



DEMENS
HÅNDBØGER



Guide

Guide til at nedbringe antipsykotisk medicin til mennesker med demens



SUNDHEDSSTYRELSEN



DEMENS
HÅNDBØGER

Indhold

	Introduktion	4
	Pejlemærker	9
	Hvorfor er antipsykotika til mennesker med demens problematisk?	10
	Hvad er alternativerne til antipsykotika?	16
	Fortællinger fra praksis	22
	Erfaringer med at nedbringe brugen af antipsykotika	26
	Det tværgående samarbejde	30
	Særlig opmærksomhed ved ændringer og overgange i borgerens forløb	41
	Fire trin til at nedbringe forbruget af antipsykotika	44
	TRIN 1: Kortlæg egen praksis	46
	TRIN 2: Prioriter udfordringer og sæt mål	52
	TRIN 3: Beslut tiltag og afprøv i praksis	54
	TRIN 4: Evaluer og planlæg næste skridt	56
	Værktøjer	58
	Litteraturliste	81

Introduktion

Formålet med denne guide er at give inspiration til kommuner, plejecentre og hjemmepleje til arbejdet med at nedbringe brugen af antipsykotika til mennesker med demens.

I guiden finder I viden om brugen af antipsykotika til mennesker med demens samt værktøjer til at iværksætte en systematisk indsats til at nedbringe anvendelsen ud fra en række indsatsområder.

Der er klare sundhedsfaglige anbefalinger mod at bruge antipsykotika til mennesker med demens. Alligevel får hver femte borger med demens hvert år antipsykotika. Erfaringsmæssigt sker opstarten ofte på grund af en udfordrende og for personalet uforståelig adfærd, som kan være vanskelig at håndtere. Behandlingen kan give alvorlige bivirkninger og øget dødelighed, og effekten er i bedste fald beskedent.^{1,2} Antipsykotika til mennesker med demens kan virke sløvende og forringe evnen til at kommunikere. For pårørende og plejepersonale betyder det, at det kan blive sværere at skabe relationer og forstå signaler og se ændret adfærd hos mennesket med demens.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at principperne for personcentreret omsorg eller andre psykosociale eller socialpædagogiske indsatser anvendes for at forebygge adfærdsmæssige eller psykiske symptomer.¹ På den måde kan man skabe tryghed og trivsel for mennesker med demens og deres pårørende og et trygt arbejdsmiljø for medarbejderne i ældreplejen.

Find guiden og tilhørende materialer i elektronisk version på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk



Kompleks opgave med mange aktører

Arbejdet med at nedbringe forbruget af antipsykotika er en kompleks opgave, hvor mange faglige aktører er involveret. Arbejdet består dels i at forebygge, at antipsykotika anvendes unødigt, og dels i at seponere medicinen, der allerede gives til mennesker med demens.

For at kunne nedbringe forbruget er det afgørende med en systematisk forebyggende tilgang og et godt samarbejde mellem plejepersonale, praktiserende læge og ældrepsykiatri. Plejepersonale kan arbejde målrettet med at opspore og forebygge mistrivsel. Ved adfærdsændringer kan praktiserende læge udrede for somatiske årsager og gå i dialog med plejepersonalet om mulige årsager til borgerens adfærd, fx uopfyldte fysiske og psykologiske behov, med fokus på at finde alternativer til behandlingen med antipsykotika. Antipsykotika skal være sidste udvej og anvendes med stor forsigtighed.

Målsætning

Det tredje mål i den nationale Demenshandlingsplan 2025 er at halvere forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens inden udgangen af 2025 gennem en forbedret pleje- og behandlingsindsats.

Da planen blev udarbejdet i 2016, lå det gennemsnitlige forbrug af antipsykotisk medicin til mennesker med demens på landsplan på ca. 20 %. I 2021 var forbruget uændret.

Det betyder, at hver femte borger med demens stadig fik antipsykotika i 2021. Blandt beboere med demens på plejehjem var det mere end hver fjerde. Det er muligt at se tal for forbruget på nationalt niveau og for den enkelte kommune/region på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.esundhed.dk³

Sundhedsstyrelsen har udgivet en række Demenshåndbøger om bl.a. person-centreret omsorg samt Anbefalinger og inspiration til at håndtere voldsomme episoder og uforståelig adfærd i ældreplejen. Håndbøgerne og anbefalingerne giver praksisnære værktøjer til at arbejde med at skabe trivsel hos det enkelte menneske med demens.^{4,5}

Guiden er baseret på erfaringer fra Demensrejseholdet, arbejdet med BPSD-modellen, viden fra forskningen og erfaringer fra en række kommuner, som Sundhedsstyrelsen har været i dialog med. Guiden er blevet til med input fra praksis, patientforeninger, selskaber, praktiserende læger og psykiatere samt andre nationale aktører på ældre- og demensområdet.

Tak til alle, der har bidraget til udviklingen af guiden.

Hvordan kan I bruge guiden?

Den første del af guiden giver jer grundlæggende viden om antipsykotika til mennesker med demens og om bivirkninger, konsekvenser og alternativer til medicinsk behandling samt centrale indsatsområder i arbejdet med at nedbringe forbruget. De næste to dele af guiden giver jer en procesmodel samt praksisnære værktøjer til et systematisk arbejde med at nedbringe forbruget af antipsykotika til mennesker med demens. Guiden kan anvendes fleksibelt. Følg den samlede proces, som guiden lægger op til, eller udvælg de elementer, der passer til jeres praksis og de behov I har.

Guiden er skrevet til kommuner og plejeenheder. På et plejecenter kan det være leder, der sammen med TRIO eller sygeplejersker, demensnøglepersoner og plejehjemslæge igangsætter en indsats. I en hjemmepleje kan det være leder sammen med TRIO eller hjemmesygeplejen, demensnøglepersoner og praktiserende læge(r). I et tværgående samarbejde i en kommune kan det være ældrechefen sammen med ledergruppen på ældreområdet, suppleret med fx demens- og udviklingskonsulenter.

Ledelsen har en central rolle i arbejdet med at nedbringe forbruget af antipsykotika ved at sætte faglig retning, styrke ejerskab og motivation og tildele ressourcer til medarbejdere i indsatsen. Ledelsen er med til at sikre kommunikation, planlægning og koordination med øvrige indsatser og tiltag i praksis, så indsatsen implementeres og integreres i det øvrige arbejde. Det kan være en god idé at udpege en tovholder, der kan sikre fremdrift, dokumentation og opfølgning sammen med ledelsen.

Denne guide er en del af serien Sundhedsstyrelsens Demenshåndbøger

Når I arbejder med at nedbringe brugen af antipsykotika, anbefaler vi, at I også ser på disse håndbøger:

- Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer i praksis ⁶
- Personcentreret omsorg i praksis ⁷
- Beboerkonferencen i praksis ⁸
- Faglig ledelse i praksis ⁹



Sæt fokus på forbruget af antipsykotika

Skab løbende opmærksomhed på målet om at nedbringe antipsykotika sammen med jeres kolleger. Følgende spørgsmål kan I bruge i jeres arbejde i hverdagen, eller når I holder triageringsmøder:

- Hvor mange borgere med demens får antipsykotika? (Typisk quetiapin, risperidon eller haloperidol)
- Hvad gør I for at undgå brug af antipsykotika til mennesker med demens?
- Hvem samarbejder I med i plejen og behandlingen af mennesker med demens?

Adfærdsændringer hos mennesker med demens

Mennesker med en demenssygdom er ramt på deres kognitive funktioner. Det betyder, at de oftest vil udtrykke deres tristhed, eller mangel på samme, gennem deres adfærd. Som plejepersonale kan adfærden virke uforståelig, og det kan være medvirkende til, at der bliver givet antipsykotika. Den antipsykotiske medicin dæmper adfærden og dermed også borgerens mulighed for at kommunikere. Når der gives antipsykotika, finder man dermed ikke ud af årsagen til adfærden. Det bliver sværere at finde og tilrettelægge den rette pleje, omsorg og behandling, der kan være med til at skabe tristhed og velbefindende hos borgeren.

Der findes mange benævnelser for adfærdsændringer hos mennesker med demens fx udadreagerende adfærd eller adfærdsforstyrrelser. Adfærden kan fra vores perspektiv virke uforståelig og kan være udfordrende. Det er dog ikke sikkert, at adfærden opleves som et problem for borgeren. Vi bør derimod antage, at alt hvad borgeren gør, er meningsfuldt ud fra borgerens perspektiv.

Vi kan betragte borgerens adfærd som kommunikation. Og det er vores opgave som medarbejdere og pårørende omkring borgeren at forsøge at forstå, hvad borgeren kommunikerer gennem sin adfærd. Vi skal som det første udelukke somatiske årsager og medicinbivirkninger. Dernæst skal vi sætte os i borgerens sted for at få blik for, om borgeren har uopfyldte fysiske eller psykologiske behov. Ved at tage borgerens perspektiv kan vi forsøge at få indsigt i, hvorfor borgeren reagerer, som han eller hun gør. Det kan hjælpe os til at finde nye mulige handlinger, som giver mening for borgeren.

I denne guide anvendes begrebet adfærdsrelaterede og psykiske symptomer. Dette er en paraplybetegnelse for de forskellige adfærdssymptomer en borger kan udvise. Læs mere i Demenshåndbogen Metoder til at forstå adfærdsrelaterede og psykiske symptomer i praksis ⁶

Pejlemærker

for arbejdet med at nedbringe brugen af antipsykotika til mennesker med demens



Vær nysgerrige på, hvad adfærden er udtryk for, når I oplever adfærd, I ikke forstår hos mennesker med demens. Al adfærd er kommunikation. Antipsykotika dæmper adfærdsmæssige symptomer, men fjerner ikke årsagen til adfærden.



Gennemfør en systematisk årsagsanalyse for at afdække fx somatiske årsager eller uopfyldte fysiske eller psykologiske behov, når I oplever adfærdsændringer hos en person med demens.



Anvend personcentreret omsorg til at se mennesket bag sygdommen og tilbyd pleje og omsorg, der opfylder personens fysiske og psykologiske behov som alternativ til antipsykotika.



Skab sammenhæng i plejen og behandlingen af mennesker med demens. Afklar roller, ansvar og kommunikation mellem plejepersonale, praktiserende læge og ved behov ældrepsykiatri.



Monitorer forbruget af antipsykotika løbende, og spørg for hver borger: hvorfor, hvor længe og er medicinen stadig aktuel?



Vurder jeres praksis. En systematisk tilgang hjælper jer med at opdage og forebygge symptomer og mistriksel hos borgere med demens.



Vær opmærksom på øget uro og adfærdsændringer ved overgange og indlæggelser. Vurder borgerens medicin efter indlæggelse.



Gennemfør fælles kompetenceudvikling i demens, antipsykotika samt personcentreret omsorg. Gerne sammen med praktiserende læge.

Hvorfor er antipsykotika til mennesker med demens problematisk?

Mennesker med en demenssygdom kan, efterhånden som sygdommen skrider frem, opleve svækkelse af de kognitive funktioner og udvise adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Vi som personale eller pårørende kan måske observere rastløs adfærd, råben eller anden udfordrende og uforståelig adfærd. Det kan skabe utryghed for borgeren selv, de pårørende, andre borgere og for medarbejderne og være svært at håndtere i forbindelse med plejen. I sådanne situationer kan antipsykotika virke som en løsning. Men antipsykotika er ikke udviklet til eller behandle adfærdsændringer hos mennesker med demens. Antipsykotika er udviklet til at fjerne eller dæmpe symptomer ved en psykose.¹⁰

Hos et menneske, hvor hjernens kognitive funktioner i forvejen er svækket pga. demenssygdommen, svækkes funktionerne yderligere ved behandling med antipsykotisk medicin.¹¹ Det kan medføre, at borgerens mulighed for at kommunikere bliver forringet, og det bliver endnu sværere for os at se ændret adfærd og forstå personen. Det kan gøre det vanskeligt for plejepersonale og praktiserende læge at tilrettelægge og tilbyde den rette pleje, omsorg og behandling for at sikre trivsel, velbefindende og helbred hos personen.

Antipsykotika til mennesker med demens frarådes, fordi effekten af behandlingen i bedste fald er beskeden, og fordi der samtidig er risiko for alvorlige bivirkninger og øget dødelighed¹². Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen ikke-medicinske tiltag som førstevalg ved adfærdsmæssige eller psykiske symptomer hos mennesker med demens.¹



Data på forbruget af antipsykotika til mennesker med demens

Som opfølgning på målet om nedbringelse af brugen af antipsykotika til mennesker med demens i den nationale Demenshandlingsplan opdaterer Sundhedsdatastyrelsen hvert år i maj forbruget af antipsykotika hos borgere med demens. De seneste år har opgørelsen vist at:

- Ca. 20 % af mennesker med demens har fået antipsykotika i løbet af det enkelte år. I de kommuner, hvor andelen er højest, er det ca. 30 %, og i de kommuner, der ligger lavest, er det ca. 10 %.
- I ca. 50 % af tilfældene er det en praktiserende læge, som opstarter behandlingen.
- I ca. 50 % af tilfældene er det en sygehuslæge, som opstarter behandlingen.
- Knap 30 % af mennesker med demens, som bor på plejehjem, får antipsykotika. Det samme gælder ca. 15 % af de mennesker med demens, der bor i egen bolig.

Vær opmærksom på, at der kan være forskel på data i Sundhedsdatastyrelsens årlige opgørelser og det øjebliksbillede, I ser på de målinger, som I foretager lokalt på et givet tidspunkt.

Opgørelsen over plejehjemsbeboere med demens er afgrænset til personer, der både har en demensdiagnose og en adresse på et plejehjem pr. 1. januar i opgørelsesåret. For de borgere opgør Sundhedsdatastyrelsen det samlede antal personer med mindst én recept på antipsykotika i opgørelsesåret. Dvs. antal personer med recept på antipsykotika er akkumuleret over året for plejehjemsbeboere med demens pr. 1. januar. Der er ikke taget højde for, hvor lang tid personen er i behandling, eller om recepten på antipsykotika fx bliver udstedt i forbindelse med terminal behandling.

Find tallene her: Antipsykotika (www.esundhed.dk)³



Hvad er bivirkningerne ved antipsykotika?

De hyppigst anvendte antipsykotiske præparater til mennesker med demens er quetiapin og risperidon. Quetiapin vil først og fremmest have bivirkninger i form af sløvhed, svimmelhed, konfusion og øget appetit. Risperidon vil være mindre tilbøjelig til at medføre sløvhed, men der er risiko for neurologiske bivirkninger som rysten, muskelstivhed eller faldtendens. Begge stoffer kan i sjældne tilfælde give hjerterytmeforstyrrelser.

I boksen nedenfor findes de mest almindelige alvorlige bivirkninger. De fem førstnævnte bivirkninger vil ofte optræde ret hurtigt, hvis de kommer, og de vil være dosisafhængige. Neurologiske bivirkninger (rysten, muskelstivhed, agitation) kan vedvare uger efter ophør med behandlingen.

De mest almindelige alvorlige bivirkninger

- Svimmelhed, øget faldtendens
- Rysten, muskelstivhed
- Uro og agitation (bevægetrang)
- Træthed, hukommelsesbesvær og konfusion
- Hjerterytmeforstyrrelser
- Øget dødelighed



I hvilke situationer kan antipsykotika overvejes?

Andengenerations antipsykotika kan efter nøje overvejelse og analyse ordineres, hvis psykotiske symptomer er svært pinefulde for personen, eller hvis personen er til fare for sig selv eller andre. På grund af risikoen for bivirkninger skal doseringen være lavest mulig i kortest mulig tid. Desuden er det vigtigt at forsøge ned- eller udtrækning, når en akut episode er overstået.¹

Enkelte mennesker med demens kan have behov for længerevarende behandling med antipsykotika, og behandlingsvarigheden må derfor vurderes individuelt.¹ Desuden kan der være relativt sjældne tilfælde af mennesker med fx skizofreni eller bipolar lidelse, som fortsat har brug for behandling af deres oprindelige lidelse.

Seponer antipsykotika inden for 3 måneder

I Seponeringslisten anbefaler Sundhedsstyrelsen, at antipsykotika seponeres inden for 3 måneder ved demens.¹²

Anbefalingen til lægerne er desuden følgende:

- Lav en plan og en klar aftale med patienten. Inddrag evt. pårørende og plejepersonale. En vellykket seponering er en fælles proces.
- Lav kun om på én eller få ting ad gangen.
- Seponering af psykofarmaka bør ske ved aftrækning.
- Følg altid op på en seponering. Overvej om nye symptomer er opblussen i sygdom eller seponeringssymptomer.
- Hvis en seponeret behandling må genoptages, er det ikke udtryk for fejl, men for grundighed.



Vejledning til læger

Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykiske lidelser sætter rammer for lægers ordination af og behandling med antipsykotika.¹³

I dialog med lægen om behandlingen af en borger kan I stille spørgsmål om fx mål og forventet varighed af behandlingen med antipsykotika, eller om planen for at monitorere effekt og mulige bivirkninger.

Det fremgår af vejledningen at mennesker med demens som udgangspunkt ikke skal behandles med antipsykotiske lægemidler, da der er markant øget risiko for alvorlige bivirkninger.

Lægen skal ved opstart af behandling med antipsykotika lave en behandlingsplan. Planen skal fremgå af patientjournal og epikrise. Den skal bl.a. indeholde:

- en kort og præcis indikation for behandlingen samt en beskrivelse af de observationer og undersøgelser, der underbygger diagnose og behandlingsindikation.
- lægemidlernes navn, styrke, dosis, doseringshyppighed og om der er udstedt recept.
- ansvarlig læge for den fortsatte medikamentelle behandling.
- behandlingens forventede varighed og eventuelle justeringer, herunder kontrol og eventuel seponeringsdato.
- de mål lægen forventer af behandlingen.
- plan for monitorering af effekt og mulige bivirkninger.
- tidspunkt og kriterier for ny vurdering ved en speciallæge i psykiatri.

Ved behandling med antipsykotika til mennesker med demens skal lægen bl.a.:

- jævnligt revurdere, om der er grundlag for fortsat behandling, også når behandlingen er startet på hospital eller hos speciallæge i psykiatri.
- lave en nøje udredning af årsagen til symptomerne før opstart af behandling, og fastsætte dato for seponering eller revurdering.



Forhold jer til borgerens medicin generelt

I 2021 brugte 21 pct. af de over 75-årige fem eller flere lægemidler samtidig (polyfarmaci).¹⁴ Det er ikke sikkert, at borgere stadig profiterer af den medicin, de tager, ligesom medicinen også kan give bivirkninger.

Forhold jer derfor til borgerens medicinliste og overvej nedenstående spørgsmål, fx ved triageringsmøder eller til en Beboerkonference:

- Hvilken medicin får borgeren?
- Hvad er årsagen til at borgeren får medicinen?
- Hvor længe har borgeren fået medicinen?
- Er medicinen stadig aktuel?

Tal efterfølgende med lægen, hvis I finder medicin, som I er usikre på, om fortsat er aktuel for borgeren, eller hvis I observerer bivirkninger.

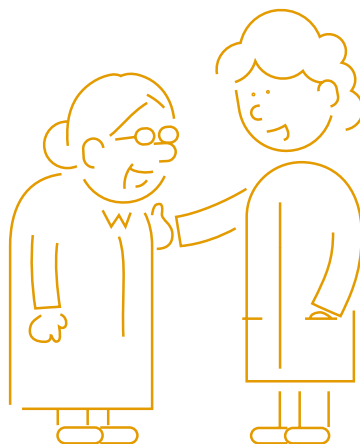
Det kan også være nyttigt at være opmærksom på, at fokus på at nedbringe brugen af antipsykotika kan lede til at brugen af andre præparater med beroligende effekt øges. Disse præparater kan ligeledes have alvorlige bivirkninger.

Hvad er alternativerne til antipsykotika?

Hvis et menneske med demens ændrer adfærd, er det vigtigt at udelukke somatiske årsager. Adfærden kan være en reaktion på somatiske forhold fx smerter, infektion, dehydrering, eller det kan være tegn på delirium. Adfærdssændringer kan også skyldes uopfyldte fysiske behov, fx mangel på ernæring og søvn, eller uopfyldte psykologiske behov som social kontakt, trøst eller meningsfulde aktiviteter.

Systematisk årsagsanalyse

Ændret adfærd bør altid, som det første, følges op af en årsagsanalyse. På den måde kan man afdække årsagerne til den ændrede adfærd og sikre, at borgeren får den rette pleje, omsorg og behandling.





Eksempel på årsagsanalyse

Når I observerer ændret adfærd, spørg jer selv:

- Er borgerens fysiske behov dækket? (mad, drikke, søvn, urin, afføring, syn, hørelse, hygiejne)?
- Kan borgeren have smerter eller have infektioner? OBS. evt. Delirium
- Kan der være bivirkninger ved borgerens medicin, eller skal dosis ændres?
- Er forhold i plejemiljøet tilpasset beboeren fx lyd-, lys- og rumforhold?
- Er forhold i medarbejderens tilgang, møde og kommunikation tilpasset borgeren?
- Er borgerens psykologiske behov dækket? Oplever borgeren tilknytning, trøst, inklusion, identitet og meningsfuld beskæftigelse?

Punkterne ovenfor er inspireret af BPSD-modellen.¹⁵

En lommeuide - fysiske symptomer

Mennesker med demenssygdomme har ofte svært ved at give udtryk for fysiske symptomer. Nationalt Videnscenter for Demens har udgivet en lommeuide, som giver eksempler på tegn og symptomer, som det er vigtigt at være særligt opmærksom på i den daglige kontakt med mennesker med demens. Lommeuide: Observation af fysiske symptomer | Nationalt Videnscenter for Demens.¹⁶



Systematisk tilgang til adfærdsmæssige og psykiske symptomer

I Demenshåndbogen Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer anbefales en systematisk tilgang til arbejdet med adfærdsmæssige og psykiske symptomer.⁶

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





I Anbefalinger og inspiration til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder og udadreagerende adfærd er en af anbefalingerne, at plejepersonalet løbende udarbejder en beskrivelse af borgerens samlede situation for individuelt at vurdere og understøtte borgerens trivsel.⁵ Borgerens individuelle handleplan er et centralt redskab i udførelsen af og opfølgningen på årsagsanalysen.

I Demenshåndbogen Beboerkonferencen i praksis beskrives en metode til at skabe trivsel hos borgere og styrke den faglige refleksion hos medarbejderne.⁸ Til en Beboerkonference mødes ledere og relevante medarbejdere fra forskellige vagttag og med forskellig faglighed, for at reflektere og analysere borgerens adfærd med det formål at kunne genskabe trivsel hos borgeren gennem en fælles indsats. Metoden understøtter en opmærksomhed over for et pleje- og omsorgsfagligt perspektiv og et arbejdsmiljøperspektiv. Beboerkonferencen kan med fordel bruges i forbindelse med jeres årsagsanalyse og bidrage til borgerens individuelle handleplan.

Delir – forebyggelse og behandling

Pludseligt opståede adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens kan være tegn på delir.

Delir kan opstå pludseligt over timer til få dage på grund af en alvorlig hjernepåvirkning, fysisk sygdom, infektion, medicinpåvirkning eller fx smerter. Symptomerne er forværret desorientering, angst og uro samt typisk omvendt døgnrytme. Særligt urinvejsinfektioner er meget hyppigt årsag til delirium hos ældre.

Forebyggelse og behandling af delir er på mange måder sammenfaldende. Det vigtigste er hurtigt at identificere tilstanden, finde den udløsende årsag, behandle denne om muligt, sikre basal pleje, og skabe et roligt og trygt miljø omkring personen.



Personcentreret omsorg

Både før, under og efter en systematisk årsagsanalyse, bør der arbejdes med personcentreret omsorg eller andre psykosociale eller socialpædagogiske indsatser.

Ved personcentreret omsorg sættes mennesket i centrum frem for demenssygdommen. Målet er at lære mennesket at kende, så der skabes størst muligt velbefindende, og så samarbejdet også bliver bedst muligt for personalet.

Det grundlæggende i den personcentrerede omsorg er at arbejde bevidst med og reflektere over relationer mellem plejepersonale og borger. Relationsarbejde er afgørende for at skabe tryghed, tillid og gensidig forståelse mellem medarbejder og mennesket med demens, og for at yde den rette omsorg i samarbejdet mellem personale og mennesket med demens. Relationsarbejde er også afgørende for det nødvendige samarbejde mellem medarbejder og mennesket med demens om omsorgen, så hverdagen kan forblive meningsfuld for den enkelte.

Personcentreret omsorg lægger bl.a. vægt på, at menneskers grundlæggende psykologiske behov er dækket.¹⁷ Det gælder behovene: kærlighed, trøst, identitet, tilknytning, inklusion og meningsfuld beskæftigelse. Centrale modeller i det personcentrerede arbejde er fx Blomsten, Isbjerget og Perspektivskifte. Disse modeller er bl.a. beskrevet i Demenshåndbogen: Beboerkonferencen i praksis.⁹

Denne guide går ikke i dybden med at beskrive personcentreret omsorg, og modellerne, som kan bruges i arbejdet. Se i stedet Sundhedsstyrelsens øvrige Demenshåndbøger og læringsmateriale, samt e-læring fra Nationalt Videnscenter for Demens, der giver en grundlæggende indføring i værktøjer og modeller til anvendelse i praksis.

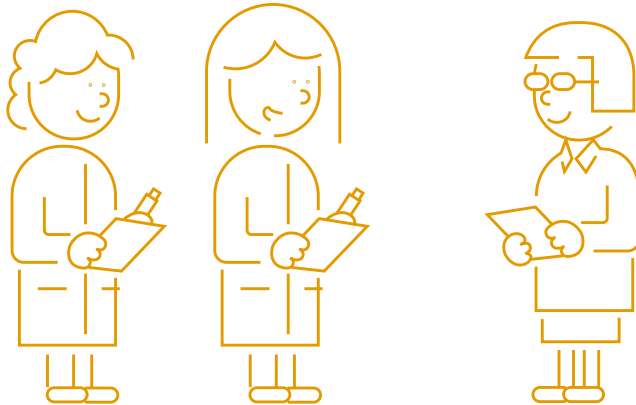


E-læring og webinarer

I kan lade jer inspirere og lære mere om antipsykotisk medicin og alternativer til at forebygge adfærdsmæssige og psykiske symptomer i nedenstående e-læring og webinar.

- A. Nationalt Videnscenter for Demens
 - ABC Demens – pleje og omsorg
 - ABC Demens – udfordrende adfærd
- B. Sundhedsstyrelsen, Videnscenter for værdig ældrepleje
 - E-læring - Nedbringelse af antipsykotika
 - Webinar: Hvordan kan vi mindske forbruget af antipsykotisk medicin?

Se litteraturlisten for nærmere information



Fortællinger fra praksis

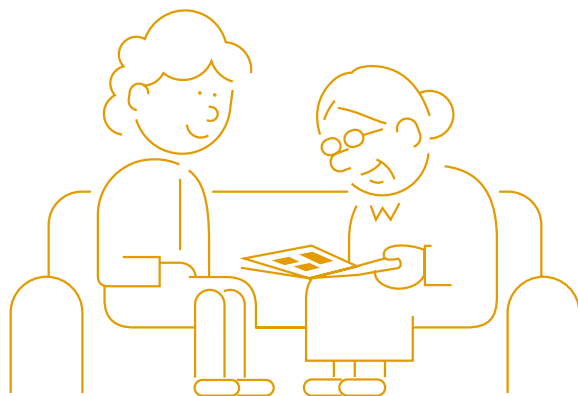
Personcentreret omsorg og franske gloser som alternativ til antipsykotika

En kvinde med demens i plejebolig begynder at blive urolig og vandre rastløst rundt. I visse situationer bliver hun vred, og medarbejderne får sværere og sværere ved at kommunikere med hende og udføre den daglige pleje og omsorg. I visse situationer oplever medarbejderne, at kvinden slår ud efter dem. Samtidig begynder kvinden at tale fransk i stedet for dansk, og hun forstår ikke og reagerer negativt, når medarbejderne kommunikerer tilbage på dansk.

Medarbejderne kontakter lægen, som sætter hende i behandling med antipsykotisk medicin. Samtidig igangsætter medarbejderne forskellige andre tiltag, fx udfører de en beboerkonference, hvor personalet på tværs af vagtlag deler viden om kvinden og vender de udfordringer, de oplever. Samtidig taler de med en pårørende, som kan fortælle dem, at kvinden altid har været interesseret i det franske sprog og taget det på aftenskole i en voksen alder.

Beboerkonferencen resulterer i en mere målrettet plejeindsats, som tager hensyn til kvindens livshistorie, personlighed og kognitive ressourcer. Medarbejderne begynder at møde hende med udgangspunkt i den personcentrerede omsorg og prøver også at kommunikere med korte franske ord som "oui" og lægge større vægt på at spejle hende følelsesmæssigt.

Kvinden udviser større og større grad af trivsel herefter og bliver trappet helt ud af den antipsykotiske behandling.



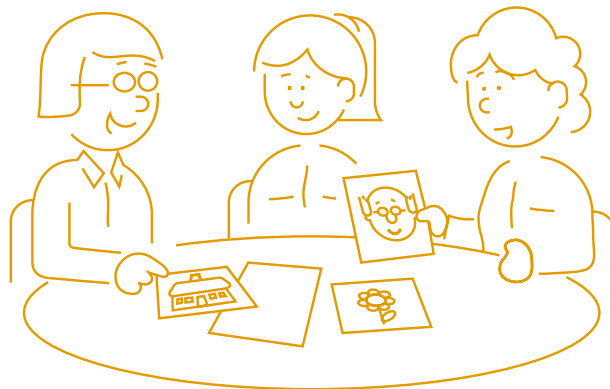


Antipsykotika svækker muligheden for at skabe trivsel

En bosnisk mand, som har boet i Danmark i 30 år, flytter i plejebolig. Han har en demenssygdom. I starten taler han overvejende dansk, men efter nogen tid begynder han at slå over i et andet sprog, sandsynligvis bosnisk. Han begynder at blive tiltagende frustreret over ikke at blive forstået. Han opleves af de andre beboere og medarbejderne som højtråbende og vred. Medarbejderne oplever, at han er mindre tålmodig, og de får sværere ved at samarbejde med ham. De kontakter lægen, og manden kommer i behandling med antipsykotika.

Manden bliver mere rolig. Til gengæld bliver han også hurtigt mere plejekrævende, og det er som om, hans helbred og kognitive funktioner svækkes. Han bliver meget stillesiddende, holder op med at tale med de andre beboere og deltage i aktiviteter.

Efter noget tid begynder medarbejderne i samarbejde med praktiserende læge at trække manden ud af den medicinske behandling. De oplever, at manden begynder at kommunikere mere med dem igen og gør opmærksom på ønsker og behov i forhold til mad og aktivitet. Han bliver mindre stillesiddende og passiv, og medarbejderne oplever at det bliver nemmere at arbejde relationelt med ham. De erfarer, at den antipsykotiske medicin har virket sløvende. Det var ikke kun de adfærdsmæssige symptomer, der blev dæmpet, det var også hans sanser, evne til at kommunikere og vise behov. Hans kognitive funktioner i det hele taget er blevet svækket af medicinen. Medarbejderne begynder i stedet at arbejde på at skabe større forståelse for manden og for de behov og ønsker, han har.





Antipsykotika kan være livstruende

En ældre mand på et plejecenter virker tilfreds og er smilende og imødekommende i dagtimerne. Med tiden begynder han dog at stå op om natten. I forbindelse med toiletbesøg går han rundt på gangene og leder efter sin hustru. Nogle gange lægger han sig ind til andre beboere i løbet af natten, hvilket de oplever som generende og skræmmende. Medarbejderne prøver at forhindre det, og manden bliver vred. Han forstår ikke, hvorfor de vil forhindre ham i at være sammen med sin hustru. Nattevagterne bliver utrygge og nervøse for, hvad natten med borgeren vil bringe.

Medarbejderne kontakter den praktiserende læge, som ordinerer antipsykotika til natten, idet de håber, at det vil give manden lidt fred og god nattesøvn og skabe lidt ro for medarbejderne og de andre beboere. Borgeren begynder at sove bedre om natten men til gengæld være urolig og utilfreds om morgenen og formiddagen. Han bliver derfor sat op i dosis i antipsykotika. Det virker ikke efter hensigten, borgeren får det ikke bedre. Medarbejderne mener, det er et "skred" i hans demenssygdom, og han bliver sat yderligere op i dosis.

I løbet af otte uger vurderer lægen, at borgeren er terminal, og han seponerer al medicin til borgeren. Efter fire dage vågner manden og beder om mad og drikke. Han bliver friskere efter nogle dage, kommer op igen og efter fire uger kan han deltage i fælles aktiviteter.





Erfaringer med at nedbringe brugen af antipsykotika

Erfaringerne fra Demensrejseholdet peger på, at fokus på personcentreret omsorg eller andre psykosociale eller socialpædagogiske indsatser, kombineret med en systematisk forebyggende indsats og et struktureret samarbejde med bl.a. almen praksis, ser ud til at have betydning for at nedbringe forbruget.

I foråret 2022 havde Sundhedsstyrelsen samtaler med en række kommuner, der enten var lykkedes med at reducere forbruget af antipsykotika, eller som i en årrække havde et stabilt lavt forbrug af antipsykotika.

Dette er også erfaringerne fra kommuner, som har reduceret forbruget af antipsykotika eller ligget på et stabilt lavt niveau over en årrække.

En gruppe forskere så i 2021 på en række undersøgelser vedrørende muligheder og barrierer i arbejdet med at nedbringe brugen af psykofarmaka generelt.¹⁸

De peger på følgende som fremmende for nedbringelse:

- Arbejdsgange og systematiske procedurer for jævnlig gennemgang af brugen af psykofarmaka
- Positive forventninger blandt plejepersonale og pårørende til at aftrapning vil være godt for borgeren og give øget livskvalitet
- National regulering og måling samt et negativt syn på brug af antipsykotika i befolkningen
- Konstruktivt samarbejde og god kommunikation og lydhørhed mellem ansatte i plejen, praktiserende læger og med pårørende.

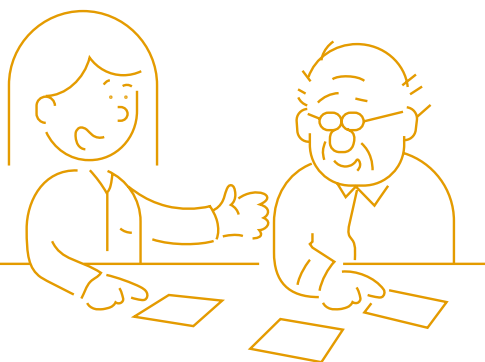


Forskerne konkluderede også, at der synes at være en række barrierer for nedbringelse af brug af psykofarmaka. Det gælder blandt andet mangel på ressourcer, kvalifikationer, samarbejde og tillid, samt modstand mod aftrapning pga. bekymring for forværring af symptomer og livskvalitet hos borgere.

Indsatsområder i arbejdet med at nedbringe forbruget af antipsykotika

Erfaringerne peger således på, at det er muligt at nedbringe brugen af antipsykotika til mennesker med demens ved en systematisk tilgang, monitoring, procedurer, samarbejde og kompetence – samt ved at sætte det enkelte menneske i centrum via fx personcentreret omsorg eller andre psykosociale eller socialpædagogiske indsatser.

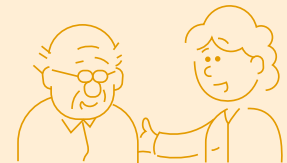
Modellen på næste side opsummerer erfaringerne med hvilke indsatsområder, der kan arbejdes med, for at skabe trivsel hos mennesker med demens og med at nedbringe forbruget af antipsykotika.





Centrale indsatsområder i arbejdet med at skabe trivsel og nedbringe forbruget af antipsykotika

Måling og monitorering	<ul style="list-style-type: none">• Af forbruget af antipsykotika til mennesker med demens	→
Procedurer og arbejdsgange	<ul style="list-style-type: none">• Forebyggelse og tidlig opsporing• Behandling• Efter udtrapning	→
Samarbejde	<ul style="list-style-type: none">• Forebyggelse og tidlig opsporing• Behandling• Efter udtrapning	→
Kompetenceudvikling	<ul style="list-style-type: none">• I demens samt virkning og bivirkninger af antipsykotika• I personcentreret omsorg og relationsarbejde	→



Trivsel og nedsat forbrug af antipsykotisk medicin

Personcentreret omsorg og psykosociale indsatser



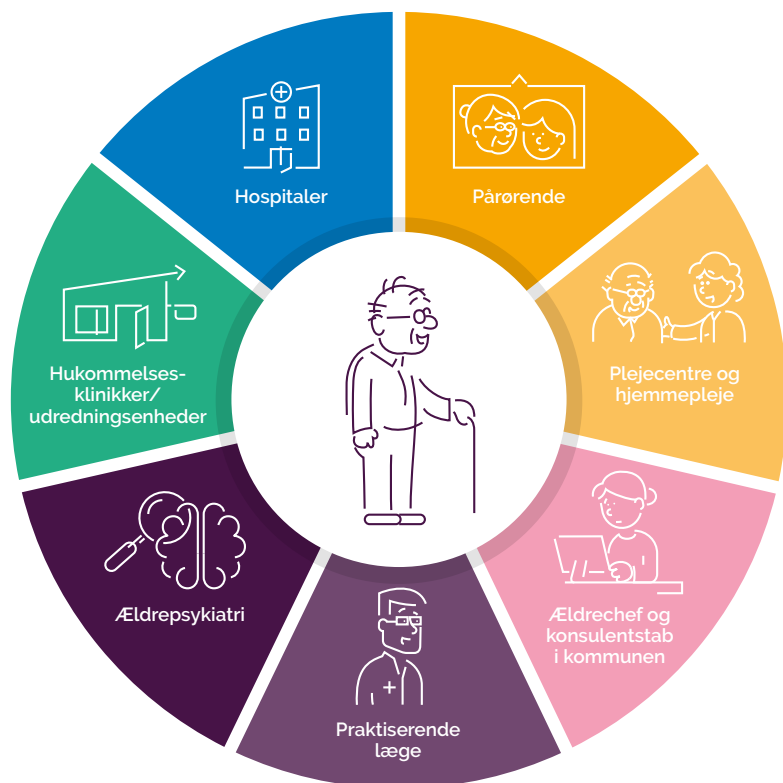
Det tværgående samarbejde

Et tillidsfuldt og velfungerende samarbejde er vigtigt for at skabe trivsel og forebygge og nedbringe brugen af antipsykotika til mennesker med demens. Det er derfor godt at invitere både interne og eksterne samarbejdspartnere ind i arbejdet så tidligt som muligt. Dette med henblik på at skabe kendskab til hinandens fagligheder og ejerskab til indsatsen. På sigt kan det være med til at udvikle effektive samarbejds- og kommunikationsveje.

Vigtige aktører i det tværgående samarbejde

Illustrationen og tabellen på side 36-38 giver et overblik over de involverede aktører i samarbejdet, og et overblik over hvilke roller og ansvar, de typisk kan have.

Parter i samarbejdet





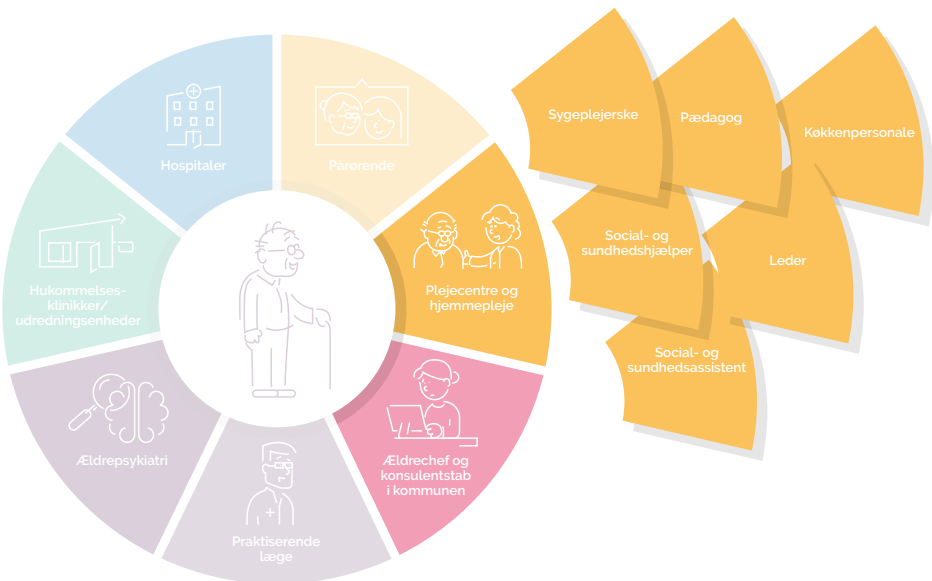
Samarbejdet i kommunen

I hjemmeplejen og på plejecentre er der interne samarbejdspartnere fx social- og sundhedsassistenter/-hjælpere, sygeplejersker, pædagoger, og ledere, som hver dag udfører pleje og omsorg af mennesker med demens. Andre samarbejdspartnere i kommunen er demenskoordinatorer, akutteam, særlige fagansvarlige konsulenter, ergo- og fysioterapeuter og pårørende/konsulenter. Der kan også være andre andre medarbejdere, som spiller en vigtig rolle i forhold til at skabe trivsel hos borgerne, fx køkkenpersonale, rengøring, vicevært osv.

Dertil er det interne samarbejde mellem hjemmepleje, genoptræningsenheder og/eller midlertidige pladser samt plejecentre vigtigt. Ikke mindst i forbindelse med overgange for den enkelte borger.

Målsætningen med det interne samarbejde er at forebygge mistrivsel ved at sikre den rette omsorg og behandling til mennesker med demens. Dette opnås bl.a. gennem gensidigt kendskab til de forskellige faggruppers kompetence og gennem et godt kendskab til det enkelte menneske med demens. Alle parter kan, med deres særlige faglighed og ansvar, bidrage til fælles tilgange og systematik i forhold til den enkelte borger.

Parter i det interne kommunale samarbejde



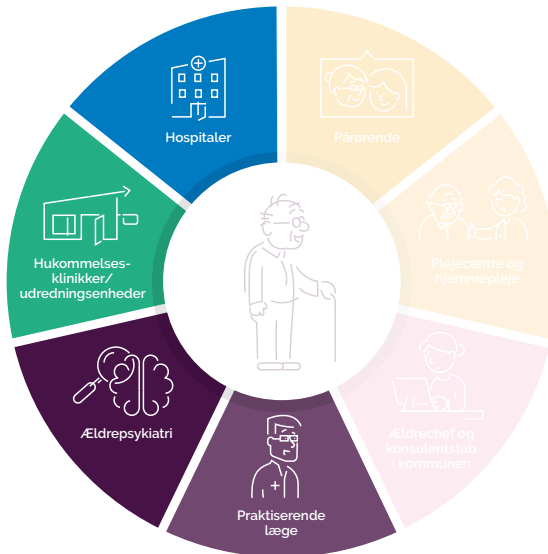


Det tværsektorielle samarbejde

Vigtige eksterne samarbejdspartnere for kommunen er praktiserende læge, psykiatri, sygehusafdelinger, og demensudredningsklinikker. De spiller alle en særlig rolle i forhold til kvaliteten og sammenhængen i borgerens behandling og borgerens trivsel.

Nedbringelse af forbruget af antipsykotika forudsætter et tillidsfuldt samarbejde, som bygger på en klar rolleforståelse og ansvarsfordeling samt systematiske arbejdsgange i forhold til kommunikation og behandling.

Parter i det tværsektorielle samarbejde





Forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler

I regionerne og i mange kommuner er der etableret forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler, som skal lette samarbejdet. Det er vigtigt for plejehjem og hjemmeplejen at kende til disse aftaler.

I arbejdet med at nedbringe antipsykotika kan det være nyttigt at udarbejde en forløbsplan, som kan strukturere og systematisere arbejdet med forebyggelse og tidlig opsporing samt behandling, seponering og efterforløb. Forløbsplanen giver et klart overblik i forhold til, hvad der skal gøres, alt efter hvor borgeren befinder sig i forløbet.

Eksempel: Samarbejde om at udvikle en forløbsplan i Ikast-Brande

Ikast-Brande Kommune er i gang med at kvalificere samarbejdet om at nedbringe forbruget af antipsykotika. Det gør de ved at udarbejde en lokal forløbsplan og dermed en systematik for arbejdsgange i forbindelse med forebyggelse og tidlig opsporing samt behandling, seponering og efterforløb ved antipsykotika.

Både ledere, læger og sygeplejersker deltager, og erfaringen er, at arbejdet giver anledning til lærerige samtaler og vigtige indsigter mellem deltagerne undervejs.

Undervejs i processen foreligger der et udkast til forløbsplan, som skal færdiggøres og afprøves.

Eksempel på forløbsplan i Ikast-Brande



Fase 1

Forebyggelse

Monitorering

- Somatisk udredning (TOBS, CAM, smerter, ernæring, fald, virkning/bivirkning medicin mv.)
- Døgnrytmeskema mhp. at kortlægge trivsel og mistrivsel
- NPI-screening for BPSD-symptomer

Socialpædagogiske indsatser

- Beboerkonference
- Oprette forebyggende handleplan (magtanvendelse)
- Non-farmakologiske tiltag (sansestimulering, søvn, fysisk træning, musik mv.)

Organisering og samarbejde

- Kontinuitet i plejen i forhold til personale og struktur
- Tæt samarbejde med pårørende
- Overveje behov for enkeltmandsprojekt
- Overveje behov for tværfagligt samarbejde (demenskonsulent, terapeut, visitation)

Fase 2

Behandling

Plan

- Mål - hvilke tegn på trivsel/hvilken virkning forventer vi at opnå ved behandlingen?
- Hvilke bivirkninger er der risiko for?
- Dato for opfølgning.
- Dato for hvornår der skal ske udtrapping.

Monitorering

- Observation af virkning og bivirkning

Organisering og samarbejde

- Overveje at inddrage gerontopsyk

Punkter fra Fase 1 som skal fortsætte eller gentages

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____



Fase 3 Seponering

Plan

- Tydelig udtrapningsplan
- Dato for opfølgning
- Hvilke tiltag skal sættes i stedet for psykofarmaka
- Hvilken reaktion kan man forvente hos borger ved udtrapning?
- Ændringer i medicin, miljø mv. som må vente med at blive justeret

Monitorering

- Observation af reaktion samt effekt af "det der sættes i stedet"

Organisering og samarbejde

- Udtrapning finder sted i en stabil periode (ferieperioder kan være problematiske)

Punkter fra Fase 1 og 2 som skal fortsætte eller gentages

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Fase 4 Efterforløb

Plan

- Vurdering af BPSD-symptomer en gang om måneden i 4 måneder
- Hvad skal de første tiltag være ved opblussen af symptomer

Monitorering

- Aftales i henhold til planen

Punkter fra Fase 1, 2 og 3 som skal fortsætte eller gentages




- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Aktørerne i samarbejdet





Aktør	Ansvar og rolle kan blandt andet være at
<p>Mennesket med demens</p> <p>Pårørende</p> 	<ul style="list-style-type: none">• tage så aktivt del som muligt i valg af eventuel behandling og indsatser ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer.• tage så aktivt del som muligt i valg af eventuel behandling og indsatser ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Understøtte trivsel og løbende observere adfærdsendringer og mulige bivirkninger. De pårørende er de nærmeste til at forstå, forklare og støtte mennesket med demens. Husk at de også selv er i en sårbar situation. <p>Både borgeren med demens og pårørende bør informeres om behandlingsmuligheder, om virkning og bivirkning, samt om konsekvenser ved behandling med antipsykotika.</p>
<p>Plejecenter / hjemmepleje</p> <p>Medarbejder (bl.a. social- og sundhedshjælpere og -assistenter, pædagoger, sygeplejersker)</p> 	<ul style="list-style-type: none">• forebygge mistrivsel gennem personcentreret omsorg eller andre psykosociale eller socialpædagogiske indsatser.• observere og dokumentere helbred og trivsel for rettidig indsats og tidlig opsporing.• inddrage de rette faglige nøglepersoner i at skabe trivsel for borgerne, fx. demenskoordinator.• samarbejde med praktiserende læge/plejehjemslæge/evt. psykiater ved ændringer i adfærd, helbred og mistrivsel.• følge op på behandlings- og seponeringsplaner under behandling med antipsykotika, inkl. observere for virkning og bivirkninger.• videregive relevante oplysninger om borgerens sygdomsudvikling, samt kognitive tilstand ved evt. indlæggelse.• kontakte praktiserende læge efter udskrivning med henblik på opfølgning og løbende vurdering af borgerens trivsel.• være opmærksom og nysgerrig i forhold til brug af antipsykotika og polyfarmaci generelt: Hvad får borgeren, hvorfor, hvor længe og er det stadig aktuelt? <p>Ledere</p> <ul style="list-style-type: none">• sætte faglig retning, praksis og procedurer med henblik på at nedbringe brugen af antipsykotika.• støtte samarbejde på tværs, og skabe en tydelig og tillidsfuld arbejdsfordeling.• skabe en læringskultur. Facilitere vidensdeling og skabe faglige refleksionsrum for medarbejderne.• sikre relevant kompetenceudvikling.

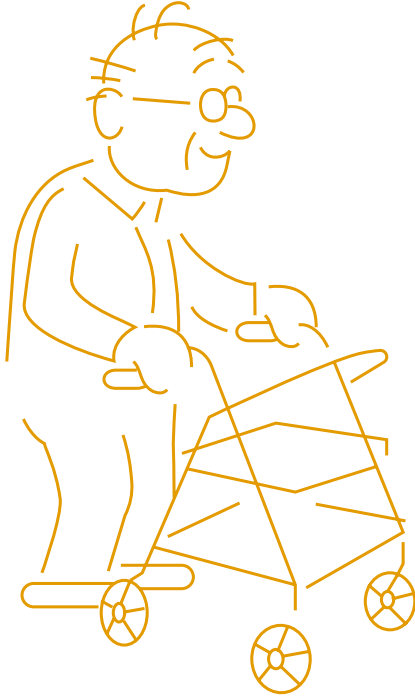


Aktører	Ansvar og rolle kan blandt andet være at
<p>Ældrechef og konsulentstab i kommunen</p> <p>Demenskoordinator/ demensteam/ udviklingssygeplejersker</p> 	<ul style="list-style-type: none">• understøtte indsatsen med at nedbringe antipsykotika til mennesker med demens ved at sikre ressourcer og kompetence.• koordinere indsatser og faglige områder, kompetenceudvikle og yde rådgivning.• støtte både pårørende og plejepersonale i arbejdet.• eventuelt være bindeled mellem plejen, praktiserende læge og ældrepsykiatrien.
<p>Praktiserende læge</p>  <p>Plejhjemslæge</p>	<ul style="list-style-type: none">• have behandlingsansvar for borgere med demens i eget hjem eller plejebolig efter udredning for demens.• have dialog med borger, pårørende og plejepersonale om borgers helbred og trivsel.• gennemgå den enkelte borgers medicin løbende og vurdere den samlede behandling, herunder antipsykotisk behandling.• inddrage borger og pårørende i valg af eventuel behandling med antipsykotika og informere om virkning og bivirkninger.• opstarte og afslutte kortvarig behandling (< 3 måneder) med antipsykotika og udarbejde behandlingsplan.• eventuelt overtage vedligeholdelsesbehandling ved længerevarende behandling (> 3 måneder) efter aftale med psykiater).• sikre opfølgning og revurdering, når borgeren bliver udskrevet fra sygehus og er sat i behandling med antipsykotika, i henhold til den behandlingsplan, der skal foreligge ved udskrivelse.• sparre med udskrivende (special)læge ved usikkerhed om eventuel seponering af antipsykotika.• yde generel sundhedsfaglig rådgivning til plejecenteret.
<p>Ældrepsykiatri / psykiatri</p> 	<ul style="list-style-type: none">• være behandlingsansvarlig for borger under evt. indlæggelse på psykiatrisk afdeling.• rådgive praktiserende læger, demenskoordinatorer og plejeenheder ved faglig vurdering af ordination og seponering af antipsykotika.• opstarte og afslutte længerevarende behandling (> 3 måneder) med antipsykotika og lægge en behandlingsplan. Eventuelt overdrage vedligeholdelsesbehandling til praktiserende læge.• rådgive fagprofessionelle på sygehuset, hvor borgere indlægges eller behandles ambulantly for somatisk lidelse.



Aktører	Ansvar og rolle kan blandt andet være at
<p data-bbox="156 372 375 431">Hukommelsesklinik / udredningsenhed</p> 	<ul data-bbox="413 372 1078 682" style="list-style-type: none">• være behandlingsansvarlig for borger, så længe denne er tilknyttet klinikken.• undersøge og udrede for demenssygdom.• rådgive og samarbejde med kommuner og almen praksis om specifikke patientforløb og visitation.• tilbyde udgående funktioner (udredning og opfølgning af demens i eget hjem), hvor det vurderes nødvendigt.• lægge plan for behandlingsforløb og iværksætte behandling.
<p data-bbox="156 736 309 766">Sygehuslæge</p> 	<ul data-bbox="413 736 1091 1202" style="list-style-type: none">• være behandlingsansvarlig for borger under indlæggelse.• opdatere Fælles Medicinkort (FMK) før udskrivelse.• ansvar for seponeringsplan inden udskrivning ved opstart af antipsykotika.• ansvar for information ved udskrivning til praktiserende læge (epikrise) og kommune (udskrivelsesrapport), inkl. problematik, som var årsag til indlæggelsen og nye fund.• udarbejde genoptræningsplan - hvis relevant.• vurdere ernæringstilstand - hvis relevant.• inddrage borger og pårørende i valg af eventuel behandling med antipsykotika og informere om virkning og bivirkning i det omfang, det er muligt.





Særlig opmærksomhed ved ændringer og overgange i borgerens forløb



Mennesker med demens er sårbare. Ændringer i livssituation, omgivelser og helbred kan føre til mistriksel, og som kan komme til udtryk gennem ændret adfærd.

I disse situationer er det vigtigt, at der i samarbejdet både internt og eksternt, er fokus på at gennemføre en systematisk årsagsanalyse, der afdækker årsager til symptomer og adfærd for at sikre den rette pleje og behandling. Når somatiske årsager er udelukket, kan der arbejdes med personens behov – fysiske såvel som psykologiske - gennem personcentreret omsorg eller andre psykosociale eller socialpædagogiske indsatser for at undgå unødvendig opstart på antipsykotika. Derfor er det afgørende, at der er et godt kendskab til borgeren og et godt samarbejde, kommunikation og koordination mellem de forskellige parter på tværs af faggrupper og sektorer.

På de næste to sider finder I eksempler på borgerrejser i hjemmeplejen og på et plejecenter. Borgerrejserne er ikke dækkende for alle situationer. De er tænkt som refleksionsværktøjer ift. at sikre tidlig opsporing og forebyggelse af mistriksel med henblik på at forebygge unødigt brug af antipsykotika til mennesker med demens.





Eksempel på borgerejse

Borgeren i eget hjem

Introduktion



Borger viser første tegn på demens



Borger udredes og får en demensdiagnose



Borger visiteres til praktisk hjælp og personlig pleje



Borger falder i hjemmet og indlægges



Sygehusets nye, ukendte omgivelser og ansigter skaber utryghed og uro hos borger



Borger udskrives til en midlertidig rehabiliteringsplads. Borger er utryg og urolig

Borger kommer hjem igen og hjemmehjælpen øges



Helbredet og de kognitive funktioner hos borgeren forringes og uroen tiltager

Borgerens pårørende ansøger om plejebolig i samarbejde med demenskoordinator



Risiko for opstart af antipsykotika.

Eksempel på borgerejse

Borgeren i plejebolig



Efter indflytning i nye, ukendte rammer omringet af nye ansigter, bliver borger urolig og trist



Borger falder til og bliver en del af fællesskabet



! Borger indlægges. Sygehusets ukendte omgivelser og ansigter skaber utryghed og uro hos borger

! Tilbage i plejebolig opleves det svært at afkode borgers kommunikation og imødekomme borgers behov for omsorg og pleje

! Borgers helbred og kognitive funktioner svækkes yderligere, så fx deltagelse i aktiviteter bliver vanskeligt. Borgers trivsel svækkes

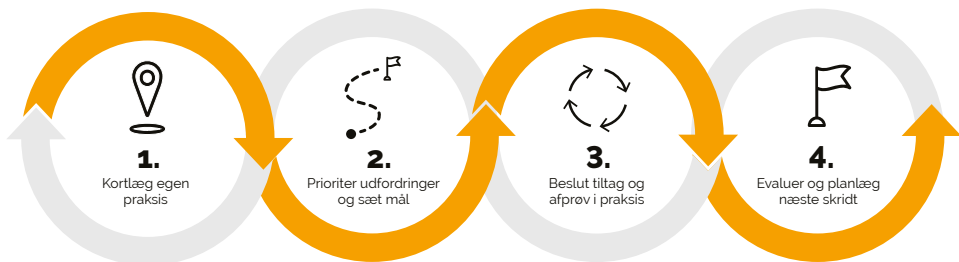


! Risiko for opstart af antipsykotika.

Fire trin til at nedbringe forbruget af antipsykotika

Arbejdet med at nedbringe forbruget af antipsykotika til borgere med demens kan følge en procesmodel med fire trin. Dette er illustreret i nedenstående figur.

Procesmodel





Trin 1

Kortlæg egen praksis

Skab et overblik over, hvordan forbruget af antipsykotika er blandt jeres borgere med demens.

Reflekter over jeres egen praksis i forhold til tidlig opsporing og forebyggelse af mistrivsel og undgå unødigt brug af antipsykotika til borgere med demens.

Trin 2

Prioriter udfordringer og sæt mål

Se på jeres kortlægning og drøft hvilke udfordringer, der er de største i jeres praksis. Hvilke indsatsområder vil I have størst udbytte af at foretage forbedringer på? Og hvad vil I opnå? Sæt mål for, hvad I vil opnå hvornår, og beslut jer for, hvordan I vil følge op på, om I er på rette vej.

Trin 3

Beslut tiltag og afprøv i praksis

Beslut konkrete tiltag og afprøv dem i praksis. Implementer gradvist det, I har afprøvet, når I ved, at det virker.

Trin 4

Evaluer og planlæg næste skridt

Følg op på målingen af det samlede forbrug af antipsykotika. Er I på rette vej? Vurder hvilken udvikling og virkning jeres tiltag har skabt og drøft erfaringerne fra de gennemførte tiltag. Udbred de tiltag, som har vist sig virkningsfulde. I er nu klar til at sætte et nyt mål og dertilhørende tiltag i gang. Brug procesmodellen og start "forfra" for at videreføre arbejdet.

TRIN 1



Kortlæg egen praksis

På dette trin kortlægger I jeres egen praksis. I kan gennemføre alle tre elementer i kortlægningen eller udvælge, hvad der er relevant for jer.

Kortlægningen består af tre elementer, og til hvert element findes et værktøj, der hjælper jer på vej.

- Basismåling og monitorering: Hvor mange borgere med demens får antipsykotika hos jer?
- Selvevaluering: Hvordan opsporer og forebygger I mistrivsel, og hvad er jeres arbejdsgange og procedurer for at nedbringe brugen af antipsykotika til mennesker med demens?
- Samarbejdstjek: Hvem er jeres vigtigste samarbejdspartnere, og hvordan er samarbejdet ift. borgeren med demens?

Basismåling og monitorering

Lav en basismåling af, hvor mange borgere med demens i kommunen, på plejehjemmet eller i hjemmeplejen, som får antipsykotika.

Gennemfør basismålingen, enten ved manuel optælling eller ved at trække data fra omsorgssystemet. Målingen kan bl.a. omfatte følgende information:

- Borgere med demensdiagnose
- Antipsykotika: hvilket lægemiddel, hvilken dosis, fast eller p.n.
- Indikation: psykiatrisk diagnose eller adfærd (forpint, til fare for sig selv/andre)
- Andre medicin/præparater med beroligende effekt, som bruges som alternativ til antipsykotika, men med tilsvarende alvorlige bivirkninger
- Initiativtager til ordination: plejen, egen læge, sygehus eller pårørende
- Foreligger der en seponeringsplan?

Beslut hvordan og hvor ofte I vil følge op på målingen og læg en plan for monitorering, fx hver anden måned det næste år.

Værktøj 1

Skabelon til basismåling og monitorering

Eksempel: Medicindata fra omsorgssystemet giver overblik i Hillerød Kommune

I projektet Reduktion i brug af antipsykotika hos ældre med demens – Implementering af en tværsektoriel intervention i Hillerød Kommune arbejder Hillerød Kommune sammen med Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital på et projekt om kompetenceudvikling af læger og plejepersonale med fokus på reduktion af antipsykotika. De sætter særligt fokus på at monitorere effekten af indsatsen ved at følge med i, om projektet bidrager til at nedbringe andelen af borgere, der bruger antipsykotisk medicin.

De har i Hillerød Kommune fundet en løsning på, hvordan de kan trække data om omfanget af brug af antipsykotika hos borgere med demens ud i rapporter direkte fra den elektroniske omsorgsjournal.

I den elektroniske omsorgsjournal (Nexus) er tilknytning til demenskoordinator sat op som en organisationstilknytning. I organisationstræet findes en gruppe, som hedder "Plejhjem x Demenskoordinator". Tilknytningen sker ved indflytning og løbende efter indflytning. Herudover tilknyttes en demenskoordinator til borgeren på et forløb rettet mod plejhjem.

På samme måde er der i organisationstræet en gruppe, som hedder "Demenskoordinator". Tilknytning sker ved start af et demensforløb, hvor borgeren ikke bor på plejhjem. Herudover tilknyttes en demenskoordinator til borgeren på et forløb rettet mod demens.

Alle borgere med demens på plejhjem og i hjemmeplejen er tilknyttet både en organisationsenhed og en demenskoordinator. Det giver mulighed for at tælle alle borgere tilknyttet en demenskoordinator. Kommunen kan tælle antal borgere med demens i plejebolig, og antal borgere med demens på det enkelte plejhjem. De kan på samme måde tælle alle borgere tilknyttet en demenskoordinator i hjemmeplejen, og antal borgere ift. den enkelte demenskoordinator.

I basisrapporten "Medicin" er det muligt på baggrund af organisations-tilknytningen at trække ordineret medicin på alle borgere, der er registreret på en bestemt organisation, fx "Plejhjem x Demenskoordinator". Basisrapporten giver mulighed for at vælge bestemte præparater med en bestemt ATC-kode eller flere.





Samarbejdspartnere og deres roller

Kortlæg jeres vigtigste samarbejdspartnere i arbejdet med at forebygge og nedbringe brugen af antipsykotika både inden for kommunen og på tværs af sektorer. Reflekter over samarbejdet. Hvor fungerer samarbejdet godt, og hvor er der potentiale for forbedringer? Er der konkrete udfordringer, og hvordan kan I imødegå disse?

Værktøj 3

Samarbejdstjek

Borgerrejser

Tag et blik på borgerrejserne og drøft sammen med samarbejdspartnerne, hvordan I hver især har særlig opmærksomhed på og bidrager til at skabe sammenhæng i borgerens forløb på tværs af fag- og sektorgrænser.

Værktøj 4

Borgerrejser - vigtige overgange og situationer i borgerens forløb

Samarbejde med praktiserende læge

Værktøj 5 giver inspiration til dialog om samarbejdet med praktiserende læge om at nedbringe brugen af antipsykotika til mennesker med demens.

Værktøj 5

Styrk samarbejdet med praktiserende læge

Tillid, klar rolle- og ansvarsfordeling og effektive kommunikationsveje er nøglen til at skabe sammenhæng i borgerens behandling. Inviter jeres samarbejdspartnere ind tidligt i processen med henblik på at skabe ejerskab og få deres perspektiv på, hvordan I sammen kan lykkes.

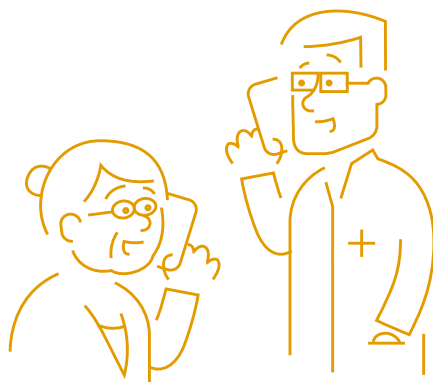
Eksempel:

Samarbejdsaftaler mellem kommune og praktiserende læger om nedbringelse af antipsykotika i Aabenraa

I Aabenraa Kommune har de i forbindelse med et Demensrejseholdsforløb udarbejdet en samarbejdsaftale med de praktiserende læger. Aftalen har fokus på samarbejde og systematisk opmærksomhed over for medicin og aftaler om seponering.

Indhold i samarbejdsaftalen

- Medicingennemgang når borger flytter i plejebolig
- Oprydning i p.n. medicin som ikke anvendes inkl. antipsykotisk medicin.
- 3-6 måneder efter indflytning vurderes det, om der kan forsøges med udtrapning af antipsykotika, hvis egen læge har behandlingsansvaret.
- Ved udtrapning laves en seponeringsplan. Udtrapning/nedtrapning sker, når man vurderer, at det er et godt tidspunkt, hvor der er ro omkring borgeren.
- Vurdere behov for antipsykotika mindst x 1 årligt.



Eksempel: Samarbejdsaftale mellem Frederiksberg Kommune og praktiserende læger ved akutte ændringer i plejehjemsbeboerens tilstand

Frederiksberg Kommune har udformet samarbejdsaftaler med de praktiserende læger for at forbedre den sundhedsfaglige indsats for borgere i plejebolig. Her ser I et eksempel på en aftale om samarbejdet ved akutte ændringer i borgerens tilstand, fx ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer.¹⁹

Akutte ændringer i borgerens tilstand			
Begivenhed	Hvad gør sygeplejefagligt personale	Hvad gør praktiserende læge	Hvad gør udgående sygeplejerske team (UST)
<p>Borgerens tilstand forværrer akut</p> <p>Eksempler på telefonisk læge kontakt: Mistanke om fraktur, hjernerystelse, blod i opkast, UVL, stærke smerter, akut påvirket almen tilstand</p> <p>Eksempler på kontakt til Udgående Sygeplejerske Team (UST): Kateterskift, obs. dehydratio, sår, second opinion på lokal sygeplejefaglig tvivl.</p>	<p>Indsamler relevante observationer.</p> <p>Ansvarshavende koordinerer forløbet og afgør, om UST eller praktiserende læge skal kontaktes.</p>	<p>Vurderer hvad der skal ske:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observation/ behandling • UST • Blodprøver • Akutbesøg • Ophold på døgnplads • Indlæggelse <p>Hvis udgående sygeplejerske team (UST) inddrages, skal der være direkte tlf. til lægen</p>	<p>Vurderer borgerens helbredssituation</p> <p>Måler relevante værdier</p> <p>Vurderer behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejefagligt tiltag • Lægefaglig vurdering • Kontakter eventuelt praktiserende læge – altid ved blodprøver
<p>Akut besøg af praktiserende læger</p>	<p>Er tilstede i boligen ved besøg. Iværksætter ordinationer og dokumenterer i Care</p> <p>Er ansvarlig for at pårørende kontaktes</p>	<p>Giver mundtlige ordinationer og gerne korrespondance</p>	
<p>Ved fravalg af livsforlængende behandling/genoplivningsforsøg</p>	<p>Dokumenterer i Care</p>	<p>Skriftlig besked samme dag</p> <p>Søger evt. terminaltilskud</p>	



TRIN 2

Prioriter udfordringer og sæt mål

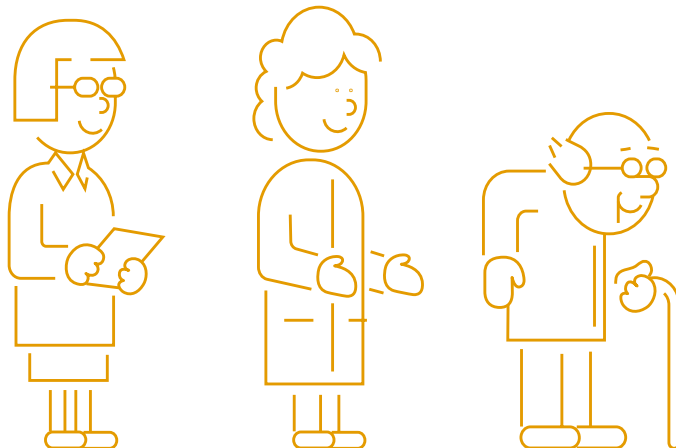


På dette trin prioriterer I, hvilke af de udfordringer, I afdækkede på trin 1, som I vil arbejde videre med. I sætter også mål for, hvad I vil opnå med jeres indsats ift. at nedbringe antipsykotika til mennesker med demens.

I prioriteringen af jeres udfordringer kan I fx drøfte følgende:

- Hvor kan der være muligheder for at nedbringe brugen af antipsykotika?
- Hvilke udfordringer er det vigtigst at arbejde med først? Hvor bør I fokusere?
- Er der styrker i jeres organisation, som I kan bygge videre på?
- Hos hvem og hvor kan I hente inspiration til jeres arbejde?
- Hvilke ressourcer har I tilgængelige til arbejdet?

Vælg ca.1-3 indsatsområder, som I på trin 3 kan konkretisere i forbedringstiltag, der kan afprøves i praksis.





Sæt et mål for, hvad I vil opnå - hvornår?

Sæt et konkret – SMART – mål for, hvad I vil opnå før et bestemt tidspunkt.

Vurder nøje, hvad der vil være et både konkret og målbart mål. Målet skal give jer noget at stræbe efter men også være realistisk, så I ikke giver op på forhånd. Husk at det kan tage tid at ændre praksis. Overvej derfor hvor hurtigt I kan arbejde. Hvis der er et højt forbrug af antipsykotika til borgere med demens hos jer, vil det nok ikke være realistisk, at komme ned på et meget lavt niveau i løbet af kort tid, men I kan måske tage det i etaper?

SMARTe mål

Specifikt	Målet skal være så specifikt, at I kan planlægge efter det
Målbart	Målet skal være så konkret, at det kan måles, om det er nået
Acceptabelt	Målet skal være acceptabel for alle involverede
Realistisk	Målet skal være muligt at opnå, men gerne ambitiøst
Tidsbaseret	Målet skal være opnået inden et fastsat tidspunkt

TRIN 3

Beslut tiltag og afprøv i praksis



På dette trin konkretiserer og afprøver I de tiltag, som I vil sætte i gang for at nedbringe brugen af antipsykotika til mennesker med demens. Vær meget bevidst om ikke at sætte for meget i gang på en gang. Afprøv et tiltag ad gangen og i et passende tempo, så I hele tiden kan følge med i, hvordan det virker. Tag udgangspunkt i de udfordringer, I tidligere i processen har afdækket og prioriteret.

Hvordan vil I arbejde videre?

Brug gerne forbedringsmodellen og PDSA-cirklen i jeres arbejde med at udforme, afprøve og udbrede tiltag.^{20,21} Det gælder både, hvis I arbejder med at forbedre arbejdsgange, eller hvis I arbejder med tiltag rettet mod enkelte borgere.

Spørg jer selv – for hvert tiltag:

- Hvad ønsker vi at opnå?
- Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?
- Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe forbedringer?

Uddyb og konkretiser svarene, når I arbejder med PDSA-cirklen og de enkelte afprøvninger:

- Hvad vil I helt konkret have ud af afprøvningen? En ny arbejdsgang? Tiltag for at opnå bedre trivsel for en konkret borger? Andet?
- Hvornår vil I begynde at arbejde med afprøvningen, og hvornår skal I være færdige?
- Hvem skal arbejde med afprøvningen? Er der behov for ekstra personale? Koster afprøvningen noget, og er der penge til det? Må I indhente ny viden udefra for at kunne gøre sætte tiltag i værk?
- Hvordan vil I følge op på, om de tiltag, I afprøver, virker?



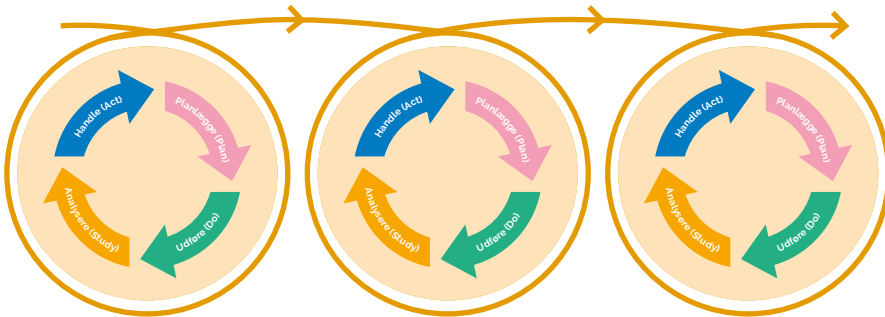
Forbedringsmodellen

Et centralt element ved forbedringsmodellen er, at alle tiltag afprøves i praksis i mindst mulig skala. Først når afprøvningen af tiltaget har vist sig at føre til forbedringer, udbredes det i større og større skala.

Værktøj 6

Information om og eksempler på arbejde med forbedringsmodellen

PDSA-cirklen



TRIN 4



Evaluer og planlæg næste skridt

På dette trin gør I status over indsatsen. I vurderer, om I har nået målet, hvad I har lært af den indsats, I har gennemført, og hvordan I vil arbejde videre herfra.

Mål igen

Foretag en ny måling af forbruget af antipsykotika på samme måde, som da I lavede basismålingen og eventuelle opfølgende målinger for at se hvilke ændringer, der er sket. Husk at en måling kun giver et øjebliksbillede. Det er vigtigt at tale om, hvad der kan ligge bag tallene i den enkelte måling.

Drøft med hinanden med udgangspunkt i målingen af forbruget:

- Er der sket en ændring i jeres forbrug?
- Hvilke tiltag ser ud til at have været virksomme? Hvilke tiltag har været mindre virksomme?
- Er der nogen af de tiltag, I har gennemført, som bør udbredes til flere plejecentre i kommunen – eller som eventuelt kan bruges i hjemmeplejen?
- Hvordan vil I arbejde videre i forhold til at nedbringe forbruget yderligere?

I kan også overveje at gennemføre selvevalueringen igen for at få en status på jeres praksis. Måske identificerer I nye indsatsområder, der kan understøtte arbejdet med at reducere af forbruget. Her kan I også følge op på medarbejdernes og ledelsens erfaringer med det gennemførte arbejde. Beslut hvordan I vil arbejde videre.

Værktøj 1

Skabelon til basismåling og monitorering

Værktøj 2

Skabelon til selvevaluering



Værktøjer

I det følgende findes de værktøjer, der kan bruges på de forskellige trin i proces.

Trin 1 Værktøj 1

Skabelon til basismåling og monitorering

Værktøj 2

Skabelon til selvevaluering

Værktøj 3

Samarbejdstjek

Værktøj 4

Borgerrejser - vigtige overgange og situationer i samarbejdet

Værktøj 5

Samarbejde med praktiserende læge om at løse udfordringerne

Trin 2

Værktøj 6

Trin 3 Information om og eksempler på arbejde med forbedringsmodellen

Værktøj 1

Trin 4 Skabelon til basismåling og monitorering

Værktøj 2

Skabelon til selvevaluering



Værktøj 1

Skabelon til basismåling og monitorering

Skabelonen her er udviklet til at hjælpe jer med lokalt at måle og følge op på brugen af antipsykotika over tid. I bestemmer selv, hvor ofte og hvor længe I vil måle, og om I fx vil måle på et enkelt plejehjem, i hjemmeplejen eller i hele kommunen.

Vær opmærksom på at de målinger, som skabelonen lægger til rette for, vil give jer et øjebliksbillede, når målingen tages. Det betyder, at I vil få andre tal, end dem Sundhedsdatastyrelsen opdaterer hvert år i maj.³

Sundhedsdatastyrelsens opgørelse, viser det samlede forbrug i løbet af et år.

Vejledende spørgsmål og skabelon til basismåling og monitorering

Før I foretager en basismåling og beslutter, hvordan I vil monitorere brugen af antipsykotika til borgere med demens hos jer, er der en række spørgsmål, I bør afklare. Det er jeres tal, og I må beslutte, hvad det er vigtigt at følge op på for jer. Hvis I vil se på udviklingen over tid, er det også vigtigt, at I ikke ændrer på, hvad I følger op på mellem de enkelte monitoreringsmålinger.

Hvilke borgere skal med i målingen?

- Skal målingen kun omfatte borgere med en demensdiagnose og borgere, som får ordineret demensmedicin?
- Skal målingen også omfatte borgere med kendte kognitive udfordringer, men som (foreløbig) ikke har en demensdiagnose?
- Skal målingen omfatte borgere, som får antipsykotika i forbindelse med terminal pleje?



Hvilke medicinpræparater skal med i målingen?

- Vil I kun måle brugen af antipsykotika?
- Vil I også måle brugen af andre præparater, fx morfinpræparater, benzodiazepiner, sederende antihistaminer, antidepressiva eller andet? (Det kan være relevant, hvis I oplever, at et lavt eller faldende forbrug af antipsykotika slår ud i højt/øget forbrug af andre lægemidler der også kan have bivirkninger.)

Hvilken proces vil I lægge op til, og hvordan vil I opbevare data:

- Hvornår og hvor ofte vil I måle og følge op med monitoreringsmålinger?
- Hvad vil I bruge data til? Til at starte et forbedringsarbejde? Hvem skal se/drøfte data?
- Hvem skal indsamle data, og skal det gøres manuelt? Eller kan/skal data trækkes fra omsorgssystemet?
- Hvor skal de indsamlede data gemmes? Skal de (evt. i en projektperiode) ligge i et excel-ark, eller kan/bør de fx lægges ind i omsorgssystemet eller andre opfølgningssystemer? Vær opmærksom på GDPR-reglerne.
- Vil I måle og monitorere antallet af borgere, som får antipsykotika – eller andelen af borgere med demens, som får antipsykotika? (Dvs. vil I måle og løbende holde øje med, hvor mange borgere med demens, som får antipsykotika – eller vil I måde holde øje med, hvor stor en (evt. procent) andel af borgerne som får det?)
- Hvordan vil I håndtere dødsfald eller andre ændringer i borgers status siden seneste måling, fx fraflytning, i målingerne? Er det relevant for jer at notere den slags ændringer et sted?



Hvilken skabelon vil I bruge til målingerne?

På www.sst.dk finder I en excel-skabelon, som I kan bruge ved jeres basismåling og monitorering. Afhængig af jeres svar på spørgsmålene ovenfor, kan I bruge skabelonen, som den er, eller tilpasse den, så den passer til jeres behov.

Skabelonen er gengivet nederst på siden. Den øverste tabel giver en oversigt over målinger over tid. Den nederste tabel giver en detaljeret oversigt over alle borgere, som er omfattet af målingen på målingstidspunktet. Vær opmærksom på GDPR-reglerne, når I beslutter hvem, der skal have adgang til det nederste ark, og hvor det skal opbevares.

Skabelon til monitorering

Navn på plejeenhed	dato for måling	dato for måling	...	dato for måling
Indikatorer	Basismåling - opgørelse	Monitorering 1	...	Slutmåling
Antal borgere med demensdiagnose				
"Andel borgere med demensdiagnose, som får antipsykotika"				
"Andel borgere med demensdiagnose, som får antipsykotika som følge af psykiatrisk diagnose"				
"Andel borgere med demensdiagnose, som får antipsykotika som følge af adfærd, (dvs. forpint og/eller til fare for sig selv/andre)"				
"Andel borgere med demensdiagnose, som får anden sederende medicin"				
"Andel borgere med demensdiagnose, som får antipsykotika, og hvor der foreligger en seponeringsplan"				



Skabelon for måling

Navn på plejeenhed	
Dato/periode for måling	

Navn	Demens- diagnose	Antip- sykotika	Indikation	Dosis	Fast dosis eller p.n.	Anden sederende medicin	Initiativ til opstart	Seponer- ingsplan foreligger
Skriv borgers navn/ initialer/id?	Vælg: ja / nej	Vælg præparat	Vælg: Psykiatrisk diagnose / adfærd	mg	Vælg: fast / p.n.	Vælg lægemid- delgruppe	Vælg: plejehjem / pralti- serende læge / sygehus / pårørende	Vælg: ja / nej
Ulla (eksempel)	ja	Risperi- don	Adfærd	20	PN	Melatonin	Sygehus	nej





Værktøj 2

Skabelon til selvevaluering

På www.sst.dk finder I en skabelon til at foretage en selvevaluering af jeres praksis.

Dimensionerne i selvevalueringen afspejler de centrale indsatsområder ift. at nedbringe forbruget af antipsykotika, se side 28. I kan bruge selvevalueringen til at forholde jer til, om I har en systematisk tilgang, de nødvendige procedurer og arbejdsgange, det samarbejde og den kompetenceudvikling, som kan støtte opsporing og forebyggelse af mistrivsel og nedbringelse af brugen af antipsykotika.

Skabelonen indeholder en række udsagn, som I skal vurdere jer selv i forhold til. Nogle udsagn vil det formentlig være enkelt at svare ja eller nej til, andre vil være mere komplekse. I kan have behov for at føje kommentarer til jeres ja/nej svar.

Skabelonen er tænkt til brug for ledelsen og (demens)nøglepersoner i hjemmeplejen, på et plejecenter eller i den kommunale ældreforvaltning. Det kan være en fordel at invitere plejehjemslæger eller evt. andre praktiserende læger, som I har et nært samarbejde med, med til selvevalueringen. Vurder hvem det er mest relevant at have med hos jer.

Proces for evaluering af egen praksis

- Alle deltagere besvarer selvevalueringen individuelt.
- Drøft herefter med hinanden hvert udsagn i selvevalueringen og noter jeres fælles svar evt. med kommentarer.
- Anerkend og udforsk sammen, hvis I har svaret forskelligt på de enkelte udsagn. Vær nysgerrig på nuancer og kritiske bidrag.
- Vend tilbage og juster svarene på tidligere udsagn, hvis drøftelse af senere punkter giver jer en ny forståelse.
- Angiv en prioritet (1-4) for hvert udsagn I har svaret nej til ud fra om I mener det er vigtigt at iværksætte tiltag. Giv højest prioritet (1) til de spørgsmål, som I oplever, at det er vigtigst at handle på. Noter eventuelt, hvorfor I prioriterer noget specielt højt – eller specielt lavt (4).
- Gem resultatet af jeres evaluering og vend tilbage til den, når I skal beslutte, hvilke indsatsområder I vil prioritere, og hvilke tiltag I vil afprøve.



Skabelon til selvevaluering

Indsatsområde	Indikator
Mål og monitorering	Vi har sat mål for reduktion af forbruget af antipsykotika til borgere med demens
	Vi monitorerer løbende forbruget af antipsykotika til borgere med demens.
Arbejdsgange & samarbejde	
<i>Forebyggelse og tidlig opsporing</i>	Vi har fast arbejdsgang for trivselsvurdering og dokumentation af livshistorie indenfor en aftalt frist efter indflytning eller ved tilknytning til hjemmepleje. Arbejdsgangen følges af alle kontaktpersoner.
	Vi har fast aftale om gennemgang af ordineret antipsykotika med læge fx ved indflytning, trivselsændring, udskrivelse fra sygehus og/eller fast hver tredje måned - i tillæg til den faste årlige medicingennemgang.
	Vi har fast arbejdsgang for at sikre gode overgange (fx ved indflytning i plejebolig, hjemkomst fra sygehus m.m.).
	Vi har fast arbejdsgang for håndtering og opfølgning af voldsomme episoder og uforståelig adfærd med fokus på både borger og medarbejder.
	Vi har fast arbejdsgang for løbende at vurdere og dokumentere helbred, trivsel og adfærd (fx triage).
	Vi har fast arbejdsgang for systematisk årsagsanalyse ved ændringer i trivsel (somatik, behov).
	Vi har implementeret fælles metode(r)/tilgang(e) til personcentreret omsorg, som alle medarbejdere benytter.
	Vi har fast aftale om at borgers læge deltager regelmæssigt i møder med/om borger (fx ved beboerkonference).
	Vi har fast aftale om møder/konsultation med ældrepsykiatrien, fx hver anden måned
	Vi har fast praksis for at afprøve personcentrerede tiltag før kontakt til læge (om evt. opstart af antipsykotika) ved mistrivsel og adfældsændringer.
	Vi har fast arbejdsgang for at informere læge om gennemførte tiltag, ved kontakt om evt. opstart af behandling med antipsykotika.
<i>Under behandling</i>	Vi har fast arbejdsgang for at spørge læge om der foreligger seponeringsplan ved ordinerings af antipsykotika.
	Vi har fast arbejdsgang for at aftale fælles mål for behandling med antipsykotika med læge og evt. pårørende – og vi er informeret om lægens behandlingsplan.
	Vi har fast arbejdsgang for samarbejde med borger og/eller pårørende vedrørende trivsel og medicinering.
	Vi har fast arbejdsgang for at lave en handleplan, inkl. plan for observation af virkning og evt. bivirkninger, ved opstart af behandling med antipsykotika.
<i>Under/efter udtrapning</i>	Vi har fast arbejdsgang for at observere psykiske symptomer månedlig i en aftalt periode under og efter nedtrapning i dosis, pausering eller ved seponering.
	Vi har fast arbejdsgang ved genoplussen af symptomer ved nedtrapning i dosis, pause eller seponering.
Kompetenceudvikling	Alle medarbejdere har fået oplæring i demens og antipsykotika (fx virkning, bivirkninger, udtrapning) ila. de sidste to år
	Alle medarbejdere har fået oplæring i vores tilgang til personcentreret omsorg og relationsarbejde ila. de sidste to år
	Alle medarbejdere har regelmæssig adgang til oplæring, sparring og/eller supervision i konflikthåndtering

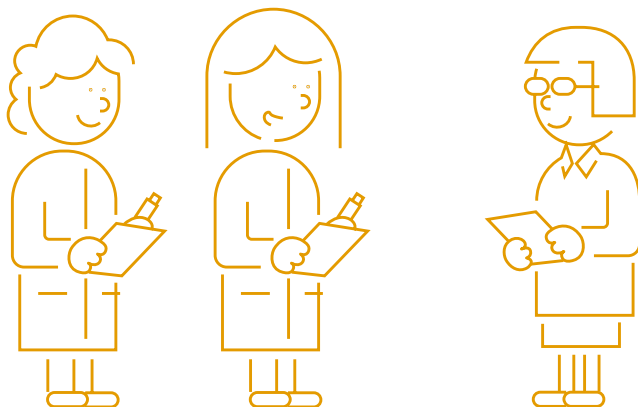


Værktøj 3

Samarbejdstjek

I forbindelse med jeres samarbejdstjek kan I indledningsvist foretage en kortlægning af jeres vigtigste samarbejdspartnere i indsatsen om at nedbringe forbruget af antipsykotika. I kan lade jer inspirere af illustrationerne på de næste sider, som er gengivet i fuld størrelse på side 31 og 32. Til hver illustration er der knyttet spørgsmål, som I kan bruge til at reflektere over, hvem der er de vigtigste samarbejdspartnere internt i kommunen og eksternt, samt hvordan samarbejdet fungerer eller kan styrkes.

Det er vigtigt at ledelsen og (demens)nøglepersoner i hjemmeplejen, på et plejecenter eller i den kommunale ældreforvaltning deltager i samarbejdstjekket. Det kan være en fordel at invitere plejehjemslæger eller evt. andre praktiserende læger, som I har et nært samarbejde med, med til samarbejdstjekket. Vurder hvem det er mest relevant at have med hos jer.



Samarbejdet internt i kommunen

Drøft følgende spørgsmål:

- Hvem er jeres vigtigste samarbejdspartnere internt?
- Hvilken rolle spiller de hver især i forhold til at opspore og forebygge mistrovsel, skabe trivsel og dermed forebygge forbrug af antipsykotika?
- Hvor fungerer samarbejdet godt? Hvor fungerer det mindre godt?
- Hvad kan I selv gøre for at forbedre samarbejdet?
- Hvordan og hvornår skal de inddrages i jeres indsats?



Det eksterne samarbejde

Drøft følgende spørgsmål:

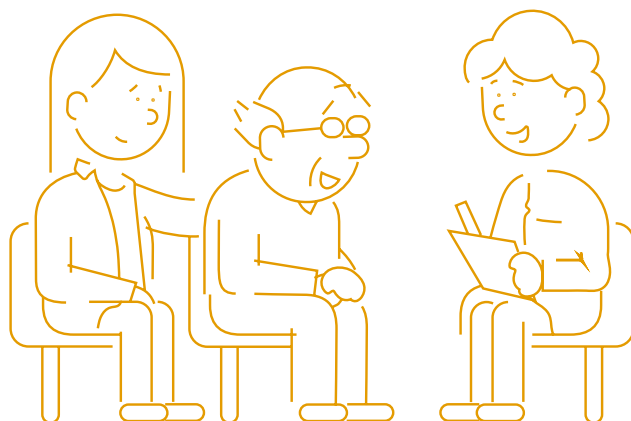
- Hvem er jeres vigtigste samarbejdspartnere eksternt?
- Hvilken rolle spiller de hver især i indsatsen?
- Hvor fungerer samarbejdet godt? Hvor fungerer det mindre godt?
- Hvad kan I selv gøre for at forbedre samarbejdet?
- Hvordan og hvornår skal de inddrages i jeres indsats?



Værktøj 4

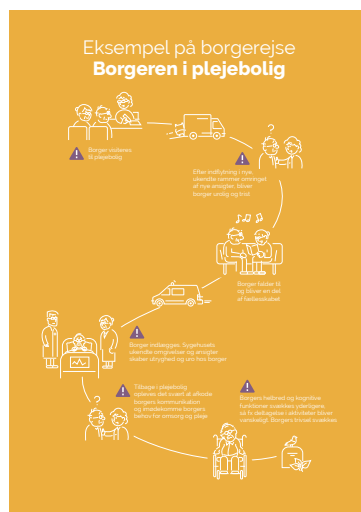
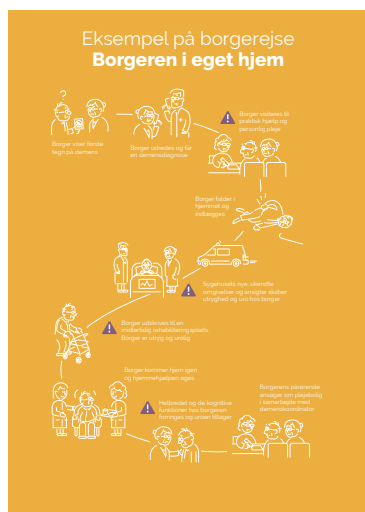
Borgerrejser - vigtige overgange og situationer i borgerens forløb

Borgerrejserne kan bruges til at identificere og reflektere over praksis ved kritiske overgange og situationer i borgerens forløb ift. at forebygge unødvendig brug af antipsykotika. I kan fx drøfte det i umiddelbar sammenhæng med kortlægning af de vigtigste samarbejdspartnere. Det giver jer en fælles forståelse af, hvordan samarbejdet bedst koordineres og struktureres, og hvornår I skal have en særlig fælles opmærksomhed i borgernes forløb. I kan bruge spørgsmålene på næste side som inspiration til drøftelsen.



Refleksionsspørgsmål

- Hvordan opsporer og forebygger I mistrivsel?
- Hvad gør I, når I oplever en borger ændrer adfærd?
- Hvordan vurderer I borgerens behov og graden af trivsel?
- Hvilke tiltag gør I for borgere, som er stille og er indadvendte?
- Hvornår oplever I, at der gives antipsykotisk medicin? Er det fx efter indlæggelse på sygehus?
- Se på de markeret stop-knapper på figurerne – kan I iagttage nogle mønstre eller typiske situationer, fx i overgange, som er gældende hos jer?



Tegningerne findes i fuld størrelse på side 42-43



Værktøj 5

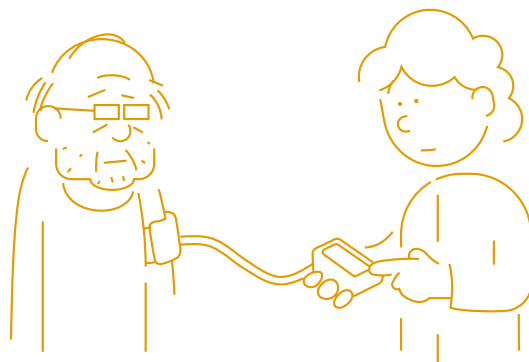
Styrk samarbejdet med praktiserende læge

Et vigtigt greb til at nedbringe antipsykotika er at styrke samarbejdet med den praktiserende læge. I det følgende finder I nogle gode råd til at styrke jeres samarbejde med de praktiserende læger.

Den praktiserende læge spiller en hovedrolle i indsatsen. Den praktiserende læge har behandlingsansvaret for borgeren og for at ordinere medicin. I henhold til tal fra Sundhedsdatastyrelsen er det i ca. halvdelen af tilfældene praktiserende læge, der opstarter mennesker med demens på antipsykotika.

Plejepersonale, sygeplejerske og /eller pårørende til borgeren vil på grund af borgerens kognitive udfordringer være dem, der typisk går i dialog med lægen om behov for ændring i behandlingen. Det er vigtigt sammen at finde ud af, hvad der er årsag til adfærdsmæssige og psykiske symptomer gennem en systematisk årsagsanalyse for at kunne iværksætte den rette pleje, omsorg og eventuelle behandling. Ved kvalificeret dialog og samarbejde kan plejepersonale, pårørende og den praktiserende læge sammen finde alternativer til behandling med antipsykotika.

Tjeklisten på side 72 er inspireret af Forløbsprogram for demens, Region Hovedstaden.²⁰



Dialog om systematisk samarbejde med praktiserende læge

1. Informer de praktiserende læger/plejehjemslæge og eventuelt praksiskon-sulent om jeres særlige fokus på at arbejde med at nedbringe antipsykotika.
2. Få de praktiserende lægers/plejehjemslægers perspektiver og idéer til indsatsen, samt deres forslag til, hvordan I sammen kan nedbringe forbruget. I kan med fordel inddrage de praktiserende læger i både kortlægningsarbejdet (trin 1) og målsætningsarbejdet (trin 2) i procesmo-dellen.
3. Drøft jeres samarbejde fx via værktøjerne til Samarbejdstjek eller brug Borgerrejserne til at få øje på situationer og overgange i borgerens forløb, hvor I sammen kan undgå unødvendig ordination af antipsykotika og hurtigere aftrapning.
4. Afklar jeres respektive roller og forventninger til hinanden i samarbejdet. Informer de praktiserende læger om systematikken i jeres arbejde med at sikre borgernes helbred og trivsel samt opspore og i at forebygge mistrivsel fx personcentreret omsorg, triagering m.v. Informer også om nøglepersoner på demensområdet.
5. Aftal arbejds gange med plejehjemslægen/den praktiserende læge ift. kontakt ved mistrivsel eller adfærdsændringer. Aftal hvordan kontakten til praktiserende læge skal foregå i forskellige situationer. Fx når I observerer begyndende eller akut opståede adfærdsændringer eller når I oplever, at der kan være grundlag for at nedtrappe, pausere eller evt. seponere antipsykotika hos en borger:
 - Hvem tager kontakt til lægen?
 - Hvordan tages kontakten? Hvilken information skal lægen have?
 - Hvad skal I have undersøgt, inden I kontakter lægen, så lægen kan tage informerede beslutninger?
6. Planlæg evt. fælles kompetenceudvikling om forebyggelse og tidlig opsporing af adfærds mæssige og psykiske symptomer, håndtering af antipsykotika mm. Planlæg gerne i samarbejde med evt. plejehjemslæge.
7. Indgå samarbejdsaftaler i forhold til at forebygge unødvendig medicin og til at håndtere nedtrapning, pausering og seponering. Find eventuelt inspiration i, hvordan henholdsvis Aabenraa og Frederiksberg Kommune har afklaret ansvar i samarbejdsaftaler (gengivet på side 50-51).



Tjekliste: Forbered jer inden I kontakter lægen

For at få kvalificeret sparring fra den praktiserende læge fx ift. adfærdsændringer hos en borger, er det vigtigt, at I kan informere om følgende i samtale med lægen:

Brug ISBAR som udgangspunkt²¹:

- I – IDENTIFIKATION Sig dit navn, din funktion og din gruppe/distrikt. Borgers navn, cpr. nr., adresse
- S – SITUATION Jeg ringer fordi... Beskriv: blodtryk, puls, temperatur, vejtrækning
Beskriv borgerens adfærd/adfærdsændringer
Hvad består adfærden i? Beskriv adfærden og omfanget af den så konkret som muligt.
Hvordan og hvornår er adfærden opstået/ændret?
Hvor længe har det stået på, og opstod adfærden pludseligt eller langsomt over tid?
- B – BAGGRUND Kort præsentation af borgerens situation: (tiltag indtil nu, sygdomshistorie)
Hvad været forsøgt allerede, og hvem har være inddraget?
Hvad har I gjort for at finde årsagerne til adfærdsændringerne? Har I fx taget urinstix, TOBSet?
Hvordan har I forsøgt at afhjælpe mistrivsel hos borgeren med non-farmakologiske tiltag?
Har pårørende, demenskoordinator, demensnøglepersoner eller andre været inddraget?
- A – ANALYSE Giv din vurdering af problemet:
Hvad har I fundet ud af?
Kan der være somatiske årsager (fx infektion, feber, dehydrering, forstoppelse, smerter) til den ændrede adfærd? Kan adfærden hænge sammen med progression i (demens-)sygdom? Har borgeren symptomer, diagnoser og tilstande, som kan være relevante?
Har der været nylige medicinændringer? Kan borgeren være påvirket af medicin, polyfarmaci?
Har borgeren en kendt psykiatrisk diagnose?
Har der været ændringer i hverdagen, eller er der andre sociale og psykiske forhold, der er ændret?
- R – RÅD Giv eller bed om råd om den videre behandling:
Hvad ønsker I lægens medvirken til, hvad ønsker i råd om?
Ønsker I at lægen foretager en yderligere somatisk udredning?
Fortæl lægen, hvis I ikke ønsker øget medicinering af borgeren, eller hvis I ønsker nedtrapning, pausering eller evt. seponering af antipsykotika. Foreslå at en eventuel medicinændring evalueres efter fx 14 dage. Aftal hvad der skal observeres for.



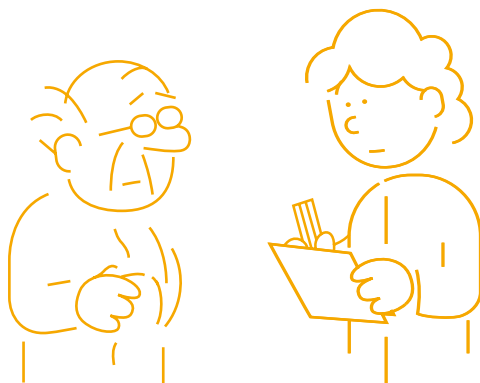
Henvendelse til læge

Ved akutte adfærdsændringer

Ret telefonisk henvendelse til lægen. Brug tjeklisten samt resultater af TOBS, urinstix og beskrivelse af adfærdsændringerne. Hav særlig fokus på, om tilstanden kan skyldes delir.

Ved langsomt indsættende adfærdsændring/funktionstab

Ret henvendelse til læge skriftligt i en korrespondance. Eller tag problemstillingen op i forbindelse med stuegang/besøg af evt. plejecenterlæge. Dette er typisk relevant i situationer ved lav TOBS, eller hvis jeres ønske er at få vurderet, om der er mulighed for nedtrapning, pausering eller seponering af medicinen til en borger.



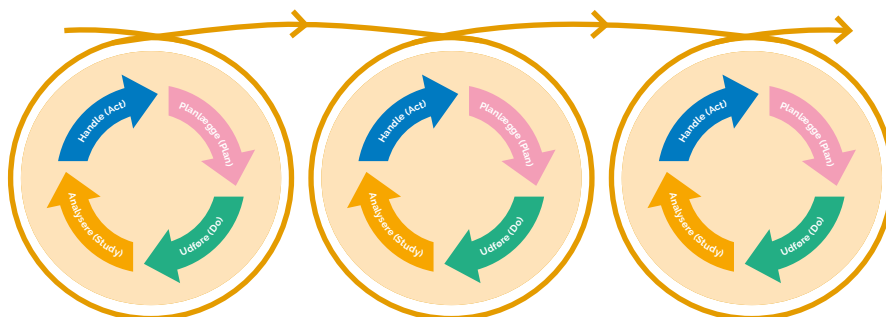
Værktøj 6

Information om og eksempler på arbejde med forbedringsmodellen

Når I skal i gang med at planlægge og gennemføre tiltag i form af ændring af arbejdsgange, samarbejdsrutiner eller tiltag rettet mod enkelte borgere, vil forbedringsmodellen give jer systematik i arbejdet.

På næste side kommer en introduktion til forbedringsmodellen baseret på Kvalitetsguiden | DSKS, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, og to eksempler på brug af PDSA-cirklen.²²

PDSA-cirklen



Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen er en ramme til at arbejde med og accelerere kvalitetsforbedring til gavn for brugere og medarbejdere i sundhedsvæsenet. Når man bruger modellen, eksperimenterer man hyppigt med, hvordan konkrete forandringer af en praksis virker – også kaldet afprøvninger. Tidstro data anvendes til at afgøre, om forandringerne skaber forbedringer og dermed øger kvaliteten af en specifik sundhedsydelse.

Hvad kan man bruge metoden til?

Formålet er at forbedre den faglige, brugeroplevede og/eller organisatoriske kvalitet ved at lukke eller reducere afstanden mellem den kvalitet, man ønsker i en ydelse og den kvalitet, en ydelse reelt giver.

Forbedringsmodellen består af to dele, og den første del omfatter tre spørgsmål:

- Hvad ønsker vi at opnå?
- Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?
- Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe forbedringer?

Den anden del af forbedringsmodellen - PDSA-cirklen - er metoden til afprøvninger. Det er her de ideer til forandringer, der skal til for at skabe de ønskede forbedringer, afprøves i lille skala. Det er altså modellens motor til at omsætte ideer til konkrete handlinger af den enkelte idé.

Der er fire elementer i PDSA-cirklen

- **Plan:** Formuler en hypotese og planlæg, hvad der skal gøres anderledes. Hypotese: hvad er det vi tror, der vil ske, når vi laver den udvalgte afprøvning.
- **Do:** Gennemfør afprøvningen og indsamle data. Data: hvad skete der under afprøvningen?
- **Study:** Sammenlign data med hypotesen: skete der det vi troede, der ville ske.
- **Act:** Bekræft, forkast eller juster hypotesen efter, hvad I lærte, og planlæg næste afprøvning.

Gå ind på www.patientsikkerhed.dk/viden/forbedringsmetoder for at lære mere om forbedringsmodellen, og hvordan I kan arbejde med PDSA-cirklen.²³



To eksempler på brug af PDSA-cirklen

Formålet med at gennemføre systematiske og dokumenterede afprøvninger er at opbygge praksisnær viden om, hvilke forandringer der kan forbedre arbejdsgange og dermed kvaliteten. Man udvikler praksisnær viden ved at reflektere over effekten af den gennemførte afprøvning. Denne viden anvendes til at danne grundlag for de efterfølgende systematisk gennemførte og dokumenterede afprøvninger.

Eksempel:

Forebygge brug af antipsykotika til borger i mistrivsel

Gerda er næsten lige flyttet ind på plejehjemmet, og hun fremstår forpint. Hun græder ofte, og teamet lykkes ikke med at skabe en relation til hende, så de kan få lov til at hjælpe hende med personlig hygiejne.

Teamet holder en beboerkonference for at få større forståelse for Gerdas adfærd. De kommer frem til forskellige handlinger, de kan prøve af for at forbedre Gerdas trivsel. De taler med Gerdas søn om hendes morgenrutiner. De får at vide, at hun altid har taget bad om aftenen, og at hun kun har vasket sig i ansigtet og børstet tænder om morgenen – efter morgenmaden.

Teamet stiller sig først tre spørgsmål:

- *Hvad ønsker vi at opnå?*
Spørgsmål: Hvad sker der, hvis Gerda spiser morgenmad før morgenpleje?
Hypotese: Vi tror, at Gerda vil græde mindre.
- *Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?*
Teamet fører døgnskema for Gerda og kan dagligt følge med i evt. ændringer, og se om der sker forbedringer
- *Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe forbedringer?*
En ændret morgenrutine, så Gerda spiser, før hun får hjælp til tandbørstning og let vask.



Eksempel fortsat:

Forebygge brug af antipsykotika til borger i mistrivsel

Plan Hvem gør hvad og hvornår	Teamet beslutter, at medarbejder Pia skal afprøve ny tilpasset morgenrutine, hvor Gerda spiser før morgenhygiejne, hver morgen de næste fire dage.
Do Afprøvningen gennemføres	Pia afprøver den nye morgenrutine som planlagt. Teamet fører døgnskema for Gerda både før afprøvning og i perioden tiltaget afprøves.
Study Hvilken læring af har prøvningen vist?	<p>Teamet sammenligner døgnskemaerne for ugen før afprøvningen med de fire dage med ny morgenrutine for at se, om der er sket en forbedring.</p> <p>Læringen er, at Gerda i de fire dage med ændret morgenrutine kun har haft meget korte perioder med gråd om formiddagen. Før ændringen græd hun store dele af formiddagen.</p>
Act Læg en plan på baggrund af den læring, der er opnået	<p>Teamet beslutter at fortsætte at afprøve den nye rutine i yderligere 14 dage. Alle medarbejdere i dagvagt skal følge rutinen og fortsat føre døgnskema.</p> <p>Den nye rutine dokumenteres i døgnplanen. Alle medarbejdere i dagvagt informeres desuden mundtligt om ændringen og om varigheden af den nye afprøvning.</p> <p>Efter 14 dage evaluerer teamet ændringen, og siden døgnskemaerne viser samme billede, som efter den første afprøvning, implementerer de ændringen i morgenplejen fast.</p>



**Eksempel:**

Udvikling af arbejdsgang for at afdække mistrivsel hos borger tidligt

Teamet oplever, at de ikke får opsporet mistrivsel hos borgerne tidligt nok. De har flere gange oplevet, at de kommer i en situation, hvor en borger pludselig "eksploderer" i en vagt, hvor der er få tilstede. Her ser de ikke anden mulighed end at ringe til en vagtlæge for at få akut beroligende medicin til borgeren. Teamet gennemfører triagering hver uge, men det er ikke nok til at forebygge situationerne, før det er for sent.

Teamet stiller sig først tre spørgsmål

- *Hvad ønsker teamet at opnå?*
Spørgsmål: Hvad sker der, hvis vi begynder fast at triagere for trivsel?
Hypotese: Vi tror, at vi vil opspore mistrivsel hos borgerne tidligere.
- *Hvordan ved teamet, at en forandring er en forbedring?*
Teamet fører statistik for, hvor ofte de kontakter læge pga. en borgers akutte adfærd.
- *Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe forbedringer?*
Teamet sætter en ny kolonne ind på triageringsoversigten, så der kan triageres for trivsel og iværksættes tiltag for at skabe trivsel

Eksempel fortsat:

Udvikling af arbejdsgang for at afdække mistrivsel hos borger tidligt

Plan Hvem gør hvad og hvornår	Teamet beslutter, at medarbejder Mette, som skal lede triageringen i næste uge, skal tilføje den ekstra kolonne på triageringsoversigten og sørge for at alle medarbejdere triagerer for trivsel på mødet.
Do Afrøvningen gennemføres	Mette tilføjer kolonnen, og teamet afprøver triagering for trivsel som planlagt.
Study Hvilken læring af har prøvnin-gen vist?	Læringen er, a) at to borgere, som ikke havde somatiske symptomer, blev triageret hhv. gul og rød pga. mistrivsel. b) Ikke alle medarbejdere deltog lige aktivt. c) Tre medarbejdere gav udtryk for, at de syntes, det var meget svært at triagere for trivsel.
Act Læg en plan på baggrund af den læring, der er opnået	Alle medarbejdere i teamet orienteres om, at triagering for trivsel skal afprøves videre den næste måned. (Teamet vælger desuden at sætte et nyt tiltag i værk: De vil på et personalemøde arbejde med Redskabet: Trivselskarret (findes på www.sst.dk) som redskab for at alle skal blive tryggere ved at triagere for trivsel. De bruger også PDSA-cirklen på dette tiltag, og opsætter en hypotese m.v.)





Litteraturliste og links

1. A. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje: Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, 2019.

B. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje: Demens og medicin, 2019.
2. Nørgaard, A. et al. Effect of antipsychotics on mortality risk in patients with dementia with and without comorbidities, *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol 70, side 1169-1179, 2022.
3. Sundhedsdatastyrelsen. Opgørelse af forbruget af antipsykotika. Antipsykotika (esundhed.dk), 27. juni 2023.
4. Sundhedsstyrelsen. Demenshåndbøger, 2019-2020.
5. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger og inspiration til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder og udadreagerende adfærd i hjemmeplejen, 2020.
6. Sundhedsstyrelsen. Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer i praksis, 2019.
7. Sundhedsstyrelsen. Personcenteret omsorg i praksis, 2019.
8. Sundhedsstyrelsen. Beboerkonferencen i praksis, 2019.
9. Sundhedsstyrelsen. Faglig ledelse i praksis, 2019.
10. Styrelsen for patientsikkerhed. Demens og antipsykotisk medicin. Undervisningsmateriale til plejepersonale, 2018.
11. Sundhedsstyrelsen. Månedssbladet *Rationel Farmakoterapi* 2, 2023.
12. Sundhedsstyrelsen. Seponeringslisten, 2023.
13. Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykiske lidelser www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2014/9276, 2014
14. Sundhedsdatastyrelsen. Færre ældre får mange slags medicin, 2022.
15. Sundhedsstyrelsen. BPSD-modellen, 2019.
16. Nationalt Videnscenter for Demens. Lommeuide: Observation af fysiske symptomer, 2017.
17. Kitwood T. En revurdering af demens – personen kommer i første række, Munksgaard, 1999.
18. Moth, A.E., Hølmkjær, P., Holm, A. et al. What Makes Deprescription of Psychotropic Drugs in Nursing Home Residents with Dementia so Challenging? A Qualitative Systematic Review of Barriers and Facilitators. *Drugs Aging* 38, 671-685, 2021.



19. Frederiksberg Kommune. Samarbejdsaftale – Praktiserende læger, Sygeplejefagligt personale på plejecentre. Frederiksberg Bogtrykkeri.
20. Region Hovedstaden. Forløbsprogram for demens, 2021.
21. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. ISBAR – tjekliste til sikker mundtlig kommunikation, www.patientsikkerhed.dk/viden/patientsikkerhedsvaerktoejskasse/isbar, 2023.
22. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Kvalitetsguiden – Begreber, metoder og værktøjer til kvalitetsudvikling på tværs af sundhedsvæsenet, 2022.
23. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. www.patientsikkerhed.dk/viden/forbedringsmetoder, 2023.

E-læring og webinarer

- Nationalt Videnscenter for Demens. ABC Demens – pleje og omsorg | Nationalt Videnscenter for Demens www.videnscenterfordemens.dk/da/abc-demens-pleje-og-omsorg
- Nationalt Videnscenter for Demens. ABC Demens – udfordrende adfærd | Nationalt Videnscenter for Demens www.videnscenterfordemens.dk/da/abc-demens-udfordrende-adfaerd
- Sundhedsstyrelsen. 2023. E-læring - Videnscenter for værdig ældrepleje - Sundhedsstyrelsen: Nedbringelse af antipsykotika www.sst.dk
- Sundhedsstyrelsen. 2022. Webinar: Hvordan kan vi mindske forbruget af antipsykotisk medicin? - Videnscenter for værdig ældrepleje - Sundhedsstyrelsen www.sst.dk



Miljømærket tryksag
5041 0751

**Guide til at nedbringe
antipsykotisk medicin
til mennesker med demens**

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

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

ISBN: 978-87-7014-537-4 (elektronisk udgave)
ISBN: 978-87-7014-538-1 (trykt udgave)

Sprog: Dansk
Version: 2
Versionsdato: Juli 2023
Format: pdf

Design: Sundhedsstyrelsen
Foto: Sundhedsstyrelsen

