

FAGHEFTE 1

# PSYKISK UTVIKLINGS- HEMMING OG PSYKISK HELSE

## PSYKOTROP MEDIKASJON

3 – PSYKOTROP MEDIKASJON



**NAKU**

INNSPESIALISERT TILBUD  
2010 NERKEPÅSENING

DESEMBER 2013



**NAKU**

NASJONALT KOMPETANSEMILJØ  
OM UTVIKLINGSHEMNING

## INNHOOLD

Introduksjon til artikkelserien	s. 4
<b>ARTIKKEL 1</b> Aktørkjeden, Faglige og etiske avveininger	s. 6
<b>ARTIKKEL 2</b> Psykotrop medikamentering må alltid vurderes innenfor en helhetlig forståelsesramme	s. 10
<b>ARTIKKEL 3</b> Nevrobiologisk og klinisk forståelsesgrunnlag. Forskjeller og forbindelseslinjer	s. 12
<b>ARTIKKEL 4</b> Psykotrope medikamenter – om medikamentgruppene	s. 17
<b>ARTIKKEL 5</b> Oppstart av psykotrop medikamentering	s. 22
<b>ARTIKKEL 6</b> Oppfølging av psykotrop medikamentering	s. 26
Ressurs-sider	s. 30

Forord

# Psykisk utviklingshemming og psykisk helse – Psykotrop medikasjon

Temaheftet «Psykisk utviklingshemming og psykisk helse – Psykotrop medikasjon» retter seg mot ansatte i den kommunale helse -og omsorgstjenesten og andre som yter tjenester til personer med utviklingshemming. Andre som er opptatt av personer med utviklingshemming og av psykisk helse og medikasjon vil også kunne ha nytte av artiklene i heftet.

Personer med utviklingshemming kan av ulike årsaker ha begrensede muligheter til å uttrykke seg om sin egen psykiske helsetilstand. Samtidig tar utviklingshemmede i liten grad initiativ til å oppsøke hjelpeapparatet på egen hånd. Disse forholdene viser at nære omsorgspersoner er i en særstilling når det gjelder formidling av helseplager på vegne av personer med utviklingshemming. Mange beslutninger når det gjelder medisinering tas på grunnlag av opplysninger fra nære omsorgspersoner. Det er derfor sentralt for en god medisinsk behandling at nærpersoner observerer og videreformidler opplysninger på en måte som gjør at den som har det overordnede ansvaret, som oftest legen, får et godt grunnlag for å fatte beslutninger.

Artiklene i dette heftet om psykisk helse tar for seg lagarbeid og psykotrop medikasjon, faglige og etiske avveininger, et helhetlig forståelsesgrunnlag, oppstart, evaluering og oppfølging av

medikamenteringen. Artiklene utfyller hverandre i en helhet, men kan også leses enkeltvis. Artiklene er skrevet av Geirmund Skeie, spesialist i psykiatri og tidligere områdeoverlege i HVPU og avdelingsoverlege i Habiliteringstjenesten for voksne i Hedmark og aktiv i arbeidsgruppa til Nasjonalt fagnettverk om psykisk utviklingshemming, og psykisk helse.

Takk til Arve Kristiansen, overlege ved HAVO, UNN, for faglige kommentarer og gjennomlesning av artiklene.

SYNNØVE AASAN  
*Rådgiver i NAKU*

# Psykotrop medikasjon – Introduksjon



GEIRMUND SKEIE,  
*Spesialist i psykiatri*

Det grunnleggende utgangspunktet – hovedpersonens avhengighet av andre for ivareta egne interesser og behov

Psykotrope medikamenter er en fellesbetegnelse på medikamenter som i all hovedsak blir brukt for å virke inn på psykiske/mentale funksjoner. Ordet psykofarmaka er et annet ord på samme gruppe medikamenter. De psykotrope medikamentene er de samme, uavhengig av hvem som anvender dem. Hvorfor er det da aktuelt å skrive en artikkelserie spesielt om psykotrop medikamentering av mennesker med psykisk utviklingshemming?

Artikkelserien er spesielt utformet med tanke på å være til nytte for nærpersoner<sup>1</sup>. En person med psykisk utviklingshemming vil på dette temaet i særlig grad kunne ha svake forutsetninger for selv å ivareta egne interesser og behov. Evnen avtar med økende dybde av den intellektuelle funksjonshemmingen. Det grunnleggende utgangspunktet er hovedpersonens avhengighet av andre. I og med at egne forutsetninger er svake er det ekstra viktig at det rettes oppmerksomhet på ytre forutsetninger. Disse må legges til rette for en praksis som best mulig er i samsvar med personens interesser og behov.

Nærpersoner kan bli stilt overfor ulike typer spørsmålsstillinger knyttet til psykotrop medikasjon av mennesker med psykisk utviklingshemming. Spørsmål kan være både vanskelige og noen

ganger svært så sammensatte. En artikkelserie som generelt omhandler psykotrop medikamentering av mennesker med psykisk utviklingshemming må nødvendigvis få et begrenset omfang. Fagområdet som helhet er uoverskuelig stort. Dessuten kan deler av det være ytterst komplisert. Det skal også sies at kunnskapsområdet er under rask utvikling. Gårdagens «sannheter» gjelder ikke alltid.

Den enkelte leseren vil etter gjennomlesing kunne sitte inne med spørsmål som ikke er berørt i det hele tatt. Skulle imidlertid artikkelserien stimulere til videre søk etter svar vil det i seg selv være positivt. Artikkelen vil i seg selv aldri kunne erstatte den informasjon eller veiledning som nærpersoner vil ha behov for i de enkeltsakene de kommer opp i. Man skal alltid forvente at det lokalt blir gitt nødvendig informasjon og veiledning. I praksis er heller ingen sak identisk lik en annen.

<sup>1</sup> I denne artikkelserien vil ordet nærpersoner først og fremst brukt om nære omsorgspersoner innenfor tjenesteapparatet.



## ARTIKKEL 1

# Aktørkjeden – faglige og etiske avveininger ved psykotrop medikasjon

GEIRMUND SKEIE,  
*Spesialist i psykiatri*

Rundt en person med psykisk utviklingshemming befinner det seg alltid en rekke aktører og disse utgjør tilsammen en *aktørkjede*. I aktørkjeden inngår personer fra privatsfære og personer og instanser fra offentlig sfære, ofte på tvers av forvaltningsgrensene. Hovedpersonen er avhengig av en rekke personer og instanser i sin aktørkjede. Psykotrop medikamentering av personer med psykisk utviklingshemming utgjør derfor et *lagarbeid*.

## Nærpersonenes sentrale posisjon i tjenesteapparatet

I samfunnet er det mange forskjellige forestillinger knyttet til psykotrop medikasjon. Spennvidden er stor, alt fra overdreven tiltro i den ene ytterkant til prinsippfast eller ideologisk uvilje i den andre. Spennvidden avspeiles selvsagt også i pårørendes syn. Nærpersoner må, etter beste evne og i tråd med den myndighet og de oppgaver de lokalt er gitt, opptre nøkternt og klokt når synspunkter presenteres. Det er viktig at nærpersoner i slik sammenheng er seg ekstra bevisst at de ikke opptrer som privatpersoner men som representant for tjenesteapparatet. Det er viktig at nærpersoner fanger opp synspunkter og formidler disse videre til overordnet instans eller til lege. Disse bør på sin side «forfølge tråden» gjennom direkte kontakt. Nærpersoner må ha en god kontaktflate til sine

nærmest overordnede. Formidling, meningsutveksling, råd og veiledning er viktige stikkord.

Nærpersoner har, i alle faser av en psykotrop medikamentering, en svært avgjørende formidlingsrolle langsetter den samhandlingslinjen som strekker seg fra hovedpersonen til den behandlende legen. Legens vurderinger er i stor grad basert på observasjoner og synspunkter fra andre – ikke minst fra personer i nærmiljøet. Ofte vil spesialisthelsetjenesten være involvert, og representantene derfra vil på samme vis som fastlegen stå i et tilsvarende avhengighetsforhold til nærpersonene.

## Faglige og etiske avveininger må ses under ett

Det er vanskelig å skille rent faglige avveininger fra etiske. Disse er langt på vei alltid sammenflettet. Det skal alltid stilles både faglige og etiske krav.

Alle tjenesteytere innenfor tjenesteapparatet har et visst medansvar for at tjenestene samlet sett holder god standard – faglig så vel som etisk. Det er ikke lagt opp til å beskrive tjenesteapparatet som sådan i denne artikkelserien. Det er likevel viktig at det samhandles over formelle administrative grenser. Det bør framheves at tjenesteapparatet nærmest hovedpersonen må ha mulighet til å oppnå kontakt med og få bistand fra spesialisthelsetjenesten når det er behov for det. Ved komplisert atferd og /eller spørsmål om psykisk lidelse er det først og fremst snakk om innsats fra habiliteringstjenestene og / eller fra enheter innenfor psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Begge disse må være lett tilgjengelige for kommunen.

Spesialisthelsetjenestene må i tillegg også være innstilt på å samhandle seg imellom. Det er nemlig viktig at de kan utfylle hverandre i situasjoner der det er behov for spisset kompetanse fra hver av dem. Dette er ikke sjelden når det er snakk om eventuell psykotrop medikamentering. Det nasjonale bildet med tanke på slik samhandling innenfor spesialisthelsetjenesten kan gi grunn til bekymring.

### **Faglige avveininger og kvalitet**

Faglig skal psykotrop medikamentering være basert på forskning og opparbeidet høykvalifisert erfaring.

Omsorgs- og helsearbeidere er forpliktet til å søke bistand dersom de stilles overfor problemstillinger som de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere. Dette gjelder all tjenesteyting, også den de dyktigste spesialister utøver. Det er viktig at personer med overordnet fagansvar vurderer og evner å fange opp når det kan være behov for å trekke inn mer spisset fagkompetanse.

Et bredt faglig blikk og oversiktsbilde kan ofte være en forutsetning for at det i det hele tatt tenkes i retning av mulig psykisk lidelse, og mulig anvendelse av psykotrop medikasjon. Man vil i befolkningen finne at det er sprikende syn på hensiktsmessighet og nytteverdi av psykotrop medikasjon. Synspunkter er mer eller mindre kritiske eller ukritiske. De varierer fra overdreven stor tiltro på den ene siden til langt på vei prinsipiell motstand på den andre. Lignende sprik i synspunkter vil man også kunne finne profesjoner imellom og i en viss utstrekning også innenfor samme profesjon. Temaet er ofte følelsesladd.

I alt omsorgs- og helsearbeid er det viktig å tilstrebe at de involverte i størst mulig grad har felles forståelse. Ikke minst vil dette være fordelaktig på et så vanskelig og potensielt konfliktfullt tema som psykotrop medikasjon. Det er imidlertid viktig å erkjenne at det ikke alltid fullt ut lar seg gjøre å oppnå felles forståelse. En slik er heller ikke å oppfatte som et absolutt krav. At det foreligger ulike synsmåter må imidlertid ikke føre til at det oppstår handlingslammelse. Det er ikke minst viktig ut fra etiske grunner.

### **Noen områder der etiske avveininger er særlig viktige**

Forenklet sagt kan etikk oppfattes som læren om de rette handlinger. I denne artikkelen skal ikke etikk som sådan gjøres gjenstand for drøfting. Det kan imidlertid kort nevnes at etikk ikke er så fjernt fra det vi kaller folkeskikk. Ethos er et gresk ord som skal bety skikk. Et sentralt tema i mellommenneskelig etikk er å unngå unødvendig lidelse.

De fleste handlinger mennesker foretar seg kan være til gode eller til ulempe for en selv eller for andre. Alle aktører innenfor tjenesteapparatet, også de med ansvar for rammebetingelsene, må opptre med etisk årvåkenhet. Årvåkenheten bør kanskje først og fremst være rettet inn på egen innsats, men må også kunne ha blikk for tjenesteapparatet som helhet. Etiske dilemmaer er mange. Man kan gjøre seg sine etiske refleksjoner ut fra mange vinklinger. Hva er mest rett og for hvem?

### **Etisk avveining kan ta utgangspunkt i hovedpersonens representasjonsevne**

Personer med psykisk utviklingshemming vil på mange temaer ha svak evne til å ivareta egne interesser og behov, om enn i varierende grad. Dette omtales ofte som redusert, ev. manglende evne til egenrepresentasjon. Dette er det mest fundamentale utgangspunktet for hele denne artikkelserien. Etisk bevissthet bør være ekstra skjerpet når det er stor styrkeforskjell mellom de berørte parter.

Svekket egenrepresentasjon skal respekteres. Foreldremyndighet og vergeordninger er eksempler på aktuelle grep fra samfunnets side. Det er viktig å være seg bevisst at svekket eller manglende egenrepresentasjon ofte vil gjelde på så vanskelige temaer som mental helse og psykotrop medikasjon utgjør. Det er nødvendig at andre personer, så langt det er tilrådelig og mulig, tar del i drøftingene. Dette gjelder personer innenfor tjenesteapparatet, men også utenfor dette. Det er viktig at noen privatpersoner kan representere hovedpersonen og etter beste evne forsøke å vurdere situasjonen og om nødvendig «fronte» tjenesteapparatet.

Målsettingen er ofte å forsøke å oppnå såkalte samtykkekonstruksjoner. Det vil si at andre samtykker på vegne av hovedpersonen. Det er imidlertid viktig å framheve at personer med svak eller manglende evne til å kunne gi eget samtykke

i slike situasjoner likevel ikke skal være frarøvet muligheten til selv å delta ut fra egne forutsetninger. Avgjørelser bak ryggen på hovedpersonen bør unngås. Alle aktørene må imidlertid respektere hovedpersonens forutsetninger. Drøftinger må verken fiktivt gi preg av lik styrke eller skje høyt over hodet på vedkommende.

Det er viktig å kunne skille medisinerer som ikke er basert på eget samtykke fra tvangsmedisinering. Tvangsmedisinering vil selvsagt ikke være basert på eget samtykke, men det forutsettes også at pasienten yter aktiv motstand mot medisinerer. Som allment kjent er tvangsmedisinering strengt lovregulert. I alle situasjoner er det i siste omgang legens ansvar å være trygg på rettsgrunnlaget for all medisinerer.

#### **Etisk avveining kan ta utgangspunkt i grad av helsemessig lidelse**

Mental helsetilstand har avgjørende betydning for livskvalitet, og som nevnt over er det et sentralt etisk poeng å unngå unødig menneskelig lidelse. Alle involverte, ikke minst nærpersoner, må ha oppmerksomhet på hvordan en person med psykisk utviklingshemning har det mentalt. Det er med andre ord viktig å være seg bevisst det reelle svaret når hovedpersonen blir spurt om hvordan det står til og ikke floskelsvaret.

#### **Etiske avveininger kan ta utgangspunkt i at utredningene kan være usikre**

Det er obligatorisk at det gjøres utredninger og diagnostiseringer i forkant av en eventuell psykotrop medikamentering. Det er viktig at det foretas utredninger innenfor et vidt nok område. Utredningene må holde nødvendig faglig standard. Noen ganger vil de aktuelle utredningene kunne være rimelig enkle og andre ganger svært så kompliserte. Dersom det er usikkerhet knyttet til utredningene kan dette på flere vis innebære at det oppstår fare for handlingsvegring- eller lammelse.

#### **Etiske avveininger kan ta utgangspunkt i usikkerhet knyttet til medikamentets virkninger**

Klinisk virkning av psykotrop medikamentering vil ofte være belemret med usikkerhet – til tross for et betydelig kunnskapsgrunnlag. Usikkerheten er gjerne ekstra stor når personen det gjelder i tillegg

også har en psykisk utviklingshemning.

Man må årvåkent ha oppmerksomhet rettet inn på de virkningene medikamenteringen fører med seg. Oppnår man ønsket klinisk effekt? Opptrer det uønskete virkninger? Risikoer må vurderes både før en medikamentell behandlingsperiode og underveis i denne. Det nevrobiologiske kunnskapsgrunnlaget bak psykotrop medikamentering er betydelig. Den nevrobiologiske verdenen er imidlertid kompleks. Med ydmykhet må en av slike grunner måtte konkludere med at den nevrobiologiske forståelsen for mentale funksjoner tross alt er begrenset, all detaljkunnskap til tross.

Et helt annerledes perspektiv på psykotrop medikasjon vil kunne gi interessante etiske refleksjoner. Psykotrop medikasjon gis nemlig med tanke på å påvirke noe av *det mest personlige* ved et menneske, hvordan personen subjektivt opplever og oppfatter seg selv og sitt samspill med andre i omverdenen. Psykotrop medikamentering vil ut fra en slik betraktningssmåte kunne sies å være av svært så inngripende, nærmest invaderende natur.

#### **Etiske avveininger kan ta utgangspunkt i instanser og personer innenfor aktørkjeden**

Hovedpersonens ve og vel skal ha førsterang. I aktørkjeden finnes det, som nevnt, mange forestillinger om psykotrop medikasjon. Roller, oppgaver, interesser og behov er også mange. De enkelte aktørene i aktørkjeden befinner seg i forskjellig avstand til hovedpersonen. Det legges som allerede nevnt fra samfunnets side faglige og etiske fordringer på tjenesteapparatet. Disse fordringer er generelt sett strengere enn dem som legges på personer innenfor privatsfæren.

Lagarbeid i aktørkjeden er tidligere omtalt. Det er også omtalt at det alltid hefter mer eller mindre usikkerhet ved psykotrop medikamentering. Hvordan kan disse gå i hop? Det kunne være ønskelig at alle som blir involvert kunne akseptere en fagetisk fornuftig psykotrop medikamentering, usikkerhet og risiko til tross. En full og hel aksept kan imidlertid ikke være noe absolutt mål, og langt fra noe krav. Spesielt er det viktig å framheve at man ikke nødvendigvis skal fordre at personer i privatsfæren rundt hovedpersonen aksepterer det som er av risiko. Som allerede nevnt er det til syvende og sist legen som må ta det medisinske



ansvaret ved enhver medikamentering, og det innebærer at det som er av risiko også skal ha vært vurdert.

Det er viktig at personer i privatsfæren ikke belemres med ansvar i den forstand at lege / tjenesteapparat krever av dem at de fullt og helt er enige i gjennomføringen av en psykotrop medikamentering.

Den viktige, men også vanskelige, balansegangen mellom å vise tilbakeholdenhet med eller rimelig raskt å iverksette en psykotrop medikamentering. Psykotrop medikamentering skal basere seg på at man har en rimelig visshet om at slik medikamentering er / kan være den beste behandlingsformen i den gitte situasjonen, usikkerhetene til tross. Internasjonalt vil det engelske uttrykket «best available treatment» anvendes som uttrykk for dette prinsippet.

Psykotrop medikamentering skal aldri komme til fortrenghet for andre nødvendige og aktuelle innsatser.



## ARTIKKEL 2

# Psykotrop medikamentering må alltid vurderes innenfor en helhetlig forståelsesramme

GEIRMUND SKEIE,  
*Spesialist i psykiatri*

Uttrykket bio-psyko-sosial presiserer at det er viktig med en samlet helhetlig tilnærming. Innsatser kan selvsagt være detaljerte og rettet inn på et smalt felt. Men innsatser må uansett ikke stå isolert. De må ha sin plass innenfor en bred og helhetlig forståelsesramme. Dermed er det ikke sagt at innsatser av detaljert karakter ikke kan være nyttige og ha stor verdi. Noen ganger vil håndteringen av små detaljer faktisk kunne ha helt avgjørende betydning. Men detaljene må håndteres uten at helheten derav kommer av syne.

Alle, ikke minst spesialister, vil kunne stå i en fare for å bli sneversynte. Vi ser og forstår bare ut fra vårt ståsted, ut fra det vi behersker eller det vi føler oss bekvemme med. Samtidig bør ingen kunne si seg i stand til å beherske alle de problemstillinger som kan dukke opp.

På temaet psykotrop medikasjon er det alltid snakk om lagarbeid. Det vil være andre enn nærpersionene som tar de endelige beslutningene. Men nærpersioner kan, som også andre i aktørkjeden, yte nødvendige bidrag. Nærpersioner bør kunne ha blick for og påse at både de utredningene som gjøres i forkant av en psykotrop medikamentering og selve medikamenteringen ikke baserer seg på et for snevert grunnlag. Dersom

så skjer bør nærpersionen kunne ta opp dette med sine overordnede.

## Utredninger må ha plass innenfor en bio-psyko-sosial forståelsesramme

Utredninger skal alltid ligge til grunn for psykotrop medikamentering. Denne artikkelserien vil imidlertid ikke gå detaljert inn på aktuelle utredninger. Kravet til grundighet i de utredningene som ligger til grunn for psykotrop medikamentering vil kunne tones noe ned i akutte nødssituasjoner. Ethiske krav kan nemlig tilsi rask handling og derfor veie tyngre enn kravet til grundighet, etikken vil på et vis kunne sies å ha forrang.

Et svakt kommunikasjons- og atferdsrepertoar kan føre til atferdsformer som gir personer rundt vedkommende tanker om at det dreier seg om alvorlig psykiatri. Dette kan stemme, men slik atferd kan også kunne ha helt andre forklaringer. Er det snakk om kroppslig sykdom eller smerte? Er det helt enkelt uttrykk for mistriivsel? Hvordan er levekår og rammebetingelser? Det er sentralt at psykotrop medisinerer aldri må erstatte andre nødvendige og aktuelle innsatser.

Enkle løsninger må søkes først og det er sjelden klokt å ty raskt til psykotrop medikamentering, selv om også det enkelte ganger kan være klokt. Psykotrop medikamentering skal aldri tas i bruk som isolert tiltak.

### Noen refleksjoner ut fra sammenfatningen bio- psyko-sosial

#### Psyko

Det er nok ikke tilfeldig at i sammenfatningen er betegnelsen «psyko» plassert mellom «bio» og «sosial». La oss derfor først reflektere litt ut fra betegnelsen «psyko». Betegnelsen står selvsagt for fenomener på psykisk og atferdsmessig plan. Hvordan en person mentalt sett har det, oppleves subjektivt bare av personen selv. Andre personer kan bare oppfatte og vurdere ut fra det.

Å utrede mental og atferdsmessig helsetilstand hos personer med psykisk utviklingshemming gir oppgaver som er av forskjellig vanskelighetsgrad. Slike oppgaver spenner fra det relativt enkle til det som er vanskelig, innimellom svært vanskelig. Jo svakere det intellektuelle funksjonsnivået er, jo svakere vil også kommunikasjonsevnen være. Atferdsrepertoaret vil på tilsvarende vis også være begrenset. Uttrykksmåtene hos den enkelte kan fort eskalere og anta dramatiske former. Uttrykk for uenighet, «enkel» mistriivsel, «lettere» psykisk ubehag eller ikke minst, kroppslig ubehag eller smerte kan få et dramatisk preg og kan oppfattes som uttrykk for alvorlig psykisk lidelse. Et svakt kommunikasjons- og atferdsrepertoar kan på den annen side også innebære at psykisk eller kroppslig ubehag langt på vei ikke formidles og av den grunn lett unngår andre personers oppmerksomhet.

#### Aksen bio –psyko

Denne aksen er for det første en påminnelse om at somatiske sider alltid har betydning for den mentale helsetilstanden. Enhver funksjonshemming har sine medisinske sider. For det andre, og på et mer naturfilosofisk plan, er aksen fra «psyko til bio» også en påminnelse om det hjernebiologiske grunnlaget for mentale funksjoner.

I artikkel 3 kommer vi nærmere inn på hvordan psykotrope medikamenter virker på et biologisk (nevrobiologisk) plan. Dette fagområdet er sammensatt og kan virke avskrekkende, noe som i sin tur fort kan lede til at det monopoliseres – blir et interesse- og innsiktsområde for «de få». For de fleste vil imidlertid hovedtrekkene være forståelig. . En viss innsikt gjør det lettere å ta del i drøftinger / diskusjoner.

#### Aksen psyko- sosial

Denne aksen kan også være komplisert nok. Menneskenes sosiale verden er svært så sammensatt. Kompleksiteten er imidlertid av en annen karakter enn den vi finner i aksen

«bio – psyko». Den mentale helsetilstand er, som allerede sagt, i vesentlig grad også påvirket av hvordan vedkommende person opplever seg selv, ikke minst i sosialt samspill med andre.

Folk er avhengige av hverandre, og mennesker med psykisk utviklingshemming er det i åpenbar grad. Mennesker påvirkes av hverandre og materielle levekår spiller stor rolle.

Innholdet i aksen «psyko – sosial» befinner seg for folk flest ikke så fjernt unna hverdagen sammenholdt med innholdet i aksen «bio – psyko». Innholdet er komplisert nok men likevel lettere å forstå. Av slike grunner er det lettere for folk flest å engasjere seg på tema innenfor denne aksen. Det er med andre ord mindre fare for samme type monopolisering som nettopp er omtalt.

## ARTIKKEL 3

# Nevrobiologisk og klinisk forståelsesgrunnlag. Forskjeller og forbindelseslinjer

GEIRMUND SKEIE,  
Spesialist i psykiatri

## Nærpersoners oppgaver

I personkretsen rundt hovedpersonen, aktørkjeden, kan synspunkt på psykotrop medikamentering være svært forskjellig. Idealbildet er at man når fram til felles forståelse i størst mulig grad. Det er viktig med dialog og i så måte er det viktig at man blir klar over hvilke synspunkter som finnes.

Det er tidligere omtalt at nærpersoner befinner seg i en framskutt posisjon. Ut fra denne posisjonen vil de fort kunne fange opp de forestillingene om psykotrop medikamentering som foreligger. Det er selvsagt ikke nærpersonene som tar de endelige beslutningene om psykotrop medikamentering. Det er primært legen som må kunne begrunne de medikamentelle valg som blir gjort. Men det er viktig at nærpersonene er observante og deltar i samsvar med den myndigheten de lokalt er gitt i dialog og drøftinger. Formidling er et sentralt stikkord. Ut fra slike roller er det en fordel om nærpersoner sitter inne med kunnskap om psykotrope medikamenter og hvordan de virker.

Det må sies å være uoppnåelig fullt ut å forstå spranget mellom det *nevrobiologiske grunnlaget* for psykiske og mentale funksjoner og selve de *psykiske og mentale fenomenene*. Det er snakk om spranget mellom «den fysiske og biologiske verdenen» og «opplevelsesverdenen». Strengt sagt er det ingen som fullt ut kan gi svar. Det store spørsmålet blir da hva vi likevel kan si om forbindelseslinjen, om enn stykkevis og delt.

Psykotrope medikamenter tilhører i seg selv «den fysiske og biologiske verdenen» og ut fra det kan vi si at de primært virker på et nevrobiologisk plan.

Men det er de sekundære virkningene, de som finner sted på opplevelses eller mentalt plan, som først og fremst er av praktisk interesse.

Det skal ikke forventes at nærpersoner skal kunne gjøre rede for alle de spørsmål som de kan bli stilt overfor og som dreier seg om psykotrop medikasjon. Noe kunnskap både ut fra nevrobiologisk og klinisk forståelsesgrunnlag vil kunne gjøre det enklere for nærpersoner å opptre nøkternt når spørsmålsstillinger om psykotrop medikasjon tas opp til drøfting og diskusjon.

## Noe om det nevrobiologiske forståelsesgrunnlaget

I Felleskatalogen vil man i preparatomtalen av de enkelte psykotrope medikamentene finne en stikkordsmessig omtale av nevrobiologiske virkning. Teksten nedenfor kan gjøre det enklere å forstå ord og vendinger i Felleskatalogen.

## En viss nevrobiologisk bakgrunnskunnskap kan ha praktisk nytteverdi

Nevrobiologisk innsikt forklarer langt på vei hvorfor visse psykotrope medikamenter virker raskt mens andre først virker etter en gitt tid – etter en såkalt latensperiode. Dette har praktisk betydning. Når må en være tålmodig? Når kan en være utålmodig?

Nevrobiologisk innsikt gir mye av svaret på hvordan psykotrope medikamenter virker både i positiv og i negativ forstand gjennom bivirkninger. Ut fra nevrobiologisk kunnskap er det mulig å forstå at treffsikkerheten av psykotrope

medikamenter nødvendigvis ikke er på «skarp-skytternivå». Mange av bivirkningene kan også forklares nevrobiologisk. Forklaringen på fenomener som tilvenning og avhengighet er også i betydelig grad nevrobiologisk forankret.

### **Nevrobiologien har både sitt mikro- og makroplan**

Nevrobiologien omhandler, forenklet sagt, biologiske strukturer og funksjoner i nervesystemet. Fagområdet favner vidt. Kunnskapstilfanget er stort. Den ene ytterkanten av nevrobiologien, det vi kan kalle nevrobiologiens *mikroplan* omfatter forenklet sagt strukturer og prosesser i og mellom nerveceller, og mellom nerveceller og andre celletyper.

Den andre ytterkanten omfatter strukturer og funksjoner i nervesystemet som et ytterst sammensatt hele. Dette kan vi omtale som nevrobiologiens *makroplan*. Begge planene er komplekse.

Hos mennesket finnes det eksempelvis på makroplanet 100 – 130 milliarder nerveceller. Videre kan en enkelt nervecelle ha opptil 90 000 forbindelser med andre nerveceller.

Nevrobiologien kan langt på vei sies å være «kosmisk» komplekst. Det er viktig å være klar over at psykotrope medikamenter øver innflytelse på nevrobiologiske systemer som nærmest kan karakteriseres som uoverskuelige til tross for at det foreligger detaljkunnskap i et betydelig omfang. Kompleksiteten i nevrobiologien bak mentale funksjoner er forklaring god nok på at man aldri kan regne med optimal presisjon og treffsikkerhet ved psykotrop medikamentering. Det er i tillegg også viktig å være klar over at det er betydelige nevrobiologiske forskjeller fra person til person. Psykotrope medikamenter virker i all hovedsak inn på signaloverføring mellom nerveceller i sentralnervesystemet

### **Om transmittere**

Transmittere overfører signaler mellom nerveceller, eller mellom nerveceller og andre typer celler. Mellom inn- og utside av en nervecelle foreligger det en viss elektrisk spenning. Spenningen kan forstyrres. Når forstyrrelsen er stor nok kan den spre seg, kort eller langt, langs nervecellen som et nervesignal.

En nervecelle står i kontakt med andre nerveceller, eller andre typer celler, i nærmest utallige «endestasjoner». Når nervesignalene når fram til disse «endestasjonene» slippes det en viss mengde signalstoffer ut i mellomrommet, synapsen, mellom cellene. I kroppen finnes det også andre typer signalstoff, eksempelvis hormoner.

Det finnes en rekke forskjellige transmittere i nervesystemet hos mennesket. Noen få skal nevnes:

GABA: Denne er den mest utbredte *dempende* transmitteren i sentralnervesystemet. Transmitteren er av såkalt rask type (se nedenfor) og påvirkes sterkt av alkohol og medikamentgruppen benzodiazepiner.

Glutamat: Denne er den mest utbredte *stimulerende* transmitteren i sentralnervesystemet.

Serotonin: Denne transmitteren er av såkalt modulerende type (se nedenfor). En type serotoninreseptor (det finnes flere typer – se nedenfor) antas å være det viktigste nevrobiologiske «angrepspunktet» for antidepressiva.

Dopamin: Denne transmitteren er også av såkalt modulerende type (se nedenfor). En type dopaminreseptor antas å være det viktigste angrepspunktet for antipsykotika.

### **Om reseptorer**

Signalstoffene binder seg til spesielle områder, såkalte reseptorer, mottagere, på celleoverflaten. Disse finnes i hovedsak i synapsene. Reseptorer er spesialtilpasset hvert enkelt signalstoff og det er oftest flere typer reseptorer for det samme signalstoffet.

I biologien er det viktig for alle celler / organismer at de evner å reagere på omgivelsene. Reseptorer antas å foreligge i naturen i millioner av typer. Alle celler i kroppen har reseptorer i et ukjent omfang. Dette er én av grunnene til at man må være vaksom med tanke på bivirkninger ved psykotrop medikamentering.

Reseptorer er følgelig noe som ikke er særegent for nervecellene. Men reseptorene i nervesystemet inngår i et ytterst avansert signalsystem.

En transmitter kan binde seg til ulike reseptorer.

Transmittere og reseptorer må alltid ses i sammenheng med hverandre. Uttrykket transmitter-reseptor-kompleks anvendes som uttrykk for denne sammenhengen.

### Transmittersystemer

I sentralnervesystemet, ryggmarg og hjerne, på nevrobiologisk makroplan eksisterer det en hærskare forbindelseslinjer mellom nerveceller. Nervecellene fordeler seg etter et sammensatt mønster og blant annet i en rekke såkalte kjerneområder. Noen av forbindelsene er korte mens andre er langstrakte. Signaloverføringen innenfor de forskjellige forbindelseslinjene, nervebanene, kan domineres av bestemte transmittere.

Transmittersystemer anvendes som uttrykk. Noen av disse har nevrobiologisk stor betydning for psykiske og mentale funksjoner.

### Raskt virkende transmittere

Enkelte transmittere, transmitter-reseptor-komplekser, utøver en direkte og umiddelbar effekt på mottagercellen. Mottagercellen reagerer med en gang.

Når psykotrope medikamenter virker inn på slike funksjoner sier vi at også medikamentene har *direkte effekt*. Innsøvningsmidler og angstdempende medikamenter av benzodiazepin-typen er eksempler. Alkohol virker tilsvarende.

Psykotrope medikamenter og andre kjemiske stoffer som har slik direkte virkning påvirker reseptorene ekstra sterkt. Etter kort tid blir reseptorene gjerne ufølsomme, *desensitisererte*. I verste fall blir nerveceller varig, irreversibelt, skadde. Desensitiseringen innebærer at medikamentene mister den effekten de innledningsvis hadde. Doseringen økes gjerne for at det fortsatt skal kunne oppnås klinisk effekt. Ytterligere skade følger. Misbruk og avhengighet spøker i bakgrunnen. Veien dit trenger ikke å være lang.

### Langsamt virkende transmittere

Andre transmittere (transmitter-reseptor-komplekser) har en langsamt virkende effekt på mottakercellen. Mottagercellen påvirkes mer diffust og først etter en viss tid. Vi sier at transmitterens virkning er modulerende.

Når psykotrope medikamenter virker inn på

slike systemer sier vi at også medikamentene har *modulerende effekt*. De fleste psykotrope medikamentene har en slik modulerende effekt, eksempelvis antipsykotika og antidepressive. Ved bruk av disse medikamenttypene gjelder det innledningsvis at man har en viss tålmodighet og ikke forventer umiddelbar effekt. De kliniske virkningene inntreffer langsamt og i mange tilfeller først etter ukers forbruk.

Også ved bruk av psykotrope medikamenter som er av modulerende type oppstår det nevrobiologiske endringer eller justeringer i hjernen. Endringene anses som oftest, men ikke alltid, å være reversible. Noen ganger kan imidlertid bivirkninger være svært alvorlige.

### Om nevrobiologien bak mentale funksjoner

Mentale, psykiske, funksjoner og opplevelser er, som tidligere nevnt, fenomener som befinner seg på et helt annet opplevelsels- eller forståelsesplan enn det de nevrobiologiske funksjonene befinner seg på.

Underveis i utviklingen av livsformene på jorden må de mentale funksjonene ha oppstått gradvis. Organismer har gjennom slike funksjoner forbedret sin evne til å forholde seg til omverdenen. Med slike funksjoner oppsto et grunnlag for et subjekt. Fra en svært primitiv start må de mentale funksjonene gradvis ha utviklet seg. Et forenklet oppsett fra det enkle til det komplekse er:

- Evne til å rette oppmerksomhet mot verdenen omkring
- Evne til å sanse, det være seg fra omverdenen eller fra egen kropp
- Evne til å ha følelser, emosjoner
- Evne til å huske
- Evne til å tenke
- Evne til å være bevisst seg selv som egen skapning, selvbevissthet
- Evne til språk

Forbundet til mentale funksjoner er komplekse funksjoner og tilstander som:

- Søvn – våkenhet
- Psykomotorisk tempo

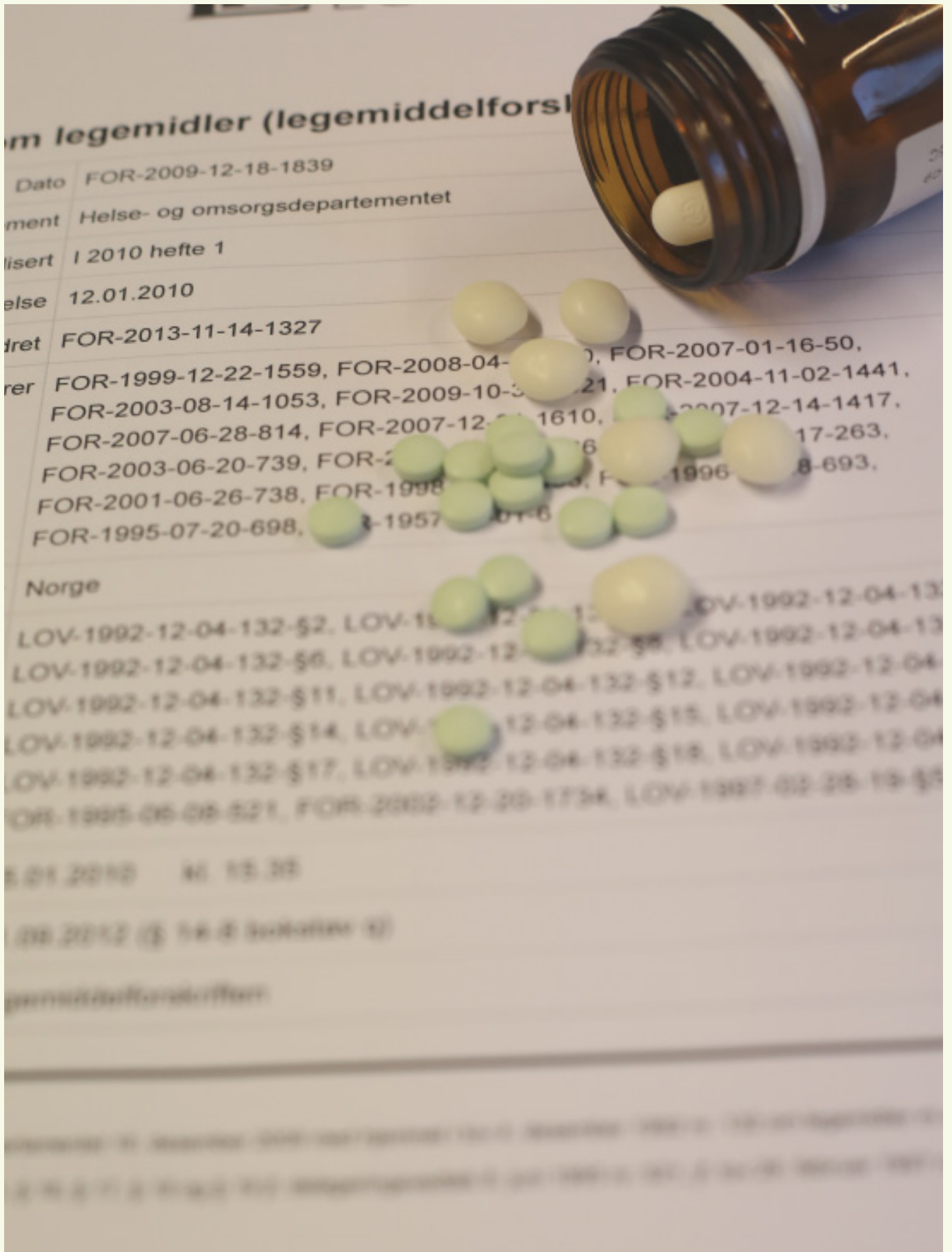
Nevrobiologisk kan bestemte lokaliteter og / eller

transmittersystemer i hjernen knyttes an til noen av de mentale «del-funksjonene». Mentale funksjoner kan likevel ikke sies alene å finne sted på bestemte lokaliteter i hjernen / sentralnervesystemet. Det synes alltid å være snakk om intrikat nevrobiologisk samspill der flere områder inngår. Nok en gang: Forklaringen er kosmisk kompleks.

### **Klinisk forståelsesgrunnlag for psykotrope medikamenters virkemåte**

---

Den nevrobiologiske kunnskapen har naturlig nok sine grenser når det gjelder fullt og helt i detalj å forstå virkningene av psykotrop medikamentering og det kliniske forståelsesgrunnlaget for hvordan psykotrope medikamenter virker er også begrenset. Men det er likevel akkumulert et betydelig erfaringsgrunnlag som har internasjonal autoritet. De kliniske erfaringene med psykotrop medikamentering utgjør et mer håndterlig handlingsgrunnlag enn det den nevrobiologiske kunnskapen innebærer. Det kliniske erfarings- og forståelsesgrunnlaget spiller i praksis førstefolin, ikke det nevrobiologiske kunnskapsgrunnlaget.





## ARTIKKEL 4

# Psykotrope medikamenter – om medikamentgruppene

GEIRMUND SKEIE,  
*Spesialist i psykiatri*

Denne artikkelen retter oppmerksomhet først og fremst inn på de psykotrope medikamentene. De psykotrope medikamentene inndeles vanligvis etter klinikk, dvs. ut fra hvilke kliniske tilstander de skal anvendes i vesentlig grad karakterisert som diagnoser. Det er imidlertid ikke gjort noe forsøk på å gi en grundig beskrivelse av de aktuelle diagnosene og tilstandene, de blir bare kort nevnt. Interesserte lesere må søke informasjon om dem i andre kilder.

Psykotrope medikamenter virker inn på svært komplekse nevrobiologiske systemer. Treffsikkerheten disse medikamentene har på det kliniske bildet, er ut fra dette i en viss grad begrenset. Når det er sagt skal det også sies at det kliniske erfaringsgrunnlaget for bruk av psykotrop medikasjon er betydelig. Forenklet sagt er sjansen for å oppnå ønsket klinisk effekt rimelig bra, men ikke fullt ut til å stole på. Hensikten med å gi psykotrop medikasjon skal være godt vurdert både i faglig og i etisk henseende.

## Oversikt over de vanligste psykotrope medikamentene

Som sagt inndeles i all hovedsak de psykotrope medikamentene etter klinisk hensikt og indikasjon. Indikasjon<sup>1</sup> er i denne sammenheng den kliniske tilstanden som et medikament rettes inn imot.

<sup>1</sup> Indikare = peke ut.

Beskrivelsen av de psykotrope medikamentene, psykofarmaka, nedenfor er ikke fullstendig.

Hovedgrupper	Undergrupper
Antipsykotika	Førstegenerasjons antipsykotika. • Høydose førstegenerasjons antipsykotika. • Mellomdose førstegenerasjons antipsykotika • Lavdose førstegenerasjons antipsykotika.  Andre generasjons antipsykotika.

Antipsykotika<sup>2</sup> gis først og fremst med hensikt å fjerne eller redusere psykotiske fenomener. Slike kan eksempelvis være vrangforestillinger og hallusinasjoner. Nevroleptika og ataraxica er eldre betegnelser på samme type medikamenter og disse betegnelsene kan man fortsatt høre i bruk. Antipsykotika kan i tillegg til den antipsykotiske virkningen ha en stabiliserende virkning ved stemningssvingninger. De kan dempe psykomotorisk uro, motvirke angst, motvirke psykisk spenning og motvirke rastløshet.

Antipsykotika kan videre gi sedasjon, virke beroligende. Sedasjon ved bruk av antipsykotika er som oftest, men ikke nødvendigvis alltid, å se på som en uønsket virkning. Unntaket kan være blant annet å roe ned i akutte nødssituasjoner. Det skal imidlertid aldri være noe mål over tid å «sløve ned» en person.

Antipsykotika kan gi en rekke bivirkninger.

<sup>2</sup> anti = mot

Noen av disse kan være svært alvorlige. Mulige bivirkninger er omtalt i Felleskatalogen under beskrivelsen av hvert enkelt medikament.

Andregenerasjons antipsykotika har mindre tilbøyelighet enn førstegenerasjons antipsykotika til å gi bivirkninger. Dette gjelder først og fremst de bivirkningene som er av nevrologisk art (motorisk / muskulært). Men «i annen forkledning» har bivirknings-«nissen» fulgt med på lasset over til andregenerasjons antipsykotika. Disse medikamentene har nemlig tilbøyelighet til å gi bivirkninger av annet slag – som eksempelvis vektøkning og sukkersyke.

HOVEDGRUPPER	UNDERGRUPPER <sup>1</sup>
Antidepressiva.	Monoaminoksydasehemmere Trisykliske antidepressiva. Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI)
	Andre

Antidepressiva skal først og fremst normalisere stemningsleie ved depressive tilstander.

Antidepressiva kan dessuten ha positiv virkning ved angst og tvangstilstander.

De nyere undergruppene av antidepressiva, SSRI eksempelvis, har et mer presist nevrobiologisk «angrepspunkt» enn det de eldre antidepressiva har. Faren for bivirkninger er dermed redusert. I dag vil derfor de nyere antidepressiva som oftest være å foretrekke. Den rekkefølgen som undergruppene er gitt i dette oppsettet gjenspeiler stort sett den historiske utviklingen av antidepressiva – i rekkefølge ovenfra og ned. Se forøvrig beskrivelsen av bivirkninger under omtalen av hvert enkelt medikament i Felleskatalogen.

HOVEDGRUPPER	UNDERGRUPPER
Stemningsstabilisatorer	Litium <sup>2</sup> Antiepileptika (med stemningsstabiliserende effekt)
	Andre

Stemningsstabilisatorer skal kunne forebygge stemningsmessige utfall i et bipolart sykdomsbilde (svingninger av depresjoner – manier).

Stemningsstabilisatorer skal idéelt sett også kunne virke ved akutte utfall. Et så omfattende krav er det bare Litium som fullt ut kan sies å tilfredsstille. I og med at det inngår medikamenter som ikke fyller alle kravene er følgelig ikke kategoriseringen av stemningsstabilisatorene «krystallklar». Bivirkninger – se i Felleskatalogen i omtalen av hvert enkelt medikament. Det må sies å være en spesialistoppgave å iverksette og, i alle fall innledningsvis, styre oppfølgingen av stemningsstabiliserende medikasjon.

### Anxiolytika<sup>3</sup>

Anxiolytika er medikamenter som virker dempende på angst.

Bivirkninger – se i Felleskatalogen i omtalen av hvert medikament.

Bruk av anxiolytika, og særlig av dem som er av benzodiazepin-typen, må veies opp mot fare for tilvenning og misbruk. Det er derfor andre psykotrop medikamenttyper som bør utgjøre et førstevalg dersom man skal ty til medikamenter. Det kan være snakk om flere, men de nyere antidepressiva kan særlig være å nevne.

Bruk av anxiolytika gis ikke ytterligere oppmerksomhet i denne artikkelserien.

### Hypnotika

Hypnotika er sovemidler. Det anbefales i sterk grad også å være tilbakeholden med bruk av hypnotika. Grunnene er de samme som dem som er omtalt under anxiolytika (se over). Bruk av hypnotika gis ikke ytterligere oppmerksomhet i denne artikkelserien.

### Psykostimulantia

Psykostimulerende medikasjon kan vurderes brukt ved ADHD. Anvendelsen er strengt regulert.

Bruk av psykostimulantia gis heller ikke ytterligere oppmerksomhet i denne artikkelserien.

<sup>1</sup> [Undergruppene er dels navngitt ut fra kjemi og dels ut fra nevrobiologisk virkning.](#)

<sup>2</sup> [Litium er et kjemisk grunnstoff. Litium skiller seg av den grunnen ut fra alle andre psykotrope medikamenter. Nevrobiologisk virkning av Litium er svært kompleks og det har vært vanskelig å nå fram til en detaljert forståelse. De nevrobiologiske virkningene innebærer langt mer enn å øve innflytelse på transmitter-reseptor komplekset – se artikkel 3.](#)

<sup>3</sup> [Anxio = trang. Under angst snører både hals og bringe seg. Lyein = løse opp](#)

Medikamenter ved demensutvikling. Medikamenter som sies å kunne bremse utvikling av senil demens, særlig i tidlig fase, finnes. Slike medikamenter vurderes imidlertid jevnt over å ha beskjeden relevans dersom det er snakk om senil demensutvikling hos personer som i utgangspunktet har en psykisk utviklingshemning. Slik bruk skal imidlertid ikke prinsipielt utelukkes.

### **Felleskatalogen og omtale av psykotrop medikasjon**

Felleskatalogen er først og fremst bygd opp for at den skal gi en oversikt over medikamenter og samtidig også være en kilde til informasjon om hvert enkelt medikament. Felleskatalogen er følgelig ikke ment som klinisk lærebok. I Felleskatalogen kan man søke etter nyttig informasjon om medikamenter. Det er lett å finne fram til omtale av preparater som man kjenner navnet på. Beskrivelsen i seg selv er imidlertid preget av mange vanskelige fagord og termer. Nærpersoner vil ofte ha lett tilgang til Felleskatalogen.

### **Om hvordan Felleskatalogen er oppbygd**

I Felleskatalogen vil man foran i del 3, finne «Anatomisk terapeutisk kjemisk legemiddelregistre». Der er alle medikamentene klassifisert og nevnt ved navn. Inndelingen av psykotrop medikasjon er imidlertid ikke helt lik den inndelingen som er gitt i denne artikkelen.

Felleskatalogen klassifiserer medikamenter etter ATC-klassifikasjonssystemet, Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

Etter dette systemet inndeles medikamentene først i (generelle) hovedgrupper ut fra kroppsorgan eller kroppsfunksjon. Hver hovedgruppe er gitt et bokstavtegn – eksempelvis N for nervesystemet. De psykotrope medikamenter inngår i denne.

Deretter inndeles medikamentene i 5 underliggende nivåer. Inndelingen er gitt både ut fra behandlingsmessige og ut fra kjemiske prinsipper. Klassifiseringen er dels angitt med tall og dels med bokstaver.

Det er viktig å være oppmerksom på at i dette ATC-systemet som brukes i Felleskatalogen er det gitt bare én enkelt plass for det enkelte medikamentet. Plasseringen er bestemt ut fra det som er

den viktigste indikasjonen med medikamentet. I denne sammenhengen er det viktig å være oppmerksom på at det ikke er uvanlig at noen av de medikamentene som anvendes med psykotrop hensikt også, og i større utstrekning, anvendes på andre områder. Ut fra dette har de en annen hovedindikasjon og i Felleskatalogen er medikamentene å finne med utgangspunkt i denne.

Mange har sikkert forsøkt å lete seg fram i Felleskatalogen i håp om å finne en oversikt over alle de medikamentene som kan være aktuelle ved en gitt psykisk tilstand. Dersom et preparat har en annen hovedindikasjon enn den psykotrope vil det være vanskelig å gjennomføre et slikt søk i Felleskatalogen. Eksempelvis vil noen av de medikamentene som vanligvis brukes mot epilepsi, og som er rubrisert under betegnelsen antiepileptika, ofte kunne anvendes i psykotrop hensikt – se senere.

I Felleskatalogen vil man faktisk av slike grunner ikke finne en samlet oversikt over psykofarmaka / psykotrop medikasjon. Man vil til og med måtte lete forgjeves for å finne ordene psykofarmaka / psykotrop medikasjon i bruk.

### **Hvor i Felleskatalogen, og under hvilke betegnelser, finnes beskrivelse av psykotrope medikamenter**

Teksten nedenfor vil muligens gjøre det noe lettere for nærpersoner, og andre, å søke etter psykotrope medikamenter i Felleskatalogen. Se for øvrig beskrivelsen av medikamentgruppene under overskriften «Oversikt over de vanligste psykotrope medikamentene» i starten av artikkelen.

### **Psykotrope medikamenter som i Felleskatalogen finnes under betegnelsen «psykoleptika» – N05<sup>4</sup>**

Termen psykoleptika virker gammelmodig. Rent språklig kan «psykoleptika» oppfattes noe i retning av «medikamenter som letter psyken». Psykoleptika skal ikke fullt ut oppfattes å være sammenfallende med psykofarmaka eller psykotrope medikamenter.

Antipsykotika – N05A.

Anxiolytika – N05B.

Hypnotika og sedativa – N05C.

<sup>4</sup> N05 – Etter ATC-systemet angir bokstaven N nervesystemet.

### **Noe om psykotrope medikamenter som i Felleskatalogen finnes under betegnelsen «psykoanaleptika» – N06**

Termen psykoanaleptika virker også gammelmodig. Språklig betyr «psykoanaleptika» noe i retning av «medikamenter som gjenoppretter psyken».

Antidepressiva N06A.

Psykostimulantia N06B.

Midler mot demens N06D.

### **Noe om psykotrope medikamenter som i Felleskatalogen finnes under andre betegnelser**

Betablokkere – C07<sup>5</sup>.

Medikamentene utøver sin biologiske virkning på såkalte betareseptorer. Disse forefinnes vidt spredt i kroppen, bl.a. i blodkar og luftveiene.

Noen betablokkere kan ha påvirkning på kroppslig ubehaget ved angsttilstander.

Antiepileptika – N03.

Noen antiepileptika anvendes i psykotrop hensikt.

Antihistaminer til systemisk<sup>6</sup> bruk – R06.

Noen antihistaminer kan anvendes som hypnotika / sovemedisin.

<sup>5</sup> C – Etter ATC-systemet angir C hjerte og kretsløp

<sup>6</sup> Ordet systemisk betyr her at medikamentet tas inn / sprøytes inn for å kunne øve innflytelse i hele kroppen (kroppssystemet). Det motsatte ordet i slik sammenheng er lokalt – medikamentet brukes lokalt.



Foto: Dino Makridis/ Sverresborg

## ARTIKKEL 5

# Oppstart av psykotrop medikamentering

GEIRMUND SKEIE  
Spesialist i psykiatri

Med nærhet og kjennskap til hovedpersonen vil nærpersoner i sin framskutte posisjon være naturlige samhandlings- og diskusjonspartnere for mange, også for legen. Nærpersoner vil faktisk kunne ha avgjørende oppgaver mellom hovedpersonen og legen. Nærpersoner vil bl.a. kunne ta viktige førsteinitiativ. Nærpersoner tar ikke de endelige avgjørelsene med hensyn til iverksettelse av en psykotrop medikamentering, men de kan yte vesentlige bidrag. De endelige vurderingene og beslutningene, så som utredning og diagnostisering, valg av medikament, dosering, varighet av medikasjonen, er det til syvende og sist legen som tar.

Forenklet sagt vil de kliniske vurderingene ha to utgangspunkt. Det første er det som *hovedpersonen* selv formidler, både verbalt og ikke-verbalt. Det andre er det som *personer rundt hovedpersonen* formidler om vedkommende. Artikkelen vil ikke inneholde noen detaljert gjennomgang av de tusener av valg man i praksis vil stå overfor med hensyn til valg av medikament, av dosering og av varigheten av en medisinerings. Men det vil likevel bli gitt en viss gjennomgang av kliniske tilstander og tilstander som kan tilsi at man starter opp med

psykotrop medikamentering. Det blir imidlertid snakk om relativt generelle, men forhåpentligvis nyttige betraktninger. Det må forutsettes at det i enkeltsituasjoner lokalt gis informasjon og veiledning. Lesere som er ekstra interesserte må søke annen og mer detaljert beskrivelse.

## Ansvarsfull balansegang – tilbakeholdenhet eller ei

Jo svakere kommunikasjons- og atferdsrepertoaret er, jo større er faren for at «enkle» eller «naturlige» mishagsytringer oppfattes som uttrykk for alvorlig mental lidelse. Som følge av dette vil en stå i fare for at det unødig blir gitt psykotrop medikasjon som ved alvorlig psykiatri. Dette er noe av grunnene til at man, som generell hovedregel, skal vise tilbakeholdenhet med hensyn til å iverksette psykotrop medikamentering av personer med psykisk utviklingshemming. På den annen side vil man kunne stå overfor situasjoner der det er viktig å kunne iverksette psykotrop medikamentering relativt raskt, noe vi kommer tilbake til senere i denne artikkelen. Psykotrop medikasjon kan billedlig framstilles som en smal og svingete vei. På begge sidene av veien er det grøfter å falle i, på ene sida om det feilmedisineres, på den andre sida om medisinerings unnlates. Hva er aktuelt i dag og ikke minst, hva er aktuelt rundt neste sving?

## Stor tilbakeholdenhet

Dersom motivasjonsgrunnlaget for å gå til psykotrop medikasjon er uklart skal det vises stor tilbakeholdenhet. Er det personens ve og vel som

er det egentlige motivasjonsgrunnlaget eller er det et annet? Det gjelder også å vise stor tilbakeholdenhet i situasjoner der det ikke foreligger noen sikker diagnose og tilstand som skulle tilsi bruk av psykotrop medikasjon.

Stor tilbakeholdenhet er imidlertid ikke å oppfatte som absolutt tilbakeholdenhet. Det er trolig viktigst å få understreket at bruk av psykotrop medikasjon skal unngås i situasjoner der det er åpenbart at samhandlingen med vedkommende er uheldig eller at levekårene er mangelfulle. Psykotrop medikasjon skal ikke fortrenge fornuftige alternativer.

### Relativ tilbakeholdenhet

Det bør utvises relativ tilbakeholdenhet selv om den psykiske tilstanden i seg selv kunne tilsi bruk av psykotrop medikasjon. Med mindre situasjonen synes å være kritisk skal andre og lempeligere innsatser i første omgang prøves. Det vil kunne vise seg at man oppnår et tilfredsstillende resultat uten bruk av psykotrope medikamenter. Dersom alternativene ikke gir tilfredsstillende resultat kan psykotrop medikamentering i neste omgang utprøves.

### Liten tilbakeholdenhet

Noen psykiatriske diagnoser og tilstander tilsier at man rimelig raskt går til psykotrop medikasjon. Dette gjelder ikke minst i situasjoner der man regner med at nevrobiologiske avvik øver betydelig innflytelse på tilstandsbildet. Alvorlige psykotiske tilstander, alvorlige stemningslidelser og alvorlige tvangstilstander kan nevnes som eksempler.

Man bør rimelig raskt også kunne gå til psykotrop medikasjon dersom det foreligger så alvorlig atferd eller symptomatologi at denne i seg selv innebærer en betydelig fare for personen og / eller omgivelsene. Dette kan noen ganger gjelde selv om utredninger ikke har gitt grunnlag nok til å få stilt en sikker psykiatrisk diagnose eller at atferden og symptomene på annet vis er klart forstått og kategorisert. Man kan dessuten lettere ty til psykotrop medikamentering dersom man tidligere har erfart at slik medikamentering i tilsvarende situasjoner har vært til god nytte.

### Psykotrop medikasjon skal brukes som «best available treatment»

Det engelske uttrykket «best available treatment» kan oversettes med «beste tilgjengelige behandling / behandlingsform». Dette uttrykket skal oppfattes

som nok en understreking av at det er viktig å vise generell tilbakeholdenhet. Men hvis man først velger å gå til psykotrop medikamentering så skal det gjøres i rimelig visshet om at psykotrop medikamentering i den gitte situasjonen er den beste behandlingsformen. Dermed er det ikke sagt at den medikamentelle behandlingen på noen som helst måte skal stå isolert. Parallelt må det iverksettes andre tiltak.

### Valg av psykotrope medikamenter

Legen har, som tidligere nevnt, det endelige ansvaret hva gjelder valg av medikament.

Det gjelder generelt at man tilstreber å gjøre en psykotrop medikasjon så enkel som mulig. Som oftest, men ikke nødvendigvis alltid, bør man unngå samtidig bruk av flere psykotrope medikamenter. Doseringen bør være så enkel som mulig, se under doseringsstrategier i det følgende. Det bør vises stor tilbakeholdenhet og i noen situasjoner regelrett «forbud» med hensyn til inntak av alkohol eller annet som påvirker mentale funksjoner.

Det må også vises årvåkenhet når personer som bruker andre typer medikamenter i tillegg blir satt på psykotrop medikasjon. Når flere medikamenter blir brukt samtidig kan virkningene av dem innbyrdes forstyrres. Dette kalles interaksjon medikamentene imellom. Et medikament øver innflytelse på virkningen av et annen eller vise versa. Informasjon om interaksjoner har i praksis stor nytteverdi. Det er eksempelvis ikke sjelden at personer med psykisk utviklingshemming blir medisineret for å forebygge eller redusere epileptiske anfall. Noen av de anti-epileptika som er i bruk har en lei tendens til å gi interaksjon med psykotrope medikamenter. Aktuelle interaksjoner er omtalt i Felleskatalogen under beskrivelsen av hvert enkelt preparat.

Å velge psykotrope medikamenter ut fra psykiatriske diagnoser

Personer med psykisk utviklingshemming kan ha psykisk tilleggsproblematikk.

Psykiatriske diagnoser sies gjerne å utgjøre den enkleste rettesnoren å velge psykotrope medikamenter / medikamenttyper etter. Dette forutsetter selvsagt at diagnosen etter internasjonalt gjeldende kriterier er riktig stilt. Selv med riktig stilte diagnoser foreligger det imidlertid ingen full garanti for at medikamentet gir ønsket resultat.

Å velge psykotrope medikamenter ut fra andre diagnoser enn de tradisjonelt psykiatriske

Diagnoser kan finnes seg i grenseområdet

mellom psykiatri og andre medisinske spesialistområder – særlig nevrologi. Det kan diskuteres hvilke diagnoser som kan sies å utgjøre de tradisjonelt psykiatriske diagnosene. I slik sammenheng vil eksempelvis en tilstand / diagnose som ADHD kunne trekkes fram. Det samme kan alvorlige tics-tilstander, fortrinnsvis en diagnose som Tourette syndrom. Søvnvansker vil også kunne nevnes.

I denne artikkelen gis det ikke noen nærmere omtale av tilstander i dette grenseområdet og hvilke psykotrope medikamenter som kan være aktuelle å vurdere ved disse.

### **Valg av psykotrope medikamenter uten at det foreligger noen sikker psykiatrisk eller annen medisinsk diagnose**

Det kan hos personer med særlig svakt intellektuelt funksjonsnivå være vanskelig å stille tradisjonelle psykiatriske diagnoser som ikke alltid fullt ut er anvendbare, eksempelvis når personen ikke har språk. Når en ikke er i stand til å nå fram til noen psykiatrisk diagnose på tilstanden skal man i utgangspunkt være tilbakeholden med å ty til psykotrop medikamentering, i alle fall i første omgang. Andre løsninger må prøves først. Psykotrop medikamentering skal imidlertid ikke prinsipielt utelukkes.

Tradisjonelle psykiatriske diagnoser kan være vanskelig å stille ved atferdsformer som alvorlig selvskading eller utfordrende atferd. Dersom andre behandlingsmessige veier ikke har ført fram vil psykotrop medikasjon kunne forsøkes. Noen ganger vil man kunne erfare at psykotrop medikasjon kan ha klinisk effekt som er betydelig bedre enn den man på annet vis har oppnådd. Det er imidlertid viktig å understreke at å gi psykotrop medikasjon på et slikt grunnlag nødvendigvis vil være belemret med usikkerhet. Dette tilsier for det første at de utredningene som legges til grunn for medisineringen må være svært omhyggelig gjennomførte. For det andre må medikamenteringen være nøye planlagt. Det må understrekes at i slike situasjoner må aktører og instanser som involveres inneha særlig høy kompetanse, i praksis spesialisthelsetjenesten.

Mange vil finne det kontroversielt eller betenkelig at det i det hele tatt anvendes psykotrop medikasjon uten at det er stilt noen sikker psykiatrisk diagnose. En slik reservasjon er logisk ut fra en tankegang om at all medisinerings skal være basert på at det er stilt en eller annen diagnose. På annen side vil en imidlertid kunne hevde at

en slik oppfatning innebærer at det ikke fullt ut vises respekt for hvor vanskelig det kan være alltid å få stilt psykiatriske diagnoser – særlig når vedkommende person er høygradig intellektuelt funksjonshemmet.

Håpet og forventninger om at psykotrop medikasjon vil kunne lindre åpenbar lidelse vil kunne veie tyngre i visse situasjoner enn kravet om at det alltid skal være stilt en diagnose. Etikken bør ha forrang.

At det noen ganger er vanskelig å nå fram til en diagnose skal imidlertid ikke oppfattes som noen slags sovepute med hensyn til at de utredningene som gjøres skal være grundige.

Psykotrop medikamentering skal alltid være basert på en såkalt *atferdsfarmakologisk hypotese*, foreliggende diagnose eller ei. En atferdsfarmakologisk hypotese skal gi en begrunnelse for hvorfor den psykotrope medikamenteringen antas å ha positiv virkning.

### **Generelt om doseringsstrategier**

En må regne med at det foreligger visse nevrobiologiske avvik hos de fleste personer med en psykisk utviklingshemming. Nevrobiologiske avvik vil en også måtte regne med kan foreligge hos eldre mennesker, og med større sannsynlighet jo eldre personen er. Er det påvist, eller er det mistanke om at det foreligger nevrobiologiske avvik hos den aktuelle personen skal psykotrop medikamentering skje etter en ekstra «trø varsomt» plakat. Ved nevrobiologiske avvik vil det være større risiko for u hensiktsmessige og uventede reaksjoner. Blant annet kan det opptre en virkning som er helt motsatt den man har ønsket å oppnå. Dette omtales som paradoksal effekt.

Doseringen av psykotrope medikamenter skal allment skje med forsiktighet og etter prinsippet om «lavest effektive dose». Hos personer med psykisk utviklingshemming kan en gjerne dosere psykotrope medikamenter enda lavere enn det som er angitt i de allmenne anbefalingene. Forsiktig dosering gjelder alle faser av en psykotrop medikamentering. Usikkerhet øker behovet for evaluering underveis i en psykotrop medikamentering Det er omtalt flere steder tidligere i denne artikkelserien at det alltid er grader av usikkerhet knyttet til psykotrop medikamentering. All bruk av psykotrop medikamentering må av den grunn følges nøye. Oppfølgingen må skje etter en gjennomtenkt plan. Nærpersoner har i slikt arbeid viktige roller å ivareta.





# Oppfølging av psykotrop medikamentering

GEIRMUND SKEIE,  
*Spesialist i psykiatri*

## **Evaluering av psykotrop medikamentering er alltid nødvendig**

I tidligere artikler i dette heftet er det nevnt flere ganger at det ved psykotrop medikamentering alltid vil foreligge en viss grad av usikkerhet. Usikkerhet kan både gjelde utredningen som ligger til grunn for medikamenteringen og selve medikamenteringen. Usikkerhet ved psykotrop medikamentering gjør at det alltid er behov for å evaluere medikamenteringen. Hvor hyppig det bør foretas evalueringer kan variere ut fra situasjonen. Evalueringer bør planlegges hyppigst i de fasene det er størst usikkerheten knyttet til medisineringen. Det vil naturlig nok for det første gjelde umiddelbart etter oppstart. For det andre, og kanskje vel så viktig, er det at det blir gjort evaluering rundt tiden da man forventer at medikamenteringen skal ha gitt klinisk effekt. For det tredje er det viktig at det vises årvåkenhet og foretas evaluering etter at det er foretatt justeringer av medikasjonen.

Ved langvarig psykotrop medikasjon bør evalueringer, som minimum, gjøres årlig. Evalueringen kan fordelaktig kunne kombineres med at det gjøres en generell helsekontroll. Offisielle standarder er ikke utarbeidet. Det må alltid være *beredskap* til å kunne gjennomføre en evaluering. Det må alltid kunne reageres raskt eksempelvis dersom det oppstår mistanke om eller påvises alvorlige bivirkninger. Dessverre finner en ofte at evaluering av psykotrop medikasjon er mangelfull eller til og med helt utelatt. Følgende situasjoner er derfor for mange gjenkjennbare:

- Det er ikke uvanlig at psykotrop medikamentering ikke blir evaluert etter at den kliniske situasjonen har stabilisert seg. Dersom en psykotrop medikamentering innledningsvis har hatt positiv virkning mister den ofte i neste omgang oppmerksomheten. Det er blitt «ro i landskapet».
- En ser ofte at en psykotrop medikamentering blir opprettholdt over lang tid, også etter at det ikke lenger synes å være behov for den.
- Det er heller ikke uvanlig at en psykotrop medikamentering opprettholdes selv om den ikke har sett den kliniske effekten man har ønsket seg, også etter at man eventuelt har økt doseringen.
- Det er heller ikke uvanlig at det bare legges til et nytt medikament på toppen av det første medikamentet som er valgt. Det kan oppstå det vi kaller en multimedikasjon som er et uttrykk for at det brukes mange medikamenter samtidig. Multimedisasjon innebærer et brudd på regelen om at enhver medikasjon bør være så enkel som mulig.

Dersom et medikament ikke gir ønsket virkning vil det så godt som alltid være klart fordelaktig å fjerne medikamentet og eventuelt skifte det ut med et annet. Det er uvanlig at man kan oppleve at en psykotrop medikamentering har stått ved lag over mange år uten å ha blitt evaluert.

## **Evaluering av psykotrop medikamentering – også et lagarbeid**

Evaluering av psykotrop medikamentering er også et utpreget lagarbeid. I dette lagarbeidet kan nærpersoner langt på vei ha helt avgjørende funksjoner. Nærpersoner vil ofte være de første til å oppdage endringer.

Som før nevnt er nærpersoner kanskje de viktigste formidlerne på linjen mellom hovedperson og lege. Meldings- eller varslingsveier innenfor tjenesteapparatet må være tydelige og velkjente. Det er viktig at nærpersoner forberedes i nødvendig grad og får veiledning og annen støtte til å utøve oppgavene sine. Nærpersoner må få vite hvilke fenomener de i ekstra grad skal ha sin oppmerksomhet rettet inn på. Slik informasjon må være tilpasset den aktuelle kliniske situasjonen, inklusive det aktuelle medikamentet.

## **Orientering til nærpersoner i forkant av og underveis i psykotrop medikamentering. Skisse til disposisjon.**

Det bør, eller aller helst må, være obligatorisk at nærpersoner får god orientering både i *forkant* av og *underveis* i en psykotrop medikamentering. Fortrinnsvis bør slike orienteringer i tillegg til å bli gitt muntlig også være nedskrevet. Foreløpig er det ingen slike krav og det foreligger heller ikke noen standard over hvilke opplysninger slike orienteringer bør innbefatte. Idéskissen umiddelbart nedenfor er uoffisiell.

## **Klinisk hensikt med- og ønsket virkning av aktuell psykotrop medikamentering**

- Klinisk hensikt med medikamenteringen må være godt kjent.
- Hvilke er de forskjellige målsymptom eller målatferd som medikamentet skal virke inn på?
- Påvirkes målsymptomer eller målatferd?

Vurdering kan være i form av frie skjønsmessige, subjektive observasjoner. Slike kan være nyttige. I noen situasjoner er de kanskje også det eneste grunnlaget man kan vurdere ut fra.

Skjønsmessige vurderinger har imidlertid sine begrensninger. Ideelt sett bør evalueringer basere seg på *registreringer* som i sin tur bør være så objektive som mulig. Registreringene bør være skriftliggjorte. Erfaringer som ikke er skrevet ned blir fort glemt.

Registrering av målatferd bør, dersom det lar seg gjøre, være gjort i forkant av en

medikamentering. Hyppigheten målsymptomet / målatferden opptrer med nedtegnes og utgjør et tallmessig utgangsnivå, en såkalt baseline, som man senere kan vurdere opp mot.

Registrering av målatferd er svært nyttige i forkant av endringer underveis i en pågående medikamentering. Innenfor avansert miljøarbeid er tilsvarende registreringer ofte anvendt i kompliserte situasjoner, ikke minst forut for planlagte endringer av miljø- eller behandlingsmessig art. Metoden vil følgelig ofte være velkjent i de aktuelle miljøene.

## **Hvor raskt skal en forvente at et gitt psykotropt medikament gir klinisk effekt?**

Tiden som går fra oppstart av en psykotrop medikamentering til at man kan forvente klinisk effekt varierer. Både type medikament og hvilke målsymptomer eller målatferder det er snakk om er avgjørende.

De aller fleste typer psykotrope medikamenter (unntak – se nedenfor) har en *langsomt inntredende virkning*. For hovedpersonen og ikke minst for personene rundt vedkommende gjelder det derfor å kunne vise tålmodighet og greie å holde ut i ventetiden.

Noen av de vanligste angstdempende og søvnfremmende midlene har imidlertid *rask, nærmest umiddelbar, virkning*. Den nevrobiologiske virkningen som disse medikamentene har på nervecellene er imidlertid svært inngripende. Det oppstår skader i nervecellene og disse skadene gjør at den kliniske virkningen fort avtar eller blir borte. Etterfølgende misbruks- og avhengighetsfare er følgelig stor. Ved bruk av slike medikamenter kan det oppstå betydelige abstinensplager når medikamenteringen avbrytes.

## **Uønsket klinisk virkning**

Det må gjøres kjent hva som er de viktigste tegnene på *overdosering* og hvilke farer overdosering innebærer.

Psykotrope medikamenter har, noe ulikt seg imellom, tilbøyelighet til å gi uønskete virkninger. Det kan tildels være individuelle årsaker til dette. De viktigste og mest aktuelle *bivirkningene* må også være kjent. Noen av disse er svært alvorlige. Noen ganger må medikasjonen umiddelbart avbrytes på grunn av bivirkninger. Bivirkninger er forøvrig gitt bred omtale i Felleskatalogen under beskrivelsen av de enkelte medikamentene.

### **Justering av psykotrop medikasjon**

En psykotrop medikamentering innebærer, forenklet sagt, at det oppstår en endring i nevrobiologisk balanse ved at signaloverføring og dermed samspillet mellom nerveceller i hjernen innstilles på et nytt nivå. Det tar alltid en viss tid før den nye nevrobiologiske balansen har fått stabilisert seg. Som grunnregel skal man alltid, og etter en viss *plan*, justere eller i det minste forsøke å justere enhver psykotrop medikamentering. Etter en slik justering vil det etter en viss tid oppstå en ny slik nevrobiologisk balanse.

All psykotrop medikamentering kan gi uønsket virkning, ikke minst i form av bivirkninger. Det kan da oppstå behov for at det *rasket* foretas justeringer og endringer av den pågående psykotrope medikasjonen. I svært alvorlige situasjoner vil det kunne være nødvendig å foreta en umiddelbar avbrytelse, seponering<sup>1</sup> av medikasjonen.

Noen generelt gjeldende betraktninger rundt psykotrop medikamentering er omtalt i artikkel 5. Mange av disse betraktningene gjelder i alle faser av en psykotrop medikamentering, også ved justeringer. Her skal det bare gjentas at psykotrop medikasjon skal være enklest mulig. Doseringen skal etter dette prinsippet ligge på det laveste effektive nivå. Medikasjon som ikke synes å ha noen hensikt skal ikke stå ved lag.

### **Justeringer av psykotrop medikasjon i tidlig fase**

Det er gjentagende ganger tidligere sagt at det alltid råder en viss grad av usikkerhet rundt bruk av psykotrop medikasjon. Slik usikkerhet er gjerne størst innledningsvis.

Er det kliniske bildet man bygger medikasjonen på blitt riktig oppfattet? Er medikamentvalget fornuftig? Hvor lenge skal medikasjonen stå ved lag?

Dersom psykotrop medikasjon ikke virker etter hensikten kan det være flere veivalg:

- Foreta en revurdering av utredning / diagnose.
- Øke eller redusere (evt. seponere) doseringen.
- Skifte til et annet medikament.
- Supplere med et tilleggsmedikament (ofte komplisert).

Man bør ved oppstart av psykotrop medikamentering ha en viss formening om hvor langvarig medikasjonen kan eller bør være. Noen psykotrope

<sup>1</sup> seponere = legge til side / avbryte en medikasjon.

medikamenter skal helst *aldri* brukes over lang tid. Eksempelvis gjelder dette de rene angstdempende medikamentene og sovemedikamentene, særlig når disse tilhører den såkalte benzodiazepin-gruppen. Tilvennings- og avhengighetsfaren er stor ved denne type medikamenter.

Det vil ved oppstart av en psykotrop medikamentering som oftest være vanskelig å være trygg på hvor lenge medikasjonen bør stå ved lag. Evalueringer underveis i det videre forløpet gir det beste grunnlaget å foreta seg beslutninger ut ifra.

### **Justeringer av psykotrop medikasjon underveis**

Psykotrop medikasjon skal alltid ha en fornuftig hensikt. Psykotrop medikasjon skal ikke stå ved lag når den ikke lenger anses å være til nytte. Generelt gjelder at en psykotrop medikamentering skal være så enkel som mulig. Man skal tilstrebe det laveste, men samtidig effektive doseringsnivået. Underveis i en medikasjon kan doseringsnivået imidlertid både heves og senkes ut fra den kliniske situasjonen. Det kan også foretas en seponering eller et skifte til eller supplement av et annet medikament. Det skal igjen minnes om at det etter en medikasjonsendring vil ta noe tid fram til at det er oppstått en ny nevrobiologisk balanse og endring i det kliniske bildet.

Oppfattes den kliniske situasjonen positiv og stabil skal man i utgangspunkt likevel forsøke å foreta endringer i medikasjonen, med mindre det foreligger klare indikasjoner mot å gjøre dette. Naturligst vil det i første omgang være å forsøke å redusere doseringen, ev. trinnvis, oppnå seponering. Lykkes man ikke med en slik nedtrapping, ev. Seponering, må man noen ganger konkludere med at den opprinnelige medikasjonen fortsatt bør stå ved lag.

Et annet alternativ er å skifte til et annet medikament. Dersom det heller ikke lykkes kan den samme konklusjonen gjelde. Man skal, flere mislykkede forsøk til tross, imidlertid aldri bevisst unngå fullt og helt å foreta nye justeringsforsøk. Det må imidlertid i slike situasjoner aksepteres at man lar det gå ganske lang tid mellom forsøkene.

### **Justeringer av psykotrop medikasjon når medikasjon har stått ved lag over svært lang tid**

Det er ikke uvanlig at en psykotrop medikamentering har stått ved lag i årevis. I slike situasjoner bør dosereduksjoner skje i *svært små skritt* og tiden mellom hver av dem kan gjøres ekstra lang. Det kan ha vært gjort flere tidligere forsøk på nedtrapping eller seponering og disse har vært mislykkede. I slike

situasjoner bør man innimellom likevel forsøke nye nedtrappinger.

Dersom det kliniske bildet under en slik nedtrapping nok en gang forverrer seg kan nedtrappingen reverseres. En slik reversering vil det ofte være klokt å ty til raskt dersom det kliniske bildet under tidligere forsøk har vært dramatisk. Et skifte til et annet psykotropt medikament som forventes ha klinisk å ha tilsvarende virkning er også i slike situasjoner aktuelle å vurdere. Trolig nøles det for ofte med justering av psykotrop medikasjon hos personer med psykisk utviklingshemning. Noe av forklaringen kan være at det alltid foreligger en viss grad av usikkerhet. Mottoet «det er ingen skam å snu» vil uansett gjelde!

Forøvrig er det viktig at det tas vare på den individuelle medikamenthistorien. Kunnskap om tidligere erfaringer har stor nytteverdi.



Foto: Dino Makridis/ Sverresborg

## Ressurser

### Relaterte artikler:

Psykotrop medikamentering av personer med psykisk utviklingshemming. <http://naku.no/node/1113>

Depresjon hos personer med utviklingshemming, <http://naku.no/node/513>

Psykologisk behandling for personer med utviklingshemming, <http://naku.no/node/503>

Kommunikasjon: Snakk med, ikke om. <http://naku.no/node/889>

Sikring av utviklingshemmede mot overgrep, SUMO, <http://naku.no/node/1023>

Psykisk utviklingshemming og psykisk helse, atferdsanalytiske betraktninger: <http://naku.no/node/906>

Psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming, faser, varseltegn og håndtering av kriser. <http://naku.no/node/931>

Utviklingshemmede med psykiske sykdommer- samhandling på kryss og tvers. <http://naku.no/node/565>

Å gjenkjenne psykoser hos ikke-verbale pasienter med utviklingshemming. <http://naku.no/node/502>

Forebygging av psykiske vansker: <http://naku.no/node/726>

Epidemiologi: Utviklingshemming og komorbide tilstander. <http://naku.no/node/512>

Samleside i Kunnskapsbanken, NAKU: Samleside om diagnose: <http://naku.no/kunnskapsbanken/12/87?filter=all>

Samleside i Kunnskapsbanken, NAKU: Samleside om psykisk helse: <http://naku.no/kunnskapsbanken/33>

### Relaterte hefter, rapporter, veiledere:

Rapport: Utviklingshemming og psykiske helsetjenester, <http://naku.no/node/487>

Psykisk utviklingshemming og psykisk helse, <http://naku.no/node/726>

Helseoppfølging av personer med utviklingshemming, <http://naku.no/node/1206>

Veileder om legemiddelgjennomganger: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-om-legemiddelgjennomganger/Publikasjoner/veileder-Legemiddelgjennomgang.pdf>

### E-læring:

Helsesjekk ved utviklingshemming, Aldring og helse: <http://naku.no/node/789>

Allmenntestens møte med utviklingshemmede, Den norske legeforening, <http://nettkurs.legeforeningen.no/course/view.php?id=47>

Helseoppfølging av personer med utviklingshemming, NAKU <http://naku.no/portal/helse>

Mangfold og muligheter, SOR, <http://naku.no/node/681>

Videoforelesninger: <http://naku.no/node/718>

Norsk elektronisk legehåndbok, NEL, <http://legehandboka.no/>

Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunen, <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Sider/default.aspx>

Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen, <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker/Sider/default.aspx>

### Relaterte nettsteder:

Senter for Psykofarmakologi (SFP) er et kompetansesenter i klinisk farmakologi som ønsker å fremme kunnskap om legemidler og bivirkninger, og har som mål å bidra til mer rasjonell legemiddelbruk i psykiatrien. Her finnes også lenker til forskning. <http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/psykisk/forside/Helsepersonell/senter-for-psykofarmakologi-sfp?D=2&C=443&I=1491>

Felleskatalogen, <http://www.felleskatalogen.no/medisin/>

Helsepersonelloven: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonelloven-med-kommentarer/Sider/default.aspx>

Godkjenning av helsepersonell: <http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/godkjenning-helsepersonell/Sider/default.aspx>

Statens legemiddelverk: informasjon om bruk av legemidler og om bivirkninger man bør være oppmerksomme på ved bruk av legemidler. <http://www.legemiddelverket.no/Sider/default.aspx>

Kunnskapssenteret: nettsted med en samling systematiske oversikter over måleegenskaper ved tester og diagnostiske metoder. <http://naku.no/node/739>

Helsetilsynet: <http://www.helsetilsynet.no/no/>

Lovdata: Forskrift om legemiddelhåndtering, <http://www.lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2008-04-03-320>

Nasjonalt kompetansesenter om psykisk helsearbeid, <http://napha.no/>

### Samlesider med tips om litteratur om psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser:

Om tvangslidelser: <http://naku.no/node/492>

Om utredning: <http://naku.no/node/494>

Om affektive lidelser: <http://naku.no/node/490>

Om angstlidelser: <http://naku.no/node/491>

Om psykotiske tilstander: <http://naku.no/node/493>

Om psykiske lidelser: <http://naku.no/node/491> og <http://www.samordningsradet.no/boker1.cfm>



NAKUs hovedoppgave er å utvikle det faglige grunnlaget for å skape gode levekår for utviklingshemmede, og hovedmålgruppen er kommunalt ansatte. Kompetansemiljøet skal bidra til at kommunalt ansatte kan dra nytte av erfaringer i andre kommuner, av faglig veiledning i nettverk og av tilgang på forskning og fagutvikling ved høyskoler og universitet.



**NAKU**

NASJONALT KOMPETANSEMILJØ  
OM UTVIKLINGSHEMNING

---