



## Høringsnotat

Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser har været i bred offentlig høring i perioden 21. marts 2024 til 18. april 2024. Vejledningen skal fremadrettet erstatte *Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser* og *Vejledning om behandling af voksne med anti-depressive lægemidler*.

Sundhedsstyrelsen har modtaget 30 høringssvar til vejledningen fra nedenstående parter, listet i indkommen rækkefølge:

- Thorsten Schumann, ledende overlæge på børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium
- Kommunernes Landsforening
- Bedre Psykiatri
- Lægemiddelstyrelsen
- Janne Unkerskov, praktiserende læge og medicinkonsulent KAP-H
- Danmarks Apotekerforening
- Alzheimerforeningen
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk bestyrelse
- Sundhedsdatastyrelsen
- Faglige Selskab for Psykiatriske sygeplejersker og DASYS
- Danmarks Farmaceutiske Selskab
- Praktiserende Lægers Organisation
- Skizofreniforeningen
- Region Midtjylland
- Styrelsen for Patientklager
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- KAP-H's praksiskonsulentgruppe for psykiatri
- Medborgernes Menneskerettighedskommission
- SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed
- Psykiatrien i Region Nordjylland
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet
- Dansk Psykoterapeutforening
- Dansk Neurologisk Selskab
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Region Syddanmark
- Carsten Pedersen, Lægemiddelkomitéen for almen praksis
- Lægemiddelindustriforeningen

- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Region Hovedstaden
- Region Sjælland

Sundhedsstyrelsen takker for alle bidrag i høringen. 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 i samarbejde med arbejdsgruppen justeret vejledningen, hvor det blev vurderet relevant. I dette dokument opsummeres hovedlinjerne i høringssvarene, præciseringer og ændringer, som høringssvarene har givet anledning til.

De enkelte høringssvar og dette sammenfattende notat er offentliggjort på Høringsportalen. Se mere på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, hvor der bl.a. er et direkte link til materialet.

## Hovedlinjerne i høringssvarene

### Afslutning af patienter i psykiatrien til almen praksis

I høringssvarene er der en generel opbakning til at alment praktiserende læger kan overtage en del opgaver fra psykiatrien. Dog mener flere, at det er problematisk at flytte større dele af behandling med psykofarmaka til almen praksis, som de mener er alvorligt udfordret på kapacitet, lægemangel, udbrændthed og ikke har de fornødne kompetencer og rammer hertil.

I høringssvarene påpeges det dog, at de praktiserende læger tidligere har modtaget en omfangsrig specialistopgave med succes, nemlig behandlingen af patienter med KOL og diabetes i 2018, som skete efter gennemarbejdede aftaler herunder vedr. ændringer i overenskomsten. Disse aftaler tog hensyn til uddannelse, kapacitet, overgange, snitflader, uddelegering til personale, honorering og konference med specialister.

Sundhedsstyrelsen (SST) ønsker at slå fast, at vejledningen i sig selv ikke flytter hverken opgaver eller patienter fra psykiatrien til almen praksis. Implementering af vejledningen kræver igangsættelse af initiativer fra andre aktører fx ændring af aftaler, overenskomster og anden lovgivningstekst. SST ønsker dog ikke, at vejledningen skal udgøre en barriere for at sådanne aftaler kan indgås.

SST har ifm. udarbejdelsen af vejledningen indhentet data fra Sundhedsdatastyrelsen om behandling af voksne med psykofarmaka i 2023. Dette data giver indsigt i, hvor mange voksne der er i behandling med psykofarmaka, herunder hvilken type læge der har ordineret det. Det fremgår bl.a. af Tabel A, at alment praktiserende læger allerede varetager en stor del af behandlingen med psykofarmaka (se bilag for yderligere data).

Tabel A: Antal indløste recepter på psykofarmaka opgjort på ordinerende lægetype i 2023

Lægemiddelgruppe*	Lægetype**	Antal recepter	Andel i pct.
<b>Adhd</b>	Almen praktiserende læge	<b>256.895</b>	49,7
	Andre praktiserende speciallæger	<b>1.069</b>	0,2
	Andet speciale offentligt hospital	<b>3.403</b>	0,7
	Psykiatri offentligt hospital	<b>83.401</b>	16,1

	Privatpraktiserende psykiater	125.552	24,3
	Ukendt	46.199	8,9
	I alt	516.519	100
<b>Antidepressiv</b>	Almen praktiserende læge	1.842.744	85,0
	Andre praktiserende speciallæger	12.007	0,6
	Andet speciale offentligt hospital	45.276	2,1
	Psykiatri offentligt hospital	130.072	6,0
	privatpraktiserende psykiater	87.990	4,1
	Ukendt	48.841	2,3
	I alt	2.166.930	100
<b>Antipsykotika</b>	Almen praktiserende læge	568.119	67,5
	Andre praktiserende speciallæger	1.928	0,2
	Andet speciale offentligt hospital	15.919	1,9
	Psykiatri offentligt hospital	184.515	21,9
	privatpraktiserende psykiater	33.215	3,9
	Ukendt	38.206	4,5
	I alt	841.902	100
<b>Lithium</b>	Almen praktiserende læge	29.949	49,1
	Andre praktiserende speciallæger	13	0,0
	Andet speciale offentligt hospital	368	0,6
	Psykiatri offentligt hospital	21.912	35,9
	privatpraktiserende psykiater	6.762	11,1
	Ukendt	2.013	3,3
	I alt	61.017	100

Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret d. 15. april 2024.

Note: \* Lægemiddelgrupperne dækker over en række aktive stoffer, der er har forskellige ATC-koder. Disse fremgår af dokumentationen.

\*\*Lægetype er beskrevet i dokumentationen.

### Misforståelse af vejledningens formål og rammer

Det fremgår af flere hørings svar, at der har været uklarhed omkring vejledningens formål og rammer. Flere høringsparter giver udtryk for, at vejledningen angiver rammerne for udredning og diagnosticering af psykiske lidelser, og finder der deraf problematisk, at vejledningen mangler beskrivelse af hvilke kompetencer lægen skal besidde for at kunne varetage dette og rammerne herfor. Dette er dog en misforståelse, da vejledningens formål udelukkende er at sikre rammerne omkring behandling herunder at sikre patientsikker ordination og opfølgning ved behandling med psykofarmaka samt det dertilhørende behandlingssamarbejde på tværs af sektorer. Formålet med vejledningen har på intet tidspunkt været, at angive hvem der må udrede og diagnosticerer, samt beskrive hvilke kompetencer dette kræver.

### Snitflader til Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler

Flere er kommet med forslag til rettelser til Sundhedsstyrelsens *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler*. Enkelte har derudover pointeret, at vejledningerne vil være modstridende, hvis man bibeholder ændringerne i det nuværende udkast til den reviderede vej-

ledning. SST ønsker at understrege, at det er vores hensigt, at rette *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler* til, så indholdet i vejledningerne flugter.

#### Konferering mellem almen praksis og psykiatri

Høringsparterne er uenige om, hvornår der er behov for konferering mellem almen praksis og psykiatrien. Nogle mener at vejledningen opsætter for stramme krav til, hvornår læger bør konferere med en specialist, mens andre mener, at der bør sættes krav til konferering i endnu flere situationer. En høringspart mener, at der slet ikke er kapacitet i psykiatrien, til at stå til rådighed for konferering med almen praksis – selvom dette også var et krav i de tidligere vejledninger.

#### Krav til monitorering

Enkelte høringsparter har kommenteret på krav til monitorering og spurgt til, hvorvidt de detaljerede krav til monitorering af bivirkninger, bl.a. ift. screening for metabolisk syndrom, i tidligere vejledninger frafalder. SST ønsker at understrege, at indholdet af de tidligere vejledninger ikke vil være gældende, når den reviderede vejledning træder i kraft. Nogle høringsparter mener, at der generelt er for få krav i den reviderede vejledning, mens andre mener der er for mange krav. SST har i den nye vejledning valgt at opsætte færre og mindre detaljerede krav til monitorering af bivirkninger sammenlignet med de tidligere vejledninger, så der fremover vil være bedre plads til at lave individuelle og patientcentrerede vurderinger afhængigt af patientens risikoprofil. Den reviderede vejledning indeholder dog stadig enkelte minimumskrav til monitorering. En mere detaljeret beskrivelse af monitorering bør fremgå i de kliniske retningslinjer på området eller andre kliniske opslagsværker fx Lægehåndbogen. Derudover kan der også fremgår monitoreringsanbefalinger i de enkelte lægemidlers produktinformationer.

#### Behandling med antidepressive lægemidler af unge mellem 18-24 år med depression

Kravet i den gamle vejledning om, at opstart af behandling af de 18-24-årige med antidepressive lægemidler ved behandling af depression, skal ske ved en speciallæge i psykiatri frafalder. Der er generel positiv opbakning til dette.

#### Behandling af demens

Nogle høringsparter mener det er uklart, hvorfor vi har valgt af præcisere omhu og samvittighedsfuldhed ved behandling med psykofarmaka hos personer med demens, mens andre høringsparter mener at der i langt højere grad skal fremgå et skærpet fokus på behandling denne patientgruppe. SST ønsker at bibeholde et øget fokus på personer med demens, da der historisk har været en udfordring med uhensigtsmæssig medicinering forbundet med netop denne gruppe. Derfor ses stadig et behov for at præcisere forhold.

## **Rettelser og præciseringer**

#### Præcisering af, at vejledningen ikke beskriver krav til kompetencer og rammerne for udredning

Vi har vejledningens indledning præciseret, at vejledningen ikke beskriver forhold vedr. udredning og diagnostik for psykiske lidelser. Derudover har vi pointeret, at den enkelte læge og sundhedsperson har ansvaret for at vurdere, hvorvidt de er i besiddelse af de nødvendige faglige kompetencer til at varetage behandling med psykofarmaka, og hvis ikke, at vedkommende henviser til relevant fagperson hermed.

#### Opstart af behandling med lægemidler mod hyperkinetisk forstyrrelse

Enkelte høringsparter er positive overfor, at alle læger herunder læger ansat i almen praksis vil kunne opstarte behandling med lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelser. Langt størstedelen af høringsparter har dog udtrykt bekymring for at åbne op for en tidligere specialistopgave grundet almen praksis' manglende kapacitet, viden og erfaringer på området. Vi har derfor valgt at ændre vejledningen, så opstart af behandling med lægemidler mod hyperkinetisk forstyrrelse fortsat kun skal varetages af speciallæger i psykiatri og læger med særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler, medmindre der er tale om en patient der tidligere er diagnosticeret og behandlet ved speciallæge i psykiatri, og hvor der foreligger en plan i tidligere epikrise. Anden læge kan overtage den fortsatte behandling og optitrering iht. plan i epikrise.

#### Behandling med antipsykotiske lægemidler

Flere høringsparter har udtrykt bekymring for, at ordination af antipsykotisk medicin af andre læger end speciallæger ikke længere er en "undtagelse" som i gældende vejledning, og at alle læger kan sætte patienter i længerevarende behandling blot ved at konferere med en speciallæge i psykiatri. De mener bl.a. at almen praksis mangler viden og erfaringer på området. Andre høringsparter mener, at vejledningen er for restriktiv ift. at andre læger end speciallæger i psykiatri som udgangspunkt kun må opstarte behandling, når behandlingens varighed forventes kortere end fire uger, og ønsker at dette forlænges til minimum tre måneder.

SST har på baggrund af hørings svarene besluttet, at holde fast i at alle læger kan opstarte antipsykotisk behandling som forventes at vare under fire uger, men at patienten skal henvises til psykiatrien ved behov for behandling der indledningsvist vurderes til at vare mere end tre måneder. Derudover fremgår det nu af vejledning, hvilke typer patienter der kan overgå til behandlingsforløb i almen praksis, mhp. at sikre at de patienter med alvorlige og komplicerede psykiske lidelser fortsat behandles af speciallæge i psykiatri.

En høringspart har yderligere udtrykt ønske om, at patienter i behandling med antipsykotiske lægemidler ikke kan afsluttes uden at der foreligger en konkret aftale, hvilket fremgik af den tidligere vejledning. Arbejdsgruppen har dog givet udtryk for, at det rent praktisk ikke er muligt i den kliniske hverdag at lave disse aftaler samt at det nye revideret krav til hvornår en patient kan afsluttes er mere entydige, fx at lægen vurderer at patienten kan indgå i et behandlingsforløb hos overtagende læge. Af denne årsag, har vi valgt at fjerne dette krav.

#### Definition af hvornår den fortsatte behandling kan overgå til andet regi

Vi har på baggrund af flere hørings svar valgt at definere, hvornår den fortsatte behandling af en patient kan overgå til andet regi. Dette fremgår nu af afsnittet om overgange og understreger, at dette kan ske, 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 almen praksis.
- Ikke har haft behov for opsøgende indsatser op til overgangen.

#### Behandling med clozapin er fortsat specialistbehandling

Det fremgik af høringsudkastet, at "Opstart af behandling med clozapin skal varetages af speciallæge i psykiatri. Anden læge kan overtage den fortsatte behandling med clozapin jf. afsnit

4 om overgange". En høringspart har meddelt, at det er relevant at flytte behandling hermed til almen praksis, mens flere høringsparter har pointeret, at behandlingen ikke bør kunne overtages af anden læge. SST har derfor valgt at behandling med clozapin fortsat skal være en specialisstopgave.

#### Fravalg af og forsinkelse ved ikke-medikamentel behandling

En høringspart har bemærket, at vurderingen af behovet for ikke-medikamentel behandling ikke må forsinke nødvendig iværksættelse af behandling med psykofarmaka. Vi har i den forbindelse indsat sætningen: *"Vurderingen må ikke forsinke nødvendig iværksættelse af medikamentel behandling"*. Derudover har en høringspart pointeret, at det skal præciseres, at patienten skal kunne vælge ikke-medikamentel behandling fra, hvis patienten ikke ønsker andet end medikamentel behandling. Vi har valgt at imødekomme dette med følgende sætning: *"Før start af behandling med psykofarmaka skal lægen i samarbejde med patienten altid grundigt vurdere, om der bør iværksettes ikke-medikamentel behandling, herunder type, omfang, varighed m.v."*

#### Præcisering af hvem vejledningen henvender sig til

En høringspart henstillede til, at vejledningens formuleringer er i overensstemmelse med de almindelige lovbundne regler om titelbeskyttelse for speciallæger. Vi har derfor rettet præcisionen i indledningen til følgende: *"Når vejledningen angiver speciallæger i psykiatri eller læger ansat i psykiatrien, menes der både speciallæger i psykiatri og de læger, der arbejder indenfor samme afdeling/klinik i primær eller sekundær sektor, fx læger under uddannelse ansat i psykiatrien."* og tilføjet *"og læger ansat i psykiatrien"* efter hver gang der står *"speciallæger i psykiatri"*.

Vi har på baggrund af et hørings svar præciseret, at vejledningen også henvender sig til speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og de læger, der arbejder indenfor samme afdeling/klinik i primær eller sekundær sektor, der varetager behandling af personer i målgruppen for denne vejledning, dvs. personer der er fyldt 18 år.

#### Simultan behandling med flere psykofarmaka fra samme lægemiddelklasse

En høringspart synes det er uklart, hvem der skal konferere med hvem ved simultan behandling med flere psykofarmaka fra samme lægemiddelklasse. Vi har derfor præciseret, at læger i alle specialer skal konferere/sparre med speciallæge i psykiatri eller læge ansat i psykiatrien for en vurdering, som skal indgå i beslutningen omkring den fortsatte behandling.

En anden høringspart har pointeret, at der i en overgangsperiode ved skift mellem præparater kan være behov for at behandle med flere psykofarmaka inden for samme lægemiddelklasse simultant. Vi har derfor indsat følgende: *"undtagelsesvist ved skift af præparat"* i afsnittet.

#### Ændringer og tilføjelse til afsnit om behandling af personer med demens

En høringspart har ønsket, at vejledningen opfordrer til at iværksætte psykosocial indsats ved behandling af demens, samt indskærpe at behandling af personer med demens med antipsykotika skal vare så kort tid som muligt, oftest få dage og som hovedregel under 2 uger. Ligeledes har de ønsket, at sætningen om behandling med antipsykotika ændres, så den bliver mindre retorisk voldsom. En anden høringspart har ønsket, at vejledningen præciserer, at personer med demens i udgangspunktet ikke skal behandles med psykofarmaka. Vi har valgt at imødekomme disse forslag.

#### Brug af ordet risikoprofil

En høringspart synes det er uklart, om vi mener patienten eller lægemidlets risikoprofil, hvorfor vi har valgt at præcisere dette i vejledningen.

#### Krav til dokumentation

To høringsparter har ønsket, at vi fjerner nogle af kravene til dokumentation i forbindelse udarbejdelse af plan for behandling. Vi har valgt at imødekomme dette, ved at fjerne nogle krav ift. dokumentation. Derudover har vi omformuleret sætningen: *"Planen skal indeholde:"* til *"Detaljeringsgraden af patientjournalen afhænger af behandlingens karakter"*.

#### Ophør af behandling

En høringspart mener, at afsnittet om ophør af behandling lægger op til, at ophør kun kan ske efter lægens ønske, men at læger også bør understøtte ophør, hvis dette er et stærkt ønske fra patienten. Dette bl.a. for at undgå uhensigtsmæssige eller sundhedsfarlige udtrappingsforløb. Vi har derfor tilføjet sætningen: *"Lægen bør, hvis patienten ønsker ophør med behandling, ligeledes tilbyde hjælp hertil"*.

#### Måling af vægt ved behandlingsopstart med antipsykotiske lægemidler

To høringsparter har angivet, at det ikke altid er muligt/relevant, at veje en patient forud for opstart af behandling med antipsykotiske lægemidler. Vi har derfor indsat *"som udgangspunkt"* i kravet hertil og indsat sætningen: *"Krav om måling af vægt og optagelse af EKG før start af behandling kan fx fraviges ved behandling med forventet varighed under fire uger eller på indikationen delirium."*

#### Behandling med benzodiazepiner

En høringspart har angivet, at det ikke fremgår tydeligt af vejledningen, hvilken læge der må behandle med benzodiazepiner, hvorfor vi har indsat følgende sætning: *"Behandling med benzodiazepiner er som udgangspunkt ikke forbeholdt en bestemt type speciallæge"*.

#### Udredning over to samtaler forud for behandling med antidepressive lægemidler

En høringspart har stillet spørgsmålstejn ved, om de to udredende samtaler forud for behandling med antidepressive lægemidler skal være ved fysisk fremmøde, mens andre har pointeret, at dette ligger uden for vejledningens formål eller at der kan være behov for medikamentel behandling allerede efter første samtale. SST er enige i, at dette ligger uden for vejledningens formål. Vi har derfor valgt at fjerne denne sætning.

#### Definition af skrøbelig ældre patient

En høringspart har ønsket en mere præcis beskrivelse af, hvad der menes med "skrøbelig ældre patient". Vi har derfor præciseret, at det fx kan være ældre med multisygdom eller nedsat funktionsniveau.

#### Opstart ændret til start

En høringspart har ønsket at opstart konsekvent ændres til start, hvilket vi har valgt at imødekomme.

## **Hørings svar der ikke har medført ændringer**

#### Øget risiko for selvmord blandt unge ved opstart af antidepressive lægemidler

Enkelte høringsparter har forslået, at det af vejledningen fremgår, at lægen skal have skærpet opmærksomhed på øget risiko for selvmord ved opstart af behandling af unge i alderen 18-25 år med antidepressive lægemidler. Vi har valgt ikke at imødekomme denne tilføjelse, da det allerede af vejledningen fremgår, at lægen løbende skal vurdere og journalføre patientens selvmordsrisiko, særligt ifm. opstart af behandling (uanset patientens alder og type psykofarmaka). Ligeledes fremgår det allerede af vejledningens afsnit om antidepressive lægemidler, at lægen skal være opmærksom på, at risikoen for selvmord kan være øget i opstartsfasen, eller når der er begyndende bedring.

#### Behandling af andre sygdomme og tilstande end psykiske lidelser

Enkelte høringsparter har ønsket det præciseret i de enkelte afsnit, om der er tale om behandling af psykiske lidelser eller andre tilstande/sygdomme fx Parkinson, epilepsi og smerter. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da det i vejledningens indledning er præciseret, at vejledningen kun definerer rammerne ved behandling af psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

#### Ikke-medikamentel behandling

Enkelte høringsparter har ønsket, at vejledningen i højere grad skal beskrive rammerne for ikke-medikamentel behandling. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da det går ud over vejledningens formål, som er at præcisere rammerne for ordination af psykofarmaka.

I vejledningens er det præciseret, at det skal vurderes, om der bør iværksættes ikke-medikamentel behandling, herunder type, omfang, varighed mv., og at behandling med psykofarmaka bør suppleres af relevant ikke-medikamentel behandling og tiltag, fx samtaleterapi, og livsstilsinterventioner og psykosocial indsats.

En høringspart har bemærket, at almen praksis ikke kan tilbyde ikke-medikamentel behandling i relevant omfang. I denne sammenhæng skal vi understrege, at det ikke er et nyt krav, at lægen skal tilbyde ikke-medikamentel behandling forud for eller som supplement til psykofarmaka. Derudover ønsker vi at påpege, at forholdene omkring at de praktiserende læger ikke har adgang til ikke-medikamentelle behandlingsalternativer er et område, der falder uden for SST's mandat og skal imødekommes gennem aftaler udarbejdet af andre parter. Sundhedsstyrelsen har en forventning om at sundhedsvæsenets driftsherrer tilrettelægger det således at sundhedspersoner kan følge Sundhedsstyrelsens vejledninger og anbefalinger.

#### Forebyggelse af psykisk lidelse

Enkelte høringsparter har ønsket, at vejledningen i højere grad skal beskrive rammerne for forebyggelse af psykisk lidelse. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da det går ud over vejledningens formål, som er at præcisere rammerne for ordination af psykofarmaka.

#### Støtte til pårørende og netværk

En høringspart har ønsket, at vejledningen i højere grad skal beskrive rammerne for støtte til pårørende og netværk. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da det går ud over vejledningens formål, som er at præcisere rammerne for ordination af psykofarmaka.

#### Ligeværdigt samarbejde mellem læge, patient og pårørende

En høringspart mener, at vejledningen i højere grad skal angive, hvordan behandlingen sker som ligeværdigt samarbejde mellem læge, patient og pårørende. Vi mener at vejledningen allerede angiver minimumsstranden for, hvordan patient og pårørende skal inddrages i behandlingen.

#### Præcisering af hvordan, af hvem og hvornår ifm. varighed, nedtrapning og udtrapning



En høringspart har ønsket, at vejledningen i højere grad præcisere hvordan nedtrapning og udtrapning af psykofarmaka skal foregå herunder hvem og hvornår, det bør faciliteres. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da vi mener at det er en detaljegrad, der går uden for vejledningens formål og i stedet bør præciseres i kliniske behandlingsvejledninger udarbejdet af f.eks. de faglige selskaber.

#### To afprøvede behandlingsforsøg med antidepressive lægemidler

En høringspart har påtalt, at hvis de *”to behandlingsforsøg med tilstrækkelig dosis og varighed har været forsøgt uden tilfredsstillende virkning”* (afsnit 6.2 om antidepressive lægemidler) skal have ligget inden for en bestemt tidshorisont, skal dette præciseres. En anden høringspart mener, at det ikke er tilstrækkeligt, at lægen konfererer med en speciallæge i psykiatri om den videre behandling, og mener i stedet at patienten bør henvises til speciallæge i psykiatri. Vi har valgt ikke at imødekomme disse to forslag. Vi mener ikke at kunne angive en specifik tidsramme for, hvornår behandlingsforsøgene skal være foretaget. Derudover forventer vi, at lægen i forbindelse med og undervejs ved konferering med speciallæge i psykiatri vurderer, om der er behov for henvisning.

#### Diskrimination og menneskerettighedskrænkelser

En enkelt høringspart har pointeret, at vejledningen bør formuleres iht. vejledning *”Mental health, human rights and legislation: guidance and practice”* af WHO og FN fra 2023 som beskriver, hvordan lande skal formulere deres lovgivning mhp. at sikre befolkningens mentale sundhed uden diskrimination og menneskerettighedskrænkelser. Vi mener, at vejledningen i sin nuværende form, og inden for vejledningens formål, i høj grad er formuleret iht. WHO og FN's vejledning, hvorfor dette høringssvar ikke har medført ændringer.

#### Vejledningens titel

En høringspart har forslået, at vejledningens titel forenkles til *”Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser”*, hvilket vi har valgt ikke at imødekomme, da vejledningen gælder for de lidelser, der hører under ICD-10 om psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.

#### Etikettering

En høringspart mener, at *”antipsykotika”* eller *”midler til behandling af hyperkinetisk forstyrrelse”* ikke er tidssvarende etikettering. Vi har valgt at benytte samme etikettering som andre danske myndigheder, organisationer, selskaber og formidlingskanaler bruger, hvorfor høringssvaret ikke har medført ændringer.

#### Dobbeltdiagnoseproblematik

En høringspart har forslået, at vi præciserer håndtering af dobbeltdiagnoseproblematik under *”særlige patientgrupper*. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da læger der behandler patienter med dobbeltdiagnoser med psykofarmaka skal leve op til samme krav, som læger der behandler patienter med blot en enkelt diagnose. Disse krav er præciseret i vejledningen.

#### Fravigelser fra fysisk konsultation

En høringspart har ønsket, at det uddybes, hvornår det er lægeligt velbegrunder, at fravige krav om fysisk konsultation. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da vi mener at det er op til lægen at lave en konkret vurdering af, hvornår det er velbegrunder.

#### Konferering

En høringspart har ønsket, at vejledning præciserer, at begge parter der har indgået i en konferering skal journalføre dette. Dette imødekommer vi ikke, da lovgivningen vedr. journalføring allerede angiver, at det er den sundhedsperson som opsøger råd og vejledning om patientbehandling hos en anden sundhedsperson, der skal journalføre rådet, hvem det kommer fra og hvilke oplysninger, der er forelagt. Den sundhedsperson der har givet vejledning og råd, har dog mulighed for selv at journalføre rådgivningen, hvis det vurderes nødvendigt.

En anden høringspart har ønsket, at der stilles krav til konferering med speciallæge i praksis i flere tilfælde end allerede angivet. Dette har vi valgt ikke at imødekomme, da vi mener at vejledningen allerede sætter minimumsstandarder herfor.

#### Generelle oplysninger og beskrivelser af god klinisk praksis

En høringspart har givet udtryk for, at vejledningen indeholder mange helt generelle oplysninger og beskrivelser af god klinisk praksis, der ikke er specifikke for ordination af psykofarmaka, og ønsker at den gøres væsentligt kortere. Vi er enig i, at der bør udvises omhu og samvittighedsfuldhed ved ordination af alle typer lægemidler, men vi har valgt at konkretisere det specifikt ifm. ordination af psykofarmaka, hvorfor høringsvaret ikke har medført ændringer.

#### Krav til information og undersøgelser forud for, monitorering af og ophør af behandling

Enkelte høringspart mener, at vi stiller for mange krav til information og undersøgelser før opstart, ved monitorering og ophør af behandling, mens andre mener at vi stiller for få krav hertil. Vi har ikke valgt at imødekomme disse hørings svar, da vi mener, at de opstillede krav er et udtryk for minimumsstandarder for, hvad der udgør omhu og samvittighedsfuldhed ved behandling med psykofarmaka.

#### Særlig påpasselighed ved behandling med benzodiazepiner

Enkelte høringspart har foreslået, at der tilføjes en bemærkning om særlig påpasselighed ved langvarig behandling samt behandling af ældre patienter med demens med benzodiazepiner, pga. risiko for fald, sedation og delirium. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da vi i vejledningen i stedet har valgt at præcisere, at personer med demens i udgangspunktet ikke skal behandles med psykofarmaka.

#### Digital behandling og online konsultationer

En enkelt høringspart har ønsket, at det overlades til patienten at beslutte, om konsultationer skal foregå fysisk eller online, mens en anden høringspart mener, der bør fremgå flere krav til, hvornår konsultationer skal foregå fysisk. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da vi mener at have angivet minimumsstandard for, hvornår konsultationen bør foregå fysisk. Vejledningen kan fraviges ved konkret faglig vurdering.

#### Brugen af: kan, bør, skal og ofte i vejledningen

En høringspart mener, at vi bør ændre brugen af ordet ”ofte” til ”altid”, og at ”kan” og ”bør” skal ændres til ”skal”. Det har vi valgt ikke at imødekomme, da vi mener at have brugt den nødvendige vægtning af ord i de forskellige sammenhænge.

#### Fire uger som en tidsgrænse ved behandling med antipsykotiske lægemidler

En høringspart har ønsket, at det af vejledningen fremgår, at behandling med antipsykotiske lægemidler ved forventet behandlingstid under fire uger kun sker på indikationen ”delir”. Vi mener, at der er andre indikationer, hvor behandling under fire uger kan være relevant, hvorfor høringsvaret ikke har medført ændringer.

En høringspart mener, at det skal angives, at patienter med demens i visse tilfælde skal behandles med antipsykotika udover de 4 uger. Eftersom vejledningen angiver, at der som hovedregel kun skal behandles under 4 uger og at dette kan fraviges i visse tilfælde, hvor det er lægeligt velbegrundet, har høringsvaret ikke givet anledning til ændringer.

En høringspart mener, at alment praktiserende læger skal kunne behandle angsttilstande med antipsykotiske lægemidler udover de 4 uger uden at skulle konferere med speciallæge i psykiatri. Vi har valgt ikke at ændre på denne tidsgrænse, da vi mener at forslaget ikke stemmer overens med andre af sundhedsstyrelsens retningslinjer og god faglig praksis.

#### Præcisering af præparater

En høringspart har ønsket, at vi præciserer hvilke specifikke præparater, der har indikation til behandling af de specifikke psykiske lidelser. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da vejledningen ikke er en behandlingsvejledning.

#### Udleveringsbestemmelser

En høringspart har præciseret udleveringsbestemmelserne ift. de enkelte lægemiddelsgrupper. Vi er bekendte med disse, men har vurderet at der i de konkrete tilfælde er særligt behov for at præcisere, hvornår det tolkes som omhu og samvittighedsfuldhed, at behandlingen er forbeholdt en bestemt type speciallæge.

#### Udeblivelse fra konsultationer

En høringspart har ønsket det uddybet, hvad lægen skal gøre, hvis patienten udebliver fra en konsultation. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da patienters udeblivelse fra konsultationer kan skyldes mange forskellige årsager, hvorfor lægen skal lave en konkret vurdering af behovet for at kontakte patienten og evt. følge op på udeblivelsen. Hvorvidt en læge kan forny patientens recept på et lægemiddel på trods af udeblivelse, afhænger af om der dels er tale om afhængighedsskabende lægemidler og dels om lægen vurderer, at det er omhu og samvittighedsfuldhed at forny uden fysisk fremmøde.

#### Stigmatisering af patienter med psykiske lidelser

En høringspart har bemærket, at det kan virke stigmatiserende af patienter med psykiske lidelser og de læger, der behandler disse, at Sundhedsstyrelsen har følt sig nødsaget til at præcisere omhu og samvittighedsfuldhed i denne behandling. Til dette skal vi bemærke, at vi prioriterer at udarbejde vejledninger på områder, hvor der erfaringsmæssigt kan være risiko for patient-sikkerheden, eller hvor der ud fra en faglig vurdering kan være uhensigtsmæssig variation i den kliniske praksis eller risiko for misbrug. Dette er ræsonnementet for den begrænsede målgruppe.

#### Sederende antihistaminer

En høringspart har bemærket, at det er off-label at bruge sederende antihistaminer til psykisk syge. Der er dog ikke korrekt, eftersom enkelte præparater har indikationen korttidsbehandling af søvnløshed og angst.

#### Samarbejde på tværs af fagligheder

En høringspart har bemærket, at samarbejde på tværs af fagligheder ikke er omtalt i vejledningen, hvilket er korrekt, da det ligger uden for vejledningens formål.

#### Opstart af behandling med TCA

En hørings mener det er problematisk, at tricykliske antidepressiva kun må opstartes speciallæger i psykiatri og læger ansat i psykiatrien. Vi har valgt ikke at imødekomme dette, da der var bred enighed i arbejdsgruppen om at denne behandling bør varetages af en speciallæge i psykiatri og at der i dag er flere alternativer til TCA som bør afprøves inden. Når det sammenholdes med at patienten skal henvises efter to behandlingsforsøg er det ikke relevant at andre læger end speciallæger i psykiatri kan starte TCA til psykiske lidelser.

## **Høringsparters forslag til hvordan vejledningen kan implementeres i praksis**

Flere høringspart er kommet med forslag til indsatser, der kan sikre implementering af vejledningen. Forslagene er listet nedenfor:

### Plan for udrulning af vejledning

Der skal lægges en plan for udrulning over mange år, som sikrer uddannelse, efteruddannelse, lægekapacitet, overgange, tydelige snitflader, uddelegering til personale, honorering og en driftssikker konference med specialister.

### Ikke-medikamentel behandling i almen praksis

Aftaler skal sikre, at de praktiserende læger selv kan tilbyde eller henvise til ikke-medikamentel behandling før opstart af eller som supplement til medikamentel behandling.

### Uddelegering af opgaver til praksispersonale

Det skal sikres, at lægerne kan uddelegere flere opgaver til andet praksispersonale både ved kompetenceløft og indgåelse af aftaler. Det er særligt relevant i forhold til behandling i almen praksis.

### Konference mellem psykiatri og almen praksis

Det skal sikres, at speciallæger i psykiatri kender forholdene i almen praksis og har indsigt i de begrænsninger der er mht. viden/kompetencer og behandlingsmuligheder, der forefindes i almen praksis. Ideelt er der udvalgte speciallæger i psykiatri, der har en opgave med jævnligt at besøge almen praksis for konference om udvalgte patienter.

Der skal sikres klare regler om svartid på korrespondancer fra almen praksis, samt klare aftaler om reel tilgængelighed for praktiserende læger til telefonisk- og videokonference med psykiater.

En optimering af rådgivningsfunktionen mellem almen praksis og psykiatrien er en opgave, der påligger regionerne. Et sådant arbejde initieres for at understøtte de muligheder vejledningen lægger op til i forhold til at flere patienter kan behandles hos deres egen læge.

### Behandlingsvejledninger til almen praksis

Der skal udarbejdes flere behandlingsvejledninger til almen praksis. Hertil skal det tilføjes, at DSAM aktuelt arbejder på vejledning om stress, angst og depression og har planer om at udarbejde vejledning om ADHD hos voksne.

### Specialereform

Den kommende specialereform skal tage højde for, at det almen medicinske speciale skal have nye kompetencer indenfor psykiatri.

### Integrationen af psykoterapeuter i det nære sundhedsvæsen

Der skal sikres integrationen af psykoterapeuter i det nære sundhedsvæsen.

### Involvering af apotekerne i udtrapning

Apotekerne skal tænkes ind som en del af løsningen af ophør og udtrapning af lægemiddelbehandling. Apotekerne kan på baggrund af en plan fra lægen bidrage med monitoreringen af udtrapningen, så det sikres, at patienten udtrappes gradvist og uden større tilbagefald.

### Inspiration fra Den Canadiske model” The Collaborative Mental Health Care Model”

Ved implementering kan der indhentes inspiration af de erfaringer, der er gjort i Canada gennem de sidste 20 år mhp. at etablere en samarbejdsmodel, hvor almen praksis står for at opspore, udrede og behandle patienter med hyperkinetiske forstyrrelser i samarbejde med andre sundhedsprofessionelle faggrupper, så som psykiatere, psykologer m.m.

### Ændring af tilskudsregler

Der skal sikres sammenhæng mellem vejledningen og Lægemiddelstyrelsens tilskudsregler, da det i dag kun er speciallæger i psykiatri, speciallæger børne- og ungdomspsykiatri og neurologi), der kan søge enkelttilskud til et - for den enkelte patient - nyt præparat til behandling af hyperkinetisk forstyrrelse.