

Monitorering af patienter i antipsykotisk medicinsk behandling i almen praksis



Eva Lund Bertelsen
Rebekka Hauptvogel Riddervold
Eva Laier Cervin
Winnie Lassen

Vejleder: Morten Bondo Christensen,
Seniorforsker, Praktiserende læge, ph. d

Indholdsfortegnelse

Side

Baggrund	3
Formål	3
Metode.....	4
Resultater	5
Diskussion.....	6
Konklusion.....	8
Kilder	9
Bilag 1: Præsentation af praksis	10
Bilag 2: Vejledning til årskontrol af patienter i antipsykotisk behandling	11
Bilag 3: Forklaring til ICPC koder.....	12
Bilag 4: Dataoversigt	13

Baggrund

Antipsykotisk medicin anvendes i udstrakt grad i behandlingen af mennesker med alvorlige psykiske sygdomme. Antipsykotika har vist sig at være en effektiv behandling af sygdomme inden for både psykosespektret og det affektive spektrum og anvendes både forebyggende og ved akutte tilstande. Behandlingen medfører dog hyppigt uønskede bivirkninger [1]. Første- og i særdeleshed andengenerations antipsykotika kan medføre metaboliske bivirkninger såsom vægtøgning, insulinresistens, hypertension og dyslipidæmi [2-4]. Antipsykotika øger således risikoen for metabolisk syndrom. Jo flere komponenter af metabolisk syndrom, desto større er risikoen for udvikling af diabetes mellitus type II og kardiovaskulær sygdom. Alvorligt psykisk syge patienter i Norden har en to til tre gange øget dødelighed i forhold til baggrundspopulationen [5-6]. Deres levetid er reduceret med 15-25 år sammenlignet med baggrundsbefolkningen [7]. Kardiovaskulær sygdom er en af de hyppigste naturlige årsager til overdødelighed hos skizofrene patienter [8]. Bivirkningerne øger risikoen for, at patienterne selv ophører med behandlingen med antipsykotisk medicin [9]. Sundhedsstyrelsen har i 2014 udgivet en vejledning om brug af antipsykotisk medicin. Denne vejledning anbefaler monitorering af bivirkninger ved hjælp af regelmæssige kardiovaskulære screeninger ved behandlende læge [10]. En sådan screening kan foregå ved en årlig konsultation hos egen praktiserende læge forudgået af relevante parakliniske undersøgelser.

Formål

Vi ønsker at belyse, hvorvidt vejledningen om behandling med antipsykotika udgivet af Styrelsen for Patientsikkerhed i 2014 følges i almen praksis.

I opgaven redegøres for, hvordan patienter i antipsykotisk medicinsk behandling monitoreres i almen praksis. Indledningsvis afklares det, hvor stor en andel af patienterne får lavet en psykiatrisk årskontrol, og om ovennævnte vejledning bliver fulgt. Herefter ser vi på, om denne patientgruppe bliver monitoreret i henhold til vejledningen, uanset om der er blevet lavet en psykiatrisk årskontrol eller ej.

Slutteligt fremstilles et oplæg til en forbedret indsats for disse sårbare patienter i almen praksis.

Metode

Opgaven er et kvalitetsudviklingsprojekt, og den består primært af en journalaudit i vores fire uddannelsespraksis. I "Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter over 18 år med psykotiske lidelser" udgivet af Styrelsen for Patientsikkerhed i maj 2014 er det anført, at der skal foretages monitorering af følgende parametre mindst en gang årligt ved længerevarende behandling:

- Måling af vægt og højde
- Udregning af BMI
- Måling af taljeomfang
- Måling af blodtryk
- Måling af HbA1c og lipider
- Optagelse af EKG

Vi udformede et journalauditskema til indsamling af data angående ovenstående parametre samt hvorvidt patienterne har været til årskontrol grundet behandling med antipsykotisk medicin.

Vi arbejder i de fire praksis med forskellige styreprogrammer (XMO og Clinea), men har alle via statistikmodulet fremsøgt patienter ved at søge følgende:

- ICPC kode P72 og P73 (se bilag 3)
- Lægemiddelskode N05A (Antipsykotika)
- 1. og 2. generations antipsykotiske præparater

Inklusionskriterier:

- Patienter i behandling med antipsykotisk medicin, fast behandling samt *per need* behandling

Eksklusionskriterier:

- Alder under 18 år
- Patienter, som på nuværende tidspunkt er tilknyttet psykiatrien

Vi har valgt at søge i perioden fra 1/5 2018 til 1/5 2019. Oplysningerne om de nævnte parametre fandt vi ved at gennemgå journalnotater, epikriser, laboratorieskemaer og FMK fra denne periode.

Analyse:

Data fra journalaudit blev indtastet i Excel, hvori databehandling har fundet sted.

Litteratursøgning:

Initielt har vi orienteret os i litteraturen ved at foretage en litteratursøgning på Pubmed ved brug af Mesh terms: *Antipsychotic agents, metabolic syndrome, weight gain, mental disorders, cause of death*. Herudover har vi brugt de enkelte søgeord *antipsychotic agents* og *metabolic syndrome*. Vi har endvidere søgt på Uptodate under *antipsychotic medication* og *metabolic syndrome*. Slutteligt har vi i fællesskab diskuteret og udvalgt relevante artikler fra ovenstående søgninger samt ved gennemgang af litteraturlisten af ovenstående fundne artikler.

Resultater

Vi har indsamlet 149 patienter fra de 4 respektive praksis, og vi har inkluderet alle patienter tilknyttet de respektive praksis, der opfylder inklusionskriterierne. Kønsfordelingen falder stort set ligeligt med 75 mænd og 74 kvinder i gruppen.

Vores beregninger er indledningsvis udført på grundlaget, om patienterne fik lavet en psykiatrisk årskontrol eller ej. For patienter, som har været til psykiatrisk årskontrol, fremgår det af resultaterne, om de anbefalede parametre [10] er blevet monitoreret. For gruppen, der ikke har fået foretaget en psykiatrisk årskontrol, har vi set på, om patienterne har fået foretaget monitorering af de givne parametre ved andre konsultationer eller årskontroller såsom f.eks. DM, KOL og hypertension. Slutteligt har vi set på, hvordan målingen af parametrene fordeler sig for den samlede patientgruppe, uanset om der er foretaget en regelret psykiatrisk årskontrol eller ej.

17,4 % af patienterne havde fået lavet en psykiatrisk årskontrol, og af disse patienter har 57,7 % fået målt HbA1c. 65,4 % har fået målt lipider, og halvdelen har fået lavet EKG. I gruppen, der ikke har været til psykiatrisk årskontrol, har færre patienter fået monitoreret de anbefalede parametre. Således har 43,9 % af disse patienter fået kontrolleret HbA1c inden for det sidste år. 39 % har fået målt BT, og 42,3 % har fået kontrolleret lipider. Kun 22,8 % har fået foretaget EKG. Se tabel 1 for øvrige resultater i de respektive grupper. Som det fremgår af tabel 1, er det kun et fåtal af patienterne, som har fået målt livvidde, og mindre end en tredjedel af dem, der ikke har fået en psykiatrisk årskontrol, har fået kontrolleret vægt og BMI. Betragtes den samlede patientgruppe, som behandles med antipsykotisk medicin, er det for visse parametre lidt under halvdelen af gruppen, som bliver monitoreret efter vejledningen. 46,3 % har fået målt HbA1c og lipider inden for det sidste år, og 44,3 % har fået målt BT. Dog har kun næsten en tredjedel fået lavet et EKG.

Tabel 1 viser en oversigt over, hvor mange procent af patienterne i de respektive grupper, der fik kontrolleret de anbefalede parametre. For gruppen, der ikke fik lavet en psykiatrisk årskontrol, er det noteret, om de givne parametre er monitoreret ved andre konsultationer inden for det sidste år.

Tabel 1

Parameter	+ Psyk årskontrol N26	- Psyk årskontrol N123	Hele gruppen N149
HbA1c	57,7	43,9	46,3
Lipider	65,4	42,3	46,3
EKG	50,0	22,8	27,5
BT	69,2	39,0	44,3
Vægt	53,8	22,8	28,2
BMI	35,8	16,3	20,1
Livvidde	15,4	4,1	6,0

Vi har desuden beregnet andelen af patienter, som har fået foretaget psykiatrisk årskontrol i de respektive praksis. I praksis 1-3 har godt 20 % af patienterne i antipsykotisk medicinsk behandling fået gennemført en psykiatrisk årskontrol, mens praksis 4 ligger på 4 % (tabel 2).

Tabel 2

Praksis	Antal inkluderede patienter	Psykiatrisk årskontrol i %
1	34	23,5
2	28	21,4
3	42	23,8
4	45	4,4

Diskussion

Vores resultater viser, at vi i de undersøgte fire praksis kan blive bedre til at følge vejledningen fra STPS. Kun 17 % ud af de 149 patienter i behandling med antipsykotika havde fået foretaget en psykiatrisk årskontrol. De der fik foretaget en psykiatrisk årskontrol, er ikke alle blevet screenet for metabolisk syndrom som anbefalet for patienter i behandling med antipsykotika. Ser vi på den samlede patientgruppe, er det kun tre ud af de syv parametre fra vejledningen, som knap halvdelen af patienterne har fået registreret og de resterende parametre en endnu mindre andel. Forklaringen ligger formentlig i, at de fire praksis ikke har en systematisk indkaldelse af patienterne. Der findes ikke en kendt arbejdsdeling blandt personalet, og der foreligger endnu ikke en endelig instruks til gennemgang af patienterne.

I Månedsskriftet i marts 2013 har praktiserende læge, Ph.d., Julie Damgaard skrevet om erfaringer fra egen praksis med øget fokus på helbredsundersøgelse ved psykisk sygdom [11]. I denne praksis

havde 30 ud af 40 patienter i behandling med antipsykotisk medicin fået foretaget årskontrol. I denne undersøgelse er ikke anvendt samme eksklusionskriterier som i vores kvalitetsstudium, og resultaterne er derfor ikke helt sammenlignelige. Dog hersker der ikke tvivl om, at der er behov for en tættere monitorering af patienterne i antipsykotisk behandling i de fire praksis, vi har undersøgt.

Lægehuset Banegårdspladsen 6, 8000 Aarhus C har lavet en opgørelse over, hvor mange af deres patienter i fast antipsykotisk medicinsk behandling, der ikke havde fået foretaget EKG eller taget blodprøver [12]. Der var ca. 33 %, som havde fået foretaget ovennævnte, hvilket lægger sig op ad det niveau, vi fandt for tre af de fire praksis i vores undersøgelse. Der blev også lavet en opgørelse over udeblivelser for denne patientgruppe, og det viste sig, at tæt på halvdelen (41 %) af patienterne udeblev fra den planlagte kontrol.

Den parameter, som anvendes mindst, er livvidde. Kun seks procent ud af de samlede 149 patienter har fået målt livvidden. Årsagen hertil har vi diskuteret med lægerne i praksis og må konkludere, at undersøgelsen anses for at være behæftet med måleusikkerhed. Samtidig hersker der tvivl om, hvorvidt livvidden giver os yderligere oplysninger end BMI. De diagnostiske kriterier for metabolisk syndrom inkluderer abdominal fedme/overvægt. Flere følgesygdomme er relateret til koncentrationen af fedtdepoter i bugregionen frem for fedme på hofte og lår. Mænd med et taljemål over 102 cm og kvinder over 88 cm har markant risiko for at udvikle følgesygdomme [13]. BMI bør ideelt set følges af taljeomfanget, men er dog overflødig hos patienter med et BMI over eller lig med 35, da alle i denne gruppe pga. fedme er i høj risiko for udvikling af følgesygdomme [14].

Vores patienter havde en lang række psykiatriske diagnoser, og flere havde mere end en diagnose. Derudover havde flere af patienterne også somatiske diagnoser, som førte til, at de blev kontrolleret for disse, men ikke nødvendigvis en systematisk opfølgning af deres antipsykotiske behandling.

Styrker/svagheder

Vi har valgt kun at inkludere de patienter, som følges i almen praksis og ikke i psykiatrisk regi. Denne patientgruppe har egen læge behandlingsansvaret for og dermed ansvaret for at screene for bivirkninger. Dette ansvar ligger ved psykiateren, når patienten følges der, såfremt der ikke foreligger anden aftale.

Vi benyttede statistikprogrammer i XMO og Clinea til at identificere patienter. Her valgte vi at begrænse perioden til et år, fra 1/5 2018 til 1/5 2019. Dermed kan patienter, som regelmæssigt får foretaget årskontrol, være blevet kategoriseret som manglende, såfremt der er gået mere end et år, siden de sidst fik en årskontrol.

Vi lavede journalopslag for alle patienterne for at identificere patienternes primære behandlingssted. Der foreligger en fejlkilde her, såfremt der ikke er blevet sendt epikriser fra psykiatrisk regi ved afslutning derfra. Vi kan dermed have inkluderet patienter i vores studium, som fortsat har primært behandlingssted i psykiatrien.

Ved statistikopslag i Clinea oplevede vi, at alle relevante patienter ikke kunne identificeres ved søgning med lægemiddelkoden N05A. Vi måtte derfor udføre en søgning med en liste af alle

kendte første- og andengenerations antipsykotika. Dette er en mere langsommelig proces og ikke ideel i den kliniske hverdag til at finde de patienter, som skal have tilbudt årskontrol.

Perspektivering

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har øget dødelighed i forhold til baggrundsbefolkningen [5-6]. I almen praksis har vi et ønske om at forbedre den sundhedsindsats, som vi tilbyder denne gruppe af udsatte mennesker. En håndgribelig måde at forbedre indsatsen for nogle af de mest alvorligt psykisk syge er ved at udarbejde en lokal instruks, som gør det enklere at følge vejledningen om behandling med antipsykotiske lægemidler udgivet af Styrelsen for Patientsikkerhed. Vi har udarbejdet en model til en sådan instruks (se bilag 2).

Konklusion

Vores studie viser, at vejledningen fra STPS vedrørende patienter i antipsykotisk medicinsk behandling ikke følges tilstrækkeligt i de fire respektive praksis. Opgørelsen for hele vores patientgruppe viser, at flere patienter bliver screenet for metabolisk syndrom ved andre konsultationer, men at det stadig kun er under halvdelen af patienterne, der følges sufficient. Vi har ikke registreret, hvilke øvrige årskontroller eller konsultationer der er blevet lavet i den patientgruppe, som ikke fik lavet psykiatrisk årskontrol. Dette kunne være interessant for en fremtidig undersøgelse.

Kilder

1. Jibson MD, Marder S et Herman R. Second-generation antipsychotic medications: Pharmacology, administration, and side effects. Uptodate.
2. Perez-Iglesias R, Mata I, Pelayo-Teran JM et al. Glucose and lipid disturbances after 1 year of antipsychotic treatment in a drug-naïve population. *Skizophrenia Research*. 2009;107:115-121.
3. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell AJ et al. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multiple-episode patients with skizophrenia versus general population controls. *World Psychiatry*. 2013;12:240-250.
4. Ono S, Sugai T, Sozuki Y et al. High-density lipoprotein-cholesterol and antipsychotic medication in overweight inpatients with skizophrenia: post-hoc analysis of a Japanese nationwide survey. *BMC Psychiatry*. 2018;18:180.5.
5. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M et al. 2011. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*;199:453-458.
6. Jayatilleke N, Hayes RD, Duttta R et al. Contributions of specific causes of death to lost life expectancy in severe mental illness. *European Psychiatry*. 2017;43:109-115.
7. https://www-uptodate-com.ez.statsbiblioteket.dk:12048/contents/modifiable-risk-factors-for-cardiovascular-disease-in-patients-with-severe-mental-illness?search=modifiable-risk-factors-for-cardiovascular-disease-in-patients-with-severe-mental-illness&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
8. Laursen TM, Munk-Olsen T et Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with skizophrenia. *www.co-psychiatry.com*. 2012;25:83-88.
9. Mustafa S, Joober R, Lepage M et al. Predictors of 'all-cause discontinuation' of oral antipsychotic medication in first episode psychosis. *Skizophrenia Research*. 2018;201:287-293.
10. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser. 2014;Vejledningsnr. 9276.
11. Julie Damgaard Nielsen et al; Helbredsundersøgelse ved psykisk sygdom; Månedsskrift for almen praksis; Nr. 3, Marts 2013
12. Opgørelse ved Lægehuset Banegårdspladsen 6, 8000 Aarhus C
13. Klinisk vejledning for almen praksis: Opsporing og behandling af overvægt hos voksne 1. udgave – 1. oplag © DSAM 2009
14. https://www-uptodate-com.ez.statsbiblioteket.dk:12048/contents/obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation?sectionName=Waist%20circumference&search=waist%20circumference&topicRef=5381&anchor=H8&source=see_link#H8

Bilag 1: Præsentation af praksis

1. Kompagniskabspraksis i en større by, med 4500 patienter. Der er 3 faste læger, 1 uddannelseslæge, 2 sygeplejersker og 2 sekretærer.
2. Kompagniskabspraksis i forstad til større by, med 3400 patienter. Der er 3 faste læger, 1 uddannelseslæge, 2 sygeplejersker og 1 sekretær.
3. Kompagniskabspraksis i forstad til større by, med 3300 patienter. Der er 2 faste læger, 1-2 uddannelseslæger, 1 sygeplejerske, 1 sekretær/ sosuassistent og 4-6 medicinstuderende.
4. Kompagniskabspraksis i landsby, med 4800 patienter. Der er 3 faste læger, 2 uddannelseslæger, 2 sygeplejersker og 2 sekretærer.

Bilag 2: Vejledning til årskontrol af patienter i antipsykotisk behandling

Indkaldelse:

Patienterne findes ud fra ATC koden N05A (XMO) søgning på kendte antipsykotika (Clinea). De indkaldes pr brev, med angivelse af tid hos sygeplejersken i den måned patienten har fødselsdag. Herudover indkaldes patienterne til opfølgning, så snart de afslutter forløb i psykiatrien. Ved manglende kontakt fra patienten foretages en telefonisk opfølgning.

Konsultation ved sygeplejerske:

EKG

BT

Blodprøver (HbA1c, lipider, TSH, hæmatologi, væsketal, levertal)

Vægt + Højde

BMI

Taljeomfang ved BMI <35

KRAM og misbrug

Lungefunktion ved rygning

Individuelt? Fx serumværdier

Konsultation ved læge:

Psykisk status/anamnese

Risikovurdering SCORE

EKG: (Obs vurdering af QTc-interval, QTc >500 = kontakt kardiolog)

Fokuseret objektiv undersøgelse

Medicingennemgang

Intervention:

- livsstil, medicinsk intervention for højt BT, fedme, rygning, DM og kolesterol
- Reduktion eller omlægning antipsykotika

Andre indsatsområder

Forslag til indkaldelse:

Kære xx

Vi skriver til dig, fordi vi gerne vil indkalde dig til en årskontrol. Ved denne årskontrol vil vi gennemgå din medicin, tale med dig om dit helbred og tjeke, om du skal have taget blodprøver. Du vil først blive set af en sygeplejerske og vil efterfølgende få tid til svar hos lægen.

Du har fået tid hos xx d. kl. Hvis tidspunktet ikke passer dig, er du naturligvis velkommen til at ringe og ændre tiden.

Med venlig hilsen

Lægerne

Bilag 3: Forklaring til ICPC koder

ICPC kode P72 dækker over følgende ICD10 diagnoser:

- *P72* Skizofreni uden specifikation
- *P72* Paranoid psykose uden specifikation
- *P72* Psykose, induceret
- *P72* Psykose, skizo-afektiv uden specifikation
- *P72* Skizotypisk sindslidelse

ICPC kode P73 dækker over følgende ICD10 diagnoser:

- *P73* Bipolar affektiv sindslidelse uden specifikation
- *P73* Cyklothymi
- *P73* Manisk enkeltepisode uden specifikation

Bilag 4: Dataoversigt

Patient	Køn	Psyk årskontrol	HgbA1c	Lipider	EKG	BT	BMI	Vægt	Livvidde	Antipsykotika	Diagnose
1	K	+	÷	+	+	+	÷	÷	÷	Abilify	P73
2	M	+	+	+	+	+	+	+	+	Quetiapin	P73
3	M	+	+	+	+	+	+	+	+	Risperidon	P73
4	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Seroquel	P73
5	M	÷	+	+	÷	÷	+	+	÷	Quetiapin	P73
6	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Abilify	P73
7	K	+	+	+	÷	+	+	+	÷	Quetiapin Valproat	P73
8	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Cisordinol Solian	P72
9	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Clozapin	P72
10	K	÷	÷	÷	÷	+	÷	÷	÷	Abilify Quetiapin	P72
11	K	÷	+	+	÷	+	+	+	÷	Risperidon	P72
12	M	+	÷	+	+	+	+	+	÷	Abilify Quetiapin	P72
13	M	÷	+	+	÷	÷	÷	÷	÷	Abilify	P72
14	M	÷	+	+	+	+	÷	÷	÷	Olanzapin	P70
15	M	÷	+	+	+	+	÷	÷	÷	Abilify	P76
16	M	÷	+	+	÷	+	÷	+	÷	Risperdal	P70
17	M	÷	+	+	+	+	÷	÷	÷	Risperidon	?
18	M	÷	÷	÷	÷	+	÷	÷	÷	Risperidon	P70
19	K	÷	+	+	÷	+	+	+	÷	Risperdal	N99
20	M	÷	+	÷	÷	+	÷	÷	÷	Olanzapin	N80
21	K	÷	÷	+	÷	+	÷	÷	÷	Olanzapin	P72
22	M	÷	÷	÷	÷	+	÷	+	÷	Olanzapin	P70 N99
23	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Invega	P72
24	M	+	+	+	+	+	+	+	+	Olanzapin	Z08
25	K	÷	+	+	+	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P80
26	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	-
27	K	÷	+	+	÷	÷	÷	÷	÷	Risperdal	P70
28	M	÷	÷	÷	+	+	+	+	+	Quetiapin	P76
29	M	+	+	+	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P73
30	K	÷	+	+	÷	+	÷	÷	÷	Quetiapin	P79
31	M	÷	+	+	+	+	+	+	+	Quetiapin	P75, P76, P79
32	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P72
33	M	+	÷	+	+	+	+	+	+	Quetiapin	P29
34	K	÷	+	+	+	+	+	+	+	Truxal pn	P01
35	K	+	÷	÷	+	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P01, P76
36	K	+	+	+	+	+	+	+	÷	Risperidon	P72
37	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Olanzapin	P76
38	K	÷	+	+	÷	÷	÷	÷	÷	Risperidon pn	P71
39	M	÷	+	+	+	+	÷	÷	÷	Truxal pn	P73
40	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Truxal pn	P73
41	K	+	÷	+	÷	+	÷	+	÷	Quetiapin	P73
42	M	÷	÷	÷	÷	÷	+	+	+	Quetiapin pn	P80
43	M	÷	÷	+	÷	÷	÷	÷	÷	Olanzapin pn	P73

44	M	÷	+	+	+	+	+	+	÷	Olanzapin	P72
45	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P72
46	K	÷	÷	+	+	÷	÷	÷	÷	Truxal	P73
47	K	÷	÷	+	+	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P74, P76
48	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P80
49	K	÷	÷	+	+	+	+	+	+	Truxal pn	Søvn?
50	K	+	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Olanzapin, Risperdal	P72
51	M	÷	÷	÷	÷	+	÷	÷	÷	Quetiapin pn	P01
52	K	÷	÷	+	+	+	÷	÷	÷	Olanzapin, Cisordinol	P73
53	M	+	÷	÷	+	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P76
54	M	÷	+	+	+	+	+	+	÷	Nozinan	P73
55	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin pn	-
56	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Truxal	-
57	M	+	+	+	+	÷	÷	÷	÷	Olanzapin	P72
58	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P73
59	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P29, P74
60	K	÷	+	+	÷	÷	+	+	÷	Olanzapin	P72
61	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin pn	P73
62	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P76
63	M	+	+	+	+	+	÷	+	÷	Quetiapin	P73
64	K	+	+	+	÷	+	÷	+	÷	Quetiapin	P73
65	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Risperidon	P99
66	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Risperidon	P70, P71
67	M	÷	+	+	+	+	+	+	÷	Quetiapin	P76
68	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P19
69	M	+	+	+	÷	+	+	+	÷	Olanzapin	P72
70	M	÷	+	+	+	÷	÷	÷	÷	Risperidon	P96, P98
71	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Abilify	P22
72	M	+	+	+	+	+	÷	÷	÷	Olanzapin, Truxal	P72
73	K	+	÷	÷	÷	+	÷	÷	÷	Quetiapin	P76
74	M	+	+	+	÷	+	÷	÷	÷	Olanzapin	P73
75	K	÷	+	+	÷	+	÷	+	÷	Zeldox	P72
76	K	÷	÷	÷	+	+	÷	÷	÷	Quetiapin	P74, P80
77	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P74
78	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Olanzapin	P72
79	M	÷	+	÷	÷	+	+	+	÷	Abilify, Quetiapin	P73
80	K	÷	+	+	÷	+	÷	+	÷	Risperidon, Truxal	P72
81	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Seroquel prolong	P81
82	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P85
83	M	+	÷	÷	÷	+	÷	+	÷	Quetiapin	P73
84	K	+	+	÷	÷	÷	+	+	+	Quetiapin	P73
85	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P74, P76
86	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P76
87	M	÷	+	+	+	+	÷	÷	÷	Olanzapin	P72
88	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin, Risperidon	P72

89	K	÷	+	÷	+	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P81
90	K	÷	+	+	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P76
91	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P19
92	K	+	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Trilafon	P72
93	M	÷	+	+	+	+	+	+	÷	Quetiapin	P76
94	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Risperidon	P74, P80
95	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P72
96	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Risperidon	P70, P74
97	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Olanzapin, Risperidon	P85
98	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Cisordinol	P72
99	K	÷	+	+	÷	÷	÷	÷	÷	Nozinan	P74
100	M	÷	+	÷	÷	+	÷	+	÷	Fluanxol	P72
101	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Invega	P72
102	K	÷	+	+	÷	+	÷	÷	÷	Truxal	P80
103	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Risperidon	P74
104	M	+	+	÷	÷	÷	+	+	÷	Rispolept	P72
105	M	÷	+	+	+	+	+	+	÷	Risperidon, Truxal	P72
106	K	÷	+	+	÷	+	÷	÷	÷	Cisordinol	P72
107	K	÷	+	+	+	+	+	+	÷	Truxal, Quetiapin	P73
108	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Abilify, Seroquel pn	-
109	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Risperidon	P70
110	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Abilify	P76
111	M	÷	+	+	+	+	+	+	÷	Risperidon	P98
112	M	÷	+	+	÷	+	÷	+	÷	Zyprexa	P72
113	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Olanzapin	P76
114	M	+	+	+	+	+	÷	÷	÷	Abilify	P85
115	K	÷	+	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Abilify, Truxal	P72
116	K	÷	+	+	÷	+	÷	÷	÷	Olanzapin	P73
117	M	÷	+	+	÷	+	÷	÷	÷	Abilify	P72
118	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Zyprexa	-
119	M	÷	+	÷	÷	+	÷	÷	÷	Zyprexa	-
120	K	÷	+	+	+	+	÷	÷	÷	Risperidon	P98
121	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Abilify	P76
122	K	÷	+	+	÷	+	÷	÷	÷	Risperidon	P73
123	M	÷	+	+	+	÷	+	+	÷	Abilify	P74
124	M	÷	+	+	÷	+	÷	÷	÷	Risperidon	P72
125	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Zyprexa	P73
126	M	÷	+	+	÷	+	÷	÷	÷	Truxal	-
127	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Truxal	P81
128	M	÷	+	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Truxal pn	P76
129	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Truxal pn	-
130	M	÷	+	+	÷	+	÷	+	+	Truxal pn	-
131	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Truxal	P81
132	K	÷	+	+	÷	+	÷	÷	÷	Truxal pn	-
133	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Truxal	P76
134	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Fluanxol	P73
135	K	÷	+	+	+	+	+	+	÷	Orap	P10

136	K	+	÷	÷	÷	+	÷	÷	÷	Quetiapin	P70
137	K	÷	÷	÷	÷	÷	+	+	÷	Quetiapin	P99
138	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P80
139	M	÷	+	+	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P73, P74, P81
140	K	÷	+	÷	+	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P76
141	K	÷	+	+	+	+	÷	+	÷	Quetiapin	P73
142	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P80
143	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin pn	P76
144	M	÷	+	+	÷	+	÷	÷	÷	Quetiapin pn	P73
145	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P76
146	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin pn	P76
147	M	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin, Truxal	P82
148	K	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Quetiapin	P76
149	K	÷	+	+	÷	+	÷	+	÷	Quetiapin	-