

Bruk av sovemidler i syke- og aldershjem i Hordaland og Sogn og Fjordane

Sammendrag

Bakgrunn. Sovemidler bør brukes over kortere perioder og i laveste effektive dose, og preparater med lang virketid bør unngås. Vi kartla brukere av disse legemidlene i forhold til terapianbefalingene i syke- og aldershjem i Hordaland og Sogn og Fjordane i 1995.

Materiale og metode. Farmasøyter samlet data vedrørende bruk av sovemidler ved 67 institusjoner i Hordaland og 31 i Sogn og Fjordane. Type sovemiddel, dosering, tidspunkt for administrasjon og om midlet ble brukt fast eller ved behov ble registrert. I tillegg samlet man opplysninger om alder, kjønn og type pasient (syke- eller aldershjem).

Resultater. I gjennomsnitt brukte hver fjerde institusjonspasient i de to fylkene sovemidler. 98 % av sovemidlene ble brukt fast, og ofte i høyere doser enn det som er anbefalt til eldre. Vel 75 % av sovemidlene var benzodiazepiner. Bruk av sovemidler var spesielt vanlig blant pasienter på aldershjem, og flunitrazepam var det hyppigst brukte sovemidlet. Det var betydelig variasjon fra institusjon til institusjon med henblikk på hvor stor andel av pasienter som fikk sovemidler.

Fortolkning. Bruken av sovemidler i syke- og aldershjem i Hordaland og Sogn og Fjordane i 1995 var ikke i samsvar med terapianbefalingene.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Basert på undersøkelser publisert i *International Journal of Geriatric Psychiatry* (11) og *Aging Clinical and Experimental Research* (12)

> Se også side 1048

Jan Schjøtt

jan.schjott@haukeland.no

RELIS Vest

Haukeland Universitetssykehus
5021 Bergen

Elisabeth Eide

Avdeling for farmasøytisk rådgivning
Haukeland sykehusapotek

Sovemidler blir hyppig brukt i sykehjem og aldershjem (1, 2). Dette er bekymringsfullt, fordi disse legemidlene er assosiert med betydelige sentralnervøse bivirkninger som særlig rammer eldre. Pasienter i institusjon har ofte kroniske sykdommer og bruker også andre legemidler – faren for bivirkninger øker (3).

Nytten av sovemidler ved langvarige søvnvansker er omdiskutert. Det utvikles toleranse for effekten, men ikke for bivirkningene av disse legemidlene. Nyere studier tyder på at seponering av sovemidler ikke medfører økte søvnvansker blant eldre i geriatrike institusjoner (4, 5). Seponering av sovemidler anbefales for å redusere faren for alvorlige bivirkninger, f.eks. fall (6, 7).

Terapianbefalinger tilsier at sovemidler bare bør benyttes i kortere perioder og i laveste effektive dose, og at preparater med lang virketid bør unngås (8–10). I denne artikkelen rapporteres resultatene av en kartlegging av sovemiddelbruk i syke- og aldershjem i Hordaland og Sogn og Fjordane i 1995 (11, 12).

Materiale og metode

Farmasøyter gjennomførte en kartlegging av utdeling av sovemidler til pasienter i syke- og aldershjem på to hverdager og en lørdag i august 1995. Data var basert på opplysninger fra kardex, og omfattet 67 institusjoner i Hordaland og 31 i Sogn og Fjordane. Type sovemiddel, dose, tidspunkt for utdeling og om midlet ble brukt fast eller ved behov ble registrert sammen med demografiske data. Kun pasienter som var 65 år eller eldre ble inkludert. En relativ vid definisjon av «sovemidler» ble anvendt, men bruk av antipsykotika og antidepressiver med sedative egenskaper ble kun registrert hvis ikke en annen indikasjon var notert i kardex. Høye doser ble definert som utdeling av mer enn 25 mg klorpromazin, 5 mg levomepromazin, 2 mg diazepam, 10 mg oxazepam, 2,5 mg nitrazepam, 0,5 mg flunitrazepam, 5 mg zopiklon, 600 mg klometiazol, 20 mg mianserin, 10 mg alimemazin, 20 mg prometazin eller 1 g kloralhydrat.

Khikvadratter ble brukt for å finne sammenhenger mellom demografiske forhold og



Fakta

- Bruken av sovemidler i syke- og aldershjem i Hordaland og Sogn og Fjordane var ikke i samsvar med terapianbefalinger
- Nesten alle pasientene som brukte sovemidler fikk dette som fast medisin, og flunitrazepam var det hyppigst brukte
- Andel som brukte sovemidler i de enkelte institusjonene viste stor variasjon. I halvparten av institusjonene brukte flere enn hver fjerde pasient slike midler

karakteristika ved bruk av sovemiddel. En logistisk regresjonsanalyse ble brukt til å vurdere den relative betydning av de enkelte demografiske forhold for karakteristika ved bruk av sovemiddel hvis khikvadrattest hadde påvist en signifikant sammenheng i enkeltanalyser. Pasienter ble kategorisert som 85 år og yngre eller som eldre enn 85 år (alder), menn eller kvinner (kjønn) og pasienter ved syke- eller aldershjem. P-verdier på mindre enn 0,05 ble akseptert som uttrykk for statistisk signifikans.

Resultater

Det var ingen forskjell mellom hverdager og lørdag når det gjaldt bruk av sovemidler i det totale materialet eller i de enkelte institusjoner i noen av fylkene, derfor ble resultater fra første dag (torsdag) brukt i den videre analyse. Lokalisering (i by eller på landet) eller størrelse på institusjonene hadde ingen vesentlig innflytelse på bruk av sovemidler. Tabell 1 viser at i gjennomsnitt brukte hver fjerde pasient sovemidler i de to fylkene i 1995. Justert relativ risiko (95 % konfidensintervall) for å bruke sovemiddel hvis man var aldershjemspasient i forhold til sykehjemspasient var 1,4 (1,2–1,7, $p < 0,01$). Svært få pasienter brukte mer enn ett sovemiddel, men 37 % fikk høy dose. Justert relativ risiko (95 % konfidensintervall) for å bruke høy dose hvis man var aldershjemspasient i forhold til sykehjemspasient var 1,4 (1,2–1,7, $p < 0,01$). Nesten alle brukte sovemidler fast, og drøyt 75 % fikk utdelt sovemedisin kl 21 eller senere. Flere sykehjemspasienter sammenliknet med aldershjemspasienter fikk sovemidler utdelt før kl 21.

Benzodiazepiner utgjorde nesten 75 % av sovemidlene, og flunitrazepam var hyppigst brukt. Antihistaminer utgjorde den nest vanligste gruppen, med alimemazin hyppigst brukt. Andelen som brukte sovemidler i de

Tabell 1 Bruk av sovemidler og pasientkarakteristika blant syke- og aldershjemspasienter i Hordaland og Sogn og Fjordane i 1995. Khikvadrattester er brukt for sammenlikning av undergrupper

	Pasienter						Kjønn					Alder (år)					
	Totalt		Sykehjem		Aldershjem		P ¹	Kvinner		Menn		P ¹	≤ 85		> 85		P ¹
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)		Antall	(%)	Antall	(%)		Antall	(%)	Antall	(%)	
Antall undersøkte	3 864	(100)	3 053	(79)	811	(21)	–	2 801	(73)	1 063	(27)	–	1 862	(48)	2 002	(52)	–
Bruker sovemidler	946	(25)	703	(23)	243	(30)	< 0,001	698	(25)	248	(23)	–	437	(24)	509	(25)	–
Mer enn ett sovemiddel	60	(2)	45	(2)	15	(2)	–	43	(2)	17	(2)	–	29	(2)	31	(2)	–
Høy dose ²	353	(37)	256	(36)	97	(40)	–	249	(36)	104	(42)	–	182	(42)	171	(34)	< 0,05
Fast (hver kveld) ²	928	(98)	687	(98)	241	(99)	–	684	(98)	244	(98)	–	426	(98)	502	(99)	–
Utdeling kl 21 eller senere ²	722	(76)	517	(74)	205	(84)	< 0,01	527	(76)	195	(77)	–	334	(76)	388	(76)	–
Levomepromazin ²	63	(7)	54	(8)	9	(4)	< 0,05	38	(5)	25	(10)	< 0,05	28	(6)	35	(7)	–
Diazepam ²	43	(4)	34	(5)	9	(4)	–	32	(5)	11	(4)	–	21	(5)	22	(4)	–
Oxazepam ²	147	(16)	110	(16)	37	(15)	–	111	(16)	36	(15)	–	65	(15)	82	(16)	–
Nitrazepam ²	231	(24)	169	(24)	62	(26)	–	184	(26)	47	(19)	< 0,05	94	(22)	137	(27)	–
Flunitrazepam ²	288	(30)	200	(28)	88	(36)	< 0,05	205	(29)	83	(34)	–	139	(32)	149	(29)	–
Zopiklon ²	45	(5)	39	(6)	6	(3)	–	36	(5)	9	(4)	–	26	(6)	19	(4)	–
Mianserin ²	11	(1)	7	(1)	4	(2)	–	7	(1)	4	(2)	–	8	(2)	3	(1)	–
Alimemazin ²	77	(8)	61	(9)	16	(7)	–	57	(8)	20	(8)	–	36	(8)	41	(8)	–
Prometazin ²	29	(3)	21	(3)	8	(3)	–	22	(3)	7	(3)	–	14	(3)	15	(3)	–
Andre ²	12	(1)	8	(1)	4	(2)	–	6	(1)	6	(2)	–	6	(1)	6	(1)	–

¹ – indikerer p > 0,05² Prosentandel av dem som bruker sovemidler

enkelte institusjonene varierte mellom null og 60 %. I halvparten av institusjonene brukte flere enn hver fjerde pasient sovemidler.

Diskusjon

Kartleggingen viste at terapianbefalingene verken ble fulgt i Hordaland eller i Sogn og Fjordane (11, 12). Det ble brukt benzodiazepiner med til dels lang virketid, gjerne i høye doser og nesten alltid som fast medisin. I pressen har det vært antydning at sovemidler i særlig grad brukes i helgene når bemanningen er svakere, men våre funn støtter ikke denne antakelsen. Dette samsvarer med resultatene fra en undersøkelse av 23 sykehjem i Bergen i 1997 (13).

Bruk av sovemidler var særlig hyppig blant aldershjemspasienter. Muligens fortsetter disse å bruke legemidler de brukte hjemme. Innleggelse i sykehjem kan involvere hyppigere kontakt med helsepersonell og føre til endring av forskrivning. Det var imidlertid store forskjeller mellom de enkelte institusjonene med henblikk på kvantitet og kvalitet i bruk av sovemidler. I Hordaland varierte andel pasienter som brukte sovemidler i institusjonene mellom null og 60 %, og tilsvarende variasjon ble observert i Sogn og Fjordane (11, 12). Det samme er rapportert fra sykehjem i Bergen (13). En så uttalt variasjon kan neppe forklares ut fra kliniske forhold alene, og peker mot en bekymringsfull forskjell i diagnostiske og terapeutiske holdninger hos personalet (14).

Eldre pasienter i institusjon skal i prinsippet kunne ha en søvn-våkenhets-rytme som tilsvarende den de ville hatt utenfor institusjon. Enkelte pasienter fikk sovemidler så tidlig som kl 17. Legemidler som ble utdelt mellom kl 17 og kl 19 var typisk alimemazin og prometazin. Dette er midler assosiert med antikolinerge bivirkninger og kan bidra til eller utløse forvirringstilstander hos eldre (8, 9).

Benzodiazepiner utgjorde nesten 75 % av sovemidlene, og flunitrazepam var hyppigst brukt. Langtidsbruk av benzodiazepiner kan føre til akkumulasjon på grunn av langsom eliminering hos eldre. Disse legemidlene er assosiert med en rekke bivirkninger, inkludert sedasjon på dagtid (med risiko for fall) og redusert kognitiv funksjon (4). Bruk av doser utover det som er anbefalt til eldre medfører ikke en terapeutisk gevinst, men øker risikoen for bivirkninger (9). Kortvirkende benzodiazepinliknende sovemidler er i dag førstevalg hvis søvnvansker skal behandles med legemidler (15). Det var overraskende at bruken av zopiklon var så begrenset i 1995, selv om legemidlet var blitt introdusert på det norske markedet ett år tidligere.

Det er holdepunkter for at man i dag i økende grad har erstattet benzodiazepiner med kortvirkende benzodiazepinliknende sovemidler i disse institusjonene (13). Dette er nok betinget i markedsføring fra industrien og i økt tilbud av legemiddelinformasjon. De kortvirkende benzodiazepinliknende midlene er også beheftet med bivirkninger og interaksjoner (16, 17). Det er rapportert at kortvirkende benzodiazepiner og zolpidem er assosiert med økt risiko for nattlige fall (18).

Hva bør gjøres for å få en mer optimal bruk av sovemidler i denne type institusjoner? Det er holdepunkter for at en tilnærming som involverer legemiddelinformasjon gjennom personlig kontakt kan være nyttig (19, 20). Vi har erfaringer med at denne metoden kan endre på kvaliteten av forskrivning og administrasjon av sovemidler i sykehjem (21). Personalets vurdering av behandlingen kan være viktig i denne type institusjoner (14), og en interessant problemstilling er om informasjonen bør omfatte forskrivende lege eller større deler av personalet.

Intensjonen med disse kartleggingene var å beskrive bruk av sovemidler i syke- og aldershjem. I denne artikkelen er data fra flere institusjoner i de to fylkene slått sammen. Endring i bruk av sovemidler på pasientnivå eller i forhold til kliniske forhold ved de enkelte populasjonene er ikke blitt undersøkt. Resultatene indikerer at viktige prinsipper i terapiretningslinjer ikke følges, og at det er en betydelig variasjon i bruken av sovemidler mellom ulike institusjoner.

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

- van Dijk KN, de Vries CS, van den Berg PB, Brouwers JR, de Jong-van den Berg LT. Drug utilisation in Dutch nursing homes. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 55: 765–71.
- Nishino S, Mignot E. Drug treatment of patients with insomnia and excessive daytime sleepiness. *Clin Pharmacokinet* 1999; 37: 305–30.
- Monane M, Glynn RJ, Avorn J. The impact of sedative-hypnotic use on sleep symptoms in elderly nursing home residents. *Clin Pharmacol Ther* 1996; 59: 83–92.
- Monane M, Avorn J. Medications and falls. Causation, correlation, and prevention. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 847–58.
- Costa e Silva JA, Chase M, Sartorius N, Roth T. Special report from a symposium held by the WHO and the World Federation of Sleep Research Societies. An overview of insomnias and related disorders – recognition, epidemiology, and rational management. *Sleep* 1996; 19: 412–6.
- Opedal K, Schjøtt J, Eide E. Use of hypnotics among patients in geriatric institutions. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 846–51.
- Schjøtt J, Opedal K, Rutledal JE. A survey of hypnotic use in geriatric institutions in Sogn og Fjordane, Norway. *Aging Clin Exp Res* 1999; 11: 50–5.
- Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Psychotropic drug use in nursing homes – diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol* 2001; 57: 523–8.
- Ray WA, Thapa PB, Gideon P. Benzodiazepines and the risk of falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 682–5.
- Eide E, Schjøtt J. Assessing the effects of an intervention by a pharmacist on prescribing and administration of hypnotics in nursing homes. *Pharm World Sci* 2001; 23: 227–31.