

**Fra «god effekt, angir ingen bivirkninger»
til
systematiske vurderinger
av psykofarmaka i akuttbehandling**

Jan Hammer

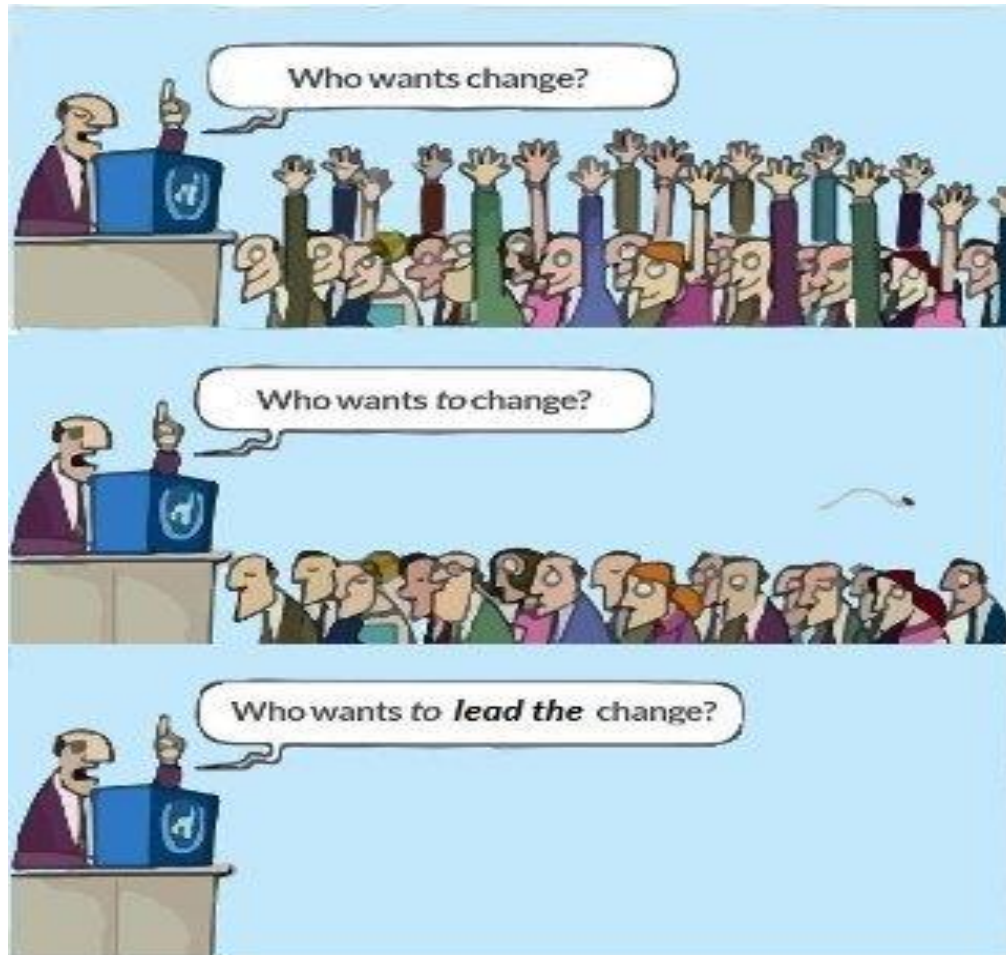
Prosjektkoordinator

Psykiatrisk avdeling, Vestre Viken

SYV AKSJONSPUNKTER HELSE SØR-ØST RHF

1. Alle pasienter skal så langt det er mulig og forsvarlig, kunne velge mellom ulike behandlingsalternativer, også medisinfri behandling.
2. Medikalisering av normale livsproblemer bør unngås.
3. Psykofarmaka skal bare forskrives på god indikasjon, og seponeres dersom effekten uteblir.
4. Dersom doseringen overskrider WHO's anbefalinger (definerte døgndoser), må dette begrunnes.
5. Bivirkninger skal monitoreres systematisk.
6. Leger plikter å holde seg oppdatert innenfor psykofarmakologi.
7. Psykofarmakabruk bør registreres ved det enkelte sykehus og sammenliknes med andre sykehus.

Er det behov for endring?



Vestre Viken

1. Medisinfrie døgntilbud

Basal eksponeringsterapi - Lier

Bærum DPS

Kongsberg DPS

2. Kompetanseprogrammet Riktig og redusert bruk av psykofarmaka

Kompetansegruppen besto av

- 3 overleger
- 1 lege i spesialisering
- 1 psykologspesialist
- 1 psykolog
- 1 fagutvikler (spesialsykepleier)
- 1 miljøterapeut (spesialsykepleier)
- Leder av gruppen (spesialsykepleier)

Utgangspunktet vårt

- Vår erfaring/opplevelse var at dagens praksis er kjennetegnet ved at
 - Pasienter lite spurt om egen mening knyttet til medikasjon
 - For lite systematisk miljøterapi-dokumentasjon
 - Behandlerdokumentasjon manglende ift. begrunnelse for endring/oppstart/avslutning
 - Off-label bruk uten tydelig indikasjon
 - Flere pasienter med polyfarmasi, men mangelfull dokumentasjon (indikasjon, effekt)
 - Kommunikasjonsproblem med samarbeidspartnere på grunn av manglende dokumentasjon av vurderinger

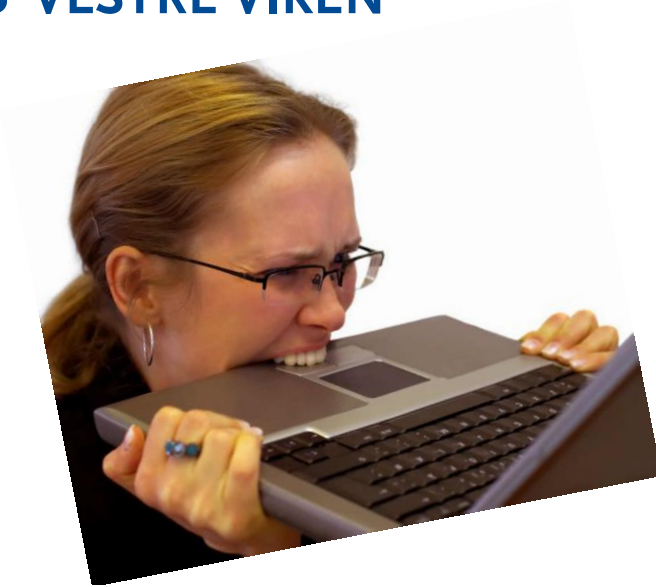
Skåringer/kriterier (1 eller 0 poeng)

- **Klinisk observasjon:**
 - Endring i symptom-/funksjonsnivå satt i sammenheng med medikasjon
- **Pasientens opplevelse:**
 - Pasienten spurt om opplevde effekter eller gitt uttrykk for/tematisert sin opplevelse
- **Alternative forklaringer:**
 - Om endring (ønsket/uønsket virkning) kan skyldes alternative forklaringer
- **Somatisk helse:**
 - Sett i sammenheng med bruk medikasjon (EKG, blodprøver, bruk av skjema/frase etc)
- **Ønsket og uønsket effekt** (effekt/bivirkning) av medikasjon er presisert
- **Konsekvens/anbefaling:**
 - Har observasjoner/vurderinger ført til endring eller vurdering om ikke å endre – beskrevet i epikrisen?
- **Systematisk sammenfatning:**
 - Oppsummering av øvrige punkter, sammenfattet i et dokument (epikrise)



VESTRE VIKEN Et eksempel fra Akuttpost

Pas	Antall AP Inn / ut	DDD AP Inn / ut	Klinisk observasjon	Pasientens opplevelse	Alternative forklaringer	Somatisk helse	Ønsket virkning (effekt)	Uønsket virkning (bivirkning)	Konsekvens/ anbefaling	Totalskår (maks 7)	Systematisk sammen- fatning
1	0+0/ 1+0	0+0/ 1+0	1	1	0	1	0	1	1	5	N
2	1+0 / 2+0	1,08 +0 0,92+0	1	1	1	1	1	1	1	7	N
3	0+0 / 1+0	0+0 / 0,33+0	1	1	1	0	0	0	1	4	N
4	1+0/ 1+0	0,13+0/ 0,5+0	1	1	1	0	1	1	1	6	N
5	2+0/ 1+0	1,75+0/ 0,5+0	1	0	1	1	0	0	1	4	N
6	1+0/ 1+0	1,5+0/ 1,5+0	1	0	1	0	0	0	0	2	N
7	0+0/ 1+0	0+0/ 0,5+0	1	0	1	1	0	0	1	4	N
8	0+0/ 1+1	0+0/ 1+1	1	0	0	0	1	1	0	3	N



Tiltak



- DIPS-frase
 - Et flerfaglig fokus
 - Mer aktiv involvering av pasientene
 - Systematisk dokumentasjon av vurderinger

Somatiske forhold

- Kardiovaskulær risiko
- Vekt, høyde, BMI, røyking, Diabetes, HbA1c, dyslipidemi, kolesterol, fastende triglycerider ...
- Annen medikasjon (hjerte, stoffskifte m.m.)

- CYP analyse

A Guide to Minimal Use of Neuroleptics: Why and How (Aderhold & Stastny, 2015)

- 20% av kaukasisk befolkning sakte/svært sakte metabolisme, trenger signifikant lavere dose
- 2-3% ultra-rask metabolisme, krever mye høyere doser

Nasjonale retningslinjer for psykoselidelser (2014)

- Farmakogenetisk analyse av CYP-systemet vil ofte forhindre unødvendig utprøving av legemidler

Indikasjon

Off-label

Off-label prescribing of antipsychotics in adults, children and elderly individuals: a systematic review of recent prescription trends (Carton et al., 2015)

- Antipsykotika i stor grad foreskrevet off-label de siste årene
 - Stemningslidelser, angst, søvnløshet, agitasjon, ADHD

Polyfarmasi

Både norske psykose- og bipolar retningslinjer konkluderer med at

- Polyfarmasi vanlig, men uten evidens på gruppenivå
- Enkeltpasienter kan oppleve positive effekter
- Øker total legemiddelmengde og risiko for uønskede effekter
- Anbefales normalt ikke – bruke så få legemidler som mulig

Ønsket og uønsket effekt

Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis (Jakobsen et al., 2017)

- De potensielle små gunstige effektene synes å bli oppveid av skadelige effekter

Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia (Leucht et.al., 2017)

- 23% "god" respons på antipsykotika mot 14% på placebo
 - "minimal" respons 51% i nevroleptika-gruppen, 30% i placebogruppen
- Antipsykotika vesentlig flere uønskede effekter enn placebo

"First do no harm." A systematic review of the prevalence and management of antipsychotic adverse effects (Young et al., 2015)

- Antipsykotiske skadevirkninger er mangfoldige og ofte opplevd, men ofte ikke systematisk vurdert

Alternative forklaringer

- Primært fokus på at medisiner stabiliserer tilstanden?
- Hva med rammene i døgnavdeling?
 - Døgnrytme
 - Mat og seng
 - Ingen tilgang til rusmidler
 - Personalet rundt seg 24/7
- Hva med andre faktorer / livshendelser?
- Hva med uønskede effekter vs. symptomer på lidelsen?

••• VESTRE VIKEN

• Indikasjon og historikk for de enkelte medikamenter

Medikament	Indikasjon	Historikk (dato/dose)
M1	Mot alvorlig mani	07.06.17: 300 mg
M2	Mot psykose	11.06.17: 10 mg 14.06.17: 15 mg 17.06.17: 20 mg
M3	Dempe uro og angst i manisk fase	12.06.17: 0,5 mg 17.06.17: 1,5 mg 19.06.17: seponert

Ønsket effekt: Observasjon, pasientens opplevelse og alternative forklaringer

Medikament	Dose	Klinisk observasjon	Pasientens opplevelse	Alternative forklaringer
M1	300 mg	Mindre hektisk	Mindre indre uro	Redusert stress gjennom skjerming/kjent personalet
M2	10 mg 15 mg 20 mg	Ingen klar effekt, fortsatt psykotisk Ingen klar effekt, fortsatt psykotisk Snakker mindre med stemmene	Ingen effekt Roligere, hjelper på tankekjør Mer indre uro Etter seponering av M3 - plagsomme stemmer mindre fremtredende	Miljøtiltak/skjerming økt uønsket effekt
M3	0,5 mg 1,5 mg	Ingen klar effekt Ingen klar effekt	Roligere Mer indre uro	Redusert stress gjennom skjerming/kjent personalet økt uønsket effekt

Indikasjon og historikk for de enkelte medikamenter

Medikament	Indikasjon	Historikk (dato/dose)
M1	Mot alvorlig mani	07.06.17: 300 mg
M2	Mot psykose	11.06.17: 10 mg 14.06.17: 15 mg 17.06.17: 20 mg
M3	Dempe uro/angst i manisk fase	12.06.17: 0,5 mg 17.06.17: 1,5 mg 19.06.17: seponert

Uønsket effekt: Observasjoner, pasientens opplevelse og alternative forklaringer

Medikament	Dose	Klinisk observasjon	Pasientens opplevelse	Alternative forklaringer
M1	300 mg	Ingen observert	Ingen rapportert	
M2	10 mg 15 mg 20 mg	Ingen observert Ingen observert Sløv, ustø	Ingen rapportert Ingen rapportert Kvalme, svimmelhet Etter seponering av M3 – ingen rapportert	Samtidig økning M3 (pas. har tidligere ikke hatt samme utfall av M2 alene)
M3	0,5 mg 1,5 mg	Ingen observert Sløv, ustø	Ingen rapportert Kvalme, svimmelhet	Samtidig økning M2

Samlet vurdering og videre anbefaling

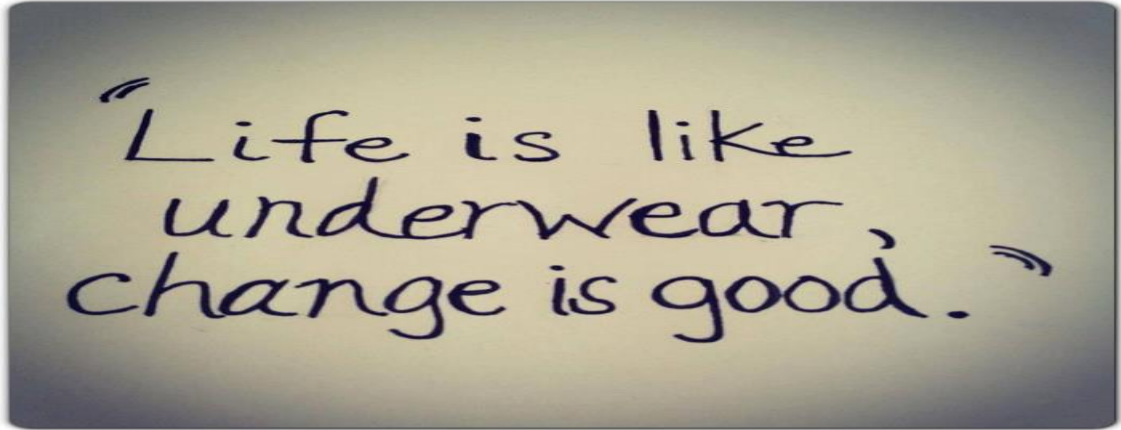
- Bygger den på tilstrekkelig informasjon?
- Har vi tid til det?
- Vanskelig å anbefale nedtrapping når pasienten fortsatt er i ubalanse
- Men ...
 - vi er spesialistene, kan ikke overlate ansvaret for forsvarlig nedtrapping og videre behandling til fastleger

Veien videre

- Evaluering (intern revisjon, målinger, bruk av SPC)
- Opplæring (hva er klinikerne i behov av?)
- Involvere miljøterapeutene gjennom mer systematisk dokumentasjon og refleksjon
- Fokus på å skape arenaer/rutiner for refleksjon og diskusjon
- Involvere pasienter og pårørende i slike diskusjoner

Takk for Oppmerksomheten

Det er bare gjennom
utfordring at vi driver
fagutviklingen videre



“Life is like
underwear,
change is good.”

- **Aderhold, V, Stastny, P.** (2015). [A Guide to Minimal Use of Neuroleptics: Why and How.](#)
- **Carton I, et al.** (2015). [Off-label prescribing of antipsychotics in adults, children and elderly individuals: a systematic review of recent prescription trends.](#) Curr Pharm Des.; 21(23):3280-97.
- **Leucht, S., et al.** (2017). [Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors.](#) American journal of psychiatry. 174(10): 927-42.
- **Helsedirektoratet.** (2012). [Nasjonale faglige retningslinjer for utgreiing og behandling av bipolare lidingar](#) (IS-1925).
- **Helsedirektoratet.** (2013). [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser](#) (IS-1957).
- **Jakobsen JC, et al.** (2017). [Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder, A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis.](#) BMC Psychiatry; 17:58.
- **Young, S.L., et al.** (2015). [“First do no harm.” A systematic review of the prevalence and management of antipsychotic adverse effects.](#) J Psychopharmacol.;29:353–362.