

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 næste side er inspireret af Forløbsprogram for demens, Region Hovedstaden.²⁰

Dialog om systematisk samarbejde med praktiserende læge

1. Informer de praktiserende læger/plejehjems-læge og eventuelt praksiskonsulent om jeres særlige fokus på at arbejde med at nedbringe antipsykotika.
2. Få de praktiserende lægers/plejehjems-lægers 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 procesmodellen.
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 plejehjems-lægen/den praktiserende læge ift. kontakt ved mistrivsel eller adfærd-ændringer. Aftal hvordan kontakten til praktiserende læge skal foregå i forskellige situationer. Fx når I observerer begyndende eller akut opståede adfærd-ændringer 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 adfærdsmæssige og psykiske symptomer, håndtering af antipsykotika mm. Planlæg gerne i samarbejde med evt. plejehjems-læge.
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, vejrtrækning
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 medicin- en til en borger.