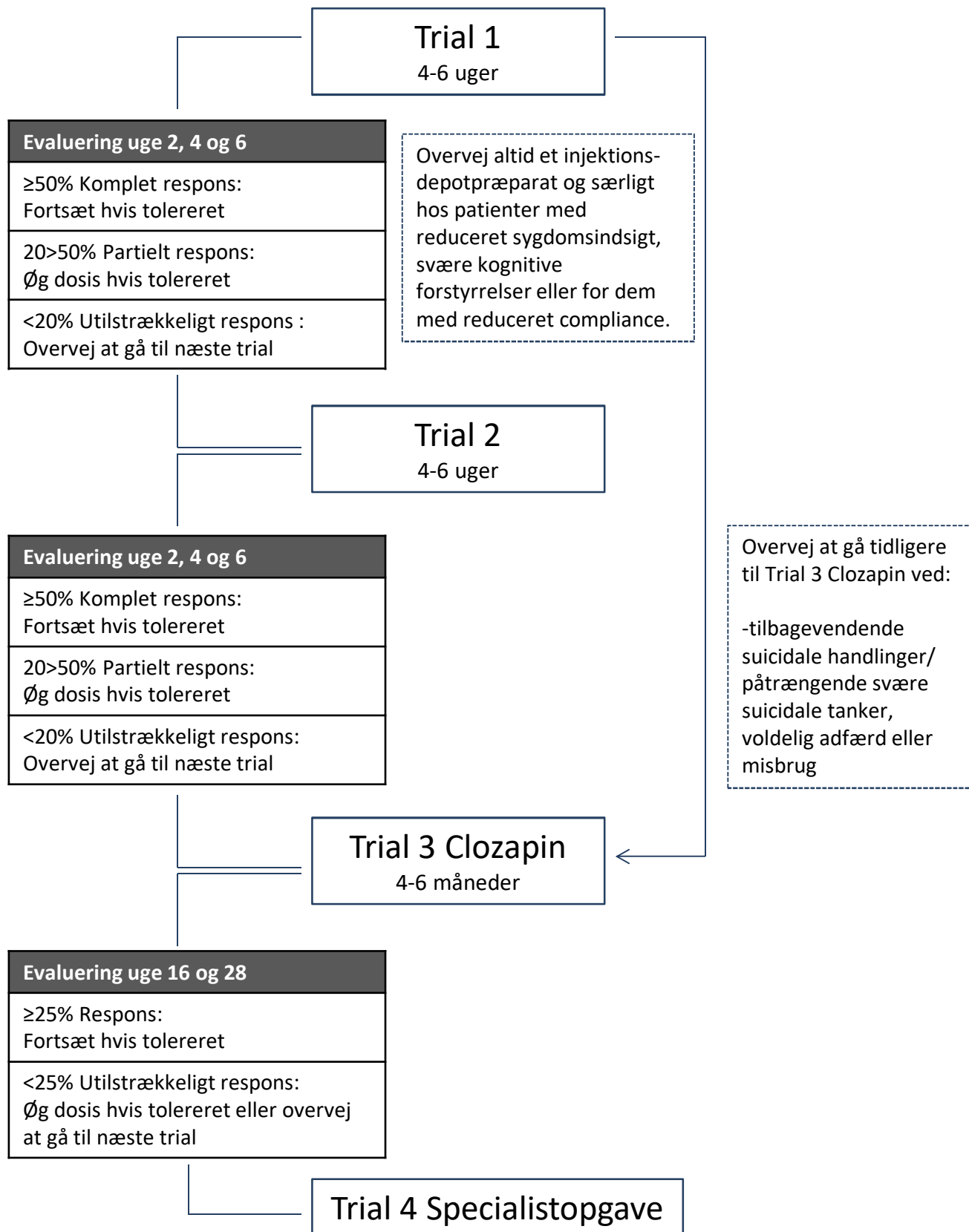


Retningslinje for evaluering af antipsykotisk behandlingseffekt

Ordination af antipsykotika bør altid ske efter gældende retningslinjer. Evaluering af behandlingseffekt ved Trial 1 og 2 bør foretages efter 2 ugers behandling med et præparat i terapeutisk dosis, hvor det vurderes, at patienten er compliant. Hvis en trial ikke kan gennemføres pga. bivirkninger, skal denne trial gentages med et præparat med en anden farmakodynamisk virkningsprofil. Ved hver evaluering foretages en vurdering af sværhedsgraden af symptomer med 6-item versionen af Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS-6) og af sværhedsgraden af bivirkninger med Udvalg for Kliniske Undersøgelser (UKU) samt en selv-rapporteret skala. De procentvise grænseværdier for behandlingrespons repræsenterer ændringen fra start af behandlingen og refererer til brugen af PANSS-6.



ANGÅENDE VURDERING AF RESPONS

Effekten af behandlingen bør ske ud fra en samlet klinisk og psykometrisk vurdering af symptomreduktion og bivirkninger.

Psykometrisk vurdering af symptomniveau: Det anbefales at anvende seks-item versionen af Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS-6), hvor den nødvendige information for rating kan opnås via det korte SNAPSI interview. Når den procentvise ændring for PANSS-6 totalscoren udregnes, skal der tages højde for, at skalaen for de enkelte seks items starter ved en score på 1 og ikke 0 – derfor skal der altid trækkes 6 point fra totalscoren for, at den procentvise ændring kan udregnes:

$$(\text{Totalscore}_{\text{før}} - \text{Totalscore}_{\text{nu}}) / (\text{Totalscore}_{\text{før}} - 6 \text{ point})$$

Eksempel: Tidligere PANSS-6 totalscore=38 og aktuelle PANSS-6 totalscore=22:
 $(38 - 22) / (38 - 6) = 0,5 = 50\%$ reduktion

Psykometrisk vurdering af bivirkninger: Det anbefales at anvende den kliniker-ratede Udvalg for Kliniske Undersøgelser (UKU) samt det selvrapporterede Glasgow Antipsychotic Scale (GASS) eller Aarhus Side effect Assessment Questionnaire (ASAQ).

ANGÅENDE BEHANDLING

- 1) Der bør trappes op i terapeutisk dosis jf. lokale instrukser. Hvis der slet ikke er nogen effekt efter 2 ugers behandling med et præparat i terapeutisk dosis, bør man overveje compliance, og hvis compliance skønnes god, så skift til et andet præparat³
- 2) Ved manglende effekt af en given behandling bør man altid overveje om diagnosen er korrekt samt eventuel komorbiditet
- 3) Ved skift grundet manglende effekt bør der skiftes til et præparat med en anden farmakologisk virkningsprofil¹
- 4) Ved skift grundet bivirkninger bør man skifte til et præparat med en mere gunstig bivirkningsprofil vurderet ud fra den enkelte patients præferencer^{2,5}
- 5) Ved reduceret eller tvivlsom compliance (overvej Therapeutic Drug Monitoring (TDM)) – overvej skift til et injektions-depotpræparat (long-acting injectable (LAI))
- 6) Ved mistanke om afvigende lægemiddelmetabolisme, fx ved manglende effekt på trods af høj dosis eller mange bivirkninger allerede ved lav dosis, bør interaktioner og derefter TDM og genotypebestemmelse overvejes.

Generelt vedrørende valg af præparat

- Ordination af antipsykotika bør ske efter gældende retningslinjer¹. Overordnet bør præparatet vælges efter den mest gunstige bivirkningsprofil jf. patientens præferencer.
- Ved Trial 1 kan overvejes oral behandling eller LAI. Hvis der ikke er effekt ved Trial 1, så bør man kraftigt overveje LAI ved Trial 2. LAI nedsætter risikoen for relapse og genindlæggelse⁴
- Ved tidligere behandlingssvigt, men endnu ikke behandlingsresistent skizofreni⁶ tyder det på, at risperidon og olanzapin er mere effektivt end quetiapin⁵. Evidens peger ligeledes i retning af, at olanzapin er mere effektivt end andre SGA, hvorfor det bør gives, inden man anvender clozapin⁵.
- Når kriterierne for TRS er opfyldt er der klar evidens for, at clozapin mere effektivt end andre behandlinger⁵.

1) a) Forholdsregler ved anvendelse af antipsykotika, fællespsykiatrisk retningslinje. Version 9, 2020. E-dok.rm.dk. b) Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende antipsykotika til behandling af psykiske tilstande hos voksne. Medicinrådet, 2020. www.medicinraadet.dk

2) Strategies for dosing and switching antipsychotics for optimal clinical management., Buckley PF, Correll CU., J Clin Psychiatry. 2008.

3) a) Early response to antipsychotic drug therapy as a clinical marker of subsequent response in the treatment of schizophrenia., Kinon BJ et al, Neuropsychopharmacology. 2010, b) Early Improvement As a Predictor of Later Response to Antipsychotics in Schizophrenia: A Diagnostic Test Review., Samara MT et al, Am J Psychiatry. 2015.

4) a) Effectiveness of Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis of Prospective and Retrospective Cohort Studies., Kishimoto T et al, Schizophr Bull. 2018, b) A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia., Am J Psychiatry. 2011, c) Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29,823 Patients With Schizophrenia., Tiihonen J et al, JAMA Psychiatry. 2017

5) The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, Thirteenth Edition. 2018. David M. Taylor et al.