

Bruk av **psykotrop medikasjon** blant mennesker med **psykisk utviklingshemning** – En **undersøkelse** i Hedmark*



Børge Holden er psykologspesialist og arbeider ved habiliteringstjenesten i Hedmark. Studien som artikkelen bygger på vil om ikke lenge bli publisert i sin helhet i *Research in Developmental Disabilities*, under tittelen «Psychotropic medication in adults with mental retardation: prevalence, and prescription practices». Medforfatter er **Jens Petter Gitlesen**, Høgskolen i Stavanger.

Hva er psykotrop medikasjon?

Behandling med psykotrop medikasjon vil si forsøk på å dempe atferdsproblemer og symptomer på psykiske lidelser ved hjelp av medikamenter. De vanligste psykotrope medikamenter er *psykofarmaka*, som stort sett består av antipsykotiske, antidepressive, angstdempende, stemningsstabiliserende og stimulerende midler. I tillegg kommer særlig antiepileptika, vel og merke når de gis psykotropt. Psykotrop medikasjon er svært vanlig i behandling av atferdsproblemer og psykiske lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemning, og bidrar til at denne gruppen kanskje er den mest overmedisinerte gruppen vi har. For en del år siden viste studier fra institusjoner i USA at langt over halvparten av beboerne fikk psykotrop medikasjon. De senere årene har andelen kommet ned på rundt 40%, iallfall når studiene også inkluderer personer som bor utenfor institusjon.

Bruken hos utviklingshemmede

En vanlig oppfatning er at medikamenter som virker på mennesker med normal intellektuell fungering virker på de samme lidelsene hos mennesker med psykisk utviklingshemning. I så fall bør dette bety at presise diagnoser øker muligheten for at psykotrop behandling virker. Det kan imidlertid være et problem å diagnostisere psykiske lidelser hos personer som språklig ligger under et visst nivå. I tillegg er det trolig mindre forekomst av tradisjonelle psykiske lidelser som depresjon, forhøyet stemning, stemningssvingninger, psykose, angstlidelser og tvangslidelser hos mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning, enn hos mennesker med lett og moderat psykisk utviklingshemning. Dette medfører at psykotrop medikasjon kan være mindre aktuelt for personer med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning, iallfall dersom tradisjonelle diagnoser er utgangspunkt for

medikasjon. Generelt er det enighet om at psykotrop medikasjon kan ha effekt på psykiske lidelser, og til dels på «rene» atferdsproblemer som selvskading og aggresjon, hos mennesker med psykisk utviklingshemning. Dokumentasjonen på dette regnes imidlertid ikke som spesielt god.

Behandling består imidlertid ofte av medikasjon *alene*. At medikasjon er overforbrukt dokumenteres i studier som viser at medikasjon, også antipsykotisk, har blitt fjernet med hell hos ca. halvparten av deltakerne. Studier har til og med vist at den faktoren som i størst grad bestemmer bruk av medikasjon ikke er selve effekten av medikamentet, men personalets oppfatninger av problemene. En personalgruppe som opplever atferd som problematisk har med andre ord stor innflytelse på foreskrivning. Det har jeg selv sett mange tilfeller av, også i omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemning. Medikamenter kan også ha negative bivirkninger, kortsiktige i form av bl.a. sløvheter og trøtthet, og langsiktige i form av varig svekket motorikk. Det siste kan være såkalte tardive dyskinesier, som kan arte seg som stivhet, skjelving og ustøhet. Nok en grunn til å snakke om overforbruk er at atferdsproblemer og symptomer ofte påvirkes av omgivelsene, og at det ofte er vel så dokumenterte, miljøbaserte *alternativer* til medikasjon. Et veldokumentert alternativ er atferdsanalyse, som innebærer miljøtiltak i videste forstand (og ikke bare de rigide og inngripende regimene som mange forbinder med retningen).

På grunn av problematiske sider ved medikamentell behandling har fagfolk, særlig i USA, utarbeidet anbefalinger for forskrivning av psykotrop medikasjon: Det bør stilles diagnose og foretas målinger av forekomst av de atferder en ønsker å endre. Miljø- og læringsmessige for-

hold som påvirker problemene skal kartlegges på forhånd, og det skal vurderes om lempelige miljøbaserte alternativer kan føre fram. Registrering og evaluering av effekter og bieffekter er sentralt.

Hva vi gjorde i korte trekk, og det viktigste vi fant

Jeg synes det er interessant å se på den foreskrivning som finner sted her i landet. For å finne ut om de nevnte anbefalingene følges, sendte jeg ut et spørreskjema til 300 tilfeldig utvalgte personer med psykisk utviklingshemning som mottok tjenester fra sin kommune. Dette medførte at begge kjønn, ulike grader av psykisk utviklingshemning og ulike aldersgrupper var godt representert. Informanter som kjente deltakerne godt fylte ut skjemaet på vegne av dem, anonymt. Spørsmålene gjaldt en rekke sider ved *nåværende* medikasjon. Informantene ble oppfordret til å kontakte fastlege, særlig angående spørsmål om hvorfor medikamenter var forskrevet og om forskrivning var basert på råd fra psykiater. Hele 296 skjemaer ble utfylt og returnert, og vi gjorde følgende hovedfunn:

Hvor mange bruker psykotrop medikasjon, og hva brukes?

37.4% av deltakerne brukte psykotrop medikasjon, og nesten 10% brukte to medikamenter. De vanligste medikamentene var tradisjonelle antipsykotiske midler (Haldol, Nozinan, Cisordinol), som ble brukt av ca. 20% av deltakerne, fulgt av mer moderne antipsykotiske midler (Risperdal, Zyprexa), med 12.2%, og moderne antidepressiva (SSRI-preparater som Cipramil, Zoloft), med 8.5%. 2.4% brukte eldre, trisykliske antidepressiva og 5.1% brukte anti-epileptika (som Tegretol, Orfiril). Noen enda færre, det vil si under 2%, brukte stemnings-

stabiliserende, angstdempende og stimulerende midler. Det var små forskjeller mellom kjønnene, bortsett fra at kvinner brukte langt mer antidepressiva!

Betydning av alder og grad av psykisk utviklingshemning for bruk, og brukens varighet

Personer som brukte medikasjon var i snitt ca. ti år eldre enn personer som ikke brukte medikasjon (litt over 50 mot litt over 40). Det var ingen vesentlig sammenheng mellom grad av psykisk utviklingshemning og bruk av medikasjon. I snitt hadde medikamenter vært i bruk i fem og et halvt år. Imidlertid hadde tradisjonelle antipsykotiske midler vært brukt i nesten ti år i snitt, og én person hadde brukt samme antipsykotiske middel i 33 år!

Indikasjoner for bruk

Når det gjaldt indikasjoner, eller grunnene til at medikamentene var forskrevet, viste det seg at bare ca. halvparten av medikamentene var indikert av en psykiatrisk diagnose, alene eller kombinert med atferdsproblem(er). Faktisk var under fjerdedelen av antipsykotiske medikamenter indikert av psykose. (Nærmere halvparten av moderne midler var indikert av diagnose, mot bare 12% av tradisjonelle midler.) 40% av SSRI-preparatene var indikert av depresjon, men dette gjaldt *ingen* av de eldre antidepressiva!

En like stor andel, altså ca. halvparten, var indikert av atferdsproblemer, alene eller kombinert med psykiatrisk diagnose. Vanligst var aggresjon, fulgt av selvskading. Hele 54 antipsykotiske medikasjoner var indikert av atferdsproblemer. Alt i alt var diagnoser alene, atferdsproblemer alene og kombinasjon av de to nokså likt representert som indikasjoner for medikasjon. Men for ca. en sjettedel av medikamentene (15.9%) var det ikke mulig å finne

indikasjon i hele tatt, hverken diagnose eller atferdsproblemer.

«Polifarmasi»

Det var også innslag av *polifarmasi*; at mer enn ett medikament ble gitt for å behandle samme problem. Av 34 personer som brukte mer enn ett medikament gjaldt dette så mange som 19. For 11 av de 15 andre som brukte mer enn ett medikament var indikasjon for minst ett medikament ukjent, slik at antall personer med polifarmasi kan ha vært høyere.

Allmennleger versus psykiatere

Nesten to tredjedeler av medikamentene var forskrevet av allmennlege alene. Vi undersøkte om det var forskjeller mellom forskrivninger foretatt av allmennleger alene og forskrivninger foretatt eller anbefalt av psykiater. Gjennomgående var det store forskjeller. Godt under halvparten av allmennlegers forskrivninger var indikert av diagnose, mens dette gjaldt tre fjerdedeler av psykiateres forskrivninger. Over 90% av medikamentene som var forskrevet uten av det var mulig å finne noen indikasjon overhodet, var forskrevet av allmennlege.

Det var også stor forskjell på medikamenter skrevet ut av allmennleger og psykiatere. Særlig hadde allmennleger skrevet ut en større andel tradisjonelle antipsykotiske midler og antidepressiva. Jevnt over var det lite formell evaluering av virkninger og bivirkninger. Psykiatere kom bedre ut enn allmennleger når det gjaldt evaluering av virkning, mens det var like svakt i begge leire når det gjaldt evaluering av bivirkninger. Dette var praktisk talt neglisjert. Vurderinger av miljø- og læringsmessige forhold som kunne påvirke symptomer og problematferder, forut for medikasjon, var foretatt noe oftere når psykiatere hadde stått for eller anbefalt forskrivning. Det samme gjaldt forsøk på miljøbasert behandling. Dette skjedde faktisk i halvparten av tilfellene hvor psykiatere hadde forskrevet, men

bare i 7.4% av tilfellene hvor allmennleger hadde rådet grunnen alene.

Hva så?

Det er mange mulige reaksjoner på slike funn. Noen vil kanskje snakke om «doping» i stor stil. Selv vil jeg være litt mer nøktern. Det er imidlertid liten tvil om at funnene tyder på overdrevet bruk av psykotrop medikasjon, av flere grunner: For det første var flertallet av antipsykotiske medikasjoner forskrevet uten diagnose, og av allmennlege alene. Under slike omstendigheter har slike medikamenter relativt sjelden noe for seg. Lignende kritikk rammer bruk av antidepressiva. Videre var 22 forskrivninger av antipsykotiske midler indikert av psykose. Jeg tviler imidlertid på at så mange personer kan ha vært psykotiske. Tvert om kan det være et uttrykk for at personer med psykisk utviklingshemning for lett diagnostiseres som psykotiske. Generelt er det grunn til å tro at endel diagnoser stilt av allmennleger er nokså upresise. Dette betyr også at mer presise diagnoser kunne medført flere forskrivninger. Jeg holder det imidlertid som langt mer sannsynlig at for ukritisk forskrivning er en langt viktigere faktor, og totalt sett har bidradd til for mange forskrivninger. I tillegg tror jeg at bruk av moderne diagnoseredskaper ville *utelukket* mange diagnoser. Det er ikke nok å oppføre seg spesielt for å få en diagnose...

Et spørsmål er *hvorfor* så mange med psykisk utviklingshemning bruker psykotrop medikasjon, når vi har sett stor framvekst av miljøbaserte alternativer. HVPU-reformen skulle sikre denne gruppen bedre tjenester og behandling, mer individuell tilrettelegging, og redusere behovet for å kontrollere atferd. Likevel er det omtrent like mange i Hedmark som bruker psykotrop medikasjon som det synes å være USA, hvor levekårene for denne gruppen

trolig er dårligere. Den viktigste forklaringen finner vi nok ved å se på allmennlegers praksis. For det første synes det som om få av dem holder seg til etablerte internasjonale, faglige anbefalinger på området. For det andre er det vel sannsynlig at de i endel tilfeller «biter på» markedsføring, ikke minst av nyere antidepressiva. Alt i alt synes antipsykotiske midler og antidepressiva å være det allmennleger kan tilby når foreldre og ansatte er bekymret over psykiatriske og atferdsmessige problemer hos mennesker med psykisk utviklingshemning. Forskrivning av antipsykotiske midler når personen vegrer seg mot å utføre oppgaver («non-compliance»), og antidepressiva mot aggresjon og selvskading, er trolig eksempler på en nokså tilfeldig praksis.

Ut fra dette er det grunn til å tvile på om allmennleger er kvalifisert til å forskrive psykotrop medikasjon til denne gruppen, særlig til personer med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning. Allmennleger henviser mange problemer til spesialist, og det spørres om ikke listen over slike problemer bør utvides. Skal bruk av psykotrop medikasjon reduseres og bli mer presis, kan særlig to forhold bidra: 1) Psykiatere må konsulteres oftere, og 2) personer med høy kompetanse på miljøbaserte alternativer må trekkes inn mer. Knapphet på slike ressurser kan imidlertid være en begrensning. Jeg vil også legge til at psykiatere ikke kan ta hele «æren» for at de kommer bedre ut enn allmennleger i denne studien. Det er nemlig liten tvil om at psykiatere relativt ofte ble konsultert i saker som det hadde blitt arbeidet med lenge, og hvor miljøbaserte alternativer hadde hatt moderat eller liten suksess. En del av anbefalingene var dermed oppfylt gjennom tverrfaglig innsats. Under slike forhold er det liten tvil om at også allmennlegers praksis ville samsvart bedre med anbefalinger.

For øvrig er det ingen tvil om at psykotrop

medikasjon faktisk har en plass i behandling av psykiske lidelser og atferdsproblemer hos personer med psykisk utviklingshemning. En av verdens ledende eksperter på området, Johnny L. Matson, antyder imidlertid at ca. 10–20% av denne gruppen har et reelt behov for psykotrop medikasjon. Funnene i den foreliggende studien stemmer etter mitt syn godt med et slikt anslag.

Jeg synes også det er interessant å sammenligne bruk av psykotrop medikasjon med bruk av tvang og makt. Det er flere grunner til at vi bør se nesten like kritisk på feilaktig medikasjon som på feilaktig bruk av tvang. Også medikasjon kan ha uheldige og skadelige effekter, som generell undertrykking av atferd, sedasjon, og varig svekkelse av motorisk kontroll. Tvang og makt reguleres av egne lover i mange vestlige land, og her i landet synes det som ukontrollert og uberegtiget tvangsbruk i ferd med å komme under kontroll. Tvang kan bl.a. ikke brukes før andre løsninger mislykkes, og må evalueres fortløpende. Noenlunde tilsvarende kvalitetssikring av forskrivning av psykotrop medikasjon krever i det minste at de nevnte anbefalingene følges.

Til slutt vil jeg legge til at noen få forskrivninger var foretatt for 20–30 år siden. Det er selvsagt vanskelig å skaffe gode opplysninger om så gamle forskrivninger. I tillegg eksisterte det langt mindre kunnskap om miljøbasert behandling på den tiden. Men etter så lang tid er det behov for å revurdere medikasjon uansett! Det er derfor liten tvil om at studien peker på viktige områder hvor nåværende praksis kan og bør forbedres vesentlig.

Litteratur

Jeg presenterer ikke noe fullstendig referanseliste, men vil underbygge noen av «påstandene» med kilder. (Studien som den foreliggende artikkelen er basert på inneholder selvsagt en

komplett referanseliste.)

Jeg skrev bl.a. at det er mindre tradisjonelle psykiske lidelser hos mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning. Dette underbygges av følgende referanse:

Holden, B. & Gitlesen, J. P. The association between level of intellectual disability and psychiatric symptomatology. Denne kommer snart i *Journal of Intellectual Disability Research*.

Jeg nevnte at det er utarbeidet anbefalinger om forskrivning av psykotrop medikasjon. En referanse som gir et godt innblikk i dette er:

Kalachnick, J. E., Leventhal, B. L., James, D. H., Sovner, R., Kastner, T. A., Walsh, K., Weisblatt, S. A., & Klitzke, M. G. (1998). Guidelines for the use of psychotropic medication. In S. Reiss & M. G. Aman (Eds.), *Psychotropic medications and developmental disabilities: The international consensus handbook* (pp. 45–72). Ohio: The Ohio State University Nisonger Center.

Jeg skrev også at Matson antydte at det var mer rimelig at ca. 10–20% av mennesker med psykisk utviklingshemning bruker psykotrop medikasjon. Dette diskuterer han og andre i: Matson, J. L. *et al.* (2000). Psychopharmacology and mental retardation: a 10 year review (1990–1999). *Research in Developmental Disabilities, 21*, 263–296.

At psykoser kan diagnostiseres for lett hos mennesker med psykisk utviklingshemning underbygges godt av:

Hurley, A. D. (1996). The misdiagnosis of hallucinations and delusions in persons with mental retardation: A neurodevelopmental perspective. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 1*, 122–133.