

Oppfølging av antipsykotisk medikamentell behandling

Pasient: _____ Født _____

Lege : _____

Mål: Å bedre oppfølging av antipsykotisk medikamentell behandling på en strukturert og oversiktlig måte, for å optimalisere effekt og redusere bivirkninger/toksisitet til et minimum, samt å bedre compliance.						
Undersøkelser	Dato	Resultat	Dato	Resultat	Dato	Resultat
Serumkonsentrasjonsmåling (Medikament/Dose)(Se Ramme 1)						
Kliniske kjemiske analyser (Se ramme 2 til 5)						
Leukocytter (3,0-11,0 10 ⁹ /per liter) (eventuelt differensialtelling)						
Fastende glukose (3,5-6,0 mmol/l) og event. HbA1c (4,5-6,5 %)						
Totalkolesterol (3,0-6,0 mmol/l)						
Triglycerider (0,2-2,5 mmol/l)						
HDL (0,9-2,0 mmol/l)						
LDL (2,0-5,4 mmol/l)						
Prolaktin (50-700 mU/l)						
Mosjon, kost og vekt (se ramme 6 og metabolsk syndrom)						
Vekt (kg) og Høyde (cm)						
Livvidde (cm)						
BMI						
Kost-/treningsveiledning						
Blodtrykk						
Merknad 1	Konferer utførende laboratoriums referanseverdier. Referanseverdier er metodeavhengige og kan variere fra de forskjellige laboratorium.					
Merknad 2	Generell somatisk status, klinisk kjemiske analyser, lipider i serum, fastende glukose og endokrinologisk prøvetakning er av betydning ved medikamentell behandling med antipsykotika. Det anbefales full somatisk undersøkelse minst en gang i året, og ellers på indikasjon.					
Merknad 3	Enkelte antipsykotika kan gi QT-forlengning. EKG er ikke nødvendig å ta rutinemessig, men bør vurderes hos pasienter med genetisk disposisjon (positiv familleanamnese), hjertekarsykdom, andre predisponerende faktorer og ved eventuell symptomatologi.					
Merknad 4	Doseendringer, effektvurdering og bivirkninger bør føres i eget notat i journalen.					
Merknad 5	Se definisjon av metabolsk syndrom (IDF, 2005). Ved påvist metabolsk syndrom bør tiltak iverksettes ovenfor pasienten.					
Kommentarer						

Ramme 1	Ramme 2		Ramme 3
<p>Serumkonsentrasjonsmåling av medikamenter</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manglende effekt ved adekvat dose. 2. Mistanke om bivirkninger og interaksjoner. 3. Compliance problemer (compliance gjelder ikke bare pasienten, men legens evne til å formidle hvorfor det aktuelle legemiddelet gis, samt informasjon om bivirkninger). 4. Ved stabil medikasjon utenfor institusjon anbefales screening minst en gang årlig. <p>NB! Serumkonsentrasjonsmålinger understøtter kliniske beslutninger.</p>	<p>Ved Klozapinbehandling</p> <p>- Pasienten skal til en hver tid ha en pasientansvarlig lege, som skal sikre at pasienten ikke får alvorlige bivirkninger som for eksempel agranulocytose.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Legen er ansvarlig for blodprøver og oppfølging. 2. Leukocytter tas hver uke i 18 uker etter oppstart, deretter en gang hver måned. 3. Leukocytter < 3,5 utløser diff. telling. <p>NB! Medikamentet må seponeres ved verdier under anbefalt referanseområde.</p>		<p>Utvikling av diabetes</p> <p>- Psykiatriske pasienter er en gruppe med relativt sett liten egenaktivitet i form av mosjon/trening og ser ut til å være predisponert for diabetes og hjertekar-sykdommer.</p> <p>- Både eldre og nyere AP kan gi økt vekt og diabetes. Diabetesutvikling kan forekomme uten vektøkning.</p> <p>Fastende glukose tas ved:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oppstart og/eller innen tre måneder. 2. Risikopasienter bør ta halvårlig kontroll. 3. Alle bør ta en gang årlig. <p>NB! HbA1C tas ved forhøyet fastende glukose.</p>
<p>Definisjon av metabolsk syndrom (Den internasjonale diabetesføderasjonen [IDF], utarbeidet 2005)</p>			
<p>- Livvidde på over 94 cm for menn og over 80 cm for kvinner, samt minst to av følgende risikofaktorer:</p>	<p>- Triglycider over 1,7 mmol/l</p> <p>- HDL under 0,9 mmol/l for menn og 1,1 mmol/l for kvinner</p>	<p>- Blodtrykksgrensen er systolisk blodtrykk på 130 eller over, eller 85 og høyere for diastolisk trykk- eller behandling for hypertensjon.</p>	<p>- Grensen for fastende plasmaglukose (blodsukker) er 5,6 mmol/l eller over, eller diagnostisert type 2-diabetes.</p>
Ramme 4			
<p>Lipider i serum.</p>			
<p>- Lipider kan endre seg ved AP medikamentell behandling.</p> <p>- Fastende triglycider, totalkolesterol, LDL og HDL bør tas på alle pasienter under AP-medikamentell behandling.</p> <p>- Forhøyet totalkolesterol er en predikator for de andre verdiene.</p> <p>Fastende blodprøver bør tas ved:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oppstart og/eller innen 3 måneder. 2. Risikopasienter bør ta halvårlig kontroll. 3. Alle bør ta en gang årlig. 	<p>Prolaktinstigning.</p> <p>- Bruker pasienten AP assosiert med prolaktinstigning, bør prolaktin måles.</p> <p>- Bivirkninger er doseavhengige. Spør om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seksuell dysfunksjon (subjektivt) - Gynekomasti/Galaktoré/Amenoré (objektivt) <ol style="list-style-type: none"> 1. Det er individuelle variasjoner når bivirkninger inntreffer og en bør utelukke andre årsaker til prolaktinstigning. 2. I noen tilfeller kan prolaktinforhøyelse utgjøres av makroprolaktin med liten eller ingen biologisk aktivitet. Bør måles ved asymptomatisk forhøyet prolaktin. <p>AP-indusert forhøyet prolaktin med objektive symptomer bør lede til medikamentskifte.</p>		
<p>Ramme 5</p>			
<p>Mosjon, kost og vekt.</p>			
<p>- Veiledning om mosjon, kost, vekt og trening for pasientene bør ha en sentral plass i behandlingen.</p> <p>- Motivering og aktive intervensjonstiltak, som gruppeundervisning og gruppetrening, anbefales.</p> <p>- Vektoppgang kommer oftest i de første ukene/månedene av behandlingen. Enkelte AP kan gi ytterligere vektøkning over tid.</p> <p>Vekt, livvidde og BMI bør måles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ved oppstart. 2. Helst ukentlig i institusjon. 3. En måned etter utskrivelsen. 4. Hver 6. måned. <p>BMI = Vekt i kg/høyde (i meter) x høyde (i meter) (kg/m²).</p>			