

# Antipsykotisk medicin til beboere på plejehjem – behandlingstradition og plejepersonalets rolle

Antipsykotisk medicin bruges alt for ubetænksomt på landets plejehjem, mener forfatteren til denne artikel. Psykofarmaka har mange mulige bivirkninger og bør derfor bruges med omtanke.

Mere end hver fjerde ældre beboer på danske kommunale plejehjem, helt nøjagtigt 28%, behandles med antipsykotiske midler. Der benyttes ofte store doser og uhensigtsmæssige gammeldags præparater. Når adressen er et plejehjem, ser det ud til, at sandsynligheden for antipsykotika-ordination syvdobles, idet kun 4% af de ældre, som bor selvstændigt, er i behandling med disse stoffer (Sundhedsstyrelsen 2005). Især de svage ældres forbrug af antipsykotika har påkaldt sig sundhedsmyndighedernes opmærksomhed og bekymring – og ikke uden grund, idet antipsykotika regnes for at være de mest potente midler med mest indgribende virkninger på psyken og desuden med alvorlige bivirkninger.

Det er således de særligt fysisk og psykisk svage ældre, der sættes i behandling med midler, hvis behandlingsvirkning hovedsageligt er dokumenteret på yngre patienter med alvorlige psykoser som fx skizofreni. Undersøgelser tyder på, at årsagen til behandling på ordinationstidspunktet er de mangeartede psykiske symptomer og adfærdssymptomer, der:

- Er en følge af legemlig sygdom.
- Kan ses som bivirkning af de mange former for medicin, svage ældre behandles med.
- Opstår i forløbet af en demensudvikling, ofte som en reaktion på uopfyldte psykosociale behov. (Finkel 1998)

Problemet med de 28%, som behandles med antipsykotiske midler, synes i højere grad at afsløre manglende genovervejelse af medicinordningen og stillingtagen til ophør, snarere end ordinationsiver hos lægerne. Når behandlingen én gang er indledt på plejehjem, fornys recepten løbende gennem måneder og år. Er der et problem i det? Er antipsykotisk behandling af ældre mennesker ikke et gode, nu da 28% af plejehjemsbeboerne er i behandling?

Nej, mener førende forskere som professor Clive Ballard på instituttet for Geriatrik forskning på Kings College (Ballard & Cream 2005). Ballard er medforfatter til den seneste Cochrane analyse vedrørende evidens for behandling med moderne antipsykotika af demente ældre (Ballard & Waite 2006). Det vil sige den gruppe antipsykotika, der i dag regnes for mest skånsom sammenlignet med de ældre midler.

Ballard og Cream skriver, at klinikere ikke handler i demente patienters interesse, når de iværksætter en behandling, som fordobler risikoen for yderligere kognitiv svækkelse, som tredobler antallet af apopleksi, som fordobler risikoen for fald og fraktur, og som nedsetter patientens livskvalitet. Så meget desto mere som at én gang indledt behandling sjældent bringes til ophør – med ophobede bivirkninger til følge (fx langsomt udviklende parkinsonisme, forringet funktion, faldtendens og depression (Gulmann 2006)). De giver udtryk for, at behandlingen helt åbenbart savner rationale og anfører følgende årsager til det høje forbrug af antipsykotika hos demente ældre:

- 1 **Terapeutisk magtesløshed.** Lægens ønske om handlemuligheder, hvor medicinen er den lette løsning.
- 2 **Manglende viden.** Lægerne anerkender ikke den veldokumenterede skadelige effekt af antipsykotika.
- 3 **Placebovirkning.** Når antipsykotika ordineres, ses et fald i psykiske adfærdsmæssige symptomer ved demens, hvilket understøtter fremtidig tiltro til medicinen, fordi det er menneskeligt at tage æren for enhver bedring. Sandheden er, at langt hovedparten af patienterne ville have udvist en lignende bedring uden medicin.
- 4 **Gives efter pres.** Omsorgspersonernes forventninger om psykofarmakabehandling minder om yngre patienters forventning om, at ethvert halsonde skal behandles med penicillin.
- 5 **Manglende viden om alternativ behandling.** Læger, herunder psykiatere, forventes sjældent at pege på psykologiske eller miljømæssige tiltag ved adfærdsproblemer ved demens. (Ballard & Cream 2005)

## Den psykofarmakologiske tradition

Siden fremkomsten af antipsykotisk medicin for omkring 50 år siden har midlerne været brugt til demente, oprindelig uden at der var videnskabelig evidens for virkningen mod denne sygdom, men ud fra analogislutninger til midlernes veldokumenterede effekt på psykiatriske symptomer ved skizofreni og adfærdsproblemer ved mani.



Gennem de sidste 10 år er der forsket målrettet i adfærdsforstyrrelser og emotionelle og psykotiske komplikationer til demens, BPSD, som betyder *behavioural and psychological symptoms of dementia*. Symptomerne forstås bedre i dag, fx er musikterapi eller adfærdsterapi blevet et relativt frodigt forskningsfelt. Sådanne metoder kaldes *non-farmakologisk intervention*, og udtrykket demonstrerer psykofarmakas traditionelle placering som første valg.

En del klassiske antipsykotika blev i løbet af 1990'erne erstattet med de såkaldt *atypiske antipsykotika* med en mere gunstig bivirkningsprofil, såvel i almen- som i gerontopsykiatrien. En række undersøgelser af disse midler har vist blandede resultater. Man har således ikke kunnet sandsynliggøre virkningen af antipsykotika på rastløshed, omkringingvanden og råberadfærd, og kun beskeden terapeutisk effekt på aggressivitet og psykotiske symptomer ved demens, dvs. slet ikke de samme resultater som i skizofrenibehandlingen (Sink et al 2005, Schneider et al 2005).

Men man har for første gang fået et overblik over bivirkninger af antipsykotisk behandling til demente. Undersøgelserne viser en overdødelighed på omkring 50% i løbet af tre måneders behandling. En del af denne overdødelighed skyldes den samtidigt påviste øgede risiko for apopleksi hos de behandlede i forhold til dem, der fik placebo (Schneider et al 2005). Andre undersøgelser har vist endnu mere skræmmende konsekvenser af antipsykotisk behandling af ældre demente med op til tredobling af dødsraten (Hartikainen et al 2005).

#### Antipsykotika på godt og ondt – mest ondt

Den kortest mulige definition på sygdomsbehandling er enhver intervention, som enten forlænger liv, bedrer funk-

tionen eller nedsætter personlig lidelse hos patienten.

Arbejder man klinisk med BPSD-problemet, er der ikke tvivl om, at nogle ældre demente er forpinte, og at antipsykotika i et kortere tidsrum kan være eneste mulighed eller den bedste behandling af den paniske angst og det følelsesmæssige kaos ved svære psykotiske gennembrud. En sjælden gang oplever man også demente, der uafhængigt af de bedste rammer og pleje af høj kvalitet er så aggressive og hårdtslående, at dæmpning med antipsykotika er nødvendig for overhovedet at kunne hjælpe (Gulmann 2006). Samtidig præsenteres forfatteren med jævne mellemrum for ældre demente, hvor indikationen har været adfærd som hyperaktivitet eller råben, og hvor patienten ikke har været personligt lidende, men alene besværlig og belastende for andre, og hvor den antipsykotiske medicin har påført den ældre patient alvorlige mobilitetshandicap eller sløvhed, dvs. at bivirkningerne synes at være ophøjet til terapeutisk princip.

Mange af disse bivirkningsplagede patienter har desuden været sat i behandling med væsentligt højere doser i væsentligt længere tid end i de videnskabeligt kontrollerede undersøgelser.

Det har i årtier været kendt og veldokumenteret, at antipsykotika i høj grad øger risiko for fald og fraktur, formentlig på baggrund af midlernes sløvende, blodtryks-sænkende og parkinsonfremkaldende virkning. Parkinsonisme og især de psykiske bivirkninger er efter forfatterens mening det værste aspekt ved behandlingen. Patienten kan udvikle muskelstivhed, nedsat mimik, forstyrret balance; han eller hun kan miste motivation, emotionel vitalitet, blive sløv, træt, initiativsvækket og følelsesflad. Mange oplever fald, enkelte mister

Nils Gulmann har mange års erfaring med behandlingen af ældres psykiske sygdomme. I denne artikel fremkommer han med en kritik af den til tider uovervejede overmedicinering af disse patienter, som man kan observere på landets plejehjem.

Nils Gulmann er ledende overlæge ved Gerontopsykiatrisk afdeling, Århus Universitetshospital, Risskov og lektor ved Århus Universitet. Han har i mange år arbejdet med forskning i og undervisning om depression hos ældre, demenspsykiatri og psykofarmaka.

[ng@psykiatri.aaa.dk](mailto:ng@psykiatri.aaa.dk)

gangfunktionen helt. Parkinsonismen udvikler sig snigende og umærkeligt efter ordinationen (se Gulmann 2006). Denne bivirkning imiterer et vrangbillede af affældighed og forfald, og det overses jævnligt af familie og personale som bivirkning: *Fru Jensen er faldet af på den, ja herregud, hun er jo også gammel.*

Fra at have været besværlig og vital, efterspørger fru Jensen nu kun somatisk pleje. Intervention med antipsykotika i forhold til demente opfylder altså sjældent kriterier for sygdomsbehandling. Behandlingen forlænger ikke den ældre patients liv, bedrer ikke funktionen, og grunden, til at patienten får medicinen, er i en del tilfælde, at den i øvrigt uforpinte patient belaster andre med sin handletrang.

#### Læge/patientforhold

Det sædvanlige behandlingsforhold indebærer, at lægen som fagperson og den velfungerende og velinformerede, habile patient har samme mål for behandlingen. Dette forhold kan suspenderes i perioder, fx efter psykiatrilovens bestemmelser, men selv den tvangsindlagte og tvangsbehandlede skizofrene patient kan i teorien - og vil erfaringsmæssigt ikke sjældent - efterfølgende udtrykke sin enighed med lægen om, at behandling var velbegrundet, at subjektiv lidelse er afhjulpet og social funktion forbedret.

Det er anderledes med den svært demente patient. Behandlingen vil ofte formelt set være frivillig, men reelt er informeret samtykke en illusion. Den vigtigste forskel, når det drejer sig om kognitivt svækkede beboere på plejecentre, er, at lægens forhandlingspartner ikke er patienten selv, men plejepersonalet, der meget naturligt implicit antages at ville patienten det bedste.

#### Plejepersonalets ansvar

Det er helt uacceptabelt, at hver fjerde plejehjemsbeboer bruger antipsykotisk medicin. Denne behandling hviler på tung tradition og naturligvis ikke på vilje hos omsorgspersoner eller læge. Hvad angår den nærmeste familie er billedet, efter min erfaring, blandet. Børn til demente giver af og til udtryk

for, at de hellere ser deres gamle far eller mor overmedicineret end gående forvirret rundt; en tilstand, der beskrives som uværdig.

Lægens problemer er beskrevet ovenfor ved Ballard & Cream. Det er ikke overraskende, at læger ordinerer psykofarmaka. Den lægelige socialisering indebærer meget naturligt, at lægen benytter de redskaber, som er gavnlige i megen anden behandling. Lægens redskab er nu en gang medicin.

Plejepersonalet følger vel blot lægens råd - eller hvad? Jo mere jeg har beskæftiget mig med ældre demente problembæbere på plejehjem, jo mere synes jeg, plejepersonalet må påtage sig et væsentligt ansvar for overmedicineringen. Ledende plejepersonale vil ikke sjældent benægte problemet og anfører, at på deres plejehjem får næsten ingen antipsykotisk medicin - og dem der får det, har det bedre på grund af medicinen. Dette udgangspunkt afspejler dels manglende forståelse for, hvad antipsykotika gør ved de gamle, dels et manglende samlet overblik over andelen af de ældre personer, der er i behandling med antipsykotika, idet statistikken jo viser, at på 50% af de danske plejehjem behandles mere end 28% af beboerne med antipsykotisk medicin.

Når en dement ældre person fx udvikler adfærdsproblemer, kan plejepersonalet vælge at betragte problemet som et plejeproblem og søge at ændre de personalemæssige, ressourcemæssige, pædagogiske og plejefaglige rammer omkring den ældre, eller man kan vælge at henvende sig til lægen og dermed definere problemet som en manifestation af psykisk sygdom. Lægen forventes næppe at give plejefaglige råd.

Det valg, som plejepersonalet har mulighed for at træffe fx ved problemadfærd mellem den plejefagligt-pædagogiske eller den lægeligt-psykofarmakologiske tilgang, er helt fortiet i socialpolitiske redegørelser og vejledninger, men også i størsteparten af den plejefaglige litteratur om den vanskelige demente, hvor psykofarmaka ikke er nævnt med et ord (70% af plejehjemsbeboere er i behandling med et

eller andet psykofarmaka, 28% i behandling med antipsykotisk medicin, 20% med benzodiazepiner og 20% med sovemedicin (Gulmann 2006)).

Der skal ikke herske tvivl om, at lægetilkald i høj grad er tilrådeligt ved pludseligt opståede demensrelaterede adfærdsforstyrrelser (BPSD) med henblik på udredning om, hvorvidt det drejer sig om bivirkninger af medicin eller somatisk sygdom, som jo ofte fører til rastløshed, natteuro og hallucinationer. I mange situationer med besværlige demente er det imidlertid næppe en forventning om somatisk udredning, der motiverer plejepersonalet til at kalde lægen. Man forventer psykofarmaka. Adfærden skal stoppes her og nu. De 28% taler deres eget sprog.

#### Plejepersonalet som lægens øjne og patientens talerør

Lægens udgangspunkt for at ordinere antipsykotika (eller de efter min mening ligeså risikable benzodiazepiner) må formodes hovedsagelig at være plejepersonalets fremstilling af problemet. Lægen må gå ud fra, at fremstillingen af problemet er en objektiv beskrivelse af observationer, hvilket naturligvis ikke altid er tilfældet. Fremstillingen vil være farvet af holdning, vidensniveau, tendens til tolkning af adfærden, plejefaglig ressourcer og personalets forventning til lægen.

Alene det at beskrive BPSD-manifestationer kvantitativt går galt. *Hr Petersen er konstant voldelig. Fru Jensen har ikke sovet i fem døgn. Fru Nielsen løber omkring hele tiden.* Personalet tolker ofte fejlagtigt, når de tillægger den ældre patient motiver som: Hun vil have opmærksomhed eller: Han generer bevidst sin nabo. Patientens grad af forpinthed overvurderes ikke sjældent, fx hos råberen eller den rastløse, der nok er en plage for andre, men som sjældent selv er subjektivt lidende. Plejepersonalets forventninger og ønsker farver naturligvis beskrivelsen af den ældre patient.

Det er ikke usandsynligt, at plejepersonale ofte har urealistiske forventninger til medicinens positive effekt, placeborespons på kortere sigt, og at de derfor ikke erkender bivirkninger på

længere sigt. Lægen møder således ikke op uden at være tilkaldt af plejepersonalet, og han ordinerer til tider med ført hånd. Det er heller ikke lægen, der tager initiativ til, at recepten fornyes. Plejepersonalet ringer op til lægens konsultation og har dermed bevidst eller ubevidst taget stilling til, at medicinen stadig er nødvendig, hvilket jo er rimeligt, når det drejer sig om antihypertensiva eller insulin, men ikke når det drejer sig om antipsykotisk medicin.

Fornyelse af recepten er efter min mening det alvorligste problem, som forklarer det høje forbrug af psykofarmaka i almindelighed og antipsykotika i særdeleshed.

Det er således åbenbart, at der ikke som hovedregel tages kritisk stilling i personalegruppen til, om den medicinske behandling stadig er rimelig. Og det er vist ikke hver gang, at lægen tager en snak med den ældre patient for at bedømme, om der stadig er grund til samme behandling. Lægens fornyelse af recepten er forståelig, for personalet er patientens talerør over for lægen. Hvis både plejepersonale og læge løbende noterede tilstedeværelse af bivirkninger som apati, manglende mimik, balanceforstyrrelse og den psykofarmakologiske ældning, er der næppe tvivl om, at forbruget kunne begrænses.

### Fremtiden

I USA er der mulighed for at fratage plejehjem tilskud, hvis der overmedicineres med antipsykotika eller benzodiazepiner, hvilket jo afspejler, hvor alvorligt sundhedsmyndighederne dér ser på problemet. Sundhedsstyrelsen i Danmark er ligeledes bekymret over antipsykotikaforbruget, og der er udsendt vejledninger, dels i år 2000 og dels i januar 2006, hvor man særligt fokuserer på ældre med demens, psykiatriske symptomer og urolig adfærd. Der har også været forslag fremme om, at udskrivelse af antipsykotika til ældre mennesker skal underkastes kopi-ringspligt på linie med udskrivelse af morfinpræparater.

Problemet burde kunne klares uden så alvorlige indgreb. I adskillige udenlandske undersøgelser er det påvist, at behandling med antipsykotika kan stop-

pes over én kam på plejehjem uden yderligere vanskeligheder for personale - og med positiv effekt på de ældre patienter (se fx Cohen-Mansfield et al 1999). Hvis forbruget skal ned i Danmark, kan det kun ske, hvis personalet på landets plejehjem forlader troen på den psykofarmakologiske løsning og får en øget forståelse for antipsykotikas skadevirkning.

### Referencer

Ballard, Clive & James Waite (2006). The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *The Cochrane Collaboration*, pp. 1-78. [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)

Ballard, Clive & Jane Cream (2005). Drugs used to relieve behavioural symptoms in people with dementia or an unacceptable chemical cash. Arguments. *International Psychogeriatrics*, vol. 17, pp. 4-12.

Cohen-Mansfield, Jiska, Steven Lipson, Perla Werner, Nathan Billig, Levi Taylor & Raymond Woosley (1999). Withdrawal of haloperidol, thioridazine and lorazepam in the nursing home: A controlled, double-blind study. *Archives of Internal Medicine*, vol. 159, pp. 1733-40.

Finkel, Sandford (red) (1998). *Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia*. Mecclesfield: Gardiner-Caldwell Communication Ltd, pp 1-378.

Gulmann, Nils Christian (2006). Psykofarmaka til ældre med delir eller demens. *Rationel Farmakoterapi*, nr. 1. Institut for Rationel farmakoterapi. ([www.irf.dk](http://www.irf.dk)).

Hartikainen, Sirpa, Terhi Rahkonen, Hannu Kautiainen & Raimo Sulkava (2003). The use of psychotropics and survival in demented elderly individuals. *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 20, pp. 227-31.

Schneider, Lon, Karen Dagerman & Philip Insel (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia. Meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, vol. 294, pp. 1934-43.

Sink, Kaycee, Karen Holden & Kristine Yaffe (2005). Pharmacological treatment of neuropsy-

chiatric symptoms of dementia. A review of the Evidence. *Journal of the American Medical Association*, vol. 293, pp. 596-608.

Sundhedsstyrelsen (2005). *Forbruget af anti-psykotiske lægemidler blandt ældre*. Rapport fra arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen. København. Sundhedsstyrelsen.

## Gamle Lene af Niels Hausgaard

I uddrag og oversat fra  
vendelbomål:

.... og hjemmeplejen gav  
hende Hallucityl  
Det brugte man meget der  
i kommunen

Det var nærmest sådan for  
alle tilfældes skyld .....

Hun sagde, at hun ikke  
kunne lide at æde det  
skidt

men det hjalp da de satte  
dosis lidt i vejret .....