

BEHANDLING AF PLEJEHJEMSBEBOERE MED PSYKOFARMAKA

Lars Larsen

Der er behov for at plejepersonale intensivere observationsindsatsen for at hjælpe de ordinerende læger, således at de kan øge præcisionen i anvendelse af nerve- og sove-medicin (psykofarmaka) til ældre mennesker, der bor i plejebolig. Der gives i artiklen et eksempel på et interventionsprojekt, hvor det er lykkedes at reducere anvendelsen af medicin mod angst og søvnløshed (benzodiazepiner og beslægtede stoffer).

På baggrund af erfaringerne fra projektet gives en række råd til lokalcentre og plejehjem, der ønsker at intensivere indsatsen vedrørende den psykofarmakologiske behandling af ældre beboere med psykiske lidelser.

Lars Larsen er uddannet psykolog og har en ph.d.-grad i biologisk udviklingspsykologi. Han arbejder til daglig med problemstillinger vedrørende demens og anden ældrepsykiatri i Serviceafdelingen i Afdelingen for Sundhed og Omsorg, Århus Kommune. Udover opgaver med samtaler, vejledning og undervisning til brugere, pårørende og plejepersonale, er han projektkoordinator på Århus Kommunes projekt om anvendelse af psykofarmaka.

Gerontologi og samfund 2002; 18, 3: 61-63

NØDVENDIG BEHANDLING

Psykofarmakologisk behandling af ældre borgere kan til tider være både nødvendig og hensigtsmæssigt, så længe behandlingen tager udgangspunkt i relevante lægefaglige overvejelser¹. I en nyere dansk undersøgelse² af psykiatrisk prævalens viste hele 71% af en population af almindelige plejehjemsbeboere sig at have en psykisk lidelse, når demens inkluderes. Disse ældre psykisk syge individer har krav på behandling, såvel psykofarmakologisk som ikke-medicinsk (fx miljøterapeutiske tiltag).

Kompleks adfærd med udspring i *sociale årsager* (causa socialis) skal ikke behandles medicinsk³.

Lars Larsen, psykolog, ph.d.
Afdelingen for Sundhed og Omsorg
Serviceafdelingen
Søren Frichs Vej 36 M
8230 Åbyhøj
ll@mag3.aarhus.dk

PSYKOFARMAKA

Psykofarmaka er en fællesbetegnelse for lægemidler, der anvendes til behandling af sindslidelser, dæmpning af psykiatriske symptomer og lindring af psykisk ubehag¹. Præparaterne virker meget forenklet sagt ved at hæmme, fremme eller blokere forskellige signalstoffer i hjernen (fx dopamin og serotonin). Psykofarmaka kan inddeles i fire terapeutiske hovedgrupper:

- antipsykotika (medicin mod psykose)
- antidepressiva (medicin mod sygelig nedtrykthed/depression)
- anxiolytika (medicin mod angst) og
- hypnotika (medicin mod søvnløshed).

Medicin mod *psykose* kan være effektiv til behandling af hallucinationer, vrangforestillinger, manisk uro og svær aggression, men har en række neurologiske bivirkninger, såsom medikamentel parkinsonisme (rystelammelse). Patienten kan blive præget af bevægelsesfattigdom, muskelstivhed, rystelser, nedsat balancefunktion og faldtendens.

Præparater mod *angst og søvnløshed* er venedannende og virkningen aftager efter få ugers behandling. Selv ved lave doser kan patienten blive afhængig af disse stoffer. Præparaterne kan have bivirkninger som sløvhed, nedsat muskelkoordination, balanceproblemer, faldrisiko, hukommelsesbesvær, aggressivitet og depression.

BIVIRKNINGER, OVER- OG UNDERBEHANDLING

Der er en række ubehagelige bivirkninger forbundet med anvendelse af visse typer af psykofarmaka, fx medicin mod psykose, angst og søvnløshed. *Mennesker med demens* er særligt disponerede for bivirkninger⁴. Derfor er det afgørende at undgå medicinsk overbehandling.

Der findes både eksempler på medicinsk *over- og underbehandling*. I en nyere dansk undersøgelse² viste det sig, at der var tale om undermedicinering af depression blandt ældre plejehjemsbeboere. Det har også vist sig, at ældre mennesker, der lider af depression, kan opnå betydelig kognitiv funktionsforbedring ved behandling med medicin mod nedtrykthed⁵.

Generelt set må det dog anbefales, at der anvendes et minimum af psykofarmaka og at der sættes ind med ikke-medicinsk be-

handling i form af individuelt tilpasset pleje, omsorg og socialpædagogiske tiltag^{6,7}.

LÆGER ORDINERER – PLEJEPERSONALE OBSERVERER

I den senere tid har der været megen medieomtale af den psykofarmakologiske behandling af plejkrævende ældre borgere. Det er, i den forbindelse, vigtigt at gøre klart, at det ofte urimeligt udskældte plejepersonale ikke har ordinationsret. Ordinationsretten ligger alene hos lægestanden.

Det har imidlertid vist sig, at plejepersonalet synes at kunne påvirke den medicinske ordinerings^{8,9}. Dette sker fx, når plejepersonalet pr. telefon videregiver observationer, der kan være relevante for den medicinske behandling. Observationernes betydning bliver ikke mindre af, at en del praktiserende læger ikke tilser plejehjemsbeboerne regelmæssigt. Præcisionen og detaljeringsgraden i disse observationer er efter al sandsynlighed vigtige for præcisionen i lægernes ordinationer. Vigtigheden illustreres af *eksemplet side 62*.

UNDERVISNING

Det har vist sig, at det kan lade sig gøre at påvirke anvendelsen af psykofarmaka ved hjælp af undervisning og information til plejepersonalet².

Det synes således sandsynligt, at der kan opnås en mere præcis psykofarmakologisk behandling ved hjælp af en organiseret oplysnings- og vejledningsindsats rettet mod plejepersonalet.

ERFARINGER FRA ET PILOTPROJEKT

I år 2001 afviklede Århus Kommune et mindre pilotprojekt i to kommunale plejemiljøer med i alt 70 svage ældre brugere med behov for fysisk, psykisk og social kontakt med personalet døgnet rundt.

Projektet var designet som en interventionsundersøgelse med kortlægning af psykofarmakaforbruget før og efter intervention. Kortlægningen blev foretaget ved gennemgang af medicinskemaer fra det elektroniske journalsystem; *Vitae-journalen*.

Pilotprojektets primære formål var at opnå den størst mulige samlede effekt på anvendelsen af psykofarmaka i form af mere præcision og om muligt reduktion af sove-medicin, medicin mod angst og medicin mod psykose.

EKSEMPEL PÅ PLEJE-OBSERVATIONERS BETYDNING

En ældre kvinde på et plejehjem har gennem længere tid været urolig og til tider vredladet. Beboeren har i dagtimerne svært ved at fungere socialt og ønsker ikke at deltage i dagliglivet på plejehjemmet. Desuden er hun træt om dagen og sover ikke godt om natten.

Plejehjemmets sygeplejerske har tidligere, i samråd med den praktiserende læge, udelukket en række potentielle somatiske årsager hertil. Sygeplejersken kontakter igen lægen og videregiver observationerne vedrørende uro, agitation og søvnbesvær. Herefter ordinerer lægen beroligende medicin (anxiolytika) og noget at sove på (hypnotika).

I tiden efter mindskes agitationen, og beboeren sover nu om natten, men hun plages af faldtendens. Trætheden og det manglende engagement i dagliglivet er imidlertid uændret, og alle miljøterapeutiske forsøg på at bedre situationen er virkningsløse. Efter en måneds tid vender uroen og søvnbesværet tilbage, og sygeplejersken beslutter derfor, i forsøg på at finde en forklaring, at observere beboeren mere systematisk. Efter korts tids systematiske observationer opdager sygeplejersken, at beboeren ofte virker ulykkelig, og direkte adspurgt bekræfter beboeren sygeplejerskens begyndende mistanke om en underliggende depressiv tilstand.

Der tages igen kontakt til lægen, der bliver forelagt de nye og mere præcise observationer. Lægen beslutter at påbegynde behandling med medicin mod depression; et aktiverende og stimulerende præparat om morgenen og et lidt mere sederende (sløvende) præparat før sengetid. Desuden påbegyndes udtrapning af den beroligende medicin (anxiolytika) og sovemedicinen.

Efter nogle uger mindskes beboerens uro og træthed, og flere af de miljøterapeutiske tiltag begynder at virke. Beboeren begynder endda at deltage aktivt i dagliglivet på plejehjemmet og takker ja til et tilbud om at deltage på gymnastikholdet.

INTERVENTIONEN

Interventionen bestod i fire timers undervisning til plejepersonalet; to timer ved gerontopsykiater omhandlende ældrepsykiatriske problemstillinger og anvendelse af psykofarmaka og 2 timer ved psykolog om miljøterapeutisk behandling. Herudover afholdt den projektkoordinerende psykolog månedlige vejledningsmøder med sygeplejerskerne i de to plejemiljøer.

De praktiserende læger modtog en orienteringsskrivelse med forespørgsel om, hvorvidt de ville stå til rådighed for løbende månedlig telefonkontakt med henblik på evt. justering af medicinen. Cirka halvdelen af de adspurgte læger indvilgede i at deltage.

RESULTATER

I det følgende gennemgås og diskuteres de overordnede resultater fra pilotprojektet (se tabel 1).

Overordnet set var der, ved første måling, tale om et relativt beskedent forbrug af medicin mod psykose, som ikke blev reduceret yderligere af interventionsindsatsen. Indtrykket fra vejledningsmøderne med de lokale sygeplejersker var, at ordinationerne var velbegrundede, og brugerne medicinsk velbehandlede. Flere af disse brugere havde gerontopsykiatrisk tilsyn.

ANGST OG SØVNLØSHED

Det lykkedes at opnå en statistisk betydningsfuld reduktion i fast ordineret medicin mod angst (fra 21,4% til 10,6%). Forbruget af fastordineret sovemedicin var ligeledes

mindre efter interventionen. Hovedparten af de præparater, der er registreret som medicin mod angst og søvnløshed tilhører gruppen af benzodiazepiner. Det synes imidlertid tilfældigt, om et benzodiazepinpræparat er lanceret som medicin mod angst eller søvnløshed¹⁰. I overensstemmelse hermed erfarede jeg, ved gennemgangen af medicinske maer, at præparater, der var registreret som medicin mod angst, til tider blev ordineret som sovemedicin. Derfor er det vigtigt, at forbruget af angstmedicin ikke vurderes isoleret, uden at man samtidig forholder sig til forbruget af sovemedicin, og omvendt.

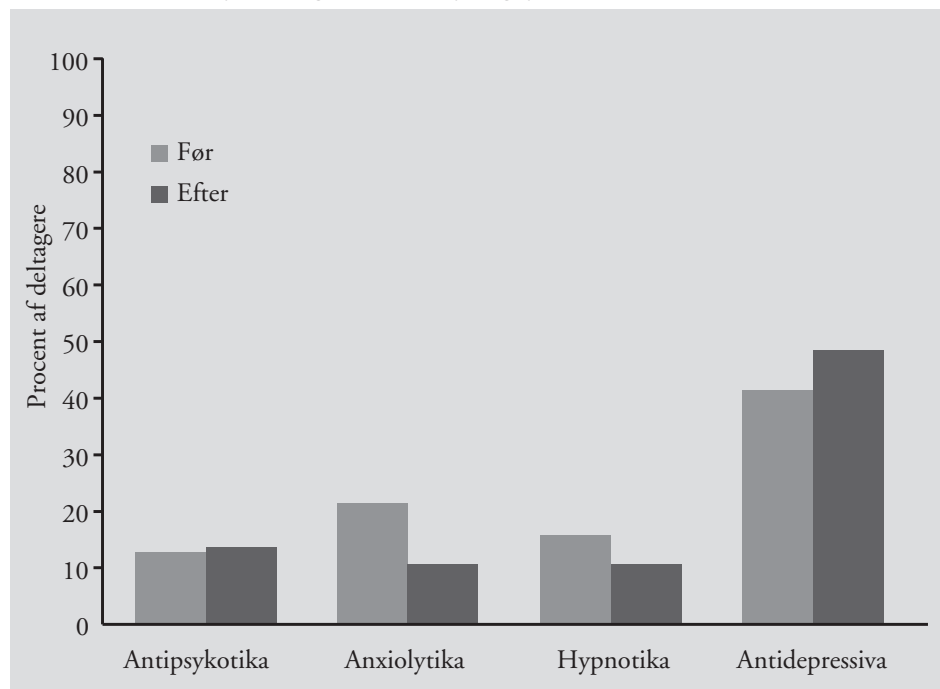
Det er positivt, at forbruget af fast ordineret medicin mod angst og søvnløshed reduceres. Præparater af disse typer bør så vidt muligt undgås, men hvis de alligevel anvendes, bør det ske i meget begrænset omfang efter behov, fordi de er vanedannende, taber terapeutisk effekt efter få uger og, som tidligere nævnt, er forbundet med en række bivirkninger.

DEPRESSION

Der sås en mindre stigning i anvendelsen af medicin mod depression (ikke signifikant).

Erfaringerne fra vejledningsmøder med de deltagende sygeplejersker tyder på, at når speciallæger i gerontopsykiatri tilser brugere, falder forbruget af medicin mod angst og søvnløshed, mens forbruget af medicin mod depression stiger. Sløvende og vanedannende psykofarmaka erstattes typisk af et af de moderne stimulerende og aktiverede

Tabel 1. Anvendelse af nerve- og sovemedicin før og efter intervention



SSRI-præparater, de såkaldte *lykkepiller*⁴. Et lignende mønster tegner sig, når plejepersonalet øger præcisionen og detaljeringsgraden i de observationer, der videregives til lægen.

LÆGERNES DELTAGELSE

For lidt under halvdelen af de deltagende beboeres vedkommende accepterede den praktiserende læge en fast månedlig telefonsamtale med en kommunal sygeplejerske mhp. at modtage aktuelle oplysninger, der kunne være relevante for den medicinske behandling. Der fandtes ingen forskel i ordinationerne mellem gruppen, hvor lægerne deltog planlagt og den gruppe, hvor lægerne ikke deltog.

Når lægernes deltagelse skal vurderes, er det væsentligt at gøre opmærksom på, at der var tale om en meget begrænset deltagelse. Den begrænsede deltagelse var et bevidst valg med udgangspunkt i erfaringer fra tidligere undersøgelser, hvor det har vist sig stort set umuligt at formå de praktiserende læger til at deltage, hvis deltagelsen er for tidskrævende². Desuden kontaktede sygeplejerskerne alligevel lægerne, når de blev opmærksom på behov for justeringer i medicinering, og alle læger var skriftligt informerede om den kommunale indsats på området.

Det er imidlertid sandsynligt, at indsatsen kunne bliver endnu mere præcis, som følge af et større engagement fra de praktiserende lægers side. Halvårlige lægebesøg til alle beboere i plejebolig med tilsyn og gennemgang af den aktuelle medicin, ville således være ønskeligt. Alternativt kunne man genindføre tidligere tiders ordning med fast tilknyttet plejhjems-læge.

Resultaterne fra pilotprojektet indikerer, at det ved hjælp af oplysning, vejledning og undervisning til plejepersonale er muligt at øge præcisionen i lægernes ordination af psykofarmaka. Det lykkedes således at opnå en statistisk betydningsfuld reduktion i anvendelsen af medicin mod angst og søvnløshed.

12 GODE RÅD

På baggrund af det hidtidige arbejde med at øge præcisionen i lægeordineret psykofarmaka i Århus Kommune opstilles hermed 12 råd til andre lokalcentre og plejhjem, der ønsker at igangsætte en lignende indsats.

PERSPEKTIVER

Plejepersonalet på lokalcentre og plejhjem spiller en vigtig rolle mht. at sikre den optimale behandling af ældre brugere med psykiske lidelser. Derfor har Århus Kommune besluttet at udbrede erfaringerne fra pilotprojektet til de øvrige lokalcentre og plejhjem i Århus Kommune. Således forventer vi ved årets afslutning at kunne afslutte en stor interventionsundersøgelse med i alt 1.455 brugere fordelt på 32 forskellige lokalcentre og plejhjem. Vi forventer at være i stand til at offentliggøre resultaterne af denne undersøgelse sidst i indeværende år.

Det er vores håb, at indsatsen i Århus Kommune vil kunne inspirere andre kommuner til at igangsætte lignende projekter.

I forlængelse af indsatsen vedrørende psykofarmaka, vil der i de kommende år være behov for initiativer til forebyggelse af psykiske lidelser blandt ældre, herunder især miljøterapeutiske tiltag og sundhedsfremme fx i form af musikterapi, motion, udeoplevelser og psykologisk samtale. ■

LITTERATUR

- 1 Rosenberg R. The case of dementia: Psychiatry or Neurology. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000, 102: 319-320.
- 2 Sørensen LU. Psychiatric morbidity and the use of psychotropics in Danish nursing homes. Department of Epidemiology and Social Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus 2001, Report no.31.
- 3 Gulmann NC. Psykofarmakologisk behandling af demente - Sygdomsbehandling eller social kontrol. I: Ersbøl E. (Red.), *Dementes menneskerettigheder - Etik og ret i Danmark*. Det Danske Center for Menneskerettigheder, København 2000.
- 4 Gulmann NC. *Praktisk gerontopsykiatri*. Hans Reitzels Forlag, København 2001.
- 5 Djernes JK, Gulmann NC, Juul-Nielsen S, Sørensen LU. Funktionsforbedring ved behandling af depression hos ældre. *Ugeskrift for læger* 1996, 158/51.
- 6 Cars J, Zander B. Samvær med demente. Hans Reitzels Forlag, København 2000.
- 7 Larsen L, Sørensen LU. Samtale mellem ligeværdige. *Sygeplejersken* 2002, 29: 16-21.
- 8 Kayser-Jones J. Decision making in the treatment of acute illness in nursing homes: Framing the decision problem, treatmentplan and outcome. *Med. Antropol. Q.* 1995, 9 (2): 236-56.
- 9 Sloane P, Lekan-Rutledge D. Drug prescription by telephone: A potential cause of polypharmacy in nursing homes. *Journal of Am. Geriatr. Soc.* 1988, 36 (6): 574-575.
- 10 Gulmann NC. Psykofarmaka til plejhjemsbeboere. Landsforeningen af Forsorgsledere, Vejle 1992.

12 GODE RÅD

- 1 Gennemgå journalernes medicinskemaer regelmæssigt.
- 2 Foretag mindst én årlig kortlægning af psykofarmakaforbruget.
- 3 Udpeg en lokal psykofarmakonegleperson.
- 4 Plejepersonale, der håndterer psykofarmaka og videregiver observationer til de ordinerende læger bør have undervisning om gerontopsykiatriske lidelser, psykofarmaka og varetagelse af observationsopgaven.
- 5 Brug af psykofarmaka bør generelt set søgt holdt på et minimum, da psykofarmaka af enhver art har risikable bivirkninger hos ældre.
- 6 Vær opmærksom på, at behovet for psykofarmaka ændrer sig fx ved kroniske progredierende lidelser, såsom demenssygdomme.
- 7 Vær opmærksom på potentielle polyfarmaciproblematikker og tegn på medicinforgiftning.
- 8 Forsøg om muligt, i samråd med lægen, at minimere antallet af psykofarmakologiske præparater.
- 9 Forsøg om muligt at undgå medicinsk behandling af bivirkninger af anvendt psykofarmaka.
- 10 Check hyppigheden i anvendelsen af psykofarmaka, der er ordineret «efter behov» og kontakt evt. lægen mhp. medicinophør.
- 11 Sørg for, at det af dokumentationen fremgår, hvornår ordinationen er påbegyndt, og hvorfor præparatet er ordineret.
- 12 Suppler indsatsen med undervisning om miljøterapeutiske tiltag.