestemt tilstand
Randomiserede forsøg	Studier hvor forsøgsdeltagere fordeles tilfældigt mellem to eller flere grupper, der får forskellig (eller ingen) behandling. Den tilfældige fordeling skal sikre, at de to studiegrupper bliver så ens, at den eneste variation mellem grupperne udgøres af, hvilken behandling personerne tilbydes
RCT	(eng. randomised controlled trial), forkortelse for randomiseret forsøg
Relativ effekt	Se under Absolut effekt.
Statistisk signifikant	Statistisk signifikans betegner, om estimatet af en behandlingseffekt er tilstrækkeligt præcist til, at man vil anse det for usandsynligt, at resultatet er fremkommet ved en tilfældighed. Oftest benytter man et konfidensinterval på 95 % omkring effektestimater, hvilket vil sige, at det sande effektestimater vil være inkluderet i konfidensintervallet i 95 af 100 forsøg udført på samme måde. Denne grænse er valgt ud fra en konvention, ikke en naturlov, og der er derfor ikke tale om et egentligt videnskabeligt bevis for en effekt, hvis et resultat er statistisk signifikant – der er tale om en sandsynliggørelse.
Standardiseret gennemsnitlige forskel (SMD)	Kommer af standardised mean difference. For outcome, der bliver målt med forskellige skalaer i de inkluderede studier, for eksempel smerte målt på en 10 punktsskala i et studie og på en 7 punktsskala i et andet studie, er det nødvendigt at standardisere for at kunne lave en meta-analyse. Enheden bliver nu standardafvigelse i stedet for de enheder skaler oprindeligt brugte, eksempelvis point på en given skala. Som en tommelfingerregel kan resultater under 0,3 tolkes som en lille effekt, 0,3 til 0,8 som en mellem effekt og over 0,8 som en stor effekt
Standard Deviation (SD)	Standardafvigelse
Standard Error (SE)	Standardfejl
TAU	(eng. treatment as usual), vanlig behandling

## Referencer

1. [Intervention] for [health problem].
2. Målrettede og strukturerede interventioner for BPSD hos personer med demens.
3. PICO 4 Antipsykotika vs. placebo.
4. PICO 4 Antipsykotika vs. placebo.
5. Søgeprotokol for NKA Demens: Sekundærlitteratur. Sundhedsstyrelsen, 2024. [Link](#)
6. Søgeprotokol for NKA Demens: Primærlitteratur. Sundhedsstyrelsen, 2024. [Link](#)
7. PICO 4 Antipsykotika vs. placebo.
8. Almeida S, Paixão C, Gomes da Silva M, Marques A. Lifestyle-Integrated Functional Exercise for People With Dementia: A Pilot Study. *Journal of Aging & Physical Activity* 2021;29(5):771-780 [Journal](#)
9. Alvares-Pereira G., Silva-Nunes M., Spector A.. Validation of the cognitive stimulation therapy (CST) program for people with dementia in Portugal. *Aging & Mental Health* 2021;25(6):1019-1028 [Journal](#)
10. Bailey EM, Stevens AB, LaRocca MA, Scogin F. A Randomized Controlled Trial of a Therapeutic Intervention for Nursing Home Residents With Dementia and Depressive Symptoms. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society* 2017;36(7):895-908 [PubMed Journal](#)
11. Bennett S, Laver K, Voigt-Radloff S, Letts L, Clemson L, Graff M, et al. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 2019;9(11):e026308-026308 [PubMed Journal](#)
12. Bielderman A, van Corven CTM, Koopmans RTCM, Leontjevas R, de Vugt ME, Bakker C, et al. Evaluation of the SPAN intervention for people living with young-onset dementia in the community and their family caregivers: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health* 2023;1-9
13. Callahan CM, Boustani MA, Schmid AA, LaMantia MA, Austrom MG, Miller DK, et al. Targeting Functional Decline in Alzheimer Disease: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine* 2017;166(3):164-171 [PubMed Journal](#)
14. Cezar NODC, Ansai JH, Oliveira MPBD, da Silva DCP, Gomes WDL, Barreiros BA, et al. Feasibility of improving strength and functioning and decreasing the risk of falls in older adults with Alzheimer's dementia: a randomized controlled home-based exercise trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2021;96:104476
15. Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx MS. Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* 2007;62(8):908-916 [PubMed Journal](#)
16. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A, Golander H. Utilization of self-identity roles for designing interventions for persons with dementia. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 2006;61(4):202 [PubMed Journal](#)
17. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M, Freedman L. Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry* 2012;73(9):1255-1261 [PubMed Journal](#)

18. Dechamps A, Alban R, Jen J, Decamps A, Traissac T, Dehail P. Individualized Cognition-Action intervention to prevent behavioral disturbances and functional decline in institutionalized older adults: a randomized pilot trial. *International journal of geriatric psychiatry* 2010;25(8):850-860 [Pubmed](#) [Journal](#)
19. Fortinsky RH, Gitlin LN, Pizzi LT, Piersol CV, Grady J, Robison JT, et al. Effectiveness of the Care of Persons With Dementia in Their Environments Intervention When Embedded in a Publicly Funded Home- and Community-Based Service Program. *Innovation in Aging* 2020;4(6):gaa053
20. Froggatt K., Best A., Bunn F., Burnside G., Coast J., Dunleavy L., et al. A group intervention to improve quality of life for people with advanced dementia living in care homes: The namaste feasibility cluster RCT. *Health technology assessment* 2020;24(6):139 [Pubmed](#)
21. Gebhard D, Mess F. Feasibility and Effectiveness of a Biography-Based Physical Activity Intervention in Institutionalized People With Dementia: Quantitative and Qualitative Results From a Randomized Controlled Trial. *Journal of Aging & Physical Activity* 2022;30(2):237-251 [Journal](#)
22. Gibbor L., Forde L., Yates L., Orfanos S., Komodromos C., Page H., et al. A feasibility randomised control trial of individual cognitive stimulation therapy for dementia: impact on cognition, quality of life and positive psychology. *Aging & mental health* 2021;25(6):999-1007 [Pubmed](#)
23. Gitlin LN, Marx K., Piersol CV, Hodgson NA, Huang J., Roth DL, et al. Effects of the tailored activity program (TAP) on dementia-related symptoms, health events and caregiver wellbeing: a randomized controlled trial. *BMC geriatrics* 2021;21(1):581 [Pubmed](#)
24. Gitlin LN, Arthur P, Piersol C, Hessels V, Wu SS, Dai Y, et al. Targeting Behavioral Symptoms and Functional Decline in Dementia: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2018;66(2):339-345 [Pubmed](#) [Journal](#)
25. Gitlin LN, Winter L, Burke J, Chernet N, Dennis MP, Hauck WW. Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2008;16(3):229-239 [Pubmed](#) [Journal](#)
26. Goyal AR, Engedal K., Benth JS, Strom BS. Effects of the sonas program on anxiety and depression in nursing home residents with dementia: A 6-month randomized controlled trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* 2021;11(2):151-158 [Pubmed](#)
27. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, Rikkert MGMO. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 2006;333(7580):1196 [Pubmed](#) [Journal](#)
28. Ho RTH, Fong TCT, Chan WC, Kwan JSK, Chiu PKC, Yau JCY, et al. Psychophysiological Effects of Dance Movement Therapy and Physical Exercise on Older Adults With Mild Dementia: A Randomized Controlled Trial. *The journals of gerontology.Series B, Psychological sciences and social sciences* 2020;75(3):560-570 [Pubmed](#)
29. Huber A, Oppikofer S, Meister L, Langensteiner F, Meier N, Seifert A. Music & Memory: The Impact of Individualized Music Listening on Depression, Agitation, and Positive Emotions in Persons with Dementia. *Activities, Adaptation & Aging* 2021;45:70-84 [Journal](#)
30. Jung YH, Park SC, Lee JH, Kim MJ, Lee S., Chung SJ, et al. Effect of internet-based vs. in-person multimodal interventions on patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a randomized, cross-over, open-label trial. *Frontiers in public health* 2023;11:1203201 [Pubmed](#)
31. Justo-Henriques SI, Perez-Saez E, Apostolo JLA, Carvalho JO. Effectiveness of a Randomized Controlled Trial of Individual Reminiscence Therapy on Cognition, Mood and Quality of Life in Azorean Older Adults with Neurocognitive Disorders. *Journal of Clinical Medicine* 2021;10(22) [Pubmed](#)
32. Juárez-Cedillo T, Gutiérrez-Gutiérrez L, Sánchez-Hurtado LA, Martínez-Rodríguez N, Juárez-Cedillo E. Randomized Controlled Trial of Multi-Component Cognitive Stimulation Therapy (SADEM) in Community-Dwelling Demented Adults. *Journal of Alzheimer's Disease* 2020;78(3):1033-1045 [Journal](#)

33. Kallio E-L, Hietanen M, Kautiainen H, Pitkälä KH. Neuropsychological outcome of cognitive training in mild to moderate dementia: A randomized controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation* 2021;31(6):935-953 [Journal](#)
34. Kolanowski A, Litaker M, Buettner L, Moeller J, Costa PTJ. A randomized clinical trial of theory-based activities for the behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011;59(6):1032-1041 [Pubmed](#) [Journal](#)
35. Kor PPK, Parial LL, Yu CTK, Liu JYW, Liu DPM, Hon JMK. Effects of a Family Caregiver-Delivered MultiSensory Cognitive Stimulation Intervention for Older People With Dementia During Coronavirus 2019: A Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist* 2024;64(2):gnad054. doi: 10.1093/geront/gnad054 [Pubmed](#) [Journal](#)
36. Kratzer A, Diehl K, Gefeller O, Meyer S, Graessel E. Non-pharmacological, psychosocial MAKS-s intervention for people with severe dementia in nursing homes: results of a cluster-randomised trial. *BMC geriatrics* 2022;22(1):1001-z [Pubmed](#) [Journal](#)
37. Lai FH-Y, Yan EW-H, Tsui W-S, Yu KK-Y. A randomized control trial of activity scheduling for caring for older adults with dementia and its impact on their spouse care-givers. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 2020;90:104167 [Pubmed](#)
38. Lam LCW, Lee JSW, Chung JCC, Lau A, Woo J, Kwok TCY. A randomized controlled trial to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mild dementia in Hong Kong. *International journal of geriatric psychiatry* 2010;25(4):395-402 [Pubmed](#) [Journal](#)
39. Lam LCW, Lui VWC, Luk DNY, Chau R, So C, Poon V, et al. Effectiveness of an individualized functional training program on affective disturbances and functional skills in mild and moderate dementia--a randomized control trial. *International journal of geriatric psychiatry* 2010;25(2):133-141 [Pubmed](#) [Journal](#)
40. Li M., Lyu JH, Zhang Y., Gao ML, Li R., Mao PX, et al. Efficacy of Group Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, Neuropsychiatric Symptoms, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology* 2020;33(5):272-281 [Pubmed](#)
41. Lin YU, Chu H, Yang C-Y, Chen C-H, Chen S-G, Chang H-J, et al. Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International journal of geriatric psychiatry* 2011;26(7):670-678 [Pubmed](#) [Journal](#)
42. Lok N, Buldukoglu K, Barcin E. Effects of the cognitive stimulation therapy based on Roy's adaptation model on Alzheimer's patients' cognitive functions, coping-adaptation skills, and quality of life: A randomized controlled trial. *Perspectives in psychiatric care* 2020;56(3):581-592 [Journal](#)
43. Lu S, Zhang AY, Liu T, Choy JCP, Ma MSL, Wong G, et al. Degree of personalisation in tailored activities and its effect on behavioural and psychological symptoms and quality of life among people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 2021;11(11):e048917-048917 [Pubmed](#) [Journal](#)
44. Marinho V, Bertrand E, Naylor R, Bomilcar I, Laks J, Spector A, et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia in Brazil (CST-Brasil): Results from a single blind randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry* 2021;36(2):286-293 [Journal](#)
45. Menengi C KN, Yeldan I, Cinar N, Sahiner T. Effectiveness of motor-cognitive dual-task exercise via telerehabilitation in Alzheimer's disease: An online pilot randomized controlled study. *Clinical Neurology & Neurosurgery* 2022;223:107501 [Pubmed](#)
46. Mountain G., Wright J., Cooper CL, Lee E., Sprange K., BeresfordDent J., et al. An intervention to promote self-management, independence and self-efficacy in people with early-stage dementia: The Journeying through Dementia RCT. *Health technology assessment* 2022;26(24):121 [Pubmed](#)
47. Mountain GA, Cooper CL, Wright J, Walters SJ, Lee E, Craig C, et al. The Journeying through Dementia psychosocial intervention versus usual care study: a single-blind, parallel group, phase 3 trial. *The Lancet Healthy Longevity* 2022;3(4):e276-e285

48. Möhler R, Calo S, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *The Cochrane database of systematic reviews* 2023;3(3):CD009812 [Pubmed Journal](#)
49. Möhler R, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in community settings. *The Cochrane database of systematic reviews* 2020;8(8):CD010515 [Pubmed Journal](#)
50. Novelli MMPC, Machado SCB, Lima GB, Cantatore L, Sena BP, Rodrigues RS, et al. Effects of the Tailored Activity Program in Brazil (TAP-BR) for Persons With Dementia: A Randomized Pilot Trial. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2018;32(4):339-345 [Pubmed Journal](#)
51. O'Connor CM, Clemson L, Brodaty H, Low L-F, Jeon Y-H, Gitlin LN, et al. The tailored activity program (TAP) to address behavioral disturbances in frontotemporal dementia: a feasibility and pilot study. *Disability and rehabilitation* 2019;41(3):299-310 [Pubmed Journal](#)
52. Oliveira AM, Radanovic M, de Mello PCH, Buchain PC, Vizzotto ADB, Harder J, et al. Adjunctive therapy to manage neuropsychiatric symptoms in moderate and severe dementia: Randomized clinical trial using an outpatient version of tailored activity program. *Journal of Alzheimer's Disease* 2021;83(1):475-486 [Pubmed](#)
53. Oliveira J., Gamito P., Souto T., Conde R., Ferreira M., Corotnean T., et al. Virtual reality-based cognitive stimulation on people with mild to moderate dementia due to alzheimer's disease: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(10):5290
54. Prick A-E, de Lange J, Scherder E, Twisk J, Pot AM. The effects of a multicomponent dyadic intervention on the mood, behavior, and physical health of people with dementia: a randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging* 2016;11:383-395 [Pubmed Journal](#)
55. Rai HK, Schneider J., Orrell M.. An Individual Cognitive Stimulation Therapy App for People with Dementia and Carers: Results from a Feasibility Randomized Controlled Trial (RCT). *Clinical Interventions in Aging* 2021;16:2079-2094 [Pubmed](#)
56. Rhodus EK, Baum C, Kryscio R, Liu C, George R, Thompson M, et al. Feasibility of Telehealth Occupational Therapy for Behavioral Symptoms of Adults With Dementia: Randomized Controlled Trial. *American Journal of Occupational Therapy* 2023;77(4):1-11 [Journal](#)
57. Ridder HMO, Stige B, Qvale LG, Gold C. Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & mental health* 2013;17(6):667-678 [Pubmed Journal](#)
58. Sakamoto M, Ando H, Tsutou A. Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International psychogeriatrics* 2013;25(5):775-784 [Pubmed Journal](#)
59. Silva R, Bobrowicz-Campos E, Santos-Costa P, Cruz AR, Apostolo J. A Home-Based Individual Cognitive Stimulation Program for Older Adults With Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology* 2021;12:741955 [Pubmed](#)
60. Tanaka S, Honda S, Nakano H, Sato Y, Araya K, Yamaguchi H. Comparison between group and personal rehabilitation for dementia in a geriatric health service facility: single-blinded randomized controlled study. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society* 2017;17(3):177-185 [Pubmed Journal](#)
61. Tanaka S, Yamagami T, Yamaguchi H. Effects of a group-based physical and cognitive intervention on social activity and quality of life for elderly people with dementia in a geriatric health service facility: a quasi-randomised controlled trial. *Psychogeriatrics* 2021;21(1):71-79 [Journal](#)
62. Tonga JB, Šaltytė Benth J, Arnevik EA, Werheid K, Korsnes MS, Ulstein ID. Managing depressive symptoms in people with mild cognitive impairment and mild dementia with a multicomponent psychotherapy intervention: a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics* 2021;33(3):217-231 [Journal](#)
63. Van Haitsma KS, Curyto K, Abbott KM, Towsley GL, Spector A, Kleban M. A randomized controlled trial for an individualized positive psychosocial intervention for the affective and behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *The journals of*

gerontology.Series B, Psychological sciences and social sciences 2015;70(1):35-45 [Pubmed Journal](#)

64. Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Jessen F, Bohlken J, et al. A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: 10 sessions are not better than one consultation. *BMJ open* 2011;1(1):e000096-000096 [Pubmed Journal](#)

65. Wenborn J, O'Keeffe AG, Mountain G, Moniz-Cook E, King M, Omar RZ, et al. Community Occupational Therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID]) study: A single-blind, randomised controlled trial. *PLoS Medicine* 2021;18(1):1-19 [Journal](#)

66. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health technology assessment (Winchester, England)* 2014;18(39):1-vi [Pubmed Journal](#)

67. Sigbrand LMF. Plejeboliger for personer med demens - indledende spørgsmål. Statens Byggeforskningsinstitut, 2019;2. udg.(SBI-anvisning 263):80 sider

68. Sigbrand LMF. Plejeboliger for personer med demens - detaljer og eksempler. Statens Byggeforskningsinstitut, 2019;2. udg.(SBI-anvisning 263):117 sider

69. Anbefalinger og inspiration til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder og udadreagerende adfærd i ældreplejen. Sundhedsstyrelsen 2020;75 sider [Link](#)

70. BPSD-modellen : metode til målrettet pleje af beboere med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Sundhedsstyrelsen 2019. [Link](#)

71. Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer i praksis : introduktion. Sundhedsstyrelsen 2019. [Link](#)

72. Beboerkonferencen i praksis : metodehåndbog. Sundhedsstyrelsen 2020. [Link](#)

73. Demens og medicin : national klinisk retningslinje. Sundhedsstyrelsen 2018. [Link](#)

74. Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens : national klinisk retningslinje. Sundhedsstyrelsen 2019. [Link](#)

75. Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM). Data Extraction in Meta-analysis. <https://www.cebm.ox.ac.uk/> 2024;2024(13.11) [Link](#)

76. Dang D., Dearholt S.. Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice : Appendix D: Evidence Level and Quality Guide. Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice: Model and Guidelines. 3rd Edition. Sigma Nursing 2018. [Link](#)

77. Den ældre skrøbelige patient. Dansk Selskab for Almen Medicin 2023. [Link](#)

78. Kitwood T. En revurdering af demens : personen kommer i første række. Munksgaard 1999;176 sider

79. Nationalt Videnscenter for Demens. Forekomst af demens i Danmark. Opdateret 13.11.2024. Hentet 15.11.2024 [Link](#)

80. Nationalt Videnscenter for Demens. Hvad er demens?. Opdateret 12.10.2022. Hentet 12.11.2024 [Link](#)

81. Nationalt Videnscenter for Demens. Forekomst af psykiatriske symptomer. Opdateret 17.11.2020. Hentet 12.11.2024 [Link](#)

82. Nationalt Videnscenter for Demens. Psykiatriske symptomer. Opdateret 29.06.2021; Hentet 12.11.2024 [Link](#)



83. Nationalt Videnscenter for Demens. Hallucinationer. Opdateret 17.11.2020; Hentet 12.11.2024 [Link](#)
84. Newhouse R, Dearholt S, Poe S, Pugh LC, White KM. Evidence-based practice: a practical approach to implementation. *The Journal of nursing administration* 2005;35(1):35-40 [PubMed Journal](#)
85. Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen. Seponeringslisten 2025 : Anbefalinger til seponering af hyppigt anvendte lægemidler hos voksne. Sundhedsstyrelsen 2024. [Link](#)
86. Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen. Evidensgennemgang for anbefalinger om polyfarmaci ved multisygdom. Sundhedsstyrelsen 2022. [Link](#)
87. Regionernes lægemiddelkonsulenter, IRF, Sundhedsstyrelsen. Medicingennemgang. Sundhedsstyrelsen 2019. [Link](#)
88. Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser. *Esundhed.dk* 2023;2024(12.11) [Link](#)
89. Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til medicingennemgang. Opdateret 21.12.2023; Hentet 12.11.2024 [Link](#)
90. Demensligningen. i: Personcentreret omsorg i praksis. Sundhedsstyrelsen 2019;Side 34
91. The Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. [casp-uk.net/](http://casp-uk.net/) Opdateres løbende; hentet 13.11.2024 [Link](#)
92. Medicinamnese, medicingennemgang og ajourføring af FMK. i: Klinisk vejledning om Den ældre skrøbelige patient. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2023 [Link](#)
93. Dansk Selskab for Geriatri. Start/Stopp ver 3. Opdateret 10.12.2024; hentet 11.12.2024 [Link](#)
94. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser (VEJ nr 9697 af 10/09/2024). Opdateret 10.09.2024; hentet 14.11.2024 [Link](#)
95. Allain H., Dautzenberg PH, Maurer K., Schuck S., Bonhomme D., Gérard D.. Double blind study of tiapride versus haloperidol and placebo in agitation and aggressiveness in elderly patients with cognitive impairment. *Psychopharmacology* 2000;148(4):361-366 [PubMed Journal](#)
96. Alva G, Cubala WJ, Berrio A, Coate B, Abler V, Pathak S. Safety Profile of Pimavanserin Therapy in Elderly Patients with Neurodegenerative Disease-Related Neuropsychiatric Symptoms: A Phase 3B Study. *Journal of Alzheimer's Disease* 2024;98(1):265-274
97. Auchus AP, Bissey-Black C.. Pilot study of haloperidol, fluoxetine, and placebo for agitation in Alzheimer's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* 1997;9(4):591-593 [PubMed Journal](#)
98. Ballard C, Banister C, Khan Z, Cummings J, Demos G, Coate B, et al. Evaluation of the safety, tolerability, and efficacy of pimavanserin versus placebo in patients with Alzheimer's disease psychosis: a phase 2, randomised, placebo-controlled, double-blind study. *The Lancet.Neurology* 2018;17(3):213-222 [PubMed Journal](#)
99. Ballard C, Margallo-Lana M, Juszcak E, Douglas S, Swann A, Thomas A, et al. Quetiapine and rivastigmine and cognitive decline in Alzheimer's disease: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 2005;330(7496):874 [PubMed Journal](#)
100. Brodaty H, Ames D, Snowdon J, Woodward M, Kirwan J, Clarnette R, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *The Journal of clinical psychiatry* 2003;64(2):134-143 [PubMed Journal](#)
101. De Deyn PP, Rabheru K., Rasmussen A., Bocksberger JP, Dautzenberg PL, Eriksson S., et al. A randomized trial of risperidone, placebo,

and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 1999;53(5):946-955 [Pubmed Journal](#)

102. De Deyn PP, Carrasco MM, Deberdt W, Jeandel C, Hay DP, Feldman PD, et al. Olanzapine versus placebo in the treatment of psychosis with or without associated behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry* 2004;19(2):115-126 [Pubmed Journal](#)

103. De Deyn P, Jeste DV, Swanink R, Kostic D, Breder C, Carson WH, et al. Aripiprazole for the treatment of psychosis in patients with Alzheimer's disease: a randomized, placebo-controlled study. *Journal of clinical psychopharmacology* 2005;25(5):463-467 [Pubmed Journal](#)

104. Deberdt WG, Dysken MW, Rappaport SA, Feldman PD, Young CA, Hay DP, et al. Comparison of olanzapine and risperidone in the treatment of psychosis and associated behavioral disturbances in patients with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2005;13(8):722-730 [Pubmed Journal](#)

105. Devanand DP, Marder K., Michaels KS, Sackeim HA, Bell K., Sullivan MA, et al. A randomized, placebo-controlled dose-comparison trial of haloperidol for psychosis and disruptive behaviors in Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry* 1998;155(11):1512-1520 [Pubmed Journal](#)

106. Grossberg GT, Kohegyi E, Mergel V, Josiassen MK, Meulien D, Hobart M, et al. Efficacy and Safety of Brexpiprazole for the Treatment of Agitation in Alzheimer's Dementia: Two 12-Week, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2020;28(4):383-400 [Pubmed Journal](#)

107. NCT01862640. A Phase 3, 12-week, Multicenter, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial to Evaluate the Efficacy, Safety, and Tolerability of 2 Fixed Doses of Brexpiprazole in the Treatment of Alzheimer's Agitation. *ClinicalTrials.gov* 2013. [Link](#)

108. NCT01922258. A Phase 3, 12-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial to evaluate the efficacy, safety, and tolerability of flexible dosing of brexpiprazole (OPC-34712) in the treatment of subjects with agitation associated with dementia of the Alzheimer's type. *ClinicalTrials.gov* 2013. [Link](#)

109. Huang M-H, Zeng B-S, Tseng P-T, Hsu C-W, Wu Y-C, Tu Y-K, et al. Treatment Efficacy of Pharmacotherapies for Frontotemporal Dementia: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2023;31(12):1062-1073

110. Jin B, Liu H. Comparative efficacy and safety of therapy for the behavioral and psychological symptoms of dementia: a systemic review and Bayesian network meta-analysis. *Journal of neurology* 2019;266(10):2363-2375 [Journal](#)

111. Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, Clyde C., Napolitano J., Brecher M.. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *The Journal of clinical psychiatry* 1999;60(2):107-115 [Pubmed Journal](#)

112. Kennedy J, Deberdt W, Siegal A, Micca J, Degenhardt E, Ahl J, et al. Olanzapine does not enhance cognition in non-agitated and non-psychotic patients with mild to moderate Alzheimer's dementia. *International journal of geriatric psychiatry* 2005;20(11):1020-1027 [Pubmed Journal](#)

113. Kurlan R, Cummings J, Raman R, Thal L, Alzheimer's Disease Cooperative Study Group. Quetiapine for agitation or psychosis in patients with dementia and parkinsonism. *Neurology* 2007;68(17):1356-1363 [Pubmed Journal](#)

114. Lee D, Slomkowski M, Hefting N, Chen D, Larsen KG, Kohegyi E, et al. Brexpiprazole for the Treatment of Agitation in Alzheimer Dementia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurology* 2023;80(12):1307-1316

115. Mintzer JE, Tune LE, Breder CD, Swanink R, Marcus RN, McQuade RD, et al. Aripiprazole for the treatment of psychoses in institutionalized patients with Alzheimer dementia: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled assessment of three fixed doses. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2007;15(11):918-931 [Pubmed Journal](#)

116. Mintzer J, Greenspan A, Caers I, Van Hove I, Kushner S, Weiner M, et al. Risperidone in the treatment of psychosis of Alzheimer disease: results from a prospective clinical trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2006;14(3):280-291 [Pubmed Journal](#)
117. Muhlbauer V, Mohler R, Dichter MN, Zuidema SU, Kopke S, Luijendijk HJ. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021;12:013304 [Pubmed](#)
118. NCT00287742. A Study of the Effectiveness and Safety of Risperidone Versus Placebo in the Treatment of Patients With Hallucinations and Delusions Associated With Alzheimer's Disease. *ClinicalTrials.gov* 2006. [Link](#)
119. Paleacu D., Barak Y., Mirecky I., Mazeh D.. Quetiapine treatment for behavioural and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease patients: a 6-week, double-blind, placebo-controlled study. *International journal of geriatric psychiatry* 2008;23(4):393-400 [Pubmed Journal](#)
120. RIS-INT-83. Efficacy and safety of a flexible dose of risperidone versus placebo in the treatment of psychosis of Alzheimer's disease. A double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. null: (null) 2024. [Link](#)
121. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *The New England journal of medicine* 2006;355(15):1525-1538 [Pubmed Journal](#)
122. Street JS, Clark WS, Gannon KS, Cummings JL, Bymaster FP, Tamura RN, et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Archives of General Psychiatry* 2000;57(10):968-976 [Pubmed Journal](#)
123. Streim JE, Porsteinsson AP, Breder CD, Swanink R, Marcus R, McQuade R, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of aripiprazole for the treatment of psychosis in nursing home patients with Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2008;16(7):537-550 [Pubmed Journal](#)
124. Sultzer DL, Davis SM, Tariot PN, Dagerman KS, Lebowitz BD, Lyketsos CG, et al. Clinical symptom responses to atypical antipsychotic medications in Alzheimer's disease: phase 1 outcomes from the CATIE-AD effectiveness trial. *The American Journal of Psychiatry* 2008;165(7):844-854 [Pubmed Journal](#)
125. Tariot PN, Schneider L, Katz IR, Mintzer JE, Street J, Copenhaver M, et al. Quetiapine treatment of psychosis associated with dementia: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2006;14(9):767-776 [Pubmed Journal](#)
126. Teri L., Logsdon RG, Peskind E., Raskind M., Weiner MF, Tractenberg RE, et al. Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology* 2000;55(9):1271-1278 [Pubmed Journal](#)
127. Zhong KX, Tariot PN, Mintzer J., Minkwitz MC, Devine NA. Quetiapine to treat agitation in dementia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Current Alzheimer research* 2007;4(1):81-93 [Pubmed Journal](#)
128. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. (BEK nr 359 af 04/04/2019). Opdateret 04.04.2019; hentet 15.11.2024 [Link](#)
129. Coccaro EF, Kramer E., Zemishlany Z., Thorne A., Rice CM3, Giordani B., et al. Pharmacologic treatment of noncognitive behavioral disturbances in elderly demented patients. *The American Journal of Psychiatry* 1990;147(12):1640-1645 [Pubmed Journal](#)
130. Covington JS. Alleviating agitation, apprehension, and related symptoms in geriatric patients: A double-blind comparison of a phenothiazine and a benzodiazepien. *Southern medical journal* 1975;68(6):719-724 [Pubmed Journal](#)
131. Kongpakwattana K, Sawangjit R, Tawankanjanachot I, Bell JS, Hilmer SN, Chaiyakunapruk N. Pharmacological treatments for alleviating

agitation in dementia: a systematic review and network meta-analysis. *British journal of clinical pharmacology* 2018;84(7):1445-1456  
[Journal](#)

132. Meehan KM, Wang H, David SR, Nisivocchia JR, Jones B, Beasley CMJ, et al. Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam, and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology* : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology 2002;26(4):494-504 [Pubmed](#) [Journal](#)

133. Tampi RR, Tampi DJ. Efficacy and tolerability of benzodiazepines for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review of randomized controlled trials. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2014;29(7):565-574 [Pubmed](#)

134. Implementering af Nationale kliniske retningslinjer : Håndbog med hjælpeværktøjer. Sundhedsstyrelsen [Link](#)

135. Sundhedsstyrelsen. Demenshåndbøger. Opdateret 27.08.2024; hentet 15.11.2024 [Link](#)

136. Nationalt Videnscenter for Demens. Diagnosekriterier for demens. Opdateret 12.01.2021; hentet 15.11.2024 [Link](#)

137. Metodehåndbogen : model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Sundhedsstyrelsen, 2018. [Link](#)

138. Abrahamson K, Davila H, Kirk L, Garavito GA, Mueller C. Can a Nursing Home Psychotropic Reduction Project be Successfully Implemented in Assisted Living?. *Journal of Applied Gerontology* 2021;40(9):1071-1079 [Journal](#) [Link](#)

139. Almutairi H, Stafford A, Etherton-Beer C, Flicker L, Saunders R. Aged care staff perceptions of an online training program for responsive behaviours of residents with dementia. *Australasian Journal on Ageing* 2022;41(2):e112-e121 [Journal](#) [Link](#)

140. Crystal S, Jarrin OF, Rosenthal M, Hermida R, Angell B. National Partnership to Improve Dementia Care in Nursing Homes Campaign: State and Facility Strategies, Impact, and Antipsychotic Reduction Outcomes. *Innovation in Aging* 2020;4(3):gaa018

141. Dhuny S, Foley T, Jennings A. General practitioners' knowledge of and attitudes towards prescribing psychoactive drugs in dementia care: a cross-sectional questionnaire study. *Irish journal of medical science* 2021;190(2):667-675

142. Dijk MT, Tabak S, Hertogh CPM, Kok RM, Marum RJV, Zuidema SU, et al. Psychotropic drug treatment for agitated behaviour in dementia: what if the guideline prescribing recommendations are not sufficient? A qualitative study. *Age & Ageing* 2022;51(9):1-10 [Journal](#) [Link](#)

143. Donyai P. Identifying fallacious arguments in a qualitative study of antipsychotic prescribing in dementia. *The International journal of pharmacy practice* 2017;25(5):379-387 [Pubmed](#) [Journal](#)

144. Dys S, Carder P. Beyond the Medication Pass: Attitudes, Ethics, Agency, and Antipsychotic Medications in Assisted Living/Residential Care. *Innovation in Aging* 2022;6(6):ga052

145. Ellis ML, Molinari V, Dobbs D, Smith K, Hyer K. Assessing approaches and barriers to reduce antipsychotic drug use in Florida nursing homes. *Ageing & mental health* 2015;19(6):507-516 [Pubmed](#) [Journal](#)

146. Ervin K, Cross M, Koschel A. Barriers to managing behavioural and psychological symptoms of dementia: staff perceptions. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)* 2014;21(3):201-207 [Pubmed](#) [Journal](#)

147. Flesner M, Lueckenotte A, Vogelsmeier A, Popejoy L, Canada K, Minner D, et al. Advanced Practice Registered Nurses' Quality Improvement Efforts to Reduce Antipsychotic Use in Nursing Homes. *Journal of nursing care quality* 2019;34(1):4-8 [Pubmed](#) [Journal](#)

148. Gill D, Almutairi S, Donyai P. "The Lesser of Two Evils" Versus "Medicines not Smarties": Constructing Antipsychotics in Dementia. *The*

Gerontologist 2019;59(3):570-579 [Pubmed Journal](#)

149. Hinton L, Franz CE, Reddy G, Flores Y, Kravitz RL, Barker JC. Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians' perspectives. *Journal of general internal medicine* 2007;22(11):1487-1492 [Pubmed Journal](#)

150. Janzen S, Zecevic AA, Klooseck M, Orange JB. Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2013;28(5):524-532 [Pubmed Journal](#)

151. Jennings AA, Foley T, Walsh KA, Coffey A, Browne JP, Bradley CP. General practitioners' knowledge, attitudes, and experiences of managing behavioural and psychological symptoms of dementia: A mixed-methods systematic review. *International journal of geriatric psychiatry* 2018;33(9):1163-1176 [Journal Link](#)

152. Kerns JW, Winter JD, Winter KM, Kerns CC, Etz RS. Caregiver Perspectives About Using Antipsychotics and Other Medications for Symptoms of Dementia. *The Gerontologist* 2018;58(2):e35-e45 [Pubmed Journal](#)

153. Kolanowski A, Fick D, Frazer C, Penrod J. It's about time: use of nonpharmacological interventions in the nursing home. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* 2010;42(2):214-222 [Pubmed Journal](#)

154. Lawrence V, Fossey J, Ballard C, Ferreira N, Murray J. Helping staff to implement psychosocial interventions in care homes: augmenting existing practices and meeting needs for support. *International journal of geriatric psychiatry* 2016;31(3):284-293 [Pubmed Journal](#)

155. Ma D., Zhao Y., Wan Z., Sun D., Li H., Xie Z., et al. Nurses' attitudes and views on the application of antipsychotics in patients with dementia: A systematic review of qualitative studies. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)* 2020;41(6):669-676 [Link](#)

156. Mallon CM. Managing behaviours that challenge within. 2015.

157. Mavrodaris A, Philp I. Reducing antipsychotic prescriptions in primary care: a healthcare perspective. *Journal of Public Mental Health* 2013;12(1):32-42 [Journal Link](#)

158. Molinari VA, Chiriboga DA, Branch LG, Schinka J, Schonfeld L, Kos L, et al. Reasons for psychiatric medication prescription for new nursing home residents. *Aging & mental health* 2011;15(7):904-912 [Pubmed Journal](#)

159. Moth AE, Holmkjaer P., Holm A., Rozing MP, Overbeck G.. What Makes Deprescription of Psychotropic Drugs in Nursing Home Residents with Dementia so Challenging? A Qualitative Systematic Review of Barriers and Facilitators. *Drugs and Aging* 2021;38(8):671-685 [Link](#)

160. O'Donnell E., Holland C., Swarbrick C.. Strategies used by care home staff to manage behaviour that challenges in dementia: A systematic review of qualitative studies. *International journal of nursing studies* 2022;133:104260 [Link](#)

161. Rosenthal M, Poling J, Wec A, Connolly E, Angell B, Crystal S. "Medication Is Just One Piece of the Whole Puzzle": How Nursing Homes Change Their Use of Antipsychotic Medications. *Journal of Applied Gerontology* 2022;41(1):62-72 [Journal Link](#)

162. Sawan MJ, Jeon Y-H, Fois RJ, Chen TF. A qualitative study exploring visible components of organizational culture: what influences the use of psychotropic medicines in nursing homes?. *International psychogeriatrics* 2016;28(10):1725-1735 [Pubmed Journal](#)

163. Sawan M, Jeon Y-H, Fois RA, Chen TF. Exploring the link between organizational climate and the use of psychotropic medicines in nursing homes: A qualitative study. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP* 2017;13(3):513-523 [Pubmed Journal](#)

164. Shaw C, McCormack B, Hughes CM. Prescribing of Psychoactive Drugs for Older People in Nursing Homes: An Analysis of Treatment Culture. *Drugs - real world outcomes* 2016;3(1):121-130 [Pubmed Journal](#)

165. Simmons SF, Bonnett KR, Hollingsworth E, Kim J, Powers J, Habermann R, et al. Reducing Antipsychotic Medication Use in Nursing Homes: A Qualitative Study of Nursing Staff Perceptions. *The Gerontologist* 2018;58(4):e239-e250 [Pubmed Journal](#)
166. Smeets CHW, Smalbrugge M, Zuidema SU, Derksen E, de Vries E, van der Spek K, et al. Factors related to psychotropic drug prescription for neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* 2014;15(11):835-840 [Pubmed Journal](#)
167. Walsh B, Dahlke S, O'Rourke H, Hunter KF. Exploring acute care nurses' decision-making in psychotropic PRN use in hospitalised people with dementia. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)* 2022;31(13):2024-2035 [Journal Link](#)
168. Walsh KA, Dennehy R, Sinnott C., Browne J., Byrne S., McSharry J., et al. Influences on Decision-Making Regarding Antipsychotic Prescribing in Nursing Home Residents With Dementia: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Evidence. *Journal of the American Medical Directors Association* 2017;18(10):1 [Link](#)
169. Walsh KA, Byrne S, O'Riordan A, McSharry J, Browne J, Irving K, et al. Rationalising Antipsychotic Prescribing in Dementia (RAPID) complex intervention: A mixed-methods feasibility intervention study. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy* 2022;8:100190
170. Walsh KA, Sinnott C, Fleming A, Mc Sharry J, Byrne S, Browne J, et al. Exploring Antipsychotic Prescribing Behaviors for Nursing Home Residents With Dementia: A Qualitative Study. *Journal of the American Medical Directors Association* 2018;19(11):948-958.e12 [Pubmed Journal](#)