

Psykotrope legemidler til personer med psykisk utviklingshemning

Sammendrag

Bakgrunn. Hos personer med psykisk utviklingshemning er bruken av psykotrope legemidler svært utbredt. Studien tok sikte på å belyse forskrivningspraksis og bruk av psykofarmaka etter flytting fra institusjon til åpen omsorg.

Materiale og metode. Undersøkelsen omhandler 101 tidligere beboere i en sentralinstitusjon (HVPU). Data ble samlet inn ved spørreskjema, besvart av tjenesteytere.

Resultat. 44 % av utvalget brukte psykotrope legemidler, og antipsykotika var mest brukt. Psykiske lidelser og problematferd var den vanligste årsaken til forskrivning. Virkning og bivirkning av medikamentene ble vanligvis ikke registrert. Andre behandlingsformer, som analyse og tilrettelegging av miljøet, ble sjelden prøvd. Spesialisthelsetjenesten innenfor habilitering og psykiatri var i liten grad involvert i behandlingen.

Fortolkning. En stor andel av dem med psykisk utviklingshemning bruker psykotrope medikamenter. Undersøkelsen kan tyde på at det er flere som bruker psykofarmaka etter flytting fra institusjon til kommunal omsorg. Det kan virke som om behandlingen fra institusjonstiden er blitt ført videre. Psykofarmakabehandling av personer med psykisk utviklingshemning er komplisert og bør følges opp av spesialisthelsetjenesten.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1021

Anne Marit Bygdnes

anne.marit.bygdnes@kvafjord.kommune.no

Arve Kristiansen

Voksenhabiliteringsteamet

UNN-Harstad

9480 Harstad

Psykotrope medikamenter omfatter anti-psykotika, antidepressiver, anxiolytika, betablokkere brukt angstdempende, anti-epileptika brukt stemningsstabiliserende og sentralstimulerende midler. Personer med psykisk utviklingshemning blir oftere enn andre behandlet med slike (1). Undersøkelser fra USA viser at mellom 30 % og 75 % av institusjonsbeboere blir behandlet med psykofarmaka (2, 3). Norske studier som er utført i den kommunale omsorgen, viser at mellom 37 % og 54 % av personer med psykisk utviklingshemning blir behandlet med disse legemidlene (1, 4). I en studie der man sammenliknet bruken av psykotrope medikamenter hos personer med psykisk utviklingshemning da de bodde i institusjon og etter at de var flyttet ut, var det en svak økning i antall personer i den kommunale omsorgen som brukte slike legemidler (1). På landsbasis har salget av definerte døgndoser per 1 000 innbyggere ikke økt for antipsykotika, anxiolytika og hypnotika/sedativer, men salget av antidepressiver ble femdoblet fra 1983 til 2003 (5).

Diagnostisering av psykiske lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemning er vanskelig, og vanskeligere desto mer omfattende utviklingshemningen er (6, 7). Statens helsetilsyn gjennomførte en undersøkelse som viste at det både i habiliteringstjenesten og i det psykiske helsevernet manglet relevant kompetanse med tanke på diagnostisk utredning av personer med psykisk utviklingshemning og samtidig alvorlig atferdsavvik eller mistenkt alvorlig psykisk lidelse (8). På grunn av sederende effekt blir psykotrope medikamenter ofte forskrevet til personer med psykisk utviklingshemning for å dempe utfordrende atferd (1, 9, 10). Slik atferd er i mange tilfeller tillært, og det er omdiskutert hvilken effekt medikamenter har i slike tilfeller (11).

Studier av effekten av psykotrop medikasjon på personer med psykisk utviklingshemning har vært mangelfulle. Det er uklart beskrevet hva behandlingen er rettet mot, og ofte mangler det tilstrekkelig dokumentasjon før behandlingsstart. Dermed blir evalueringen usikker (12). Undersøkelser viser at antipsykotikabehandling av personer med psykisk utviklingshemning hadde positiv effekt i 15 % av tilfellene og negativ effekt i 20 % (12). Utfordrende atferd, som selvpåført skade og aggresjon, kan forverres, og behandlingen kan ha negativ innvirkning på læring, konsentrasjon, oppmerksomhet og evne til selvhjelp (12, 13). Tilsvarende er

det beskrevet at halvering av dosen eller seponering av medikamentet har forekommet uten at de psykiske symptomene eller den utfordrende atferden er blitt forverret (14, 15).

En undersøkelse fra Hedmark viste at 37 % av voksne med psykisk utviklingshemning brukte psykotrope legemidler. Mens medikamentene i stor utstrekning var forskrevet på bakgrunn av psykiske symptomer og utfordrende atferd, ble evalueringen av behandlingen beskrevet som mangelfull. Det var også tilfeller hvor man ikke kjente årsaken til at medikamenter ble gitt (4).

Vår studie, som er utført i Kvæfjord kommune i Troms, er en gjentakelse av undersøkelsen fra Hedmark (4). Studien omhandler bruk av psykofarmaka hos voksne med psykisk utviklingshemning som hadde vært innskrevet på en sentralinstitusjon, Trastad gård, innen Helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU). Vi tok sikte på å finne ut om forskrivningsindikasjonen var å behandle psykiske symptomer og/eller utfordrende atferd, dessuten ville vi beskrive forskrivningspraksis og evalueringsrutiner, bruken av andre behandlingsformer og spesialisthelsetjenestens rolle i behandlingen. Vi sammenliknet bruk av psykotrope legemidler før og etter utflytting fra institusjon.

Materiale og metode

Undersøkelsen omfattet personer med psykisk utviklingshemning som flyttet ut av en sentralinstitusjon og ble boende i samme kommune etter at institusjonen ble avviklet. En kartlegging fra institusjonen i 1984 viste at 31 % av de 217 beboerne brukte antipsykotika. I tillegg var det et lite antall (fem-seks beboere) som brukte antidepressiver, anxiolytika og anti-epileptika som stemningsstabiliserende legemiddel. I alt var det 34 % av institusjonens beboere som brukte psyko-

Hovedbudskap

- Personer med psykisk utviklingshemning har et høyt forbruk av psykotrope medikamenter
- Utfordrende atferd er hovedårsaken til det høye forbruket, og medikamentell behandling ser ut til å være førstevalget som behandlingsmetode
- Psykofarmakabehandling blir ikke systematisk evaluert

trope medikamenter (A. Kristiansen, personlig meddelelse). Da denne undersøkelsen ble gjennomført i 2004, bodde fortsatt 101 av klientene i kommunen, alle i egen leilighet, og mottok omsorgstjenester fra kommunen.

Av 101 utsendte spørreskjemaet ble 100 returnert. Det var 50 kvinner og 50 menn i utvalget i alderen 37–84 år, med gjennomsnittsalder 53,7 år. 8 % hadde diagnosen lett psykisk utviklingshemning, 34 % hadde moderat psykisk utviklingshemning, 37 % alvorlig psykisk utviklingshemning og 21 % dyp psykisk utviklingshemning. For de fleste var diagnosen basert på utredning gjort av habiliteringstjenesten.

Datainnsamling

Spørreskjema ble sendt til gruppelederne i omsorgstjenesten, som sto for innhenting av data. Skjemaene ble besvart av personer med høyskoleutdanning innen helsefag som kjente deltakerne godt. Dersom komparentene manglet opplysninger, kontaktet de klientens fastlege. For mange av de psykisk utviklingshemmede hadde man ikke tilgang til opplysninger fra tiden de bodde i institusjon. Ved mangelfull utfylling av skjemaet ble gruppelederne kontaktet for å komplettere utfyllingen. Ingen av de 100 skjemaene som ble returnert ble forkastet.

For mange manglet det opplysninger fra tiden de bodde i sentralinstitusjon. Tidsrom for bruk av medikamenter ble da oppgitt fra tidspunktet de flyttet ut av institusjonen.

Resultater

44 av deltakerne (44 %) brukte psykotrope medikamenter. Av disse brukte 26 (26 %) ett medikament, 14 (14 %) brukte to og fire (4 %) tre medikamenter. Totalt var det 66 forskrivninger, det vil si 1,5 medikament per person i den medisinerne gruppen.

Av de 44 som brukte psykofarmaka, var det 25 (57 %) som brukte førstegenerasjons- og 18 (41 %) som brukte annengenerasjonsantipsykotika, mens fem personer (11 %) brukte både første- og annengenerasjonsantipsykotika. Andre former for psykotrope legemidler, som anxiolytika, ble benyttet av sju personer (16 %), og seks (14 %) brukte antidepressiver. Hypnotika og antiepileptika ble også benyttet av et fåtall. I figur 1 er det en oversikt over forskrevne medikamenter.

Det var ingen stor forskjell mellom kvinner og menn angående medikamenter – 24 av 50 kvinner og 20 av 50 menn brukte medisiner. Det var heller ingen forskjell i gjennomsnittsalder mellom dem som brukte og dem som ikke brukte medikasjon, den var henholdsvis 53,3 år og 54,2 år. Seks av åtte (75 %) med lett psykisk utviklingshemning, 12 av 34 (35 %) med moderat, 24 av 37 (65 %) med alvorlig og 11 av 21 (52 %) med dyp psykisk utviklingshemning brukte psykotrope medikamenter (fig 2).

For åtte deltakere tydet opplysninger på at de hadde brukt antipsykotika i mer enn 20 år. I gjennomsnitt hadde førstegenerasjonsanti-

psykotika vært brukt i nærmere 12 år, for annengenerasjonsantipsykotika var brukstiden tre år. Selektive serotoninreopptakshemmere var i gjennomsnitt benyttet i omtrent to år, andre antidepressiver i sju.

Av de 66 forskrevne medikamentene var det 15 (23 %) som var forskrevet på bakgrunn av psykiske lidelser, 24 (36 %) på grunn av utfordrende atferd og 18 (27 %) på grunn av både psykiske lidelser og utfordrende atferd (fig 3). I ni tilfeller (14 %) var det ikke mulig for komparentene å angi årsaken til medisineringen.

Av de 66 forskrevne medikamentene hadde primærlege forskrevet 43 (65 %) og psykiater 23 (35 %). Psykiater skrev ut 20 av medikamentene (87 %) på bakgrunn av psykisk lidelse eller symptomer, mens tilsvarende tall for primærlegene var 13 (30 %). Primærlegene forskrev hyppigere antipsykotika, mens anxiolytika og antidepressiver oftere ble forskrevet av psykiater. Av de forskrevne 66 medikamentene ble virkning og bivirkning skriftlig evaluert i sju av tilfellene (11 %). Habiliteringstjenesten hadde vært delaktig i analysen av lærings- og miljøbetingelser i fem av tilfellene (8 %) og i behandlingen i fire (6 %). I de tilfellene der habiliteringstjenesten hadde vært involvert, besto tilbudet først og fremst i kartlegging av sårbarhetsfaktorer og tilrettelegging for økt toleranse for disse, eventuelt en kombinasjon.

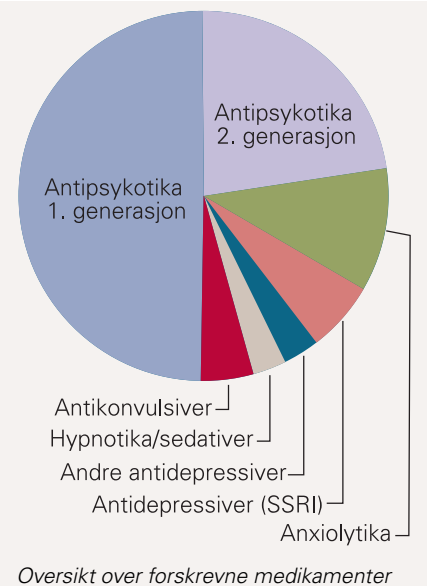
Diskusjon

I likhet med resultater fra andre studier har vår undersøkelse vist at det hos personer med psykisk utviklingshemning er et høyt forbruk av psykotrope legemidler og at antipsykotika er mest brukt (1, 4).

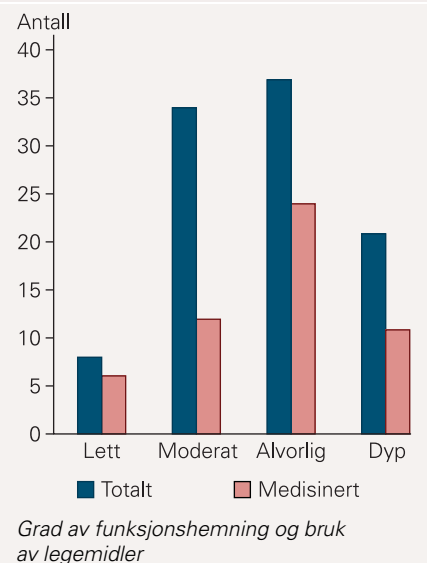
Utvalget bestod av tidligere beboere ved en sentralinstitusjon innen HVPU. Det er sannsynlig at denne populasjonen hadde større grad av funksjonshemming i form av kognitiv svikt, somatiske og psykiske lidelser og utfordrende atferd enn det man vil finne i gruppen av utviklingshemmede personer som helhet (16). Gjennomsnittsalderen var også høyere enn i et landsgjennomsnitt. Det er imidlertid ikke grunn til å tro at de personene som ble værende igjen i vertskommunen etter at institusjonen ble avvirket, hadde større grad av funksjonshemming enn de som flyttet til andre kommuner.

Undersøkelsen antyder at andelen som bruker psykofarmaka har økt fra 34 % i 1984, da de bodde på sentralinstitusjon, til 44 % i 2004, da de var kommet over i kommunal omsorg. Nøttestad & Linaker fant også at det hadde vært en liten økning i antall personer med psykisk utviklingshemning som brukte psykotrope medikamenter etter utflyttingen (1). En mulig årsak til at færre i HVPU-institusjon brukte psykotrope medikamenter, kan være at beboerne fikk tettere oppfølging både medisinsk og miljøterapeutisk, slik at behovet for psykofarmaka av den grunn var mindre.

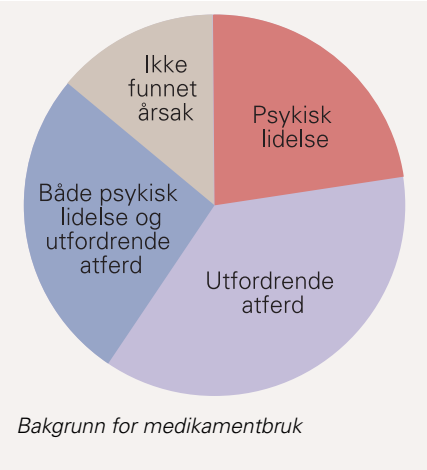
Figur 1



Figur 2



Figur 3



Det har ikke vært noen økning når det gjelder salg av definerte døgndoser per 1 000 innbyggere for antipsykotika, anxiolytika og hypnotika/sedativer, men salget av antidepressiver i Norge ble femdoblet fra 1984 til 2003. På landsbasis er det lavest forbruk av antipsykotika. Forbruket av anxiolytika, hypnotika/sedativer er noe høyere, mens det er høyest forbruk av antidepressiver (5). Vår undersøkelse viste at flest fikk forskrevet antipsykotika og at det har vært en økning i antallet som bruker slike medikamenter. Det ble skrevet ut mest antipsykotika i primærhelsetjenesten, mens leger innen det psykiske helsevern oftere forskrev mer moderne psykotrope medikamenter med mindre alvorlige bivirkninger.

Undersøkelsen tyder på at det er mangelfull evaluering av medikamentbruken og at enkelte behandles med samme medikament over svært lang tid. For eksempel hadde førstegenerasjons antipsykotika vært benyttet i nær 12 år i gjennomsnitt. Det ble også avdekket at en person hadde brukt Truxal i 45 år på grunn av innsøvningsproblemer.

For ni personer, 14% av dem som benyttes slike medikamenter, kunne det verken vises til psykiske symptomer eller utfordrende atferd som årsak til medisineringsen. Leger som behandler personer med psykisk utviklingshemning, særlig av alvorlig og dyp grad, er avhengig av observasjoner og rapportering fra nærstående. Når evaluering av medikamenters virkning og bivirkning uteligger, kan man få inntrykk av at behandlende lege – som oftest var primærlegen – har videreført behandlingen fra pasientens tid i sentralinstitusjon uten å foreta nye vurderinger. Ustabil legedekning, manglende kjennskap til pasienten og mangelfull rapportering fra omsorgsytere kan være med på å forklare dette.

Av de 8% i utvalget som hadde lett grad av psykisk utviklingshemning brukte tre av fire psykotrope medikamenter. Grovt sett regner man med at det er like mange personer med lett grad av psykisk utviklingshemning som det er personer med moderat, alvorlig og dyp grad til sammen. De fleste med lett utviklingshemning var ikke innskrevet i HVPU med mindre de hadde alvorlige tilleggslidelser, som for eksempel utfordrende atferd eller psykisk sykdom (17). Det er derfor rimelig å anta at årsaken til den høyere andelen personer som ble medikamentelt behandlet i vår gruppe, var slike tilleggslidelser.

Det er videre naturlig å anta at personer med lettgradig psykisk utviklingshemning i større grad enn resten av gruppen utviklingshemmede vil kunne beskrive sine tanker, følelser og eventuelle psykiske symptomer. Det vil ofte gjøre det enklere å stille en psykiatrisk diagnose hos dem før eventuell medikamentell behandling.

Da HVPU ble avvirket i 1990 og kommunene overtok ansvaret for personer med psykisk utviklingshemning, ble det forventet at spesialisthelsetjenesten skulle bidra med

så vel psykiatriske som somatiske spesialtilbud. I tillegg ble det opprettet egne habiliteringstjenester for målgruppen. Statens helsetilsyn gjennomførte senere en undersøkelse som viste at både habiliteringstjenesten og psykisk helsevern manglet relevant kompetanse og bemanning i forhold til behovet for diagnostisk utredning og behandling av personer med psykisk utviklingshemning og alvorlige atferdsavvik eller der det var mistanke om alvorlig psykisk lidelse (8).

Psykotrope medikamenter ble i mange tilfeller forskrevet uten at det forelå psykiatriske symptomer, og en stor del av dem ble gitt på grunn av atferdsproblemer. Et fåtall personer ble henvist til habiliteringstjenesten eller det psykiske helsevern for utredning og behandling. Én mulig årsak til manglende henvisning kan være at representanter fra kommunen sitter med et inntrykk av at spesialisthelsetjenesten er uten kompetanse på psykiske lidelser og/eller atferdsproblemer hos disse pasientene. Det kan også være at medikamentell behandling i noen tilfeller oppfattes som et enklere og billigere tiltak enn omfattende miljøanalyser og kostbare miljøtiltak – som ofte vil innebære flere ansatte.

I denne undersøkelsen kom det frem at man innen spesialisthelsetjenesten i psykiatri hovedsakelig ordinerer medikamenter på bakgrunn av spesifikk psykiske lidelser og at de forskrev mer moderne legemidler med mindre bivirkninger enn det man gjorde i primærhelsetjenesten.

Holden & Gitlesen anbefaler strengere praksis for forordning av psykofarmaka til personer med psykisk utviklingshemning (4). Psykiater med spesialkompetanse på utviklingshemning og fagpersoner med kompetanse innen atferdsanalyse og/eller tilrettelegging av miljøbetingelser bør involveres for medikamentell behandling av personer med alvorlig og dyp utviklingshemning igangsettes. Hos de sterkest affiserte gruppene er bruk av psykotrope medikamenter mest utbredt. Somatiske årsaker til atferdsendring må samtidig utelukkes (4).

På tross av manglende kompetanse innen spesialisthelsetjenesten tyder vår undersøkelse på at pasienter som blir henvist til psykiater, får bedre behandling enn det primærhelsetjenesten kan tilby. Undersøkelsen tyder imidlertid også på at kompetansen på utfordrende atferd er mangelfull både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale omsorg og at dette kan være én årsak til overforbruket av medikamenter når det gjelder slike problemstillinger.

Konklusjon

Undersøkelsen tyder på at det har vært en økning i bruk av psykotrope medikamenter etter avviklingen av HVPU og med overføringen av ansvaret til kommunene. Utfordrende atferd var den vanligste årsaken til at psykotrope legemidler ble forordnet, og antipsykotika var det som oftest ble benyttet.

Psykofarmaka ble helst forordnet i primærhelsetjenesten, men uten at det forelå klare psykiatriske diagnoser.

Personer med psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser og/eller utfordrende atferd har svært sammensatte problemer. Det krever kompetanse utover det man kan forvente i primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og habiliteringstjenesten må sammen utvikle kompetanse på diagnostikk og behandling i et forpliktende samarbeid med det kommunale hjelpeapparatet.

Vi takker spesialpsykolog Børge Holden og overlege Odd Kildal-Andersen for verdifulle kommentarer til manuskriptet.

Litteratur

1. Nøttestad JA, Linaker OM. Psychotropic drug use among people with intellectual disability before and after deinstitutionalization. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47: 464–71.
2. Aman MG, Singh NN. A critical appraisal of recent drug research in mental retardation: the Coldwater studies. *J Ment Defic Res* 1986; 30: 203–16.
3. Martin JE, Agran M. Psychotropic and anticonvulsant drug use by mentally retarded adults across community residential and vocational placements. *Appl Res Ment Retard* 1985; 6: 33–49.
4. Holden B, Gitlesen JP. Psychotropic medication in adults with mental retardation: prevalence and prescription practices. *Res Dev Disab* 2004; 25: 509–21.
5. Legemiddelforbruket. www.legemiddelforbruk.no/act/doc_11.htm (29.9.2005).
6. Hurley AD. The misdiagnosis of hallucinations and delusions in persons with mental retardation: a neurodevelopmental perspective. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1996; 1: 122–33.
7. Holden B. Analyse og behandling av alvorlige og bizarre ødeleggelsar hos ei kvinne med lett psykisk utviklingshemning. *Ei atferdsanalytisk tolking*. *Diskriminanten* 2004; nr. 3 og 4: 3–13.
8. Utredningsserie 5-2000. Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser. En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
9. Singh NN, Ellis CR, Wechsler H. Psychopharmacoepidemiology of mental retardation: 1966 to 1995. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1997; 7: 255–66.
10. Linaker O M. Frequency of and determinants for psychotropic drug use in an institution for the mentally retarded. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 525–30.
11. Emerson E. *Challenging behaviour*. London: Cambridge University Press, 2001.
12. Matson JL, Bamburg JW, Mayville EA et al. Psychopharmacology and mental retardation: a ten-year review (1990–1999). *Res Dev Disabil* 2000; 21: 263–96.
13. Pyles DAM, Muniz K, Cade A et al. A behavioural diagnostic paradigm for integrating behaviour-analytic and psychopharmacological interventions for people with a dual diagnosis. *Res Dev Disabil* 1997; 18: 185–214.
14. Molyneux P, Emerson E, Caine A. Prescription of psychotropic medication to people with intellectual disabilities in primary health-care settings. *J Appl Res Intellect Disabil* 1999; 12: 46–57.
15. Ahmed Z, Fraser W, Kerr MP et al. Reducing antipsychotic medication in people with a learning disability. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 42–6.
16. Bygdnes AM, Tvang, Emba 2004; nr. 2: 26–33.
17. Skiftun Å. *Åtferdsavvik/psykiske lidinger hos psykisk utviklingshemma menneske – utfordringer i eit grenseland*. I: Skiftun Å, red. *Utfordrande åtferd*. Oslo: Gyldendal, 1993: 9–20.

Manuskriptet ble mottatt 22.11.2005 og godkjent 4.1.2007. Medisinsk redaktør Geir Jacobsen.