



**Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer
hos ældre + 65 årige brugere af antipsykotika
på plejehjem og i hjemmeplejen
i Allerød, Hillerød og Slangerup kommune.**

**Rapport
December 2006**

Forord

Denne rapport er resultatet af et projekt initieret og finansieret af Forebyggelsesrådet i Frederiksborg Amt. Et af målene med projektet har været at kortlægge forbruget af antipsykotisk medicin og lægemiddelrelaterede problemer hos + 65 årige borgere, som bor på plejehjem eller er tilknyttet hjemmeplejen i Allerød, Hillerød og Slangerup kommuner. Medicin og plejeloger er gennemgået for i alt 55 borgere og forslag til medicinændringer og andre relevante tiltag (fx plejeforhold, kost, hjælpemidler, aktivering mm.) er diskuteret med plejepersonale, praktiserende læge og gerontopsykiater.

På baggrund af kortlægningen, har målet været at udarbejde forslag til, hvordan praktiserende læger, plejepersonale, gerontopsykiatere og apoteker/farmaceuter kan implementere rutiner, der løser og forebygger lægemiddelrelaterede problemer hos ældre brugere af antipsykotisk medicin.

I denne rapport beskrives resultaterne af kortlægningsfasen, samt de forslag og anbefalinger, som resultaterne har givet anledning til.

Projektets resultater er desuden udmundet i en skriftlig vejledning, som er udarbejdet i samarbejde med plejepersonale, praktiserende læger, gerontopsykiatere og farmaceuter fra de tre interventionskommuner. Denne vejledning indeholder forslag til rammer og indhold for et fremtidigt tværfagligt samarbejde. Vejledningen er i december 2006 udsendt til alle kommuner i Frederiksborg Amt, samt til alle plejehjem, hjemmeplejen, praktiserende læger og apoteker i de tre kommuner, som har deltaget i projektet.

I den forbindelse vil vi gerne takke alle de sygeplejersker, sosu-assistenten, praktiserende læger, farmaceuter og gerontopsykiatere, som har ydet en værdifuld indsats for projektet som enten lokal tovholder på kommune eller institutionsniveau eller via bidrag til udarbejdelse af den skriftlige vejledning, som er et vigtigt produkt af projektet. En særlig tak skal endvidere lyde til de som har deltaget i projektgruppen.

Eventuelle spørgsmål til materialet kan rettes til Lone Due (lone.due@regionh.dk), Lægemiddelfunktionen, Koncern Plan og Udvikling i Region Hovedstaden.

Birgit Bonnichsen
Projektsygeplejerske

Dorte Glinborg
Projektleder, cand.pharm

Indholdsfortegnelse

1.0 Sammenfatning	5
2.0 Baggrund for projektet	7
2.1 Højt forbrug af antipsykotisk medicin på plejehjem.....	7
2.2 Hvorfor er behandling af ældre demente med antipsykotika et problem?.....	9
2.3 Hvad har man gjort ved forbruget indtil nu?.....	12
2.4 Hvordan kan man opnå en reduktion i forbruget?	13
2.5 Opsummering.....	14
3.0 Formål	15
3.1 Problemstillinger	15
3.2 Mål	16
4.0 Materiale og metode.....	17
4.1 Kortlægningsfasen	17
4.2 Analysefasen	18
4.3 Implementeringsfasen	19
4.4 Organisering og samarbejdspartnere.....	19
5.0 Budget	20
6.0 Fakta om de tre kommuner	20
7.0 Resultater	21
7.1 Inkluderede patienter.....	21
7.2 Problemer med brugen af antipsykotisk medicin.....	22
7.3 Forbrug af andre psykofarmaka	25
7.4 Andre lægemiddelrelaterede problemer.....	26
7.5 Forskelle mellem plejehjem og hjemmeplejen	27
7.6 Forskelle når borgeren får dosispakket medicin fra apoteket	27
7.7 Forskelle mellem borgere på demensafsnit og somatiske enheder	28
7.8 Seponering af antipsykotika.....	29
7.9 Forbruget af antipsykotisk medicin efter projektets intervention	30
8.0 Analyse af årsager til problemerne på systemniveau.....	32
8.1 Observerede forskelle mellem de enkelte kommuner og plejehjem	32
8.2 Problemer med håndtering af den adfærdsforstyrrede borger	34
8.3 Årsager til manglende medicingennemgang og opfølgning	36
8.4 Barrierer i forbindelse med dosisdispensering	37
8.5 Problemer med medicinstatus efter indlæggelse på sygehus	38
8.6 Aktøremes reaktioner på projektets intervention.....	38
9.0 Diskussion.....	42
9.1 Forbruget af antipsykotika i forhold til andre undersøgelser	42
9.2 Forskelle i forbruget af antipsykotisk medicin mellem de enkelte plejehjem	42
9.3 Forskelle mellem plejehjem og hjemmeplejen	44
9.4 Forskelle når borgeren får dosispakket medicin fra apoteket	45
9.5 Evaluering af projektets intervention som model for medicingennemgang	45
9.6 Evaluering af projektets organisering generelt	46
10.0 Konklusion på kortlægnings- og analysefasen.....	48
11.0 Implementering	49
11.1 Udarbejdelse af en skriftlig vejledning	49
11.2 Lokale tværfaglige koordinationsmøder	49
11.3 Møder for plejepersonalet på de enkelte institutioner.....	50
11.4 Møder med amtlig demenskoordinator og kommunale demenskonsulenter.....	50

11.5 Temamøde for gerontopsykiatere og praktiserende læger	51
12.0 anbefalinger og forslag	52
12.1 Projektteamets anbefalinger	52
12.2 anbefalinger til de kommunale sundhedsenheder	52
12.3 anbefalinger til de kommende regioner	53
12.4 anbefalinger til andre myndigheder	54
12.5 Forslag til nye projekter	54
Bilag	55
Bilag A: Lægemidler, hvor indikationen bør revurderes hos ældre.....	56
Bilag B: Resumé af projektbeskrivelsen	58
Bilag C: Skema til kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer	62
13.0 Referencer	63

1.0 Sammenfatning

I de seneste år har der været stor fokus på det høje forbrug af antipsykotisk medicin hos borgere på plejehjem. Hovedproblemet er, at medicinen anvendes til demente borgere med adfærdsforstyrrelser eller psykotiske symptomer, hvor medicinen har tvivlsom eller ingen effekt, men derimod en række alvorlige bivirkninger og øget dødelighed. Trods forskellige centrale tiltag i form af skriftlige vejledninger er forbruget på plejehjem fortsat med at stige fra 1996-2003.

I flere undersøgelser har man opnået en reduktion i forbruget af psykofarmaka og andre lægemiddelrelaterede problemer, når et tværfagligt team bestående af farmaceut, læge og sygeplejerske har gennemgået medicinen for borgere på plejehjem.

Forebyggelsesrådet i Frederiksborg Amt har styrket indsatsen på området med iværksættelsen af dette projekt, hvor en farmaceut og en sygeplejerske har gennemgået de ældres medicin og plejeobservationer. På denne baggrund har projektteamet stillet forslag til nye aktiviteter og samarbejdsmodeller for den fremtidige forebyggelse af lægemiddelrelaterede problemer hos + 65 årige brugere af antipsykotisk medicin på plejehjem og i hjemmeplejen.

Projektet er gennemført i Allerød, Hillerød og Slangerup kommuner og har inkluderet i alt 55 borgere (39 fra plejehjem og 16 fra hjemmeplejen). Borgerne fik i gennemsnit 8,4 lægemidler ekskl. naturlægemidler, vitamin- og kosttilskud med en tendens til et lidt højere forbrug i hjemmeplejen.

Det gennemsnitlige forbrug af antipsykotisk medicin var 8% i hjemmeplejen og 16% på plejehjem. Forbruget på de særlige demensafsnit varierede fra 10-50%.

Borgerne på plejehjem fik oftest et nyere antipsykotikum pga. adfærdsforstyrrelser eller psykotiske symptomer som følge af delir eller demens. Hos en tredjedel af borgerne fandt vi, at episoder med adfærdsforstyrrelser eller psykotiske symptomer kunne være somatisk betinget af fx en urinvejsinfektion eller lægemidler (delir).

De 16 borgere i hjemmeplejen fik oftere et ældre antipsykotikum. De fleste havde fået medicinen i mange år, men det var ikke altid muligt at identificere diagnosen. Der var en tendens til et lidt højere medicinforbrug og flere lægemiddelrelaterede problemer hos borgere i hjemmeplejen end borgere på plejehjem.

Det hyppigst identificerede lægemiddelrelaterede problem var manglende aktuel indikation for antipsykotisk medicin og bivirkninger i form af ekstrapyrimidale symptomer, dagsedation, fald og immobilisering. Det medførte, at den antipsykotiske medicin blev seponeret hos 18 af de 55 borgere, som deltog i projektet (33%). Generelt er forbruget af antipsykotika faldet med 25% på de plejehjem, som har deltaget i projektet, i forhold til de plejehjem, som ikke har deltaget.

Personalets viden og tilstrækkelige personaleressourcer er vigtige forudsætninger for at foretage ændringer, men de væsentligste årsager til problemerne er:

- Den holdning plejepersonalet og den praktiserende læge har til, hvad antipsykotisk medicin kan bruges til.
- Manglende opfølgning, kommunikation og koordinering mellem de relevante aktører omkring borgeren – primært plejepersonale, praktiserende læge og gerontopsykiater (anden speciallæge), samt i nogen grad apotek.

De lægemiddelrelaterede problemer kommer særlig til udtryk hos den demente borger med adfærdsforstyrrelser (gerontopsykiater ofte involveret), men også andre borgere, som får dosisdispensering fra apoteket eller som har været indlagt på hospital, må forventes at være i særlig risiko.

Projektteamet har udarbejdet en skriftlig vejledning til, hvordan praktiserende læger, plejepersonale, gerontopsykiatere og apoteker/farmaceuter kan implementere rutiner, der løser og forebygger lægemiddelrelaterede problemer. Vejledningen fokuserer på samarbejdet mellem de involverede sundhedsprofessioner omkring:

- Medicingennemgang – opsøgende hjemmebesøg
- Håndtering af adfærdsforstyrrelser hos demente
- Optimering af dosisdispensering
- Opfølgning på medicinændringer efter indlæggelse.

Vejledningens budskaber er, via undervisning og møder, blevet formidlet til plejehjem og hjemmepleje, læger og apoteker i de tre interventionskommuner. Vejledningen bliver desuden sendt til de øvrige kommuner i Frederiksborg Amt.

Som følge af de resultater og erfaringer vi har opnået i dette projekt, har vi endvidere en række anbefalinger til de nye kommuner, regioner og andre myndigheder samt idéer til nye projekter.

2.0 Baggrund for projektet

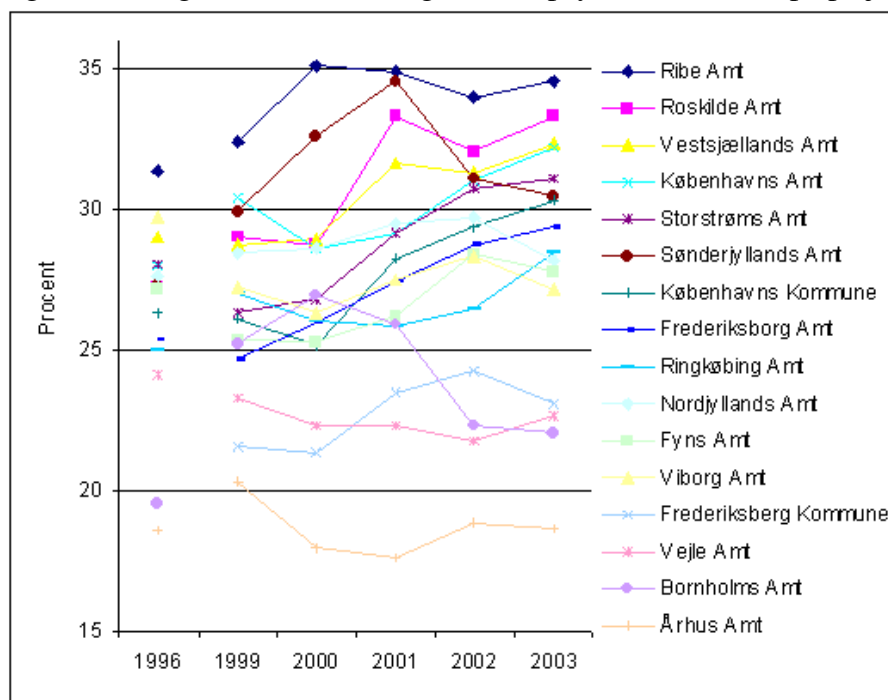
2.1 Højt forbrug af antipsykotisk medicin på plejehjem

Op til 16% af hospitalsindlæggelser af ældre +65 årige skyldes lægemiddelrelaterede problemer. Undersøgelser viser, at psykofarmaka hyppigt er årsag til problemet. Eksempelvis indlæggelse pga. af faldulykker¹.

I de senere år har der været særlig fokus på forkert brug af antipsykotisk medicin hos ældre på plejehjem. Problemet med antipsykotisk medicin er imidlertid ikke nyt. I 1990 fandt man, ifølge en stikprøveundersøgelse fra Sundhedsstyrelsen, at 20% af beboerne på landets plejehjem, var i behandling med antipsykotisk medicin². I en undersøgelse fra Århus Amt var forbruget kun 12%³.

I en undersøgelse fra Silkeborg Kommune fra 2000, fandt man et væsentligt lavere forbrug på de såkaldte skærmede enheder (demensafsnit), nemlig 0%, hvorimod forbruget for de almindelige plejehjem svarede til amtsgennemsnittet (13%). På denne baggrund anbefalede arbejdsgruppen etablering af Leve-Bomiljøer med værdier som tryghed og nærvær, kort afstand til personalet og hensigtsmæssig fordeling af personaletimer over døgnet⁴.

Fig. 1: Amtslig variation i forbruget af antipsykotisk medicin på plejehjem⁵



I en undersøgelse fra Lægemiddelstyrelsen fandt man, at 28% af beboerne på landets plejehjem fik antipsykotisk medicin i 2003, men at der er stor variation mellem amterne (fra 19% i Århus til 33% i Ribe, jf. fig. 1). Det har ikke været muligt at finde en forklaring på den amtslige variation, herunder den gerontopsykiatriske indsats. På landsplan er forbruget på plejehjem desuden steget 2% fra 26% i 1996 til 28% i 2003, og er væsentligt højere end blandt borgere i eget hjem (4% i 2003). Forbruget på plejehjem i Frederiksborg Amt steg i samme periode fra 25% til 29% (4%). Der synes således at være et potentiale for at reducere forbruget på plejehjem i Frederiksborg Amt⁵.

I en undersøgelse fra Københavns Kommune⁶ fra 2006 fandt man imidlertid, ved en optælling på alle kommunens plejehjem, at forbruget af antipsykotisk medicin var 23%, hvilket var lavere end i Lægemiddelstyrelsens undersøgelse (30%). Tallene fra den tidligere undersøgelse i Århus Amt (12%) er ligeledes forskellige fra Lægemiddelstyrelsens (19%). I vores projekt er det derfor relevant at opgøre forbruget af antipsykotisk medicin på plejehjemmene og se, hvordan de stemmer overens med Lægemiddelstyrelsens undersøgelse.

Lægemiddelstyrelsens undersøgelse viste også, at 60% af de plejehjemsbeboere, der får antipsykotika, tillige får et eller flere andre psykofarmaka (antidepressiva, demensmedicin, angstdæmpende medicin eller sovemedicin). Denne kombination kan i nogle tilfælde være problematisk, fordi den sløvende virkning af den antipsykotiske medicin forstærkes (af fx angstdæmpende medicin) eller pga. risiko for interaktioner mellem stofferne (fx med visse antidepressiva). Ofte gives demensmedicin og antipsykotika samtidig (35%), hvilket ifølge en rapport fra Sundhedsstyrelsen⁷, giver mistanke om, at medicinen i flere tilfælde bruges til ”at skabe ro” og ikke til behandling af en egentlig psykose eller skizofren sygdom. Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport er de væsentligste problemer:

- Manglende indikation for anvendelse af antipsykotika (virker ikke på adfærdsforstyrrelser)
- Manglende seponering af akut behandling (for lang behandlingstid)
- For høj dosis til ældre (man immobiliserer patienten fysisk og mentalt).

2.2 Hvorfor er behandling af ældre demente med antipsykotika et problem?

Undersøgelser viser, at antipsykotisk medicin har beskeden, om nogen, effekt på adfærdsforstyrrelser og psykotiske symptomer ved demens. Til gengæld har medicinen alvorlige bivirkninger.

Fig 2: Skellen mellem adfærdsforstyrrelser og psykotiske/psykiatriske symptomer (BPSD).

Adfærdsforstyrrelser:	Psykiatriske symptomer:
Aktivitetsforstyrrelser	Personlighedsændringer
Rastløshed	Angst
Flugttendens	Tristhed, irritabilitet
Territoriekrænkelse	Apati
Natteuro	Egentlig depression
Aggressivitet	Agnosi (mistolkning af sanseindtryk)
Verbal vrede	Konfabulering (fx skal på arbejde, hjem til mor)
Fysisk vold	Psykotiske symptomer
Råbende adfærd	Hallucinationer
Upassende seksualitet.	Vrangforestillinger (fx paranoia).

Figurtekst: Det internationale begreb BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia = Besværlig adfærd og psykiatriske symptomer) oversættes i praksis forskelligt. Fx i DSAM's vejledning⁸ til "Behavioural Psycho Social Disorders" "Besværlige Psykiske Symptomer ved Demens". I det følgende er det valgt at anvende Niels-Christian Gulmanns definition og opdeling fra Den Internationale Psykogeriatriske Organisation (IPA) som den forekommer i en landsdækkende vejledning, udsendt af Sundhedsstyrelsen og Institut for Rationel Farmakoterapi til alle landets aktive læger i 2005⁹. Dog med den ene tilføjelse, at de psykotiske symptomer er tydeliggjort, da det oftest er dem, der er genstand for den antipsykotiske medicin.

Aggressivitet i form af vrede og vold mod personale eller medbeboere synes ofte dæmpet med antipsykotisk medicin, og effekten er da også vist i enkelte undersøgelser^{10 11}. Den tilsigtede effekt – at borgeren udadtil skal virke roligere – er dog ofte udtryk for ubehagelige bivirkninger som parkinsonisme og sedation¹¹. Andre adfærdsforstyrrelser er ikke indikation for antipsykotisk medicin. Det har ingen effekt^{10 11}.

Effekten på psykotiske symptomer som følge af demens er ofte skuffende, og skal opvejes mod de alvorlige bivirkninger. I en meta-analyse fandt man således effekt af Risperdal på de psykotiske symptomer, men samtidig sås alvorlige bivirkninger i form ekstrapyrimidale bivirkninger (parkinsonisme, ufrivillige bevægelser) og blodpropper i hjernen¹¹. I en undersøgelse fandt man, at effekten af Zyprexa eller Risperdal på de psykotiske symptomer ikke var bedre end placebo (inaktiv medicin)¹². Det er desuden interessant, at der i denne undersøgelse sås en forbedring hos både de som blev behandlet med placebo og de som blev behandlet med et af de nævnte antipsykotika. Problemet er, at man i det virkelige liv vil tolke denne forbedring som, "at den antipsykotiske medicin har hjulpet", selvom samme forbedring kunne være sket uden medicinen. Fx pga. en øgede opmærksomhed og kontakt med den demente.

Hvad sker der hvis den antipsykotiske medicin seponeres?

De foreliggende undersøgelser viser således, at der sjældent er god indikation for at iværksætte behandling af demente ældre med antipsykotisk medicin. Det besvarer ikke, om de, der allerede er i behandling, bare kan holde op med medicinen igen uden problemer.

I en dansk undersøgelse fra H:S gennemført i 1999 med 147 urolige ældre fandt man, at hver fjerde kunne få seponeret deres antipsykotika uden problemer¹³. I placebokontrollerede undersøgelser har man fundet, at hverken adfærdsforstyrrelserne eller de psykotiske symptomer forværres, når medicinen seponeres, men i nogle tilfælde ses paradoksalt nok en bedring^{14 15 16}.

Bivirkninger af antipsykotisk medicin

Bivirkninger som rysten, ufrivillige bevægelser, hjerteproblemer, vægtøgning og sløvhed nedsætter den ældres livskvalitet, og medfører ofte unødvendige indlæggelser.

Undersøgelser har vist, at behandling af ældre demente med de nyere antipsykotika Zyprexa og Risperdal resulterer i en øget dødelighed og apopleksi (blodpropper i hjernen)¹¹. Tilsvarende risiko er tidligere set for det ældre præparat Serenase, hvilket antyder, at denne bivirkning gælder hele gruppen af antipsykotika. Dette bekræftes i et epidemiologisk studie, hvor der ikke findes forskel i risici mellem de nye og de gamle stoffer¹⁷. Bivirkninger hos ældre, i form af sedation, antikolinerge bivirkninger (konfusion, urinretention), hjertepåvirkning og ikke mindst ekstrapyrimidale bivirkninger, ses langt hyppigere for de ældre stoffer. Der er nationalt konsensus om, at de nye stoffer må foretrækkes frem for de gamle, og at de såkaldte højdosisstoffer ikke bør gives til ældre¹⁸.

Lægemiddelstyrelsens opgørelse fra 2003 viser, at de nyere antipsykotika er langt de hyppigst anvendte præparater til ældre, som bor på plejehjem (59%). Hos hjemmeboende ældre udgør forbruget af nyere stoffer en mindre andel (33%), og højdosispræparater som Truxal og Nozinan er hyppigt anvendt.

Figur 3: Eksempler på hyppigt anvendte antipsykotiske præparater til ældre.

Ældre typiske antipsykotika		Nyere typiske antipsykotika
Højdosis:	Truxal Nozinan	Risperdal Seroquel Zeldox
Middeldosis:	Cisordinol Trilafon	Zyprexa
Lavdosis:	Serenase	

Andre lægemiddelrelaterede problemer

Andre lægemidler kan hæmme omsætningen af antipsykotika, og dermed øge risikoen for bivirkninger. Kliniske betydningsfulde interaktioner, som bør undgås, er kombinationen af Trilafon og Paroxetin, men det kan ikke udelukkes, at Paroxetin kan hæmme omsætningen af andre antipsykotika (klasseeffekt). Andre interaktioner, der vurderes at være af klinisk betydning, er kombinationen af antipsykotika med paroxetin, fluoxetin, carbamazepin og tricykliske antidepressiva. Ved kombination af disse bør dosis af den antipsykotiske medicin nedsættes¹⁹.

Lægemidler med såkaldt antikolinerg virkning såsom Lysantin, midler mod inkontinens/blærespasmer og højdosis antipsykotika giver risiko for udvikling af konfusion/delir hos ældre. Det samme kan ses for Digoxin eller Kinin. Klinisk relevante lægemiddelrelaterede problemer i øvrigt fremgår af bilag A. Bilaget har udgangspunkt i Beers liste²⁰, som er en internationalt anerkendt liste over lægemidler, som ikke bør anvendes til ældre. Listen danner basis for det anerkendte instrument Medication Appropriate Index (MAI). I dette projekt er listen tilpasset danske forhold med anbefalinger fra Institut for Rationel Farmakoterapi. Desuden er der hentet inspiration fra et dokument fra den svenske Socialstyrelse, hvor der gives forslag til indikatorer til måling af kvaliteten af de ældres lægemiddelterapi²¹.

2.3 Hvad har man gjort ved forbruget indtil nu?

Problemet med det høje forbrug af antipsykotisk medicin på plejehjem er som sagt ikke nyt, og der er derfor i de seneste år udkommet flere vejledninger og retningslinier for korrekt brug af antipsykotisk medicin til ældre. På nationalt plan er der udsendt følgende retningslinier og vejledninger:

- 1998 Behandling med antipsykotika – Vejledende retningslinier. Dansk Psykiatrisk Selskab 1998.
- 2000 Vejledning om behandling med antipsykotika. Sundhedsstyrelsen. December 2000.
- 2004 Sundhedsstyrelsen inskærper landets læger at udvise stor forsigtighed ved behandling med atypiske antipsykotika til ældre patienter med demens. Marts 2004.

Nyere antipsykotika og nye bivirkninger. Rationel Farmakoterapi. Juni 2004.
- 2005 Forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre. Rapport fra arbejdsgruppen nedsat af Sundhedsstyrelsen 2005

Ældre med demens og psykiatriske symptomer og urolig adfærd. Kort vejledning i undersøgelse og behandling. Sundhedsstyrelsen og Institut for Rationel Farmakoterapi. November 2005.
- 2006 Gulmann NC. Behandling af ældre med delir eller demens. Rationel Farmakoterapi. Januar 2006.

På trods af nyere viden og retningslinier på området er antallet af +65 årige brugere af antipsykotika kun en smule faldende i perioden 2001-2003 (ca 2% per år). Dog ses et lidt større fald fra 2004-2005 (6%) efter, at Sundhedsstyrelsen og Institut for Rationel Farmakoterapi indskærpede indikationen for behandling af ældre med antipsykotika pga. nye data om øget risiko for død og apopleksi. Det har efterfølgende medført, at ca. 9% af de ældre, som fik Zyprexa i 2003, er stoppet med behandlingen, mens ca. 9% er skiftet til et andet præparat (oftest Seroquel, Risperdal og Cisordinol)²².

På plejehjemmene er forbruget, som tidligere nævnt (afsnit 2.1), steget fra 1996-2003, hvorfor vejledninger udsendt i denne periode synes at have været uden effekt. Det vides ikke, hvordan forbruget på plejehjem har udviklet sig efter 2003, men den samlede forbrugsudvikling tyder ikke på, at der er sket de store ændringer.

Den fortsatte udvikling i forbruget var baggrunden for, at der blev nedsat en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen, som fortrinsvis fik til opgave at analysere problematikken og komme med forslag til tiltag, som kan afhjælpe problemet.

Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005⁷ peger bl.a. på følgende forudsætninger, som er vigtige for at forbruget af antipsykotisk medicin kan reduceres:

1. Tilstedeværelse af relevante kliniske retningslinier
2. Mere målrettet formidling af retningslinierne til både læger og plejepersonale
3. Bedre organisering af indsatsen
4. Bevidsthed om, at bolig og plejeforhold kan have indflydelse på udvikling af psykoselignende tilstande
5. Monitoring af forbruget mhp. at målrette indsatsen.

I arbejdsgruppens forslag savnes imidlertid konkrete tiltag til, hvordan man formidler retningslinierne til plejepersonalet. Dog fremgår det, at ”emnet regelmæssigt bør indgå i faglige møder og kurser for læger og plejepersonalet”, samt at man bør udbygge samarbejdet mellem almen praksis, plejehjem og kommuner. Til gengæld har man været opmærksomme på betydningen af plejepersonalets kompetenceniveau i forhold til at kunne håndtere en person med adfærdsforstyrrelser, og observere personer i behandling med antipsykotika. Arbejdsgruppen anbefaler, at denne kompetence indbygges i ”den formaliserede sundhedsfaglige grunduddannelse” af plejepersonalet. Der er derimod ingen anbefalinger til, hvordan man kan sikre/opbygge disse kompetencer hos det nuværende personale, samt hvordan man i det hele taget sikrer, at der er tilstrækkelig kompetencer (og faglige ressourcer) til stede.

2.4 Hvordan kan man opnå en reduktion i forbruget?

Både danske og udenlandske undersøgelser har vist, at medicingennemgang foretaget af et tværfagligt team af læge, sygeplejerske og farmaceut resulterer i færre dødsfald, og mindre udgifter til medicin pga. skift til billigere alternativer, mindre forbrug af psykofarmaka eller af medicin, som ikke bør bruges af ældre, samt seponering af medicin, som ikke (længere) er nødvendigt eller ikke har effekt¹. I en svensk randomiseret undersøgelse med 1854 plejehjemsbeboere gennemgik man regelmæssigt de ældres medicin på tværfaglige møder mellem læger, farmaceuter, sygeplejersker og assistenter. Efter 12 måneder var forbruget af antipsykotisk medicin signifikant reduceret med 19% (Relativ Risikoreduktion)²³.

På baggrund af de eksisterende undersøgelser anbefaler arbejdsgruppen bag Lægemiddelstyrelsens rapport fra 2004:

- at gennemgang af plejehjemsbeboeres medicin etableres som et tilbud i samarbejde mellem farmaceut, sygeplejerske og læge
- at der iværksættes et pilotprojekt for hjemmesygeplejerskers identifikation af risikopatienter med henblik på medicingennemgang hos læge eller farmaceut efter fastlagte kriterier.

2.5 Opsummering

Der er god grund til at undgå behandling med antipsykotisk medicin til ældre demente patienter. Vi ved imidlertid ikke, hvor mange der får medicinen pga. adfærdsforstyrrelser eller psykotiske/psykiatriske symptomer. En stor del af de hjemmeboende ældre får et antipsykotisk præparat, som er uhensigtsmæssigt at anvende hos ældre.

Trods de mange gode tiltag gennem årene ses ifølge Lægemiddelstyrelsen fortsat en stigning i forbruget af antipsykotisk medicin på plejehjem. I Frederiksborg Amt er andelen af brugere på plejehjem steget med ca. 4% fra 1996-2003 til i alt 29%. Til sammenligning er andelen af brugere i Århus Amt uændret 19%. Skriftlige vejledninger jf. afsnit 2.3 synes således ikke at have haft effekt i Frederiksborg Amt.

For at skærpe opmærksomheden på området hos sundhedsprofessionerne er der behov for en koordineret indsats, der får professionerne til at tænke og handle sammen, når ”den bedste” behandling skal iværksættes for den ældre borger med adfærdsforstyrrelser.

Der er nogen evidens for, at en intervention af et tværfagligt team bestående af farmaceut, sygeplejerske og læge kan reducere forbruget. Det er imidlertid ikke undersøgt, om effekten er vedvarende. Hvor mange beboere får senere genordineret medicinen efter studieperioden er afsluttet? Hvor mange nye brugere undgår at blive sat i behandling fremover? Såfremt man skal opnå en vedvarende effekt, er det derfor nødvendigt at skabe nye rutiner og bedre samarbejdsrelationer.

3.0 Formål

Problemet med det store forbrug af antipsykotisk medicin på plejehjem var baggrunden for, at Forebyggelsesrådet den 23. februar 2005 besluttede at nedsætte en arbejdsgruppe, som udarbejdede et projektforslag til en styrket indsats overfor de plejehjemsbeboere i Frederiksborg Amt, der bruger antipsykotika.

Arbejdsgruppen foreslog, at man ansatte en farmaceut og en sygeplejerske, begge ½ tid i ca. 1 år til at gennemføre projektet. Endvidere foreslog arbejdsgruppen, at også borgere i hjemmeplejen blev inddraget som interventionsgruppe i projektet.

Formålet med projektet er gennem medicinggennemgang af brugere af antipsykotika at afdække, løse og forebygge lægemiddelrelaterede problemer hos 2 grupper af + 65 årige:

- ældre brugere på plejehjem
- ældre brugere tilknyttet hjemmeplejen.

3.1 Problemstillinger

Af arbejdsgruppens projektoplæg fremgik en række problemstillinger, som man fandt, at projektet bør undersøge. Det blev præciseret, at Forebyggelsesrådet ønskede at vægte en indsats på systemniveau, med implementering og forankring af projektets læring, frem for at måle effekter af medicinggennemgang.

Ved projektets begyndelse blev forventningerne til projektet endvidere diskuteret og afstemt med de deltagende kommuner. Kommunerne ønskede, at projektteamet fortrinsvis fokuserer på de borgere, som bor på plejehjem, og på om den medicin de får, er den mest optimale. Særligt med fokus på andre psykofarmaka, som bliver givet i tillæg til den antipsykotiske medicin. Kommunerne ønskede endvidere en vurdering af forbruget på demensafsnit over for de almindelige plejeafsnit, samt en vurdering af, hvilken indflydelse personalets viden og kompetenceforhold måtte have på omfanget af problemer relateret til den antipsykotiske medicin.

På denne baggrund er det besluttet, at belyse følgende problemstillinger:

Individniveau

- Er der rationel indikation for ordination af antipsykotika?
- Er valget af antipsykotika, styrke og dosering rationelt til ældre?
- Får den ældre tillige ordineret bivirkningsmedicin?
- Får den ældre tillige ordineret benzodiazepiner, antidepressiva eller demensmedicin?
- Får den ældre tillige ordineret lægemidler, hvor der er klinisk relevant interaktion med den antipsykotiske medicin?
- Er der andre lægemiddelrelaterede problemer?

Systemniveau

- Er der forskel i antal og art af lægemiddelrelaterede problemer hos brugere af antipsykotika på plejehjem i forhold til brugere af antipsykotika, som er tilknyttet hjemmeplejen?
- Er der forskel i antal og art af lægemiddelrelaterede problemer hos brugere af antipsykotika, der får deres medicin maskinelt dosisdispenseret i forhold til brugere, der selv doserer deres medicin?
- Er der forskel i forbruget af antipsykotisk medicin på demensafsnit kontra somatiske afsnit?
- Er der forskel på personalets viden og kompetence mellem institutionerne?

For den videre analyse af årsager til de lægemiddelrelaterede problemer og eventuelle barrierer for mulige løsningsforslag, er det interessant at undersøge:

- I hvilken grad det lykkes at seponere den antipsykotiske medicin. Både i hvilken grad lægerne accepterer forslag om seponering og i hvor mange tilfælde seponering reelt bliver gennemført.

Grundet projektets korte løbetid er det reelt ikke muligt at foretage en operationel måling af projektets succes på systemniveau idet den endelige implementering først kan finde sted når resultaterne fra kortlægningen foreligger, og har haft tid til at forankre sig. Det vil dog være interessant at se på, i hvilken grad projektet har medført en forankring af budskaberne omkring antipsykotisk medicin inden projektperiodens afslutning. Vi vil derfor også undersøge:

- Forskel i andelen af brugere af antipsykotika før og efter projektteamets intervention (inkl. nye brugere) evt. sammenlignet med ikke deltagende institutioner.

3.2 Mål

På baggrund af det som findes ved kortlægningen af disse problemstillinger, skal der udarbejdes forslag til, hvordan man kan indføre rutiner i almen praksis, på plejehjem, i hjemmeplejen og på apoteket, der kan være med til at identificere, løse og forebygge lægemiddelrelaterede problemer hos ældre brugere af antipsykotika. I dette projekt fokuseres primært på antipsykotika, men de modeller og implementeringstiltag som forslås, forventes også at kunne bidrage til problemløsning inden for andre terapeutiske områder.

Projektet mål er:

1. At kortlægge art og antal af lægemiddelrelaterede problemer hos +65 årige borgere på plejehjem eller i kontakt med hjemmeplejen, der er i behandling med antipsykotika
2. At komme med forslag til, hvordan problemerne kan identificeres, løses og forebygges
3. At forslå modeller for samarbejdsrelationer og aktiviteter mellem sundhedsprofessionerne fx egen læge, plejepersonale og apotek/farmaceut for at optimere medicineringen af ældre.

4.0 Materiale og metode

I projektet afprøves en model for medicingennemgang af et projektteam med farmaceut og sygeplejerske (kortlægningsfasen). Projekttemaet analyserer årsager til de lægemiddelrelaterede problemer og barrierer for iværksættelse af forslag til medicinændringer (analysefasen) til brug for projektets implementeringsfase.

Helsingør, Hillerød og Slangerup kommuner havde tilkendegivet interesse for at deltage i projektet. Helsingør Kommune valgte imidlertid at trække deres tilsagn tilbage lige før projektets start d.1. december 2005. I stedet meldte Allerød kommune sig under den betingelse, at kun plejehjem og ikke den kommunale hjemmepleje skulle deltage.

Hver af de tre kommuner har udnævnt en tovholder, som efterfølgende har formidlet kontakten til hjemmeplejen og de enkelte plejehjem. For hver institution er der udnævnt 1-2 tovholdere, som bistår projektteamet med at kortlægge forbruget af antipsykotika lokalt, inkludere borgere, herunder indhentning af samtykke, fremskaffe sundhedsjournaler og medicinoversigter, samt i øvrigt at bidrage med andre nødvendige oplysninger.

Projektet forløber i perioden 1. december 2005 til 31. december 2006, hvor der er ansat en projektleder, farmaceut og en projektsygeplejerske, begge på halv tid.

Projektet er overordnet opdelt i 3 trin:

1. Kortlægningsfasen
2. Analysefasen
3. Implementeringsfasen

4.1 Kortlægningsfasen

Projektteamet vil i kortlægningsfasen:

- Opgøre forbruget af antipsykotisk medicin på de enkelte institutioner
- Gennemgå de enkelte borgeres plejehjem og medicinstatus mhp. identifikation af eventuelle lægemiddelrelaterede problemer, og forslag til løsning.

Udvælgelse af institutioner

Forbruget af antipsykotika er blevet optalt af tovholderen på de enkelte institutioner ved brug af et standardiseret skema med en tilhørende vejledning, og en liste over de relevante præparater for at sikre en ensartet procedure. Projektteamet har modtaget en kopi af listen i anonymiseret form.

I Hillerød kommune er forbrug af antipsykotisk medicin opgjort på alle 6 plejehjem. Der blev herefter udvalgt tre plejehjem, der sammen med hjemmeplejen deltager i den videre kortlægning. Ved udvælgelsen er der lagt vægt på forskelle i forbrug af antipsykotika, om der er Leve-Bomiljø, og om man ofte anvender det gerontopsykiatriske team.

I Allerød er forbruget kortlagt for plejehjemmene i februar 2006 med undtagelse af det særlige demenshjem, som ikke deltager i projektet. Alle tre plejehjem deltager i den videre kortlægning. Slangerup deltager med både plejehjem og hjemmepleje.

Inklusion af borgere

Inklusionskriterier er:

- Alder mindst 65 år
- Bor på plejehjem eller er tilknyttet hjemmeplejen
- Aktuell behandling med antipsykotika på det tidspunkt, hvor gennemgangen af den pågældendes medicin påbegyndes.

For at sikre en ensartet optælling i hjemmeplejen har vi valgt at inkludere de borgere som modtager ”medicinydelsen” (dvs. hvor hjemmeplejen ophælder medicinen). Det har vist sig, at hjemmeplejen i Hillerød i mange tilfælde ikke længere kommer hos de borgere, som er overgået til dosisdispenseret medicin fra apoteket. Allerød deltager ikke med hjemmeplejen og Slangerup har ikke nogen borgere i dosisdispensering overhovedet. Derfor er det i dette projekt ikke muligt at undersøge om dosisdispensering gør en forskel for borgere i hjemmeplejen.

Tovholderen på den enkelte institution inviterer alle borgere, som opfylder inklusionskriteriet til at deltage i projektet, og indhenter samtykke hertil (evt. fra pårørende). Det er også tovholderen, som informerer borgeren om, hvad projektet indebærer og holder borgeren orienteret i det omfang denne måtte ønske yderligere information. Til brug for information af borger, pårørende og det øvrige plejepersonale er der udarbejdet et lægmandsresumé af projektbeskrivelsen (bilag B).

Vurdering af rationalet bag medicineringen og lægemiddelrelaterede problemer

Borgernes plejelog og medicinskema gennemgås af projektteamet (farmaceut og sygeplejerske) for at kortlægge art og antal af såvel problemer i relation til forbruget af antipsykotika, som lægemiddelrelaterede problemer generelt. Til brug for dette er der udarbejdet et caseskema (se bilag C), der kort opsummerer borgerens fysiske, psykiske og sociale situation, plejeobservationer og medicin. Ud fra disse oplysninger identificeres problemer, mulige årsager og løsninger.

Caseskemaerne for den enkelte borger diskuteres først med tovholderen med henblik på at indhente yderligere oplysninger om den enkelte borger, afklare eventuelle misforståelser, samt om muligt at opnå konsensus om projektteamets forslag til løsning på problemerne. Plejepersonalets kommentarer og svar på spørgsmålene noteres ligeledes i caseskemaet. Herefter udarbejdes det endelige forslag til medicinændringer samt yderligere spørgsmål til praktiserende læge og evt. gerontopsykiater. Ved projektets afslutning foretager tovholderen en fornyet optælling, som dels skal vise, hvor mange der reelt har fået seponeret deres antipsykotiske medicin, og dels om det samlede forbrug på den enkelte institution har ændret sig efter projektet.

4.2 Analysefasen

Til brug for analysen af mulige årsager og løsningsmodeller vil projektteamet sideløbende med kortlægningen holde møder med ledelse og tovholdere i plejen og stille spørgsmål om rutiner omkring medicinhandling, observationer og procedurer. Der vil også blive forsøgt afholdt møder med de læger, som har mere end to patienter med i projektet, samt med gerontopsykiatrien. For alle møder skrives referater, som efterfølgende indgår i projektteamets problemanalyse.

4.3 Implementeringsfasen

Derefter udvikles redskaber, der kan sikre et bevaret fokus hos de involverede sundhedsprofessioner på lægemiddelrelaterede problemer ved brug af antipsykotika hos ældre borgere på plejehjem eller hjemmeplejen.

I implementeringsfasen (efteråret 2006) skal enkle rutiner og forslag til procedurer og samarbejdsmodeller implementeres, og i den forbindelse vil der være behov for møder og måske undervisning af det samlede personale. Projektteamet satser på, at alle faggrupper inddrages på deres niveau, for at skabe de bedste rammer for en fælles forståelse og fælles handling på problemet.

4.4 Organisering og samarbejdspartnere

Projektet er initieret af Forebyggelsesrådet. Forebyggelsessekretariatet er ansvarlig for projektet, der til daglig varetages af et projektteam bestående af en projektleder og en projektsygeplejerske.

Der er etableret en tværfaglig projektgruppe, som kan komme med ønsker til projektet, samt rådgive projektteamet i forskellige spørgsmål.

I projektgruppen har deltaget:

Dorte Glinborg (Projektleder)
Birgit Bonnichsen (Projektsygeplejerske)
Mette Mohr (Forebyggelsekonsulent Frederiksborg Amt)
Lone Due (Amtslig lægemiddelkonsulent Frederiksborg Amt)
Lone Kofoed (Plejecenterleder Hillerød Kommune)
Birgit Nielsen (Forebyggelsesleder Slangerup Kommune)
Else-Marie Nielsen (Områdeleder Allerød Kommune)
Mikkel Granlien (Praktiserende læge Allerød)
Kristen Jensen (Praktiserende læge Hillerød)
Jette Christensen (Praktiserende læge Slangerup)
Troels Hansen (Apoteker Frederiksborg Apotek)
Kirsten Pultz (Farmaceut Pharmakon)

Projektgruppen har holdt 3 møder i projektperioden. Møder og kontakt med flere af deltagerne er desuden foregået ad hoc.

Herudover har projektet haft kontakt og afholdt møder med:

Apoteker i Allerød/Birkerød og Farum
Sygehusapoteket i Frederiksborg Amt
Gerontopsykiatrien i Frederiksborg Amt
Demenskonsulenten i Hillerød kommune
Demenskoordinatoren i Frederiksborg Amt

5.0 Budget

Forebyggelsesrådet har bevillet 600.000 kr., som fortrinsvis dækker løn til projektleder/farmaceut og projektsygeplejerske, samt IT-udstyr. De ressourcer, der derudover skal afsættes til interventionerne hos personalegrupperne henholdsvis på plejehjemmene og i hjemmeplejen, varetages af de tre kommuner. Da der tidligt i forløbet viste sig at være behov for i højere grad at inddrage de praktiserende læger i projektet, har Forebyggelsesrådet tildelt en ekstrabevilling på 50.000 kr.

6.0 Fakta om de tre kommuner

Slangerup Kommune

Slangerup er en mindre kommune med 9.237 borgere (Kommunefakta 2005 tal). Kommunen har et plejecenter/sundhedscenter, der omfatter 6 Leve-bo-miljøer, hvoraf to er demensafsnit.

I perioden aug-nov 2005 fik 26 af de +65-årige borgere (2,5%) en recept på antipsykotika (Tal fra sygesikringen). Ingen får aktuelt dosispakket medicin fra apoteket. Der er kun en lægepraksis i Slangerup med 5-6 læger. Der er ikke noget apotek, men et apoteksudsalg, der hører under Frederikssund apotek, samt et medicinudleveringssted i Uvelse fra Farum apotek.

Hillerød Kommune

Hillerød er en større kommune med 37.291 borgere (Kommunefakta 2005 tal). Hillerød kommune har 6 plejehjem og 1 genoptræningscenter.

I perioden aug-nov 2005 fik 160 af alle +65-årige borgere (2,9%) en recept på antipsykotika (Tal fra sygesikringen). I alt 327 borgere på 65 år eller derover får dosispakket deres medicin fra apotekerne (sygesikringstal sep-nov 2005). Heraf var der 58 brugere af antipsykotika.

Hillerød har 14 lægepraksis med i alt 26 læger, og to apoteker, hvor det fortrinsvis er Frederiksborg Apotek, der leverer til de udvalgte plejehjem.

Allerød Kommune

Allerød er en middelstor kommune med 23.458 borgere (Kommunefakta 2005 tal). Kommunen har 3 plejecentre, herunder en selvejede institution med både plejeafdeling og ældreboliger. Da ældreboligerne organisatorisk mere ligner hjemmeplejen end plejehjem blev det, i dialog med plejepersonalet, besluttet at rubricere disse som "hjemmepleje". Herudover findes et særligt demenshjem (deltaer ikke i projektet).

I perioden aug-nov 2005 fik 54 af alle + 65-årige borgere (1,8%) en recept på antipsykotika (Tal fra sygesikringen). I alt 99 borgere over 65 år får dosispakket deres medicin (sygesikringstal sep-nov 2005). Heraf 12 brugere af antipsykotika. Der er 9 lægepraksis, hvoraf 2 ligger i Lyngby. Der er en apoteksfilial i Allerød, som hører til Birkerød Apotek, samt et apoteksudsalg i Lyngby, som hører under Farum Apotek.

7.0 Resultater

7.1 Inkluderede patienter

I Slangerup var der 4 borgere i centerboligerne og 4 i hjemmesygeplejen, som opfyldte inklusionskriterierne. Alle 8 har givet samtykke til at deltage i projektet, og alle er tilknyttet det lokale lægehus.

I Hillerød opfyldte 26 borgere fra de tre udvalgte plejehjem inklusionskriterierne. To blev ekskluderet pga. manglende samtykke og en blev ekskluderet da den antipsykotiske medicin blev seponeret umiddelbart efter optællingen. Fra hjemmeplejen deltog 8 borgere. Alle lægepraksis har, med en enkelt undtagelse, borgere som er med i projektet (1-8 borgere per praksis).

I Allerød kommune var der i alt 17 inkluderbare borgere. En døde umiddelbart efter optællingen og blev derfor ekskluderet. De øvrige 16 har givet deres samtykke til at deltage. Heraf bor de 4 i ældreboliger*, som er tilknyttet det ene plejehjem. Der er 9 lægepraksis i Allerød kommune (heraf 2 i Lyngø), hvor af de 7 havde en eller flere borgere med i projektet.

Ud af de i alt 59 borgere, som opfyldte inklusionskriteriet, blev de 55 inkluderet. Fordeling på kommuner og plejehjem/hjemmepleje fremgår af tabel 1.

Tabel 1: Fordeling af inkluderede borgere.

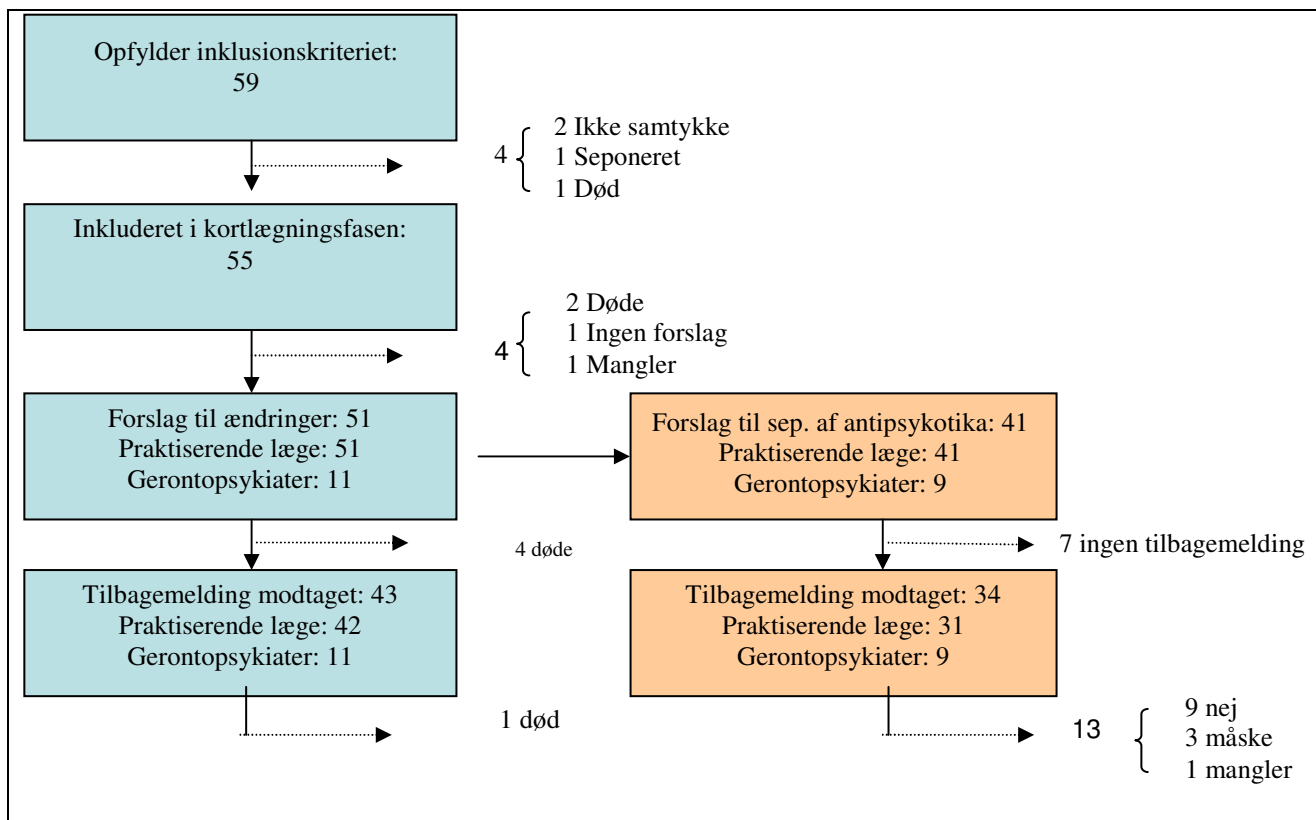
	Allerød	Hillerød	Slangerup	I alt
Hjemmepleje/ældreboliger*	4*	8	4	16
Plejehjem	12	23	4	39
I alt	16	31	8	55

Gennemsnitsalderen var 83 år (67-101) i hele populationen og borgere i hjemmeplejen var gennemsnitligt yngre end borgere på plejehjem (78 versus 84 år). Syv borgere døde inden for projektperioden. Dødsårsagen er i de fleste tilfælde ukendt for projektteamet og det vides ikke, om bivirkninger af den antipsykotiske medicin eller andre lægemiddelrelaterede problemer var en medvirkende årsag. Projektteamets forslag til medicinændringer nåede kun at blive iværksat hos en af disse borgere.

Af fig 4 fremgår, at der for 51 af de 55 borgere er stillet forslag om medicinændringer til den praktiserende læge, hvoraf tilbagemeldinger er modtaget fra 42. I 11 tilfælde er forslaget tillige stillet til gerontopsykiater, hvor der er modtaget tilbagemelding for alle. Forskellen i frekvensen af tilbagemeldinger skyldes, at de fleste læger kun er blevet skriftligt kontaktet, hvorimod alle forslag til gerontopsykiater er drøftet ved et møde.

For 41 borgere er der konkret stillet forslag til seponering af et antipsykotisk præparat til den praktiserende læge, hvoraf der er tilbagemeldinger for de 31. I 9 tilfælde er forslaget tillige stillet til gerontopsykiater, hvor der er meldt tilbage på alle.

Fig 4: Forløbsdiagram



7.2 Problemer med brugen af antipsykotisk medicin

Indikation for brug af antipsykotika

Kun for 18 ud af de 55 borgere (33%) var det muligt at identificere en psykiatrisk diagnose udover demens via plejeholdningen eller ved den efterfølgende kontakt til den praktiserende læge. Den hyppigste diagnose var manio-depressiv sygdom.

Tabel 2: Diagnoser for brugere af antipsykotika

Brugere af antipsykotika	55
Psykiatrisk diagnose udover demens:	18
Manio-depressiv	9
Skizofreni	3
Paranoid psykose	4
Kronisk psykose	1
Tidligere psykotiske symptomer	1

Antipsykotika ordineret af gerontopsykiater eller anden speciallæge

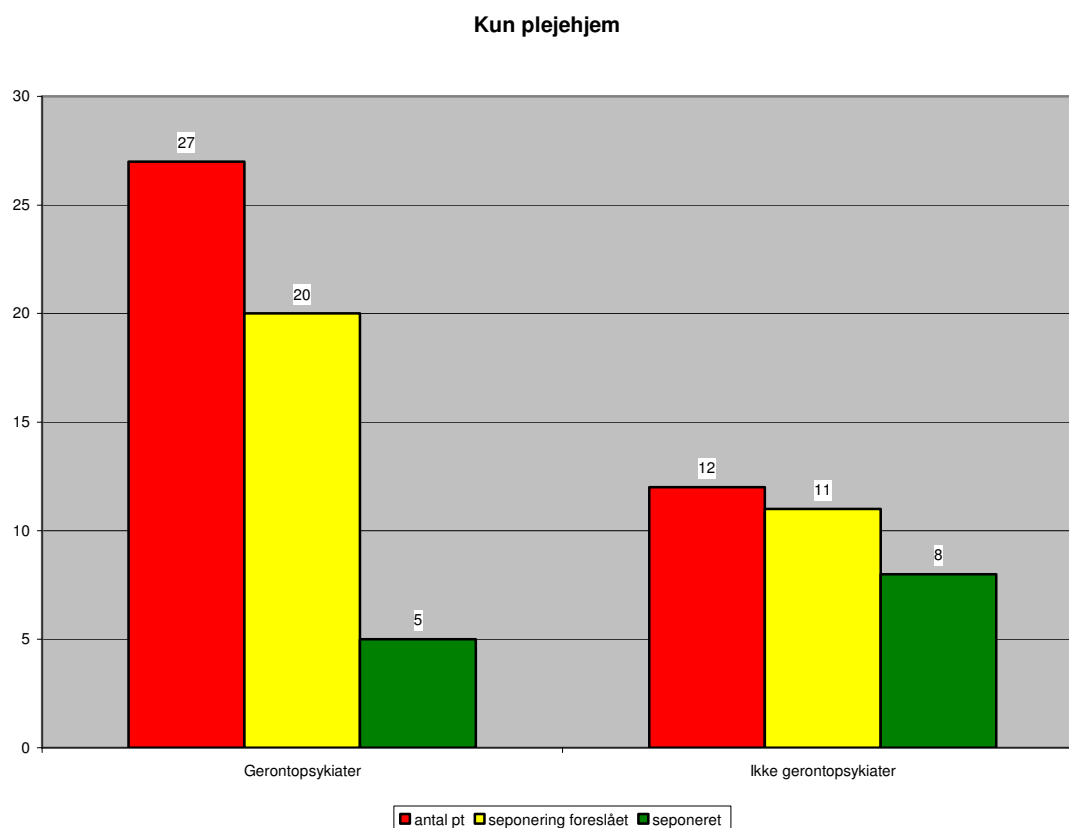
For over halvdelen af patienterne er den antipsykotiske medicin ordineret af gerontopsykiater eller i samarbejde hermed. I 31% af tilfældene er der ikke identificeret andre læger end den praktiserende læge, men det udelukker ikke, at medicinen fx er opstartet i forbindelse med en hospitalsindlæggelse eller andet. På plejehjemmene har gerontopsykiatrien været involveret hos 69% af de borgere, som får antipsykotika.

Tabel 3: Hvem ordinerer den antipsykotiske medicin?

	Alle (n=55)	Hjemmepleje (n=16)	Plejehjem (n=39)
Kun praktiserende læge	17 (31%)	6 (37%)	11 (28%)
Gerontopsykiater	29 (53%)	2 (12%)	27 (69%)
Psykiater	7 (13%)	6 (37%)	1 (3%)
Neurolog	1 (2%)	1 (6%)	0 (0%)
Ved indlæggelse	1 (2%)	1 (6%)	0 (0%)

Fig 4 viser, at projektteamet i høj grad foreslår seponering for borgere på plejehjem, selvom de har været tilknyttet gerontopsykiater (forslag hos 75%), men dog i mindre grad end for de som kun bliver behandlet af den praktiserende læge (forslag hos 92%). Til gengæld er der langt større succes med at seponere medicinen, når det kun er den praktiserende læge, som styrer behandlingen.

Fig 4: Seponering på plejehjem afhængig af borgeren har været tilknyttet gerontopsykiater.



Valg af antipsykotikum

I alt 22 (40%) af borgerne fik et ældre typisk antipsykotikum. Disse var overvejende ordineret af den praktiserende læge. Gerontopsykiater var kun involveret i 4 af disse tilfælde. 40 borgere fik et nyere typisk antipsykotikum, hvor Zyprexa var langt det hyppigst anvendte, og 7 borgere fik både et nyere og et ældre antipsykotikum samtidig.

Tabel 4: Valg af antipsykotikum

Type	Antal borgere (n=55)
Ældre – typisk:	22 (40%)
Højdosering	7
Middeldosis	8
Lavdosering	7
Nyere atypisk:	40 (73%)
Zyprexa	16
Seroquel	9
Risperdal	7
Zeldox	5
Andet	3
To antipsykotika samtidig	7

Dosis og behandlingstid

Den anvendte dosering af antipsykotika blev kun i to tilfælde vurderet at være for høj til ældre. Det er langt fra altid muligt at identificere via plejeholdningen, hvornår behandlingen med antipsykotisk medicin blev iværksat. Tendensen er, at patienterne i hjemmeplejen ofte har været i behandling i mange år (mindst 90% har fået medicinen i mere end 2 år), mens patienter på plejehjem ofte først er startet behandlingen, efter de er kommet på plejehjem, og ikke sjældent på tidspunktet omkring indflytningen. 12 borgere på plejehjem har fået medicinen i mindre end 1 år.

Bivirkninger

Fire patienter fik Lysantin til behandling af ekstrapyrimidale bivirkninger som følge af behandling med en ældre type antipsykotisk medicin. Ved gennemgang af plejeholdningen er der identificeret flere mulige bivirkninger af den antipsykotiske medicin, men journaloplysninger var i flere tilfælde meget sparsomme. Specielt i hjemmeplejen. Fx fandt vi ved at tale med personalet ud af, at en patient led af tardive dyskinesier, hvilket ikke fremgik af plejeholdningen. Den følgende opgørelse må derfor betragtes som minimumstal. Dagsedation, fald og immobilitet kan også skyldes samtidig brug af benzodiazepiner/sovemedicin eller naturlig alderssvækkelse.

Tabel 5: Bivirkninger af antipsykotika

Mulige bivirkning af antipsykotika:	Antal borgere (n=55)
Ekstrapyrimidale bivirkninger (EPS)	9 (16%)
Dagsedation	21 (38%)
Fald	18 (33%)
Immobilitet	13 (24%)
Min. 1 af ovennævnte	37 (67%)

Delir

Hos 17 borgere (31%) fandt vi, at borgeren havde haft en eller flere episoder med adfærdsforstyrrelser eller psykotiske symptomer, som kunne skyldes en somatisk årsag. Oftest urinvejsinfektion, men også tilfælde af pneumoni, dehydrering, diare eller obstipation, der tidsmæssigt falder sammen med de psykiske symptomer. Mange behandles også med lægemidler, som kan give delir (se afsnit 7.4).

7.3 Forbrug af andre psykofarmaka

Ca. 75% af antipsykotikabrukerne fik samtidig et andet psykofarmakum. Antidepressiva var det hyppigst anvendte psykofarmakum udover antipsykotika og blev anvendt hos 64%. Benzodiazepiner eller sovemedicin er ligeledes hyppigt anvendt. Næmlig hos 40%. Derimod får kun 11% demensmidler. Ved gennemgang af plejeturnalerne ses, at flere tidligere har været i behandling med demensmedicin, men er ofte ophørt pga. bivirkninger.

Tabel 6: Forbrug af andre psykofarmaka

Lægemiddelgruppe	Brugere (n=55)
Benzodiazepiner/ sovemidler	22 (40%)
Antidepressiva	35 (64%)
Demensmidler	6 (11%)

7.4 Andre lægemiddelrelaterede problemer

Irrationel farmakoterapi

I den følgende tabel angives problemer med irrationel farmakoterapi, som optræder hos mere end 5% (min. 4 ud af de 55 borgere).

Brug af antipsykotika uden aktuel indikation er – qua den inkluderede målgruppe ikke overraskende – det hyppigste lægemiddelrelaterede problem. Det ses hos 34 borgere (62%). Heri indgår ikke de 7 borgere, som fik 2 antipsykotika, idet indikationen for at fortsætte med et stof fortsat var relevant.

Det næsthyppest problem er brug af et eller flere lægemidler med antikolinerg virkning, hvilket ses hos 25% af de inkluderede borgere. Problemet hermed er, at denne type medicin kan gøre den ældre konfus, og resultere i hallucinationer eller paranoide vrangforestillinger, og dermed en øget risiko for at komme i behandling med antipsykotika herfor. Kronisk brug af sovemedicin udgør et andet hyppigt problem. I gennemsnit var der 2,8 antal behandlinger, som blev vurderet som uhenigtsmæssige iht. kriterierne i bilag A.

Tabel 7: Forbrug af andre uhenigtsmæssige lægemidler

Irrationel behandling	I alt (n=55)	Hjemmepleje (n=16)	Plejhjem (n=39)
Antipsykotika uden aktuel indikation	34 (62%)	7 (44%)	27 (69%)
Lægemidler med antikolinerg effekt	14 (25%)	7 (44%)	7 (18%)
Sovemedicin hver dag i mere end 1 måned	11 (20%)	4 (25%)	7 (18%)
Benzodiazepin med lang halveringstid	8 (15%)	4 (25%)	4 (10%)
Digoxin med tvivlsom aktuel og korrekt indikation	7 (13%)	3 (19%)	4 (10%)
> 1 antipsykotika	7 (13%)	4 (25%)	3 (8%)
NSAID dagligt i mere end 3 måneder	5 (9%)	3 (19%)	2 (5%)
Magnyl > 100 mg	5 (9%)	1 (6%)	4 (10%)
Demens midler > 6 mån uden sep forsøg	5 (9%)	1 (6%)	4 (10%)
Antidepressiva uden korrekt og aktuel indikation	4 (7%)	2 (13%)	2 (5%)
Furix/loopdiuretika uden aktuel indikation	4 (7%)	1 (6%)	3 (8%)
Mangler betablokkere ved hjerteinsufficiens	4 (7%)	0 (0%)	4 (10%)
Mangler ACE-hæmmere ved hjerteinsufficiens	4 (7%)	0 (0%)	4 (10%)
Magnyl uden tegn på iskæmisk sygdom	4 (7%)	2 (13%)	2 (5%)

Interaktioner

Der er generelt kun fundet få klinisk betydende interaktioner. Det drejer sig om to borgere, der fik både Kinin og Digoxin (kræver dosisjustering da Kinin kan øge plasmakoncentrationen af Digoxin med op til 50%), samt en borger, som fik Paroxetin og Cisordinol (Paroxetin kan hæmme omsætningen af Cisordinol).

7.5 Forskelle mellem plejehjem og hjemmeplejen

Kun 16 borgere fra hjemmeplejen i de tre kommuner indgik i projektet.. I Allerød indgik kun borgere fra de ældreboliger, som var tilknyttet det ene plejehjem og ikke den kommunale hjemmepleje.

Da opgørelsen for hjemmeplejen således er baseret på meget få borgere, er det ikke muligt at påvise signifikante forskelle. Der er imidlertid nogle tendenser.

Antallet af lægemidler

Det gennemsnitlige antal lægemidler per borger var 8,9 i hjemmeplejen og 8,2 på plejehjemmene. Tallene tyder således på, at borgere i hjemmeplejen får lidt flere lægemidler end borgere på plejehjemmene.

Forbrug af antipsykotika

Andelen af borgere, som fik antipsykotisk medicin ved projektstart var dobbelt så højt på plejehjemmene (16% for alle og 17% for de inkluderede plejehjem) i forhold til hjemmeplejen (8%). Borgere i hjemmeplejen (50%) havde hyppigere en psykiatrisk diagnose udover demens end patienterne på plejehjem (26%). Seponering af antipsykotika blev foreslået for 50% af borgerne i hjemmeplejen mod 79% på plejehjemmene.

En lidt større andel i hjemmeplejen (50%) var i behandling med et ældre antipsykotikum end borgere på plejehjem (36%) og en væsentlig større andel (25% mod 8%) fik mere end et antipsykotikum.

Andre lægemiddelrelaterede problemer

Som det fremgår af tabel 7 var der flere borgere i hjemmeplejen end på plejehjem som fik medicin med antikolinerg virkning (44% versus 18%). I hjemmeplejen ses hyppigere problemer med anvendelse af benzodiazepiner med lang halveringstid (25% versus 10%) (typisk Rivotril hos tidligere misbrugere), kronisk brug af NSAID (19% versus 5%) og Digoxin med tvivlsom indikation (19% versus 10%). Der skal dog erindres om, at procenter for de enkelte problemer i hjemmeplejen stammer fra meget små tal (ned til 3 borgere). Samlet set fandtes dog flere tilfælde af irrationel behandling per borger i hjemmeplejen (3,3, per borger) end på plejehjem (2,6 per borger).

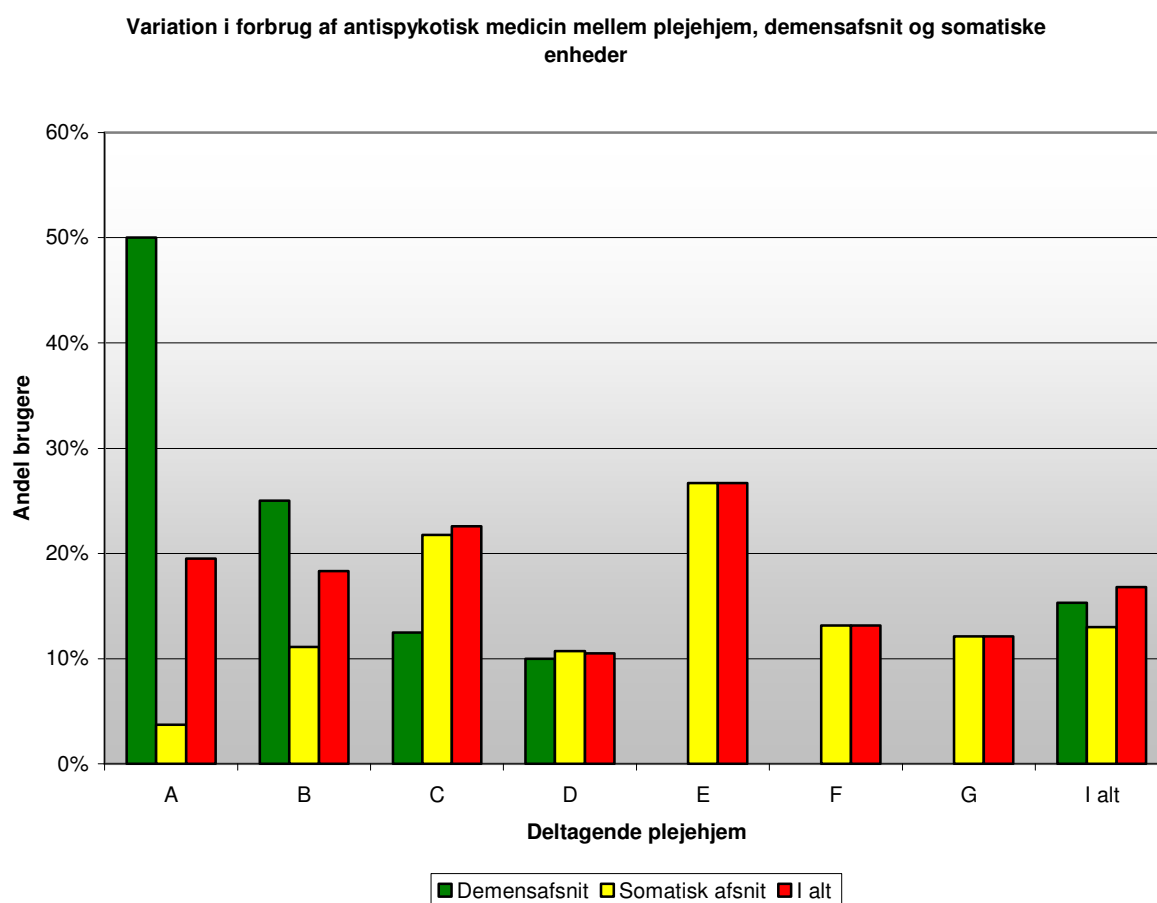
7.6 Forskelle når borgeren får dosispakket medicin fra apoteket

Antallet af irrationelle behandlinger per borger er stort set ikke forskellig mellem de borgere som får dosispakket deres medicin på apoteket og de som får medicinen doseret af plejepersonalet (2,8 og 2,9). Ingen i den kommunale hjemmepleje fik dosispakket medicin fra apoteket. På plejehjemmene er antallet af irrationelle behandlinger, opgjort iht. bilag A, lidt højere for de dosispakkede patienter (2,8) end for de ikke dosispakkede (2,3).

7.7 Forskelle mellem borgere på demensafsnit og somatiske enheder

Forbruget af antipsykotika mellem de enkelte plejehjem varierer fra 11-27%. Forbruget af antipsykotisk medicin er generelt højere på demensafsnit (27%) end på somatiske afsnit (13%). En medvirkende forklaring på variationen kan derfor være, at kun 4 ud af de 7 plejehjem har demensafsnit, hvor de demente beboere er skærmet fra beboerne på de øvrige afsnit. Sammenligner man demensafsnittene for sig finder man en variation fra 10-50%, som synes at være mere end tilfældig variation (10%-50%).

Fig 5: Variation mellem de enkelte plejehjem og demensafsnit



7.8 Seponering af antipsykotika

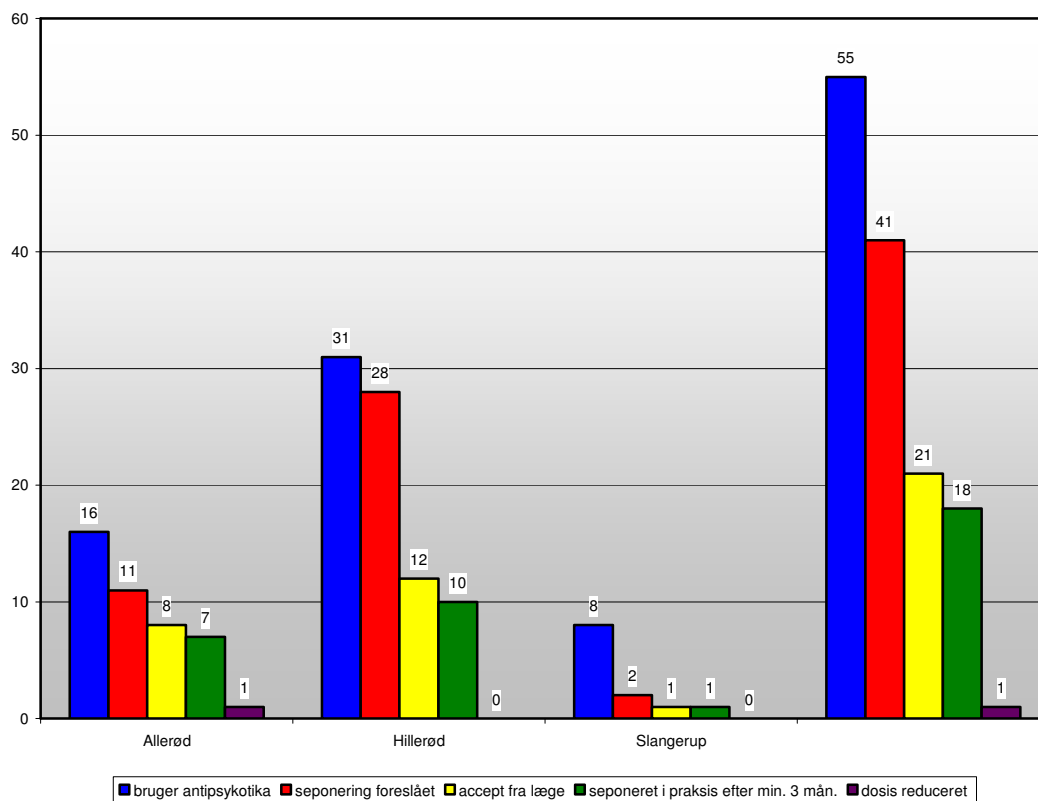
Af de 55 borgere, som indgik i projektet, blev den antipsykotiske medicin seponeret hos 18 (33%) i projektperioden. For 1 borgere (2%) er dosis blevet reduceret.

Der er stor forskel mellem de tre kommuner. I Allerød er medicinen seponeret hos 44% (ændringer hos 50% inkl. dosisreduktion), men i Hillerød er det kun 32%. Det paradoksale er, at vi har stillet forslag om seponering hos flere i Hillerød (90%) end i Allerød (69%). I Slangerup havde vi kun stillet forslag om seponering hos 2 borgere (25%), hvoraf det ene blev gennemført.

Ser man på, i hvilken grad lægerne accepterer vores forslag, er der ligeledes forskel. I Allerød var det 73%. I Hillerød var det kun 43%. For de 2 patienter i Slangerup, blev det ene forslag accepteret og effektueret.

Samlet set er den antipsykotiske medicin blevet seponeret eller dosis reduceret hos 35% af de borgere, som har deltaget i projektet.

Fig 6: Accept og gennemførelse af forslag til seponering af antipsykotika



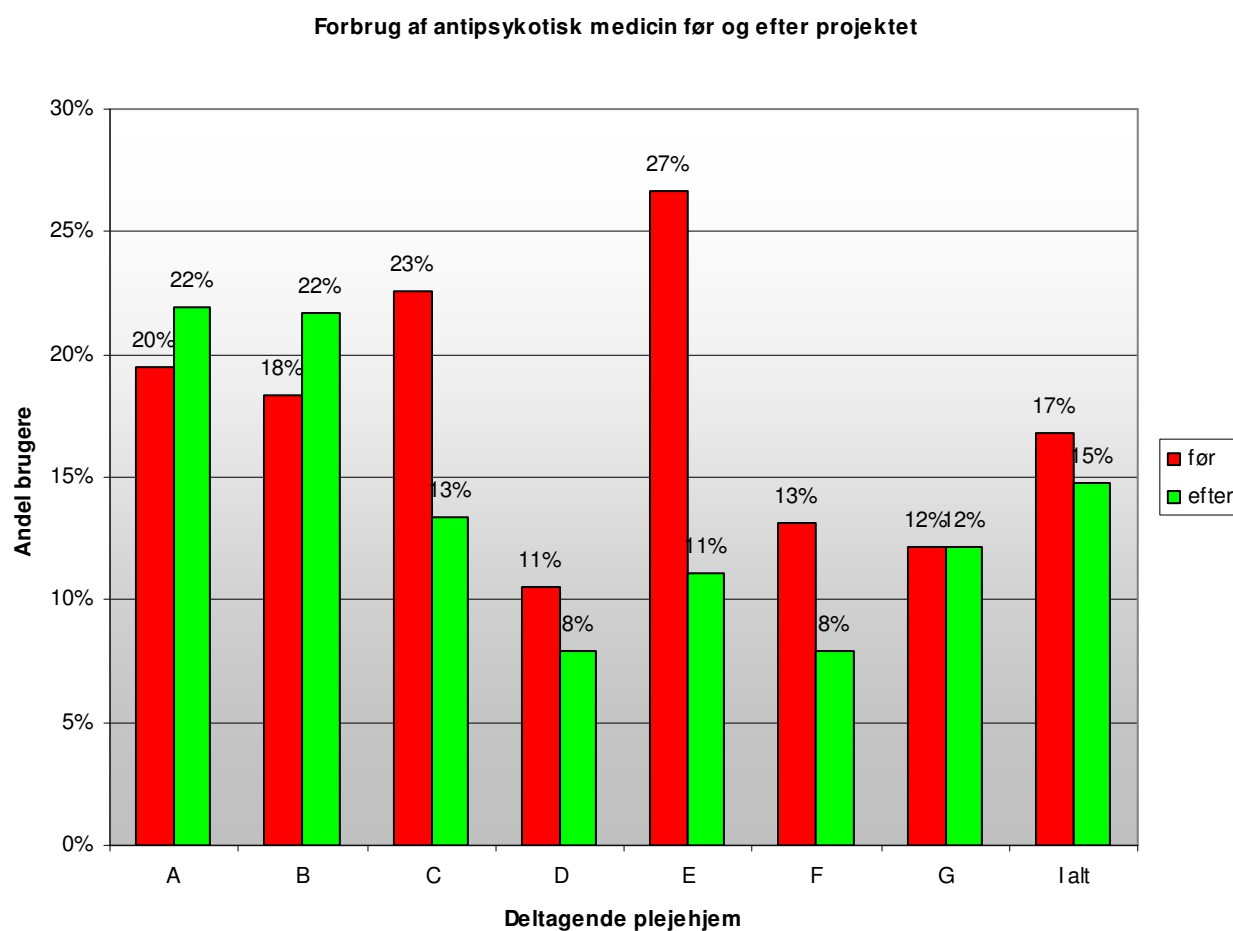
7.9 Forbruget af antipsykotisk medicin efter projektets intervention

I november måned 2006 blev plejehjem og hjemmepleje i de tre kommuner bedt om at gentage den optælling, som de havde foretaget i januar/februar 2006 og således medtælle de nye brugere, som er tilflyttet eller sat i behandling efter sidste optælling.

Optællingen i november viser, at antallet af antipsykotikabrugere på de deltagende plejehjem er faldet fra 17% til 15%. På 4 plejehjem er forbruget faldet, et er uændret og 2 er steget.

I hjemmeplejen er forbruget generelt steget lidt, men da antallet af borgere, som modtager medicin-ydelsen varierer, er dette tal mere usikkert.

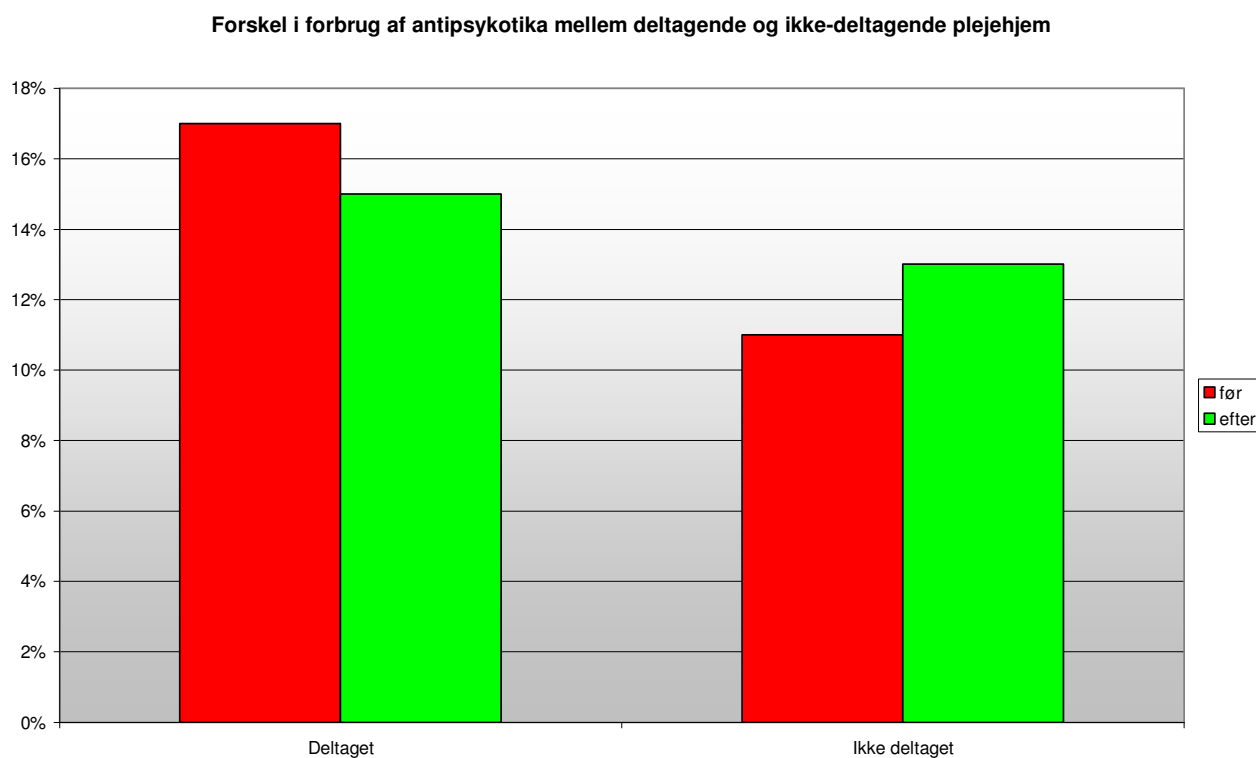
Fig 7: Forbrug af antipsykotisk medicin før og efter projektet.



Som tidligere nævnt var 7 borgere i behandling med to antipsykotika. For disse blev der kun foreslået seponering af det ene antipsykotika, da indikationen fortsat var relevant. Disse borgere tæller derfor fortsat med i opgørelsen af brugere efter projektet.

Sammenligner man forbruget med de 3 plejehjem, som ikke har deltaget i projektet findes, at forbruget er faldet med 2% på de deltagende plejehjem, men steget med 2% på de ikke deltagende plejehjem (absolut forskel -4% svarende til en relativ risikoreduktion på 25%).

Fig 8: Ændring i forbruget af antipsykotisk medicin i forhold til de ikke-deltagende plejehjem.



8.0 Analyse af årsager til problemerne på systemniveau

8.1 Observerede forskelle mellem de enkelte kommuner og plejehjem

Organisering af den daglige drift

Der er set mange gode måder at indrette sin hverdag på i pleje og omsorg for ældre. De fleste steder, arbejder man i små enheder (demensafsnit), og har naturligt den faglige kommunikation indenfor denne enhed. Den faglige opsamling synes at foregå mere ad hoc over hele dagen, og når der er praktisk mulighed herfor. Andre steder, hvor plejehjemmet er indrettet i større og flere enheder, hvor demente og somatisk syge er blandede, har vi oplevet, at hele personalegruppen samles til en fælles opsamling af formiddagens observationer. Her udveksles gensidigt faglige og andre relevante meddelelser, som plejeansvarlige og plejegruppen har noteret sig under formiddagens pleje og samvær med de ældre borgere. Denne lidt traditionelle form for planlægning af sygepleje og daglig drift har virket kvalitativt langt bedre, i forhold til implementering af projektteamets forslag, end den planlægning og faglige opsamling, vi har haft mulighed for at overvære i de små demensenheder.

I Allerød/Lyng blev vi fra første dag introduceret for hele personalet af ledelsen og den plejeansvarlige sygeplejerske. Vi blev præsenteret for alle de borgere, der indgik i projektet, samt de kontaktpersoner, der varetog plejen og kendte borgerne. Vores forslag til personalet omkring pleje og seponering af antipsykotisk medicin havde langt større gennemslagskraft her, end på de andre typer af institutioner. De plejeansvarlige sygeplejersker og assistenter handlede i de fleste tilfælde selv ved at kontakte den praktiserende læge og foreslå og argumentere for at forsøge seponering. Ved alle møder deltog den ledende sygeplejerske, hvis tilstedeværelse indikerede en kontinuerlig interesse for projektet, og ikke mindst for, at personalet skulle lære så meget som muligt fra projektets resultater og anbefalinger.

Dokumentationssystemer

Måden at indsamle observationer på, samt typer af og evne til at benytte forskellige elektroniske journalsystemer har måske også indflydelse på, hvordan observationer bruges eller ikke bruges.

I projektteamet har vi set 3 forskellige måder at føre journal på, som hver især er forskellige, men i princippet kan være lige gode. Det, der er afgørende er, at der i institutionen er en plejeansvarlig, der får samlet op på observationerne, får uddelegeret opgaverne til relevante fagpersoner og aftaler, hvornår og hvordan der skal evalueres.

Projektteamet har mødt to elektroniske typer af patientjournaler samt et skriftligt kardexsystem. Umiddelbart virker Lyngsø systemet, som man har i Allerød, lettere at gå til end Hillerøds Vitae system. Lyngsø systemet lægger op til, at man hurtigt kan samle og finde observationer, der er gjort, også over tid, og det er hurtigt at samle observationerne i en handleplan. Det vigtigste er dog, at der bliver evalueret på handleplanerne, således at man fx om et halvt år kan se, hvad det var der blev gjort, og hvad der virkede af det, så man kan bruge denne viden fremover.

Det skriftlige kardexsystem var meget tidskrævende for os udenforstående at finde relevante informationer i, og til tider svært at orientere sig i. Der var enkelte gode handleplaner, men de var ikke evaluerede.

Personaleressourcer

Generelt har de fleste plejehjem planlagt dag- og aftenvagter nogenlunde homogent. Til en demsenhed på ca. 7-8 beboere er der to faste fra morgentimerne, så en ekstra op af formiddagen, som så overlapper med de en til to faste aftenvagter. Personalet består fortrinsvis af sosu-assistenten og sosu-hjælpere. Langt de fleste er uddannede, men der resterer dog få ufaglærte hjælpere. Planlæggeren for hver enhed er overvejende sosu-assistent, men der er stadig enkelte sygeplejersker på denne funktion også. I Allerød og Slangerup ser vi en lille tendens til, at der er flere sygeplejersker ansat i den daglige drift. Områdelederne er til gengæld altid sygeplejersker.

Et plejehjem i Hillerød Kommune havde en kontaktsygeplejerske ansat, som kun var der i dagvagter, og havde til opgave at "svæve" fagligt over hele centret, samt starte og evaluere plejeforløb. Kontaktsygeplejersken vejleder, har overblikket og er direkte med i den terminale pleje. Denne ordning er i projektperioden annulleret, da personen blev områdeleder.

I alle tre kommuner benyttes der vikarer i større eller mindre omfang, men man forsøger at bestille de samme vikarer, når det kan lade sig gøre. Risikoen for, at plejeprocedurer ændres, og vigtige informationer om de demente borgeres adfærd og generelle helbred ikke registreres, er altid højere, når det ikke er det faste plejepersonale, der har kontakt med den demente.

I Allerød og Lyngby har de i mange år haft frivillige hjælpere, der hjælper til ved udflugter og fester. Det er også frivillige, der har etableret og driver en kiosk, hvor de ældre kan bestille de varer, de mangler. De frivillige, som primært er tidligere pårørende til ældre, der har boet på plejecentret, følger også de ældre borgere til læge eller anden behandling. Det er en velfungerende ordning, som er sanktioneret af plejehjemmets ledelse.

Forskelle i fysiske rammer på plejehjemmene

Langt de fleste plejehjem i alle tre kommuner har indført Leve-Bomiljø, om end det bliver praktiseret og fortolket noget forskelligt. Det betyder, at den ældre bor i eget hjem. Det vil sige, at den ældre har ret til at bestemme og få indflydelse på egne ønsker til dagligdagen. De ældre skal deltage mere aktivt i fx madlavning, indkøb og valg af menu, og de skal først og fremmest ikke sygeliggøres, bare fordi de er blevet ældre og bor på plejehjem. Et enkelt sted har indført en ændring i personalets mødetider, så der er den samme normering dag og aften samt i weekenden. Det betyder, at plejeydelser og aktiviteter dag som aften er de samme, og hvis de ældre vil i bad om aftenen og er vant til det, så er det en mulighed. Ordningen er ophævet for nylig, da personalet ikke profiterede af ordningen

Leve-Bomiljø konceptet betyder efter nogens mening også, at personaleressourcerne er blevet noget reduceret, og ydelser, som tidligere var almindelige at udføre/tilbyde den ældre, kan ikke længere forventes at blive udført. Det kan dreje sig om vejning, måle temperatur og blodtryk samt stikse urin ved mistanke om opstået urinvejsinfektion. Alle kliniske undersøgelser skal i princippet ordineres af lægen, og plejepersonalet skal ikke måle temperatur, hvis borgeren ikke ejer et termometer. Med andre ord har man i konceptet forsøgt at tilstræbe, at den ældre borger har en normal hverdag i eget hjem, og følgelig har man fjernet de faglige redskaber, der traditionelt hører til i en primær sygepleje.

8.2 Problemer med håndtering af den adfærdsforstyrrede borger

Plejepersonalets viden om den demente adfærdsforstyrrede borger og handlinger på delir

Viden om somatisk eller medicinsk udløst delir hos den demente adfærdsforstyrrede borger er et noget diffust begreb hos plejepersonalet. Generelt er der meget lidt fokus på den somatiske og den medicinske betingede delirform i plejesektoren. Langt de fleste forbinder delirtilstanden med alkohol og misbrugssymptomer.

Hos sygeplejersker og assistenter ved man godt, at en urinvejsinfektion eller dehydrering kan udløse voldsomme psykiske symptomer hos en ældre borger. Man ved også fra den grundlæggende sygepleje, at forstoppelse eller diare kan forårsage store problemer fysisk som psykisk hos ældre mennesker.

Derfor er det en hel almindelig procedure at føre væske- og afføringskema på alle plejecentre ved behov. Disse skemaer føres ofte manuelt i hæfter eller andre løsbladsdele af kontaktpersonen, der har viden om den ældres indtag af væske og afføringsfrekvens. Det er dermed vigtige observationer i forhold til eventuel delirudvikling, der ikke altid bliver ajourført i den elektroniske journal, og måske bliver disse informationer ikke vurderet i sammenhæng med andre symptomer, som kunne indikere en begyndende delir. Projektteamets gennemgang af plejeturnalerne indikerer, at plejepersonalet ikke kobler de basale fysiske ubalancer, som de registrerer og måler på i hverdagen, med de adfærdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer de ser hos den ældre. Selvom plejepersonalet har grundlæggende viden om plejen af de ældre demente, så kobles den ændrede adfærd hos den demente borger hyppigere til, at det må handle om en udvikling i den ældres demensform. Derfor tænkes gerontopsykiateren hurtigt ind som den rigtige indsats. Ikke sjældent opleves den hallucinerede, udadreagerende og dørsøgende demente borger som et akut problem, og lægen iværksætter en anti-psykotisk behandling.

Et typisk eksempel herpå var en 93 årig dame, der fik Risperdal i næsten et år. Behandlingen blev iværksat mod hallucinationer, som optrådte i forbindelse med en urinvejsinfektion. Ved en systematisk gennemgang af plejenotaterne fandt vi, at alle tilfælde af hallucinationer var forudgået af en urinvejsinfektion eller diare.

I projektteamet oplever vi, at det personale, vi har haft kontakt med, har en bred viden om den dementes adfærd samt om pleje og omsorg til den demente. Personalet håndterer de dementes "uro" på en pædagogisk og nænsom måde. Det kan være ved afskærmning, afledning, gåture og andre aktiviteter i det fælles sociale samvær.

Det er dog meget forskelligt, hvordan og hvor meget demensuddannelse de enkelte plejehjem og hjemmeplejer har udbudt til deres personale. Det sidste år har der været meget fokus på Leve – Bo miljø kurser, som mest har handlet om teamwork og organiseringen af dette. Ifølge områdelederne blev der også undervist i adfærd overfor demente, og hvordan man praktisk afhjælper de indtryk, der kan forvirre den demente.

I 2004 blev der i Hillerød udbudt kursus i "Demens 1 og 2" af 80 timers varighed. Her deltog alt personale fra to plejehjem. Kurserne blev afholdt på Social- og Sundhedsskolen under Center for Voksen Undervisning. Initiativtagerne var områdelederne på de to plejecentre. En egentlig obligato-

risk demensuddannelse eksisterer ikke, så det er udelukkende lokale initiativer med forskellige undervisere. Det faglige indhold er derfor meget forskelligt. Samtlige områdeledere udtrykker dog, at personalets pædagogiske og sociale adfærd overfor de demente blev mærkbart bedre efter demenskurserne.

Gennemgående benytter plejehjemmene de lokale nøglepersoner på demensområdet til at undervise i almen demens, og i svære tilfælde med adfærdsforstyrrede demente har plejecentrene haft stor glæde af gerontoteamets faglige vejledning i aktuelle problemstillinger.

Samarbejdet mellem plejepersonalet, praktiserende læger og gerontopsykiater

De patientforløb, som vi har gennemgået, tyder på, at den praktiserende læge ofte glemmer at spørge ind til og undersøge for delir, inden der skrives en henvisning til gerontopsykiatrien. Gerontopsykiateren forudsætter derimod, at den somatiske udredning er foretaget af egen læge, og at det derfor kan udelukkes, at den demente er i en delirøs tilstand.

Gerontoteamet består af en overlæge og en sygeplejerske, der tager på tilsyn sammen. Ifølge gerontopsygeplejersken skal der inden teamets besøg foreligge observationer på den dementes adfærdsmønstre (døgnskemaer, uroskema, helst over 2 uger), væsketal og BMI. Gerontopsykiateren vurderer primært på indikationen for psykofarmaka, og sygeplejersken forsøger at fokusere på den øvrige medicin, væsketal og ernæringstilstand. Sygeplejersken i teamet har stor fokus på den sociale del af plejen til de demente og underviser og vejleder personalet i konkrete problematikker med observation og pleje. Plejecentrene er altid velkomne til at henvende sig til gerontopsygeplejersken for råd og vejledning, hvis en dement får tilbagefald. Dette tilbud er blevet benyttet af plejepersonalet i to tilfælde i projektperioden. Her har personalet rådført sig med gerontopsygeplejersken telefonisk, og man er herefter blevet enige om regulering af den antipsykotiske medicin til en dement adfærdsforstyrret borger. Efterfølgende bliver ordinationen sanktioneret af gerontopsykiateren.

Alle konklusioner fra gerontoteamet videregives skiftligt til den praktiserende læge. Gerontoteamet oplever, at den praktiserende læge sjældent går ind i problematikker, så længe gerontopsykiaterne er tilknyttet borgeren. Derfor står plejepersonalet af og til i et dilemma, når en dement borger bliver akut syg. De må henvende sig til gerontoteamet, der måske konstaterer, at den demente har et somatisk problem, som skal varetages af egen læge. Samarbejdet opleves ikke helt koordineret mellem egen læge og teamet.

Gerontopsykiateren vil gerne have en tilbagemelding fra personalet om effekten af den antipsykotiske medicin efter en måned, og hvis der optræder bivirkninger senere, vil gerontopsykiateren også gerne kontaktes. Efter 3 måneder kan man forvente, at den optimale effekt indtræder, så personalet opfordres til at være tålmodige og forholde sig til at vurdere, om den demente har hallucinationer eller vrangforestillinger.

Gerontopsykiateren oplever ofte personalet som desperate i situationen, og gerontopsykiateren må være god til at modstå presset om mere medicin til den demente. Generelt opleves personalet på plejehjemmene som dygtige, og Leve – Bomiljøet er godt forudsat, at den demente ikke er for dement.

8.3 Årsager til manglende medicingennemgang og opfølgning

Plejepersonalets rolle

Plejepersonalet er meget opmærksom på håndteringen af medicin. Men der er ikke så skarpt fokus på medicinens ønskede virkning i forhold til de mange alvorlige bivirkninger for fx den antipsykotiske medicin. Embedslægeinstitutionen har krav, kontrol og anbefalinger til plejepersonalet, som skal administrere og dokumentere, at al medicin ”føres” og indtages korrekt af borgeren. Der er i den forbindelse en jævnlig dialog (telefonisk kontakt) fra plejepersonale til den praktiserende læge for at få afstemt ordinationerne. Men en gennemgribende vurdering eller sanering af medicinstatus hos de borgere, der er dette projekts målgruppe, er mere undtagelsen end reglen. Vi ser en stor ihærdighed fra sygeplejen til at få vurderet og diskuteret den ældre borgers medicinstatus med den praktiserende læge, men anledningen til gensidigt at evaluere på medicinstatus sker oftest kun, når der sker ændringer i borgerens situation fx efter indlæggelse på sygehus, specialistbehandling eller akut besøg af egen læge. Ved akut sygebesøg er fokus på en bestemt medicinsk lidelse, så en helheds-vurdering af medicinen og den samlede helbredsstatus er normalt ikke oplagt at foretage.

Samarbejdet mellem plejepersonale, praktiserende læge og gerontopsykiater

Manglende opfølgning på den adfærdsforstyrrede ældre demente borger forekommer i, og mellem alle de fagprofessioner, der er involveret i borgerens behandling. Mest udtalt ser vi, at når borgeren vurderes som rolig, som regel efter at have modtaget antipsykotisk behandling, så ”glemmer” plejepersonale, praktiserende læge og gerontopsykiatere at lave aftaler for, hvornår borgerens tilstand skal revurderes. Hvis årsagen til den antipsykotiske behandling har været en somatisk betinget delir, som er blevet behandlet, så er indikationen ikke længere tilstede for en fortsættelse af den antipsykotiske medicin. Alligevel seponeres den antipsykotiske medicin ikke altid.

Gerontopsykiateren er ofte nødt til at afslutte behandlingsforløbet efter et par måneder, inden borgeren er færdigbehandlet. Dette er gerontopsykiaterne nødt til grundet et stort antal henvisninger fra kommunerne, og kun 3 overlæger til at behandle. Dermed overgives den videre behandling til den praktiserende læge, og overdragelsen foregår som regel ved en skriftlig epikrise. Epikrisen kan indeholde forslag til tidspunkt for forsøg på seponering af behandlingen, men gør det ikke altid. Den praktiserende læge har måske ikke haft nogen anledning til at kontakte eller vurdere den ældre borger, da den medicinske dosisdispensering måske først udløber om mange måneder, og borgeren er i en ”rolig” fase (grundet den antipsykotiske medicin), så plejepersonale eller pårørende har ingen grund til at kontakte egen læge.

I projektet har vi erfaret, at den praktiserende læge meget nødtigt blander sig i medicin, der er ordineret af en gerontopsykiater. Eller i medicin ordineret af sygehuset eller af specialister. Nogle læger har ikke villet tage stilling til vores forslag om ændring af den medicin, som er ordineret af andre. Ved efterfølgende kontakt til gerontopsykiaterne har det ofte vist sig, at de har afsluttet patienten for flere år siden, men den praktiserende læge er ikke vidende herom. Dette på trods af at gerontopsykiater har sendt en epikrise.

Der er ingen tradition for faste aftaler om, hvornår og hvordan der skal evalueres på den ældre dementes tilstand, samt effekten af den antipsykotiske behandling.

Der beskrives i nogle tilfælde divergerende opfattelser hos plejepersonale og praktiserende læger angående seponering af den antipsykotiske medicin. Plejepersonalet er tilbøjelig til at advokere for en fortsættelse af den antipsykotiske medicin, da de er bange for tilbagefald af den urolige adfærd hos

borgeren, hvis den antipsykotiske medicin seponeres. Denne tendens er desværre temmelig udbredt, men også forståelig, da det er plejepersonalet, der skal rumme og håndtere de voldsomme episoder, som en adfærdsforstyrret dement borger kan forårsage. Der er et stort pres og mange forventninger til plejepersonalet, der altid er de mest synlige og tilgængelige for pårørende og andre interessenter. Det kan derfor være svært at acceptere for plejepersonalet, at hvis en dørsøgende og motorisk urolig borger skal behandles korrekt, så er det ikke med antipsykotisk medicin, men pædagogiske og tidskrævende plejehandlinger, der kræver ekstra personaleressourcer i kortere eller længere tid. Dette faktum skal der ligeledes være forståelse for hos de myndigheder, der udstikker de økonomiske rammer, der skal være gældende indenfor demens og ældreplejen.

De praktiserende læger, vi har haft kontakt med, var generelt interesserede i det nye honorar for opsøgende hjemmebesøg, og mange giver udtryk for, at behandlingen af de ældre er for dårlig. Nogle få er allerede godt i gang med de opsøgende besøg. Andre vil gerne, men har svært ved at finde tiden til det. Nogle steder gennemgår man, på plejehjemmets initiativ, medicinskemaerne ca. hvert halve år. Men det er meget forskelligt i hvilket omfang, det efterfølgende fører til tilsyn af borgeren eller ændringer i borgerens medicin.

Apoteket

Apotekerne i de 3 kommuner er i øjeblikket ikke involveret i medicingennemgang for den gruppe af borgere, som vi har inkluderet i projektet. Apotekerne i 2 af kommunerne udfører, i forbindelse med et andet projekt i Frederiksborg Amt, medicingennemgang for borgere, som er i behandling med enten NSAID, PPI eller blodtryksmedicin.

8.4 Barrierer i forbindelse med dosisdispensering

Lægerne

Selvom lægerne på ingen måde er blevet opfordret til at kommentere dosisdispensering, har mange tilkendegivet stor utilfredshed med ordningen, som man finder "uendelig besværligt". Lægerne oplever, at ordningen er trumfet igennem uden, at man har spurgt dem.

Flere giver udtryk for, at de mister kontrollen over, hvad der er ordineret, og af hvem. Vi har fundet flere eksempler, som bekræfter denne påstand. På vores spørgsmål til en læge om, hvorfor borgeren behandles med et bestemt vanddrivende præparat, får vi at vide, at han ikke har ordineret det inden for de sidste 2 år. Forklaringen er, at det dosispakkes for 2 år ad gangen. En anden finder det vældig interessant, at hans patient får både Leponex og Imovane. Det fremgår nemlig ikke af hans egen journal.

Kun en enkelt læge har udtrykt noget positivt om ordningen. I dette tilfælde har lægehuset besluttet, at recepten for dosisdispensering løber for et halvt år ad gangen: "Selvom apoteket ikke er så glade for det". "Det gode ved dosispakning er, at man så i hvert fald får vurderet medicinen hvert halve år. Herudover er det ret besværligt".

Plejepersonalet

På plejesiden giver personalet udtryk for, at det øger risikoen for fejl i de tilfælde, hvor man har flere forskellige systemer for registrering af henholdsvis dosispakket medicin, anden fast medicin og pn. medicin. I Hillerød findes dokumentationen for den dosispakke medicin kun i form af en kopi af apotekets dosiskort, mens dokumentationen for anden medicin findes i den elektroniske journal.

Der er fundet et enkelt eksempel på dobbeltordination, hvor næsten samme præparat fremgik af både dosiskort fra apoteket og af plejehjemmets elektroniske journal. I et tilfælde var det dosiskort, som sad i mappen, forældet, og svarede således ikke til den medicin borgeren aktuelt fik. Hos en borger var der registeret 4 forskellige typer af benzodiazepiner som pn medicin, hvoraf borgeren heldigvis kun brugte den ene type. Fejlriskoen øges yderligere, når der skal foretages ændringer, fx hvis borgeren skal trække ud af et bestemt præparat. Det medfører, at denne medicin ordineres ved siden af, eller at personalet i en periode tager den ud af dosispakkerne.

Apotekerne

På apotekerne oplever man også, at dosispakning er meget ressourcekrævende, og at den tid, der bliver brugt på oprettelse og ændringer ikke bliver dækket tilstrækkeligt af det gebyr, apoteket får for at administrere den dosispakke medicin (kr. 11,90 per uge. De sidste kr. 43,75 går til pakkeapoteket). Apoteket har ikke noget imod at udføre arbejdet, hvis bare de får penge for det. Fx et særskilt gebyr for oprettelse af dosispakning, og et gebyr for hver gang der foretages ændringer.

8.5 Problemer med medicinstatus efter indlæggelse på sygehus

Både plejepersonale og flere af lægerne giver udtryk for, at det stort set er umuligt at få overblik over medicinen, når borgeren har været indlagt på sygehus. En nævner således, at "det er frustrationen, som driver motivationen for at bidrage til vores projekt". En nævner, at "hjemmeplejen har en tendens til blot at forny den medicin, som borgeren blev udskrevet med, og så bliver der ikke altid taget stilling til, om den skal fortsætte". Ved gennemgang af borgernes medicin har vi desuden fundet flere eksempler på antipsykotisk medicin, som er blevet ordineret for en såkaldt hospitalspsykose, som ikke længere er aktuel. I denne situation er plejepersonalet ofte i tvivl, om medicinen skal fortsætte, men de er tit tilbageholdende med at spørge lægen, da de, qua tidligere erfaringer, oplever, at lægen ikke vil blande sig i sygehusets ordinationer.

8.6 Aktørernes reaktioner på projektets intervention

Plejepersonalets reaktioner

Generelt er vores forslag til intervention i pleje og observationer modtaget positivt af plejepersonalet. Det drejer sig fx om forslag til kost og væske, kliniske observationer og undersøgelser, udelukkelse af differential diagnoser, brug af hjælpemidler, aktivitetstilbud og lignende.

Angående medicinændringer og seponeringsforslag af antipsykotisk medicin er det vores indtryk, at de plejeansvarlige længe har efterspurgt en regelmæssig medicingennemgang ved den praktiserende læge. Meget sjældent sætter plejepersonalet spørgsmålstegn ved indikationen for brugen af antipsykotisk medicin. De forudsætter, at en behandling initieret af gerontopsykiaterne er den rigtige behandling. Det kan den også have været en gang, men er det nødvendigvis ikke mere.

Vi har i projektet fået tilknyttet en tovholder eller to på hvert plejecenter og i hjemmeplejen. Det er stedets ledelse, som har stået for denne udvælgelsesproces, og bestemt, hvilken person der skulle koordinere vores spørgsmål til plejen i kortlægningsfasen, og hvordan disse spørgsmål skulle formidles til kollegaer, og efterfølgende besvares til os. Det indebærer, at tovholderen skal informere sine øvrige kollegaer i plejen om projektet og dets formål, samt indsamle og viderebringe informationer fra os til plejen og omvendt. En tovholder skal måske forholde sig til andre plejeafsnits demen-

te borgeres helbreds – og medicinstatus, koordinerer med os, kollegaer og praktiserende læger. Det har været en krævende opgave for nogen, og svært at skulle forholde sig til borgere, som man ikke kender fra den daglige pleje og omgang. Svært at skulle overbringe projektets budskaber til kollegaer i et andet afsnit, som måske ikke rigtig havde hørt om projektet og vigtigst af alt, ikke selv var en del af det.

Efter kortlægningsfasen vendte vi tilbage til tovholderne med specifikke spørgsmål og forslag til pleje/observationer og medicinændringer/seponering på hver enkelt borger, der deltog i projektet. Herefter skulle tovholderen forelægge ændringsforslag til de kollegaer, som kendte den enkelte borgers situation. Med andre ord, så skulle vores forslag i de fleste tilfælde ”sælges” via tovholderen til en tredje plejeansvarlig assistent/sygeplejerske.

Således, som lige beskrevet, foregik tovholderfunktionen i Hillerød og Slangerup kommuner, hvor seponeringsfrekvensen af den antipsykotiske medicin var langt lavere end i Allerød kommune, hvor tovholderen enten var områdelederen eller også blev tovholderen (sygeplejersker) sekunderet tæt af områdelederen.

I Allerød var der følgelig langt større ejerskab på projektet i hele personalegruppen, og seponeringsfrekvensen var langt højere. Dette kan skyldes, at områdelederen tog del i og ansvar for vores forslag sammen med den plejeansvarlige sygeplejerske, og sørgede for, at der aktivt blev handlet i forhold til at kontakte den praktiserende læge.

Gerontopsykiatriens reaktioner på projektet

I den tidlige kortlægningsfase blev vi opmærksomme på, via de medicinlister vi modtog fra plejecentrene og i nogen grad fra hjemmeplejerne, at de borgere, der får antipsykotisk medicin, meget ofte er tilknyttet det gerontopsykiatriske team. Vi fik meget hurtigt kontakt til en af gerontopsygeplejerskerne, som indførte os i de opgaver, de varetager på plejecentrene sammen med gerontopsykiateren, samt den grundlæggende holdning gerontoteamet har til deres indsats og intervention på plejecentrene. Gerontoteamet lægger vægt på det sociale aspekt i plejen og omsorgen til de demente adfærdsforstyrrede. Det er ikke den antipsykotiske medicin, der altid gribes til først, men gerontopsygeplejersken giver udtryk for, at medicinen ofte er nødvendig.

Efter gentagne henvendelser fik vi kontakt med den ledende gerontopsykiater, som vi afholdte et møde med. Gerontopsykiateren virkede her positivt indstillet overfor projektets idé, og der afholdtes efterfølgende 2 møder – et med hver af de 2 gerontopsykiatere, hvor medicinændringer for i alt 11 borgere diskuteredes. Der syntes at være en lidt forskellig praksis for, hvordan og på hvilke kriterier, man iværksætter den antipsykotiske medicin, samt hvilken information om opfølgning og seponering, der gives til den praktiserende læge, når borgeren afsluttes.

De praktiserende lægers reaktioner på projektet

I alt 21 lægepraksis har patienter, som har været med i projektet. Alle har fået sendt vores spørgsmål og forslag til medicinændringer, men syv praksis har ikke meldt tilbage herpå. I enkelte tilfælde har plejepersonalet taget kontakt til lægen, hvorefter forslaget alligevel er blevet effektueret, men hovedreglen er, at der ikke er sket medicinændringer for patienter tilknyttet de 7 praksis.

Af de resterende 14 lægepraksis har 4 sendt en skriftlig tilbagemelding, 4 har meldt tilbage per telefon, 1 har meldt tilbage både per telefon og brev, og 5 har vi holdt et personligt møde med. I sidstnævnte tilfælde er der blevet udbetalt honorar for mødetiden.

Tilbagemelding på og accept af forslag

I de tilfælde, hvor vi har modtaget tilbagemelding, er vores forslag til seponering af den antipsykotiske medicin i de fleste tilfælde blevet accepteret som klinisk relevante (jf. afsnit 7.8), men ikke alle forslag er blevet effektueret.

En sagde, at vores forslag kom ”som en appelsin i min turban”, da det drejede sig om en patient, som han var lidt i vildrede med. På spørgsmål om vores forslag findes relevante, siger samme læge, ”at de er meget bedre end det han selv har fundet på”.

Årsagen til, at de accepterede forslag ikke altid effektueres, belyses fx af en læge, som siger: ”Ja, jeg er 100% enig i jeres forslag - i den ideelle verden, men det er vanskeligt at få patienten til at møde op til kontrol”. En anden udtrykker, at ”vi oplever stor bekymring hos plejepersonalet, hvis vi vil forsøge at seponere medicinen”.

Ved forslag om andre medicinændringer end seponering af antipsykotisk medicin, har lægerne i de fleste tilfælde været enige. Generelt er der iværksat flere af disse ændringer, end der er iværksat ændringer af den antipsykotiske medicin, da det ofte er forslag, som ikke har umiddelbare konsekvenser for plejepersonalet eller patienten (fx reduktion af Hjertemagnyldosis).

Holdning til, at projektteamet blander sig i lægens ordination

Hos de læger, vi har talt med per telefon eller ved personligt møde, kan holdningen generelt beskrives som positiv med et kraftigt MEN.

Fra starten er vi ofte blevet mødt med nogen skepsis, men efterhånden som forslagene er diskuteret og argumenteret, har vi oplevet en mere positiv stemning og accept af vores forslag.

Generelt synes de fleste, det er godt med initiativer, som ”rusker lidt op i lægerne”, men der er en lidt blandet holdning til, i hvilket omfang andre må blande sig i lægens ordination. En siger fx: ”Vores gamle mennesker bliver generelt behandlet utrolig dårligt, så ethvert initiativ i den forbindelse hilses velkomment”. Samme læge advarer os dog samtidig om, at vi skal passe på ikke at træde nogen over tærne, og siger: ”Min ryg er bred nok, så jeg kan godt tage det, men jeg ved, at der er flere af mine kolleger, der ikke kan”. At han har ret heri illustreres af en anden, som udtrykker, at ”vi er meget på vagt overfor, hvis nogen blander sig i vores frie ordinationsret”.

Andre udtrykker omvendt, at vores forslag ”har været et godt spark fremad” eller, at ”det gode ved os er, at vi er tværfaglige”. Enkelte har direkte udtrykt ønske om en ordning, hvor man kan få en vurdering af medicinstatus for udvalgte patienter, men det skal være et tilbud, som lægen selv kan vælge. I et enkelt tilfælde har et møde på et plejehjem med deltagelse af en læge og en apoteksfarmaceut medført, at der er indgået en aftale om, at den pågældende læge kan sende medicinstatus for udvalgte patienter til gennemgang på apoteket. Det er dog ikke alle læger med positiv interesse for projektet, der er tilhænger af, at apoteket ”går lægen i bedene”, eller som en anden udtrykker det: ”Det er fint, hvis apoteket fanger dobbeltmedicinering og lignende, men vi vil gerne selv have lov til at ordinere og seponere”.

Apotekernes reaktioner

Projektet har haft kontakt til og møder med 3 apoteker i projektperioden (Allerød/Birkerød, Farum og Frederiksborg Apotek). En apoteker har indgået i projektgruppen, og en apoteksfarmaceut har deltaget i et tværfagligt møde på Lyngehus med deltagelse af plejepersonale og praktiserende læge, hvor formålet var at diskutere projektets udkast til en skriftlig vejledning. Apoteksfarmaceuten havde i forvejen stor erfaring i at samarbejde med plejehjemmene, og kunne derfor tilbyde at bidrage med undervisning og medicingennemgang på det konkrete plejehjem, hvilket blev positivt mødt af de øvrige deltagere. De to andre apoteker har ligeledes været positivt stemte overfor projektet, men har i øjeblikket ikke den store erfaring med medicingennemgang eller undervisning af plejepersonalet. De er meget interesserede i muligheden for at bidrage til bedre medicinering af de ældre, men det kræver, at de får penge for det.

9.0 Diskussion

9.1 Forbruget af antipsykotika i forhold til andre undersøgelser

Det gennemsnitlige forbrug af antipsykotisk medicin på plejehjem i de tre kommuner var 16%, hvilket var overraskende lavt i forhold til Lægemedelstyrelsens opgørelse fra 2003, hvor man fandt, at forbruget for såvel de tre kommuner som for Frederiksborg Amt som helhed udgjorde 29%. Da det var personalet på de enkelte institutioner, som opgjorde forbruget kan der ligge en bias heri, men i vores projekt var ingen institutioner imidlertid oppe i nærheden af de 29%. Forskellen skyldes heller ikke, at forbruget er faldet fra 2003 til 2006. Forklaringen er derimod, at man i Lægemedelstyrelsens opgørelse har defineret plejehjemsbeboere, som personer bosat på institutioner iht. Serviceloven §140, idet det er muligt at få disse oplysninger via Danmarks Statistik. Hovedparten af plejehjemmene i de tre kommuner er imidlertid "Leve-Bomiljøer", som hører under den almene boliglov. Borgere på denne type plejehjem er derfor blevet defineret som "hjemmeboende" i Lægemedelstyrelsens opgørelse, for hvilke forbruget var meget lavere. Vores fund er i overensstemmelse med, at man har fundet et lavere forbrug i selvstændige undersøgelser fra Århus Amt og Københavns Kommune, end i Lægemedelstyrelsens opgørelse.

At den antipsykotiske medicin i mange tilfælde kan seponeres, svarer ligeledes til, hvad andre har fundet (jf. afsnit 2.4).

9.2 Forskelle i forbruget af antipsykotisk medicin mellem de enkelte plejehjem

Forskelle i fysiske rammer

På baggrund af Silkeborgundersøgelsen, hvor forbruget af antipsykotisk medicin var 0%, havde vi forventet, at forbruget af antipsykotisk medicin var lavere på de særlige demensafsnit. Det var imidlertid ikke tilfældet, da forbruget på demensafsnittene i gennemsnit var dobbelt så højt som på de somatiske afsnit. Dette bekræfter, at den antipsykotiske medicin i stor udstrækning bliver anvendt til behandling af symptomer som er en følge af demens. Det forklarer også, at det er lettere at seponere den antipsykotiske medicin i Allerød end i Hillerød, da der ikke er demensafsnit repræsenteret fra Allerød, og da at gerontopsykiater ikke er involveret lige så ofte.

Den overordnede tanke med at indrette demensafsnit som Leve-Bomiljøer er etisk korrekt, for naturligvis skal ældre borgere bestemme over eget liv og ikke sygeliggøres unødvendigt. Omvendt er der jo en grund til, at de ældre på plejecentrene er visiteret til at bo der og modtage plejeydelser i forhold til individuelle behov. Vi kan ikke i vores projekt konstatere, at Leve – Bomiljø værdierne på nuværende tidspunkt har betydet, at de demente på de små demensafsnit får mindre antipsykotisk medicin, snarere tværtimod.

Ser vi på forskellene mellem demensafsnit og så traditionelle plejecentre med blandet klientel, oplever vi, at personalet i de små demensafsnit har større angst for recidiv hos den ældre demente borger, hvis den antipsykotiske medicin forsøges seponeret, end der er de steder, hvor demente bor dør om dør med somatisk syge. Personalet i de små demensafsnit er på mange måder mere specialiserede i forhold til pædagogisk adfærd og pleje til den demente, og har modtaget en del undervisning omkring demens generelt, men de har ikke så stort fokus på, at udadreagerende adfærd kan være en

somatisk eller medicinsk betinget delirøs tilstand. Den urolige og til tider aggressive adfærd er ikke per automatik en forværring i demenstilstanden.

Demensafsnittene er blevet et speciale indenfor ældreplejen, og i specialer har det altid været svært at erkende, at ”patienter” faktisk godt kan fejle andet end det, de er blevet diagnosticeret til i første omgang. Det er, og har altid været svært for ”patienter” at udvikle tarmslyng og blive behandlet korrekt og i tide, mens de fx er indlagt på en psykiatrisk afdeling.

Måske kunne en løsning være, at demensafsnittene ”sparrer” mere med de somatiske enheder i faglige observationer. Det synes som om, at der hurtigt opstår ”blinde pletter”, når plejefsnittet er lille og diagnoserne få. Dermed være ikke sagt, at de små demensafsnit ikke er gode for den enkelte borgers daglige trivsel. De ældre profiterer på mange måder af, at personalet og de daglige rutiner og aktiviteter bliver udført på professionel vis.

Angående de fysiske rammer og de forventninger, der er til de ældres deltagelse i Leve – Bomiljøet, hørte vi tit fra personalet, at de ældre er for ”dårlige” og svage til at kunne deltage aktivt i fx madlavning, havearbejde og lignende dagligdags aktiviteter. De ældre er nogle steder med til at bestemme ugemenuen, og det giver selvfølgelig en stor glæde og tilfredsstillelse at spise den mad, man kan lide, samt kunne følge forberedelserne og sanse dufte og lyde. Men det er personalet, der står for det meste. For at kunne ændre eller optimere de ældre borgers medinddragelse mener personalet, at de ældre skal visiteres til plejecentre noget før, end de bliver i dag.

Man kunne også forestille sig, at der skulle inddrages helt andre stimuli fra nærmiljøet, til at bryde den mentale og fysiske isolation, mange institutionsanbragte hurtigt bliver en del af. På enkelte plejecentre har man anskaffet mindre husdyr på demensafsnittene, men man kunne måske også forestille sig at inddrage børn til faste besøg eller ved særlige højtider, samt andre voksne (evt frivillige, nuværende eller tidligere pårørende, lokalhistorikere), der kunne være medvirkende til, at de demente og personalet får et mere hverdagsagtigt indhold med nogle stimuli fra verden udenfor, der kan inspirere og motivere til beskæftigelse i det fælles opholdsrum.

Forskelle i dokumentationssystemer

Angående dokumentationssystemer og planlægning i hverdagen ser vi på muligheden for adgang til og brug af eksakte diagnoser og samlede observationer om borgeren. I Allerød Kommune var der flere klare og tydelige informationer om den ældres sygdomsbillede, også over tid, samt handleplaner, hvor vi så en faglig evaluering eller dato for planlagt evaluering. Men elektroniske systemer forklarer eller viser ingenting, hvis de ikke fodres rigtigt eller bruges hensigtsmæssigt. Med andre ord er det måden at bruge data på, der gør en forskel, samt personalets motivation og sikkerhed i at bruge den elektroniske patient journal. Det er derfor afgørende vigtigt, at den daglige drift og planlægning af sygeplejeydelserne bliver synlig og diskuteret blandt alle personalegrupper.

Det forudsætter prioritering af høj faglighed på alle niveauer, at problematikker i pleje og drift bliver drøftet fælles hver dag, at opgaver og ansvar uddelegeres af en plejensvarlig og at der samarbejdes i gruppen. Vi oplevede en langt større vilje og forståelse hos de plejensvarlige i Allerød/Lynge for at seponere den antipsykotiske medicin. Det tolker vi som et bedre fagligt overblik og sikkerhed, større initiativ og lyst til selv at kontakte praktiserende læge for en drøftelse af vores forslag.

Personalets viden og kompetence

Sammenfattende kan siges, at der i plejesektoren og i lægepraksis tilsyneladende er for lidt viden om og fokus på årsager til udvikling af somatisk delir, samt medicinpræparater, der kan udløse delirøse tilstande. Der skal også sondres mellem adfærdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer, såsom hallucinationer og vrangforestillinger, der gør den ældre forpint. Der er ikke enighed hos plejepersonalet om, hvilke symptomer antipsykotisk medicin virker på. Der er en tendens til, at ”uroelige” ældre demente fejlagtigt behandles (sederes) med antipsykotisk medicin, og at man således oplever en bedring i tilstanden, fordi de nu er ”rolige”.

Vores registreringer og kortlægning af antipsykotisk medicin hos ældre demente har vist os, at der i alt for mange tilfælde ikke handles i forhold til de anbefalinger Sundhedsstyrelsen og Institut for Rationel Farmakoterapi har udsendt i 2005 til landets aktive læger. Ydermere er samarbejdet mellem alle niveauer for tilfældigt og sporadisk i forhold til udveksling og opsamling af relevante informationer omkring den ældre adfærdsforstyrrede demente.

Ser vi på indholdet i demenskurserne, har de karakter af en almen introduktion til demensformer, samt de sociale og pædagogiske redskaber man som personale kan anvende for at afhjælpe og stimulere den dementes adfærd i dagligdagen. Der har imidlertid været meget lidt fokus på den somatiske betingede delirtilstand samt viden om antipsykotisk medicins virkninger og bivirkninger, og det kan måske forklare, hvorfor vi i projektet har fundet sammenfald af delirøs tilstand og opstart af antipsykotisk medicin, samt langvarige og invaliderende bivirkninger hos nogle af de ældre, uden bedring af deres adfærdsforstyrrelser.

Manglen på en homogen overordnet styring af demenskursernes faglige og pædagogiske indhold, og her tænkes især på den somatiske udredning ved adfærdsforstyrrelser og antipsykotisk behandling, kan imidlertid kun forklare noget om plejepersonalets eventuelt manglende viden om observation og handling på den dementes adfærd og velbefindende. Men det forklarer ikke, hvorfor de praktiserende læger i mange tilfælde undlader at foretage en somatisk udredning, samt en revurdering af den antipsykotiske medicins effekt på det symptom, der i sin tid var indikationen for at iværksætte behandlingen. Samarbejdet mellem praktiserende læger og gerontopsykiatere synes overvejende at bære præg af tilfældighed, og ikke en supplerende af hinandens faglighed til gavn for den demente patient. Der har ikke hersket helt enighed omkring tolkningen og behandlingen af de adfærdsforstyrrede symptomer, men stor enighed og dygtighed i plejegruppen, når problemet drejer sig om at håndtere den dementes almindelige forvirring i hverdagen.

9.3 Forskelle mellem plejehjem og hjemmeplejen

Da det kun har været muligt at inkludere 16 patienter fra hjemmeplejen, hvoraf reelt kun de 12 er tilknyttet den kommunale hjemmepleje, er det ikke muligt at drage valide konklusioner om eventuelle forskelle i lægemiddelrelaterede problemer. Der er dog en tendens til, at ældre i hjemmeplejen anvender lidt flere lægemidler end ældre på plejehjem, og at der generelt er flere lægemiddelrelaterede problemer hos ældre i hjemmeplejen og brug af uhensigtsmæssige præparater såsom ældre antipsykotika af højdosisstypen, andre præparater med antikolinerg effekt og benzodiazepiner med lang halveringstid. Forklaringerne herpå kan være mange. Her er mindre plejepersonale, og dermed færre øjne på den ældres samlede medicinering, end på plejehjem. Borgerne i hjemmeplejen har også i højere grad tunge psykiatriske diagnoser.

Det indikerer i alle tilfælde, at der også er et behov for regelmæssig medicingennemgang hos de borgere, der er tilknyttet hjemmeplejen. Problemet omkring forkert brug af antipsykotisk medicin hos demente er derimod et problem, som fortrinsvis opstår under institutionaliseringen, og således hører plejehjemmene til.

9.4 Forskelle når borgeren får dosispakket medicin fra apoteket

Forventningen om, at borgere, som får dosispakket deres medicin fra apoteket, er bedre behandlet, blev ikke indfriet. Tendensen var nærmere modsat. Forklaringen herpå er, at recepter på dosispakket medicin oftest udstedes for 2 år ad gangen. Det gør, at lægerne – ifølge egne udsagn – mister grebet om behandlingen. Fra projektteamets side var der fra starten en forventning om, at en apoteksfarmaceut gennemgik dosiskortet med henblik på at forebygge lægemiddelrelaterede problemer, men det var ikke tilfældet på nogle af de apoteker, som vi har haft kontakt med i projektet. Samtidig oplever alle parter, at det er temmelig besværligt, når der skal foretages ændringer, og resultatet bliver, at u hensigtsmæssig medicin tit får lov ”at leve sit stille liv” i flere år, uden der bliver taget stilling til seponering.

9.5 Evaluering af projektets intervention som model for medicingennemgang

Selvom langt færre end forventet fik antipsykotisk medicin, fik hele 33 % seponeret medicinen som følge af projektteamets forslag (13 på plejehjem og 18 i projektet som helhed). Hos hele 41 brugere (75% af projektdeltagerne) fandt projektteamet det imidlertid relevant at stille forslag om seponering, hvilket ikke er blevet gennemført i 23 tilfælde af forskellige årsager. For 9 borgere afviste lægen at foretage seponeringsforsøg, fordi borgeren havde en mangeårig anamnese med psykose eller misbrug eller en diagnose, som ikke fremgik af plejeholdningen. I 7 tilfælde meldte lægen aldrig tilbage på forslaget. For de sidste 7 borgere skyldes det manglende seponeringsforsøg i nogle tilfælde, at lægerne har været i tvivl om, hvordan de skulle gribe det an. I andre tilfælde har man oplevet stor bekymring hos plejepersonalet, og derfor i første omgang været tilbageholdende med at forsøge seponering.

Der er desuden foretaget en række ændringer i borgernes øvrige medicin. Da borgerne kun har haft brugen af antipsykotika til fælles, er det også meget forskellige ændringer, som er foreslået, hvorfor det ikke giver mening at opgøre disse statistisk. Eksempler på forslag er ordination af Simvastatin eller Magnyl til diabetiker med iskæmisk hjertesygdom, reduktion af Magnyldosis fra 150 mg til 75 mg, seponering af Primperan, seponering af benzodiazepiner/sovemedicin, ændring af Cipralextil Akarin, revurdering af indikation for protonpump hæmmer, ændring af doseringstidspunkter med videre. I de tilfælde, hvor vi har haft succes med at få seponeret den antipsykotiske medicin, er de øvrige forslag til medicinændringer, fraset seponering benzodiazepiner/sovemedicin, som hovedregel også iværksat. Men der er også eksempler på, at kun ændringer i den øvrige medicin er iværksat, da det generelt er nemmere fx at reducere dosis af Hjertemagnyl end at overbevise plejepersonalet om, at den antipsykotiske medicin skal seponeres hos en udadreagerende borger.

I enkelte tilfælde har det ikke været muligt at foreslå konkrete ændringer, da oplysning om diagnose og observation af symptomer og bivirkninger var alt for sparsomt beskrevet i plejeholdningen (fik patienten fx medicin pga. hypertension, hjerteinsufficiens eller atrieflimmer?). Desuden havde vi kun meget få oplysninger om blodprøvesvar, nyrefunktion med videre, som er relevante for at kunne vurdere dosis af flere præparater. En optimal medicingennemgang bør derfor i fremtiden inddrage disse data fra den praktiserende læges og eventuelt sygehusets journal.

Der er tilsyneladende en sammenhæng mellem den relation projektteamet har formået at skabe til hver enkelt institution, og den åbenhed og villighed der har været til at seponere eller reducere den antipsykotiske medicin, og herefter vurdere borgerens reaktioner. De steder, hvor seponeringsfrekvensen har været høj, har personalet givet udtryk for, at projektteamets kortlægning og forslag til interventioner i medicininstans har ”klædt personalet på”, så det har været nemmere at kontakte den praktiserende læge og aftale de foreslåede ændringer.

Vores resultater viser, at der er behov for medicingennemgang hos den aktuelle målgruppe, og at interventionen foretaget af et team af farmaceut og sygeplejerske har givet resultater i form af ændringer i medicinen. Den store forskel i vurderingen af, hvor mange der burde have seponeret deres antipsykotikum i forhold til, hvor mange der reelt er gennemført seponering eller ændringer for, vidner imidlertid om, hvor utrolig vigtigt det er, at både plejepersonale, praktiserende læge og evt. speciallæge (fx gerontopsykiater) er involveret aktivt i denne proces. En fremtidig intervention bør derfor i højere grad foregå på systemniveau med det formål fortsat at motivere, inspirere og kvalitetssikre processen.

9.6 Evaluering af projektets organisering generelt

På de plejehjem og hjemmeplejer, hvor der har været én enkelt tovholder, der skulle dække flere plejeafsnit eller distrikter, har vi ikke helt formået at skabe en forståelse og accept af vores forslag. Det betyder, at vores relation helt ud til det plejeansvarlige personale i de små enheder var meget svag. De tovholdere, der har dækket flere plejeafsnit eller distrikter, har derfor heller ikke givet specielt udtryk for at blive ”klædt på” i argumentationen med den praktiserende læge til at seponere eller reducere den antipsykotiske medicin. Men man har syntes, at projektet var spændende.

Når vi på demensafsnittene har foreslået seponering af den antipsykotiske medicin, er det ikke sjældent, at personalet har sagt: ”I må foreslå seponering og reduktion på alle andre end lige ham, eller hende. De kan simpelthen blive så dårlige, og det vil vi ikke opleve igen”. Det er tydeligt og måske ikke overraskende, at det er på demensafsnittene, at personalet har set meget voldsomme reaktioner fra de adfærdsforstyrrede demente. Derfor ønsker man ikke at se den ældre ”så dårlig igen”. Selvom vi i projektteamet kan se, at det hos disse demente borgere har drejet sig om en delirios tilstand, eller at den antipsykotiske medicin ikke har den ønskede effekt på den dementes adfærd, så er det alligevel svært at overbevise personalet. Det handler her i høj grad om at få tilført mere viden om antipsykotisk medicins virkning, hvad det ikke virker på, samt et holdningsskifte hertil. Ifølge dette projekt er det at handle imod bedre viden, når adfærdsforstyrrelser behandles med antipsykotisk medicin. Hvis der er behov for at sedere en dement med antipsykotisk medicin, så taler vi nok mere i retning af, at der skal flere personaleressourcer til at sikre en optimal behandling af vores demente, så unødvendig brug af antipsykotisk medicin undgås.

Vi må i projektteamet evaluere på den metode, som vi har lagt op til i form af den indledende information til lederne, samt tovholderens funktion. Formen har ikke alle steder givet den samlede plejestab ejerskab til indholdet af vores projekt i en grad, som vi kunne have ønsket. Det er ikke optimalt for os at kommunikere gennem andre plejeansvarlige end den rigtige plejeansvarlige. Omvendt er det også vanskeligt at forestille sig, at projektteamet indenfor et år havde haft tid til at relatere sig til alle de plejeansvarlige til de 55 borgere, der deltog i projektet.

Det er på mange måder stadig meget personligt at udøve sygepleje og omsorg, og dermed kan det opleves som meget grænseoverskridende og personligt provokerende, at udefra kommende fagfolk pludselig kommer og kortlægger ens plejeobservationer og handlinger, for dernæst at kommentere og foreslå alt mulig andet end det, man lige selv har gjort. Man får ikke mulighed for selv at blive inddraget og selv gøre rede for tingenes tilstand, men det skal gå igennem en kollega (tovholderen), som så bliver involveret i ens fejl og mangler. Det er en forståelig reaktion at gå i forsvar for egne handlinger. Det ses indenfor alle professioner. Men for at få en ny indsigt og udvikling er det obstruerende.

10.0 Konklusion på kortlægnings- og analysefasen

Projektet har kortlagt lægemiddelrelaterede problemer hos i alt 55 brugere af antipsykotisk medicin i Allerød, Hillerød og Slangerup kommuner. Heraf 39 brugere fra 7 plejehjem, og 16 brugere fra hjemmeplejen.

De væsentligste identificerede lægemiddelrelaterede problemer er:

- Antipsykotisk medicin bruges mod adfærdsforstyrrelser
- Antipsykotisk medicin bruges langvarigt til ældre med delir
- Bivirkninger af antipsykotisk medicin (sedation, fald, parkinsonisme, immobilitet)
- Brug af andre lægemidler der, som bivirkning, kan gøre den ældre forvirret, sederet og øge risikoen for fald (fx benzodiazepiner).

Projektets har til dags dato (1. december 2006) medført, at den antipsykotiske medicin er blevet seponeret hos 18 af disse borgere (33%).

Der er stor forskel på, hvor godt vi kommer igennem med vores forslag til seponering af antipsykotika på de enkelte plejehjem og hjemmepleje. Personalets viden og tilstrækkelige personaleressourcer er vigtige forudsætninger for at foretage ændringer, men de væsentligste årsager til problemerne er:

- Den holdning plejepersonalet og den praktiserende læge har til, hvad antipsykotisk medicin kan bruges til.
- Manglende opfølgning, kommunikation, og koordinering mellem de relevante aktører omkring borgeren – primært plejepersonale, praktiserende læge og gerontopsykiater (anden speciallæge), samt i nogen grad apotek.

Dette problem kommer særlig til udtryk hos den demente borger med adfærdsforstyrrelser (gerontopsykiater ofte involveret), men også andre borgere, som får dosisdispensering fra apoteket eller har været indlagt på hospital, må forventes at være i særlig risiko.

Det er baggrunden for de tiltag, som vi har iværksat i implementeringsfasen, og for vores fremtidige anbefalinger til de nye kommuner, regioner og andre myndigheder.

11.0 Implementering

Projektteamet har bevidst valgt at implementeringsprocessen skulle strække sig over en lang periode med den begrundelse, at resultater og budskaber skulle have tid til at forankres. Vi har derfor tilbudt forskellige fora, hvor professionerne har mødtes tvær – og monofagligt med projektteamet. Implementeringen har således foregået løbende i en proces over forår og sommer ved, at projektteamet har holdt møder med ledelsen i plejen, tovholdere, praktiserende læger, apoteker og gerontopsykiatere. I efteråret har der været fokus på koordineringsmøder og undervisning lokalt.

De i projektet identificerede problemer og vores forslag til implementering af ændringer, som skal forebygge at lægemiddelrelaterede problemer opstår, er diskuteret med ledelsen på de enkelte institutioner. Formålet hermed er at opnå ledelsens forståelse og accept heraf, samt forankre projektets budskaber hos nøglepersoner i plejen.

I det følgende uddybes de forskellige gennemførte tiltag.

11.1 Udarbejdelse af en skriftlig vejledning

På baggrund af kortlægningen, har projektteamet udarbejdet en skriftlig vejledning: ”Bedre medicinsk behandling af ældre på plejehjem og i hjemmeplejen. En vejledning til bedre samarbejde omkring medicinen”. Vejledningen er et forslag til, hvordan praktiserende læger, plejepersonale, gerontopsykiatere og apoteker/farmaceuter kan implementere rutiner, der løser og forebygger lægemiddelrelaterede problemer hos ældre brugere af antipsykotisk medicin. Vejledningen danner et fagligt fundament for de øvrige implementeringstiltag. De fire hovedtemaer i vejledning er samarbejdet omkring:

- Medicingennemgang – opsøgende hjemmebesøg
- Håndtering af adfærdsforstyrrelser hos demente
- Optimering af dosisdispensering
- Opfølgning på medicinændringer efter indlæggelse.

Selve vejledningen bliver trykt og udsendt til alle plejehjem/hjemmepleje, læger, apoteker og andre i de tre kommuner, som har deltaget aktivt eller på anden måde har haft berøring med projektet. Vejledningen bliver desuden sendt til amtets øvrige kommuner.

11.2 Lokale tværfaglige koordinationsmøder

Vejledningen blev gennemgået, diskuteret og tilpasset ved to lokale koordinationsmøder i hhv. Slangerup og Lyngby med plejepersonale, praktiserende læge, gerontopsykiater og farmaceut/apotek. Deltagerne skulle forholde sig fagligt og tværfagligt til de fire hovedproblematikker, projektet havde kortlagt omkring samarbejde, viden og kommunikation mellem fagprofessionerne (jf. 11.1).

I Slangerup deltog en gerontopsykiater, en praktiserende læge og en farmaceut fra amtet sammen med plejecenterlederen, forebyggelseslederen, centersygeplejersken og en hjemmesygeplejerske. På dette møde var der særlig fokus på samarbejdet med gerontopsykiatrien omkring den demente adfærdsforstyrrede borger.

I Lyngø deltog en praktiserende læge og en apoteksfarmaceut sammen med områdelederen og centersygeplejersken, samt Allerøds tovholder på projektet. På dette møde var der endvidere fokus på mulighederne for mere samarbejde med apoteket omkring medicingennemgang og undervisning af plejepersonalet i medicinrelaterede emner.

Vejledningen er således blevet til i et tæt samarbejde med alle fagprofessioner, som har en direkte interesse og kontakt til projektets målgruppe, og som har bidraget med relevante spørgsmål og faglige vinkler. Spørgsmål og vinkler fra dagligdagen, som projektteamet ikke har de samme forudsætninger for at inddrage i vejledningen.

11.3 Møder for plejepersonalet på de enkelte institutioner

Der er afholdt undervisningsseancer af ca. 2 timers varighed, hvor projektets resultater og budskaber er blevet formidlet til plejepersonalet med det formål at forankre processen lokalt.

I Hillerød er møderne foregået lokalt med deltagelse af sygeplejersker, assistenter og hjælpere på de enkelte institutioner og i hjemmeplejen. Indholdet er i samarbejde med ledelsen tilpasset de lokale ønsker og behov med udgangspunkt i konkrete cases fra den enkelte institution, med det formål at gøre undervisningen vedkommende for deltagerne. På nogle institutioner har områdelederne og/eller centerlederen deltaget. På andre ikke.

I Allerød kommune blev der afholdt en undervisningsseance, hvor områdeledere, sygeplejersker og sosu-assistenter fra alle 3 plejecentre deltog, samt en hjemmesygeplejerske.

I Slangerup blev der, som nævnt i forrige afsnit, afholdt et tværfagligt møde med deltagelse af plejecenterlederen, forebyggelseslederen, centersygeplejersken og en hjemmesygeplejerske. Ledelsen har ikke ønsket en undervisningsseance på nuværende tidspunkt, da man bl.a. står foran en stor omstrukturering i forbindelse med kommunesammenlægningen. I stedet vil de, med udgangspunkt i den vejledning projektteamet har udarbejdet, selv formidle og implementere projektets budskaber til personalegruppen.

I alt har ca. 80 plejepersonaler fra Allerød og Hillerød kommuner deltaget i undervisningen. Alle faggrupper har været repræsenteret, dog er sygeplejersker og sosu-assistenter de mest gennemgående.

11.4 Møder med amtslig demenskoordinator og kommunale demenskonsulenter

Projektet har haft kontakt til den amtslige og de kommunale demenskoordinatorer og -konsulenter, hvor vi dels har holdt to fælles undervisningsgange med kommunens demenskonsulent på Sofienborg plejecenter i Hillerød og dels, i samarbejde med amtets demenskoordinator, formidlet projektets resultater og budskaber til de kommunale demenskonsulenter og andre medlemmer af det amtslige Demensforum.

11.5 Temamøde for gerontopsykiatere og praktiserende læger

Med det primære formål at optimere samarbejdet og en fælles faglig tilgang til de adfærdsforstyrrede demente har projektteamet afholdt et temamøde for praktiserende læger i de 3 interventionskommuner og gerontopsykiatere i Frederiksborg Amt. Formålet med mødet var også at give lægerne inspiration og motivation til at komme i gang med de opsøgende hjemmebesøg hos ældre med fokus på at gennemgå medicinstatus regelmæssigt. I mødet deltog 14 praktiserende læger fra de tre kommuner og 2 gerontopsykiatere.

Projektteamet indledte med kort at skitsere de resultater, som havde givet anledning til fokus på netop disse to områder. Vi gennemgik den vejledning, der fremover kan danne grundlag for bedre opfølgning og samarbejde.

Herefter fulgte to oplæg om samarbejdet om brug af antipsykotisk medicin til den demente adfærdsforstyrrede patient set fra hhv. en gerontopsykiaters og en praktiserende læges synspunkt. Konklusionen på den efterfølgende diskussion var, at der, i hvert fald på papiret, er stor enighed mellem både gerontopsykiaterne og de deltagende praktiserende læger om, at brugen af antipsykotisk medicin til demente patienter med adfærdsforstyrrelser bør være mere restriktiv. Projektet har vist, at virkeligheden ikke afspejler denne holdning. Det blev yderligere understreget af den praktiserende læge med eksempler fra hans praksis. Fra begge sider var der imidlertid vilje til at bedre samarbejdet fremover.

Til sidst holdt en praktiserende læge fra Hillerød et meget inspirerende indlæg om de erfaringer, positive og mindre positive, han har gjort sig i forbindelse med opsøgende hjemmebesøg på plejehjem. I praksis har han afsat en eftermiddag om ugen til besøg, hvor han hver gang gennemgår en patient, samt følger op på eventuelle problemer hos de øvrige af hans patienter som bor på det pågældende plejehjem. Ved at være proaktiv i stedet for reaktiv sparer han i sidste ende tid, fordi han undgår de opkald fra personalet, som ofte kan vente til det næste besøg.

12.0 anbefalinger og forslag

12.1 Projektteamets anbefalinger

Projektteamet har, i samarbejde med de fagprofessioner der aktivt plejer, behandler og servicerer de ældre borgere, udfærdiget en vejledning ”Bedre medicinsk behandling af ældre på plejehjem og i hjemmeplejen”. Denne vejledning indeholder projektteamets forslag til rutiner og indhold til et fremtidigt konstruktivt og medicinsk forsvarligt samarbejde i forhold til de ældre demente.

Projektteamet har imidlertid ikke kompetence til at sikre, at vejledningens retningslinier efterleves i praksis, men skal hermed anbefale de nye kommuner og regioner at bruge denne vejledning som basis for det videre samarbejde.

I projektets kortlægnings- og implementeringsfase er vi desuden stødt på nogle strukturelle og etiske forhold, som synes at være en barriere for den fremtidige indsats. Især for plejepersonalet for at de kan yde en optimal og hensigtsmæssig pleje og omsorg til de ældre demente.

Derfor har vi også følgende anbefalinger til de nye kommuner og regioner.

12.2 Anbefalinger til de kommunale sundhedsenheder

En obligatorisk demensuddannelse til al plejepersonale

Center for Voksen Uddannelse i Hillerød har tidligere tilbudt 2 moduler fordelt på 2 uger. Indholdet i disse moduler skal udover undervisning i almen viden om demensformer og plejen hertil, også indeholde undervisning i observation og handling ved delirudvikling og adfærdsforstyrrelser samt kendskab til, hvordan medicin generelt virker på ældre mennesker, især med fokus på antipsykotisk medicins virkninger og bivirkninger.

Overvej at tilføre ekstra personaleressourcer ved udvikling af akut delir

Vi har i projektet registreret, at det kun er i meget sjældne tilfælde, at plejehjemmene bevilliger eller får bevilliget en ekstra person til meget udadreagerende adfærdsforstyrrede borgere. Gerontopsykiateren kan indstille til en bevilling, men det sker ikke nødvendigvis i den akutte fase. Det er ikke hensigtsmæssigt, og heller ikke i overensstemmelse med den vejledning projektteamet har udfærdiget, at gerontopsykiateren skal involveres i en akut udredende fase, hvis den somatiske udredning viser sig, at borgeren er i en delirøs tilstand.

For at undgå at alle tvinges til at handle imod bedre viden, og hermed mener vi at ordinere antipsykotisk medicin til en adfærdsforstyrret dement, der ikke er somatisk udredt, så må løsningen være, at det enkelte plejehjem får økonomisk mulighed for at bevillige en ekstra person til at afskærme den udadreagerende adfærdsforstyrrede demente.

Vigtigt at bevare fagligheden i Leve–Bomiljøet

Borgere på plejecentre bliver visiteret til pleje og omsorg efter de samme principper som før Leve–Bomiljøet blev introduceret. De ældre borgers fysiske og mentale helbredstilstand er formegentlig lige så kompliceret som for 5 år siden, og kræver stadig den samme pleje og omsorg som tidligere. Derfor er det ikke hensigtsmæssigt hverken for et kompetent personale eller for samfundsøkonomien, at personalet er afskåret fra at udføre de mest elementære kliniske undersøgelser ved mistanke om sygdom hos borgeren. Det kræver flere ressourcer såfremt det er den praktiserende læge, som skal foretage de almene sygeplejeobservationer.

Ligeledes er der risiko for indlæggelse pga. delir, hvis de basale værdier ikke kan registreres og behandles i tide.

Hvis ældresektoren fremover skal tiltrække og fastholde dygtige sygeplejersker og assistenter er det endvidere projektteamets opfattelse, at det er vigtigt, at de får lov at bruge det de har lært.

Brug farmaceuten bedre

Projektets resultater har vist, at det nytter, når en farmaceut gennemgår de ældres medicin, og at farmaceuten kan bidrage til undervisning af plejepersonalet i medicinens virkning og bivirkninger. Apoteket kan endvidere bidrage med hjælp til bedre medicinoverblik. Især hos de borgere, som får dosispakket medicin. Kommunerne anbefales i højere grad at gøre brug af den farmaceutiske ekspertise, fra apoteket eller ved at ansætte farmaceuter på konsulentbasis. Farmaceutens opgaver bør være en systematisk indsats med det formål at sikre kvaliteten af de ældres medicinering i tæt samarbejde med både plejepersonalet og de praktiserende læger. For uddybning af forslag til farmaceutens rolle henvises til den vejledning, som projektteamet har udarbejdet.

12.3 Anbefalinger til de kommende regioner

Mere fokus på de opsøgende hjemmebesøg til ældre

Den nye mulighed for at den praktiserende læge kan få honorar for opsøgende hjemmebesøg hos ældre hilses velkommen. I projektet har vi oplevet, at manglende tid, organisering og motivation kan være barrierer for såvel kvantiteten som kvaliteten af disse besøg. Ordningen er dog fortsat meget ny. Projektteamet har, i form af en skriftlig vejledning, givet sit bud på, hvordan den praktiserende læge i større grad kan forebygge og løse lægemiddelrelaterede problemer såvel alene, som i samarbejde med andre sundhedsprofessioner.

Vores anbefalinger er, at regionen, via temamøder og praksisbesøg foretaget af de regionale lægemiddelkonsulenter:

- Motiverer og inspirerer de praktiserende læger til at gennemføre de opsøgende hjemmebesøg hos ældre med fokus på medicingennemgang
- Fortsat medvirker til udbredelsen af rationel farmakoterapi blandt de praktiserende læger med særlig vægt på den ældre polyfarmaceut og den demente adfærdsforstyrrede patient.

Bedre kommunikation ved sektorovergange

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler skal sygehuset medgive borgeren kopi af den aktuelle medicinstatus på udskrivelsestidspunktet, sende en kopi til hjemmeplejen, samt hurtigst muligt give information om medicinændringer til egen læge, og ved dosispakning også til apoteket. Projektteamets erfaring er, at dette ikke foregår i praksis, hvorfor det udgør en markant risiko for fejlmedicinering, herunder at borgeren fejlagtigt fortsætter i behandling med antipsykotisk medicin, sovemedicin eller andre lægemidler, som det er u hensigtsmæssigt at anvende igennem længere tid. Derfor anbefaler vi:

- At regionen prioriterer, at de krav som stilles til sygehusenes information om medicinændringer reelt efterleves i praksis.

12.4 anbefalinger til andre myndigheder

I projektet har vi givet en række forslag til, hvordan man, fortrinsvis via bedre samarbejde mellem sundhedsprofessionerne, kan forebygge lægemiddelrelaterede problemer hos ældre og særligt de borgere på plejehjem, som får antipsykotisk medicin. Fra centralt hold er det fortsat vigtigt, at der er fokus på en mere restriktiv brug af såvel antipsykotisk medicin som benzodiazepiner/sovemedicin. Skriftlige vejledninger gør det ikke alene. På baggrund af de lægemiddelrelaterede problemer vi har fundet i projektet, har vi følgende forslag til, hvordan centrale tiltag kan medvirke til at forebygge problemerne:

- Indførelse af enkelttilskud når antipsykotika anvendes til demente ældre
- Begrænsning af den mængde antipsykotika, benzodiazepiner/sovemedicin, som må udleveres per recept, til max til 3 måneders forbrug. Det gælder også recepter på dosispakning.

12.5 Forslag til nye projekter

I dette projekt har vi, pga. af for få deltagere, ikke i tilstrækkelig grad belyst de lægemiddelrelaterede problemer i hjemmeplejen. Vi kan derfor foreslå, at man laver et projekt, hvor man har særlig fokus på lægemiddelrelaterede problemer hos denne gruppe. Et projekt, hvor man belyser effekten af de praktiserende lægers opsøgende hjemmebesøg på lægemiddelrelaterede problemer, kunne i den forbindelse være interessant, men fokus bør fortrinsvis være på det tværfaglige samarbejde jf. anbefalingerne i Lægemiddelstyrelsens rapport: Brug medicinen bedre (afsnit 2.4).

I vores projekt har farmaceuten og sygeplejersken fungeret som eksterne samarbejdspartnere til de eksisterende sundhedsprofessioner. En mere optimal indsats af - særligt farmaceutens virke kunne være opnået, såfremt, der var initieret et reelt samarbejde med de praktiserende læger fra projektets start med adgang til journaldata. Dette skal der tages højde for i fremtidige projekter. Fx kunne det være interessant at belyse effekten af en model, hvor farmaceuten er tilknyttet en eller flere lægepraksis på konsulentbasis.

Bilag

Bilag A: Lægemidler, hvor indikationen bør revurderes hos ældre

Rød: Bør undgås med mindre særlige forhold foreligger

Gul: Følg op på korrekt og aktuel indikation:

Grøn: Bør revurderes pga. manglende evidens for langtidseffekt, bivirkninger eller andet.

Lægemidler (mest anvendte)	Begrundelse for evt. seponering eller dosisjustering	Forslag til evt. alternativ
Fordøjelsessystem		
Cimetidin	Risiko for konfusion hos ældre	PPI: fx Lanzo 15-30 mg
Primperan Vogalene	Risiko for konfusion hos ældre pga. antikolinerg effekt. Bør ikke gives samtidig med antipsykotisk medicin	-
Toilax Perilax	Langvarig brug frarådes pga. risiko for tilvænning, med mindre patienten får opioider	Magnesia, Movicol
Buscopan Ercoril	Risiko for konfusion hos ældre pga. antikolinerg effekt	-
Antikoagulantia		
Asasantin Retard	Dosis af ASA (50 mg dgl) er for lav	Persantin R. + Magnyl 75 mg
Magnyl 150 mg	Dosis skal være 75 mg	Dosisreduktion til 75 mg
Magnyl 75 mg	Ikke til primær profylakse	-
Persantin alm. tablet	Risiko for ortostatisk hypotension	Persantin Retard
Plavix	Ikke evidens for effekt udover 12 måneder	-
Hjerte-kar		
Furix	Kun til symptomatisk behandling ved hjerteinsufficiens. Ingen dokumenteret effekt på overlevelse Stor risiko for fald pga. ortostatisk hypotension. Hyppig årsag til indlæggelse	<u>1. Risikoreduktion</u> Ramipril, Carvedilol, Spirix 25 mg (NYHA III-IV) <u>2. Hypertension/ødemer:</u> Centyl (hvis Furix ≤ 60 mg og nyrefunktion ok)
Digoxin	Interaktioner og mulig konfusion hos ældre Ikke 1. valg ved hjerteinsufficiens, men kan være indiceret ved samtidig atrieflimren	<u>Hjerteinsufficiens:</u> Carvedilol og Ramipril
Urologiske midler		
Detrusitol Kentera Vesicare	Effekten er marginal Risiko for konfusion hos ældre pga. antikolinerg effekt	-
Analgetika		
Ketogan Morfika	Risiko for konfusion hos ældre	Tramadol Paracetamol
NSAID	Effekten er sjældent bedre end paracetamol Risiko for mavesår og væskeretention	1. Paracetamol 2. Ibuprofen + Lanzo 15 mg
Kinin	Effekten er lille. Ingen studier > 4 uger Risiko for konfusion, tinnitus, interaktion	<u>Lægekramper:</u> Obs! Claudicatio

Lægemidler (mest anvendte)	Begrundelse for evt. seponering eller dosisjustering	Forslag til evt. alternativ
Benzodiazepiner		
Sovemidler: Nitrazepam Imovane Stilnoct	Effekt på søvn ophører efter ca. 2 uger Risiko for "hang-over" effekt, dagsedation, fald, kognitiv svækkelse. Særligt for stoffer med lang halveringstid såsom nitrazepam	Imovane – kun kortvarigt
Angstdæmpende: Diazepam Oxazepam	Effekt på angst svinder efter 3-4 mdr. Stor risiko for afhængighed og kognitiv svækkelse	Generaliseret angst: Citalopram
Antipsykotika		
Nye antipsykotika: Abilify Leponex Risperdal Seroquel Solian Zeldox Zyprexa	Har ingen effekt på adfærdsforstyrrelser som rastløshed, flugttenens, natteuro, råben. Psykotiske symptomer, hvor der er tegn på delir (fluktuerende, somatisk årsag) Risiko for ekstrapyrimidale bivirkninger (EPS), urinretention, hjertepåvirkning, sedation, fald, immobilitet, kognitiv forringelse og apopleksi (gælder både nye og ældre antipsykotika) Risiko for vægtøgning og metabolisk syndrom (størst for Zyprexa og Leponex)	1. - 2. Seponeres efter 2-3 uger. 3. Forsøg dosisreduktion, hvis indikationen fortsat er tilstede. Ellers seponer 4. Evt. skift til Seroquel
Ældre antipsykotika Truxal (højdos) Nozinan (højdos) Cisordinol (mid.dos.) Trilafon (mid.dos.) Serenase (lavdos)	Større risiko for konfusion, urinretention, hjertepåvirkning og sedation (især højdosisstoffer) Større risiko for EPS og irreversible tardive dyskinesier (især lavdosisstoffer)	Nyere antipsykotikum hvis indikationen fortsat er tilstede. Ellers seponer.
Lysantin	Risiko for konfusion hos ældre pga. antikolinerg effekt	Nyere antipsykotikum
Antidepressiva		
Amitriptylin Imipramin Nortriptylin	Risiko for konfusion og hjertepåvirkning pga. antikolinerg effekt. Øget risiko for død ved dosis på 100 mg og derover	<u>Depression:</u> Dosisreduktion eller skift til Citalopram <u>Bipolær depression:</u> Specialistopgave
Demensmidler		
Arizept Exelon Reminyl Ebixa	Usikkerhed om klinisk relevant effekt og ingen dokumenteret effekt udover ½ år. Effekt hos den enkelte bør derfor revurderes hvert ½-1 år, og medicinen seponeres, såfremt seponeringsforsøg ikke resulterer i forværring	Ikke grundlag for at skifte til andet alternativ

Bilag B: Resumé af projektbeskrivelsen

Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer hos ældre + 65 årige brugere af antipsykotika på plejehjem og i hjemmeplejen i Allerød, Hillerød og Slangerup kommune.

**Resumé af projektbeskrivelse
Januar 2006**

Baggrund for projektet

I starten af 2005 offentliggjorde Lægemiddelstyrelsen en undersøgelse der viste, at antallet af ældre +65 årige i behandling med antipsykotisk medicin var faldet, men mængdeforbruget var stigende. Undersøgelsen viste også, at mængdeforbruget hos plejehjemsbeboere er væsentligt højere end blandt borgere i eget hjem. Det betyder, at plejehjemsbeboere enten behandles i længere tid eller med højere doser.

Undersøgelsen viste også, at ud af de personer der får antipsykotika får 60 % ofte også antidepressiva, demensmedicin, angst og beroligende medicin ved siden af, og dette kan medføre en interaktion mellem præparaterne, som er problematisk og i nogle tilfælde dødelig for patienten. Op til 16% af hospitalsindlæggelser af ældre +65 årige skyldes lægemiddelrelaterede problemer. Andelen af ældre + 65 årige plejehjemsbeboere i Frederiksborg Amt der får antipsykotisk medicin svarer til landsgennemsnittet, som ligger på ca. 28,2 % i 2003.

Hvorfor er behandling af ældre med antipsykotika et problem?

Studier har vist, at effekten af antipsykotisk medicin til demente med adfærdsforstyrrelser har en ringe effekt om nogen, i forhold til de alvorlige bivirkninger, der følger med behandlingen. Antipsykotika har ingen effekt på rastløshed, råberadfærd og gåen ind til andre, og kun ringe effekt på aggressiv adfærd. Bivirkninger som rysten, ufrivillige bevægelser, hjerteproblemer, vægtøgning, sløvhed nedsætter den ældres livskvalitet og medfører ofte unødvendige indlæggelser. I nyere studier er det vist, at brugen af både nye og ældre antipsykotika til ældre øger risikoen for blodpropper og død.

Lægemiddelstyrelsens opgørelse, viser at demensmedicin og antipsykotika ofte gives samtidig, selvom, der sjældent er indikation for at anvende antipsykotika til demente.

Der er derfor grundlag for at se nærmere på årsagen til, at knap en tredjedel af de ældre på vores plejehjem i Frederiksborg Amt får denne behandling.

Hvad har man gjort indtil nu?

Der er i de seneste år udkommet talrige vejledninger og retningslinier i forhold til anvendelse af antipsykotisk medicin til ældre, til ordinerende læger og øvrigt relevant personale på ældreområdet. Retningslinierne går på de lægemiddelrelaterede problemer, som primært har fokus på:

- 1) Manglende indikation for anvendelse af antipsykotika (virker ikke på adfærdsforstyrrelser)
- 2) Manglende seponering af akut behandling (for lang behandlingstid)
- 3) For høj dosis til ældre (man immobiliserer patienten fysisk og mentalt)

På trods af nyere viden og retningslinier på området viser tallene fortsat, at disse vejledninger er uden effekt. For at skærpe opmærksomheden på området i sundhedsprofessionerne er der behov for en anderledes koordinerende indsats, der får professionerne til at tænke og handle sammen når ” den bedste” behandling skal iværksættes for den ældre borger med adfærdsforstyrrelser.

Formål med projektet

Det overordnede formål er at løse og forebygge lægemiddelrelaterede problemer hos +65 årige brugere af antipsykotisk medicin på udvalgte plejehjem og hjemmepleje i kommunerne.

- at afprøve og efterfølgende implementere en intervention, der sikrer en vedvarende reduktion i forbruget af antipsykotika hos ældre +65 årige
- at få analyseret årsager og barrierer til problemerne ved eksternt projektteams intervention
- at udarbejde forslag til samarbejdsrelationer og rutiner i almen praksis, på plejehjem, i hjemmeplejen og apotek, der kan identificere og forebygge lægemiddelrelaterede problemer hos +65 årige

Desuden undersøges eventuelle forskelle på lægemiddelrelaterede problemer mellem plejehjem og hjemmesygeplejen, samt mellem brugere og ikke-brugere af dosisdispensering.

Mål

Målet er at få kortlagt type og antal af lægemiddelrelaterede problemer hos +65 årige på plejehjem og hjemmepleje, der er i behandling med antipsykotika for at kunne identificere, løse og forebygge disse:

- at foreslå modeller for samarbejdsrelationer - og aktiviteter mellem sundhedsprofessionerne for at optimere viden på området

Den praktiske udførelse

Projektet forløber i perioden 1. december 2005 til 31. december 2006. Der er ansat en projektleder, Dorte Glintborg farmaceut og en projektsygeplejerske, Birgit Bonnichsen, begge på halv tid indtil udgangen af 2006.

Projektet er overordnet opdelt i 3 trin:

1. Kortlægningsfasen
2. Analysefasen
3. Implementeringsfasen

I kortlægningsfasen indhentes i første omgang oplysninger fra plejepersonale om, hvor mange brugere af antipsykotika, der bor/er tilknyttet de enkelte plejehjem/hjemmesygeplejeområder. Navne på de beboere, der får antipsykotisk medicin opbevares af personale, men slettes i projektteamets kopi. Der udnævnes 1-2 kontaktpersoner per center til at hjælpe projektteamet med praktisk adgang til journaler, samarbejdsbøger og kontakt til den enkelte beboer angående samtykke til, at projektteamet kortlægger og undersøger beboerens sygehistorie. Kontaktpersonerne er behjælpelige efter behov i forbindelse med den praktiske gennemgang af medicinstatus og deltager i eventuelle fællesmøder med læge og andre relevante faggrupper med henblik på afklaring af medicinændring.

Projektteamet vil i kortlægningsfasen:

- Gennemgå de enkelte borgeres medicin mhp. identifikation af eventuelle lægemiddelrelaterede problemer og forslag til løsning.
- Interviewe kontaktpersoner om rutiner omkring medicin håndtering, observationer og procedurer i forbindelse med behandling til beboere med adfærdsforstyrrelser. Dette mhp. senere analyse af mulige årsager og løsningsmodeller (analysefasen).

I implementeringsfasen (efteråret 2006) skal enkle rutiner og forslag til procedurer implementeres, og i den forbindelse vil der være behov for møder og måske undervisning af det samlede personale. Vi satser på, at alle faggrupper inddrages på deres niveau for at skabe de bedste rammer for en fælles forståelse og fælles handling på problemet.

Bilac C: Skema til kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer

Nr.	Alder:	Køn:
Antipsykotikum:	Praktiserende læge:	Andre læger:

Sygehistorie: fysisk psykisk socialt
Objektivt (diagnose/observationer i plejebogen):
Medicin (se medicinskema for aktuel status):
Problemer (prioriteret): patientens opfattelse/plejepersonalets opfattelse 1. 2. 3.
Mulige årsager: 1. 2. 3.
Forslag til løsning: 1. 2. 3.
Spørgsmål til plejepersonalet
Spørgsmål til lægen

13.0 Referencer

- ¹ Brug medicinen bedre. Perspektiver i klinisk farmaci. Lægemiddelstyrelsens arbejdsgruppe for klinisk farmaci. Rapport juni 2004
- ² Tybjerg J, Gulmann NC. Psykofarmakaforbrug på plejehjem. Ugeskr læger 1992; 154: 3126-9.
- ³ Gamle dementes vilkår. Rapport fra Embedslægeinstitutionerne for Århus, Storstrøms og Roskilde Amter, 1991.
- ⁴ Redegørelse fra en arbejdsgruppe, nedsat med det formål at kortlægge medicinforbruget blandt ældre beboere i plejeboliger i Silkeborg kommune. Embedslægeinstitutionen for Århus Amt 2000.
- ⁵ Forbruget af antipsykotiske lægemidler i Danmark blandt ældre. Forbrugsanalyse 2005. www.laegemiddelstyrelsen.dk.
- ⁶ Bedre medicin til de ældre. Redegørelse for undersøgelsen af forbruget af psykofarmaka på plejehjem. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Københavns Kommune. August 2006.
- ⁷ Forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre. Rapport fra arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen 2005.
- ⁸ Demens i almen praksis. Klinisk vejledning. 2. udgave Dansk Selskab for Almen Medicin 2006.
- ⁹ Ældre med demens og psykiatriske symptomer og urolig adfærd. Kort vejledning i undersøgelse og behandling. Sundhedsstyrelsen og Institut for Rationel Farmakoterapi 2005.
- ¹⁰ Lonergan E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol for agitation in dementia. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003
- ¹¹ Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimers disease. The Cochrane Library Issue 1. 2006.
- ¹² Deberdt WG, Dysken MW, Rappaport SA et al. Am J Geriatr Psychiatry 2005; 8: 722-30.
- ¹³ Artikel i Jyllandsposten 4. januar 2000
- ¹⁴ Bridges-Parlet S, Knopman D, Steffes S. Withdrawal of neuroleptic medications from institutionalized dementia patients: Results of a double-blind baseline-treatment-controlled pilot study. J Geriatr Psychiatry and Neurology 1997; 10: 119-126.
- ¹⁵ Thapa PB, Meador KG, Gideon P et al. Effects of antipsychotic withdrawal in elderly nursing home residents. J Am Geriatric Society 1994; 1994; 42: 280-86.
- ¹⁶ Van Reekum R, Clarke D, Conn D et al. A Randomized Placebo-Controlled Trial of the Discontinuation of Long-Term Antipsychotics in Dementia. International Psychogeriatrics 2002; 14: 197-210.

¹⁷ Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J et al. Risk of Death in Elderly Users of Conventional vs. Atypical Antipsychotic Medication. NEJM 2005; 353: 2335-41.

¹⁸ Den Nationale Rekommandationsliste. www.irf.dk/nationalrekommandationsliste

¹⁹ Den Nationale Interaktionsdatabase. www.interaktionsdatabasen.dk

²⁰ Fick DM, Cooper JW, Wade WE et al. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Arch Intern Med 2003; 2716-24.

²¹ Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsen 2003.

²² Faldende brug af Zyprexa. Forbrugsanalyse. 17. februar 2005. www.lægemiddelstyrelsen.dk

²³ Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B et al. The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. J Am Geriatr Soc 1998; 1: 77-82.