

Region Hovedstaden

## **Psykiatri og handicapudvalget**

### **Afrapportering om medicinering i psykiatrien**

**25. oktober 2010**

**REGION**

## 1. Udvalgets kommissorium

I henhold til Psykiatri og handicapudvalgets startkommissorium skal udvalget konkret beskæftige sig med medicinering i psykiatrien. Der er stort fokus på at sikre psykisk syge den rette medicin, herunder fokus på eventuelle alvorlige bivirkninger ikke mindst i forbindelse med brug af nyere mere potent medicin og ved polyfarmaci. Udvalget vil arbejde med kvalitetsudviklingen på området, herunder indførelse af bivirkningsregistrering samt en styrket indsats i forhold til reduktion af brugen af vanedannende medicin i samarbejde med praksissektoren.

Udvalget har drøftet medicinering i psykiatrien på møderne den 22. marts, 26. april og 20. maj 2010. Som led i udvalgets drøftelser har Region Hovedstadens Psykiatri givet et oplæg om medicinering i psykiatrien – effekt og kvalitet i behandlingen.

Udvalget har afreporteret til forretningsudvalget og regionsrådet henholdsvis den 15. og 22. juni 2010, hvor der blev rejst problemstillinger om overdødelighed hos psykiatriske patienter samt rygning.

Udvalget har drøftet problemstillingerne på mødet den 25. oktober 2010 og forelægger en fornyet afreportering for Forretningsudvalg og Regionsråd i november 2010.

## 2. Behandlingsformer i psykiatrien

Behandling af psykiatriske sygdomme rummer en bred vifte af behandlingsformer. Disse kan groft opdeles i den biologiske behandling (medicinering og ECT) og den psykologiske behandling (psykoterapi, miljøterapi, rehabilitering og psykoedukation). I nogle tilfælde, fx ved lettere depressioner, er terapien ligeså effektiv som medicinering. I de sværere sygdomstilfælde, som behandles på de psykiatriske centre, benyttes de psykologiske behandlingsformer oftest sideløbende med den medicinske behandling. I svære sygdomstilfælde er medicineringen oftest en decideret forudsætning for, at patienten kan indgå i den terapeutiske behandling. Det er således vigtigt ikke at se de biologiske og psykologiske behandlingsformer som enten eller, men snarere som både og.

I det følgende beskrives de forskellige psykologiske behandlingsformer og ECT kort, hvorefter fokus rettes mod den medicinske behandling.

### Psykoterapi

Kommunikationen mellem terapeut og patient er centralt i den psykoterapeutiske behandling. Således kaldes psykoterapi også undertiden for samtaleterapi. Modsat den almindelige samtale og rådgivning mellem mennesker, sættes der rammer op omkring terapien, fx at patient og terapeut skitserer terapiens mål og form i en behandlingskontrakt. Der findes mange retninger inden for psykoterapi, der adskiller sig fra hinanden med hensyn til strategi, metoder og teknikker. Effekten af de forskellige former for psykoterapi, som anvendes i psykiatrien er veldokumenteret.

Målet med den psykoterapeutiske behandlingsform er generelt at nå frem til, at patienten bliver i stand til at kunne bearbejde sine vanskeligheder og dermed leve mindre bundet af irrationelle behov eller symptomer. Dette sker ved at indøve nye færdigheder, ved at aflære de negative tanke- og adfærdsmønstre samt gennem indsigt i de mekanismer og den dynamik, der giver symptomer.

### **Psykoedukation**

Psykoedukation er undervisning af patienter og pårørende i at forstå og håndtere psykisk sygdom. Et af formålene er at minimere uvisheden og afmystificere den psykiatriske sygdom og dermed øge troen på, at man kan blive rask eller få et godt liv, når en eventuel langvarig sygdomsbehandling er nødvendig. Derfor er et andet formål ofte at skabe en alliance med patienten (og de pårørende), der kan virke motiverende for det videre terapeutiske arbejde, herunder at øge forståelsen for vigtigheden i at følge den medicinske behandling og hermed modvirke tilbagefald.

Psykoedukation er et yderst virksomt og helt fundamental behandlingselement for fx skizofreni og depression, men må nødvendigvis suppleres med andre behandlingsformer. Psykoedukation kan foregå individuelt eller gruppevis, hvor deltagerne kan drage nytte af hinandens erfaringer. I Region Hovedstadens Psykiatri har man igangsat udarbejdelsen af et skemalagt psykoedukationsprogram for skizofreni.

### **Miljøterapi**

Miljøterapi i behandlingspsykiatrien handler om, at personalet indretter de daglige aktiviteter i afsnittet efter principper, hvor de bedst muligt støtter patienterne i at blive bedre til at klare sig selv og til at være sammen med andre mennesker. I miljøterapien udnytter man således bevidst de terapeutiske muligheder, der ligger i samvær, rutiner og aktiviteter og som fordrer refleksion og planlægning. Det er altså en behandlingsmetode, hvor den enkelte patients ressourcer er i fokus med henblik på at fastholde og udvikle disse gennem forskellige daglige gøremål.

Kontaktpersonfunktionen er et af de væsentlige miljøterapeutiske virkemidler. Hver enkelt patient har en (eller få) faste kontaktpersoner blandt personalet, som er til rådighed, når patienten har problemer eller har brug for hjælp. Kontaktpersonens rolle i forhold til patienten er både at vejlede og i visse tilfælde at varetage de praktiske opgaver og sikre den terapeutiske dimension ved samværet. Region Hovedstandens Psykiatri har udviklet en ny miljøterapeutisk uddannelse, der udbydes til psykiatriens plejepersonale fra august 2010.

### **Rehabilitering**

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem patient, pårørende og personale. Formålet er, at patienter i psykiatrisk behandling som har – eller er i risiko for at få – betydelige begrænsninger i deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår evne til at leve et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering er baseret på hele patientens livssituation,

og behandlingen tilrettelægges derfor så den er i samklang med den enkeltes muligheder og forventninger til tilværelsen fremover.

Et rehabiliteringsforløb starter med at identificere de vanskeligheder, som forklarer, at patienten ikke har været i stand til at klare tilværelsen. Gennem rehabiliteringen søger man at genopbygge patientens maksimale niveau af uafhængighed såvel psykologisk, socialt, fysisk som økonomisk. Centralt i behandlingen er optræning og vedligeholdelse af evnen til egenomsorg, social færdighed, beskæftigelse og styrkelse af netværket. Målet med rehabiliteringen kan være alt fra en permanent placering på en beskyttet boinstitution til uafhængige levevilkår i samfundet. Man kan betegne rehabilitering som et professionelt bidrag til patientens recovery proces.

### **ECT (Elektro Convulsiv Terapi)**

ECT er en kortvarig behandling med elektrisk stimulation af hjernen ved hjælp af to elektroder, som sættes på huden. Hver enkelt behandling varer få minutter og foregår i fuld bedøvelse. ECT behandling er den mest effektive og skånsomme behandling til patienter med svær depression. Den kan også hjælpe mange med andre alvorlige psykiatriske sygdomme som mani, svær uro og forvirring. Et behandlingsforløb består som regel af i alt 8-16 behandlinger, og der gives normalt 2-3 behandlinger om ugen.

ECT er en skånsom og effektiv behandling, som er meget sikker. De fleste patienter oplever hukommelsesforstyrrelser i behandlingsforløbet, men de er forbigående og forsvinder inden for få uger. I gennem årene er der gennemført mange videnskabelige undersøgelser af, om der kan opstå hjerneskade som følge af ECT behandling, men dette har ikke kunnet konstateres.

### **Medicinsk (psykofarmakologisk) behandling**

Psykofarmaka er den fælles betegnelse for lægemidler, der anvendes i behandlingen af psykiatriske sygdomme. På det danske marked findes godt 70 forskellige lægemidler, som inddeles i:

- midler mod psykoser herunder skizofreni (antipsykotika)
- midler mod depression (antidepressiva)
- midler mod bipolar affektiv (manio-depressiv) sindslidelse
- midler mod angst og søvnforstyrrelser (antidepressiva og i et vist omfang benzodiazepiner).

Den medicinske behandling bygger på en videnskabeligt dokumenteret effekt med baggrund i talrige studier af virkninger og bivirkninger. Overordnet set påvirker lægemidlerne forskellige receptorer i hjernen og dermed de forstyrrelser, der forårsager eller medvirker til sygdommens udvikling og patientens symptomer.

Der har været meget fokus på bivirkningerne ved den medicinske behandling i psykiatrien. Dette skyldes især, at de tidlige antipsykotiske præparater er forbundet med risiko for en række væsentlige neurologiske bivirkninger, særligt bevægeforstyrrelser, som kan have vedvarende konsekvenser for patienten. Den nye generation af antipsykotisk medicin har andre bivirkningsprofi-

ler, der af patienterne opleves som mere tålelige. Det er et stort fremskridt, fordi patienter ofte skal tage medicin i lange perioder. Medicinen kan have forskellige virkninger (ønskede som uønskede) hos den enkelte patient, og det kan derfor være nødvendigt at afprøve flere præparater, for at finde det rigtige præparat til den enkelte.

### 3. Den psykofarmakologiske revolution

Behandling med psykofarmaka har kun været kendt i de seneste 60 år. Før den tid bestod den medicinske behandling af forskellige uspecifikke beroligende stoffer, hvis bivirkninger langt overskred den positive effekt. Datidens tilbud til psykisk syge bestod således af ofte livslang indlæggelse dulmet med sovemedicin. I starten af 1950'erne fandt man ved en tilfældig observation det første antipsykotisk virkende stof, klorpromazin, der dæmpede en række psykotiske symptomer som hallucinationer, vrangforestillinger og uro, men som også havde en række bivirkninger i form af blandt andet bevægelsesforstyrrelser og udvikling af lysfølsomhed. Opdagelsen blev verden over betragtet som en landvinding i behandlingen af en gruppe patienter for hvem man ikke tidligere havde haft et specifikt tilbud. Der blev snart fremstillet lignende mere potente præparater, der dog på bivirkningssiden stadig gav alvorlige bevægelsesforstyrrelser.

I første omgang interesserede man sig primært for medicin mod skizofreni, men snart fandt man stoffer med virkning på depressive sygdomme og på manierne. Det første antidepressivum, der kom frem var imipramin, og til behandling af mani viste grundstoffet litium sig særligt effektivt. Begge stoffer anvendes fortsat i behandlingen i dag. Det angstdæmpende stof, meprobamat, blev introduceret i midten af 1950'erne, og få år senere kom benzodiazepinerne (klordiazepoxid og diazepam), der gav psykiatrien en ny og effektiv behandling af angst og søvnforstyrrelser. Det viste sig imidlertid hurtigt, at benzodiazepinerne var vanedannende og kunne medføre forskellige former for misbrug. Den samme observation blev ikke gjort for antipsykotika og antidepressiva.

I de følgende tyve år kom talrige nye præparater på markedet. Inden for antipsykotika og antidepressiva omtaler man de nyere præparater som "anden generation". Disse adskiller sig ikke stort fra de tidligere præparater med hensyn til effekten, men bivirkningsprofilen er anderledes, således at de nyere antipsykotika giver langt færre bevægelsesforstyrrelser og de nyere antidepressiva påvirker ikke hjertet i nær samme grad som de ældre præparater.

Det må konkluderes, at psykofarmakologien har revolutioneret den psykiatriske behandling. I dag kan vi lindre eller helbrede sygdommen hos 80-90 % af patienter med svære depressioner, og patienter med kronisk skizofreni kan få deres symptomer så meget under kontrol, at de ikke behøver at være hospitaliserede, men kan fungere på forskellige niveauer i samfundet. Nyere forskning viser endvidere, at 30 % af patienter med førstegangpsykose bliver helbredt. Disse fremskridt kan ikke udelukkende tilskrives medicineringen, men skyldes også i høj grad udviklingen af supplerende behandlingsmetoder som psykoterapi, miljøterapi og forskellige sociale foranstaltninger. Behandlingen

med psykofarmaka er imidlertid ofte nødvendig, for at patienten kan indgå og have glæde af de psykologiske terapiformer.

#### **4. Kvalitet i den medicinske behandling**

Det kræver en betydelig indsigt i de enkelte psykofarmakas virkninger og bivirkninger at yde den bedst mulige behandling. Udvalget af lægemidler er stort og der kommer fortsat nye varianter på markedet. I psykiatriens lægemiddelkomité udarbejdes et standardsortiment over de psykofarmaka, der som udgangspunkt skal anvendes i patientbehandlingen. Komiteens eksperter udvælger her de midler, som er fundet mest effektive, og som samtidig både er de sikreste og billigste. Ved at have et begrænset udvalg af præparater til rådighed, opnår lægen et langt større kendskab til det enkelte præparats effekt og bivirkninger og kan dermed bedre målrette behandlingen til den enkelte patient.

Psykiatriens kliniske retningslinjer spiller en vigtig rolle på lægemiddelområdet. De kliniske retningslinjer sammenfatter lovgivning og "best practice" og skal leve op til standarderne fra de to kvalitetsmodeller Joint Commission International og Den Danske Kvalitetsmodel, som regionen skal akkrediteres efter i 2011 og 2012. Retningslinjer er en støtte til læger og sundhedspersonale og skal sikre, at der ydes en ensartet behandling af høj kvalitet overalt i regionen. På medicinområdet omfatter nogle retningslinjer den egentlige behandling, fx hvilke lægemidler der anvendes i sygdommens forskellige faser (akutbehandling kontra vedligeholdelsesbehandling og forebyggende behandling) og ved forskellige sværhedsgrader af sygdommen.

##### **Bivirkningsregistrering**

Andre retningslinjer beskriver forholdsregler ved behandling med lægemidler, der har specielle bivirkningsprofiler, herunder hvordan patienten løbende vurderes i forhold til udvikling af bivirkninger. I de senere år er der kommet stigende opmærksomhed på de metaboliske (stofskeftebetingede) risikofaktorer, der især er forbundet med nogle af de antipsykotiske præparater. Overvægt er her en hyppig bivirkning, som øger risikoen for, at patienten kan udvikle alvorlige sygdomme som blandt andet hjertekarsygdomme og type 2 diabetes. Ligeledes kan vægtøgningen være så generende, at patienten må afbryde behandlingen. En løbende overvågning af bivirkninger betyder dels, at psykiatrien skal sikre, at medicinen ikke giver patienten nye helbredsproblemer, dels at patienten selv kan acceptere bivirkningerne og dermed fastholde behandlingen. Det er afgørende vigtigt, at patienten er velinformeret dels om baggrund for behandling og dels om, hvad der kan forventes af virkninger og bivirkninger. I psykiatrien er det et krav, at der gives mundtlig såvel som skriftlig lægemiddelinformation til alle patienter, når de får ordineret et nyt præparat.

Der har i psykiatrien været behov for at kvalificere registrering af og opfølgning på bivirkninger ved den medicinske behandling. Foruden implementering af vejledninger vil Psykiatriens Lægemiddelkomité udvikle et fælles bivirkningsskema, der kan hjælpe klinikerne til at foretage en systematisk vurdering af mulige bivirkninger. Bivirkningsregistreringen for indlagte og am-

bulante patienter med skizofreni følges kvartalsvis gennem centrene indberetning til det Nationale Indikator Projekt (NIP).

### **Reduktion af forbruget af vanedannende medicin**

Psykiatrien har ligeledes udarbejdet retningslinjer for anvendelse og nedtrapning af de vanedannende benzodiazepiner, som er særdeles effektive til behandling af angst og søvnforstyrrelser. Efter blot få ugers brug udvikles ofte fysisk afhængighed – samtidig aftager effekten på søvnforstyrrelser efter kort tids brug. Mange patienter har et årelangt forbrug bag sig, som gør det svært at komme ud af behandlingen igen på grund af udvikling af abstinenser.

Psykiatriens Lægemiddelkomité har i samarbejde med almen praksis udarbejdet skriftlig information og afholdt temamøder om benzodiazepiner med det formål at nedbringe anvendelsen heraf. Problematikken om de vanedannende benzodiazepiner har generelt haft stor bevågenhed fra blandt andet Sundhedsstyrelsen, og psykiatrien kan følgelig ikke tage hele æren for det markante fald i forbruget, som nu viser sig i befolkningen. Men indsatsen kan med rette betragtes som en succes, og samarbejdet med praksissektoren fortsætter gennem psykiatriens praksiskonsulentordning. Samtidig er det nu indskrevet i de psykiatriske centres resultataftaler, at der ved udskrivelsen skal foreligge en aftrappingsplan for patienter, der har været i langvarig behandling med benzodiazepiner.

Psykiatrien har endvidere i samarbejde med Københavns Kommunes Socialforvaltning iværksat et medicinkvalificeringsprojekt på botilbuddet Ringbo, der har til formål at reducere forbruget af benzodiazepiner ved at motivere beboerne til nedtrapning og derudover at kvalificere medicineringen i forhold til polyfarmaci (anvendelse af flere forskellige præparater samtidig). Det er indlejret i projektet at vurdere et muligt alternativ til angstdæmpende og beroligende medicin – øreakupunktur – som er anvendt sporadisk på både hospitaler og botilbud, dog uden at der foreligger systematiske undersøgelser af virkningen. Øreakupunktur anvendes også i et vist omfang på Ringbo, men uden at psykiatrien har været involveret og uden en systematisk opsamling af data med henblik på en vurdering af effekten.

Et psykiatrisk behandlingsforløb er ofte langvarigt og behandlingen forbundet med bivirkninger. Og for nogle patienter er det nødvendigt at anvende kombination af flere psykofarmaka for at opnå tilstrækkelig effekt. Det er til stadighed relevant at kvalificere den medicinske behandling, og medicinerung er derfor et højt prioriteret indsatsområde i Region Hovedstadens Psykiatris virksomhedsplan for 2010 og i kvalitetsstrategien for 2010-12. Indsatsen skal dels rettes mod en rationel anvendelse af psykofarmaka set i forhold til effekt, bivirkninger og pris, dels mod nedbringelse af uhensigtsmæssig polyfarmaci og anvendelse af benzodiazepiner. Her viser resultaterne fra en netop afsluttet medicinsk teknologivurdering, ”Polyfarmaci med antipsykotika”, der er forankret i Region Hovedstadens Psykiatri, at det blandt andet er den kontinuerlige indsats, hyppige undervisningsaktiviteter, opprioritering af forskningsaktiviteter og let tilgængelige behandlingsvejledninger, der kan medvirke til reducere forekomsten af polyfarmaci.

## 5. Udvalgets drøftelser

Udvalget har drøftet medicinering i et bredere perspektiv og har drøftet andre former for behandling som psykologbehandling og terapier, psykoedukation, elektrostimulation og rehabilitering.

Udvalget har noteret sig, at Region Hovedstadens Psykiatri på mange forskellige fronter arbejder med kvalificering af den medicinske behandling, og at der også fremover er fokus herpå i såvel virksomhedsplan som kvalitetsstrategi.

Udvalget finder det væsentligt, at behandlingen i psykiatrien inddrager forskellige typer af behandlingsformer herunder medicin. Udvalget finder det ligeledes væsentligt, at der er fokus på uforklarlige dødsfald, samt at der arbejdes med reduktion i overdødeligheden hos psykiatriske patienter i et tæt samspil mellem somatikken og psykiatrien.

Udvalget har drøftet udfordringerne på medicinområdet og er bekendt med tre større udfordringer. En udfordring er, at de psykiatriske centre ikke foretager en systematisk registrering af bivirkninger. Der er igangsat flere initiativer herunder udvikling af et fælles bivirkningsregistreringsskema, som skal afprøves og implementeres. Desuden samarbejdes der med almen praksis på at nedbringe anvendelsen af vanedannende medicin.

En anden udfordring er at nedbringe anvendelsen af polyfarmaci, idet der er en ikke ubetydelig anvendelse af polyfarmaci inden for psykiatrien. Sundhedsstyrelsen har i marts 2010 udsendt "Tilsynsystema 2009: Behandling med antipsykotiske lægemidler på bosteder og plejeboliger". Det konkluderes, at medicineringen ofte varetages af ikke-sundhedsfagligt personale, og at en stor del af lægerne ikke følger Sundhedsstyrelsens vejledning på området. Der er således et stort behov for at forbedre opfølgningen på medicinsk behandling i ambulant regi.

Psykiatrien har derfor i samarbejde med Københavns Kommunes socialforvaltning startet Ringbo projektet, der blandt andet har til formål at optimere den medicinske behandling i botilbuddet. Hver enkelt beboer vil få gennemgået og revideret medicinen med henblik på at nedbringe forekomsten af polyfarmaci. Hertil kommer dialogmøder mellem psykiatriens direktion, lægemiddelkomitéen og de psykiatriske centre, som ligeledes sætter fokus på polyfarmaci.

En tredje udfordring er nedbringelse af forbruget af vanedannende medicin. Sundhedsstyrelsen har sat fokus på u hensigtsmæssigt forbrug af vanedannende medicin til patienter på plejehjem og botilbud. Det er en problemstilling, der også er aktuell for de botilbud som Region Hovedstadens Psykiatri har behandlingsansvar for.

Psykiatrien har derfor fokus på, at de fleste patienter ved udskrivning skal være nedtrappet eller have en plan for nedtrapning, og det vil de psykiatriske centre blive målt på fra 2010. Som nævnt ovenfor indgår det også i Ringbo

projektet. Heri indgår også undersøgelse af virkning og effekt af øreakupunktur, hvilket udvalget finder positivt.

Udvalget har drøftet de af Regionsrådet rejste problemstillinger om overdødelighed hos psykiatriske patienter samt rygning.

Overdødelighed hos psykiatriske patienter kan skyldes underdiagnosticering og underbehandling, herunder udgør selvmord en væsentlig dødsårsag. Psykisk syge har også en overdødelighed af somatiske sygdomme som diabetes og hjertekarsygdomme på grund af en levevis præget af u hensigtsmæssige kostvaner, rygning, fysisk inaktivitet, overvægt og misbrug. Den psykofarmakologiske behandlings bivirkninger kan også øge risikoen for somatisk sygdom.

Der er igangsat en række indsatser i psykiatrien i Region Hovedstaden med fokus på at afdække de områder i organisationen, hvor patienterne udsættes for størst risiko. For at opnå mere viden er der desuden iværksat et projekt om reduktion af dødsfald i psykiatrien.

For så vidt angår obduktion skal en sådan foretages ved mistanke om strafbart forhold, tvivl om døds måden, eller hvis det skønnes påkrævet af politimæssige grunde. Vurderingen af behovet for obduktion beror på et skøn og træffes af politiet.

Som i resten af regionen er der også i psykiatrien en rygepolitik for alle medarbejdere, der indebærer, at rygning kun tillades udendørs. I forhold til patienters rygning er der netop implementeret en politik, som kun tillader rygning udendørs. Der findes undersøgelser, der viser, at rygeafvænnning også har effekt for psykiatriske patienter, og på en række af de psykiatriske centre tilbydes rygestopkurser og nikotinsubstitution. Det er vurderingen, at et totalt rygeforbud ikke bør omfatte psykiatriske patienter, da det vil medføre for mange problemer – specielt for langtidsindlagte retspsykiatriske patienter.

Medicinering i psykiatrien herunder overdødelighed er et kompliceret område, hvor der er mange problemfelter og udfordringer. Udvalget konstaterer, at der er fokus på området, og at der er mange initiativer, der peger i den rigtige retning. Udvalget ønsker derfor at følge op på området i 2011 for at vurdere, hvordan det er forløbet med de igangsatte initiativer og for at vurdere, om der er behov for yderligere forbedringstiltag.