



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

Mail: PsMr@rsyd.dk

Nyhedsbrev nr. 2
Maj 2019

Læs i dette nyhedsbrev om:

- **Audit om psykofarmakologisk behandling i psykiatrien:**
 - Antipsykotisk polyfarmaci
 - Benzodiazepiner

Audit om psykofarmakologisk behandling i psykiatrien – fokus på antipsykotisk polyfarmaci og benzodiazepiner

På foranledning af Psykiatriens Kvalitetssikringsråd blev der på en udvalgt dag i november 2018 gennemført en audit med fokus på den psykofarmakologiske behandling. 746 journaler blev gennemgået, og audit omfattede følgende patientgrupper:

- Alle patienter der havde været indlagt mindst ét døgn (undtaget retspsykiatriske patienter i Middelfart samt psykiatriske akutmodtagelser)
- Alle ambulante patienter set på én bestemt dag (undtaget børne- og ungdomspsykiatrier, gerontopsykiatrien samt restpsykiatrisk lokalpsykiatri)

Det er i undersøgelsen kun registreret, om et præparat er ordineret, og det er ikke undersøgt, om PN medicin reelt set er givet. Læs rapporten fra audit [her](#). Denne omfatter også afdelingspecifikke resultater.

I dette nyhedsbrev har vi valgt at fokusere på to emner, nemlig antipsykotisk polyfarmaci og brug af benzodiazepiner.

HOVEDBUDSKABER

- Sæt så vidt muligt en revurderingsdato ved behandling med benzodiazepiner
- Seponer/revurder akut tillagt antipsykotikum ved udskrivelse
- Overvej skift eller dosisøgning før tillæg af yderligere antipsykotikum





Antipsykotisk polyfarmaci

I tabellen fremgår behandling med antipsykotika hos forskellige undergrupper af patienter, fx patienter med diagnoser inden for psykosespektret (F20-29).

I den første række ses fast behandling med antipsykotika, altså uden evt. PN behandling. I anden række ses endvidere, hvor mange patienter af disse, der får mindst 2 faste antipsykotika. I tredje og fjerde række ses hhv. de patienter, som får fast antipsykotikum og/eller PN antipsykotikum samt den andel heraf, der får mindst 2 forskellige. Det kunne fx være aripiprazol fast + quetiapin PN i sidste række.

	<i>Alle patienter i audit (N=746)</i>	<i>Alle patienter undtaget quetiapin ≤ 150 mg (N=746)</i>	<i>Diagnose i psykosespektret F20-29 (N=346)</i>	<i>Diagnose i psykosespektret F20-29, undtaget quetiapin ≤ 150 mg (N=346)</i>
Fast behandling med AP	73% (543/746)	67% (503/746)	93% (323/346)	92% (320/346)
- heraf fast behandling med ≥ 2 AP	27% (146/543)	27% (132/503)	30% (98/323)	29% (93/320)
Behandling med AP fast og/eller PN	82% (614/746)	71% (527/746)	96% (333/346)	94% (325/346)
- heraf behandling med ≥ 2 AP (fast og/eller PN)	44% (272/614)	40% (209/527)	55% (184/333)	47% (152/325)

AP = antipsykotika

Som det fremgår, er der en relativ høj grad af antipsykotisk polyfarmaci, uanset hvilken definition der anvendes (med eller uden PN), også når behandling med lavdosis quetiapin (≤ 150 mg) er taget fra. Antipsykotisk polyfarmaci var lidt mere udbredt blandt indlagte end ambulante patienter, og desuden fik ganske få patienter 3 eller flere præparater (data ikke vist).

Der ses ikke så stor variation i andelen af polyfarmaci, når det gælder behandling med mindst 2 faste antipsykotika. Andelen er dog lidt højere blandt patienter med diagnoser i psykosespektret kontra de øvrige psykiatriske diagnoser (30% vs 27%).

Når antipsykotisk polyfarmaci omfatter PN behandling, ses der mere variation. Her er der en højere andel blandt patienter med diagnoser i psykosespektret (55% vs 44%). Desuden ses det, at lavdosis quetiapin udgør en væsentlig andel af den antipsykotiske polyfarmaci, når PN behandling medregnes.

Der er udtrukket en vinder blandt de personer der har benyttet vores rådgivningsfunktion og svaret på spørgsmål i vores brugerundersøgelse.

Denne gang er det praktiserende læge Sofie Riber, som får en vingave tilsendt.

Mange tak for alle jeres svar.





Hvilken grad af antipsykotisk polyfarmaci er acceptabel?

Det kan drøftes, hvilken andel af antipsykotisk polyfarmaci der er den rette. Der findes visse kombinationer af antipsykotika, der kan være rationelle, og der kan forekomme antipsykotisk polyfarmaci i fx skitfefase eller akut fase. Dette er der ikke taget højde for i audit.

I RKKP (Den nationale skizofrenidatabase) er det en indikator, at max 20% blandt ambulante patienter får mere end ét fast antipsykotikum. Denne indikator er opfyldt for Region Syddanmark som helhed i 2017. Tallene kan findes [her](#). Ved audit fik 24 % (42 ud af 178) ambulante skizofrenipatienter 2 eller flere antipsykotika i fast dosering.

Der vil altid være en vis andel af antipsykotisk polyfarmaci. Audit viser, at 27 % af alle patienter i psykiatrien på en tilfældig dag havde ordineret mindst 2 faste antipsykotika.

Før der tillægges yderligere antipsykotika til en patients behandling, kan det overvejes at øge dosis udover det rekommanderede, hvis patienten tåler det i.f.t. bivirkninger (argumentér grundigt herfor i journalen). Der kan også overvejes skift til et andet antipsykotikum. Her kan anvendes [skifteark](#) (se billedet, brug link til download). Lige så væsentligt er det at være opmærksom på at få eventuel antipsykotisk behandling tillagt i en akut fase (fx olanzapin) seponeret ved udskrivelse, såfremt det ikke var tiltænkt som langsigtet behandling.

Benzodiazepiner

250 patienter i audit (34%) fik mindst et benzodiazepin enten fast, fast og PN eller kun PN. Hos disse havde 16 ordinationer en seponeringsdato, svarende til 6%.

11% (80 patienter) havde fast ordination på benzodiazepin, blandt ambulante var det 4%, og blandt indlagte var det 15% (66 patienter).

Brug af benzodiazepin kan være relevant i en række situationer. Det er dog altid vigtigt at have fokus på varigheden af behandlingen. Således kan det anbefales så vidt muligt altid at anføre en seponerings- eller revurderingsdato for behandlingen.

Særligt fokus på behandlingsvarighed med benzodiazepiner

Psykatriens Medicinrådgivning vil i den kommende periode have et særligt fokus på, om der i journalen er angivet overvejelser for varigheden af behandling med benzodiazepiner, herunder en seponerings-/revurderingsdato.

Frase i farmaceutisk reviews:

*”Patienten har været i behandling med tbl. ._. (benzodiazepin) siden ._.
Behandlingen bør være så kortvarig som mulig, og behandlingsvarigheden skal derfor revurderes løbende. Dette sikres bedst ved at fastsætte en seponeringsdato som ny revurderingsdato i ordinationslisten.”*

I er altid velkomne til at kontakte jeres farmaceut eller rådgivningsfunktionen (se informationer nedenfor) med henblik på udarbejdelse af udtrappingsplaner for benzodiazepinbehandlingen.



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

Mail: PsMr@rsyd.dk

Nyhedsbrev nr. 2
Maj 2019

Psykatriens Medicinrådgivning består af:



-Merete Willemoes Nielsen
(Psykiatrisk Afdeling Aabenraa)

-Tina Hoff Duedahl (Børne- og
Ungdomspsykiatri Syddanmark)

-Jolene Henriksen (Psykiatrisk
afdeling Svendborg)

-Mette Lundberg (Psykiatrisk
afdeling Odense og Middelfart)

-Per Sveistrup (Børne- og
Ungdomspsykiatri Odense og
Psykiatrisk afdeling Odense og
Middelfart)

-Maija Bruun Haastrup
(speciallæge i klinisk farmakologi)

-Mette Gulløv (Psykiatrisk afdeling
Vejle og Esbjerg)

Kontaktinformation kan findes via vores hjemmeside

www.psykatriensmedicinraadgivning.dk

Du er altid velkommen til at henvende dig til Psykatriens Medicinrådgivning, hvis du har spørgsmål vedr. behandling med psykofarmaka.

Vores telefon – 99 44 95 70 – er åben alle hverdage mellem kl. 12.00 og 14.00.

Vores e-mail er PsMr@rsyd.dk