FOLKETINGET
STATSREVISORERNE

FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN

Oktober 2026
– 2/2026

Rigsrevisionens beretning afgivet
til Folketinget med Statsrevisorernes
bemærkninger

Regionernes udredning af patienter for demens

2/2026

Beretning om

regionernes udredning af patienter for demens

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2026

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:

Statsrevisorerne fremsender med deres bemærkning Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Sundheds- og kirkeministeren afgiver en redegørelse til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i marts 2027.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2026, som afgives i februar 2028.

Statsrevisorernes bemærkning tager udgangspunkt i denne kritikskala:

Kritikniveau	Begreber
Niveau 1 Positiv kritik	• Positivt • Tilfredsstillende
Niveau 2 Kritik under middel	• Utilstrækkeligt
Niveau 3 Middel kritik	• Utilfredsstillende/meget utilfredsstillende • Bekymrende
Niveau 4 Skarp kritik	• Kritisabelt/kritiserer skarpt/stærkt kritisabelt • Foruroligende/meget foruroligende/stærkt foruroligende
Niveau 5 Skarpeste kritik	• Påtaler skarpt og giver Folketinget en særlig opfordring til at reagere på beretningen

Henvendelse vedrørende denne publikation rettes til:
Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Tlf.: 3337 5989
statsrevisorerne@ft.dk
www.ft.dk/statsrevisorerne

ISSN 2245-3008
ISBN online 978-87-7434-898-6

Statsrevisorernes bemærkning

Beretning om regionernes udredning af patienter for demens

Over 100.000 mennesker i Danmark skønnes at leve med demens. Heraf er 40.000 registreret med en diagnose efter udredning på et sygehus. Siden 2016 er antallet af patienter, der er udredt for demens, steget med næsten 50 %.

Det følger af sundhedsloven, at patienter, der henvises af deres egen læge til udredning for demens på et sygehus, har ret til at få gennemført udredningen inden for 30 dage. Demenssygdomme kan ikke kureres, men en tidlig og korrekt diagnose skal bidrage til, at patienten får den rette behandling, pleje og støtte så tidligt som muligt, og at patienten og familien får tid til at tale om fremtiden, herunder værdier, fuldmagter og praktiske beslutninger, mens patienten stadig er i stand til at medvirke.

I 2016 blev "Den nationale demenshandlingsplan 2025" vedtaget. Med handleplanen blev der i 2016 afsat 470 mio. kr., og i 2019 blev der afsat yderligere 244,4 mio. kr. for at nå målene i 2025. I 2025 er der afsat 35 mio. kr. på finansloven.

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har en tilfredsstillende udredning af patienter for demens.

Statsrevisorerne kritiserer skarpt, at 84 % af patienterne ikke bliver udredt for demens inden for de 30 dage, som loven foreskriver. I 2025 gik der i gennemsnit over 5 gange så lang tid. Den gennemsnitlige ventetid på udredning varierer mellem regionerne fra 133 dage i Region Syddanmark til 244 dage i Region Sjælland i 2025.

Statsrevisorerne

5. oktober 2026

Leif Lahn Jensen
Peter Westermann*
Benny Engelbrecht
Stephanie Lose*
Anders Vistisen
Steffen Larsen

* Statsrevisor Stephanie Lose og Peter Westermann har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.

Statsrevisorerne kritiserer skarpt, at regionerne ikke har en ensartet eller korrekt registrering, hvilket medfører, at Sundheds- og Kirkeministeriets data om udredningsretten ikke er retvisende.

Statsrevisorerne finder det foruroligende, at der er signifikant forskel på udredningstiden og kvaliteten af udredningen mellem patienter med stærk og svag social baggrund.

Statsrevisorerne har hæftet sig ved disse undersøgelsesresultater:

- Over halvdelen af den tid, hvor patienterne venter på at blive udredt, går med at vente på det første møde på sygehuset.
- Kvaliteten af ministeriets data om, hvornår patienterne er færdigudredte, er ikke retvisende, fordi flere udredningsenheder registrerer patienter som færdigudredt ved patientens første møde på sygehuset. Der er også patienter, som bliver registreret som færdigudredt, selv om udredningen fortsætter.
- Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionerne har større udredningsenheder. 23 af regionernes 33 udredningsenheder udredte under 500 patienter i 2025. En stor del af enhederne lever dermed ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefaling. Patienter, som bliver udredt på store udredningsenheder, får oftere de specialiserede undersøgelser, som de er i målgruppen for.
- Sundhedsstyrelsen forventer, at ca. 18 % af de patienter, som i dag bliver udredt på sygehuset, fremover kan blive udredt hos deres egen læge. Mere udredning hos de praktiserende læger vil alt andet lige medføre et højere mørketal, medmindre ministeriet pålægger lægerne at registrere udredningen i nationale databaser.
- Kvaliteten af regionernes basale udredning er ensartet, og næsten alle patienter får den basale udredning, som de er målgruppen for.
- Der er forskel på kvaliteten af den specialiserede udredning på tværs af regionerne. På landsplan får knap ⅓ af patienterne ikke de specialiserede undersøgelser, som de er i målgruppen for.

- For 4 ud af 5 regioner er der udviklingsmål for den specialiserede udredning, som ikke nås. Målene for udredningen er dog ikke retligt bindende.
- En gennemsnitlig patients udredningstid falder med 24 dage, hvis patientens sociale baggrund er stærk frem for svag. Dertil kommer, at 79 % af patienterne med stærk social baggrund får adgang til specialiseret udredning, mens det kun gør sig gældende for 64 % af patienterne med svag social baggrund.

Statsrevisorerne er enige i Rigsrevisionens anbefaling om, at årsagerne til forskelle i kvaliteten af udredningen og forskellene i udredningens ventetid og kvalitet for patienter afhængigt af deres sociale baggrund bør undersøges.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning 1
1.1. Formål og konklusion 1
1.2. Baggrund 5
1.3. Vurderingskriterier, metode og afgrænsning 8

2. Regionernes udredning for demens 11
2.1. Retten til hurtig udredning 11
2.2. Kvaliteten af udredningen 17
2.3. Udredning og social baggrund 26

Bilag 1. Resultater fordelt på regionerne 28
Bilag 2. Metodisk tilgang 33

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Rigsrevisionens mandat til at gennemføre undersøgelsen følger af rigsrevisorlovens § 2, stk. 1, nr. 1, og § 4, stk. 1, nr. 1.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Sundheds- og Kirkeministeriet.

I undersøgelsesperioden januar 2022 - december 2025 har der været følgende ministre:

Sophie Løhde: december 2022 - juni 2026
Magnus Heunicke: juni 2019 - december 2022

Beretningen har i udkast været forelagt Sundheds- og Kirkeministeriet og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er afspejlet i beretningen.

1. Indledning

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om ventetid og kvalitet i regionernes udredning af patienter for demens.

Demens er en fællesbetegnelse for mere end 200 sygdomme i hjernen, som svækker bl.a. hukommelsen, sproget og dømmekraften. Den mest udbredte er Alzheimers sygdom. I 2025 var demens den fjerde hyppigste dødsårsag i Danmark med 5.495 dødsfald.

Demenssygdomme kan endnu ikke kureres, men ifølge Nationalt Videnscenter for Demens er en tidlig og korrekt diagnose en forudsætning for, at patienten kan få den rette behandling, pleje og støtte så tidligt som muligt. Det er derfor vigtigt, at patienter bliver udredt hurtigt, og at kvaliteten af udredningen er høj.

Demenssygdomme
De mest almindelige demenssygdomme er ifølge Nationalt Videnscenter for Demens:

- Alzheimers sygdom (ca. 62 %)
- vaskulær demens (ca. 17 %)
- mixed demens (ca. 10 %).

2. Når man som patient bliver henvist til udredning på et sygehus, har man ret til at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Det fremgår af sundhedsloven. Regionerne har ansvaret for at sikre denne ret og skal registrere årsagen, hvis de ikke kan udrede en patient inden for 30 dage.

3. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut skal bl.a. skabe viden, der bidrager til at udvikle kvaliteten i sundhedsvæsenet. På demensområdet har fageksperter fastlagt faglige udviklingsmål for regionernes kvalitet i demensudredningen. Eksperterne følger målene i Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (herefter kvalitetsdatabasen). Eksperterne har angivet, hvilke undersøgelser en patient bør få, før en diagnose kan stilles med høj sikkerhed. Når en patient er blevet udredt for demens, registrerer den udredende læge, hvilke undersøgelser patienten har fået. Lægen registrerer også patientens diagnose og grad af demens.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Instituttet er etableret af Danske Regioner og driver bl.a. 83 nationale kliniske kvalitetsdatabaser. Formålet med databaserne at bidrage til en høj og ensartet kvalitet af udredning, behandling, pleje og rehabilitering gennem databaseret viden.

4. Alle patienter skal have en *basal udredning*. Det er bl.a. en test af hukommelsen og en scanning af hjernen. For nogle patienter kan det være nødvendigt at lave mere specialiserede undersøgelser for at kunne stille en præcis diagnose. Det kaldes *specialiseret udredning*. Uanset hvilken type udredning lægen vurderer er nødvendig for den enkelte patient, skal patienten udredes inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionerne organiserer udredningen i enheder, der udreder tilstrækkeligt mange patienter til at opbygge og opretholde de særlige kompetencer, der bl.a. kræves i den specialiserede udredning.

Udredningsenhed
En udredningsenhed er en specialiseret afdeling i sygehusvæsenet, som undersøger, hvad en patient fejler. Alle udredningsenheder i denne undersøgelse har hovedspeciale i neurologi, psykiatri eller geriatri.

5. Vi har tidligere undersøgt, om regionerne overholder patienters ret til hurtig udredning, bl.a. i beretning om udredningsretten (nr. 3/2018) og beretning om overholdelse af udredningsretten for børn og unge i psykiatrien (nr. 10/2023).

6. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har en tilfredsstillende udredning af patienter for demens. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

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

Undersøgelsen omhandler patienter, som er blevet udredt for demens i perioden 2022-2025. Der er endnu ikke validerede data for patienter, som er blevet udredt i 2026.

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i august 2025.

Konklusion

Regionernes udredning af patienter for demens er kritisabel. Langt de fleste patienter bliver ikke udredt inden for de lovpligtige 30 dage. Ventetiden, der gør sig gældende i alle regioner, er i gennemsnit mere end fem gange så lang som lovens frist. Konsekvensen er, at der er risiko for, at patienterne for sent får den rette behandling og støtte til at leve med demens.

Rigsrevisionen bemærker, at kvaliteten af udredningen varierer mellem regionerne, og at der også er forskelle i udredningstiden og i kvaliteten mellem patienter med forskellige sociale baggrunde. Vi finder, at årsagerne til disse forskelle bør belyses nærmere.

For ca. 84 % af patienterne har regionerne ikke overholdt retten til hurtig udredning

24.960 patienter, svarende til ca. 84 %, blev i perioden 2022-2025 ikke udredt for demens inden for lovens 30 dage, selv om det var fagligt muligt. I 2025 var den gennemsnitlige udredningstid på landsplan 165 dage.

Der er forskel mellem regionerne på, hvor længe patienterne venter på at blive udredt. Region Syddanmark havde i 2025 den korteste gennemsnitlige udredningstid på 133 dage. Region Sjælland havde i samme periode den længste gennemsnitlige udredningstid på 244 dage.

Over halvdelen af den tid, hvor patienterne venter på at blive udredt, går med at vente på det første møde på sygehuset. Regionerne har for næsten alle patienter angivet manglende kapacitet som årsag til ventetiden. Rigsrevisionen bemærker, at manglende kapacitet ifølge vejledningen om frit sygehusvalg mv. ikke er en gyldig årsag til, at patienter ikke bliver udredt inden for 30 dage.

Nogle udredningsenheder registrerer patienter som færdigudredt ved patienternes første møde på sygehuset, selv om udredningen fortsætter efterfølgende. Det betyder, at Sundhedsdatastyrelsens nationale overvågning af området ikke er retvisende og tegner et for positivt billede af regionernes overholdelse af retten til hurtig udredning. Regionerne har oplyst, at de arbejder på at ensrette registreringen.

Kvaliteten af den specialiserede udredning varierer mellem regionerne

Langt de fleste patienter får de basale undersøgelser, uanset hvilken region patienterne bliver udredt i. Der er imidlertid forskel på brugen af specialiserede undersøgelser, afhængigt af hvor i landet patienten bliver udredt. 45 % af de patienter i Region Syddanmark, som er i målgruppen for en specialiseret undersøgelse, får slet ikke en sådan. I Region Midtjylland gælder det 20 %. På landsplan er der tale om 29 %.

Hovedparten af regionerne har flere små udredningsenheder og følger dermed ikke Sundhedsstyrelsens anbefaling om at samle udredningen i store enheder. Patienter, som bliver udredt på store enheder, får oftere specialiserede undersøgelser end patienter, som bliver udredt på små enheder.

Der er forskelle i udredningstiden og i kvaliteten på tværs af sociale baggrunde

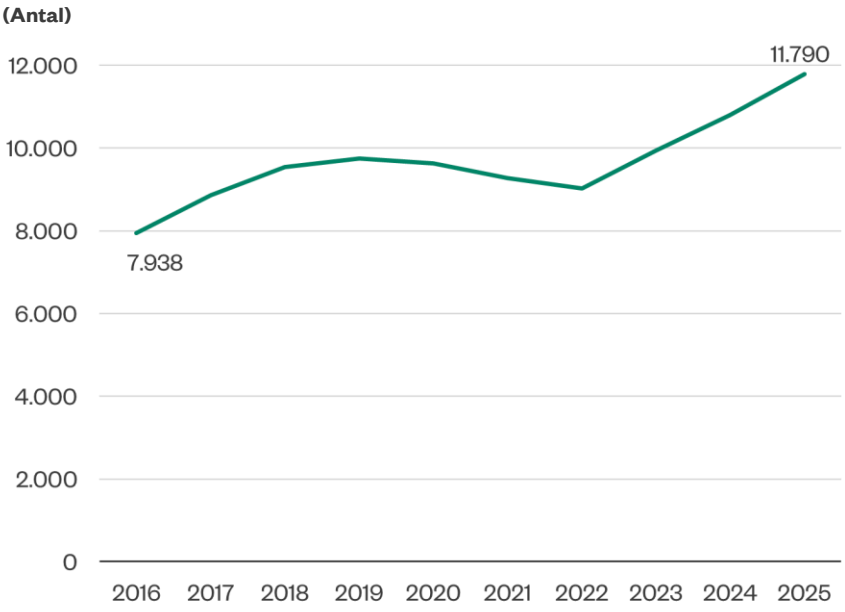
Patienter med stærk social baggrund får i gennemsnit 24 dages hurtigere udredning end patienter med svag social baggrund. De har også 15 procentpoint større sandsynlighed for at få specialiserede undersøgelser, hvis de er i målgruppen for det.

1.2. Baggrund

7. I Danmark er ca. 40.000 mennesker registreret med en demensdiagnose, men Nationalt Videnscenter for Demens skønner, at det faktiske antal mennesker, der lever med demens, er over 100.000. Mørketallet består bl.a. af patienter, som har fået stillet diagnosen af deres egen læge uden at blive udredt på et sygehus. Ifølge Sundheds- og Kirkeministeriet bliver en demensdiagnose ikke registreret i de nationale sundhedsregistre, når diagnosen er stillet af patientens egen læge.

Figur 1 viser udviklingen i antallet af patienter, som er blevet udredt for demens på et sygehus siden 2016.

Figur 1
Sygehusenes demensudredninger i perioden 2016-2025



Note: Figuren viser alle patienter, som er blevet udredt på demensudredningsenheder. Figuren viser ikke de få patienter, som har fået en demensdiagnose på andre sygehusafdelinger.

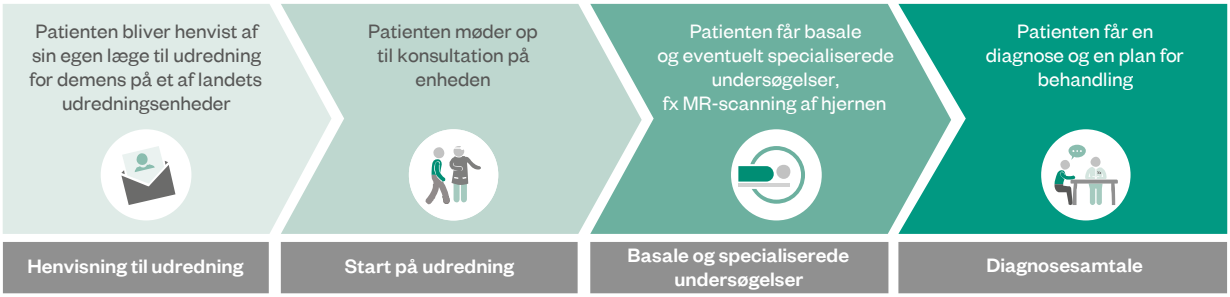
Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af årsrapporter fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens.

Figur 1 viser, at regionerne udredte knap 12.000 patienter for demens i 2025. Det er en stigning på næsten 50 % siden 2016.

Det er ifølge Nationalt Videnscenter for Demens oftest personer over 65 år, der bliver ramt af demens. Danmarks Statistiks befolkningsprognose viser, at antallet af ældre vil stige betydeligt i de kommende årtier. Sundhedsstyrelsen og regionerne forventer, at det vil føre til en betydelig stigning i antallet af patienter, som skal udredes for demens. Regionerne forventer også, at ny teknologisk og medicinsk udvikling vil øge efterspørgslen på udredning endnu mere i fremtiden.

8. Figur 2 viser et typisk udredningsforløb for demens.

Figur 2
Forløbet for patienter, som bliver udredt for demens



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Nationalt Videnscenter for Demens.

For den enkelte patient starter udredningen typisk, når patienten går til sin egen læge med symptomer på demens. Før lægen kan henvise patienten til udredning på et sygehus, skal lægen foretage en række undersøgelser af patienten. For nogle patienter kan disse undersøgelser være nok til at stille en diagnose, især hvis sygdommen er meget fremskreden. Mange patienter bliver dog henvist til udredning på et sygehus.

På sygehuset får de fleste patienter en basal udredning. Den basale udredning skal kortlægge symptomer på demens, afklare, om symptomerne har andre årsager end demens, og vurdere patientens almene helbred.

For de fleste patienter er der behov for mere specialiserede undersøgelser. Den specialiserede udredning bruges til at finde den præcise årsag til symptomerne og stille en sikker diagnose. Ifølge Nationalt Videnscenter for Demens er specialiseret udredning især relevant, hvis der er tvivl om diagnosen, eller hvis patientens symptomer er milde, og sygdommen endnu ikke er så fremskreden.

9. I 2016 vedtog den daværende regering sammen med satspuljepartierne "Den nationale demenshandlingsplan 2025". Handlingsplanen skulle bl.a. styrke indsatsen frem mod 2025, fordi udredningstiderne var for lange, og fordi kvaliteten af udredningen flere steder i landet var for lav. Rigsrevisionen konstaterer, at udredningstiderne siden 2016 er blevet længere, og at andelen af patienter, som bliver udredt på mindre end 90 dage, ifølge Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut er faldet fra 74 % i 2016 til 25 % i 2025.

Handlingsplanen indeholdt i alt 23 initiativer, som skulle forbedre indsatsen for at udrede, pleje og behandle mennesker med demens frem mod 2025. Initiativerne i forhold til udredning var bl.a. at samle udredningen på færre, store udredningsenheder og udgive nye nationale kliniske retningslinjer. Med handlingsplanen blev der afsat 470 mio. kr., som i 2019 blev suppleret med yderligere 244,4 mio. kr. Senest har Folketinget afsat 35 mio. kr. på finansloven for 2025 til at nedbringe ventetiden til udredning for demens.

I november 2024 indgik regeringen og en række partier i Folketinget "Aftale om sundhedsreform 2024", der bl.a. lægger op til en omorganisering af demensområdet fra januar 2027. Formålet er at nedbringe ventetiden ved at øge antallet af patienter, som bliver udredt hos deres egen læge. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens "Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens" fra 2025, at en større del af udredningen skal foregå hos patientens egen læge. Her skal lægen i højere grad vurdere, om det er nødvendigt at henvise patienten til udredning på et sygehus.

Sundheds- og Kirkeministeriet har oplyst, at formålet bl.a. er at imødekomme de eksisterende kapacitetsudfordringer, som forårsager lange ventetider til demensudredning, ved at bruge de specialiserede indsatser så hensigtsmæssigt og effektivt som muligt. Rigsrevisionen bemærker, at mere udredning hos de praktiserende læger alt andet lige må medføre et højere mørketal, medmindre ministeriet pålægger lægerne at registrere udredningen i nationale databaser.

10. Det er forskelligt, hvordan regionerne har organiseret deres demensudredning. Region Nordjylland har samlet udredningen i én enhed i Aalborg. Region Midtjylland har 12 enheder, Region Hovedstaden 5 enheder, Region Sjælland 6 enheder og Region Syddanmark 9 enheder. Regionernes placering af enhederne fremgår af figur 7 i beretningen.

1.3. Vurderingskriterier, metode og afgrænsning

Vurderingskriterier

11. I afsnit 2.1 undersøger vi, om regionerne overholder patienternes ret til hurtig udredning. Patienter, som bliver udredt på et sygehus, har ret til at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Retten følger af sundhedslovens § 82 b og bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling mv. Retten er yderligere beskrevet i "Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter" (herefter vejledning om frit sygehusvalg mv.)

Vi undersøger også, hvor lang tid regionerne i gennemsnit bruger på at udrede patienter for demens. Det gør vi, fordi regionerne skal udrede patienterne så hurtigt som muligt, selv hvis de ikke kan overholde fristen på 30 dage. Det står i vejledningen om frit sygehusvalg mv.

12. I afsnit 2.2 undersøger vi, om regionerne udreder patienter for demens med ensartet kvalitet. Det følger af sundhedslovens § 2 og § 193, at regionerne har pligt til at sikre sundhedsydelser af høj kvalitet.

Når vi måler kvaliteten af udredningen, gør vi det på samme måde, som regionerne gør i kvalitetsdatabasen. Udredningsenhederne er forpligtede til at indberette data til kvalitetsdatabasen. Databasen ledes af en gruppe fageksperter på demensområdet. Det er bl.a. ledende overlæger, cheflæger og afdelingslæger fra regionerne, Nationalt Videnscenter for Demens og almen praksis. Der er også en patientrepræsentant fra Alzheimerforeningen. Fageksperterne skal fastlægge, hvilke undersøgelser patienterne skal have, for at regionerne kan levere den bedst mulige kvalitet og sikre den rette behandling. Fageksperterne sætter også udviklingsmål for, hvor mange patienter i målgrupperne der bør få undersøgelserne. Når vi vurderer, om regionerne udreder patienterne med ensartet kvalitet, undersøger vi, om patienterne får de undersøgelser, som eksperterne har besluttet er vigtige for kvaliteten af udredningen. Vi skal understrege, at der ikke er tale om regelbrud i de tilfælde, hvor regionerne ikke følger de faglige standarder, men at der som udgangspunkt er tale om en udredning af lavere faglig kvalitet.

Vi undersøger, om der er forskel på kvaliteten af udredningen, afhængigt af hvilken region patienterne bliver udredt i. Vi undersøger også, om der er forskel på kvaliteten mellem store og små udredningsenheder. Det gør vi, fordi Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionerne organiserer udredningen i store enheder.

Med store enheder mener vi enheder, der udredte mindst 500 patienter i 2025. Med små enheder mener vi enheder, der udredte under 500 patienter i 2025. Det baserer vi på, at Sundhedsstyrelsen siden 2017 har anbefalet, at enhederne udreder mindst 400-500 patienter om året og på sigt mindst 500. I juni 2025 opjusterede styrelsen anbefalingen til mindst 600-700 patienter om året.

13. I afsnit 2.3 undersøger vi, om patienterne bliver udredt på samme måde uanset social baggrund. Det gør vi, fordi det følger af sundhedslovens § 2, at sundhedsmyndighederne skal sikre let og lige adgang til sundhedsvæsenet.

Metode

14. Vi baserer undersøgelsens resultater på dokumenter og data fra Sundheds- og Kirkeministeriet og regionerne.

Vi har brugt data fra følgende kilder:

- kvalitetsdatabasen
- Sundhedsdatastyrelsen
- Danmarks Statistik.

15. Analyserne af udredningstid tager udgangspunkt i forløb for alle udredte patienter, der er registreret i kvalitetsdatabasen. Vi supplerer kvalitetsdatabasen med data fra Sundhedsdatastyrelsen om årsager til, at patienter eventuelt har ventet mere end 30 dage på at blive udredt.

16. I analyserne af kvaliteten af udredningen bruger vi de oplysninger, som regionerne har registreret i kvalitetsdatabasen. Vi opgør kvaliteten af udredningen på samme måde, som regionerne selv gør i regi af kvalitetsdatabasen. Opgørelsen er baseret på oplysninger, som de udredende læger har registreret om patienterne og de undersøgelser, patienterne har fået. Vi har ikke lavet lægefaglige vurderinger og har heller ikke vurderet, om de enkelte undersøgelser i udredningen er lavet med høj kvalitet.

17. Når vi undersøger, om patienterne bliver udredt på samme måde uanset social baggrund, har vi suppleret data fra kvalitetsdatabasen med data fra Danmarks Statistik.

18. Der indgår i udgangspunktet 36.071 patienter i undersøgelsen. Det er patienter, som er blevet udredt for demens og registreret i kvalitetsdatabasen. Populationens størrelse varierer dog mellem analyserne.

19. Vi uddyber undersøgelsens metode i bilag 2.

20. Vi har udført revisionen i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, jf. bilag 2.

Afgrænsning

21. Undersøgelsen er afgrænset til patienter over 18 år, som blev udredt for demens i perioden 2022-2025. Årene før var præget af COVID-19-pandemien. I store dele af denne periode var retten til hurtig udredning sat på pause.

22. Undersøgelsen er afgrænset til regionernes udredning. Udredningen hos patienternes egen læge indgår ikke, da Rigsrevisionen ikke har mandat til at revidere almen praksis. Der findes ikke dækkende nationale data om den udredning, der foregår hos patienternes egen læge.

Lægernes henvisningsmønstre kan påvirke, hvor tidligt i sygdomsforløbet patienten bliver henvist til udredning på et sygehus. Patienter, der bliver henvist tidligt, vil typisk have mildere og mere uklare symptomer og dermed større behov for specialiserede undersøgelser. Det giver alt andet lige længere udredningstid end for patienter med meget tydelige symptomer. Vi vurderer dog ikke, at forskelle i patientsammensætningen påvirker undersøgelsens resultater i nævneværdig grad.

2. Regionernes udredning for demens

23. Dette kapitel handler om:

- regionernes overholdelse af retten til hurtig udredning (afsnit 2.1)
- kvaliteten af udredningen på tværs af regionerne (afsnit 2.2)
- udredning og social baggrund (afsnit 2.3).

2.1. Retten til hurtig udredning

24. Vi har undersøgt, om regionerne overholder patienters ret til hurtig udredning for demens. Vi har også undersøgt, hvor lang tid regionerne bruger på at udrede patienterne.

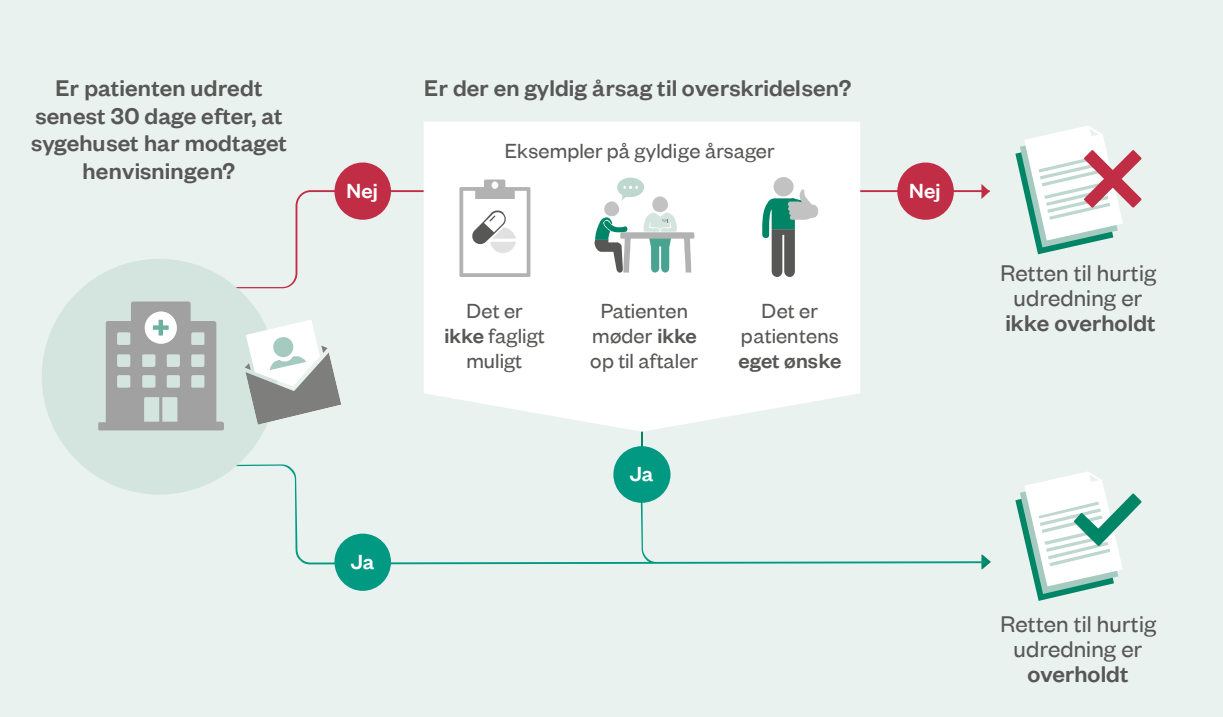
Undersøgelsen viser, at regionerne ikke har overholdt retten til hurtig udredning for ca. 84 % af de patienter, som er blevet udredt for demens i perioden 2022-2025. I 2025 er den gennemsnitlige udredningstid på landsplan 165 dage. Det er mere end fem gange så lang tid som de lovpligtige 30 dage. Der er regionale forskelle i udredningstiden.

Undersøgelsen viser også, at regionerne ikke har en ensartet eller korrekt praksis for at registrere, om de overholder patienternes ret til hurtig udredning, når de indberetter data til Sundhedsdatastyrelsens nationale overvågning. Nogle udredningsenheder registrerer systematisk patienter som færdigudredt ved det første møde på sygehuset, selv om udredningen fortsætter efterfølgende. Det betyder, at Sundhedsdatastyrelsens nationale overvågning ikke er retvisende og tegner et for positivt billede af regionernes overholdelse af retten til hurtig udredning.

25. Folketinget har fastsat ved lov, at patienter skal udredes inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Det fremgår af sundhedslovens § 82 b.

Figur 3 viser, hvornår retten til hurtig udredning er overholdt, og hvornår den ikke er.

Figur 3
Hvornår er retten til hurtig udredning overholdt?

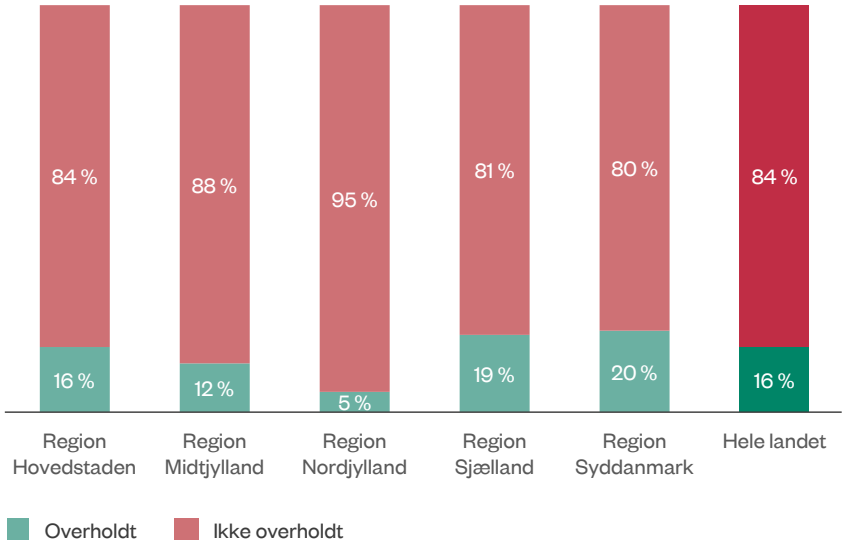


Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Sundheds- og Kirkeministeriet.

Som figur 3 viser, skal alle patienter udredes inden for 30 dage, medmindre der er en gyldig årsag til, at fristen ikke kan overholdes. Regionerne skal registrere årsagen. En gyldig årsag til, at det ikke er fagligt muligt at foretage en udredning, er fx, at patienten har et alkoholmisbrug eller en akut sygdom, som skal behandles, inden det er muligt at udrede patienten. En gyldig årsag kan også være, at patienten selv ønsker at blive udredt på et andet sygehus, som ikke kan udrede patienten inden for de 30 dage.

26. Figur 4 viser regionernes overholdelse af retten til hurtig udredning.

Figur 4
Regionernes overholdelse af retten til hurtig udredning i perioden 2022-2025



Note: Figuren er baseret på 29.604 patienter, som er blevet udredt for demens i perioden 2022-2025.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens og Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 4 viser, at regionerne ikke har overholdt retten til hurtig udredning for ca. 84 % af patienterne på landsplan i perioden 2022-2025. Det er 24.960 patienter, som har ventet mere end 30 dage på at blive udredt for demens uden en gyldig årsag til ventetiden. Regionerne har overholdt retten for ca. 16 % af patienterne.

Der er regionale forskelle. Region Syddanmark har overholdt retten til hurtig udredning for ca. 20 % af patienterne, mens Region Nordjylland har overholdt den for ca. 5 % af patienterne.

27. Regionerne har for næsten alle patienter angivet mangel på kapacitet som årsag til, at de ikke har kunnet overholde retten til hurtig udredning. Rigsrevisionen har ikke undersøgt, i hvilket omfang der er en kapacitetsudfordring, men anerkender, at det i praksis kan være én blandt flere forhindringer for, at udredningen sker til tiden. Kapacitetsudfordringer er dog ifølge vejledningen om frit sygehusvalg mv. ikke en gyldig årsag til forsinkelser i udredningen.

28. Undersøgelsen viser, at der siden 2022 er sket en stigning i andelen af patienter, hvor regionerne ikke har overholdt retten til hurtig udredning. Tabel 1 viser udviklingen.

Tabel 1

Andel patienter, hvor retten til hurtig udredning ikke er overholdt i perioden 2022-2025

Region	2022	2023	2024	2025
Region Hovedstaden	75 %	84 %	83 %	92 %
Region Midtjylland	62 %	90 %	93 %	96 %
Region Nordjylland	86 %	97 %	97 %	97 %
Region Sjælland	59 %	80 %	85 %	91 %
Region Syddanmark	74 %	70 %	77%	89 %
Hele landet	**72 %**	**82 %**	**85 %**	**92 %**

Note: Figuren er baseret på 29.604 patienter, som er blevet udredt for demens i perioden 2022-2025.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens og Sundhedsdatastyrelsen.

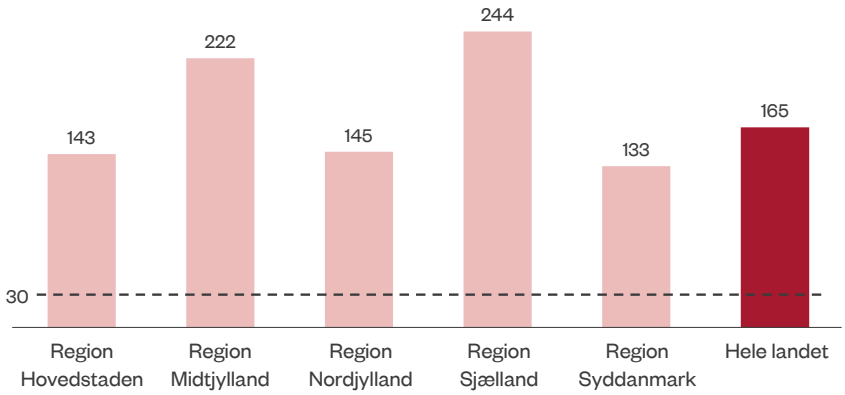
Tabel 1 viser, at regionerne på landsplan ikke overholdt retten til hurtig udredning for ca. 72 % af patienterne i 2022. I 2025 var det ca. 92 % af patienterne.

29. Vi har undersøgt, hvor lang tid regionerne bruger på at udrede patienter for demens. Figur 5 viser udredningstiden i hver af de fem regioner og på landsplan i 2025. Figuren viser, hvor mange dage der i gennemsnit er gået, fra sygehuset har modtaget henvisningen, til patienten er blevet udredt.

Figur 5

Gennemsnitlig udredningstid i regionerne og på landsplan i 2025

(Antal dage)



Spredningen i udredningstiden i 2025

Gennemsnit i de 10 % korteste forløb	35 dage
Median	137 dage
Gennemsnit	165 dage
Gennemsnit i de 10 % længste forløb	438 dage

Note: Figuren er baseret på 9.491 patienter, som er blevet udredt for demens i 2025.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens.

Figur 5 viser, at den gennemsnitlige udredningstid på landsplan var 165 dage i 2025. Figuren viser også, at der er forskel mellem regionerne. Det tog i gennemsnit 133 dage for Region Syddanmark at udrede en patient for demens, mens det i Region Sjælland tog 244 dage.

30. Undersøgelsen viser, at den gennemsnitlige udredningstid på landsplan er faldet fra 178 dage i 2022. Udredningstiden er faldet i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, mens den er steget i Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Syddanmark.

31. Mere end halvdelen af patienternes udredningstid er ventetid på, at udredningen på sygehuset starter. I 2025 ventede patienterne i gennemsnit 89 dage, fra de blev henvist, til de kom til det første møde på sygehuset.

32. Regionerne har i forbindelse med undersøgelsen tilkendegivet, at udredningstiderne er alvorlige og utilfredsstillende. Regionerne har oplyst, at problemerne især skyldes, at de mangler neurologer og neuropsykologer til at forestå udredningen.

Det fremgår af "Aftale om sundhedsreform 2024", at patienternes egen læge i fremtiden skal udrede en større andel af patienterne. Udredningsenhederne skal understøtte lægerne i denne opgave. Sundhedsstyrelsen forventer, at ca. 18 % af de patienter, som i dag bliver udredt på sygehuset, fremover kan blive udredt hos deres egen læge. Det skal bl.a. frigøre neuropsykologer og neurologers tid til de patienter, der har behov for specialiseret udredning. Regionerne har dog oplyst, at kapacitetsudfordringerne forventes at stige i takt med den aldrende befolkning og ny teknologisk udvikling, hvilket forventes at øge efterspørgslen yderligere.

Regionernes registrering af udredningstiden til Sundhedsdatastyrelsen

33. Undersøgelsen viser, at regionerne ikke har en ensartet eller korrekt registrering, når de indberetter til Sundhedsdatastyrelsen, om de overholder patienternes ret til hurtig udredning.

Ifølge vejledningen om frit sygehusvalg mv. er en patient først endeligt udredt, når patienten har gennemgået et udredningsforløb, der følger anerkendt klinisk praksis, og kan informeres om resultatet af udredningen.

Rigsrevisionen finder, at nogle udredningsenheder systematisk registrerer patienter som færdigudredt ved det første møde på sygehuset. Vi finder også, at patienter bliver registreret som færdigudredt, selv om udredningen fortsætter efterfølgende. Det gør sig gældende i Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Syddanmark.

Regionerne har oplyst, at der er forskellig registreringspraksis både på tværs af regionerne og på tværs af udredningsenhederne i de enkelte regioner, men at de arbejder på at ensrette registreringen. Sundheds- og Kirkeministeriet har oplyst, at problemerne med forkert registrering skyldes, at regionerne ikke fortolker lovgivningen korrekt eller på samme måde. Ministeriet har oplyst, at de er i dialog med regionerne herom.

Vi har derfor i vores analyser taget udgangspunkt i de udredningstider, som de udredende læger registrerer i kvalitetsdatabasen. Vi har undersøgt, hvor meget anderledes vores resultater ville være, hvis vi brugte Sundhedsdatastyrelsens data. Hvis vi bruger Sundhedsdatastyrelsens data for undersøgelsens population, finder vi, at den gennemsnitlige udredningstid i 2025 er 139 dage, hvor den i vores analyse er 165 dage. Vi finder også, at ca. 78 % af patienterne ikke har fået overholdt deres ret til hurtig udredning. I vores analyse er det tilsvarende tal ca. 84 %.

2.2. Kvaliteten af udredningen

34. Vi har undersøgt, om regionerne udreder patienter for demens med ensartet kvalitet. Det har vi gjort ved at undersøge:

- om patienterne bliver udredt med ensartet kvalitet på tværs af regionerne
- om patienterne bliver udredt med ensartet kvalitet på tværs af store og små udredningsenheder.

Når vi har analyseret, om regionerne udreder patienterne med ensartet kvalitet, har vi undersøgt, om der er forskel på, i hvor høj grad patienterne får de undersøgelser, som fageksperterne har vurderet er vigtige for kvaliteten af udredningen.

35. Undersøgelsen viser, at regionerne har en ensartet kvalitet i den basale udredning, men at der er forskel på kvaliteten af den specialiserede udredning på tværs af regionerne.

Hovedparten af regionerne har flere små udredningsenheder og følger dermed ikke Sundhedsstyrelsens anbefaling om at samle udredningen i store enheder. Patienter, som bliver udredt på store enheder, får oftere specialiserede undersøgelser end patienter på små enheder.

Kvaliteten af udredningen på tværs af regioner

36. Fageksperterne, som er tilknyttet kvalitetsdatabasen, definerer, hvilke undersøgelser der er vigtige for, at udredningen har en høj kvalitet.

Fageksperterne har udvalgt syv undersøgelser, som kendetegner en udredning af høj kvalitet. Eksperterne har også fastsat, hvornår en patient er i målgruppen for hver af undersøgelserne. Alle patienter skal således ikke igennem alle syv undersøgelser. Målgrupperne er baseret på bl.a. patientens grad af demens. Den udredende læge vurderer patientens grad af demens som en del af den basale udredning.

Når en patient er færdigudredt, indberetter lægen en række oplysninger til kvalitetsdatabasen. Oplysningerne handler bl.a. om, hvilke undersøgelser patienten er i målgruppen for, og om patienten har fået undersøgelserne. Det er disse indberetninger, som vi bruger i vores undersøgelse.

Fageksperterne har sat udviklingsmål for seks af de syv undersøgelser. Målene udtrykker, hvor stor en andel af patienterne i målgruppen der bør få den konkrete undersøgelse.

Det skal understreges, at målene ikke er retligt bindende, og at der er tale om udviklingsmål. Vi lægger til grund, at alle patienter – uanset social baggrund og geografisk placering – bør have udredning af høj og ensartet kvalitet, og at der ikke bør være markante og ubegrundede forskelle mellem regionerne.

Graden af demens
I udredningen bruger lægen patientens grad af demens for at finde ud af, hvilke undersøgelser patienten er i målgruppen for. Lægen kortlægger graden af demens som noget af det første i udredningen. Graden falder i fem kategorier:

- normal kognitiv funktion
- let kognitiv svækkelse
- let demens
- moderat demens
- svær demens.

Basal demensudredning

37. Boks 1 viser de fire undersøgelser, som fageksperterne har vurderet er udtryk for god kvalitet i den basale udredning. Boksen viser også undersøgelsernes målgrupper. Bortset fra den udvidede kognitive test er næsten alle patienter i målgruppen for undersøgelserne.

Boks 1

De fire undersøgelser, som ifølge fageksperterne er vigtige for kvaliteten af den basale udredning

- **Kognitiv test**
  Test med forskellige spørgsmål og øvelser for at undersøge patientens hjernefunktion.
  Målgruppe: Alle patienter, som bliver udredt for demens.

- **Scanning af hjernen**
  En generel CT- eller MR-scanning af hjernen.
  Målgruppe: Alle patienter, som bliver udredt for demens.

- **Vurdering af almindelig daglig livsførelse**
  Vurdering af patientens evne til at udføre vigtige hverdagsaktiviteter, fx personlig hygiejne, påklædning og madlavning.
  Målgruppe: Alle patienter, som bliver udredt for demens, og som har pårørende, der kan deltage i vurderingen.

- **Udvidet kognitiv test**
  En mere detaljeret test af patientens hjernefunktion med længere og mere fokuserede spørgsmål og øvelser.
  Målgruppe: Patienter med normal kognitiv funktion, let kognitiv svækkelse eller let demens.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens og Nationalt Videnscenter for Demens.

Der kan være situationer, hvor patienterne ikke bør få en specifik undersøgelse, selv om de er i målgruppen for den. Man bør fx ikke blive MR-scannet, hvis man har metal i kroppen. Derudover kan resultatet af én undersøgelse også være så tydeligt, at der ikke er behov for flere undersøgelser. Det er således altid en konkret lægefaglig vurdering, om patienten skal have en given undersøgelse – uanset om patienten er i målgruppen for undersøgelsen eller ej. Derfor er udviklingsmålene sat ud fra, at det ikke nødvendigvis er alle patienter i målgruppen for en undersøgelse, som skal have den.

38. Tabel 2 viser, hvor stor en andel af patienterne der fik de fire undersøgelser i 2025. Vi har kun medtaget de patienter, som er i målgruppen for undersøgelserne, jf. boks 1. Målgruppen er bl.a. baseret på patientens grad af demens. Den udredende læge vurderer graden af demens som noget af det første i udredningen.

Tabel 2
Regionernes basale udredning for demens i 2025

Region	Kognitiv test	Scanning af hjernen	Vurdering af almindelig daglig livsførelse	Udvidet kognitiv test
Patienter i målgruppen	**10.777**	**10.777**	**10.055**	**6.229**
Udviklingsmål i 2025	**90 %**	**80 %**	**80 %**	**80 %**
Region Hovedstaden	97 %	97 %	93 %	95 %
Region Midtjylland	99 %	99 %	95 %	99 %
Region Nordjylland	99 %	99 %	98 %	99 %
Region Sjælland	97 %	98 %	90 %	95 %
Region Syddanmark	99 %	99 %	98 %	97 %
Hele landet	**98 %**	**98 %**	**95 %**	**96 %**

Note: Tabellen er baseret på 10.777 patienter, som er blevet udredt for demens i 2025.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens.

Tabel 2 viser, at kvaliteten af regionernes basale udredning er ensartet. Næsten alle patienter får de basale undersøgelser, som de er i målgruppen for. Tabellen viser også, at alle regionerne ligger over udviklingsmålene for de fire undersøgelser.

39. Fageksperterne har fra 2026 hævet udviklingsmålene for den basale udredning betydeligt. For kognitiv test, scanning af hjernen og udvidet kognitiv test er udviklingsmålet nu 95 %, og for vurdering af almindelig daglig livsførelse er udviklingsmålet 90 %. Regionerne levede allerede i 2025 op til de mere ambitiøse udviklingsmål.

Specialiseret demensudredning

40. Fageksperterne har udvalgt tre undersøgelser, som er vigtige for kvaliteten af den specialiserede demensudredning. Undersøgelserne er særligt relevante for patienter, hvor der efter den basale udredning stadig er tvivl om den specifikke diagnose, eller om patienten overhovedet har demens. Ifølge både Nationalt Videnscenter for Demens og fageksperterne kan undersøgelserne være afgørende for, om det er muligt at stille en konkret diagnose, og om en demenssygdom bliver opdaget tidligt i forløbet eller først, når den er mere fremskreden.

Boks 2 viser de tre typer af specialiserede undersøgelser og deres målgrupper.

Boks 2

De tre undersøgelser, som ifølge fageksperterne er vigtige for kvaliteten af den specialiserede udredning

- **MR-scanning af hjernen**
  En MR-scanning af patientens hjerne for at afklare specifikke demensdiagnoser. Scanningen er ifølge fageksperterne vigtig for konkrete diagnoser, da den diagnostiske sikkerhed er højere end ved en CT-scanning.
  Målgruppe: Alle patienter med let eller moderat demens, som bliver udredt for vaskulær demens eller mixed demens.

- **Parakliniske undersøgelser**
  En PET-scanning eller test af rygmarvsvæske for at afklare en specifik demensdiagnose. Undersøgelsen kan ifølge Nationalt Videnscenter for Demens bl.a. hjælpe med at afdække, om patienten har Alzheimers sygdom.
  Målgruppe: Alle patienter med let eller moderat demens.

- **Neuropsykologisk undersøgelse**
  En dybdegående undersøgelse, der laves af en neuropsykolog for at afdække, hvilke funktioner i hjernen der er påvirket. Undersøgelsen kan ifølge Nationalt Videnscenter for Demens hjælpe med at afsløre begyndende demens. Undersøgelsen kan også hjælpe med at afdække bestemte demenssygdomme.
  Målgruppe: Alle patienter med normal kognitiv funktion, let kognitiv svækkelse eller let demens.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens og Nationalt Videnscenter for Demens.

Vaskulær demens, Alzheimers sygdom og mixed demens

Vaskulær demens er en gruppe af sygdomme med forskellige sygdomsmekanismer, der har det til fælles, at læsioner i hjernens blodkar fører til, at hjernevævet går til grunde. Det kan fx være blodpropper eller blødning i hjernen.

Alzheimers sygdom er en neurodegenerativ sygdom, hvor nerveceller i hjernen gradvist ødelægges på grund af ophobning af unormale proteiner i og omkring nervecellerne.

Mixed demens betyder, at patienten både har Alzheimers sygdom og vaskulær demens.

41. Tabel 3 viser, hvor stor en andel af patienterne der fik de tre undersøgelser i 2025. Vi har kun medtaget de patienter, som er i målgruppen for undersøgelserne, jf. boks 2.

Tabel 3
Regionernes specialiserede udredning for demens i 2025

Region	MR-scanning	Paraklinisk undersøgelse	Neuropsykologisk undersøgelse
Patienter i målgruppen	**1.763**	**7.041**	**6.229**
Udviklingsmål i 2025	**70 %**	**80 %**	**Intet mål**
Region Hovedstaden	75 %	82 %	55 %
Region Midtjylland	54 %	85 %	41 %
Region Nordjylland	61 %	77 %	38 %
Region Sjælland	42 %	65 %	40 %
Region Syddanmark	66 %	70 %	16 %
Hele landet	**64 %**	**76 %**	**39 %**

Note: Tabellen er baseret på 10.777 patienter, som er blevet udredt for demens i 2025. Der var i alt 9.945 unikke patienter i målgruppen for én eller flere specialiserede undersøgelser i 2025.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens.

Tabel 3 viser, at der for alle tre specialiserede undersøgelser er forskel mellem regionerne på, hvor stor en andel af patienterne i målgruppen der får undersøgelserne. I 2025 har Region Hovedstaden MR-scannet 75 % af patienterne i målgruppen, mens Region Sjælland har scannet 42 %. I Region Midtjylland fik 85 % af patienterne i målgruppen en paraklinisk undersøgelse i 2025, mens det var 65 % i Region Sjælland. Den største variation ses i andelen af patienter, der får en neuropsykologisk undersøgelse, hvor der som nævnt ikke er sat et udviklingsmål. Variationen spænder fra 16 % i Region Syddanmark til 55 % i Region Hovedstaden.

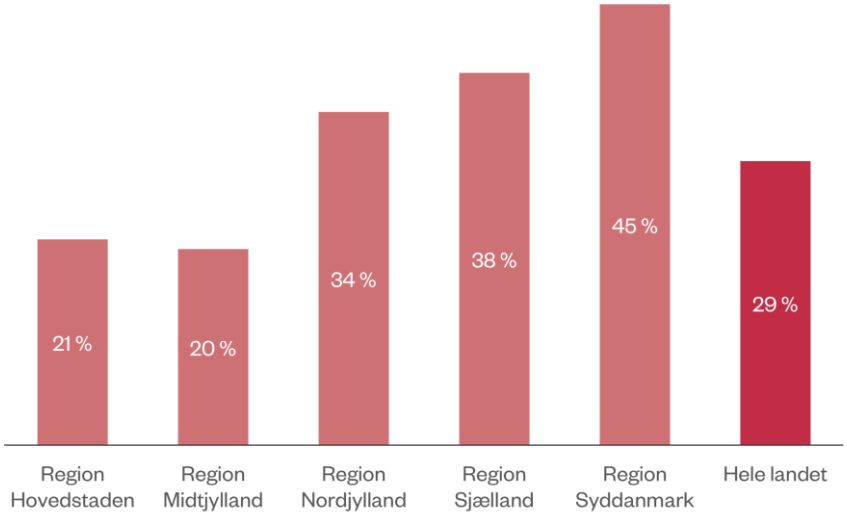
Det fremgår af fageksperternes rapport fra 2025 om kvaliteten af regionernes udredning, at de er meget bekymrede over, at der ikke er en ensartet adgang til parakliniske undersøgelser, og over den lave anvendelse af neuropsykologiske undersøgelser. Eksperterne stiller spørgsmålstegn ved, om det er fagligt forsvarligt at have en udredningsenhed, der ikke laver neuropsykologiske undersøgelser. Forskellen mellem regionerne og især mellem de enkelte udredningsenheder giver ifølge eksperterne anledning til usikkerhed om, hvorvidt patienter med mistanke om demens tilbydes samme udredning uafhængigt af deres bopæl. Eksperterne er også bekymrede for, at patienter bliver diagnosticeret på et utilstrækkeligt grundlag.

Patienter, som ikke får specialiserede undersøgelser

42. Vi har undersøgt, om der er forskel mellem regionerne på, hvor stor en andel af patienterne der ikke får en eneste specialiseret undersøgelse, selv om de er i målgruppen for én eller flere undersøgelser. Resultaterne fremgår af figur 6.

Figur 6

Patienter, som ikke har fået en eneste specialiseret undersøgelse i perioden 2022-2025



Note: Figuren er baseret på 33.467 patienter, som er i målgruppen for én eller flere specialiserede undersøgelser.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens.

Figur 6 viser, at knap en tredjedel af patienterne på landsplan slet ikke har fået specialiserede undersøgelser, selv om de var i målgruppen for det. Der er forskel mellem regionerne. I Region Syddanmark har 45 % af patienterne ikke fået en specialiseret undersøgelse. I Region Hovedstaden og Region Midtjylland gælder det for ca. hver femte patient.

43. Der er ikke en entydig sammenhæng mellem udredningstiden i regionerne, og hvor mange patienter i målgruppen der får specialiserede undersøgelser. Alt andet lige vil flere undersøgelser af den enkelte patient tage længere tid.

Vores analyse af udredningstiden viser, at over halvdelen af udredningstiden er ventetid på, at udredningen på sygehuset starter. Når patienter i nogle regioner i gennemsnit venter længere tid på at blive udredt, ser det således ikke ud til at kunne forklares med, at patienterne i gennemsnit får flere undersøgelser.

Regionerne har tilkendegivet, at forskelle i patienternes bagvedliggende sygdomme kan være en årsag til, at nogle patienter ikke får specialiserede undersøgelser, selv om de er i målgruppen for det. Vores undersøgelse viser, at der er signifikant forskel mellem regionerne, når vi tager højde for patienternes forskelle i alder og sygdomme, jf. bilag 2.

Udredning på tværs af store og små udredningsenheder

44. Vi har undersøgt, om regionerne lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om at samle udredningen i store enheder. Vi skal understrege, at der er tale om en anbefaling og ikke en regel, som regionerne skal overholde. Vi har også undersøgt, om patienterne bliver udredt med samme kvalitet på tværs af store og små udredningsenheder.

Ny anbefaling om størrelsen på udredningsenheder
Vi har fastlagt vores opdeling mellem store og små enheder på 500 udredninger om året, da opjusteringen af anbefalingen kom i slutningen af undersøgelsesperioden, og da regionerne ikke har haft nok tid til at arbejde med den nye anbefaling.

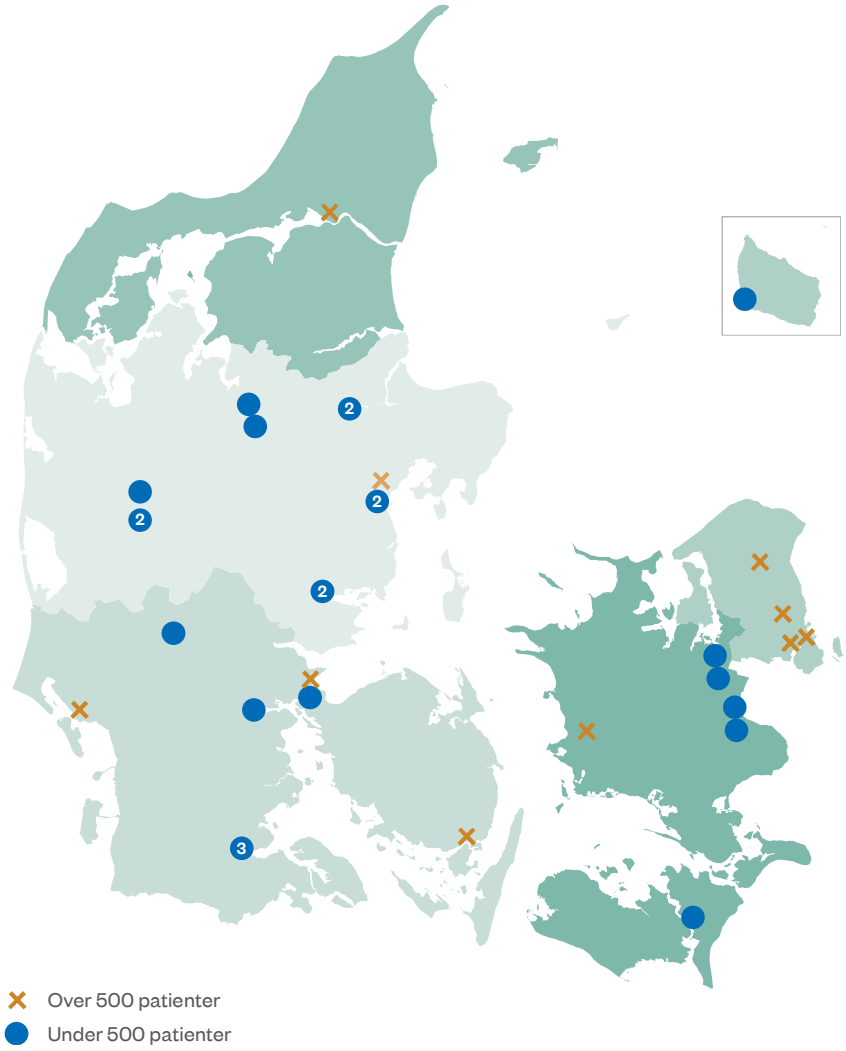
45. Sundhedsstyrelsen har siden 2017 anbefalet, at regionernes udredningsenheder udreder mindst 400-500 patienter om året og på sigt mindst 500. I 2025 opjusterede styrelsen anbefalingen til mindst 600-700 patienter om året. Ifølge styrelsen skal organiseringen af den specialiserede udredning for demens i store enheder understøtte, at enhederne på tværs af landet kan opbygge og opretholde erfaring og relevante kompetencer, bl.a. for at sikre, at der er det rette personale i alle enheder. Det gælder fx neuropsykologer, som kræves for at lave neuropsykologiske undersøgelser.

46. Vi definerer med afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefaling store udredningsenheder som enheder, der udredte over 500 patienter i 2025. Vi definerer små udredningsenheder som enheder, der udredte under 500 patienter i 2025.

47. Figur 7 viser et kort over alle udredningsenheder i Danmark, herunder om enhederne er store eller små.

Figur 7

Kort over store og små udredningsenheder i 2025



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens.

Figur 7 viser, at 23 af regionernes 33 udredningsenheder udredte under 500 patienter i 2025. En stor del af enhederne lever dermed ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefaling. Der er forskel mellem regionerne. I Region Hovedstaden er det 4 ud af 5 enheder, der udredte over 500 patienter i 2025. I Region Midtjylland gælder det blot 1 ud af 12 enheder. Region Nordjylland har organiseret demensområdet med kun én samlet enhed, som udredte over 500 patienter i 2025. Som kortet også viser, har flere regioner udredningsenheder, som ligger tæt på hinanden eller på samme adresse, og som derfor har mulighed for at dele resurser og potentielt udgøre større enheder. Regionerne har dog valgt at indberette oplysninger til kvalitetsdatabasen som særskilte enheder, og vi har derfor taget udgangspunkt i dette.

På landsplan udredte de store enheder ca. 77 % af patienterne i 2025.

48. Regionerne har oplyst, at udredningsenheder, som udreder over 500 patienter om året, oftere har alle relevante faggrupper repræsenteret end enheder, som udreder under 500 patienter om året.

Nogle af regionerne har oplyst, at der kan være geografiske årsager til størrelsen på udredningsenhederne. Rigsrevisionen bemærker dog, at Region Nordjylland – trods stor geografisk spredning af patienter i regionen – har organiseret sig i én stor enhed, som udredte over 500 patienter i 2025 og derved følger anbefalingen. Region Midtjylland har oplyst, at de samler deres enheder i 3 større enheder fra januar 2027.

49. Tabel 4 viser andelen af patienter i målgruppen, der har fået de tre specialiserede undersøgelser på henholdsvis store og små enheder.

Tabel 4

Andelen af patienter i målgruppen, der har fået specialiserede undersøgelser på store og små udredningsenheder i 2025

	MR-scanning	Paraklinisk undersøgelse	Neuropsykologisk undersøgelse
Store enheder	68 %	78 %	43 %
Små enheder	51 %	71 %	24 %

Note: Figuren er baseret på 10.777 patienter, som er blevet udredt for demens i 2025. Der var i alt 9.945 unikke patienter i målgruppen for én eller flere specialiserede undersøgelser i 2025. Én udredningsenhed fra Region Midtjylland med 31 patienter indgår ikke. Det skyldes et databrud i 2025, jf. bilag 2.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens.

Tabel 4 viser, at patienter, som bliver udredt på store udredningsenheder, oftere får de specialiserede undersøgelser, som de er i målgruppen for. Vi har ikke undersøgt, om der er forskel på, hvilke patienter der bliver henvist til henholdsvis store og små udredningsenheder.

2.3. Udredning og social baggrund

Social baggrund
Vi måler social baggrund ud fra tre faktorer: uddannelse, økonomi og familie. Det gør vi efter dialog med bl.a. Nationalt Videnscenter for Demens.

Vi definerer patienter med *stærk social baggrund* som patienter, der har en høj formue, en mellemlang eller lang uddannelse og både har en partner og voksne børn med en lang eller mellemlang uddannelse.

Vi definerer patienter med *svag social baggrund* som patienter, som har gæld, er ufaglærte og ikke har en partner eller voksne børn.

50. Vi har undersøgt, om patienterne bliver udredt på samme måde uanset social baggrund. Det har vi gjort ved at undersøge, om der er forskelle i udredningstiden og i kvaliteten af udredningen hos patienter med forskellige sociale baggrunde.

51. Undersøgelsen viser, at patienter med stærk social baggrund i gennemsnit bliver udredt hurtigere og oftere får specialiserede undersøgelser end patienter med svag social baggrund.

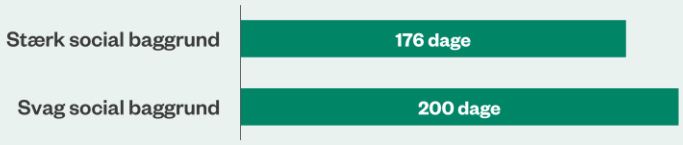
52. Sundhedslovens § 2 fastsætter, at sundhedsmyndighederne skal sikre let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Det er ikke specificeret i loven, hvordan lige adgang til sundhedsvæsenet skal defineres. Retten til hurtig udredning gælder dog for alle patienter uanset social baggrund. Vi har derfor lagt til grund, at der ikke bør være nævneværdig forskel på, hvor lang tid patienter med stærk social baggrund og svag social baggrund venter på at blive udredt for demens, og hvilke undersøgelser de får.

53. Boks 3 viser vores estimerede udredningstider og adgangen til relevante specialiserede undersøgelser for patienter med henholdsvis stærk og svag social baggrund. Ved beregningen har vi korrigeret for andre mulige forklarende faktorer, fx patienternes alder, bagvedliggende sygdomme, og hvor de bliver udredt. Analyserne er beskrevet og uddybet i bilag 2.

Boks 3

Udredningstider og adgang til relevante specialiserede undersøgelser

Udredningstider



Adgang til specialiserede undersøgelser



Note: Beregningerne er baseret på signifikante resultater af regressionsanalyser, som er beskrevet yderligere i bilag 2.

Kilde: Rigsrevisionens modelberegninger, der er baseret på data fra regionerne, Sundheds- og Kirkeministeriet og Danmarks Statistik.

Boks 3 viser, at patienter med stærk social baggrund i gennemsnit bliver udredt 24 dage hurtigere end patienter med svag social baggrund. Boksen viser også, at patienter med stærk social baggrund har 15 procentpoint højere sandsynlighed for at få specialiserede undersøgelser, hvis de er i målgruppen for det.

Vi bemærker, at vores undersøgelse også viser, at udredningstiden varierer, afhængigt af hvilken region patienten bliver udredt i, når vi korrigerer for andre forklarende faktorer. Undersøgelsen viser desuden, at udredningstiden stiger, hvis patienten er ikke-vestlig indvandrer/efterkommer frem for at være af dansk oprindelse. Endelig har ældre patienter længere udredningstid end yngre.

Vi finder også, at sandsynligheden for at få specialiserede undersøgelser falder med alderen, er lavere for kvinder og er lavere for ikke-vestlige indvandrere/efterkommere. Alle de nævnte sammenhænge er signifikante.

Rigsrevisionen, den 24. september 2026

Birgitte Hansen
rigsrevisor

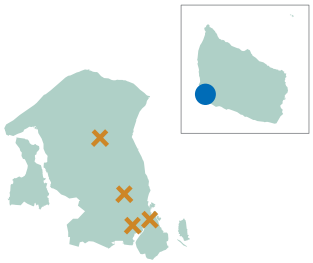
/Kristian Brink
kontorchef

Bilag 1. Resultater fordelt på regionerne

Tabel A-E viser en række af undersøgelsens resultater på regionsniveau for 2025.

Tabel A

Resultater for Region Hovedstaden i 2025



4.402 udredninger.

5 udredningsenheder.

4 udredningsenheder, der udredte over 500 patienter.

X Over 500 patienter

● Under 500 patienter

Udredningstid

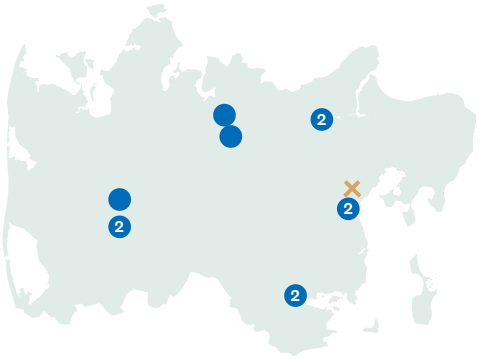
- For **92 %** af patienterne er retten til hurtig udredning ikke overholdt.
- Udredningstiden var i gennemsnit **143 dage**.
- Patienterne ventede i gennemsnit **73 dage** på første kontakt med sygehuset.

Udvikling i kvaliteten af den specialiserede udredning

- Andelen af patienter i målgruppen, der får MR-scanninger, er steget fra **72 %** i 2022 til **75 %** i 2025.
- Andelen af patienter i målgruppen, der får parakliniske undersøgelser, er faldet fra **85 %** i 2022 til **82 %** i 2025.
- Andelen af patienter i målgruppen, der får neuropsykologiske undersøgelser, er steget fra **51 %** i 2022 til **55 %** i 2025.

Tabel B

Resultater for Region Midtjylland i 2025



1.673 udredninger.

12 udredningsenheder.

1 udredningsenhed, der udredte over 500 patienter.

X Over 500 patienter

● Under 500 patienter

Udredningstid

- For **96 %** af patienterne er retten til hurtig udredning ikke overholdt.
- Udredningstiden var i gennemsnit **222 dage**.
- Patienterne ventede i gennemsnit **121 dage** på første kontakt med sygehuset.

Udvikling i kvaliteten af den specialiserede udredning

- Andelen af patienter i målgruppen, der får MR-scanninger, er faldet fra **68 %** i 2022 til **54 %** i 2025.
- Andelen af patienter i målgruppen, der får parakliniske undersøgelser, er steget fra **80 %** i 2022 til **85 %** i 2025.
- Andelen af patienter i målgruppen, der får neuropsykologiske undersøgelser, er steget fra **31 %** i 2022 til **41 %** i 2025.

Tabel C

Resultater for Region Nordjylland i 2025



1.185 udredninger.

1 udredningsenhed.

1 udredningsenhed, der udredte over 500 patienter.

X Over 500 patienter

● Under 500 patienter

Udredningstid

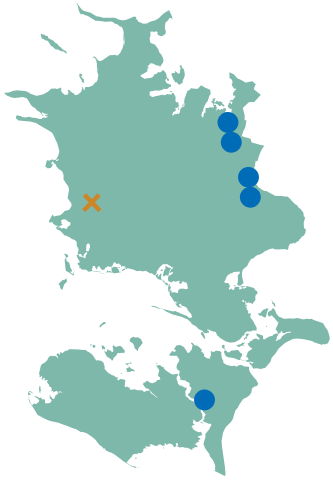
- For **97 %** af patienterne er retten til hurtig udredning ikke overholdt.
- Udredningstiden var i gennemsnit **145 dage**.
- Patienterne ventede i gennemsnit **77 dage** på første kontakt med sygehuset.

Udvikling i kvaliteten af den specialiserede udredning

- Andelen af patienter i målgruppen, der får MR-scanninger, er faldet fra **65 %** i 2022 til **61 %** i 2025.
- Andelen af patienter i målgruppen, der får parakliniske undersøgelser, er steget fra **45 %** i 2022 til **77 %** i 2025.
- Andelen af patienter i målgruppen, der får neuropsykologiske undersøgelser, er steget fra **33 %** i 2022 til **38 %** i 2025.

Tabel D

Resultater for Region Sjælland i 2025



X Over 500 patienter

● Under 500 patienter

1.259 udredninger.

6 udredningsenheder.

1 udredningsenhed, der udredte over 500 patienter.

Udredningstid

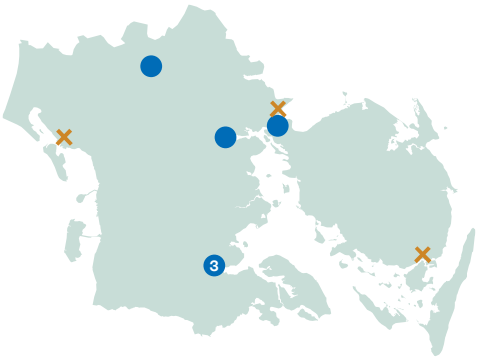
- For **91 %** af patienterne er retten til hurtig udredning ikke overholdt.
- Udredningstiden var i gennemsnit **244 dage**.
- Patienterne ventede i gennemsnit **160 dage** på første kontakt med sygehuset.

Udvikling i kvaliteten af den specialiserede udredning

- Andelen af patienter i målgruppen, der får MR-scanninger, er steget fra **38 %** i 2022 til **42 %** i 2025.
- Andelen af patienter i målgruppen, der får parakliniske undersøgelser, er steget fra **53 %** i 2022 til **65 %** i 2025.
- Andelen af patienter i målgruppen, der får neuropsykologiske undersøgelser, er steget fra **23 %** i 2022 til **40 %** i 2025.

Tabel E

Resultater for Region Syddanmark i 2025



3.305 udredninger.

9 udredningsenheder.

3 udredningsenheder, der udredte over 500 patienter.

X Over 500 patienter

● Under 500 patienter

Udredningstid

- For **89 %** af patienterne er retten til hurtig udredning ikke overholdt.
- Udredningstiden var i gennemsnit **133 dage**.
- Patienterne ventede i gennemsnit **65 dage** på første kontakt med sygehuset.

Udvikling i kvaliteten af den specialiserede udredning

- Andelen af patienter i målgruppen, der får MR-scanninger, er steget fra **52 %** i 2022 til **66 %** i 2025.
- Andelen af patienter i målgruppen, der får parakliniske undersøgelser, er steget fra **46 %** i 2022 til **70 %** i 2025.
- Andelen af patienter i målgruppen, der får neuropsykologiske undersøgelser, er faldet fra **19 %** i 2022 til **16 %** i 2025.

Bilag 2. Metodisk tilgang

Undersøgelsen bygger på to analysetilgange:

- **Analyse af registerdata.** Vi har undersøgt regionernes udredning for demens ved analyse af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens, Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik.
- **Dokumentgennemgang.** Vi har gennemgået dokumenter fra de fem regioner og Sundheds- og Kirkeministeriet.

Møder

Vi har holdt møder med de fem regioner og Sundheds- og Kirkeministeriet, herunder Sundhedsdatastyrelsen og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Møderne har haft til formål at drøfte undersøgelsens design, metoder og resultater og at opnå grundlæggende viden om demensområdet. Vi har også holdt møder med følgende interessenter på området:

- Danske Regioner
- Nationalt Videnscenter for Demens
- Alzheimerforeningen.

Væsentlige dokumenter

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

- lovgivning, bl.a. sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelser og vejledninger
- den nationale demenshandlingsplan 2025
- Sundhedsstyrelsens vejledninger og anbefalinger for udredning, behandling og organisering på demensområdet
- regionernes initiativer til at nedbringe ventetiden til udredning på demensområdet
- rapporter fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
- regionernes opfølgning på anbefalingerne fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
- databasespecifikation til Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens
- rammer for de kliniske kvalitetsdatabasers styregrupper
- anbefalinger til samarbejde mellem regionale medlemmer af de kliniske kvalitetsdatabasers styregrupper og regioner
- Sundhedsdatastyrelsens vejledning til registrering i Landspatientregisteret
- Sundhedsdatastyrelsens indikatorbeskrivelser til monitorering af retten til hurtig udredning
- dokumentation for Sundheds- og Kirkeministeriets opfølgning på rapporter fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Formålet med gennemgangen af dokumenterne har bl.a. været at få klarhed over reglerne, klinisk praksis samt udviklingen og særlige opmærksomhedspunkter på demensområdet.

Dataanalyser af udredningstid og kvaliteten af udredningen

Vi har brugt data fra følgende kilder:

- Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (herefter kvalitetsdatabasen)
- Sundhedsdatastyrelsen
- Danmarks Statistik.

Vi har indhentet oplysninger om patienter, som er blevet udredt for demens i undersøgelsesperioden. I vores analyser har vi taget udgangspunkt i data fra kvalitetsdatabasen. Regionernes udredningsenheder indberetter en række oplysninger til databasen, hver gang de har udredt en patient for demens. Databasen indeholder oplysninger om, hvornår en patient har fået en diagnose, og hvilke undersøgelser patienten har fået i forbindelse med udredningen. I analysen af retten til hurtig udredning har vi suppleret med oplysninger fra Sundhedsdatastyrelsens database til monitorering af retten til hurtig udredning. I analysen af socioøkonomi har vi også suppleret kvalitetsdatabasen med oplysninger fra Danmarks Statistik om patienterne, bl.a. om deres uddannelse, økonomi og bagvedliggende sygdomme.

I det følgende beskriver vi først de enkelte datakilder og den indledende afgrænsning af den gruppe, vi har undersøgt. Derefter beskriver vi vores dataafgrænsninger og metodiske valg for hvert af beretningens kapitler.

Datakilder

Kvalitetsdatabasen

Kvalitetsdatabasen administreres af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Databasen indeholder oplysninger om forløb for patienter, som er blevet udredt for demens. Det er bl.a. oplysninger om, hvornår patienten har fået en diagnosesamtale, og hvilke undersøgelser patienten har fået. Det er obligatorisk for regionerne at indberette oplysninger til databasen. Databasen bygger både på manuelle indberetninger og oplysninger fra Landspatientregisteret (LPR).

Vi har indhentet data om patienter, som har deltaget i en diagnosesamtale i perioden 2022-2025. Diagnosesamtalen er det tidspunkt, hvor patienten bliver oplyst om sin diagnose og behandling. Her betragter fageksperterne, som er tilknyttet kvalitetsdatabasen, udredningen som afsluttet. Data omfatter henvisninger til udredning for demens. Vi har derfor ikke medtaget forløb, hvor patienten har en sikker demensdiagnose og genhenvises til udredning for at få ændret sin behandling.

Data omfatter 41.161 indberettede udredningsforløb i perioden 2022-2025.

Sundheds- og Kirkeministeriets database til monitorering af retten til hurtig udredning
Vi har brugt data fra Sundhedsdatastyrelsens database til monitorering af retten til hurtig udredning. Databasen indeholder oplysninger om, hvorvidt retten til hurtig udredning er blevet overholdt, og regionernes registrerede årsager til, at patienten eventuelt ikke er blevet udredt inden for 30 dage. Vi har kun brugt data fra Sundhedsdatastyrelsen til at supplere forløbene i kvalitetsdatabasen med årsagerne til, at patienter ikke bliver udredt inden for 30 dage, og med informationer om patienternes bopælsregion. Monitoreringen er baseret på LPR.

Danmarks Statistik
Vi har brugt data fra Danmarks Statistik for at få informationer, der ikke indgår i kvalitetsdatabasen. Vi har brugt forskellige registre, der bl.a. beskriver patienternes formue, uddannelse, pårørende, alder og bagvedliggende sygdomme. Data er nærmere beskrevet senere i dette bilag, hvor analyserne i afsnit 2.3 om social baggrund bliver gennemgået.

Afgrænsninger af populationen (kvalitetsdatabasen)
Vi har udeladt forløb i kvalitetsdatabasen, som ikke kan genfindes i LPR. Disse forløb mangler oplysninger om bl.a. henvisningsdatoen, hvilket betyder, at vi fx ikke kan udregne udredningstid og overholdelse af retten til hurtig udredning. Derudover har vi udeladt forløb, hvor patienten selv har valgt at stoppe udredningen eller dør, inden patienten får en diagnose. Endelig har vi udeladt patienter med flere forløb, da dette kan være udtryk for fejlregistreringer eller gentagne henvisninger, hvis der fx er tvivl om diagnosen.

Tabel F viser grundpopulationen i vores undersøgelse.

Tabel F
Grundpopulation

	Antal patienter
Patienter i kvalitetsdatabasen	**41.161**
Patienter, som ikke findes i LPR	÷2.639
Patienter, som er under 18 år	÷6
Patienter, som er henvist med en sikker diagnose	÷298
Patienter, som dør i udredningsperioden	÷122
Patienter, som afbryder udredningsforløbet	÷745
Patienter, som har flere udredningsforløb	÷1.280
Grundpopulation	**36.071**

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens.

Retten til hurtig udredning (afsnit 2.1)

Når vi har opgjort overholdelsen af retten til hurtig udredning på regionsniveau, har vi brugt patientens bopælsregion, da denne er ansvarlig for udredningen og behandlingen.

Validering af data til beregning af udredningstid

I vores analyser af patienters ret til hurtig udredning har vi brugt kvalitetsdatabasens dato for diagnosesamtalen som afslutningstidspunktet for et udredningsforløb. Vi har brugt henvisningsdatoen, som kvalitetsdatabasen trækker fra LPR, som starttidspunktet for et udredningsforløb. LPR indeholder også en registrering af, hvornår et udredningsforløb slutter. Det er forløbsmarkøren "endeligt udredt", som regionerne sætter på et forløb, når patienten er udredt. Det er denne markør, som Sundhedsdatastyrelsen bruger, når de følger retten til hurtig udredning. Vi har ikke brugt markøren, da undersøgelsen viser, at registreringen er uensartet og ukorrekt. Sundheds- og Kirkeministeriet og flere regioner har oplyst, at der er forskellig registreringspraksis på tværs af regionernes udredningsenheder, og at nogle enheder registrerer patienter som færdigudredt ved det første møde på sygehuset, selv om udredningen fortsætter efterfølgende.

Vi har sammenlignet data fra de to kilder. Regionerne registrerer systematisk kortere udredningsforløb i LPR end i kvalitetsdatabasen. Patienter får ofte undersøgelser, efter de er blevet registreret som "endeligt udredt" i LPR, mens det ikke er tilfældet efter datoen for diagnosesamtalen i kvalitetsdatabasen. Vi betragter derfor kvalitetsdatabasens dato for diagnosesamtalen som mere retvisende for, hvornår et udredningsforløb er afsluttet, og har brugt denne dato i vores analyser. Resultaterne er kun i mindre grad følsomme over for dette metodevalg. Benyttes Sundhedsdatastyrelsens database til monitorering af retten til hurtig udredning, vil opgørelsen vise, at retten til hurtig udredning ikke er overholdt for ca. 78 % af patienterne mod de ca. 84 % i vores analyse. Tilsvarende har patienterne en gennemsnitlig udredningstid på 139 dage i 2025 mod 165 dage i vores analyse.

Kobling af data fra kvalitetsdatabasen og data fra Sundhedsdatastyrelsen
Kvalitetsdatabasen har ikke oplysninger om, hvorvidt det har været fagligt muligt at udrede patienterne inden for 30 dage. Disse oplysninger har vi derfor hentet fra Sundhedsdatastyrelsens data.

Vi har afgrænset os fra patienter med forløb, som vi ikke har kunnet genfinde i Sundhedsdatastyrelsens monitorering, da vi i disse forløb ikke har kunnet koble en eventuel årsag til udredningstiden. Vi har også afgrænset os fra patienter med forløb, som kunne kobles til to eller flere forløb i monitoreringen. Det har vi gjort for at være sikre på, at vi kobler de rigtige forløb fra monitoreringen med forløbene i kvalitetsdatabasen. Vi har heller ikke medtaget forløb, hvor der er forskellige henvisningsdatoer i henholdsvis kvalitetsdatabasen og Sundhedsdatastyrelsens monitorering, da det tyder på, at det ikke er de rigtige forløb eller hele forløbet, der er koblet. Derudover har vi afgrænset os fra patienter uden en registreret bopælsregion. Det skyldes, at det er bopælsregionen, der er ansvarlig for at overholde patientens ret til hurtig udredning, og vi kan dermed ikke holde en region ansvarlig for disse patienter. Endelig har vi fjernet patienter, som har haft en udredning på mere end 2 år (730 dage). Det har vi gjort, fordi vi vurderer, at der er en stor risiko for, at disse registreringer er fejlbehæftede. Sundhedsdatastyrelsen bruger den samme afgrænsning i deres monitorering af retten til hurtig udredning. Tabel G viser antallet af patienter, som vi har udeladt af undersøgelsen.

Tabel G
Afgrænsninger ved koblingen af data fra kvalitetsdatabasen med data fra Sundhedsdatastyrelsen

	Antal patienter
Grundpopulation	**36.071**
Forløb i kvalitetsdatabasen, der ikke kan genfindes i Sundhedsdatastyrelsens data	÷2.811
Forløb i kvalitetsdatabasen, der ikke kan matches entydigt med forløb i Sundhedsdatastyrelsens data	÷3.333
Forløb, hvor kvalitetsdatabasens data og Sundhedsdatastyrelsens data har forskellige henvisningsdatoer	÷114
Patienter uden en registreret bopælsregion	÷15
Patienter, som har haft en udredning på mere end 2 år	÷194
Population efter afgrænsning	**29.604**

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens og data fra Sundhedsdatastyrelsen.

Vi har undersøgt, om ovenstående afgrænsninger af patientgruppen påvirker opgørelserne af regionernes overholdelse af retten til hurtig udredning. Vi finder, at patientgruppen, som vi fjerner fra analyserne, i gennemsnit har 28 dages længere udredningstid end patientgruppen, der indgår i analyserne. Det er forventeligt, når vi fjerner patienter med forløb på mere end 2 år. Medianen viser, at der blot er 6 dages forskel på de to patientgrupper, og vi vurderer derfor, at afgrænsningerne ikke rykker grundlæggende ved resultaterne.

Opgørelse af udredningstid og overholdelse af retten til hurtig udredning
Udredningstiden er opgjort som antallet af dage, fra en patient bliver henvist til udredning, til patienten har fået en diagnosesamtale. Retten til hurtig udredning er overholdt, hvis patienten er blevet udredt inden for 30 dage. Hvis udredningen tager mere end 30 dage, har vi undersøgt, om regionen har registreret en gyldig årsag til overskridelsen. Hvis regionen har registreret en gyldig årsag inden 30 dage, er retten overholdt.

Vi har opgjort, om retten til hurtig udredning er overholdt, på samme måde, som Sundhedsdatastyrelsen gør i deres monitorering af retten til hurtig udredning. Hvilke årsager der er gyldige og ikke-gyldige, er altså de samme. Den eneste forskel er, at vi har udregnet udredningstiden på baggrund af regionernes indberetninger til kvalitetsdatabasen, mens Sundhedsdatastyrelsen bruger regionernes indberetninger til LPR, jf. ovenfor.

Tabel H viser en oversigt over de variable og datakilder, som vi har brugt i analysen.

Tabel H
Variable og datakilder i analysen af retten til hurtig udredning

Variabel	Beskrivelse	Datakilde
Bopælsregion	Den ansvarlige region. Selve udførelsen af udredningen kan foregå i andre regioner.	Sundhedsdatastyrelsens data/LPR[1)]
Henvisningsdato	Indgår som starttidspunkt i beregningen af udredningstid.	Kvalitetsdatabasen/LPR[1)]
Dato for diagnosesamtale	Indgår som sluttidspunkt i beregningen af udredningstid.	Kvalitetsdatabasen
Årsag til overskredet 30-dagesfrist	Indeholder angivelse af, om regionerne har registreret gyldige årsager inden for 30 dage, når udredningstiden overstiger 30 dage.	Sundhedsdatastyrelsens data/LPR

[1)] Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut og Sundhedsdatastyrelsen indhenter begge data fra Landspatientregisteret (LPR).

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens og data fra Sundhedsdatastyrelsen.

Kvaliteten af udredningen for demens (afsnit 2.2)

Kvaliteten af den basale og den specialiserede demensudredning

I vores opgørelse af kvalitet har vi brugt den metode, som fageksperterne, der er tilknyttet kvalitetsdatabasen, bruger. Først opgør fageksperterne, hvilke patienter der er i målgruppen for hvilke undersøgelser. Det gør de på baggrund af de variable, som den udredende læge har registreret i kvalitetsdatabasen. Det er fx patientens grad af demens, og om patienten har en pacemaker og derfor ikke kan få en MR-scanning.

Derefter udregner de, hvor stor en andel af patienterne i målgruppen der har fået de enkelte undersøgelser – igen baseret på den udredende læges indberetninger af, hvilke undersøgelser der er lavet. Definitionen af, hvilke typer af patienter der er i målgruppen for bestemte undersøgelser, kan findes på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside.

Når vi har opgjort kvaliteten på regionsniveau, har vi taget udgangspunkt i den region, der udfører udredningen, og ikke i patientens bopælsregion. Det har vi gjort, fordi det er den enhed, som udfører udredningen – og i sidste ende regionen – der er ansvarlig for, at udredningen følger anerkendt klinisk praksis. 97 % af patienterne bliver udredt i deres bopælsregion.

Kvaliteten og størrelsen på udredningsenheder

Vi har i analyserne taget udgangspunkt i data fra kvalitetsdatabasen. I databasen kan en udredningsenhed have flere underliggende afdelinger, der indberetter oplysninger til databasen. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut aftaler med regionerne, på hvilket niveau enhederne skal opgøres i kvalitetsinstituttets rapporter. Vi har opgjort enhederne på samme niveau, som kvalitetsinstituttet gør i deres rapporter.

Vi har opgjort udredningsenhedernes størrelse ud fra antallet af patienter, som enhederne udredte i 2025. Vi har brugt kvalitetsdatabasens data til at opgøre antallet af udredninger, som hver enhed har foretaget, uden at frasortere patienter med flere forløb o.l., da det samlede antal udredninger afspejler udredningsvolumen. Det er også sådan, vi har opgjort antal udredninger i hver region i tabel A-E i bilag 1. I 2025 var der 33 udredningsenheder, som afsluttede 11.824 udredningsforløb for patienter. Én udredningsenhed i Region Midtjylland udgår dog, da udredningsforløbene ikke kan genfindes i LPR på grund af et midlertidigt databrud. Enheden udredte 31 patienter i 2025.

Udredning og social baggrund (afsnit 2.3)

I undersøgelsen har vi målt patienternes sociale baggrund ved uddannelsesniveau, formue og pårørende. Vi har baseret valget af variable på dialog med Alzheimerforeningen, Nationalt Videnscenter for Demens og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut samt generel research. Uddannelse er et typisk brugt socialt parameter. Vi har valgt formue, da den typiske patient er på pension. Vi har valgt pårørende på grund af demenssygdommens karakter.

Undersøgelsen af forskelle på tværs af sociale baggrunde består af to regressionsanalyser. I den ene analyse har vi analyseret sammenhængen mellem social baggrund og udredningstid. I den anden analyse har vi analyseret sammenhængen mellem social baggrund og kvalitet målt som sandsynligheden for, at patienterne i målgruppen får specialiserede undersøgelser.

Regressionsanalyserne gør det muligt for os at undersøge sammenhængene, samtidig med at vi tager højde for betydningen af andre relevante variable, fx patienternes bagvedliggende sygdomme, alder og etnicitet, jf. nedenfor.

Datagrundlag

Vi har brugt data fra kvalitetsdatabasen. For at kunne undersøge forskelle på tværs af sociale baggrunde blandt patienter, som er blevet udredt for demens, og samtidig tage højde for patienternes individuelle karakteristika og bagvedliggende sygdomme, har vi suppleret datagrundlaget med en række data fra Danmarks Statistik.

Vi beskriver patienternes sociale baggrund ved følgende variable:

- **Patientens højeste fuldførte uddannelsesniveau.** Grundskole/uoplyst, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse, kort videregående uddannelse, mellemlang videregående uddannelse eller lang videregående uddannelse/ph.d.
- **Nettoformue.** Nettoformuen er opgjort på individniveau og består af reale aktiver (fx ejendomme og biler), finansiel formue (fx indestående i pengeinstitutter, obligationer og aktier) og pensionsformuer fratrukket gæld. Variablen er inddelt i følgende kategorier: gæld (negativ nettoformue), 0-2 mio. kr., 2-4 mio. kr. og 4 mio. kr. eller derover.
- **Eventuel partners højeste fuldførte uddannelsesniveau.** Partner defineres ved ægteskab, registreret partnerskab eller ved samlevende par. Uddannelseskategorierne er de samme som patientens.
- **Eventuelle voksne børns højeste fuldførte uddannelsesniveau.** Uddannelseskategorierne er hovedsageligt de samme som patientens, men gymnasial og erhvervsfaglig uddannelse samt mellemlang og lang videregående uddannelse er delt op i selvstændige kategorier.

Vi har valgt at inkludere patienternes pårørende som en social resurse, da det i demensforløb kan være de pårørende, som står for den primære dialog med sundhedsvæsenet.

Når vi har opgjort patienternes helbredstilstand, har vi bl.a. brugt Charlsons komorbiditetsindeks (CCI) ekskl. demensdiagnoser[1]. CCI er en måde at opgøre alvorlig sygdom på, hvor sygdomme indgår med forskellig vægt, alt efter hvor alvorlige de er. På baggrund af indekset kan graden af sygelighed klassificeres som ingen sygelighed (CCI = 0), let sygelighed (CCI = 1), middelsvær sygelighed (CCI = 2) og høj sygelighed (CCI = 3 eller derover).

Tabel I viser de variable fra Danmarks Statistik og kvalitetsdatabasen, der indgår i analyserne af forskelle på tværs af sociale baggrunde. Alle variablene i tabellen er brugt til at tage højde for andre relevante faktorer, når vi har analyseret sammenhængen mellem patienternes sociale baggrund og henholdsvis udredningstid og kvalitet. Udvælgelsen af variable er sket med udgangspunkt i en større bruttoliste, der er blevet indsnævret til de væsentligste variable på baggrund af gentagne kørsler af modellerne og en række robusthedstests. Vi har dannet bruttolisten efter dialog med regionerne, Alzheimerforeningen, Nationalt Videnscenter for Demens og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut samt generel research.

[1] I vores beregning af Charlsons komorbiditetsindeks (CCI) har vi brugt den metode, der er beskrevet i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprograms (RKKP) modificerede beregning af CCI i de kliniske kvalitetsdatabaser.

Tabel I

Supplerende variable baseret på data fra Danmarks Statistik og kvalitetsdatabasen

Variabel	Beskrivelse	Datakilde
Køn	Patientens køn (mand/kvinde).	Befolkningsregisteret – Danmarks Statistik
Alder	Patientens alder pr. 31. december året før demens-udredningen.	Befolkningsregisteret – Danmarks Statistik
Oprindelse	Dansk, vestlig indvandrer/efterkommer eller ikke-vestlig indvandrer/efterkommer.	Befolkningsregisteret – Danmarks Statistik
Bil	Om patienten ejer en bil.	Formue- og gældsregisteret – Danmarks Statistik
Psykiatrisk diagnose	Om patienten har en psykiatrisk diagnose. Diagnoser er medtaget for en 5-årig periode op til og med året før de-mensudredningen.	LPR via Danmarks Statistik
Charlsons komorbitetsindeks (CCI)	Om patienten lider af andre alvorlige sygdomme og i hvilken grad.	LPR via Danmarks Statistik
Kontakter til almen praksis	Antal uger med kontakter til almen praksis 1 år før demensudredningen.	Sygesikringsregisteret via Danmarks Statistik
Plejeboligbeboer	Om patienten er visiteret til hjemmepleje som plejebolig-beboer.	Registeret over visiteret hjemmehjælp i plejebolig – Danmarks Statistik
Hjemmepleje	Om patienten er visiteret til praktisk hjælp og/eller personlig pleje i eget hjem.	Registeret over visiteret hjemmehjælp – Danmarks Statistik
Hjemmesygepleje	Om patienten har modtaget hjemmesygepleje.	Registeret over hjemme-sygepleje i eget hjem – Danmarks Statistik
Sociale ydelser	Om patienten er modtager af en social ydelse på det specialiserede voksenområde.	Handicapydelsesregisteret – Danmarks Statistik
Størrelse på udredningsenhed	Om den enhed, der har udredt patienten, har udredt under eller over 500 patienter det givne år. Variablen er beskrevet i afsnittet "Kvaliteten og størrelsen på udred-ningsenheder".	Rigsrevisionens opgørelse på baggrund af data fra kvalitetsdatabasen
Graden af kognitiv påvirkning	Variablen beskriver, hvor kraftige symptomer på demens patienten har.	Kvalitetsdatabasen
Henvisningstype	Angiver, om der er tale om den primære udredning, en second opinion, eller om patienten er omvisiteret fritvalgspatient til primær udredning.	Kvalitetsdatabasen
Pacemaker	Angiver, om patienten har en pacemaker.	Kvalitetsdatabasen
Region	Den region, som har udredt patienten.	Kvalitetsdatabasen
År	Året for diagnosesamtalen i udredningsforløbet.	Kvalitetsdatabasen

Kilde: Rigsrevisionen.

Social baggrund og udredningstid

Population

Vi har brugt populationen på 29.604 patienter fra opgørelsen af udredningstid, som er beskrevet i afsnittet "Retten til hurtig udredning (afsnit 2.1)", men har frasorteret få patienter, hvor der mangler én eller flere baggrundsoplysninger. Der indgår dermed 29.531 patienter i vores analyse.

Modeller

Vi har brugt en lineær regressionsanalyse til at undersøge, om der er forskelle i udredningstiden på tværs af sociale baggrunde. Årsagen til, at vi har brugt modelberegninger, er, at det er svært at finde sammenlignelige grupper, hvor alle andre forhold end social baggrund er de samme.

I afsnit 2.3 skriver vi, at patienter med stærk social baggrund har 24 dages kortere udredningstid og 15 procentpoint højere sandsynlighed for at få specialiserede undersøgelser sammenlignet med patienter med svag social baggrund. Resultaterne, der er vist i afsnit 2.3, er en modelberegning for, hvordan udredningstiden og sandsynligheden for at få specialiserede undersøgelser ændrer sig, afhængigt af om en gennemsnitlig patient har svag eller stærk social baggrund. Beregningerne er lavet på basis af parameterestimaterne, der er præsenteret i tabel J og K.

Tabel J viser modelspecifikationerne for regressionsmodellen om udredningstid. Ud for hver kategori ses parameterestimatet og signifikansniveauet. Parameterestimatet er et udtryk for, hvordan den gennemsnitlige udredningstid (målt i antal dage) ændrer sig, når man fx går fra at have gæld til at have en formue på 4 mio. kr. eller derover. Tabellen viser, at højeste fuldførte uddannelsesniveau, nettoformue og pårørende (partners og voksne børns højeste fuldførte uddannelsesniveau) har en signifikant negativ sammenhæng med udredningstiden. En stærk social baggrund reducerer dermed udredningstiden.

Som en robusthedstest af resultaterne har vi lavet modeller for hver region for at undersøge, om vi kan genfinde den ulighed på regionsniveau, som vi har fundet på landsplan. Robusthedstesten understøtter de resultater, der er vist i tabel J. Vi har ikke brugt regionsmodellerne til at sammenligne resultater på tværs af regionerne, da populationsstørrelserne i de enkelte regioner er små, og da resultaterne er mindre stabile end på landsplan.

Tabellen viser bl.a. også, at udredningstiden varierer væsentligt, afhængigt af hvilken region patienten bliver udredt i. Desuden viser tabellen, at udredningstiden stiger, hvis patienten er ikke-vestlig indvandrer/efterkommer frem for at være af dansk oprindelse. Endelig har ældre patienter længere udredningstid end yngre.

Tabel J

Lineær regressionsanalyse af udredningstiden blandt patienter, som er blevet udredt for demens i perioden 2022-2025

Variabel	Parameter-estimat
Højeste fuldførte uddannelsesniveau (reference: grundskole/uoplyst)	
Gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse	÷6,3***
Kort videregående uddannelse	÷8,1*
Mellemlang eller lang videregående uddannelse	÷4,7*
Nettoformue (reference: gæld)	
0-2 mio. kr.	÷11,6***
2-4 mio. kr.	÷15,4***
4 mio. kr. eller derover	÷13,7***
Partners højeste fuldførte uddannelsesniveau (reference: ingen partner)	
Grundskole/uoplyst	÷3,9*
Gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse	÷3,8*
Kort videregående uddannelse	÷10,5*
Mellemlang eller lang videregående uddannelse	÷3,7
Voksne børns højeste uddannelsesniveau (reference: ingen voksne børn)	
Grundskole/uoplyst	÷5,5
Gymnasial uddannelse	÷2,0
Erhvervsfaglig uddannelse	÷2,4
Kort videregående uddannelse	÷4,2
Mellemlang videregående uddannelse	÷3,3
Lang videregående uddannelse	÷1,3
Størrelse på udredningsenhed (reference: under 500 patienter om året)	
Over 500 patienter om året	14,9***
Region (reference: Region Hovedstaden)	
Region Midtjylland	91,8***
Region Nordjylland	12,0***
Region Sjælland	149,6***
Region Syddanmark	10,6***
Køn (reference: mand)	
Kvinde	0,0
Alder (reference: under 65 år)	
65-69 år	14,5***
70-74 år	21,5***
75-79 år	18,5***
80-84 år	16,0***
85-89 år	3,0
90 år eller derover	0,3
Oprindelse (reference: dansk oprindelse)	
Ikke-vestlig indvandrer/efterkommer	19,6***
Vestlig indvandrer/efterkommer	6,5

Variabel	Parameter-estimat
CCI – Charlsons komorbiditetsindeks reference: ingen sygelighed)	
Let sygelighed	÷3,0
Middelsvær sygelighed	÷2,9
Høj sygelighed	÷9,3***
Graden af kognitiv påvirkning (reference: demens i let grad)	
Demens i moderat grad	÷3,0*
Demens i svær grad	÷31,1***
Habituel kognitiv funktion	4,8
Kognitiv svækkelse, men ikke dement	16,1***
Henvisningstype (reference: har benyttet sig af frit valg ved primær udredning)	
Primær udredning	÷4,3
Second opinion	÷56,1***
Specialiserede undersøgelser (reference: nej)	
Ja	64,1***
Uoplyst	38,3***
Pacemaker (reference: nej)	
Ja	4,3
Psykiatrisk diagnose reference: nej)	
Ja	÷1,6
Kontakter til almen praksis (reference: 0-5 kontakter)	
6-10 kontakter	20,5***
11-15 kontakter	22,6***
Over 15 kontakter	25,7***
Plejeboligbeboer (reference: nej)	
Ja	÷3,3
Hjemmepleje (reference: nej)	
Ja	÷0,6
Hjemmesygepleje (reference: nej)	
Ja	2,8
Sociale ydelser reference: nej)	
Ja	18,1***
Bil (reference: nej)	
Ja	0,5
År (reference: 2022)	
2023	6,9***
2024	1,7
2025	÷12,2***
Konstant	85,7***
R^2	0,26
Antal observationer	29.531

Note: I tabellen vises parameterestimaterne og signifikansniveauerne *** p < 0,001, ** p < 0,01 og * p < 0,05.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens, data fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik.

Social baggrund og kvaliteten af udredningen

Population

Udgangspunktet er de 36.071 patienter, som indgår i grundpopulationen. Vi har frasorteret de 2.604 patienter, som ikke har været i målgruppen for specialiserede undersøgelser, og 68 patienter, hvor der ikke er fyldestgørende oplysninger i Danmarks Statistiks registre. Der indgår dermed 33.399 patienter i vores analyse.

Modeller

Vi har brugt en logistisk regressionsanalyse til at undersøge, om der på tværs af sociale baggrunde er forskelle i, hvem der får specialiserede undersøgelser blandt patienter, som er blevet udredt for demens. Vi har brugt en logistisk regressionsmodel, da hovedindikatoren er binær: om den enkelte patient har fået én eller flere specialiserede undersøgelser eller ej i sit udredningsforløb for demens, hvis patienten har været i målgruppen for dette.

Tabel K viser modelspecifikationerne. Ud for hver kategori ses den marginale effekt og signifikansniveauet. Vi afrapporterer her den marginale effekt, da det er vanskeligt at tolke på parameterestimatet i en logistisk regressionsmodel. Den marginale effekt er udtryk for, hvordan sandsynligheden for at få specialiserede undersøgelser ændrer sig i procentpoint, når man fx går fra at have grundskole som højeste fuldførte uddannelsesniveau til at have en lang videregående uddannelse som højeste fuldførte uddannelsesniveau, samtidig med at de øvrige variable holdes konstante.

Tabellen viser, at højeste fuldførte uddannelsesniveau, nettoformue og pårørende (partners og voksne børns højeste fuldførte uddannelsesniveau) har en signifikant positiv sammenhæng med sandsynligheden for at få specialiserede undersøgelser. En stærk social baggrund øger dermed sandsynligheden for, at en patient får specialiserede undersøgelser. Vi har også her lavet en robusthedstest af resultaterne på regionsniveau. Resultatet af robusthedstesten understøtter resultaterne på landsplan.

Tabellen viser desuden, at sandsynligheden for at få specialiserede undersøgelser varierer, afhængigt af hvilken region patienten bliver udredt i. Tabellen viser også, at sandsynligheden for at få specialiserede undersøgelser falder med alderen, er lavere for kvinder og er lavere for ikke-vestlige indvandrere/efterkommere.

Tabel K

Logistisk regressionsanalyse af sandsynligheden for at få specialiserede undersøgelser blandt patienter, som er blevet udredt for demens i perioden 2022-2025

Variabel	Marginal effekt
Højeste fuldførte uddannelsesniveau (reference: grundskole/uoplyst)	
Gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse	2,1***
Kort videregående uddannelse	3,7**
Mellemlang eller lang videregående uddannelse	4,7***
Nettoformue (reference: gæld)	
0-2 mio. kr.	÷0,2
2-4 mio. kr.	1,1
4 mio. kr. eller derover	3,1*
Partners højeste fuldførte uddannelsesniveau (reference: ingen partner)	
Grundskole/uoplyst	2,2***
Gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse	2,4***
Kort videregående uddannelse	3,9**
Mellemlang eller lang videregående uddannelse	4,2***
Voksne børns højeste uddannelsesniveau (reference: ingen voksne børn)	
Grundskole/uoplyst	1,6
Gymnasial uddannelse	3,4*
Erhvervsfaglig uddannelse	2,3**
Kort videregående uddannelse	2,7*
Mellemlang videregående uddannelse	2,8***
Lang videregående uddannelse	2,6***
Størrelse på udredningsenhed (reference: under 500 patienter om året)	
Over 500 patienter om året	7,8***
Region (reference: Region Hovedstaden)	
Region Midtjylland	÷2,3***
Region Nordjylland	÷21,1***
Region Sjælland	÷18,9***
Region Syddanmark	÷27,5***
Køn (reference: mand)	
Kvinde	÷1,3**
Alder (reference: under 65 år)	
65-69 år	÷2,0*
70-74 år	÷5,0***
75-79 år	÷8,9***
80-84 år	÷18,0***
85-89 år	÷27,9***
90 år eller derover	÷38,5***
Oprindelse (reference: dansk oprindelse)	
Ikke-vestlig indvandrer/efterkommer	÷6,0***
Vestlig indvandrer/efterkommer	÷0,5

Variabel	Marginal effekt
CCI – Charlsons komorbiditetsindeks (reference: ingen sygelighed)	
Let sygelighed	÷0,4
Middelsvær sygelighed	0,7
Høj sygelighed	0,2
Graden af kognitiv påvirkning (reference: demens i let grad)	
Demens i moderat grad	÷9,9***
Habituel kognitiv funktion	÷55,4***
Kognitiv svækkelse, men ikke dement	÷39,5***
Henvisningstype (reference: har benyttet sig af frit valg ved primær udredning)	
Primær udredning	1,5
Second opinion	÷26,9***
Pacemaker (reference: nej)	
Ja	÷1,9*
Psykiatrisk diagnose (reference: nej)	
Ja	÷0,3
Kontakter til almen praksis (reference: 0-5 kontakter)	
6-10 kontakter	4,8***
11-15 kontakter	4,5***
Over 15 kontakter	6,1***
Plejeboligbeboer (reference: nej)	
Ja	÷6,9***
Hjemmepleje (reference: nej)	
Ja	÷1,8**
Hjemmesygepleje (reference: nej)	
Ja	÷3,6***
Sociale ydelser (reference: nej)	
Ja	÷20,0***
Bil (reference: nej)	
Ja	0,7
År (reference: 2022)	
2023	5,9***
2024	3,3***
2025	5,0***
R^2	0,28
Antal observationer	33.399

Note: I tabellen vises parameterestimaterne og signifikansniveauerne *** $p < 0{,}001$, ** $p < 0{,}01$ og * $p < 0{,}05$. R^2 er opgjort ved Tjurs R^2. Tjurs R^2 er her et udtryk for, hvor god modellen er til at forudsige, om patienten har fået specialiserede undersøgelser eller ej.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens og Danmarks Statistik.

Kvalitetssikring

Undersøgelsen er kvalitetssikret via vores interne procedurer for kvalitetssikring, som omfatter høring hos de reviderede samt ledelsesbehandling og sparring med chefer og medarbejdere i Rigsrevisionen.

Standarderne for offentlig revision

Vi har udført revisionen i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, herunder standarderne for større undersøgelser (SOR 3). Standarderne fastlægger, hvad brugerne og offentligheden kan forvente af revisionen, for at der er tale om en god faglig ydelse. Standarderne er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).