

MED-3950, 5.årsoppgave 2016, UiT Norges arktisk universitet

Legemiddelbehandling av eldre pasienter med demenssykdom i sykehjem

En pilotstudie ved et sykehjem i Tromsø

Anna Berg Giverhaug, med.stud. UiT
Veileder Georg Sager, IMB UiT

Legemiddelbehandling av eldre pasienter med demenssykdom i sykehjem

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag.....	3
Innledning.....	3
Legemiddelrelaterte problemer	3
Legemiddelbehandling ved demenssykdom	4
Retningslinjer for legemiddelbehandling av eldre	5
Legemiddelbehandling av eldre pasienter med demenssykdom ved et sykehjem i Tromsø	6
Materiale og metode.....	6
Resultater.....	8
Demenssykdom	8
Antall faste forskrivninger og behovsmedisin	8
Forskrivning av nevroleptika	8
STOPP-kriterier	9
Kommentarer fra lege og sykepleiere på sykehjemmet.....	10
Diskusjon.....	12
Demenssykdom	12
Antall faste forskrivninger og behovsmedisin	12
Forskrivning av nevroleptika	13
STOPP-kriterier	13
Kommentarer fra lege og sykepleiere på sykehjemmet.....	14
Nytteverdi av prosjektet	14
Konklusjon.....	15
Referanser	15

Forord

Gjennom flere års arbeid i sykehjem og hjemmesykepleie har jeg opplevd mange problemstillinger knyttet til legemiddelbehandling av eldre pasienter. Det store antallet tabletter som gis flere ganger daglig går ofte ut over både appetitt og humør. Bivirkninger som forstoppelse og svimmelhet kan være mer plagsomme enn den opprinnelige sykdommen som behandles. Spesielt til pasienter med demenssykdom, kan det også være utfordrende å få gitt tablettene på riktig måte til riktig tid. Tyggetabletter svelges, enterotabletter tygges, eller tablettene spytted ut. I tillegg til tabletter kommer andre legemiddelformer som kan oppleves plagsomme for pasienten; for eksempel injeksjoner og øyendråper. Gjennomføring av legemiddelbehandlingen kan bli et altoppslukende prosjekt som preger mye av hverdagen til eldre pasienter.

Både i det medisinske fagmiljøet og i media, kritiseres stadig vekk legemiddelbehandling av eldre: Er polyfarmasi og overbehandling heller regelen enn unntaket? Overdoserer vi beroligende legemidler fordi sykehjemsansatte ikke håndterer uro? Slurves det med legemiddelgjennomgang og oppfølging av behandling?

Dette er en pilotstudie hvor jeg ser nærmere på legemiddelbehandling av eldre pasienter i et sykehjem i Tromsø. Hovedfokus er behandling ved demenssykdom og bruk av nevroleptika. Ved gjennomgang av medikamentlister og samtaler med sykehjemmets ansatte, forsøker jeg å kartlegge forholdene rundt legemiddelbehandlingen. Følges de gjeldende retningslinjer på området, eller er kritikken virkelig berettiget?

Jeg har fått mye god hjelp i gjennomføringen av dette prosjektet, som er min 5.årsoppgave ved medisin profesjonsstudium ved UiT. Takk til alle som har hjulpet til med den praktiske gjennomføringen av prosjektet! Takk til alle som har delt kunnskap og erfaringer omkring temaet legemiddelbehandling av eldre! Ved Sør-Tromsøya sykehjem: Enhetsleder Johan Robertsen, trivselskoordinator Mari-Anne Skåtun, sykehjemslege Åshild Moen, alle boguppekoordinatorer og ansatte i administrasjonen. Helsefaglig rådgiver i Tromsø kommune Kjærsti Johnsen. Leder for Kvalitetssikring av tverrfaglig legemiddelgjennomgang Elisabet Sausjord. Og ikke minst veileder Georg Sager ved UiT, for god faglig oppfølging og veiledning gjennom hele arbeidsprosessen. Tusen takk!

Sammendrag

Gjennomgang av medikamentlistene til 29 pasienter ved et sykehjem i Tromsø viser et gjennomsnittlig antall faste forskrivninger per beboer på 6,4. Totalantallet forskrivninger (inkludert behovsmedisin) er 15,3. 41 % av pasientene bruker en eller flere typer nevroleptika fast, og 76 % har en eller flere typer nevroleptika som behovsmedisin. Datagrunnlaget er for lite til å si noe sikkert om den generelle medikamentbruken ved norske sykehjem; men sammenligning med en tidligere større studie antyder at fast bruk av nevroleptika, og spesielt antipsykotika, er redusert. Forskrivning av anxiolytika og hypnotika som behovsmedisin har derimot økt. I følge sykepleierne på sykehjemmet, er de største utfordringene ved legemiddelbehandling av eldre med demenssykdom: Vurdering av behandlingseffekt og bivirkninger, og den praktiske gjennomføringen av legemiddeladministrasjon. Tidligere ble legemiddelgjennomganger sjelden gjort, men i den senere tid oppleves et økt fokus på riktig legemiddelbehandling, spesielt med oppstart av prosjektet *Kvalitetssikring av tverrfaglig legemiddelgjennomgang* i Tromsø kommune.

Innledning

I Norge ser vi en stadig nedgang i dødeligheten blant eldre, og en stadig økning i forventet levealder (Statistisk Sentralbyrå, 18.11.15, <http://www.ssb.no/natur-og-miljo/barekraft/forventet-levealder-ved-fodselen>). For sykehjemmene betyr dette at deres beboere blir flere, eldre og sykere. De har mer sammensatte somatiske sykdomsbilder, som gjerne kompliseres ytterligere av gradvis økende kognitiv svikt. Dette får konsekvenser for legemiddelbehandlingen, som må tilpasses det helhetlige sykdomsbildet. Legemiddelrelaterte problemer kan være vanskelige å unngå.

Legemiddelrelaterte problemer

Studien *Farmakoterapi i sykehjem* fra 2009 (1) undersøkte legemiddelbruken blant langtidspasienter på to ulike sykehjem i Oslo. Det gjennomsnittlige antallet faste forskrivninger per pasient var 7,0 i det ene sykehjemmet og 9,5 i det andre. Det sykehjemmet med best legedekning var også det med lavest legemiddelbruk, og med signifikant lavere forekomst av legemiddelrelaterte problemer.

Legemiddelrelaterte problemer er et vidt begrep. I den ovennevnte studien (1) valgte man en klassifisering i følgende hovedgrupper:

- *Legemiddelvalg*: Har pasienten behov for akkurat dette legemiddelet?

- *Dosering*: Gis det riktig mengde legemiddel til riktig tid?
- *Bivirkninger*: Har legemiddelet uønskede effekter hos pasienten?
- *Interaksjoner*: Interagerer legemiddelet med andre forskrevne medikamenter (eventuelt andre sykdommer) slik at man får en utilsiktet effekt?
- *Avvikende legemiddelbruk*: Blir legemiddelet administrert på riktig måte?
- *Annet*: Følges legemiddelbruken eventuelt opp med nødvendig kurveføring eller monitorering?

Disse spørsmålene er viktige å stille ved legemiddelbehandling av eldre pasienter. De vanligst forekommende avvikene funnet i studien var bruk av unødvendige legemidler og manglende monitorering. Det er rimelig å anta at slike legemiddelrelaterte problemer har sammenheng med legedekningen på et sykehjem. Bruk av unødvendige legemidler bidrar til å øke det totale antallet legemidler per pasient, som igjen øker risikoen for interaksjoner (2).

Legemiddelrelaterte problemer hos sykehjemspasienter er med andre ord et komplekst tema. Denne oppgaven avgrenses imidlertid til først og fremst å omhandle legemidler som brukes ved demens og de påfølgende nevropsykiatriske symptomer. Jeg vil se nærmere på bruken av nevroleptika, og tar for meg følgende undergrupper etter ATC-klassifisering:

- N06D (demensmedikamenter)
- N06A (antidepressiva)
- N05A (antipsykotika)
- N05B (anxiolytika)
- N05C (hypnotika og sedativer)
- N03A (antiepileptika)

Nevroleptika er en gruppe legemidler med usikker effekt, og stor risiko for legemiddelrelaterte problemer, hos eldre pasienter. Dette gjelder spesielt ved demenssykdom (3-5). Det er derfor svært viktig at det gjøres en grundig vurdering av behov, effekt og bivirkninger ved bruk av slike legemidler.

Legemiddelbehandling ved demenssykdom

Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer i hjernen som gir kognitiv svikt. Typisk er redusert hukommelse, desorientering, sviktende dømmekraft m.m. Tilstanden er ofte progredierende, men det er store individuelle variasjoner i sykdomsbildet (Store Medisinske Leksikon, 18.11.15, <https://sml.snl.no/demens>). Demenssykdom i høy alder kalles ofte

aldersdemens eller senil demens, og Alzheimers sykdom utgjør den vanligste undergruppen av med ca. 60 % av tilfellene. Forekomsten av all demenssykdom øker med alderen; og antas å være ca. 15 % i aldersgruppen 75 – 90 år, og 30 % i gruppen over 90 år. Det finnes i dag ingen kurativ behandling for disse tilstandene, men flere alternativer for medikamentell og ikke-medikamentell behandling av symptomer (Store Medisinske Leksikon, 18.11.15, <https://sml.snl.no/aldersdemens>).

Nevropsykiatriske symptomer forekommer ofte sammen med demens. Dette viste studien *Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag i 2012* (6). Her hadde 82 % av pasientene demenssykdom. Av disse hadde 75 % minst ett klinisk signifikant nevropsykiatrisk symptom; vanligst vrangforestillinger, apati eller irritabilitet. Slike symptomer har ofte vært behandlet med nevroleptika som antipsykotika og anxiolytika, men mange kritiserer denne behandlingskulturen (3, 4, 7). Nevroleptika har som nevnt mange potensielle bivirkninger, og eldre pasienter er ekstra sårbare for disse. En viktig årsak er at nevroleptika kan forverre kognitiv svikt; en annen er at aldersbetinget redusert funksjon i lever og nyre gir langsommere eliminering av legemidler, og dermed økt risiko for overdosering og bivirkninger (8).

Sammenlignet med antipsykotika og anxiolytika, kan demensmedikamenter (acetylkolinesterasehemmere) kan være en «mildere» form for nevroleptikabehandling. Demensmedikamenter antas å kunne forsinke den naturlige sykdomsprogresjonen ved demens, men effekten er usikker (9). Ofte nevnes ikke-medikamentelle tiltak som gode alternativer til nevroleptika. Det kan for eksempel være sosial stimulering, fysisk aktivitet, optimal utforming av miljøet på sykehjemmet og bedre ernæring.

Retningslinjer for legemiddelbehandling av eldre

Selv om legemiddelbehandling av eldre kan by på mange utfordringer, er det ikke mangel på retningslinjer for kvalitetssikring av behandlingen. For eksempel har Statens Legemiddelverk utarbeidet anbefalinger for legemiddelbruk og – gjennomgang (Statens Legemiddelverk, 18.11.15, http://www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/Raad_til_helsepersonell/Legemiddelgjennomgang/Sider/default.aspx). Det finnes også mer spesifikke anbefalinger for enkelte legemiddelgrupper (3). STOPP (Norsk Legemiddelhandbok, 18.11.15, <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/315753>) og NORGE (Norsk Legemiddelhandbok, 18.11.15, <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/311393>) er lister over forskrivninger man

bør unngå til eldre pasienter. I tillegg finnes lokale rutiner i mange kommuner og enkeltinstitusjoner. I Tromsø kommune pågår prosjektet *Kvalitetssikring av tverrfaglig legemiddelgjennomgang* i sykehjem og hjemmesykepleie.

Likevel er det ingen formelle eller konkrete *krav* om tverrfaglig legemiddelgjennomgang for eldre pasienter. Statens Legemiddelverk beskriver på sine nettsider at legemiddelgjennomganger er «et løpende ansvar for behandlende lege», og at fastleger har en egen takst for dette arbeidet (Statens Legemiddelverk, 04.12.15, http://www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/Raad_til_helsepersonell/Legemiddelgjennomgang/Sider/default.aspx). Det er ikke usannsynlig at kvalitet og hyppighet på legemiddelgjennomganger varierer mellom institusjoner og kommuner omkring i landet, og at blant annet legedekning i sykehjem er av stor betydning.

Legemiddelbehandling av eldre pasienter med demenssykdom ved et sykehjem i Tromsø

Hvorvidt kvaliteten på legemiddelbehandlingen varierer mellom ulike sykehjem, vil ikke dette prosjektet kunne gi svar på. Hensikten er heller å gjennomføre en pilotstudie hvor jeg ser nærmere på legemiddelbehandling av eldre med demenssykdom i ett sykehjem. I hvor stor grad brukes nevroleptika i behandlingen, og følges de anbefalte retningslinjer for bruken? Samsvarer resultatene mine med resultater fra tidligere studier på området? Gjennom samtaler med ansatte på sykehjemmet vil jeg også få en kvalitativ tilnærming til temaet.

Materiale og metode

Sør-Tromsøya sykehjem ble valgt som materiale for studien, da dette er det største sykehjemmet i Tromsø kommune. Medikamentlistene til så mange som mulig av pasientene over 70 år ble gjennomgått. Pasientene er fordelt over åtte bogrupper, hvorav tre er lukkede demensavdelinger. Enhetsleder på sykehjemmet ble først kontaktet, og konkluderte i samråd med ledelsen at prosjektet kunne gjennomføres etter godkjenning fra REK (regional etisk komité). Søknad om godkjenning ble sendt av veileder, og etter REK-vedtak 24.08.15 ble sykehjemmet kontaktet på nytt.

Prosjektet ble kort presentert på sykehjemmets ledermøte 02.09.15, med enhetsleder og bogruppekoordinatorer (sykepleiere med hovedansvar for hver sin bogruppe) til stede. Deretter ble samtykkeskjemaer til deltakelse i studien levert alle sykehjemmets pasienter over 70 år. Bogruppekoordinatorene avgjorde hvilke pasienter som var i stand til å gi samtykke

selv. For de resterende pasientene ble pårørende kontaktet, med informasjon om studien og forespørsel om å signere samtykkeskjema.

Frist for å signere samtykkeskjema ble først satt til 27.09.15, men utsatt til 11.10.15 etter tilbakemeldinger fra bognippekoordinatorene om lavt antall signerte skjemaer. Ved innhenting av skjemaer 13.10.15, hadde 29 pasienter eller deres pårørende samtykket til deltakelse. Dette av totalt 78 beboere på de åtte bognippene. Andelen signerte skjemaer varierte veldig mellom bognippene. På demensavdelingene var deltakelsen spesielt lav, med kun fem pasienter totalt.

I kommunens journalsystem Profil ble det åpnet tilgang til de 29 pasientene som hadde gitt samtykke til å delta i studien. Data fra Profil ble registrert anonymt i et Microsoft Excel-dokument 16.10.15. Omkoblingsnøkkel for identifisering av anonym studiedeltaker oppbevares i låst skap hos veileder.

Følgende journaldata ble registrert: Bognippe (somatisk- eller demensavdeling), alder, kjønn, høyde, vekt, demensdiagnose, antall faste medisiner, totalantall medisiner, medikamenter i de aktuelle ATC-grupper, oppfylte STOPP-kriterier (se neste avsnitt), og andre sykdommer. Som *demensdiagnose* regnes all form for demens, også uspesifiserte typer og mild kognitiv svikt. Som *medisiner* regnes alle reseptbelagte forskrivninger. *Andre sykdommer* ble tatt med fordi det er relevant for noen av STOPP-kriteriene. 19.10.15 ble i tillegg lister for utlevering av behovsmedisin gjennomgått. Antall utleveringer i løpet av siste uke (uke 42) ble notert sammen med de andre journaldata. STOPP-kriteriene for psykofarmaka ble også gjennomgått.

STOPP (Screening Tool of Older Persons Prescription) er en av flere utarbeidede retningslinjer for legemiddelbehandling av eldre, og ble valgt som verktøy fordi den er oversiktlig og informativ, og vanlig å bruke i Norge. Listen beskriver hvilke forskrivninger som bør unngås hos pasienter over 65 år. Den er utarbeidet gjennom Delphi-metoden, hvor et utvalg fagpersoner fra flere europeiske land har gitt sine anonyme vurderinger som sammenfaller i et utvalg kriterier. Her brukes den norske oversettelsen av M. S. Bakken m.fl. fra 2014, som ligger på Norsk Legemiddelhåndboks nettsider (Norsk Legemiddelhåndbok, 18.11.15, <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/315753>). Ettersom denne oppgaven hovedsakelig omhandler eldre med demenssykdom, brukes kun STOPP kapittel D om sentralnervesystemet og psykofarmaka.

Kort oppsummert er journaldata fra 29 sykehjemsbeboere innhentet. Dette er grunnlaget for tall som presenteres i *Resultater*. Sykehjemmets bogruppekoordinatorer har etter forespørsel på e-post bidratt med sine tanker omkring temaene behovsmedisin, legemiddelbehandling ved demenssykdom og legemiddelgjennomgang. Også sykehjemslegen og andre aktuelle kommuneansatte har bidratt med informasjon og erfaringer.

Resultater

Demenssykdom

Av de 29 deltagende sykehjemsbeboerne tilhører fem stykker en lukket demensavdeling; resten somatiske avdelinger. Totalt har 20 (69 %) diagnostisert demenssykdom.

Antall faste forskrivninger og behovsmedisin

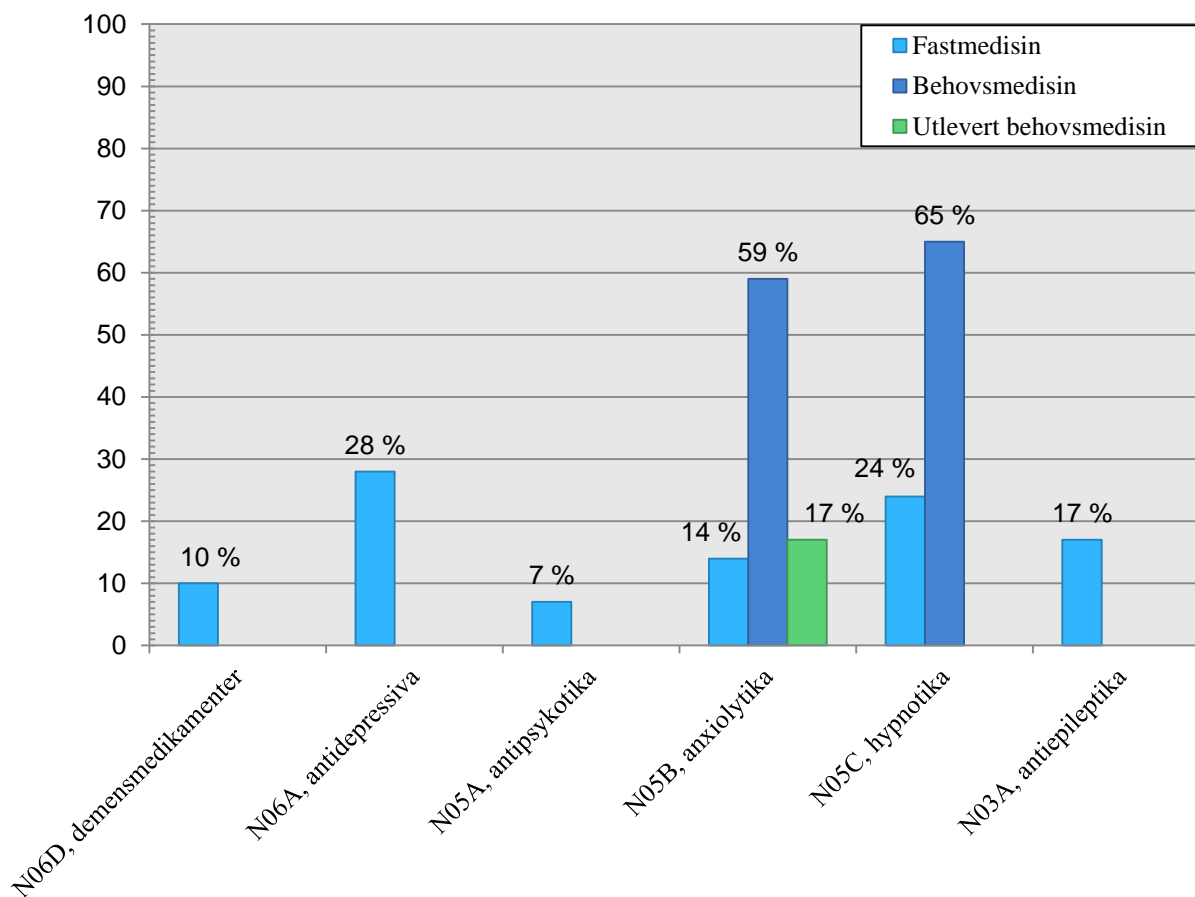
Det skilles i denne oppgaven mellom antall faste forskrivninger og totalantallet forskrivninger. Faste forskrivninger er alle forskrivninger av legemidler til fast bruk, uansett hyppighet og type administrasjon. Til det totale antall forskrivninger regnes i tillegg behovsmedisin og ulike kurer. Det gjennomsnittlige antallet forskrivninger av faste legemidler per pasient var 6,4; totalantallet forskrivninger var 15,3. Behovsmedisin utgjør altså en stor andel av forskrivningene. Typisk behovsmedisin var analgetika, laksantia, inhalasjonsmedisin ved KOLS, anxiolytika og hypnotika.

Forskrivning av nevroleptika

Forskrivningen av nevroleptika blant de 29 pasientene er illustrert i figuren under. Her skilles det mellom fastmedisin, behovsmedisin og utlevert behovsmedisin. Tall for utlevert behovsmedisin er andelen pasienter som *faktisk hadde fått utlevert behovsmedisin i løpet av den siste uka*, ved gjennomgang av eget registreringsskjema for dette. Selv om hele 65 % av pasientene hadde hypnotika som behovsmedisin, hadde ingen pasienter fått dette utlevert. 59 % av pasientene hadde anxiolytika som behovsmedisin; av disse hadde fem pasienter minst én utlevering. Dermed hadde 17 % av alle pasientene i virkeligheten brukt anxiolytika siste uke.

Totalt hadde 41 % av pasientene minst en type nevroleptika som fast forskrivning. 24 % hadde to eller flere typer nevroleptika som fast forskrivning. 76 % av pasientene hadde minst én type nevroleptika blant totalantallet forskrivninger.

Andel (%) pasienter med forskrivning av nevrolepika, etter ATC-gruppe



Videre ble det funnet lite variasjon i valg av legemiddel *innenfor hver enkelt ATC-gruppe*.

Aller mest konsekvent var forskrivningene av anxiolytika, som alle gjaldt Sobril® (oksazepam). Forskrivningene av hypnotika varierte mellom Zopiklon® (zopiklon), Heminevrin® (klometiazol) og Circadin® (melatonin). Av antidepressiva var det kun Remeron® (mirtazapin) og Wellbutrin® (bupropionhydroklorid) som ble brukt. Bare to pasienter brukte legemidler klassifisert som antipsykotika; dette gjaldt Lithionit® (litium) og Leponex® (klozapin).

STOPP-kriterier

Det eneste STOPP-kriteriet i kapittel D som var oppfylt for noen av pasientene var punkt 5, som fraråder bruk av benzodiazepiner i mer enn 4 uker sammenhengende. 4 av pasientene hadde Sobril® (oksazepam) som fast forskrivning, hvorav 3 hadde hatt forskrivningen i mer enn 4 uker.

Kommentarer fra lege og sykepleiere på sykehjemmet

Dette avsnittet er i hovedsak basert på e-post og telefonsamtaler med fem bogrupperkoordinatorene i perioden 4.11.15 – 16.11.15, samtaler med sykehjemslegen 4.9.15 (under legevisitt) og 19.10.15, telefonsamtale med leder for *Kvalitetssikring av tverrfaglig legemiddelgjennomgang* 8.10.15, og e-post fra helsefaglig rådgiver i Tromsø kommune mottatt 16.10.15.

I følge SSB var det gjennomsnittlige antall legetimer per uke per sykehjemsbeboer 0,49 i Norge i 2014 (Statistisk Sentralbyrå, 18.11.15, <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aarforelopige/2015-06-24>). Helsefaglig rådgiver i Tromsø kommune informerer at tilsvarende antall timer i Tromsø kommune som helhet er 0,57. På Sør-Tromsøya sykehjem er timeantallet 0,52. Kommunen har utarbeidet en lokal norm for legedekning på sykehjem, som avhenger av type sykehjemsplass. Korttidsplasser, rehabiliteringsplasser og plasser i lukket demensavdeling krever flere legetimer enn langtidsplasser. På Sør-Tromsøya sykehjem er legedekningen lik den lokale normen, mens enkelte andre sykehjem ikke har tilsvarende god dekning. Innad i fagmiljøet sykehjemsmedisin er det mange som mener at legedekningen burde vært økt, spesielt etter innføring av Samhandlingsreformen (Regjeringen, helse og omsorg, 18.11.15, <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>). Reformen medfører blant annet at pasienter flyttes tidligere fra sykehus til sykehjem etter behandlingsopphold.

I Tromsø kommune pågår det allerede nevnte prosjektet *Kvalitetssikring av tverrfaglig legemiddelgjennomgang*. Her gis helsepersonell fra ulike institusjoner opplæring i god tverrfaglig legemiddelgjennomgang. Gjennomgangene skjer i henhold til retningslinjer utviklet i samarbeid med Utviklingssenter for Sykehjem og Hjemmetjenester (Riktig legemiddelbruk; veileder for legemiddelgjennomgang, Tromsø Kommune, 18.11.15, <http://www.tromso.kommune.no/getfile.php/2513507.1308.tfrctrvws/Veileder+for+legemiddelgjennomgang.pdf>). Man ønsker med dette prosjektet å øke hyppigheten og kvaliteten på legemiddelgjennomganger i kommunens institusjoner, for å forebygge legemiddelrelaterte problemer.

Tidligere har legemiddelgjennomganger vært gjort sjeldent og sporadisk, og hovedsakelig ved særskilt behov; for eksempel når en pasient har kommet tilbake fra sykehusopphold med endringer i medisinalisten. Nå oppleves et økt fokus på riktig legemiddelbehandling, med

kurstilbud, seponeringsprosjekter, bruk av STOPP og andre retningslinjer, flere fast ansatte sykehjemsleger, en fast ansatt kommunefarmasøyt. Spesielt *Kvalitetssikring av tverrfaglig legemiddelgjennomgang* trekkes frem som et godt tiltak.

Bogruppekoordinatorene mener sykehjemmet i dag har et godt system for forskrivning og utlevering av behovsmedisin. Ved å ha færre faste legemidler, men mulighet til å gi ekstra legemidler ved behov, vil legemiddelbehandlingen bedre tilpasses *det faktiske behovet* fra dag til dag. En slik forskyvning fra fastmedisin til behovsmedisin stiller høyere krav til kunnskap og erfaring hos sykepleierne, da de må ta avgjørelser som tidligere ble tatt av en lege. Ved medikamentell behandling av uro hos pasienter med demenssykdom, kan det være svært utfordrende å vurdere effekt. Dette fordi pasientens evne til å uttrykke seg klart ofte er begrenset. Av samme årsak kan det være vanskelig å avgjøre om apati og sløvhet skyldes demenssykdommen i seg selv, eller overmedisinering med nevroleptika.

Bogruppekoordinatorene opplever stor variasjon i interesse og kunnskap om riktig legemiddelbehandling av eldre, blant sykehjemmets ansatte. Terskelen for å benytte beroligende legemidler er for eksempel svært varierende. Ved uro bør man alltid vurdere underliggende årsaker; kan det skyldes sultfølelse, manglende toalettbesøk, smerter eller andre ting? Beroligende medikamenter demper ikke alltid uro ved demenssykdom! Flere bogruppekoordinatorer har erfart bedre effekt av ikke-medikamentelle tiltak som samtale eller fysisk aktivitet. Dette forutsetter engasjerte og stabile ansatte, som er opptatte av å bygge relasjon til pasientene, og ikke benytter beroligende medikamenter for «å få en rolig dag på jobben».

Søvnproblemer er vanlig blant sykehjemsbeboerne, og sykehjemslegen forteller at hypnotika er den legemiddelgruppen som hyppigst etterspørres fra pleiere, pårørende eller pasienten selv. Man ønsker imidlertid å begrense bruken av disse legemidlene, da søvnproblemer kan ha mange årsaker og medisinering ikke alltid er den beste løsningen. For eksempel er det en utfordring at mange beboere legges i sengen veldig tidlig på kvelden, fordi det ikke er nok arbeidskapasitet når det nærmer seg vaktskifte fra aften til natt. Lang liggetid i sengen, lite aktivisering på dagtid, dårlig lufting på soverommet og smerteproblematikk er alle faktorer som kan medføre søvnproblemer. Tiltak for å optimalisere «søvnhygien» skal derfor forsøkes før hypnotika. Flere bogruppekoordinatorer har også opplevd god effekt av hånd- og fotmassasje før leggetid. Ved manglet effekt av ikke-medikamentelle tiltak forsøkes hypnotika som behovsmedisin før fast forskrivning vurderes.

Dersom anxiolytika eller hypnotika til fast bruk anses å være absolutt nødvendig, ønsker legen helst å skrive ut de legemidlene som har vist å gi færrest legemiddelrelaterede problemer. Ved forskrivning av anxiolytika, er oksazepam det beste alternativet på grunn av kortere halveringstid og mulig mindre ruseffekt enn mange andre benzodiazepiner (Legemiddelhåndboka, 18.11.15, <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/søker/+%2Bsobril/51624>). Som hypnotika foretrekkes z-hypnotika som zopiklon foran tradisjonelle benzodiazepiner, fordi de skal ha lavere tendens til toleranseutvikling og avhengighet (Legemiddelhåndboka, 18.11.15, <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/51701?expand=1>).

Diskusjon

Demenssykdom

Andelen pasienter med demenssykdom ble i vårt sykehjem funnet å være 69 %. Det er lavere enn andelen på 80 % i den større studien fra Nord-Trøndelag i 2012 (6). Andre antagelser av prevalensen ligger også i området mellom 75 og 80 % (7, 10). Da det er liten grunn til å tro at vårt sykehjem har lavere prevalens av demenssykdom enn andre; er det rimelig å anta at den lavere andelen først og fremst skyldes liten deltakelse fra demensavdelingene. Kun fem av de 29 deltakerne tilhører disse bogruppene, som dermed er underrepresentert.

Antall faste forskrivninger og behovsmedisin

Gjennomsnittlig antall forskrivninger per pasient ble funnet å være 6,4 faste og 15,3 totalt. Sammenlignet med den ovennevnte studien *Farmakoterapi i sykehjem* fra 2009 (1) fant vi færre faste forskrivninger, men et høyere totalantall forskrivninger. Noen av legemidlene som bidrar til et høyere totalantall er kurer av antibiotika, steroidsalver osv., men i stor grad dreier det seg om behovsmedisin. De fleste forskrivningene av behovsmedisin gjaldt analgetika, nevroleptika og laksantia. Det er naturlig å tenke seg at behovet for slike legemidler varierer over uker, dager og tider på døgnet. Da vil en medisinliste med behovsmedisin i stedet for fastmedisin gi en mer kontinuerlig vurdering av behovet for medisiner, og dermed bedre tilpasset legemiddelbehandling. Bogruppekoordinatorerne på sykehjemmet støtter denne oppfatningen. Man kan på denne måten forebygge overbehandling, men beholder muligheten til å gi sterkere medikamenter raskt når det trengs. Utfordringen er, som tidligere beskrevet, å avgjøre når utlevering av behovsmedisin virkelig er nødvendig.

Forskrivning av nevroleptika

Forskrivningen av nevroleptika ble illustrert i tabellen på side 9. Til sammenligning benyttes den 10 år gamle større studien *Antipsykotiske midler mot uro ved demens – medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering?* fra Bergen (3). I datagrunnlaget til denne studien skilte man ikke like klart mellom fast- og behovsmedisin, men anga at «de fleste nevroleptika ble gitt som langtidsbehandling». Tallene er også basert på et større datagrunnlag med bedre dekningsgrad på de deltakende sykehjemmene. Sammenligningen med vår studie er derfor upresis, men likevel interessant. I Bergens-studien fant man at 59 % brukte minst en type nevroleptika, mot 41 % i vår studie. Andelen pasienter som ble behandlet med antipsykotika var 23 %, mot våre 7 %. Tallene antyder redusert bruk av nevroleptika som fastmedisin, og da spesielt antipsykotika. Samtidig ser det ut til at bruken av anxiolytika og hypnotika som behovsmedisin har økt!

Spesielt med tanke på at kun en liten andel av behovsmedisinen i virkeligheten administreres, kan forskyvingen fra fastmedisin til behovsmedisin ha bidratt til å redusere bruken av nevroleptika. Det samme gjelder en mer konsekvent bruk av ikke-medikamentelle tiltak (NRK, 16.10.14, <http://www.nrk.no/norge/mindre-medisin-ga-eldre-bedre-liv-1.11988364>), som også bogrupperkoordinatorene kunne fortelle om. I tillegg til dette, har smertelindring vist seg å kunne begrense bruken av nevroleptika, da smerter lett feiltolkes som uro hos pasienter med begrenset evne til å uttrykke seg klart (11). Bogrupperkoordinatorene på sykehjemmet forteller at de er bevisste på dette, og gjerne forsøker analgetika i form av paracetamol før beroligende behovsmedisin gis.

Få studier har vurdert effekten av miljøtiltak satt opp mot nevroleptikabehandling av nevropsykiatriske symptomer, og dette er dessuten vanskelig å måle og si noe sikkert om. Alle jeg har snakket med i løpet av arbeidet med prosjektet, har imidlertid hatt utelukkede positive erfaringer med miljøtiltak som alternativ (eller tillegg) til medikamentell behandling. Den samme oppfatningen sees ofte i media, for eksempel i NRK-artikkelen det er linket til i forrige avsnitt.

STOPP-kriterier

Ved gjennomgang av medisinalistene i henhold til STOPP kapittel D, oppfylte tre av pasientene punkt 5 om bruk av benzodiazepiner i mer enn fire uker. Sykehjemslegens kommentar til dette er at man alltid forsøker andre tiltak og behovsmedisin først, men i noen tilfeller er benzodiazepiner det eneste alternativet som gir effekt. Selv om dette ikke er anbefalt, er det til det beste for pasienten ved at man unngår konstant angst og uro. Spesielt

hos pasienter i livets siste fase, er det viktigere å forhindre uro enn å forhindre avhengighet. Oksazepam er som tidligere nevnt ansett å være det beste alternativet når benzodiazepiner forskrives.

Kommentarer fra lege og sykepleiere på sykehjemmet

Sykehjemslege, bogruppekoordinatorer og kommuneansatte har i stor grad gitt samsvarende tilbakemeldinger på mine spørsmål. Da disse allerede er beskrevet, gis kun en oppsummering her: Utfordringer ved legemiddelbehandlingen som trekkes frem er de varierende holdninger til medisinbruk blant helsepersonell, og (tidligere) lite systematikk vedrørende legemiddelgjennomganger. Ikke minst opplever mange at de har for liten tid til oppfølging av medikamentell behandling, fordi dagene lett fylles av rutinearbeid både på kontoret og i pleien. Mer spesifikt i forhold til demenssykdom nevnes vanskelig administrasjon og vurdering av effekt og bivirkninger. Det er likevel et gjennomgående positivt inntrykk som formidles, med en riktig utvikling de senere årene hvor man er stadig mer bevisst på legemiddelrelaterte problemer og i større grad benytter ikke-medikamentell behandling. Det er enighet om at kvaliteten på legemiddelbehandlingen ved Sør-Tromsøya sykehjem i dag er svært god.

Nytteverdi av prosjektet

Etttersom dette prosjektet kun omhandler ett sykehjem, og andelen deltakende pasienter er lav, er det vanskelig å mene noe sikkert om bruken av nevroleptika. Resultatene antyder imidlertid en lavere bruk av nevroleptika nå enn tidligere. Som allerede nevnt er det grunn til å tro at kvaliteten på legemiddelbehandling av eldre varierer mellom institusjoner og kommuner. Eksempler på faktorer som kan gå ut over kvaliteten er lite eller ustabil bemanning, for lav legedekning eller for lite kunnskap om legemiddelgjennomganger og legemiddelbehandling av eldre. Det finnes mange tilgjengelige retningslinjer for behandlingen, men det kan nok være en utfordring å etablere gode lokale rutiner som alle ansatte følger.

Da det ikke er gjort nyere større studier på legemiddelbehandling av eldre i norske sykehjem, kan man tenke seg at en oppdatert kartlegging av dagens forhold ville være av stor verdi. Etter innføringen av Samhandlingsreformen, og det antatt økte fokus på legemiddelrelaterte problemer, bør det være av interesse å se om forholdene er endret på dette området. Hvor mange og hvilke legemidler bruker pasientene? Følges anbefalte retningslinjer? Hvordan og hvor ofte gjennomføres legemiddelgjennomganger? Hvilken rolle har nevroleptika i behandling av pasienter med demenssykdom? Det kunne også vært nyttig å undersøke

forskjellen mellom ulike kommuner relatert til legedekning. Kanskje hadde et landsdekkende prosjekt tilsvarende *Kvalitetssikring av tverrfaglig legemiddelgjennomgang* vært en god idé?

Konklusjon

Datagrunnlaget i denne studien er for lite til å si noe sikkert om legemiddelbehandling av eldre med demenssykdom og bruken av nevroleptika i norske sykehjem. Gjennomgang av medikamentlister på Sør-Tromsøya sykehjem viser et lavere antall faste forskrivninger enn i tidligere studier, mer bruk av behovsmedisin, og at nevroleptika brukes i henhold til gjeldende retningslinjer.

Samtaler med ansatte i sykehjem og kommune antyder et økt fokus på legemiddelrelaterte problemer de senere årene. Hittil har legemiddelgjennomganger foregått sjelden og uten konsekvent fremgangsmåte. Forhåpentligvis vil kommunens prosjekt *Kvalitetssikring av tverrfaglig legemiddelgjennomgang* bidra til å bedre dette.

Spesielt i behandling av pasienter med demenssykdom, er miljøterapi og kompetent personale viktige faktorer, som sammen med riktig legemiddelbruk vil heve kvaliteten på behandlingen!

Referanser

1. Hege Kersten SR, Torgeir Bruun Wyller. Farmakoterapi i sykehjem. Tidsskrift for den norske legeforening. 2009.
2. Ingvild Aune Søråas HBS, Lars Slørdal, Olav Spigset. Legemiddelinteraksjoner hos pasienter i sykehjem. Tidsskrift for den norske legeforening. 2014.
3. Sabine Ruths JS. Antipsykotisk midler mot uro ved demens - medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering. Tidsskrift for den norske legeforening. 2005.
4. Geir Selbæk KE. Atypiske antipsykotika hos eldre pasienter med demens. Tidsskrift for den norske legeforening. 2008.
5. Anette Høyen Ranhoff OB. Legemidler som kan gi delirium hos eldre. Tidsskrift for den norske legeforening. 2005.
6. Sverre Bergh JH, Ingvild Saltvedt, Kristian Tambs, Geir Selbæk. Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag. Tidsskrift for den norske legeforening. 2012.

7. Selbæk G. Demens - behov for et kvalitetsløft. Tidsskrift for den norske legeforening. 2006.
8. Torgeir Bruun Wyller KL. Dosering av legemidler til gamle. Tidsskrift for den norske legeforening. 2001.
9. Knud Landmark ÅR. Kolinesterasehemmere mot demens - nyttig i klinisk praksis? Tidsskrift for den norske legeforening. 2008.
10. Engedal K. Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem. Tidsskrift for den norske legeforening. 2005.
11. Ulf E. Kongsgaard TBW, Harald Breivik. Eldre trenger bedre smertebehandling. Tidsskrift for den norske legeforening. 2008.