

Farmakologisk risikodifferentiering kan anvendes ved medicingennemgang hos psykiatriske patienter

Agnes Ziobrowska-Bech¹, Mads Sinding Jørgensen² & Lars Peter Nielsen¹

KVALITETS- UDVIKLINGSARTIKEL

1) Klinisk Farmakologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
2) Kvalitetsafdelingen, Psykiatri og Social, Region Midtjylland

Ugeskr Læger
2015;177:V12140754

Anvendelsen af medicingennemgang som et systematisk redskab til at gennemgå patienternes medicin har vundet stigende indpas i sundhedsvæsenet. I flere europæiske lande er man enten ved at udvikle eller har for nylig implementeret procedurer for medicingennemgang med henblik på forbedring af rationel og sikker lægemiddelbrug. Procedurene varierer meget mht. adgangen til kliniske data, patientinvolvering og hensigten med medicingennemgangen. Ligheder, omfang og effekt af de procedurer, som anvendes, er i meget begrænset grad blevet vurderet eller sammenlignet. Dette gælder også for Danmark [1, 2].

PROBLEMSTILLING

Det hører med til god klinisk praksis og rettidig omhu at udføre medicingennemgang. Hensigten er at optimere virkeevnen af igangværende medicinering og/eller minimere lægemiddelinduceret skade. Via Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM; version 2.9.7.) [3] er der sket et yderligere fokus på medicingennemgang som disciplin. Heri er formuleret krav om, at sygehuse skal tilbyde medicingennemgang til definerede risikopatienter. Det er ikke klarlagt, hvem der skal udføre medicingennemgang, og i hvilken form de skal udføres. Nogle studier har vist, at alder, polyfarmaci, nedsat nyrefunktion og komorbiditet har betydning for risikoen for lægemiddelrelaterede problemer [4]. I andre studier har man ikke fundet den samme risiko [5], og området er generelt svagt belyst [2].

INTERVENTION

Kravet fra DDKM kombineret med et stigende fokus på den medicinske praksis i psykiatrien har medført, at man i Psykiatrien i Region Midtjylland har truffet beslutning om, at alle patienter (både indlagte og ambulante) skal have foretaget medicingennemgang. For at sikre, at de nødvendige resurser bliver knyttet til de mest udsatte patienter, der har de mest komplekse medicinprofiler, differentieres patienterne i tre niveauer alt efter kompleksiteten af deres profiler.

En arbejdsgruppe bestående af farmakologer, psykiatere, farmaceuter og sygeplejersker udarbejdede på empirisk basis et scorekort (farmakologisk risikoscorening), der er tiltænkt differentiering af voksenpsykiatri-

ske patienter. Scorekortet består af syv konkrete items (Tabel 1). Den farmakologiske risikoscorening gennemføres typisk af den modtagende sygeplejerske forud for selve medicingennemgangen. Patientens score på scorekortet afgør, hvilke resurser der bør afsættes til den efterfølgende medicingennemgang. Patienter, som scorer lavest (score 0-4) tilses af en læge, som ikke er speciallæge, patienter som ligger i mellemgruppen (score 5-7) tilses af speciallæge i psykiatri/uddannelseslæge i sidste halvdel af sit hoveduddannelsesforløb, og i medicingennemgangen for de patienter, som scorer højest (score 8-11) inddrages yderligere en farmaceut. I særligt komplicerede tilfælde er der mulighed for at kontakte en speciallæge i klinisk farmakologi.

Brugen af det omtalte instrumentet er således et forsøg på resurseallokering efter risikoscreening.

LÆRINGS-PUNKTER

Efter ca. et års brug er der gennemført 5.365 farmakologiske risikoscreeninger i psykiatrien i Region Midtjylland. De mest komplekse patienter (score 8-11) udgjorde den mindste gruppe på 3%; herefter fulgte patienter med score 5-7, som udgjorde 22% og til sidst patienter med score 0-4, som udgjorde 75%.

Den hyppigst pointudløsende kategori var »antal risikolægemidler«, hvor 44,5% fik 2-4 risikolægemidler, mens 12% fik mere end fire (Tabel 1). Nogle risikolægemidler er defineret på forhånd. Derudover har den behandlende læge til enhver tid mulighed for at kategorisere yderligere lægemidler som risikolægemidler.

Ved start på behandlingen havde 42% af patienterne ingen behandlingskrævende somatiske diagnoser, og kun 8% havde mere end tre. Sidstnævnte kategori var dog den andenhypigst pointudløsende med 50%, som havde 1-3 behandlingskrævende somatiske diagnoser. Næsten en fjerdedel fik mere end et antipsykotikum, og en tilsvarende andel havde/var i behandling for et misbrug eller fik 6-10 lægemidler. Andelen af patienter, som fik mere end ti lægemidler, var 10,4%. Størstedelen af de indlagte patienter lå i aldersgruppen 0-59 år (81,4%), hvilket ikke udløste point. Estimeret glomerulær filtrationshastighed (eGFR) er pointudløsende ved værdier < 30, og i denne kategori lå kun 2,6% (Tabel 1).

TABEL 1

Farmakologisk risikoscore, Region Midtjylland.

Item	Risikoscore, point	Patientfordeling, %
Behandlingskrævende somatiske diagnoser, n		
0	0	42
1-3	1	50
> 3	2	8
Estimeret glomerulær filtrationshastighed, ml/min		
≥ 30	0	97,4
< 30	1	2,6
Alder, år		
0-59	0	81,4
60-70	1	9
> 70	2	9,6
Misbrug eller i behandling for misbrug		
Nej	0	75,5
Ja	1	24,5
Lægemidler inkl. p.n.-medicin, n		
0-5	0	65,5
6-10	1	24
> 10	2	10,4
Risikolægemidler inkl. p.n.-medicin, n		
0-1	0	43,5
2-4	1	44,5
> 4	2	12
Antipsykotika inkl. p.n.-medicin		
0-1	0	76,2
> 1	1	23,8

a) Er bl.a. antikoagulantia, diuretika, antiarytmika, systemiske kortikosteroider, aminoglykosider (f.eks. gentamicin), rifamyciner (rifampicin), immun-suppressiver, nonsteroid antiinflammatoriske stoffer, opioider, theophyllin og derivater, antiepileptika, antidepressiva, antipsykotika, litium, benzodiazepiner og centralstimulantia.

En psykiatrisk problematik i sig selv vil ikke udløse point nok til at rykke op i den mest komplekse gruppe, som den er defineret her. Dertil kræves yderligere pointgivende risikofaktorer, såsom alder eller somatiske problemer. Patienter med både psykiatrisk og somatisk sygdom udgør en betydelig gruppe patienter, der har forhøjet risiko for utilsigtede medicinrelaterede hændelser. De svært behandlelige »rent psykiatriske« patienter, som man kunne frygte blev overset, er en begrænset gruppe, der som udgangspunkt er velkendte i psykiatrien og ofte allerede følges tæt.

Følgende er et klinisk eksempel på en patient, der var indlagt på en psykiatrisk afdeling, hvor den omtalte risikoscore blev udført. Patienten var en 74-årig kvinde, som scorede fem point på scorekortet. Hun fik i alt seks lægemidler. Hun døjede med træthed, svimmelhed og lavt blodtryk. Medicingennemgang førte til

seponering af letrozol (aromatasehæmmer) pga. manglende indikation og komplians (efter konference med en onkolog), seponering af ibandronsyre (bisfosfonat) pga. manglende indikation, dertil plan for evt. reduktion af propranolol (betablokker) og udtrækning af lorazepam (benzodiazepin). Der fandtes ingen lægemiddelinteraktioner. Patienten blev sat i antidepressiv behandling med mirtazapin, og hendes medicinering blev hermed rationelt reduceret.

KONKLUSION

Ud fra den foreliggende erfaring er det fundet, at instrumentet fungerer i klinisk praksis. Patienterne inddeles i tre kategorier, hvor den sværeste og mest resurserkrævende gruppe, er den mindste. Dermed er implementering af scorekortet et eksempel på en øjensynlig hensigtsmæssig patientdifferentiering og udnyttelse af de tilstedeværende resurser ved påtænkt medicingennemgang.

Da scorekortet er baseret på empiri, skal det kontinuerligt udvikles og tilrettes. For eksempel er planen at modificere pointfeltet med eGFR fra to til tre sværhedsgrader. Desuden er en valideringsundersøgelse af instrumentet i gang.

SUMMARY

Agnes Ziobrowska-Bech, Mads Sinding Jørgensen & Lars Peter Nielsen:

Pharmacological risk differentiation of patients in psychiatry can be used in medication review

Ugeskr Læger 2015;177:V12140754

Based on demands from The Danish Healthcare Quality Programme (DDKM), that all patients must have a medical review performed, a risk scoring tool has been developed. The purpose of this tool is to differentiate patients in three groups to assure that necessary resources are allocated to patients having most complications. The scoring tool has now been used in more than 5,000 adult psychiatric patients in Central Denmark Region. The intent of allocating the necessary resources most effectively, when performing a medical review, seems to have been attained.

KORRESPONDANCE: Agnes Ziobrowska-Bech, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Aarhus Universitets Hospital, Wilhelm Meyers Allé 4, 8000 Aarhus C. E-mail: d046496@dadlnet.dk

ANTAGET: 25. juni 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 28. september 2015

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Bulajeva A, Labberton L, Leikola S et al. Medication review practices in European countries. *Res Social Adm Pharm* 2014;10:731-40.
- Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD008986.
- www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Generelle-patientforl%C3%B8bsstandarder/Medicinering-2.9.1-2.9.8/2.9.7.aspx (13. maj 2015).
- Krahenbuhl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M et al. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. *Drug Saf* 2007;30:379-407.
- Sanchez Munoz-Torrero JF, Barquilla P, Velasco R et al. Adverse drug reactions in internal medicine units and associated risk factors. *Eur J Clin Pharmacol* 2010;66:1257-64.