12. august 2023

Til Styrelsen for Patientsikkerhed

Høringssvar til Målepunkter for tilsyn på demens og antipsykotika 2023

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar på Målepunkter for tilsyn på demens og antipsykotika 2023.

DSAM finder det relevant at have fokus på antipsykotika-behandling hos patienter med demens og håber, at målepunkterne kan hjælpe til med, at behandlingsstedet prioriterer de nonmedikamentelle tiltag, der undgår brugen af antipsykotika. Det kræver dog personale, tid og økonomi. Målepunkterne i den forbindelse i ældreplejen bør derfor ikke alene fokusere på journaldokumentation med beskrivelse af særlige behov for pleje (side 5), men gennemgangen af STPS bør derfor også faktuelt forholde sig til, om det synes realistisk, at personalets antal og kvalifikationer døgnet rundt kan opfylde de særlige behov. Dvs. ikke hvad der står i journalen, men hvad rammerne rent faktisk tilbyder.

Symptomerne på BPSD kan blive så voldsomme, at de forhindrer sikker interaktion med patienten og kan derfor være indiceret at bruge antipsykotika i kortere eller længere tid for at minimere lidelse og sikre mulighed for, at personalet sikkert kan yde pleje og omsorg for patienten.

Der er desuden tale om en symptomlindrende behandling til en yderst skrøbelig patientgruppe med kort restlevetid. Derfor er det også vigtigt, at opfyldelse af målepunkterne ikke fører til skade i form af smertefulde eller angstfremkaldende undersøgelser uden andet formål end at opfylde målepunkterne. Det er også vigtigt, at de ikke fører til unødvendigt ekstra bureaukrati i en i forvejen presset plejehjemssektor.

Det skal understreges, at DSAM anser medicinsk behandling som sidste udvej. Tilførsel af ressourcer til plejecentre mhp. de rette tiltag er den vigtigste faktor for at undgå brug af antipsykotika hos ældre med demens.

Målepunkter for tilsyn hos læger, der udskriver antipsykotika til patienter med demenssygdom

- Vi anbefaler, at punktet *"at somatisk sygdom er udelukket som årsag"* ændres til "at somatisk sygdom er **overvejet** som årsag og **behandlet hvis muligt**".

Den nuværende formulering vil føre til en lang række unødvendige undersøgelser som for eksempel brug af blodprøver og urinstiks hos patienter, hvor man ikke mistænker somatisk sygdom som underlæggende årsag – for eksempel patienter der gentagne gange har oplevet de samme symptomer i perioder og tidligere er udredt for somatisk årsag. Desuden har patienter i den aldersgruppe ofte multimorbiditet, hvoraf noget kan behandles og andet ikke kan, men det kan godt bidrage til forværring af BPSD, uden at det kan behandles (fx sequelae af apoplexi).

- Vi anbefaler, at punktet *"at der foreligger EKG, vægt, BMI, taljeomfang, BT, HbA1c og plasmalipider inden behandlingsstart"* helt slettes.

Hos ældre med demens med kort forventet restlevetid, hvor behandlingen overvejende er symptomlindrende, er det ganske enkelt til skade for patienten at kræve en lang række undersøgelser, der kan være både angstfremkaldende, ydmygende og smertefulde. Den eneste af disse undersøgelser, der ville have en reel betydning for, om man ville behandle med antipsykotika, er fund af langt QTc på EKG. Og netop denne undersøgelse vil blive praktisk vanskeligt at få lavet inden behandlingsstart. Patienten vil ofte være i en tilstand, hvor de ikke vil kunne samarbejde hertil (ligge helt stille, acceptere elektroder og få tøjet af overkroppen).

Taljemål, hba1c og vægt giver ingen faglig mening i denne gruppe. Der er ikke fund på disse undersøgelser, der vil påvirke, om man vil opstarte behandling, og der er ikke faglig indikation for tæt monitorering af nogle af disse under behandlingen hos størstedelen af denne gruppe af patienter.

Det vigtigste er risikoen for faldtendens, dvs. fokus hos personalet på at observere, at patienterne ikke bliver usikre på benene efter opstart.

Med hensyn til langtidsbehandling, der ifølge retningslinje fra Rationel farmakoterapi 2, 2023 fra SSI, der kræver ordination fra psykiater eller gerontopsykiater: Vi må gøre opmærksom på, at der i store dele af landet er lang ventetid på psykiater. I øjeblikket typisk 12 mdr., hvorfor retningslinjen er en ideal tilstand, der ikke kan efterleves, og den journalførende læge kan ikke kræves til indtægt for, at det ikke er muligt. Det er i øvrigt en særdeles tidskrævende opgave at få fat i psykiatere for at få et eventuel råd, da de typisk kun har ringetid i 2 timer om ugen. Deres tilgængelighed er for lille, og den praktiserende læges tid skal bruges fornuftigt uden at blive anklaget for manglende omhu.

Der bør som udgangspunkt ikke dobbelt-journalføres både i læge og i plejejournal, at ikke medicinsk behandling er forsøgt samt at samtykke er forsøgt indhentet. Vi foreslår, at det ligger i plejejournalen, da det typisk er plejepersonalet, der lykkes med at få fat i værge. Patienten vil mest sandsynligt ikke have sygdomsindsigt og vil typisk være inhabil.

Det er vigtigt, at alles tid bliver brugt hensigtsmæssigt, og plejepersonale er også i stand til at informere om tilstanden og indhente værges mening om behandlingsniveau.

Målepunkter for brug af antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom og BPSD-symptomer i ældreplejen

3: Interview om forebyggelse og minimering af brugen af antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom

- Vi anbefaler, at punktet *"at behandlingsstedet har fokus på, i samarbejde med den behandlingsansvarlige læge, at udredning for somatisk sygdom, så vidt muligt, går forud for*

behandling med antipsykotisk medicin" ændres til "at behandlingsstedet har fokus på, i samarbejde med den behandlingsansvarlige læge, at udredning for somatisk sygdom, så vidt muligt, går forud for behandling med antipsykotisk medicin, **når dette er relevant**".

4: Interview om behandlingsstedets samarbejde med behandlingsansvarlig læge om behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom

- Vi anbefaler, at der under disse punkter tilføjes:

  "at punkterne kan opfyldes på baggrund af mundtlig besked fra den ordinerende læge og ved at notere i eget journalsystem. Der er ikke krav om skriftlig besked fra lægen i tillæg til den mundtlige".

  Der er en udbredt praksis med at kræve, at praktiserende læger både giver mundtlig og skriftlig besked om behandlinger i tillæg til at ordinere medicinen korrekt i FMK, hvilket giver en uhensigtsmæssig bureaukratisk opgave i almen praksis.

6: Journalgennemgang af dokumentation af indikationer, behandlingsplaner og opfølgning på behandling med antipsykotisk medicin hos patienter med demenssygdom.

- Vi anbefaler igen, at der under disse punkter tilføjes:

  "at punkterne kan opfyldes på baggrund af mundtlig besked fra den ordinerende læge og ved at notere i eget journalsystem. Der er ikke krav om skriftlig besked fra lægen i tillæg til den mundtlige".

7. Journalgennemgang af aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering hos patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin

- Vi anbefaler igen, at der under disse punkter tilføjes:

  "at punkterne kan opfyldes på baggrund af mundtlig besked fra den ordinerende læge og ved at notere i eget journalsystem. Der er ikke krav om skriftlig besked fra lægen i tillæg til den mundtlige".

Med venlig hilsen

Bolette Friderichsen
Formand for DSAM