



## **Fokuseret høringsnotat for ”Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser”**

Sundhedsstyrelsen sendte den 28. maj 2024 udkast til *Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser* i fokuseret høring hos de parter der har afgivet høringssvar i den offentlige høring med sagsnummer 05-0104-33. Den fokuserede høring af vejledningen varede frem til den 14. juni 2024.

Sundhedsstyrelsen modtog 18 høringssvar fra følgende parter listet i alfabetisk rækkefølge:

- ADHD-foreningen
- Dansk Cardiologisk Selskab
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Sygepleje Selskab
- Danske Psykiatere og Børne-/ungdomspsykiateres Organisation
- Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere
- Lægemiddelindustriforeningen
- Lægemiddelstyrelsen
- Praktiserende Lægers Organisationer
- Region Hovedstaden
- Region Midtjylland
- Region Nordjylland
- Region Syddanmark
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet
- Styrelsen for Patientklager
- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Sundhedsdatastyrelsen

Sundhedsstyrelsen takker for alle bidrag i den fokuserede høring. Vi betragter det som en positiv ting, at der er opmærksomhed omkring behandling med psykofarmaka, og at der er så mange, der har lyst til at bidrage til udviklingen af vejledningen.

Sundhedsstyrelsen har forholdt sig til alle høringssvar og har tilrettet udkastet til vejledningen, hvor det blev vurderet relevant. Sundhedsstyrelsen har efterfølgende sendt den tilrettede version vejledningen til kommentering i arbejdsgruppen og ved Styrelsen for

Patientsikkerhed og yderligere rettet tilsvarende. Dette notat opsummerer hovedlinjerne i høringssvarene, præciseringer og ændringer, som høringssvarene og drøftelserne med arbejdsgruppen og Styrelsen for Patientsikkerhed har givet anledning til.

## ***Vedr. overordnede bekymringer forbundet med kapacitet og flyt af opgaver***

Flere høringssvar ytrer fortsat bekymring om, at der i forbindelse med implementeringen vil ske et større flyt af opgaver fra sekundær sektor til den primære sektor. Sundhedsstyrelsen ønsker fortsat at gøre opmærksom på, at der er tale om mindre ændringer i vejledningens ordlyd. Et eksempel gælder vedligeholdelsesbehandling:

*Vejledningens tidl. rammer: Specialiseret behandling med antidepressiva og lithium i stabile forløb, har ”efter konkret aftale, kunne overgå til egen læge”. Den almen praktiserende læge har ”kunne overtage den fortsatte behandling med antipsykotika, hvis dette sker efter konkret aftale og i samarbejde med speciallægen i psykiatri/BU psykiatri”.*

*Vejledningens nye rammer: Den fortsatte behandling ”kan overgå til anden læge, når patienten, fremstår med hensigtsmæssig respons på iværksatte behandling, ikke forventes at have behov for større medicinændringer i den kommende tid, er bivirkningsscreenet, forventes at kunne indgå i forløb hos overtagende læge og ikke har haft behov for opsøgende indsatser op til overgangen”. Den fortsatte behandling, herunder dosisjustering, bør ske i henhold til plan skitseret i epikrisen.*

Den nye vejledning åbner således op for, at der er bedre muligheder for at ændre i opgavefordelingen, men i sig selv flytter den nye vejledning ikke opgaver. Et sådan flyt vil kun kunne finde sted på baggrund af aftaler mellem relevante parter. Sundhedsstyrelsen vil derudover gerne påpege, at hvis de praktiserende læger i dag varetager opgaver eller er pålagt opgaver via deres overenskomst eller lignende der er i strid med gældende vejledning, så opfordrer vi dem til at gå i dialog med deres arbejdsgiver vedr. overenskomstaftaler. Ultimativt rette henvendelse til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen henviser desuden til høringsnotatet fra den offentlige høring med sagsnummer 05-0104-33, hvor der præsenteres 2023 data indhentet fra Sundhedsdatastyrelsen. Data angiver til orientering, at alment praktiserende læger allerede varetager en stor del af behandlingen med psykofarmaka.

## **Tilføjelser, rettelser og præciseringer**

Der er generelt imødekommet forslag til grammatiske og sproglige formuleringer.

### ***Vedr. 1. Indledning***

Flere høringssvar påpeger, at formuleringen om ”læger med anden erfaring” er for vag en formulering uden definering af, hvem der vurderer, om en læge har ”anden erfaring”.

Sundhedsstyrelsen har på den baggrund, i samråd med Styrelsen for patientsikkerhed, konkretiseret opgaverne i vejledningen som opgave for ”en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer” og har i indledningen tilføjet en definition af begrebet, der inkluderer speciallæger i psykiatri, speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og speciallæger med kompetencer på tilsvarende niveau inden for den pågældende lægemiddelbehandling samt læger der arbejder under supervision af psykiatrisk speciallæge indenfor samme afdeling/klinik i primær eller sekundær sektor (fx læger under uddannelse ansat i psykiatrien). Det er Sundhedsstyrelsens klare indstilling, at lægen selv kan og skal vurdere sine kompetencer inden for behandling med hvert enkelt lægemiddel. Det skal bemærkes, at vurderingen ikke kan udføres som systematisk forhåndsvurdering. I sidste ende vil det være Styrelsen for Patientsikkerhed, der individuelt kan vurdere om en konkret læge har behandlet uretmæssigt.

Én høringspart påpegede, at det er grundlæggende misvisende, at det angives, at kliniske retningslinjer og andre instrukser målrettet sundhedspersoner ikke må fravige præciseringerne i vejledningen, samt angivelse af hvilke læger der ”må” eller er ”forbeholdt” at iværksætte behandling, da en vejledning ikke generelt kan begrænse lægers ordinationsret eller beskrive enhver patients specifikke situation. Sundhedsstyrelsen har valgt at imødekomme dette høringssvar og konsekvent fjernet ”forbeholdt” samt ændret ordlyden igennem hele vejledningen fra ”må” til ”er en opgave for en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer”. Derudover er teksten om kliniske retningslinjer slettet og der er tilføjet et afsnit om fravigelser i vejledningen.

### ***Vedr. 2. Start af behandling***

Flere høringsparter bemærker, at der er visse kombinationer af lægemidler fra samme lægemiddelklasse, der kan være velindiceret. Sundhedsstyrelsen har derfor præciseret til, at der som udgangspunkt ikke bør behandles simultant med flere lægemidler fra samme lægemiddelklasse.

Én høringspart mener at det er misvisende at skrive, at lægen ”i samarbejde med patienten” skal vurdere om der bør iværksættes ikke-medikamentel behandling. Sundhedsstyrelsen har på den baggrund besluttet at ændre ordlyden til ”i samråd med patienten”.

### ***Vedr. 3. Monitorering af bivirkninger og effekt***

Én høringspart beder om præcisering af hvad der forstås ved ”virtuelt”. Virtuelt er i vejledningen blevet ændret og præciseret til ”telefonisk eller via video”.

### ***Vedr. 4. Overgange***

I den fokuserede høringsversion, var det angivet, at ”speciallæge i psykiatri/læge ansat i psykiatrien skal være tilgængelig for sparring og dialog om den konkrete patient”. Med udgangspunkt i ét høringssvar, er det Sundhedsstyrelsens opfattelse at sætningen bliver misforstået og har valgt at ændre formuleringen til, at ”enheder i psykiatrien skal være tilgængelig for sparring og dialog om patienter, der tidligere har haft forløb”.

### ***Vedr. 5. Ophør af behandling***

Med forslag fra ét høringssvar har Sundhedsstyrelsen tilføjet formuleringen ”Lægen bør, hvis patienten ønsker ophør med behandling i en situation, hvor ophør af medicin er uhensigtsmæssigt, informere, rådgive og motivere patienten til fortsat medicinsk

behandling. Hvis patienten efter relevant vejledning fastholder beslutning om ophør af medicin skal lægen oplyse, at det er mod lægens anbefaling, men skal tilbyde hjælp til udtrapning.”.

### ***Vedr. 6.1 Antipsykotiske lægemidler***

Én høringspart påpegede, at afsnit i 6.1 om, at man kan fravige krav om at optage EKG, som led i risikostratificering af patienterne, hvis behandlingen kun vurderes at skulle vare mindre end 4 uger eller ved delirium er problematisk, da risiko for arytmi også vil være til stede når man starter en behandling selvom den er kortvarende og at man ikke altid kan være sikker på behandlingsvarigheden med antipsykotika, hvorved man i så fald ikke vil have udgangsværdi for QTc-målingen, hvis behandlingen skal fortsætte udover 4 uger. Formuleringen i vejledningen er på den baggrund rettet til, at ”EKG skal optages inden start af behandling, og efter nogle få ugers behandling afhængigt af lægemidlet og patientens risikoprofil. Krav om måling af vægt og optagelse af EKG før start af behandling kan fraviges hvis tilstanden vurderes akut og patienten ikke kan kooperere til undersøgelserne.”

Afsnittet om Clozapin er fjernet, da Sundhedsstyrelsen har vurderet udleveringsbestemmelserne begrænser ordination, hvorfor der ikke er behov for at præcisere dette i vejledningen.

### ***Vedr. 6.2 Antidepressive lægemidler***

Én høringspart ønsker, at vejledningen åbner mulighed for iværksættelse af tricykliske antidepressiva i almen praksis, da mange praktiserende læger har erfaring med anvendelse af stofgruppen. Sundhedsstyrelsen har ændret vejledningen, så det fremgår, at behandling med tricykliske antidepressiva er en opgave for en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer, der i vejledningen defineres til også at omfatte læger med kompetencer på tilsvarende niveau inden for den pågældende lægemiddelbehandling.

Én høringspart mener, at det bør specificeres, at der skal være særlig opmærksomhed på øget selvmordsrisiko hos unge med depression. Sundhedsstyrelsen bemærker i den henseende, at som vejledningen angiver, skal der generelt være fokus på selvmordsrisiko – og ikke kun for unge mennesker.

### ***Vedr. 6.3 Litium***

Én høringspart foreslår brug af ”plasma”-koncentrationsmåling frem for ”serum”-koncentrationsmåling, da parten formoder at dette er standardanvendelsen. Sundhedsstyrelsen har ændret vejledningen fra ”serum”-koncentrationsmåling til ”plasma”-koncentrationsmåling.

### ***Vedr. 6.5 Midler til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser***

Tre høringsparter anfægter formuleringen om ”læger med anden erfaring” som en dårligt defineret kategori og er bekymret for tolkningen og stiller spørgsmålstegn ved, hvem der vurderer lægens erfaring. En anden høringspart mener desuden, at en psykiater som minimum bør skrive den første recept. Sundhedsstyrelsen har valgt at ændre formuleringen i afsnittet til at være en opgave for en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer. Sundhedsstyrelsen præcisere som nævnt tidligere, indledningsvist i vejledningen at dette inkluderer: ”speciallæger i psykiatri, speciallæger i børne- og

ungdomspsykiatri og andre speciallæger med kompetencer på tilsvarende niveau inden for den pågældende lægemiddelbehandling samt læger der arbejder under supervision af psykiatrisk speciallæge indenfor samme afdeling/klinik i primær eller sekundær sektor (fx læger under uddannelse ansat i psykiatrien)".

Én høringspart påpeger, at jævnfør Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper for ADHD, er ADHD diagnosen ikke forbeholdt speciallæger i psykiatri, men kan stilles af specialpsykologer i psykiatri og psykologer med specialisering fx neuropsykologi og psykopatologi. Høringsparten beder derfor om, at teksten ændres fra " Hvis patienten tidligere er *diagnosticeret* og behandlet ved speciallæge i psykiatri (...)" til "Hvis patienten tidligere er *behandlet* ved speciallæge i psykiatri (...)". Sundhedsstyrelsen imødekommer hørings svaret og ændrer formulering, så det fremgår, at det kun er nødvendigt at patienten tidligere har været i behandling ved speciallæge i psykiatri. Diagnosen kan dermed tidligere være foretaget af en anden faglighed.

### **Vedr. 7. Behandling af specifikke patientgrupper**

Én høringspart kommenterede, at sætningen "personer med demens skal i udgangspunktet ikke behandles med psykofarmaka" er en gentagelse fra afsnittet 6.1 om antipsykotika. Men at det står bedre i afsnit 6.1, hvor budskabet nuanceres. Sundhedsstyrelsen har med udgangspunkt i dette besluttet at slette sætningen, men at tilføje *demens* i formuleringen om skrøbelige ældre.

## **Ikke imødekommende hørings svar**

### **Generelt**

En stor del af hørings svarene berører emner der ligger uden for vejledningens formål og rammer og imødekommes derfor ikke. De pågældende hørings svarene omtaler tilskuds satsler og tilskuds regler, konsultationslængde, kommunikation mellem sektorer, kapacitetsproblemer, tilgængelighed af lokale fællesskaber, behov for nedbringelse af ventelister, valg mellem præparater, udredning i privat regi der kan øge ulighed i sundhed, udredning for depression, dataopsamling samt databehandling, definition af psykosocial støtte, mulighed for delegation, behandling med psykofarmaka til andre tilstande end psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser (fx tankemylder, søvnproblemer smerter), håndtering af delirium, andre af Sundhedsstyrelsen produkter.

Sundhedsstyrelsen vi gerne tydeliggøre, at vejledningens formål udelukkende er at præcisere rammerne for ordination af psykofarmaka, herunder at sikre patientsikker ordination og opfølgning ved behandling med psykofarmaka til psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser, samt det dertilhørende behandlingssamarbejde på tværs af sektorer. Hørings svar der berører organisering, økonomi og faglige temaer, der ligger uden for vejledningens formål og rammer imødekommes ikke, men kan bringes videre i andre fora.

Hørings svar der berører journalføring imødekommes desuden ikke, da forhold omkring journalisering er beskrevet i journalførings bekendtgørelsen.

Flere hørings svar har fokus på strukturer og behov for non-farmakologisk behandling. Sundhedsstyrelsen anerkender at non-farmakologisk behandling er vigtigt, og at mere

viden om og brug af non-farmakologisk behandling står højt på ønskesedlen hos mange interessenter. Vejledningens formål er dog udelukkende at præcisere rammerne for ordination af psykofarmaka, hvorfor den ikke kan eller skal præcisere nye tilbud/strukturer for non-farmakologisk behandling i regi af kommuner/regioner/almen praksis. Vejledningen understreger, at man altid bør grundigt overveje, hvorvidt der bør iværksættes ikke-medikamentel behandling. Sundhedsstyrelsen bemærker i den henseende, at det, i regi af Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG), ved møde i april 2024 blev besluttet, at den næste DMPG-retningslinje på ADHD-området skal omhandle non-farmakologisk behandling.

Én høringspart udtaler bekymring, set fra patientperspektivet, for at overlade ordination visse lægemidler og forventning om at psykiatrien kan stille både vejledning og henvisningsmulighed til rådighed, set i lyset af den psykiatrimangel der er, urealistisk. Sundhedsstyrelsen påpeger i den henseende, at psykiatrien tidligere har stået til rådighed for henvisninger og rådgivning. Vejledningen ændrer ikke væsentligt ved de opgaver. Hvis regionerne mener de ikke har mulighed for at imødekomme kravene i de tidligere vejledninger. Er det Sundhedsstyrelsens klare forventning, at de tager kontakt, så der kan findes en løsning. Det er afgørende for Sundhedsstyrelsen at læger kan følge vores vejledninger.

To høringsparter anbefaler at det vurderes, om der kan være en anden proces vedr. krav om fysisk fremmøde ved receptfornyelse for personer med ADHD og det påpeges også at den nye vejledning og Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler nu modsig hinanden. Sundhedsstyrelsen ønsker at understrege, at Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler snarligst vil blive opdateret så indholdet i vejledningerne flugter. Samme høringsparter efterspørger, at vejledningen tager stilling til risiko for afhængighed. Sundhedsstyrelsen ønsker ikke at angive under hvert enkelt lægemiddel i den nærværende vejledning, hvilke der er afhængighedsskabende og bibeholder henvisningen i indledningen til Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

Én høringspart mener, at enhver vejledning bør definere, hvad den omhandlende behandling nærmere er og dermed bør psykofarmaka nærmere defineres i vejledningen. Det er dog Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ikke er behov for at definere psykofarmaka yderligere da det desuden antages, at det vil rejse flere drøftelser, da der ikke er tale om en veldefineret lægemiddelgruppe.

### ***Vedr. 1. Indledning***

Én høringspart mener, at det bør fremgå af vejledningen, at indholdet også gælder for ledelsen og at der derudover påligger ledelsen et ekstra ansvar for at sikre, at de nødvendige skriftlige instrukser for disse medicinske behandlinger er til rådighed, samt fastlægge og instruere om, hvem der har kompetence til at udføre dem på behandlingsstedet. Sundhedsstyrelsen mener ikke, at vejledningen skal præcisere dette. Vejledningens indhold gælder for alle læger, uafhængigt af ledelsesniveau.

Én høringspart mener, at det bør præciseres, hvad der menes med ”psykiatrien”. Sundhedsstyrelsen mener ikke at der er behov for at præcisere, da der er tale om hele psykiatrien og fx ikke kun psykiatriske afdelinger på offentlige sygehuse.

Én høringspart mener, at det bør tydeliggøres, om den pågældende vejledning går forud for vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Sundhedsstyrelsen påpeger i den forbindelse at begge vejledninger skal følges, hvis der ordineres et afhængighedsskabende psykofarmakum. Det skal desuden bemærkes jf. tidligere afsnit, hvor Sundhedsstyrelsen understreger, at det er hensigten, at opdatere Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler så indholdet i vejledningerne flugter.

### ***Vedr. 2. Start af behandling***

Én høringspart spørger til, om det bør stå eksplicit i vejledningen, at det kun er specialister der må afvige fra det der anbefales i produktresumeeerne – med henvisning til den tidligere vejledning. Sundhedsstyrelsen påpeger i den henseende, at man ikke kan begrænse lægers ordinationsret og at de må behandle off-label ud fra en individuel konkret vurdering.

### ***3. Vedr. Monitorering af bivirkninger og effekt***

Én høringspart efterspørger skærpelse af formuleringen om jævne kontroller inden for det første år indtil effekt er opnået. Sundhedsstyrelsen ønsker ikke at skærpe formuleringen yderligere, med udgangspunkt i at bibeholde mulighed for lægens faglige skøn.

### ***Vedr. 4. Overgange***

Én høringspart anbefaler, at det præciseres i vejledningen, at den enkelte læge i primær praksis ikke lever op til omhu og samvittighedsfuldhed, hvis den praktiserende læge afviser at følge patienten med en begrundelse om ikke at besidde de fornødne kompetencer. Sundhedsstyrelsen vil i den henseende gerne tydeliggøre, at en praktiserende læge skal afvise at behandle en patient, hvis de ikke har de nødvendige kompetencer. Samme læge skal være behjælpelig med at finde en løsning ved evt. at henvise til relevant fagperson. At behandle uden nødvendige kompetencer er ikke et udtryk for omhu og samvittighedsfuldhed.

To høringsparter ønsker præcisering af, at en patient kan afsluttes i psykiatrien, hvis patienten undgår kontakt, udebliver fra konsultation mv. Dette selvom patienten ikke lever op til kravene om forventeligt at kunne indgå i forløb hos egen læge. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at den beskrevne situation falder under situationer, hvor der kan foretages en afvigelse fra vejledningen. En sådan afvigelse skal dog som med alle andre enkelttilfælde, hvor der ud fra en konkret vurdering afviges fra vejledningen være en særlig grund for dette, og begrundelsen skal journalføres og fremgå af behandlingsplanen.

### ***Vedr. 6.1 Antipsykotiske lægemidler***

Én høringspart mener, at der ikke bør ske udvidelse af psykiatriens målgruppe på baggrund af behandling iværksat i almen praksis. Høringsparten forudser, at det ikke er hensigtsmæssigt, hvis patienter henvises til sygehuspsykiatrien, eventuelt på uklar indikation, alene begrundet i en vurdering af om der "forventes" en behandlingsvarighed på mere end 4 uger. Sundhedsstyrelsen vurderer ikke, at der er behov for præcisering i vejledningen, da det er god klinisk praksis, at henvisninger altid bør indeholde symptomer og psykopatologi. Sundhedsstyrelsen mener desuden ikke, at den aktuelle formulering udvider psykiatriens målgruppe sammenlignet med de nuværende vejledninger og praksis.

Én høringspart vurderer, at privatpraktiserende psykiatere bør have en rolle, før hospitalspsykiatrien eventuelt inddrages, i tilfælde, hvor der er tale om en patient, der skal være i behandling ud over 3 måneder. Sundhedsstyrelsen vurderer derfor, at høringssvaret bygger på en mulig misforståelse. Sundhedsstyrelsen ønsker i den forbindelse at understrege, at hver gang vejledningen nævner enhed i psykiatrien, er der både tale om privatpraktiserende psykiatere og hospitalspsykiatrien. Samme høringspart mener, at det bør være muligt for almen praksis at fortsætte behandling af en ikke-kompleks patient ud over 3 måneder efter konference med en speciallæge i psykiatri. Sundhedsstyrelsen er ikke enig i dette, hvorfor høringssvar ikke har givet anledning til ændringer i vejledningen.

Fire høringsparter beskriver brug af lavdosis Quetiapin givet ved tankemylder og/eller søvnbesvær, og mener, at det vil være problematisk at det er beskrevet i vejledningen, at ved behov for fortsat behandling i mere end 3 måneder skal patienten henvises til psykiatrien. Tankemylder og søvnbesvær er uden for vejledningens rammer, der beskriver behandling med psykofarmaka til psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser. Sundhedsstyrelsen vil dog i den henseende påpege, at der i de tre høringssvar er tale om off-label behandling samt, der ikke forelægger anbefalinger om at bruge lavdosis antipsykotika til behandling over 4 uger. Sundhedsstyrelsen kender ikke til nationale anbefalinger der understøtter den beskrevne praksis. Sundhedsstyrelsen har derfor valgt ikke at præcisere dette i vejledningen.

Én høringspart mener, at det er uklart hvilken indikation og patientgruppe, ud over delir og evt. adfærdsforstyrrelse, der kan have en forventet behandlingsvarighed under 4 uger, hvormed det foreslås at det fremhæves tydeligere. Dertil undrer høringsparten sig over, at der kun skal foretages EKG før og kort efter opstart, samt at der ikke anbefales blodprøver før og undervejs i behandling, særligt da der benævnes opfølgning i forhold til vægt ved behandling udover 3 måneder med inklusion af lipider og påpeger, at en lipidmåling er svær at følge, såfremt der ikke er et udgangspunkt. Sundhedsstyrelsen har valgt kun at præcisere et minimum af undersøgelser for at bibeholde lægens faglige skøn og råderum. Vejledningen skal ikke fungere som behandlingsvejledning, og præciserer udelukkende et universelt minimum for undersøgelser. I mange tilfælde vil yderligere undersøgelser være indiceret. Hertil anbefales lægen at orientere sig i behandlingsvejledninger fra faglige selskaber og organisationer samt lægemidlernes produktresuméer.

Én høringspart mener at anbefalingen om håndtering af delirium mangler klare retningslinjer for, hvad der er muligt i almen praksis. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ikke er behov for yderligere uddybning i vejledningen end den der fremgår af afsnit 6.1.

### ***Vedr. 6.2 Antidepressive lægemidler***

Én høringspart udtrykker bekymring ved, at det kun er psykiatere der må opstarte antidepressiv medicin ved bipolar sygdom samt antiepileptisk medicin mod psykiske lidelser, med henblik på kapacitetsmæssige flaskehalse og forsinkelse af iværksættelse af gavnlig behandling. Sundhedsstyrelsen bemærker i den henseende, at det er arbejdsgruppens ønske, at opstart af antidepressiv medicin ved bipolar sygdom samt antiepileptisk medicin mod psykiske lidelser forbliver en opgave for en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer.



Én høringspart bemærker, at det kan skabe udfordringer for patienter, med depressioner og angsttilstande, der kræver hurtigere vurdering og indsats ved speciallæge i psykiatri, at vejledningen specificerer, at læger skal forsøge to behandlingsforsøg med tilstrækkelig dosis og varighed, før konferering med en speciallæge i psykiatri kan komme på tale. Sundhedsstyrelsen skal i den forbindelse klarlægge, at vejledningen angiver, at lægen er påkrævet at viderehenvise, hvis der er to fejlslagne behandlingsforsøg og at der ikke er krav til, at lægen udfører to forsøg og at lægen kan henvise tidligere, hvis der vurderes behov for det.

### ***Vedr. 6.5 Midler til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser***

Én høringspart undrer sig over, at det nyeste udkast af vejledningen igen strammer forholdene vedrørende opstart af behandling med lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelser, sammenlignet med den første høringsversion af vejledningen, der åbnede op for opstart af behandling. Høringsparten argumenterer i den forbindelse, at stigende sygdomsbyrde, de lange ventetider til udredning og behandling samt det politiske fokus på at forbedre forholdene for mennesker med psykiske lidelser, er afgørende, at almen praksis i langt højere grad får en aktiv rolle i forhold til opstart og behandling af mennesker med hyperkinetiske forstyrrelser. Høringsparten foreslår desuden, at det tilføjes, at ”anden læge kan overtage den fortsatte behandling og dosisjustering ift. plan skitseret i epikrise eller ved konference med speciallæge i psykiatri og læger ansat i psykiatrien i at behandle med disse lægemidler”. Sundhedsstyrelsen har på baggrund af alle hørings svar fra den offentlige høring lavet en samlet vurdering af bekymringerne og besluttet, at midler til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser er en opgave for en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer, hvor der i den forbindelse menes ”speciallæger i psykiatri, speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og andre speciallæger med kompetencer på tilsvarende niveau inden for den pågældende lægemiddelbehandling. Samt læger der arbejder under supervision af psykiatrisk speciallæge indenfor samme afdeling/klinik i primær eller sekundær sektor (fx læger under uddannelse ansat i psykiatrien)”. Flere høringspartere har tidligere understreget, at man med et større kompetenceløft i almen praksis vil kunne varetage behandlingen af patienter med hyperkinetiske forstyrrelser.

Én høringspart mener, at afsnittet er meget sparsomt beskrevet modsat de andre ift. krav om opstart og opfølgning og at en beskrivelse af opfølgning med fysisk kontakt indenfor for 3 måneder kan være relevant ift. klinisk indtryk, såvel som opfølgning af bivirkninger og evt. misbrugsrisiko. Sundhedsstyrelsen påpeger i den forbindelse, at en patient i behandling med lægemidler mod hyperkinetiske forstyrrelser er også omfattet af afsnit 3, der præciserer monitorering, og hvor der bl.a. er beskrevet, at der skal foretages en opfølgende samtale inden for en relevant tidsramme. Den enkelte læge må ud fra sit klinisk skøn afgøre, hvor ofte en opfølgning skal foretages.

### ***Vedr. 6.6 Benzodiazepiner***

Én høringspart mener at afsnittet om benzodiazepiner skærper reglerne i Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler ved at kun en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer kan udskrive langvarig behandling. Sundhedsstyrelsen mener ikke, at der er tale om en skærpelse, og den nuværende formulering støttes af arbejdsgruppen.

***Vedr. 6.7 Antiepileptika***

Én høringspart foreslår, at egen læge også skal kunne behandle periodisk depression med Lamotrigin. Der er sundhedsstyrelsens vurdering, at iværksættelse af lamotrigen til psykiske lidelser er en opgave for en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer. Anden læge kan overtage den fortsatte behandling jf. afsnit 4.