

Projekt om rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis - Bilag

Indhold

Bilag 1 - Beskrivelse af indledende dataanalyse af lægemiddelforbruget i speciallægepraksis	2
Bilag 2 - Resultater fra den indledende dataanalyse.....	6
Bilag 3 – Analyse af forbrug af lægemidler udenfor eget speciale.....	7
Bilag 4 - Sagsfremstilling for Samarbejdsudvalget	10
Bilag 5 – Eksempler på metoder.....	13
Bilag 6 – Belysning af problemstillinger i psykiatripraksis baseret på data fra SSI i 2012.....	14
Bilag 7 - Ordinationsoversigt for 2012.....	16
Bilag 8 - Ordinationsoversigt psykiatri olanzapin 2012	25
Bilag 9 - Evaluering af ordinationsoversigter udsendt maj 2013	26
Bilag 10 - Ordinationsoversigt for 2013.....	28
Bilag 11 - Evaluering af ordinationsoversigter udsendt april 2014	39
Bilag 12 – Agomelatin (Valdoxan®)	40
Bilag 13 – Rationel anvendelse af pregabalin (Lyrica®) til behandling af angst	43
Bilag 14 – Rationel anvendelse af quetiapin	46
Bilag 15 – Invitation til temamøde - Graviditet, antipsykotika og stemningsstabiliserende midler	51
Bilag 16 - Evaluering af temamøde.....	52
Bilag 17 - Nyhedsbrev 1 – På tværs af specialer.....	55
Bilag 18 - Nyhedsbrev 2 – På tværs af specialer.....	56
Bilag 19 - Nyhedsbrev 3 – på tværs af specialer.....	58

Bilag 1 - Beskrivelse af indledende dataanalyse af lægemiddelforbruget i speciallægepraksis

Beskrivelse af den udviklede dataanalysemetode. Trin 1-3 blev gennemført for specialerne psykiatri, gynækologi og obstetrik, dermatologi-venerologi, øjenlæger og intern medicin. Børne- og ungdomspsykiaterne blev taget med i forbindelse med psykiatri i så stor udstrækning som muligt.

Trin	Analyse	Formål	Filtrering af data	Konklusion/resultater
1	Dataanalyse baseret på receptekspeditions-data (CSC Targit): - Lægemiddelforbrug fordelt på speciale - Overblik over forbruget i DDD ¹ , AUP ² , tilskudspris og AUP/DDD per år i Region Hovedstaden sammenlignet med øvrige regioner. Indhentning af information fra Yderregistret: Overblik over antal kapaciteter, ydernumre og ydere	At opnå et overordnet overblik over specialernes forbrug, størrelse og organisering i Region Hovedstaden, samt sammenligne forbruget i speciallægepraksis i Region Hovedstaden med forbruget i speciallægepraksis i de øvrige regioner.	Ingen filtrering på dette trin.	Der arbejdes videre med de fem mest omkostningstunge specialer med samlet omsætning på mere end 30 mio. kr. per år (2011/2012 data).
2	Dataanalyse baseret på receptekspeditions-data (CSC Targit): - Analyse på 4. ATC-niveau hvor speciallægepraksis (de 5 specialer hver for sig) sammenlignes med almen praksis (AUP/DDD). - Data afgrænses ved bearbejdning i SAS, så forbrug på under 1000 DDD og under 500.000 kr. frafalder Datagennemgang: Vurdering af forskel i AUP/DDD i almen praksis og speciallægepraksis. Vurderingen afhænger af hvor mange DDD, der findes i gruppen.	At gøre relevante data mere overskuelige at arbejde videre med ved at fjerne "støj" fra analysen.	0-10 % af data frafiltreres (AUP og DDD). Smågrupper af lægemidler som ligger uden for specialernes primære indikationer frasorteres herved.	Alle 4. ATC-grupper på over 1 mio. kr. (AUP) samt lægemiddelgrupper, hvor der ses en stor forskel i gennemsnitlig pris per DDD i speciallægepraksis sammenlignet med almen praksis går videre til trin 3.
3	Dataanalyse baseret på receptekspeditions-data	At finde lægemiddelgrupper, hvor der kan være potentiale	ATC- grupper, hvor lægemiddelforbruget følger	Fokusområder, der skal undersøges yderligere

¹ Defineret Døgn Dosis (DDD). En DDD er en statistisk måleenhed og afspejler ikke nødvendigvis den faktiske dosis, som gives til en patient på en bestemt indikation. DDD-værdien for et lægemiddelstof fastsættes af en ekspertgruppe fra verdenssundhedsorganisationen WHO og angives per administrationsvej.

² Apotekernes UdsalgsPris (AUP)

	<p>(CSC Targit):</p> <p>- Analyse af trin 2 resultaterne på 5. ATC-niveau.</p> <p>Overordnet faglig analyse: Lægemiddelgrupperne vurderes overfladisk i forhold til nationale rekommandationer (IRF) og tilskudsregler. Indhentning af fordeling af forbruget i hospitalssektor.</p> <p>Evt. udbygges analysen til at omfatte lægemiddelformulering fx injektion, tablet, depottablet mv.</p>	for en bedre efterlevelse af guidelines eller hvor der kan være potentiale for besparelse trods manglende guidelines.	gældende guidelines filtreres fra data.	<p>identificeres.</p> <p>Oplæg til overordnet drøftelse med projektgruppe med oversigt over fokusområder og problemstillingerne herunder.</p> <p>Oplægget kan evt. drøftes med repræsentant fra speciallægepraksis.</p>
4	<p>Dybdegående faglig analyse: Specialeselskabers guidelines, undersøgelse af VIP-vejledninger, input fra Klinisk Farmakologisk Afdeling og et første udkast til fokusområder.</p> <p>Eventuel indhentning af supplerende lægemiddeldata fra SSI og Sundhedsstyrelsen til belysning af problemstillinger.</p> <p>Eventuel beregning af besparelspotentiale ved forskellige grader af omlægning af forbrug.</p>	At belyse de identificerede problemstillinger og kvalificere fokusområderne fra trin 3 analysen.	Prioritering af fokusområder.	Udkast til fokusområder.

Skitsering af resultaterne for den indledende dataanalyse for speciallægepraksis for psykiatri

Resultater ved de indledende dataanalyser

Efter trin 2

I trin 2 blev data filtreret så forbrug på under 1000 DDD og under 500.000 kr. (AUP) blev udeladt fra analysen. Det blev vurderet, om der var lægemiddelgrupper, hvor AUP/DDD var væsentligt højere end almen praksis. De lægemiddelområder, der blev identificeret på baggrund af analyse trin 2, var:

1. **N03AX – Andre antiepileptica**
2. **N04BA – Dopa og dopa-derivater se bilag**
3. N05AE – indol-derivater
4. **N05AH – Diazepiner, oxazepiner, thiazepiner og oxepiner**
5. **N05AX – andre antipsychotica**
6. **N05BA – Benzodiazepinderivater**
7. **N06AA – non-selektive monoamin re-optagelse inhibitorer**
8. **N06AB – Selektive serotonin re-optagelse inhibitorer**
9. **N06AX – andre antidepressiva**

Efter trin 3

I trin 3 blev der lavet en prioritering rød, gul, grøn, hvor rød var nedprioritering, gul havde behov for yderligere belysning i form af data fra SSI, vejledninger mm. Farven grøn indikerede at området kunne være et fokus med en klar problemstilling i forhold til rationel medicinanvendelse.

1. **N03AX – Andre antiepileptica** fx pregabalin, lamotrigin
2. **N04BA – Dopa og dopa-derivater** fx Sinemet, Stalevo og Madopar
3. **N05AE – indol-derivater** fx sertindol og ziprasidon
4. **N05AH – Diazepiner, oxazepiner, thiazepiner og oxepiner** fx olanzapin, quetiapin, clozapin
5. **N05AX – andre antipsychotica** fx risperidon, aripiprazol, paliperidon
6. **N05BA – Benzodiazepinderivater** fx alprazolam, oxazepam
7. **N06AA – non-selektive monoamin re-optagelse inhibitorer** fx noritriptylin, amitriptylin
8. **N06AB – Selektive serotonin re-optagelse inhibitorer** fx escitalopram, citalopram, sertraline
9. **N06AX – andre antidepressiva** fx duloxetine, agomelatin

Efter trin 4

Efter dialog med specialet og gennemgang af diverse vejledninger blev fokus for indsatsen i ordinationsoversigten:

1. **Antiepileptika** til angstbehandling
2. **Antipsykotika** – quetiapin og anbefalinger fra RADS³
3. **Antidepressiva** – escitalopram, agomelatin og duloxetin
4. **Anxiolytika**⁴ - generelt forbrug
5. **Hypnotika**⁴ - generelt forbrug
6. **Centralt stimulerende midler**

Refleksion:

Analyse trin 1 og trin 2 var mest orienterende i forhold til at få et overblik over specialernes størrelse, kapacitet og overordnede lægemiddelforbrug. Trin 2 var primært teknisk. Filtreringen af data i trin 2 var nødvendig grundet for mange smådata, som gjorde det svært at få et overblik. Efter filtreringen frafaldt ca. 1 % af AUP-data og 7 % af DDD – en lille mængde, som dog havde en stor betydning i forhold til overskueligheden af data.

Trin 3 bestod i at undersøge potentialet for udvikling af rationel medicinanvendelse indenfor de enkelte områder og give et oplæg til projektgruppen. Trin 3 og 4 er de mest tidstunge analysedele, hvor der indhentes data og vurderes i forhold til anbefalinger. I dette analysetrin opbygges og udvides kendskabet til specialet. I psykiatrigruppen blev der efter trin 3 i analysen indledt dialog med repræsentanten for psykiatripraksis. Den udpegede psykiater blev inviteret til i første omgang at bidrage med egne refleksioner om områder med potentiale for forbedring indenfor rationel medicinanvendelse, og repræsentanten nævnte i det store hele de samme emner som trin 3-analysens resultater. Dette var i høj grad med til at fremme processen i psykiatripraksis, og der kunne relativt hurtigt arbejdes målrettet med eb metode til formidling af budskabet.

³ RADS-vejledningen udkom juni 2013 – ca. 1 måned efter den første udsendelse af ordinationsdata til speciallægepraksis for psykiatri. Da ordinationsoversigten blev udsendt i 2014 blev RADS-vejledningen integreret deri.

⁴ Nedprioriteret i udsendelsen i 2013, grundet ønsket om ikke at sende en meget data-tung oversigt. Da emnet blev nævnt af flere i evalueringen blev det prioriteret i 2014.

Bilag 2 - Resultater fra den indledende dataanalyse

Konklusioner på den indledende forbrugsanalyse (trin 1-3) af de fem mest omkostningstunge specialer i praksissektoren i Region Hovedstaden (dec. 2012)

På baggrund af en analyse af forbruget blandt specialerne dermato-venerologi, oftamologi, psykiatri, intern medicin og gynækologi og obstetrik blev der identificeret mulige indsatsområder i henhold til gældende kliniske vejledninger, den nationale rekommandationsliste og i forhold til forbedringspotentialer i rationel medicinanvendelse.

Psykiatri:

- **Antiepileptika (brug af pregabalin)**
- **Antipsykotika (præparatvalg samt valg af depot/ikke-depot, brug af høje doser, brug til ældre med samtidig demens diagnose)**
- **Antidepressiva (præparat valg, høje doser til ældre)**
- **Benzodiazepiner og sovemedicin (forbrug)**
- **Medicin til behandling af ADHD (præparatvalg samt vejledning fra SST)**

Dermato-venerologi:

- Midler til udvortes brug til psoriasis (kombinationslægemidler steroid og D-vitamin)
- Stærktvirkende corticosteroider (gruppe III) (mometason/beclometason)
- Tetracykliner (acnebehandling – evt introduktion af førstevalg)
- Antihistaminer til systemisk brug (evt. introduktion af førstevalg)

Gynækologi og obstetrik:

- **Lokaltvirkende hormontilskud (estradiol/estriol)**
- **Midler til behandling af inkontinens (evt. introduktion af førstevalg, stor forskel på pris/DDD)**
- **Fertilitetsmidler (udgør 86% af tilskudskronerne og 70% af AUP i forhold til gyn-obs totale lægemiddelforbrug – derfor bør området undersøges nærmere)**
- **(P-pilleforbrug – efterlevelse af rekommandationer)**

Oftamologi:

Der findes ikke nogen national rekommandationsliste på øjnlægemidlerne, hvorfor specialet må inddrages tidligere i en eventuel proces.

Ud fra et udelukkende økonomisk perspektiv

- Antiglaukommidler og miotika (69% af AUP, specialets totalforbrug)
 - Betablokerende midler (præparatvalg?)
 - Prostaglandinanaloger (præparatvalg?)

Intern medicin:

I forhold til de øvrige specialer er det en større udfordring at analysere forbruget af lægemidler blandt internmedicinere, da det ikke umiddelbart er muligt at dele yderne op i hvert enkelt speciale (gastroenterologi, cardiologi, allergologi og lungemedicin, endokrinologi). Her er der behov for at gå i dialog med de enkelte grenspecialer, der ligger under internmedicin forud for identifikation af mulige indsatsområder.

Det vurderes dog ud fra forbrugets omfang at være mest relevant at kigge på grenspecialerne lungemedicin og cardiologi.

Bilag 3 – Analyse af forbrug af lægemidler uden for eget speciale

Baggrund

Analysen af speciallægenes forbrug af lægemidler uden for eget speciale blev foretaget for at afdække og undersøge forbruget af ikke-specialespecifikke lægemidler i speciallægepraksis i Region Hovedstaden. Ønsket var dels at undersøge forbruget af ikke-specialespecifikke lægemidler, herunder at få indblik i størrelsen af forbruget af lægemidler, hvis terapeutiske områder behandles af Basislisten⁵.

Formål

At undersøge forbruget af ikke-specialespecifikke-lægemidler i fem udvalgte specialer, samt kortlægge om der er et forbrug af lægemiddelgrupper der omtales på Basislisten.

Metode

Medicinfunktionen og Klinisk Farmakologisk Afdeling foretog i samarbejde en inddeling af speciallægenes forbrug på ATC4-niveau i hhv. specialespecifikke og ikke-specialespecifikke lægemidler. Denne øvelse viste sig at være en større arbejdsopgave end først antaget. For at gøre arbejdsopgaven overkommelig blev det besluttet at alle ATC4-grupper med et forbrug på under 15.000 kr./speciale om året i AUP blev vurderet som ikke-specialespecifikke. Der må følgelig tages forbehold for dette i konklusionen

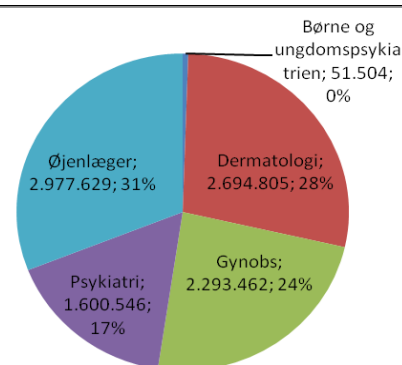
I første omgang blev der for fem af regionens mest omkostningstunge specialer lavet et udtræk af forbruget i perioden 2. halvdel af 2011 til 1. halvdel af 2012.

Resultater

Analysen viste, at der i perioden for de fem specialer (psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, øjenlægepraksis og gynækologipraksis) var et forbrug af ikke-specialespecifikke lægemidler på ca. 9,6 mio. kr. Når specialernes forbrug sammenholdes med det samlede forbrug af lægemidler for de enkelte specialer, ses det at speciallæger i dermatologi og øjenlægerne har det største procentvise (AUP) forbrug af lægemidler, der er vurderet som ikke-specialespecifikke. Se figur.

Tabel 1 Forbrug af ikke-specialespecifikke lægemidler per år.

Speciale	AUP (kr.)	% af samlet forbrug
Børne- og ungdomspsykiatrien	51.504	1,1
Dermatologi	2.694.805	7,3
Gynækologi og obstetrik	2.293.462	3,2
Psykiatri	1.600.546	1,9
Øjenlæger	2.977.629	8,4
Total	9.617.946	4,2



I samme periode var det samlede forbrug for de fem specialer 231 mio. kr. (specialespecifikke og ikke-specialespecifikke) og de 9,6 mio. udgjorde således 4,2 % af det samlede forbrug.

Ved at lægge de fem specialers forbrug sammen indenfor ATC4-lægemiddelgrupperne og udtage dem, der udgjorde mindst 100.000 kr./år (AUP) blev 4,2 mio. grupperet indenfor følgende 26 lægemiddelgrupper.

⁵ Basislisten giver forslag til 1. valg af lægemidler til voksne til de mest almindelige indikationsområder i praksissektoren. Basislisten er udarbejdet under hensyntagen til Den Nationale Rekommandationsliste fra Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF), evidensbaseret dokumentation for effekt og bivirkninger samt hensynet til bekvem dosering, pris og anbefalingerne i Rekommandationsbogen for Region Hovedstadens hospitaler.



Det kan ses af figuren ovenfor, at der kun er to ATC4-grupper, der overstiger 200.000 kr./år (AUP) for specialerne sammenlagt. Disse to grupper er A10BX "Andre blod-glucose sænkende midler ekskl. insulin" på 276.000 kr./år⁶ og "R03AK" "Adrenergica og andre midler mod obstruktiv lungesygdom" på 470.000 kr./år.⁷

Indenfor grupperne A10BX og R03AK er fordelingen mellem specialerne:

Specialer*	A10BX - AUP/år (Fx Byetta, Victoza, Novonorm)	R03AK - AUP/år (fx Symbicort, Seretide, Duovent Komb.)
Børne og ungdomspsykiatrien	0	1.836
Gynobs	196.227	84.324
Psykiatri	17.238	96.226
Øjenlæger	45.444	169.967
Dermatologi	16.876	118.065
I alt	275.785	470.418

*Der er ikke korrigeret for specialernes størrelse, derfor er tallene ikke direkte sammenlignelige

De to ATC-grupper indeholder ingen lægemidler, som er førstevalg på Basislisten (efterår 2012⁸).

Konklusion

Analysen viste, at der i gennemsnit var et forbrug af ikke specialespecifikke lægemidler i de fem speciallægepraksis på 4,2 % (størst i speciallægepraksis for dermatologi og øjenlægepraksis med hhv. 7,3% og 8,4%). På baggrund af analysens resultat kan det konkluderes, at der ikke er et stort problem med ordination af lægemidler uden for eget speciale blandt de fem mest lægemiddelomsætningstunge specialer. Analysen viser dog, at der er gode grunde til at opfordre speciallægerne til at ordinere med udgangspunkt i Basislisten, når der ordineres uden for speciale, samt holde øje med udviklingen i forbruget af A10BX for speciallægepraksis for gynækologi og obstetrik, som evt. anvendes off-label i forbindelse med PCOS-behandling.

⁶ Opfølgning på forbruget af gruppe A10BX for de samme 5 specialegrupper viser at omkostningerne for perioden 2. halvår af 2013 og 1. halvdel af 2014 var faldet til 88.174 kr./år.

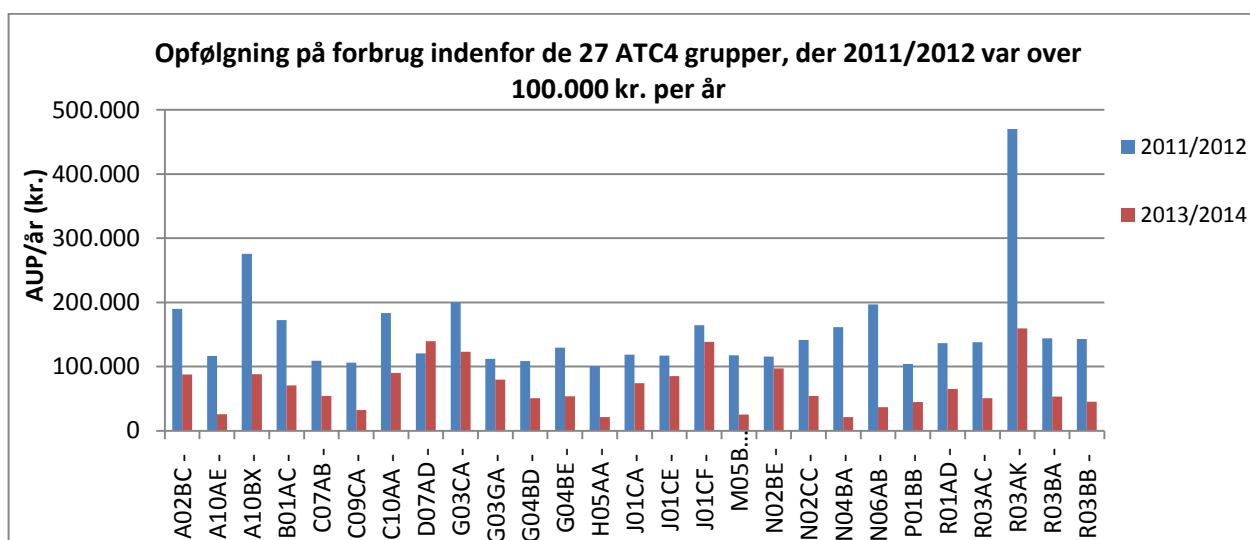
⁷ Opfølgning på forbruget af gruppe for de samme 5 specialegrupper viser at omkostningerne for perioden 2. halvår af 2013 og 1. halvdel af 2014 var faldet til 159.272 kr./år.

⁸ Fra oktober 2014 er der kommet et førstevalg indenfor lægemiddelgruppen R03AK07, idet der ved behov for et kombinationslægemiddel indeholdende LABA og ICS, anbefales Bufomix Easyhaler. Dette kunne være et budskab i et eventuelt kommende nyhedsbrev til specialerne på tværs.

Opfølgning på analysen af forbruget af ikke specialespecifikke lægemidler nov. 2014

En opfølgning på analysens resultater baseret på data fra 2. halvår 2013 og 1. halvår 2014 blev udarbejdet før for projektets afslutning i november 2014. Opfølgningen blev lavet på de 27 ATC4 grupper som sammenlagt for de op til 5 specialer⁹ per år oversteg et AUP forbrug på 100.000 kr. Undersøgelsen viste, at forbruget har været faldende for alle 27 grupper med undtagelse af D07AD, som er corticosteroider gruppe IV.¹⁰ Det tidligere omtalte forbrug af A10BX i speciallægepraksis for gynækologi, er faldet til 27.939 kr. og ligger nu på niveau med de øvrige specialer. ATC-gruppe R03AK er faldet fra 470.418 kr./år til 160.000 kr./år.

I 2011/2012 var AUP-forbruget for de største 27 grupper blandt de 5 specialer 4,2 mio. I 2013/2014 var forbruget faldet til 1,7 mio. kr. – en reduktion på 60 %.



⁹ I tilfælde af at ATC4-gruppen blev vurderet specialespecifik for et eller flere af specialerne, blev data fjernet. Der er anvendt samme vurdering af om en ATC-gruppe er specialespecifik ved analysen i 2013/2014 som i 2011/2012.

¹⁰ Stigningen her skyldes et stigende forbrug hos gynækologerne.

Bilag 4 - Sagsfremstilling for Samarbejdsudvalget

Den 20. september 2012

**SAMARBEJDSUDVALGET
FOR SPECIALLÆGEPRAKSIS**

SAG NR. 3**Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis**

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at styregruppen for speciallægepraksisplanen samt relevante trepartsgrupper inddrages i planlægning af indsatsen for rationel medicinordination i speciallægepraksis.

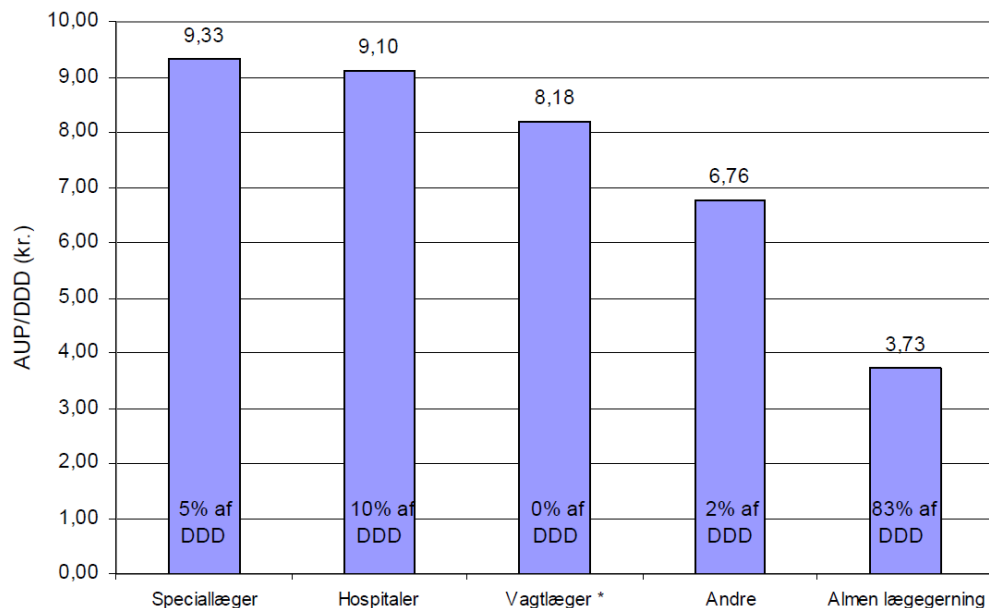
RESUME

Region Hovedstaden igangsætter nu en indsats for rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis. Indsatsen tager udgangspunkt i analyser af ordinationsmønstret i speciallægepraksis og skal foregå i dialog med de praktiserende speciallæger i regionen.

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstaden gennemførte i 2011 en analyse af lægemiddelforbrug og medicinordination i regionen. Analysen viser bl.a., at Region Hovedstaden har landets laveste forbrug og mindste udgift til medicintilskud pr. 1.000 borgere. Samtidig har regionen dog landets højeste gennemsnitspris pr. døgnosis, når der ses samlet på hele medicinforbruget med og uden tilskud.

Figuren nedenfor viser, at de praktiserende speciallæger står for den største udgift pr. defineret døgnosis sammenlignet hos almen praksis, vagtlæger og hospitaler. Medicinanalysen anbefaler på den baggrund at iværksætte en indsats for at fremme rationel medicinordination i speciallægepraksis.



Figur: AUP/DDD for receptordineret medicin fra læger i Region Hovedstaden fordelt på lægetype 2010. Kilde: Targit. * Kun vagtlæger med vagtlægeydernummer.

Ligeledes anbefaler den gældende praksisplan for speciallægepraksis 2008-2011 at understøtte rationel medicinordination i speciallægepraksis i lighed med de initiativer, der i en årrække har foregået i almen praksis.

I forbindelse med regionens budget for 2012 blev der afsat midler til en indsats for at fremme brug af lægemiddelrekommandationer og behandlingsvejledninger i speciallægepraksis. Indsatsen i forhold til praktiserende speciallæger vil tage udgangspunkt i:

1. En analyse af hvilke specialer en indsats i første gang skal rettes mod, herunder hvilke specialer der må forventes at have det største potentiale for kvalitetsudvikling
2. Dialog med relevante faglige repræsentanter for praktiserende speciallæger
3. Faglig rådgivning fra Klinisk Farmakologisk Afdeling i forhold til vurdering af rationelt lægemiddelforbrug og forslag til indsatsområder
4. Udarbejdelse af en handleplan indeholdende indsatsområder, målgrupper, metoder mv. for de enkelte specialer.

Indsatsen for rationel farmakoterapi i speciallægepraksis påbegyndes pr. 1. september 2012. Styregruppen for udarbejdelse af speciallægepraksisplan vil blive

orienteret nærmere om den videre planlægning af indsatsen. Når det er relevant, vil trepartsgrupperne blive inddraget i forhold til indsatsen for hvert enkelt speciale.

SAMARBEJDSUDVALGETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Bilagsfortegnelse:

Ingen

Sagsnr: 12008109

Arkiv: 1-30-72

Bilag 5 – Eksempler på metoder

Eksempler på metoder, der kan tages i brug i projektet "Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis".

Model	Metode	Ressourceforbrug	Fordele og ulemper
Dybere analyse og speciale-specifik indsats	Opfølgning på lægemiddelforbrug. Fx med udsendelse af lægens egne ordinationsdata, opfølgende temamøde mv., opfølgning på ordinationsdata/ indsats ved gruppemøder eller praksisbesøg.	Ressourcekrævende første gang (proces med ressourceperson fra speciallægepraksis, evt. udarbejdelse af materiale med sammenskrivning af evidens, kommentering hos relevante aktører mv.). Herefter er arbejdsindsatsen mindre, dog ikke uvæsentlig. I psykiatripraksis tog processen med første udgave af ordinationsoversigterne ca. 5-6 mdr. Anden gang ordinationsoversigterne blev sendt, var arbejdet væsentligt mindre ressourcekrævende. 1 møde og ca. to uger til databearbejdning og udsendelse. Derudover opsamling på ændringer i vejledninger og opdatering af dokumenter. Praksisbesøg er ressourcekrævende grundet mand-til-mand "undervisningen". Der kan fx være tale om, at besøges foretages af farmaceut, praktiserende speciallæge eller speciallæge i klinisk farmakologi.	Fordele: Ordinationsoversigten giver speciallægen indsigt i egne ordinationer på en ny måde, og speciallægen får muligheden for at sammenligne egen praksis med kollegers praksis. Dette vil som oftest være interessant læsning for den enkelte speciallæge og give anledning til refleksion. Speciallægen får hjælp til at skabe overblik over ordinationsmønstre. Ved genudsendelse kan speciallægen følge egen udvikling og motiveres til at arbejde videre med kvalitetsudvikling af eget lægemiddelforbrug. God metode til at behandle én eller flere problemstillinger på flere forskellige måder. Praksisbesøg giver mulighed for en direkte dialog og refleksion om behandlingen. Ulemper: Udarbejdelse af ordinationsoversigter er tidskrævende, og det vides ikke i hvilken udstrækning materialet bliver læst. Til temamødet kan det formodes, at det kun er læger med særlig interesse, der vil møde op, hvorimod dem der særligt har brug for det, bliver hjemme. Praksisbesøg er ressourcekrævende.
Overordnet speciale-specifik indsats	Opfølgning på speciallets overordnede lægemiddelforbrug, udsendelse af materiale, evt. temamøde	Samme som ovenfor, dog mindre tid til databearbejdning, da statistikker ikke udarbejdes til den enkelte praksis.	Fordele: God metode til at behandle en eller flere. God metode til at behandle en specifik problemstilling vedr. lægemiddelforbrug indenfor et speciale i forhold fx gældende retningslinjer, information om god praksis Ulemper: Giver ikke yderen et indblik og egen refleksion i forhold til, hvorledes denne selv bruger lægemidler, og det antages, at den enkelte yder kan have tendens til at tænke at "det er ikke mig", der bør ændre adfærd.
Indsats til specialerne på tværs	Nyhedsbreve, evt. temamøde fx UTH, epikriseskrivning evt. i samarbejde med aktiviteter i Kvalitetsteamet i CSU	Mindst tidskrævende metode og informativ. Dog også mindst specialespecifik og mindre vedkommende for speciallets daglige lægemiddelforbrug.	Fordele: God metode til at formidle mere overordnede informationer som fx mulighed for brug af MedicinInfo og formidling af informationer, som gælder alle specialer. Ulemper: Mindre god metode til at påvirke specifikke problemstillinger inden for de enkelte specialers lægemiddelforbrug. Hvis emnerne på et temamøde bliver meget overordnede kan det være svært at få lægerne til at prioritere tid til at deltage. Formodes ikke, at have den store effekt på lægemiddelforbruget.

Bilag 6 – Belysning af problemstillinger i psykiatripraksis baseret på data fra SSI i 2012

DATA for praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden fra Statens Serum Institut (SSI) (forår 2013)**Problemstilling 1: I hvor stor udstrækning efterleves klausulen, når der ordineres pregabalin til smerter og angst i psykiatripraksis?**

- I 2012 fik 1122 patienter ordineret pregabalin af praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden. I 63 % af tilfældene var indikationen angst og i 30 % af tilfældene var indikationen ukendt (altså muligvis også angst)
- I 2012 var der 522 nye brugere af pregabalin, som fik den første recept udstedt af speciallægepraksis i psykiatri i Region Hovedstaden. Her var indikationen i 68 % af tilfældene angst og 27 % ukendt
- 10-15 % af de patienter, der fik pregabalin mod enten smerter eller angst i 2012, havde ikke i en 3-årig periode forinden modtaget gabapentin eller TCA (ved smerter) eller SSRI (ved angst).

Problemstilling 2: I hvor stor udstrækning efterleves klausulen, når der ordineres escitalopram og agomelatin i speciallægepraksis?

Escitalopram:

- I perioden januar 2011 til marts 2012 havde 37% af de 341 patienter, der begyndte behandling med escitalopram i speciallægepraksis ikke fået et andet antidepressiva med generelt tilskud før. Til sammenligning var dette til for alle læger i landet (almen og speciallæger) 58 %.
- Efter tilskudsændringerne i marts 2012, faldt antallet af patienter der begyndte behandling med escitalopram væsentligt (fra 206 på 9 måneder til 98 på de samme 9 måneder året efter).

Konklusioner:

- Der var i perioden en større andel af de personer, der har påbegyndt behandling med escitalopram iværksat af en praktiserende psykiater i Region Hovedstaden, der tidligere har prøvet et antidepressivum med generelt tilskud end på landsplan.

Agomelatin:

- I perioden januar 2011 til marts 2012 havde 21 % af de 875 patienter, der begyndte behandling med agomelatin i speciallægepraksis ikke fået et andet antidepressiva med generelt tilskud før. Til sammenligning var dette til for alle læger i landet (almen og speciallæger) 25 %.
- Efter tilskudsændringerne i marts 2012, faldt antallet af patienter der begyndte behandling med agomelatin væsentligt (fra 533 på 9 måneder til 386 på de samme 9 måneder året efter).

Konklusioner:

- Efter tilskudsændringerne trådte i kraft i 2012 er andelen af nye brugere, der tidligere har prøvet et antidepressivum med generelt tilskud, sammenlignelig for psykiaterne i Region Hovedstaden og øvrige læger på landsplan (uanset lægetype).

Problemstilling 3: I hvilket omfang anvendes høje styrker af citalopram og escitalopram til ældre over 65 år?

I Region Hovedstaden var der minimum én gang ordineret "højdosering" citalopram (30 eller 40 mg) til 217 ældre over 65 år (svarende til 37 %). For escitalopram (15 eller 20 mg) var dette tal 159 (svarende til 58 %).

Det kan overvejes om det kan lægges ind i ordinationsoversigten at have fokus på anbefalingerne om anvendelse af lavere styrker til ældre over 65 år. I så fald vil det være nødvendigt at have accept af at anvende personhenførbare data i ordinationsoversigten, samt modtage data fra SSI.

Problemstilling 4: Hvor mange personer fik ordineret højdosering recepter på antipsykotika i 2012?

I 2012 var der 18 personer, som indløste recepter på højdosering antipsykotika¹¹.

Problemstilling 5: Hvor mange personer fik ordineret antipsykotika fra speciallægepraksis og demensmidler i samme periode?

I 2012 var der 18 personer, der indløste recepter på demensmidler og antipsykotika¹².

¹¹ Højt gennemsnitligt forbrug per døgnet er her defineret som: olanzapin >20mg/døgnet, quetiapin >1200 mg per døgnet, risperidon >10 mg/døgnet, aripiprazol >30mg/døgnet

¹² Samtidig anvendelse af ATC-grupperne N05A og N06DA.

Bilag 7 - Ordinationsoversigt for 2012

Ordinationsoversigt for 2012

Yder

Kære praktiserende speciallæge i psykiatri

Hermed sendes en oversigt over medicinordinationer i din praksis, som vi håber, at du vil finde interessant.

Ordinationsoversigten er et led i Region Hovedstadens projekt
"Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis"

Projektgruppen består af praktiserende psykiater Alice Madsen, speciallæge i klinisk farmakologi Lene Ørskov Reuther og to farmaceuter fra Koncern Praksis Helle Neel Jakobsen og Liv Askaa. Projektet løber foreløbigt i 2013 og 2014.

Hvad skal ordinationsoversigten bruges til?
 Formålet med ordinationsoversigten er at støtte og fremme kvalitetsforbedringer på medicinområdet, herunder at benytte den mest effektive medicin med færrest mulige bivirkninger til den laveste pris.

Oversigten giver dig mulighed for at se, hvorledes medicinforbruget fordeler sig på udvalgte områder, og hvordan udviklingen har været i perioden 2008 til 2012. Den giver dig også mulighed for at sammenligne din ordinationspraksis med gennemsnittet for regionens psykiatere.

I oversigten ses på forbruget af antiepileptika, antipsykotika, antidepressiva og centralt stimulerende midler. Indenfor hver lægemiddelgruppe er udvalgt emner af relevans for rationel medicinanvendelse.

Læsevejledning
 Data er trukket fra Region Hovedstadens register for recepter ekspederet på apotek og omfatter ordinationer ekspederet på dit ydernummer.

Lægemiddelforbruget for dit ydernummer sammenlignes med gennemsnittet for praktiserende psykiatere med overenskomst i Region Hovedstaden (Prak. Psyk).

Forklaringer

DDD:	Definerede Døgn Doser (WHO's fastsættelse – se www.whoccc.no)
Udgift:	Medicinens pris (borgerens, kommunens og regionens udgifter tilsammen).
Beregning af værdi på y-akse på grafer, der viser udvikling:	
Din Praksis:	Total antal DDD i den enkelte halvårsperiode i din praksis delt med antallet af patienter, der har fået ydelser i din praksis i den enkelte halvårsperiode delt med antal dage i halvåret.
Gns. Prak. Psyk.:	Det samlede forbrug i DDD i den enkelte halvårsperiode i Prak. Psyk. delt med antallet af patienter, der har fået ydelser i Prak. Psyk i den enkelte halvårsperiode delt med antal dage i halvåret.

Spørgsmål

Hvis du ønsker mere information, eller hvis du har spørgsmål til projektet eller oversigten, kan du kontakte farmaceut og projektleder Liv Askaa fra Medicinfunktionen i Koncern Praksis. Email: Medicinfunktionen@regionh.dk. Telefon: 38 66 53 18

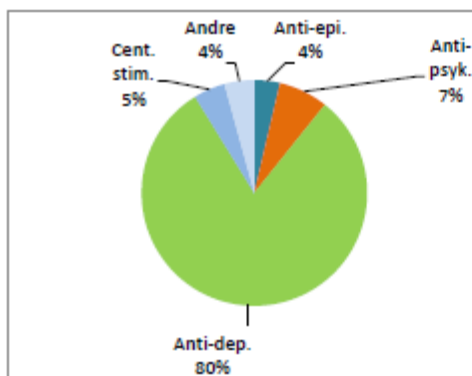
Overblik - Dit lægemiddelforbrug indenfor udvalgte områder i 2012

Nedenstående udvalgte lægemiddelgrupper udgør de mest omkostningstunge lægemiddelområder i psykiatripraksis i Region Hovedstaden.

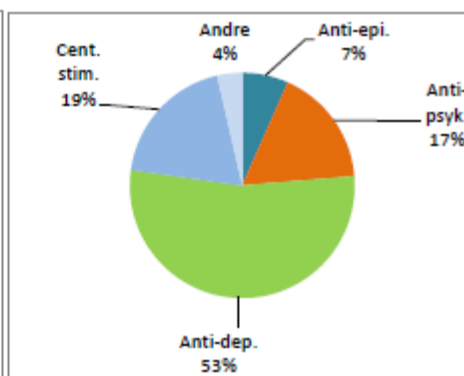
Tabellen og figurene nedenfor viser de indløste DDD og udgifterne registreret på dit ydernummer i 2012.

Lægemiddelgrupper	Antal DDD	Udgift (kr.)
Antiepileptika (N03A) (antiepi)	11.227	104.919
Antipsykotika (N05A) (antipsyk)	21.681	269.581
Antidepressiva (N06A) (antidep)	245.899	846.700
Centralt stimulerende midler (N06B) (Centralt stim.)	13.795	303.384
Andre lægemidler	13.053	56.994
Total	305.655	1.581.578

DDD (antal)



Udgifter (kr.)



Patienter, der har modtaget en ydelse i 2012

	Din praksis		Prak. Psyk.	
	Antal patienter	%		%
0-19 år	17	2%		2%
20-59 år	537	77%		77%
60+ år	141	20%		21%
Andre fx uden CPR	0	0%		0%
Total	695	100%		100%
Mænd	261	38%		40%
Kvinder	434	62%		60%

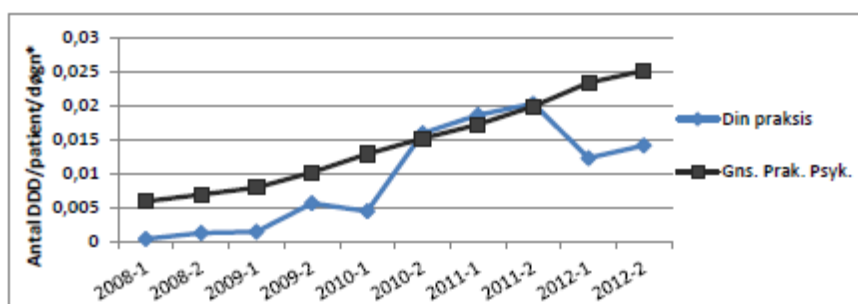
Forbrug af antiepileptika til angstbehandling i din praksis i 2012

Lægemiddel	Præparat	Antal DDD	Udgift (kr.)
Clonazepam	Fx Rivotril®	169	798
Pregabalin	Lyrica®	2.581	69.099

Pregabalin (Lyrica®)

Forbruget af pregabalin er i Region Hovedstaden steget fra 15,5 mio. kr. i 2009 til 28,1 mio. kr. i 2012 (44%). En del af årsagen hertil er stigende forbrug af pregabalin til generaliseret angst. I psykiatripraksis blev der i 2012 indløst for 5,4 mio. kr.

Nedenfor ses udvikling i DDD for dit ydernummer. Gennemsnittet for psykiatere i Region Hovedstaden er angivet til sammenligning.



* 1 DDD= 300mg pregabalin - se note vedr. beregning af værdien på y-aksen på side 1 under forklaringer

Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) anbefaler, at pregabalin udelukkende anvendes til generaliseret angst såfremt en patient ikke har responderet tilfredsstillende på behandling med SSRI eller evt. venlafaxin.

[Link til IRF](#)

Region Hovedstaden Psykiatri anbefaler til behandling af angst citalopram, sertralin, venlafaxin og mirtazapin foruden clonazepam og oxazepam.

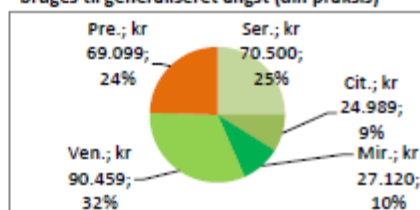
[Link til VIP](#) søg "Standardsortiment for lægemidler mod angst"

Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital har udarbejdet en opdateret gennemgang af litteraturen vedr. brug af pregabalin til generaliseret angst.

[Link til litteraturgennemgang på sundhed.dk](#)

Lægemiddel	Pris per DDD (priser 13. maj 2013)
Sertralin (ser.)	0,41 kr. (50 mg)
Citalopram (cit.)	0,53 kr. (40 mg)
Mirtazapin (mir.)	0,58 kr. (30 mg)
Venlafaxin (ven.)	2,30 kr. (150 mg)
Pregabalin (pre.)	16,20 kr. (300 mg)

Fordeling af udgiften til midler (2012), der kan bruges til generaliseret angst (din praksis)*



*Der kan i data ikke skelnes mellem indikationer. Udgiften til antidepressiva anvendt til angstbehandling er derfor mindre end den angivne udgift i figuren.

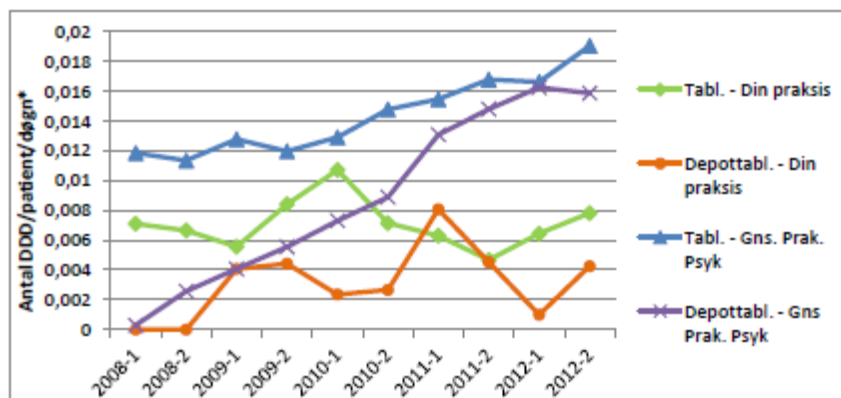
Forbrug af antipsykotika i din praksis i 2012

Lægemiddel	Præparat	Antal DDD	Udgift (kr.)
Ziprasidon	Zeldox [®]	784	19.339
Olanzapin	Fx Zyprexa [®]	7.084	14.492
Quetiapin	Fx Seroquel [®]	1.903	49.676
Amisulprid	Fx Solian [®]	0	0
Risperidon	Fx Risperdal [®]	1.172	4.173
Aripiprazol	Abilify [®]	2.445	142.182
Paliperidon	Fx Invega [®]	0	0
Øvrige antipsykotika (fx clozapin, clorprothixen)		8.294	39.720
Total		13.388	269.581

Quetiapin

Omkostningerne for depottabletterne er stigende i Region Hovedstaden. Efter patientudløb for quetiapin tabletter i marts 2012 er der meget stor prisforskel mellem tabletter og depottabletter indeholdende quetiapin. 400 mg quetiapin (en DDD) koster 1,86 kr./døgn (2x200 mg) for tabletter og 36,14 kr./døgn for depottabletter (priser per 13. maj 2013).

Nedenfor ses udvikling i antal ordinerede DDD for dit ydernummer sammenholdt med gennemsnittet for prak. psyk. i Region Hovedstaden.



* 1 DDD= 400 mg quetiapin - se note vedr. beregning af værdien på y-aksen på side 1 under forklaringer

IRF anbefaler quetiapin ved skizofreni og andre psykotiske lidelser, men anbefaler at quetiapin depottabletter (Seroquel Prolong) kun anvendes i særlige tilfælde.

[Se link](#)

Region Hovedstaden Psykiatri har quetiapin tabletter i sit standardsortiment.

[Se link](#)

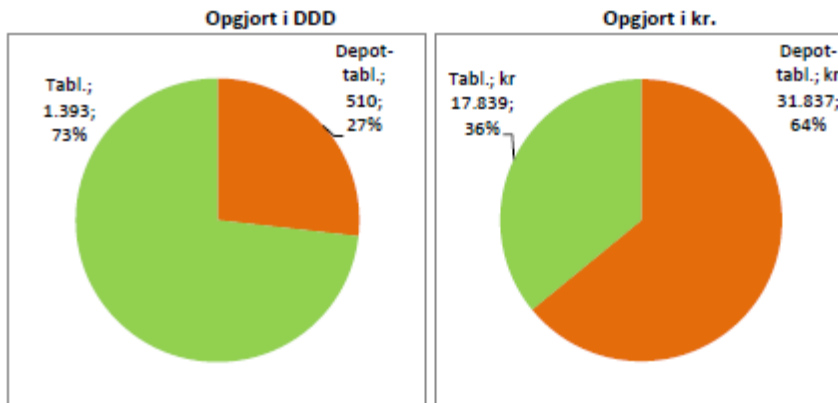
Søg "Standardsortiment for antipsykotika"

Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital har maj 2013 udarbejdet en kort gennemgang af litteraturen vedr. quetiapin og Seroquel Prolong.

[Link til litteraturgennemgang på sundhed.dk](#)

Quetiapin fortsætter næste side

Ordination af quetiapin i din praksis i 2012



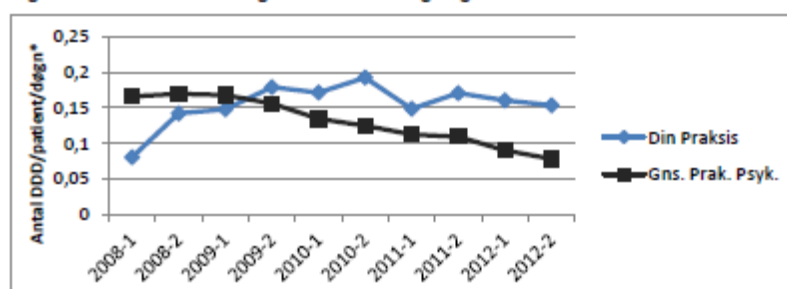
Forbrug af antidepressiva i din praksis i 2012

Lægemiddel	Præparat	Antal DDD	Udgift (kr.)
Citalopram (cit.)	Fx Cipramil®	27.806	24.989
Sertralin (ser.)	Fx Zoloft®	60.608	70.500
Escitalopram (escit.)	Fx Cipralex®	30.678	239.831
Mirtazapin	Fx Combar®	28.694	27.120
Venlafaxin	Fx Efexor®	37.264	90.459
Duloxetin	Cymbalta®	14.452	229.575
Agomelatin	Valdoxan®	672	9.555
Andre (Fx TCA og andre SSRI)		45.725	154.671
Total		245.899	846.700

Escitalopram – Cipralex®

Der er stor prisforskel mellem escitalopram og citalopram. 10 mg (en DDD) escitalopram koster 4,71 kr. - 20 mg (en DDD) citalopram koster 0,31 kr. per 13. maj 2013.

Nedenfor ses udvikling i ordinerede DDD for dit ydernummer. Gennemsnittet for Prak. Psyk. i Region Hovedstaden i er angivet til sammenligning.



* 1 DDD = 10 mg escitalopram - se note vedr. beregning af værdien på y-aksen på side 1 under forklaringer

IRF anbefaler citalopram og sertralin ligeværdigt med escitalopram til behandling af depression og angst.

[Se link](#)

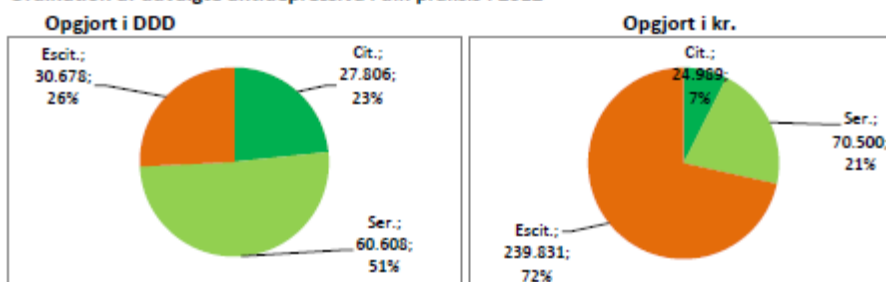
Region Hovedstaden Psykiatri har sertralin og citalopram i standardsortimentet til behandling af angst og depression.

[Se link](#) Søg "standardsortiment angst" eller "standardsortiment depression"

Escitalopram har klausuleret tilskud, og bør kun anvendes i tilfælde, hvor et antidepressivum eller angstdæmpende lægemiddel har været anvendt uden at vise tilstrækkelig effekt.

[Se link s. 16](#)

Ordination af udvalgte antidepressiva i din praksis i 2012



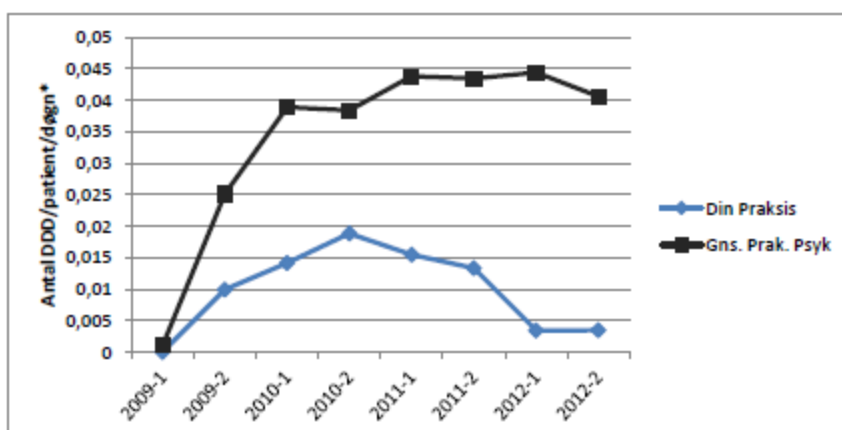
Agomelatin – Valdoxan®

Der er konstateret hepatiske bivirkninger, og der er sat fokus på ekstra kontrol før og under behandling med Valdoxan.

[Se produktresumé punkt 4.4](#)

Agomelatin (25 mg) koster 13,75 kr. per tablet per 13. maj 2013.

Nedenfor ses udvikling i antal ordinerede DDD for dit ydemr. Gennemsnittet for psykiatere i Region Hovedstaden er angivet til sammenligning.



* 1 DDD = 25 mg agomelatin - se note vedr. beregning af værdien på y-aksen på side 1 under forklaringer

IRF anbefaler udelukkende brug af agomelatin i tilfælde, hvor der har været meget generende bivirkninger ved andre antidepressiva.

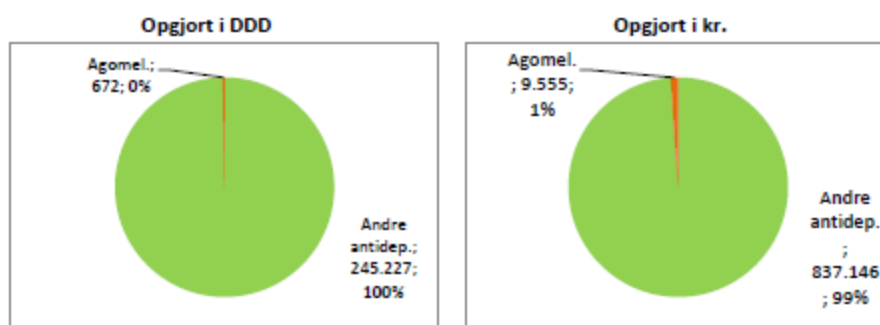
[Se link](#)

Agomelatin er ikke en del af Region Hovedstadens Psykiatris standardsortiment til behandling af depression.

Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital har maj 2013 udarbejdet en kort gennemgang af litteraturen for agomelatin.

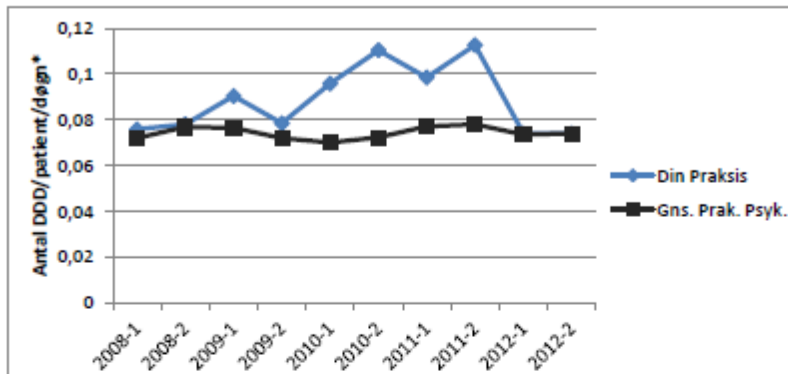
[Se link til litteraturgennemgang på sundhed.dk](#)

Ordination af agomelatin i din praksis i 2012



Duloxetin – Cymbalta®

Cymbalta er dyrt og der er ikke længere generelt tilskud til præparatet. 60 mg koster 15,30 kr./døgn (en DDD) per 13. maj 2013. Nedenfor ses udvikling i DDD for din praksis. Gennemsnittet for Prak. Psyk. i Region Hovedstaden er angivet til sammenligning.



* 1 DDD= 60 mg duloxetin - se note vedr. beregning af værdien på y-aksen på side 1 under forklaringer

IRF anbefaler kun Duloxetin med forbehold grundet flere bivirkninger i forhold til SSRI. Endvidere mangler studier, hvor duloxetin sammenlignes med andre SNRI fx venlafaxin.

[Se link](#)

Duloxetin er ikke en del af Region Hovedstadens Psykiatris standardsortiment til behandling af depression.

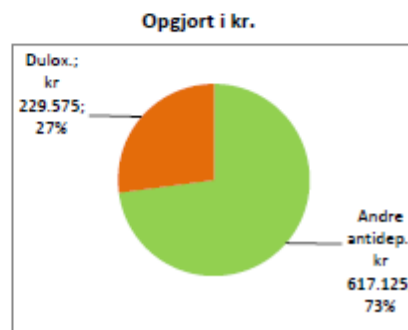
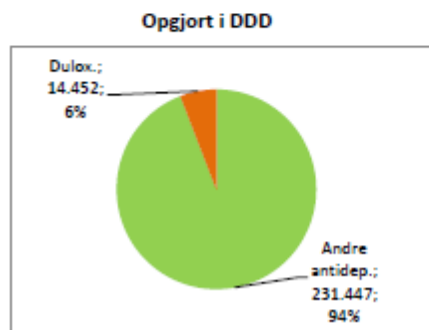
[Se link](#)

Søg "standardsortiment for antidepressiva"

Duloxetin har klausuleret tilskud og bør kun anvendes i tilfælde, hvor et antidepressivum eller angstdæmpende lægemiddel har været anvendt uden at vise tilstrækkelig effekt.

[Se link s. 17](#)

Ordination af duloxetin i din praksis i 2012

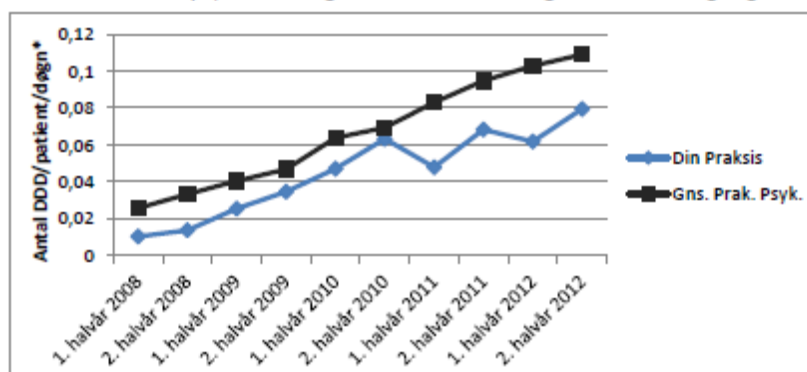


Forbrug af centralt stimulerende midler i din praksis i 2012

Lægemiddel	Præparat	DDD	1 DDD	Udgift (kr.)
Methylphenidat	Fx Ritalin [®]	13.711	30 mg	299.787
Modafinil	Fx Modiodal [®]	0	300 mg	0
Atomoxetin	Strattera [®]	84	80 mg	3.597
Total		13.795		303.384

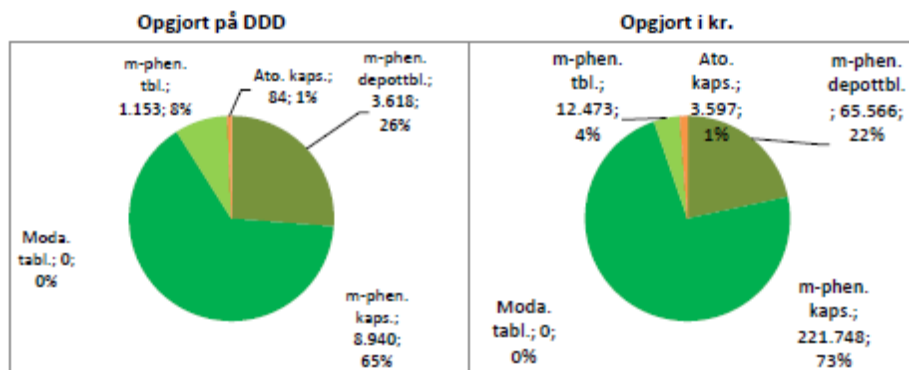
Udviklingen i forbruget af lægemidler til behandling af ADHD er stigende i Region Hovedstaden og i resten af Danmark. Der bliver samtidig indrapporteret flere bivirkninger om afhængighed og misbrug. Ved brug af atomoxetin foreligger særlige krav til kontrol for hjertekarsygdom.
[Se produktresumé punkt 4.4.](#)

Nedenfor ses udvikling i det samlede antal DDD centralt stimulerende midler for din praksis. Gennemsnittet for psykiatere i Region Hovedstaden er angivet til sammenligning.



* Se note vedr. beregning af værdien på y-aksen på side 1 under forklaringer

Ordination af centralt stimulerende midler i din praksis i 2012



Forkortelser:

m-phen. tabl.: methyl-phenidat tabletter

m-phen. kaps.: methylphenidat kapsler med modifieret udløsning

m-phen. Depottabl.: methyl-phenidat depottabletter med modifieret udløsning

Moda. tabl.: modafinil tabletter

Ato. kaps.: atomoxetin kapsler

Bilag 8 - Ordinationsoversigt psykiatri olanzapin 2012

Ydernummer 000000

Olanzapin

På baggrund af flere tilfælde med brug af høje doser af olanzapin i Region Hovedstaden Psykiatri, har der været ønske om at bistå psykiatripraksis med at finde eventuelle patienter, der kan have fået en høj dosis af olanzapin.

Nedenfor ses derfor en oversigt over, hvor mange patienter der i 2012 har indløst recepter svarende til et gennemsnit på over 40 mg olanzapin daglig i dit ydernummer.

Der gøres opmærksom på, at der ved oversigten er en række usikkerheder, fx hvis:

- patienten har hamstret og har store mængder liggende hjemme (fx for at spare penge og skyde tilskudsåret)
- patienten har mistet pakninger eller smidt pakninger ud og derfor har hentet ekstra medicin
- der er sket ændringer i styrken, således tabletter må kasseres (fx ved skift mellem 15 mg og 20 mg)
- der er forekommet fejlregistreringer på apotek

Grundet disse usikkerheder skal resultatet udelukkende ses som en screening af dine patienter i forhold til doser, der er indløst på recept i 2012, og altså ikke nødvendigvis den mængde patienten har indtaget. Eventuelle ordinationer fra andre læger er ikke inkluderet i oversigten.

Fødselsdato	Køn	Gns. døgndosis i 2012
05-09-1966	Mand	95 mg

Beregningen er foretaget ud fra nedenstående oplysninger

Ekspeditionsdato	Varenr	Styrke	DDD	Antal pakninger	Antal Ordinationer
2012-01-18	403636 - Olanzapin "Orifarm"	20 mg	56	1	1
2012-02-22	118110 - Olanzapin "Actavis"	20 mg	336	6	1
2012-03-24	559037 - Olanzapin "Sandoz"	20 mg	336	6	1
2012-08-23	559037 - Olanzapin "Sandoz"	20 mg	336	6	1
2012-09-14	559037 - Olanzapin "Sandoz"	20 mg	336	6	1
2012-10-31	542991 - Olanzapin "Teva"	20 mg	336	6	1
		I alt	1.736		

Antal mg (1 DDD=20 mg)	34.720
Gennemsnitlig mg/dag	95

Region Hovedstadens Psykiatri anbefaler, at alle doseringer højere end 20 mg/dag skal begrundes i journalen og at max dosering med få undtagelser er 40 mg daglig.

[Link til VIP](#) - søg "medicinsk behandling af akutte psykotiske urotilstande hos voksne patienter".

Du kan kontakte Liv Askaa i Medicinfunktionen på telefon 38 66 53 18 ved spørgsmål, eller hvis du ønsker at få oplyst cpr-nummeret.

Bilag 9 - Evaluering af ordinationsoversigter udsendt maj 2013

Evaluering af ordinationsoversigter udsendt til Region Hovedstadens praktiserende speciallæger i psykiatri forår 2013

Der blev sendt en ordinationsoversigt med udvalgte lægemiddelområder sammenholdt med gennemsnitligt regionalt forbrug til 72 speciallæger i psykiatri (62 ydernumre). Desuden fik 42 speciallæger (35 ydernumre) yderligere en oversigt (ordinationsoversigt 2) over patienter, som i 2012 havde indløst olanzapin i doser svarende til en gennemsnitlig dosis på over 40 mg per dag. I alt havde 49 patienter indløst mellem gennemsnitligt 41 mg og 95 mg/dag i 2012.

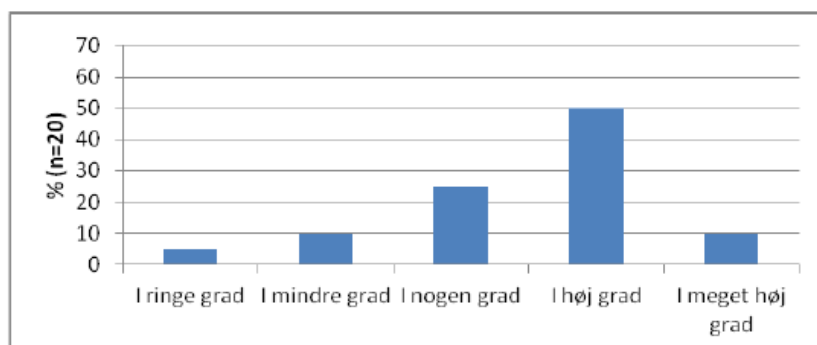
20 praktiserende speciallæger i psykiatri har evalueret via linket til evalueringsskemaet. Kommentarer og evaluering bringes med i det videre arbejde i projektet. Evalueringen blev sendt til orientering til speciallægerne i psykiatri.

Resultater fra evalueringen – Overordnede kommentarer:

- Vi har modtaget mange positive og konstruktive kommentarer, der går på, at det er et nyt og spændende initiativ, der kan hjælpe psykiatripraksis til at få et overblik over egne ordinationsvaner.
- Flere har bemærket, at de har oplevet det positivt, at de ikke har følt sig hængt ud gennem oversigterne. Andre har kommenteret, at de ikke er blevet orienteret om projektets aktiviteter samt, at de har følt sig kigget over skulderen.
- Der er blevet gjort opmærksom på, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis delepraksis kunne se lægemiddelforbruget afskilt mellem de enkelte ydere på ydernummeret. (Dette er desværre ikke en teknisk mulighed på nuværende tidspunkt).

Besvarelser på spørgsmål

Spørgsmål 1: "Oplever du, at oversigten/oversigterne er nemme at forstå og belyser de valgte områder på god vis?"

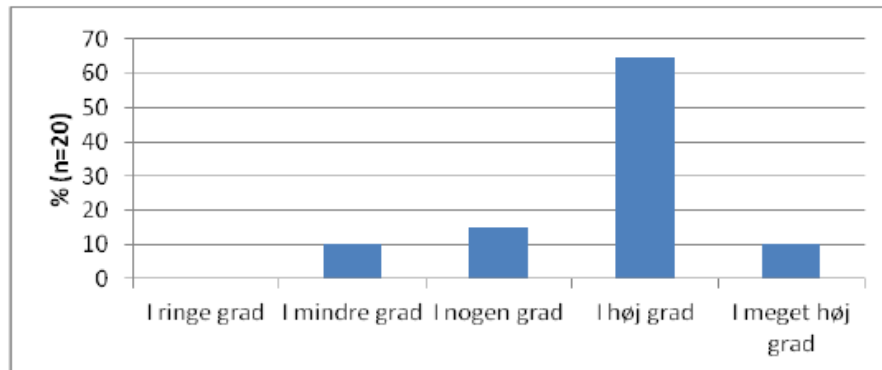


Opsamling på kommentarer:

- Tilføjelse af landsgennemsnittet (fx udgift/DDD, andel af patienter, der får fx antidepressiva mm.)
- Fin blanding mellem at vise egen udskrivning i perspektiv og links til substantivering af opdateret viden
- De nyeste (og dyreste) antidepressiva og antipsykotika er ofte blevet opstartet på hospital/distrikts psykiatrien til fortsat behandling psykiatripraksis

- På sigt kunne der udvikles et format, der kunne ligge på klinikens hjemmeside
- Tilføjelse af afvigelse (standardvariationer) kunne være hensigtsmæssigt.

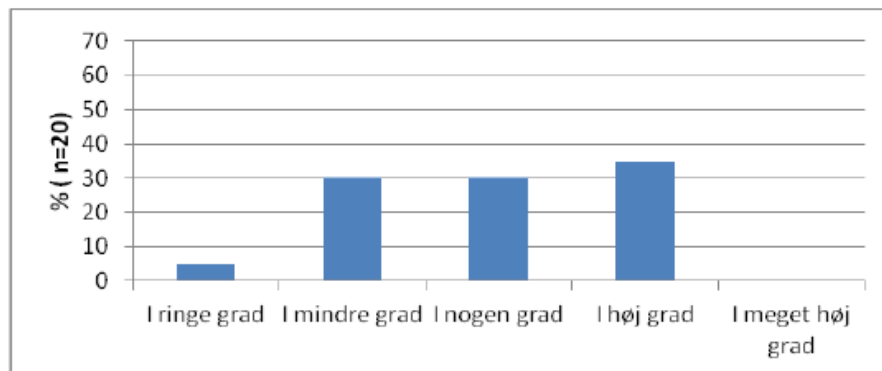
Spørgsmål 2: "Oplever du, at de valgte lægemiddelområder er relevante i dit arbejde?"



Opsamling på kommentarer:

- Det kunne også være relevant at tage mianserin/benzodiazepiner/minor tranquilizers med også.

Spørgsmål 3: "Oplever du, at oversigten giver anledning til ny refleksion?"



Opsamling på kommentarer:

- Godt oplæg og god hjælp til at skabe et overblik over forbrugsvaner
- Populationssammensætningen reflekterer præparatvalg. Der er stor forskel på de enkelte praksis populationsgrundlag
- Regionen har en bestemt dagsorden, når der skrives Regionen anbefaler.

Kommentarer kan sendes til projektleder og farmaceut Liv Askaa (liv.aska@regionh.dk).

27. juni 2013

Bilag 10 - Ordinationsoversigt for 2013



Ordinationsoversigt 2013

Yder

Oversigten viser, hvordan medicinforbruget i din praksis fordeler sig på nedenstående områder i 2013, og hvordan udviklingen for udvalgte områder har været i perioden 2009 til 2013. Den giver dig også mulighed for at sammenligne din ordinationspraksis med gennemsnittet for regionens praktiserende psykiatere.

[Se Læsevejledning og forklaringer bagerst i dokumentet](#)

Indhold:

[Overblik - dit lægemiddelforbrug fordelt på udvalgte lægemiddelgrupper](#)

[Antiepileptika til angstbehandling](#)

[Pregabalin \(Lyrica®\)](#)

[Antipsykotika](#)

[Quetiapin](#)

[Forbrug i din praksis inddelt efter anbefalinger fra RADS](#)

[Antidepressiva](#)

[Escitalopram](#)

[Agomelatin \(Valdoxan\)](#)

[Duloxetin \(Cymbalta®\)](#)

[Anxiolytika](#)

[Hypnotika](#)

[Centralt stimulerende midler](#)

[Læsevejledning](#)

[Vejledninger i Region Hovedstadens Psykiatri](#)

Ordinationsoversigten er et led i Region Hovedstadens projekt
["Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis"](#)

Spørgsmål

Hvis du har spørgsmål eller ønsker yderligere information, så kontakt

Helle Neel Jakobsen fra Medicinfunktionen i Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed, Center for Sundhed.

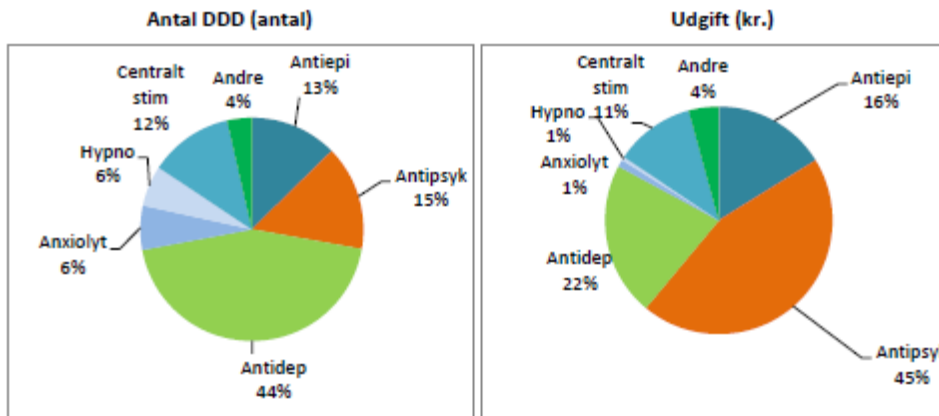
Email: Medicinfunktionen@regionh.dk. Telefon: 38 66 53 17

Overblik - dit lægemiddelforbrug fordelt på udvalgte lægemiddelgrupper

Nedenstående udvalgte lægemiddelgrupper udgør de mest omkostningstunge lægemiddelområder i psykiatripraksis i Region Hovedstaden.

Tabellen og figurene nedenfor viser de indløste DDD og udgifterne registreret på dit ydernummer i 2013.

Lægemiddelgrupper	Ydernr.:	
	Antal DDD	Udgift (kr.)
Antiepileptika (N03A) (antiepi)	8.942	157.547
Antipsykotika (N05A) (antipsyk)	10.731	437.037
Antidepressiva (N06A) (antidep)	31.255	212.233
Anxiolytika (N05B)	4.527	9.712
Hypnotika (N05C)	4.179	5.052
Centralt stimulerende midler (N06B) (Centralt stim)	8.549	110.570
Andre lægemidler	2.521	41.409
Total	70.703	973.559



Patienter, der har modtaget en ydelse i 2013

	Din praksis		Prak. Psyk.
	Antal patienter	%	%
0-19 år	1	1%	2%
20-59 år	147	79%	77%
60+ år	38	20%	21%
Andre fx ukendt CPR	0	0%	0%
Total	186	100%	100%
Mænd	90	48%	40%
Kvinder	96	52%	60%

Antiepileptika til angstbehandling

Forbrug i din praksis i 2013

Ydernr:

Lægemiddel	Præparat	Antal DDD	Udgift (kr.)
Clonazepam	fx Rivotril®	559	2.482
Pregabalin	Lyrice®	5.948	148.246

Pregabalin (Lyrice®)

Anbefalinger

Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) anbefaler, at pregabalin udelukkende anvendes til generaliseret angst såfremt en patient ikke har responderet tilfredsstillende på behandling med SSRI eller evt. venlafaxin (jf. tilskudsreglerne).

[Link til IRF](#)

Region Hovedstaden Psykiatri anbefaler til behandling af angst citalopram, sertralin, venlafaxin og mirtazapin foruden clonazepam og oxazepam.

[Link til VIP](#) søg "Standardsortiment for lægemidler mod angst" [Alle vejledninger se her](#)

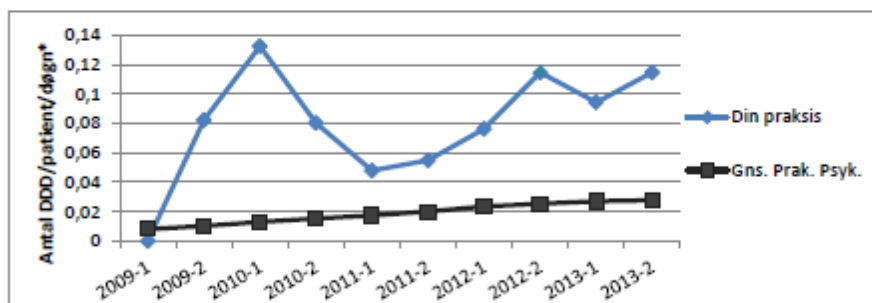
Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital har udarbejdet en gennemgang af litteraturen vedr. brug af pregabalin til generaliseret angst.

[Link til litteraturgennemgang på sundhed.dk](#)

Forbrug af pregabalin i din praksis

Forbruget af pregabalin er i Region Hovedstaden steget fra 15,5 mio. kr. i 2009 til 30,2 mio. kr. i 2013. En del af årsagen er stigende forbrug af pregabalin til generaliseret angst. I psykiatripraksis steg omsætningen 11 % fra 2012 til 2013 - fra 4,6 til 5,1 mio. kr.

Nedenfor ses udvikling i DDD for dit ydernummer. Gennemsnittet for psykiatere i Region Hovedstaden er angivet til sammenligning (Gns. Prak. Psyk).

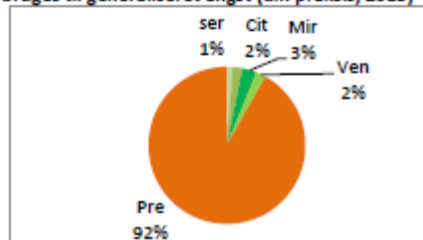


* 1 DDD= 300mg pregabalin.

[Se beregning af værdien på y-aksen bagerst under løsevejledning](#)

	Pris per dosis (per 7. april 2014)
Sertralin (ser)	0,42 kr. (50 mg)
Citalopram (cit)	0,49 kr. (40 mg)
Mirtazapin (mir)	0,37 kr. (30 mg)
Venlafaxin (ven)	1,07 kr. (150 mg)
Pregabalin (pre)	16,91 kr. (300 mg)

Fordeling af udgiften til udvalgte midler, der kan bruges til generaliseret angst (din praksis, 2013)*



* Fordelingen kan ikke afgrænses til indikationen generaliseret angst. Alle indikationer er inkluderet.

Antipsykotika (inkl. lithium)**Forbrug i din praksis i 2013**

Ydernr:

Lægemiddel	Præparat	Antal DDD	Udgift (kr.)
Ziprasidon	Zeldox [®]	0	0
Olanzapin	fx Zyprexa [®]	1.274	1.368
Quetiapin	fx Seroquel [®]	4.211	151.038
Amisulprid	fx Solian [®]	0	0
Risperidon	fx Risperdal [®]	180	403
Aripiprazol	Abilify [®]	3.183	227.666
Paliperidon	fx Invega [®]	0	0
Øvrige antipsykotika	fx lithium, clozapin	1.883	56.563
Total		10.731	437.037

Quetiapin**Anbefalinger**

RADS anbefaler quetiapin tabletter som 1. /2. valg.

Depottabletter reserveres patienter med udtalte complianceproblemer.

[Link til RADS behandlingsvejledninger og rekommandationer](#)

IRF anbefaler quetiapin ved skizofreni og andre psykotiske lidelser, men anbefaler, at quetiapin depottabletter (Seroquel[®] Prolong) kun anvendes i særlige tilfælde.

[Se link](#)

Region Hovedstaden Psykiatri har quetiapin tabletter i sit standardsortiment som førstevalg.

[Se link](#)

Søg "Standardsortiment for antipsykotika"

[Alle vejledninger se her](#)

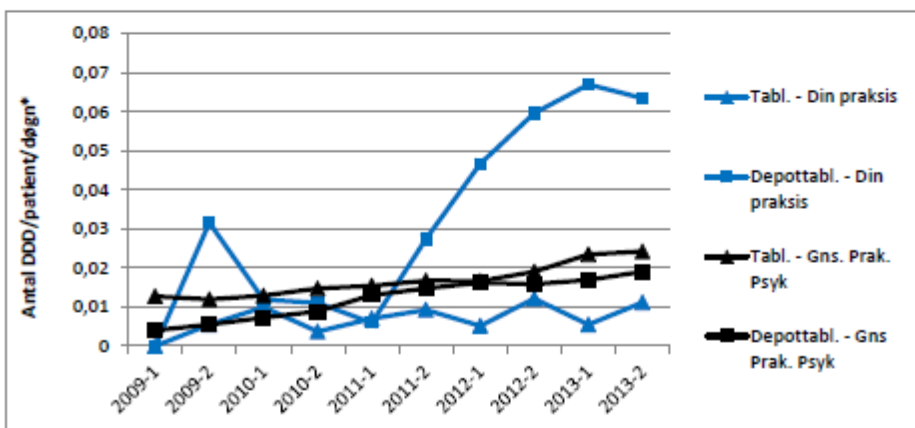
Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital har udarbejdet en kort gennemgang af litteraturen vedr. quetiapin og Seroquel Prolong.

[Link til litteraturgennemgang på sundhed.dk](#)

Forbrug af quetiapin i din praksis

Omkostningerne for depottabletterne er stigende i Region Hovedstaden. Der er meget stor prisforskel mellem tabletter og depottabletter indeholdende quetiapin (se side 5).

Nedenfor ses udvikling i antal ordinerede DDD for dit ydernummer sammenholdt med gennemsnittet for prak. psyk. i Region Hovedstaden.



* 1 DDD= 400 mg quetiapin.

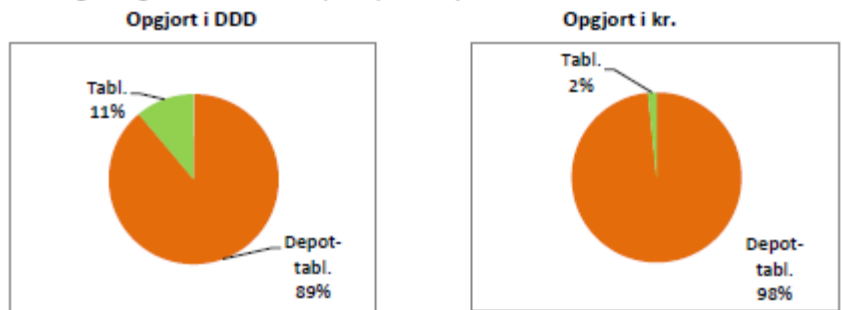
[Se beregning af værdien på y-aksen bagerst under løsevejledning](#)

Quetiapin fortsætter næste side

Priseksempler

	Pris per DDD (per 7. april 2014)
Quetiapin Tabletter (2x200mg)	1,26 kr. /døgn
Depottabletter (400mg)	35,71 kr./døgn

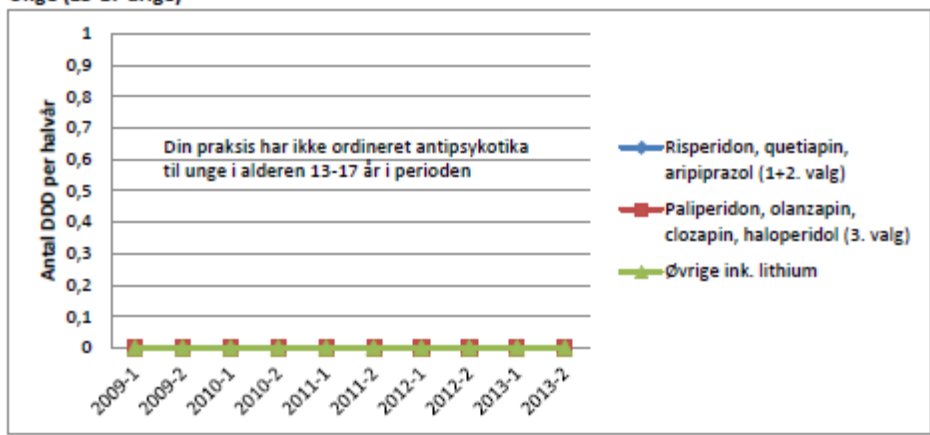
Fordeling af lægemiddelformer af quetiapin i din praksis i 2013



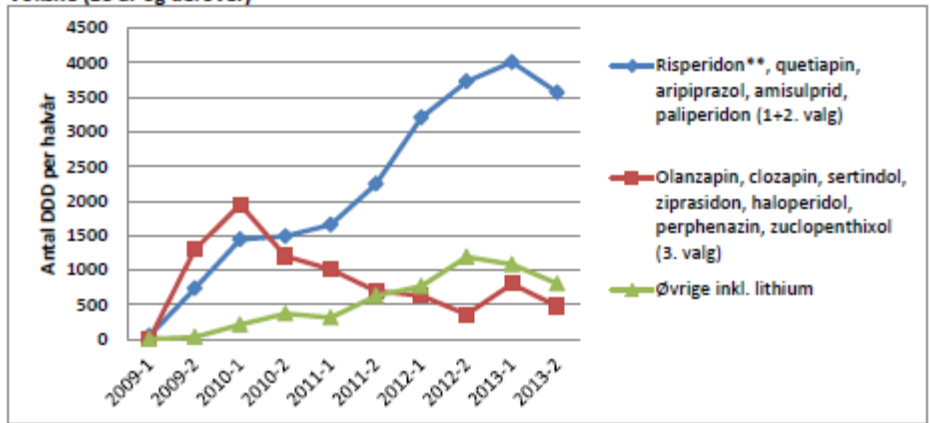
Forbrug af antipsykotika i din praksis inddelt efter anbefalinger fra RADS

[RADS behandlingsvejledninger og rekommandationer kan findes her.](#)

Unge (13-17 årige)*



Voksne (18 år og derover)*



* Depotinjektionspræparater og quetiapin depottablet er ikke rekommanderet af RADS, men indgår i figurene

** Risperidon er førstevalg ved debuterende patienter

Agomelatin – Valdoxan

Der er konstateret hepatiske bivirkninger, og der er sat fokus på ekstra kontrol før og under behandling med Valdoxan.

[Se produktresumé punkt 4.4 \(s. 3\)](#)

Agomelatin (25 mg) koster 13,07 kr. per tablet per 17. marts 2014.

Anbefalinger

IRF anbefaler udelukkende brug af agomelatin i tilfælde, hvor der har været meget generende bivirkninger ved andre antidepressiva.

[Se link](#)

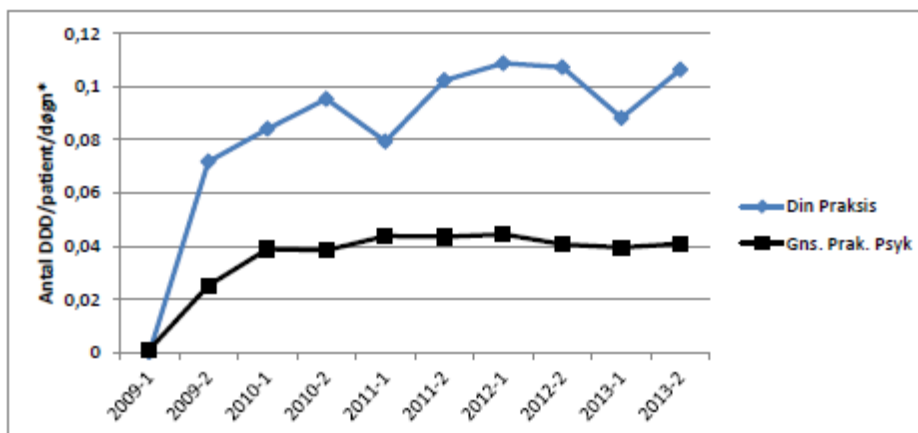
Agomelatin er ikke en del af Region Hovedstadens Psykiatris standardsortiment til behandling af depression.

Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital har udarbejdet en kort gennemgang af litteraturen for agomelatin.

[Se link til litteraturgennemgang på sundhed.dk](#)

Forbrug af agomelatin i din praksis

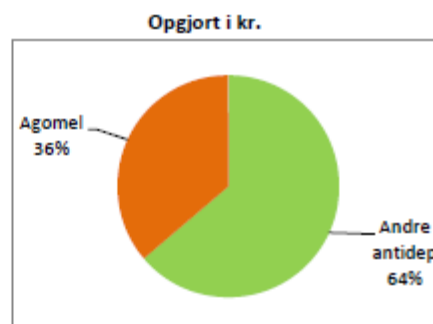
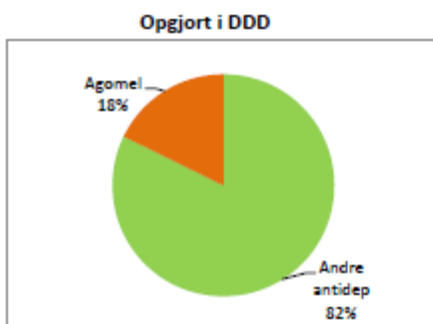
Nedenfor ses udvikling i antal ordinerede DDD for dit ydemr. Gennemsnittet for praktiserende psykiatere i Region Hovedstaden er angivet til sammenligning.



* 1 DDD= 25 mg agomelatin

[Se beregning af værdien på y-aksen bagerst under løsevejledning](#)

Fordeling af agomelatin og andre antidepressiva i din praksis i 2013



Duloxetin – Cymbalta®

Cymbalta er dyrt, og der er ikke længere generelt tilskud til præparatet. 60 mg koster 13,63 kr./tablet per 7. april 2014.

Anbefalinger

IRF anbefaler kun duloxetin med forbehold grundet flere bivirkninger i forhold til SSRI. Endvidere mangler studier, hvor duloxetin sammenlignes med andre SNRI fx venlafaxin.

[Se link](#)

Duloxetin er ikke en del af Region Hovedstadens Psykiatris standardsortiment til behandling af depression.

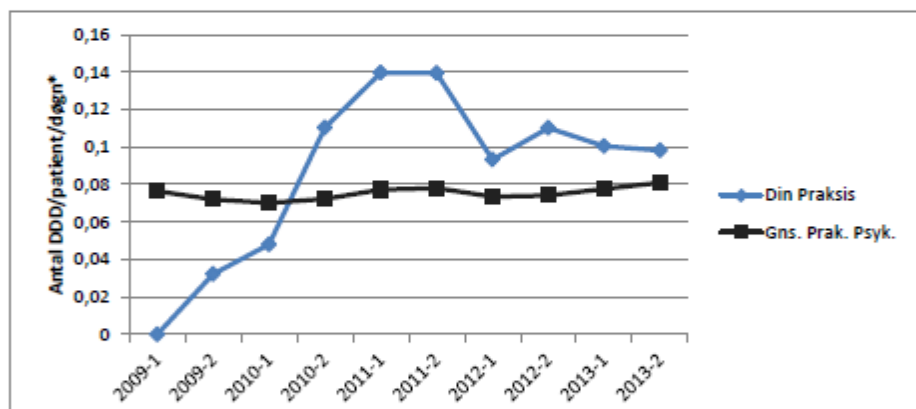
[Se link](#) Søg "standardsortiment for antidepressiva" [Alle vejledninger se her](#)

Duloxetin har klausuleret tilskud og bør kun anvendes i tilfælde, hvor et antidepressivum eller angstdæmpende lægemiddel har været anvendt uden at vise tilstrækkelig effekt.

[Se link s. 21](#)

Forbrug af duloxetin i din praksis

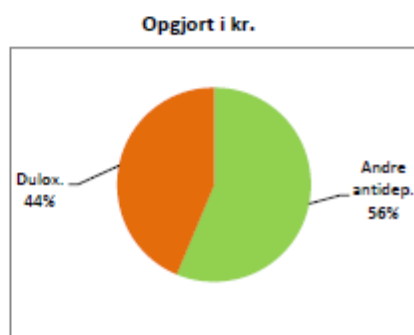
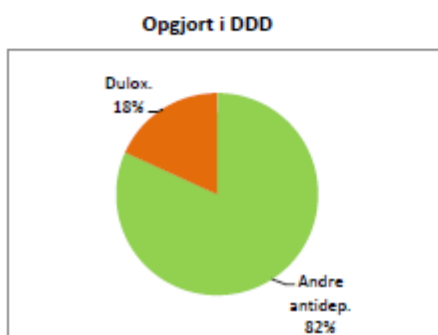
Nedenfor ses udvikling i antal ordinerede DDD for dit ydernr. Gennemsnittet for praktiserende psykiatere i Region Hovedstaden er angivet til sammenligning.



* 1 DDD= 60 mg duloxetin

[Se beregning af værdien på y-aksen bagerst under læsevejledning](#)

Fordeling af duloxetin og øvrige antidepressiva i din praksis i 2013



Anxiolytika

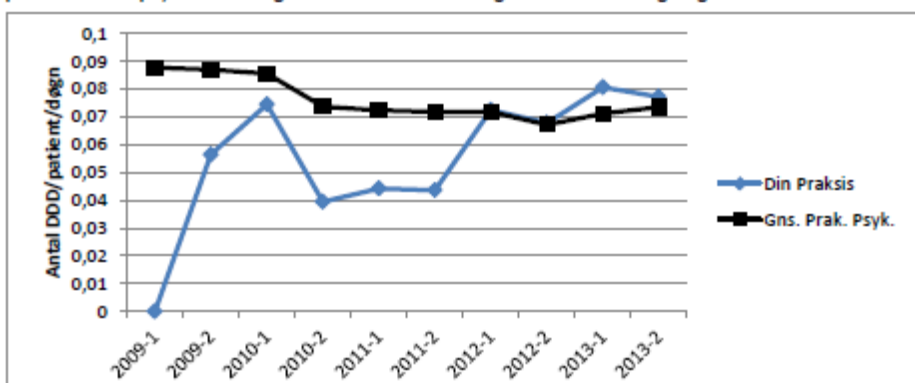
Forbrug i din praksis i 2013

Ydernr:

Lægemiddel	Præparat	Antal DDD	Udgift (kr.)
Diazepam	fx Hexalid [®]	1.360	2.394
Oxazepam	fx Oxapax	263	1.819
Bromazepam	fx Bromam [®]	990	2.345
Alprazolam	fx Alprox [®]	1.610	2.413
Øvrige	fx Temesta [®] , Risolid [®]	304	741
Total		4.527	9.712

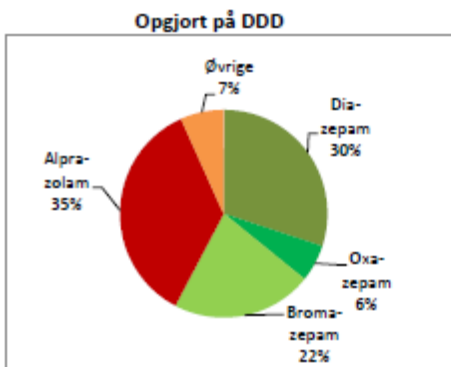
Udvikling - anxiolytika

Nedenfor ses udvikling i antal ordinerede DDD af anxiolytika for dit ydernr. Gennemsnittet for praktiserende psykiatere i Region Hovedstaden er angivet til sammenligning.



[Se beregning af værdien på y-aksen baseret under læsevejledning](#)

Fordeling af anxiolytika i din praksis i 2013



Hypnotika

Forbrug i din praksis i 2013

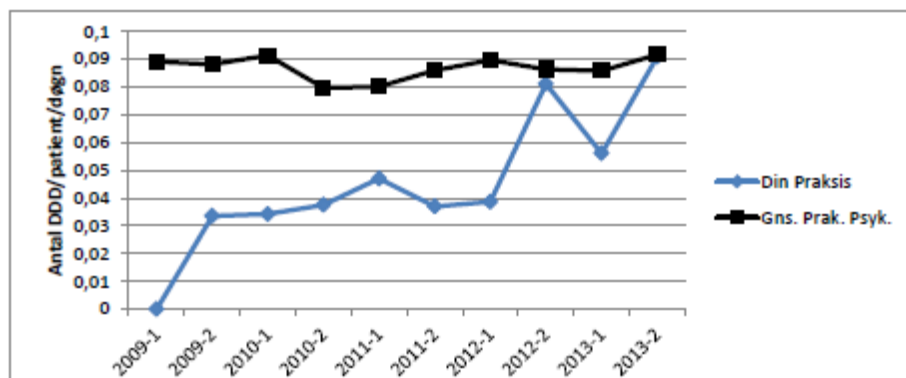
Ydernr:

Lægemiddel	Præparat	Antal DDD	Udgift (kr.)
Nitrazepam	fx Pacisyn	1.700	1.615
Zopiclon	fx Imozop [®]	1.029	1.285
Zolpidem	fx Zonoct	780	753
Melatonin	Circadin [®]	30	207
Øvrige	fx Halcion [®]	640	1.192
Total		4.179	5.052

Udvikling - hypnotika

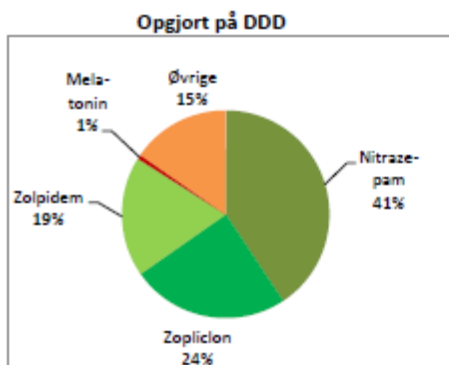
Nedenfor ses udvikling i antal ordinerede DDD af hypnotika ekskl. melatonin for dit ydernr.

Gennemsnittet for praktiserende psykiatere i Region Hovedstaden er angivet til sammenligning.



[Se beregning af værdien på y-aksen bagerst under linsevejledning](#)

Fordeling af hypnotika i din praksis i 2013



Centralt stimulerende midler

Forbrug i din praksis i 2013

Ydernr:

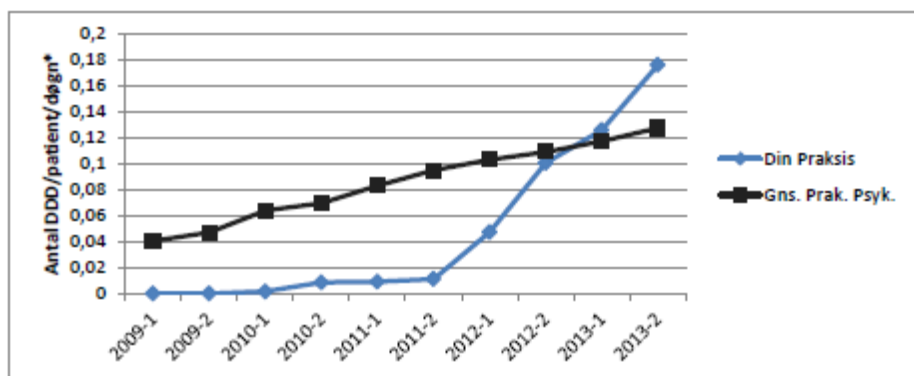
Lægemiddel	Præparat	DDD	Udgift (kr.)
Methylphenidat	fx Ritalin [®]	8.549	110.570
Atomoxetin	Strattera [®]	0	0
Lisdexamfetamin	Elvanse [®]	0	0
Total		8.549	110.570

Udvikling - centralt stimulerende midler

Udviklingen i forbruget af lægemidler til behandling af ADHD er stigende i Region Hovedstaden og i resten af Danmark. Der bliver samtidig indrapporteret flere bivirkninger om afhængighed og misbrug. Ved brug af atomoxetin foreligger særlige krav til kontrol for hjertekarsygdom.

[Se produktresumé punkt 4.4.](#)

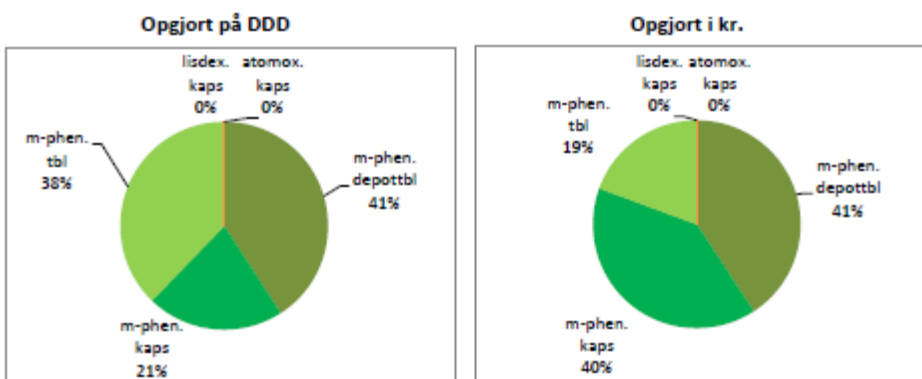
Nedenfor ses udvikling i det samlede antal DDD af centralt stimulerende midler for din praksis. Gennemsnittet for praktiserende psykiatere i Region Hovedstaden er angivet til sammenligning.



* 1 DDD: 30 mg methylphenidat, 80 mg atomoxetin, 30 mg lisdexamfetamin

[Se beregning af værdien på y-aksen bagerst under løsevejledning](#)

Fordeling af centralt stimulerende midler i din praksis i 2013



Forkortelser:

m-phen. tbl: methyl-phenidat tabletter

m-phen. kaps: methylphenidat kapsler med modificeret udløsning

m-phen. depotttbl: methyl-phenidat depottabletter med modificeret udløsning

lisdex. kaps: lisdexamfetamin kapsler

atomox. kaps: atomoxetin kapsler

Læsevejledning

Data er trukket fra Region Hovedstadens register for recepter ekspederet på apotek og omfatter ordinationer ekspederet på dit ydernummer.

Lægemiddelforbruget for dit ydernummer sammenlignes med gennemsnittet for praktiserende psykiatere med overenskomst i Region Hovedstaden (Prak. Psyk).

Forklaringer

DDD: Definerede Døgn Doser (WHO's fastsættelse – se www.whocc.no)

Udgift: Medicinens pris (borgerens, kommunens og regionens udgifter tilsammen).

Beregning af værdi på y-akse på grafer, der viser udvikling i antal DDD/patient/døgn

Din Praksis: Total antal DDD i den enkelte halvårsperiode i din praksis delt med antallet af patienter, der har fået ydelser i din praksis i samme halvårsperiode delt med antal dage i halvåret.

Gns. Prak. Psyk.: Det samlede forbrug i DDD i den enkelte halvårsperiode i Prak. Psyk. delt med antallet af patienter, der har fået ydelser i Prak. Psyk. i samme halvårsperiode delt med antal dage i halvåret.

I de aldersopdelte figurer på side 5 indgår kun medicin solgt med tilskud. Køn og aldersoplysninger foreligger ikke for medicin solgt uden tilskud.

Vejledninger i Region Hovedstadens Psykiatri

[Kan findes på vip.regionh.dk.](http://vip.regionh.dk)

Vælg dokumentsamlinger og skriv "medicin, rhp" nederst på siden i søgefeltet.

Dobbeltklik på linjen "Medicin, RHP" øverst på siden og en oversigt over alle vejledninger i Region Hovedstadens Psykiatri kommer frem.

[Tilbage til forsiden](#)

Bilag 11 - Evaluering af ordinationsoversigter udsendt april 2014

Der blev sendt ordinationsoversigter med ordinationsdata for 2013 til 65 ydernumre. 7 ydere har evalueret via linket til evalueringsskemaet. Det blev besluttet ikke at udsende en påmindelse om at besvare evalueringen for at undgå frustration i speciallægepraksis for psykiatri, da Sundhedsstyrelsen var i fuld gang med tilsyn af speciallægepraksis for psykiatri, og stemningen i psykiatripraksis var skeptisk. Beslutning blev taget af styregruppen på opfordring fra speciallægerepræsentanten.

Resultaterne fra evalueringen – Overordnede kommentarer

- Alle 7 speciallæger har vurderet at oversigten i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad er nem at forstå og belyser de valgte områder på god vis
- Alle 7 speciallæger har vurderet at lægemiddelområderne i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad er relevante i forhold til speciallægens arbejde
- 2 speciallæger har vurderet at oversigterne i høj grad eller i meget høj grad giver anledning til ny refleksion, 4 speciallæger har vurderet at oversigterne i nogen grad giver anledning til refleksion og en enkelt har svaret at oversigten i ringe grad giver anledning til ny refleksion.

Øvrige henvendelser per mail og telefon, har været positive og har ønsket at udsendelsen fortsætter, gerne med patient-henfør-bare-data på områder som fx hypnotika, høje doser af antipsykotika m. fl.



Opsummering på kommentarer:

- Speciallægerne føler sig meget godt med mht. retningslinjer og der er derfor ikke så meget behov for ændringer i praksis
- Materialet er godt og nemt at overskue

Bilag 12 – Agomelatin (Valdoxan®)

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital – Januar 2014

Agomelatin (Valdoxan®)

I forbindelse med en vurdering af medicinforbruget hos praktiserende speciallæger i psykiatri er der ved Klinisk farmakologisk Afdeling, BBH og Medicinfunktionen i Region Hovedstaden set et stigende forbrug af agomelatin i patientbehandlingen af depression.

Agomelatin (Valdoxan®) er en melatoninreceptoragonist, der anvendes til behandling af patienter med moderat til svær depression. Agomelatin blev februar 2009 godkendt i EU til behandling af depression.

Baggrund

Talrige placebo-kontrollerede studier har vurderet effekten af agomelatin til behandling af svær depression¹⁻⁵. Det primære effektmål for disse studier har været ændringer på Hamiltons depressionsskala. Ved baseline scorede patienterne i gennemsnit 27 af 52 mulige points. Efter behandling i 6-8 uger sås reduktion i score for både agomelatin- og placebogrupperne (til ml 12,8-19,6 points). Der var statistisk signifikant bedre effekt af agomelatin, men den gennemsnitlige forskel mellem grupperne var ganske få point. I et studie med 503 randomiserede patienter blev den gennemsnitlige score reduceret til 17.1 i placebogrupperne og 15.0 og 15.9 med hhv. agomelatin 25 mg og 50 mg⁵, hvilket ikke synes at være en klinisk relevant forskel.

Flere kliniske studier har sammenlignet agomelatin med andre antidepressiva. En komparativ undersøgelse har sammenlignet agomelatin med sertralin og fremhæver agomelatin, på trods af at den gennemsnitlige forskel på Hamilton skalaen efter 6 uger kun er 1,68⁶. Agomelatin er også blevet sammenlignet med fluoxetin og paroxetin, men effekten af de aktive behandlinger i forhold til placebo er ikke konsekvent dokumenteret, og de fleste af studierne er ikke blevet offentliggjort⁷. To studier har sammenlignet agomelatin med venlafaxin, men frem for at fokusere på effekten på depressive symptomer fokuseres på bivirkninger, hhv. seksuel dysfunktion og søvnproblemer. Der var i begge studier signifikant flere patienter i venlafaxingrupperne end i agomelatingrupperne, der afsluttede behandling før tid grundet bivirkninger. Studierne konkluderede, at agomelatin muligvis har en mere fordelagtig profil mht. seksuel dysfunktion henholdsvis bedre effekt på søvnproblemer end venlafaxin^{8,9}.

Der er ikke fundet studier, der sammenligner agomelatin med tricykliske antidepressiva.

Risikoen for tilbagefald ved behandling med agomelatin er undersøgt i flere studier. I et 24 ugers randomiseret, placebo-kontrolleret studie med 339 patienter, undersøgte respons ved 8-10 ugers agomelatinbehandling. Relapsraten var signifikant lavere for patienter, der fortsatte med agomelatin sammenlignet med skift til placebo (20,6 % vs. 41,4 %)⁸. I et andet upubliceret studie, omfattende 364 personer, findes relapsraten for agomelatin og placebo ikke signifikant forskellig (25,9 % vs. 23,5 %)¹⁰.

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital – Januar 2014

Tidsskriftet Prescrire stiller sig i marts 2013 yderst kritisk overfor brugen af agomelatin. Med data fra de franske sundhedsmyndigheder og Pharmacovigilancedata and Periodic Safety Update Reports (PSURs) konkluderes, at ulemperne ved agomelatin, klart overstiger fordelene. Der er ikke dokumenteret effekt ved depression, og der er indberettet alvorlige bivirkninger i form af leverpåvirkning (hepatitis, leversvigt, levercirrose), pancreatitis, hudlidelser (Steven-Johnson syndrom, hårtab, eksfoliativ dermatitis) og hyppigst neuropsykiatriske lidelser (selvmord, kramper, aggressiv adfærd). Tidsskriftet anbefaler, at man helt afholder sig fra at ordinere agomelatin¹¹.

Data fra lægemiddelregistreret viser, at 24 % af de patienter, der havde fået ordineret agomelatin i perioden januar 2011 til december 2012, ikke havde forsøgt et andet antidepressivum før ordination af agomelatin. Det svarer til ca. 2300 patienter på landsplan. IRF anbefaler, at agomelatin kun forsøges, såfremt der er generende bivirkninger ved andre antidepressiva, da agomelatin ikke har konsistent dokumenteret effekt sammenlignet med andre antidepressiva¹².

Agomelatin (Valdoxan®) har klausuleret tilskud til patienter med depression:

- hvor behandling med et antidepressivum med generelt tilskud uden klausulering har vist sig utilstrækkelig eller ikke tolereres, eller
- i de helt særlige tilfælde, hvor et skifte for velbehandlede patienter til antidepressivum med generelt tilskud uden klausulering efter lægens samlede kliniske vurdering af patientens mentale tilstand vil være forbundet med stor risiko for tilbagefald.

Billigste pris for agomelatin er for en dagsdosis på 25 mg 13,08 kr. Til sammenligning koster citalopram for en dagsdosis på 20 mg 0,29 kr. og venlafaxin 0,92-1,29 kr. for en dagsdosis på 75-150 mg¹³.

Konklusion

- Der er ikke konsistent dokumentation for effekt af agomelatin sammenlignet med andre antidepressiva.
- Der er indberettet alvorlige bivirkninger ved agomelatin.
- Agomelatin er dyrere end andre antidepressiva.
- Agomelatin bør ikke ordineres til depression med mindre andre antidepressiva er forsøgt inden.

Referencer

1. Loo H, Hale A, D'haenen H. Determination of the dose of agomelatine, a melatonergic agonist and selective 5-HT(2C) antagonist, in the treatment of major depressive disorder: a placebo-controlled dose range study. *Int Clin Psychopharmacol* 2002;17:239-47.
2. Kennedy SH, Emsley R. Placebo-controlled trial of agomelatine in the treatment of major depressive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;16:93-100.

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital – Januar 2014

3. Olie JP, Kasper S. Efficacy of agomelatine, a MT1/MT2 receptor agonist with 5-HT_{2c} antagonistic properties, in major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* and to a lesser extent by CYP2C9 and CYP2C19. *The inactive* 2007;10:661-73.
4. Zajecka J, Schatzberg A, Stahl S, Shah A, Caputo A, Post A. Efficacy and safety of agomelatine in the treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2010;30:135-44.
5. Stahl SM, Fava M, Trivedi MH, Caputo A, Shah A, Post A. Agomelatine in the treatment of major depressive disorder: an 8-week, multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:616-26.
6. Kasper et al. Efficacy of the novel antidepressant agomelatine on the circadian rest-activity cycle, depressive and anxiety symptoms in patients with Major Depressive Disorder. A randomized, double-blind comparison with sertraline. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:109-20.
7. *Aust Prescr* 2010;33:160-3
8. Kennedy SH, Rizvi S, Fulton K, Rasmussen J. A double-blind comparison of sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability between agomelatine and venlafaxine XR. *J Clin Psychopharmacol* 2008.; 28(3): 329-333
9. Lemoine P, Guilleminault C, Alvarez E. Improvement in subjective sleep in major depressive disorder with a novel antidepressant, agomelatine: randomized, double-blind comparison with venlafaxine.
10. Goodwin GM, Emsley R, Rembry S, Rouillon F; Agomelatine Study Group. Agomelatine prevents relapse in patients with major depressive disorder without evidence of a discontinuation syndrome: a 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:1128-37.
11. Agomelatin: a review of adverse effects. *Rev Prescrire* 2013; 33:26-28.
12. http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/nervesystemet_analgetika_og_psykofarmaka/atc-gruppe_n06a_96_antidepressiva_.htm
13. www.medicinpriser.dk Priser opdateret 3. marts 2014

Bilag 13 – Rationel anvendelse af pregabalin (Lyrica®) til behandling af angst

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital – Januar 2014

Rationel anvendelse af pregabalin (Lyrica®) til behandling af angst

Tal fra Medicinfunktionen, Region Hovedstaden, viser, at forbruget af pregabalin (PGB) i praksissektoren i Region Hovedstaden fra 2009 til 2012 er steget fra 15,5 mio. kr. til 28,1 mio. kr. svarende til en stigning på 44 %. En del af forklaringen på denne stigning er et stigende forbrug af PGB til indikationen generaliseret angst.

Baggrund

PGB har en anderledes virkningsmekanisme end andre anxiolytika, idet det binder sig til calciumkanaler i præsynaptiske neuroner og påvirker de neuroner, der har en forøget aktivitet. Herved hindres den calciumbetingede øgede udstrømning af neurotransmitter, GABA. Biotilgængeligheden er ikke dosisafhængig som for gabapentin.¹

Ifølge produktresuméet (Lyrica®) er PGB, på basis af 7 randomiserede, placebo-kontrollerede studier, registreret til behandling af generaliseret angst. Foruden sammenligning med placebo er PGB også i 3 af disse studier sammenlignet med enten benzodiazepin (alprazolam 1,5 mg eller lorazepam 6 mg) eller venlafaxin 75 mg. Det drejer sig om korttidsstudier over fire til seks uger, hvor effekten af PGB på psykiske og somatiske angstsymptomer er blevet vurderet i forskellige doser (150 mg - 600 mg). Effekten af PGB var signifikant bedre end placebo og svarede til effekten af benzodiazepiner og en beskeden dosis venlafaxin.²

Tidsskriftet *Prescrire* forholder yderst kritisk til PGB i forhold til indikationen angst på basis af studierne i produktresuméet. *Prescrire* henviser til, at i de 7 randomiserede, placebo-kontrollerede studier i produktresuméet havde kun 52 % af patienterne i PGB-gruppen en 50 % reduktion i Hamilton anxiety (HAMA) score mod 38 % i placebogruppen. Det vil sige, at halvdelen af patienterne stort set ingen effekt havde. Det svarer til en total reduktion i HAMA-score på – 9,06 i placebogruppen og – 11,81 i PGB-gruppen.²

Boschen MJ har i 2011 foretaget en metaanalyse med 7 randomiserede, placebo-kontrollerede studier af PGB i behandling af generaliseret angst. Studierne er forskellige fra de, der refereres til i produktresuméet. Studierne inkluderer i alt 1352 patienter behandlet over en periode på 4-8 uger. Metaanalysen konkluderer, at den effekt, der tidligere er fundet ved placebo-kontrollerede studier af PGB sammenlignet med placebo og benzodiazepiner, formentlig er overestimeret grundet forholdsvis små behandlingsgrupper.³

Prescrire henviser til, at 2 af de studier, der indgår i Boschens metaanalyse, med hhv. n=271 (Feltner et al.) og n=454 (Rickels et al.) og som sammenligner PGB med hhv. lorazepam og alprazolam ikke viser signifikant forskel mellem PGB og lorazepam hhv. alprazolam.^{4,5} Det drejer sig om store studier som tyder på, at PGB næppe er så effektiv som benzodiazepin i behandling af angst. Artiklen anbefaler derfor, at man anvender benzodiazepin til kortvarig behandling af generaliseret angst.⁶

Der foreligger desværre ikke randomiserede kliniske forsøg, der sammenligner PGB med SSRI, som er vanlige førstevalgspræparater til behandling af generaliseret angst.⁷ PGB (400 mg og 600 mg) er

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital – Januar 2014

i et 6-ugers dobbelt-blindet, randomiseret, placebo-kontrolleret studie fundet ligeværdig med beskeden dosis venlafaxin 75 mg i behandlingen af moderat til svær generaliseret angst, dog med hurtigere indsættende virkning af PGB end af venlafaxin (1 uge vs. 2 uger).⁸ Et andet studie af 8 ugers varighed sammenligner PGB i fleksibel dosis (300-600 mg/dag) med venlafaxin 75-225 mg/dag med en gennemsnitlig maksimaldosis på 155 mg og finder en signifikant bedre effekt af PGB målt på HAMA-score, og igen ses en hurtigere indsættende virkning af PGB.⁹ Begge studiers værdi er begrænset af små behandlingsgrupper med mindre end 150 patienter i hver gruppe, og at det drejer sig om korttidsstudier.

En netværksmetaanalyse fra 2011 omfattende 27 kliniske studier omhandler en indirekte sammenligning af PGB med andre præparater (duloxetin, escitalopram, fluoxetin, paroxetin, sertralin, tiagabin, venlafaxin) til behandling af generaliseret angst. Alle præparater var signifikant bedre end placebo. Metaanalysen finder, at fluoxetin og escitalopram "rangerer" højst hvad angår respons, remission og tolerance.¹⁰ Begrænsninger ved analysen er, at der udelukkende indgår korttidsstudier, og at de præparater, der sammenlignes, ikke er undersøgt i lige stort omfang, fx indgår kun et studie med fluoxetin.

Der synes ikke at være tilstrækkelig evidens for at foretrække PGB frem for benzodiazepiner eller antidepressiva i behandling af generaliseret angst, og der mangler sammenlignende studier med hensyn til SSRI. Der ønskes flere randomiserede studier og forskning for, at man kan udtale sig sikkert.

IRF anbefaler på Den Nationale Rekommandationsliste, at man kun anvender PGB ved generaliseret angst, som ikke har responderet tilfredsstillende på SSRI ved længere tids behandling. SSRI anbefales frem for venlafaxin grundet færre bivirkninger. Ved kortvarig behandling er benzodiazepin at foretrække grundet hurtigere indsættende effekt end antidepressiva.¹¹ Pregabalin har formentlig et misbrugspotentiale, og i den forbindelse har den amerikanske Food and Drug Administration valgt ikke at godkende pregabalin til indikationen generaliseret angst.⁷

Ifølge Den Nationale Rekommandationsliste er tablet oxazepam 15 mg første valg blandt benzodiazepinerne til behandling generaliseret angst af kortere varighed på grund af sin korte halveringstid¹². Billigste dosis af tablet oxazepam 15 mg koster 1,89 kr. mod tablet PGB 300 mg, som koster 17,38 kr. Venlafaxin tablet 75 mg koster 0,92 kr. og en citalopram tablet på 20 mg koster 0,29 kr.¹³.

Ved behandling af generaliseret angst er tilskuddet til PGB klausuleret til¹⁴:

- tilfælde hvor behandling med angstdæmpende lægemiddel med generelt tilskud uden klausulering har vist sig utilstrækkelig eller ikke tolereres, eller
- i de helt særlige tilfælde, hvor et skifte for velbehandlede patienter til angstdæmpende lægemiddel med generelt tilskud uden klausulering efter lægens samlede kliniske vurdering af patientens mentale tilstand vil være forbundet med stor risiko for tilbagefald.

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital – Januar 2014

Konklusion

- Der er ingen dokumentation for at pregabalin er bedre end benzodiazepin og antidepressiva til behandling af generaliseret angst
- Pregabalin er væsentlig dyrere end benzodiazepin og antidepressiva som SSRI og venlafaxin
- Pregabalin bør kun anvendes til behandling af længere varende generaliseret angst, når antidepressiva er forsøgt eller benzodiazepin ved generaliseret angst af kortere varighed.

Referencer

¹ www.pro.medicin.dk. Pregabalin mod angst. 26-02-2013

² Produktresumé Lyrica: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000546/WC500046602.pdf

³ Boschen MJ. Treatment of generalized Anxiety Disorder. Canadian J psych 2011; 56:558-65.

⁴ Feltner DE, Crockatt JG, Dubovsky SJ, Cohn CK, Shrivastava RK, Targum SD et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, multicenter study of pregabalin in patients with generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2003; 23:240-9.

⁵ Rickels K, Pollack MH, Feltner DE, Lydiard RB, Zimbroff DL, Bielski RJ et al. Pregabalin for treatment of generalized anxiety disorder: a 4-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of pregabalin and alprazolam. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:1022-30.

⁶ Pregabalin. Generalised anxiety: better to use a benzodiazepine. Rev Prescrire 2007; 27:5-6.

⁷ www.pubmed.com

⁸ Montgomery SA, Tobias K, Zornberg GL et al. Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blinded, placebo-controlled comparison of pregabalin and venlafaxin. J Clin Psych 2006; 67:771-82.

⁹ Kasper S, Herman B, Nivoli G et al. Efficacy of pregabalin and venlafaxine-XR in generalized anxiety disorder: results of a double-blinded, placebo-controlled 8-week trial. Int Clin Psychopharmacol 2009; 24:87-96.

¹⁰ Baldwin D. et al. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systemic review and meta-analysis. BJM 2011; 342:d1199.

¹¹ Institut for Rationel Farmakoterapi. www.IRF.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/

¹² Institut for Rationel Farmakoterapi. www.IRF.dk. National Rekommandationsliste Angst. 26-02-2012

¹³ www.medicinpriser.dk - Priser opdateret 3. marts 2014.

¹⁴ www.pro.medicin.dk. Lyrica

Bilag 14 – Rationel anvendelse af quetiapin

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital – Januar 2014

Rationel anvendelse af quetiapin

I forbindelse med en vurdering af medicinforbruget hos praktiserende speciallæger i psykiatri er der ved Klinisk farmakologisk Afdeling, BBH og Medicinfunktionen, Region Hovedstaden, set et stigende forbrug af depottablet quetiapin i patientbehandlingen.

I juni 2013 udkom RADS-behandlingsvejledning for medicinsk behandling af psykotiske tilstande. ([link til vejledningerne](#)). Her anbefales det at anvende et ikke prologeret lægemiddel som førstevalg. Kun i tilfælde af, at et udtalt complianceproblem er identificeret, kan et depotpræparat overvejes. RADS skriver:

”Der eksisterer ikke sikker evidens fra head to head studier på, at depottablet quetiapin har superior effekt eller betydeligt færre bivirkninger i forhold til tablet quetiapin, hvorfor behandling med quetiapin bør initieres med tablet quetiapin. Ved udtalte compliance-problemer, hvor patienten f.eks. ikke kan huske at tage quetiapin 2 gange dagligt, kan det være hensigtsmæssigt at skifte til depottablet quetiapin”.

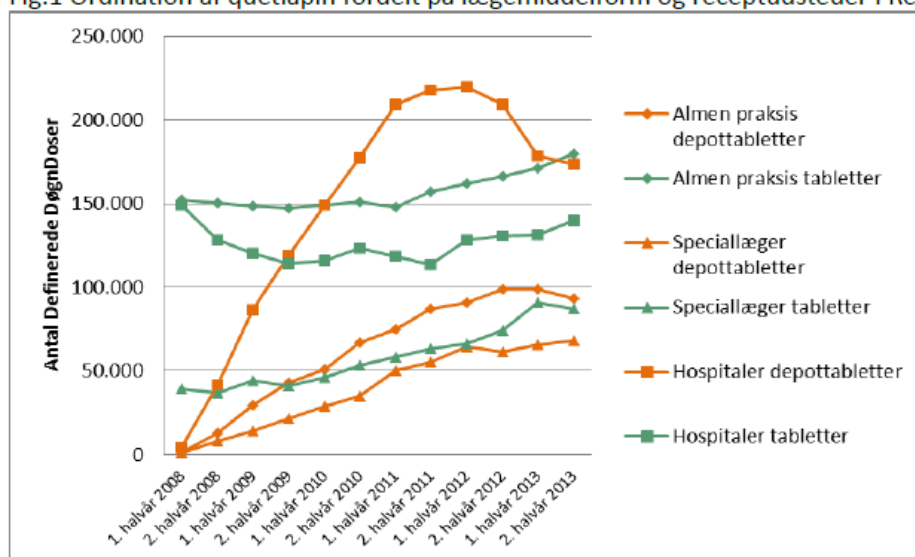
Baggrund

Antallet af personer i behandling med antipsykotisk medicin i Danmark er stigende, også selvom der tages højde for væksten i befolkningstallet. Der er de seneste år kommet stor bevågenhed på anvendelsen af antipsykotiske lægemidler i Danmark. Rådet for Dyr Sygehusmedicin (RADS) indledte i 2012 således en gennemgang af behandling med antipsykotiske lægemidler.

Forbruget af antipsykotika er de sidste år skiftet fra 1. generations antipsykotiska til 2. generations antipsykotika (1). Quetiapin er det mest anvendte antipsykotikum i Danmark, når forbruget opgøres ved antal afhentede recepter (2).

Siden depottablet Seroquel Prolong blev markedsført i Danmark i 2006, er der sket en kraftig stigning i forbruget. Depotformuleringerne udgør næsten halvdelen af det totale forbrug af quetiapin i Danmark i primærsektoren (3).

Fig.1 Ordination af quetiapin fordelt på lægemiddelform og receptudsteder i Region Hovedstaden



Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital – Januar 2014

Stigningen i forbruget af depotformuleringerne har været størst på hospitalernes psykiatriske afdelinger, men fra starten af 2012 er forbruget her stagneret. En lignende stigning i forbruget ses i almen praksis og praktiserende psykiatere (Se fig.1).

Patentudløbet på tbl. Seroquel d. 27. marts 2012 og introduktionen af generika d. 2. april 2012 medførte et prisfald på over 90 %.

Quetiapin-formuleringer

Quetiapin findes i almindelig, immediate release (IR), og depotformulering, extended release (XR). Ved IR-formuleringen sker der en hurtig frigivelse af stoffet, hvorimod der ved XR-formuleringen sker en gradvis og langsom frigivelse af quetiapin (4,5). Både quetiapine IR og XR er fundet effektiv til vedligeholdelsesbehandling af skizofreni samt behandling af akut skizofreni (4).

De farmakokinetiske egenskaber ved begge formuleringer er sammenlignelige med hensyn til absorption, elimination og biotilgængelighed. De to formuleringer har ikke signifikant forskellige AUC og $T_{1/2}$, hvorimod T_{max} er længere for XR-formuleringen, hvilket afspejler den langsommere frigivelse af stoffet ved depotformulering (4).

Den maksimale plasmakoncentration, C_{max} , ved steady state er signifikant lavere for quetiapin XR ift. IR, jvf. nedenstående tabel (4).

Tabel 1: Farmakokinetiske parametre for quetiapin:

Parameter (enhed)	Quetiapine IR 150 mg x 2 dgl. (95 % CI)	Quetiapin XR 300 mg 1 x dgl. (95 % CI)	Sammenligning af behandling: Ratio af mean; Ratio (XR/IR) (90 % CI)
AUC(0-24 t) (ng.t/ml)	5882 (4729-7315)	6147 (5215-7246)	1,04 (0,92-1,19)
C_{max}	568,1 (474,0-680,9)	495,3 (424,6-577,9)	0,87 (0,77-0,99)
C_{min}	96,5 (66,2-140,4)	95,3 (69,4-130,8)	1,00 (0,77-1,31)

Parameter (enhed)	Median (variationsbredde)	Median (variationsbredde)
$t_{max}(t)$	2,0 (0,6-8,0)	5,0 (0,9-20,0)

En undersøgelse fra 2012 af ikke-hospitaliserede patienter med skizofreni i Danmark (7) omhandler forbrugsmønstret mht. quetiapin. Det fremgår, at nydiagnosticerede patienter oftest starter med depotformulering. Depotformuleringen benyttes hyppigere i højere doser end IR, som oftest anvendes som p.n.-medicin. 25 % af patienterne benytter begge formuleringer. Desuden viser undersøgelsen, at der ikke er forskel på antal af indlæggelser eller indlæggelsesvarighed mellem brugere af hhv. quetiapin XR og IR. Antallet af akutte, psykiatriske skadestuebesøg var større blandt quetiapin XR end IR-gruppen (7).

Bivirkningsprofilen synes overordnet ens for XR og IR formuleringen. De hyppigste bivirkninger er sedation og somnolens, som typisk reduceres efter opstartsperioden (8).

Et firmasponsoreret studie til vurdering af tid til og intensitet af sedation efter indtagelse af quetiapin XR hhv. quetiapin IR hos raske voksne anvender samme dosis af de 2 formuleringer, 1

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital – Januar 2014

gang dagligt (om morgenen) med en optitrering over 5 dage til 300 mg dagligt. Der findes en signifikant højere grad af sedation ved IR end XR få timer efter indtagelse målt ved selvrapporteret VAS-score. Denne forskel mindskes efter ca. 4 timer, hvorefter der ikke er forskel i sedationsgrad, og resultatet genfindes hele studieperioden (5 dage). Desuden finder studiet lidt flere bivirkninger ved IR end XR. De hyppigste bivirkninger er ikke- alvorlige bivirkninger som mundtørhed og svimmelhed (5).

Studiet er gentaget i 2012 af firmaet med anvendelse af samme doser og optitreringsalgoritme, med den eneste forskel, at lægemidlet administreres om aftenen, og viser også samme resultat (6).

Et andet studie, der anvender samme døgndosis af IR og XR, genfinder ikke signifikant forskellige bivirkningsprofiler mellem XR og IR. I dette studie er døgndosis af IR fordelt på to doser, morgen og aften (4).

Der foreligger sparsom evidens for, at man opnår bedre effekt af behandling ved at skifte fra IR eller anden antipsykotisk behandling til XR målt ved CGI-GB score. Et open-label, prospektivt studie undersøgte effekten af skift fra anden oral antipsykotisk behandling inkl. quetiapin IR til quetiapin XR hos patienter med skizofreni (9). Patienterne i dette studie blev skiftet til XR grundet manglende effekt, bivirkninger eller utilfredshed med aktuelle behandling. Overordnet viste studiet, at 57 % af patienterne fik en signifikant bedring i CGI-GB score ($p=0,02$). Især patienter, der skiftede grundet manglende behandlingseffekt af tidligere antipsykotisk behandling, oplevede signifikant bedring ved skift til quetiapin XR, især gruppen af patienter, der forud for skiftet havde været i behandling med IR eller olanzapin. Det skal dog bemærkes, at man på forhånd ekskluderede patienter, som var i behandling med quetiapin IR én gang dagligt og studiet udsiger således ikke noget om, hvorvidt quetiapin XR er bedre end quetiapin IR administreret én gang nocte. Studiet har visse begrænsninger, da det er et open-label design og ingen placebo-gruppe.

Der er ikke fundet litteratur, der vurderer effekten ved at skifte fra quetiapin XR til IR.

[Den nationale rekommandationsliste for antipsykotika](#) udarbejdet af Institut for Rationel Farmakoterapi problematiserer desuden, at depottabletten skal indtages på tom mave (1 time før måltid eller 2 timer efter måltidet), hvilket kan svække den ellers tilsyneladende compliancemæssige fordel ved éngangsdosering.

Besparespotentiale ved skifte til almindelig tbl. quetiapin

Det er fremhævet som en fordel ved quetiapin XR, at præparatet kun skal doseres én gang i døgnet, hvorimod IR-formuleringen doseres 2 gange i døgnet. Det er dog langt fra alle patienter, hvor éngangsdosering versus 2 gange i døgnet er afgørende for compliance. Endvidere er effekt og bivirkninger af quetiapin IR én gang nocte ikke forsøgt afklaret i ovennævnte projektdesigns.

Prisen for depottablet Seroquel Prolong er 10-20 gange højere end tablet quetiapin afhængig af dosis. F.eks. koster en billigste døgndosis (DDD) på 300 mg depottablet 24,55 kr. mod 1,28 kr. for almindelig tablet quetiapin (10). Der er således et stort potentiale for besparelse ved at skifte ordinationspraksis fra depottablet til almindelig tablet. En omlægning af 50 % af forbruget af depottabletter til almindelig tabletter vil betyde en årlig besparelse på omkring 3 mio. kr. alene hos praktiserende speciallæger i psykiatri i Region Hovedstaden.

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital – Januar 2014

Tilskudsregler

Quetiapin tabletter har generelt tilskud, mens tilskuddet til depottabletter er klausuleret til:

- Skizofreni, bipolar lidelse og andre psykoser
- Supplerende behandling ved depression
 - Hvor supplerende behandling med antidepressivum med generelt tilskud uden klausulering har vist sig utilstrækkelig eller ikke tolereres, eller
 - I de helt særlige tilfælde, hvor et skifte for velbehandlede patienter til antidepressivum med generelt tilskud uden klausulering efter lægens samlede kliniske vurdering af patientens mentale tilstand vil være forbundet med stor risiko for tilbagefald.

Medicintilskudsnævnet er i øjeblikket i gang med at revurdere tilskudsstatus for antipsykotiske lægemidler, herunder tilskudsklausulen for quetiapin depottabletter.

Konklusion

- Der er som udgangspunkt ikke forskel i behandlingseffekt mellem almindelig tablet og depottablet quetiapin.
- Der er som udgangspunkt ikke klinisk relevant forskel i sedation mellem almindelig tablet og depottablet quetiapin.
- Der er som udgangspunkt ingen dokumentation for, at engangsdosering giver bedre compliance end dosering 2 gange i døgnet.
- Der er stor prisforskel på almindelig tablet og depottablet quetiapin. Ved primært at ordinere almindelig tablet quetiapin eller ved at omlægge fra depottablet til almindelig tablet quetiapin hos udvalgte patienter, er der et stort besparelsespotentiale.
- Ved beslutning om iværksættelse af behandling med quetiapin vil førstevalg være almindelig tablet og ikke depotformulering.
- Hos udvalgte patienter med oplevede bivirkninger i forhold til sedation og svimmelhed samt hos patienter, hvor administration én gang i døgnet skønnes relevant i forhold til at sikre compliance, kan depottablet foretrækkes.

Referencer

1. Statens Seruminstitut. Brugen af antipsykotika 2002-2011. www.ssi.dk
2. KORA. Forbruget af antipsykotika 2012. <http://www.kora.dk/media/1279/dsi-3585.pdf>
3. www.medstat.dk. Solgt mængde 2011.
4. Figueroa et al. Pharmacokinetic profiles of extended release quetiapine fumarate compared with quetiapine immediate release. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2009; 33:199-204.
5. Datto et al. Self-Reported Sedation Profile of Immediate-Release Quetiapine Fumarate Compared With Extended-Release Quetiapine Fumarate During Dose Initiation: A Randomized, Double-Blind, Crossover Study in Healthy Adult Subjects. *Clin Therap* 2009; 31:492-502.
6. Riesenberget et al. Self-Reported Sedation Profile of Quetiapine Extended-Release and Quetiapine Immediate-Release During 6-Day Initial Dose Escalation in Bipolar Depression: A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Phase IV Study. *Clin Therap* 2012 ;34:2202-2211.
7. Emborg et al. A retrospective study and clinical usage of quetiapine XR and quetiapine IR in outpatients with schizophrenia in Denmark. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2012; 27:492-498.

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital – Januar 2014

8. Meulien et al. Safety and tolerability of once-daily extended release quetiapine fumarate in acute schizophrenia: pooled data from randomised, double-blind, placebo-controlled studies. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2010; 25: 130-115
9. Chue et al. The long-term clinical benefit and effectiveness of switching to once-daily quetiapine extended release in patients with schizophrenia. *Curr Med Research and Opin* 2012.
10. www.medicinpriser.dk. Priser opdateret 3. marts 2014.

Bilag 15 – Invitation til temamøde - Graviditet, antipsykotika og stemningsstabiliserende midler

Graviditet, antipsykotika og stemningsstabiliserende lægemidler - en update

Afholdes på Rigshospitalet i auditorium 2 d. 28. oktober 2013 kl. 16.50-19.00. Sandwich og vand fra kl. 16.30.

Patienter med bipolar affektiv sindslidelse og psykotiske lidelser har tæt kontakt med speciallæger i speciallægepraksis og hospitalssektoren. Dette temamøde vil adressere nogle af de spørgsmål, som opstår, når disse patienters ønsker at skabe en familie:

- Hvad er den nyeste viden om teratogene bivirkninger ved brug af stemningsstabiliserende midler og antipsykotika under graviditeten?
- Er det forsvarligt at planlægge graviditet, når man er i behandling for bipolar affektiv lidelse eller skizofreni?
- Hvordan vejledes patienten når/hvis ønsket om graviditet optræder?

Program:

Kl. 16.30-16.50	Sandwich og vand
Kl.16.50-17.00	Velkommen og introduktion
Kl. 17.00-17.30	Teratogene effekter ved brug af antipsykotika og stemningsstabiliserende lægemidler <i>Espen Jimenez Solem, læge, Ph.D, Klinisk Farmakologisk Afdeling BBH.</i>
Kl. 17.30-18.00	Rådgivning og behandling af gravide kvinder med affektive lidelser, fokus på stemningsstabiliserende behandling til gravide med bipolar lidelse <i>ved overlæge Rie Lambæk Mikkelsen, Kompetencecenteret for affektive lidelser, PCK, afd. Rigshospitalet</i>
Kl. 18.00:-18:15	Pause - kaffe/te/vand
Kl. 18.15-18.45	Kliniske erfaringer og retningslinjer: behandling af skizofreni og graviditet <i>ved Carl Michael Von Buchwald (Overlæge Psykiatrisk Center Glostrup)</i>
Kl. 18.45-19.00	Afsluttende spørgsmål

Tilmelding:

Temamødet afholdes mandag d. 28. oktober 2013 kl. 16:30-19:00 i auditorium 2 på Rigshospitalet
Tilmelding foregår via Sundhed.dk (link direkte til tilmeldingen via Sundhed.dk indsættes) senest d. 20. oktober.

Målgruppe:

Mødet er henvendt til speciallæger i Psykiatri og speciallæger i Gynækologi og Obstetrik.

Arrangør

Temamødet afholdes som en del af Region Hovedstadens projekt "Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis" og arrangeres af Medicinfunktionen i Koncern Praksis. Spørgsmål eller kommentarer kan rettes til farmaceut og projektleder Liv Askaa (liv.aska@regionh.dk).

Bilag 16 - Evaluering af temamøde

Evaluering af temamødet:

Graviditet, antipsykotika og stemningsstabiliserende midler - en update

den 28. oktober 2013

Deltagere – antal, faglig baggrund og ansættelse

99 tilmeldte – heraf 22 fra psykiatripraksis og 4 fra gynækologipraksis

54 deltagere på mødet (ekskl. oplægsholdere og planlæggergruppe fra Udviklingsenheden)

37 evalueringer

(84 stk. materialer udleveret til deltagerne. Flere ville gerne have materiale med til kolleger, der ikke deltog)

Praksis

6 praktiserende speciallæger i psykiatri

1 praktiserende speciallæge (ukendt speciale)

Hospitalsansat

6 hospitalsansatte læger fra psykiatri, heraf 1 reservelæge og 2 i uddannelse

5 hospitalsansatte læger fra gynækologi og obstetrik, heraf 3 i uddannelse

1 hospitalsansat speciallæge (ukendt speciale)

8 jordemødre

1 psykolog ved obstetrisk afd.

1 fra Klinisk Farmakologisk Afdeling

1 obstetrisk sygeplejerske i specialteam for psykisk syge og skrøbelige gravide

Ukendt tilhørsforhold og andre

3 speciallæger i psykiatri

2 speciallæger i gynækologi-obstetrik

1 farmaceut med interesse i psykiatri

1 socialrådgiver

Har du hørt om projektet "Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis" før?

11 Ja





23 Nej

6 ud af 7 praktiserende speciallæger havde hørt om projektet

Teratogene effekter ved brug af antipsykotika og antidepressiva

ved Espen Jimenez Solem

Hvor tilfreds var du ...





	 Meget tilfreds	 Tilfreds	 Utilfreds	 Meget utilfreds
med det faglige udbytte af oplægget?	27	9		1
med underviserens formidling af emnet?	28	8		1

Kommentar: Supergodt (13)

Rådgivning og behandling af gravide kvinder med affektive lidelser, fokus på stemningsstabiliserende behandling til gravide med bipolar lidelse

ved Rie Lambæk Mikkelsen

Hvor tilfreds var du ...





	 Meget tilfreds	 Tilfreds	 Utilfreds	 Meget utilfreds
med det faglige udbytte af oplægget?	26	10		1
med underviserens formidling af emnet?	28	8		1

Kommentar: Godt modspil til Espen (13)

Antipsykotika og graviditet – fokus på skizofrene patienter og patienter med personlighedsforstyrrelse





ved Carl Michael Von Buchwald

Hvor tilfreds var du ...

	 Meget tilfreds	 Tilfreds	 Utilfreds	 Meget utilfreds
med det faglige udbytte af oplægget?	4	18	13	1
med underviserens formidling af emnet?	4	16	15	1

Kommentar: Virker til ikke at have så stor klinisk viden om gravide. Tegner desværre et dårligt billede af de skizofrene 1/3 dårlige.

Hvor tilfreds var du samlet set med temamødet?

 Meget tilfreds	 Tilfreds	 Utilfreds	 Meget utilfreds
19	15		1
54%	43%		3%

(2 blanke)

1 meget tilfreds angiver "med sidste foredragsholder i parentes"

Hvad kan forbedres?

- Tilbud til skizofrene gravide
- Tværsektorielt samarbejde
- Introduktionen var lidt rodet og informationen omkring "Rationel Medicinanvendelse i speciallægepraksis" ikke så godt forklaret (Hospitalsansat speciallæge i gynækologi og obstetrik)

Andre kommentarer:

- Vigtigt også at pointere, at man ej heller ved ikke ret meget om de neuropsykologiske konsekvenser for børnene – som har været eksponerede prænatalt. Selvom det ikke var det fokus, der var på temadagen.
- Dejligt at vi jordemødre kan få lov til at deltage (som arbejder med psykisk sårbare gravide)
- Husk også at have barnets psykiske trivsel i fokus. Abstinenser er ikke bare noget man kommer sig over – sårbarhed.
- De to første foredrag var meget interessante og formidlede brugbar viden. Det sidste foredrag var rodet og dispositionen meget uklar.

29. oktober 2013

Bilag 17 - Nyhedsbrev 1 – På tværs af specialer

Koncern Praksis
Medicinfunktionen

Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis

Projekt om rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis i Region Hovedstaden

I 2012 afsatte Region Hovedstaden 1,2 mio. kr. til at undersøge forbruget af lægemidler i speciallægepraksis og styrke rationel medicinanvendelse foreløbigt frem til udgangen af 2014.

I samarbejde med repræsentanter fra speciallægepraksis består projektgruppen af en speciallæge i klinisk farmakologi fra Klinisk Farmakologisk Afdeling og to farmaceuter fra Koncern Praksis. Repræsentanterne for speciallægerne bliver udpeget af Styregruppen for speciallægepraksisplanen, som er nedsat af Samarbejdsudvalget for speciallægepraksis. I projektperioden udvikler og afprøver vi metoder med henblik på at fremme rationel medicinanvendelse indenfor foreløbig 4-5 specialer, i første række psykiatri og gynækologi og obstetrik.

Foreløbigt udpegede repræsentanter for speciallægepraksis:
Peter Bagger, praktiserende speciallæge i gynækologi og obstetrik, repræsentant for speciallægepraksis på tværs af specialer
Alice Madsen, praktiserende speciallæge i psykiatri, repræsentant for speciallægepraksis i psykiatri

Projektgruppe:
Liv Askaa, farmaceut og projektleder, Medicinfunktionen, Udviklingsenheden, Koncern Praksis
Helle Neel Jakobsen, farmaceut, Medicinfunktionen, Udviklingsenheden, Koncern Praksis
Lene Ørskov Reuther, Overlæge og speciallæge i klinisk farmakologi, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital

MedicinInfo i Region Hovedstaden rådgiver praksissektoren om brug af lægemidler

Fra 1. december 2012 har det været muligt at kontakte MedicinInfo med spørgsmål om lægemidler. Det kan være spørgsmål om valg af lægemidler, bivirkninger, interaktioner, seponering, holdbarhed, lægemiddelhåndtering samt valg og dosering af lægemidler til særlige patientgrupper som fx børn, gravide, ammende eller patienter med nedsat lever- eller nyrefunktion.

MedicinInfo består af et team af læger, farmaceuter og farmakonomer ansat af Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital og af Region Hovedstadens Apotek. MedicinInfo i Region Hovedstaden er uvildig og økonomisk uafhængig af medicinalindustrien.

Har du brug for råd og vejledning om medicinering ved en generel problemstilling eller i forhold til en konkret patient, **kan du kontakte MedicinInfo mandag - fredag kl. 8-15.30 på telefon 35 31 50 90 eller mail: MedicinInfo@regionh.dk**. Du skal blot beskrive problemstillingen og angive patientens diagnoser og medicin. MedicinInfo vil herefter kontakte dig.

Kommentarer til nyhedsbrevet og forslag til emner kan rettes til Liv Askaa på email: medicinfunktionen@regionh.dk

Næste nyhedsbrev udsendes efteråret 2013.

Bilag 18 - Nyhedsbrev 2 – På tværs af specialer

Region Hovedstaden
Medicinfunktionen

Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis

Nyhedsbrev 2

Status for projektet Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis

I januar 2013 begyndte projektet Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis. Projektet er et udviklingsprojekt, som har til formål at fremme rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis.

Siden projektets begyndelse har projektgruppen i samarbejde med repræsentant for speciallægepraksis for psykiatri Alice Madsen, i foråret 2013 sendt ordinationsoversigter til psykiatripraksis. Vi takker for de mange konstruktive tilbagemeldinger, som vil indgå i det videre arbejde.

Den 28. oktober kl. 16.30-19.00 afholder vi et temamøde på Rigshospitalet for psykiatri- og gynækologi-praksis vedr. graviditet, antipsykotika og stemningsstabiliserende midler.

Tilmelding er gratis. Klik her for at se invitationen: www.conferencemanager.dk/temamoedegraviditet.

I efteråret 2013 fokuserer vi især på lægemiddelforbruget i gynækologi praksis for at undersøge områder, der kan være mål for udvikling. Speciallæge i gynækologi Peter Bagger er udpeget som repræsentant for speciallægepraksis i gynækologi og obstetrik til at indgå i denne proces.

Ordinationer udenfor eget speciale – brug Basislisten

De fleste læger i speciallægepraksis lader almen praksis varetage ordinationer, der ligger uden for eget speciale og koncentrerer sig om den specialespecifikke behandling. Der kan dog opstå situationer, hvor der alligevel ordineres uden for eget speciale. I speciallægepraksis i Region Hovedstaden ligger forbruget uden for eget speciale inden for 5 udvalgte specialer på 9,6 mio. kr./år svarende til gennemsnitligt 4,2 % af den totale omsætning af lægemidler. Forbrug uden for eget speciale skal forstås som ordinationer af lægemidler uden for det speciale, man praktiserer i, fx. hvis en psykiater ordinerer mavesårsmedicin.

Andel af ikke specialespecifikke lægemidler inden for udvalgte specialer

Speciale	% af den totale omsætning
Børne- og ungdomspsykiatri	1,1
Dermatologi	7,3
Gynækologi og obstetrik	3,2
Psykiatri	1,9
Øjenlæger	8,4
Total	4,2

Basislisten har gennem mange år været et værktøj for almen praksis indeholdende forslag med 1.-valgs-lægemidler til voksne indenfor de mest almindelige indikationsområder. Region Hovedstaden opfordrer derfor speciallægepraksis til at bruge www.Basislisten.dk/hovedstaden, når der ordineres medicin udenfor eget speciale.

Kommentarer til nyhedsbrevet og forslag til emner kan sendes til: medicinfunktionen@redinnh.dk

Region Hovedstaden Medicinfunktionen

Kriterierne for valg af lægemidler til listen er: Den Nationale Rekommandationsliste fra Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF), dokumentation, effekt, bivirkninger, bekvem dosering og pris.

Medicinfunktionen samarbejder med den Regionale Lægemeddelkomité om at samordne anbefalingerne på Basislisten og i rekommandationsbogen.

I de fleste lægesystemer findes der en genvejsknap til www.Basislisten.dk.

Samtykke og journaldokumentation ved påbegyndelse af ny medicinsk behandling

Der har været et ønske fra praktiserende psykiatere om at få præciseret retningslinjerne for brug af skriftlig information i forbindelse med lægens informationspligt vedr. komplikationer og bivirkninger, når en ny behandling påbegyndes.

I [Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder](#), punkt 4.4, skriver Sundhedsstyrelsen, at det altid som minimum skal fremgå af journalen, at patienten forinden en udført behandling, har fået information om evt. risici for komplikationer mv. og givet samtykke til behandlingen. Herudover skriver Sundhedsstyrelsen, at hvis det tydeligt fremgår, at der samtidig er udleveret skriftligt informationsmateriale - samt hvilket materiale - kan kravene til detaljeringsgraden af det indhentede informerede samtykke i journalen til en vis grad lattes. Sundhedsstyrelsen understreger dog, at skriftlig information kun kan bruges til at understøtte det informerede samtykke, men ikke erstatte den mundtlige informationspligt i forbindelse med indhentning af samtykket (beskrives også i Sundhedsloven kap. 5).

På Region Hovedstadens hospitaler er det i dag praksis at understøtte den mundtlige information med print fra www.min.medicin.dk. Region Hovedstaden opfordrer speciallægepraksis til at lægge sig op af hospitalernes praksis i de tilfælde, hvor det vurderes relevant at udlevere skriftlig information om lægemiddelbehandling.

Lægens ansvar ved ordination og receptudstedelse

I forbindelse med udrulning af FMK har Sundhedsstyrelsen i et [notat](#) og i et [brev](#) til Danske Regioner præciseret lægers ansvar ved brug af FMK, ordination og receptudstedelse.

I brevet beskrives speciallægens ansvar, når almen praksis skal fortsætte en behandling initieret af speciallægen.

Speciallægen skal således sikre sig, at den alment praktiserende læge er indforstået med og kender behandlings- og opfølgingsplanerne i form af en medicinstatus indeholdende medicinordinationer og begrundelse for eventuel ændring i tidligere medicinering. Hvert præparat anføres med lægemiddelbetegnelse, indikation, lægemiddelform, styrke, dosis, doseringshyppighed samt evt. administrationsvej, og der angives forventet behandlingsvarighed og overvejelser vedr. evt. seponering, jf. vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. - epikrisens indhold, punkt 4.

I forbindelse med påbegyndelse af ny behandling kan Interaktionsdatabasen anvendes til at identificere interaktioner mellem lægemidler. Interaktionsdatabasen har adressen: www.interaktionsdatabasen.dk

Bilag 19 - Nyhedsbrev 3 – på tværs af specialer

Region Hovedstaden
Medicinfunktionen

Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis

Nyhedsbrev 3 – Fokus på patientsikkerhed - Hvor kan du få hjælp til at forebygge utilsigtede hændelser?

Patientsikkerhed i speciallægepraksis

Arbejdet med patientsikkerhed interesserer alle parter

Alle professionelle sundhedspersoner arbejder med patientsikkerhed: Gennem vores uddannelse, undervisning af personale, indretning af klinik og tilrettelæggelse af procedurer mm. Alligevel oplever vi alle, at der i forbindelse med vores professionelle virke af og til forekommer begivenheder, som hverken vi eller patienterne ønsker. Patientsikkerhedsarbejdet handler ikke om at finde synderen. Det handler derimod om at forbedre arbejdsgange, så samme hændelse ikke sker igen. Kort sagt er målet, at den næste patient får et bedre forløb, og at vi som professionelle kan blive mere tilfredse med egen indsats.

Rapportering af utilsigtede hændelser

Som praktiserende speciallæge skal du, som andre sundhedspersoner, rapportere utilsigtede hændelser. Det er en pligt ifølge Sundhedsloven. Du skal rapportere utilsigtede hændelser, som du selv er involveret i, eller som du bliver opmærksom på er sket i andre sammenhænge i sundhedsvæsenet. Det vurderes, at det kun er en brøkdel af de hændelser, der sker, der rapporteres, og at der derfor er et stort potentiale for læring, som ikke udnyttes i dag.

De fleste journalsystemer har link til Dansk PatientSikkerhedsDatabase www.dpsd.dk. Her findes et elektronisk skema til indtastning af rapporten. Alternativt kan det tilgås direkte fra internettet på samme adresse.

Hvad er en utilsigtet hændelse?

En utilsigtet hændelse er en begivenhed eller fejl, der optræder i forbindelse med diagnostik, behandling eller pleje, og som medfører skade eller kunne have skadet patienten – og som ikke er en direkte følge af patientens sygdom. Utilsigtede hændelser omfatter både allerede kendte og ukendte former for begivenheder og fejl.

Rapporterede utilsigtede hændelser om speciallægepraksis

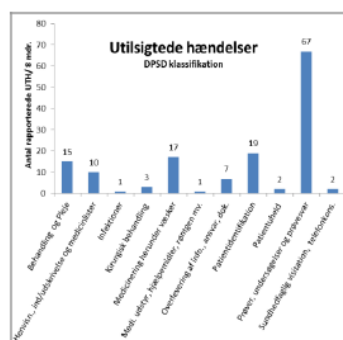
I de første 8 måneder af 2014 er der rapporteret 144 utilsigtede hændelser med hændelsessted i speciallægepraksis – 17 omhandlede medicin.

De fleste hændelser har ikke medført skade eller kun mild skade, men 28 af de indrapporterede hændelser (hvor af 5 omhandlede medicin) har medført moderat skade eller alvorlig skade.

Rapporterne omhandler hyppigst administrative og kliniske processer samt kommunikation og disse områder er genstand for forbedringsforslag både i den enkelte praksis og generel information, som fx

- Cervix-skrab – den gode prøvetagning
- Psykofarmaka – patienter med høje doser af Psykofarmaka og polyfarmaciebehandling

Case: En ældre depressiv patient påbegynder antidepressiv medicinsk behandling hos speciallæge. Kontrollen overgår til almen praksis uden konkret plan for den videre medicinske behandling. Behandlingen forsætter længere tid end nødvendigt.



Region Hovedstaden Medicinfunktionen

17 af de indrapporterede hændelser omhandlede medicin indenfor områderne:

- Forkert dosis af medicin
- Forkert lægemiddel ordineret (lægemiddelstof eller administrationsform)
- Medicin ordineret til forkert patient
- Dobbelt ordination
- Manglende kommunikation om medicin mellem speciallægepraksis og øvrige sektorer
- Manglende afsendelse af recept

Årsagerne drejer sig generelt om afbrudte og opdelte arbejdsprocesser, manglende dobbelttjek og mangler i eksisterende regler og procedurer. På denne baggrund har vi opstillet generelle anbefalinger for medicineringsprocessen (se tekstboks).

Gode råd

- Fuldfør receptudstedelse efter klinisk undersøgelse i én arbejdsgang
- Vær særlig opmærksom på receptudstedelse efter telefonisk kontakt
- Hav kun én elektronisk patientjournal åben ad gangen
- Dobbelttjek patient ID, præparat og dosis ved hver ordination
- Brug og opdater FMK hver gang.

Hvad sker der med indberettede hændelser?

Alle rapporteringer bliver gennemgået af risikomanagerne, som er sundhedsfaglige medarbejdere i Region Hovedstadens Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed. Risikomanagerens funktion er at analysere og uddrage læring af hændelserne, og formidle denne læring lokalt og regionalt, med henblik på øget patientsikkerhed.

Vores tilgang er baseret på den systemiske opfattelse: Det er ikke individperspektivet, der er afgørende, men derimod de organisatoriske forhold, som ligger bag. Det er altså primært det system og den organisation, vi fungerer i, som skal forandres.

Vores mål er at skabe realistiske og konkrete ændringer i praksis

Enhver analyse, som vi gennemfører, sker i samarbejde med rapportøren og hændelsesstedet. Derfor vil du opleve, at vi kontakter dig, hvis vi finder, at der er et særligt potentiale for læring.

Hvis en hændelse medfører død eller varige mén for patienten, vil der som regel blive gennemført en dyberegående analyse for at afdække alle årsagerne til, at hændelsen skete. Enhver analyse munder ud i forslag til konkrete handlingsplaner, der kan forebygge lignende hændelser. Vi har udarbejdet "Pas På meddelelser", der kan findes på [Sundhed.dk](https://www.sundhed.dk), som bl.a. omhandler: "Psykiatriske patienter med høje doser af psykofarmaka og i polyfarmacibehandling", "Aspiration hos barn under operation i speciallægepraksis", "Er du sikker i den parakliniske proces og vaccinationsproblemer".

Kan man få hjælp til at forebygge utilsigtede hændelser?

En ting ér, at reagere når noget er gået galt. Det er endnu bedre af forudse, at det kan ske, og forhindre en utilsigtet hændelse. Vi bistår derfor også gerne med forebyggende analyser og rådgivning, hvis du fx planlægger at anskaffe nyt udstyr eller nye lokaler, påbegynde nye procedurer eller anvende ny IT-software.

Hvad er fordelene for dig og din klinik?

Et effektivt og rettidigt patientsikkerhedsarbejde er med til at frembringe bevidsthed om sikre og effektive rutiner. Det betyder bl.a. bedre arbejdsmiljø for dig og dine ansatte. Og større patienttilfredshed. Det vil samlet set understøtte dine øvrige bestræbelser på at udvikle og fastholde en god og rentabel klinik.

Hvor kan du få hjælp?

Kontaktpersoner:

Jacob Nielsen, overlæge og risikomanager

jacob.nielsen@regionh.dk

Tlf: 3862 6029

Helle Søgaard, sundhedsfaglig specialkonsulent og risikomanager

helle.soegaard@regionh.dk

Tlf: 3862 6964

Hvad tilbyder vi:

- Bistand med konkrete analyser og forebyggende tiltag.
- Oplæg om patient-sikkerhedsarbejdet i jeres praksis, på møder, temadage og lignende.

Læs mere:

www.sundhed.dk

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformatio/n/almenpraksis/hovedstaden/patientsikkerhed/uth/>

Her finder du Region Hovedstadens "værktøjskasse" til arbejdet med Patientsikkerhed i egen praksis.