



# Medicingennemgang i Netværksgrupper

Skovvænget – et bo- og rehabiliteringstilbud  
til voksne med sindslidelse og psykisk sårbarhed

# Forord

Projektet er udført i samarbejde mellem bo- og rehabiliteringstilbuddet Skovvænget under Den Sociale Virksomhed i Region Hovedstaden og Medicinfunktionen på Klinisk Farmakologisk Afdeling i Region Hovedstaden.

En stor tak til især projektgruppen på Skovvænget, men også Den Sociale Virksomhed, kontaktpersonerne på Skovvænget og de almen praktiserende læger og psykiatere, som deltog i projektet.

Projektet begyndte at tage form i sommeren 2018 og medicingennemgang i netværksgrupperne og møder med de almen praktiserende læger forløb fra marts 2019 til og med januar 2020. Sidste opfølgning var i juli 2020.

Medicinfunktionen, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden finansierede projektet. De almen praktiserende læger, der deltog i projektet, blev kompenseret gennem midler fra KEU, Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Region Hovedstaden.

### Rapporten er udarbejdet af:

Dagmar Abelone Dalin<sup>1</sup> (farmaceut), Julie Helga Larsen<sup>2</sup> (sygeplejerske), Anne Mette Drastrup<sup>1</sup> (farmaceut), Gitte Krogh Madsen<sup>1,3</sup> (speciallæge i almen medicin), Charlotte Vermehren<sup>1</sup> (farmaceut, ph.d.)

### Rapporten er offentliggjort:

September 2020

---

1 Medicinfunktionen, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

---

2 Skovvænget, Den Sociale Virksomhed, Region Hovedstaden

---

3 Roskilde Lægehus



## Indholdsfortegnelse

Formål	4
Indledning	5
Metode	6
Inklusionskriterier	6
Medicingennemgang	6
Drøftelse af ændringsforslag med den relevante læge	6
Manglende deltagelse i medicingennemgang	7
Samlet Antipsykotisk Døgn Dosis (SADD)	7
Opfølgning	8
Resultater	9
Inklusion	9
Beboerkarakteristika	9
Medicin inden medicingennemgang	9
Deltagelse i medicingennemgang	10
Medicingennemgangen	10
Ændringsforslag overordnet	10
Psykiatrisk polyfarmaci	12
Forslag til opstart af nye lægemidler	12
Refleksion	12
Konklusion	14
Kilder	15

### Formål

Formålet var at øge rationel medicinering på bo- og rehabiliteringstilbuddet Skovvænget, Ballerup. For at sikre hensigtsmæssig lægemiddelbehandling blev der udviklet en metode med strukturerede medicingennemgange i netværksgrupper til brug på psykiatriske bosteder. Beboerne på Skovvænget blev tilbudt at få udført en medicingennemgang i en netværksgruppe. Fokus i medicingennemgangen var både på den somatiske og psykiatriske lægemiddelbehandling.

#### Succeskriterier:

- Halvdelen af beboerne ønsker at deltage
- Mindst 80 % af de foreslåede ændringer bliver accepteret
- Mindst 60 % af de foreslåede ændringer bliver implementeret
- Nedbringelse af psykiatrisk polyfarmaci
- Flere antipsykotiske lægemidler bliver givet indenfor RADS' anbefalede dosisinterval



For at sikre hensigtsmæssig lægemiddelbehandling blev der udviklet en metode med strukturerede medicingennemgange i netværksgrupper til brug på psykiatriske bosteder.



## Indledning

Skovvænget er et bo- og rehabiliteringstilbud til voksne med sindslidelse. Beboerne har typisk diagnoser som skizofreni, personlighedsforstyrrelse, angst og depression. Halvdelen af beboerne har en behandlingsdom, og flere af beboerne har et alkohol- og/eller stofmisbrug. Beboerne har ofte både en almen praktiserende læge og en psykiater tilknyttet, som varetager behandlingen med hhv. somatisk og psykiatrisk medicin. Projekter i psykiatrien og på psykiatriske bosteder i Danmark og udlandet har vist, at det ofte er muligt at optimere både beboernes somatiske og psykiatriske behandling<sup>1,2</sup>.

I Danmark er erfaringen, at 25-50 % af beboerne på psykiatriske bosteder får to eller flere antipsykotiske lægemidler, selv om der ikke er evidens for, at behandling med flere antipsykotiske lægemidler giver en bedre effekt. Tværtimod kan behandling med flere antipsykotiske lægemidler give øget risiko for bivirkninger<sup>3</sup>. Ligeledes ser man behandling med benzodiazepiner og antipsykotiske lægemidler samtidig. Der er kun dokumenteret effekt af den kombinationsbehandling i den akutte fase og dertil øger det risikoen for en række bivirkninger fx apati, depression og demens<sup>3</sup>.

Medicingennemgang er særligt udfordrende hos borgere, hvor flere forskellige læger varetager hver deres del af behandlingen. Det er et mål for Region Hovedstaden, at "Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom", hvilket er beskrevet i Sundhedsaftalen 2019-2023<sup>4</sup>. En fælles medicingennemgang med alle borgerens læger gør det muligt at tage stilling til borgerens samlede lægemiddelbehandling, både somatisk og psykiatrisk. Regeringens Udvalg For Psykiatri i 2013 pegede også på en manglende sammenhæng i indsatsen for psykisk syge og skrev som et fremtidigt pejlemærke, at "Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om indsatsen for borgeren sker med udgangspunkt i borgerens behov og ønsker..."<sup>5</sup>. Som det pointeres her, er det essentielt, at borgeren og dennes ønsker og behov bliver inddraget i behandlingen. Der har derfor også i projektet været fokus på at sikre, at beboerens ønsker og behov bliver medtaget.

Borgere med stabil sindslidelse får ofte afsluttet deres behandlingsforløb hos psykiateren og ansvaret for behandlingen med psykofarmaka overgår til deres almen praktiserende læge. Hvis borgerens tilstand ændrer sig, kan det være en udfordring for den almen praktiserende læge at ændre i den medicin, specialisten har ordineret. Her vil netværksgruppen kunne støtte eventuelle ændringer med fag- og patientviden samt aftaler om observation.

I dette projekt bliver beboernes medicinske behandling gennemgået i netværksgrupper. Det var planlagt, at netværksgrupperne for hver beboer skulle bestå af medicinteamet fra Klinisk Farmakologisk Afdeling, personalet på Skovvænget, beboeren, dennes psykiater og almen praktiserende læge. Det viste sig midlertidigt ikke muligt at samle alle til et møde.

Det forventes, at projektet fremadrettet vil øge fokus på behovet for medicingennemgang på bo- og rehabiliteringstilbud samt på samarbejdet mellem de praktiserende læger, psykiatere og bo- og rehabiliteringstilbud.

## Metode

### Inklusionskriterier

Alle beboere på Skovvænget, som fik mindst ét lægemiddel, blev tilbudt at deltage i projektet. Derudover var det et krav, at mindst én af beboerens læger (almen praktiserende læge eller psykiater) ville deltage i projektet. Beboeren skulle give informeret samtykke for at deltage i projektet.

### Medicingennemgang i netværksgrupper

I en medicingennemgang gennemgås al beboerens medicin, somatisk såvel som psykiatrisk. Det undersøges, om beboeren får den mest hensigtsmæssige behandling, bl.a. under hensyntagen til beboerens sygehistorie, symptomer, præferencer og tidligere afprøvede medicin.

Medicingennemgangen blev forberedt af et medicinteam på baggrund af beboerens medicinliste og andre oplysninger om beboerne, som blev tilsendt fra Skovvænget. Medicinteamet bestod af en farmaceut og en speciallæge i almen medicin fra Medicinfunktionen, Klinisk Farmakologisk Afdeling.

Medicingennemgangene blev udført på møder i netværksgrupper på Skovvænget. Netværksgrupperne skulle i udgangspunktet bestå af nedenstående deltagere.

#### Netværksgruppen

- Beboeren
- Beboerens psykiater
- Beboerens kontaktperson på Skovvænget
- Beboerens almen praktiserende læge
- En medarbejder fra projektgruppen på Skovvænget
- Medicinteamet

Ved medicingennemgangen i netværksgruppen, der havde en varighed på 30 minutter, blev beboerens medicin drøftet og der blev taget stilling til, om noget af medicinen skulle ændres, og om noget nyt skulle opstartes. Hver ordination kunne højst have ét ændringsforslag.

### Drøftelse af ændringsforslag med den relevante læge

Flere af beboernes lægemiddelbehandling blev varetaget af både en almen praktiserende læge og af en psykiater. Nogle af beboerne var afsluttet af psykiateren og deres lægemiddelbehandling blev udelukkende varetaget af den almen praktiserende læge. I denne rapport bruges udtrykket den "relevante læge", som er defineret således: Havde beboeren både en almen praktiserende læge og en psykiater, anså vi dem som relevante for ordinationerne af hhv. somatiske og psykiatriske lægemidler. Var beboeren afsluttet hos psykiater, var ansvaret for ordinationerne på psykiatriske lægemidler



overdraget til den almen praktiserende læge, og vi anså således den almen praktiserende læge som den relevante læge for alle lægemidlerne.

<b>Ændringsforslag</b>	
<b>Seponér</b> Er at stoppe med medicinen, enten brat eller gennem aftrapning.	<b>Skift præparat</b> Kan være både til en anden formulering (fx fra tabletter til oral mikstur) eller til et andet lægemiddel for samme sygdom.
<b>Reducér dosis</b> Er at fortsætte medicinen i en lavere dosis.	<b>Øg dosis</b> Er at fortsætte medicinen i en højere dosis.
<b>Justér doseringstidspunkt</b> Er at ændre hvornår medicinen bliver givet. Det kan være for at undgå, at to lægemidler, der interagerer med hinanden, bliver taget samtidig. Eller for at mindske antallet af daglige medicinindtag.	<b>Mindsk antallet af tabletter</b> Er at fastholde den dosis beboeren fik, men at reducere antallet af tabletter ved at øge styrken (fx fra 2 tabletter á 5 mg enalapril til 1 tablet á 10 mg enalapril).

For hver ændring netværksgruppen foreslog, kunne den relevante læge enten acceptere, afvise eller acceptere med forbehold. Var lægen teoretisk set enig i forslaget, men havde brug for at tale med beboeren, gennemse patientjournalen, tage en blodprøve eller lignende, inden lægen var sikker, blev forslaget accepteret med forbehold.

### **Manglende deltagelse i medicingennemgang i netværksgruppe**

Ønskede beboeren ikke at deltage i medicingennemgangen, blev beboerens præferencer repræsenteret gennem kontaktpersonen i stedet for. Kontaktpersonen fik udleveret nogle generelle og beboerspecifikke spørgsmål, de skulle drøfte med beboeren inden medicingennemgangen. Kontaktpersonen skulle afdække, om beboeren havde medicin, de specielt gerne ville have ændret eller beholde. Derudover skulle de afdække beboerens kost og om de havde specifikke symptomer/bivirkninger, som medicinteamet fandt relevante på baggrund af medicinlisten. Kontaktpersonen havde ligeledes ansvaret for at formidle relevant information fra netværksgruppen til beboeren efter medicingennemgangen.

Ønskede én (eller begge) af beboerens læger ikke at deltage i medicingennemgangen i netværksgruppen, gennemgik netværksgruppen beboerens medicin uden deltagelse af læge. I stedet besøgte medicinteamet efterfølgende lægen for at drøfte medicingennemgangen og de foreslåede ændringer.

Kom der under det efterfølgende besøg hos lægen nye oplysninger frem, der gjorde et ændringsforslag irrelevant, blev ændringsforslaget slettet og fremgår således ikke som afviste ændringsforslag.

### **Samlet Antipsykotisk Døgn Dosis (SADD)**

For hver beboer udregnede vi deres SADD, som er et mål for, hvor meget antipsykotisk medicin en beboer får fast. Det var især nyttigt ved beboere, der fik flere forskellige faste antipsykotiske læge-

## Medicingennemgang i Netværksgrupper

Skovvænget – et bo- og rehabiliteringstilbud til voksne med sindslidelse og psykisk sårbarhed

midler. På denne måde fik vi et samlet overblik over, hvor tungt medicineret den enkelte beboer var.

For hvert antipsykotisk lægemiddel en beboer fik fast, blev den daglige dosis udregnet som en procentdel af den anbefalede max-dosis<sup>3</sup>. SADD blev udregnet ved at summere procenterne fra de enkelte lægemidler for den enkelte beboer.

Fik en beboer fx fast 15 mg olanzapin, som er 75 % af max-dosis (20 mg), og fik de samtidig fast 5 mg risperidon, som er 50 % af max-dosis (10 mg), havde beboeren en SADD på 125 %. Selv om ingen af doserne i sig selv var højere end max-dosis, viste det, at beboeren fik en samlet meget høj dosis med øget risiko for bivirkninger.

$$\text{SADD} = \frac{(\text{Fast døgndosis (antipsykotisk medicin 1)})}{(\text{Max-dosis (antipsykotisk medicin 1)})} + \frac{(\text{Fast døgndosis (antipsykotisk medicin 2)})}{(\text{Max-dosis (antipsykotisk medicin 2)})} + \dots$$

### Opfølgning

Seks måneder efter drøftelsen med den relevante læge fulgte medicinteamet op på beboerens medicinliste og noterede hvilke ændringer, der var blevet gennemført og igangsat.



Max-dosis er taget fra RADS' Behandlingsvejledning for medicinsk behandling af psykotiske tilstande hos voksne. Behandlingsvejledning for medicinsk behandling af psykotiske tilstande hos voksne. RADS. 2015 <https://rads.dk/media/2132/beh-jan-2016-psykotiske-tilstande-hos-voksne.pdf>. Hvis lægemidlet ikke er omtalt i behandlingsvejledningen, er max-dosis taget fra produktresumet. Produktresume.dk [Internet]. Lægemiddelstyrelsen. Available from: <http://produktresume.dk/AppBuilder/login.html>. Product information [Internet]. European Medicines Agency. Available from: [https://www.ema.europa.eu/en/medicines/field\\_ema\\_web\\_categories%253Aname\\_field/Human/ema\\_group\\_types/ema\\_medicine?sort=ema\\_medicine\\_title&order=asc&search\\_api\\_views\\_fulltext](https://www.ema.europa.eu/en/medicines/field_ema_web_categories%253Aname_field/Human/ema_group_types/ema_medicine?sort=ema_medicine_title&order=asc&search_api_views_fulltext).



## Resultater

### Inklusion

Skovvænget havde 28 beboere i inklusionsperioden, hvoraf 27 var i behandling med mindst ét lægemiddel. Elleve beboere blev inkluderet i hele projektet.

Fem af beboerne i projektet var ikke tilknyttet en psykiater, og deres almen praktiserende læge deltog således som den relevante læge for alle lægemidlerne. Fire beboere havde både psykiater og en almen praktiserende læge, som deltog i projektet. To beboere havde en psykiater, som deltog i projektet, men deres almen praktiserende læge ønskede ikke at deltage i projektet.

Ud over de 11 beboere, der blev inkluderet, var der flere andre beboere, som ønskede at deltage, men som af forskellige årsager ikke kunne (se Figur 1). Da over halvdelen af beboerne ønskede at deltage i projektet, var ét af succeskriterierne opfyldt.

### Beboer karakteristika

De 11 beboere, som var med i projektet, havde en gennemsnitsalder på 62 år og 4 (36 %) af dem var mænd.

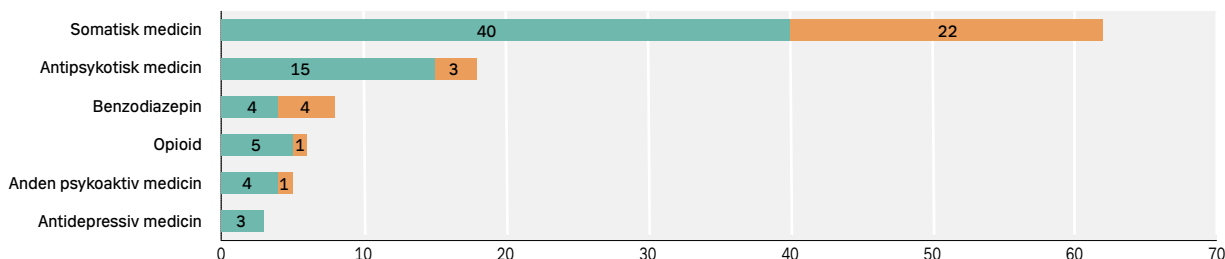
### Medicin inden medicingennemgang

Beboerne havde tilsammen 102 ordinationer på lægemidler, hvoraf 31 (30 %) var pn (ved behov) ordinationer. Vi opdelte ordinationerne i 6 grupper:

- Somatisk medicin (medicin til sygdomme i kroppen)
- Antipsykotisk medicin (medicin mod psykoser, primært skizofreni)
- Antidepressiv medicin
- Benzodiazepin (angstdæmpende, beroligende og sovemedicin. Eksl. Melatonin, inkl. z-stoffer)
- Opioid (stærk smertestillende medicin)
- Anden psykoaktiv medicin (medicin som påvirker hjernen)

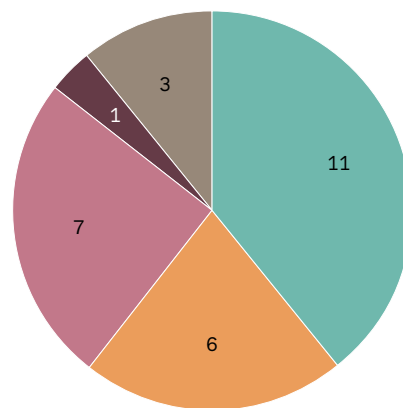
Se fordelingen af ordinationer på lægemidler i de 6 grupper i Figur 2.

### Medicin inden medicingennemgang



Figur 2. Fordelingen af faste og pn ordinationer på de forskellige lægemiddelgrupper (n=102 ordinationer).

### Deltagelse i projektet



■ Deltager  
■ Beboer ønskede ikke at deltage  
■ Ingen medicin  
■ Andet  
■ Læge(r) ønskede ikke at deltage, men beboere ønskede at deltage

Figur 1. Viser deltagelse og begrundelse for ikke at deltage for de 28 beboere på Skovvænget. 11 beboere deltog, 7 beboere ønskede ikke at deltage, 4 beboere havde ingen psykiater og deres almen praktiserende læge ønskede ikke at deltage, hos 2 beboere ville hverken den almen praktiserende læge eller psykiateren deltage, 1 beboer fik ingen medicin og 3 beboere udgik af andre grunde.

Alle beboerne havde mindst ét fast antipsykotisk lægemiddel. Én beboer havde antipsykotisk medicin som eneste faste lægemiddel, de 10 andre beboere fik somatisk medicin fast. Fire beboere havde kun antipsykotisk og somatisk medicin men ingen anden psykoaktiv medicin. Seks beboere havde anden fast psykofarmaka (antidepressiv medicin, benzodiazepin eller anden psykoaktiv medicin) ud over deres antipsykotiske medicin. Fire af de seks fik fast benzodiazepin. Tre beboere havde to forskellige typer faste antipsykotiske lægemidler (antipsykotisk polyfarmaci).

Samlet Antipsykotisk Døgn Dosis (SADD) var i gennemsnit 87,1 % pr. beboer og to beboere havde en SADD på over 100 %. Én patient havde en højere dosis antipsykotika end RADS anbefaler.

### Deltagelse i medicingennemgang

Ni af beboernes almen praktiserende læger deltog i projektet. Ingen af de almen praktiserende læger ønskede eller kunne deltage i selve medicingennemgangen i netværksgruppen, men blev besøgt individuelt af medicinteamet efterfølgende. Ingen af de 11 beboere deltog i selve medicingennemgangene. Én beboer prøvede at deltage men måtte gå efter fem minutter, da beboeren oplevede det som overvældende.

For de 6 beboere, hvis psykiater ønskede at deltage i projektet, deltog psykiateren i medicingennemgangen for 5 af beboerne. Psykiateren var forhindret i at deltage ved den sidste medicingennemgang. Denne beboer fik imidlertid kun ét psykiatrisk lægemiddel. Personalet fra Skovvænget ringede efterfølgende til psykiateren vedrørende de ændringer, netværksgruppen havde foreslået.

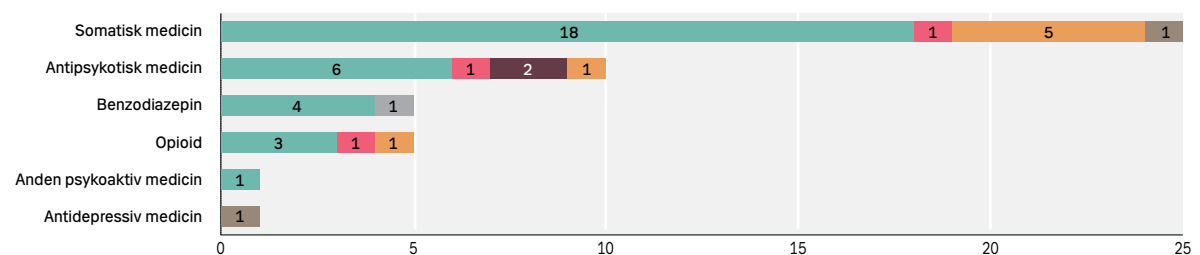
Ét af de individuelle møder med de almen praktiserende læger, som blev afholdt efter medicingennemgangen i netværksgruppen, foregik på Skovvænget med beboeren og dennes kontaktperson. Dette møde gik rigtig godt.

### Medicingennemgangen

#### Ændringsforslag overordnet

Netværksgruppen foreslog ændringer til 47 ordinationer (se Figur 3), hvilket udgjorde 46 % af alle ordinationer og svarede gennemsnitlig til 4,2 ændringsforslag pr. beboer. For én beboer havde netværksgruppen ingen forslag til ændringer i medicinen, ellers havde alle beboere mindst én foreslået ændring. Over halvdelen (10 ud af 18) af den antipsykotiske medicin blev foreslået ændret. Mens under halvdelen (25 ud af 62) af den somatisk medicin havde ændringsforslag.

#### Foreslåede ændringer



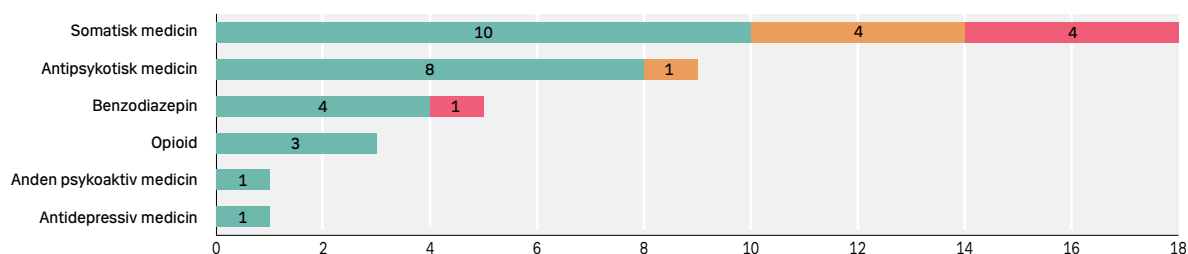
**Figur 3.** Fordelingen af ændringsforslag på lægemiddelgrupper. Seponér ■, reducer dosis ■, øg dosis ■, skift præparat ■, justér doseringstidspunkt ■, mindsk antallet af tabletter ■ (n=47 ændringsforslag).



I alt blev 37 ud af 47 ændringsforslag drøftet med den relevante læge. De resterende ti ændringsforslag var til den somatiske medicin hos de beboere, hvor deres almen praktiserende læge ikke ønskede at deltage. De ti ændringsforslag blev derfor ikke drøftet med den relevante læge. Af de 37 ændringsforslag, som blev drøftet blev 32 (86%) accepteret eller accepteret med forbehold af den relevante læge (se Figur 4).

Alle de foreslåede ændringer til antipsykotisk medicin, som blev drøftet med den relevante læge, uanset om dette var en psykiater eller en almen praktiserende læge, blev accepteret. Alle ændringsforslag som blev afslået (4 til somatisk medicin og 1 til benzodiazepiner), blev afslået af de almen praktiserende læger.

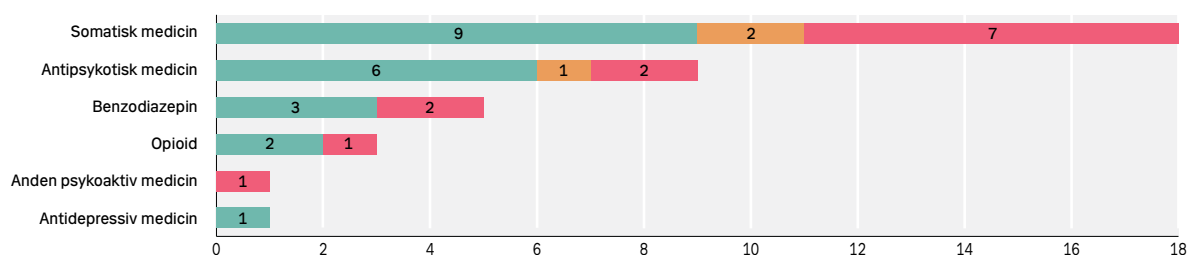
### Lægeaccept af ændringsforslag



**Figur 4.** Fordelingen af accepterede, accepterede med forbehold og afvise ændringsforslag af de 37 som blev drøftet med den relevante læge.

Ved follow-up efter 6 måneder var 24 ændringer implementeret eller delvist implementeret (se Figur 5). Dette svarede til 65 % af de foreslåede ændringer og 75 % af de af lægen accepterede ændringer.

### Implementering af drøftede forslag



**Figur 5.** Fordelingen af implementerede, delvist implementerede og ikke implementerede ændringsforslag, som blev drøftet med den relevante læge (n=37 ændringsforslag).

To accepterede forslag til ændring af antipsykotisk medicin var endnu ikke implementeret ved follow-up. Det ene forslag var givet til beboerens almen praktiserende læge, som ville henvise beboeren til en psykiater med henblik på udtræning. Det andet forslag var givet til en psykiater og omhandlede at skifte til et andet antipsykotisk lægemiddel pga. bivirkninger. Ved follow-up var beboeren ved at blive optrappet i et andet antipsykotisk lægemiddel, muligvis med henblik på at udtræppe det oprindelige antipsykotiske lægemiddel som aftalt.

### Psykiatrisk polyfarmaci

Inden medicingennemgangen fik fire beboere ordineret samtidig fast benzodiazepin og antipsykotisk medicin. Én beboer var i en fast benzodiazepin-behandling, som blev seponeret efter anbefaling fra netværksgruppen. For to andre beboere blev det foreslået af seponere benzodiazepiner. Det ene ændringsforslag blev afvist af den almen praktiserende læge, da denne ikke var tryk ved at ændre et lægemiddel, som en tidligere psykiater havde ordineret for flere år siden. Det andet ændringsforslag blev accepteret af den praktiserende læge, men var ikke implementeret efter seks måneder. Ved follow-up havde tre beboere ordineret fast samtidig benzodiazepin og antipsykotisk medicin.

Ved follow-up var antallet af beboere med flere faste antipsykotiske lægemidler reduceret fra 3 til 1. Én beboer fik ikke mere fast antipsykotisk medicin på baggrund af forslag fra netværksgruppen. SADD var faldet fra gennemsnitlig 87 % til 72 % pr. beboer.

### Forslag til opstart af nye lægemidler

Opstart af D-vitamin og kalk blev foreslået for to beboere og blev implementeret hos den ene.

## Refleksion

Der var en stor tilslutning til projektet blandt beboerne, men der var mange, som ikke kunne deltage af andre årsager, bl.a. fordi deres læge(r) ikke ønskede at deltage. Det kunne måske afhjælpes ved at tilbyde medicingennemgangen i forbindelse med årskontrollen, som anbefales ved flere af de kroniske somatiske sygdomme, beboerne havde.

For alle beboere på nær én foreslog netværksgruppen ændringer til deres nuværende medicin. En stor del (86 %) af de foreslåede ændringer blev accepteret. Det kan skyldes, at netværksgruppen formåede at lave relevante ændringsforslag, samt at lægerne var trykke ved at acceptere forslagene på baggrund af netværksgruppens anbefalinger. Det var kun almen praktiserende læger, som afviste ændringsforslag, og dette afspejlede muligvis, at ingen af dem var med til selve medicingennemgangen i netværksgruppen. De almen praktiserende læger kunne have været usikre på ændringsforslagene, fordi de ikke selv havde været med i netværksgruppens diskussion af medicinen og haft mulighed for at stille spørgsmål og komme med input.

De mange ændringsforslag til den psykiatriske behandling samt den høje accept- og implementeringsgrad fra psykiaterne, som deltog til medicingennemgangen indikerer, hvor værdifuldt dette projekt har været. Problemer, udfordringer, symptomer og løsninger blev ivrigt diskuteret i netværksgrupperne, og der blev foretaget mange ændringer på baggrund af den tværfaglige viden og ikke mindst den patientspecifikke viden, der var til stede i netværksgrupperne. Derfor må man forvente at de almen praktiserende læger havde relevant viden og input, man kunne have fået i spil, hvis de havde deltaget i netværksgrupperne.

Det er ærgerligt, at de almen praktiserende læger og beboere ikke ønskede at deltage til selve medicingennemgangen. Den almen praktiserende læge er en vigtig aktør, og til fremtidige møder og projekter er det derfor vigtigt at finde en form, som også giver dem mulighed for at deltage. Beboeren er omdrejningspunktet for medicingennemgangene. Det er derfor vigtigt at finde ud af, hvordan man



bedst under hensyn til den enkeltes behov og ressourcer sikrer, at netværksgruppen under medicingennemgangene respekterer deres ønsker og holdninger. Dette vil derfor blive undersøgt yderligere.

Medicingennemgangene var ressourcekrævende, da der først skulle laves et oplæg af medicinteamet og efterfølgende et 30 minutters møde i netværksgruppen. Region Midt har lavet et lignende projekt "Tværfagligt møde med borgeren"<sup>1</sup>. I deres projekt laves et oplæg til medicingennemgang til et medicinteam, bestående af en farmaceut, en farmakolog, en almen praktiserende læge og en psykiater. De drøfter oplægget og laver endelige anbefalinger, der drøftes på et møde mellem patienten, patientens almen praktiserende læge og psykiater og patientens kontaktperson. Der er samme faglighed inde over drøftelserne i dette projekt, med undtagelse af en farmakolog, men drøftelserne af medicinen blev taget direkte i netværksgruppen. I dette projekt er således ikke et omfattende medicinteam, som har siddet og drøftet anbefalingerne på forhånd. I stedet bruges patientens egen læge og psykiater, som samtidig har mulighed for at stille spørgsmål til de forslag medicinteamet kommer med. Dette projekt ville derfor også i højere grad kunne implementeres som en del af driften.



**Problemer, udfordringer, symptomer og løsninger blev ivrigt diskuteret i netværksgrupperne, og der blev foretaget mange ændringer på baggrund af den tværfaglige viden og ikke mindst den patientspecifikke viden, der var til stede i netværksgrupperne.**



## Konklusion

Beboerne var interesseret i at deltage i projektet, men valgte ikke at deltage i selve medicingennemgangen til møderne i netværksgruppen. Der var mange almen praktiserende læger, som ikke ønskede at deltage i projektet. De praktiserende læger, der deltog i projektet, ønskede ikke eller havde ikke mulighed for at deltage i medicingennemgangen i netværksgruppen. Havde de deltaget, kunne man have sikret vigtig vidensdeling mellem almen praktiserende læge og netværksgruppen. Fremtidige projekter bør forsøge at involvere de praktiserende læger og gøre det praktisk muligt for dem at deltage.

De ændringsforslag, som blev drøftet med den relevante læge, blev i høj grad accepteret og implementeret. Ingen ændringsforslag blev afvist af psykiaterne under medicingennemgangen i netværksgrupper, og det understreger udbyttet af de fælles drøftelser og vidensdeling, som fandt sted. Derimod afviste de almen praktiserende læger, som blev besøgt efter medicingennemgangen, flere ændringsforslag. I gennemsnit blev der gennemført ændringer i 2 ordinationer pr. beboer.

Medicingennemgange i netværksgrupper viste sig i stand til at nedbringe psykiatrisk polyfarmaci. Det lykkedes dog ikke at nedbringe antallet af lægemidler i doser højere end RADS' anbefalinger, som dog kun omfattede én ordination.

### Fire ud af projektets fem succeskriterier blev opfyldt:

- ✓ Halvdelen af beboerne ønsker at deltage i projektet
- ✓ Mindst 80 % af de foreslåede ændringer bliver accepteret
- ✓ Mindst 60 % af de foreslåede ændringer bliver implementeret
- ✓ Nedbringelse af psykiatrisk polyfarmaci
- ✗ Flere antipsykotiske lægemidler gives i doser indenfor RADS' anbefalede dosisinterval

## Kilder

1. Evaluering af regionale tværfaglige teams vedrørende medicinering i psykiatrien. [Rapport] Sundhedsstyrelsen. 2019 December. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Evaluering-af-tvaerfaglige-medicinteam-i-psykiatrien.ashx>
2. Sundhedstjek 2011-2014 - Tangkær. [Rapport] Tangkær, Specialområde Socialpsykiatri Voksne. <https://www.svo.rm.dk/siteassets/om-specialområdet/tangkar/sundhedstjek-2011-2014-rapport.pdf>
3. Behandlingsvejledning for medicinsk behandling af psykotiske tilstande hos voksne. RADS. 2015 <https://rads.dk/media/2132/beh-jan-2016-psykotiske-tilstande-hos-voksne.pdf>
4. Vores Sundhedsaftale. [Aftale] Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis (Sundhedskoordinationsudvalget). 2019 <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Sider/default.aspx>
5. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. [Rapport] Regeringens udvalg om psykiatri. 2013 oktober. [https://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2013/Oktober/~/\\_/media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2013/Rapport-psykiatriudvalg-okt-2013/En%20moderne%20C3%A5ben%20og%20inkluderende%20indsats\\_hovedrapport.ashx](https://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2013/Oktober/~/_/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Rapport-psykiatriudvalg-okt-2013/En%20moderne%20C3%A5ben%20og%20inkluderende%20indsats_hovedrapport.ashx)





## Succeskriterier

I protokollen blev beskrevet fem succeskriterier. De er vist i skemaet herunder, hvor det også er angivet, om de blev opfyldt og hvordan.

### Halvdelen af beboerne ønsker at deltage i projektet

- ✓ Over halvdelen af beboerne ønskede at deltage i projektet.

### Mindst 80 % af de foreslåede ændringer bliver accepteret

- ✓ 86 % af de forslag, der blev drøftet med den relevante læge, blev accepteret.

### Mindst 60 % af de foreslåede ændringer bliver implementeret

- ✓ 65 % af de foreslåede og drøftede ændringer blev implementeret

### Nedbringelse af psykiatrisk polyfarmaci

- ✓ Antallet af beboere med flere slags fast antipsykotisk medicin blev reduceret fra 3 til 1. Antallet af beboere med samtidig fast antipsykotisk medicin og benzodiazepin blev reduceret fra 4 til 3.

### Flere antipsykotiske lægemidler gives i doser indenfor RADS' anbefalede dosisinterval

- ✗ Én beboer havde en dosis højere end RADS anbefaler inden interventionen og én beboer havde en dosis højere end RADS anbefaler efter interventionen.