



Telefonisk rådgivning alle hverdage kl. 12 – 14. Telefon 99 44 95 70

Mail: Psykiatriens.medicinraadgivning@rsyd.dk

Nyhedsbrev nr. 4
Maj 2017

Læs i dette nyhedsbrev om:

- Depotinjektionsbehandling med antipsykotika
- Udgifter til depotinjektionsantipsykotika
- Case, skift til depotinjektion fra peroral behandling

Antipsykotisk behandling med depotpræparater

Flere antipsykotika findes som depotinjektionspræparater (depot-inj-AP).

Fordele og ulemper ved depotbehandling

Den antipsykotiske effekt er den samme ved depotbehandling som ved peroral behandling. Bivirkningsprofilen er også den samme, men pga. mindre udsving i plasmakoncentrationen og mindre samlet dosis kan bivirkningerne muligvis føles mindre udpræget.

Depot-inj-AP er medvirkende til bedre compliance, hvilket er en væsentlig fordel ifht. at forebygge genindlæggelse. Patienten skal heller ikke hver dag konfronteres med sin eventuelle ambivalens overfor medicin. Depot-inj-AP er væsentlig dyrere end peroral behandling og ikke alle 2. generationspræparater findes i depotinjektionsformulering.

Hvornår er der rationale i at skifte til behandling med depot-inj-AP?

Behandling med depot-inj-AP er en mulighed for patienter hvor det vurderes, at behandling med depotformulering kan forbedre livskvalitet og compliance for patienten. Depotbehandling kan også være indiceret ved fx tvungen opfølgning.

Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) angiver, at depot-inj-AP ikke er generelt rekommanderet, men kan/bør overvejes ved udtalte complianceproblemer. Dette afspejles også i klausulerne for tilskud til præparaterne, hvor der for de fleste depot-inj-AP gives tilskud til vedligeholdelsesbehandling, hvis oral behandling ikke kan gennemføres (se www.pro.medicin.dk for præcise tilskudsklausuler). I de tilfælde hvor lægen skønner at patientens behandling vil kunne optimeres ved depot-inj-AP skal der på recepten anføres "tilskud".

(fortsættes næste side...)

Vinderen af brugerundersøgelsen er...

Kirsten Ilkjær, speciallæge i psykiatri, Odense



Personer der henvender sig til Psykiatriens Medicinrådgivning inviteres til at besvare en brugerundersøgelse vedr. rådgivningen.

Kirsten Ilkjær er blandt en af de mange læger som har henvendt sig til Psykiatriens Medicinrådgivning med spørgsmål til en konkret psykofarmakabehandling. Hun er udtrukket ved tilfældig lodtrækning blandt de personer som har svaret på brugerundersøgelsen om rådgivningsfunktionen i perioden 1. oktober 2016 - 1. marts 2017. Psykiatriens Medicinrådgivning har fået flere end 350 henvendelser.

Brugerundersøgelsen er et vigtigt element ifht. at kunne levere den hjælp der efterspørges og vi sætter stor pris på alle de svar vi har modtaget.



Muligheder for valg af depot-inj-AP

Det er vigtigt, at det er afprøvet at den perorale behandling med stoffet tolereres. Valg af præparat bør følge RADS' anbefalinger for antipsykotikabehandling. Blandt førstevalgene findes både aripiprazol og risperidon også som depot-inj-AP. Paliperidon (2.valgspræparat) er også formuleret som depot-inj-AP. Paliperidon er den aktive metabolit af risperidon, hvorfor der ikke er forskel i effekt eller bivirkningsprofil af disse lægemidler. Paliperidon og risperidon adskiller sig derfor alene mht. doseringsinterval og pris (paliperidon er væsentlig dyrere end risperidon). Paliperidon kan vælges i tilfælde hvor renal ekskretion er nødvendig for patienten.

Herudover findes olanzapin og zuclophentixol (3. valgpræparater) og perphenazin (ikke blandt anbefalede præparater) som depot-inj-AP.

Opstart med depot-inj-AP

Giv depotinjektionerne med længst mulige intervaller, der er ikke videnskabeligt belæg for, at patientens tilstand forværres i dagene op til injektionen. Risikoen for dette er størst i timerne eller dagene efter en injektion, fordi koncentrationen af den tidligere injektion fortsat falder, mens det nye depot langsomt begynder at blive optaget i kroppen.

Dosis skal kun øges efter evaluering af effekten igennem mindst en måned, og gerne længere. Dosis kan derimod reduceres hurtigere, fx ved bivirkninger.

Oversigt over tilgængelige 2. generations- samt et enkelt 1. generations depot-inj-AP der anvendes i psykiatrien i Region Syddanmark. (Kilder: priser fra pro.medicin.dk, produktresuméer fra Lægemiddelstyrelsen + EMA)

Handelsnavn (indholdstof)	Vanlig vedligeholdelsesdosis	Årlig pris i primærsektor	Pris ved peroral behandling (ved angivne dosis)
Rispolept Consta (Risperidon)	37,5 mg /2. uge	38.000kr	1.400 kr (2 mg x 2 dgl)
Abilify Maintena (Aripiprazol)	400 mg/4. uge	42.000 kr	165 kr (30 mg x 1 dgl)
Xeplion (Paliperidon)	75 mg/4. uge	44.000kr	13.000 kr (6 mg x 1 dgl)
Trevicta (Paliperidon)	263 mg/12. uge	46.000 kr	13.000 kr (6mg x 1 dgl)
Zypadhera* (Olanzapin)	210 mg/2. uge	46.000 kr	380 kr (15 mg x 1 dgl)
Cisordinol Depot (Zuclophentixol)	200 mg/2. uge	1.100 kr	440 kr (10 mg x 1 dgl)

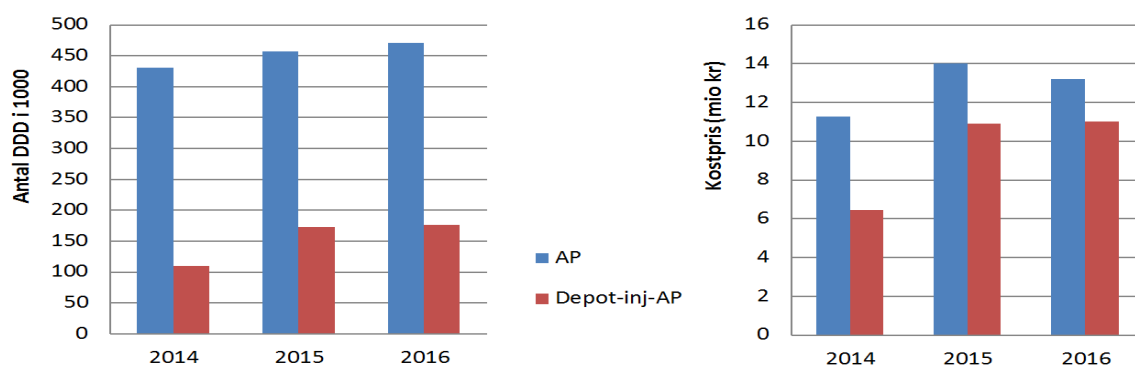
*Obs på, at patienten skal observeres i 3 timer efter injektionen



Medicinudgifter

Psykiatrisygehusets udgifter til medicin, har samlet set været stigende gennem de seneste år, dog med væsentlige afdelingspecifikke forskelle. I 2016 nåede udgifterne (inklusive somatisk medicin) op på over 16 mio. kr. for de seks almenpsykiatriske afdelinger (udgifter til vederlagsfri medicin ikke medregnet). En stor del af udgiftsstigningen kan forklares ved et øget forbrug af depot-inj-AP, hvoraf der de seneste år er kommet flere nye – og relativt dyre præparater på markedet.

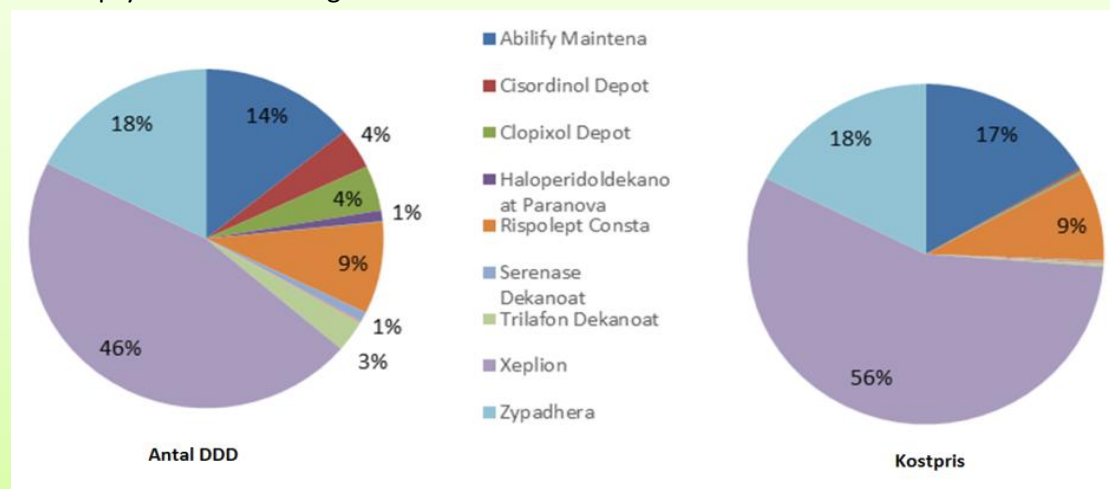
I figur 1 herunder ses det samlede forbrug af hhv antipsykotika (AP) og depot-inj-AP på de seks almenpsykiatriske afdelinger opgjort i antal definerede daglige døgndoser (DDD) og i kostpris (kr) for år 2014-2016.



Figur 1

Det ses, at andelen af depot-inj-AP opgjort i antal DDD er steget fra 25 % til 37 % i perioden fra 2014 til 2016, mens den tilsvarende andel af udgifterne i kostpris er steget fra at udgøre 57 % i 2014 til at udgøre 84 % i 2016 (svarende til ca. 11 mio. kr.).

I figur 2 ses forbruget af depot-inj-AP fordelt på præparater og opgjort i hhv total antal DDD og kostpris (kr) på de seks almenpsykiatriske afdelinger i 2016.



Figur 2

Ud fra figuren ses, at Abilify Maintena, Risperidol Consta, Xeplion og Zypadhera udgør 87 % af forbruget i DDD, og er ansvarlige for stort set alle udgifterne til depot-inj-AP. Præparatet Xeplion (paliperidonpalmitat) udgør knap halvdelen (46 %) af forbruget i DDD og står for 56 % af udgifterne (hvilket alene svarer til ca. 6,2 mio. kr.).



Stigningen i de samlede medicinudgifter kan, på baggrund af ovenstående tal, hovedsageligt forklares ved det markant øgede forbrug af depot-inj-AP gennem de seneste år. Som tidligere angivet, er depot-inj-AP ifølge RADS' behandlingsvejledning for psykotiske tilstande *ikke* generelt rekommanderet, men kan overvejes ved udtalte complianceproblemer. Da de fleste depot-inj-AP er forholdsvis nye på markedet, findes der endnu ikke generika, som kan presse prisen ned (udtaget herfra er risperidon depotinjektionsvæske, hvor det generiske og billigere præparat Rispolept Consta har overtaget markedet efter Risperdal Consta). Derfor er behandling med depot-inj-AP markant dyrere end med de tilsvarende perorale præparater.

Det har stor betydning for medicinudgifterne, i hvilken sektor et lægemiddel administreres og om der gives tilskud eller ej. Sundhedsstyrelsen foretog tilbage i 2014 en opstramning af praksis vedrørende tildeling af tilskud til patienter i behandling med depot-inj-AP, hvilket i Psykiatrisygehuset blev fulgt op med udgivelsen af en tværgående retningslinje for "Administration af depotmedicin til ambulante patienter" (Infonet DokID 494427) i december 2015. Det vurderes, at forskelligheder i tolkningen af retningslinjen har bidraget til variationer i de samlede medicinudgifter på afdelingerne, og at der endnu ikke er opnået ensartethed på området. Ud fra de seneste forbrugstal forventes dog et fald i medicinudgifterne – specielt mht depotmedicin for 2017.

CASE

Patient

En mand på 35 år har haft skizofreni siden han var 21 år. Patienten har tidligere været velfungerende, og har indtil nu været behandlet med risperidon 6 mg daglig. De seneste år har der været flere episoder hvor han er ophørt med medicinen og derefter er blevet indlagt med akutte psykotiske symptomer. Han oplever bivirkninger fra risperidon i form af ekstrapyramidale symptomer og gynækomasti.

Problemstilling

Der findes indikation for at skifte antipsykotisk behandling, både på baggrund af patientens periodiske noncompliance og på grund af bivirkninger.

Løsningsforslag

Det anbefales at der i stedet for risperidon forsøges behandlet med aripiprazol depotinjektion (Abilify Mantena). Dette præparat har en anderledes bivirkningsprofil end risperidon. Det vurderes at patienten opfylder klausulen for tilskud til behandlingen ("oral behandling ikke kan gennemføres"), idet der er udtalte complianceproblemer ved peroral behandling med risperidon.

Skiftet kan udføres således:

	Peroral risperidon	Peroral aripiprazol	Aripiprazol depot
Nuværende behandling	6 mg	0 mg	0 mg
Uge 1	6 mg	5 mg, stigende til 10 mg i løbet af ugen alt efter respons/bivirkninger	0 mg
Uge 2 + 3	6 mg	Indstil dosis af aripiprazol ift. respons og tolerans, fx til 20 mg	0 mg
<i>Tolereres behandlingen og er der god effekt, kan der opstartes depotbehandling</i>			
Uge 4 (dag 1)	0 mg	Fx 20 mg	400 mg depotinj.
Uge 5	0 mg	Fx 20 mg	Ingen injektion
Uge 6 + 7	0 mg	0 mg	Ingen injektion
Uge 8 (dag 1)	0 mg	0 mg	400 mg depotinj. (eller 300 mg hvis patienten har bivirkninger)

Baggrund

Bazire. Psychotropic Drug Directory, 2016.

www.pro.medicin.dk – Tilskudsklausul for Abilify Mantena, tilgået den 12. april 2017

RADS. Behandlingsvejledning for psykotiske tilstande hos voksne, januar 2016. Findes [her](#)