

FORBRUGET AF ANTI-  
PSYKOTISKE LÆGEMIDLER  
BLANDT ÆLDRE

2005

# Forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre

Rapport fra arbejdsgruppen  
nedsat af Sundhedsstyrelsen

# Indhold

<b>1.</b>	<b>Arbejdsgruppens sammenfatning</b>	<b>1</b>
1.1	Arbejdsgruppens vurdering af forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre i Danmark	1
1.2	Idé-katalog	1
1.2.1	Faglige retningslinier	1
1.2.2	Formidling af de faglige retningslinier	2
1.2.3	Revurdering af formidlingsstrategi	2
1.2.4	Organisatoriske overvejelser	2
1.2.5	God lægefaglig praksis	3
1.2.6	Inddragelse af embedslægeinstitutionerne	3
1.2.7	God klinisk praksis	3
1.2.8	Bolig og personaleforhold	3
1.2.9	Anvendelse af centrale lægemiddelregistre	3
<b>2</b>	<b>Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning</b>	<b>5</b>
2.1	Baggrund for nedsættelse af arbejdsgruppen	5
2.2	Arbejdsgruppens opgaver	5
2.3	Arbejdsgruppens sammensætning	5
2.4	Arbejdsgruppens arbejde	6
<b>3</b>	<b>Vurdering af forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre over 65 år i Danmark</b>	<b>7</b>
3.1	Forbruget af antipsykotiske lægemidler i Danmark blandt ældre	7
3.2	Hvorfor er forbruget af antipsykotiske lægemidler i Aarhus Amt lavere end resten af landet	9
3.3	Vurdering af forbruget af visse antipsykotiske lægemidler	10
3.3.1	Risperdal®	11
3.3.2	Zyprexa®	11
3.3.3	Cisordinol®	12
3.4	Forbruget af antipsykotiske lægemidler fordelt på lægemiddel	12
3.5	Arbejdsgruppens konklusioner	13
<b>4</b>	<b>Nationale retningslinier og vejledninger</b>	<b>15</b>
4.1	Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med antipsykotika	15
4.2	Vejledninger fra Institut for rationel farmakoterapi	15
4.2.1	Behandling med antipsykotika	15
4.2.2	Demens – udredning og behandling	16
4.2.3	Nyere antipsykotika og nye bivirkninger	16
4.3	Arbejdsgruppens overvejelser	16
4.4	Arbejdsgruppens anbefalinger	16
<b>5</b>	<b>Faktorer, der påvirker forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre</b>	<b>18</b>
5.1	Hvem ordinerer antipsykotiske lægemidler	18
5.2	Faktorer, der har betydning for lægens valg af behandling	18
5.3	Faktorer af betydning for ordination af antipsykotiske lægemidler på somatiske hospitalsafdelinger	18

5.4	Hvordan kan ordinationspraksis påvirkes	19
5.5	OBRA til inspiration	19
5.6	Embedslægenes indsats	20
5.7	Arbejdsgruppens overvejelser	20
5.8	Arbejdsgruppens anbefalinger	21
<b>6</b>	<b>Andre årsager til udvikling af psykose eller psykoselignende symptomer</b>	<b>23</b>
6.1	Boligindretning	23
6.2	Personaleforhold	23
6.3	Arbejdsgruppens overvejelser	24
6.4	Arbejdsgruppens anbefalinger	24
<b>7</b>	<b>Hvorledes forbruget af antipsykotiske lægemidler monitoreres</b>	<b>25</b>
7.1	Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister	25
7.2	Forum for Vurdering af Lægemiddelforbrug	25
7.3	Kopieringspligtig medicin	26
7.4	Periodisk overvågning	26
7.5	ORDIPRAX	26
7.6	Den Personlige Medicinprofil (PEM)	26
7.7	Arbejdsgruppens overvejelser	26
7.8	Arbejdsgruppens anbefalinger	27

# 1. Arbejdsgruppens sammenfatning

## 1.1 Arbejdsgruppens vurdering af forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre i Danmark

Lægemiddelstyrelsen gennemførte i foråret 2005 en undersøgelse af forbruget af antipsykotiske lægemidler. En stor andel af ældre, især dem der bor på plejehjem, modtog behandling med atypiske antipsykotiske lægemidler.

På denne baggrund nedsatte Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe med henblik på at vurdere forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre. Arbejdsgruppen skulle endvidere komme med forslag til at nedsætte et eventuelt overforbrug.

Arbejdsgruppen har gennemgået opgørelsen fra Lægemiddelstyrelsen og på denne baggrund vurderet, at der i Danmark er et overforbrug af antipsykotiske lægemidler blandt ældre på 65 år eller der over. Det har ikke ud fra de foreliggende tal været muligt at fastsætte overforbrugets størrelse. En mere præcis analyse af forbruget af antipsykotiske lægemidler vil kræve gennemgang af et større antal patientforløb. Arbejdsgruppen finder det ikke væsentligt at bruge ressourcer på at få estimeret et eksakt overforbrug, da det allerede på det foreliggende grundlag kan konstateres, at der er et overforbrug. Arbejdsgruppen har derfor lagt vægt på at foreslå initiativer til at nedbringe forbruget.

Lægemiddelstyrelsens undersøgelse fra 2005 viste store amtslige forskelle i forbruget af antipsykotiske lægemidler til ældre på 65 år eller derover. Arbejdsgruppen har konstateret, at man i Aarhus Amt har et betydeligt lavere forbrug af antipsykotiske midler end i resten af Danmark. Årsagen til dette er formentlig, at man gennem en årrække har haft særligt fokus på området, og via den geronto-psykiatriske afdeling har haft mulighed for at yde såkaldt "shared-care", hvor patientens egen læge i samarbejde med specialafdelingen har styret behandlingen af patienten.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en målrettet indsats på området kan medvirke til at nedsætte overforbruget af antipsykotiske lægemidler.

På baggrund af de foreliggende tal har arbejdsgruppen konkluderet, at de antipsykotiske lægemidler anvendes uhensigtsmæssigt:

- For mange ældre, især plejehjemsbeboere, sættes i behandling med antipsykotiske lægemidler
- Der anvendes for store doser
- Der medicineres i for lang tid.

Arbejdsgruppen har overvejet, hvordan behandlingen kan gøres mere rationel. Det forudsætter:

- At der findes relevante kliniske retningslinjer for behandling af ældre med adfærdsforstyrrelser
- At disse formidles til de læger, der forestår behandlingen og til det plejepersonale, der er involveret
- At der findes en bedre organisering af indsatsen
- At der er større bevidsthed om, at ældres bolig og plejeforhold kan være medvirkende årsag til udvikling af symptomer, der kan ligne en egentlig psykose
- At forbruget af antipsykotiske lægemidler kan monitoreres med henblik på at målrette indsatsen.

## 1.2 Idé-katalog

### 1.2.1 Faglige retningslinier

For at yde en optimal lægefaglig indsats er der behov for vejledninger og retningslinier, der beskriver, hvad der er god lægefaglig praksis.

Sundhedsstyrelsen har med Vejledning om behandling med antipsykotika fra 2000 beskrevet, hvad der forventes er god lægefaglig praksis. Vejledningen indeholder et afsnit om behandling af ældre.

Institut for Rationel Farmakoterapi har siden 2001 - i flere numre af Rationel Farmakoterapi - beskrevet behandlingen af demens og behandlingen med antipsykotika.

Arbejdsgruppen finder, at de faglige vejledninger fortsat udgør en dækkende og relevant beskrivelse af forhold, der bør inddrages ved behandling med antipsykotiske lægemidler, herunder behandlingen af ældre.

#### 1.2.2 Formidling af de faglige retningslinier

Arbejdsgruppen har konstateret, at en stor del af de iværksatte behandlinger af plejehjemsboere med antipsykotiske lægemidler ikke følger de faglige retningslinjer. Dette kan skyldes, at lægerne ikke har kendskab til deres eksistens, ikke kan implementere dem i den kliniske hverdag, eller er en kombination heraf.

Arbejdsgruppen anbefaler, at de foreliggende retningslinier og vejledninger formidles på en ny og mere målrettet måde. Arbejdsgruppens forslag fremgår af **bilag**.

Arbejdsgruppen anbefaler, at de lægefaglige rekommandationer formidles i form af praktiske problemstillinger og faglige overvejelser herunder i Rationel Farmakoterapi.

#### 1.2.3 Revurdering af formidlingsstrategi

En målrettet multifacetteret indsats er nødvendig for at nedsætte forbruget af antipsykotiske lægemidler til ældre. Arbejdsgruppen anbefaler, at man både centralt og decentralt revurderer den nuværende formidlingsstrategi af de nuværende faglige retningslinier.

Arbejdsgruppen anbefaler, at de relevante videnskabelige selskaber udarbejder retningslinier for undersøgelse, diagnostik, behandling, og opfølgning af ældre patienter med adfærdsforstyrrelse, herunder behandling af ældre med antipsykotiske lægemidler.

Arbejdsgruppen kan bl.a. foreslå følgende muligheder:

- Oprettelse af hjemmeside fx med FAQ
- Materiale til praksiskonsulentordningen med henblik på at formidle de gældende regler for god lægefaglig praksis inden for området.

For at sikre formidling af retningslinier og vejledninger bør relevante instanser inddrages fx Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, Institut for Rationel Farmakoterapi og amternes elektroniske kommunikationssystemer. Emnet bør regelmæssigt indgå i faglige møder og kurser for læger og plejepersonale.

Der bør planlægges en informationskampagne, hvor læger modtager materiale og kliniske retningslinier vedrørende emnet. De amtslige lægemiddelkonsulenter og efteruddannelsesvejledere bør medinddrages i implementeringen.

#### 1.2.4 Organisatoriske overvejelser

Både i Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2000 og vejledningerne fra Institut for Rationel Farmakoterapi fra 2001 er anført, at behandlingen af ældre personer med antipsykotiske lægemidler bør foregå i samarbejde med en speciallæge i psykiatri.

Arbejdsgruppen finder det væsentligt, at der i hver region/amt etableres mulighed for speciallægebistand i forbindelse med undersøgelse, diagnostik, behandling og opfølgning af patienter med symptomer på psykotisk lidelse.

#### 1.2.5 God lægefaglig praksis

En lang række behandlinger med antipsykotiske lægemidler initieres angiveligt efter telefonisk kontakt mellem personale fra plejehjem eller pårørende. Arbejdsgruppen anbefaler, at behandling med antipsykotiske lægemidler kun initieres efter personlig kontakt mellem læge og patient.

Ved start af behandling med antipsykotiske lægemidler under indlæggelse eller ved praktiserende speciallæge i psykiatri anbefaler arbejdsgruppen, at det - i udskrivningsbrevet eller kommunikationen til den praktiserende læge - altid skal foreligge en plan for behandlingen, herunder være anført tidspunkt for seponering eller revurdering.

Mange ældre patienter er samtidig i behandling for anden somatisk sygdom. Der eksisterer derfor øget risiko for interaktioner mellem lægemidlerne. Arbejdsgruppen forslår derfor, at ældre patienter mindst en gang årligt bør tilbydes gennemgang og revurdering af deres medicinering.

#### 1.2.6 Inddragelse af embedslægeinstitutionerne

En målrettet indsats fra den regionale embedslægeinstitution kan medvirke til at løse kvalitets- og sikkerhedsproblemer vedrørende medicinering.

Arbejdsgruppen anbefaler, at Embedslægeinstitutionerne medinddrages ved planlægningen af de lokale initiativer, der kan medvirke til at påvirke lægernes ordinations praksis af antipsykotiske lægemidler.

På projektbasis kan det overvejes, at Embedslægeinstitutionerne under det årlige tilsyn med plejehjem gennemgå et antal personer, der er i behandling med antipsykotiske lægemidler, og vurderer, om behandlingen lever op til gældende vejledning og retningslinier. Såfremt de ikke gør det, bør der tages kontakt til den læge, der har ordineret medicinen med henblik på at drøfte lægens ordinationspraksis.

#### 1.2.7 God klinisk praksis

Arbejdsgruppen anbefaler, at den praktiserende læges rolle og mulighed for undersøgelse diagnostik, behandling og opfølgning styrkes.

Arbejdsgruppen anbefaler, at praksiskonsulent ordningen udbygges til at omfatte samarbejdet mellem almen praksis, plejehjem og kommunerne.

Arbejdsgruppen har drøftet muligheden for at etablere lægekonsulentordninger, hvor nogle af de praktiserende læger, der i forvejen har beboere som patienter, tilknyttes plejehjemmet. Beboernes frie valg af praktiserende læge fastholdes.

#### 1.2.8 Bolig og personaleforhold

Arbejdsgruppen anbefaler, at man i højere grad er opmærksomme på, at faktorer i omgivelserne fx indretning af plejeboliger, organisering af personalet, og personalets kompetence, kan medvirke til at udløse adfærdsforstyrrelser hos demente.

Arbejdsgruppen finder det væsentligt, at plejepersonalet har kendskab til, hvorledes de skal håndtere en person, der akut udvikler adfærdsforstyrrelser, ligesom det er væsentligt, at plejepersonalet har kendskab til, hvorledes de skal observere en person i behandling med antipsykotiske lægemidler.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i den formaliserede sundhedsfaglige grunduddannelse af plejepersonalet indbygges undervisning i pleje og observation af den demente patient.

#### 1.2.9 Anvendelse af centrale lægemiddelregistre

Lægemiddelstyrelsen følger løbende den overordnede udviklingen i lægemiddel forbruget gennem udtræk fra Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister.

Arbejdsgruppen finder det væsentligt, at sundhedsmyndighederne har mulighed for at følge udviklingen inden for området, og i givet fald har mulighed for at gribe ind over for et uhensigtsmæssigt forbrug også på individuelt plan. Arbejdsgruppen anbefaler, at der skaffes den nødvendige lovhjemmel, der giver Sundhedsstyrelsen adgang til ORDIPRAX og PEM inden for gruppen af antipsykotiske lægemidler. Såfremt der konstateres et afvigende ordinationsmønster, vil man have mulighed for at få lægerne til at ændre ordinationspraksis. Arbejdsgruppen skal ligeledes pege på muligheden for et samarbejde med de Amtslige Lægemedelkonsulenter (ALKene).

Arbejdsgruppen har drøftet muligheden for at indføre kopieringspligt på antipsykotiske lægemidler, ligesom muligheden for periodisk overvågning har været drøftet. Arbejdsgruppen finder ikke, at disse metoder er hensigtsmæssige til at regulere forbruget af antipsykotiske lægemidler til ældre på 65 år eller derover.



## 2 Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning

### 2.1 Baggrund for nedsættelse af arbejdsgruppen

Lægemedelstyrelsen publicerede i januar 2005 en undersøgelse af forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre. Undersøgelsen viste bl.a., at andelen af ældre på institutionelle plejehjem, der modtog behandling med antipsykotiske lægemidler var væsentlig højere, og at de modtog behandling i længere tid end de hjemmeboende. Flere af disse ældre var samtidig i behandling med antidepressiva og/eller benzodiazepiner, en kombination, der kan give alvorlige bivirkninger.

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2000 "Vejledning om behandling med antidepressiva og vejledning om behandling med antipsykotika". Disse vejledninger indeholder en detaljeret gennemgang af området, og advarer mod brug af antipsykotiske lægemidler til ældre demente.

Sundhedsstyrelsen udsendte den 15. marts 2004 yderligere en vejledning til landets læger "Indskærper landets læger at udvise stor forsigtighed ved behandling med atypiske antipsykotika til ældre patienter med demens", hvor styrelsen påpegede, at læger, der havde patienter i behandling med visse atypiske antipsykotiske lægemidler, burde revurdere behandlingen.

På trods af ovenstående vejledninger og publikationer fra Institut for Rationel Farmakoterapi om emnet, er forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre steget mellem 1996 og 2003. Sundhedsstyrelsen finder det derfor vigtigt at klarlægge, hvad årsagerne kan være til at vejledningerne øjensynligt ikke bliver fulgt. På denne baggrund har Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe.

### 2.2 Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen bør tage stilling til, om de data, der i øjeblikket foreligger om de over 65-åriges forbrug af antipsykotiske lægemidler, specielt de ældre, der bor på plejehjem eller lignende boenheder, er tilstrækkelige til at konkludere noget entydigt om behandling, især ordinationspraksis af forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre. Såfremt arbejdsgruppen finder de foreliggende data utilstrækkelige, bør arbejdsgruppen beskrive mulighederne for at udbygge data evt. med oplysninger om, hvilke læger, der udskriver antipsykotiske lægemidler til disse ældre (praktiserende læger, geriatere, psykiatere mm.) og på hvilken indikation.

Finder arbejdsgruppen evidens for, at der er problemer med behandling med antipsykotiske lægemidler blandt ældre, bør arbejdsgruppen komme med forslag til tiltag, der kan afhjælpe problemet.

Arbejdsgruppen skal afslutte sit arbejde senest 30. juni 2005.

### 2.3 Arbejdsgruppens sammensætning

Praktiserende læge Jens Aage Stauning, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i almen medicin

Overlæge Anne Lindhardt, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i psykiatri

Overlæge Henrik Birgens, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i intern medicin

Overlæge Finn Rønholt Hansen, Formand for Dansk Geriatrisk Selskab

Overlæge Nils Gulmann, Gerontopsykiatrisk afdeling, Aarhus

Overlæge Jens Peter Kampmann, Institut for Rationel Farmakoterapi

Overlæge Steffen Thirstrup, Lægemedelstyrelsen

Sektionsleder Annemette Anker Nielsen, Lægemedelstyrelsen

Ældrepolitisk konsulent Margrethe Kähler, repræsentant for Ældre Sagen  
Embedslæge Søren Gustavsen, repræsentant for Embedslægevæsenet  
Praktiserende læge Jens Søndergaard, repræsentant for Dansk Selskab for Almen Medicin

Overlæge Michael von Magnus, Sundhedsstyrelsen (formand)  
Afdelingslæge Anne Mette Dons, Sundhedsstyrelsen  
Afdelingslæge Torben Hørslev, Sundhedsstyrelsen (sekretær)

#### 2.4 Arbejdsgruppens arbejde

Arbejdsgruppen har afholdt 4 møder.

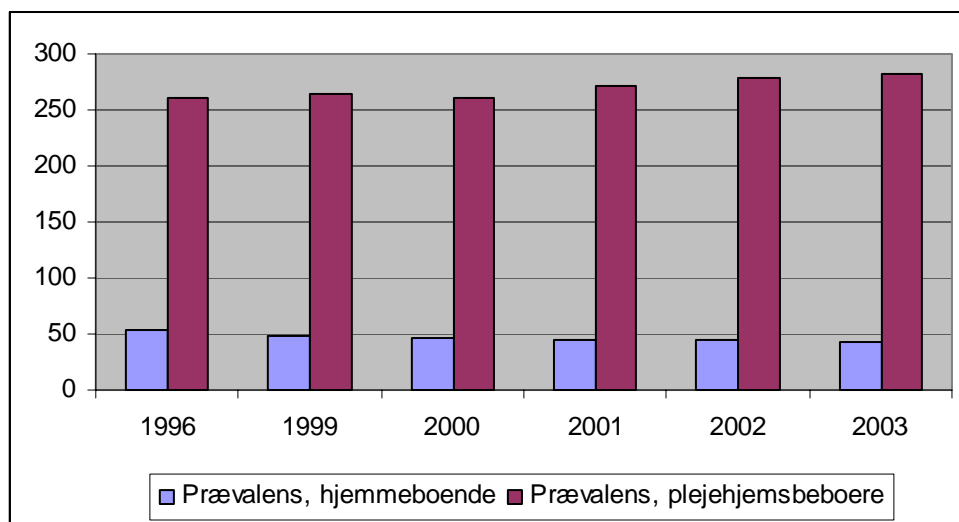
### 3 Vurdering af forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre over 65 år i Danmark

#### 3.1 Forbruget af antipsykotiske lægemidler i Danmark blandt ældre

Lægemiddelstyrelsen har undersøgt forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre på 65 år eller derover i perioderne 1996 og 1999-2003. Undersøgelsen er baseret på en samkøring fra Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister med data fra Danmarks Statistikbank og Danmarks Statistiks Pensionsregister. Undersøgelsen er således en enkeltstående registerundersøgelse. Kun de plejehjem, der er forankret i lov om social service indgår i undersøgelsen dvs. institutionelle plejehjem. De nyere plejehjem indgår ikke i undersøgelsen.

Undersøgelsen viste, at antallet af ældre på 65 år eller derover i behandling med antipsykotiske lægemidler var faldet, hvorimod mængdeforbruget var steget. Prævalensen dvs. antal personer i behandling pr 1000 indbyggere, der anvender antipsykotiske lægemidler blandt ældre på 65 år eller derover var i 2003. For ældre på plejehjem var prævalensen 282 – figur 1.

**Figur 1.** Prævalensen af antipsykotiske lægemidler blandt ældre på 65 år eller derover. 1996, 1999-2003



Det gennemsnitlige mængdeforbrug var væsentlig større blandt plejehjemsboerne end blandt de hjemmeboende. Det gennemsnitlige mængdeforbrug per person var steget fra 1996 til 2003 blandt alle brugere uanset bopæl og type af antipsykotiske lægemidler, der anvendes (figur 2). Dette tyder på enten længere behandlingsvarighed eller større dosering.

Andelen af plejehjemsboere, som fik antipsykotiske lægemidler var 28,2% i 2003. Dette er en lille stigning i forhold til 1996, hvor andelen var 26,0 %.

Det er betænkeligt, at plejehjemsboere behandles med større doser af såvel atypiske som typiske antipsykotiske lægemidler, idet plejehjemsboere må anses for at være mere skrøbelige og derfor særligt udsatte for alvorlige bivirkninger ved behandling med disse lægemidler.

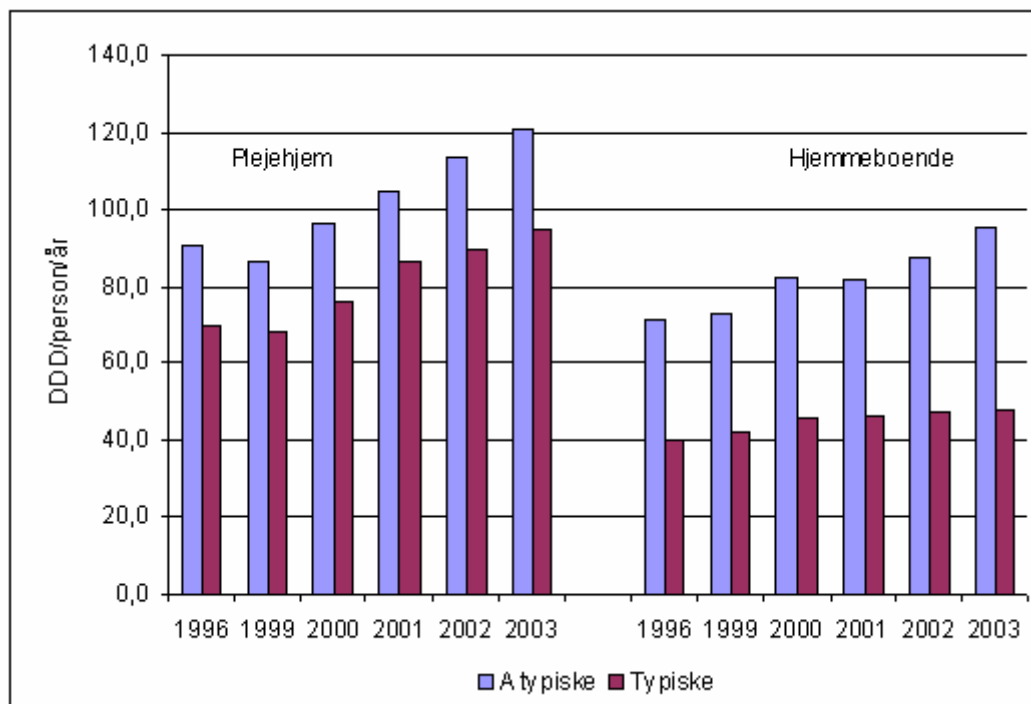


Fig. 2. det gennemsnitlige mængdeforbrug per person på 65 år eller derover per år blandt antipsykotikabrugere . 1996, 1999-2003.

Placebokontrollerede undersøgelser har vist, at ældre demente patienter, der blev behandlet med visse antipsykotiske lægemidler, i højere grad udviklede alvorlige bivirkninger i form af død eller hjerneblødninger.

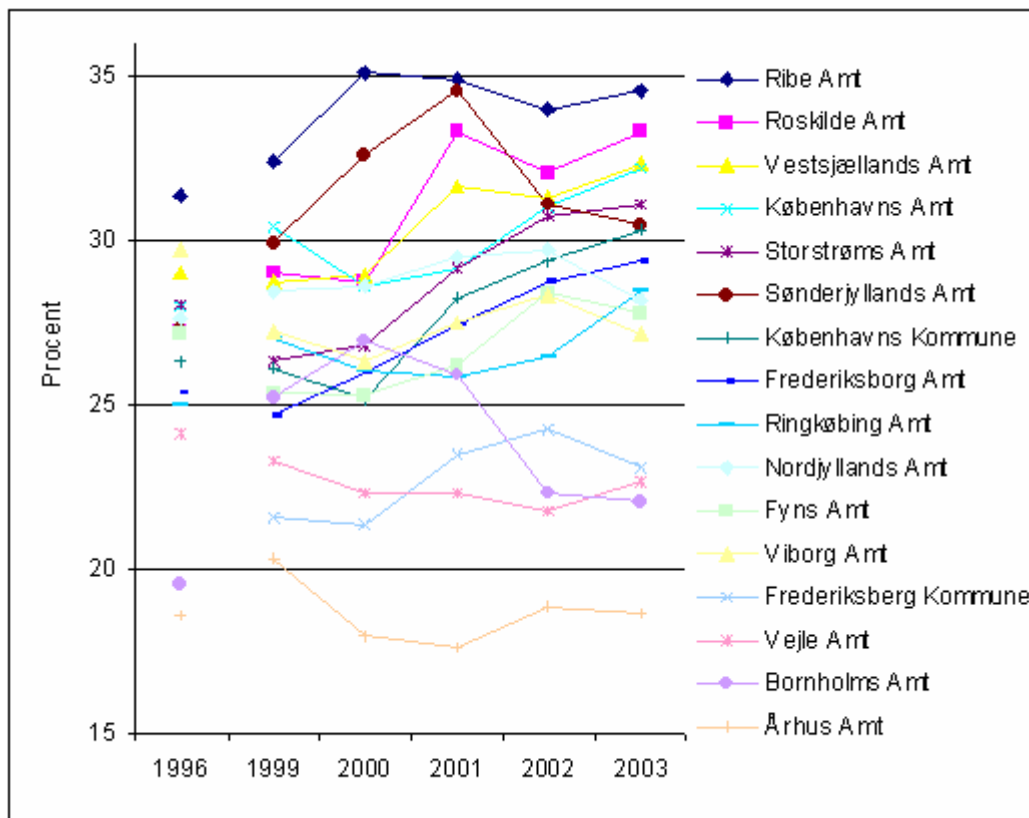
Det er derfor undersøgt, hvor mange af plejehjemsbeboerne, der udover demensmidler er i behandling med antipsykotiske lægemidler. Hermed opfanges ikke alle demente personer, da en del af disse må antages ikke at være i behandling med demensmidler. Lægemiddelstyrelsens undersøgelse viste, at 27 procent af alle brugere af demensmidler også var i behandling med antipsykotiske lægemidler.

Der er store regionale forskelle i andelen af personer, der er behandling med antipsykotiske lægemidler (figur 3). De store regionale variationer er ikke udtryk for demografisk variation, men dækker formentlig over forskellig ordinationspraksis.

Som det fremgår af undersøgelsen er forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt personer på 65 år eller derover 18 % i Aarhus Amt mod landsgennemsnittet på 28 % (18-34 %).

Årsagen til dette er formentlig, at man i Aarhus Amt igennem en lang årrække har gjort en særlig indsats for at nedbringe forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre. Hvis tallene fra Aarhus Amt er "the golden standard", så er der et overforbrug i samtlige øvrige amter.

Det er på det foreliggende materiale ikke muligt at estimere overforbruget nærmere. Og det er derfor ikke muligt for arbejdsgruppen, at vurdere, hvad det "ideelle" forbrug af antipsykotiske lægemidler i Danmark burde være. Hvis overforbruget skal præciseres, er det nødvendigt med mere omfattende og dybtgående patientforløbsundersøgelser, hvor man bl.a. vurderer på, hvilke indikationer behandlingen af antipsykotiske lægemidler gives, om der gives en optimal dosis i forhold til de symptomer som patienten præsenterer sig med, om der sker en tilstrækkelig udredning af patienten, samt om ordinationsperioden er optimal.



Figur 3. Andelen af antipsykotikabrugere på 65 år eller derover på plejehjem. Fordelt på amt. 1996, 1999-2003

### 3.2 Hvorfor er forbruget af antipsykotiske lægemidler i Aarhus Amt lavere end resten af landet

Den gerontopsykiatriske afdeling i Århus (afdeling D) blev oprettet i 1987 efter distriktspsykiatrisk model. Et af formålene med afdelingen var, at den i samarbejde med de praktiserende læger skulle varetage udredning og behandling af patienter, mens disse stadig befandt sig i eget hjem. Hermed forventede man at kunne forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og uhensigtsmæssig medicinering med antipsykotiske lægemidler.

Afdelingen har lagt vægt på at udelukke somatisk lidelse som eventuel baggrund for udvikling af de psykotiske symptomer.

Mange ældre er ofte i livslang behandling for somatisk lidelse, hvorfor der specielt for denne patientgruppe er mulighed for interaktion mellem de forskellige slags medicin som patienten indtager. Afdelingen har derfor haft øget fokus på medicinering og dermed også på sanering af medicin som helhed.

Specielt blandt ældre er der en øget følsomhed over psykofarmaka i forhold til yngre patienter. Afdelingen har derfor haft en restriktiv holdning ved ordination af antipsykotiske lægemidler til ældre.

Herudover har afdelingen lagt vægt på, at der er bør foreligge gode indikationer for at starte behandling med antipsykotiske lægemidler.

Når man på afdelingen har ordineret antipsykotiske lægemidler har man nøje observeret for bivirkninger, særligt udvikling af parkinsonisme, øget faldtendens og aftagende

gangfunktion, som hos ældre opstår umærkeligt over uger og måneder. Endvidere har afdelingen været opmærksom på den store betydning af plejefaglig- og social intervention frem for psykofarmakologisk behandling.

I det videre behandlingsforløb forsøger afdelingen løbende at reducere eller seponere den antipsykotiske behandling.

I forsøg på at udbrede kendskabet til rationel behandling med antipsykotiske lægemidler til ældre har afdelingen benyttet sig af en lang række tiltag. Herunder:

- Oprettet en hjemmeside
- Udsendt materiale til relevante grupper (læger, plejepersonale, pårørende, patienter ect)
- Anvendt shared-care model
- Skriftlig kommunikation med de praktiserende læger om fælles patienter
- Været tilgængelig som specialafdeling både ved at have åbent for personlige henvendelser, men ligeledes ved at have oprettet en hot-line.

Herudover udbyder afdelingen to gange årligt et tre-dages kursus til amtets kommuner, endelig forestår afdelingens læger, distriktssygeplejersker og psykologer talrige individuelle undervisningsarrangementer inden- og udenamts.

Når forbruget af antipsykotiske lægemidler i Aarhus Amt ligger lavt skyldes det formentlig:

- At afdelingen har eksisteret i 18 år
- At der gennem hele perioden har været et helt særligt fokus på rationel brug af psykofarmaka (specielt antipsykotiske lægemidler), potentielle skadevirkninger, observation af bivirkninger og seponering
- Et så hurtigt og fleksibelt samarbejde med de praktiserende læger og den kommunale ældreomsorg, som ressourcerne tillader
- Prioritering af formidling af viden til samarbejdspartnere, især speciallæger i almen medicin og det kommunale plejepersonale.

Arbejdsgruppen har overvejet, om det lave forbrug af antipsykotiske lægemidler i Aarhus Amt eventuelt skulle være et resultat af en anderledes organisering eller ressourcemæssig dimensionering. En overordnet gennemgang af den gerontopsykiatriske indsats i Amterne har vist, at dette ikke er tilfældet.

### 3.3 Vurdering af forbruget af visse antipsykotiske lægemidler

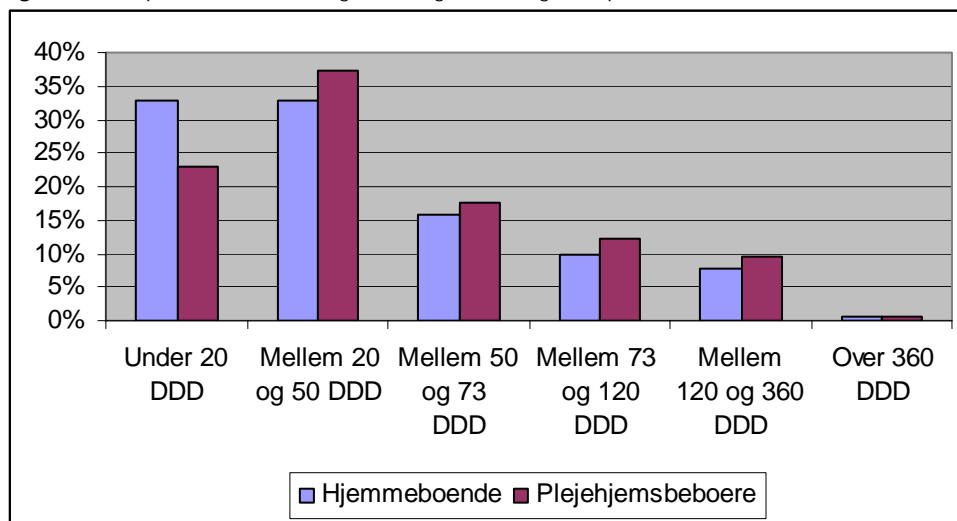
Ved at sammenholde den dosis man officielt anbefaler til behandling til ældre med den dosis patienterne rent faktisk modtager fremgår det, at mange ældre har et relativt stort forbrug af antipsykotiske lægemidler. Den definerede døgn dosis (DDD) anvendes som udtryk for anvendte mængde, og er en antaget gennemsnitlig vedligeholdelsesdosis per døgn for en voksen person, som får lægemidlet på dets hovedindikation.

For at komme problemet nærmere har arbejdsgruppen analyseret de tre antipsykotiske lægemidler, som hyppigst blev ordineret til beboere på plejehjem. Det drejer sig om olanzapin (Zyprexa®), som var ordineret til 30% af de beboere, der var i behandling med antipsykotiske lægemidler, risperidon (Risperdal®), der var ordineret til 27% af beboerne og zuclopenthixol (Cisordinol®), der var ordineret til 18%.

Opgørelsen er baseret på de personer, som havde taget mindst et af de tre præparater i løbet af 2003, og fratrukket de personer, der døde i 2003. Derefter er udvalgt de personer som kun havde taget ét af præparaterne i 2003. Det vil sige, at det kun er de personer, som kun har taget ét af præparaterne i 2003, der indgår i undersøgelsen. Det er ca. 81% af de personer, som har taget mindst ét af de tre præparater i løbet af året.

### 3.3.1 Risperdal®

Figur 4. Andel personer i behandling med en given mængde Risperdal® i 2003



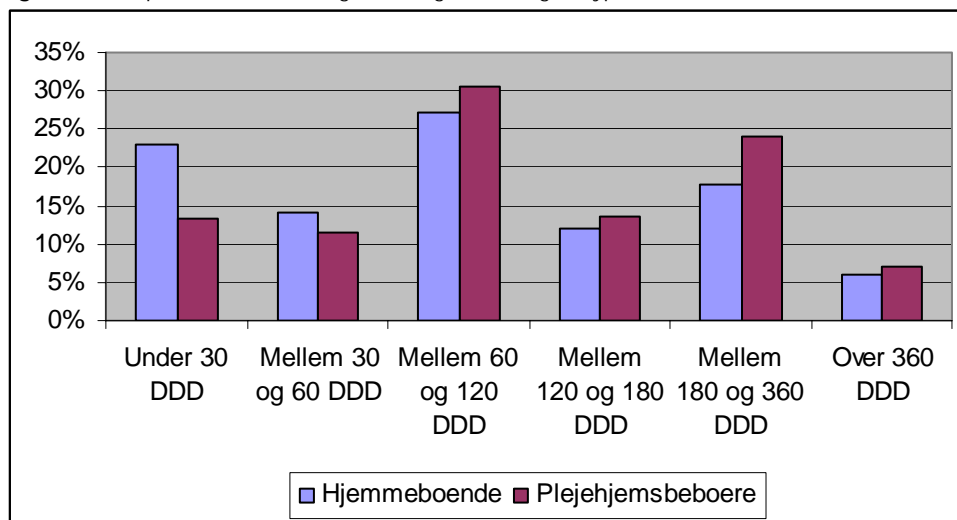
DDD for Risperdal® er 5 mg. Dette er den daglige dosis som anses for passende for en gennemsnitlig vedligeholdelsesbehandling ved diagnosen skizofreni hos yngre til midaldrende patienter. I store velkontrollerede undersøgelser af Risperdals effekt på adfærdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer ved demens, har man fundet, at en daglig dosis på over 1 mg giver anledning til så alvorlige bivirkninger, at der ikke bør benyttes højere dosis end 1 mg hos ældre dvs. 73 DDD per patient per års behandling.

Af figur 4 fremgår det, at 22% af plejehjemsboerne behandles med over 73 DDD per år. Det kan således konkluderes at mere end 1/5 af patienterne behandles med for store doser, under den forudsætning, at det hovedsageligt er demente plejehjemsboere, der er sat i behandling. Procentdelen er formentlig højere, da ikke alle er behandlet gennem hele opgørelsesperioden. Under alle omstændigheder er en behandlingsvarighed på over ét år i de fleste tilfælde unødvendig og betænkelig.

Det tyder således på, at der både bruges for store doser og at behandlingsvarigheden er for lang.

### 3.3.2 Zyprexa®

Figur 5. Andel personer i behandling med en given mængde Zyprexa® i 2003



DDD for Zyprexa® er 10 mg. I den bedste kliniske undersøgelse vedrørende Zyprexa® til demente fandtes 5 mg at være den optimale dosering på indikationen adfærdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer, idet 10 mg dagligt dels havde flere bivirkninger dels mindre terapeutisk effekt.

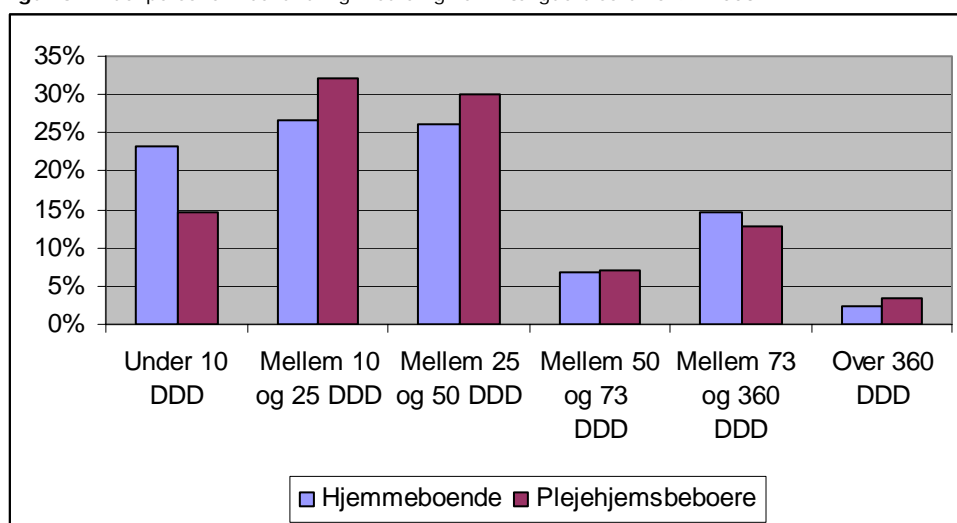
Et års behandling af ældre med Zyprexa® er således 180 DDD. Behandling med Zyprexa® i et år eller mere er ofte ikke indiceret.

Det fremgår, at 31% af plejehjemsbeboerne modtog mere end 180 DDD i 2003.

Det tyder således på, at der både bruges for store doser og at behandlingstiden formentlig også er for lang.

### 3.3.3 Cisordinol®

**Figur 6.** Andel personer i behandling med en given mængde Cisordinol® i 2003



DDD for Cisordinol® er 30 mg. Der findes ingen veldokumenterede valide undersøgelser efter nutidens standarder, hvad angår behandling med Cisordinol® på indikationen adfærdsmæssige forstyrrelser og psykiatriske symptomer ved demens.

I produktbeskrivelsen i Lægemiddelkataloget fremgår, at der bør benyttes 2-6 mg ved psykotisk angst, uro og konfusionstilstande hos ældre.

Erfaringer tyder på, at ved længere tids behandling med 6 mg vil mange ældre udvikle invaliderende parkinsonisme. Hvis man anser 6 mg for at være den maksimale dosis for ældre svarer dette til et års forbrug på 73 DDD.

Af figur 6 fremgår det, at 16% af plejehjemsbeboerne modtog mere end 73 DDD i 2003.

Således kan det også for Cisordinol® konkluderes, at der benyttes alt for høje doser, og at behandlingstiden formentlig er alt for lang.

## 3.4 Forbruget af antipsykotiske lægemidler fordelt på lægemiddel

Lægemiddelstyrelsens opgørelse af forbruget af antipsykotiske lægemidler viste, at typiske antipsykotiske lægemidler stadig benyttes i vid udstrækning også på plejehjem – figur 7.



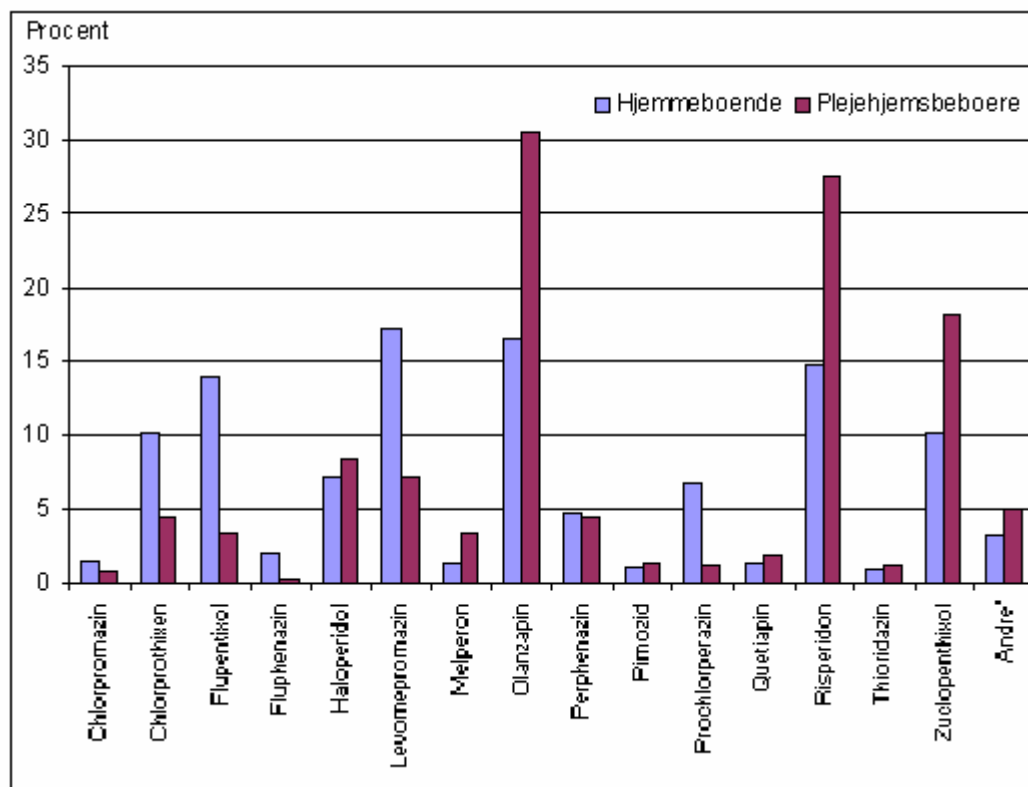
Ud over de 18% som behandles med zucloperithiol (Cisordinol®) benyttes haloperidol (Serenase®) hos 8% og levomepromazin (Nozinan®) hos 6% og chlorprothixen (Truxal®) hos 4%.

Arbejdsgruppen finder, at 11% i behandling med Nozinan® eller Truxal® er betænkeligt, idet Sundhedsstyrelsen i vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler anfører, at disse præparater ikke bør anvendes til behandling af ældre.

Mens de moderne atypiske antipsykotiske lægemidler er valideret i flere nyere kontrollerede undersøgelser, gælder det ikke de ældre typiske midler, med undtagelse af haloperidol, hvor der foreligger gode undersøgelser. Det er her fundet, at haloperidol i selv beskeden dosering giver anledning til alvorlige ekstrapyramidale bivirkninger i demensbehandlingen. Så det er bekymrende, at 11% af plejehjemsbeboerne er i behandling med dette lægemiddel.

Arbejdsgruppen finder således, at der udover et generelt for stort forbrug stadig også i en vis udtrækning benyttes uhensigtsmæssige og risikable præparater i form af de ældre høj-dosis neuroleptika.

Figur 7. Andel brugere af antipsykotiske lægemidler på 65 år eller derover fordelt på indholdsstof. 2003



Andre\*: Acepromazin, Amisulprid, Clozapin, Loxapin, Penfluridol, Periciazin, Pipamperon, Promazin, Suipirid, Ziprasidon

### 3.5 Arbejdsgruppens konklusioner

Arbejdsgruppen har konstateret, at der er et stigende forbrug af antipsykotiske lægemidler blandt ældre på 65 år eller derover, hvorimod antallet af personer, der er i behandling er faldet. Dette tyder enten på, at den enkelte patient er i behandling i længere tid, eller at den enkelte patient behandles med større doser. Samtidig er det arbejdsgruppens opfattelse, at en del af forbruget ikke skyldes ordination på lægemidlernes hovedindikation – psykose.

Arbejdsgruppen har konstateret, at der nationalt set er store regionale forskelle i forbruget af antipsykotiske lægemidler. Forbruget af antipsykotiske lægemidler i Aarhus Amt er lavest. Arbejdsgruppen har vurderet, at man i Aarhus Amt i gennem en lang årrække har gjort en særlig indsats for at holde forbruget af antipsykotiske lægemidler lavt.

Arbejdsgruppen har vurderet, at de foreliggende data er dækkende til at konkludere, at der i Danmark er et overforbrug af antipsykotiske lægemidler blandt personer på 65 eller der over, særligt blandt plejehjemsboere.

Arbejdsgruppen konkluderer:

- At for mange ældre behandles med antipsykotiske lægemidler
- At der anvendes for store doser af antipsykotiske lægemidler
- At der i en vis udstrækning benyttes uhensigtsmæssige præparater.

## 4 Nationale retningslinier og vejledninger

### 4.1 Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med antipsykotika

Sundhedsstyrelsen udsendte i december 2000 vejledning om behandling med antipsykotika. Vejledningen indeholder en detaljeret beskrivelse af, ved hvilke diagnoser man bør iværksætte behandling med antipsykotiske lægemidler, hvilken behandlingsstrategi man bør benytte, beskrivelse af bivirkninger ved behandling med antipsykotiske lægemidler, samt en beskrivelse af interaktioner og kontraindikationer.

Vejledningen indeholder et særskilt afsnit om behandlingen af ældre patienter.

Det er anført, at det er vigtigt at være opmærksom på, at ældre er specielt følsomme over for såvel antipsykotiske lægemidler som disses bivirkninger. Dette skyldes formentlig en kombination af aldersbetinget nedsættelse af aktiviteten af forskellige transmittersystemer i hjernen og en nedsat udskillelse af lægemidlerne. Behandlingen bør varetages af eller foregå i samarbejde med speciallæge i psykiatri.

I vejledningen påpeges det, at det er væsentligt, at den læge, der først ser patienten, indsamler grundige oplysninger om aktuell og tidligere psykopatologi, varighed og graden af symptomer, eventuelle tidligere behandlingsresultater, herunder hvilke præparater, der blev anvendt og i hvilke doser, endvidere bør information om evt. misbrug indhentes. Det er ligeledes vigtigt at være opmærksom på faktorer, der påvirker antipsykotikas omsætning i kroppen.

En grundig klinisk undersøgelse er vigtig for at udelukke somatisk lidelse som årsag til de psykotiske symptomer. Dette gælder alle aldersgrupper, men er ikke mindst relevant hos ældre patienter.

Såvel den aldersbetingede nedsættelse af bl.a. dopamin- og acetylkolinaktiviteten i hjernen som den nedsatte udskillelse resulterer i øget følsomhed over for toksiske virkninger. Hertil kommer, at både organisk hjerneskade og anden somatisk lidelse øger følsomheden over for antipsykotiske lægemidler, ligesom polyfarmaci kan give anledning til interaktioner. Bivirkningsmedicin (antikolinergica) er ligeledes relativt kontraindiceret på baggrund af risiko for udvikling af amnesi eller delir. Hertil kommer, at der er mange mulighed for interaktioner med anden medicin.

Behandlingen med antipsykotiske lægemidler til ældre er et særligt kompliceret område.

### 4.2 Vejledninger fra Institut for rationel farmakoterapi

Institut for Rationel Farmakoterapi har bl.a. udsendt tre følgende vejledninger:

- Behandling med antipsykotiske lægemidler
- Demens - udredning og behandling
- Nyere antipsykotiske lægemidler og nyere bivirkninger.

#### 4.2.1 Behandling med antipsykotika

I denne vejledning gennemgås behandlingsprincipperne for behandling med antipsykotiske lægemidler. Principperne er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.

I denne vejledning fremgår det, at længerevarende (mere end 2-3 uger) behandling med antipsykotiske lægemidler overvejende bør være en specialistopgave, og at den fortsatte behandling ideelt bør varetages af eller i samråd med speciallæger i psykiatri.

Vejledningen indeholder også et afsnit om de specielle forhold, der gør sig gældende hos ældre patienter.

#### 4.2.2 Demens – udredning og behandling

Denne vejledning indeholder en detaljeret gennemgang af diagnosen demens, og hvilke symptomer den demente patient kan præsentere sig med. Der opstilles diagnostiske kriterier for diagnosen, ligesom der er beskrivelse af hvilke patientgrupper, der bør tilbydes behandling. Herudover er der et detaljeret afsnit om behandlingen og behandlingsstrategi, herunder bivirkninger til behandling, interaktioner og dosering.

Differentialdiagnostisk bør opmærksomheden specielt være henledt på depression, delirium, medicin og alkoholforbrug.

Ved psykotiske tilstande i form af hallucinationer og vrangforestillinger bør patienten snarest undersøges af en læge, da de psykotiske symptomer kan være udløst af medicin eller af somatisk sygdom. Såfremt dette ikke er tilfældet bør psykofarmakologisk behandling overvejes. Dette gælder særligt når patienten er forpint, eller de psykotiske symptomer giver anledning til aggressiv adfærd.

#### 4.2.3 Nyere antipsykotika og nye bivirkninger

Som reaktion på, at det Europæiske Lægemeddelagentur i februar 2004 udsendte en pressemeddelelse om nogle hidtil ukendte bivirkninger ved det godkendte middel Zyprexa® udsendte Institut for Rationel Farmakoterapi denne publikation.

I vejledningen pointeres:

- At indikationerne for behandling bør overholdes. Dette gælder for både for de ældre og de nyere antipsykotiske lægemidler. Det vil sige, at ordinationspraksis bør opstrammes i forhold til den nuværende praksis
- At antipsykotiske lægemidler ikke bør gives til "bare" urolige patienter, men kun hvis der er klare psykotiske symptomer og agitation
- At midlerne er ikke velegnede til "at skaffe ro" til fx patienter, der er sengeflygtige, dørsøgende eller råbende
- At der i mange tilfælde er behov for at revurdere patienten.

### 4.3 Arbejdsgruppens overvejelser

For at yde en optimal lægefaglig indsats er det arbejdsgruppens vurdering, at de overordnede nationale retningslinier for behandling af ældre personer med antipsykotiske lægemidler er nødvendige for at beskrive, hvad der er almindelig anerkendt faglig standard.

Arbejdsgruppen finder, at Sundhedsstyrelsens faglige vejledninger samt vejledningerne fra Institut for Rationel Farmakoterapi er tilstrækkelige og dækkende.

Arbejdsgruppen har konstateret, at en del af de iværksatte behandlinger af ældre plejehjemsboere med antipsykotiske lægemidler ikke følger de faglige standarder. Dette kan formentlig skyldes, at de eksisterende vejledninger og retningslinier er svære at forstå, at retningslinierne, og at vejledningerne ikke er kendte af brugerne, eller er en kombination heraf.

I de eksisterende vejledninger og retningslinier fra Sundhedsstyrelsen og Institut for Rationel Farmakoterapi anbefales, at behandlingen af ældre med antipsykotiske lægemidler bør foregå i et samarbejde mellem den behandlende læge og en speciallæge i psykiatri.

### 4.4 Arbejdsgruppens anbefalinger

Arbejdsgruppen anbefaler, at der udarbejdes en konkret vejledning for behandling med antipsykotiske lægemidler af personer på 65 år eller derover – specielt demente - med vægt på korrekt indikationsstilling og på optimal observation af effekten af behandlingen.

### Arbejdsgruppens forslag - **bilag**.

Arbejdsgruppen anbefaler, at man både centralt og decentral revurderer den nuværende formidlingsstrategi af de faglige retningslinier, der i dag foreligger. Arbejdsgruppen kan bl.a. foreslå følgende muligheder:

- Oprettelse af hjemmeside
- Materiale til praksiskonsulentordningen med henblik på at formidle de gældende regler for god klinisk praksis inden for området.

Arbejdsgruppen finder det væsentligt, at der i hver region/amt etableres mulighed for speciallæge bistand i forbindelse med undersøgelse, diagnostik, behandling og opfølgning af ældre patienter med symptomer på psykotisk lidelse.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der for hver region/amt udarbejdes en model for et samarbejde mellem sundhedspersonale i primær sektoren, praktiserende speciallæger og specialafdeling. Samt at denne model er anerkendt af de involverede parter.

## 5 Faktorer, der påvirker forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre

### 5.1 Hvem ordinerer antipsykotiske lægemidler

Praktiserende læger er ansvarlige for cirka 90 % af alle ordinationer på receptpligtige lægemidler. Cirka en tredjedel af alle patientkontakter i almen praksis afsluttes med en recept. Dette gælder også for ordination af antipsykotiske lægemidler.

Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at opgøre på hvilke indikationer en given antipsykotisk behandling er startet. Det er endvidere ikke muligt at afklare, hvem, der har startet behandlingen, og det er vanskeligt at opgøre behandlingslængder.

### 5.2 Faktorer, der har betydning for lægens valg af behandling

Lægers valg af behandling er ofte en kompleks proces, hvor lægen i hvert enkelt tilfælde afvejer en række argumenter.

På en række af de store sygdomsområder har de videnskabelige selskaber udarbejdet kliniske vejledninger. De for specialet relevante vejledninger udsendes til medlemmerne, hvorved de får kendskab til dem.

Endvidere distribueres opdateret viden om behandlinger igennem eksempelvis Institut for Rationel Farmakoterapi, Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, via amternes elektroniske kommunikationssystemer samt på møder og kurser.

En række faktorer medfører imidlertid, at det enkelte behandlingsvalg kan afvige fra det evidensbaserede. Diagnostisk usikkerhed hos læger kan medføre ”for en sikkerheds skyld” ordinationer fx ordination af antibiotikum til infektioner med usikker genese. Endvidere bruges behandlinger i nogle tilfælde som diagnostisk redskab.

En anden vigtig faktor er, at læger ofte oplever, at patienter, pårørende eller personale presser på for at få en lægemiddelordination. En del af antibiotikaforbruget og antipsykotiske lægemidler er formentlig ordineret på den baggrund.

Patientens og lægens kliniske erfaringer med det pågældende lægemiddel er andre faktorer, der har betydning for valg af behandling.

Endelig tyder udenlandske studier på, at specialisters ordinationsmønstre har en kraftig afsmittende virkning på primærsektorens læger.

Man kender kun lidt til faktorer, der har betydning for, om læger seponerer lægemiddelbehandling. Det er en antagelse, at der er en vis tilbageholdenhed i primærsektoren mod at seponere eller ændre behandlinger, der er initieret af specialister.

### 5.3 Faktorer af betydning for ordination af antipsykotiske lægemidler på somatiske hospitalsafdelinger

Relativt ofte udvikler ældre demente patienter adfærdsforstyrrelser, når de indlægges på somatiske hospitalsafdelinger. Det viser sig typisk ved konfusion, hallucinationer, aggressiv adfærd og vagabondering. Årsagerne kan være flere. Dels befinder patienterne sig pludseligt i et helt fremmed miljø, og dels påvirkes de af de behandlinger, som er nødvendige for deres somatiske sygdom. Det kan eksempelvis være kirurgiske indgreb og den nødvendige anæstesi og smertebehandling, der er forbundet hermed. En række lægemidler, ikke mindst glucocorticoider og morfikapreparater kan føre til konfusion.

Andre faktorer er dehydrering og elektrolytforskydninger, som er almindelige efter en række behandlinger.

Adfærdsforstyrrelser, delir og andre tankeforstyrrelser er ofte vanskelige at håndtere på somatiske afdelinger, da de nødvendige kompetencer eller ressourcer mangler. Ikke sjældent ender det derfor med psykofarmakologisk terapi for at "skabe ro". Behandlingen, og særligt hvis det drejer sig om antipsykotisk medicin, begyndes ofte efter råd eller tilsyn fra den tilsynsførende psykiatriske afdeling. Ofte vil patienterne udskrives til eget hjem eller plejehjem med denne medicin. Risikoen er derfor, at flere ældre demente fortsætter denne behandling i lang tid, da patienternes egen læge ikke afslutter behandlingen, da den er ordineret på hospital og ofte af speciallæge i psykiatri.

#### 5.4 Hvordan kan ordinationspraksis påvirkes

En række påvirkningsmetoder er evalueret i randomiserede kontrollerede forsøg, men der er stadig sparsom viden på området. Generelt er der dog ingen eller kun sparsom effekt af at udsende skriftlig information alene eller ved traditionel undervisning i små grupper. Der bør anvendes multifacetterede interventioner.

Læger lærer og reagerer forskelligt på forskellige informationskilder, og interventioner bør tage hensyn til dette. Der er større chance for effekt:

- Hvis emnet er præcist beskrevet
- Hvis de foreslåede anbefalinger er forenelige med lægernes normer
- Hvis problemet er hyppigt forekommende
- Hvis der sættes præcise mål for ændringer og
- Hvis den ønskede anbefaling er baseret på god evidens.

Afsenderen bør opfattes som troværdig og være accepteret af modtagerne – de klinisk arbejdende læger. Såfremt emnet kræver organisatoriske ændringer af rutiner, er komplekst eller kræver et væsentligt omfang af ny viden, er der mindre chance for effekt.

Når der er opnået ændringer i ordinationspraksis bibeholdes og forstærkes disse af positive erfaringer med enkelte patienter.

#### 5.5 OBRA til inspiration

I USA i 1987 blev et finansieringsforlig på plejehjemsområdet indgået. Heri indgik at plejehjem skulle opfylde en række pragmatiske bestemmelser, som beskytter plejehjemsbeboere mod diskrimination og overgreb. Hvis et plejehjem ikke lever op til disse såkaldte OBRA-regler mister plejehjemmet det offentlige tilskud.

Regelsættet indeholder detaljerede bestemmelser, der både skal minimere enhver form for social/fysisk tvang, og hindre medikamentel pacificering og disciplinering.

Reglerne omfatter:

- Beboeren har ret til at modsætte sig medicin
- Beboeren må ikke sættes i behandling med psykofarmaka, hvis formålet er disciplinering eller bekvemmelighed
- Ordinationen kræver specifik diagnose og målsymptom
- Psykosemedicin må kun bruges ved psykose
- Psykosemedicin må kun benyttes ved demens, hvis den dementes adfærd indebærer en fare for vedkommende selv eller andre
- Psykosemedicin må ikke bruges for uro, rastløshed, omkringvandren.

Regelsættet har båret frugt. Der benyttes mindre psykofarmaka, især psykosemedicin på plejehjem i USA i dag end i 1987.

## 5.6 Embedslægernes indsats

En gang årligt udfører den regionale Embedslægeinstitution tilsyn på kommunernes plejehjem.

Ved det første års plejehjemstilsyn i 2002 fandt Embedslægeinstitutionen for Vestsjællands Amt i en stikprøveundersøgelse, at der for ca. 70% af de undersøgte beboere var forskel på, hvilken receptpligtig medicin beboeren fik på plejehjemmet, og hvilken medicin den praktiserende læge havde noteret i sin journal. Resultaterne blev i hvert enkelt tilfælde meddelt lægen og plejehjemmet med opfordring til at etablere et samarbejde for at sikre overensstemmelse fremover.

Denne ordning har fået betydelig udbredelse i Vestsjællands Amt, og har bidraget til generelt bedre kommunikation mellem plejehjem og praktiserede læger. Nogle lægepraksis har fx etableret regelmæssige møder med plejehjem bl.a. med henblik på gennemgang af beboernes medicin.

Ved en senere undersøgelse angav 31% af plejhjemslederne i Vestsjællands Amt, at embedslægernes tilsyn med plejehjem havde givet anledning til ændringer i samarbejdet med de praktiserende læger. For to andre amter blev dette kun angivet i 14%. Disse amter havde ikke gennemført en tilsvarende undersøgelse eller indsats overfor plejhjemmene. Forskellen er statistisk signifikant og kan mest sandsynligt tilskrives Embedslægeinstitutionens indsats.

## 5.7 Arbejdsgruppens overvejelser

En lang række faktorer har indflydelse på den enkelte læges ordinationspraksis. Nogle af disse faktorer er betinget i lægens egne forhold såsom: viden, tidligere erfaring ect. Andre faktorer skyldes udefra kommende faktorer såsom forventninger fra patienter, pårørende, plejepersonale ect.

En målrettet multifacetteret formidlingsstrategi kan medvirke til at påvirke den enkelte læges ordinationsmønster. Dette kan bl.a. ses ved den målrettede indsats mod ordination af antibiotika, der har medført, at læger i Danmark har en restriktiv holdning til at udskrive disse lægemidler.

Det grundlæggende princip for sundhedsvæsenets organisation i Danmark er, at ydelserne gives på det mindst specialiserede, men fagligt forsvarlige og hensigtsmæssige niveau. Ansvar for undersøgelse, diagnostik, behandling og opfølgning af patienter med psykose eller i behandling med antipsykotiske lægemidler fortsat bør varetages af den praktiserende læge.

Den enkelte praktiserende læge vil gennemsnitlig per år formentlig kun møde et fåtal af patienter, der enten har akut behov for behandling, eller er i vedligeholdelses behandling med antipsykotiske lægemidler. Dette kan for den enkelte læge indebære vanskeligheder med hensyn til at opnå rutine, viden og erfaring med hensyn til undersøgelse, diagnostik, behandling og opfølgning, især i relation til vanskelige tilfælde.

Vanskelige tilfælde bør kunne henvises til en mere specialiseret enhed.

Når en ældre patient starter behandling med antipsykotiske lægemidler fx under indlæggelse, vil dette oftest ske efter samråd eller efter anvisning fra speciallæge i psykiatri. Ved udskrivelsen udskrives patienten oftest med den ordinerede medicin, og der er langt de fleste tilfælde ikke taget stilling til behandlingens længde, eller hvornår patienten bør have revurderet behandlingen.

De amerikanske regler - OBRA-reglerne - er i overensstemmelse med dansk lovgivning og den nationale retningslinier og vejledninger. Motivationen for at indføre reglerne i USA



primært var et økonomisk incitament. Anvendelse af dette princip i Danmark er ikke muligt.

En undersøgelse fra Embedslægeinstitutionen for Vestsjællands Amt har vist, at en målrettet indsats overfor både plejehjem og praktiserende læger har en positiv effekt på rationel anvendelse af en lang række lægemidler.

## 5.8 Arbejdsgruppens anbefalinger

Arbejdsgruppen har drøftet følgende muligheder for at ændre lægernes ordinationspraksis:

- Multifacetteret informationsindsats overfor lægerne
- Udvidelse af praksiskonsulent ordningen
- Mulighed for at etablere fast lægekonsulent ordning.

Arbejdsgruppen anbefaler en multifacetteret oplysningsindsats over for læger i både primær og sekundær sektorerne.

En lang række behandlingsforløb startes enten under indlæggelse på sygehus eller efter anvisning fra speciallæge i psykiatri. Arbejdsgruppen anbefaler, at såfremt behandlingen med antipsykotiske lægemidler startes på sygehus eller af speciallæge i psykiatri, så anføres det i udskrivningsbrevet eller kommunikationen til den praktiserende læge, dato for seponering eller revurdering.

Mange ældre patienter er samtidig i behandling for anden somatisk sygdom. Der er derfor øget risiko for polyfarmaci med øget risiko for interaktioner mellem lægemidlerne. Arbejdsgruppen forslår derfor, at ældre patienter mindst en gang årligt bør tilbydes en gennemgang og revurdering af medicineringen ved deres praktiserende læge.

Alle landets plejehjem får en gang årligt tilsynsbesøg af den regionale embedslægeinstitution som bl.a. foretager en stikprøvevis vurdering af beboernes sundhedsfaglige dokumentation. Det vil på projektbasis være muligt at udvælge beboere, som er i behandling med antipsykotiske lægemidler, og ved tilsynet gennemgå om behandlingen levede op til gældende vejledning og retningslinier. Såfremt de ikke gør det bør der tages kontakt til patientens egen læge med henblik på at drøfte lægens ordinationspraksis.

Der er behov for at opruste samarbejdet mellem de praktiserende læger og plejehjemmene., herunder behov for kontinuerlig oplæring af personalet.

På sygehusene har der i adskillige år været en succesfuld ordning, hvor hver sygehusafdeling har en praktiserende læge ansat som praksiskonsulent. Dennes opgaver er at fremme samarbejdet og koordinationen mellem sygehusene og almen praksis, herunder at synliggøre og medvirke ved udformning af lokale anbefalinger vedrørende henvisning, diagnosekriterier, sygdomsbehandling, behandlingskontrol, patientvejledninger mv. Ordningen foreslås udvidet til at omfatte plejehjemmene, hvor praksiskonsulentens opgaver kan omfatte generel rådgivning af personalet om medicinbehandling og håndtering af beboere med demens eller andre hyppige følgesygdomme af alderdommen. Andre opgaver ville være at forbedre kommunikationen mellem de praktiserende læger, plejehjem, og andre aktører og at initiere relevante efteruddannelses tilbud til de praktiserende læger. Plejehjemmene kunne tilbydes adgang til praksiskonsulent-konsultationer vedrørende generelle spørgsmål, og praksiskonsulenten må derfor forventes at afholde regelmæssige møder med plejehjemmene. Endvidere kan praksiskonsulenten påpege områder, hvor en faglig oprustning af plejepersonalet er indiceret.

Der er behov for kontinuitet og nøje kendskab til de enkelte beboeres helbreds mæssige habitus fx ved regelmæssige og relativt hyppige besøg på plejehjemmene. En undersøgelse fra Københavns Kommune har vist, at nogle plejehjem anfører at de til tider kan have svært ved at få nogle af de praktiserende læger til at aflægge sygebesøg, og plejepersonalet på

plejehjemmene i en del tilfælde bruger uforholdsmæssig megen tid på at komme i telefonisk kontakt med lægerne.

Der kunne derfor overvejes om, om der til plejehjemmene tilknyttes en eller flere praktiserende læger som havde hovedparten af beboerne deres patienter. Valg af praktiserende læge bør dog fortsat være frivillig og den enkelte patients afgørelse.

# Andre årsager til udvikling af psykose eller psykoselignende symptomer

En lang række faktorer kan medvirke til at udløse psykose- eller psykoselignende tilstand hos demente plejehjemsbeboere med fx dørsøgen, angst, hallucinationer, råben, aggressiv adfærd etc. Det drejer sig om fx:

- Boliger, udearealer mm., der ikke er tilstrækkeligt indrettede til demente
- Stort personaleflow
- Mange ufaglærte blandt plejepersonalet
- Manglende kendskab til udløsende årsager til psykose eller psykoselignende tilstande hos ældre
- Manglende kendskab blandt plejepersonalet til virkninger og bivirkninger til antipsykotiske lægemidler
- Manglende kendskab blandt plejepersonalet til at håndtere personer med akut opstået psykose eller psykoselignende tilstande

## 5.9 Boligindretning

Institutionelle plejehjem er typisk ”korridorplejehjem”, hvor beboerne bor i store afdelinger op og ned ad lange lige gange med fuldstændig ens døre. De er uegnede for demente, som er rum- og retningsforstyrrede, og derfor ikke kan orientere sig i disse bygninger med for mange sansindtryk, som de ikke kan skelne fra hinanden. Institutionelle plejehjem udgør en mindre og faldende andel af det samlede antal plejehjem i Danmark.

De moderne plejehjem består af almene ældreboliger som plejeboliger - moderne plejehjem - med fuldt udrustede og handicapindrettede lejligheder med eget badeværelse og køkkenunit. Over halvdelen af de moderne plejeboliger er indrettet som leve- og bomiljøer med 10-15 beboere i hver boenhed. Disse bomiljøer er ideelle for mennesker med demenssygdomme under forudsætning af, at der er et fast, veluddannet, pædagogisk trænet personale. I små boenheder, hvor der kun bor 6-12 beboere, kan der skæres ned på den antipsykotiske medicin, jf. en undersøgelse fra Embedslægeinstitutionen i Århus Amt. Tilsvarende resultater er opnået i 11 bogrupper for adfærdsvanskelige demente i De Gamles By i København.

## 5.10 Personaleforhold

En undersøgelse fra Center for Gerontopsykologi i Risskov fra 2004 viste, at plejepersonalets observationer påvirker lægernes ordinationer af antipsykotiske lægemidler.

En stikprøve har vist, at der findes mange ufaglærte, og at der er et stort personale flow blandt plejepersonalet. Det gælder især de store byer med middelstore og store plejehjem.

Især i ferieperioden er der mange ufaglærte, som gør rent, giver medicin og yder omsorg til ældre - også demente - plejehjemsbeboere på samme vilkår som faglærte social- og sundhedshjælpere. De ufaglærte træder ikke kun til i ferieperioder, de udfylder også mange huller i vagtskemaerne og træder til i weekender. De ufaglærte er typisk ansatte i en kort periode, hvilket forhindrer kontinuitet i plejen af de demente og dermed er der risiko for at der kommer forværring af deres situation.

De ufaglærte har ikke forudsætningerne eller tilstrækkelig uddannelse til at opdage og registrere tegn på sygdom eller svækkelse hos den ældre tidligt nok. I konfliktsituationer kan deres manglende kompetence få konsekvenser. Hvis en ældre dement fx udvikler uor eller aggressivitet, og der opstår panik blandt personalet, som ikke kan takle situationen, ringes der efter vagtlægen. Denne kontakt kan resultere i ordination af antipsykotisk medicin.

På de traditionelle plejehjem er der typisk fire gange så mange på arbejde om formiddagen som om aftenen og dobbelt så mange om eftermiddagen som om aftenen. Denne fordelingsnøgle lægger op til en stram tidsstruktur for, hvornår tidskrævende aktiviteter kan foregå. I leve- og bomiljøerne er der en mere jævn fordeling af personalet. Dementes døgnrytme er ofte vendt op og ned - de er urolige ved aftenstide, hvor kun få eller en enkelt er på arbejde.

### 5.11 Arbejdsgruppens overvejelser

En del ældre personer på 65 eller derover har symptomer på demens. Demente personer udviser ofte symptomer på psykose eller psykoselignende tilstande. Det kan dreje sig om hallucinationer, dørsøgen, råben, eller aggressiv adfærd. Udover psykiske og somatiske faktorer, kan medicin og bivirkninger til medicin give anledning til psykose eller psykoselignende symptomer.

En del ydre faktorer har ligeledes indflydelse på adfærden hos den demente person. En dement person har brug for specielle omgivelser – dette omfatter både den rent fysiske indretning og specielle plejebenhov. Dette stiller øgede krav både til indretning af omgivelserne, personalets organisering og kompetence. Arbejdsgruppen er opmærksom på, at leve- og bomiljøer med mindre antal beboere er bedre egnede til beboelse for ældre demente personer end store og middelstore plejehjem.

### 5.12 Arbejdsgruppens anbefalinger

Arbejdsgruppen anbefaler, at man ved indretning og organisering af plejehjem eller lignende boenheder tager hensyn til, at demente personer kræver en særlig indsats.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at plejepersonalet på plejehjem ikke har tilstrækkeligt kendskab til og forudsætninger for at kunne opdage og registre tegn på sygdom eller virkning af den medicinske behandling.

Plejepersonalet er ofte social og sundhedshjælpere med en korterevarende social- og sundhedsuddannelse, hvor ”den demente patient” ikke indgår i uddannelsen. Arbejdsgruppen skal derfor pege på muligheden for at indbygge dette i den formaliserede social og sundhedsfaglige grunduddannelse.

En del af plejepersonalet ansat på plejehjem har ikke via deres uddannelse modtaget en målrettet viden til at kunne håndtere personer med symptomer på akut opstået psykose eller i at observere personer i behandling med antipsykotiske lægemidler. Arbejdsgruppen finder det væsentligt, at plejepersonale efteruddannes i at opdage og registre tegn på sygdom eller effekten på den medicinske behandling.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i plejeboligheder udarbejdes retningslinier for håndtering af personer med akut opstået psykose, ligesom bør opstilles retningslinier for håndtering af personer i behandling med antipsykotiske lægemidler.

## 6 Hvorledes kan forbruget af anti-psykotiske lægemidler monitoreres

### 6.1 Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister

Lægemiddelstyrelsen følger den overordnede udviklingen i lægemiddelforbruget. Dette sker i form af detaljerede statistikker og specialanalyser af udvalgte lægemiddelområder eller patientgrupper. Valget af hvilke områder, der overvåges, sker bl.a. i samarbejde med Lægemiddelstyrelsens afdeling for Forbrugersikkerhed og Institut for Rationel Farmakoterapi.

Oplysningerne i Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister danner grundlag for hovedparten af styrelsens redskaber til overvågning. I dette register er samtlige ekspeditioner af lægemidler registreret siden 1994. I forbindelse med receptekspeditioner i den primære sundhedssektor registreres bl.a. receptudstederens ydernummer, en entydig patientidentifikation, patientens køn, alder og bopælsamt. Siden maj 2004 skal ordinationernes indikation og dosering indberettes. Indberetningsskemaerne er endnu ikke fuldstændige.

Registeret er et statistikregister, og principielt må der ikke videregives personhenførbare oplysninger fra dette. Dog er det lovligt at videregive oplysninger om enkelte lægers ordinationsmønstre til Sundhedsstyrelsen, hvis det skønnes, at der er tale om et uhensigtsmæssigt ordinationsmønster. Her må patienten ikke kunne identificeres.

En kopi af Lægemiddelstatistikregisteret er overført til Danmarks Statistik, hvilket giver muligheder - både for forskere og Lægemiddelstyrelsen - for at foretage udvidede undersøgelser baseret på samkøring med oplysninger fra andre sundhedsrelaterede databaser. I disse samkøringer vil alle personhenførbare oplysninger være fjernet.

### 6.2 Forum for Vurdering af Lægemiddelforbrug

Resultaterne af Lægemiddelstyrelsens undersøgelser diskuteres bl.a. i det nyoprettede Forum for Vurdering af Lægemiddelforbrug. Her er Lægemiddelstyrelsen, Sundhedsstyrelsen, Institut for Rationel Farmakoterapi, Dansk selskab for almen medicin, Dansk Geriatrik Selskab, Dansk Selskab for Intern Medicin og Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi repræsenteret.

Forummet bør - som navnet siger - vurdere lægemiddelforbruget med udgangspunkt i specifikke problemstillinger, som de enkelte repræsentanter eller disses eksterne samarbejdsparter peger på. Det kan fx dreje sig om mistanke om misbrug af et bestemt lægemiddel eller lægemiddelgruppe, anvendelse udenfor det godkendte indikationsområde, ændringer i forbruget, som synes uhensigtsmæssigt ud fra faglige eller økonomiske overvejelser eller forbrug af lægemidler med hyppig forekomst af bivirkninger. Til brug for sit arbejde betjener forummet sig, ud over de oplysninger, der er tilgængelige i Lægemiddelstatistikregisteret, af Interaktionsdatabasen og såvel nationale som internationale bivirkningsdatabaser. Herudover kan forummet indkalde relevante eksperter til høring i det omfang det skønnes nødvendigt.

Konsekvenserne af forummets vurdering vil variere fra sag til sag og kan eksempelvis medføre målrettet oplysning til lægerne gennem Institut for Rationel Farmakoterapi månedssblad eller som en nyhed på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside. Endvidere kan resultatet af forummets konklusioner blive en indstilling til Lægemiddelstyrelsen om at foreslå producenten ændringer i produktinformationen (produktresumé og indlægsseddel) eller ændringer i tilskudskriterier. Endelig kan forummet indstille til Sundhedsstyrelsen, at tilsynet med lægernes ordination skærpes.

### 6.3 Kopieringspligtig medicin

Lægemiddelstyrelsen har mulighed for at ændre udleveringsbestemmelsen for lægemidler til at omfatte såkaldt 'kopieringspligt'. Dette betyder i praksis, at Lægemiddelstyrelsen videregiver oplysninger til Sundhedsstyrelsen om hvilke læger, der udskriver det pågældende lægemiddel og i hvilket omfang. Proceduren har vist sig at være et effektivt middel til at begrænse overforbrug af bestemte lægemidler, men har hidtil alene været anvendt for visse lægemidler med potentiale for misbrug pga. afhængighed.

### 6.4 Periodisk overvågning

Det edb-program, som Sundhedsstyrelsen/embedslægerne betjener sig af i overvågningen af visse afhængighedsskabende lægemiddelgrupper, er udviklet til at kunne behandle også andre lægemiddelgrupper. Det vil således være muligt for en afgrænset periode at etablere overvågning af anvendelsen af andre lægemiddelgrupper, fx antipsykotiske lægemidler. Man vil kunne overvåge de samme data, som ved "almindelig" kopieringspligt, og vil have de samme begrænsninger med hensyn til viden om indikation, undersøgelse, opfølgning m.v. I et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen decentrale og centrale enheder vil der kunne opstilles relevante kriterier for, i hvilke tilfælde embedslægeinstitutionerne indhenter udtalelse og journal kopi fra en ordinerende læge samt til vurdering af, om Sundhedsstyrelsens retningslinjer for behandling med disse stoffer er overholdt. Hvis embedslægen skønner, at ordinerende læge ikke har overholdt Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer, kan tilbagemeldingen bestå i en opfordring til at afhjælpe eller standse behandlingen, eller evt. forelægge sagen for Sundhedsstyrelsens vurdering.

### 6.5 ORDIPRAX

ORDIPRAX er et web-baseret værktøj til præsentation af data fra Lægemiddelstatistikregisteret ([www.ordiprax.dk](http://www.ordiprax.dk)). Ud over at indeholde almen tilgængelig statistik, hvor ordinationsmønstret sammenlignes mellem amterne, er ORDIPRAX først og fremmest et feedback værktøj for lægerne, hvor lægerne kan se deres egne ordinationsmønstre og sammenligne sig med de øvrige læger i amtet. De amtslige lægemiddelkonsulenter (ALKene) har også adgang til oplysningerne på ydernummerniveau. Disse oplysninger anvendes i de amtslige lægemiddelkonsulenters arbejde med kvalitetssikring af lægemiddelordinationerne – oftest som udgangspunkt for en diskussion med den/de enkelte læger.

### 6.6 Den Personlige Medicinprofil (PEM)

PEM'en benytter også samme data som Lægemiddelstatistikken, dog indsamles oplysningerne i umiddelbar forlængelse af ekspeditionen på apoteket. PEM'en er ligeledes et web-baseret værktøj, som hovedsagelig er rettet mod lægerne. Patientens egen læge har – med ydernummer og digital signatur – adgang til at se lægemiddelforbruget blandt egne patienter og får herved mulighed for bl.a. at se lægemidler ordineret af andre læger (hospital, speciallæge etc.), danne sig et skøn over om patienten efterlever ordinationen (kompliance) og foretage interaktionskontrol. Den enkelte patient har desuden adgang til PEM og dermed mulighed for at følge sit eget lægemiddelforbrug. Også apoteket har – med patientens accept – adgang til PEM'en.

### 6.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Sundhedsmyndighederne kan via registrering af receptekspeditioner på apotekerne skaffe sig indblik i de overordnede forbrugsmønstre. På denne måde er der mulighed for at se om de overordnede retningslinier og vejledninger bliver overholdt.

Det giver dog ikke sundhedsmyndighederne en viden, der er tilstrækkelig til at målrette formidlingen af de faglige retningslinjer eller at gribe ind over for de enkelte læger, som ikke overholder de faglige retningslinjer. Det er til disse formål nødvendigt at etablere en overvågning af anvendelsen af disse præparater.

Indførelse af kopieringspligt for eksempelvis antipsykotiske lægemidler med det formål at begrænse udskrivningen til ældre vil med stor sandsynlighed have en u hensigtsmæssig afsmittende virkning på den yderst hensigtsmæssige anvendelse til psykotiske patienter i alle aldre.

Lægemiddelstyrelsen har således mulighed for periodisk at overvåge forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre, også med henblik på at vurdere om eventuelle tiltag på området har effekt. Undersøgelsen af forbruget af antipsykotiske lægemidler på landets plejehjem kan også gentages.

## 6.8 Arbejdsgruppens anbefalinger

Arbejdsgruppen har gennemgået de nuværende datakilder, som er til rådighed til at overvåge forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt personer på 65 år eller derover.

Arbejdsgruppen finder at de eksisterende registre indeholder tilstrækkelige oplysninger til, at Sundhedsmyndighederne kan overvåge forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt personer på 65 år eller der over.

Arbejdsgruppen har drøftet muligheden for at gøre antipsykotiske lægemidler kopi pligtige, på lige fod med afhængighedsskabende lægemidler – ligesom arbejdsgruppen har drøftet muligheden for en periodisk overvågning. Arbejdsgruppen finder ikke, at dette er en hensigtsmæssig måde at regulere forbruget af antipsykotiske lægemidler til ældre.

Ved overvejelser om kopieringspligt for antipsykotiske lægemidler må der ske en afvejning af behovet for kopieringspligt for andre lægemiddelgrupper med væsentlig samfundsmæssig interesse. Det kunne fx dreje sig om overvågning af anvendelsen af anden afhængighedsskabende medicin, visse antibiotika for at modvirke u hensigtsmæssig resistensudvikling for bakterier, særlig kostbar medicin, fx demensmedicin og anxiolytika. Det vil i den forbindelse være vanskeligt, at argumentere for kopieringspligt uden at have nærmere kendskab til, hvordan denne form for behandling foregår i praksis. Endelig vil der holdningsmæssigt være en betydelig tilbageholdenhed over for at iværksætte løbende overvågning af lægers ordination af stadig flere lægemiddelgrupper, idet dette af mange grundlæggende anses for et forhold mellem patient og læge, som i vidt omfang fortjener den fortrolighed, som er fastslået med lægens tavshedspligt.

Arbejdsgruppen anbefaler, at sundhedsmyndighederne løbende overvåger udviklingen og i givet fald griber ind over for u hensigtsmæssig forbrug, enten på overordnet plan eller på individuelt plan.

Hvis Sundhedsstyrelsen fik adgang til både ORDIPRAX og PEM ville der gives betydelig bedre mulighed for at monitorere forbruget af antipsykotiske lægemidler og den enkelte læges ordination af disse. Hvis ikke man ønsker at give en generel adgang til alle data i de to værktøjer, kunne der gives en separat tilladelse til embedslægerne til at følge enkelte lægemiddelområder som fx antipsykotiske lægemidler. Denne tilladelse kunne derefter udvides på ad hoc basis, alt efter om der opstår mistanke om u hensigtsmæssige ordinationsvaner inden for andre lægemiddelområder. Hermed kan man undgå at skulle anvende det mere drastiske tiltag som kopieringspligt er blandt ikke afhængighedsskabende lægemidler.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det bør overvejes at der skaffes den nødvendige lovhjemmel til, at Sundhedsstyrelsen får adgang til ORDIPRAX og PEM vedrørende antipsykotiske lægemidler. Herved vil det være muligt at følge de enkelte lægers ordinationsmønster, og der vil, ved afvigende ordinationsmønster, være mulighed for at Embedslægerne kan intervenere.

Arbejdsgruppen anbefaler, at når embedslægerne retter henvendelse til den enkelte læge vedrørende dennes ordinationspraksis af antipsykotiske lægemidler anvender data i en

lærende fremadrettet proces eventuelt i samarbejde med de amtslige lægemiddelkonsulenter (ALKene).



# BESVÆRLIG ADFÆRD OG PSYKIATRISKE SYMPTOMER VED DEMENS

## Kort vejledning i undersøgelse og behandling

### Adfærdsforstyrrelser

Aktivitetsforstyrrelser

Rastløshed

Flugttendens

Territoriekrænkelse

Natteuro

Aggressivitet

Verbal vrede

Fysisk vold

Råberadfærd

Upassende seksualitet

### Hyppige årsager til delir:

Cystit

Anæmi

Dehydrering

Hyponatriæmi

Hypotension

KOL

Arytmi

Hjerteinsufficiens

### Psykiatriske symptomer

Angst

Tristhed, irritabilitet

Egentlig depression

Apati

Agnosi

Konfabulering

Hallucinationer

Vrangforestillinger

### Hyppigt delir-fremkaldende lægemidler:

Steroider

Morfika

Parkinsonmidler

Blærespasmolytika

Benzodiazepiner

Udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen, 2005

Husk ved adfærdsforstyrrede demente ældre ...

... vend

## BESVÆRLIG ADFÆRD OG PSYKIATRISKE SYMPTOMER VED DEMENS, side 2

problemet kan have en somatisk årsag	De færreste ældre har tidligere i tilværelsen været sindslidende eller psykotiske. Med demens øges risikoen for delir-episoder på somatisk eller farmakologisk baggrund med motorisk uro og evt. hallucinationer og vrangforestillinger.
som kræver somatisk udredning	Undersøgelsen bør omfatte anamnese, grundig objektiv undersøgelse, relevante laboratorieundersøgelser, revurdering af medicin, evt. seponering af ikke livsvigtig medicin.
med somatisk behandling og medicinsanering	Upåagtede somatiske tilstande som fx cystit og obstipation kan udløse en delirøs tilstand, og ofte bedres de ældre efter seponering/aftrapning af fx benzodiazepiner, Tramadol eller blærespasmolytika
afdæk også sociale problemer	Utilstrækkelige familiemæssige, sociale, boligmæssige og plejefaglige rammer og ressourcer kan bidrage til udvikling af adfærdsproblemer, og her er psykofarmaka sjældent indiceret.
brug ikke antipsykotika til adfærdsproblemer	Antipsykotika er uden effekt på adfærdsproblemer som rastløshed, motorisk uro, råberadfærd, gåen ind til andre, bortgang fra plejehjem, natteruro mv.
men måske ved emotionelle og psykotiske symptomer	Antipsykotika kan evt. afdæmpe symptomer som angst, tristhed, irritabilitet og vrede, hallucinationer og vrangforestillinger, men har alvorlige bivirkninger som sedation, parkinsonisme, ortostatisme med risiko for fald og fraktur.
brug kun meget små doser	Dosering af antipsykotika til ældre er - afhængig af præparat - mellem en tiendedel og halvdelen af de doser, der normalt benyttes ved skizofreni. Højdosispræparater, som fx Nozinan, er kontraindicerede.
observér for bivirkninger	Lægen har ansvar for observation af virkning og bivirkninger. Alle antipsykotika nedsætter fysisk formåen og initiativ. Både virkning og bivirkninger som fx parkinsonisme er dage til uger om at indtræde.
instruér personale og pårørende i bivirkninger	Bivirkninger overses let og mistolkes som tegn på alderdom og forfald af læger, plejepersonale og pårørende, som bør kende bivirkningerne. Regelmæssig registrering af patientens færdigheder letter observationen.
aftal dato for opfølgning	Lægen har ansvar for at behandling ikke udstrækkes længere end nødvendigt og bør jævnlig ved selvsyn revurdere grundlaget for ordinationen - også selv om den er påbegyndt under sygehusophold og anført i udskrivningsbrev.
aftal dato for seponering	Allerede ved start af behandlingen bør fastsættes en seponeringsdato. Behandlingsvarigheden bør almindeligvis ikke være længere end en til to uge.
brug gerontopsykiater eller psykiater	Behandling bør foregå i samarbejde med speciallæge i psykiatri, gerne gerontopsykiater. Især hvis der ikke er fundet en somatisk årsag, hvis behandlingen varer over to uger, eller forholdet mellem virkning og bivirkninger er usikker.