

# Algengi og þróun geðraskana og geðlyfjanotkunar meðal íbúa íslenskra hjúkrunarheimila frá 2003 til 2018

Páll Biering<sup>1</sup> geðhjúkrunarfræðingur

Ingibjörg Hjaltadóttir<sup>1,2</sup> sérfræðingur í öldrunarhjúkrun

<sup>1</sup>Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, <sup>2</sup>meðferðarsviði Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Páll Biering [pb@hi.is](mailto:pb@hi.is)

## Inngangur

Pegar fleiri ár bætast við lífshlaupið eykst ástvinamissir, félagsleg hlutverk breytast og geta til athafna daglegs lífs minnkar. Þetta eru taldar meginástæður þess að með hækkandi lífaldri versnar geðheilsa eldra fólks. Rannsókn í sex Evrópulöndum leiddi í ljós að 15,2% aldraðra (65+) glímdu við vægt þunglyndi og að 12,6% þjást af miðlungs eða alvarlegu þunglyndi.<sup>1</sup> Kvíðaeinkenni eru jafnvel enn algengari en einkenni þunglyndis, en slík einkenni fara oft saman meðal aldraðra.<sup>1</sup> Íslensk rannsókn frá 2009 fann að versnandi líkamleg heilsa sem fylgir efri árum eykur geðrænan vanda og vísbendingar eru um að tengslin séu sterkari við skerta færni til athafna daglegs lífs en sjúkdómama sem því valda.<sup>2</sup> Flestar faraldsfræðilegar rannsóknir á geðheilsu aldraðra hafa verið gerðar á almennu þýði en þunglyndi og kvíði eru mun algengari meðal íbúa hjúkrunarheimila. Þannig leiddi samantekt á rannsóknar-niðurstöðum í ljós að 29% íbúa á öldrunar- og hjúkrunarheimilum í þróuðum ríkjum höfðu einkenni þunglyndis og að 10% þjástust af alvarlegu þunglyndi.<sup>3</sup>

Geðlyf eru algengasta meðferðarúrræðið við geðrænum vanda aldraðra; neysla þeirra er útbreidd og fer vaxandi.<sup>4</sup> Geðlyfjanotkun er ekki síst mikil á öldrunarstofnunum. Þannig sýndu niðurstöður 37 rannsókna í 12 Evrópulöndum að 12-59% íbúa á hjúkrunarheimilum tóku geðrofslyf og 19-68% þunglyndislyf.<sup>5</sup> Þar að auki eru aldraðir viðkvæmir fyrir skaðlegum aukaverkunum geðlyfja, en hættan á þeim eykst með annarri lyfjanotkun sem oft fylgir efri árum.<sup>6</sup> Því er fjöllyfjanotkun (*polypharmacy*) áhyggjuefni, ekki síst á hjúkrunarheimilum.<sup>7</sup>

Geðlyfjanotkun hér á landi, og þá líklega einnig geðsjúkdóma-greiningar, er með því mesta sem þekkt<sup>8</sup> svo reikna má með að sú þróun sem lýst er hér að framan hafi líka orðið á íslenskum

## ÁGRIP

### INNGANGUR

Faraldsfræðilegar rannsóknir sýna mikla útbreiðslu geðræns vanda og geðlyfjanotkunar meðal aldraðra í þróuðum löndum, ekki síst meðal þeirra sem búa á hjúkrunarheimilum. Þekkingu á geðrænum vanda og geðlyfjanotkun íbúa íslenskra hjúkrunarheimila er ábótavant, en mikilvæg fyrir stefnumótun í geðheilbrigðisþjónustu á heimilunum. Því var tilgangur rannsóknarinnar að kanna algengi geðsjúkdómsgreininga og geðlyfjanotkunar meðal íbúa íslenskra hjúkrunarheimila, samspil þessara þátta og hvernig þeir hafa þróast frá 2003 til 2018.

### EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknargögnin voru fengin úr niðurstöðum matsgerða með annarri útgáfu interRAI mælitækisins á tímabilinu frá 2003 til 2018. Í rannsókn-inni var stuðst við síðasta mat hvers árs (N=47,526).

### NIÐURSTÖÐUR

Á tímabilinu hafði um það bil helmingur íbúanna kvíða- og/eða þunglyndisgreiningu; 49,4% árið 2003, en 54,5% 2018. Þessi tíðni jókst til ársins 2010 er hún var 60,9%. Hún hefur síðan farið hægt minnkandi. Neysla geðlyfja jókst úr 66,3% í 72,5%. Þunglyndislyf eru algengust og jókst neysla þeirra úr 47,5% í 56,2%. Neysla geðrofslyfja hefur haldist nær óbreytt, eða í kringum 26%. Nokkurt ósamræmi var á milli geðsjúkdómagreininga og geðlyfjanotkunar. Þannig fengu að meðaltali 18,2% geðlyf að staðaldri án þess að hafa greiningu og 22,3% tóku geðrofslyf í öðrum tilfellum en mælt er með.

### ÁLYKTANIR

Aldursbreytingar hafa áhrif á verkun geðlyfja og rannsóknir hafa ekki staðfest jákvæða langtíma-verkun þeirra fyrir aldraða. Þeir eru einnig viðkvæmir fyrir skaðlegum aukaverkunum lyfjanna sem aukast enn með fjöllyfjanotkun. Því er mikilvægt að geðlyfjanotkun aldraðra sé byggð á nákvæmri geðskoðun. Eins er mikilvægt að þróa önnur úrræði til að efla geðheilsu íbúa íslenskra hjúkrunarheimila.

hjúkrunarheimilum. Ekki hefur enn verið gerð heildræn rannsókn á geðsjúkdómagreiningum og geðlyfjanotkun íbúa á íslenskum öldrunarstofnunum, né hefur þróun þessara þátta verið lýst. Mikilvægt skref í stefnumótun geðheilbrigðisþjónustu á íslenskum hjúkrunarheimilum er að varpa ljósi á þessa þætti. Því er tilgangur þessarar rannsóknar að kanna algengi geðsjúkdómagreininga og geðlyfjanotkun íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum og hvernig hún hefur þróaðst síðustu árin. Í þeim tilgangi verður eftirfarandi rannsóknarspurningum svarað:

1. Hver er tíðni geðgreininga á meðal íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum og hvernig hefur hún þróast frá 2003 til 2018?
2. Hver er tíðni geðlyfjanotkunar í þessum hópi og hvernig hefur hún þróast frá 2003 til 2018?
3. Hver eru tengslin á milli geðlyfjanotkunar og geðgreininga á íslenskum hjúkrunarheimilum?

### Efniviður og aðferð

Rannsóknin er afturskyggn þversniðsrannsókn. Rannsóknargögnin eru fengin úr niðurstöðum matsgerða með annarri útgáfu mælitækisins „Gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarþörf íbúa á öldrunarstofnunum“ (Minimum Data Set 2.0), sem er gagnasöfnunarhluti matstækisins: „Raunverulegur aðbúnaður íbúa“ (Resident Assessment Instrument; interRAI).<sup>9</sup> Hér eftir kallað „RAI-mælitæki“. Mælitækið er notað til samræmdrar skráningar og mats á heilsufari, færni og þörfum íbúa á hjúkrunarheimilum. Það hefur verið notað á Íslandi síðan 1996 og frá árinu 2003 hefur það verið lagt fyrir að minnsta kosti þrisvar á ári. Matið byggir á upplýsingum úr viðtölum við og athugunum á íbúunum, viðtölum við ættingja og gögnum úr sjúkraskrá. Sýnt hefur verið fram á réttmæti og áreiðanleika þess.<sup>10</sup> Í þessari rannsókn voru notaðar eftirfarandi breytur og kvarðar úr RAI-mælitækinu:

Geðsjúkdómagreiningar í RAI-mælitækinu eru fjórar: kvíði, þunglyndi, geðklofi og oflæti/þunglyndi. Síðasttalda greiningin er nú oftast kölluð geðhvörf og verður það heiti notað hér. Þessar greiningar eru tvíkostabreytur og segja til um hvort einstaklingur hafi tiltekna greiningu í sjúkraskrá. Greiningarnar eru því gerðar af viðkomandi lækni, en rannsóknargögnin veita engar upplýsingar um hvaða greiningarskilmerki liggja að baki þeim. Greiningarnar segja því hvorki til um alvarleika né birtingarmyndir þess geðræna vanda sem liggur að baki þeim; til dæmis hvers konar kvíðaröskun liggur að baki kvíðagreiningunni.

Í RAI-mælitækinu er geðlyfjanotkun skráð samkvæmt lyfjaflokkunarkerfinu ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification): sterk geðlyf (N05A, Antipsychotics), kvíðastillandi lyf (N05B, Anxiolytics) og geðdeyfðarlyf (N06A, Antidepressants). Nöfnum lyfjaflokkanna hefur verið breytt í Sérlyfjaskrá og heita nú geðrofslyf, róandi lyf, kvíðalyf og þunglyndislyf. Í þessari grein eru nýju nafngiftirnar notaðar. Ekki verður fjallað um svefnlyfjanotkun (N05C) því reikna má með að slíkum lyfjum sé ekki ávísað sem meðferð við þeim geðræna vanda sem geðsjúkdómagreiningarnar lýsa. Í RAI-mælitækið er skráð hversu marga daga á síðastliðnum 7 dögum íbúi fékk geðlyf. Til að gæta varúðar nær rannsóknin aðeins til þeirra sem fengu geðlyf alla síðustu 7 daga þegar mæling var gerð. Þessi breyta segir ekki til um hvaða undirflokki þessara megin geðlyfjaflokka lyfin sem notuð voru tilheyrðu.

Algengi notkunar sterkra geðlyfja (geðrofslyfja) í öðrum til-

fellum en mælt er með. Þessi gæðavísir RAI-mælitækisins mælir þann fjölda íbúa sem hafa fengið geðrofslyf án þess að vera með alvarlegan geðsjúkdóm eða tengd vandamál; nánar tiltekið geðklofa eða ofskynjanir.

### Úrtak

Rannsóknargögnin voru fengin úr miðlægum gagnagrunni Embættis landlæknis sem nær yfir RAI-matsgerðir á íslenskum hjúkrunarheimilum frá 2003 til 2018. Þar sem tilgangur rannsóknarinnar var að skoða þróun yfir tímabilið og breytingar milli ára, var stuðst við síðustu árlegu mælingu hvers einstaklings (N=47.526). Þannig voru borin saman gögn úr 16 þversniðsrannsóknum þar sem fjöldi þátttakenda var frá 2706 (árið 2005) til 3324 (árið 2007), eða að meðaltali 2970. Vísindasiðanefnd og Embætti landlæknis veittu leyfi fyrir rannsókninni (tilvísunarnúmer: VSNb2013030008/03.11 og EL1303070).

### Tölfræðileg úrvinnsla

Lýsandi tölfræði var beitt til að draga upp mynd af tíðni og þróun geðsjúkdómagreininga og geðlyfjanotkunar á tímabilinu. Kí-kvaðrat próf fyrir leitni (Chi-Square test for trend) var notað til að skoða hvort þróunin væri tölfræðilega marktæk.

### Niðurstöður

Meðalaldur þátttakenda var 84,2 ár (sd=8,4; N=47.526); konur voru 63,5% og karlar 36,5%.

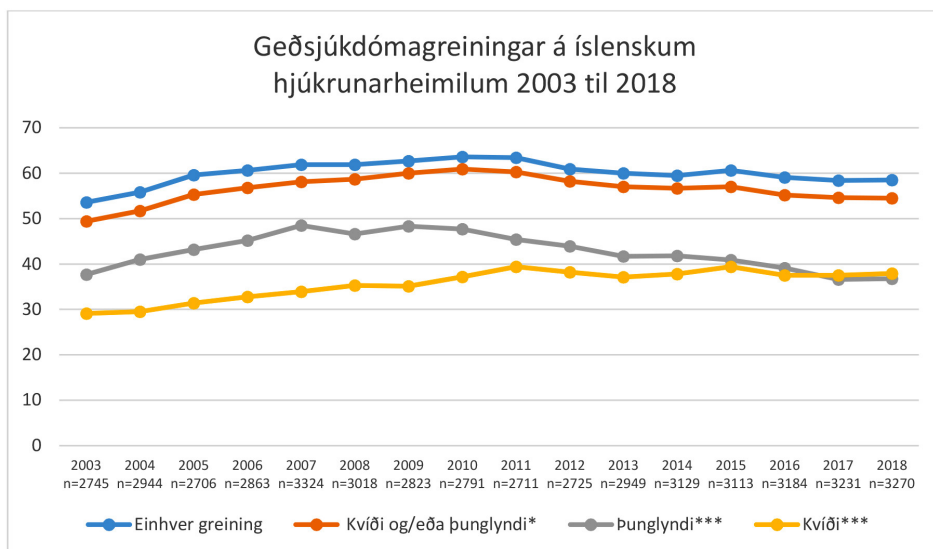
### Geðsjúkdómagreiningar

Á tímabilinu höfðu að meðaltali 60,0% íbúanna einhverja geðsjúkdómagreiningu. Þetta hlutfall tók ekki tölfræðilega marktækum breytingum; var 53,6% árið 2003 en 58,5% 2018. Það fór hægt vaxandi til 2010 er það náði hámarki, 63,4%. Þunglyndi var algengasta geðgreiningin; að meðaltali 42,5%. Hlutfallið var 37,7% árið 2003 og fór hækkandi til árunna 2007 til 2010 er það var að meðaltali 47,8%. Síðan hefur það lækkað og var 36,8% árið 2018 ( $\chi^2 = 259,8$ ;  $p < 0,001$ ). Kvíði var næstalgengasta greiningin; að meðaltali 35,6%. Hlutfallið var 29,1% árið 2003, en 37,9% 2018. Kvíðagreiningar náðu hámarki árið 2011 er þær voru 39,4% ( $\chi^2 = 207,5$ ;  $p < 0,001$ ). Að meðaltali höfðu 56,5% íbúanna kvíða- og/eða þunglyndisgreiningu. Þetta hlutfall var 49,4% árið 2003 en 54,5% 2018 ( $\chi^2 = 164,5$ ;  $p < 0,05$ ) (mynd 1).

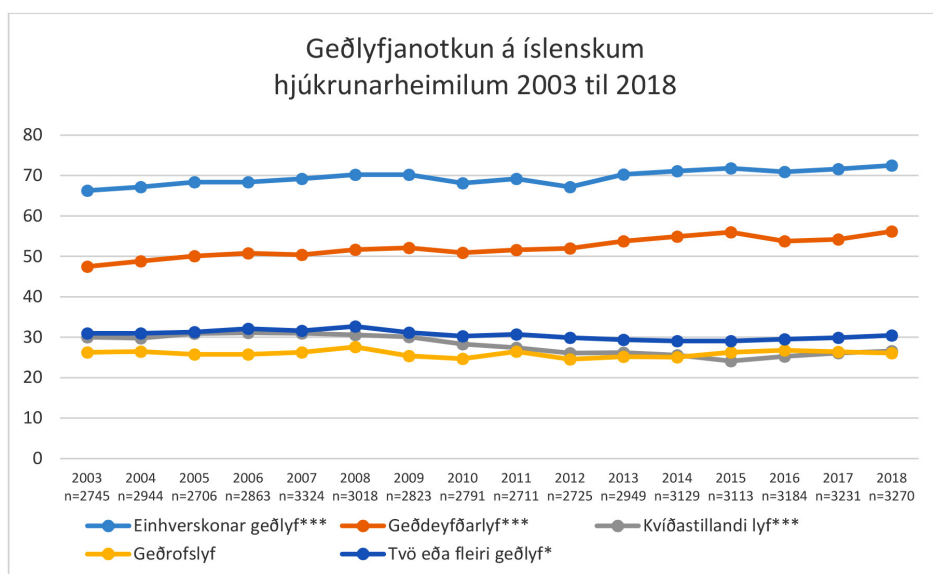
Árið 2018 voru 4,2% íbúanna greindir með geðhvörf og hefur tíðnin haldist nær óbreytt; var að meðaltali 4,4%. Hún var hæst árið 2005, 5,2% en lægst árið 2003, 3,7%. Tíðni geðklofagreininga hefur tekið meiri og tölfræðilega marktækum breytingum, en hún var að meðaltali 2,7%. Á árunum 2003 til 2007 var hún á bilinu 2,3% til 2,9% en tók þá að minnka og náði lágmarki, 1,8%, árið 2012. Síðan hefur hún hækkað jafnt og þétt og var 4,1% árið 2018 ( $\chi^2 = 68,5$ ;  $p < 0,001$ ).

### Geðlyfjanotkun

Á tímabilinu tóku að meðaltali 69,6% íbúanna einhvers konar geðlyf að staðaldri. Árið 2003 var hlutfallið 66,3% en fór hægt vaxandi til árunna 2008 og 2009 er það var 70,2%. Þá dró aðeins úr til ársins 2012, er það varð 67,2%. Síðan hefur neyslan aukist og var



**Mynd 1.** Hlutfall íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum sem voru með geðsjúkdómagreiningu á árabílinu 2003 til 2018. Kí-kvaðrat próf fyrir leitni: \* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .



**Mynd 2.** Hlutfall íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum sem tóku geðlyf á árabílinu 2003 til 2018. Kí-kvaðrat próf fyrir leitni: \* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

72,5% árið 2018 ( $\chi^2 = 71,3$ ;  $p < 0,001$ ). Þunglyndislyf voru mest notuð; að meðaltali 52,3%. Árið 2003 var hlutfallið 47,5% og jókst í 52,1% til ársins 2009. Það hélst að mestu óbreytt til 2012, en hefur aukist síðan og var 56,2% árið 2018 ( $\chi^2 = 112,7$ ;  $p < 0,001$ ). Aftur á móti dró aðeins úr neyslu róandi lyfja og kvíðalyfja, sem var að meðaltali 28,0%. Árið 2003 tóku 30,0% íbúanna róandi lyf og kvíðalyf, en 26,6% árið 2018 ( $\chi^2 = 128,3$ ;  $p < 0,001$ ). Neysla geðrofslyfja hefur haldist nær óbreytt; var að meðaltali 26,0%. Á tímabilinu tóku að meðaltali 30,6% íbúanna lyf úr tveimur eða þremur geðlyfjaflokkum. Þetta hlutfall hefur tekið óverulegum breytingum þó þær séu tölfræðilega marktækar ( $\chi^2 = 136,2$ ;  $p < 0,05$ ); var hæst árið 2008, 32,7%, en lægst árin 2014 og 2015, 29,1% (mynd 2). Að meðaltali tóku 6,1% íbúanna lyf úr öllum þremur geðlyfjaflokkunum. Þetta hlutfall tók ekki tölfræðilega marktækum breytingum.

#### Samband geðlyfanotkunar og geðgreininga

Á tímabilinu tók að meðaltali tæpur fimmtungur (18,2%) íbúanna einhvers konar geðlyf að staðaldri án þess að fyrir lægi geðsjúkdómagreining. Þetta hlutfall var 21,3% árið 2003, en fór lækandi til 2010, þegar það var 14,4%. Síðan hefur það hækkað jafnt og

þétt og var orðið 22,1% árið 2018 ( $\chi^2 = 253,9$ ;  $p < 0,05$ ). Að meðaltali fengu 8,6% ekki geðlyf að staðaldri þrátt fyrir að hafa geðsjúkdómagreiningu. Þetta hlutfall breyttist óverulega á tímabilinu. Að meðaltali fengu 17,3% íbúanna þunglyndis- og/eða róandi lyf og kvíðalyf án þess að hafa kvíða- eða þunglyndisgreiningu. Þetta hlutfall var 19,9% árið 2003 og fór lækandi til ársins 2010 er það var 13,3%. Síðan hefur það aukist jafnt og þétt og var 21,7% árið 2018 ( $\chi^2 = 307,6$ ;  $p < 0,01$ ). Að meðaltali fengu 11,0% þeirra sem höfðu kvíða- og eða þunglyndisgreiningu hvorki þunglyndis- né róandi lyf og kvíðalyf. Þetta hlutfall hefur tekið litlum og óreglulegum breytingum. Hlutfall þeirra sem fengu geðrofslyf að staðaldri án þess að hafa geðklofagreiningu eða ofskeynjanir var að meðaltali 22,3% á tímabilinu. Þetta hlutfall tók óverulegum og ómarktækum breytingum og var 21,7% árið 2018.

#### Umræða

Að meðaltali á tímabilinu voru 60% íbúa íslenskra hjúkrunarheimila með einhverja geðsjúkdómagreiningu og þetta hlutfall tók ekki tölfræðilega marktækum breytingum. Þunglyndi var algengasta greiningin; að meðaltali 42,5% og kvíðagreiningar voru 35,6%.

Tíðni þessara greininga hefur tekið tölfraðilega marktækum breytingum á tímabilinu. Kvíða- og þunglyndisgreiningarnar fara oft saman og ef samanlögð tíðni þeirra er skoðuð (mynd 1) er breytingin óverulegri, þó hún sé tölfraðilega marktæk. Ekki fundust faraldsfræðilegar rannsóknir á tíðni kvíða- og þunglyndisgreininga á hjúkrunarheimilum, en fjölpjódleg evrópsk rannsókn bendir til þess að rúmur fjórðungur (27,8%) aldraðra (+65) mæti greiningarviðmiðunum þunglyndis.<sup>1</sup> Búast má við að geðheilsa eldri Íslendinga sé ekki stórlega verri en í öðrum Evrópulöndum. Því má draga þá ályktun að há tíðni geðraskana á íslenskum hjúkrunarheimilum stafi annaðhvort af versnandi geðheilsu við flutning á öldrunarheimili og þeirri skerðingu lífsgæða sem er aðdragandi þess, eða af ofgreiningu geðraskana, eða hvoru tveggja.

Fáar faraldsfræðilegar rannsóknir hafa verið gerðar á geðklofa meðal aldraðra, en nokkrar á tíðni geðrofseinkenna. Samkvæmt safngreiningu frá 2013<sup>11</sup> var tíðni geðrofseinkenna meðal aldraðra (+50) utan stofnana 1,7%, en allt að 4,6% á hjúkrunarheimilum vegna geðrofseinkenna sem fylgja heilabilun. Ef geðrofseinkenni fólks með heilabilun eru greind sem geðklofi af lækni íbúans, sem er umdeilanlegt, er tíðni geðklofagreininga á íslenskum hjúkrunarheimilum í samræmi við þessar niðurstöður, en hún sveifladi á milli 1,8% og 4,1% – náði hámarki 2018. Tíðni geðhvarfa var að meðaltali 4,4% á tímabilinu og tók ekki tölfraðilega marktækum breytingum, en samkvæmt nýlegri safngreiningu, sem náði til Evrópubúa á aldrinum 65 til 84 utan stofnana, var hún 2,5%.<sup>12</sup>

Á tímabilinu fékk tæpur fimmtungur íbúanna geðlyf að staðaldri án þess að fyrir lægi geðsjúkdómagreining og 8,6% var ekki ávísað geðlyfjum þrátt fyrir að hafa greiningu. Jafnframt fengu að meðaltali 17,3% kvíða- og/eða geðdeyfðarlyf án þess að fyrir lægi kvíða- eða þunglyndisgreining. Þessi hlutföll tóku tölfraðilega marktækum breytingum á tímabilinu, en voru nær þau sömu í upphafi og við lok þess. Þetta bendir til að greiningar geðraskana séu ónákvæmar, hvort sem þær eru ofgreindar eða ekki. Í þessu samhengi ber einnig að hafa í huga að rannsóknargögnin veita ekki upplýsingar um greiningarskilmerkin að baki geðsjúkdómagreiningunum. Fræðafólk á sviði öldrunargeðlækninga hefur bent á að vegna hugrænna breytinga sem fylgja öldrun dugi hin hefðbundnu greiningarkerfi, svo sem Greiningarhandbók bandarísku geðlæknasamtakanna (DSM) og stöðluð greiningarviðtöl Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (CID-I), ekki til að greina af nákvæmni geðraskanir á meðal aldraðra og hafa aðlagð CID-I að þörfum þeirra.<sup>13</sup>

Ónákvæmar greiningar hafa ekki einar og sér bein áhrif á heilsufar, en geta komið í veg fyrir viðeigandi meðferð. Öðru gegnir um geðlyf og áhyggjur fara vaxandi af óþarfri og skaðlegri notkun þeirra meðal aldraðra.<sup>6</sup> Að meðaltali á tímabilinu tóku 69,6% íbúanna einhvers konar geðlyf og neyslan jókst úr 66,3% í 72,5%. Þá eru hvorki meðtalin svefnlyf né heldur þegar geðlyfjum var ávísað sjaldnar en alla daga vikunnar. Heldur dró úr neyslu róandi lyfja og kvíðalyfja en notkun þunglyndislyfja jókst töluvert. Hlutfall þeirra sem tóku lyf úr tveimur geðlyfjaflokkum breyttist nær ekkert og það sama á við um notkun geðrofslyfja.

Samkvæmt kerfisbundinni samantekt á geðlyfjanotkun á hjúkrunarheimilum í 12 Evrópulöndum,<sup>5</sup> er notkun geðrofslyfja á íslenskum hjúkrunarheimilum svipuð og annars staðar í Evrópu. Aftur á móti er notkun þunglyndislyfja töluvert meiri á Íslandi, eða 52,3% samanborið við 40% í Evrópulöndunum.<sup>5</sup> Geðlyfjanotkunin var mismikil eftir löndum. Notkun geðrofslyfja er minnst á norskum og frönskum hjúkrunarheimilum (25%), en

mest á austurrískum heimilum (45%). Notkun þunglyndislyfja var minnst á Ítalíu og í Þýskalandi (21%) en mest í Belgíu (48%), sem er minna en hér á landi (52,3%). Munurinn á geðlyfjanotkuninni var enn meiri á milli einstakra hjúkrunarheimila en á milli landanna. Þannig var lægst tíðni notkunar geðrofslyfja 12%, en sú hæsta 59% og tíðni notkunar þunglyndislyfja var frá 19% til 68%. Höfundar telja að hugsanlegra skýringa á þessum mun sé ekki að leita í mismunandi samsetningu heimilisfólks heldur mismunandi nálgun við umönnun, fjárhagslegum þáttum og mismunandi afstöðu til ávísunar geðlyfja. Samkvæmt gögnum sem aflað var með RAI-mælitaekinu notuðu 14,4% íbúa bandarískra hjúkrunarheimila geðrofslyf og 19,9% róandi lyf og kvíðalyf.<sup>14</sup> Þetta er mun minna en á íslenskum hjúkrunarheimilum.

Notkun geðlyfja á íslenskum hjúkrunarheimilum er í hærri kantinum á heimsvísu og jókst á tímabilinu sem rannsóknin náði til. Þetta þarf að laga því óvíst er um árangur af geðlyfjanotkun aldraðra og aukaverkanir geta verið þeim skaðlegar. Eins eru sterkar vísbendingar um að þunglyndislyf vinni ekki gegn þunglyndiseinkennum fólks með heilabilun,<sup>15</sup> en 70% íbúa íslenskra hjúkrunarheimila hafa heilabilun á einhverju stigi.<sup>10</sup> Framangreindar rannsóknir náðu til almenns þýðis, en fáar áreiðanlegar rannsóknir hafa verið gerðar á árangri þunglyndislyfja meðal íbúa á hjúkrunarheimilum. Helstu skaðlegu áhrif þunglyndislyfja á aldraða eru föll, beinbrot og dauðsföll, en SNRI-lyf eru líklegri til að valda slíkum áhrifum en SSRI-lyf.<sup>16</sup> Gögnin sem unnið var með í þessari rannsókn veita ekki upplýsingar um hvernar tegundar þunglyndislyfin voru sem ávísað var til íbúa íslensku hjúkrunarheimilanna. Erfitt er að greina orsakasamband á milli þunglyndislyfja og minnkandi hugrænnar færni og þróunar heilabilunar því þunglyndið sem lyfjunum er ætlað að vinna gegn getur einnig verið orsakabáttur. Þó eru vísbendingar um að þunglyndislyf auki þá hættu í stað þess að draga úr henni.<sup>17</sup>

Mismunandi lyfjaflokkar tilheyra yfirflokknum róandi lyf og kvíðalyf, en rannsóknargögnin veita ekki upplýsingar um hvaða róandi lyf og kvíðalyf eru mest notuð á íslenskum hjúkrunarheimilum. Ef marka má evrópskar rannsóknir<sup>18</sup> má búast við að töluvert sé notað af Benzodiazepine-lyfjum. Slíkum lyfjum er oftast ávísað við kvíða og svefnleysi og rannsóknir sýna jákvæða virkni,<sup>19</sup> en flestar rannsóknir hafa verið gerðar á fólki yngra en 65 ára. Einnig skortir rannsóknir á langtímaáhrifum Benzodiazepinelyfja, en vegna þolmyndunar, hættu á ávanabindingu og alvarlegum aukaverkunum er sterklega mælt gegn langtímanotkun aldraðra á þessum lyfjum.<sup>20</sup> Bæði Benzodiazepine-lyf og róandi lyf sem ekki innihalda Benzodiazepine (Z-lyf) auka hættu á föllum og beinbrotum meðal aldraðra og draga úr vitrænni færni<sup>6</sup> og vísbendingar er um að neysla þeirra geti verið einn af áhættuþáttum heilabilunar.<sup>20</sup>

Að meðaltali tóku 26,0% íbúa hjúkrunarheimilanna geðrofslyf, en hlutfall þeirra sem tók slík lyf án þess að mæta skilyrðunum sem sett eru í gæðavísunum *Algengi notkunar sterkra geðrofslyfja í öðrum tilfellum en mælt er með* var að meðaltali 22,3%. Þetta þýðir að eingöngu 14,2% þeirra sem tóku geðrofslyf mættu skilyrðunum, sem eru að hafa geðklofagreiningu eða ofskynjanir. Samkvæmt evrópskum rannsóknum gæti skýringanna verið að leita í þeirri tilhneigingu að ávísa geðrofslyfjum á íbúa hjúkrunarheimila sem sýna óróleika og hegðunarvanda af völdum heilabilunar.<sup>21</sup> Íslensk rannsókn frá 1999<sup>22</sup> bendir til að það sama eigi sér stað á íslenskum hjúkrunarheimilum, en hún sýndi að 62% íbúa á heilabilunardeildum fengu geðrofslyf, samanborið við 15% íbúa í þjónusturými. Vísbendingar eru um að sumar gerðir geðrofslyfja geti

dregið úr óróleika og hegðunarvanda heilablaðra, sérstaklega ef þau eru alvarleg, en árangur er of lítill til að mæla með þeim, ekki síst vegna hættunnar á skaðlegum áhrifum.<sup>23</sup> Rannsóknir benda til að geðrofslyf auki hættu á dauðsföllum, sykursýki, sljóleika, föllum og mjaðmagrindarbrotum og hafi skaðleg áhrif á hjarta- og æðakerfi, þar með talið blóðtappamyndun.<sup>24</sup> Einnig eru vísendingar um að hefðbundin geðrofslyf valdi frekar skaðlegum áhrifum en óhefðbundin. Þetta á sérstaklega við um áhrif á hjarta og æðakerfi, sykursýki, sljóleika<sup>24</sup> og hættu á dauðsföllum.<sup>25</sup> Þær rannsóknir sem hér er vísað til náðu til almenns þýðis, en nýleg safngreining<sup>26</sup> bendir til að óhefðbundin geðrofslyf auki hættu á dauðsföllum þegar þau eru gefin vegna hegðunar og sálfélagslegs vanda eldra fólks með heilabilun. Rannsóknargögnin veita ekki upplýsingar um hlutfallslega tíðni á milli notkunar hefðbundinna og óhefðbundinna geðrofslyfja á íslenskum hjúkrunarheimilum.

## Ályktanir

Gæta þarf meiri nákvæmni í greiningum á geðrænum vanda íbúa íslenskra hjúkrunarheimila með því að aðlaga greiningaraðferðir að þörfum þeirra. Sérstaklega þarf að hafa í huga að þunglyndis-einkennum, óróleiki og hegðunarvandi fólks með heilabilun getur stafað af líkamlegum óþægindum og sársauka.<sup>27</sup> Árangur af geðlyfjanotkun aldraðra er óviss og þau geta haft skaðleg áhrif. Því er mikilvægt að draga úr notkun þeirra. Mikil geðlyfjanotkun á öldrunarheimilum er hluti stærri vanda fjöllyfjanotkunar, sérstaklega þegar óæskilegar samlegðaraukaverkanir vega þyngra en ábatinn af einstaka lyfi. Ýmsar leiðbeiningar hafa verið þróaðar til að draga úr fjöllyfjanotkun aldraðra og Embætti landlæknis mælir með Stop-Start-viðmiðunum.<sup>28</sup> Einnig hafa verið þróaðar árangursríkar leiðbeiningar til að draga úr geðlyfjanotkun á

hjúkrunarheimilum.<sup>29</sup> Mikilvægt er að íslensk hjúkrunarheimili nýti sér slíkar leiðbeiningar. Einnig er þörf á að rannsaka hvaða þættir hafa áhrif á geðlyfjanotkun á íslenskum hjúkrunarheimilum því tíðni geðlyfjanotkunar, og því að líkindum ástæður hennar, er mismunandi eftir löndum og á milli hjúkrunarheimila innan hvers lands.<sup>14</sup> Mikilvægt er að þekkja þá þætti sem stuðla að óþarfa geðlyfjanotkun til að unnt sé að draga úr henni.

Það krefst einstaklingsbundinnar nálgunar og varúðar að draga úr geðlyfjanotkun og gott er að bjóða upp á önnur meðferðarúrræði samhliða því og einnig til að fyrirbyggja óþarfa geðlyfjanotkun. Ýmis sálfélagsleg inngrip gagnast öldruðum og mörg meðferðarúrræði hafa verið þróuð til draga úr hegðunar- og geðrænum einkennum meðal fólks með heilabilun, meðal annars hreyfing, nudd-, ilm- og birtumeðferð og endurminninga-, tónlistar- og gæludýrameðferð. Árangur þessara úrræða er misvel studdur rannsóknnum – sumar þeirra eru þó gagnreyndar<sup>30</sup> – en þær eru skaðlausar og oft ódýrar í framkvæmd.

## Þakkir

Rannsakendur vilja þakka styrk til rannsóknarinnar frá Vísindasjóði Landspítala og Vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Greinin barst til blaðsins 9. september 2020, samþykkt til birtingar 23. nóvember 2020.

## ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/ibl.2021.01.615

### The prevalence of psychiatric diagnoses and psychotropic medication in Icelandic nursing homes from 2003 to 2018

Páll Biering<sup>1</sup>  
Ingibjörg Hjaltadóttir<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, University of Iceland, <sup>2</sup>Division of Clinical Services Landspítali, National University Hospital.

**Correspondence:** Páll Biering, [pb@hi.is](mailto:pb@hi.is)

**Key words:** *older people, mental health care, psychiatric diagnoses, psychotropic medication.*

**INTRODUCTION:** Research shows a high prevalence of mental disorders and psychotropic medication among older people, especially in nursing homes. Knowledge of this concerning issue among Icelandic nursing homes residents is limited, despite its importance for mental health policymaking. Therefore, the aim of this study was to investigate the prevalence of psychiatric diagnoses and psychotropic medication in Icelandic nursing homes, the relationship between these factors and how they have evolved from 2003 to 2018.

**MATERIAL AND METHODS:** The research data comes from interRAI MDS 2.0 assessments for nursing home residents in Iceland, for the period 2003–2018. The study uses the last assessment of each year (N=47,526).

**RESULTS:** Approximately half of the residents were diagnosed with anxiety and/or depression: 49.4% in 2003 and 54.5% in 2018. The use of psychotropic drugs increased from 66.3% to 72.5%. Antidepressants were most commonly utilized, with an increase from 47.5% to 56.2%. The use of antipsychotics drugs has remained nearly unchanged, at around 26%. Inconsistency was found between psychotropic medication and psychiatric diagnoses: on average, 18.2% of the residents took psychotropic drugs without being diagnosed and 22.3% took antipsychotics in other cases than recommended.

**CONCLUSION:** Age related changes influence the effect of psychotropic drugs and studies have not supported their positive long-term effects for older people who are also sensitive to associated adverse effects, especially in cases of polypharmacy. Therefore, it is important that psychotropic drugs use is based on accurate mental health assessment. To reduce psychotropic medication, other mental health interventions need to be developed.

Heilmildir

- Braam AW, Copeland JRM, Delespaul PAEG, et al. Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: Results from the EURODEP concerted action. *J Affect Disord* 2014; 155: 266-72.
- Meltzer H, Bebbington P, Brugha, et al. Physical ill health, disability, dependence and depression: Results from the 2007 national survey of psychiatric morbidity among adults in England. *Disabil Health J* 2012; 5: 102-10.
- Seitz, D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010; 22: 1025-39.
- Čurković M, Dodig-Čurković K, Erić AP, et al. Psychotropic medications in older adults: a review. *Psychiatr Danub* 2016; 28: 13-24.
- Janus SI, van Manen JG, IJzerman MJ, et al. Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes. *Int Psychogeriatr* 2016; 28: 1775-90.
- By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67: 674-94.
- Onder G, Liperoti R, Fialova D, et al. Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2012; 67: 698-704.
- Embætti landlæknis. Lyfjanotkun Íslendinga og lyfjagagnagrunnur landlæknis. landlæknir.is/um-embættid/frettir/frettir/item32339/lyfjanotkun-islendinga-og-lyfjagagnagrunnur-landlæknis - júní 2020.
- Allen JE. Long term care facility resident assessment instrument: User's manual for use with version 2.0 of HCFA minimum data set resident assessment protocols and utilization guidelines, October 1995, plus HCFA's 249 questions and answers. 1997. Springer Pub. Co. New York.
- Hjaltdóttir I, Hallberg IR, Ekwall AK, et al. Health status and functional profile at admission of nursing home residents in Iceland over 11-year period. *Int J Older People Nurs* 2012; 7: 177-87.
- Volkert J, Schulz H, Härter M, et al. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013; 12: 339-53.
- Andreas S, Schulz H, Volkert J, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis\_ICF65+ study. *Br J Psychiatry*. 2017; 210: 125-31.
- Wittchen HU, Strehle J, Gerschler, et al. Measuring symptoms and diagnosing mental disorders in the elderly community: The test-retest reliability of the CIDI65+. *Int J Meth Psychiatr Res* 2014; 24: 116-29.
- U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. Nursing Home Compare: medicare.gov/nursinghomecompare/search.html - júní 2020.
- Dudas R, Malouf R, McCleery J, et al. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochr Datab Systemat Rev* 2018; 8. No.: CD003944.
- Sobieraj DM, Martinez BK, Hernandez AV, et al. Adverse Effects of Pharmacologic Treatments of Major Depression in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67: 1571-81.
- Chan JYC, Yiu KKL, Kwok TCY, et al. Depression and Antidepressants as Potential Risk Factors in Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis of 18 Longitudinal Studies. *J Am Med Dir Assoc* 2019; 20: 279-86.e1.
- Huerta C, Abbing-Karahagopian V, Requena G, et al. Exposure to benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs) in seven European electronic healthcare databases: a cross-national descriptive study from the PROTECT-EU Project. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2016; 25 Suppl 1: 56-65.
- Gale CK, Millichamp J. Generalised anxiety disorder. *BMJ Clin Evid* 2011; 2011: 1002. Published 2011 Oct 27.
- Penninkilampi R, Eslick GD. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Risk of Dementia Associated with Benzodiazepine Use, After Controlling for Protopathic Bias. *CNS Drugs* 2018; 32: 6 485-497.
- Foebel AD, Liperoti R, Onder G, et al. Use of antipsychotic drugs among residents with dementia in European long-term care facilities: results from the SHELTER study. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15: 911-17.
- Kjartansson H, Jónsson PV. Geðlyfjanotkun á elli- og hjúkrunarheimilum á Stór-Reykjavíkuvæðinu árið 1996. *Læknablaðið* 2016; 85: 681-90.
- Tampi RR, Tampi DJ, Balachandran S, et al. Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from meta-analyses. *The Adv Chronic Dis* 2016; 7: 229-45.
- Chiu Y, Bero L, Hessol NA, et al. A literature review of clinical outcomes associated with antipsychotic medication use in North American nursing home residents. *Health Policy* 2015; 119: 802-13.
- Randle JM, Heckman G, Oremus M, et al. Intermittent antipsychotic medication and mortality in institutionalized older adults: A scoping review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34: 906-920.
- Yeh TC, Tzeng NS, Li JC, et al. Mortality Risk of Atypical Antipsychotics for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Meta-Analysis, Meta-Regression, and Trial Sequential Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Clin Psychopharmacol* 2019; 39: 472-78.
- Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390: 2673-734.
- O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015; 44: 213-18.
- Massot Mesquida M, Tristany Casas M, Franzi Sísó A, et al. Consensus and evidence-based medication review to optimize and potentially reduce psychotropic drug prescription in institutionalized dementia patients. *BMC Geriatr* 2019; 19: 7.
- Scales K, Zimmerman S, Miller SJ. Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Gerontologist* 2018; 58 (suppl\_1): S88-S102.



49 000 studenter och 6 400 medarbetare gör Göteborgs universitet till en stor och inspirerande arbetsplats. Stark forskning och attraktiva utbildningar lockar forskare och studenter från hela världen. Med ny kunskap och nya perspektiv bidrar vi till en bättre framtid.

# UNIVERSITETSLEKTOR I ANESTESIOLOGI OCH INTENSIVVÅRD

förenad med befattning som  
specialistläkare

Ref nr: PAR 2020/1493

Sista ansökningsdag: 2021-03-02

För mer information se Göteborgs universitets hemsida:  
[www.gu.se/omuniversitetet/aktuellt/lediga-jobb](http://www.gu.se/omuniversitetet/aktuellt/lediga-jobb)



**Xarelto 15 mg och 20 mg filmhållbara tabletter – Skyldutenti**

▼ Þetta lyf er undir sérstökum eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfssins komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skil Lyfjastofnun um allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. **Virk efni:** Rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttarfán lokusjúkdómum og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartalabilun, hjáþýting, aldur ≥ 75 ára, sykursjúki, sögu um heilaslaga eða skammvinnit blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúplægum bláðæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurteka segamyndun í djúplægum bláðæðum og segareki í lungum hjá fullorðnum. **Frábendingar:** •Ofnæmi fyrir virku efni eða einhverju hjálparefnum. •Virki bláðing sem hefur klíniska þýðingu. •Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli bláðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hættu er á bláðingu, nýlega áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúplublaðing, þekkt ábðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláðæðatenginga, æðagap, eða mjög afbrögðlegar æðar í mænu eða heila. •Samhliða meðferð með öðrum segavarnaryfjum, t.d. ósundurgræindum (unfractionated) heparín, léttu (low molecular weight) heparín (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparínux), segavarnaryfjum til inntöku (warfarín, dabígratran etíxatíl, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstök aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynnarmæðferð eða ef ósundurgræint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláð eða slagæð. •Lífarsjúkdómur með blóðstorkuflurum og bláðingaráhættu sem hefur klíniska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulífur af flokki Child Pugh B og C. •Meðganga og brjóstgjöf. **Markaðsleyfishafi:** Bayer AG. **Heimild:** Unnið í nóvember 2019 úr Samantekt á eiginleikum lyfs (október 2019). **Nálágast má upplýsingar um lyfið og samantekt á eiginleikum þess, fylgiseðil, verð og greiðsluþáttöku á vef Lyfjastofnunarinnar, www.serlyfjaskra.is.** **Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluflni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfssins hefst.** **Athenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin.** Vinsamlegast hafið samband við umbodsaðla lyfssins (leopharma hf.) í síma 540 8000 ef óskað er eftir fræðsluflni fyrir lyfið.

BAY191101



Heiti lyfs: Slenyto 1 mg forbatöflur og 5 mg forbatöflur. **Innihaldslýsing:** Slenyto 1 mg og 5 mg forbatöflur: Hver forbatöfla inniheldur 1 mg eða 5 mg af melatónín. Hjálparefni með þekktu verkun: Hvert forbatöfla inniheldur laktósaehýdrat sem samsvarar 8,32 mg eða 8,86 mg af laktósa. Sjá lista yfir öll hjálparefni í SmPC. **Ábendingar:** Slenyto er ætlað til meðferðar við svefnleysi hjá börnum og unglingum á aldrinum 2-18 ára með rökum á einhverfurð og/ eða Smith-Magenis heilenni, þegar rökstærni í tenglum við svefnleysi hafa ekki dugað til. **Samantar og lyfjagjöf:** Samantar og lyfjagjöf upphafsalantur er 2 mg af Slenyto. Ef ávarn er óútlíngsgegnari ætti að saka skammtinn 15 mg, með hámarkskammtinum 10 mg. Slenyto á að taka einu sinni á dag, 0,5-1 klst. fyrir háttatíma og með eða eftir mat. **Upplýsingar liggja fyrir um allt að 2 ára meðferð.** Fylgjast skal með sjúklingum með reglulegu millibili (þ.m.k. á 6 mánaða fresti) til að ganga úr skugga um að Slenyto sé enn heppilegasta meðferðin. Eftir 6 mánaða meðferð skal leiknirinn meta meðferðarhrifin og þuga að stöðva meðferð ef engin klínísk mikilvæg meðferðarhrif hafa komið fram. Ef minni meðferðarhrif koma eftir títur lín stætti skammti skil að sem ávarn lyfina fyrir þuga að lækka skammtinn áður en ávarn er tekin um að hætta ölvæg meðferð. Ef gleymist að taka töflu getur sjúklingurinn tekið hana áður en hann fer að sofa um kvöldið, en eftir þann tíma skal ekki taka ötra töflu fyrr en komið er að næsta ætlaða skammti. Sérstakir hópar: Skert nýrnastarfsemi: Áhrif skertar nýrnastarfsemi á hvaða stigi sem er á lyfjagjöf melatóníns hafa ekki verið rannsökuð. Gaeta skal varúðar þegar melatónín er gefið sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Skert lífrastarfsemi: Engin reynsla er af notkun melatóníns hjá sjúklingum með skerta lífrastarfsemi. Því er ekki mælt með notkun melatóníns hjá sjúklingum með skerta lífrastarfsemi. Sjá SmPC. Börn (yngr en 2 ára): Notkun melatóníns á ekki við hjá börnum á aldrinum 0 til 2 ára til meðferðar við svefnleysi. Lyfjagjöf: Til inntöku. Töflurnar á að geypa heilar. Töflurnar á ekki að brjóta, mylja eða byggja vegna þess að þá tapa þær forbalosunareiginleikum sínum. Töflurnar er dragi að setja í mat svo sem jógurt, appelsínusafa eða rjómalis til að auðvelda kyngingu og bæta meðferðarhrifni. Sé töflurnum blandað í mat eða heppi skal taka þær strax og ekki geyma blönduna. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efni eða einhverju hjálparefnum sem talin eru upp í SmPC. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnabaráttir og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is. Dogsetning sjúktu samantektar um eiginleika lyfssins (SPC), 20.september 2018. Athugið að textinn er stuttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðu www.serlyfjaskra.is. Þakningastærðir og verð í ágúst 2020: 1 mg 60 stk kr. 8.116, 5 mg 30 stk kr. 13.042. **Ávarnarefni og afgreiðsluflokkur:** R 0. Greiðsluþátttaka: 0. **Markaðsleyfishafi:** B&D Neurim Pharmaceuticals EEC S.A. Umboðsaðili á Íslandi: Williams & Hall ehf., Reykjavíkvegur 42, 220 Hafnarfjörður, Sími: 527-0800, www.williams-lyfjaskra.is. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá Markaðsleyfishafa.**

