



FORSKUNGSSTICHT

**Projekt "Bedre medicin til de ældre".**

**Redegørelse for undersøgelsen af forbruget af psykofarmaka på plejehjemmene.  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Københavns Kommune. September 2006.**

## Indholdsfortegnelse

<u>Resume .....</u>	<u>3</u>
<u>Baggrund .....</u>	<u>6</u>
<u>Formål .....</u>	<u>8</u>
<u>Undersøgelsens ramme (setting) .....</u>	<u>8</u>
<u>Materiale og metode .....</u>	<u>9</u>
<i>Statistisk metode</i> .....	9
<i>Etik</i> .....	9
<i>Referencegruppe</i> .....	9
<u>Resultater, medicinforbrug .....</u>	<u>10</u>
<u>Resultater af interview .....</u>	<u>12</u>
<i>Beboernes, de pårørende og personalets påvirkning af den medicinske behandling</i> .....	12
<i>Kompetence</i> .....	12
<i>Konklusioner</i> .....	13
<u>Forslag til handleplan .....</u>	<u>15</u>
<u>Efterskrift .....</u>	<u>15</u>
<u>Litteratur .....</u>	<u>16</u>
<u>Bilagsoversigt .....</u>	<u>16</u>
<i>Forbrug af psykofarmaka</i> .....	18
<i>Forbrug af angstdæmpende medicin</i> .....	19
<i>Forbruget af sovemedicin</i> .....	19
<i>Forbruget af antipsykotika</i> .....	20
<i>Forbruget af antidepressiva</i> .....	20

## Resume

### *Baggrund*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har, på baggrund af en aftale i budgetforlig 2006, gennemført en undersøgelse af medicinforbruget på plejehjemmene i Københavns Kommune. Undersøgelsen har fokus på forbruget af psykofarmaka, der er lægemiddelgruppen af nervemedicin, og på det totale antal af lægemidler, som den enkelte beboer behandles med dagligt.

Formålet med undersøgelsen er at skabe fundament for en målrettet indsats til at sikre hensigtsmæssig medicinsk behandling af de ældre såvel generelt i ældresektoren som lokalt på de enkelte plejehjem i forhold til sovemedicin, angstdæmpende medicin og antipsykotisk medicin samt polyfarmaci.

### *Materiale og metode*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har afdækket medicinforbruget og forhold vedrørende forbruget af psykofarmaka på plejehjemmene. I dataindsamlingen er anvendt kombineret kvantitativ og kvalitativ metode. Data er indsamlet ved, at det medicinansvarlige personale har udfyldt et registreringsskema for medicinforbruget hos en tilfældig repræsentativ andel af plejehjemsbeboere fordelt på alle plejehjem fra hver bydel - i alt ca. 700. Data er suppleret med strukturerede kvalitative interview om forhold på medicinområdet. Interviewene er gennemført med de medicinansvarlige på alle plejehjem samt med en mindre gruppe praktiserende læger. Data er kodet og analyseret for at afdække fokusområder for en målrettet indsats.

### *National medicinstatistik*

Lægemiddelstyrelsens nationale statistikker over medicinforbrug viser, at det generelle forbrug af psykofarmaka i København er højere end landsgennemsnittet, målt på antal behandlede pr. 1000 indbyggere, mens Apotekerforeningens analyser viser, at forbruget af sovemedicin og angstdæmpende medicin i København er det højeste på landsplan, målt på antal døgndoser pr. indbygger pr. år. Forbruget af medicin stiger med alderen, hvorfor de ældre er den gruppe, der anvender mest medicin. Lægemiddelstyrelsen har analyseret de ældres medicinforbrug og fundet, at de 10 mest solgte lægemiddelgrupper til ældre er lægemidler til fordøjelse og stofskifte, mod blodpropper og blodmangel, til behandling af hjertesygdomme, hormoner, lægemidler til nervesystemet (psykofarmaka) og astmamidler. Lægemiddelstyrelsen har udarbejdet særlige analyser for forbruget af flere af lægemiddelgrupperne, herunder psykofarmaka.

Sammenholdes forbrugsstatistikkerne for de enkelte grupper af psykofarmaka med Sundhedsstyrelsens vejledninger om behandling, antyder sammenligningen, at der behandles i længere perioder og med større doser end anbefalet.

### *Undersøgelsens resultater*

#### *Psykofarmaka*

Psykofarmaka kan inddeles i fem hovedgrupper

Angstdæmpende medicin (Anxiolytika)	Sovemedicin (Hypnotika)	Psyko­semidler (Antipsykotika)	Midler mod depression (Antidepressiva)	Øvrige psykofarmaka
---	----------------------------	-----------------------------------	--	------------------------

I undersøgelsen indgår de fire hovedgrupper, mens gruppen ”øvrige psykofarmaka” ikke er medtaget. Registreringen af medicinforbruget hos de 666 plejehjemsbeboere, der indgår i dataindsamlingen, viser sammenlignet med tal fra Institut for Rationel Farmakoterapis temanummer om psykofarmaka forbrug til ældre (2006), at forbruget af psykofarmaka på plejehjemmene i Københavns Kommune er mindre end landsgennemsnittet, bortset fra i gruppen antidepressiva, hvor forbruget er højere i København, se nedenstående figur.

#### Forbrug psykofarmaka (%) på plejehjem 2006

	Københavns Kommune*	Hele landet **
Psykofarmaka (i alt)	68,4 % (456 beboere)	70 %
Angstdæmpende	12,1 % (81 beboere)	20 %
Sovemedicin	14,1 % (94 beboere)	20 %
Antipsykotika	23,4 % (156 beboere)	28 %
Antidepressiva	49,7 % (331 beboere)	40 %

\* Undersøgelsen Københavns Kommunes kortlægning af forbrug af psykofarmaka

\*\*Institut for Rationel Farmakoterapi. Temanummer om psykofarmaka forbrug til ældre

Sammenholdes forbruget af psykofarmaka på plejehjemmene i Københavns Kommune med Sundhedsstyrelsens behandlingsvejledninger, tyder tallene på, at der er behov for at gennemføre en vurdering af den enkeltes beboers forbrug af psykofarmaka. Tallene antyder, at forbruget på plejehjemmene er højere end anbefalet, at der behandles i længere tid end anbefalet, ligesom undersøgelsen viser, at anbefalingerne om at anvende speciallæger ved en række tilstande ikke altid følges.

Generelt peger interviewene på, at der er brug for at styrke samarbejde og kommunikation indbyrdes mellem plejehjem, praktiserende læger, speciallæger i psykiatri og geriatri (ældres sygdomme) og i forhold til hospitalerne, vedrørende behandling med psykofarmaka af plejehjemsbeboerne, ligesom der er behov for mere viden om psykofarmaka og behandling af de ældre hos alle faggrupper.

#### *Polyfarmaci*

En anden vigtig problemstilling vedrørende medicinforbruget hos de ældre er mængden af det daglige antal lægemidler. Medicinforbruget stiger med alderen. Særligt ældre er i risiko for at få bivirkninger og utilsigtet effekt af medicin, hvis de behandles med mere end 4 lægemidler. Begrebet kaldes polyfarmaci, der betyder indtagelse af mere end ét lægemiddel dagligt, men ofte sættes grænsen ved mere end 3 eller 5 lægemidler dagligt.

I undersøgelsen viser registreringerne, at blandt de 666 plejehjemsbeboere, der indgår i registreringen, får

492 (73,9 %) mere end 4 lægemidler dagligt

116 (17,4 %) mere end 10 lægemidler dagligt.

På baggrund af viden om bivirkninger og utilsigtet effekt af medicin, hvis den enkelte behandles med mange lægemidler, peger resultaterne på, at der er brug for, at den enkelte beboer får gennemgået den medicinske behandling.

### *Forslag til handleplan*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen anbefaler, at alle indsatser aftales og tilrettelægges i dialog og samarbejde med aktørerne, forankres i praksis, monitoreres og eventuelt justeres for at sikre implementering og effekt.

De nedenstående handlingsforslag forventes at kunne sikre en hensigtsmæssig medicinsk behandling af de ældre, - i forhold til forbruget af psykofarmaka og i forhold til det daglige antal lægemidler.

Anbefalinger/løsninger	Handling/strategi
Samarbejde, sparring og kvalificeret faglig intervention og supervision	Lægelige konsulenter tilknyttet det enkelte plejehjem. Etableret, systematisk supervision og samarbejde med geriater og gerontopsykiater om pleje og behandling, med vægt på behandling med psykofarmaka
Nøglepersoner på medicinområdet	Nøglepersoner/konsulenter med særligt kompetence, ansvar og fokus på medicinområdet tilknyttet det enkelte ældre- og P/O-kontor
Udvikling af systemer	Øget brug af polyfarmaciaaftalen (er på vej) Øget brug af forebyggende hjemmebesøg af praktiserende læge (indeholdt i overenskomst) Aftale om "Ringkøbing modellen", hvor ordinationer af psykofarmaka, sker ved konsultationer hos læger eller lægebesøg, dvs. ophør af telefon/faxrecepter Udvikling af observations- og dokumentationsskemaer til medicin, evt medicingennemgange af nøglepersoner Udrulning af dosisdispensering Registrering og etablering af læringssystem for utilsigtede hændelser
Samarbejde med sygehusene og forløbsoptimering ved indlæggelse /udskrivelse	I samarbejde med hospitalerne og den kommende region udvikle systemer, standarder og aftaler, der sikrer det gode forløb og dokumentation, områder der også er fokus på i det nye regionsarbejde
Kurser	Kompetence kurser for alle faggrupper inkl. lægerne om psykofarmaka og evt. andre lægemiddelgrupper Årlige medicin-temadage i ældreplejen med fokus på lægemiddelforbrug, observation, håndtering, kvalitet og utilsigtede hændelser
Benchmarking	Benchmarking og statistik til refleksion, læring og kompetence-udvikling for plejehjem og praktiserende læger

Det er Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurdering, at indsatserne vil kunne tilpasses og overføres til andre lægemiddelgrupper og til ældre borgere i hjemmeplejen.

## Baggrund

I Danmark har der de senere år været fokus på kvalitet, forbrug og udgifter i forhold til medicinsk behandling. Der findes mange forskellige lægemiddelgrupper, der er inddelt efter de sygdomme og organer, de har virkning i forhold til. Ældre mennesker er den gruppe der bruger mest medicin, da mange gennem livet får flere sygdomme. Undersøgelsen ”Ældres forbrug af lægemidler” foretaget af Lægemiddelstyrelsen i 2003<sup>1</sup> viser, at de 10 mest solgte lægemiddelgrupper til ældre over 65 år er lægemidler til fordøjelse og stofskifte, mod blodpropper og blodmangel, til behandling af hjerte-kredsløbssygdomme, hormoner, lægemidler til nervesystemet og astmamidler.

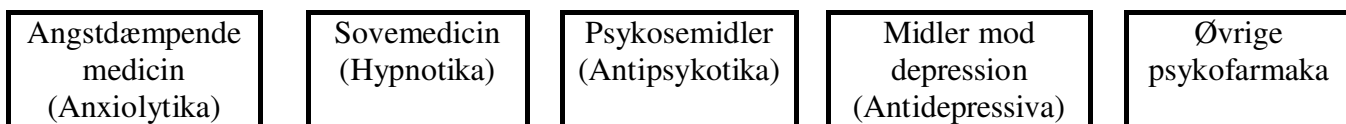
På baggrund af forbrugsstatistikker og stikprøvekontroller rundt om i Danmark har Lægemiddelstyrelsen gennemført analyser af medicinforbruget i flere lægemiddelgrupper. Der er blandt andet udarbejdet særlige analyser af forbruget af psykofarmaka, der er lægemiddelgruppen af nervemedicin.

Lægemiddelstyrelsens nationale statistikker over medicinforbrug<sup>2</sup> viser, at det generelle forbrug af psykofarmaka i København er højere end landsgennemsnittet, målt på antal behandlede pr. 1000 indbyggere, mens Apotekerforeningens<sup>3</sup> analyser viser, at forbruget af sovemedicin og angstdæmpende medicin i København, er det højeste på landsplan, målt på antal døgndoser pr. indbygger pr. år.

På baggrund af statistik og analyser af forbruget af psykofarmaka på landsplan og i Københavns Kommune vurderes det, at de anbefalede retningslinier ikke altid overholdes i den praktiske anvendelse. Af Lægemiddelstyrelsens analyser<sup>1</sup> fremgår det, at særligt hos ældre mennesker kan der forekomme for lang behandlingsvarighed og måske også anvendelse af psykofarmaka ved symptomer, hvor vejledninger anbefaler andre løsninger end medicin.

### *Psykofarmaka*

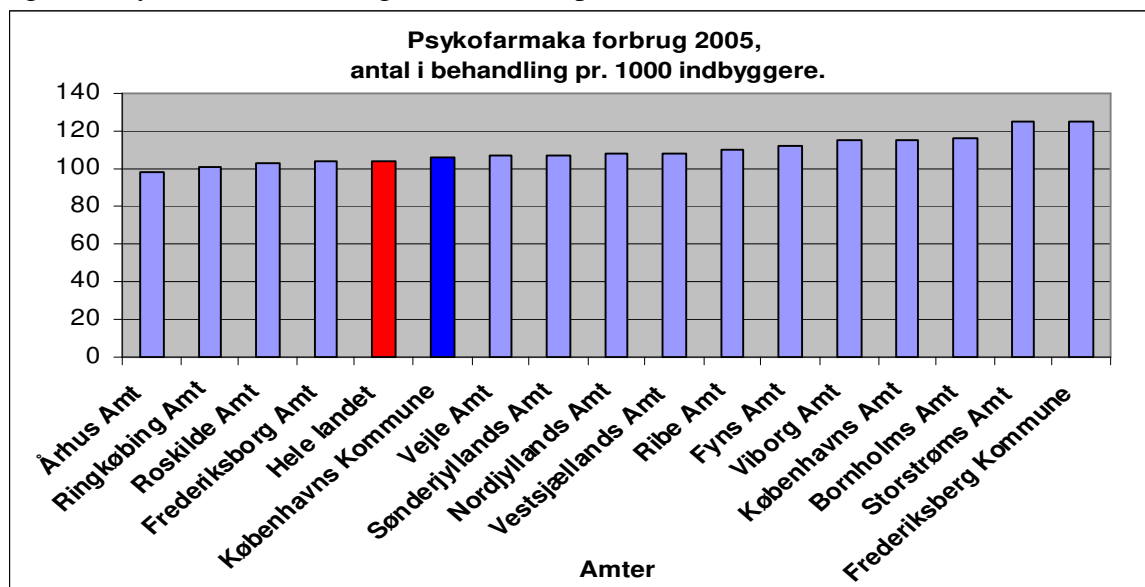
Psykofarmaka er medicin, der bruges i behandlingen af psykiske lidelser. Medicinen påvirker de psykiske funktioner. Psykofarmaka virker på symptomerne, men helbreder ikke sygdommene. Psykofarmaka opdeles i den praktiske anvendelse typisk i fem grupper<sup>4,5</sup>.



En del psykofarmaka giver anledning til bivirkninger og nogle kan virke afhængighedsskabende, hvorfor Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen har udgivet en række vejledninger og cirkulærer om anvendelsen af disse lægemidler<sup>6,7,8</sup> (bilag 1).

Lægemiddelstyrelsens statistik<sup>2</sup> viser at forbruget af medicin til behandlingen af psykiske lidelser er højere i København (figur 1) end landsgennemsnittet og højt i gruppen af ældre<sup>1</sup>.

Figur 1. Psykofarmaka forbrug 2005, fordelt på amter i Danmark. Kilde: Lægemiddelstyrelsen.



En sammenligning af forbruget af psykofarmaka i Danmark med forbruget i Norge<sup>9</sup> viser at forbruget totalt er lidt større i Norge, mens der i Danmark bruges mere antipsykotisk og antidepressiv medicin (figur 2).

Figur 2. Psykofarmaka forbrug i Danmark og Norge 2005 (Døgndoser pr. 1000 indbyggere) Kilde: Lægemiddelstyrelsen og Norsk lekemiddelforbruk.

	Danmark	Norge
Psykofarmaka (i alt)	63,9	73,3
Angstdæmpende	19,7	21,0
Sovemedicin	31,2	41,0
Antipsykotika	13,0	10,6
Antidepressiva	59,5	51,6

Analyser<sup>1</sup> viser, at det gennemsnitlige mængdeforbrug af antipsykotika er større blandt plejehjemsbeboere end blandt hjemmeboende. Dette tyder på, at plejehjemsbeboere enten behandles gennem længere tid eller får en højere dosering.

Lægemiddelstyrelsens undersøgelse<sup>1</sup> af forbruget af antipsykotika fra 2005 viser, at der er store amtslige forskelle i forbruget af antipsykotiske lægemidler til ældre på 65 år eller der over. I Århus Amt er forbruget af antipsykotika betydeligt lavere end i resten af Danmark. Årsagen 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.

### *Polyfarmaci*

En anden vigtig problemstilling vedrørende medicinforbruget hos de ældre er mængden af det daglige antal lægemidler. Medicinforbruget stiger med alderen, og særligt ældre er i risiko for at få bivirkninger og utilsigtet effekt af medicin, hvis de behandles med mere end 4 lægemidler. Det kan blandt andet skyldes den farmakologiske påvirkning, der kan virke anderledes i en ældre organisme, men også at den ældre borger har sværere ved at tage et stort antal lægemidler korrekt. Tager en ældre person mere end 4 forskellige slags medicin, er risikoen for fald væsentlig øget<sup>10,11</sup>. Begrebet kaldes polyfarmaci<sup>12</sup>. Polyfarmaci betyder indtagelse af mere end ét lægemiddel dagligt, men ofte sættes grænsen ved mere end 3 eller 5 lægemidler dagligt. Den nødvendige polyfarmaci er kombinationer af medicinsk behandling, der bør anvendes, når en kombination af flere lægemidler kan gøre noget godt for borgeren, for eksempel i behandlingen af diabetes. Unødvendig polyfarmaci er for eksempel, når en borger får flere forskellige medicinske behandlinger, der indvirker u hensigtsmæssigt på hinanden, eller hvis borgeren får flere lægemidler for den samme lidelse, uden at der er opmærksomhed på dette. Det koster penge for både patienten og samfundet, og det kan resultere i øget sygelighed af patienten med risiko for mange bivirkninger og interaktioner<sup>12</sup>.

### Formål

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har, på baggrund af en aftale i budgetforlig 2006, gennemført en undersøgelse af medicinforbruget på plejehjemmene i Københavns Kommune. Undersøgelsen har fokus på forbruget af psykofarmaka og på det totale antal af lægemidler dagligt.

Formålet med undersøgelsen er at skabe fundament for en målrettet indsats til at sikre hensigtsmæssig medicinsk behandling af de ældre såvel generelt i ældresektoren som lokalt på de enkelte plejehjem i forhold til sovemedicin, angstdæmpende medicin og antipsykotisk medicin samt polyfarmaci.

I undersøgelsen er der alene medicinforbruget på plejehjem undersøgt.

### Undersøgelsens ramme (setting)

I Københavns Kommune bor der ca. 500.000 indbyggere, heraf er 52.850 over 65 år (januar 2006). I alt bor 3853 borgere på plejehjem i Københavns Kommune (maj 2006).

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har knap 60 plejehjem. Plejehjemmene er meget forskellige i størrelse, fysiske rammer, beliggenhed, personalesammensætning og ledelse. Ca. 2/3 af kommunens plejehjem er selvejende. Københavns Kommune har 3 demenscentre samt et antal demenspladser fordelt på plejehjemmene. I alt er der 222 demenspladser i kommunen, mens der i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ikke findes egentlige psykiatriske plejehjem. De socialpsykiatriske bcentre i Københavns Kommune drives af Socialforvaltningen.

Medicinsk behandling af beboere på plejehjem sker efter samme regler og principper som for andre. Den enkelte beboer er tilmeldt hos en praktiserende læge, der overvejende er den person, der ordinerer den medicinske behandling.



Københavns Kommune har gennem mange år haft en større andel af borgere med psykiske lidelser end resten af landet. Aktuelt bor 25 % af landets skizofrene patienter, 23 % af patienter med dobbelt-psykiatriske diagnoser og 23 % af landets retspsykiatriske patienter i Københavns Kommune<sup>13</sup>.

I Københavns Kommune er der 318 praktiserende læger, 89 vagtlæger og 190 speciallæger, hvoraf 21 er speciallæger i psykiatri (januar 2006). Der er seks hospitaler. På de af hospitalerne hvor det er relevant, er der såvel gerontopsykiatri (speciale for ældre med psykiske lidelser) som geriatri (speciale i ældres sygdomme).

### Materiale og metode

I undersøgelsens dataindsamling er anvendt kombineret kvantitativ og kvalitativ metode. Data om medicinforbruget er indsamlet ved, at det medicinansvarlige personale på plejehjemmene har udfyldt registreringskemaer med den aktuelle medicinske behandling for et tilfældigt udvalgt repræsentativt udsnit af beboerne, i alt 700, på alle plejehjem i perioden 20. marts – 28. april 2006.

Data om forhold for medicinområdet er indsamlet gennem strukturerede kvalitative interview om forhold vedrørende psykofarmaka. Interviewene er gennemført med medicinansvarlige på alle plejehjem, samt med en mindre gruppe praktiserende læger.

Alle medicinregistreringskemaer er kodet for psykofarmaka ud fra lægemiddelkatalogets medicinklassificering<sup>5</sup> samt i forhold til af antallet af daglige lægemidler, polyfarmaci. Ved denne kodning indgår al fast daglig medicin, undtaget fra vitamintabletter, kosttilskud og naturmedicin.

Alle kvantitative data er tastet og analyseret i SPSS. Der er anvendt ren deskriptiv analyse samt kombination af udvalgte variable. Alle kvalitative interview er læst, kodet og analyseret, hvorigenem nøglebegreber, temaer og fokusområder er identificeret.

#### *Statistisk metode*

Gallups repræsentativitetsberegning fra brugerundersøgelsen i Københavns Kommune i 2005 er genanvendt. Det vil sige, at der er udtrukket en tilfældig repræsentativ andel af beboerne på plejehjem fordelt på alle plejehjem fra hver bydel - i alt ca. 700. Alle plejehjem har deltaget i dataindsamlingen. Der er således tale om en tværsnitsundersøgelse.

De praktiserende læger, der deltog i de individuelle kvalitative interview, er udpeget af de praktiserende lægers samarbejdsudvalg.

#### *Etik*

Alle data er indsamlet anonymt. Det er således ikke muligt at identificere beboere, personale eller læger, der har indgået i dataindsamlingen.

#### *Referencegruppe*

Til undersøgelsen er tilknyttet en referencegruppe med bred repræsentation for aktører på medicinområdet i Københavns Kommune.

## Resultater, medicinforbrug

Der er registreret medicinforbrug hos 666 beboerne fordelt på alle plejehjem i Københavns Kommune. For 34 af de udvalgte beboere, er der ikke indsamlet data (dropouts). Det skyldes overvejen- de, at enkelte plejehjem var lukkede for ombygning i perioden. Det er ikke muligt at vurdere om de 34, der udgik af registreringen, adskiller sig fra de 666, der indgår.

Alder og køn for de 666 beboere fremgår af tabel 1. Der mangler oplysninger om alder og køn på 16 af de 666, hvorfor antallet der indgår i de alders- og kønsopdelte analyser, vil være 650.

Tabel 1. Fordeling alder og køn, alle 666 beboerne på plejehjem.

Alder	Kvinder	Mænd	Antal i alt	Procent
Under 70 år	21	28	49	7,4 %
70 – 79 år	45	45	90	13,5 %
80 – 89 år	194	66	260	39,0 %
Over 90 år	216	35	251	37,7 %
Uoplyst			16	2,4 %
I alt	476	174	666	100 %

Der er gennemført kvalitative interview på alle plejehjem. I interviewene deltog fra en til fem per- soner, der var medicinansvarlige eller havde ledelsesmæssigt ansvar. Desuden er der gennemført individuelle kvalitative interview med i alt 5 praktiserende læger.

### Psykofarmaka forbrug

Psykofarmaka kan inddeles i fem hovedgrupper. I undersøgelsen indgår angstdæmpende medicin, sovemedicin, antipsykotisk medicin og antidepressiv medicin, mens gruppen ”øvrige psykofarma- ka” ikke er medtaget.

Registreringen af medicinforbruget hos de 666 plejehjemsbeboere (bilag 2), der indgår i dataind- samlingen, viser sammenlignet med tal fra Institut for Rationel Farmakoterapi temanummer om psykofarmaka forbrug til ældre (2006), at forbruget af psykofarmaka på plejehjemmene i Køben- havns Kommune er mindre end landsgennemsnittet, bortset fra i gruppen antidepressiva, hvor for- bruget er højere i København, se nedenstående figur.

### Forbrug psykofarmaka (%) på plejehjem 2006

	Københavns Kommune*	Hele landet **
Psykofarmaka (i alt)	68,4 % (456 beboere)	70 %
Angstdæmpende	12,1 % (81 beboere)	20 %
Sovemedicin	14,1 % (94 beboere)	20 %
Antipsykotika	23,4 % (156 beboere)	28 %
Antidepressiva	49,7 % (331 beboere)	40 %

\* Undersøgelsen Københavns Kommunes kortlægning af forbrug af psykofarmaka

\*\*Institut for Rationel Farmakoterapi. Temanummer om psykofarmaka forbrug til ældre

Sammenholdes forbruget af psykofarmaka på plejehjemmene i Københavns Kommune med Sundhedsstyrelsens behandlingsvejledninger, tyder tallene på, at der er behov for at gennemføre en vurdering af den enkeltes beboers forbrug af psykofarmaka. Tallene antyder, at forbruget på plejehjemmene er højere end anbefalet, at der behandles i længere tid end anbefalet, ligesom undersøgelsen viser, at anbefalingerne om at anvende speciallæger ved en række tilstande, ikke altid følges.

Generelt peger interviewene om den medicinske behandling på, at der er brug for at styrke samarbejde og kommunikation indbyrdes mellem plejehjem, praktiserende læger, speciallæger i psykiatri og geriatri (ældres sygdomme) og i forhold til hospitalerne, vedrørende behandling med psykofarmaka af plejehjemsbeboerne, ligesom der er behov for mere viden om psykofarmaka og behandling af de ældre hos alle faggrupper.

### *Polyfarmaci*

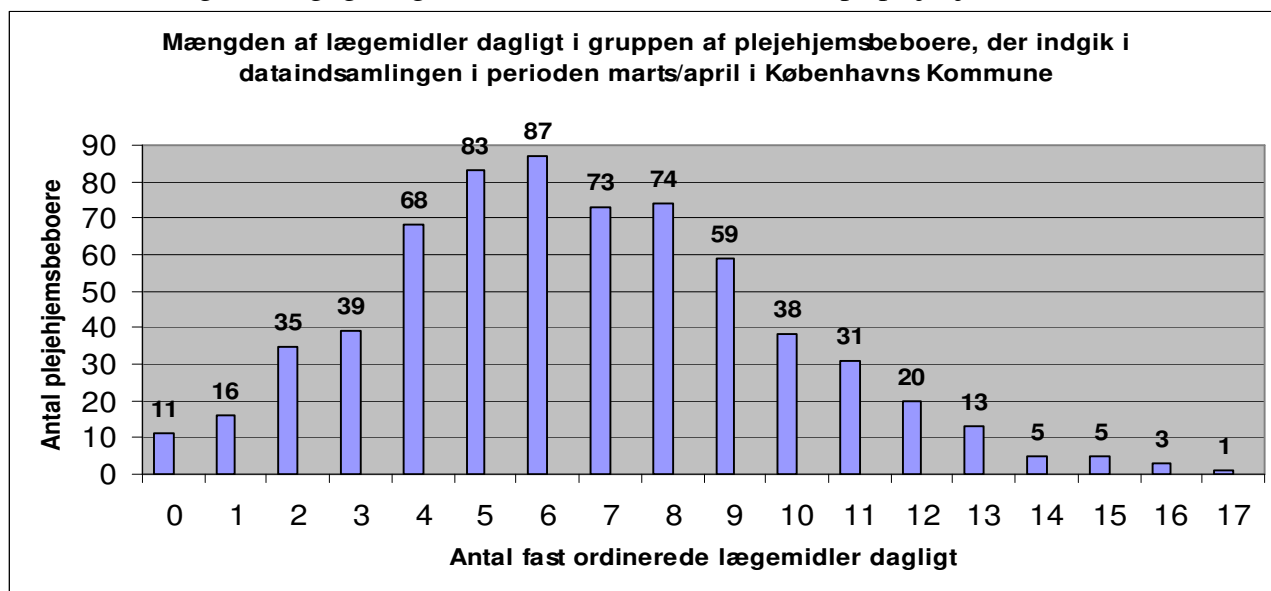
En anden vigtig problemstilling vedrørende medicinforbruget hos de ældre er mængden af det daglige antal lægemidler. Medicinforbruget stiger med alderen. Særligt ældre er i risiko for at få bivirkninger og utilsigtet effekt af medicin, hvis de behandles med mere end 4 lægemidler. Begrebet kaldes polyfarmaci.

Undersøgelsen viser, at blandt de 666 plejehjemsbeboere får

492 (73,9 %) mere end 4 lægemidler dagligt  
116 (17,4 %) mere end 10 lægemidler dagligt.

I tabel 7 ses forbruget af det daglige antal lægemidler hos beboerne på plejehjemmene. I analysen er alle lægemidler medtaget, undtaget almindelige vitamintabletter, kosttilskud og naturmedicin.

Tabel 7. Forbruget af daglige lægemidler blandt de 666 beboerne på plejehjem.



På baggrund af viden om bivirkninger og utilsigtet effekt af medicin, hvis den enkelte behandles med mange lægemidler, peger resultaterne på, at der er brug for at den enkelte beboer får gennemgået den medicinske behandling.

## Resultater af interview

### **Samarbejde mellem plejehjem, praktiserende læger, psykiatere og hospitaler**

#### *Praktiserende læger*

Generelt angiver plejehjem og de praktiserende læger, at det gensidige samarbejde er godt. På alle plejehjem har beboerne deres egen praktiserende læge. Det betyder, at der på mange plejehjem kommer mange forskellige læger, - på 20 % af plejehjemmene samarbejdes med ca. 15 læger mens antallet på de øvrige plejehjem varierer fra to til 90 læger.

Plejehjemmene oplever det som en stor fordel, at der kommer et mindre antal læger fast på plejehjemmet. Det betyder gensidigt kendskab og lettere adgang til tværfaglige drøftelser af beboernes problemstillinger. Plejehjemmene oplever, at mange ældre gerne vil have besøg af deres praktiserende læge, men at der er forskel på, om lægerne foretager hjemmebesøg på plejehjemmene. Plejehjemmene oplever generelt, at det er vanskeligt og tidskrævende at komme i kontakt med lægerne telefonisk. De praktiserende læger angiver at kompetence og gensidigt kendskab er afgørende for samarbejdet. Samarbejdet om medicinstatus opleves meget forskelligt, og det forventes, at den nye polyfarmaciaftale vil give bedre vilkår for medicingennemgang.

#### *Psykiatere*

2/3 af plejehjemmene har psykiater tilknyttet. Samarbejdet med psykiaterne er godt. En del plejehjem har aftaler med en psykiater, der kommer fast. Plejepersonalet angiver, at det er en stor fordel, ligesom de fremhæver, at psykiateren ofte har særlig engagement i ældre mennesker. Den faste tilknytning giver gensidigt kendskab, mulighed for sparring og undertiden planlagt undervisning. Psykiaterne er meget fleksible og tilgængelige. Flere af de selvejende plejehjem honorerer psykiaterne for at komme fast.

#### *Hospitaler*

En stor andel af plejehjemmene og de praktiserende læger oplever samarbejdet med hospitalerne som problematisk. Problemerne på medicinområdet drejer sig om ufuldstændig dokumentation, mangel på information og mangel på medicin ved udskrivelsen. Der mangler ofte udskrivningsbreve og medicinoversigter, der er uoverensstemmelse mellem informationer til læge og plejepersonale, og der mangler stillingtagen og planer for den medicinske behandling.

### **Beboernes, de pårørende og personalets påvirkning af den medicinske behandling**

Generelt oplever plejehjemmene og de praktiserende læger samarbejdet om medicin med beboere og pårørende som godt og konstruktivt. Både plejehjem og læger oplever, at personalet påvirker den medicinske behandling. Lægerne bemærker, at det næsten altid er personalet, der tager initiativet vedrørende den medicinske behandling. Det sker som en del af omsorgen for beboeren og ofte som en naturlig del i forlængelse af observationen af beboeren.

### **Kompetence**

Generelt oplever plejehjemmene og de praktiserende læger, at viden og kompetence om medicinen i forhold til de forskellige faggruppers ansvar er god. Det gælder både for det medicinansvarlige personale og for det ikke medicinansvarlige personale. De praktiserende læger oplever, at plejepersonalet har tilstrækkelig viden/kompetence, men ofte har urealistiske forventninger til effekten af medicin.

Såvel det medicinansvarlige personale som de praktiserende læger angiver, at kompetenceudvikling altid er vigtigt og ønskeligt, og særligt ønskes mere viden og kompetence om psykofarmaka.

## Dosisdispensering

Dosisdispensering, der er en ordning, hvor apoteket pakker medicin til den enkelte borger, bliver indført på alle plejehjem i Københavns kommune i løbet af 2006. Plejehjemmene angiver at, der er mange fordele ved dosisdispensering. Der frigives mere tid og betyder færre fejl doseringer. Ulemper kan være, at personalet mister overblikket over hvilken medicin, der gives, og at der skal efterdoseres.

## Konklusioner

### *Forbrug af psykofarmaka*

Sammenlignes undersøgelsens resultater med oplysninger fra Institut for Rationel Farmakoterapi temanummer om psykofarmaka forbrug til ældre, viser resultatet at forbruget af psykofarmaka på plejehjemmene i Københavns Kommune er mindre end landsgennemsnittet af forbrug af psykofarmaka på plejehjem, bortset fra forbruget af antidepressiva, som er højere i København (figur 3).

Figur 3. Forbrug psykofarmaka (%) på plejehjem 2006

	Københavns Kommune*	IRF**
Psykofarmaka (i alt)	68,4 %	70 %
Angstdæmpende	12,1 %	20 %
Sovemedicin	14,1 %	20 %
Antipsykotika	23,4 %	28 %
Antidepressiva	49,7 %	40 %

\* Undersøgelsen Københavns Kommunes kortlægning af forbrug af psykofarmaka

\*\*Institut for Rationel Farmakoterapi. Temanummer om psykofarmaka forbrug til ældre

Sammenholdes forbruget af psykofarmaka på plejehjemmene i Københavns Kommune med Sundhedsstyrelsens behandlingsvejledninger, tyder tallene på, at der er behov for at gennemføre en vurdering af den enkeltes beboers forbrug af psykofarmaka. Tallene antyder, at forbruget er højere end anbefalet, at der behandles i længere tid end anbefalet, ligesom undersøgelsen viser, at anbefalingerne om at anvende speciallæger ved en række tilstande, ikke altid følges.

Det er ikke muligt på baggrund af de indsamlede data, at vurdere i hvilken udstrækning befolkningssammensætningen, og det større antal borgere med psykiske lidelser, påvirkninger og begrundelser forbruget af psykofarmaka.

Anbefalingerne om angstdæmpende medicin er kun at anvende små doser i kort tid, da en række angstdæmpende midler er afhængighedsskabende. Undersøgelsen viser, at 12,1 % af beboerne får angstdæmpende medicin, og interviewene med plejehjemmene beskriver, at den angstdæmpende medicin, hvis den har effekt, ofte gives i lange perioder.

Anbefalingerne om sovemedicin er at anvende laveste effektive dosis i så få nætter som muligt. Undersøgelsen viser, at 14,1 % af beboerne får sovemedicin og interviewene med plejehjemmene beskriver, at mange beboere har fået sovemedicin i mange år, før de kom på plejehjem. Opstår der nye søvnproblemer hos en beboer, beskriver mange af plejehjemmene, at der forsøges med andre løsninger end medicin, og at sovemedicin kun anvendes i kortere tid. Lægerne oplever, at virkningen af medicinen ofte er kortvarig, men at vanen tager over, - dog bruges der meget mindre sovemedicin end tidligere.

Anbefalingerne om antipsykotika beskriver, at antipsykotika er rettet mod psykotiske symptomer og, og at ukorrekt anvendelse af disse præparater medfører unødvendige fysiske og psykiske bivirkninger. Indikation for behandling med antipsykotika i mere end to til tre uger er en psykiatrisk speciallægeopgave, og speciallæger i psykiatri skal varetage den fortsatte behandling eller vejlede heri. Undersøgelsen viser, at 23,4 % af beboerne får antipsykotika, og interviewene med plejehjemmene beskriver, at mange af disse beboere har fået antipsykotika gennem lang tid, og at kun få beboere får seponeret antipsykotisk medicin. Det er meget forskelligt om de enkelte plejehjem har etableret samarbejde med psykiatere, hvis der behandles med antipsykotika i længere tid. Interviewene beskriver, at der efter ordination af antipsykotika ofte er et gråt felt, hvor ingen rigtig tager ansvar og følger op.

Anbefalingerne i vejledningen om antidepressiva beskriver, at behandlingsvalget afhænger af, hvilken depressionskategori patienten har, hvor svær sygdommen er, og om der forekommer andre former for psykiske lidelser. Undersøgelsen viser, at 49,7 % af beboerne får antidepressiva. Interviewene beskriver, at mange ældre udvikler depressioner som følge af fysiologiske ændringer i kroppen, og at mange ældre har psykiske lidelser og demenssymptomer, hvor behandlingen er antidepressiv medicin.

#### *Polyfarmaci*

Næsten  $\frac{3}{4}$  af de beboere på plejehjem, der indgik i registreringen, får mere end 4 lægemidler dagligt, mens mere end 17 % får mere end 10 lægemidler dagligt. Da polyfarmaci øger risikoen for at behandlingerne indvirker u hensigtsmæssigt på hinanden, og kan resultere i øget sygelighed med risiko for mange bivirkninger, er der brug for en mere detaljeret gennemgang af indikationerne for den medicinske behandling af de ældre.

#### *Samarbejde*

Generelt peger interviewene på, at der er brug for at styrke samarbejde og kommunikation indbyrdes mellem plejehjem, praktiserende læger, speciallæger i psykiatri og geriatri (ældres sygdomme) og i forhold til hospitalerne, vedrørende behandling med psykofarmaka af plejehjemsbeboerne, ligesom der er behov for mere viden om psykofarmaka og behandling af de ældre hos alle faggrupper.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at der gennem en målrettet indsats kan opnås bedre kvalitet og en mere hensigtsmæssig medicinsk behandling af de ældre på en række områder, herunder anvendelsen af psykofarmaka.

På baggrund af resultaterne har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udarbejdet en målrettet handlingsplan. Det er projektgruppens vurdering, at indsatserne vil kunne overføres til andre lægemiddelgrupper og til de ældre borgere i hjemmeplejen.

## Forslag til handleplan

På baggrund af resultaterne foreslås nedenstående handlingsplan:

Anbefalinger/løsninger	Handling/strategi
Samarbejde, sparring og kvalificeret faglig intervention og supervision	Lægelige konsulenter tilknyttet det enkelte plejehjem. Etableret, systematisk supervision og samarbejde med geriater og gerontopsykiater om pleje og behandling, med vægt på behandling med psykofarmaka
Nøglepersoner på medicinområdet	Nøglepersoner/konsulenter med særligt kompetence, ansvar og fokus på medicinområdet tilknyttet det enkelte ældre- og P/O-kontor
Udvikling af systemer	Øget brug af polyfarmaciaftalen (er på vej) Øget brug af forebyggende hjemmebesøg af praktiserende læge (indeholdt i overenskomst) Aftale om "Ringkøbing modellen", hvor ordinationer af psykofarmaka, sker ved konsultationer hos læger eller lægebesøg, dvs. ophør af telefon/faxrecepter Udvikling af observations- og dokumentationsskemaer til medicin, evt. medicingennemgange af nøglepersoner Udrulning af dosisdispensering Registrering og etablering af læringssystem for utilsigtede hændelser
Samarbejde med sygehusene og forløbsoptimering ved indlæggelse /udskrivelse	I samarbejde med hospitalerne og den kommende region udvikle systemer, standarder og aftaler, der sikrer det gode forløb og dokumentation, områder der også er fokus på i det nye regionsarbejde
Kurser	Kompetence kurser for alle faggrupper inkl. lægerne om psykofarmaka og evt. andre lægemiddelgrupper Årlige medicin-temadage i ældreplejen med fokus på lægemiddelforbrug, observation, håndtering, kvalitet og utilsigtede hændelser
Benchmarking	Benchmarking og statistik til refleksion, læring og kompetence-udvikling for plejehjem og praktiserende læger

## Efterskrift

Undersøgelsen er tilrettelagt på baggrund af teksten i budgetforlig 2006. Dataindsamlingsmetoden er valgt for at afdække forbruget af psykofarmaka og de forhold, der knytter sig til ordinationerne af psykofarmaka. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har gennem hele forløbet oplevet stor interesse for projektet. Alle aktører har været velforberedte ved dataindsamlingsbesøgene både på plejehjemmene og hos de praktiserende læger, hvilket har gjort det til en meget positiv oplevelse at gennemføre projektet.

## Litteratur

1. [www.laegemiddelstyrelsen.dk/publikationer/netpub/forbrugsanalyser](http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/publikationer/netpub/forbrugsanalyser)
2. <http://www.medstat.dk/MedStatDataViewer.php>
3. [www.apotekerforeningen.dk/nyhedbrev](http://www.apotekerforeningen.dk/nyhedbrev)
4. Praktisk gerontopsykiatri. Gulman, Niels Christian. 3. udgave, 2. oplag. København 2001.
5. [www.lmk.dk](http://www.lmk.dk)
6. [www.sst.dk/upload/Metadon.pdf8](http://www.sst.dk/upload/Metadon.pdf8).
7. Benzodiazepiner i almen praksis, Institut for rationel Farmakoterapi, september 2004.
8. Vejledning om behandling med antidepressiva. Vejledning om behandling med antipsykotika. Vejledning om behandling af børn med antidepressiva, antipsykotika og centralstimulerende midler. Sundhedsstyrelsen december 2000.
9. [www.legemiddelforbruk.no](http://www.legemiddelforbruk.no)
10. The connection between Drugs and Falls in Elders. Miller C. Geriatric Nursing 2002;23;2:109 – 110.
11. Drug prescriptions and multiple falls in community-dwelling elderly subjects. Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M.. Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie: Organ der Deutschen Gesellschaft fur Gerontologie und Geriatrie 1999;32;5:307 -11.
12. [www.irf.dk/dk/temaer/polyfarmaci/polyfarmaci](http://www.irf.dk/dk/temaer/polyfarmaci/polyfarmaci)
13. Socialforvaltningen, Københavns Kommune, Henrik Stall Nielsen, Chefkonsulent.

## Bilagsoversigt

Bilag 1. Psykofarmaka

Bilag 2. Oversigt over forbruget af psykofarmaka i Københavns Kommune



## Bilag 1.

### Psykofarmaka

Psykofarmaka er medicin, der bruges i behandlingen af psykiske lidelser. Medicinen påvirker de psykiske funktioner. Psykofarmaka virker på symptomerne, men helbreder ikke sygdommene. Psykofarmaka opdeles i den praktiske anvendelse typisk i fem grupper<sup>4,5</sup>.

Angstdæmpende medicin (Anxiolytika)	Sovemedicin (Hypnotika)	Psykosemidler (Antipsykotika)	Midler mod depression (Antidepressiva)	Øvrige psykofarmaka
--	----------------------------	----------------------------------	---	---------------------

Angstdæmpende medicin gives mod situationsbetinget og stress-relateret angst og spænding, mod egentlige angsttilstande, som supplement til behandling mod depression, mod abstinens tilstande, mod sindssygdommen skizofreni som supplement til behandling med medicin mod psykoser, mod søvnforstyrrelser og andre tilstande med psykoser, depressioner og forfølgelsesprægede psykoser. I gruppen af angstdæmpende medicin anvendes næsten udelukkende benzodiazepiner. Typiske bivirkninger til behandlingen er, at den hæmmer indlæring og færdigheder og øger risikoen for faldulykker og hoftebrud. Angstdæmpende medicin bør derfor kun anvendes i små doser og i kort tid. En række angstdæmpende lægemidler er omfattet af Sundhedsstyrelsens cirkulære om afhængighedsskabende lægemidler<sup>4,5,6,7</sup>.

Sovemedicin er ofte de samme lægemidler, som anvendes mod angst. De korttidsvirkende sovemidler anvendes overvejende ved indsovningsbesvær. De giver en sikkerhed for, at lægemidlet ikke påvirker de almindelige funktioner i dagtiden, men der er en risiko for angst og glemsomhed. De langtidsvirkende sovemidler bør kun anvendes, hvis der ud over søvneffekt ønskes en angstdæmpende virkning. Det anbefales at bruge laveste effektive dosis i så få nætter som muligt, det vil sige op til 4 nætter. Bivirkningerne er de samme som ved angstdæmpende medicin<sup>4,5,6,7</sup>.

Antipsykotika er rettet mod psykotiske symptomer og kan fjerne eller lindre pinagtige psykotiske tilstande. Omvendt kan ukorrekt anvendelse af disse præparater medføre unødvendige fysiske og psykiske bivirkninger. Indikation for behandling med antipsykotika i mere end to til tre uger er en psykiatrisk speciallægeopgave, og speciallæger i psykiatri skal varetage den fortsatte behandling eller vejlede heri. Bivirkninger til antipsykotika spiller en væsentlig rolle for livskvaliteten. Bivirkningerne kan blandt andet være muskelstivhed, parkinsonlignende tilstande, påvirkning af hjertefunktion, psykiske bivirkninger, samt ændring i vægt og hormonbalance<sup>1,4,5,8</sup>.

Antidepressiva er midler mod depression. Behandlingsvalget afhænger af, hvilken depressionskategori patienten har, hvor svær sygdommen er, og om der forekommer andre former for psykiske lidelser. For alle depressive patienter gælder, at en eventuel medikamentel behandling altid bør følges op af støttende samtaleterapi. Bivirkninger kan være vanskelige at registrere, da de ofte optræder som symptomer ved den depressive tilstand. Særligt kan nævnes mundtørhed, forstoppelse, svimmelhed, træthed, søvnforstyrrelser, angst, uro, rystelser, hjertebanken og øget svedtendens<sup>1,4,5,8</sup>.

Gruppen øvrige psykofarmaka indeholder medicin mod maniodepressive tilstande, epilepsimidler der anvendes som beroligende medicin, samt midler mod demenstilstande og midler til stimulering.

## Bilag 2

### Forbrug af psykofarmaka

Af de 666 beboerne på plejehjem, der indgår i registreringen, får 456 (68,4 %) psykofarmaka.

- 81 (12,1 %) får angstdæmpende medicin
- 94 (14,1 %) får sovemedicin
- 156 (23,4 %) får antipsykotisk medicin
- 331 (49,7 %) får antidepressiv medicin

334 (70,2 %) af kvinderne og 120 (69 %) af mænd får psykofarmaka.

210 (31,6 %) får ikke psykofarmaka. 11 (1,7 %) får ikke medicin.

Alders- og kønsfordelingen i gruppen der indgår i registreringen, gruppen af beboere der får psykofarmaka og gruppen af beboere, der ikke får psykofarmaka, har en alders- og kønsfordeling meget lig hinanden.

Fordeling af forbruget af psykofarmaka i grupperne angstdæmpende medicin, sovemedicin, antipsykotisk medicin og antidepressiv medicin fremgår af tabel 2.

Flere beboere tager kombinationer af psykofarmaka, hvilket er årsagen til, at der figurerer flere beboere end de 456 i oversigten. Kolonnerne + sovemedicin, + antipsykotika, + angstdæmpende og + antidepressiva indikerer, at beboerne ud over medicinen i venstre kolonne får det lægemiddel, der er indikeret med et +. F.eks. er der 16 beboere, der får angstdæmpende medicin og sovemedicin.

Tabel 2. Forbruget af psykofarmaka, fordelt på lægemiddelgrupper blandt de 456 beboerne, som får psykofarmaka.

Lægemiddelgrupper	Antal plejehjemsbeboere	Procent (%)	+ sove- medicin		+ anti- psykotika		+ angst- dæmpende		+ anti- depressiva	
			Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Angstdæmpende	81	17,8	16	3,5	29	6,4	0	-	51	11,2
Sovemedicin	94	20,6	0	-	21	4,6	16	3,5	51	11,2
Antipsykotika	156	34,2	21	4,6	0	-	29	6,4	94	20,6
Antidepressiva	331	72,6	51	11,2	94	20,6	51	11,2	0	-

Nogle beboere får mere end to typer psykofarmaka, således får

- 9 beboerne sove-, angstdæmpende,- og antidepressiv medicin
- 11 beboerne sove-, antidepressiv og antipsykotisk medicin
- 18 beboerne angstdæmpende, antidepressiv og antipsykotisk medicin

Ingen beboere får alle fire typer medicin.

### Forbrug af angstdæmpende medicin

Af de 666 beboere, der indgår i dataindsamlingen, får 81 (12,1 %) angstdæmpende medicin fast. Alle, der får angstdæmpende medicin, får benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende midler.

Tabel 3 viser antal og procent beboere inden for den enkelte aldersgruppe, der får angstdæmpende medicin. Godt 12 % af alle mænd og 12 % af alle kvinder får angstdæmpende medicin.

Tabel 3. Forbruget af angstdæmpende medicin blandt de 650 beboerne, fordelt på alder og køn\*\*

Angstdæmpende medicin	Antal mænd (i alt 174)	Procentfordeling*	Antal kvinder (i alt 476)	Procentfordeling*
Under 70 år	3	10,7 %	4	19,0 %
70 – 79 år	7	15,6 %	4	8,9 %
80 – 89 år	9	13,6 %	26	13,4 %
Over 90 år	3	8,6 %	24	11,1 %
I alt	22	12,6 %	58	12,2 %

\* af den pågældende gruppe (alder og køn)

\*\* der foreligger ikke data om alder og køn for 16 beboere, hvorfor de ikke indgår i denne oversigt.

Interviewene beskriver, at den angstdæmpende medicin ofte har god effekt og lindrer de ældres symptomer. At der kun er få beboere, der får angstdæmpende medicin og at der ikke ordineres store mængder angstdæmpende medicin på plejehjemmene længere. Der er dog fortsat beboere der har fået angstdæmpende medicin gennem lang tid. Kompetencen hos personalet påvirker forbruget af angstdæmpende medicin.

### Forbruget af sovemedicin

Af de 666 beboerne, der indgår i dataindsamlingen får 94 (14,1 %) sovemedicin fast. Af de 94, der får sovemedicin, får 11 (11,7 %) sovemidler af den ældre type med lang halveringstid (>12 timer), hvilket betyder, at virkningen er længe om at komme ud af kroppen. 83 (88,3 %) får den nyere type sovemidler med kort halveringstid (<12 timer), hvor virkningen hurtigere er ude af kroppen.

Tabel 4 viser antal og procent beboere inden for den enkelte aldersgruppe, der får sovemedicin. 15,5 % af alle mænd og 14,0 % af alle kvinder får sovemedicin.

Tabel 4. Forbruget af sovemedicin blandt de 650 beboerne på plejehjem fordelt på alder og køn\*\*

Sovemedicin	Antal mænd (i alt 174)	Procentfordeling*	Antal kvinder (i alt 476)	Procentfordeling*
Under 70 år	2	7,1 %	2	9,5 %
70 – 79 år	7	15,6 %	7	15,6 %
80 – 89 år	11	16,7 %	28	14,4 %
Over 90 år	7	20,0 %	30	13,9 %
I alt	27	15,5 %	67	14,0 %

\* af den pågældende gruppe (alder og køn)

\*\* der foreligger ikke data om alder og køn for 16 beboere, hvorfor de ikke indgår i denne oversigt.

Interviewene beskriver at beboernes søvnmønstre observeres gennem længere tid, før beboeren får sovemedicin, at der er fokus på sovemedicin fra lægeside, og der kun bruges lidt sovemedicin.

Interviewene beskriver, at sovemedicin typisk er ordineret, før beboeren flytter på plejehjem, og at sovemedicinen er det første, man forsøger at nedtrappe, når beboeren flytter på plejehjem. Ofte er virkningen af medicinen ophørt, mens at vanen med sovemedicin tager over. Det er dog meget bedre end tidligere.

#### *Forbruget af antipsykotika*

Af de 666 beboere, der indgår i dataindsamlingen, får 156 (23,4 %) antipsykotisk medicin. Heraf får 26 (16,7 %) antipsykotika af den ældre type - de typiske - der hyppigst forbindes med bivirkninger. 130 (83,3 %) får de nyere antipsykotika, - de atypiske - der har betydeligt færre bivirkninger.

Tabel 5 viser antal og procent beboere inden for den enkelte aldersgruppe, der får antipsykotisk medicin. 21,3 % af alle mænd og 23,9 % af alle kvinder får antipsykotisk medicin.

Tabel 5. Forbruget af antipsykotika blandt de 650 beboerne på plejehjem fordelt på alder og køn\*\*.

Antipsykotika	Antal mænd (i alt 174)	Procentfordeling*	Antal kvinder (i alt 476)	Procentfordeling*
Under 70 år	8	28,6 %	9	42,9 %
70 – 79 år	15	33,3 %	10	22,2 %
80 – 89 år	9	13,6 %	50	25,8 %
Over 90 år	5	14,3 %	45	20,8 %
I alt	37	21,3 %	114	23,9 %

\* af den pågældende gruppe (alder og køn)

\*\* der foreligger ikke data om alder og køn for 16 beboere, hvorfor de ikke indgår i denne oversigt.

Interviewene beskriver, at der foretages mange observationer, forud for at en beboer sættes i behandling med antipsykotisk medicin, at lægerne er mere opmærksomme og påpasselige med at udskrive antipsykotika end tidligere, og en del plejehjem beskriver, at antipsykotisk medicin typisk bliver ordineret af en psykiater. Generelt beskrives at færre beboere er i behandling med antipsykotisk medicin end tidligere, men at der efter ordination af antipsykotika ofte er et gråt felt, hvor ingen rigtig tager ansvar og følger op.

#### *Forbruget af antidepressiva*

Af de 666 beboere, der indgår i dataindsamlingen, får 331 (49,7 %) antidepressiv medicin.

Tabel 6 viser antal og procent beboere inden for den enkelte aldersgruppe, der får antidepressiv medicin. Af tabellen fremgår, at i alt omkring 50 % mænd og 50 % kvinder får antidepressiv medicin.

Tabel 6. Forbruget af antidepressiva blandt de 650 beboerne på plejehjem fordelt på alder og køn\*\*.

Antidepressiva	Antal mænd (i alt 174)	Procentfordeling*	Antal kvinder (i alt 476)	Procentfordeling*
Under 70 år	15	53,6 %	13	61,9 %
70 – 79 år	24	53,3 %	21	46,7 %
80 – 89 år	35	53,0 %	111	57,2 %
Over 90 år	12	34,3 %	96	44,4 %
I alt	86	49,4 %	241	50,6 %

\* af den pågældende gruppe (alder og køn)

\*\* der foreligger ikke data om alder og køn for 16 beboere, hvorfor de ikke indgår i denne oversigt.

Interviewene beskriver, at mange ældre udvikler depressioner som følge af fysiologiske ændringer i kroppen og at mange ældre har psykiske lidelser og demenssymptomer, hvor behandlingen er anti-depressiv medicin.