

FÅR SVAGE ÆLDRE FOR MEGET PSYKOFARMAKA?

Lars Larsen & Inga I. Petersen

Artiklen giver en kort introduktion til forskellige typer psykofarmaka (nerve- og sove-medicin), deres virkninger og bivirkninger, og redegør for hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige præparattyper til behandling af ældre mennesker. På baggrund af en længdesnitsundersøgelse fra Århus kommune tegner artiklen et billede af, hvor meget og hvilke typer psykofarmaka, der bruges. Plejepersonalets og lægernes rolle mht. at sikre præcis behandling diskuteres.

Lars Larsen er leder af Center for Gerontopsykologi og adjunkt på Psykologisk Institut ved Århus Universitet. Inga I. Petersen er sygeplejerske og demenskoordinator ansat ved Plejehjemmet Caritas, Afdelingen for Sundhed og Omsorg, Århus kommune.

Gerontologi og samfund 2004: 20, 3: 57-59

PSYKOFARMAKA

Psykofarmaka er en fællesbetegnelse for lægemidler, der anvendes til behandling af sindslidelser, dæmpning af psykiatiske symptomer og lindring af psykisk ubehag. Præparaterne virker ved at hæmme, fremme eller blokere forskellige signalstoffer i hjernen. Præparaterne kan opdeles i forskellige kategorier, såsom psykosemedicin (antipsykotika), angstmedicin (anxiolytika), sove-medicin (hypnotika), depressionsmedicin (antidepressiva), epilepsimedicin (antiepileptika) og demensmedicin (antidemensmedicin). Der er tale om meget forskellige præparater med meget forskellig virkning og bivirkningsprofil. Ikke alle typer psykofarmaka er sløvende. I faktaboksen på side 59 gennemgås hovedtyperne af psykofarmaka med eksempler på hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige præparattyper til behandling af svage ældre. Som det fremgår af den komprimerede gennemgang, er der til tider tale om en lidt kunstig opdeling i medicintyper, da nogle præparater til behandling af én psykisk lidelse også bruges til behandling af en an-

den lidelse. Dette kan fx være tilfældet, når nogle angsttilstande behandles med antidepressiva, eller når depression behandles med antiepileptika.

Ved psykofarmakologisk behandling – og medicinsk behandling i al almindelighed – skal man være opmærksom på polyfarmaci-problematikken (mange præparater samtidigt). Her er det vigtigt, at antallet af forskellige præparater reduceres til det mindst mulige, da det er vanskeligt at forudsige resultatet af de mange mulige biokemiske interaktioner, hvis der indtages tilstrækkeligt mange præparater. Polyfarmaci er et stort problem hos mange svage ældre.

Det skal også nævnes, at der kan være store individuelle forskelle på, hvordan mennesker i alle aldre reagerer på de forskellige præparater og deres dosering.

Psykiatiske lidelser hos ældre behandles ofte medicinsk, men forsigtighed må udvises, fordi ældre omsætter psykofarmaka langsommere end yngre psykiatiske patienter, de bliver lettere overdoseret og får flere alvorlige bivirkninger. Der findes både eksempler på medicinsk over- og underbehandling. En nyere dansk undersøgelse¹ har dokumenteret 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 nedtrykthed². Generelt må det dog anbefales, at der anvendes et minimum af psykofarmaka³.

PLEJEPERSONALE OG PRÆCISION

Der er flere grunde til, at fagfolk, der arbejder med svage ældre, skal have et godt kendskab til psykofarmaka. Langt over halvdelen af disse ældre får et eller flere psykofarmaka, og plejepersonalet skal ikke »bare« sikre, at de svage ældre indtager den medicin, lægen har ordineret. I en amerikansk undersøgelse viste det sig fx, at plejepersonalet kunne påvirke den medicinske ordinerings, når de ved lægebesøg eller pr. telefon videregav observationer af relevans for den medicinske behandling⁴. Præcisionen og detaljeringsgraden i disse observationer er efter al sandsynlighed af afgørende betydning for lægernes ordinationer. Observationernes betydning bliver ikke mindre af, at en del praktiserende læger ikke tilser plejehjemsbeboerne regelmæssigt. I værste fald kan det medføre, at den praktiserende læge ikke er opdateret om beboerens aktuelle tilstand og medicinering. Det kan

give anledning til misforståelser, særligt i akutte situationer⁵. Det har også vist sig, at det kan lade sig gøre at påvirke anvendelsen af psykofarmaka ved hjælp af undervisning og information til plejepersonalet^{1,6}.

En stor del af de svage ældre har psykiatiske symptomer og brug for en præcis psykofarmakologisk behandling³. Lidt populært sagt er det vigtigt at undgå »spreddehags-terapi«. De ældre skal, på baggrund af et grundigt diagnostisk forarbejde, have det rigtige præparat i den rigtige dosis og ikke i længere tid end absolut nødvendigt. Det er fx vigtigt at stoppe behandling af demensbetinget aggressivitet, hvis det ad non-farmakologisk vej lykkes at mindske symptomerne, eller når den demente bliver så fysisk svækket, at medicinen ikke længere er nødvendig. Præcisionen er altså vigtig, men hvem sikrer den?

Generelt er hjælpen, der ydes i ældreplejen, baseret på et servicekoncept. Det betyder, at ældre opfattes som brugere af tilbud og leverancer i et servicesystem. I et sådant system er god service fx, at brugeren får den hjælp, der er bestilt og aftalt. Problemet er bare, at et servicesystem primært tilgodeser de personer, der magter kundeadfærden, mens der er fare for, at de svageste ældre lades i stikken⁷.

De svage ældre har behov for omsorg i form af en stabil og langvarig medmenneskelig kontakt med personale, der kender dem godt og kan give den nødvendige praktiske og psykiske støtte. Grundet de svage ældres begrænsede ressourcer er der ofte behov for fuldt kompenserende omsorg. På denne baggrund er personalets opgave – også hvad angår medicinering – meget vigtig. Der skal foretages detaljerede observationer, afrapporteres til andre relevante faggrupper og gives hjælp til justering af medicinsk behandling i et ofte fremadskridende sygdomsforløb. Den svage ældre magter sandsynligvis ikke længere selv at beskrive medicinpåvirkningerne, ej heller at anmode om kontakt til læge. Lægebesøg kan, som tidligere nævnt, være forholdsvis sjældne. Det daglige ansvar for at følge psykofarmaka behandlingen – herunder særligt observation af evt. bivirkninger – påhviler således i praksis plejepersonalet.

PROJEKT PSYKOFARMAKA

På baggrund af et vellykket pilotprojekt⁶ besluttede byrådet i Århus kommune i 2001, at de positive erfaringer skulle udbredes til resten af kommunen. Derfor iværksattes Projekt Psykofarmaka året efter. Projektet blev senere, i samarbejde med Center for

Centerleder, Ph.d. Lars Larsen
Psykologisk Institut, Århus Universitet
Skovagervej 2
8240 Risskov
larsl@psy.au.dk

Sygeplejerske og demenskoordinator Inga I. Petersen
Plejehjemmet Caritas
Graham Bells Vej 2, Skejby,
8200 Århus N
inpe@mag3.aarhus.dk.

Gerontopsykologi, forlænget til udgangen af 2003. Formålet var at kortlægge det aktuelle psykofarmakaforbrugsmønster og formidle viden om psykofarmaka til plejepersonalet for at medvirke til at sikre den mest præcise anvendelse af psykofarmaka til ældre beboere i plejebolig.

Undersøgelsen omfattede 782 anonymiserede 65+-årige plejeboligbeboere fra 32 forskellige lokalcentre og plejehjem i Århus kommune. Metoden var, at målgruppens forbrug af forskellige typer psykofarmaka blev målt før og efter en målrettet oplysningsindsats. Medicinforbruget opgjordes ved hjælp af det elektroniske journalsystem og kategoriseredes efter de såkaldte ATC-koder (Index for terapeutiske medicinkategorier). Der blev foretaget i alt 3 opgørelser med 8 måneders intervaller. Efter første opgørelse modtog personalet i de 32 lokalområder generel skriftlig oplysning om psykofarmakologisk behandling af ældre, og 10 lokalområder blev udvalgt til supplerende vejledning og undervisning. Efter anden opgørelse udpegedes lokale psykofarmakalnøglepersoner på samtlige plejehjem. Nøglepersonerne deltog bla. i obligatorisk undervisning forestået af gerontopsykiater, psykolog og demenssygeplejerske.

Undersøgelsen har, i modsætning til tidligere danske undersøgelser, målt forbruget af forskellige typer psykofarmaka for de samme svage ældre flere gange.

RESULTATER

Ved undersøgelsens påbegyndelse var gennemsnitsalderen ca. 83 år, og tre fjerdedele af de undersøgte var kvinder. Mændene var gennemsnitligt ca. 80 år og kvinderne ca. 84.

Disse ældre havde mange forskellige behandlingskrævende lidelser, og deres medicinskemaer var ofte flere sider lange. Dødsfald udgjorde ca. 46 % af den undersøgte ældregruppe i løbet af undersøgelsesperiodens 24 måneder, hvorfor de oprindeligt 1.455 undersøgte ældre reduceredes til 782, der kunne følges gennem alle tre målinger. De 782 ældres medicinforbrug synes at være repræsentativt for den oprindelige gruppe, idet forbrugsmønstret for de gennemgående deltagere ved første opgørelse stort set var identisk med forbrugsmønstret for de oprindelige 1.455 deltagere. Frafaldet ændrede ikke medicinmønstret.

Andelen af de ældre, der fik psykofarmaka, var nogenlunde konstant ved de tre målinger (69 %, 70 %, 69 %). Ved tredje måling registreredes ift. første måling en beskedent, men statistisk signifikant reduktion i forbrug af sovemedicin. Trods den tidligere nævnte ekstrainsats i de institutioner, der havde det højeste forbrug, var der ved sidste måling fortsat stor variation mellem institutionerne.

	1. opgørelse		2. opgørelse		3. opgørelse	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Antipsykotika, fast	101	12,92	102	13,04	103	13,17
Antipsykotika, p.n.	10	1,28	12	1,53	10	1,28
Anxiolytika, fast	64	8,18	68	8,7	63	8,06
Anxiolytika, p.n.	60	7,67	64	8,18	63	8,06
Hypnotika, fast	136	17,39	117	14,96	*100	*12,79
Hypnotika, p.n.	38	4,86	42	5,37	44	5,63
Benz/kramper, p.n.	24	3,07	24	3,07	26	3,32
Antidepressiva	382	48,85	405	51,79	407	52,05
Lithium	8	1,02	8	1,02	8	1,02
Antiepileptika	46	5,88	44	5,63	47	6,01
Antidemens	23	2,94	27	3,45	26	3,32

* Signifikant mindre end ved 1. opgørelse, $p < .05$.

Tabel 1. Psykofarmaka forbrug for +65 årige plejeboligbeboere i Århus kommune (N = 782)

	Antipsykotika	Anxiolytika	Hypnotika	Antidepressiva
Tybjerg ⁸	19,5	12,7	33,4	10,7
El-Kholy ⁹	17	12,9	25,6	12,6
Sørensen ¹	21	38 (Benzo,total)	38	24
Gulman et al. ¹⁰	13	10	27	37
Larsen ⁴	13,5	8,5	16,6	46,7
Gustavsens ¹¹	28	22	21	38
Larsen & Petersen	**13,17	**8,06	**12,79	**52,05

** Signifikante forskelle mellem proportionerne i Tybjerg 1992 og Larsen & Petersen 2004 (jvf. resultaterne i tabel 1), $p < .005$.

Tabel 2. Sammenligning af forbruget (%) fra forskellige danske undersøgelser

DISKUSSION

Sammenlignet med tidligere danske undersøgelser fik de undersøgte ældre mindre af den stærkt bivirkningsskabende medicin (antipsykotika, anxiolytika og hypnotika), mens der sås en stigning i forbruget af de moderne SSRI antidepressiva. Forbruget af antidemensmedicin var meget beskedent. Det ser generelt set pænt ud sammenlignet med tidligere danske undersøgelser^{1,6,8,9,10,11} (se tabel 2). Selv om andelen af svage ældre, der får psykofarmaka, kan synes høj, stemmer den godt overens med undersøgelser af psykiatrisk sygelighed i andre plejebefolkninger, hvor ca. 70 % af plejebefolkningen har en psykiatrisk lidelse, når demens inkluderes¹.

Det høje forbrug af de moderne antidepressiva er ikke nødvendigvis negativt, da præparaterne ofte er effektive, ikke er sløvende og forbundet med relativt få bivirkninger på længere sigt. Herudover kan de formodentlig være med til at reducere forbruget af de mere uhensigtsmæssige benzodiazepiner, men også her er det vigtigt at undgå uovervejede »spreddehags-terapi«. Forbruget af angst- og sovemedicin er relativt lavt, men kan formodentlig reduceres yderligere.

Der er, som nævnt, store variationer mellem de forskellige institutioner. Forskelle i plejetyngden spiller selvfølgelig ind, men kan formodentlig ikke alene forklare for-

skellene. Det er vores indtryk, at de fundne forskelle og forbedringer primært skyldes veluddannede nøglemedarbejdere, der har engageret sig i problematikken og aktivt forsøgt at bedre situationen.

Personalet spiller også en anden vigtig rolle. Medicinsk behandling skal naturligvis ikke være det eneste tilbud til svage ældre med psykiske vanskeligheder. Før og efter påbegyndelse af medicinsk behandling må der altid tages stilling til enten alternative eller supplerende muligheder i form af non-farmakologiske plejetiltag. Mulighed for bedre individuel omsorgsindsats skal altid overvejes og beskrives i pleje/handleplaner. I visse tilfælde vil ændringer i de fysiske rammer (evt. flytning til specialafsnit) kunne bevirke en bedring i beboerens situation, så medicinsk behandling kan mindskes. En række non-farmakologiske tiltag kan have gavnlig virkning på ældre med psykiske lidelser. Styrelsen for Social Service har i år offentliggjort et litteraturstudie af den dokumenterede effekt af en række forskellige pleje- og omsorgsmetoder¹². Blandt disse fremhæves specielt den gavnlige effekt af musikterapi og Dementia Care Mapping, metoder som netop har været afprøvet og nu anvendes i Århus kommune.

På trods af bedre og mere bevidste metoder i omsorgen vil der dog fortsat være en del svage ældre, der har behov for medicinsk

Antipsykotika gives mod hallucinationer, vrangforestillinger, manisk uro og svær aggression. Symptomerne er relateret til øget forekomst af signalstoffet dopamin i de hjerneområder, der ligger under hjernebarken. Præparaterne blokerer dopamin-receptorerne og nedsætter dermed den dopaminerger aktivitet. Man skal være meget påpasselig med disse præparater til ældre, da de kan være forbundet med alvorlige bivirkninger, såsom nedsat intellektuel funktion, sløvhed, øget faldtendens og medikamentel parkinsonisme. Ved længere tids overbehandling med antipsykotika kan der forårsages irreversible skader. Hvis antipsykotika er absolut nødvendige, bør man anvende lav-dosis præparater og aldrig stærkt sløvende høj-dosis præparater.

Antidepressiva gives for depression, angst og nedsat følelseskontrol. Disse præparater fremmer signalstofferne noradrenalin og/eller serotonin. De tricykliske antidepressiva (TCA) kan forårsage konfusion, lavt blodtryk, svimmelhed og faldtendens. SSRI-præparaterne (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors), måske bedre kendt som »lykkepiller«, kan give anledning til forbigående appetitløshed, kvalme og søvnløshed. TCA-præparaterne er ikke velegnede til be-

handling af ældre med depression. I tilfælde af hæmning og apati er SSRI-præparaterne ofte effektive, mens andre typer er bedre til angst, agiterede og søvnløse ældre.

Anxiolytika gives på indikation af angst, stress og psykisk uro. Stofferne (benzodiazepiner) virker ved at fremme det hæmmende signalstof GABA i hjernebarken. Bivirkninger inkluderer risiko for tilvænning, afhængighed, misbrug, sløvhed, nedsat muskelkoordination, balanceproblemer, faldrisiko, hukommelsesbesvær, aggressivitet og depression. Pga. bivirkninger er sådanne præparater ikke hensigtsmæssige ved længere tids angstbehandling af ældre. De kan imidlertid have deres berettigelse i akutte situationer eller situationer, der kan forudsiges at være angstprovokerende (fx tandlægebesøg), da de er effektive og hurtigtvirkende. De sværest sederende typer bør helt undgås.

Hypnotika gives for søvnløshed. Præparaterne i denne gruppe har stort set samme virkning og bivirkningsprofil, som de nævnte anxiolytika. Længerevarende behandling med hypnotika frarådes. Korterevarende hypnotika-behandling kan være berettiget, hvis der er tale om længere tids søvnløshed, der kan have alvorlige fysiske og mentale konsekvenser. I så fald kan man med fordel-

vælge et af de mindst bivirkningsskabende præparater.

Antiepileptika gives for epilepsi og for at stabilisere svingende stemninger og dæmpe demensbetinget aggressiv adfærd. Nogle af præparaterne virker formodentligt ved at fremme signalstoffet GABA, mens andre hæmmer udskillelsen af signalstoffet glutamat. Bivirkningerne ved førstnævnte præparater inkluderer sedation, risiko for lever og bugspytkirtelbetændelse og koagulationsforstyrrelser. Ved sidstnævnte præparattype er der kun rapporteret ganske få bivirkninger.

Bla. for at undgå hukommelsesforstyrrelser, konfusion og svimmelhed bør præparater med indholdsstofferne carbamazepin og oxcarbazepin ikke anvendes til ældre.

Antidemensmedicin gives fortrinsvis ved let til moderat Alzheimers sygdom og virker ved at hæmme nedbrydningen af signalstoffet Acetylcholin, hvilket medfører en stigning i dette signalstof, som demente er i underskud med. Et mindretal af patienterne oplever bivirkninger som kvalme, diarré, muskelkramper og svimmelhed.

Der er desuden kommet et nyt demenspræparat til behandling af svær fremskreden demens af Alzheimers type (Memantin), der påvirker signalstoffet glutamat.

behandling i kortere eller længere perioder. Til tider kan medicinsk behandling være en nødvendig forudsætning for igangsættelse af non-farmakologiske tiltag. Fx kan et ældre deprimeret menneske givetvis have glæde af motion, men vil ofte ikke have initiativ og energi til at få begyndt uden forudgående antidepressiv behandling.

PERSPEKTIVER

Plejepersonale bør generelt gøres opmærksom på deres rolle mht. at medvirke til at sikre optimal præcision i den psykofarmakologiske behandling, herunder observation for bivirkninger. For en række konkrete råd om psykofarmakaindsats henvises til en tidligere artikel i dette tidsskrift⁶, og for en mere grundig indføring i gerontopsykiatri kan vi fx anbefale den seneste udgave af N.C. Gulmanns *Praktisk gerontopsykiatri*³.

Indsatsen fra Århus kommune kunne være et eksempel til efterfølgelse i andre kommuner. I betragtning af hyppigheden af gerontopsykiatriske lidelser på danske plejehjem og lokalcentre, ville det desuden være rimeligt, at der i fremtiden systematisk blev foretaget gennemgang af beboernes medicinforhold ved speciallæge. Herudover bør man tilstræbe et højt uddannelsesniveau, herunder flere sygeplejersker med kendskab til gerontopsykiatri, kommunale gerontopsykologer og naturligvis flere støttende

non-farmakologiske behandlingstiltag. Plejepersonale i hele landet burde tilbydes efteruddannelse i gerontopsykiatri. ■

Forfatterne takker Magistratens 3. afd. i Århus kommune og Center for Gerontopsykologi ved Århus Universitet for finansieringen af Projekt Psykofarmaka. Tak til de deltagende lokalcentre og plejehjem, og til Nils Gulmann for godt samarbejde.

LITTERATUR

- 1 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, Report no.31, Århus 2001.
- 2 Djernes JK, Gulmann NC, Juul-Nielsen S, Sørensen LU. Funktionsforbedring ved behandling af depression hos ældre. Ugeskrift for læger, 1996, 158/51.
- 3 Gulmann NC. Praktisk gerontopsykiatri. Hans Reitzels Forlag, København 2001.
- 4 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.
- 5 Sundhedsstyrelsen og Embedslægevesenet. Plejehjemsbeboeres medicinering – en sammenligning af plejehjemmenes og de praktiserende lægers medicinlister. www.sst.dk 2004.
- 6 Larsen L. Behandling af plejehjemsbeboere med psykofarmaka. Gerontologi og Samfund, 2002, 3 (18): 61-63.
- 7 Hjort-Hansen J, Høeg D. Modeller og rammer for omsorg – Udviklingstendenser i ældreomsorgen. I: Svækkelse i alderdommen – Omsorg og etik i svækkelsesforløbet. Frederikshavn, Dafolo Forlag, 1999.
- 8 Tybjerg J, Gulmann NC. Brug af psykofarmaka på kommunale plejehjem. Ugeskrift for Læger 1992, 154 (45): 3126-9.
- 9 El-Kholy K, Damkjær K, Schroll M. Plejehjemsundersøgelsen »Liv på plejehjem«. En profil af københavnske plejehjemsbeboere. Københavns Sundhedsdirektorat, København 1994.
- 10 Gulmann NC, Mabeck CE et.al. Redegørelse fra en arbejdsgruppe, nedsat med det formål at kortlægge medicinforbruget blandt ældre i plejeboliger i Silkeborg Kommune. Silkeborg kommune, Silkeborg 2000.
- 11 Embedslægeinstitutionen for Vestsjællands amt. Brug af medicin på plejehjem – Mistanke om betydelig stigning i brugen af nervemedicin til ældre på plejehjem. www.eli.dk 2003.
- 12 Lee A. Pleje- og omsorgsmetoder til demensramte: Et litteraturstudie af den dokumenterede effekt. Center for Anvendt Sundhedstjeneste-forskning og Teknologivurdering (CAST), Syddansk Universitet, Odense 2003.