

Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem)

National årsrapport 2025

1. januar til 31. december 2025

Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem)

© SundK 2025

Udarbejdet af:

Klinisk epidemiolog Helle Hare-Bruun og datamanager Katja Løngård fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Faglige kommentarer er udarbejdet af formanden for Styregruppen for Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens, Overlæge Hanne Gottrup.

Årsrapport er auditeret af Styregruppen for Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens.

Henvendelse til:

Kontaktperson Mathilde Pedersen, MATHPD@sundk.dk, +45 29 21 52 97

Udgiver:

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, Hedeager 3, 8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version: Offentliggjort version

Versionsdato: 30. juni 2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Indhold	3
Bemærkning til årsrapport 2025	5
1. Konklusioner og anbefalinger	6
1.1 Konklusion	6
1.1.1 Generelt vedrørende indikatorer	6
1.2 Styregruppen anbefaler	9
1.3 Opmærksomhedspunkter i denne og kommende årsrapport	11
1.4 Anbefalinger til enhederne der går igen fra Årsrapport 2016-2025	11
2. Indledning	12
2.1 Databasens formål	12
2.2 Årsrapporten for 2025 omfatter følgende	12
3. Udviklingsmål erstatter standard	14
3.1 Implikationer for styregruppens arbejde med klinisk kvalitetsudvikling	14
3.2 Nye udviklingsmål i 2026	15
4. Populationen og datagrundlaget	16
5. Indikatoroversigt på landsplan	18
5.1 Oversigt over de samlede indikatorresultater	18
6. Indikatorresultater på lands-, regions- og afdelingsniveau	20
Indikator 1 – Udredningstid på under 90 dage	20
Indikator 1A Tid (i dage) fra start af udredning (1. kontakt) til diagnosesamtale	27
Supplerende indikator 1B Tid fra 1. kontakt til diagnosesamtale under 60 dage	31
Indikator 2 Kort kognitiv test	37
Indikator 2A Udvidet kognitiv test	42
Indikator 2B Neuropsykologisk undersøgelse	48
Indikator 3 ADL vurdering	54
Indikator 4 Strukturel scanning	59
Indikator 4A MR-scanning ifm. Cerebrovaskulær sygdom og Mixed demens	64
Indikator 5 Sygdomsspecifik demens diagnose	70
Indikator 6 Demensmedicin, Indløst recept	76
Indikator 7 Kommunal demenskoordinator funktion	82
Indikator 8 Parakliniske undersøgelser	87
7. Beskrivelse af sygdomsområdet	93
8. Datagrundlag	95
8.1 Oversigt over demensudredningsenheder i 2025	95
8.2 Datakilder	96
8.3 Overensstemmelses- og dækningsgrad	97

8.3.1 Overensstemmelses- og dækningsgrad for DanDem	98
8.4 Datakomplethed for indikatorer	102
9. Databasestyregruppens medlemmer	103
Appendiks 1 Supplerende resultater	104
Appendiks 2 Ordliste	117
A2.1 Forkortelser	117
A2.2 Forklaring af visse fagtermer	118
Appendiks 3 Regionale kommentarer	119
A3.1 Region Hovedstaden	119
A3.2 Region Sjælland	119
A3.3 Region Østdanmark	119
A3.4 Region Syddanmark	120
A3.5 Region Midtjylland	120
A3.6 Region Nordjylland	120

Bemærkning til årsrapport 2025

Data fra Region Hovedstaden og Region Sjælland fra sammenligningsåret 2023 er på grund af en datateknisk fejl ikke medtaget i denne rapport. Der henvises til Årsrapport 2023 eller Årsrapport 2024, hvis man ønsker at sammenligne aktuelle års resultater med resultater fra 2023.

Datafejlen skyldes en indstilling i regional opsætning af webservice i de to regioner. Center for IT og Medicoteknologi i Region Hovedstaden arbejder på en løsning, så de historiske data for 2023 kan genindlæses. Men det er ikke lykkedes at genindlæse data inden deadline for denne årsrapport.

1. Konklusioner og anbefalinger

1.1 Konklusion

1.1.1 Generelt vedrørende indikatorer

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) blev etableret den 1. januar 2025 og er en fusion af Behandlingsrådet og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).

Det er tiende år der udgives en årsrapport fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem). Årsrapporten dækker patienter henvist til elektiv demensudredning og som har afsluttet udredning (dvs. har haft diagnose- / informationssamtale) i perioden mellem 1. januar 2025 til 31. december 2025.

Vigtige pointer fra den aktuelle rapport:

- Vedvarende manglende kapacitet til demensudredning medfører fortsat lange ventetider
- Mere end halvdelen af dem som får en demensdiagnose (aktuelt 56 %) har fortsat fremskreden sygdom på diagnosetidspunktet
- Der er stor variation i anvendelse af parakliniske undersøgelser og neuropsykologiske undersøgelser og dermed på den kvalitet der er i udredning med risiko for bl.a.:
 - Fejldiagnosticering – ætiologisk diagnose stilles på usikkert grundlag
 - Nogle tilbydes måske ikke relevant behandling
 - Nogle får behandling hvor der ikke kan forventes effekt eller med risiko for unødvendige bivirkninger og risiko for multifarmaci
 - Patienter tilbydes ikke de relevante psykosociale indsatser

Som led i Den Nationale Demenshandlingsplan 2017-2025¹ udgav SST i 2018 anbefalinger til organisering af demensudredninger og anbefalede at demensudredning organiseres på færre og større tværspciale og tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder med et mål om et højt antal patientforløb i de enkelte udredningsenheder (> 500 patientforløb/år). Der er fortsat 2 regioner som ikke ser ud til at have opnået målet om at samle sig i større enheder (region Syddanmark og region Midtjylland), men styregruppen er bekendt med at 2-3 enheder i region Syddanmark er ophørt indberetning i løbet af 2025 pga. ændret organisering og dermed fremgår med flere enheder end der reelt er tale om. På landsplan er der kun 10 enheder der har mere end 500 udredninger pr. år. Der er i august 2025 kommet nye ”Faglige anbefalinger til organisering af udredning for demens”¹ fra SST. I disse anbefalinger er der en skærpet beskrivelse af udefunktion som anbefales etableret som fremskudt ambulatoriefunktion der fagligt og ledelsesmæssigt, herunder ift. kvalitet og kompetenceudvikling er forankret i udredningsenheden og hvor udefunktionen varetages af de samme specialister, som er tilknyttet eller ansat ved den primære matrikel og med et mål om 600-700 patientforløb pr. år pr. enhed for at have høj faglig udvikling og robustgørelse af det faglige miljø.

Det samlede antal udredninger i perioden 1. januar til 31. december 2025 er 11.502. Region Hovedstaden og region Sjælland har automatisk indberetning via webservice. Region Midt har i 2025 automatisk datafangst fra den elektroniske patient journal (EPJ) der nu er udbredt til alle udredningsenheder. Øvrige enheder indberetter ud fra Kvalitets Indrapporterings Platform (KIP).

¹ <https://www.sst.dk/udgivelser/2025/faglige-anbefalinger-til-organisering-af-udredning-for-demens>

I 2025 indberettede i alt 33 udredningsenheder til DanDem. To regioner (region Syddanmark og region Midtjylland) skiller sig ud med hhv. 9 og 12 enheder hvoraf nogle har meget få udredninger. Antallet af demensudredningsenheder i region Syddanmark er dog primo 2026 reduceret til 6 udredningsenheder. På landsplan har 13 enheder mindre end 100 patientforløb pr. år, heraf flest i region Midtjylland. Ti enheder har mere end 500 patientforløb pr. år, heraf er de 4 beliggende i Hovedstaden. Ni af de ti enheder har mere end 600 patientforløb pr. år.

Det fremgår således, at det ikke i alle regioner er lykkedes at etablere større tværspciale og tværfaglige udredningsenheder. Styregruppen vurderer, at det kan være vanskeligt at opretholde kompetenceudvikling, ensartet adgang til parakliniske undersøgelser (f.eks. neuropsykologisk undersøgelse), analyseredskaber, kriterier og ensartet udredning i små enheder med få patientforløb samt effektiv udnyttelse af ressourcer. Styregruppen er bekymret for, hvorvidt der findes ensartet tilbud til demensudredning uanset bopæl. Resultaterne i årsrapporten tyder også i år på, at det ikke er tilfældet.

Styregruppen understreger at hvis man betragter sig som én udredningsenhed, at man da også sikrer sig at geografisk adskilte funktioner fagligt og ledelsesmæssigt, herunder ift. kvalitet og kompetenceudvikling er forankret i moder-udredningsenheden. Dette kan således understøtte nærhed i behandlingen og kvalitet i områder med begrænset adgang til kvalificeret lokal demensudredningskompetence. Desuden skal det sikres at man indberetter til DanDem som én enhed, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Det er fortsat en stor udfordring, at demenssygdommen er fremskreden på diagnosetidspunktet. I 2025 har 56 % demens i moderat til svær grad på diagnosetidspunktet mod 57 % i 2024 og 53 % i 2023 (Tabel A1.6). Tallet har uændret været højt siden 2016. Patienter der har habituel kognitiv funktion udgør kun 9,1 % af alle udredningsforløb og 19,4 % har MCI. Styregruppen tolker det således, at det ikke er lykkedes med tidlig opsporing af demens, og vurderer at der ikke er tilstrækkelig opmærksomhed på symptomerne i den tidlige fase af demenssygdommen. Styregruppen vurderer ikke, at det kan forklares alene ud fra stigende ventetid på udredning. En demenssygdom er undervejs i mange år før der er svære symptomer. Tallene viser også at det er relevante patienter som henvises til udredning idet kun en meget lille andel ikke har kognitiv svigt.

Styregruppen finder det problematisk, at så mange mennesker har fremskreden sygdom på diagnosetidspunktet, idet der så ikke er mulighed for at iværksætte rådgivning og støtte til patient og pårørende samt tilbyde relevant demensmedicin og individuel psykosocial indsats afhængig af sygdomsspecifik diagnose i tidlig fase af sygdommen. Jo mere fremskreden sygdommen er, jo større er risikoen for udvikling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Dermed øges risikoen for at der ordineres af antipsykotisk medicin, som der er stort fokus på at reducere hos mennesker med demens.

Databasens primære formål er at monitorere kvaliteten af demensudredning.

Følgende indikatorer er beregnet på baggrund af data fra Landspatientregistret (LPR): Indikator 1, udredningstid (tid fra henvisning til diagnosesamtale) og 1A (tid fra start af udredning til diagnosesamtale), **1B** (udredningstid < 60 dage), indikator 2B Andel af habituelle, MCI og demens i let grad som får tilbudt neuropsykologisk undersøgelse, indikator 4A, andel af patienter med vaskulær demens og mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom) i let til moderat grad, som får foretaget en magnetisk resonans (MR)-scanning samt indikator 8, parakliniske undersøgelser.

Der er i 2025 beregnet 8 ud af 8 indikatorer og heraf er udviklingsmålet for 6 indikatorer opfyldt på landsplan, uændret fra de foregående år.

Et af kvalitetsmålene er tid fra henvisning til diagnosesamtale (indikator 1) og varighed af udredningen (indikator 1A). Især varighed af udredningen er afhængig af i hvilken grad der anvendes parakliniske undersøgelser, som ikke overraskende ser ud til at forlænge varighed af udredningen, hvis man læser på tværs af indikatorerne. Anvendelse af supplerende undersøgelser øger imidlertid den diagnostiske sikkerhed således at der kan tilbydes demensmedicin, hvis det er relevant, men også at mennesker med demens ikke får demensmedicin med risiko for

bivirkninger hvis ikke det er indiceret, bedre mulighed for målrettet psykosociale indsatser ligesom information om sygdommen, behandling og prognose er afhængig af den sygdomsspecifikke diagnose.

Den største udfordring i udviklingsmålene på landsplan er til stadighed den meget lave andel af patienter som udredes < 90 dage (indikator 1). Der ses stor variation i udredningstiden både mellem de forskellige regioner – men også indenfor den enkelte region. Ventetiden til første besøg (Tabel A1.3) er højst i region Sjælland og region Midtjylland. Kortest ventetid er der i region Syddanmark.

Billedet har overvejende været det samme gennem alle år og tallene støtter, at der på intet tidspunkt har været en tilstrækkelig kapacitet og at kapaciteten ikke er fulgt med behovet. Der har siden 2016 været en øgning i antallet af patientforløb fra 7.938 til nu 11.787 på landsplan svarende til en øgning på ca. 48 %. Det er fortsat kun en mindre andel hvor udredningstiden (indikator 1) er under 90 dage (25 % på landsplan). Der er stor interregional variation (12-40 %), færrest (12 %) i region Sjælland og flest (40 %) i region Syddanmark som udredes indenfor 90 dage. Inkluderet i indikatorer er tid fra henvisning til første besøg, hvilket ofte er betinget af den aktuelle kapacitet. Indikatoren er ligeledes påvirkelig af i hvor høj grad der anvendes supplerende undersøgelser for at sandsynliggøre en ætiologisk diagnose eller om en sygdomsspecifik diagnose skønnes at kunne stilles ud fra basal udredning allerede ved første besøg.

Tid fra første besøg til diagnosesamtale < 60 dage (indikator 1 B) er medtaget som prøve indikator i 2025.

Indikatoren er indført idet det ud fra fagligt skøn bør være muligt at gennemføre udredning < 60 dage, selv om der er behov for ledsagelse og støtte fra pårørende, supplerende undersøgelser, koordinering af undersøgelser – ofte også sammen med pårørende ligesom aftaler kan glemmes trods indsats for at mindske dette. Udredning af demens er kompleks, og kun hos en mindre andel (ved fremskreden sygdom) kan diagnosen stilles ved det første besøg.

Af tabel A1.4 ses en opgørelse over andel af patienter hvor varighed af udredningen er 0 dage, dvs. der stilles en sygdomsspecifik diagnose ved første besøg. I region Syddanmark og region Sjælland får hhv. 37,4 % og 33,2 % en sygdomsspecifik demensdiagnose ved første besøg, hvilket er over gennemsnittet på landsplan (22,3 %). Lavest ligger region Midt (15 %) og region Hovedstaden (10,1 %). Af tabel A1.6 ses at andelen med svær demens er lidt højere i de to regioner end landsgennemsnittet, men det ikke tilstrækkelig til at forklare forskellen. Styregruppen tolker det således, at man i mindre grad anvender parakliniske undersøgelser i de regioner hvor andelen som får en sygdomsspecifik demensdiagnose ved første besøg er høj og styregruppen kan være bekymret for om der er foretaget tilstrækkelig udredning til med tilstrækkelig sikkerhed at kunne stille en sygdomsspecifik demensdiagnose. En kort udredningstid er ikke nødvendigvis ensbetydende med høj kvalitet.

Indikator 2B (andel af patienter med demens i let grad, Mild Cognitive Impairment (MCI) eller habituel kognitiv funktion, som tilbydes NPU) er opgjort for tredje gang som officiel indikator. Indikatoren har ikke fastsat et udviklingsmål. Der ses stor interregional variation; mellem 16-53 % af målgruppen tilbydes NPU. Region Syddanmark har færrest i målgruppen som får tilbudt en neuropsykologisk undersøgelse (16 %).

Det ser fortsat ud til, at der er enheder, der slet ikke har adgang til at henvise til en neuropsykologisk undersøgelse, eller hvor kapaciteten ikke er i overensstemmelse med behovet. Manglende adgang til eller lav anvendelse af NPU giver større risiko for fejl-diagnosticering og nedsætter den diagnostiske præcision ved lette kognitive symptomer.

Indikator 3 (ADL vurdering) ligger stabilt højt uden større ændringer ift. tidligere år.

Indikator 4A (andel af patienter med vaskulær eller mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom) i let til moderat grad, som får foretaget en MR-scanning) viser desværre fortsat et dog mindre fald det til trods for at udviklingsmålet er reduceret til 70 %. Der ses stor variation mellem regionerne (41-76 %), hvilket kunne tyde på at der ikke er lige adgang til en MRC.

Kapacitetsudfordringer skønnes at være en medvirkende årsag til at udviklingsmålet ikke nås. Det kan være en medvirkende årsag til at udviklingsmålet er højere i de regioner, der har mulighed for en PET-MR (Hovedstaden og Syddanmark), modsat de regioner hvor det vil betyde to separate undersøgelser.

Sygdomsspecifik demensdiagnose (Indikator 5) ligger igen i 2025 på et højt konstant niveau både på landsplan og i alle regioner. Indikatorværdien og opfyldelse af udviklingsmålet indeholder ikke oplysninger om grundlaget for at stille den sygdomsspecifikke demensdiagnose, hvorfor indikatoren anbefales at ses i sammenhæng med indikator 2B, 4A og 8, som anfører hvilke undersøgelser, der danner grundlag for den sygdomsspecifikke demens diagnose. Med den store variation i anvendelse af parakliniske undersøgelser kan det fortsat undre styregruppen, at nogle enheder er i stand til at stille en sygdomsspecifik diagnose for 100 % af de udredte patienter eller tæt på. Styregruppen er derfor bekymret for, at den sygdomsspecifikke demensdiagnose ikke er stillet på et tilstrækkeligt fagligt grundlag.

Indløst recept på demensmedicin op til 3 måneder efter diagnosesamtale (indikator 6). Udviklingsmålet for indikator 6 er igen i år opfyldt på landsplan og i alle regioner. Det er et højt og flot resultat, og styregruppen vurderer, at det er udtryk for, at de relevante patientgrupper tilbydes behandlingen.

Udviklingsmålet for Henvisning til kommunal demenskoordinator funktion (Indikator 7) er nået for alle enheder på nær tre mindre enheder (PKØ distriktspsykiatri, Roskilde ældrepsykiatri, PSY gerontopsyki (Fredericia)). De øvrige ligger på et stabilt højt niveau.

Parakliniske undersøgelser (Indikator 8) viser grundlaget for at stille en sygdomsspecifik demensdiagnose og dermed øge den diagnostiske sikkerhed. Indikatoren er opgjort for femte gang. To ud af fem regioner har opnået udviklingsmålet, de øvrige 3 regioner har haft fremgang siden indførelse af indikatoren, men denne fremgang ser ud til at være stagneret de seneste år. Der er stor variation både mellem regionerne (64-84 %) men også mellem udredningsenhederne indenfor samme region (størst i region Syddanmark 20-82 %). Især bekymrer det styregruppen, at der fortsat er også større udredningsenheder, der i mindre grad finder behov for at supplere med parakliniske undersøgelser, men som alligevel ser sig i stand til at stille en sygdomsspecifik demensdiagnose hos næsten 100 % af patienterne. Det giver risiko for fejldiagnoser, at patienter tilbydes demensmedicin på et forkert grundlag, eller behandles med demensmedicin uden der er indikation for det og dermed øger risiko for multifarmaci, eller påføres bivirkninger som følge af en behandling uden forventet effekt. I forhold til de nye sygdomsmodificerende behandlinger, som er på vej til Alzheimers sygdom øges behovet for diagnostisk sikkerhed for en sygdomsspecifik demensdiagnose. Kendskab til og viden om den specifikke demenssygdom giver ligeledes bedre mulighed for målrettede og fokuserede indsatser i demensforløbet til patient og pårørende, individuel psykosocial indsats og forebyggelse af Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD).

Aktuelt er der godkendt to sygdomsmodificerende behandlinger af Food and Drug Administration (FDA) i USA og EMA/EU til tidlig Alzheimers sygdom. Medicinrådet har i 2025 afvist at indføre behandling med lecanemab i DK som standardbehandling til tidlig Alzheimers sygdom ud fra en vurdering af effekt i forhold til pris og risiko for alvorlige bivirkninger.

Styregruppen vurderer det dog forventeligt, at der indenfor en kortere årrække vil komme et behandlingstilbud. En ny behandling vil øge behovet for hurtig udredning og øget diagnostisk sikkerhed især ved lette kognitive symptomer. Det er derfor vigtigt at identificere flaskehalse og kapacitetsudfordringer på området.

Den manglende kapacitetsøgning på området ift. behovet er bekymrende ud fra den demografiske udvikling i de kommende år og et eventuelt nyt behandlingstilbud til tidlig fase af Alzheimers sygdom.

1.2 Styregruppen anbefaler

Indikator 1 og 1A (udredningstid):

Indikator 1, 1A, 1B og Tabel A1.3 viser, desværre helt i overensstemmelse med de forrige år, at der fortsat er en betydelig kapacitetsmæssig udfordring ift. at udviklingsmålene nås.

Styregruppen anbefaler, at man regionalt og i de enkelte udredningsenheder ser på kapacitetsudfordringer ud fra reelle behov og mulige løsninger, både hvad angår antal udredninger og eventuelle flaskehalse til de parakliniske

undersøgelser samt vurderer om organisering af udredningsenhederne lever op til SST's anbefalinger. Herunder anbefalingerne om fremskudt ambulatorium således at der er optimal udnyttelse af ressourcer og optimal udnyttelse af de tværfaglige kompetencer.

Det kan være tilfældet, at flere mindre enheder betragter sig som én enhed med ensartet tilbud. Hvis det er tilfældet, skal man sikre sig at geografisk adskilte funktioner fagligt og ledelsesmæssigt, herunder ift. kvalitet og kompetenceudvikling er forankret i moder-udredningsenheden. Dette kan således understøtte nærhed i behandlingen og kvalitet i områder med begrænset adgang til kvalificeret lokal demensudredningskompetence.

Derudover bør der være opmærksomhed på, at den primære matrikel indberetter til DanDem som én enhed under samme kode svarende til Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR), som anbefalet i Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger for organisering af demensudredning.

Ligeledes anbefales det at være opmærksom på registrering af fritvalgs-patienter idet det visse steder er afhængig af manual registrering ved omvisitering.

Indikator 2/2A/2B (kognitiv test hhv. neuropsykologisk undersøgelse):

Der er fortsat en række udredningsenheder som ligger lavt eller slet ikke anvender NPU ved udredning af milde kognitive symptomer og én region som ligger meget lavt i brug af NPU. Styregruppen anbefaler, at man undersøger årsagen hertil, dels om det er begrundet i primært kapacitetsudfordringer, eller om der slet ikke er adgang til undersøgelsen.

Styregruppen anbefaler, at der i samarbejde med den ansvarlige ledelse arbejdes på at løse udfordringen, da NPU er et vigtigt redskab i udredning af især patienter med milde kognitive symptomer. Det kan ligeledes anbefales at man ser på mulige løsninger, herunder om der er mulighed for at tilkøbe neuropsykologisk bistand fra andre enheder eller regioner hvor der ikke er de samme udfordringer, ligesom det kan være en fordel at samle sig i større enheder.

Styregruppen opfordrer også til, at man på udredningsenhederne er omhyggelige med at identificere de rette patienter til undersøgelsen på rette tidspunkt, således at ressourcerne anvendes mest hensigtsmæssigt.

Multicultural Cognitive Examination (MCE) er tilføjet listen af redskaber, der betragtes som udvidede kognitive tests i indikator 2A.

Indikator 4A (MR-scanning):

Anvendelse af MRC ser ud til at være stagneret. Der har dog været en positiv udvikling siden indikatoren blev indført men et mindre fald siden udviklingsmålet blev sænket til 70 %. Kun region Hovedstaden når udviklingsmålet. En MR-skanning er af stor betydning i forhold til dels differential diagnostiske overvejelser hos især yngre med demens ligesom cerebral amyloid angiopati (CAA) ikke kan ses på en konventionel CTC ved mistanke om vaskulær ætiologi. Diagnosticering af CAA har stor behandlingsmæssig konsekvens idet blodfortyndende behandling øger cerebral blødningsrisiko hos mennesker med CAA og behandlingen er derfor ikke indiceret, hvis der ikke er en anden tvingende indikation.

Udredningsenhederne anbefales at forsøge at lokalisere evt. flaskehalse for MR-scanning samt at foretage audit af patienter, som burde være tilbudt en MR-scanning mhp. at identificere eventuelle patientrelaterede årsager, f.eks. klaustrofobi, metal i kroppen eller, at der er udtrykt ønske om, at undersøgelsen ikke gennemføres.

Ved vurdering af fokal atrofi, småkarssygdom eller inflammatorisk sygdom øger MR-scanning den diagnostiske sikkerhed sammenlignet med CT-scanning.

For at øge kvaliteten i udredningen og den diagnostiske sikkerhed anbefaler styregruppen, at der foretages en MR-scanning hos patienter med let til moderat demens, hvis der er mistanke om vaskulært bidrag til de kognitive klager.

Indikator 8 (parakliniske undersøgelser):

Siden indikatoren blev indført, har der generelt været en flot positiv udvikling, 2 ud af 5 regioner har nået udviklingsmålet, hos de øvrige 3 regioner er der en positiv udvikling. Der er dog i de 4 regioner med flere

udredningsenheder stor variation i anvendelse af parakliniske undersøgelser, hvilket tyder på at man ikke følger samme retningslinjer for at anvende parakliniske undersøgelser.

De to regioner (Syddanmark og Midtjylland), som har den største variation i anvendelse af parakliniske undersøgelser, er de samme regioner, der har flest udredningsenheder, herunder mange små enheder med få patientforløb. Styregruppen opfordrer her til at se på den interne organisering i de regioner, hvor der er stor variation mellem de forskellige udredningsenheder.

Styregruppen anbefaler, at der foretages intern audit i de udredningsenheder, hvor der ses en høj andel af patienter med let til moderat demens, som ikke eller i mindre grad får foretaget supplerende undersøgelser ud over basal udredning mhp at identificere årsager til at udviklingsmålet ikke er nået. Dette mhp. afklaring af om patienterne vurderes tilstrækkeligt udredte til, at en sygdomsspecifik demens diagnose kan stilles med tilpas sikkerhed (indikator 5). Styregruppen anbefaler ligeledes, at man i enheder med lavere anvendelse af supplerende undersøgelser afklarer, om forklaringen er kapacitetsudfordring, herunder om der er tilstrækkelig adgang til relevante parakliniske undersøgelser inden for passende tidsramme.

1.3 Opmærksomhedspunkter i denne og kommende årsrapport

- Fire afdelinger i Region Midtjylland overgik i 2024 fra indberetningssystemet KIP til indberetning via en webservice koblet til SundhedsFagligt Indhold (SFI). Det skete pr. 1. oktober 2024 for AUH Neurologisk klinik og RHG Hukommelsesklinikken samt pr. 1. december for RHG Klinik for Ældresygdomme og RHG Neurologisk.
- Fremover indhentes oplysninger om udført udvidet neuropsykologisk undersøgelse via koden ZZ5000A fra LPR. I en overgangsperiode indhentes oplysningen også fortsat via KIP og webservice for at belyse overensstemmelsen mellem disse og LPR.
- Fra 2025 trækkes koder fra Laboratoriregistret for demensmarkører, der indgår i spinalvæskeundersøgelse.

1.4 Anbefalinger til enhederne der går igen fra Årsrapport 2016-2025

- Ved indberetning skal man være opmærksom på, at datoen for diagnosesamtalen er datoen, hvor patienten informeres om resultatet af det samlede udredningsprogram inklusiv samtlige resultater af eventuelle parakliniske undersøgelser, dvs. når der stilles en sygdomsspecifik demensdiagnose.
- Udredningsenhederne skal ved hver demensudredning registrere procedurekoden ZZ1500, for at dataudtrækket fra LPR bliver så komplet og korrekt som muligt.
- Enhederne opfordres til at gennemgå de indikatorer, hvor udviklingsmålet ikke er nået, eller ikke er i fremgang, for at undersøge interne arbejdsgange samt optimere resultatet fremadrettet.

God læselyst.

Styregruppen for Demens-databasen

2. Indledning

2.1 Databasens formål

Formålet med årsrapporten er at offentliggøre indikatorer og kvalitetsmål for ambulante elektive demensudredninger samt at give anbefalinger til fremtidige kvalitetsforbedringer. Der indberettes data på 8 overordnede indikatorer i databasen. Alle indikatorer er procesindikatorer.

Databasens 8 indikatorer opgør basale forhold i forbindelse med udredning ved mistanke om demens. Indikator 2B, 4A og 8 opgør en omfattende og udvidet kognitiv undersøgelse hhv. anvendelse af supplerende parakliniske undersøgelser til støtte for at kunne stille eller afvise en sygdomsspecifik demensdiagnose hos patienter, som har habituel kognitiv funktion, Mild Cognitive Impairment (MCI) eller med demens i let grad (indikator 2B) og hos patienter med demens i let til moderat grad (indikator 4A og 8). Der har været et ønske om at inddrage fokusområder fra Den nationale demenshandlingsplan 2025² og fra de nationale kliniske retningslinjer (NKR, 2018)³, herunder hvornår der tilrådes supplerende undersøgelser for at kunne stille en sygdomsspecifik demens diagnose. Det er tredje gang at indikator 2B beregnes og femte gang, at indikator 8 beregnes.

Målgruppen for årsrapporten er primært personale på demensudredningsenheder i Danmark, de regionale kvalitetsafdelinger og ledelseslag og sekundært andre interesserede.

Styregruppen er ansvarlig for faglige kommentarer, konklusioner og anbefalinger i relation til indikatorresultaterne. Kvalitetsenhed A (Ældreområdet, Hjerte, Muskel/Skelet og Kroniske Sygdomme) samt Enhed for Data i SundK, er ansvarlig for databearbejdning, analyser og epidemiologisk kommentering af resultater.

2.2 Årsrapporten for 2025 omfatter følgende

DanDem startede indberetninger pr. 1. januar 2016. Dette er således den 10. årsrapport, der udgives.

Fire afdelinger i region Midtjylland overgik i 2024 fra indberetningssystemet KIP til indberetning via en webservice koblet til SundhedsFagligt Indhold (SFI). Det skete pr. 1. oktober 2024 for AUH Neurologisk klinik og RHG Hukommelsesklinikken samt pr. 1. december for RHG Klinik for Ældresygdomme og RHG Neurologisk. De resterende afdelinger i Region Midtjylland overgik fra KIP til indberetning via webservice i løbet af 2025.

En patient skal, for at kunne inkluderes i databasen, have påbegyndt en ambulant demensudredning på en demensudredningsenhed i Danmark. Patienterne henvises typisk fra egen læge eller anden hospitalsafdeling. I denne årsrapport omfatter datagrundlaget 11.787 patientforløb, der er indberettet til databasen i 2025 fra 33 demensudredningsenheder.

Datagrundlaget indeholder ikke: 1) Patienter, der er yngre end 18 år (n=3) samt 2) patienter genhenvist med sikker diagnose pga. adfærdsforstyrrelser eller behandling (n=37). I modsætning til tidligere opgørelser er patienter, hvis dødsdato var indberettet forkert, således at diagnosesamtalen lå efter patienten var død (n<3) inkluderet i

² <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Aeldres-sundhed-pleje-og-omsorg/Demens/Anbefalinger-og-handlingsplaner/Den-nationale-demenshandlingsplan-2025>

³ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/NKR-medicin-og-demens/National-klinisk-retningslinje-for-demens-og-medicin.ashx>

datagrundlaget. Til de enkelte indikatorer vil eksklusionskriterier være angivet i en tabel umiddelbart efter indikator Tabellen.

I årsrapporten opgøres resultaterne for de kvalitetsindikatorer, styregruppen har besluttet at anvende i vurderingen af udredningskvaliteten for demens. Antallet af overordnede indikatorer er 8, hvoraf 3 indikatorer har underindikatorer (1A, 2A, 2B og 4A).

Alle demensudredningsenheder i Danmark er forpligtet til at indberette til DanDem. Indberetning foregår i KIP ved direkte indtastninger samt ved datafangst i Sundhedsplatformen (SP) og videregivelse vha. webservice. Desuden beriges data med data fra både LPR og Lægemedelstatistikregistret (LSR).

Til 2025-årsrapporten er der for sjette gang hentet data fra LPR3. Demensudredning, der i LPR er registreret som udekontakt (i 2025, n= 133) samt virtuel kontakt (i 2025, n=6), er medtaget i opgørelserne, hvilket blev implementeret fra 2023 og fremefter. En udekontakt er i denne sammenhæng demensudredning, der foretages af klinikere uden for demensudredningsenheden – f.eks. på en anden afdeling eller på et plejecenter. I Region Hovedstaden praktiseredes udekontakt og virtuel kontakt ifm. demensudredning på 2 hhv. 2 enhed(er); de tilsvarende antal i region Sjælland var 1 hhv. 1; i Syddanmark 4 hhv. 0; i Midtjylland 5 hhv. 0 og i Nordjylland 1 hhv. 0. Data fra LPR anvendes i 3 indikatoropgørelser (1, 1A, Tabel A1.3, 4A og 8) samt i beregning af overensstemmelses- og dækningsgrad.

Indikatorerne præsenteres i tabeller og trendgrafer med lands-, regions- og afdelingsresultater. Indikatorerne er opgjort som andele med 95 % sikkerhedsinterval (SI) baseret på den eksakte binomialfordeling. Supplerende opgørelser til indikator 1 og 1A (Suppl. Indikator 1B samt Tabel A1.3) er opgjort som median antal dage og variationen angivet som den 25. og 75. percentil dvs. inter quartile range (IQR).

I denne rapport er alle analyser ikke-justerede. Det betyder, at der ved sammenligning af afdelingernes resultater ikke tages hensyn til afdelingernes forskellige patientsammensætning (alder, køn, konkurrerende sygdomme mv.). I en række tilfælde kan ikke-justerede analyser indeholde relevant information, men i andre tilfælde kan forskellene mellem indikatormålingerne på afdelingerne i en vis udstrækning skyldes forskelle i patientsammensætningen.

3. Udviklingsmål erstatter standard

SundK har formuleret en strategi for 2024-2027 med tilhørende handleplan. I strategien fremgår det bl.a. at man skal arbejde med ”relevant kvalitetsmåling”, hvor begrebet ”udviklingsmål” er et centralt tema, som erstatter begrebet ”standard”. Baggrunden for denne beslutning er, at ”standard”, som er et hyppigt anvendt begreb inden for klinisk kvalitetsudvikling, har været en kilde til misforståelse, da ”standard” kan betyde to forskellige ting. Begrebet skelner ikke mellem mindstemål (hvor ikke-opfyldelse er et kritisk fund) og udviklingsmål (hvor ikke-opfyldelse er udtryk for et udviklingspotentiale).

SundK driver et klinisk kvalitetsudviklingsprogram og anbefaler i forlængelse heraf, at udviklingsmål fastsættes på et højt og ambitiøst niveau, således at arbejdet i styregruppen fokuseres omkring udviklingspotentialer. Det vil derfor ofte være tilfældet, at en andel af indikatormålingerne ikke opfylder målet. Dette svarer til en ”grøn linje” strategi, hvor ønsket er en kontinuerlig udvikling af kvaliteten i retning af målet. Denne situation adskiller sig fra en ”rød linje” strategi, hvor en standard fastsættes på et lavere og mindre ambitiøst niveau, og hvor opfyldelsen af de fastsatte mål som regel vil være meget høj. Den ”grønne linje” strategi er konsistent med den faktiske situation i DanDem, hvor der er en del indikatormålinger, hvor der ikke er målopfyldelse.

3.1 Implikationer for styregruppens arbejde med klinisk kvalitetsudvikling

At arbejde med udviklingsmål i stedet for standarder (opfattet som mindstemål) betyder, at styregruppens kommentering af indikatorresultater og målopfyldelse har udvikling for øje. I forhold til tidligere DanDem årsrapporter vil fokus i kommenteringen af resultaterne derfor være på variationen i kvaliteten på tværs af regioner og afdelinger samt på kvalitetsudviklingen over tid. Sidstnævnte har betydet, at der kun anvendes trendgrafer, der til gengæld viser udviklingen over tid afdelingsvist og opdelt på region i modsætning til tidligere, hvor kun regionerne var vist. Hvorvidt der er opnået opfyldelse af udviklingsmålet, vil være sekundært i kommenteringen af resultaterne.

I forbindelse med den nationale kliniske audit har styregruppen diskuteret hver indikator og hvorvidt udviklingsmålet var fastsat ud fra et fagligt ambitiøst niveau. Argumenter for evt. justeringer blev fremført og kommenteres i afsnittene *Diskussion og implikationer* samt *Vurdering af udviklingsmålet*.

For at understøtte arbejdet med de indikatorer, hvor der er observeret et udviklingspotentiale for udvalgte afdelinger, der adskiller sig ift. regionens øvrige afdelingers kvalitetsniveau, er der forud for den nationale kliniske audit taget kontakt til disse afdelingsledelser. Således de har haft mulighed for at give en tilbagemelding på mulige årsager til kvalitetsniveauet. Hvis afdelingsledelserne giver en tilbagemelding, vil dette blive kommenteret i afsnittene *Diskussion og implikationer* samt *Vurdering af udviklingsmålet*.

For indikatorer, hvor der er observeret et generelt behov for fokuseret kvalitetsudvikling, er dette diskuteret på den nationale kliniske audit. Herudover hvilke tiltag styregruppen vil iværksætte for at opnå en kvalitetsforbedring. Dette vil ligeledes blive kommenteret i afsnittene *Diskussion og implikationer* samt *Vurdering af udviklingsmålet*.

3.2 Nye udviklingsmål i 2026

For en række indikatorer er udviklingsmålene ændret med virkning fra d. 1/1 2026. Udviklingsmålene ser ud som følger (ændrede udviklingsmål er markeret med fed skrift):

Indikatornavn	Nuværende udviklingsmål (til og med 2025)	Udviklingsmål gældende fra 1/1 2026
1 Udredningstid < 90 dage	> 80 %	> 80 %
1A Tid fra start af udredning (1. kontakt) til diagnosesamtale (dage)	-	-
1B Tid fra 1. kontakt til diagnosesamtale < 60 dage	-	> 80 %
2 Kognitiv test	> 90 %	> 95 %
2A Udvidet kognitiv test	> 80 %	> 95 %
2B Neuropsykologisk undersøgelse	-	-
3 ADL vurdering	> 80 %	> 90 %
4 Strukturel scanning	> 80 %	> 95 %
4A MR-scanning ifm. Cerebrovaskulær + Mixed demens	> 70 %	> 70 %
5 Sygdomsspecifik demens diagnose	> 80 %	> 80 %
6 Anti-demensmedicin, indløst recept*	> 80 %	> 90 %
7 Demenskoordinator funktion	> 80 %	> 90 %
8 Parakliniske undersøgelser	> 80 %	> 80 %

4. Populationen og datagrundlaget

Tabel 1 viser på lands- og regionsniveau, antallet af patienter udredt for demens indberettet til DanDem i 2025 (N=11.790) – det såkaldte datagrundlag. Heri indgår antallet af patienter, hvis henvisningsdato ikke var at finde i LPR (n=249), 3 patienter, der var under 18 på diagnosetidspunktet (og som er frasortet i alle opgørelser), samt < 3 patienter, hvis diagnosesamtaledato ved en fejl var indrapporteret som værende placeret efter patienten var død.

Tabel 1 Karakteristika for patienter udredt for demens i 2025 (N=11.790) på lands- og regionsniveau.

	Danmark (N=11.790)	Region H (n=4.397)	Region Sj (n=1.256)	Region Sy (n=3.278)	Region M (n=1.674)	Region N (n=1.185)
Alder i år*, n (%)						
<65	1.298 (11)	616 (14)	99 (8)	296 (9)	169 (10)	118 (10)
65-69	996 (8)	378 (9)	97 (8)	288 (9)	127 (8)	106 (9)
70-74	1.751 (15)	655 (15)	185 (15)	503 (15)	226 (14)	182 (15)
75-79	2.935 (25)	1.075 (24)	322 (26)	810 (25)	416 (25)	312 (26)
80-84	2.866 (24)	985 (22)	342 (27)	827 (25)	405 (24)	307 (26)
85-89	1.615 (14)	564 (13)	183 (15)	461 (14)	267 (16)	140 (12)
>89	329 (3)	124 (3)	28 (2)	93 (3)	64 (4)	20 (2)
Køn, n (%)						
Kvinder	6.440 (55)	2.421 (55)	697 (55)	1.766 (54)	925 (55)	631 (53)
Mænd	5.350 (45)	1.976 (45)	559 (45)	1.512 (46)	749 (45)	554 (47)
Ætiologisk diagnose, n (%)						
Alzheimers sygdom	4.879 (45)	1.670 (44)	602 (50)	1.316 (44)	769 (48)	522 (46)
Cerebrovaskulær sygdom	1.995 (19)	899 (24)	356 (30)	487 (16)	148 (9)	105 (9)
Uafklaret ætiologi	1.417 (13)	595 (16)	117 (10)	297 (10)	235 (14)	173 (15)
Mixed (Alzheimer + cerebrovaskulær)	673 (6)			429 (14)	111 (7)	133 (11)
Lewy Body sygdom	358 (3)	124 (3)	27 (2)	69 (2)	79 (5)	59 (5)
Parkinson	85 (1)	42 (1)	13 (1)	19 (1)	8 (1)	3 (0)
Anden specifik neurodegenerativ	89 (1)	40 (1)	6 (1)	15 (1)	27 (2)	1 (0)
Fronto-temporal demens	235 (2)	70 (2)	18 (2)	71 (2)	50 (3)	26 (2)
Psykiatrisk/affektiv sygdom	245 (2)	71 (2)	24 (2)	81 (3)	36 (2)	33 (3)
Alkohol-relateret demens	185 (2)	50 (1)	10 (1)	76 (3)	30 (2)	19 (2)
Normaltryks-hydrocephalus	130 (1)	96 (3)	3 (0)	17 (1)	3 (0)	11 (1)
Anden ikke neurodegenerativ	408 (4)	124 (3)	20 (2)	110 (4)	122 (8)	32 (3)
Atypisk Parkinson (PSP/CBD/MSA)	23 (0)			6 (0)	2 (0)	15 (1)
Huntingtons sygdom	9 (0)	9 (0)				
Ikke relevant**	1.026	607	60	285	54	53
Kognitiv status, n (%)						
Habituel kognitiv funktion	1.071 (9)	607 (14)	60 (5)	285 (9)	66 (4)	53 (5)
Kognitivt svækket - men ikke demens	2.279 (19)	919 (21)	168 (13)	572 (18)	340 (21)	280 (24)
Demens i let grad***	3.716 (32)	1.381 (31)	356 (28)	1.012 (31)	505 (30)	462 (39)
Demens i moderat grad***	3.958 (34)	1.408 (32)	555 (44)	1.025 (31)	638 (38)	340 (29)
Demens i svær grad***	758 (6)	82 (2)	117 (9)	384 (12)	125 (7)	50 (4)

H (Hovedstaden), Sj (Sjælland), Sy (Syddanmark), M (Midtjylland), N (Nordjylland)

* Alder på diagnosesamtaletidspunktet, ** Habituel kognitiv funktion, *** ICD-10 kriterier, # mindre end 3 personer

Region Hovedstaden havde flest udredningsforløb (n=4.397) og Region Nordjylland færrest (n=1.185). På landsplan og i regionerne udgjorde de 70 til 84-årige 2/3 af populationen. Kvinder udgjorde en større andel (53-55 %) end mænd blandt de udredte i regionerne.

Alzheimers sygdom var den hyppigst angivne sygdomsspecifikke demensdiagnose (44-50 %) i alle regioner. På landsplan var den næst-hyppigste Cerebrovaskulær sygdom (19 %) og Mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom (6 %)) med nogen variation mellem de forskellige regioner. Styregruppen er opmærksom på, at der ligesom sidste år er en teknisk fejl i data for Mixed demens, idet diagnosen ikke forekommer i region Hovedstaden og Sjælland, som indrapporterer deres data via en webservice. Sundhedsplatformen er gjort

opmærksom på problemet, og det var forventet, at problemet ville være løst i løbet af 2025. Det er desværre ikke tilfældet.

Ud af de udredningsforløb, der endte med at få en demensdiagnose ($n=3.716 + 3.958 + 758$) havde 56 % demens i moderat til svær grad ($n=3.958 + n=758$) på diagnostidspunktet, hvilket er sammenligneligt med tidligere år.

Andelen af alle udredningsforløb ($N=11.790$), hvor patienten vurderedes til at have moderat til svær demens, var højest i region Sjælland (53 %), Midtjylland (45 %), Syddanmark (43 %), Hovedstaden (34 %) og lavest i region Nordjylland (33 %). Enhedsfordelingen af udredningsforløb, der resulterede i, at patienten fik stillet en demens diagnose kan ses i Tabel A1.4 (Appendiks 1).

5. Indikatoroversigt på landsplan

5.1 Oversigt over de samlede indikatorresultater

I nedenstående tabel ses en oversigt over de indikatorer, årsrapporten for 2025 omfatter, typen samt hvilke udviklingsmål, der er besluttet for hver enkelt indikator. Indikatorresultaterne angives som andele med 95 % SI på landsplan for opgørelsesperioden 1. januar til 31. december 2025. Indikatorer, der på landsplan opfylder udviklingsmålet, er markeret med fed skrift. For 7 ud af de 10 indikatorer med et fastsat udviklingsmål opfyldtes målsætningen i 2025.

Indikatoroversigt

Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023
Indikator 1: Andel patienter med en udredningstid på under 90 dage	> 80	2	25 (24-26)	26	15
Indikator 1A: Median tid (i dage) fra start af udredning (1. kontakt) til diagnosesamtale		2	60 (21-99)	64	76
Indikator 2: Andel af alle demensudredningsforløb, hvor patienten fik foretaget kort kognitiv test i demensudredningsenhed	> 90		98 (98-98)	98	99
Indikator 2A: Andel af demensudredningsforløb med patienter, der havde habituel kognitiv funktion/MCI/demens i let grad, som fik foretaget udvidet kognitiv test i demensudredningsenhed	> 80		94 (94-95)	94	97
Indikator 2B: Andel af demensudredningsforløb med patienter, der havde habituel kognitiv funktion/MCI/demens i let grad, som fik foretaget NPU i demensudredningsenhed			38 (37-40)	38	32
Indikator 3: Andel af alle demensudredningsforløb, hvor patienten fik foretaget vurdering af Almindelig Daglig Livsførelse (ADL)	> 80	0	95 (94-95)	94	98
Indikator 4: Andel af alle demensudredningsforløb, hvor patienten har fået foretaget CT/MR-scanning af hjernen inden for de seneste 24 måneder	> 80		98 (98-98)	98	99
Indikator 4A: Andel af demensudredningsforløb med patienter, der har Cerebrovaskulær demens samt Mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær demens) og demens i let til moderat grad, som har fået foretaget MR-scanning af hjernen inden for 24 måneder	> 70		65 (62-67)	67	75

Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst	Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
Indikator 5: Andel af demensudredningsforløb, hvor patienter med demens fik stillet en sygdomsspecifik demens diagnose	> 80	0	94 (94-95)	94	94
			01.10.2024 - 30.09.2025	2023/24	2022/23
Indikator 6: Andel af demensudredningsforløb, hvor patienter med Alzheimers sygdom, Parkinson demens, Demens med Lewy Body og Mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær demens), som har indløst recept på demensmedicin	> 80	0	93 (93-94)	93	95
			01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023
Indikator 7: Andel af demensudredningsforløb, hvor patienter med demens fik tilbudt henvisning til kommunal demenskoordinator funktion i forbindelse med information om diagnosen	> 80		96 (95-96)	96	96
Indikator 8: Andel demensudredningsforløb, hvor patienter (let til moderat grad), der har fået foretaget spinalvæske undersøgelse indenfor 12 måneder før eller en PET-scanning 24 måneder før diagnosesamtale	> 80		76 (75-77)	76	73

* Der er ikke fastsat udviklingsmål endnu

** Median (Inter Quartile Range)

*** Tidsforskudt 3 måneder bagud (01.10.2024 – 30.09.2025)

6. Indikatorresultater på lands-, regions- og afdelingsniveau

Indikator 1 – Udredningstid på under 90 dage

Definition: Andel af alle demensudredningsforløb med en udredningstid på under 90 dage.

Nævner: Alle patienter, der har gennemgået mindst et demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.
OG
Udredningsforløbet er identificeret i LPR med procedurekode ZZ1500.

Tæller: Patienter i nævneren, hvor udredningstiden, dvs. perioden mellem henvisningsdato (LPR eller omvisiteret frit-valgs-patient fra KIP/webservicebaserede data) og diagnosesamtaledato (KIP- eller webservicebaserede data) er mindre end 90 dage.

Uoplyst: Henvisningsdato er ikke fundet i LPR pga. manglende procedurekode ZZ1500.

Eksklusion: Ingen

Udviklingsmål: > 80 %

Indikator 1 Andel af alle demensudredningsforløb med en udredningstid på under 90 dage

	Udviklingsmål		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80% opnået	Tæller/ nævner		01.01.2025 - 31.12.2025 Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
Danmark	Nej	2.877 / 11.538	249 (2)	25	(24-26)	26	15
Hovedstaden	Nej	966 / 4.390	4 (0)	22	(21-23)	36	
Sjælland	Nej	148 / 1.255	1 (0)	12	(10-14)	7	
Syddanmark	Nej	1.266 / 3.201	77 (2)	40	(38-41)	31	23
Midtjylland	Nej	252 / 1.564	110 (7)	16	(14-18)	11	10
Nordjylland	Nej	245 / 1.128	57 (5)	22	(19-24)	13	5
Hovedstaden	Nej	966 / 4.390	4 (0)	22	(21-23)	36	
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Nej	73 / 547	1 (0)	13	(11-16)	32	
Herlev-Gentofte Hospital	Nej	58 / 880	1 (0)	7	(5-8)	4	
Nordsjællands Hospitaler	Nej	182 / 987	1 (0)	18	(16-21)	46	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	632 / 1.836	1 (0)	34	(32-37)	55	
Rigshospitalet, Bornholm	Nej	21 / 140	0 (0)	15	(10-22)	8	
Sjælland	Nej	148 / 1.255	1 (0)	12	(10-14)	7	
PKØ Distriktpspsyk. Amb.	Nej	###	0 (0)	13	(0-53)	50	
ROS Neurologisk	Nej	###	0 (0)	0	(0-98)	25	
Regionalt videnscenter for demens	Nej	32 / 451	1 (0)	7	(5-10)	5	
Roskilde Ældrepsykiatri	Nej	3 / 15	0 (0)	20	(4-48)	0	
SUH Nykøbing F Sygehus	Nej	21 / 164	0 (0)	13	(8-19)	11	
Slagelse Sygehus	Nej	91 / 616	0 (0)	15	(12-18)	7	
Syddanmark	Nej	1.266 / 3.201	77 (2)	40	(38-41)	31	23
Friklinikken Region Syddanmark	Nej	40 / 162	4 (2)	25	(18-32)	9	18
OUH Demensklinikken	Nej	388 / 948	26 (3)	41	(38-44)	40	24
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Nej	12 / 21	3 (13)	57	(34-78)	84	26

	Udviklingsmål > 80% opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2025 - 31.12.2025 Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Nej	6 / 8	2 (20)	75	(35-97)	37	37
SHS Demenslinik (Aabenraa)	Nej	159 / 250	10 (4)	64	(57-70)		
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	Nej	185 / 301	0 (0)	61	(56-67)	65	21
SLB Demenslinik Lillebælt	Nej	136 / 624	10 (2)	22	(19-25)	39	97
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Nej	97 / 241	2 (1)	40	(34-47)	12	7
SVS Demenslinik Sydvestjylland	Nej	243 / 646	20 (3)	38	(34-41)	5	7
Midtjylland	Nej	252 / 1.564	110 (7)	16	(14-18)	11	10
AUH Geriatrik team	Nej	21 / 54	0 (0)	39	(26-53)	38	24
AUH Neurologisk klinikker	Nej	53 / 662	26 (4)	8	(6-10)	4	3
AUH Psykiatrien	Nej	3 / 27	10 (27)	11	(2-29)	7	6
RHG Hukommelsesklinikken	Nej	3 / 184	15 (8)	2	(0-5)	7	7
RHG Klinik for Ældresygdomme	Nej	81 / 124	0 (0)	65	(56-74)	46	41
Regionshospitalet Horsens Ældre		0 / 0	31 (100)				
Regionshospitalet Randers	Nej	9 / 29	2 (6)	31	(15-51)	37	42
Regionshospitalet Viborg	Nej	44 / 371	23 (6)	12	(9-16)	6	7
Regionspsykiatrien Gødstrup	Nej	##	0 (0)	14	(0-58)	36	
Regionspsykiatrien Horsens	Nej	11 / 41	1 (2)	27	(14-43)	34	28
Regionspsykiatrien Midt	Nej	22 / 61	1 (2)	36	(24-49)	45	59
Regionspsykiatrien Randers	Ja	4 / 4	1 (20)	100	(40-100)	42	64
Nordjylland	Nej	245 / 1.128	57 (5)	22	(19-24)	13	5
Aalborg UH, Demensenheden	Nej	245 / 1.128	57 (5)	22	(19-24)	13	5

Arsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Uoplyst: Henvissningsdato er ikke fundet pga. manglende ZZ1500-forløb i LPR	249	4	1	77	110	57

Kommentar til Indikator 1

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser andelen af demensudredningsforløb med en udredningstid på < 90 dage fra henvisningstidspunkt til diagnosesamtale.

En relativt kort udredningstid er afgørende for patient og pårørende af flere årsager: 1) Om der er tale om et kognitivt svigt, 2) For at udelukke andre årsager end demens til de kognitive symptomer (pseudodemens), 3) For at kunne tilbyde demens medicin eller anden non-farmakologisk behandling herunder psykosocial indsats, 4) For at patienten og pårørende kan få vished om årsag til symptomer samt 5) For at kunne iværksætte rådgivning og støttende foranstaltninger til patient og pårørende.

Henvissningsdatoen er hentet fra LPR fra forløb registreret som demensudredning (Procedurekode ZZ1500). Hvis patienten er omvisiteret via frit-valgs-ordning til primær udredning, benyttes datoen for modtagelse af frit-valgs-henvisningen (KIP- eller webbaseret data) i beregningen af udredningstid i stedet for den oprindelige henvisningsdato (LPR).

Fra 2024 inkluderes udelukkende patienter med procedurekoden ZZ1500 fra neurologisk, psykiatrisk eller geriatrisk hovedspeciale. Henvissningsdatoen på det forløb, hvor procedurekoden ZZ1500 er tilknyttet, anvendes for at opnå sikkerhed for, at den korrekte henvisningsdato er anvendt.

Resultater

På landsplan indgik 11.538 udredningsforløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der var 249 (2 %) forløb, hvor henvisningsdatoen ikke kunne identificeres i LPR, og datakompletheden er således på 98 %. Uoplyste (2 %) skyldtes i alle tilfælde, at det ikke var muligt at finde en dato for henvisning til demensudredning i LPR. For en afdeling i region Midtjylland (Regionshospitalet i Horsens) var samtlige patienter uoplyste (n=31), da afdelingen indrapporterer til LPR på en anden SOR-kode end den der indberettes webservice data på. Der er rettet henvendelse til Region Midtjylland ift. at få korrigeret dette, så der er overensstemmelse mellem webservice- og LPR-indberetninger.

Udviklingsmålet er fastsat til, at mindst 80 % af alle demens udredningsforløb skal gennemføres indenfor 90 dage. På afdelinger med mindst 10 udredningsforløb, opfyldtes denne målsætning for mellem 2 % (RHG Hukommelsesklinikken) og 65 % (RHG Klinik for ældresygdomme).

Der er store intra- og interregionale variationer over tid ift. andelen, der udredes indenfor 90 dage (trendgrafer). I Region Hovedstaden øgedes variationen frem til 2021 mellem afdelingerne, hvorefter kvaliteten nåede et ensartet lavpunkt i 2022. Stigningen frem til 2024 er desværre afløst af et fald igen i 2025 på Rigshospitalet, Bispebjerg-Frederiksberg Hospital og Nordsjællands Hospitaler. Rigshospitalet, Bornholm og Herlev Hospital er stagneret på en meget lille andel.

I Region Sjælland har der været en generel nedadgående trend i kvaliteten fra 2016-2022, hvorefter den er stagneret på et lavt niveau.

I Region Syddanmark har der været en generel nedadgående trend i kvaliteten frem til 2023 for samtlige afdelinger. En afdeling (SLB Demensklinik Lillebælt) har haft et markant fald i andelen der blev udredt indenfor 90 dage fra 2023 (97 %) til 2025 (22 %). Hvorimod SLB Ældresygdomme (Kolding) har øget andelen af udredte indenfor 90 dage fra 7 % til 40 % i samme periode.

Region Midtjylland havde i 2018 mellem godt 30-70 %, der blev udredt indenfor 90 dage på tværs af afdelingerne. Disse andele er frem mod 2024 generelt faldet til et niveau på mellem 4-46 %. I 2025 er variationen mellem afdelinger 2-65 % på enheder med mindst 10 demensudredninger.

I Region Nordjylland var der en klar nedadgående trend frem til 2023. Herefter ses en moderat opadgående trend, hvor andelen af udredte indenfor 90 dage er steget fra 5 % i 2023 til 22 % i 2025.

Der er stor variation i antallet af demensudredninger foretaget på de enkelte enheder (n=1.836 på Rigshospitalet, Blegdamsvej) og (n<3 på ROS Neurologisk). Resultater fra enheder med få patienter skal tolkes med varsomhed, da en enkelt eller få patienter kan have stor betydning for enhedens samlede indikatorresultat.

På regionalt niveau varierede målopfyldelsen mellem 12 % i Region Sjælland og 40 % i Region Syddanmark.

Diskussion og implikationer

Udviklingsmålet for indikator 1 er sat til > 80 %, dvs. målet er, at mere end 80 % af alle patienter henvist til demensudredning skal have en ætiologisk sygdomsdiagnose senest 90 dage efter henvisning til demensudredning er modtaget.

I indikator 1 indgår ventetid fra henvisning til første besøg. Andelen af patienter som når udviklingsmålet er fortsat meget lav med stor interregional og intraregional variation og andelen som udredes < 90 dage er meget lav i forhold til udviklingsmålet. I 2024 fik 26 % en ætiologisk sygdomsdiagnose < 90 dage i forhold til 25 % i 2025.

Der er fortsat nationale forskelle i organiseringen af visitation i de forskellige regioner, ligesom organisering af udredningsenhederne er forskellig. Der er fortsat to regioner som ikke er lykkedes at samle sig i større enheder (Region Midt og Region Syddanmark), men styregruppen er orienteret om at man i Syddanmark allerede har reduceret til 6 udredningsenheder ligesom man i Midt er i proces med at reducere antallet af udredningsenheder.. Forskellig organisering af visitation kan føre til u hensigtsmæssig ventetid i form af behov for opfølgende koordinering, patient/pårørende henvendelser og manglende mulighed for fælles prioritering på tværs af specialer. Ved omvisitering iht fritvalgsordning kan det betyde tilstrømning af patienter til udredningsenheder med lav ventetid, typisk naboregioner, som vil øge ventetiden i de pågældende udredningsenheder. Ligeledes kan der være

udfordring i korrekt registrering ved omvisitering iht fritvalgsordning, idet det i nogle regioner er afhængigt af manuel registrering (afkrydsning). Det vil forlænge den registrerede udredningstid i den pågældende enhed som patienten vælger, hvis det ikke registreres korrekt.

Der indgår i 2025 i alt 11.538 udredningsforløb. Det er 48 % flere udredninger på landsplan sammenlignet med 2016. På trods af en markant øgning i udredninger fremgår det således klart af tallene, at kapaciteten ikke følger med behovet for udredninger, idet ventetiden stiger og færre udredes < 90 dage trods markant flere udredninger. I det ventetid indgår i indikator 1, betyder den manglende kapacitet at udviklingsmålet er svært at opfylde, ligesom udredningen efter første besøg ofte skal afstemmes med pårørende, og lang ventetid medfører større risiko for at den aftalte tid glemmes med yderligere forlængelse af udredningstiden til følge.

Af supplerende Tabel A1.3 fremgår mediantiden fra henvisning til første besøg. Mediantiden på landsplan viser en faldende tendens på nu 69 dage mod 76 dage i 2024 og 79 dage i 2023. Der er generelt lang ventetid med en variation på landsplan mellem 60-133 dage og med stor variation såvel interregionalt som intraregionalt. Manglende vægtning mellem store og små udredningsenheder kan være udslagsgivende, det er lettere at have kort ventetid, hvis det kun er få patientforløb, ligesom der kan være forskellig visitationspraksis.

Region Nordjylland har for tredje år i træk markant reduceret deres ventetid fra 147 dage i 2023, 104 dage i 2024 til nu 70 dage i 2025 hvilket tyder på en kapacitetsudvidelse i antallet af udredninger ligeledes er steget i samme periode. Region Hovedstaden har øget ventetid til første besøg fra 46 dage i 2024 til nu 63 dage. De øvrige 3 regioner har kortere ventetid end i 2023 og 2024, men fortsat lange ventetider. Ligesom i 2024 er ventetiden til første besøg længst i Region Sjælland på nu 133 dage. Fritvalgsordning kan have betydning for øget ventetid i naboregioner hvor den tidl. har været kortere, f.eks. Region Hovedstaden.

Såvel den samlede udredningstid (indikator 1) og indikator 1A (tid fra første besøg til diagnosesamtale) vil være afhængig af anvendelsen af supplerende undersøgelser til at stille en sygdomsspecifik demensdiagnose. Tiden påvirkes af adgang og kapacitet til supplerende undersøgelser, herunder NPU, MR-scanning, PET-scanninger og spinalvæske undersøgelse. Der har været fokus på grundlaget for at stille en sygdomsspecifik demens diagnose i de seneste årsrapporter, hvilket også afspejler sig i indikator 8.

Supplerende undersøgelser vil alt andet lige forlænge den samlede udredningstid men øge den diagnostiske sikkerhed og mindsker risiko for fejldiagnoser, at der er de relevante pt. som tilbydes behandling med demensmedicin, bedre mulighed for målrettede og fokuserede indsatser i demensforløbet til patient og pårørende, individuel psykosocial indsats og forebyggelse af Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Ventetiden kan også være et udtryk for forskellige arbejdsgange i de forskellige udredningsenheder, herunder i hvilket omfang parakliniske undersøgelser indgår i udredningen, eller om man mener at kunne stille en tilpas sikker specifik diagnose allerede ved første besøg.

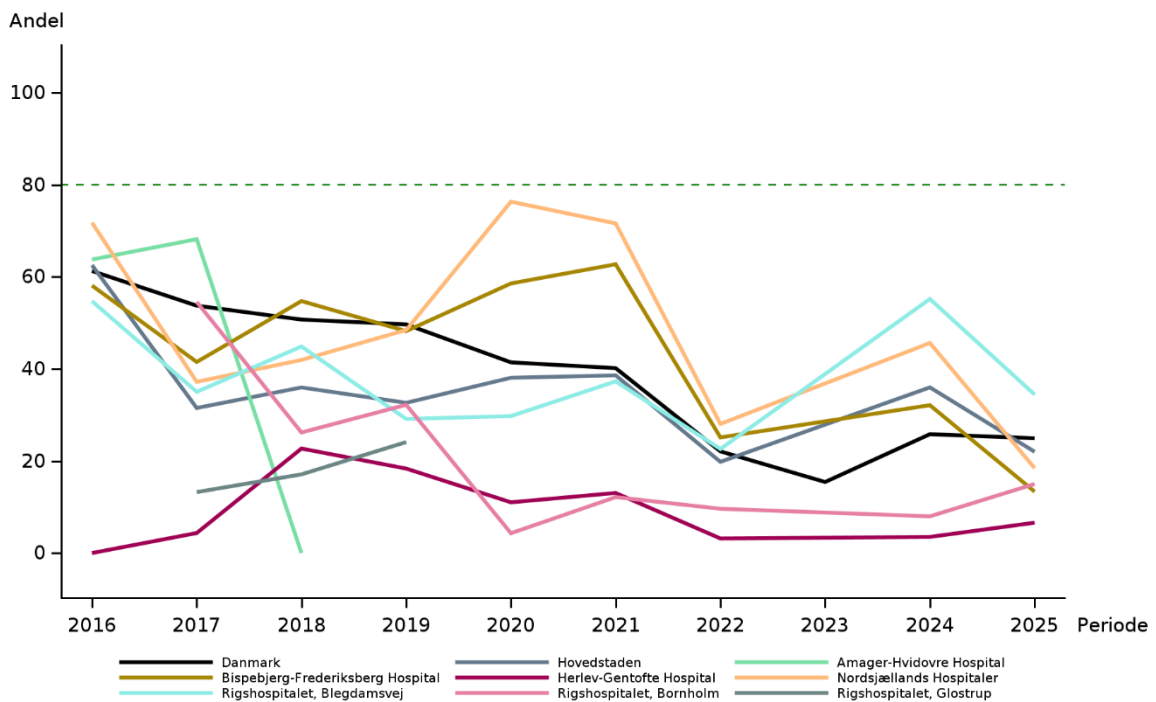
Anbefaling

Siden 2016 er antallet af udredning er steget 48 % og på trods af dette ses der længere udredningstid, og i de fleste regioner også længere tid til første besøg. På trods af at kapaciteten på landsplan er øget de seneste 10 år, er kapaciteten ikke i overensstemmelse med behovet. Det anbefales, at man i regionerne og udredningsenhederne ser på kapacitetsudfordringer ud fra reelle behov og mulige løsninger med langsigtede planer. Det gælder både kapacitet for at opfylde behovet for antallet af udredninger, men også kapaciteten for supplerende undersøgelser. Styregruppen kan igen i år konstatere at der er regioner med mange udredningsenheder. Region Syddanmark har den største andel af patienter, som udredes under 90 dage (40 %), ligesom ventetiden til første besøg er lavest (median 60 dage) og hvor udredningstiden efter 1. besøg (indikator 1A) er median 48 dage. Region Syd er imidlertid også den region som i mindst grad finder det nødvendigt med anvendelse af f.eks. neuropsykologisk undersøgelse som der kun er adgang til for et fåtal af patienter (16 %) som supplement til afklaring af milde kognitive symptomer (habituel, MCI, demens i let grad).

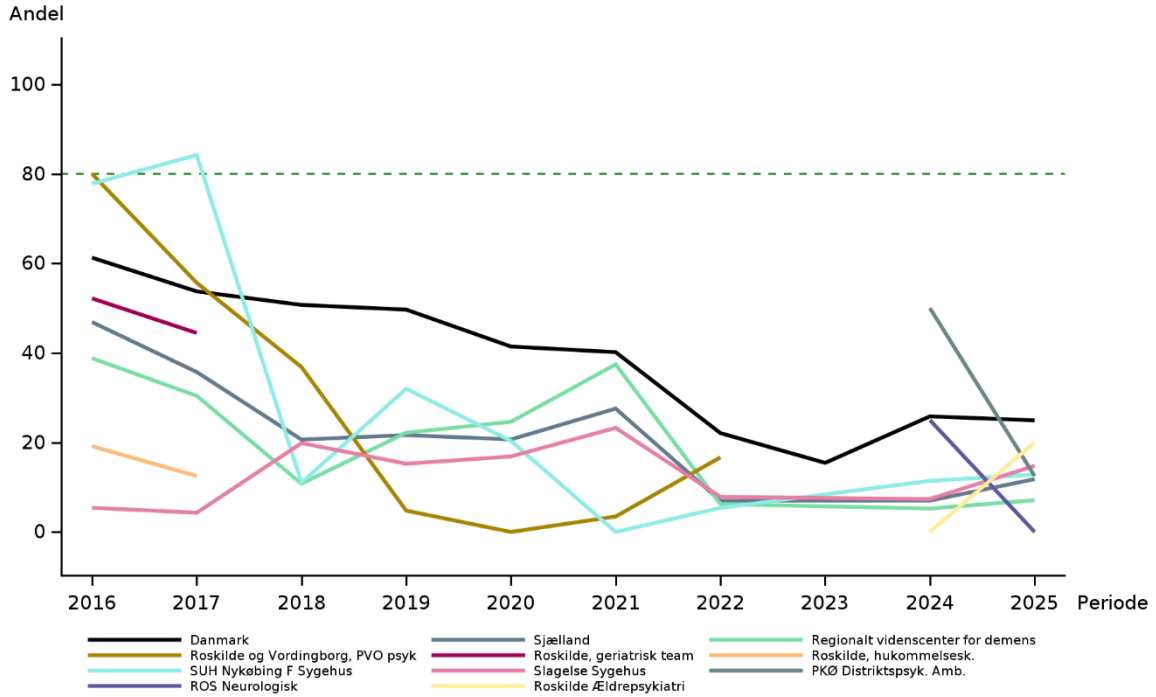
Der er stor intraregional variation i ventetid på udredning og styregruppen opfordrer til, at man ser på, hvorledes udredningsenhederne er organiseret. Region Nordjylland der kun har én udredningsenhed, ser ud til at være godt

på vej til at reducere ventetiden. Det anbefales, at man i regioner med mange udredningsenheder ser på om organiseringen kan optimeres, således at alle udredningsenheder kan tilbyde det samme og i lige grad har adgang til parakliniske undersøgelser. Ligeledes anbefales det at optimere kapaciteten så det er afstemt med behovet. Det anbefales, at eventuelle identificerbare flaskehalse i udredningen afhjælpes, herunder adgang til supplerende billeddiagnostiske undersøgelser, lumbalpunktur og neuropsykolog. Styregruppen opfordrer de enkelte udredningsenheder til at være opmærksomme på anvendelse af rette forløbskode (ZZ1500) ligesom hvis man betragter sig som en enhed iht SST's anbefalinger skal man indberette under samme SOR-kode.

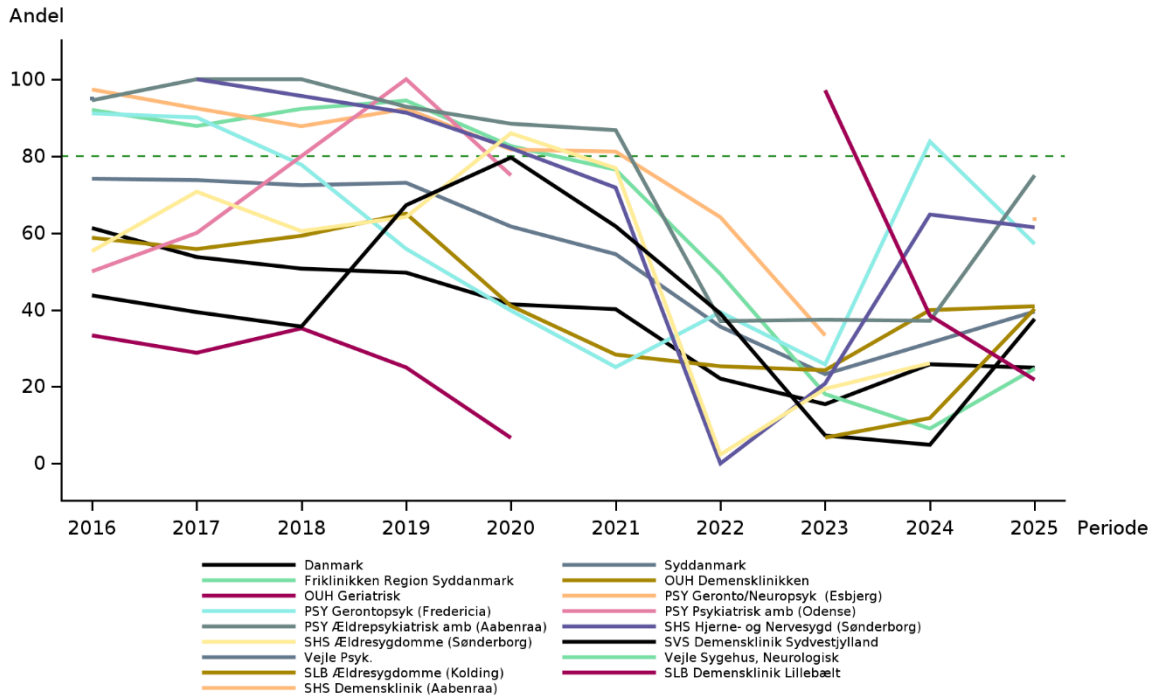
Trendgraf: Indikator 1, resultater for Region Hovedstaden over tid

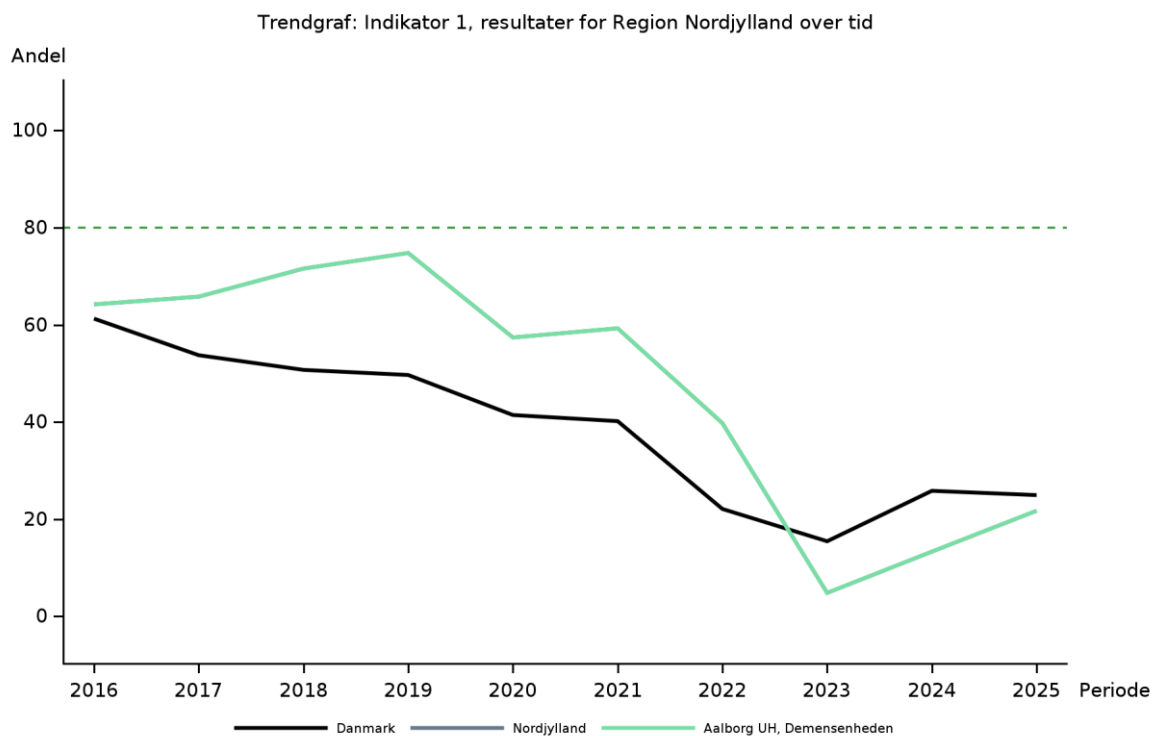
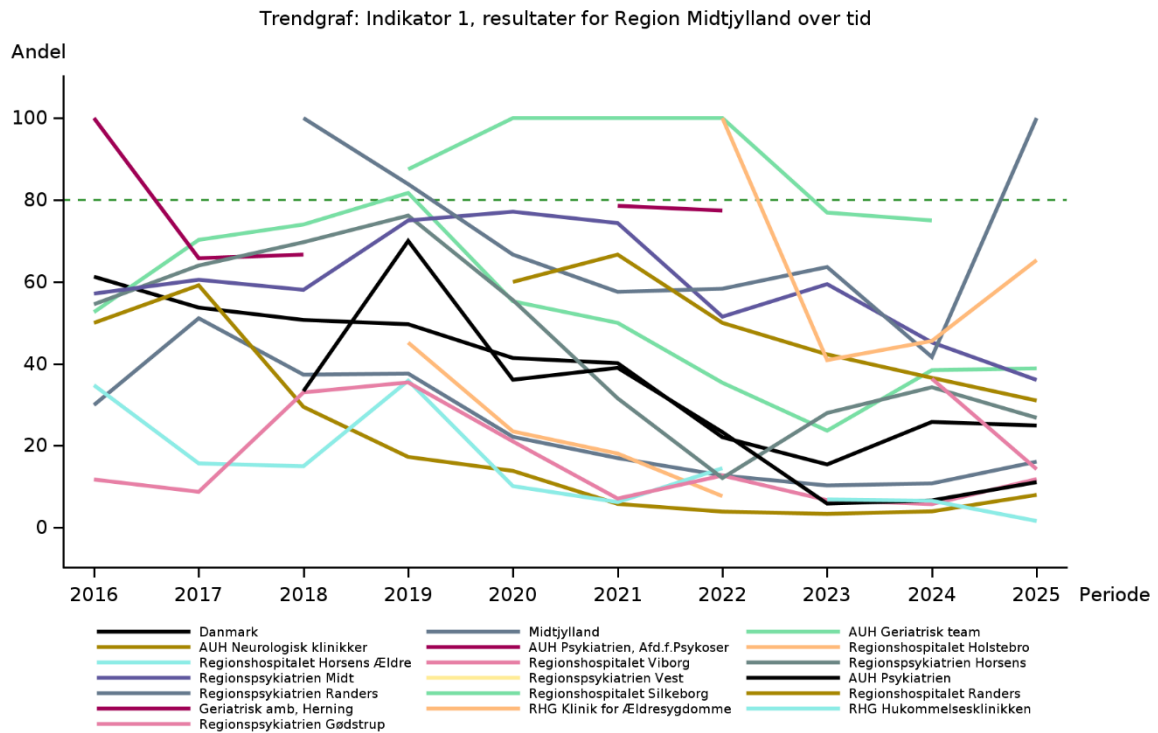


Trendgraf: Indikator 1, resultater for Region Sjælland over tid



Trendgraf: Indikator 1, resultater for Region Syddanmark over tid





Indikator 1A Tid (i dage) fra start af udredning (1. kontakt) til diagnosesamtale

Definition: Opgørelsen viser udredningstiden i dage fra 1. kontakt med den udredende afdeling, til diagnosesamtalen finder sted.

Population: Alle patienter, der har gennemgået mindst et demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.

OG

Udredningsforløbet er identificeret i LPR med procedurekode ZZ1500.

Udregning af: Udredningstiden, dvs. perioden mellem 1. kontakt (LPR) og diagnosesamtaledato (KIP-udredningstid eller webservicebaserede data) fratrækkes hinanden og median udredningstiden bestemmes med tilhørende inter-quartile-range (IQR).

Uoplyst: Henvisningsdato er ikke fundet i LPR pga. manglende procedurekode ZZ1500.

Eksklusion: Ingen.

Udviklingsmål: Ikke fastsat

Indikator 1A Tid (i dage) fra start af udredning (1. kontakt) til diagnosesamtale

	Udviklingsmål opnået	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		Antal	antal (%)	01.01.2025 - 31.12.2025 Median	IQR	2024 Median	2023 Median
Danmark	11.538	249 (2)	60	(21-99)	64	76	
Hovedstaden	4.390	4 (0)	55	(35-89)	59		
Sjælland	1.255	1 (0)	79	(0-134)	77		
Syddanmark	3.201	77 (2)	48	(0-92)	55	58	
Midtjylland	1.564	110 (7)	89	(47-154)	91	105	
Nordjylland	1.128	57 (5)	63	(15-87)	61	57	
Hovedstaden	4.390	4 (0)	55	(35-89)	59		
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	547	1 (0)	83	(55-98)	51		
Herlev-Gentofte Hospital	880	1 (0)	62	(43-98)	120		
Nordsjællands Hospitaler	987	1 (0)	85	(58-129)	67		
Rigshospitalet, Blegdamsvej	1.836	1 (0)	39	(27-52)	47		
Rigshospitalet, Bornholm	140	0 (0)	87	(65-114)	84		
Sjælland	1.255	1 (0)	79	(0-134)	77		
PKØ Distriktpspsyk. Amb.	8	0 (0)	0	(0-145)	22		
ROS Neurologisk	#	0 (0)	76	(76-76)	75		
Regionalt videnscenter for demens	451	1 (0)	119	(69-173)	118		
Roskilde Ældrepsykiatri	15	0 (0)	49	(29-92)	56		
SUH Nykøbing F Sygehus	164	0 (0)	67	(0-136)	58		
Slagelse Sygehus	616	0 (0)	50	(0-98)	43		
Syddanmark	3.201	77 (2)	48	(0-92)	55	58	
Friklinikken Region Syddanmark	162	4 (2)	35	(7-64)	21	34	
OUH Demensklinikken	948	26 (3)	50	(0-121)	29	79	
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	21	3 (13)	0	(0-1)	0	7	
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	8	2 (20)	0	(0-23)	53	14	

Udviklingsmål opnået	Antal	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
		antal (%)	01.01.2025 - 31.12.2025 Median	IQR	2024 Median	2023 Median
SHS Demensklíník (Aabenraa)	250	10 (4)	21	(0-72)		
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	301	0 (0)	0	(0-56)	51	100
SLB Demensklíník Lillebælt	624	10 (2)	51	(0-91)	0	0
SLB Ældresygdomme (Kolding)	241	2 (1)	56	(35-98)	60	80
SVS Demensklíník Sydvestjylland	646	20 (3)	66	(0-89)	85	84
Midtjylland	1.564	110 (7)	89	(47-154)	91	105
AUH Geriatrik team	54	0 (0)	31	(12-62)	48	76
AUH Neurologisk klíník	662	26 (4)	79	(53-127)	85	87
AUH Psykiatrien	27	10 (27)	132	(75-196)	112	141
RHG Hukommelsesklíník	184	15 (8)	181	(112-260)	106	115
RHG Klíník for Ældresygdomme	124	0 (0)	0	(0-60)	40	51
Regionshospitalet Horsens Ældre		31 (100)				
Regionshospitalet Randers	29	2 (6)	38	(20-49)	35	46
Regionshospitalet Viborg	371	23 (6)	128	(70-242)	190	227
Regionspsykiatrien Gødstrup	7	0 (0)	0	(0-111)	8	
Regionspsykiatrien Horsens	41	1 (2)	60	(33-83)	55	61
Regionspsykiatrien Midt	61	1 (2)	77	(49-112)	54	49
Regionspsykiatrien Randers	4	1 (20)	0	(0-0)	108	36
Nordjylland	1.128	57 (5)	63	(15-87)	61	57
Aalborg UH, Demensenheden	1.128	57 (5)	63	(15-87)	61	57

Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Uoplyst: 1. kontakt er ikke fundet pga. manglende ZZ1500-føløb i LPR	249	4	1	77	110	57

Kommentar til Indikator 1A

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser udredningstiden i dage fra 1. kontakt med udredende enhed, til diagnosesamtalen finder sted. En relativt kort udredningstid er afgørende for patient og pårørende af flere årsager: 1) Om der er tale om et kognitivt svigt, 2) For at udelukke andre årsager end demens til de kognitive symptomer (pseudodemens), 3) For at kunne tilbyde anti-demens medicin eller anden non-farmakologisk behandling, 4) For at patienten og pårørende kan få vished om årsag til symptomer samt 5) For at kunne iværksætte rådgivning og støttende foranstaltninger til patient og pårørende.

Datoen for kontaktstart er hentet fra LPR fra forløb registreret som demensudredning (Procedurekode ZZ1500).

Fra og med 2024 ekskluderes patienter, der døde før diagnosesamtale, ikke fra analysen, og dato for død bruges i stedet for dato for diagnosesamtale.

Derudover er det fra 2024 udelukkende patienter med procedurekoden ZZ1500 fra neurologisk, psykiatrisk eller geriatrisk speciale, der er inkluderet.

Resultater

På landsplan indgik 11.538 udredningsforløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der var 249 (2 %), hvor henvisningsdatoen ikke kunne identificeres i LPR og datakompletheden er således på 98 %. Uoplyste (2 %) skyldtes i alle tilfælde, at det ikke var muligt at finde en dato for henvisning til demensudredning i LPR. For 1 afdeling i region Midtjylland (Regionshospitalet i Horsens) var samtlige patienter uoplyste (n=31), da afdelingen indrapporterer til LPR på en anden SOR-kode end den der indberettes webservice data på. Der er rettet henvendelse til Region Midtjylland ift. at få korrigeret dette, så der er overensstemmelse mellem webservice- og LPR-indberetninger.

Der er ikke fastsat et udviklingsmål for denne indikator. På landsplan var medianværdien for udredningstid 60 dage med en IQR på 21-99 dage, hvilket er et lille fald ift. de seneste to års resultater på hhv. 64 (2024) og 76 dage (2023). Den interregionale variation er på niveau med sidste år; i Syddanmark var den mediane udredningstid 48 dage, hvorimod i Midtjylland var udredningstiden på 89 dage.

Blandt afdelinger med mere end 10 udredningsforløb varierede den mediane udredningstid mellem 0 (PSY Gerontopsyk., Fredericia, SHS Hjerne- og Nervesygdomme) og 181 dage (RHG Hukommelseskliniken).

Den supplerende opgørelse, tabel A1.4 (appendiks 1) viser andelen af patienter med en udredningstid fra 1. kontakt til diagnosesamtale på hhv. 0 dage, 1-60 dage og > 60 dage. I 2025 var landsmedianen 60 dage, så opgørelsen viser, hvor stor en andel, der er udredt på hhv. kortere og længere tid end landsmedianen.

Det ser ud til, at der er en sammenhæng mellem kort udredningstid og i hvor høj grad der anvendes supplerende parakliniske undersøgelser (indikator 8), og indikator 2B (Neuropsykologisk undersøgelse). På landsplan var udredningstiden 0 dage for 22,3 % af demensudredningerne. Især i Region Syddanmark (37,4 %) og Region Sjælland (33,2 %) blev en større andel udredt på 0 dage. Udredningstiden på landsplan var mellem 1 og 60 dage for 27,8 %, og for 49,9 % varede udredningen fra 1. kontakt til diagnosesamtale mere end 60 dage. Region Midtjylland havde den største andel af udredninger (67,1 %), der varede længere tid end landsmedianen på 60 dage.

Diskussion og implikationer

Tidspunkt for diagnosesamtale er defineret som tidspunktet, hvor patienten informeres om det samlede udredningsforløb inkl. resultaterne af de supplerende undersøgelser, dvs. tidspunktet hvor der stilles en sandsynlig ætiologisk diagnose.

Udredningstiden er i høj grad afhængig af, dels i hvor høj grad man vurderer, at der kan stilles en sygdomsspecifik demensdiagnose uden supplerende paraklinik, dels eventuelle flaskehalse i adgang til supplerende billeddiagnostiske undersøgelser, spinalvæske-undersøgelser og NPU. Anvendelse af paraklinik for at øge den diagnostiske sikkerhed vil alt andet lige forlænge udredningstiden, men også øge sikkerheden for at den ætiologiske diagnose er sandsynlig, hvilket er vigtigt i forhold til om evt. medicinsk behandling kan tilbydes, undgå multifarmaci hvor behandling ikke er indiceret samt at tilbyde de anbefalede psykosociale indsatser i forhold til diagnose. En længere udredningstid kan imidlertid også være afhængig af organiseringen i udredningsenhederne, f.eks. om første kontakt er lægefaglig eller ej.

Der ses en stor variation i varighed af udredningen (udredningstiden) både intraregionalt og interregionalt. Hvis man ser på udredningstiden i forhold til anvendelse af parakliniske undersøgelser (indikator 8) og neuropsykologiske undersøgelser (indikator 2B) tegner der sig en sammenhæng mellem anvendelse af supplerende undersøgelser og varighed af udredningen.

Styregruppen er bekymret over, at der fortsat er enheder, også større, hvor man i høj grad ser sig i stand til at stille en ætiologisk diagnose i næsten 100 % af forløbene med lav anvendelse af neuropsykologiske undersøgelser og parakliniske undersøgelser. I de regioner hvor anvendelse af neuropsykologisk undersøgelse er lav kan styregruppen være bekymret for om milde kognitive symptomer diagnosticeres med tilstrækkelig sikkerhed.

God kvalitet i udredningen indebærer, at det er muligt at gennemføre et udredningsforløb med det nødvendige antal supplerende undersøgelser foretaget i et kort tidsrum. Der er sket et fald i udredningstiden i 3/5 regioner, hvilket tyder på, at der er fokus på at optimere udredningsforløbene, herunder optimere mulighederne for de parakliniske undersøgelser. Af indikator 8 ses, at anvendelse af parakliniske undersøgelser i det væsentlige er på samme niveau som i 2023. Styregruppen tolker det således, at forløbene er blevet optimeret, men også at niveauet er ret stationært, selv om udviklingsmålet ikke er nået. De regioner som har nået udviklingsmålet, bevarer det, hvorimod de 2/3 regioner som ikke har nået udviklingsniveauet ikke er ændret væsentligt, hvilket kunne tyde på manglende opmærksomhed på at iværksætte tiltage så udviklingen fortsætter i positiv retning. Anvendelse af supplerende undersøgelser lader til at det påvirker udredningstiden i negativ retning, det vil sige med længere udredningstid, men dermed også en større sandsynlighed for at den ætiologiske diagnose er korrekt. En meget lang udredningstid er ikke hensigtsmæssig, men kan være udtryk for mange forskellige forhold. Det kan være begrundet i lang ventetid på supplerende undersøgelser såsom NPU, strukturel eller funktionel scanning, lumbalpunktur med undersøgelse af demensmarkører etc. For mennesker med svækket kognition kan det være udfordrende at blive omvisiteret til f.eks. scanning i en privat enhed, og valg af udredning i forhold til fritvalgsordning kan medføre at formentlig en mindre del ikke ønsker ekstra undersøgelser selv om de tilbydes pga. lang afstand til udredningsstedet, og evt. genhenvises til hjemudredningssted til ny udredning. Aflysninger og udsættelse af undersøgelser på patientens eller pårørendes foranledning, evt. fordi en pårørende ikke har mulighed for at deltage den pågældende dag, påvirker også udredningstiden. Ligesom aftaler kan glemmes, især blandt patienter med et spinkelt netværk. Det kan også være at patienten, som er henvist så tidligt, at en afklaring klinisk set ikke giver mening, f.eks. i forbindelse med blodprop eller blødning i hjernen, hjertestop, infektioner eller anden somatisk sygdom, alkoholmisbrug (evt. kompliceret med delirium), depression eller efter traumer. I disse tilfælde kan der være behov for en yderligere observationsperiode ift. stillingtagen til videre udredning, og dermed vil udredningstiden forlænges.

Anbefalinger

Styregruppen er bekymret over at udredningstiden generelt er lang og opfordrer til at der målrettet arbejdes videre med at optimere patientforløb samt identificere eventuelle flaskehalse.

Styregruppen kan være bekymret for, om patienter tilbydes en ensartet kvalitet i demensudredning uafhængig af bopæl. Styregruppen opfordrer udredningsenheder med kort udredningstid og lav brug af parakliniske undersøgelser og neuropsykologiske undersøgelser til at gennemgå patientforløb mhp., om der foreligger en tilstrækkelig udredning til at man med tilpas sikkerhed kan stille en sikker diagnose.

Styregruppen opfordrer enheder med meget lang udredningstid til at se på, om der kan identificeres indsatsområder, f.eks. om der er arbejdsgange, som kan identificeres og optimeres eller om det drejer sig om kapacitetsudfordringer i udredningsenheden - så som mangel på personale eller økonomi.

Styregruppen opfordrer ligeledes udredningsenhederne til at sikre, at tidspunkt for diagnosesamtalen indberettes korrekt - dvs. på det tidspunkt, hvor diagnosesamtalen foregår og hvor samtlige resultater af de supplerende undersøgelser, som er fundet indiceret, foreligger.

Supplerende indikator 1B Tid fra 1. kontakt til diagnosesamtale under 60 dage

Definition: Opgørelsen andelen af demensudredningsforløb med en tid fra 1. kontakt med den udredende afdeling til diagnosesamtalen på under 60 dage.

Nævner: Alle patienter, der har gennemgået mindst et demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.
OG
Udredningsforløbet er identificeret i LPR med procedurekode ZZ1500.

Tæller: Patienter i nævneren, hvor tiden fra 1. kontakt (LPR) til diagnosesamtaledato (KIP- eller webservicebaserede data) er mindre end 60 dage.

Uoplyst: Henvisningsdato er ikke fundet i LPR pga. manglende procedurekode ZZ1500.

Eksklusion: Ingen

Udviklingsmål: Ikke fastsat

Supplerende indikator 1B Andel af alle demensudredningsforløb med en tid fra 1. kontakt til diagnosesamtale på under 60 dage

	Udviklingsmål opnået	Tæller/nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2025 - 31.12.2025 Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
Danmark	5.777 / 11.538	249 (2)	50	(49-51)	47	41	
Hovedstaden	2.415 / 4.390	4 (0)	55	(54-56)	51		
Sjælland	520 / 1.255	1 (0)	41	(39-44)	43		
Syddanmark	1.803 / 3.201	77 (2)	56	(55-58)	53	51	
Midtjylland	514 / 1.564	110 (7)	33	(31-35)	29	27	
Nordjylland	525 / 1.128	57 (5)	47	(44-50)	50	53	
Hovedstaden	2.415 / 4.390	4 (0)	55	(54-56)	51		
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	160 / 547	1 (0)	29	(25-33)	65		
Herlev-Gentofte Hospital	430 / 880	1 (0)	49	(46-52)	17		
Nordsjællands Hospitaler	263 / 987	1 (0)	27	(24-30)	45		
Rigshospitalet, Blegdamsvej	1.534 / 1.836	1 (0)	84	(82-85)	74		
Rigshospitalet, Bornholm	28 / 140	0 (0)	20	(14-28)	25		
Sjælland	520 / 1.255	1 (0)	41	(39-44)	43		
PKØ Distriktpspsyk. Amb.	5 / 8	0 (0)	63	(24-91)	75		
ROS Neurologisk	##	0 (0)	0	(0-98)	25		
Regionalt videnscenter for demens	101 / 451	1 (0)	22	(19-27)	27		
Roskilde Ældrepsykiatri	9 / 15	0 (0)	60	(32-84)	70		
SUH Nykøbing F Sygehus	78 / 164	0 (0)	48	(40-55)	50		
Slagelse Sygehus	327 / 616	0 (0)	53	(49-57)	56		
Syddanmark	1.803 / 3.201	77 (2)	56	(55-58)	53	51	
Friklinikken Region Syddanmark	119 / 162	4 (2)	73	(66-80)	86	78	
OUH Demensklubben	504 / 948	26 (3)	53	(50-56)	54	44	
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	16 / 21	3 (13)	76	(53-92)	95	65	
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	7 / 8	2 (20)	88	(47-100)	56	60	

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2025 - 31.12.2025 Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
SHS Demensklíník (Aabenraa)	174 / 250	10 (4)	70	(63-75)		
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	230 / 301	0 (0)	76	(71-81)	56	25
SLB Demensklíník Lillebælt	332 / 624	10 (2)	53	(49-57)	69	100
SLB Ældresygdomme (Kolding)	132 / 241	2 (1)	55	(48-61)	51	38
SVS Demensklíník Sydvestjylland	289 / 646	20 (3)	45	(41-49)	29	35
Midtjylland	514 / 1.564	110 (7)	33	(31-35)	29	27
AUH Geriatrik team	38 / 54	0 (0)	70	(56-82)	60	39
AUH Neurologisk klíník	205 / 662	26 (4)	31	(27-35)	26	26
AUH Psykiatrien	4 / 27	10 (27)	15	(4-34)	20	35
RHG Hukommelsesklíníken	18 / 184	15 (8)	10	(6-15)	25	25
RHG Klíník for Ældresygdomme	93 / 124	0 (0)	75	(66-82)	63	59
Regionshospitalet Horsens Ældre	0 / 0	31 (100)				
Regionshospitalet Randers	25 / 29	2 (6)	86	(68-96)	80	58
Regionshospitalet Viborg	81 / 371	23 (6)	22	(18-26)	14	10
Regionspsykiatrien Gødstrup	4 / 7	0 (0)	57	(18-90)	82	
Regionspsykiatrien Horsens	21 / 41	1 (2)	51	(35-67)	63	48
Regionspsykiatrien Midt	21 / 61	1 (2)	34	(23-48)	62	59
Regionspsykiatrien Randers	4 / 4	1 (20)	100	(40-100)	33	64
Nordjylland	525 / 1.128	57 (5)	47	(44-50)	50	53
Aalborg UH, Demensenheden	525 / 1.128	57 (5)	47	(44-50)	50	53

Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Uoplyst: 1. kontakt er ikke fundet pga. manglende ZZ1500-føløb i LPR	249	4	1	77	110	57

Kommentar til Indikator 1B

Datagrundlag og beregningsregler

Indikatoren er ny, og foreløbig med som supplerende indikator. Opgørelsen viser andelen af udredningsforløb med tid fra 1. kontakt med udredende enhed, til diagnosesamtalen finder sted på under 60 dage.

En relativt kort udredningstid er afgørende for patient og pårørende af flere årsager: 1) Om der er tale om et kognitivt svigt, 2) For at udelukke andre årsager end demens til de kognitive symptomer (pseudodemens), 3) For at kunne tilbyde anti-demens medicin eller anden non-farmakologisk behandling herunder psykosociale indsatser, 4) For at patienten og pårørende kan få vished om årsag til symptomer samt 5) For at kunne iværksætte rådgivning og støttende foranstaltninger til patient og pårørende.

Datoen for kontaktstart er hentet fra LPR fra forløb registreret som demensudredning (Procedurekode ZZ1500).

Fra og med 2024 ekskluderes patienter, der døde før diagnosesamtale, ikke fra analysen, og dato for død bruges i stedet for dato for diagnosesamtale.

Desforuden er det fra 2024 udelukkende patienter med procedurekoden ZZ1500 fra neurologisk, psykiatrisk eller geriatrisk speciale, der er inkluderet.

Resultater

På landsplan indgik 11.538 udredningsforløb med komplette data i opgørelsen. Der var 249 (2 %), hvor henvisningsdatoen ikke kunne identificeres i LPR og datakompletheden er således på 98 %. Uoplyste (2 %) skyldtes i de fleste tilfælde, at det ikke var muligt at finde en dato for henvisning til demensudredning i LPR. For 1 afdeling i region Midtjylland (Regionshospitalet i Horsens) var samtlige patienter uoplyste (n=31), da afdelingen indrapporterer til LPR på en anden SOR-kode end den der indberettes webservice data på. Der er rettet henvendelse til Region Midtjylland ift. at få korrigeret dette, så der er overensstemmelse mellem webservice- og LPR-indberetninger.

Tidligere års resultater er medtaget til orientering både i tabel og trendgrafer, men bør læses med tanke på, at de ikke tidligere har været opgjort som supplerende indikator eller indikator.

Der er ikke fastsat et udviklingsmål for denne supplerende indikator. På landsplan var andelen med en udredningstid fra 1. kontakt til diagnosesamtale under 60 dage 50 % (95 % SI: 49-51 %). Regionalt varierede andelen mellem 33 % i Region Midtjylland og 56 % i Region Syddanmark.

Intraregionalt var variationen størst i Region Midtjylland med andele fra 10 % på RHG Hukommelsesklinikken til 86 % på Regionshospitalet Randers, mens Region Syddanmark havde mindst variation (frasat Region Nordjylland) med andele mellem 45 og 76 % på enheder med mindst 10 demensudredninger.

Indikator 1, 1A, 1B, samt Tabel A1.3 og deres tidsmæssige placeringer ift. hinanden er vist i Figur A1.1 (Appendiks 1). I Tabel A1.3 (Appendiks 1) er tiden fra henvisning til første kontakt opgjort; på landsplan var den mediane ventetid 69 dage (IQR 42-107 dage) og med stor variation mellem regionerne svarende til 60-133 dage. Region Sjælland, Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland har opnået en kortere ventetid i 2025 ift. 2024, hvorimod det er gået den modsatte vej i Region Hovedstaden, hvor ventetiden er steget fra 46 dage i 2024 til 63 dage i 2025.

Diskussion og implikationer

Indikator 1B som viser den andel hvor der kan stilles en sandsynlig ætiologisk diagnose <60 dage fra første besøg, og som derfor er uafhængig af ventetiden til første besøg. Hos mennesker med demens vil det ofte være nødvendigt med en pårørende som ledsager – og derfor kræver det i højere grad planlægning i forhold til evt. supplerende undersøgelser.

Udredningstiden er i høj grad afhængig af, dels i hvor høj grad man vurderer, at der kan stilles en sygdomsspecifik demens diagnose uden supplerende paraklinik, dels eventuelle flaskehalse i adgang til supplerende billeddiagnostiske undersøgelser, spinalvæske-undersøgelser og NPU. Anvendelse af paraklinik for at øge den diagnostiske sikkerhed vil alt andet lige forlænge udredningstiden. Idet en længere udredningstid er afhængig af organiseringen i udredningsenhederne, herunder om kontakt er lægefaglig eller ej, men også i hvor høj grad der er adgang til eller om man finder det nødvendigt med supplerende undersøgelser.

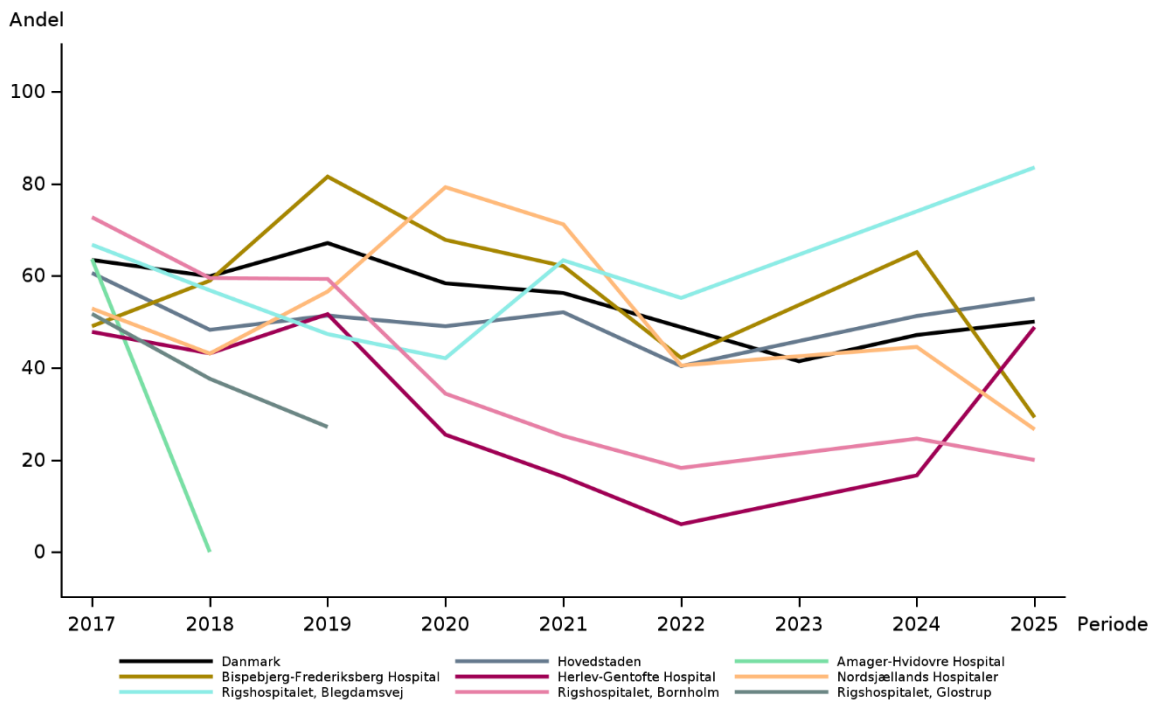
Det er ikke hensigtsmæssigt at en udredning trækker ud af ikke faglige begrundelser, herunder ventetid til supplerende undersøgelser, omvendt kan en meget kort udredningstid være udtryk for at sikkerheden omkring diagnosen ikke er tilstrækkelig høj – og/eller at man ikke har tilstrækkelig kapacitet til supplerende undersøgelser. En længere udredningstid kan være afhængig af om patienten er henvist så tidligt, at en afklaring klinisk set ikke giver mening, f.eks. i forbindelse med blodprop eller blødning i hjernen, hjertestop, infektioner eller anden somatisk sygdom, alkoholmisbrug (evt. kompliceret med delirium), depression eller efter traumer. I de tilfælde kan der være behov for en yderligere observationsperiode ift. stillingtagen til videre udredning, og dermed vil udredningstiden forlænges.

Anbefalinger

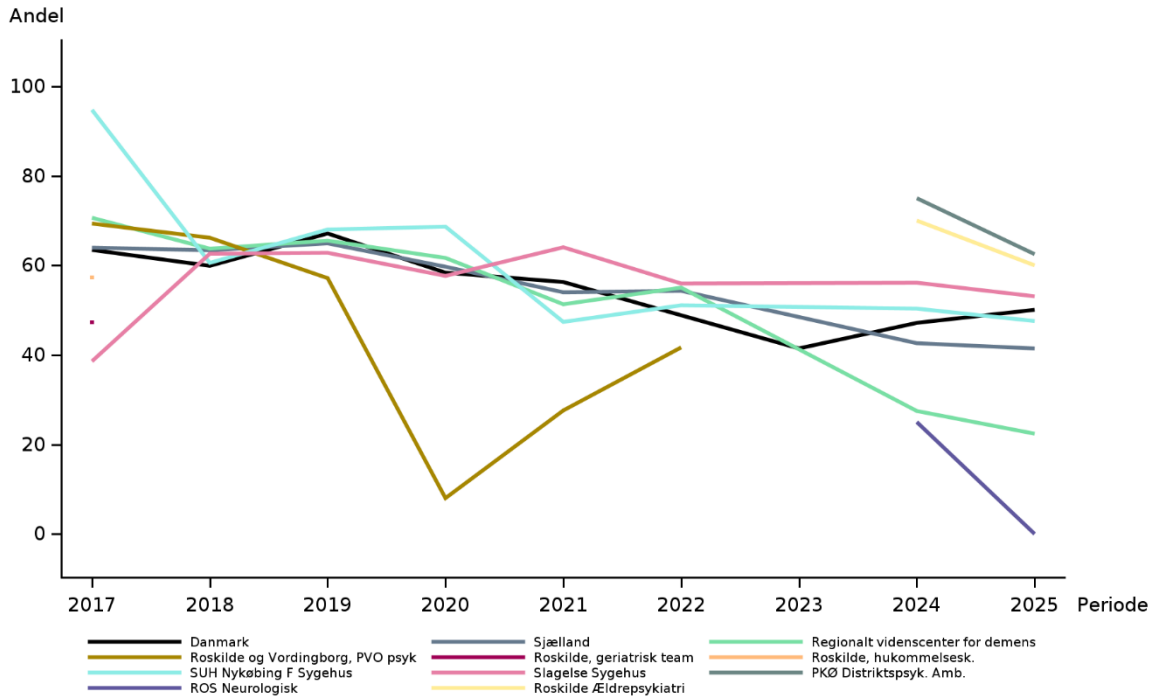
Styregruppen vurderer, at det fagligt er muligt at gennemføre et udredningsforløb < 60 dage selv om der er behov for eventuelle supplerende undersøgelser, hvis der i øvrigt er adgang til supplerende parakliniske undersøgelser og neuropsykologisk undersøgelse i tilstrækkeligt omfang og med den nødvendige kapacitet i udredningsenheden. Styregruppen anbefaler at udredningsenhederne er opmærksomme på at opretholde høj kvalitet frem for blot at se på udredningstiden.

Indikator 1B vil være en officiel indikator fra 2026.

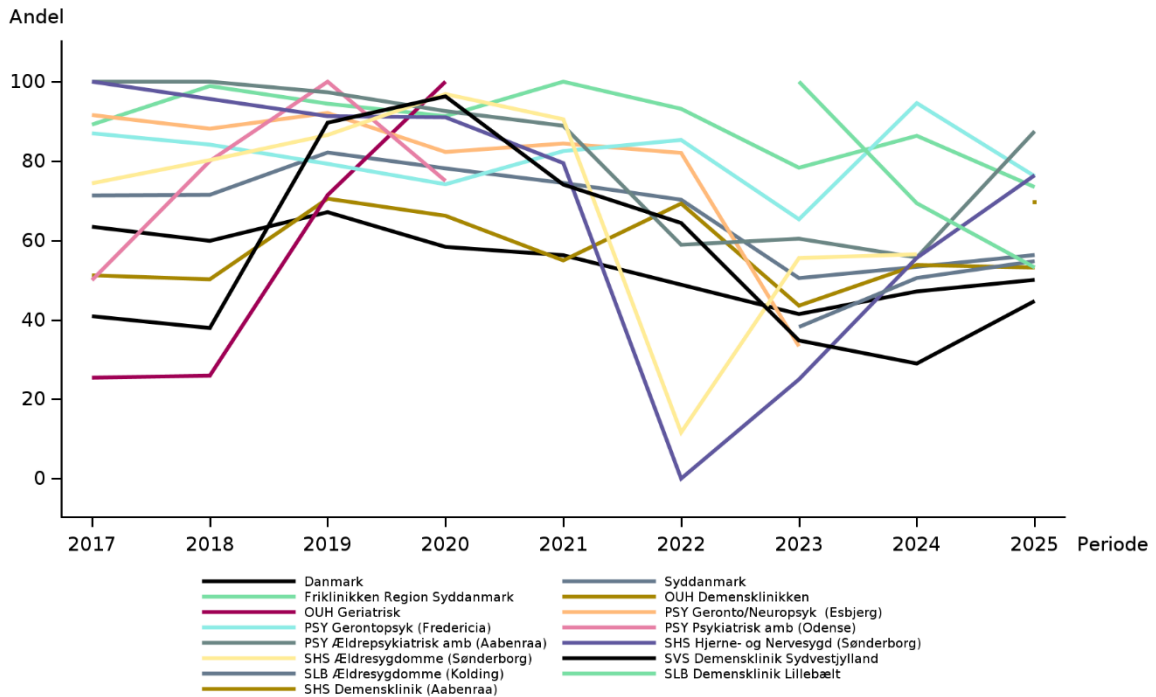
Trendgraf: Indikator 1B, resultater for Region Hovedstaden over tid

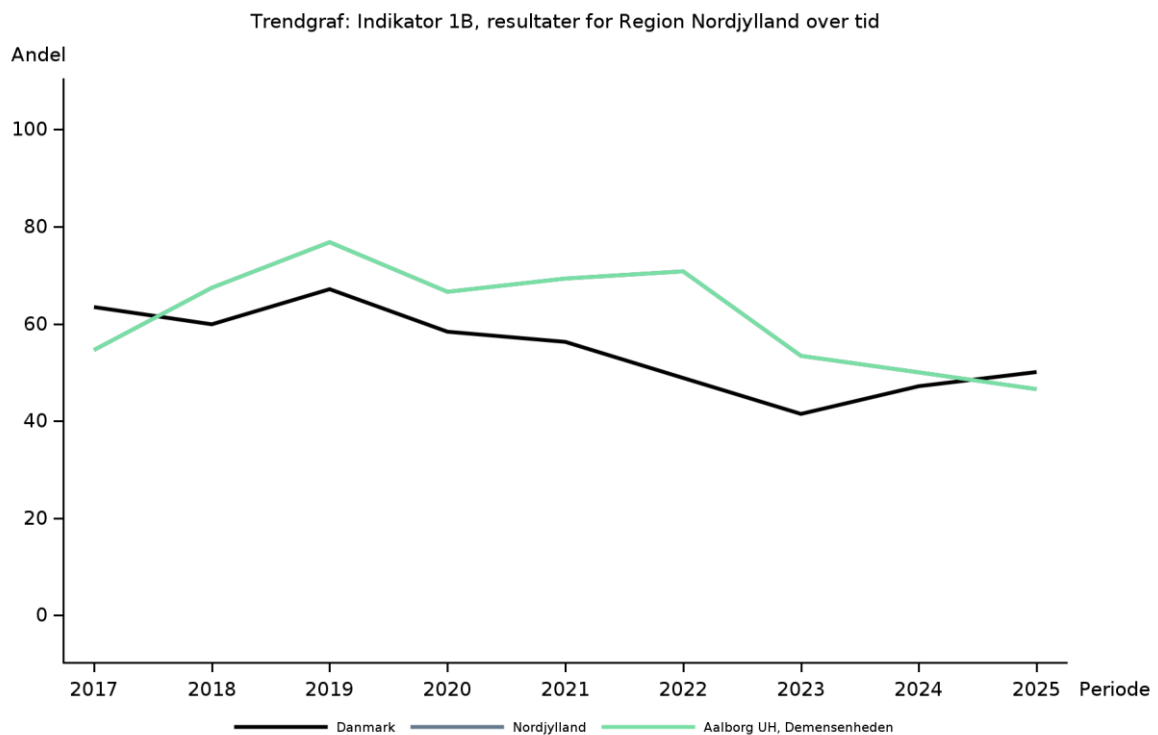
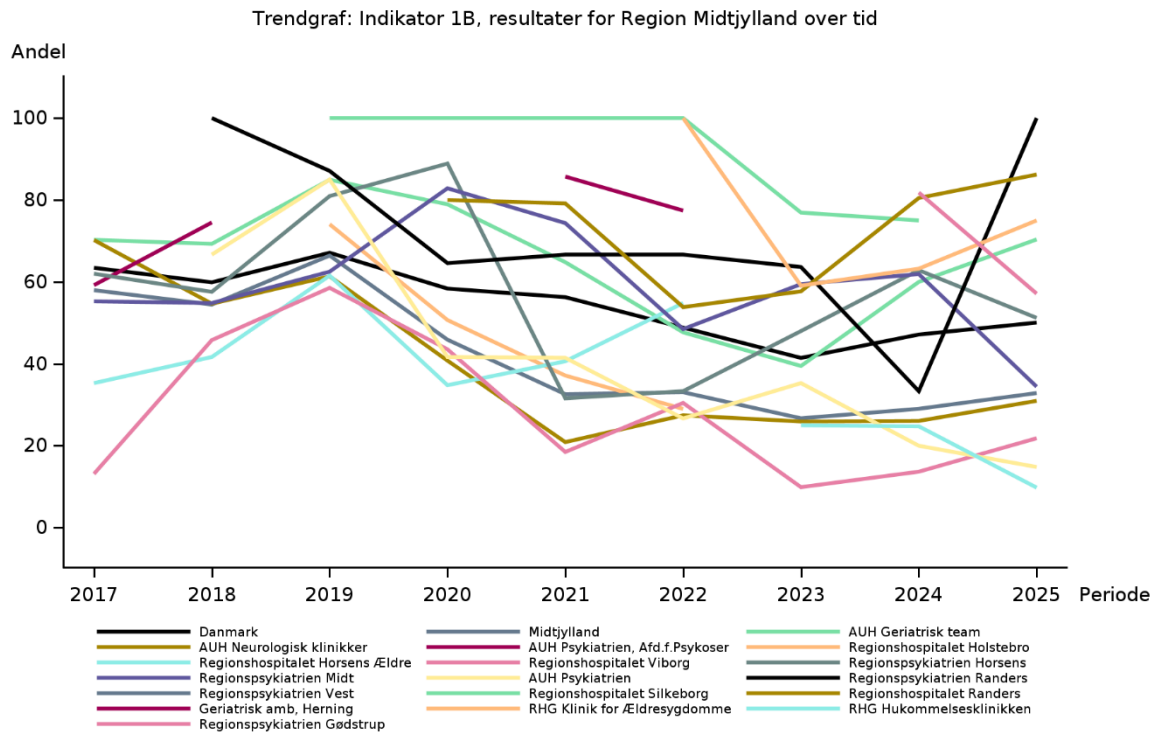


Trendgraf: Indikator 1B, resultater for Region Sjælland over tid



Trendgraf: Indikator 1B, resultater for Region Syddanmark over tid





Indikator 2 Kort kognitiv test

- Definition:** Andel af alle demensudredningsforløb, hvor patienten fik foretaget kognitiv test i demens udredningsenhed.
- Nævner:** Alle patienter, der har gennemgået mindst et demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.
- Tæller:** Patienter i nævneren, der har fået foretaget mindst én af følgende kognitive test:
- Mini mental status examination (MMSE)
 - Addenbrooke’s Cognitive Examination (ACE)
 - Brief Assessment of Impaired Cognition (BASIC)
 - Cambridge Cognitive Examination (CAMcog)
 - The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
 - Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)
 - Multicultural Cognitive Examination (MCE)
 - Udvidet neuropsykologisk undersøgelse (NPU)
- ELLER
- Patienter der har Downs Syndrom eller andet udviklingshandicap og hvor mindst én af følgende test er anvendt:
- Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities (DSQIID)
 - Trinvold
- Uoplyst:** Ingen
- Eksklusion:** Ingen
- Udviklingsmål:** > 90 %

Indikator 2 Kort kognitiv test

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 90% opnået	Tæller/nævner	01.01.2025 - 31.12.2025 Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
Danmark	Ja	11.559 / 11.787	98	(98-98)	98	99
Hovedstaden	Ja	4.256 / 4.394	97	(96-97)	97	
Sjælland	Ja	1.219 / 1.256	97	(96-98)	97	
Syddanmark	Ja	3.246 / 3.278	99	(99-99)	99	98
Midtjylland	Ja	1.660 / 1.674	99	(99-100)	99	99
Nordjylland	Ja	1.178 / 1.185	99	(99-100)	99	99
Hovedstaden	Ja	4.256 / 4.394	97	(96-97)	97	
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Ja	541 / 548	99	(97-99)	98	
Herlev-Gentofte Hospital	Ja	862 / 881	98	(97-99)	97	
Nordsjællands Hospitaler	Ja	982 / 988	99	(99-100)	100	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	1.731 / 1.837	94	(93-95)	95	
Rigshospitalet, Bornholm	Ja	140 / 140	100	(97-100)	100	
Sjælland	Ja	1.219 / 1.256	97	(96-98)	97	
PKØ Distriktpsych. Amb.	Nej	###	25	(3-65)	0	
ROS Neurologisk	Ja	###	100	(3-100)	100	
Regionalt videnscenter for demens	Ja	445 / 452	98	(97-99)	99	

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 90%	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået		Andel	95% CI	Andel	Andel
Roskilde Ældrepsykiatri	Nej	3 / 15	20	(4-48)	5	
SUH Nykøbing F Sygehus	Ja	161 / 164	98	(95-100)	98	
Slagelse Sygehus	Ja	607 / 616	99	(97-99)	99	
Syddanmark	Ja	3.246 / 3.278	99	(99-99)	99	98
Frikliniken Region Syddanmark	Ja	163 / 166	98	(95-100)	100	100
OUH Demensklinikken	Ja	956 / 974	98	(97-99)	98	99
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Ja	22 / 24	92	(73-99)	95	99
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Nej	7 / 10	70	(35-93)	98	93
SHS Demensklinik (Aabenraa)	Ja	259 / 260	100	(98-100)		
SHS Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg)	Ja	300 / 301	100	(98-100)	100	100
SLB Demensklinik Lillebælt	Ja	634 / 634	100	(99-100)	99	100
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Ja	242 / 243	100	(98-100)	100	99
SVS Demensklinik Sydvestjylland	Ja	663 / 666	100	(99-100)	100	100
Midtjylland	Ja	1.660 / 1.674	99	(99-100)	99	99
AUH Geriatrik team	Ja	54 / 54	100	(93-100)	100	100
AUH Neurologisk klinikker	Ja	684 / 688	99	(99-100)	100	100
AUH Psykiatrien	Ja	36 / 37	97	(86-100)	98	90
RHG Hukommelsesklinikken	Ja	196 / 199	98	(96-100)	99	100
RHG Klinik for Ældresygdomme	Ja	122 / 124	98	(94-100)	100	100
Regionshospitalet Horsens Ældre	Ja	31 / 31	100	(89-100)	100	100
Regionshospitalet Randers	Ja	31 / 31	100	(89-100)	100	100
Regionshospitalet Viborg	Ja	391 / 394	99	(98-100)	100	100
Regionspsykiatrien Gødstrup	Nej	6 / 7	86	(42-100)	91	
Regionspsykiatrien Horsens	Ja	42 / 42	100	(92-100)	94	100
Regionspsykiatrien Midt	Ja	62 / 62	100	(94-100)	83	74
Regionspsykiatrien Randers	Ja	5 / 5	100	(48-100)	100	85
Nordjylland	Ja	1.178 / 1.185	99	(99-100)	99	99
Aalborg UH, Demensenheden	Ja	1.178 / 1.185	99	(99-100)	99	99

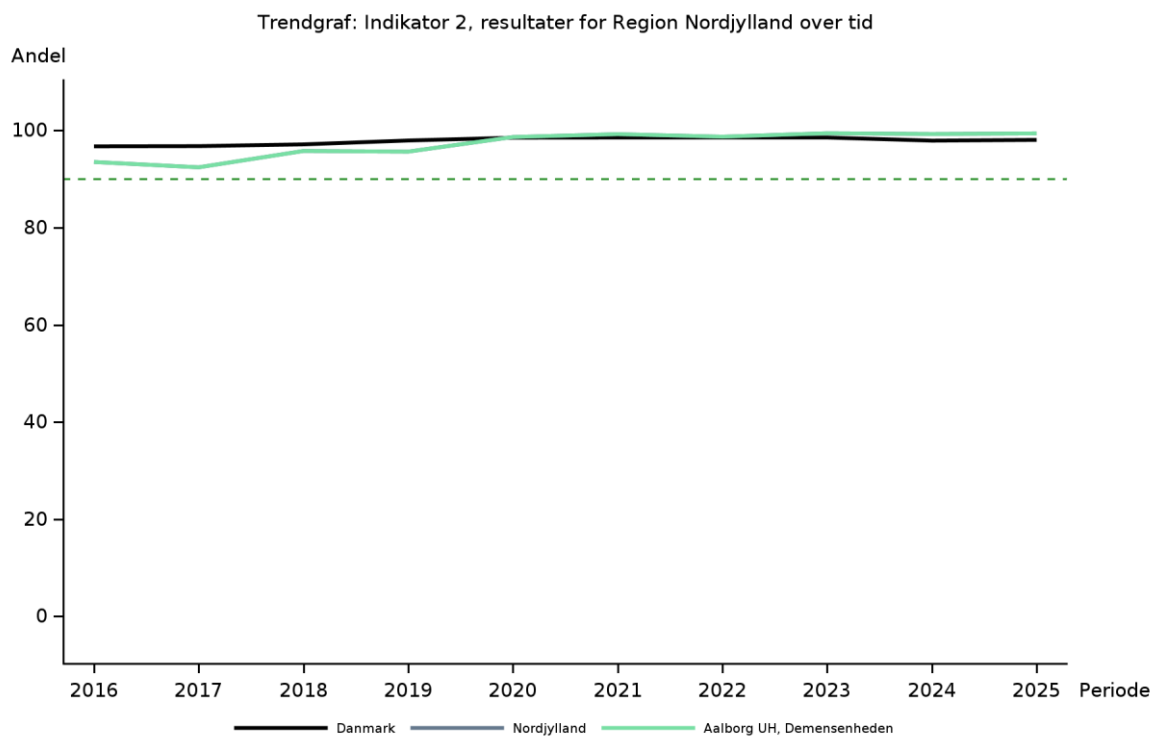
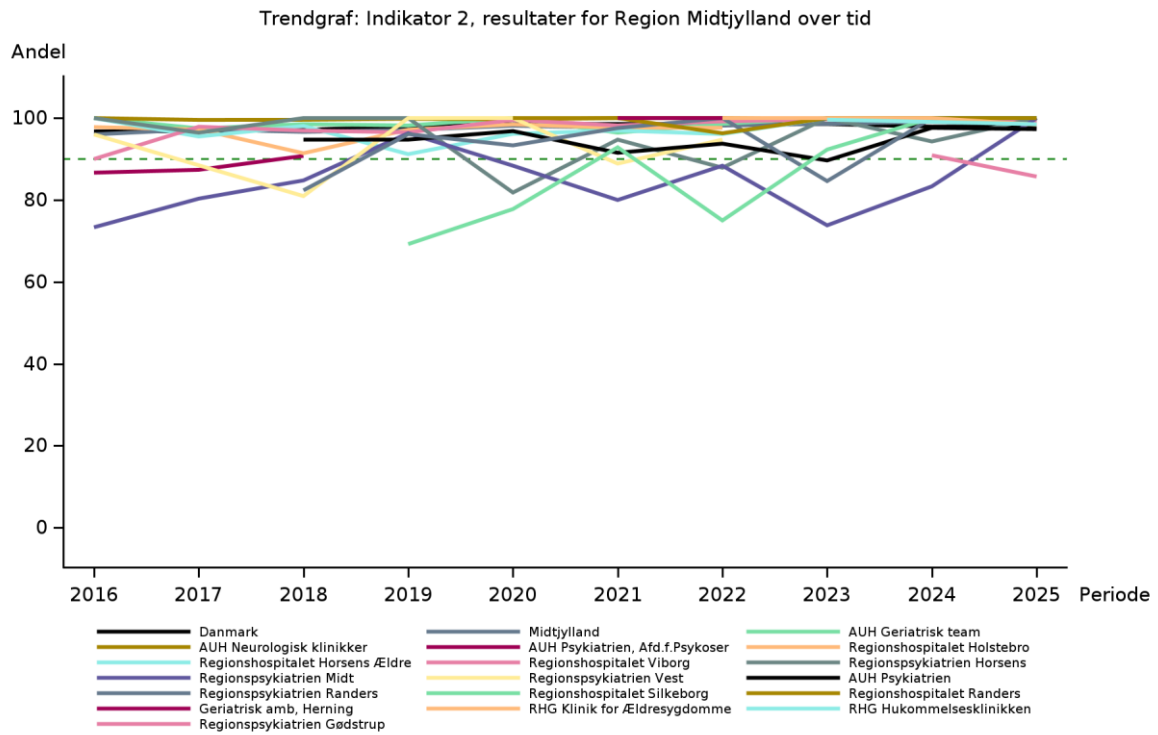
Kommentar til Indikator 2

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser andelen af udredte patienter, der har fået foretaget mindst én kognitiv test i en demensenhed. Vurdering af kognition ved kognitive tests er en grundlæggende forudsætning i udredning af demens, hvorfor indikatoren er vigtig.

Resultater

Fra og med 2024 indgår patienter, som har fået udført Trinvold eller DSQIID i tæller-kriteriet. Såvel interregionalt som på tværs af enheder er der en høj og ensartet kvalitet (trendgrafer). Region Hovedstaden, Sjælland (på nær to afdelinger), Syddanmark og Nordjylland har over tid haft en meget ensartet høj og kontinuerlig målopfyldelse. Region Midtjylland har på tværs af enheder haft en lidt større variation ift. målopfyldelsen over tid, om end den generelle kvalitet har været høj.



Indikator 2A Udvidet kognitiv test

Definition: Andel af demensudredningsforløb med patienter, der havde habituel kognitiv funktion/MCI/demens i let grad, som fik foretaget udvidet kognitiv test i demens udredningsenhed.

Nævner: Alle patienter, der har gennemgået mindst et demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.

OG

Patienter, hvis grad af kognitiv funktion er vurderet til at være én af følgende:

- Habituel kognitiv funktion
- Kognitivt svækket, men har ikke demens (MCI)
- Demens i let grad

Tæller: Patienter i nævneren, der har fået foretaget mindst én af følgende kognitive test:

- Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE)
- Cambridge Cognitive Examination (CAMcog)
- Multicultural Cognitive Examination (MCE)
- Udvidet neuropsykologisk undersøgelse (NPU)

Uoplyst: Ingen

Eksklusion: Patienter, der har Downs Syndrom eller andet udviklingshandicap og hvor mindst én af følgende test er anvendt:

- DSQIID
- Trinvold

ELLER

Patienter, hvis grad af kognitiv funktion er vurderet til at være én af følgende:

- Demens i moderat grad
- Demens i svær grad

Udviklingsmål: > 80 %

Indikator 2A Udvidet kognitiv test

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80%	Tæller/	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	6.621 / 7.032	94	(94-95)	94	97
Hovedstaden	Ja	2.639 / 2.890	91	(90-92)	92	
Sjælland	Ja	548 / 583	94	(92-96)	95	
Syddanmark	Ja	1.781 / 1.868	95	(94-96)	95	95
Midtjylland	Ja	876 / 906	97	(95-98)	96	96
Nordjylland	Ja	777 / 785	99	(98-100)	99	100
Hovedstaden	Ja	2.639 / 2.890	91	(90-92)	92	
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Ja	234 / 254	92	(88-95)	91	
Herlev-Gentofte Hospital	Ja	450 / 471	96	(93-97)	93	
Nordsjællands Hospitaler	Ja	698 / 706	99	(98-100)	99	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	1.166 / 1.365	85	(83-87)	89	
Rigshospitalet, Bornholm	Ja	91 / 94	97	(91-99)	99	
Sjælland	Ja	548 / 583	94	(92-96)	95	

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80%	Tæller/	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
PKØ Distriktpsych. Amb.	Nej	###	0	(0-84)	0	
ROS Neurologisk	Ja	###	100	(3-100)	100	
Regionalt videnscenter for demens	Ja	195 / 213	92	(87-95)	94	
Roskilde Ældrepsykiatri	Nej	0 / 8	0	(0-37)	0	
SUH Nykøbing F Sygehus	Ja	67 / 69	97	(90-100)	100	
Slagelse Sygehus	Ja	285 / 290	98	(96-99)	97	
Syddanmark	Ja	1.781 / 1.868	95	(94-96)	95	95
Friklinikken Region Syddanmark	Ja	92 / 94	98	(93-100)	100	100
OUH Demensklubben	Ja	567 / 575	99	(97-99)	97	97
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Nej	###	50	(1-99)	40	88
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Ja	3 / 3	100	(29-100)	96	94
SHS Demensklubben (Aabenraa)	Ja	162 / 182	89	(84-93)		
SHS Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg)	Ja	184 / 203	91	(86-94)	89	100
SLB Demensklubben Lillebælt	Ja	314 / 336	93	(90-96)	90	90
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Ja	94 / 99	95	(89-98)	99	97
SVS Demensklubben Sydvestjylland	Ja	364 / 374	97	(95-99)	98	96
Midtjylland	Ja	876 / 906	97	(95-98)	96	96
AUH Geriatrisk team	Ja	15 / 15	100	(78-100)	94	100
AUH Neurologisk klinikker	Ja	434 / 459	95	(92-96)	96	98
AUH Psykiatrien	Ja	12 / 12	100	(74-100)	91	73
RHG Hukommelsesklubben	Ja	90 / 92	98	(92-100)	95	92
RHG Klinik for Ældresygdomme	Ja	43 / 43	100	(92-100)	94	93
Regionshospitalet Horsens Ældre	Ja	10 / 10	100	(69-100)	100	100
Regionshospitalet Randers	Ja	3 / 3	100	(29-100)	100	100
Regionshospitalet Viborg	Ja	210 / 213	99	(96-100)	100	99
Regionspsykiatrien Gødstrup	Ja	###	100	(16-100)	100	
Regionspsykiatrien Horsens	Ja	29 / 29	100	(88-100)	95	95
Regionspsykiatrien Midt	Ja	25 / 25	100	(86-100)	93	100
Regionspsykiatrien Randers	Ja	3 / 3	100	(29-100)	88	44
Nordjylland	Ja	777 / 785	99	(98-100)	99	100
Aalborg UH, Demensenheden	Ja	777 / 785	99	(98-100)	99	100

Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion: Patienten har moderat til svær demens	4.724	1.490	672	1.409	763	390
Udført Trinvold/DSQIID test	31	14	1	1	5	10

Kommentar til Indikator 2A

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser andelen af patienter, der blev vurderet med habituel kognitiv funktion, MCI eller demens i let grad, og som havde fået foretaget en udvidet kognitiv test i en demensudredende enhed.

Lette kognitive symptomer kan ikke belyses i tilstrækkelig grad ved en kort kognitiv test som f.eks. MMSE og MoCA (indikator 2), hvorfor det er vigtigt, at der gennemføres udvidet kognitive test ved lette kognitive symptomer, herunder ved mistanke om MCI og demens i let grad. I 2025 er Multicultural Cognitive Examination (MCE) tilføjet som udvidet kognitiv test, så patienter, der har fået udført MCE opfylder indikatoren og indgår i tælleren. Udført RUDAS er fjernet som eksklusionskriterie.

Det er vigtigt at understrege, at en udvidet kognitiv test ikke er at sidestille med en NPU.

Da en NPU er en betydelig mere omfattende kognitiv undersøgelse end ACE, CAMCOG og MCE, har styregruppen besluttet at andelen, der får en foretaget en NPU i deres udredningsforløb, bliver opgjort som en selvstændig indikator (2B), men NPU indgår også i indikator 2A.

Resultater

På landsplan omfattede et demensudredningsforløb en udvidet kognitiv test i 94 % (95 % SI: 94-95 %) af forløbene, hvilket er på niveau med tidligere år. Udviklingsmålet på > 80 % er dermed opnået på landsplan og i alle regioner. Fælles for alle regioner er, at kvaliteten over tid er steget og er blevet mere og ensartet på tværs af enhederne (trendgrafer). Region Syddanmark og Midtjylland har fra 2017 til 2022 haft en stigende tendens i andelen, der fik foretaget en udvidet kognitiv test om end med store variationer mellem enhederne. Til gengæld er det meget positivt at observere, at den øgede kvalitet er fastholdt på et højt og ensartet niveau i perioden fra 2022-2025 i disse to regioners afdelinger.

Alle enheder med mindst 10 demensudredningsforløb levede op til udviklingsmålet i 2025.

Diskussion og implikationer

Indikator 2A, udvidet kognitiv test, har været en formel indikator fra 1. januar 2019. I hele perioden har der været en flot udvikling i indikatoren til et højt niveau, som fastholdes.

Anbefaling

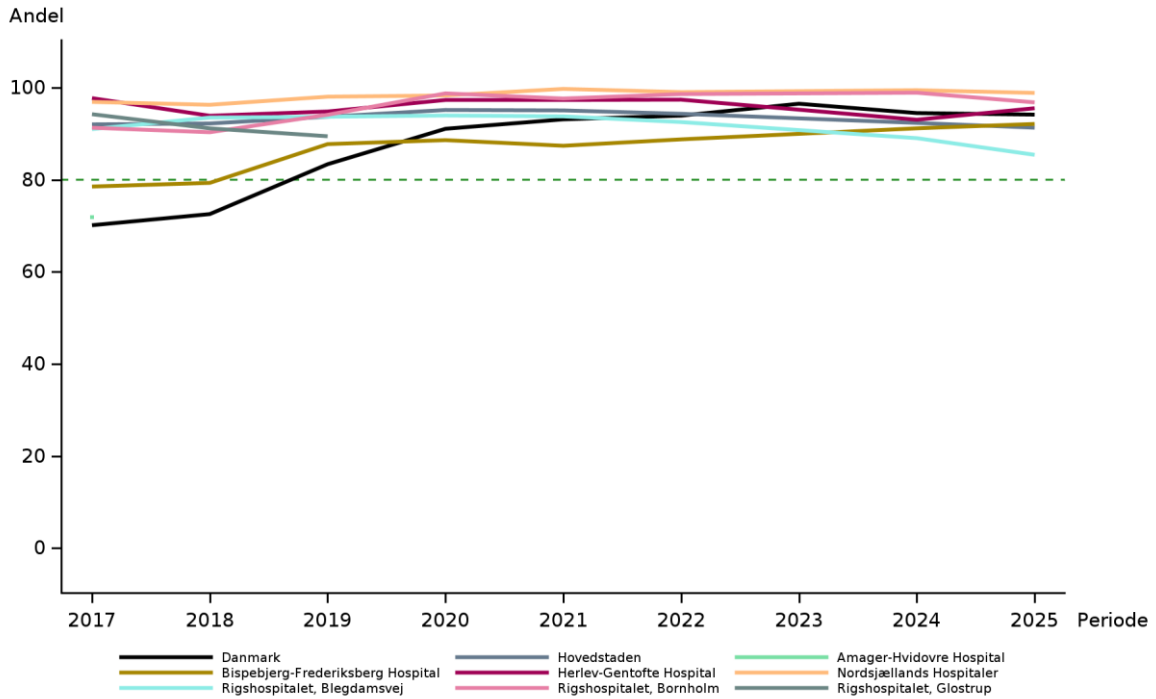
Udviklingsmålet hæves til 95 % fra 2026.

Styregruppen har besluttet at redskabet Multicultural Cognitive Examination (MCE) tilføjes listen af redskaber, der betragtes som udvidede kognitive tests. MCE er en udvidet kognitiv test som kulturuafhængigt eller tværkulturelt giver flere nuancerede oplysninger om det kognitive funktionsniveau end f.eks. RUDAS alene. Testen er et velegnet ved tværkulturel demensudredning.

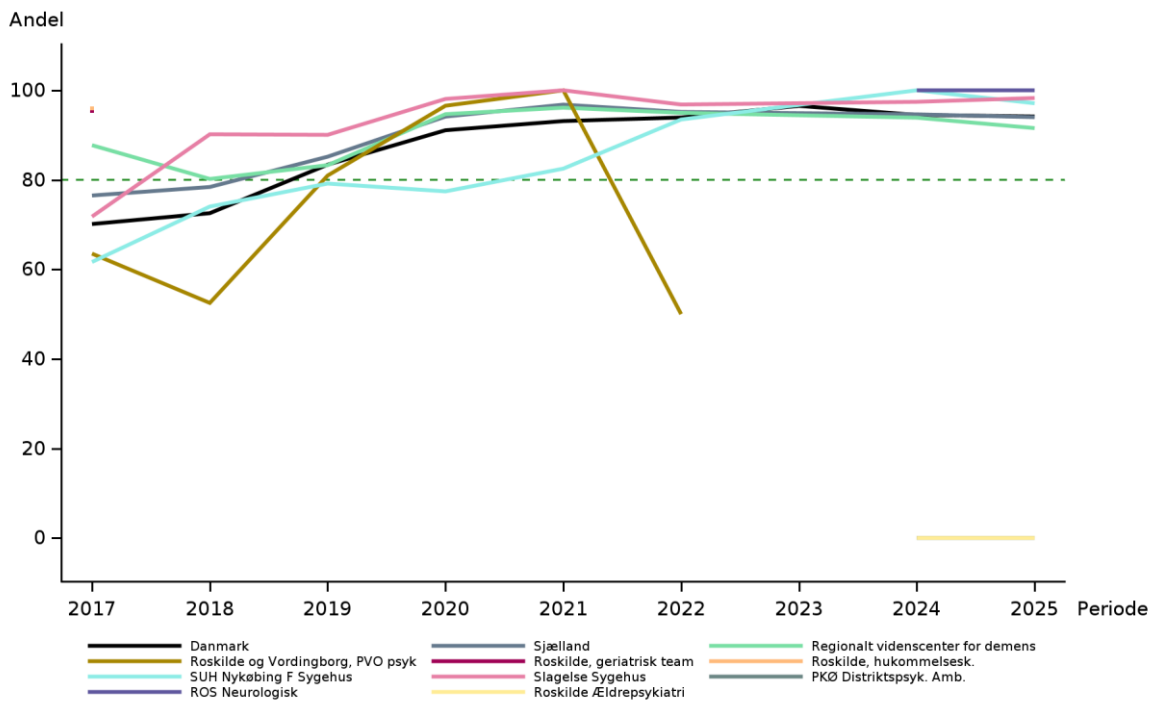
Det betyder også, at ved lette kognitive symptomer (habituel kognitiv funktion, MCI eller demens i let grad), og hvor der er anvendt RUDAS som kort kognitiv test skal denne suppleres med MCE for at indikatoren er opfyldt.

Flere regioner indberetter nu automatisk, det viser sig at det ikke har været muligt at indberette MCE i Midtjylland i den anvendte SFI.

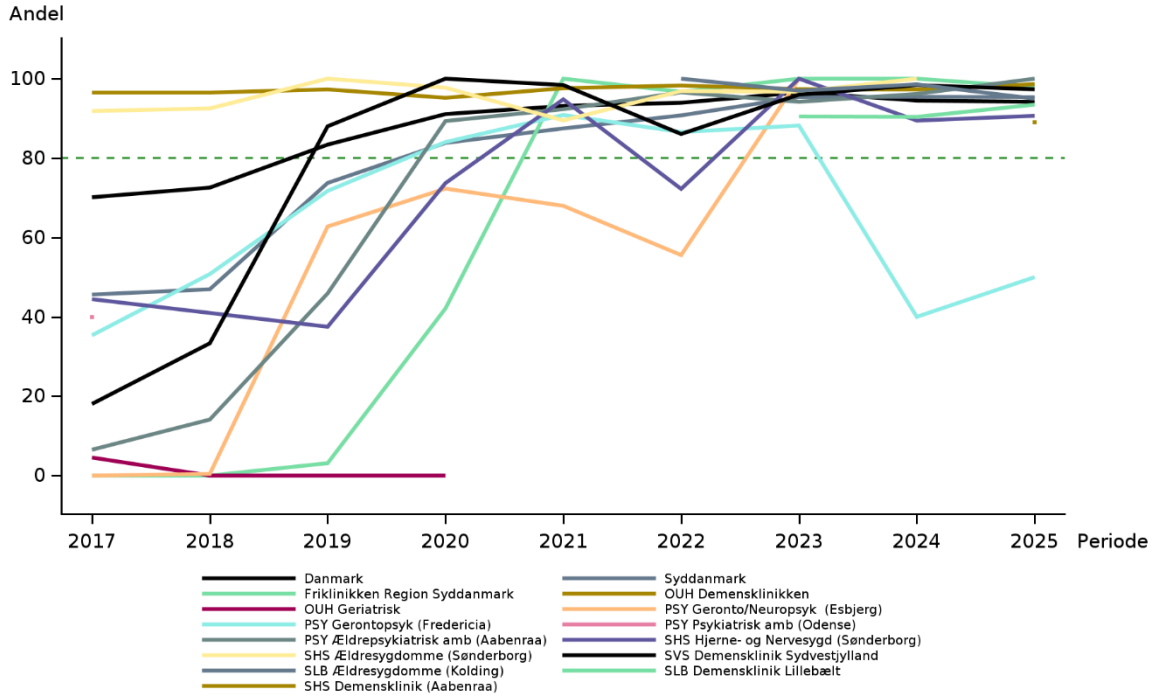
Trendgraf: Indikator 2A, resultater for Region Hovedstaden over tid



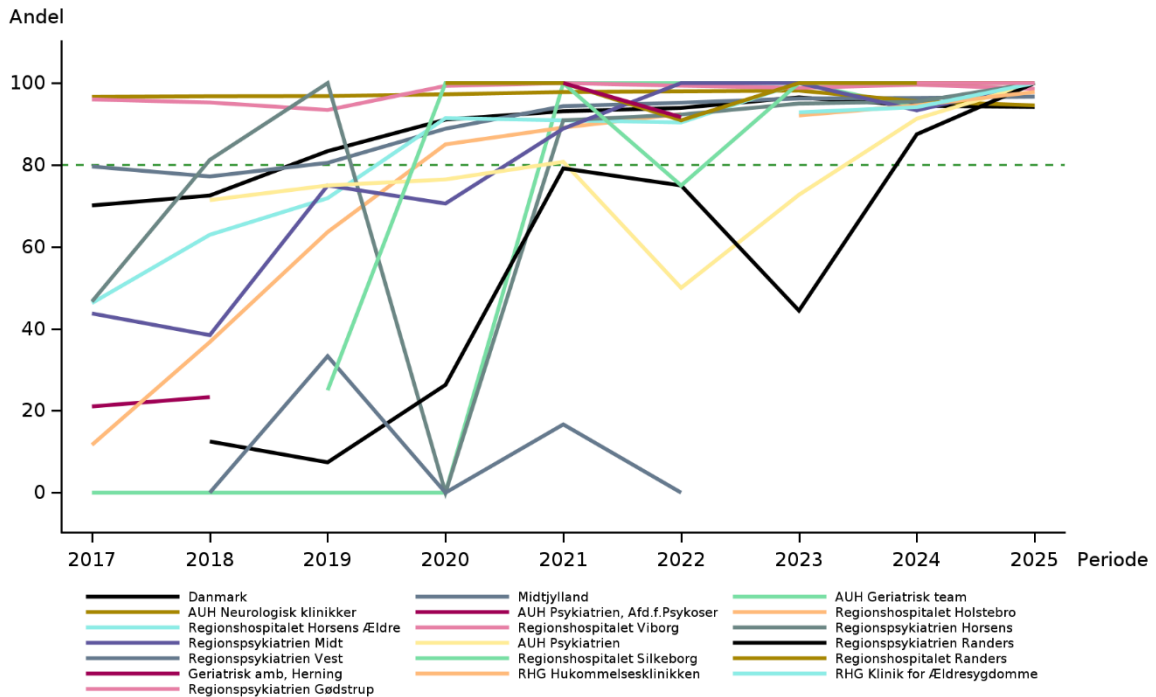
Trendgraf: Indikator 2A, resultater for Region Sjælland over tid

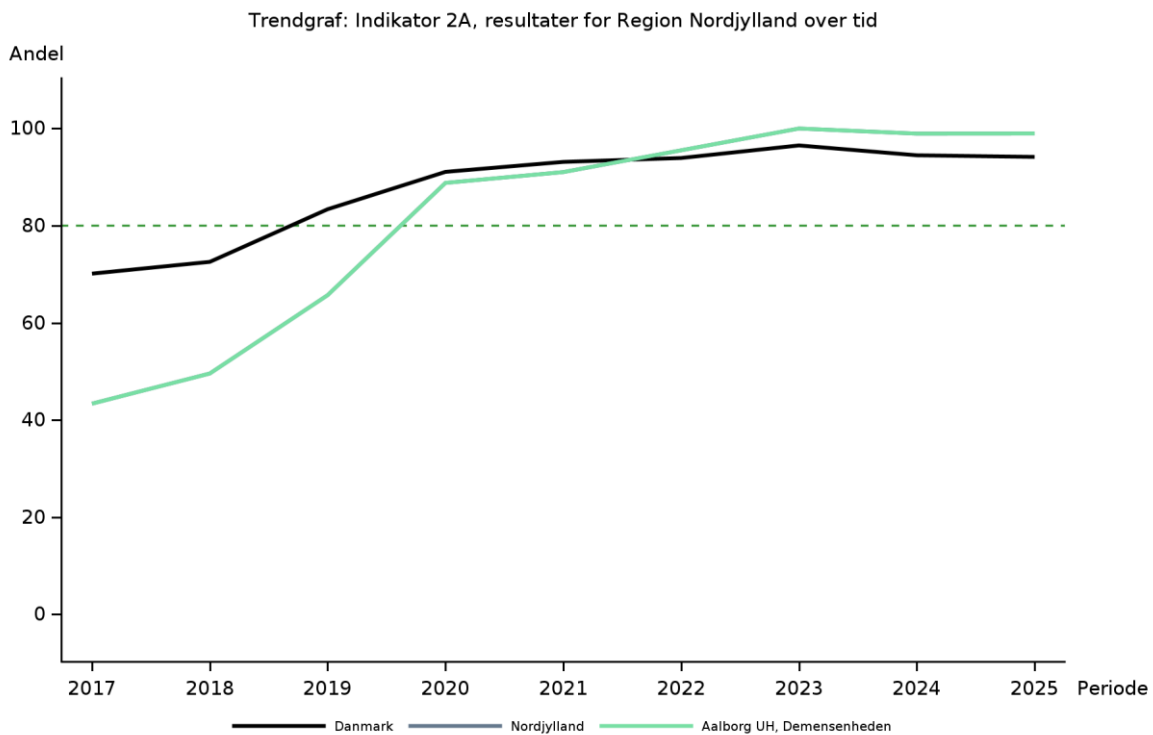


Trendgraf: Indikator 2A, resultater for Region Syddanmark over tid



Trendgraf: Indikator 2A, resultater for Region Midtjylland over tid





Indikator 2B Neuropsykologisk undersøgelse

- Definition:** Andel af demensudredningsforløb med patienter, der havde habituel kognitiv funktion/MCI/demens i let grad, som fik foretaget NPU i demens udredningsenhed.
- Nævner:** Alle patienter der har gennemgået mindst et demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.
OG
Patienter, hvis grad af kognitiv funktion er vurderet til at være én af følgende:
- Habituel kognitiv funktion
 - Kognitivt svækket, men har ikke demens (MCI)
 - Demens i let grad
- Tæller:** Patienter i nævneren, der har fået foretaget NPU
- Uoplyst:** Ingen
- Eksklusion:** Patienter, der har Downs Syndrom eller andet udviklingshandicap og hvor mindst én af følgende test er anvendt:
- DSQIID
 - Trinvold
- ELLER
Patienter, hvis grad af kognitiv funktion er vurderet til at være én af følgende:
- Demens i moderat grad
 - Demens i svær grad
- Udviklingsmål:** Ikke fastsat

Indikator 2B Neuropsykologisk undersøgelse

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.01.2025 - 31.12.2025		Tidligere år	
			Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
Danmark		2.698 / 7.032	38	(37-40)	38	32
Hovedstaden		1.530 / 2.890	53	(51-55)	49	
Sjælland		229 / 583	39	(35-43)	36	
Syddanmark		296 / 1.868	16	(14-18)	13	22
Midtjylland		362 / 906	40	(37-43)	35	36
Nordjylland		281 / 785	36	(32-39)	39	46
Hovedstaden		1.530 / 2.890	53	(51-55)	49	
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital		103 / 254	41	(34-47)	32	
Herlev-Gentofte Hospital		230 / 471	49	(44-53)	39	
Nordsjællands Hospitaler		435 / 706	62	(58-65)	57	
Rigshospitalet, Blegdamsvej		708 / 1.365	52	(49-55)	53	
Rigshospitalet, Bornholm		54 / 94	57	(47-68)	57	
Sjælland		229 / 583	39	(35-43)	36	
PKØ Distriktpsyk. Amb.		###	0	(0-84)	0	
ROS Neurologisk		###	100	(3-100)	75	
Regionalt videnscenter for demens		96 / 213	45	(38-52)	53	
Roskilde Ældrepsykiatri		0 / 8	0	(0-37)	0	
SUH Nykøbing F Sygehus		26 / 69	38	(26-50)	27	

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.01.2025 - 31.12.2025		Tidligere år	
		Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
Slagelse Sygehus	106 / 290	37	(31-42)	25	
Syddanmark	296 / 1.868	16	(14-18)	13	22
Friklinikken Region Syddanmark	0 / 94	0	(0-4)	4	0
OUH Demensklinikken	136 / 575	24	(20-27)	13	35
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	##	0	(0-84)	20	39
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	0 / 3	0	(0-71)	6	19
SHS Demenslinik (Aabenraa)	4 / 182	2	(1-6)		
SHS Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg)	5 / 203	2	(1-6)	1	0
SLB Demenslinik Lillebælt	113 / 336	34	(29-39)	34	38
SLB Ældrepsykiatri (Kolding)	##	2	(0-7)	4	3
SVS Demenslinik Sydvestjylland	36 / 374	10	(7-13)	9	9
Midtjylland	362 / 906	40	(37-43)	35	36
AUH Geriatrik team	##	7	(0-32)	0	0
AUH Neurologisk klinikker	207 / 459	45	(40-50)	45	52
AUH Psykiatrien	5 / 12	42	(15-72)	83	64
RHG Hukommelsesklinikken	39 / 92	42	(32-53)	25	16
RHG Klinik for Ældrepsykiatri	0 / 43	0	(0-8)	18	7
Regionshospitalet Horsens Ældre	0 / 10	0	(0-31)	0	0
Regionshospitalet Randers	0 / 3	0	(0-71)	0	0
Regionshospitalet Viborg	94 / 213	44	(37-51)	25	21
Regionspsykiatrien Gødstrup	##	0	(0-84)	0	
Regionspsykiatrien Horsens	7 / 29	24	(10-44)	36	15
Regionspsykiatrien Midt	9 / 25	36	(18-57)	27	100
Regionspsykiatrien Randers	0 / 3	0	(0-71)	0	0
Nordjylland	281 / 785	36	(32-39)	39	46
Aalborg UH, Demensenheden	281 / 785	36	(32-39)	39	46

Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion: Patienten har moderat til svær demens	4.724	1.490	672	1.409	763	390
Udført Trinvold/DSQIID test	31	14	1	1	5	10

Kommentar til Indikator 2B

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser andelen af patienter, der havde fået foretaget en NPU blandt dem, som havde habituel kognitiv funktion, MCI eller demens i let grad.

En NPU kan ikke sidestilles med ACE, CAMCOG eller MCE, da undersøgelsen er mere omfattende end de kortere udvidede kognitive tests, der kun er kognitive screeningstests. Der vil ofte være behov for en supplerende NPU for

at afklare problemstillingen demens i let grad, MCI eller kognitiv intakt, og en NPU er derfor et vigtigt redskab i udredning af især lettere kognitive symptomer, jf. Den nationale demenshandlingsplan 2025⁴ og NKR⁵. Patienter som diagnosticeredes med moderat til svær demens er ekskluderet fra opgørelsen.

Resultater

Det er tredje gang at indikator 2B opgøres som officiel indikator, og der er endnu ikke fastsat et udviklingsmål. Variationen mellem regionerne er, som sidste år, stor ift. andelen, der får udført NPU; 53 % i Hovedstaden mod 16 % Syddanmark. Der er lidt variation over årene i andelen, der får udført NPU, men der er ikke en klar tendens i en bestemt retning. Dette reflekteres ligeledes på de enkelte enheder i hver region. Indikatorområdet er kendetegnet ved manglende udvikling (trendgrafer).

På landsplan, fik 38 (95 % SI: 37-40) % af målgruppen foretaget en NPU. Der observeres en tydelig sammenhæng i enhedens størrelse og andel udførte NPU'er; 10 enheder havde gennemført 0 NPU'er, heraf havde 7 enheder færre end 10 udredningsforløb i 2025.

Diskussion og implikationer

Det er tredje år, at indikator 2B indgår som en selvstændig indikator.

Idet det ofte er vanskeligt at vurdere milde kognitive symptomer, er det vigtigt at have adgang til at udføre NPU.

Region Syddanmark ligger lavest idet kun en mindre andel (16 %) af målgruppen får tilbudt NPU imod 36-53 % i de øvrige 4 regioner.

Ligeledes fremgår det, at der er store forskelle mellem de forskellige udredningsenheder inden for samme region ift. anvendelse af NPU. Det kan dreje sig om kapacitetsudfordringer og rekrutteringsvanskeligheder, men det ser desværre også ud til, at der fortsat er en række mindre udredningsenheder, hvor der ikke er adgang til NPU, og hvor NPU ikke anvendes.

Styregruppen kan ligeledes være i tvivl om, hvorvidt en NPU defineres ensartet i de forskellige udredningsenheder, herunder om der gennemføres en fuld NPU af en neuropsykolog, som er en tidskrævende undersøgelse, eller om der alene suppleres med enkelte deltests.

Styregruppen finder det meget bekymrende, at det lader til, at der er udredningsenheder, hvor der ikke er adgang til NPU eller udredningsenheder, herunder også større, hvor man i mindre omfang henviser til NPU.

Styregruppen finder anledning til at stille spørgsmål ved, om det er fagligt forsvarligt at etablere en demensudredningsenhed uden adgang til at kunne foretage NPU'er iht. anbefalingerne, der foreligger nationalt (National Klinisk Retningslinje: Diagnostik af mild cognitive impairment og demens, SST 2018⁵). Her er der stærk anbefaling om at anvende neuropsykologisk undersøgelse fortsat tvivl om kognitivt svigt/let demens efter basal udredning at tilbyde en NPU.

Anbefaling

Styregruppen finder det fortsat bekymrende, at der er stor forskel mellem regionerne på i hvor høj grad det er muligt at tilbyde en NPU, men også at der er enheder - også større - med lav anvendelse af NPU samt enheder, hvor der ikke anvendes NPU. Herudover er det især i de mindre udredningsenheder, der slet ikke tilbydes NPU.

Styregruppen anbefaler, at man i de udredningsenheder, som ligger lavt eller slet ikke anvender NPU ved udredning af milde kognitive symptomer, at undersøge årsagen hertil. Herunder om det er begrundet i primært kapacitetsudfordringer, økonomi, om der slet ikke er adgang til undersøgelsen eller det er forklaret af rekrutteringsudfordringer.

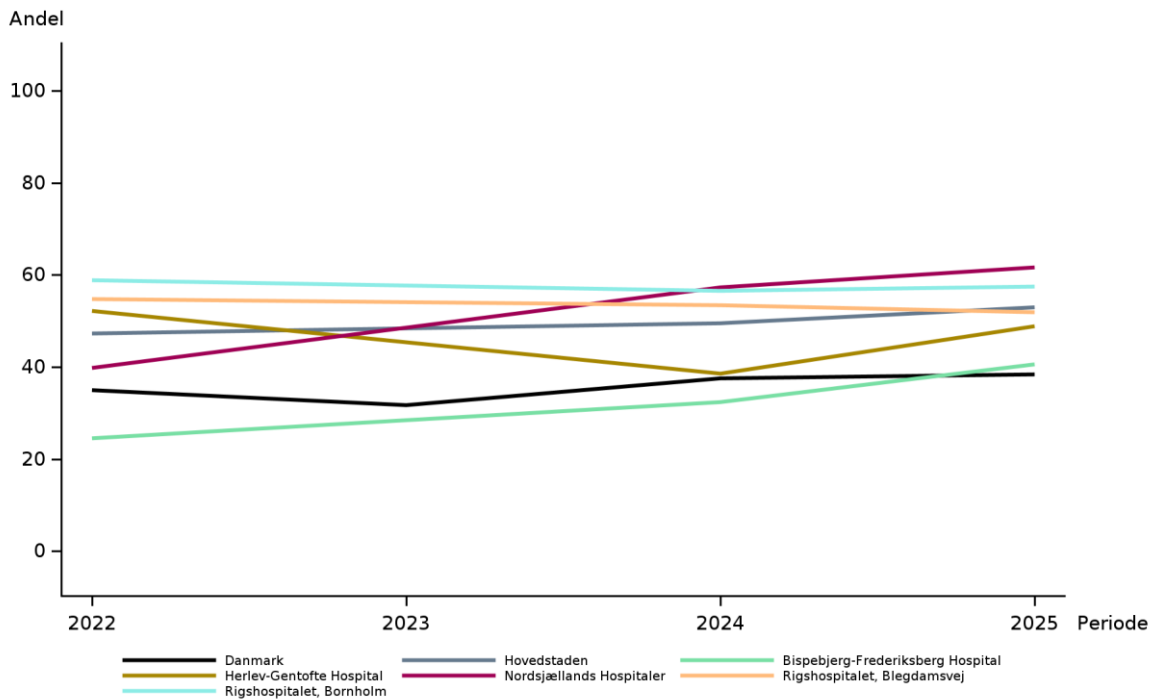
Styregruppen anbefaler, at der i samarbejde med den ansvarlige ledelse arbejdes på at løse udfordringen, da en NPU er et vigtigt redskab i udredning af især patienter med lettere kognitive symptomer. Styregruppen har

⁴ <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Aeldres-sundhed-pleje-og-omsorg/Demens/Anbefalinger-og-handlingsplaner/Den-nationale-demenshandlingsplan-2025>

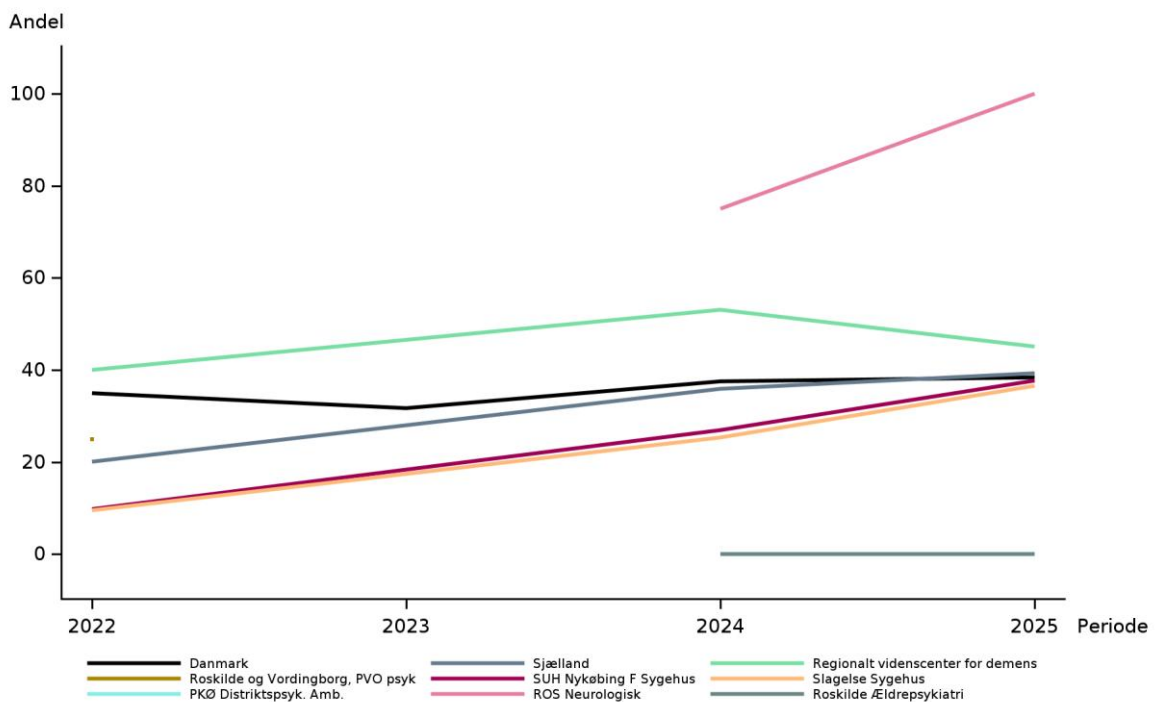
⁵ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/NKR-medicin-og-demens/National-klinisk-retningslinje-for-demens-og-medicin.ashx>

forståelse for, at organisering kan have betydning, herunder at især små enheder kan have vanskeligheder ved at ansætte en neuropsykolog. Styregruppen anbefaler, at der i disse tilfælde ses på den overordnede organisering, herunder om man med fordel kan samle sig i større enheder, således at udredning og kvalitet bliver mere ensartet, mindre sårbar og mere effektiv. Alternativt om det er muligt at låne på tværs af enheder/regioner.

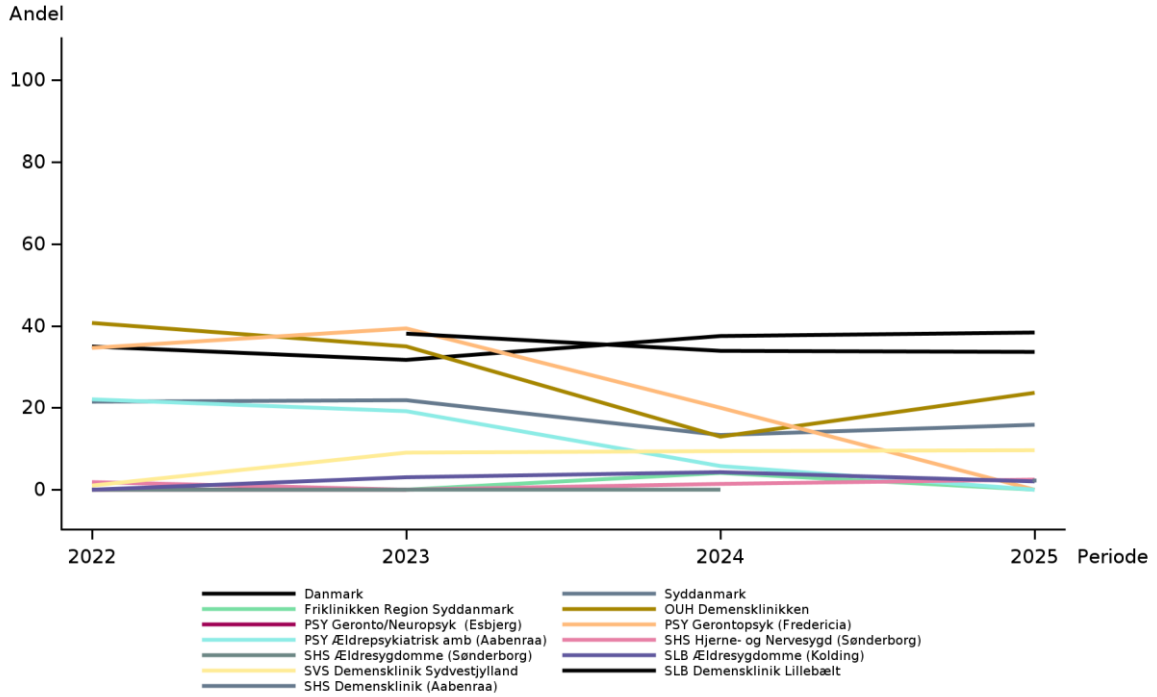
Trendgraf: Indikator 2B, resultater for Region Hovedstaden over tid



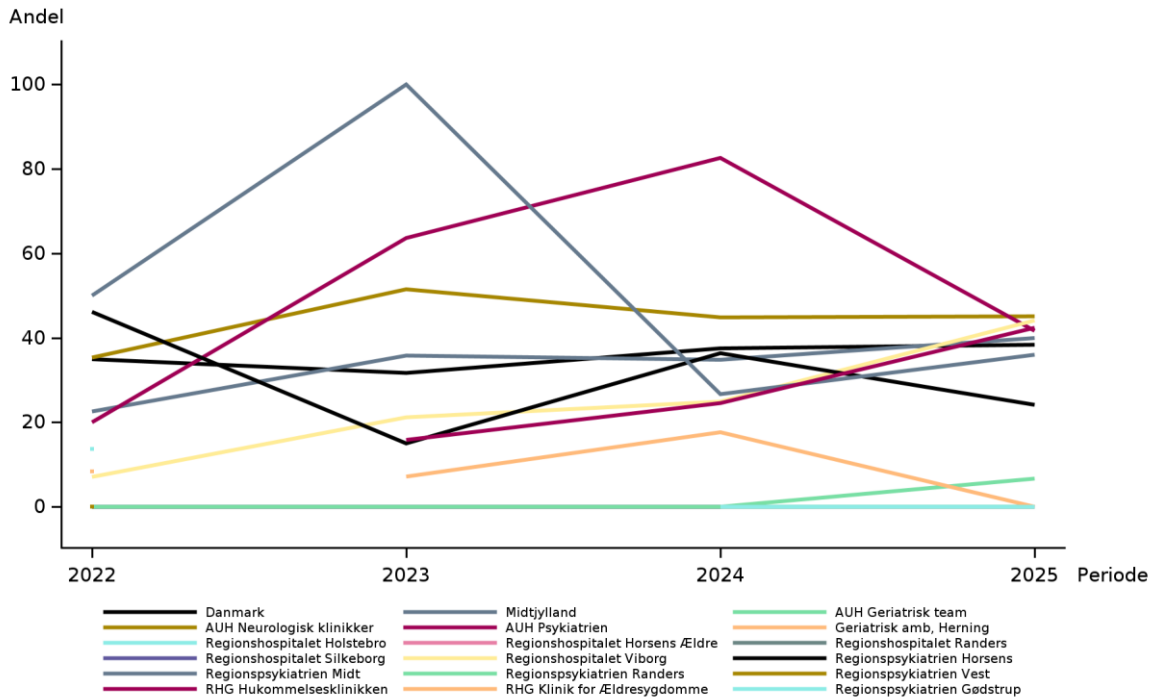
Trendgraf: Indikator 2B, resultater for Region Sjælland over tid



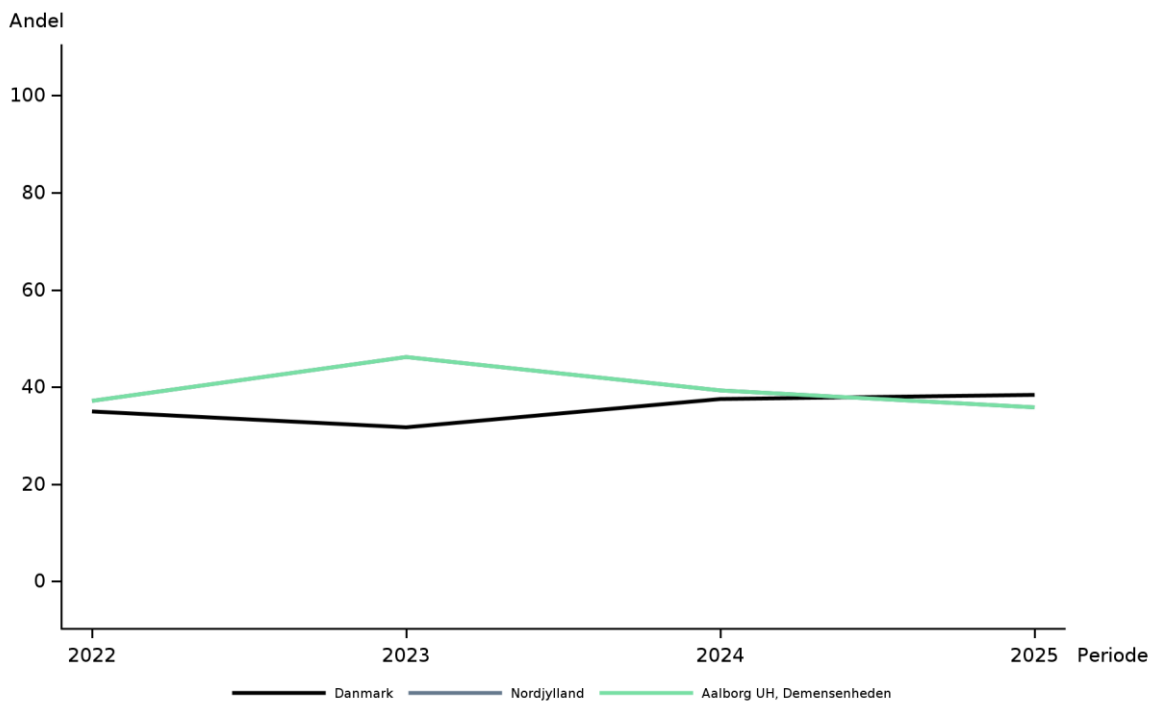
Trendgraf: Indikator 2B, resultater for Region Syddanmark over tid



Trendgraf: Indikator 2B, resultater for Region Midtjylland over tid



Trendgraf: Indikator 2B, resultater for Region Nordjylland over tid



Indikator 3 ADL vurdering

Definition: Andel af alle demensudredningsforløb hvor patienten fik foretaget vurdering af Almindelig Daglig Livsførelse (ADL).

Nævner: Alle patienter der har gennemgået mindst et demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.

OG

Hvor patienten havde en pårørende eller professionel omsorgsperson involveret i udredningsforløbet, der kendte vedkommende tilstrækkeligt til at kunne svare på spørgsmål relateret til ADL.

Tæller: Patienter i nævneren, der har fået foretaget ADL vurdering med mindst ét af følgende redskaber:

- Alzheimer's Disease Cooperative Study – Activities of Daily Living Inventory (ADCS-ADL)
- Functional Activities Questionnaire (FAQ IADL)
- The Disability Assessment for Dementia (DAD)

ELLER

Patienter, der har Downs Syndrom eller andet udviklingshandicap og hvor mindst én af følgende test er anvendt:

- DSQIID
- Trinvold

Uoplyst: Ingen

Eksklusion: Patienter, der ikke havde en pårørende eller professionel omsorgsperson med i udredningsforløbet.

Udviklingsmål: > 80 %

Indikator 3 ADL vurdering

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80% opnået	Tæller/ nævner		01.01.2025 - 31.12.2025 Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
Danmark	Ja	10.395 / 10.959	15 (0)	95	(94-95)	94	98
Hovedstaden	Ja	3.698 / 3.993	0 (0)	93	(92-93)	91	
Sjælland	Ja	1.103 / 1.224	0 (0)	90	(88-92)	91	
Syddanmark	Ja	3.138 / 3.193	8 (0)	98	(98-99)	99	97
Midtjylland	Ja	1.317 / 1.387	2 (0)	95	(94-96)	97	97
Nordjylland	Ja	1.139 / 1.162	5 (0)	98	(97-99)	98	99
Hovedstaden	Ja	3.698 / 3.993	0 (0)	93	(92-93)	91	
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Ja	503 / 526	0 (0)	96	(94-97)	96	
Herlev-Gentofte Hospital	Ja	803 / 833	0 (0)	96	(95-98)	95	
Nordsjællands Hospitaler	Ja	927 / 954	0 (0)	97	(96-98)	96	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	1.346 / 1.560	0 (0)	86	(84-88)	84	
Rigshospitalet, Bornholm	Ja	119 / 120	0 (0)	99	(95-100)	92	
Sjælland	Ja	1.103 / 1.224	0 (0)	90	(88-92)	91	
PKØ Distriktpsych. Amb.	Nej	###	0 (0)	13	(0-53)	0	
ROS Neurologisk	Ja	###	0 (0)	100	(3-100)	100	
Regionalt videnscenter for demens	Ja	389 / 437	0 (0)	89	(86-92)	92	
Roskilde Ældrepsykiatri	Nej	3 / 15	0 (0)	20	(4-48)	0	

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80% opnået	Tæller/ nævner		01.01.2025 - 31.12.2025 Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
SUH Nykøbing F Sygehus	Ja	152 / 160	0 (0)	95	(90-98)	93	
Slagelse Sygehus	Ja	557 / 603	0 (0)	92	(90-94)	93	
Syddanmark	Ja	3.138 / 3.193	8 (0)	98	(98-99)	99	97
Friklinikken Region Syddanmark	Ja	145 / 161	1 (1)	90	(84-94)	87	85
OUH Demensklinikken	Ja	943 / 953	3 (0)	99	(98-99)	100	96
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Nej	17 / 22	1 (4)	77	(55-92)	92	96
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Ja	10 / 10	0 (0)	100	(69-100)	99	100
SHS Demensklinik (Aabenraa)	Ja	255 / 260	0 (0)	98	(96-99)		
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	Ja	291 / 295	1 (0)	99	(97-100)	100	100
SLB Demensklinik Lillebælt	Ja	602 / 607	0 (0)	99	(98-100)	99	97
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Ja	230 / 237	1 (0)	97	(94-99)	99	99
SVS Demensklinik Sydvestjylland	Ja	645 / 648	1 (0)	100	(99-100)	100	100
Midtjylland	Ja	1.317 / 1.387	2 (0)	95	(94-96)	97	97
AUH Geriatrisk team	Ja	53 / 53	0 (0)	100	(93-100)	98	95
AUH Neurologisk klinikker	Ja	505 / 524	0 (0)	96	(94-98)	96	99
AUH Psykiatrien	Ja	24 / 25	0 (0)	96	(80-100)	89	96
RHG Hukommelsesklinikken	Ja	136 / 146	0 (0)	93	(88-97)	98	95
RHG Klinik for Ældresygdomme	Nej	82 / 107	0 (0)	77	(67-84)	99	93
Regionshospitalet Horsens Ældre	Ja	30 / 31	0 (0)	97	(83-100)	100	97
Regionshospitalet Randers	Ja	30 / 30	0 (0)	100	(88-100)	100	100
Regionshospitalet Viborg	Ja	379 / 380	1 (0)	100	(99-100)	100	100
Regionspsykiatrien Gødstrup	Nej	###	1 (14)	17	(0-64)	0	
Regionspsykiatrien Horsens	Ja	28 / 28	0 (0)	100	(88-100)	94	88
Regionspsykiatrien Midt	Ja	46 / 53	0 (0)	87	(75-95)	81	86
Regionspsykiatrien Randers	Nej	3 / 4	0 (0)	75	(19-99)	92	78
Nordjylland	Ja	1.139 / 1.162	5 (0)	98	(97-99)	98	99
Aalborg UH, Demensenheden	Ja	1.139 / 1.162	5 (0)	98	(97-99)	98	99

Kommentar til Indikator 3

Datagrundlag og beregningsregler

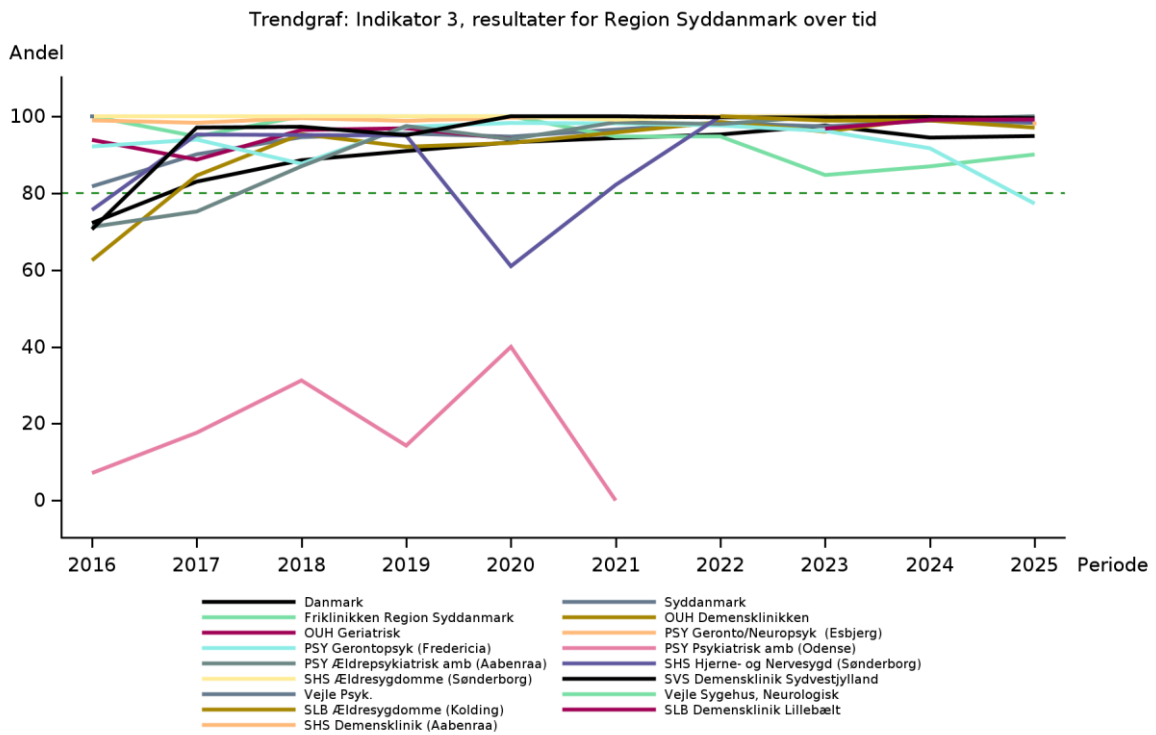
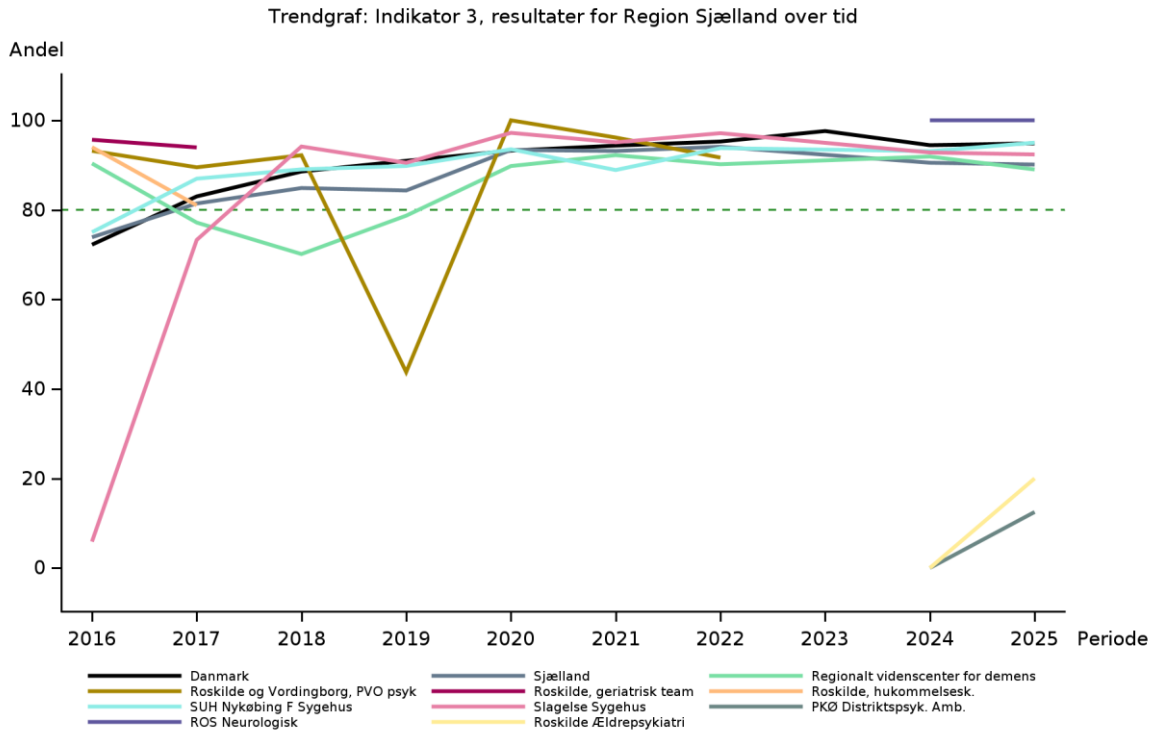
Opgørelsen viser andelen af alle udredte patienter, der har fået foretaget vurdering af ADL.

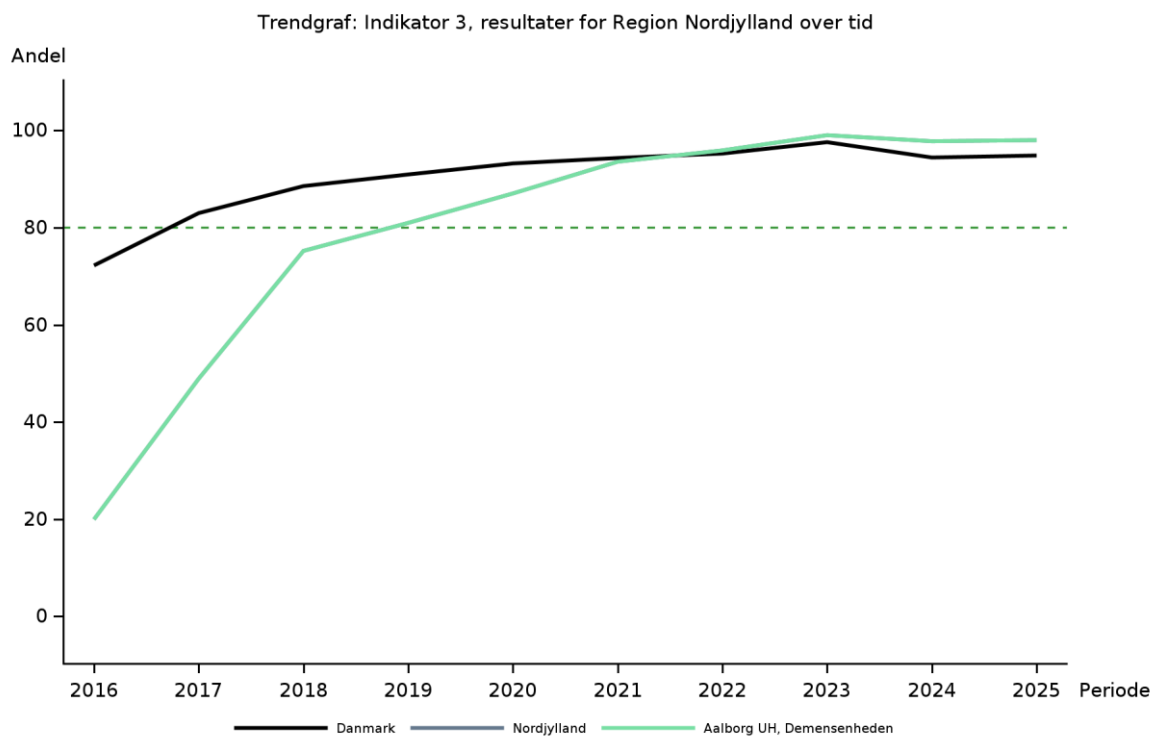
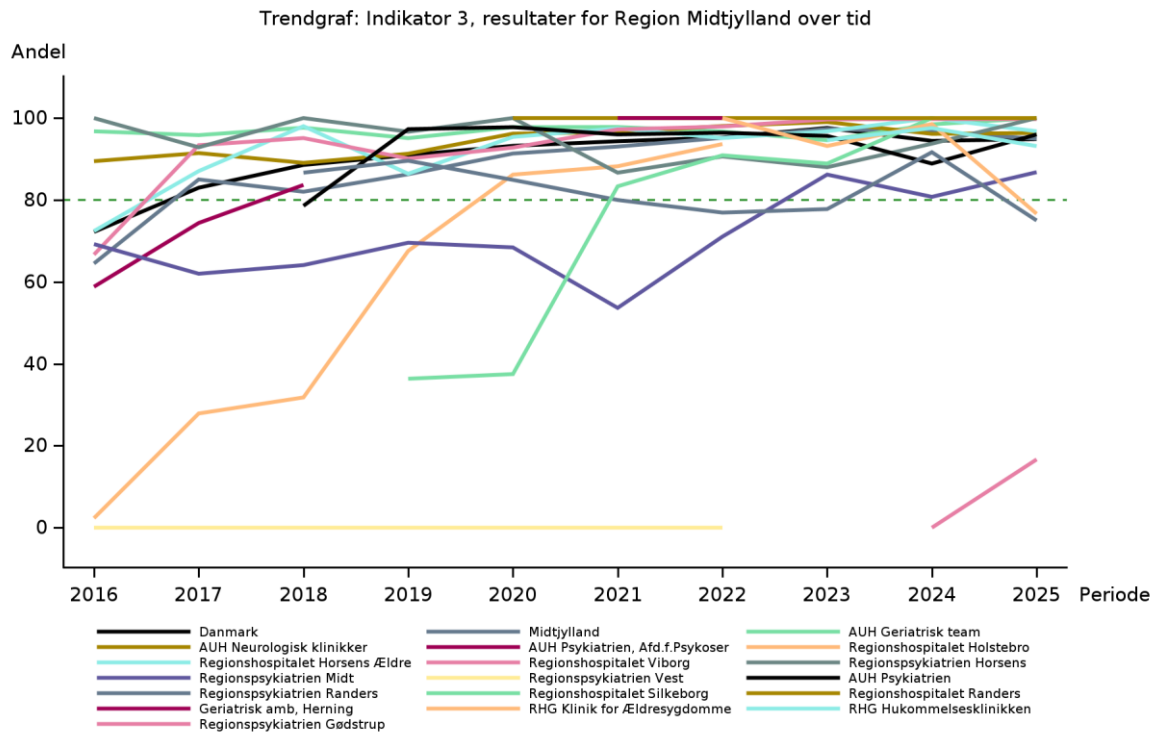
Idet vurdering af funktionsniveau indgår i de diagnostiske kriterier for at stille en demens diagnose (på lige fod med kognition), er det en forudsætning for at vurdere graden af demens i hvor høj grad funktionen er påvirket i dagligdagen (let, moderat, svær demens). Derfor er indikatoren vigtig i udredningen for demens. Et fald i funktionsniveau vil ydermere øge behovet for støtte i hjemmet og til de pårørende.

Resultater

Fælles for alle regioner er, at variationen mellem enhederne er blevet markant mindre over tid, og at stort set alle enheder med gentagne målinger har haft en opadgående trend i kvaliteten. Således er andelen, der får vurderet ADL, på et højt og meget ensartet niveau i 2025 (trendgrafer).

Udviklingsmålet på > 80 % er nået på landsplan med en målopfyldelse på 95 %, og i alle regioner med målopfyldelse mellem 90 og 98 %.





Indikator 4 Strukturel scanning

Definition: Andel af alle demensudredningsforløb hvor patienten har fået foretaget CT/MR-scanning af hjernen inden for de seneste 24 måneder.

Nævner: Alle patienter, der har gennemgået mindst et demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.

Tæller: Patienter i nævner, der har fået foretaget en CT- eller MR-scanning identificeret i KMS/KIP eller webservicebaserede data.

ELLER

Patienter i nævner, der har fået foretaget en af følgende scanninger identificeret i LPR:

- CT-scanning af hoved (UXCA)
- CT-scanning af cerebrum (UXCA00)
- MR-scanning af hoved (UXMA)
- MR-scanning af cerebrum (UXMA00)
- CT cerebrum ifm. PET/CT (WCBPXYXX)
- MR-scanning af hippocampus med volumetri (MR-HCV) (UXMA11A)
- MR cerebrum ifm. PET/MR (WCBMPXYXX)

Uoplyst: Ingen

Eksklusion: Ingen

Udviklingsmål: > 80 %

Indikator 4 Strukturel scanning

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80%	Tæller/	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	11.535 / 11.787	98	(98-98)	98	99
Hovedstaden	Ja	4.243 / 4.394	97	(96-97)	97	
Sjælland	Ja	1.226 / 1.256	98	(97-98)	99	
Syddanmark	Ja	3.230 / 3.278	99	(98-99)	99	98
Midtjylland	Ja	1.663 / 1.674	99	(99-100)	100	100
Nordjylland	Ja	1.173 / 1.185	99	(98-99)	100	100
Hovedstaden	Ja	4.243 / 4.394	97	(96-97)	97	
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Ja	517 / 548	94	(92-96)	96	
Herlev-Gentofte Hospital	Ja	873 / 881	99	(98-100)	99	
Nordsjællands Hospitaler	Ja	977 / 988	99	(98-99)	99	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	1.739 / 1.837	95	(94-96)	96	
Rigshospitalet, Bornholm	Ja	137 / 140	98	(94-100)	98	
Sjælland	Ja	1.226 / 1.256	98	(97-98)	99	
PKØ Distriktpsych. Amb.	Ja	8 / 8	100	(63-100)	100	
ROS Neurologisk	Ja	##	100	(3-100)	100	
Regionalt videnscenter for demens	Ja	442 / 452	98	(96-99)	99	
Roskilde Ældrepsykiatri	Ja	15 / 15	100	(78-100)	100	
SUH Nykøbing F Sygehus	Ja	160 / 164	98	(94-99)	100	
Slagelse Sygehus	Ja	600 / 616	97	(96-99)	98	
Syddanmark	Ja	3.230 / 3.278	99	(98-99)	99	98

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80%	Tæller/	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Friklinikken Region Syddanmark	Ja	165 / 166	99	(97-100)	100	100
OUH Demensklinikken	Ja	955 / 974	98	(97-99)	100	100
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Nej	18 / 24	75	(53-90)	79	97
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Nej	8 / 10	80	(44-97)	97	93
SHS Demensklinik (Aabenraa)	Ja	255 / 260	98	(96-99)		
SHS Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg)	Ja	297 / 301	99	(97-100)	100	100
SLB Demensklinik Lillebælt	Ja	626 / 634	99	(98-99)	99	97
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Ja	243 / 243	100	(98-100)	100	100
SVS Demensklinik Sydvestjylland	Ja	663 / 666	100	(99-100)	100	100
Midtjylland	Ja	1.663 / 1.674	99	(99-100)	100	100
AUH Geriatrik team	Ja	54 / 54	100	(93-100)	100	100
AUH Neurologisk klinikker	Ja	684 / 688	99	(99-100)	100	100
AUH Psykiatrien	Ja	34 / 37	92	(78-98)	100	97
RHG Hukommelsesklinikken	Ja	199 / 199	100	(98-100)	100	100
RHG Klinik for Ældresygdomme	Ja	123 / 124	99	(96-100)	100	100
Regionshospitalet Horsens Ældre	Ja	31 / 31	100	(89-100)	100	100
Regionshospitalet Randers	Ja	31 / 31	100	(89-100)	100	100
Regionshospitalet Viborg	Ja	393 / 394	100	(99-100)	100	100
Regionspsykiatrien Gødstrup	Ja	7 / 7	100	(59-100)	91	
Regionspsykiatrien Horsens	Ja	41 / 42	98	(87-100)	100	100
Regionspsykiatrien Midt	Ja	61 / 62	98	(91-100)	88	88
Regionspsykiatrien Randers	Ja	5 / 5	100	(48-100)	100	100
Nordjylland	Ja	1.173 / 1.185	99	(98-99)	100	100
Aalborg UH, Demensenheden	Ja	1.173 / 1.185	99	(98-99)	100	100

Kommentar til Indikator 4

Datagrundlag og beregningsregler

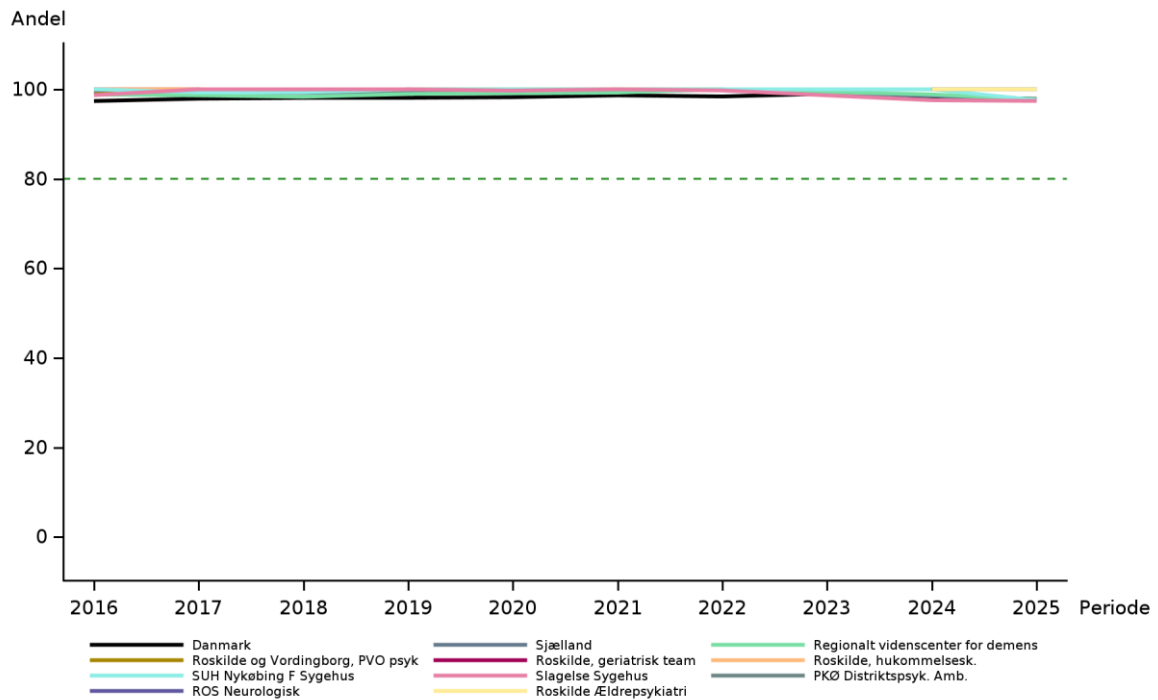
Opgørelsen viser andelen af udredningsforløb, hvor patienten har fået foretaget CT / MR-scanning af hjernen inden for de seneste 24 mdr. Det er femte år, vi beregner indikatoren med et udvidet inklusionskriterie. Det vil sige at alle henviste patienter bør tilbydes strukturel scanning, da dette er et vigtigt og basalt element i udredningen af demens med henblik på at udelukke strukturelle årsager til kognitiv svækkelse og dels som støtte til at identificere hvilken sygdomsspecifik demens, det kunne dreje sig om. I år er der for første gang inkluderet data på CT- og MR-scanninger registreret i LPR. CT- og MR-scanninger registreret i KIP/webservice er fortsat inkluderet i indikatorberegningen, men på sigt forventes denne manuelle indberetning at blive udfaset.

Resultater

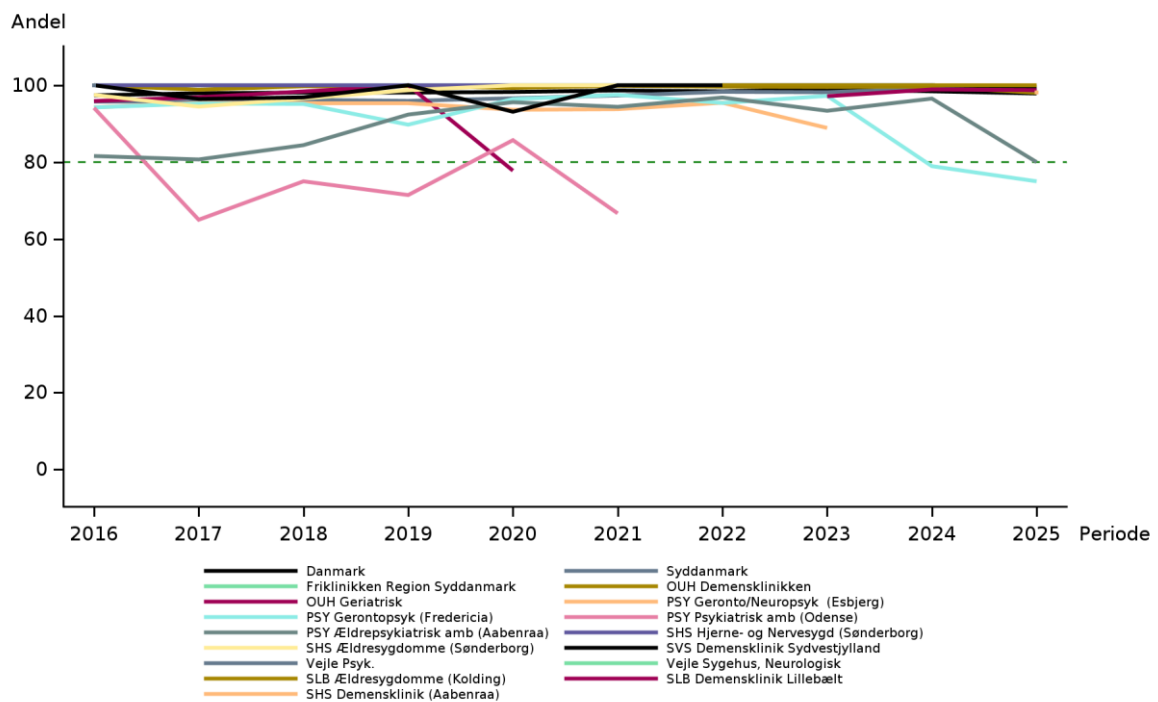
Der er en meget høj og ensartet kvalitet på tværs af regioner og enheder. Kun enkelte små enheder opnåede ikke udviklingsmålet i 2025; PSY Gerontopsyk (Fredericia) og PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa).

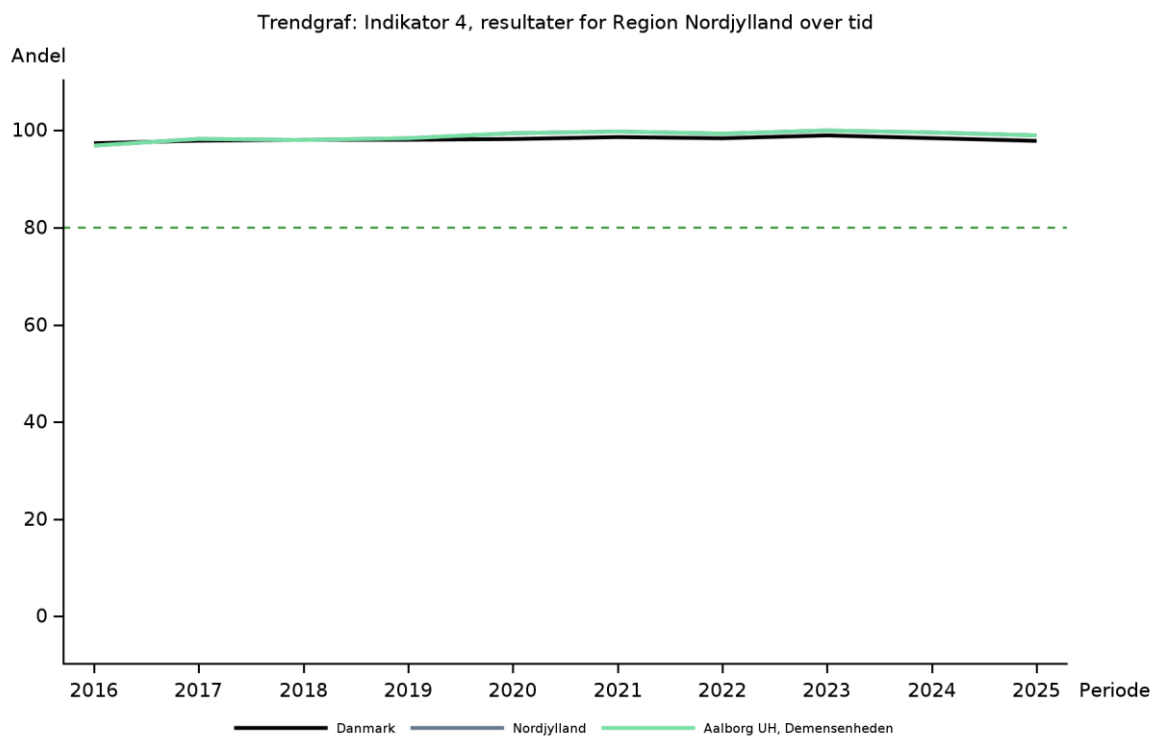
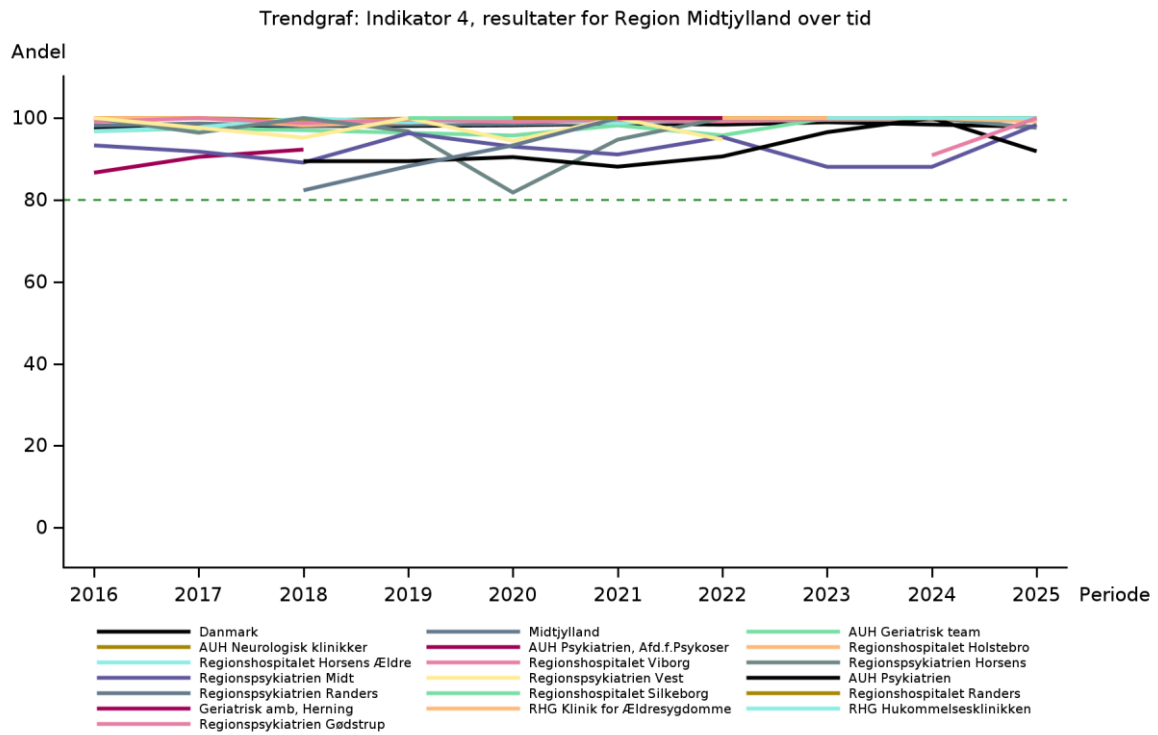
På landsplan indeholdt 98 (95 % SI: 98-98 %) af udredningsforløbene en strukturel scanning. På regionsniveau varierede denne andel mellem 97 % (Hovedstaden) og 99 % (Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland).

Trendgraf: Indikator 4, resultater for Region Sjælland over tid



Trendgraf: Indikator 4, resultater for Region Syddanmark over tid





Indikator 4A MR-scanning ifm. Cerebrovaskulær sygdom og Mixed demens

Definition: Andel af patienter med vaskulær demens samt Mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom) i let til moderat grad, som har fået foretaget MR-scanning af hjernen inden for de seneste 24 måneder.

Nævner: Alle patienter der har gennemgået mindst et demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.

OG

Patienten har demens i let eller moderat grad.

OG

Patienten har fået stillet mindst én af følgende sygdomsspecifikke demens diagnoser:

- Mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom)
- Cerebrovaskulær sygdom

Tæller: Patienter i nævner der har fået foretaget en MR-scanning identificeret i KMS/KIP eller webservicebaserede data.

ELLER

Patienter i nævner, der har fået foretaget en af følgende scanninger identificeret i LPR:

- MR-scanning af hoved (UXMA)
- MR-scanning af cerebrum (UXMA00)
- MR-scanning af hippocampus med volumetri (MR-HCV) (UXMA11A)
- MR cerebrum ifm. PET/MR (WCBMPXYXX)

Uoplyst: Ingen

Eksklusion: Patienter med ikke-relevant sygdomsspecifik demens diagnose (dvs. alle diagnoser undtagen Mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom) og Cerebrovaskulær sygdom.

ELLER

Patienter hvis grad af kognitiv funktion er vurderet til at være én af følgende:

- Habituel kognitiv funktion
- Kognitivt svækket men har ikke demens (MCI)
- Demens i svær grad

ELLER

Patienter der har indsat pacemaker identificeret i LPR (DZ950)

Udviklingsmål: > 70 %

Indikator 4A MR-scanning ifm. Cerebrovaskulær sygdom og Mixed demens

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 70%	Tæller/	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.222 / 1.892	65	(62-67)	67	75
Hovedstaden	Ja	482 / 637	76	(72-79)	75	
Sjælland	Nej	107 / 261	41	(35-47)	49	
Syddanmark	Nej	423 / 633	67	(63-70)	65	75
Midtjylland	Nej	102 / 186	55	(47-62)	63	72
Nordjylland	Nej	108 / 175	62	(54-69)	75	80
Hovedstaden	Ja	482 / 637	76	(72-79)	75	

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 70%	Tæller/	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Nej	76 / 109	70	(60-78)	81	
Herlev-Gentofte Hospital	Ja	132 / 169	78	(71-84)	76	
Nordsjællands Hospitaler	Ja	129 / 155	83	(76-89)	78	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	137 / 187	73	(66-79)	73	
Rigshospitalet, Bornholm	Nej	8 / 17	47	(23-72)	39	
Sjælland	Nej	107 / 261	41	(35-47)	49	
PKØ Distriktpsych. Amb.	Nej	###	50	(1-99)		
Regionalt videnscenter for demens	Nej	46 / 115	40	(31-50)	53	
Roskilde Ældrepsykiatri	Nej	0 / 3	0	(0-71)	0	
SUH Nykøbing F Sygehus	Nej	23 / 43	53	(38-69)	37	
Slagelse Sygehus	Nej	37 / 98	38	(28-48)	48	
Syddanmark	Nej	423 / 633	67	(63-70)	65	75
Friklinikken Region Syddanmark	Nej	13 / 30	43	(25-63)	60	53
OUH Demensklinikken	Nej	144 / 248	58	(52-64)	57	78
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Nej	###	20	(1-72)	43	54
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Nej	###	33	(1-91)	48	56
SHS Demensklinik (Aabenraa)	Nej	4 / 15	27	(8-55)		
SHS Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg)	Nej	15 / 22	68	(45-86)	82	100
SLB Demensklinik Lillebælt	Nej	52 / 94	55	(45-66)	48	67
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Ja	56 / 62	90	(80-96)	85	91
SVS Demensklinik Sydvestjylland	Ja	137 / 154	89	(83-93)	91	97
Midtjylland	Nej	102 / 186	55	(47-62)	63	72
AUH Geriatrik team	Nej	3 / 10	30	(7-65)	67	75
AUH Neurologisk klinikker	Nej	51 / 79	65	(53-75)	67	85
AUH Psykiatrien	Nej	###	33	(1-91)	50	0
RHG Hukommelsesklinikken	Ja	14 / 16	88	(62-98)	75	76
RHG Klinik for Ældresygdomme	Nej	7 / 24	29	(13-51)	80	62
Regionshospitalet Horsens Ældre	Nej	###	33	(4-78)	64	25
Regionshospitalet Randers	Nej	4 / 6	67	(22-96)	100	50
Regionshospitalet Viborg	Nej	11 / 31	35	(19-55)	42	46
Regionspsykiatrien Gødstrup	Ja	###	100	(3-100)	50	
Regionspsykiatrien Horsens	Ja	4 / 5	80	(28-99)	67	67
Regionspsykiatrien Midt	Ja	4 / 5	80	(28-99)	80	60
Nordjylland	Nej	108 / 175	62	(54-69)	75	80
Aalborg UH, Demensenheden	Nej	108 / 175	62	(54-69)	75	80

Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion: Ikke relevant demensdiagnose (dvs. ikke Cerebrovaskulær demens eller ikke Mixed demens)	5.668	2.101	635	1.369	951	612

Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Habituel kognitiv funktion, Kognitivt svækket men har ikke demens (MCI) eller Demens i svær grad	4.105	1.605	345	1.241	531	383
Scanning ikke mulig pga. pacemaker	122	51	15	35	6	15

Kommentar til Indikator 4A

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser andelen af patienter med vaskulær demens samt mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom) i let til moderat grad, og som har fået foretaget MR-scanning af hjernen inden for de seneste 24 mdr.

I mange tilfælde vil en CT-scanning være tilstrækkelig ved demensudredning, men ved mistanke om småkarssygdom eller inflammatoriske sygdomme øger MR-scanning den diagnostiske sikkerhed sammenlignet med en CT-scanning, hvorfor indikatoren er vigtig.

I år er der for første gang inkluderet data på MR-scanninger registreret i LPR. MR-scanninger registreret i KIP/webservice er fortsat inkluderet i indikatorberegningen, men på sigt forventes denne manuelle indberetning at blive udfaset.

Resultater

Udviklingsmålet er fastsat til mindst 70 %.

Fra 2026 accepteres en MRC som er < 3 år fra diagnosesamtalen, idet tidl. MRC med tydelige cerebrovaskulære forandringer kan være tilstrækkelig.

Generelt har der været en flot udvikling over tid fra indikatoren blev indført til og med 2023 med en øgning på landsplan i andelen som får en MRC i målgruppen. I 2024 og 2025 ses dog et mindre fald i andelen på landsplan.

Udviklingen over tid for dette indikatorområde er i Region Hovedstaden og Sjælland karakteriseret ved at variationen på tværs af enheder er blevet mindre over tid. I Region Hovedstaden er den høje andel, der opfylder indikatoren fastholdt også de seneste to år, og udviklingsmålet er opfyldt i 2025 (76 % (95 % SI: 72-79)). Region Syddanmark og Region Midtjylland er præget af stor variation mellem enhederne. Samlet set fastholder Region Syddanmark et stabilt niveau, men opnåede i år ikke udviklingsmålet. I de 3 øvrige regioner ses en nedadgående tendens de seneste 2 år, og udviklingsmålet er i 2025 heller ikke opnået i disse 3 regioner.

Diskussion og implikationer

Siden 2021 har indikatoren omfattet alle med demens i let til moderat grad pga. cerebrovaskulær sygdom eller Mixed (alzheimers sygdom + cerebrovaskulær sygdom). Fra 2022 er udviklingsmålet reduceret til > 70 %, idet en CT-scanning af god kvalitet vil være tilstrækkelig hos visse patienter med demens i moderat grad med flere og større infarkter. Der kan også være patienter, som har haft et vaskulært event få år tidligere, og hvor der foreligger en MRC, som overskrider 2-års grænsen, men som vurderes at være tilstrækkelig.

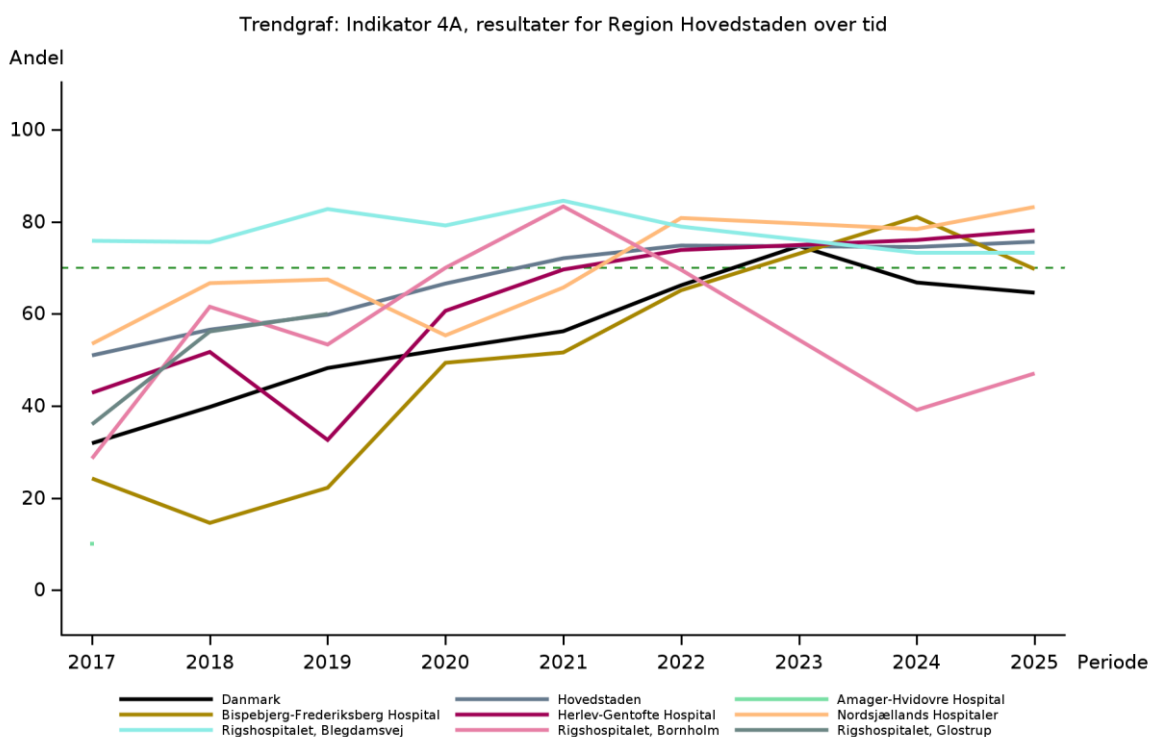
En MR-skanning er af stor betydning i forhold til dels differential diagnostiske overvejelser hos især yngre med demens ligesom cerebral amyloid angiopati (CAA) ikke kan ses på en konventionel CTC. Diagnosticering af CAA har stor behandlingsmæssig konsekvens idet der kan være beskrevet vaskulære forandringer på CTC som kan foranledige til at påbegynde behandling med blodfortyndende medicin. Blodfortyndende behandling øger imidlertid cerebral blødningsrisiko hos mennesker med CAA og behandlingen er derfor ikke indiceret, hvis der ikke er en anden tvingende indikation.

Kapacitetsudfordringer skønnes at være en medvirkende årsag til at udviklingsmålet ikke opfyldes. Det kan ligeledes have betydning for andelen, som får tilbudt en MRC, at visse regioner har mulighed for PET-MR (region Syddanmark og Hovedstaden), og således får man 2 undersøgelser på en gang, frem for at patienten skal møde op til 2 forskellige undersøgelser.

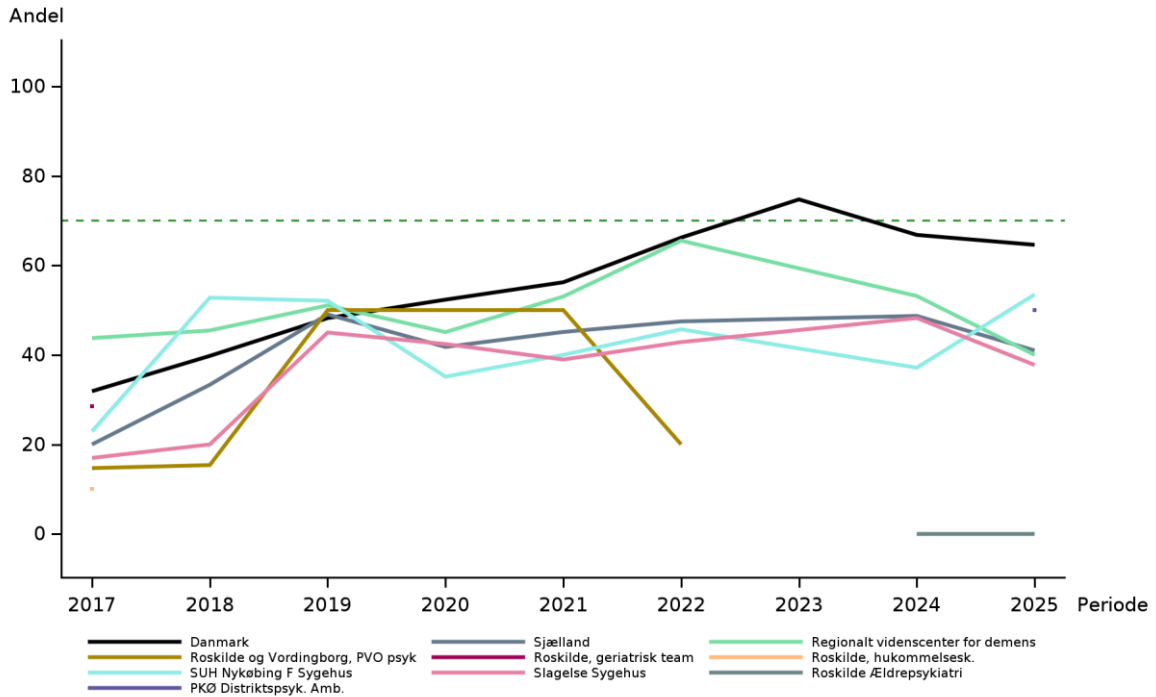
Styregruppen gør ligesom i 2024 opmærksom på en fejl i tabel A1.1 a og b, idet det fremgår, at Region Hovedstaden og Sjælland også i 2024 har 0 patienter med diagnosen Mixed demens. Sundhedsplatformen er gjort opmærksom på problemet men der er desværre endnu ikke en løsning på udfordringen.

Anbefaling

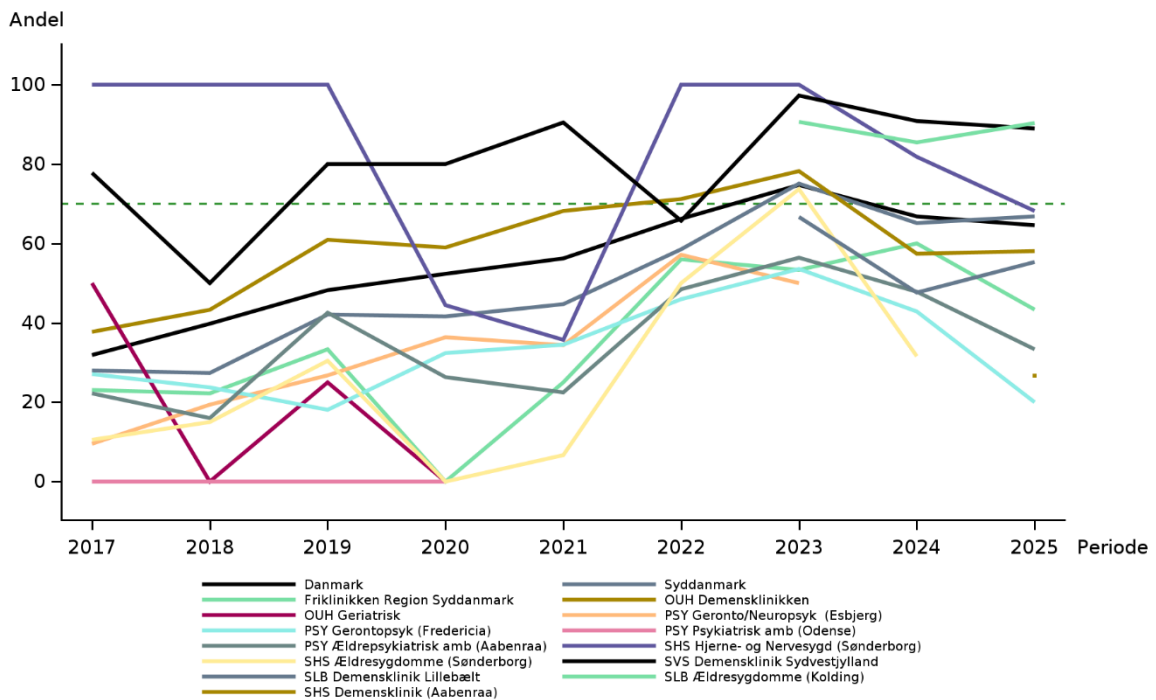
Udredningsenhederne anbefales at forsøge at lokalisere evt. flaskehalse for MR-scanning samt at foretage audit af patienter, som burde være tilbudt en MR-scanning mhp. at identificere eventuelle patientrelaterede årsager, f.eks. klaustrofobi, metal i kroppen eller, at der er udtrykt ønske om, at undersøgelsen ikke gennemføres. Ved vurdering af fokal atrofi, småkarssygdom, inflammatorisk sygdom eller CAA øger MR-scanning den diagnostiske sikkerhed sammenlignet med CT-scanning, og fundene kan have behandlingsmæssig konsekvens (CAA) . CAA kan ikke vurderes på en CTC. For at øge kvaliteten i udredningen anbefaler styregruppen, at der foretages en MR-scanning, hvis der er mistanke om vaskulært bidrag til de kognitive klager.

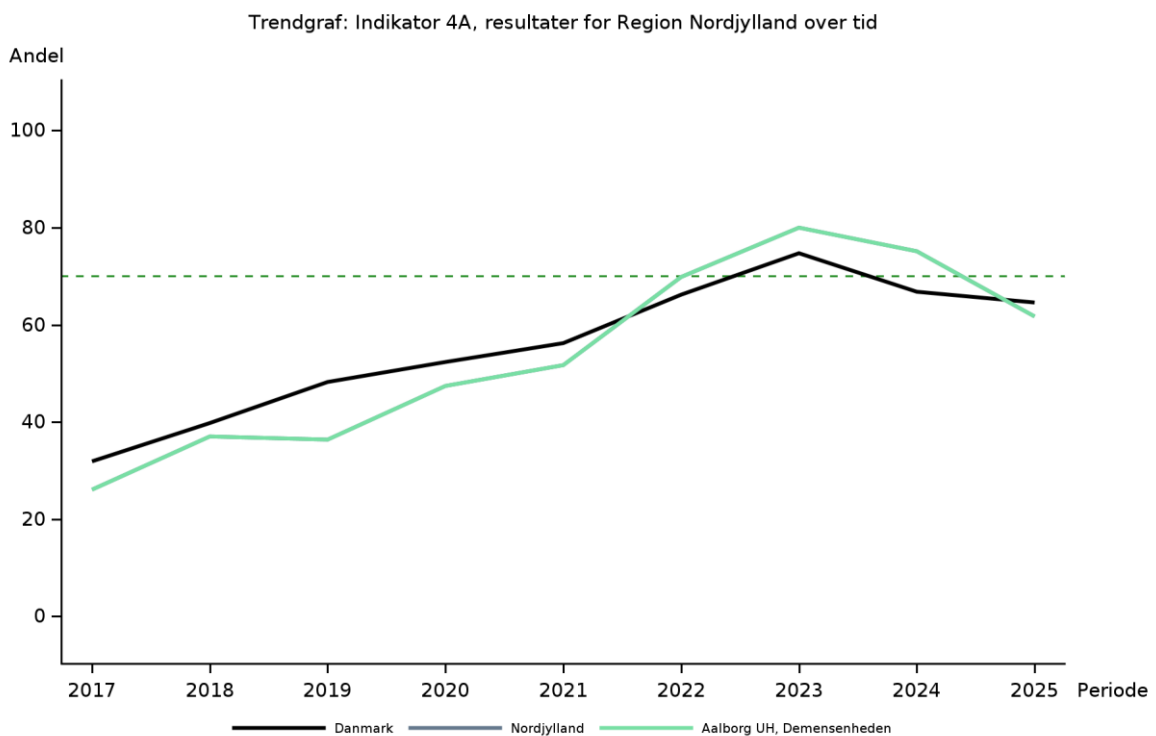
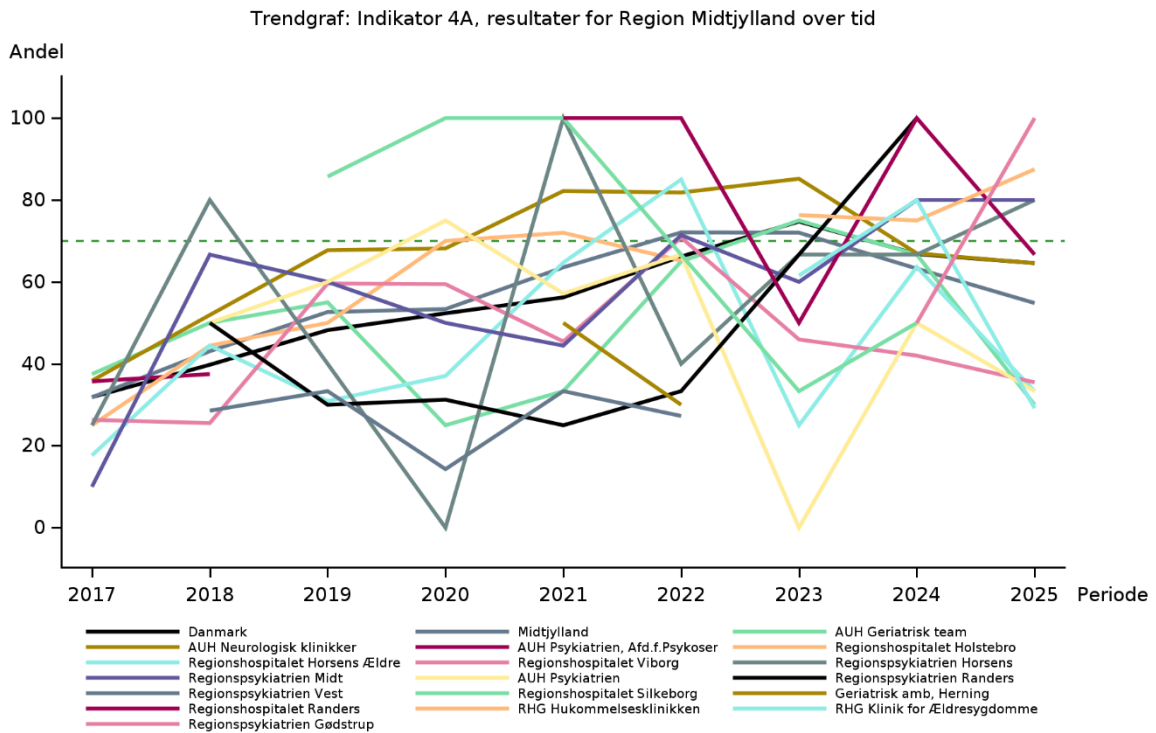


Trendgraf: Indikator 4A, resultater for Region Sjælland over tid



Trendgraf: Indikator 4A, resultater for Region Syddanmark over tid





Indikator 5 Sygdomsspecifik demens diagnose

Definition: Andel af demensudredningsforløb hvor patienter med demens fik stillet en sygdomsspecifik demens diagnose.

Nævner: Alle patienter der har gennemgået mindst et demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.

OG

Patienten har demens i let, moderat eller svær grad.

Tæller: Patienter i nævneren der har fået stillet mindst én af følgende sygdomsspecifikke demens diagnoser:

- Alzheimers sygdom
- Lewy Body sygdom
- Parkinsons sygdom
- Cerebrovaskulær sygdom
- Mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom)
- Frontotemporal demens
- Atypisk Parkinson (MSA, CBS, PSP)
- Normaltryks hydrocephalus (NPH)
- Huntingtons sygdom
- Alkohol
- Anden specifik neuro-degenerativ sygdom
- Anden ikke neuro-degenerativ sygdom
- Psykiatrisk/affektiv sygdom

Uoplyst: Ingen

Eksklusion: Patienter, hvis grad af kognitiv funktion er vurderet til at være én af følgende:

- Habituel kognitiv funktion
- Kognitivt svækket men har ikke demens (MCI)

Udviklingsmål: > 80 %

Indikator 5 Sygdomsspecifik demens diagnose

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2025 - 31.12.2025		Tidligere år	
	> 80% opnået	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
Danmark	Ja	7.942 / 8.439	1 (0)	94	(94-95)	94	94
Hovedstaden	Ja	2.619 / 2.871	0 (0)	91	(90-92)	90	
Sjælland	Ja	984 / 1.028	0 (0)	96	(94-97)	96	
Syddanmark	Ja	2.360 / 2.421	0 (0)	97	(97-98)	97	94
Midtjylland	Ja	1.165 / 1.267	1 (0)	92	(90-93)	93	93
Nordjylland	Ja	814 / 852	0 (0)	96	(94-97)	97	96
Hovedstaden	Ja	2.619 / 2.871	0 (0)	91	(90-92)	90	
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Ja	344 / 408	0 (0)	84	(80-88)	89	
Herlev-Gentofte Hospital	Ja	608 / 650	0 (0)	94	(91-95)	92	
Nordsjællands Hospitaler	Ja	704 / 729	0 (0)	97	(95-98)	97	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	867 / 975	0 (0)	89	(87-91)	86	

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80% opnået	Tæller/ nævner		01.01.2025 - 31.12.2025 Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
Rigshospitalet, Bornholm	Ja	96 / 109	0 (0)	88	(80-93)	88	
Sjælland	Ja	984 / 1.028	0 (0)	96	(94-97)	96	
PKØ Distriktpsych. Amb.	Ja	8 / 8	0 (0)	100	(63-100)	100	
Regionalt videnscenter for demens	Ja	305 / 322	0 (0)	95	(92-97)	96	
Roskilde Ældrepsykiatri	Ja	13 / 14	0 (0)	93	(66-100)	90	
SUH Nykøbing F Sygehus	Ja	142 / 143	0 (0)	99	(96-100)	99	
Slagelse Sygehus	Ja	516 / 541	0 (0)	95	(93-97)	96	
Syddanmark	Ja	2.360 / 2.421	0 (0)	97	(97-98)	97	94
Friklinikken Region Syddanmark	Ja	132 / 136	0 (0)	97	(93-99)	100	96
OUH Demensklinikken	Ja	681 / 684	0 (0)	100	(99-100)	100	100
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Ja	20 / 22	0 (0)	91	(71-99)	91	92
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Nej	5 / 7	0 (0)	71	(29-96)	92	90
SHS Demensklinik (Aabenraa)	Ja	189 / 191	0 (0)	99	(96-100)		
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	Ja	198 / 203	0 (0)	98	(94-99)	99	100
SLB Demensklinik Lillebælt	Ja	440 / 450	0 (0)	98	(96-99)	98	96
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Ja	212 / 215	0 (0)	99	(96-100)	100	100
SVS Demensklinik Sydvestjylland	Ja	483 / 513	0 (0)	94	(92-96)	94	88
Midtjylland	Ja	1.165 / 1.267	1 (0)	92	(90-93)	93	93
AUH Geriatrisk team	Ja	41 / 43	0 (0)	95	(84-99)	100	100
AUH Neurologisk klinikker	Ja	417 / 438	1 (0)	95	(93-97)	95	93
AUH Psykiatrien	Ja	27 / 28	0 (0)	96	(82-100)	96	78
RHG Hukommelsesklinikken	Ja	172 / 179	0 (0)	96	(92-98)	95	96
RHG Klinik for Ældresygdomme	Ja	105 / 113	0 (0)	93	(87-97)	94	100
Regionshospitalet Horsens Ældre	Ja	25 / 28	0 (0)	89	(72-98)	79	80
Regionshospitalet Randers	Ja	30 / 31	0 (0)	97	(83-100)	95	78
Regionshospitalet Viborg	Ja	279 / 319	0 (0)	87	(83-91)	90	94
Regionspsykiatrien Gødstrup	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	82	
Regionspsykiatrien Horsens	Ja	20 / 24	0 (0)	83	(63-95)	91	94
Regionspsykiatrien Midt	Nej	40 / 55	0 (0)	73	(59-84)	80	80
Regionspsykiatrien Randers	Ja	###	0 (0)	100	(16-100)	75	71
Nordjylland	Ja	814 / 852	0 (0)	96	(94-97)	97	96
Aalborg UH, Demensenheden	Ja	814 / 852	0 (0)	96	(94-97)	97	96

	Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion:	Habituel kognitiv funktion eller men har ikke demens (MCI)	3.347	1.523	228	857	406	333
Uoplyst:	Uoplyst diagnose	1	.	.	.	1	.

Kommentar til Indikator 5

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser andelen af patienter med demens, hvor der er stillet en sygdomsspecifik demensdiagnose. En sygdomsspecifik demensdiagnose er vigtig for at kunne informere patient og pårørende om forventet sygdomsforløb, mulig behandling med demens medicin, for at kunne iværksætte non-farmakologiske tiltag samt iværksætte støttende foranstaltninger i hjemmet. Der er aktuelt godkendt de første anti-amyloid behandlinger til tidlig Alzheimers sygdom af FDA (donememab og lecanemab) og begge præparater er godkendt af EMA og EU. Lecanemab har været vurderet i Medicinrådet i 2025, og Medicinrådet har besluttet ikke at anbefale Lecanemab (Leqembi) som standardbehandling til Alzheimers sygdom i Danmark. Medicinrådet vurderer, at effekten er for lille og usikker sammenlignet med risikoen for alvorlige bivirkninger og for høje omkostninger i forhold til effekt. Medicinrådet skal behandle donememab senere i 2026. Det er dog alligevel forventeligt, at der inden for en overskuelig fremtid kommer mulig behandling med sygdomsmodificerende medicin til Alzheimers sygdom, hvilket i yderligere grad øger behovet for diagnostisk sikkerhed.

Resultater

Udviklingsmålet er fastsat til mindst 80 %.

Andelen der får stillet en sygdomsspecifik demensdiagnose, har over tid været høj og ensartet på tværs af enheder i Region Hovedstaden, Sjælland og Syddanmark samt i enheden i Nordjylland (trendgrafer). Region Midtjylland har haft større variationer på tværs af enheder over tid, og ift. de øvrige regioners enheder er denne variation stadig synlig i 2025.

På landsplan opfyldtes udviklingsmålet med 94 (95 % SI: 94-95) % og den interregionale variation var mellem 91 % (Hovedstaden) og 97 % (Syddanmark).

At have en høj andel, der får stillet en sygdomsspecifik demensdiagnose, er ikke nødvendigvis ensbetydende med en høj kvalitet i demensudredningen, da dette skal vurderes sammen med brug af parakliniske undersøgelser (indikator 2B, 4A og 8). I det perspektiv bør opfyldelse af udviklingsmålet i indikator 5 være i overensstemmelse med høje andele, der får udført NPU (indikator 2B), MR-scanning (indikator 4A) og paraklinik (indikator 8). Dette kan der være tvivl om på en del enheder med mindst 10 udredningsforløb i 2025. Følgende 4 enheder ligger lavt i indikatoropfyldelse på alle 3 indikatorer (2B, 4A og 8): SUH Nykøbing F, Slagelse Sygehus, AUH Geriatrisk team og RHG Klinik for Ældresygdomme. Derudover ligger mindst 8 enheder med lave indikatorværdier i 2 af de 3 indikatorer.

I den supplerende opgørelse Tabel A1.5 (Appendiks 1) fremgår den samlede andel af alle udredningsforløb (N=11.790), der fik stillet en demens diagnose (71,6 %) samt MCI (19,3 %).

Diskussion og implikationer

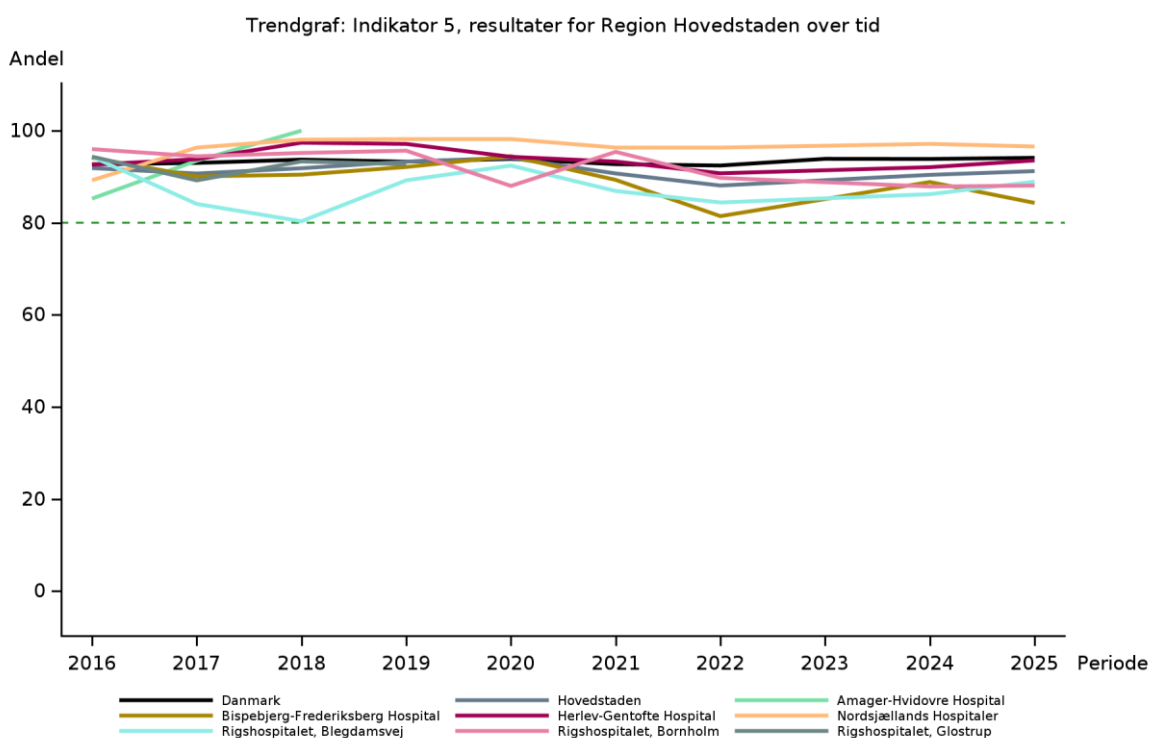
Udviklingsmålet er opfyldt for alle regioner og for alle udredningsenheder med mere end 10 udredninger/år på nær en enkelt udredningsenhed (Regionspsykiatrien Midt) hvor 73 % får en sygdomsspecifik demensdiagnose. Indikatoren har ligget højt og stabilt, siden databasens start i 2016. Indikatoren bør ses i sammenhæng med indikator 2B (neuropsykologisk undersøgelse for pt. med habituel kognitiv funktion, MCI, demens i let grad), 4A (MR skanning ved vaskulær eller mixed demens i let til moderat grad) og 8 (parakliniske undersøgelser ved demens i let til moderat grad). som alle indikerer på hvilket grundlag en specifik demensdiagnose stilles. I visse tilfælde kan en sygdomsspecifik demensdiagnose stilles ud fra basal udredning ligesom der kan være tilfælde hvor sygdommen er så fremskreden at yderligere udredning ikke bidrager eller pt. ikke kan medvirke. Men ofte vil der være behov for støttende parakliniske undersøgelser til at sandsynliggøre sygdomsspecifik diagnose – eller NPU for at be/afkræfte kognitive deficit i de lette tilfælde.

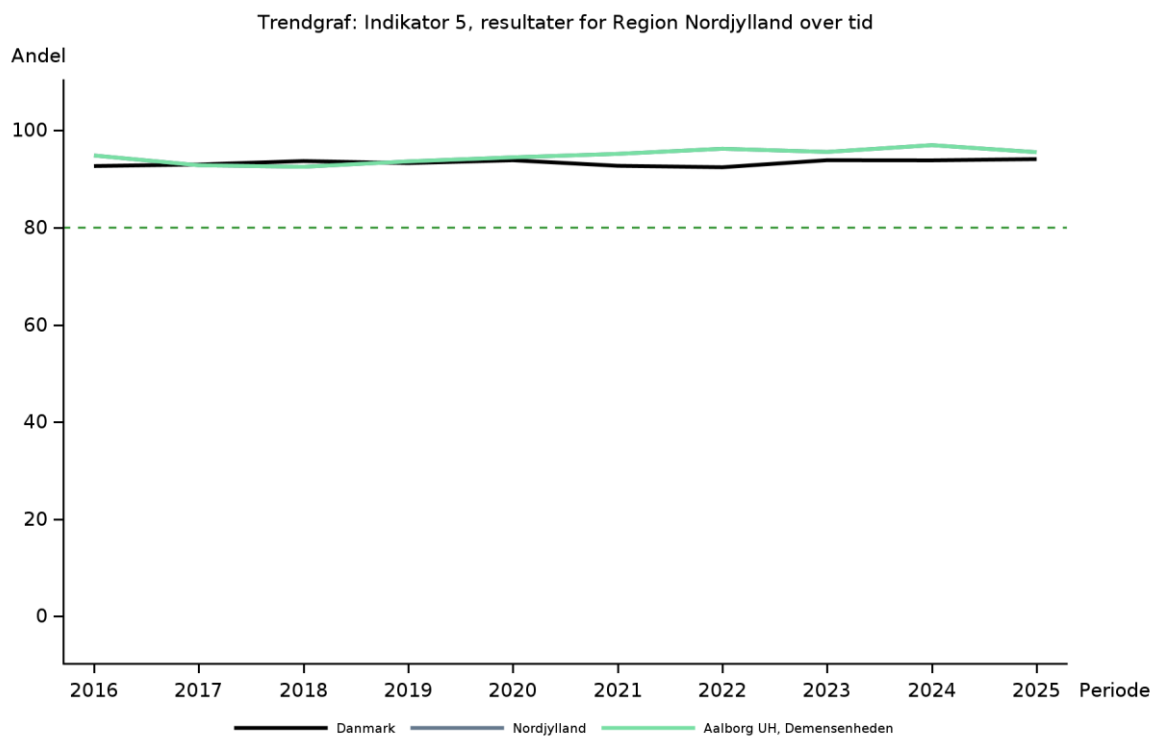
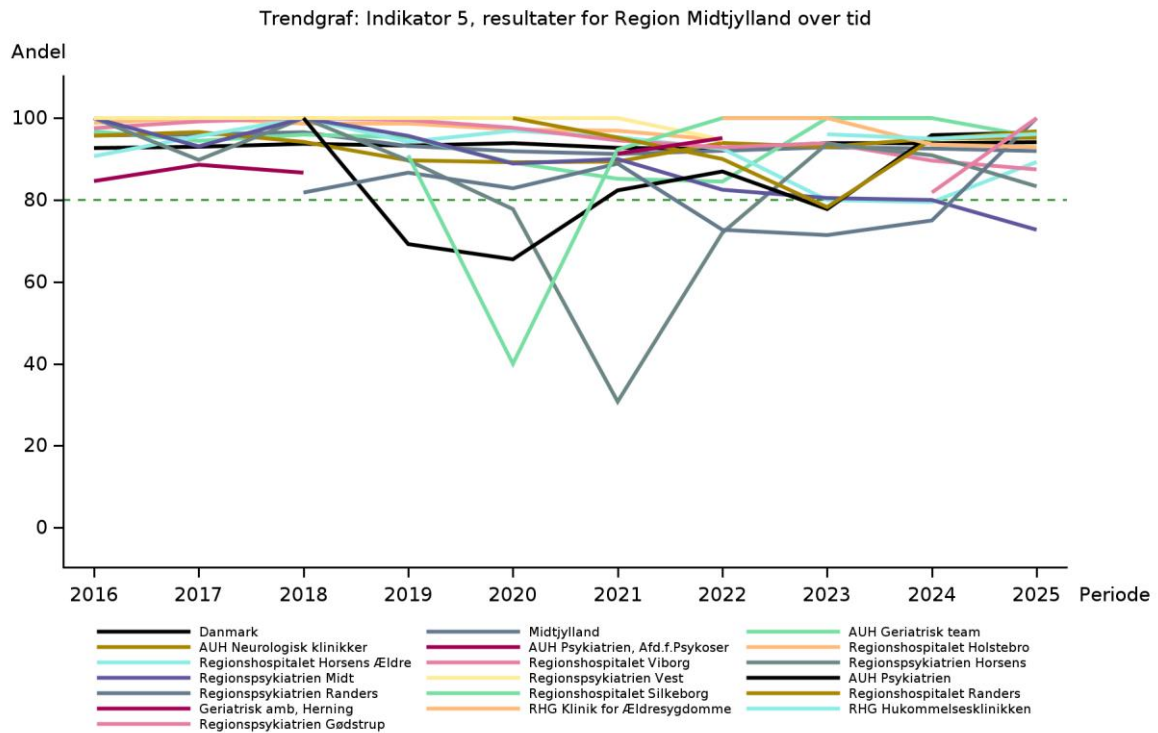
Styregruppen vurderer således ud fra ovennævnte, at indikatorresultatet og opfyldelse af udviklingsmålet i indikator 5 ikke i sig selv giver oplysning om kvaliteten af den udredning, som er foregået.

Der er fortsat større udredningsenheder som opfylder udviklingsmålet med 100 % eller tæt på. Det kan undre styregruppen når kompleksiteten af demenssygdomme tages i betragtning at der er enheder som med høj præcision stiller en ætiologisk diagnose med mindre behov for at anvende parakliniske undersøgelser hvis der læses på tværs af indikatorerne.

Anbefaling

Styregruppen anbefaler, at udredningsenheder med en meget høj andel af sygdomsspecifik demensdiagnose (indikator 5), men med kort udredningstid (indikator 1A) og lav anvendelse af supplerende undersøgelser (indikator 2B, 4A og 8), gennemgår egne patienter med henblik på at klarlægge på hvilket grundlag en sygdomsspecifik demensdiagnose stilles, herunder om der er foretaget tilstrækkelige undersøgelser til at man i så høj grad kan stille en sygdomsspecifik demensdiagnose.





Indikator 6 Demensmedicin, Indløst recept

Definition: Andel af demensudredningsforløb hvor patienter med Alzheimers sygdom, Parkinsons sygdom, Lewy Body sygdom og Mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom), har indløst recept på demensmedicin i perioden 30 dage før til 90 dage efter diagnosesamtaledato.

Nævner: Alle patienter der har gennemgået mindst et demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.
OG
Patienten har demens i let, moderat eller svær grad.
OG
Patienten har fået stillet mindst én af følgende sygdomsspecifikke demens diagnoser:

- Alzheimers sygdom
- Lewy Body sygdom
- Parkinsons sygdom
- Mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom)

Tæller: Patienter i nævneren der har indløst mindst én recept en af følgende demensmedicintyper identificeret i LSR i perioden 30 dage før til 90 dage efter diagnose-samtaledato:

- Memantin (N06DX01)
- Donepezil (N06DA02)
- Rivastigmin (N06DA03)
- Gelantamin (N06DA04)

Uoplyst: Ingen

Eksklusion: Patienter med ikke-relevant sygdomsspecifik demens diagnose (dvs. alle diagnoser undtagen Alzheimers sygdom, Parkinsons sygdom, Lewy Body sygdom og Mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom)).
ELLER
Patienter, hvis grad af kognitiv funktion er vurderet til at være én af følgende:

- Habituel kognitiv funktion
- Kognitivt svækket men har ikke demens (MCI)

Tidsforskydning: 3 måneder bagud i tid grundet forsinkelse for LSR data. Det betyder, at opgørelsesperioden er 1. oktober – 30. september det efterfølgende år.

Udviklingsmål: > 80 %

Indikator 6 Demensmedicin, indløst recept

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.10.2024 - 30.09.2025		Tidligere år	
	> 80% opnået	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2023/24 Andel	2022/23 Andel
Danmark	Ja	5.334 / 5.706	1 (0)	93	(93-94)	93	95
Hovedstaden	Ja	1.625 / 1.794	0 (0)	91	(89-92)	91	92
Sjælland	Ja	530 / 560	0 (0)	95	(92-96)	96	95
Syddanmark	Ja	1.707 / 1.763	0 (0)	97	(96-98)	97	97
Midtjylland	Ja	893 / 944	1 (0)	95	(93-96)	94	94
Nordjylland	Ja	579 / 645	0 (0)	90	(87-92)	86	93
Hovedstaden	Ja	1.625 / 1.794	0 (0)	91	(89-92)	91	92
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Ja	184 / 207	0 (0)	89	(84-93)	89	84

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80% opnået	Tæller/ nævner		01.10.2024 - 30.09.2025 Andel	95% CI	2023/24 Andel	2022/23 Andel
Herlev-Gentofte Hospital	Ja	441 / 501	0 (0)	88	(85-91)	93	91
Nordsjællands Hospitaler	Ja	425 / 442	0 (0)	96	(94-98)	93	99
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	514 / 576	0 (0)	89	(86-92)	88	91
Rigshospitalet, Bornholm	Ja	61 / 68	0 (0)	90	(80-96)	82	87
Sjælland	Ja	530 / 560	0 (0)	95	(92-96)	96	95
PKØ Distriktpsych. Amb.	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	100	
Regionalt videnscenter for demens	Ja	166 / 171	0 (0)	97	(93-99)	98	98
Roskilde Ældrepsykiatri	Ja	16 / 16	0 (0)	100	(79-100)	100	
SUH Nykøbing F Sygehus	Ja	61 / 72	0 (0)	85	(74-92)	90	94
Slagelse Sygehus	Ja	281 / 295	0 (0)	95	(92-97)	95	92
Syddanmark	Ja	1.707 / 1.763	0 (0)	97	(96-98)	97	97
Friklinikken Region Syddanmark	Ja	75 / 78	0 (0)	96	(89-99)	98	99
OUH Demensklinikken	Ja	526 / 545	0 (0)	97	(95-98)	98	95
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Nej	11 / 16	0 (0)	69	(41-89)	96	98
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	97	98
SHS Demensklinik (Aabenraa)	Ja	97 / 102	0 (0)	95	(89-98)		
SHS Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg)	Ja	235 / 247	0 (0)	95	(92-97)	88	92
SLB Demensklinik Lillebælt	Ja	302 / 305	0 (0)	99	(97-100)	99	
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Ja	162 / 163	0 (0)	99	(97-100)	98	97
SVS Demensklinik Sydvestjylland	Ja	295 / 303	0 (0)	97	(95-99)	98	98
Midtjylland	Ja	893 / 944	1 (0)	95	(93-96)	94	94
AUH Geriatrik team	Ja	35 / 36	0 (0)	97	(85-100)	97	89
AUH Neurologisk klinikker	Ja	284 / 303	1 (0)	94	(90-96)	95	94
AUH Psykiatrien	Ja	22 / 26	0 (0)	85	(65-96)	94	82
RHG Hukommelsesklinikken	Ja	153 / 157	0 (0)	97	(94-99)	94	100
RHG Klinik for Ældresygdomme	Ja	67 / 73	0 (0)	92	(83-97)	91	88
Regionshospitalet Horsens Ældre	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	77	100
Regionshospitalet Randers	Ja	26 / 27	0 (0)	96	(81-100)	92	100
Regionshospitalet Viborg	Ja	239 / 251	0 (0)	95	(92-98)	94	94
Regionspsykiatrien Gødstrup	Ja	6 / 7	0 (0)	86	(42-100)	100	
Regionspsykiatrien Horsens	Ja	21 / 21	0 (0)	100	(84-100)	100	100
Regionspsykiatrien Midt	Ja	19 / 21	0 (0)	90	(70-99)	86	94
Regionspsykiatrien Randers	Nej	##	0 (0)	50	(1-99)	67	100
Nordjylland	Ja	579 / 645	0 (0)	90	(87-92)	86	93
Aalborg UH, Demensenheden	Ja	579 / 645	0 (0)	90	(87-92)	86	93

Kommentar til Indikator 6

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser andelen af patienter med Alzheimers sygdom, Parkinsons sygdom (PDD), Lewy Body sygdom (DLB) og Mixed demens (Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom), som har indløst recept på demensmedicin indenfor 30 dage før til 90 dage efter diagnosesamtale dato. Bemærk at tidsperioden, hvori

indikatoren opgøres, er forskudt 3 måneder bagud ift. de øvrige indikatorer. Tidsforskydningen er nødvendig for at få komplette data for en 12 måneders periode. Tidsforskydningen betyder også, at der ikke er overensstemmelse i antallet af afdelinger, hvorfra der afrapporteres resultater ift. de øvrige indikatorer.

Indikatoren er vigtig, da patienter har mulighed for at modtage en behandling, der er symptomforsinkende, når de har accepteret behandling med demensmedicin og indløser recept.

Resultater

Den indikator der har heddet indikator 6 i de foregående årsrapporter, er fra 2024 udgået. I stedet er indikator 6A omdøbt til 6 fra 2024.

En meget stor andel af demensudredningsforløbene, der resulterer i en sygdomsspecifik demensdiagnose svarende til Alzheimers sygdom, Parkinsons sygdom, Lewy Body sygdom eller Mixed demens, indløser ligeledes recept på demensmedicin. Der er ikke taget højde for om patienten takkede nej til at få udskrevet en recept, hvilket kan forklare, at der ses en nedgang i indikatorresultaterne for de fleste enheder.

Kvaliteten på området er i alle regioner generelt høj svarende til mellem 97 % (Syddanmark) og 90 % (Nordjylland), der indløste recept på demensmedicin i 2025. Over tid har Region Hovedstaden, Sjælland og Nordjylland haft en høj og meget ensartet kvalitet (trendgrafer). Region Syddanmark har haft en høj kvalitet på tværs af enhederne med nogen variation mellem 2016-2020, hvorefter en høj grad af ensartethed har indfundet sig frem til 2025. For Region Midtjylland er billedet nogenlunde det samme som i Syddanmark ift. en generel høj kvalitet, om end variationen mellem enheder ikke er aftaget helt så meget over tid.

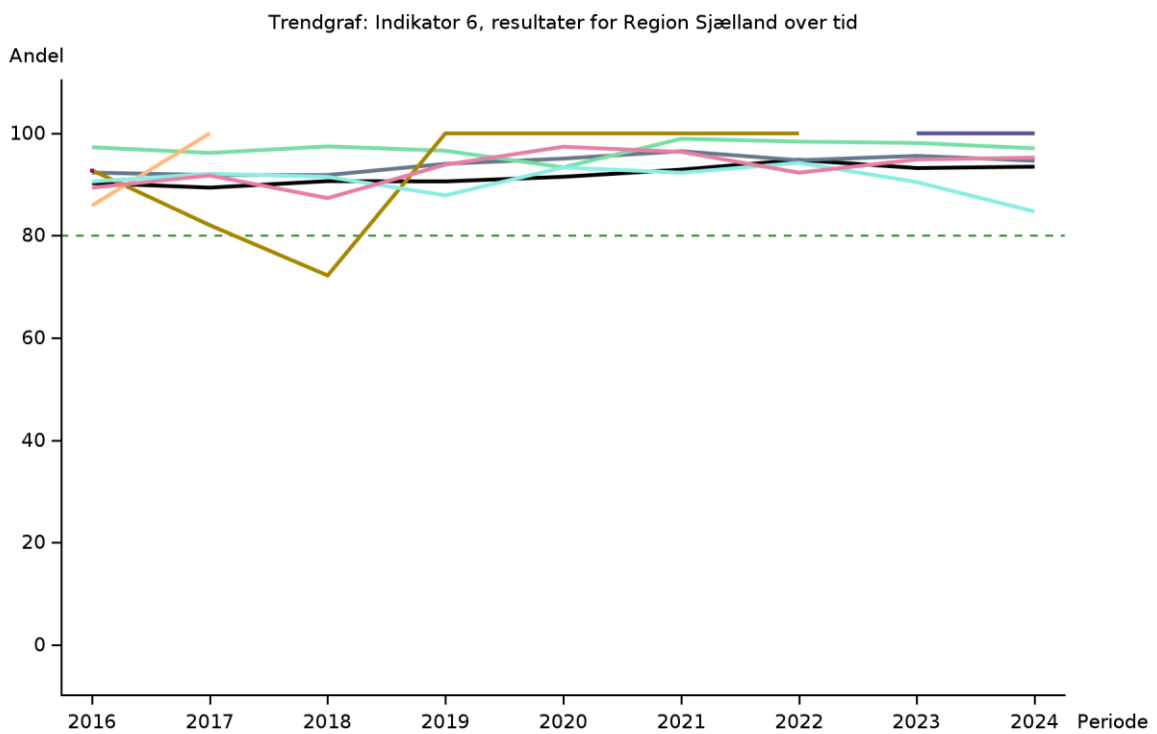
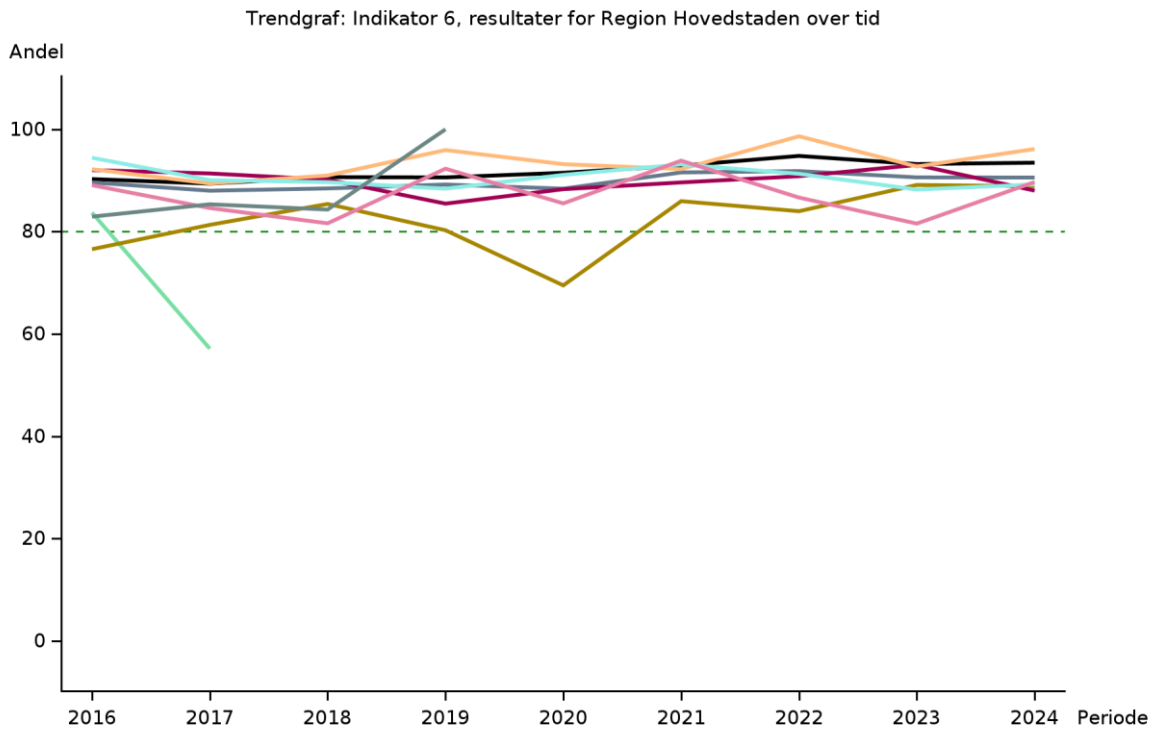
Diskussion og implikationer

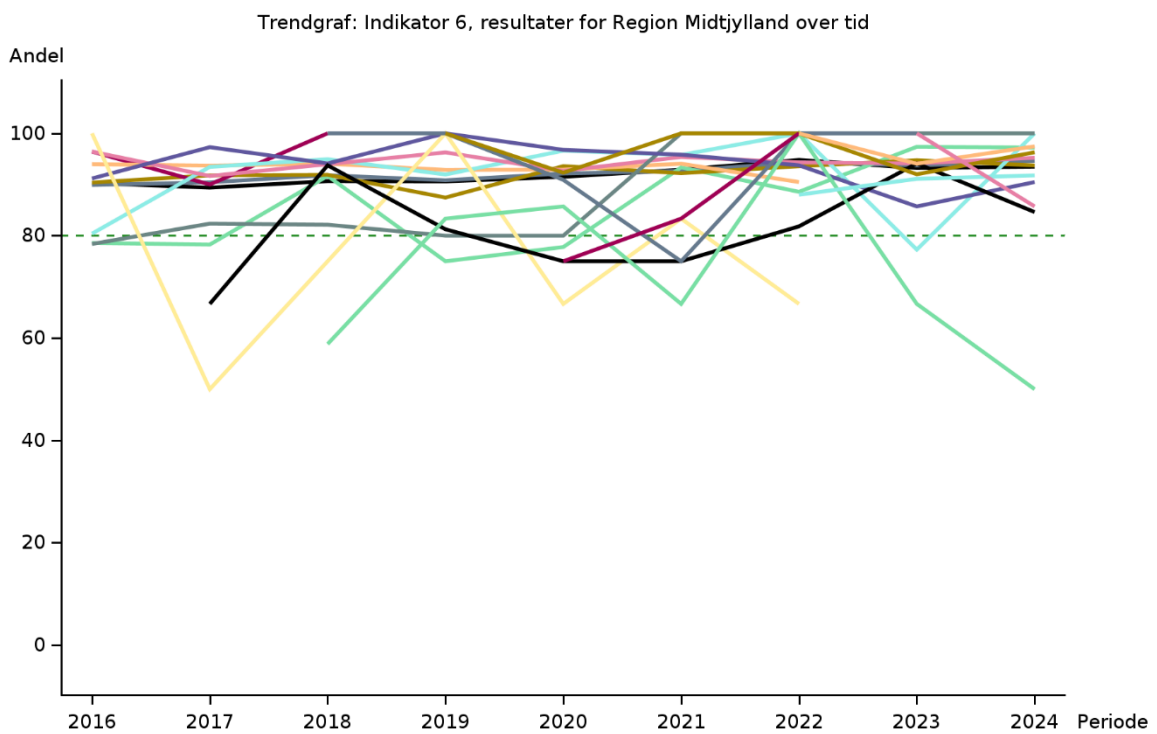
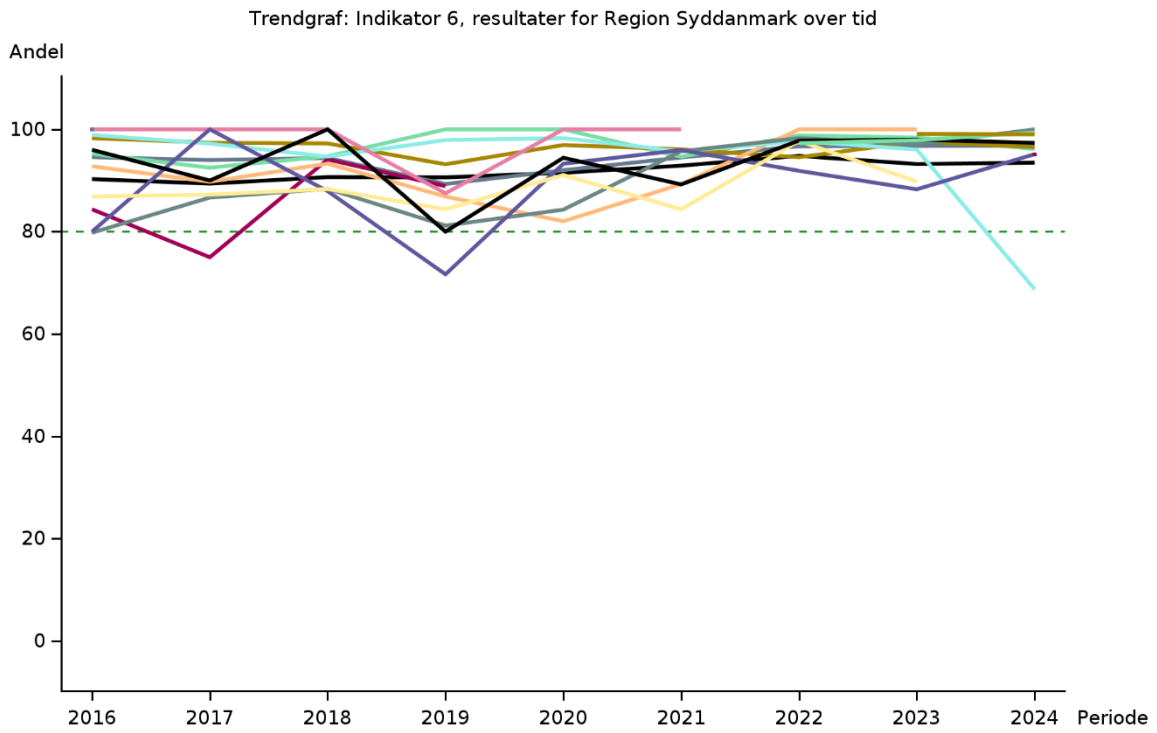
Indikatorresultatet er fortsat højt, også set i lyset af at opgørelsen ikke tager hensyn til de patienter, der ikke ønsker behandlingen, eller hvor der er kontraindikation til behandlingen. Det er glædeligt at populationen tilbydes relevant behandling med demensmedicin, og at de som ønsker behandlingen, formodes at få den iværksat med passende støtteforanstaltninger, idet de får indløst recept på medicinen.

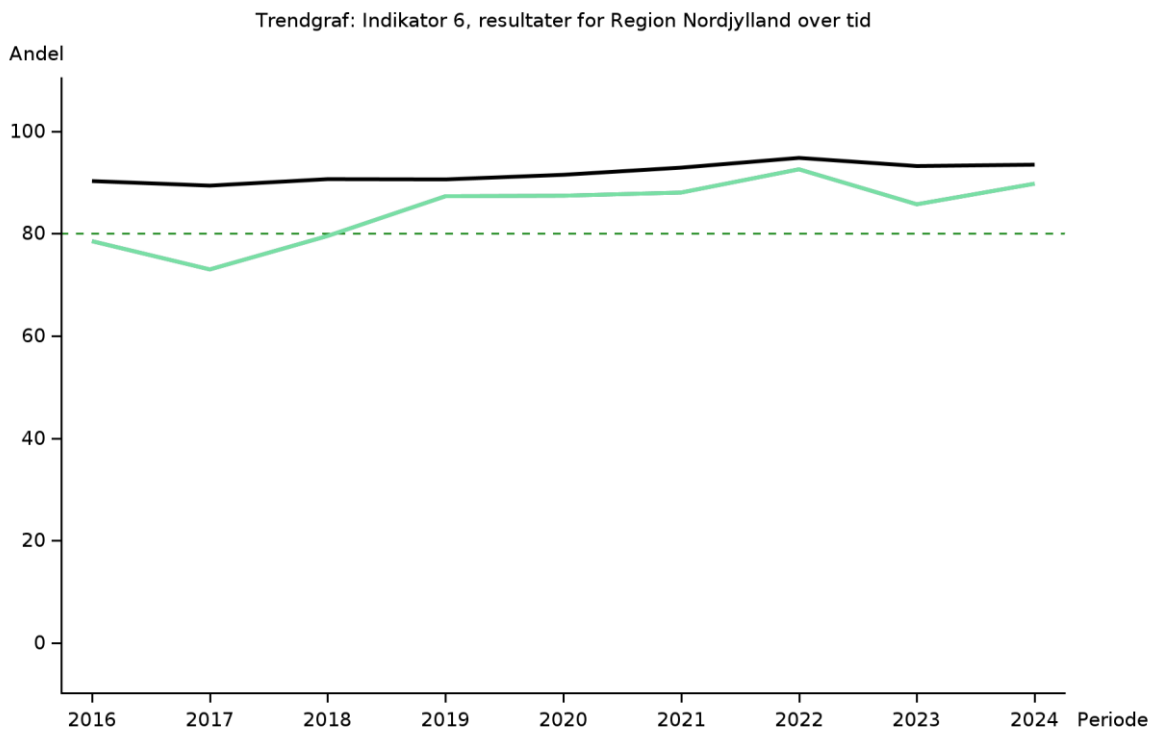
Anbefaling

Udviklingsmålet hæves til 90 % fra 2026.

Ingen specifik kommentar.







Indikator 7 Kommunal demenskoordinator funktion

Definition: Andel af demensudredningsforløb, hvor patienter med demens fik tilbudt henvisning til kommunal demenskoordinator funktion i forbindelse med information om diagnosen.

Nævner: Alle patienter der har gennemgået mindst ét demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.

OG

Patienten har demens i let, moderat eller svær grad.

Tæller: Patienter i nævneren der er tilbudt henvisning til kommunal demenskoordinator funktion i forbindelse med diagnosesamtalen.

Uoplyst: Ingen

Eksklusion: Patienter hvis kognitive grad er vurderet til at være en af følgende:

- Habituel kognitiv funktion
- Kognitivt svækket men har ikke demens (MCI)

Udviklingsmål: > 80 %

Indikator 7 Kommunal demenskoordinator funktion

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80% opnået	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025 Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
Danmark	Ja	8.069 / 8.440	96	(95-96)	96	96
Hovedstaden	Ja	2.724 / 2.871	95	(94-96)	95	
Sjælland	Ja	976 / 1.028	95	(93-96)	96	
Syddanmark	Ja	2.372 / 2.421	98	(97-98)	98	98
Midtjylland	Ja	1.155 / 1.268	91	(89-93)	93	92
Nordjylland	Ja	842 / 852	99	(98-99)	99	99
Hovedstaden	Ja	2.724 / 2.871	95	(94-96)	95	
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Ja	366 / 408	90	(86-92)	89	
Herlev-Gentofte Hospital	Ja	636 / 650	98	(96-99)	97	
Nordsjællands Hospitaler	Ja	720 / 729	99	(98-99)	97	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	896 / 975	92	(90-94)	94	
Rigshospitalet, Bornholm	Ja	106 / 109	97	(92-99)	99	
Sjælland	Ja	976 / 1.028	95	(93-96)	96	
PKØ Distriktpsych. Amb.	Nej	5 / 8	63	(24-91)	75	
Regionalt videnscenter for demens	Ja	315 / 322	98	(96-99)	99	
Roskilde Ældrepsykiatri	Nej	4 / 14	29	(8-58)	25	
SUH Nykøbing F Sygehus	Ja	141 / 143	99	(95-100)	98	
Slagelse Sygehus	Ja	511 / 541	94	(92-96)	97	
Syddanmark	Ja	2.372 / 2.421	98	(97-98)	98	98
Friklinikken Region Syddanmark	Ja	134 / 136	99	(95-100)	100	100
OUH Demensklubben	Ja	672 / 684	98	(97-99)	97	99
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Nej	13 / 22	59	(36-79)	76	94
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Ja	7 / 7	100	(59-100)	97	98
SHS Demensklubben (Aabenraa)	Ja	191 / 191	100	(98-100)		

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80%	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået		Andel	95% CI	Andel	Andel
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	Ja	197 / 203	97	(94-99)	99	100
SLB Demensklíník Lillebælt	Ja	441 / 450	98	(96-99)	99	96
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Ja	212 / 215	99	(96-100)	100	97
SVS Demensklíník Sydvestjylland	Ja	505 / 513	98	(97-99)	98	98
Midtjylland	Ja	1.155 / 1.268	91	(89-93)	93	92
AUH Geriatrik team	Ja	43 / 43	100	(92-100)	100	100
AUH Neurologisk klíník	Ja	405 / 439	92	(89-95)	93	92
AUH Psykiatrien	Ja	27 / 28	96	(82-100)	92	94
RHG Hukommelsesklíník	Ja	158 / 179	88	(83-93)	94	93
RHG Klíník for Ældresygdomme	Ja	102 / 113	90	(83-95)	100	100
Regionshospitalet Horsens Ældre	Ja	28 / 28	100	(88-100)	100	100
Regionshospitalet Randers	Ja	31 / 31	100	(89-100)	100	100
Regionshospitalet Viborg	Ja	280 / 319	88	(84-91)	91	89
Regionspsykiatrien Gødstrup	Ja	6 / 7	86	(42-100)	91	
Regionspsykiatrien Horsens	Ja	23 / 24	96	(79-100)	100	100
Regionspsykiatrien Midt	Ja	50 / 55	91	(80-97)	91	68
Regionspsykiatrien Randers	Ja	###	100	(16-100)	100	100
Nordjylland	Ja	842 / 852	99	(98-99)	99	99
Aalborg UH, Demensenheden	Ja	842 / 852	99	(98-99)	99	99

Kommentarer til indikator 7

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser andelen af demensudredningsforløb, hvor patienter med demens fik tilbudt henvisning til kommunal demenskoordinator funktion i forbindelse med information om diagnosen.

Indikatoren er vigtig, fordi den kommunale demenskoordinator funktion kan støtte og rådgive patient og pårørende samt tilbyde non-farmakologisk behandling.

Resultater

Meget høje andele tilbydes henvisning til kommunal demenskoordinator funktion i hver region – mellem 91 % (Midtjylland) og 99 % (Nordjylland). Over tid har kvaliteten ligeledes været høj og ensartet på tværs af regionernes enheder (trendgrafer).

Der er enkelte enheder, der afviger med lavere kvalitet ift. de øvrige enheder i en region; disse enheder har få, dvs. n=8 (PKØ Distriktspsyk. Amb), n=14 (Roskilde Ældrepsykiatri), og n=22 (PSY Gerontopsyk. Fredericia), udredningsforløb i 2025.

Diskussion og implikationer

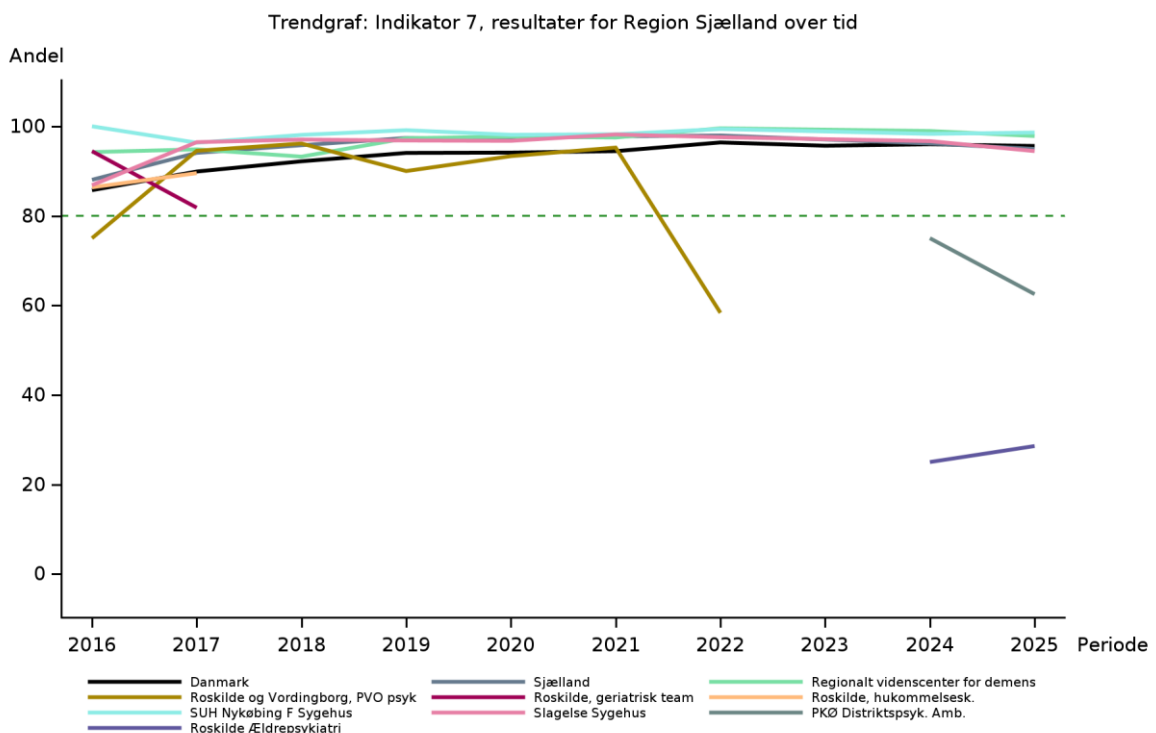
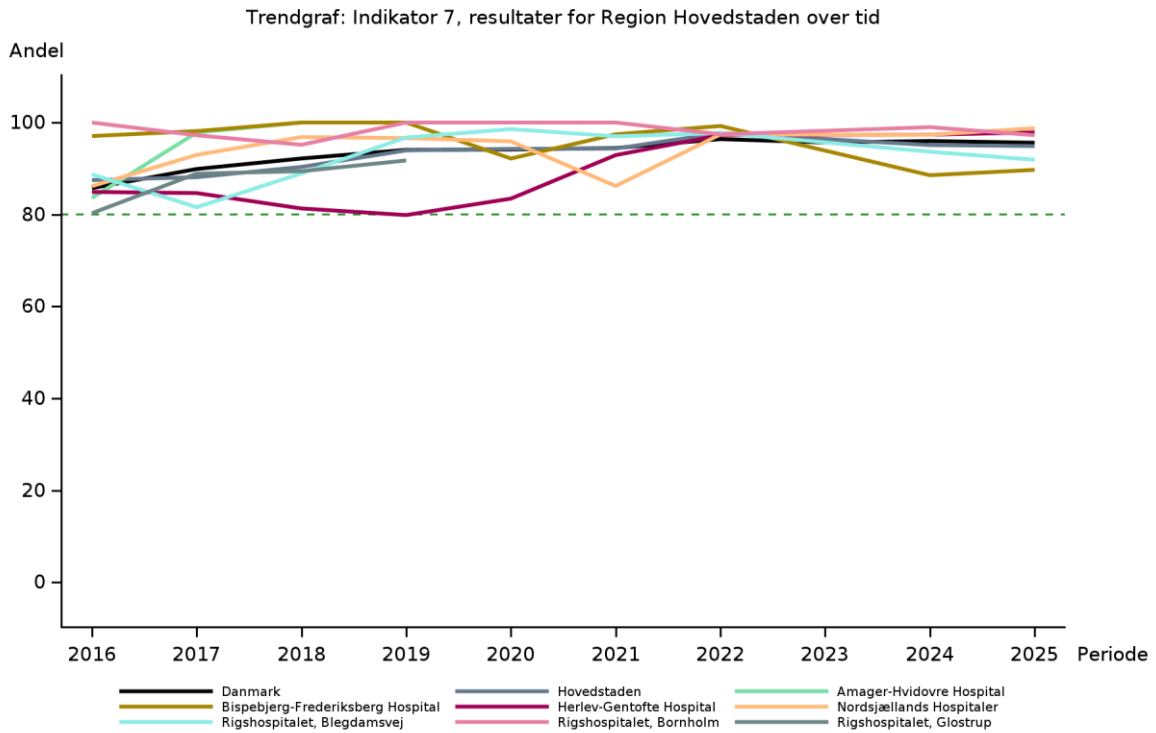
Indikatoren er fra 2023 ændret til specifikt at anføre, om patienter, som får en demensdiagnose, henvises til demenskoordinator funktion. De fleste udredningsenheder opfylder udviklingsmålet, men enkelte gør ikke – her drejer det sig om mindre enheder.

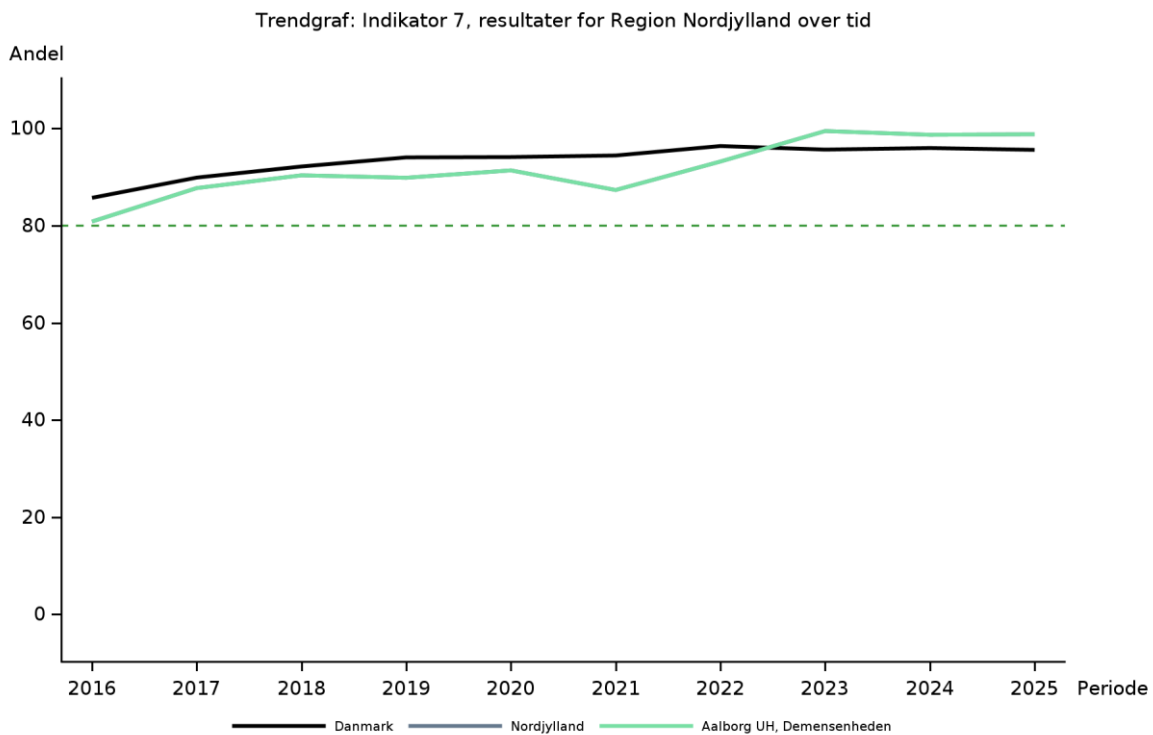
At få tilbudt henvisning til kommunal demenskoordinator funktion anses som vigtigt ift. at patient og pårørende får den optimale støtte og non-farmakologiske behandling efter udredningsforløbet er afsluttet.

Anbefaling

Udviklingsmålet hæves til 90 % fra 2026.

Styregruppen anbefaler fortsat systematisk tilgang og opmærksomhed på, at patienter tilbydes psykosociale tilbud, som vurderes af stor betydning for både patienter og pårørende.





Indikator 8 Parakliniske undersøgelser

- Definition:** Andel af demensudredningsforløb hvor patienter med demens i let til moderat grad, og som har fået foretaget spinalvæske undersøgelser indenfor 12 måneder før eller en PET-scanning (PET-FDG, PET-MR, PET-Amyloid eller PET-PE21/SPECT-DAT) indenfor 24 måneder før diagnosesamtale.
- Nævner:** Alle patienter der har gennemgået mindst ét demensudredningsforløb, for hvilket KIP- eller webservicebaserede data er indleveret til DanDem.
OG
Patienten har demens i let eller moderat grad.
- Tæller:** Patienter i nævneren, der har fået foretaget mindst én af følgende PET-scanninger ELLER lumbal punktur identificeret i LPR med analyse af mindst én demensmarkør (Laboratoriedatabasen):
- Cerebral metabolisme, F-18-FDG (WCBPXFAXX)
 - Cerebrale neuroreceptorer, PETstatisk, F-18-Flutemetamol (WC1PSFIXX)
 - Cerebrale neuroreceptorer, PETstatisk, F-18-FE PE21 (WCBPSFPXX)
 - Cerebrale neuroreceptorer, I-123-FP-CIT (WCBSSJCXX)
 - Cerebrale neuroreceptorer, C-11-PIB (WC1PSPBXX)
 - Billedfusionering (PET, SPECT, MRI, CT el. planar) (WDLBFXXXX)
- ELLER
- Lumbalpunktur (KTAB00)
- OG
- Mindst én af følgende undersøgelser ifm. detektering af demensmarkører:
- Beta-amyloid (NPU 22272)
 - Fosforyleret tau (p-tau) (NPU 22273)
 - Total tau (t-tau) (NPU 22271)
 - Fosforyleret tau/amyloid beta (NPU 62115)
 - Neurofilament light chain (NfL) (NPU 27353)
- Uoplyst:** Ingen
- Eksklusion:** Patienter hvis kognitive grad er vurderet til at være en af følgende:
- Habituel kognitiv funktion
 - Kognitivt svækket men har ikke demens (MCI)
 - Demens i svær grad

Udviklingsmål: > 80 %

Indikator 8 Para-kliniske undersøgelser

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80%	Tæller/	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	5.832 / 7.682	76	(75-77)	76	73
Hovedstaden	Ja	2.272 / 2.789	81	(80-83)	83	
Sjælland	Nej	581 / 911	64	(61-67)	66	
Syddanmark	Nej	1.422 / 2.037	70	(68-72)	62	61
Midtjylland	Ja	957 / 1.143	84	(81-86)	85	86
Nordjylland	Nej	600 / 802	75	(72-78)	75	74
Hovedstaden	Ja	2.272 / 2.789	81	(80-83)	83	

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 80%	Tæller/	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Ja	346 / 388	89	(86-92)	92	
Herlev-Gentofte Hospital	Ja	598 / 637	94	(92-96)	90	
Nordsjællands Hospitaler	Nej	406 / 710	57	(53-61)	56	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	852 / 946	90	(88-92)	91	
Rigshospitalet, Bornholm	Nej	70 / 108	65	(55-74)	63	
Sjælland	Nej	581 / 911	64	(61-67)	66	
PKØ Distriktpsych. Amb.	Nej	5 / 7	71	(29-96)	75	
Regionalt videnscenter for demens	Ja	246 / 300	82	(77-86)	81	
Roskilde Ældrepsykiatri	Nej	10 / 13	77	(46-95)	100	
SUH Nykøbing F Sygehus	Nej	68 / 139	49	(40-58)	52	
Slagelse Sygehus	Nej	252 / 452	56	(51-60)	53	
Syddanmark	Nej	1.422 / 2.037	70	(68-72)	62	61
Friklinikken Region Syddanmark	Ja	98 / 120	82	(74-88)	59	68
OUH Demensklinikken	Nej	344 / 578	60	(55-64)	58	66
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Nej	##	20	(3-56)	8	63
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Nej	0 / 4	0	(0-60)	33	34
SHS Demensklinik (Aabenraa)	Nej	117 / 172	68	(60-75)		
SHS Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg)	Nej	102 / 187	55	(47-62)	65	66
SLB Demensklinik Lillebælt	Nej	267 / 347	77	(72-81)	60	73
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Nej	76 / 166	46	(38-54)	30	25
SVS Demensklinik Sydvestjylland	Ja	416 / 453	92	(89-94)	93	91
Midtjylland	Ja	957 / 1.143	84	(81-86)	85	86
AUH Geriatrik team	Nej	19 / 32	59	(41-76)	83	91
AUH Neurologisk klinikker	Ja	376 / 413	91	(88-94)	91	91
AUH Psykiatrien	Nej	19 / 26	73	(52-88)	78	59
RHG Hukommelsesklinikken	Ja	161 / 169	95	(91-98)	89	95
RHG Klinik for Ældresygdomme	Nej	49 / 98	50	(40-60)	70	57
Regionshospitalet Horsens Ældre	Nej	19 / 27	70	(50-86)	58	74
Regionshospitalet Randers	Ja	17 / 19	89	(67-99)	95	91
Regionshospitalet Viborg	Ja	235 / 280	84	(79-88)	84	85
Regionspsykiatrien Gødstrup	Nej	5 / 7	71	(29-96)	78	
Regionspsykiatrien Horsens	Ja	21 / 23	91	(72-99)	85	73
Regionspsykiatrien Midt	Nej	35 / 47	74	(60-86)	40	50
Regionspsykiatrien Randers	Nej	##	50	(1-99)	50	57
Nordjylland	Nej	600 / 802	75	(72-78)	75	74
Aalborg UH, Demensenheden	Nej	600 / 802	75	(72-78)	75	74

Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion: Habituel kognitiv funktion, Kognitivt svækket men har ikke demens (MCI) eller Demens i svær grad	4.105	1.605	345	1.241	531	383

Kommentarer til Indikator 8

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser andelen af demensudredningsforløb, hvor patienter med demens i let til moderat grad har fået foretaget spinalvæske undersøgelser med analyse af mindst én demensmarkør indenfor 12 måneder før, eller en PET-scanning (PET-FDG, PET-MR, PET-Amyloid eller PET-PE21/SPECT-DAT) indenfor 24 måneder før diagnosesamtale.

De parakliniske undersøgelser øger den diagnostiske sikkerhed for sygdomsspecifik demens diagnose (indikator 5), hvorfor indikatoren er af stor betydning. Det vil få endnu større betydning, hvis der kommer en sygdomsmodificerende behandling til patienter med tidlig Alzheimers sygdom, som det forventes i nær fremtid.

Resultater

Udviklingsmålet er fastsat til mindst 80 %.

På landsplan indgik der parakliniske undersøgelser i 76 (95 % SI: 75-77) % af de relevante demensudrednings forløb. Interregionalt varierede denne andel mellem 64 % (Sjælland) og 84 % (Midtjylland). Det er på niveau med tallene i sidste årsrapport. I denne rapport er tidligere års resultater genberegnet med den nye beregningsmetode, så disse er sammenlignelige med resultaterne for 2025.

Over tid har alle regioners enheder generelt haft en stigende tendens i kvaliteten på dette område (trendgrafer). I Region Hovedstaden er variationen blevet mindre over tid, og især de enheder med lav anvendelse af parakliniske undersøgelser har vist en positiv udvikling. Region Sjælland og Nordjylland har haft en jævn stigning over tid ift. andelen, der får udført parakliniske undersøgelser. De resterende 2 regioner har begge oplevet en generel stigning i kvaliteten over tid, Syddanmark med større variation mellem enheder ift. Midtjylland i 2025. Variationen er stor på tværs af disse regioners enheder, og i særdeleshed på enheder med mere end 150 udredninger pr. år har stigningen i kvaliteten været støt stigende.

Diskussion og implikationer

Indikator 8 er i høj grad bestemmende for på hvilket grundlag en sygdomsspecifik demens diagnose stilles – og dermed vigtig for at øge den diagnostiske sikkerhed. Indikatoren har været beregnet siden 2021 og især i starten var der flot fremgang i udviklingsmålet. To ud af fem regioner opfylder udviklingsmålet, Hovedstaden 81 % og Midtjylland mest (84 %). Region Sjælland anvender i mindst grad parakliniske undersøgelser (64 %). Region Syddanmark har ligget lavt over tid men har i 2025 øget anvendelsen af parakliniske undersøgelser (70 %). Især region Nordjylland har haft flot fremgang siden indikatoren blev indført og har holdt det stabile niveau selv om udviklingsmålet endnu ikke er nået. Trendgraferne viser dog en positiv udvikling siden indførelse af indikatoren. Det bekymrer styregruppen at konstatere manglende udvikling i de regioner hvor udviklingsmålet ligger lavt, især da indikatoren ikke er gældende for mennesker med svær demens. Det øger risiko for fejldiagnoser. Der ses stor intraregional variation varierende mellem 20 %-92 % i region Syddanmark og 57 %-94 % i Hovedstaden. Trendgraferne viser dog at variationen er mindre end for år tilbage fraset region Syddanmark, hvor det varierer mellem 20-92 %.

Det tyder fortsat på, at der dels ikke er ensartet udredningstilbud – også mellem de enkelte enheder i samme region, og at der fortsat er - også større enheder som i høj grad er i stand til at stille en sygdomsspecifik demensdiagnose med lav anvendelse af parakliniske undersøgelser til støtte for diagnosen. I Hovedstaden som har samlet sig i færre større enheder, er variationen mindst, hvilket tyder på at det forhold har betydning for at opbygge et ensartet tilbud til mennesker mistænkt for demens.

Det ser ud til at der er en sammenhæng mellem længere udredningstid (indikator 1A) og større brug af parakliniske undersøgelser (indikator 8) og neuropsykologisk undersøgelse (Indikator 2B), hvilket ikke overrasker styregruppen. I det patientrettigheder primært monitorerer udredningstid i forhold til de lovpligtige patientrettigheder, monitorerer DanDem kvaliteten i den udredning der er foregået, herunder i hvor høj grad der er anvendt støttende parakliniske undersøgelser til at sandsynliggøre en sygdomsspecifik demensdiagnose. Styregruppen stiller spørgsmål ved, hvorvidt kvaliteten af den udredning, som foregår i nogle regioner, er ensartet mellem regioner og

især også mellem de enkelte udredningsenheder i samme region, hvor der ses stor variation i nogle regioner, specielt Syddanmark. Styregruppen sætter spørgsmålstejn ved om der er foretaget tilstrækkeligt med undersøgelser til at kunne stille en sygdomsspecifik demensdiagnose med tilpas sikkerhed.

Styregruppen tolker resultaterne således, at en sygdomsspecifik demensdiagnose stilles på et meget forskelligt grundlag i de forskellige udredningsenheder, men samlet er det positivt, at der er pæn fremgang at spore siden 2021 i anvendelse af parakliniske undersøgelser, som øger den diagnostiske sikkerhed.

Den store forskel mellem regionerne og især mellem de enkelte udredningsenheder giver anledning til bekymring for, om patienter med mistanke om demens tilbydes samme udredning uafhængig af bopæl.

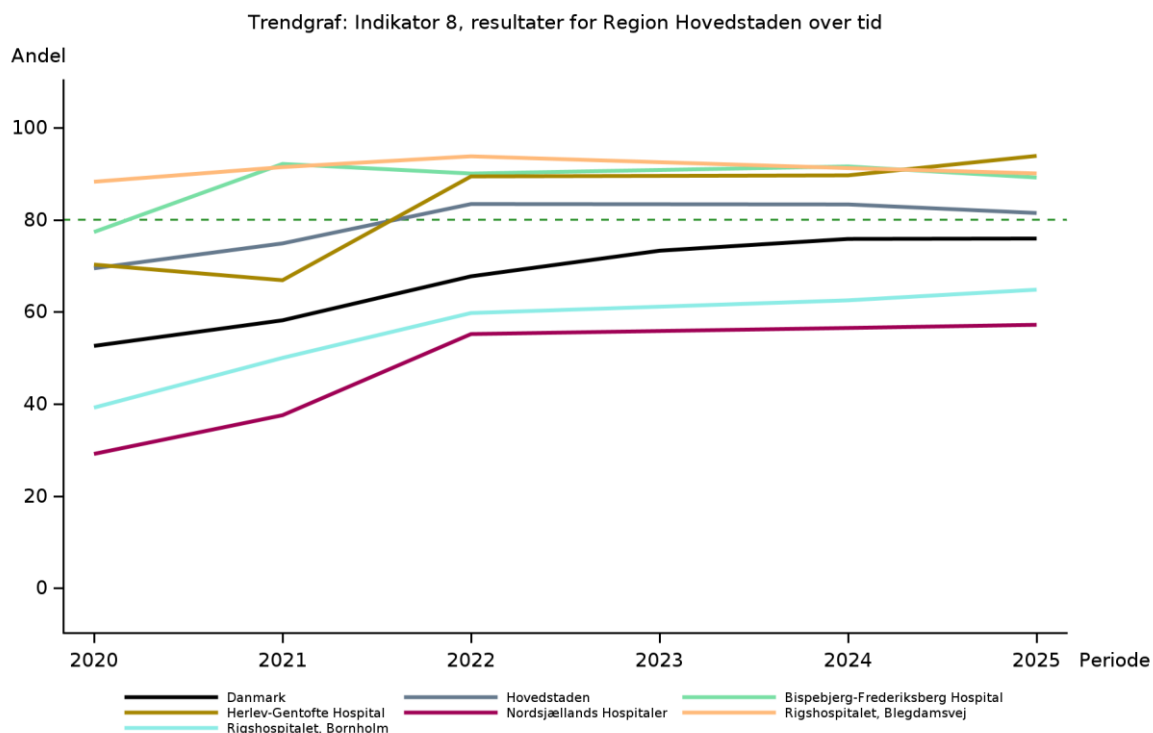
Med forventet udsigt til en sygdomsmodificerende behandling indenfor den nærmeste fremtid, bliver det af endnu større betydning, at der er et ensartet tilbud – og at en ætiologisk diagnose stilles med tilpas sikkerhed.

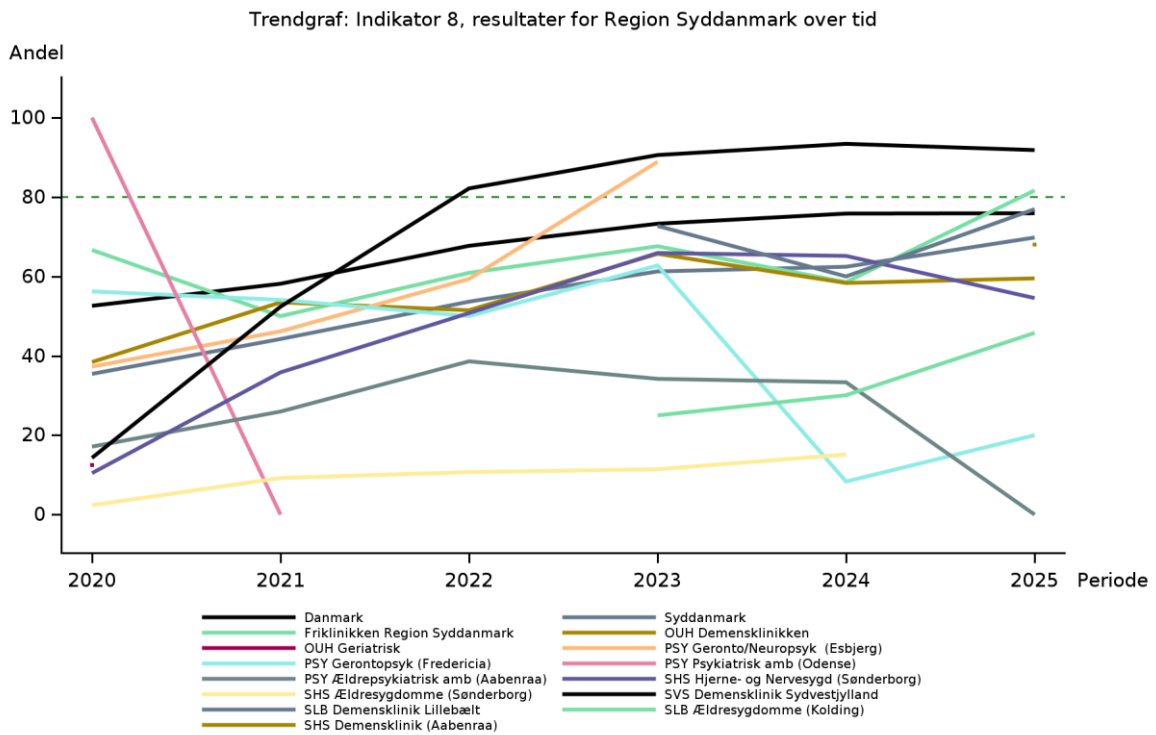
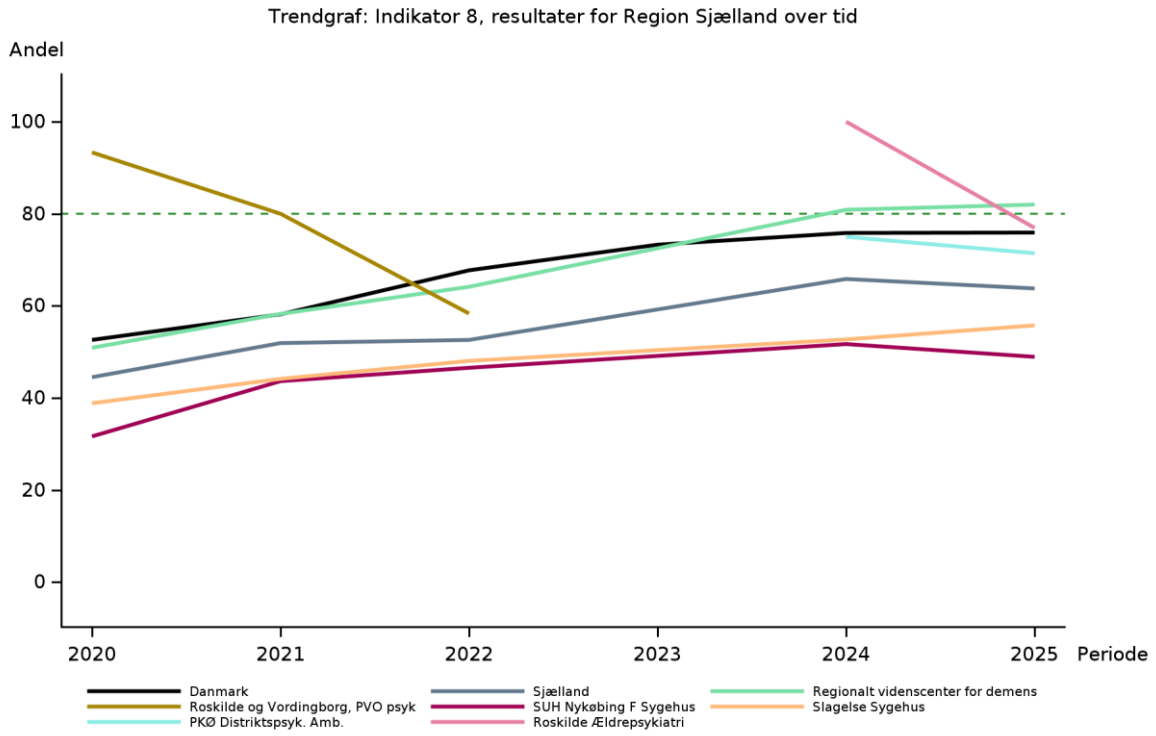
Anbefalinger

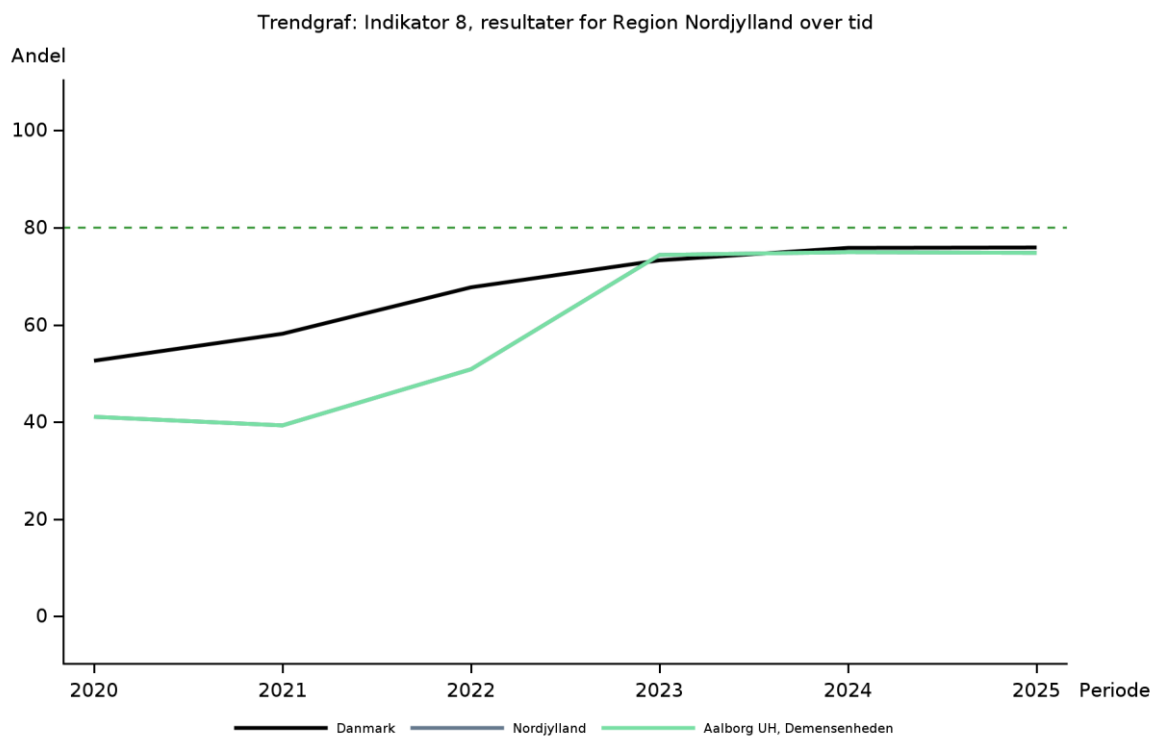
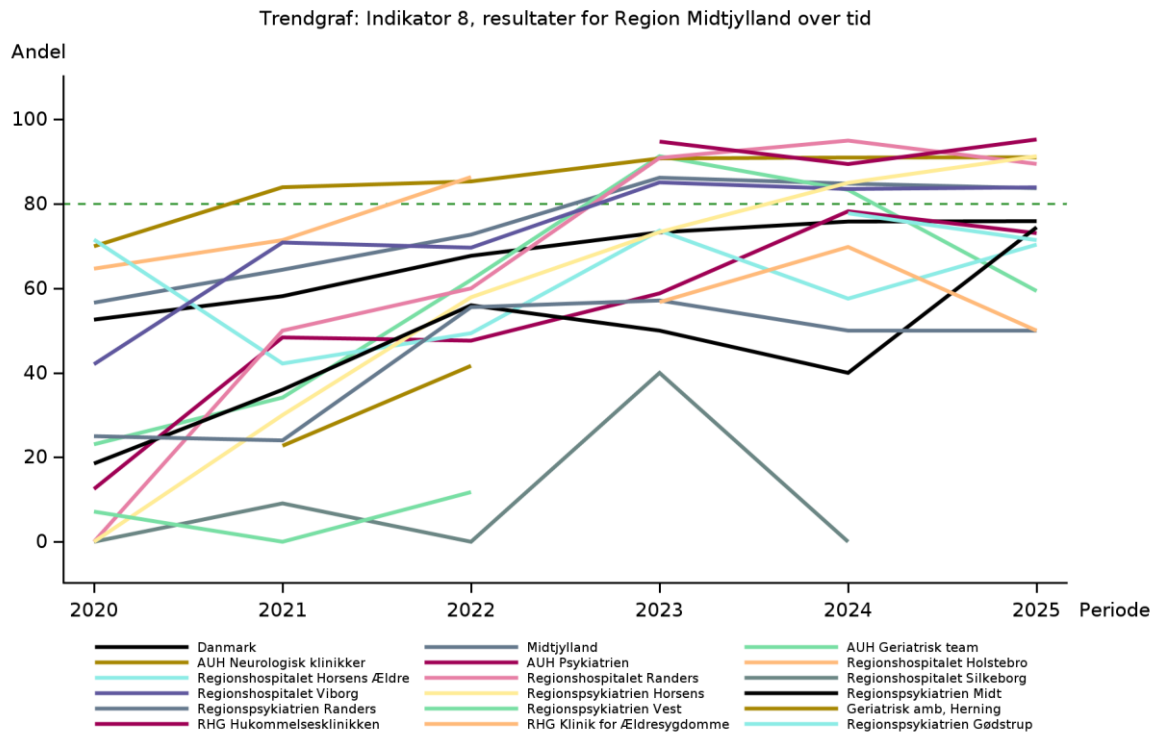
Styregruppen anbefaler, at der foretages intern audit i udredningsenheder, hvor andelen af patienter med let til moderat demens, der ikke eller i mindre grad får foretaget supplerende undersøgelser ud over basal udredning, mhp. afklaring af, om patienterne er tilstrækkeligt udredte til at en sygdomsspecifik demens diagnose kan stilles med tilpas sikkerhed (indikator 5).

Styregruppen opfordrer de regioner med stor interregional variation i anvendelse af parakliniske undersøgelser til at undersøge om der kan identificeres årsager hertil, eventuelle flaskehalse, eller om der i regionen er en intern organisering som er årsag til dette.

Hvis det i de enheder hvor man i mindre grad anvender parakliniske undersøgelser er kapacitetsudfordringer, anbefales det at udfordringen løses sammen med ledelsen. Styregruppen anbefaler, at man i de enkelte enheder har tilstrækkeligt kendskab til anbefalinger for anvendelse af supplerende undersøgelser i demensudredning. Her kan styregruppen anbefale at man på neurologiske Nationale Behandlingsvejledning (www.nnbv.dk) kan få vejledning til anbefalede undersøgelser afhængig af grad af kognitiv svigt.







7. Beskrivelse af sygdomsområdet

Demens er en syndromdiagnose og ikke en sygdom, og der er mere end 200 sygdomme som kan medføre demens. De fleste demenssygdomme er fremadskridende alvorlige og oftest dødelige sygdomme.

Demens er karakteriseret ved svækkelse af multiple kognitive hjerneområder, herunder hukommelse, sprog, eksekutiv funktion, apraksi etc. Desuden er der svækkelse af emotionel kontrol, initiativ eller adfærd. Den kognitive svækkelse skal påvirke funktionsevnen i hverdagen, og må ikke være forklaret alene af psykiatrisk sygdom f.eks. depression eller skizofreni for at der er tale om demens.

Demens inddeles i 3 sværhedsgrader i ICD-10 kriterierne: let, moderat og svær demens. Ved let demens er man i stand til at leve selvstændigt men den kognitive svækkelse har indflydelse på funktionsevnen i hverdagen i forhold til komplekse opgaver hvor der er behov for hjælp. Ved moderat demens er der behov for daglig hjælp fra andre. Ved svær demens er der behov for hjælp og støtte hele døgnet. MCI (mild cognitive impairment) betegner let kognitiv svækkelse som kan dokumenteres ved en kognitiv undersøgelse, men hvor der er normal funktionsevne i hverdagen, dvs. demenskriterierne er ikke opfyldt. MCI kan have mange årsager, men især ældre har en forøget risiko op til 10 % for at symptomerne progredierer til demens. **Fejl! Bogmærke er ikke defineret.**

I 2024 var der 5085 mennesker som døde af demens. Demens udgør den 4. hyppigste dødsårsag i Danmark.

Den hyppigste demenssygdom er demens som følge af Alzheimers sygdom, hvilket udgør mere end halvdelen af alle som får en demensdiagnose.

Det anslås, at godt 100.000 mennesker lever med demens i Danmark og heraf skønnes ca. 4000 at have demens < 65 år¹. I 2025 var knap 43.000 danskere over 65 år registreret i LPR med en demensdiagnose. Men der er et mørketal bestående af: 1) et ukendt antal mennesker, der har fået en demensdiagnose i primærsektoren samt 2) ikke-diagnosticerede mennesker med demens².

Udredning for demens er vigtig for at afgøre, om der er tale om kognitive svigt, i hvilken grad og for at afklare om symptomerne er forklaret af andre årsager, f.eks. psykiatrisk sygdom, medicinbivirkninger, misbrug etc. Udredning er vigtig for at afklare den mest sandsynlige årsag til kognitiv svækkelse (sygdomsspecifik demensdiagnose) for derefter at kunne iværksætte evt. medicinsk behandling, hvis det er muligt, iværksætte relevant individuel tilpasset psykosociale indsats, tilbyde information og rådgivning om sygdommen samt tage stilling til juridiske aspekter, herunder kørekort.

Der er aktuelt godkendt 2 sygdomsmodificerende behandlinger af Food and Drug Administration (FDA) i USA og European Medicines Agency (EMA) (lecanemab og donanemab, antistofbehandling rettet mod A β -amyloid) til behandling af Alzheimers sygdom i tidlig fase (MCI eller demens i let grad). Medicinrådet besluttede i 2025 ikke at anbefale [lecanemab](#) (Leqembi) som standardbehandling mod tidlig Alzheimers sygdom i Danmark. Beslutningen er begrundet med begrænset effekt for en mindre gruppe patienter med tidlig Alzheimers sygdom, risiko for alvorlige bivirkninger og vurdering af at behandlingens pris var for høj i forhold til effekt for patienterne.

Donanemab (Kisunla) vil senere i 2026 blive behandlet af Medicinrådet.

De aktuelle godkendte anti-amyloid behandlinger af FDA og EMA gives som regelmæssige infusionsbehandlinger hver måned eller hver anden uge, hvilket ikke er uden praktiske udfordringer, ligesom der pga. risiko for alvorlige bivirkninger er behov for regelmæssige MR-skanninger af hjernen især i det første år.

Idet behandlingen er målrettet mennesker med lette kognitive symptomer (MCI) eller demens i let grad, vil det øge behovet for diagnostisk sikkerhed i endnu højere grad, og dermed også behovet for parakliniske undersøgelser, dels for at sikre ætiologien, dels for at vurdere graden af kognitivt svigt.

Der er aktuelt en rivende udvikling indenfor blodbaserede-biomarkører som forventes at blive tilgængelige indenfor få år. Præcisionen er imidlertid ikke så høj, at den kan stå alene som diagnostisk markør. Blodbaserede biomarkører forventes at kunne medvirke til tidligere og mere præcis diagnostik samt at udelukke tidlig Alzheimers sygdom hos mennesker med lette kognitive symptomer. Det skal imidlertid bemærkes, at de aktuelle biomarkører, som er under udvikling, ikke udelukker andre årsager til demens, ligesom blodbaserede biomarkører ikke kan stå alene eller erstatte udredning, hvis undersøgelsen giver mistanke om tidlig Alzheimers sygdom.

Hvis en sygdomsmodificerende behandling bliver tilgængelig, må det forventes at der vil blive et behov for øget kapacitet til udredning, idet det må forventes at medføre større opmærksomhed på lette kognitive symptomer idet mange mennesker som får konstateret demens, er langt i deres sygdomsforløb i dag når de diagnosticeres. Antallet af mennesker der pr. år får en demens diagnose (incidensen), er siden 2003 faldet med ca. 2 % pr. år (Sundhedsdatastyrelsen). En af forklaringerne er den bedre behandling af de vaskulære risikofaktorer for demens, herunder hypertension og diabetes. Der er ligeledes blevet større opmærksomhed på forebyggende tiltag for demens, f.eks. kost, motion, kognitiv og social stimulation.

Statistisk set vil man kunne forebygge eller udsætte demens med næsten 50 % ved at håndtere 14 risikofaktorer. Fysisk inaktivitet, højt alkoholforbrug, rygning, depression, ukorrigeret høretab er nogle af de faktorer, som øger risikoen for demens³. De senest tilføjede risikofaktorer er højt kolesterol og ukorrigeret synstab.

I årsrapporten for 2025 fik 94 % af alle, der fik en demensdiagnose en sygdomsspecifik demensdiagnose. Trods faldende incidens-tal stiger prævalensen, hvilket primært kan tilskrives befolkningssammensætningen med stigende middellevetid og en større aldrende befolkning.

Studier fra andre europæiske lande tyder på, at op imod 60 % af demenstilfældene ikke diagnosticeres. For en del af de ikke-diagnosticerede skyldes det, at der ikke har været en henvendelse til sundhedsvæsenet.

Tabel 2 Prognose for antal mennesker med demens i Danmark 2020-2035.

2025	2030	2035	2040
101000	117000	133000	146000

Kilde: National Videnscenter for Demens (2026)¹

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) vurderede i en rapport fra 2019⁴, at mere end 55 millioner mennesker på verdensplan har demens. Det antal estimeres til at vokse til 78 millioner mennesker allerede i 2030 og til 153 millioner mennesker i 2050. Demenssygdomme er omkostningstungt for samfundet. Det er særligt den funktionsnedsættelse, der følger med demens, som koster mange penge. På verdensplan var udgifterne forbundet med demens i omegnen af 1300 milliarder dollar (over 8149 milliarder kroner) i 2019³. Ifølge beregninger udført af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet i 2023, udgør ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet ca. 570 mio. kr. årligt til behandling, pleje og medicin til patienter med demens ift. patienter uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (fraset demens). Størstedelen af de ekstra omkostninger vedrører hjemmehjælp (491 mio. årligt), dernæst medicin (52,6 mio.) og praksissektoren (15,4 mio.). Imens ekstra omkostninger til sygehussektoren (10,5 mio.) udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet⁵.

Området er komplekst med mange forskellige sygdomme, der kan føre til demens, og området dækkes i sekundærsektoren af 3 forskellige lægefaglige specialer; geriatri/ældresygdomme, neurologi og psykiatri. SST udarbejdede i 2016 Den Nationale Demenshandleplan 2025, hvor nogle af nøglemålene var, at flere mennesker med demens skal udredes og 80 procent skal have en specifik diagnose.

Flere, som får en demensdiagnose, skal have en sygdomsspecifik demensdiagnose. I 2025 kom SST med nye faglige anbefalinger til organisering og udredning af demens. Anbefalingerne flytter mere ansvar til almen praksis. Målet er hurtigere udredning, kortere ventetider og mere sammenhængende forløb, hvor flere patienter færdigudredes hos egen læge i stedet for på hospitaler

1. Videnscenter for demens <https://videnscenterfordemens.dk/da/omkostninger-forbundet-med-demens>
2. Taudorf L. et al. "Declining incidence of dementia: A national registry-based study over 20 years". *Alzheimers Dement.* 2019 Nov;15(11):1383-1391.
3. The Lancet Commissions Volume 404, Issue 10452p572-628 August 10, 2024, Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission
4. Global status report on the public health response to dementia. WHO 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
5. Videnscenter for demens <https://videnscenterfordemens.dk/da/omkostninger-forbundet-med-demens>
6. SST 2025, Faglige anbefalinger til organisering og udredning af demens.

8. Datagrundlag

8.1 Oversigt over demensudredningsenheder i 2025

Indrappporterende afdeling (SOR)	Organisationsnavn	Organisation i årsrapport
Region Hovedstaden		
253121000016002	Rigshospitalet, Blegdamsvej	253121000016002
265411000016007	Herlev-Gentofte Hospital	265411000016007
265421000016003	Herlev-Gentofte Hospital	265411000016007
593511000016004	Herlev-Gentofte Hospital	265411000016007
219831000016000	Nordsjællands Hospitaler	484411000016007
484411000016007	Nordsjællands Hospitaler	484411000016007
690561000016004	Rigshospitalet, Bornholm	690561000016004
258041000016002	Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	923091000016003
Region Sjælland		
258041000016002	Regionalt videnscenter for demens	223661000016000
258041000016002	ROS Neurologisk	223721000016002
258041000016002	Slagelse Sygehus	229051000016006
258041000016002	SUH Nykøbing F Sygehus	229341000016006
258041000016002	Roskilde Ældrepsykiatri	380041000016004
258041000016002	PKØ Distriktspsyk. Amb.	235981000016001
258041000016002	Regionalt videnscenter for demens	223661000016000
Region Syddanmark		
1367331000016009	SLB Demenslinik Lillebælt	1367331000016009
240081000016007	OUH Demensklinikken	240081000016007
487081000016001	OUH Demensklinikken	240081000016007
1416131000016000	OUH Demensklinikken	240081000016007
243491000016005	PSY Geronto/Neuropsyk (Esbjerg)	243491000016005
242901000016001	PSY Gerontopsyk (Fredericia)	242901000016001
244291000016006	PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	244291000016006
502731000016009	SHS Ældresygdomme (Sønderborg)	502731000016009
503391000016000	SHS Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg)	503391000016000
1348541000016002	SHS Demenslinik (Aabenraa)	1348541000016002
533751000016002	Friklinikken Region Syddanmark	533751000016002
574871000016002	SLB Ældresygdomme (Kolding)	574871000016002
245321000016002	SVS Demenslinik Sydvestjylland	926501000016008
926501000016008	SVS Demenslinik Sydvestjylland	926501000016008
Region Midtjylland		
441211000016000	AUH Geriatrisk team	441211000016000
680401000016001	AUH Geriatrisk team	441211000016000
1268701000016006	AUH Neurologisk klinikker	440091000016008
1349761000016002	AUH Neurologisk klinikker	440091000016008
440091000016008	AUH Neurologisk klinikker	440091000016008
682151000016007	AUH Neurologisk klinikker	440091000016008
932941000016003	AUH Neurologisk klinikker	440091000016008
1107611000016002	AUH Psykiatrien	695251000016007
695151000016003	AUH Psykiatrien	695251000016007
695251000016007	AUH Psykiatrien	695251000016007
1068281000016001	RHG Hukommelsesklinikken	1068291000016004
1068291000016004	RHG Hukommelsesklinikken	1068291000016004
900801000016002	RHG Hukommelsesklinikken	1068291000016004
900821000016009	RHG Hukommelsesklinikken	1068291000016004

900831000016006	RHG Hukommelsesklinikken	1068291000016004
680321000016002	RHG Klinik for Ældresygdomme	900451000016003
900451000016003	RHG Klinik for Ældresygdomme	900451000016003
900461000016000	RHG Klinik for Ældresygdomme	900451000016003
266081000016002	Regionshospitalet Horsens Ældre	493521000016000
493521000016000	Regionshospitalet Horsens Ældre	493521000016000
352551000016003	Regionshospitalet Randers	352551000016003
696181000016003	Regionshospitalet Randers	352551000016003
1416541000016001	Regionshospitalet Viborg	507791000016008
507791000016008	Regionshospitalet Viborg	507791000016008
523031000016006	Regionshospitalet Viborg	507791000016008
986651000016004	Regionspsykiatrien Gødstrup	986651000016004
986761000016009	Regionspsykiatrien Gødstrup	986651000016004
1060921000016008	Regionspsykiatrien Horsens	479171000016003
479171000016003	Regionspsykiatrien Horsens	479171000016003
454411000016002	Regionspsykiatrien Midt	454411000016002
541351000016001	Regionspsykiatrien Midt	454411000016002
442371000016007	Regionspsykiatrien Randers	442371000016007
909191000016009	Regionspsykiatrien Randers	442371000016007
Region Nordjylland		
275991000016001	Aalborg UH, Demensenheden	911061000016003
911061000016003	Aalborg UH, Demensenheden	911061000016003

8.2 Datakilder

IT-system, indrapportering og tilbagemelding til databasen er baseret på KIP og webservice, hvor registreringen foregår online via en webside på de demensudredningsenheder hhv. datafangst i den elektroniske patientjournal.

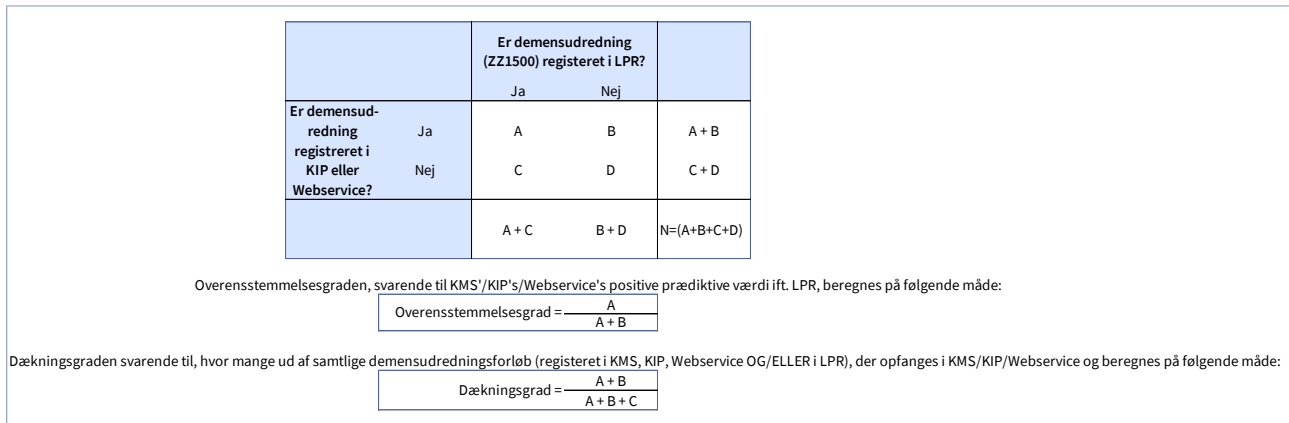
Data fra LSR hentes på alle udredte patienter registreret i KIP eller webservice (indikator 6).

Data fra LPR hentes på alle udredte patienter registreret i KIP eller webservice (indikator 1, 1A, Tabel A1.3, indikator 4A og 8) samt til udregning af overensstemmelses- samt dækningsgrad – sidstnævnte vil også inkludere patienter, der ikke er registreret i KIP eller webservice, men har en relevant procedurekode (ZZ1500) for demensudredning.

Alle afdelinger kan se data på egne patienter i deres regionale ledelsesinformationssystem (LIS). I LIS præsenteres indikatorresultaterne samt de variable, der ligger til grund for indikatorberegningerne. Data og indikatorresultater opdateres hver uge, så det er muligt at følge egne data og resultater tæt. Der er endnu ikke nogen løsning for private aktører, ift. at de løbende kan følge med i deres resultater.

8.3 Overensstemmelses- og dækningsgrad

Databasens overensstemmelses- og dækningsgrad beskrives overordnet i dette afsnit samt hvilken indbyrdes sammenhæng de har.



Figur 1 Tabulering af demensudredningsforløb identificeret i KMS, KIP Webservice og/eller LPR.

Udtræk af patienter fra LPR er defineret på følgende måde: Alle patienter med et ambulans forløb på en demensudredende enhed med procedurekoden ZZ1500 (Demensudredning) knyttet til forløbet er inkluderet. Et udredningsforløb i LPR fortsætter i nogle tilfælde som behandlings- eller kontrolforløb efter endt udredning. Forløbet i LPR afsluttes altså IKKE altid når udredningen er færdig. For match mellem KMS/KIP/Webservice og LPR inkluderes derfor både afsluttede og uafsluttede forløb i LPR.

- Nogle udredningsforløb vil kun optræde i KMS/KIP/Webservice, idet der ikke kunne findes et match mellem KMS/KIP/Webservice og LPR pga. manglende forløb i LPR eller at dato for diagnosesamtale ligger før første kontakt i LPR.
- Match mellem KMS/KIP/Webservice og LPR, hvor dato for diagnosesamtale eller for død i KMS/KIP/Webservice tidligst ligger på første kontakt og inden afslutning af forløb (evt. er forløb uafsluttet) i LPR.
- Nogle forløb findes kun i LPR, idet der ikke er oprettet et KMS/KIP skema eller en Webservice registrering på forløbet eller hvor der ingen dato er for diagnosesamtale eller død i KMS/KIP/Webservice.

For at sikre så optimal indrapportering som muligt bør alle udredningsenheder have deres egen SOR-kode. Alle anbefales at oprette KMS/KIP-skemaet eller Webservice registreringen første gang patienten møder op på den demensudredende enhed og at udfylde og indlevere det ved diagnosesamtalen.

På grund af lange ventetider fra henvisningsdato til påbegyndelse og afslutning af demensudredning, kan det være vanskeligt på baggrund af årsrapportperiodens datagrundlag at beregne en retvisende overensstemmelses- og dækningsgrad, idet datamaterialet er ufuldstændigt. Derfor vil dæknings- og overensstemmelsesgraden i 2025-årsrapporten og fremefter beregnes med en 6 måneders bagudrettet tidsforskydning – dvs. forløb der afsluttes i perioden mellem 1. juli 2024 og 30. juni 2025. For de forløb, der kun er registret i LPR og påbegyndt i slutningen af den forskudte periode er medtaget til trods for at disse forløb har kort tid til at gennemføre og afslutte forløbet. Det kan derfor ikke udelukkes, at dette antal er for højt.

8.3.1 Overensstemmelses- og dækningsgrad for DanDem

Tabel 3 Overensstemmelsesgrad i perioden 1. januar 2025-31. december 2025 på lands-, regions- og afdelingsniveau.

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 90%	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	11.572 / 11.824	98	(98-98)	98	92
Hovedstaden	Ja	4.396 / 4.400	100	(100-100)	100	
Sjælland	Ja	1.260 / 1.261	100	(100-100)	99	
Syddanmark	Ja	3.224 / 3.304	98	(97-98)	97	91
Midtjylland	Ja	1.564 / 1.674	93	(92-95)	94	93
Nordjylland	Ja	1.128 / 1.185	95	(94-96)	93	94
Hovedstaden	Ja	4.396 / 4.400	100	(100-100)	100	
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Ja	549 / 550	100	(99-100)	100	
Herlev-Gentofte Hospital	Ja	880 / 881	100	(99-100)	100	
Nordsjællands Hospitaler	Ja	987 / 988	100	(99-100)	100	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	1.840 / 1.841	100	(100-100)	100	
Rigshospitalet, Bornholm	Ja	140 / 140	100	(97-100)	100	
Sjælland	Ja	1.260 / 1.261	100	(100-100)	99	
PKØ Distriktspsyk. Amb.	Ja	8 / 8	100	(63-100)	100	
ROS Neurologisk	Ja	##	100	(3-100)	100	
Regionalt videnscenter for demens	Ja	452 / 453	100	(99-100)	99	
Roskilde Ældrepsykiatri	Ja	15 / 15	100	(78-100)	100	
SUH Nykøbing F Sygehus	Ja	166 / 166	100	(98-100)	100	
Slagelse Sygehus	Ja	618 / 618	100	(99-100)	100	
Syddanmark	Ja	3.224 / 3.304	98	(97-98)	97	91
Friklinikken Region Syddanmark	Ja	163 / 167	98	(94-99)	95	98
OUH Demensklinikken	Ja	948 / 974	97	(96-98)	98	95
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Nej	21 / 24	88	(68-97)	97	74
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Nej	26 / 30	87	(69-96)	95	97
SHS Demensklinik (Aabenraa)	Ja	250 / 260	96	(93-98)		
SHS Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg)	Ja	302 / 303	100	(98-100)	88	81
SLB Demensklinik Lillebælt	Ja	627 / 637	98	(97-99)	99	100
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Ja	241 / 243	99	(97-100)	99	98
SVS Demensklinik Sydvestjylland	Ja	646 / 666	97	(95-98)	98	98
Midtjylland	Ja	1.564 / 1.674	93	(92-95)	94	93
AUH Geriatrik team	Ja	54 / 54	100	(93-100)	100	100
AUH Neurologisk klinikker	Ja	662 / 688	96	(95-98)	100	98
AUH Psykiatrien	Nej	27 / 37	73	(56-86)	71	59
RHG Hukommelsesklinikken	Ja	184 / 199	92	(88-96)	93	91
RHG Klinik for Ældresygdomme	Ja	124 / 124	100	(97-100)	100	100
Regionshospitalet Horsens Ældre	Nej	0 / 31	0	(0-11)	0	0

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 90%	Tæller/	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Regionshospitalet Randers	Ja	29 / 31	94	(79-99)	95	100
Regionshospitalet Viborg	Ja	371 / 394	94	(91-96)	94	93
Regionspsykiatrien Gødstrup	Ja	7 / 7	100	(59-100)	100	
Regionspsykiatrien Horsens	Ja	41 / 42	98	(87-100)	100	96
Regionspsykiatrien Midt	Ja	61 / 62	98	(91-100)	100	88
Regionspsykiatrien Randers	Nej	4 / 5	80	(28-99)	86	85
Nordjylland	Ja	1.128 / 1.185	95	(94-96)	93	94
Aalborg UH, Demensenheden	Ja	1.128 / 1.185	95	(94-96)	93	94

Faglig kommentar til overensstemmelsesgraden

Udgangspunktet for beregningen af overensstemmelsesgraden er givet ved det totale antal demens udredningsforløb, der har kunnet identificeres i KIP/Webservice og/eller LPR (N=13.114). I indikatorberegningerne ekskluderes patienter yngre end 18 år. Det er ikke muligt i beregningen af overensstemmelsesgrad, da det ikke er alle udredningsforløb, der har en slutdato.

Overensstemmelsesgraden fortæller, hvor stor sandsynligheden er for at have et match mellem KIP/web-service og LPR, når man har registreret og leveret data på et udredningsforløb via KIP/web-service. Med udgangspunkt i Figur 1 vil overensstemmelsesgraden være givet ved $A/(A+B)$. Af Tabel 3 vil tallene på landsplan således være ($A=11.572$) og ($A+B=11.824$) $\Rightarrow ((11.572/11.824)*100) = 98\%$, og dermed lever DanDem op til det fastsatte udviklingsmål på mindst 90%. Den interregionale variation var mellem 93% (Midtjylland) og 100% (Hovedstaden og Sjælland). Alle enheder i Region Hovedstaden, Sjælland og Nordjylland opfyldte målsætningen, mens 2 enheder i Region Syddanmark og 3 enheder i Region Midtjylland lå under målsætningen på 90%.

Tabel 4 Dækningsgrad i perioden 1. juli 2024-30. juni 2025 på lands-, regions- og afdelingsniveau.

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	> 90%	Tæller/ nævner	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24	2022/23
	opnået		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	10.312 / 12.529	82	(82-83)	85	59
Hovedstaden	Ja	4.424 / 4.748	93	(92-94)	94	29
Sjælland	Nej	1.062 / 1.408	75	(73-78)	83	50
Syddanmark	Nej	2.636 / 3.529	75	(73-76)	71	73
Midtjylland	Nej	1.180 / 1.771	67	(64-69)	89	83
Nordjylland	Ja	1.010 / 1.073	94	(93-95)	92	69
Hovedstaden	Ja	4.424 / 4.748	93	(92-94)	94	29
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Ja	544 / 556	98	(96-99)	98	28
Herlev-Gentofte Hospital	Nej	876 / 998	88	(86-90)	93	48
Nordsjællands Hospitaler	Nej	861 / 1.041	83	(80-85)	82	13
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	2.012 / 2.021	100	(99-100)	100	27
Rigshospitalet, Bornholm	Ja	131 / 132	99	(96-100)	100	20
Sjælland	Nej	1.062 / 1.408	75	(73-78)	83	50
PKØ Distriktpsych. Amb.	Nej	8 / 9	89	(52-100)	80	0
ROS Neurologisk	Ja	##	100	(16-100)	100	
Regionalt videnscenter for demens	Nej	437 / 627	70	(66-73)	80	54
Roskilde Ældrepsykiatri	Nej	14 / 36	39	(23-57)	44	0
SUH Nykøbing F Sygehus	Nej	127 / 179	71	(64-77)	79	43
Slagelse Sygehus	Nej	474 / 555	85	(82-88)	94	51
Syddanmark	Nej	2.636 / 3.529	75	(73-76)	71	73
Friklinikken Region Syddanmark	Nej	25 / 50	50	(36-64)	71	83
OUH Demensklinikken	Nej	851 / 1.359	63	(60-65)	57	51
PSY Geronto/Neuropsyk (Esbjerg)	Nej	0 / 3	0	(0-71)		33
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	Nej	32 / 46	70	(54-82)	67	88
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	Nej	42 / 55	76	(63-87)	91	94
SHS Demensklinik (Aabenraa)	Nej	142 / 377	38	(33-43)	3	
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	Ja	377 / 403	94	(91-96)	50	60
SLB Demensklinik Lillebælt	Ja	588 / 631	93	(91-95)	93	100
SLB Ældresygdomme (Kolding)	Ja	96 / 103	93	(86-97)	94	75
SVS Demensklinik Sydvestjylland	Ja	483 / 502	96	(94-98)	96	92
Midtjylland	Nej	1.180 / 1.771	67	(64-69)	89	83
AUH Geriatrik team	Nej	58 / 68	85	(75-93)	86	47
AUH Neurologisk klinikker	Nej	522 / 670	78	(75-81)	97	85
AUH Psykiatrien	Nej	25 / 37	68	(50-82)	89	60

	Udviklingsmål > 90% opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24	2022/23
			Andel	95% CI	Andel	Andel
RHG Hukommelsesklinikken	Nej	138 / 360	38	(33-44)	65	77
RHG Klinik for Ældresygdomme	Nej	101 / 129	78	(70-85)	94	89
Regionshospitalet Randers	Nej	30 / 42	71	(55-84)	90	64
Regionshospitalet Silkeborg	Nej	##	0	(0-98)	83	80
Regionshospitalet Viborg	Nej	206 / 342	60	(55-65)	93	94
Regionspsykiatrien Gødstrup	Nej	10 / 17	59	(33-82)	73	0
Regionspsykiatrien Horsens	Ja	37 / 39	95	(83-99)	97	100
Regionspsykiatrien Midt	Nej	48 / 60	80	(68-89)	91	85
Regionspsykiatrien Randers	Nej	5 / 6	83	(36-100)	75	80
Nordjylland	Ja	1.010 / 1.073	94	(93-95)	92	69
Aalborg UH, Demensenheden	Ja	1.010 / 1.073	94	(93-95)	92	69

Faglig kommentar til dækningsgraden

Bemærk at dækningsgraden er tidsforskudt 6 måneder i forhold til overensstemmelsesgraden. Antal i de to opgørelser kan således ikke sammenlignes direkte.

Dækningsgraden er udtryk for hvor stor en andel af demensudredningsforløbene der findes i KIP/webservice ud af det totale antal udredninger, man har kunnet identificere i KIP/webservice og/eller LPR. Dækningsgraden er givet ved $(A+B=10.312)$ og $(A+B+C=12.529) \Rightarrow ((10.059/12.419) * 100) = 82 \%$, og lever således ikke op til det fastsatte udviklingsmål på landsplan. Den interregionale variation er mellem 67 % (Midtjylland) og 94 % (Nordjylland). Udviklingsmålet blev nået i 3 enheder i Region Hovedstaden, 4 enheder i Syddanmark, 1 enhed i Midtjylland og 1 enhed i Nordjylland.

Det observeres at enkelte enheder med mindst 10 demensudredningsforløb har en væsentlig andel (60-100 %) hvor procedurekoden for demensudredning (ZZ1500) udelukkende er fundet i LPR men ikke har et match med en datalevering via KIP eller webservice (Roskilde Ældrepsykiatri; SHS Demenslinik (Aabenraa) og RHG Hukommelsesklinikken). Desuden har flere små enheder ligeledes en meget lav dækningsgrad og en del enheder har en dækningsgrad mellem 50 og 80 %. I særdeleshed bør disse afdelinger auditere deres data mhp. om registreringspraksis er korrekt, eller om man er kommet til at indrapportere screening for demens (ZZ1500A), hvilket DanDem's datagrundlag ikke omfatter.

8.4 Datakomplethed for indikatorer

Datakompletheden for den enkelte indikator angiver hvor mange af de, for indikatoren, relevante patienter (Grundlag), der indgår i opgørelsen.

Tabel 5 Datakomplethed opgjort på indikatorniveau.

Datakomplethed	Total N	Irrelevant	Grundlag	Uoplyst	(%)	Indgår
1 Udredningstid < 90 dage	11.787	0	11.787	249	(2)	11.538
1A Tid fra start af udredning (1. kontakt) til diagnosesamtale (dage)	11.787	0	11.787	249	(2)	11.538
1B Tid fra 1. kontakt til diagnosesamtale < 60 dage	11.787	0	11.787	249	(2)	11.538
2 Kognitiv test	11.787	0	11.787	0	(0)	11.787
2A Udvidet kognitiv test	11.787	4.755	7.032	0	(0)	7.032
2B Neuropsykologisk undersøgelse	11.787	4.755	7.032	0	(0)	7.032
3 ADL vurdering	11.787	813	10.974	15	(0,1)	10.959
4 Strukturel scanning	11.787	0	11.787	0	(0)	11.787
4A MR-scanning ifm. Cerebrovaskulær + Mixed demens	11.787	9.895	1.892	0	(0)	1.892
5 Sygdomsspecifik demens diagnose	11.787	3.347	8.440	1	(0,01)	8.439
6 Anti-demensmedicin, indløst recept*	11.787	6.080	5.707	1	(0,02)	5.706
7 Demenskoordinator funktion	11.787	3.347	8.440	0	(0)	8.440
8 Parakliniske undersøgelser	11.787	4.105	7.682	0	(0)	7.682

*Indikator 6 er forskudt 3 mdr., så datagrundlaget er ikke identisk med de øvrige indikatorer

Total N: Datagrundlaget.

Irrelevant: Antal patienter, der ekskluderes fra beregningen af den enkelte indikator, fordi de ikke er relevante for den givne opgørelse.

Uoplyst: Antal patienter, der er relevante for opgørelsen af den givne indikator, men mangler en eller flere nødvendige informationer for at kunne indgå i beregningen.

Indgår: Antal patienter, der har alle relevante informationer og indgår i opgørelsen af den givne indikator.

Datakompletheden for de enkelte indikatorer ligger højt (Tabel 4), idet alle felter i KIP-skemaet er obligatoriske. De indberettede udredningsforløb er derfor generelt komplette. I indikator 5 og 6 er der 1 uoplyst information ift. diagnose, det skyldes at enhederne i region Midtjylland ultimo 2024 er begyndt at levere data via webservice. Denne type dataleverance kan ikke betinges af obligatoriske variable, der skal være information om. DanDem's styregruppe vil i den kommende tid holde øje med datakompletheden i takt med at webservicebaserede data bliver leveret fra flere enheder.

Generelt bør datakompletheden for hver enkelt indikator være over 90 %. Alle indikatoropgørelser i denne årsrapport har en datakomplethed fra 98 % (Indikator 1 og 1A) til knap 100 %/100 % (de resterende indikatorer).

9. Databasestyregruppens medlemmer

Forperson	Hanne Gottrup, overlæge, Ph.d. Neurologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, DNS
Styregruppemedlemmer	Anja Bihl-Nielsen, Alzheimerforeningen Gunhild Waldemar, ledende overlæge, Nationalt Videnscenter for Demens Ann Nielsen (suppleant), Nationalt Videnscenter for Demens Rikke Koch, afdelingslæge, Afdeling for Psykoser, Aarhus Universitetshospital Psykiatrien, DPS Maria Brink, overlæge, Ph.d., Psykiatrisk Afdeling Odense - Universitetsfunktion, DPS Hanne Tillingsøe, ledende overlæge, Geriatrik og Fælles Medicinsk Ambulatorium, Geriatrik og Palliativ afdeling GP, Bispebjerg-Frederiksberg Hospital, DSG Christina Rørvig-Løppenthien, overlæge, Rigshospitalet, DNS Lone Jensen, cheflæge, Gerontopsykiatrisk afdeling, Brønderslev, DPS Karsten Vestergaard, ledende overlæge, Demensenheden, Aalborg Universitetshospital, DNS Martin Torp Rahbek, afdelingslæge, Odense Universitetshospital, DSG Robert Graff Gergelyffy, overlæge, region Sjælland, DSG Jens Søndergaard, praktiserende læge, professor, DSAM
Ledelsesrepræsentant	Lisbet Ravn, Vicedirektør, Herlev og Gentofte Hospital
Klinisk Epidemiolog	Helle Hare-Bruun, Klinisk epidemiolog, Ph.d. Kvalitetsenhed B, SundK
Datamanager	Katja Løngaard, Cand Scient San Publ, Ph.d. Enhed for Data, SundK
Kontaktperson	Mathilde Pedersen, Cand.scient.san. Kvalitetsenhed A, SundK Mobil: +45 29 21 52 97, mail: mathpd@sundk.dk
Dataansvarlig myndighed	Region Midtjylland

Appendiks 1 Supplerende resultater

Tabel A1.1a. Fordeling af sygdomsspecifikke demens diagnoser på afdelingsniveau, antal

	I alt Antal	Alzheimer sygdom Antal	Parkinson & Lewy Body Antal	Cerebro- vaskulær demens Antal	Mixed demens Antal	Fronto- temporal demens Antal	Anden specifik demens Antal	Uafklaret ætiologi Antal	Alkohol Antal	Non neuro- degenerativ Antal	Affektiv sygdom Antal	Atypisk Parkinson Antal
Danmark	8.439	4.716	412	1.604	665	224	120	485	86	94	12	21
Hovedstaden	2.871	1.569	145	712		66	59	246	35	33	6	
Sjælland	1.028	598	37	315		18	5	44	7	4		
Syddanmark	2.421	1.309	88	392	427	71	23	59	21	23	#	6
Midtjylland	1.267	751	83	112	110	45	25	100	13	24	#	#
Nordjylland	852	489	59	73	128	24	8	36	10	10	#	13
Hovedstaden	2.871	1.569	145	712		66	59	246	35	33	6	
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	408	193	16	121		5	7	64	#			
Herlev-Gentofte Hospital	650	363	33	184		14	6	40	#	6	#	
Nordsjællands Hospitaler	729	455	36	177		13	4	24	10	9	#	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	975	497	53	209		30	39	105	21	18	3	
Rigshospitalet, Bornholm	109	61	7	21		4	3	13				
Sjælland	1.028	598	37	315		18	5	44	7	4		
PKØ Distriktpsyk. Amb.	8	5		#						#		
Regionalt videnscenter for demens	322	146	12	134		7	3	17	#	#		
Roskilde Ældrepsykiatri	14	10		3				#				
SUH Nykøbing F Sygehus	143	82	9	46		4		#	#			
Slagelse Sygehus	541	355	16	130		7	#	25	5	#		
Syddanmark	2.421	1.309	88	392	427	71	23	59	21	23	#	6
Friklinikken Region Syddanmark	136	76	6	19	16	#	#	#	#	12	#	
OUH Demensklubben	684	321	24	151	158	14	7	3	#	5		
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	22	6		5	6	#		#	#			

	I alt Antal	Alzheimer sygdom Antal	Parkinson & Lewy Body Antal	Cerebro- vaskulær demens Antal	Mixed demens Antal	Fronto- temporal demens Antal	Anden specifik demens Antal	Uafklaret ætiologi Antal	Alkohol Antal	Non neuro- degenerativ Antal	Affektiv sygdom Antal	Atypisk Parkinson Antal
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	7	#			4			#				
SHS Demenslinik (Aabenraa)	191	156	10	5	15	#		#	#			
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	203	161	10	11	11			5	4	#		
SLB Demenslinik Lillebælt	450	254	13	66	68	14	9	10	9	#		5
SLB Ældresygdomme (Kolding)	215	111		26	70		#	3	#	#		
SVS Demenslinik Sydvestjylland	513	223	25	109	79	39	4	30	#	#		#
Midtjylland	1.267	751	83	112	110	45	25	100	13	24	#	#
AUH Geriatrik team	43	21	#	8	8			#	#	#		
AUH Neurologisk klinikker	438	246	24	52	37	24	12	21	4	16		#
AUH Psykiatrien	28	19	4	#	#	#		#				
RHG Hukommelsesklinikken	179	122	19	7	10	7	4	7		3		
RHG Klinik for Ældresygdomme	113	63	6	14	18	#		8	#	#		
Regionshospitalet Horsens Ældre	28	15	4	#	4			3				
Regionshospitalet Randers	31	18	#	5	4	#		#	#			
Regionshospitalet Viborg	319	206	16	13	22	7	9	39	5	#	#	
Regionspsykiatrien Gødstrup	7	4	#	#						#		
Regionspsykiatrien Horsens	24	13	#	#	3	#		3			#	
Regionspsykiatrien Midt	55	22	6	7	#	3		15				
Regionspsykiatrien Randers	#	#										
Nordjylland	852	489	59	73	128	24	8	36	10	10	#	13
Aalborg UH, Demensenheden	852	489	59	73	128	24	8	36	10	10	#	13

Mixed demens: Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom

Anden specifik demensdiagnose: Anden specifik neurodegenerativ, Normaltrykshydrocephalus, Huntingtons sygdom

mindre end 3 personer

Tabel A1.1b. Fordeling af sygdomsspecifikke demens diagnoser på afdelingsniveau, andel (%)

	I alt Antal	Alzheimer sygdom %	Parkinson & Lewy Body %	Cerebro- vaskulær demens %	Mixed demens %	Fronto- temporal demens %	Anden specifik demens %	Uafklaret ætiologi %	Alkohol %	Non neuro- degenerativ %	Affektiv sygdom %	Atypisk Parkinson %
Danmark	8.439	55,9	4,9	19,0	7,9	2,7	1,4	5,7	1,0	1,1	0,1	0,2
Hovedstaden	2.871	54,6	5,1	24,8		2,3	2,1	8,6	1,2	1,1	0,2	
Sjælland	1.028	58,2	3,6	30,6		1,8	0,5	4,3	0,7	0,4		
Syddanmark	2.421	54,1	3,6	16,2	17,6	2,9	1,0	2,4	0,9	1,0	0,1	0,2
Midtjylland	1.267	59,3	6,6	8,8	8,7	3,6	2,0	7,9	1,0	1,9	0,2	0,2
Nordjylland	852	57,4	6,9	8,6	15,0	2,8	0,9	4,2	1,2	1,2	0,2	1,5
Hovedstaden	2.871	54,6	5,1	24,8		2,3	2,1	8,6	1,2	1,1	0,2	
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	408	47,3	3,9	29,7		1,2	1,7	15,7	0,5			
Herlev-Gentofte Hospital	650	55,8	5,1	28,3		2,2	0,9	6,2	0,3	0,9	0,3	
Nordsjællands Hospitaler	729	62,4	4,9	24,3		1,8	0,5	3,3	1,4	1,2	0,1	
Rigshospitalet, Blegdamsvej	975	51,0	5,4	21,4		3,1	4,0	10,8	2,2	1,8	0,3	
Rigshospitalet, Bornholm	109	56,0	6,4	19,3		3,7	2,8	11,9				
Sjælland	1.028	58,2	3,6	30,6		1,8	0,5	4,3	0,7	0,4		
PKØ Distriktpsyk. Amb.	8	62,5		25,0						12,5		
Regionalt videnscenter for demens	322	45,3	3,7	41,6		2,2	0,9	5,3	0,3	0,6		
Roskilde Ældrepsykiatri	14	71,4		21,4				7,1				
SUH Nykøbing F Sygehus	143	57,3	6,3	32,2		2,8		0,7	0,7			
Slagelse Sygehus	541	65,6	3,0	24,0		1,3	0,4	4,6	0,9	0,2		
Syddanmark	2.421	54,1	3,6	16,2	17,6	2,9	1,0	2,4	0,9	1,0	0,1	0,2
Friklinikken Region Syddanmark	136	55,9	4,4	14,0	11,8	0,7	0,7	1,5	0,7	8,8	1,5	
OUH Demensklinikken	684	46,9	3,5	22,1	23,1	2,0	1,0	0,4	0,1	0,7		
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	22	27,3		22,7	27,3	4,5		9,1	9,1			
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	7	14,3			57,1			28,6				
SHS Demensklinik (Aabenraa)	191	81,7	5,2	2,6	7,9	1,0		1,0	0,5			
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	203	79,3	4,9	5,4	5,4			2,5	2,0	0,5		
SLB Demensklinik Lillebælt	450	56,4	2,9	14,7	15,1	3,1	2,0	2,2	2,0	0,4		1,1
SLB Ældresygdomme (Kolding)	215	51,6		12,1	32,6		0,9	1,4	0,9	0,5		
SVS Demensklinik Sydvestjylland	513	43,5	4,9	21,2	15,4	7,6	0,8	5,8	0,2	0,4		0,2

	I alt Antal	Alzheimer sygdom %	Parkinson & Lewy Body %	Cerebro- vaskulær demens %	Mixed demens %	Fronto- temporal demens %	Anden specifik demens %	Uafklaret ætiologi %	Alkohol %	Non neuro- degenerativ %	Affektiv sygdom %	Atypisk Parkinson %
Midtjylland	1.267	59,3	6,6	8,8	8,7	3,6	2,0	7,9	1,0	1,9	0,2	0,2
AUH Geriatrisk team	43	48,8	2,3	18,6	18,6			4,7	2,3	4,7		
AUH Neurologisk klinikker	438	56,2	5,5	11,9	8,4	5,5	2,7	4,8	0,9	3,7		0,5
AUH Psykiatrien	28	67,9	14,3	3,6	7,1	3,6		3,6				
RHG Hukommelsesklinikken	179	68,2	10,6	3,9	5,6	3,9	2,2	3,9		1,7		
RHG Klinik for Ældresygdomme	113	55,8	5,3	12,4	15,9	0,9		7,1	1,8	0,9		
Regionshospitalet Horsens Ældre	28	53,6	14,3	7,1	14,3			10,7				
Regionshospitalet Randers	31	58,1	3,2	16,1	12,9	3,2		3,2	3,2			
Regionshospitalet Viborg	319	64,6	5,0	4,1	6,9	2,2	2,8	12,2	1,6	0,3	0,3	
Regionspsykiatrien Gødstrup	7	57,1	14,3	14,3						14,3		
Regionspsykiatrien Horsens	24	54,2	4,2	8,3	12,5	4,2		12,5			4,2	
Regionspsykiatrien Midt	55	40,0	10,9	12,7	3,6	5,5		27,3				
Regionspsykiatrien Randers	#	100,0										
Nordjylland	852	57,4	6,9	8,6	15,0	2,8	0,9	4,2	1,2	1,2	0,2	1,5
Aalborg UH, Demensenheden	852	57,4	6,9	8,6	15,0	2,8	0,9	4,2	1,2	1,2	0,2	1,5

Mixed demens: Alzheimers sygdom + Cerebrovaskulær sygdom

Anden specifik demensdiagnose: Anden specifik neurodegenerativ, Normaltrykshydrocephalus (NPH), Huntingtons sygdom

Faglig kommentar (Tabel A1.1a og b)

Tabellerne viser fordeling af sygdomsspecifikke demens diagnoser på afdelingsniveau i absolutte tal (Tabel A1.1a) og procent (Tabel A1.1b). Alzheimers sygdom er den hyppigst optrædende diagnose på landsplan (55,9 %) og varierer mellem 81,7 % på SHS Demenslinik (Aabenraa) til 27,3 % på PSY Gerontopsyk (Fredericia) på enheder med > 10 udredningsforløb. Cerebrovaskulær sygdom og Mixed demens er de næst-hyppigste sygdomsspecifikke demens diagnoser på tværs af de fleste enheder. Det fremgår af tabel A1.1a og 1b at Region Hovedstaden og Sjælland, lige som i 2023 og 2024 har 0 patienter med diagnosen Mixed demens i 2025. Det samme gør sig gældende for Atypisk Parkinson. Sundhedsplatformen (SP) er gjort opmærksom på problemet og har tilkendegivet, at fejlen vil blive rettet.

Forventningen var, at det ville ske medio 2025. Ovenstående resultater tyder dog på, at det endnu ikke er lykkedes at rette fejlen.

Der var i alt 485 (5,7 %) patienter med uafklaret ætiologi i 2025.

Tabel A1.2. Aldersfordeling for alle udredte patienter fordelt på udredningsenhed

	Antal	Median	25% percentil	75% percentil
Danmark	11.790	78,0	72,0	83,0
Hovedstaden	4.397	77,0	70,0	82,0
Sjælland	1.256	78,0	73,0	83,0
Syddanmark	3.278	78,0	72,0	83,0
Midtjylland	1.674	78,0	72,0	83,0
Nordjylland	1.185	78,0	72,0	82,0
Hovedstaden	4.397	77,0	70,0	82,0
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	548	79,0	75,0	84,0
Herlev-Gentofte Hospital	881	78,0	72,0	83,0
Nordsjællands Hospitaller	988	78,0	73,0	83,0
Rigshospitalet, Blegdamsvej	1.840	75,0	66,0	80,0
Rigshospitalet, Bornholm	140	77,5	72,0	82,0
Sjælland	1.256	78,0	73,0	83,0
PKØ Distriktspsyk. Amb.	8	77,0	72,5	85,0
ROS Neurologisk	1	80,0	80,0	80,0
Regionalt videnscenter for demens	452	78,0	73,0	83,0
Roskilde Ældrepsykiatri	15	69,0	60,0	83,0
SUH Nykøbing F Sygehus	164	78,5	73,0	83,0
Slagelse Sygehus	616	79,0	73,5	83,0
Syddanmark	3.278	78,0	72,0	83,0
Friklinikken Region Syddanmark	166	77,0	72,0	81,0
OUH Demensklubben	974	78,0	72,0	83,0
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	24	82,0	73,0	86,0
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	10	81,0	76,0	87,0
SHS Demensklubben (Aabenraa)	260	79,0	73,0	84,0
SHS Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg)	301	79,0	73,0	83,0
SLB Demensklubben Lillebælt	634	77,0	71,0	82,0
SLB Ældresygdomme (Kolding)	243	81,0	77,0	84,0
SVS Demensklubben Sydvestjylland	666	78,0	72,0	83,0
Midtjylland	1.674	78,0	72,0	83,0
AUH Geriatrik team	54	85,0	82,0	88,0
AUH Neurologisk klinikker	688	76,0	69,0	81,0
AUH Psykiatrien	37	72,0	65,0	77,0
RHG Hukommelsesklinikken	199	78,0	74,0	83,0
RHG Klinik for Ældresygdomme	124	85,0	82,0	87,0

	Antal	Median	25% percentil	75% percentil
Regionshospitalet Horsens Ældre	31	84,0	79,0	87,0
Regionshospitalet Randers	31	84,0	79,0	87,0
Regionshospitalet Viborg	394	79,0	74,0	84,0
Regionspsykiatrien Gødstrup	7	79,0	70,0	81,0
Regionspsykiatrien Horsens	42	74,0	69,0	81,0
Regionspsykiatrien Midt	62	76,0	69,0	82,0
Regionspsykiatrien Randers	5	75,0	68,0	81,0
Nordjylland	1.185	78,0	72,0	82,0
Aalborg UH, Demensenheden	1.185	78,0	72,0	82,0

Faglig kommentar (Tabel A1.2)

Halvdelen (medianen) af patienterne, der blev udredt, var mindst 78 (IQR: 72-83) år på tidspunktet, hvor diagnosesamtalen fandt sted. Det ses af tabellen, at populationen i de fleste geriatriske og ældrepsykiatriske udredningsenheder ikke overraskende er ældre end de øvrige udredningsenheder. Ved etablering af udredningsenheder hvor alle 3 specialer er samlet, må man forvente at variationen på alderen, blandt de udredte patienter, øges.

Tabel A1.3. Supplerende opgørelse til Indikator 1: Tid fra henvisning til start af udredning (dage)

	Udviklingsmål opnået	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		Antal	antal (%)	01.01.2025 - 31.12.2025 Median	IQR	2024 Median	2023 Median
Danmark	11.538	249 (2)	69	(42-107)	76	99	
Hovedstaden	4.390	4 (0)	63	(41-91)	46		
Sjælland	1.255	1 (0)	133	(65-245)	204		
Syddanmark	3.201	77 (2)	60	(36-92)	77	89	
Midtjylland	1.564	110 (7)	94	(51-178)	106	95	
Nordjylland	1.128	57 (5)	70	(52-98)	104	147	
Hovedstaden	4.390	4 (0)	63	(41-91)	46		
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	547	1 (0)	64	(53-77)	52		
Herlev-Gentofte Hospital	880	1 (0)	101	(77-133)	132		
Nordsjællands Hospitaler	987	1 (0)	49	(36-59)	26		
Rigshospitalet, Blegdamsvej	1.836	1 (0)	64	(33-87)	36		
Rigshospitalet, Bornholm	140	0 (0)	56	(41-79)	83		
Sjælland	1.255	1 (0)	133	(65-245)	204		
PKØ Distriktpsych. Amb.	8	0 (0)	188	(37-314)	83		
ROS Neurologisk	#	0 (0)	37	(37-37)	127		
Regionalt videnscenter for demens	451	1 (0)	113	(55-182)	165		
Roskilde Ældrepsykiatri	15	0 (0)	123	(42-153)	137		
SUH Nykøbing F Sygehus	164	0 (0)	148	(68-251)	186		
Slagelse Sygehus	616	0 (0)	157	(69-306)	294		
Syddanmark	3.201	77 (2)	60	(36-92)	77	89	
Frikliniken Region Syddanmark	162	4 (2)	85	(56-108)	140	92	
OUH Demensklinikken	948	26 (3)	63	(42-78)	65	88	
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	21	3 (13)	27	(19-95)	26	132	
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	8	2 (20)	32	(27-194)	55	71	
SHS Demensklinik (Aabenraa)	250	10 (4)	33	(27-51)			
SHS Hjerne- og Nervesygdomme (Sønderborg)	301	0 (0)	42	(27-61)	16	32	
SLB Demensklinik Lillebælt	624	10 (2)	98	(65-131)	74	17	
SLB Ældresygdomme (Kolding)	241	2 (1)	43	(27-75)	91	116	
SVS Demensklinik Sydvestjylland	646	20 (3)	54	(36-84)	112	108	
Midtjylland	1.564	110 (7)	94	(51-178)	106	95	
AUH Geriatrik team	54	0 (0)	68	(45-79)	59	33	
AUH Neurologisk klinikker	662	26 (4)	114	(67-188)	131	137	
AUH Psykiatrien	27	10 (27)	48	(34-77)	53	64	
RHG Hukommelsesklinikken	184	15 (8)	131	(67-210)	113	84	
RHG Klinik for Ældresygdomme	124	0 (0)	55	(30-71)	45	43	
Regionshospitalet Horsens Ældre		31 (100)					
Regionshospitalet Randers	29	2 (6)	75	(61-85)	67	39	
Regionshospitalet Viborg	371	23 (6)	125	(55-212)	94	52	
Regionspsykiatrien Gødstrup	7	0 (0)	71	(33-216)	55		
Regionspsykiatrien Horsens	41	1 (2)	34	(24-138)	54	76	
Regionspsykiatrien Midt	61	1 (2)	32	(24-67)	29	27	

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	Udviklingsmål opnået	Antal	antal (%)	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
				Median	IQR	Median	Median
Regionspsykiatrien Randers	4	1 (20)	34	(22-62)	46	27	
Nordjylland	1.128	57 (5)	70	(52-98)	104	147	
Aalborg UH, Demensenheden	1.128	57 (5)	70	(52-98)	104	147	

Årsag	Danmark	Hovedstaden		Syddanmark		
		n	Sjælland	k	Midtjylland	Nordjylland
Uoplyst: Henvisningsdato er ikke fundet pga. manglende ZZ1500-forløb i LPR	241	4	1	72	108	56
Ny ventetid mangler	8	.	.	5	2	1

Kommentar til Tabel A1.3, og Figur A1.1.

Datagrundlag og beregningsregler

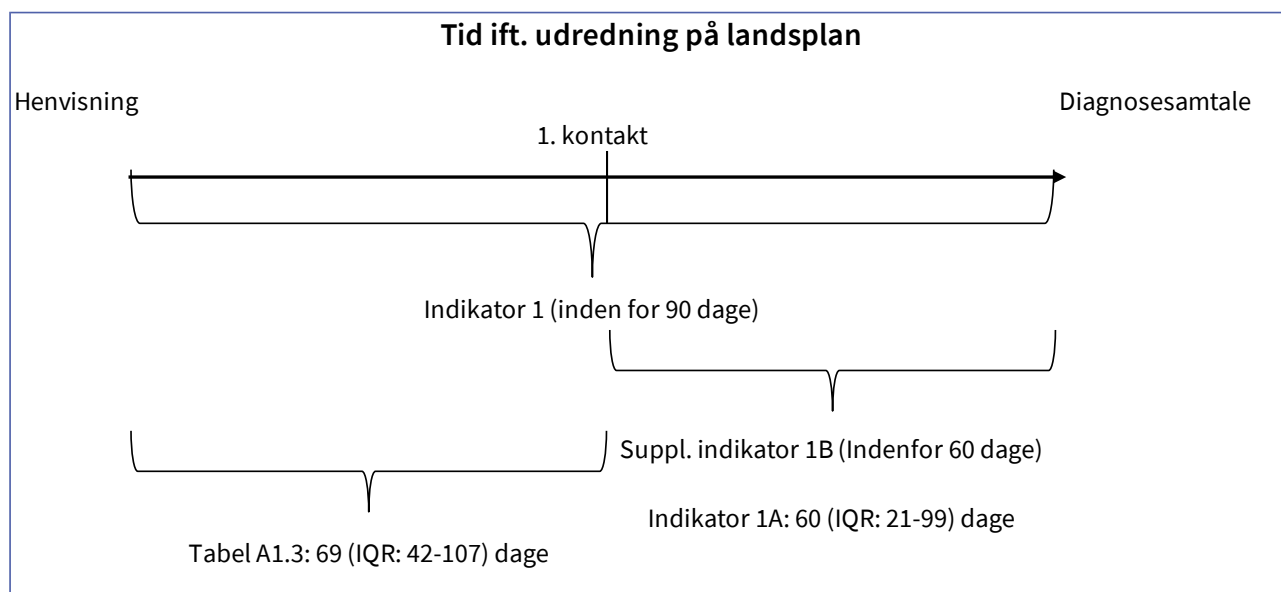
Tabel A1.3 viser ventetiden fra henvisningsdato til dato for første kontakt i udredningsforløbet i dage (Figur A1.1). Henvisningsdatoen og datoen for 1. kontakt er hentet fra LPR fra forløb registreret som demensudredning (Procedurekode ZZ1500). Hvis patienten er omvisiteret via frit-valgs-ordning til primær udredning, skal datoen for modtagelse af frit-valgs-henvisningen (KIP- eller webbaseret data) benyttes i beregningen af ventetiden i stedet for den oprindelige henvisningsdato (LPR). Fra og med 2024 ekskluderes patienter, der døde før diagnosesamtale, ikke fra analysen.

Desforuden er det fra 2024 udelukkende patienter med procedurekoden ZZ1500 fra neurologisk, psykiatrisk eller geriatrisk speciale, der er inkluderet.

Resultater

For en afdeling i Region Midtjylland (Regionshospitalet i Horsens) var samtlige patienter uoplyste (n=31), da afdelingen indrapporterer til LPR på en anden SOR-kode end den der indberettes webservice data på. Der er rettet henvendelse til Region Midtjylland ift. at få korrigeret dette, så der er overensstemmelse mellem webservice- og LPR-indberetninger.

Den mediane ventetid fra henvisning til første kontakt udgjorde på landsplan 69 dage (IQR 42-107 dage) og den mediane varighed af udredning fra 1. kontakt til diagnosesamtale var 60 dage (21-99 dage) på landsplan.



Figur A1.1. Tid fra henvisningsdato til diagnosesamtale og de relaterede Indikatorer 1, 1A, 1B samt Tabel A1.3.

Tabel A1.4. Supplerende opgørelse til indikator 1A: Antal og andel med udredningstid på 0 dage, udredningstid under landsmedian og udredningstid over landsmedian (landsmedian i 2025 = 60 dage)

	I alt		Udredningstid på 0 dage		Udredningstid under mediantid		Udredningstid over mediantid	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	11.538		2.568	22,3	3.209	27,8	5.761	49,9
Hovedstaden	4.390		443	10,1	1.972	44,9	1.975	45,0
Sjælland	1.255		417	33,2	103	8,2	735	58,6
Syddanmark	3.201		1.198	37,4	605	18,9	1.398	43,7
Midtjylland	1.564		235	15,0	279	17,8	1.050	67,1
Nordjylland	1.128		275	24,4	250	22,2	603	53,5
Hovedstaden	4.390		443	10,1	1.972	44,9	1.975	45,0
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	547		53	9,7	107	19,6	387	70,7
Herlev-Gentofte Hospital	880		24	2,7	406	46,1	450	51,1
Nordsjællands Hospitaler	987		117	11,9	146	14,8	724	73,4
Rigshospitalet, Blegdamsvej	1.836		242	13,2	1.292	70,4	302	16,4
Rigshospitalet, Bornholm	140		7	5,0	21	15,0	112	80,0
Sjælland	1.255		417	33,2	103	8,2	735	58,6
PKØ Distriktpsyk. Amb.	8		5	62,5			3	37,5
ROS Neurologisk	1						1	100,0
Regionalt videnscenter for demens	451		84	18,6	17	3,8	350	77,6
Roskilde Ældrepsykiatri	15		3	20,0	6	40,0	6	40,0
SUH Nykøbing F Sygehus	164		53	32,3	25	15,2	86	52,4
Slagelse Sygehus	616		272	44,2	55	8,9	289	46,9
Syddanmark	3.201		1.198	37,4	605	18,9	1.398	43,7
Friklinikken Region Syddanmark	162		39	24,1	80	49,4	43	26,5
OUH Demensklubben	948		433	45,7	71	7,5	444	46,8
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	21		15	71,4	1	4,8	5	23,8

	I alt		Udredningstid på 0 dage		Udredningstid under mediantid		Udredningstid over mediantid	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	8		5	62,5	2	25,0	1	12,5
SHS Demenslinik (Aabenraa)	250		107	42,8	67	26,8	76	30,4
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	301		160	53,2	70	23,3	71	23,6
SLB Demenslinik Lillebælt	624		233	37,3	99	15,9	292	46,8
SLB Ældresygdomme (Kolding)	241		12	5,0	120	49,8	109	45,2
SVS Demenslinik Sydvestjylland	646		194	30,0	95	14,7	357	55,3
Midtjylland	1.564		235	15,0	279	17,8	1.050	67,1
AUH Geriatrik team	54		9	16,7	29	53,7	16	29,6
AUH Neurologisk klinik	662		79	11,9	126	19,0	457	69,0
AUH Psykiatrien	27		1	3,7	3	11,1	23	85,2
RHG Hukommelsesklinikken	184		15	8,2	3	1,6	166	90,2
RHG Klinik for Ældresygdomme	124		68	54,8	25	20,2	31	25,0
Regionshospitalet Randers	29		6	20,7	19	65,5	4	13,8
Regionshospitalet Viborg	371		45	12,1	36	9,7	290	78,2
Regionspsykiatrien Gødstrup	7		4	57,1			3	42,9
Regionspsykiatrien Horsens	41		2	4,9	19	46,3	20	48,8
Regionspsykiatrien Midt	61		2	3,3	19	31,1	40	65,6
Regionspsykiatrien Randers	4		4	100,0				
Nordjylland	1.128		275	24,4	250	22,2	603	53,5
Aalborg UH, Demensenheden	1.128		275	24,4	250	22,2	603	53,5

Kommentar til Tabel A1.4.

Opgørelsen viser udredningstiden fra 1. kontakt til diagnosesamtale opdelt på udredningstid = 0 dage, udredningstid ≤ landsmedianen (men mere end 0 dage) og udredningstid > landsmedianen. I 2025 var landsmedianen 60 dage.

På landsplan var udredningstiden 0 dage for 22,3 % af demensudredningerne. Især i Region Syddanmark (37,4 %) og Region Sjælland (33,2 %) blev en større andel udredt på 0 dage. Udredningstiden var mellem 1 og 60 dage for 27,8 %, og for 49,9 % varede udredningen fra 1. kontakt til diagnosesamtale mere end 60 dage. Region Midtjylland havde den største andel af udredninger (67,1 %), der varede længere tid end landsmedianen på 60 dage.

Tabel A1.5. Supplerende opgørelse til indikator 5: Andel af alle udredningsforløb, hvor kognitionen var habituel, svækket men ikke demens eller forenelig med en demenstilstand.

	Total antal udredte (N)		Habituel kognitiv, (n) (%)		Kognitivt svækket (MCI), (n) (%)		Let demens, (n) (%)		Moderat til svær demens, (n) (%)	
	(N)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)		
Danmark	11790	1071 9,1	2279 19,3	3716 31,5	4724 40,1					
Hovedstaden	4397	607 13,8	919 20,9	1381 31,4	1490 33,9					
Sjælland	1256	60 4,8	168 13,4	356 28,3	672 53,5					
Syddanmark	3278	285 8,7	572 17,4	1012 30,9	1409 43,0					
Midtjylland	1674	66 3,9	340 20,3	505 30,2	763 45,6					
Nordjylland	1185	53 4,5	280 23,6	462 39,0	390 32,9					
Hovedstaden	4397	607 13,8	919 20,9	1381 31,4	1490 33,9					
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	548	47 8,6	93 17,0	114 20,8	294 53,6					
Herlev-Gentofte Hospital	881	83 9,4	148 16,8	240 27,2	410 46,5					
Nordsjællands Hospitaler	988	92 9,3	167 16,9	447 45,2	282 28,5					
Rigshospitalet, Blegdamsvej	1840	379 20,6	486 26,4	517 28,1	458 24,9					
Rigshospitalet, Bornholm	140	6 4,3	25 17,9	63 45,0	46 32,9					
Sjælland	1256	60 4,8	168 13,4	356 28,3	672 53,5					
PKØ Distriktspsyk. Amb.	8	..	..	2 25,0	6 75,0				
ROS Neurologisk	1	..	1 100,0	..	..			
Regionalt videnscenter for demens	452	32 7,1	98 21,7	84 18,6	238 52,7					
Roskilde Ældrepsykiatri	15	..	1 6,7	7 46,7	7 46,7					
SUH Nykøbing F Sygehus	164	7 4,3	14 8,5	48 29,3	95 57,9					
Slagelse Sygehus	616	21 3,4	54 8,8	215 34,9	326 52,9					
Syddanmark	3278	285 8,7	572 17,4	1012 30,9	1409 43,0					
Friklinikken Region Syddanmark	166	8 4,8	22 13,3	65 39,2	71 42,8					
OUH Demensklinikken	974	101 10,4	189 19,4	285 29,3	399 41,0					
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	24	..	2 8,3	..	22 91,7					
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	10	..	3 30,0	..	7 70,0					
SHS Demensklinik (Aabenraa)	260	30 11,5	39 15,0	113 43,5	78 30,0					
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	301	53 17,6	45 15,0	105 34,9	98 32,6					
SLB Demensklinik Lillebælt	634	50 7,9	134 21,1	152 24,0	298 47,0					
SLB Ældresygdomme (Kolding)	243	9 3,7	19 7,8	71 29,2	144 59,3					
SVS Demensklinik Sydvestjylland	666	34 5,1	119 17,9	221 33,2	292 43,8					
Midtjylland	1674	66 3,9	340 20,3	505 30,2	763 45,6					
AUH Geriatrik team	54	1 1,9	10 18,5	4 7,4	39 72,2					
AUH Neurologisk klinikker	688	47 6,8	202 29,4	210 30,5	229 33,3					
AUH Psykiatrien	37	3 8,1	6 16,2	8 21,6	20 54,1					
RHG Hukommelsesklinikken	199	4 2,0	16 8,0	72 36,2	107 53,8					
RHG Klinik for Ældresygdomme	124	..	11 8,9	32 25,8	81 65,3					
Regionshospitalet Horsens Ældre	31	..	3 9,7	7 22,6	21 67,7					
Regionshospitalet Randers	31	..	..	3 9,7	28 90,3				
Regionshospitalet Viborg	394	7 1,8	68 17,3	138 35,0	181 45,9					
Regionspsykiatrien Gødstrup	7	..	..	2 28,6	5 71,4				
Regionspsykiatrien Horsens	42	3 7,1	15 35,7	11 26,2	13 31,0					
Regionspsykiatrien Midt	62	1 1,6	6 9,7	18 29,0	37 59,7					
Regionspsykiatrien Randers	5	..	3 60,0	..	2 40,0					
Nordjylland	1185	53 4,5	280 23,6	462 39,0	390 32,9					
Aalborg UH, Demensenheden	1185	53 4,5	280 23,6	462 39,0	390 32,9					

Kommentar til Tabel A1.5.Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser, hvor stor en andel ud af samtlige demens udredningsforløb, der resulterede i at der potentielt kunne stilles en sygdomsspecifik demensdiagnose og hvor store andele, der havde en habituel kognitiv funktion samt var kognitivt svækkede men ikke havde demens.

Der var < 3 udredningsforløb, hvor demensdiagnosen var uoplyst.

Resultater

Patienter, der vurderedes til at være kognitivt svækkede men ikke havde demens udgjorde 19,3 % på landsplan med en interregional variation på mellem 13,4 % (Sjælland) og 23,6 % (Nordjylland). På landsplan fik 71,6 % stillet en demens diagnose, den interregionale variation var mellem 65,3 % (Hovedstaden) og 81,8 % (Sjælland).

Tabel A1.6. Supplerende opgørelse til indikator 5: Fordeling af demens-sværhedsgrad bland udredte, der fik en demensdiagnose

	Total antal udredte (N)	Let demens, (n)	(%)	Moderat demens, (n)	(%)	Svær demens, (n)	(%)
Danmark	8440	3716	44,0	3966	47,0	758	9,0
Hovedstaden	2871	1381	48,1	1408	49,0	82	2,9
Sjælland	1028	356	34,6	555	54,0	117	11,4
Syddanmark	2421	1012	41,8	1025	42,3	384	15,9
Midtjylland	1268	505	39,8	638	50,3	125	9,9
Nordjylland	852	462	54,2	340	39,9	50	5,9
Hovedstaden	2871	1381	48,1	1408	49,0	82	2,9
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	408	114	27,9	274	67,2	20	4,9
Herlev-Gentofte Hospital	650	240	36,9	397	61,1	13	2,0
Nordsjællands Hospitaler	729	447	61,3	263	36,1	19	2,6
Rigshospitalet, Blegdamsvej	975	517	53,0	429	44,0	29	3,0
Rigshospitalet, Bornholm	109	63	57,8	45	41,3	1	0,9
Sjælland	1028	356	34,6	555	54,0	117	11,4
PKØ Distriktpsyk. Amb.	8	2	25,0	5	62,5	1	12,5
Regionalt videnscenter for demens	322	84	26,1	216	67,1	22	6,8
Roskilde Ældrepsykiatri	14	7	50,0	6	42,9	1	7,1
SUH Nykøbing F Sygehus	143	48	33,6	91	63,6	4	2,8
Slagelse Sygehus	541	215	39,7	237	43,8	89	16,5
Syddanmark	2421	1012	41,8	1025	42,3	384	15,9
Friklinikken Region Syddanmark	136	65	47,8	55	40,4	16	11,8
OUH Demensklinikken	684	285	41,7	293	42,8	106	15,5
PSY Gerontopsyk (Fredericia)	22	.	.	10	45,5	12	54,5
PSY Ældrepsykiatrisk amb (Aabenraa)	7	.	.	4	57,1	3	42,9
SHS Demenslinik (Aabenraa)	191	113	59,2	59	30,9	19	9,9
SHS Hjerne- og Nervesygdom (Sønderborg)	203	105	51,7	82	40,4	16	7,9
SLB Demenslinik Lillebælt	450	152	33,8	195	43,3	103	22,9
SLB Ældresygdomme (Kolding)	215	71	33,0	95	44,2	49	22,8
SVS Demenslinik Sydvestjylland	513	221	43,1	232	45,2	60	11,7
Midtjylland	1268	505	39,8	638	50,3	125	9,9
AUH Geriatrik team	43	4	9,3	28	65,1	11	25,6

	Total antal udredte (N)	Let demens, (n)	(%)	Moderat demens, (n)	(%)	Svær demens, (n)	(%)
AUH Neurologisk klinikker	439	210	47,8	203	46,2	26	5,9
AUH Psykiatrien	28	8	28,6	18	64,3	2	7,1
RHG Hukommelsesklinikken	179	72	40,2	97	54,2	10	5,6
RHG Klinik for Ældresygdomme	113	32	28,3	66	58,4	15	13,3
Regionshospitalet Horsens Ældre	28	7	25,0	20	71,4	1	3,6
Regionshospitalet Randers	31	3	9,7	16	51,6	12	38,7
Regionshospitalet Viborg	319	138	43,3	142	44,5	39	12,2
Regionspsykiatrien Gødstrup	7	2	28,6	5	71,4	.	.
Regionspsykiatrien Horsens	24	11	45,8	12	50,0	1	4,2
Regionspsykiatrien Midt	55	18	32,7	29	52,7	8	14,5
Regionspsykiatrien Randers	2	.	.	2	100,0	.	.
Nordjylland	852	462	54,2	340	39,9	50	5,9
Aalborg UH, Demensenheden	852	462	54,2	340	39,9	50	5,9

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen viser demensudredningsforløb, der resulterede i en demensdiagnose fordelt på sværhedsgraderne let, moderat og svær demens.

Resultater

I alt 8.440 af de 11.790 udredte i 2025 fik stillet en demensdiagnose. På landsplan havde 44 % af de udredte med demens, demens i let grad, 47 % havde demens i moderat grad og 9 % havde svær demens. Regionalt varierede andelen med let demens mellem 34,6 % i Region Sjælland og 54,2 % i Region Nordjylland.

I Region Syddanmark havde 15,9 % svær demens på udredningstidspunktet. De øvrige regioner havde mellem 2,9 og 11,4 % med svær demens på udredningstidspunktet.

Appendiks 2 Ordliste

A2.1 Forkortelser

95 % SI	= 95 % Sikkerhedsinterval
ACE	= Addenbrook's Cognitive Examination
ACDS-ADL	= Activities of Daily Living Inventory
ADAS-Cog	= Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive Section
ADL	= Almindelig Daglig Livsførelse
BNP	= Brutto National Produkt
BPSD	= Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia
CAMCOG	= Cambridge Cognitive Examination
CT-scanning	= Computer Tomografi scanning
DAD	= Disability Assessment for Dementia
DanDem	= Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens
DLB	= Lewy Body sygdom
DSQIID	= Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities
EKG	= Elektrokardiogram
EMA	= European Medicines Agency
FAQ IADL	= Functional Activities Questionnaire/Functional Assessment Questionnaire
FDA	= Food and Drug Administration
FTD	= Fronto-temporal demens
IQR	= Inter Quartile Range
KIP	= Kvalitets Indrapporterings Platform
KMS	= Klinisk Måle System (software platform for kvalitetsdatabaser)
LIS	= Ledelses Informationssystem
LPR	= Landspatientregistret
LSR	= Lægemedelstatistikregistret
MCE	= Multicultural Cognitive Examination
MCI	= Mild Cognitive Impairment
MMSE	= MiniMental State Examination
MoCA	= Montreal Cognitive Assessment
MR-scanning	= Magnetisk Resonans scanning
NKR	= Nationale Kliniske Retningslinjer
NPH	= Normaltrykshydrocefalus
NPU	= Neuropsykologisk Undersøgelse
PDD	= Parkinsons sygdom
PET-scanning	= Positron Emissions Tomografi
RUDAS	= Rowland Universal Dementia Assessment Scale
SKS	= Sygehusvæsnets Klassifikationssystem
SP	= Sundhedsplatformen
SST	= Sundhedsstyrelsen
VaD	= Vaskulær demens
WHO	= Verdenssundhedsorganisationen

A2.2 Forklaring af visse fagtermer

Alzheimers sygdom	Den hyppigste sygdomsspecifikke demens diagnose. I begyndelsen karakteriseret ved oftest at ramme hukommelsen
Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD)	En fælles betegnelse for en lang række adfærdssymptomer så som: apati, aggression, vrangforestillinger, hallucinationer, depression mv.
Cognitively Impaired Not Demented (CIND)	Kognitiv svækkelse hvor kriterier for demens ikke er opfyldt. CIND er en bredere definition end "MCI" (se nedenfor)
Demens	Betegner en tilstand (et syndrom), hvor man har svækkede intellektuelle færdigheder (kognition) som påvirker dagligt funktionsniveau. Demens kan skyldes mere end 200 forskellige sygdomme. Alzheimers sygdom er den hyppigste årsag til demens.
Lewy Body sygdom (DLB)	Demens, der er karakteriseret ved parkinsonistiske symptomer, svingninger i opmærksomhed (kan være over timer til dage) samt ofte livagtige synshallucinationer og forstyrrelser i drømmesøvn
Fronto-temporal demens (FTD)	Demens, med symptomer fra pande- og tindingelapperne, og som er karakteriseret ved specielt ændret adfærd, personlighed og/eller påvirket sprog
Huntingtons sygdom	Den hyppigste arvelige sygdom, der kan give både demens, neurologiske og psykiatriske symptomer
Mild cognitive impairment (MCI)	En signifikant påvirkning af et kognitivt område (domæne) – f.eks. hukommelse - uden at kriterier for demens er opfyldt. Begrebet er fagligt set ikke entydigt, da der findes en række definitioner
Mixed demens	Betegnelse for demens som følge af både vaskulær sygdom og Alzheimers sygdom.
Normaltrykshydrocephalus (NPH)	En sygdom, hvor hjernens væskehulrum udvides. Symptomerne kan i visse tilfælde afhjælpes ved indoperation af et dræn
Parkinsons sygdom (PDD)	Når der udvikles demens som følge af mangeårig Parkinsons sygdom
Atypisk Parkinson	En række sjældnere neurologiske sygdomme, hvor der ofte er demens samtidigt med Parkinson symptomer (f.eks. stivhed af musklerne). Tidligere anvendtes ofte betegnelsen Parkinson plus sygdom (PD+)
Vaskulær demens (VaD)	Demens som følge af sygdom i hjernens blodkar. Der kan være tale om følger af blodpropper eller hjerneblødning

Appendiks 3 Regionale kommentarer

A3.1 Region Hovedstaden

Nordsjællands Hospital:

Indikator 1:

Vi har arbejdet målrettet på at reducere vores udredningstid. Vi er gået fra en gennemsnitlig tid på ca 130 dage i 2025 til fra januar til maj at ligge på 93 dage. Vi er opmærksomme på at udredningstiden stadig er for lang. Årsagen til udredningstiden er, at vi fortsat har en venteliste til påbegyndelse af udredning og at den del af vores patienter, der skal have en fdg PET undersøgelse venter omkring 4 måneder på undersøgelse og beskrivelse af undersøgelsen.

Indikator 8:

På Nordsjællands Hospital har vi en meget begrænset fdg PET scannings kapacitet. Vi kan derfor kun lave fdg PET på ca 20% af de patienter vi udreder. Vi prøver at opveje det ved at lave relativt mange lumbalpunkturer. Der er dog stadig en stor del af vores patienter, hvor det ikke er fagligt muligt at bruge lumbalpunkturen som en erstatning. Vi kan derfor ikke øge denne indikator.

A3.2 Region Sjælland

SUH, Neurologisk afdeling:

Afdelingen har øget kapaciteten på demensområdet, men oplever samtidig et stigende behov. Dette afspejles fortsat i ventetiderne til første besøg og den samlede udredningstid.

A3.3 Region Østdanmark

SFR Neurologi inkl. Neurofysiologi:

Indikator 1 Udredningstid:

Der er fortsat for mange patienter, som ikke bliver udredt inden for 90 dage fra henvisning. Det skyldes dels ventetid til forundersøgelse, og dels lang varighed af udredningen fra forundersøgelse til diagnose-samtale for de patienter, hvor der er behov for supplerende undersøgelser. I hele Region Østdanmark er der øget fokus på kapacitet, interne arbejdsgange og udredningspraksis.

Generelt for hukommelsesklinikkerne er målopfyldelsen af indikator 1 i 2025 påvirket af et større antal henvisninger. Ventetid til forundersøgelse forsøges nedbragt i alle klinikker, og begrænsningen er allokering af læger og sygeplejersker til demensudredning.

Varigheden af udredningen (indikator 1A og 1B) er påvirket af flaskehalse, som er forskellige fra klinik til klinik. De omfatter 1) mangelfuld FDG-PET eller MR kapacitet og/eller lang ventetid (op til 3-4 uger) på beskrivelse af CT/MR/PET skanninger; f.eks. kan der et sted gå 17 uger fra bestilling af en FDG-PET, til der foreligger beskrivelse; eller 2) mangelfuld neuropsykolog kapacitet. De enkelte klinikker arbejder på at finde løsninger lokalt, men nogle af disse udfordringer vil forudsætte regionale løsninger.

Indikator 8 Parakliniske undersøgelser:

Mangelfuld målopfyldelse på to klinikker er relateret til mangelfuld kapacitet til FDG-PET eller lang rejse til FDG-PET (Bornholm).

A3.4 Region Syddanmark

OUH:

Vedr. indikator 1 – udredningstid på under 90 dage

OUH har siden andet halvår af 2025 reduceret ventetiden til udredning for demens markant. Ventetiden er reduceret gennem øget samarbejde med privatpraktiserende læge.

Vedr. Indikator 2B Neuropsykologisk undersøgelse

Der har siden efteråret 2024 været ansat to neuropsykologer på fuldtid. Ventetiden på NPU er efterfølgende reduceret. Andelen af NPU forventes højere i 2026.

Vedr. Indikator 8 Parakliniske undersøgelser

Der opleves øget ventetid på lumbalpunktur. Kapaciteten er for nylig øget, og der forventes bedring i ventetiden. Der gennemføres audit af patientforløbene med henblik på at identificere eventuelle forbedringsområder.

Kvalitet og Forskning, Regionshuset:

Region Syddanmark arbejder systematisk med anvendelse af data fra Demensdatabasen. De seneste år er der gennemført regionale audits, hvor årsrapportresultaterne er blevet gennemgået og drøftet, og hvor der er iværksat forbedringstiltag. Databasens resultater har senest været behandlet i arbejdsgruppen for demensklivnikker og i den regionale demensstyregruppe, og den aktuelle årsrapport vil ligeledes blive drøftet i begge fora.

Som anført i årsrapporten vil antallet af demensudredningsenheder i Region Syddanmark blive reduceret i 2026.

I relation til parakliniske undersøgelser har demensenhederne gennemført journal--audits af patienter, der ikke opfylder indikatoren. Auditten viser, at diagnoser stilles på baggrund af en fagligt velbegrunder klinisk vurdering, og at de få forløb, hvor supplerende undersøgelser kunne være relevant, drøftes internt. Der iværksættes således ikke yderligere supplerende undersøgelser, når det ikke vurderes at kunne øge den diagnostiske sikkerhed.

Det vurderes derfor at der foreligger en tilstrækkelig udredning til at stille en sikker diagnose uden brug af supplerende undersøgelser og dette kan samtidig bidrage til regionens median udredningstid er kortere.

Region Syddanmark har tidligere rejst et ønske om, at der i højere grad anvendes en differentieret vurdering af sygdomsstadie. SundK har vurderet, at dette på nuværende tidspunkt vil være for ressourcekrævende i klinisk praksis. Regionen finder fortsat, at indikatoren med fordel kan videreudvikles, så den i højere grad afspejler, at behovet for parakliniske undersøgelser varierer med sygdomsstadie, og således bedre understøtter en fagligt begrundet og differentieret udredningsstrategi.

Endelig bemærkes, at implementeringen af hjerneplanen i Region Syddanmark er i gang. Det er regionens forventning, at denne indsats på sigt vil kunne bidrage til yderligere kvalitetsforbedringer, hvilket forhåbentlig vil kunne afspejles i kommende årsrapporter.

A3.5 Region Midtjylland

I Region Midtjylland etableres der senest pr. 1. januar 2027 tre samlede demensenheder/Hukommelsesklivnikker forankret i det neurologiske speciale. Hukommelsesklivnikken på Hospitalsenhed Midt er etableret. Dette skete i forbindelse med den organisatoriske integration af psykiatri og somatik pr. 1. januar 2026.

A3.6 Region Nordjylland

Ingen kommentarer

