



Oversigt over hørings svar til fokuseret høring af Vejledning for behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

Følgende har afgivet hørings svar, listet alfabetisk:

- 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
- Lægemedelindustriforeningen
- Lægemedelstyrelsen
- Praktiserende Lægers Organisationer
- Region Hovedstaden
- Region Midtjylland
- Region Nordjylland
- Region Syddanmark
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet
- Styrelsen for Patientklager
- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Sundhedsdatastyrelsen



HØRINGSSVAR FRA ADHD-FORENINGEN

Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

11. juni 2024

INDLEDNING

Vi har gennemlæst materialet og vil ikke kommentere på den forudgående høringsproces, men rette blikket mod det fremsendte og forudbehandlede materiale på baggrund af første høringsrunde.

ADHD-foreningen gør dog opmærksom på, at vi ikke var inviteret til første runde, hvorfor vores input, erfaring og holdning ikke er medtaget her.

KOMMENTARER

ADHD-foreningen har generel opbakning til, at alment praktiserende læger kan overtage en del af opgaven fra psykiatrien med det i mente, at det skal stille patienterne bedre i forhold til ventetider, faglig sparring og bidrage til nemmere adgang til behandling.

Vi imødekommer, at overdragelse af opgaver til alment praktiserende læger finder sted gradvist og at første trin er som beskrevet i den fremsendte korrigerede vejledning. Vi har fokus på den gradvise overdragelse, da vi vægter vigtigheden af kapacitetsopbygning, vidensopbygning samt relevant kompetenceopbygning.

Vi finder det særdeles positivt, at den nye vejledning beskriver:

”Vi har rettet udkastet, så det fremgår, at opstart af behandling med ADHD-medicin kun skal varetages af speciallæger i psykiatri eller læger med særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler. En undtagelse fra dette vil være genopstart af behandling af en patient, der tidligere er diagnosticeret og behandlet ved speciallæge i psykiatri eller læger med særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler, og hvor der foreligger en plan i tidligere epikrise. Anden læge kan overtage den fortsatte behandling og optitrering iht. plan i epikrise.”

Den canadiske model

Der refereres til den canadiske model, hvor der er opnået succes med netop at flytte opgaver fra psykiatrien til alment praktiserende læger. Vi henleder også opmærksomheden på, at deres proces har været ganske lang (opstart for 20 år siden), og fokus har været på efteruddannelse og kompetenceløft. For mere information om processen, henvises til <http://www.caddra.ca>.



En anden vigtig pointe ved overflytning af flere opgaver til praktiserende læger i forhold til Canada-modellen er, at vi blev oplyst om, at de canadiske alment praktiserende læger har færre patienter tilknyttet end kutyme er i Danmark. Dette efterlader mere tid til mere dybdegående udredning og behandling, hvilket skal tages i betragtning i forhold til at forfølge ideen om at flytte mere af udredningen og behandlingen til alment praktiserende læger.

ADHD-foreningen ser en udfordring i, at en samtale, der skal omhandle virkninger af og bivirkninger ved en eventuel opstart af medicinsk behandling, som regel varer mere end de 10-15 minutter, som er den tid almene læger har til rådighed på nuværende tidspunkt. Vores erfaring viser, at størstedelen af medicinsamtaler i psykiatrien varetages af sygeplejersker, og her er der ofte afsat mindst en ½ time og efterfølgende mulighed for at tage kontakt mellem samtaler, hvis der er et behov herfor.

Vi finder det vigtigt, at systemet mht. kommunikationen mellem almen praksis og psykiatrien er veldefineret og etableret inden opgaverne overdrages, så patienter ikke opnår unødigt ventetid og frustration, mens der afventes svar fra psykiatrien. Dette kunne f.eks. være en patient, som ønsker at genoptage medicinsk behandling, men med et andet præparat end det tidligere anvendte.

Behandlingsvejledninger

Vi bakker op om behovet for flere vejledninger til alment praktiserende læger, herunder fokus på at starte opbygning af efter- og videreuddannelse. Der er behov for kompetenceløft også af de øvrige faggrupper som f.eks. sygeplejersker.

Tilskudsregler og indløste recepter

Vi bakker op om, at ændringer af tilskudsregler vil være fordelagtige. Dette ville lette processen både for fagfolk og patienter. ADHD-foreningen anbefaler således, at lægemidler mod ADHD indgår i de generelle tilskudsordninger, og at kontrol og kvalitet i behandlingen sikres ad anden vej. Generelt tilskud til ADHD-medicin vil medvirke til, at behandlingen kan komme hurtigere i gang, og det vil helt sikkert også forbedre compliance. Behandlingsprocessen udfordrer nemlig mennesker med ADHD på mange af de områder, hvor de i forvejen er udfordret. Enkelttilskudsordningen bevirker, at patienterne i starten af en behandling får en meget stor udgift. Ofte skal der afprøves flere præparater og i forskellige doser, inden der kan søges tilskud, hvorfor det kan trække i langdrag. I den periode skal patienten kunne afse et større beløb til behandling, men mange med ADHD har dårlig økonomi – ofte er de på overførselsindkomst – og de har derfor ikke det økonomiske råderum. Enkelttilskudsordningen øger således risikoen for, at de opgiver behandlingen, inden de kommer i gang, eller før den optimale effekt er opnået.



At søge tilskud med tilbagevirkende kraft er også en proces, der udfordrer en gruppe patienter, som har svært ved at tage initiativ, huske, holde overblik og orden. De skal således gemme kvitteringer og huske, hvor de har lagt dem. De skal tage initiativ til at gå på apoteket i rette tid for at få udbetalt tilskuddet. Nogle gange skal de på flere apoteker, hvis de har købt medicin flere steder. Det kan være en uoverskuelig opgave for en patient med ADHD, og det er sandsynligt, at de patienter, der har mest behov for behandling, har de største udfordringer.

I materialet til denne høring forefindes statistik over indløste recepter. Her anbefaler ADHD-foreningen, at der vurderes, om en anden proces kan implementeres. Det vurderes at være omkostningstungt og en byrde for mennesker med ADHD, at der skal anvendes så meget tid på receptfornyelse.

AFSLUTNING

ADHD-foreningen støtter op om behovet for fokus på ikke-medikamentel behandling i almen praksis. Faglig viden og god praksis tydeliggør, at "medicin kan ikke stå alene". Desværre oplever de fleste patienter netop, at medicin oftest er det eneste tilbud, de får, efter diagnosen er stillet.

Afslutningsvist finder vi, at dette er et ansvarligt første skridt og håber, at vi kan indlede den næste fase og få kigget på, om anden udredning og behandling inden for ADHD-området også kan placeres anderledes med fordel for mennesker med ADHD.

Med venlig hilsen,
ADHD-foreningen

Trish Nymark
Formand

Camilla Louise Ganzhorn
Direktør

Dansk Cardiologisk Selskab

Til Indsatser for Rationel Farmakoterapi

Vi har i Arbejdsgruppen for Arytmi i Dansk Cardiologisk Selskab gennemlæst jeres høringsnotat. Vi kan se at man uden nogen væsentlig begrundelse har valgt at ændre teksten så 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:

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."

Dette er ikke i overensstemmelse med den omfattende opdaterede kliniske rapport om arytmi-risiko ved anvendelse af psykofarmaka version 2 (vedhæftet), der i 2023 er lavet i samarbejde mellem Dansk Cardiologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi.

Dette er problematisk af flere årsager: 1. risiko for arytmi vil også være tilstede når man starter en behandling selvom den er kortvarende særligt hos patienter med medfødt ion-kanalsygdom (langt QT-syndrom), 2. man kan ikke altid være sikker på behandlingsvarigheden med antipsykotika, og hvis behandlingen skal fortsætte udover 4 uger, så har man ikke nogen udgangsværdi for QTc-målingen. Dette har behandlingsmæssige konsekvenser ved behov for skift til andet antipsykotika med mindre risiko for livstruende arytmi idet at man ikke vil kunne påvise hvis QTc stiger mere end 60ms uden nogen udgangsværdi. Naturligvis skal patienten kunne kooperere til at EKG kan optages, så man må i praksis ud fra et klinisk skøn (inkl. evt. tidligere EKG'er) fx ved delir afvente EKG til man finder det fysisk muligt at gennemføre undersøgelsen.

Hilsen

Jacob Moesgaard Larsen
Formand for Arbejdsgruppen for Arytmi i Dansk Cardiologisk Selskab



Jacob Moesgaard Larsen | Overlæge, PhD, FESC, Klinisk Lektor
Direkte: 97664456 | Mobil: 22391625 | jaml@rn.dk

Region Nordjylland Kardiologisk Afdeling
Hobrovej 18-22 | 9000 Aalborg

3. juni 2024

Vedr. sagsnr. 05-0104-33

Fokuseret høring af Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

Høringssvar:

Der er taget højde for mange af høringssvarene i det reviderede udkast, hvilket DPS sætter pris på. Dog er det uklart, hvorfor man har tilføjet en dårligt defineret kategori 'læger med særlig erfaring' til afsnit 6.5 om behandling af hyperkinetiske lidelser. Dette vil kunne tolkes i mange forskellige retninger, og DPS er bekymret for, at ikke alle patienter vil få tilbudt en tilstrækkelig grundig vurdering i forbindelse med ordination af behandling mod hyperkinetiske forstyrrelser, hvis 'læger med særlig erfaring' også bliver bemyndigede til at starte behandlingen.

DPS foreslår derfor, at afsnittet revideres til at kun at omhandle 'speciallæger i psykiatri og læger ansat i psykiatrien'. At behandlingsindikationen skal stilles af speciallæge i psykiatri, flugter også med DMPG-ADHD kliniske retningslinje for udredning af voksne med ADHD (https://www.dmpg.dk/siteassets/02-kliniske-retningslinjer/dmpg-retningslinjer/adhd/dmpg_adhd_udredning-af-adhd-i-hospitalsregi_v1.0_admgodk141123.pdf).

Med venlig hilsen

På vegne af Dansk Psykiatrisk Selskab

Lone Baandrup
Cheflæge, ph.d., dr.med.

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Forperson: Merete Nordentoft, e-mail: forperson@dpsnet.dk
Sekretær: Lene Tilgreen Nielsen: ltn@dadl.dk

København, den 13. juni 2024

Til Sundhedsstyrelsen/IRF

Hørings svar til fokuseret høring af Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsstyrrelser

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar på Fokuseret høring over udkast til *Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsstyrrelser*.

Overordnet er vejledningen meget forbedret og vil i mange tilfælde nu opleves som en støtte i hverdagen. Mange af vores bekymringer ved den tidligere vejledning er blevet imødekommet, og uklarheder er rettet. Vi har nogle enkelte supplerende kommentarer:

Det fremgår af høringssvaret, at vejledningen i sig selv ikke flytter hverken opgaver eller patienter fra psykiatrien til almen praksis. Allerede nu - i høringssvaret - er psykiatrien i Region Nordjylland i gang med at afslutte ikke-færdigbehandlede voksne med infantil autisme, ADHD, og psykoser til optitrering af psykofarmaka i almen praksis med henvisning til denne kommende vejledning.

Derfor er det vigtigt for DSAM, at:

Vejledningen **IKKE** træder i kraft, før

1. strukturkommissionen er politisk implementeret, så vi har en afklaring omkring, hvordan nye opgavefordelinger aftales, og
2. der er et set-up, især i kommuner og civilsamfund, herunder skoler, foreninger, jobcenter osv., der kan stå for den non-farmakologiske behandling og anden støtte omkring denne store og sårbare patientgruppe. Dette bør derfor prioriteres i regi af 10-årsplan for psykiatrien (kan med fordel bringes ind i arbejdet i Det Nationale Psykiatriråd under Sundhedsstyrelsen, der vejleder regeringen om 10-årsplanens udførelse).

Tekstnære rettelser

Afsnit 2:

Der må ikke behandles simultant med flere præparater fra samme lægemiddelklasse. Det er en fornuftig tilgang, men der er hævdvundne kombinationer, der fungerer godt, som det ville være ærgerligt at miste. Fx Cipramil + Mirtazapin, antipsykotika + Truxal p.n. eller Venlafaxin + Mirtazapin.

Afsnit 6.1:

Det fremgår, at antipsykotika ikke må gives mere end 4 uger uden konference med psykiater. Det vil for eksempel dreje sig om Quetiapin lavdosis fx til natten. Hvad skal den psykiater, der ikke kender patienten, kunne stille op? Hvad tænker Sundhedsstyrelsen er alternativet til denne behandling, som psykiateren skal foreslå? Betænk, at vi ikke har mange andre alternativer ved stoftrang eller søvnløshed, og at psykiatrien også er presset. Dette punkt giver ikke fagligt mening og vil derfor ofte ikke blive fulgt, uden at det derfor er et udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed. Tværtimod.

Afsnit 6.5:

Det bør fremgå, at en psykiater som minimum bør **skrive den første recept**. Uanset om diagnosen er stillet for ganske nylig eller for nogle år siden, men der er aldrig startet medicinsk behandling. Dette for at tydeliggøre ansvaret, undgå gråzoner og patientpres. Samt for at undgå, at diagnoser "købes" i privat-privat regi, uden at psykiateren behøver at tage noget som helst ansvar for behandlingen.

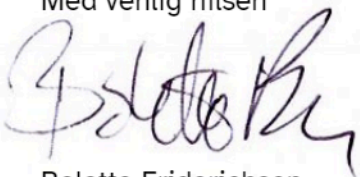
Afsnit 6.6:

Vi har nu levet med vejledningen om ordination af afhængighedskrævende lægemidler i mange år.¹ Den har givet mange ekstra konsultationer, og vi har lært meget: at sige nej og at trappe ud, sommetider på den hårde måde uden patientens ønske. Der er enkelte, der ikke kan eller skal trappes ud af benzodiazepiner. Det er ikke udtryk for omhu og samvittighedsfuldhed at følge vejledningen slavisk ved langvarig, stabil behandling, der ikke har været mulig at nedjustere eller seponere. DSAM vil opfordre til, at man benytter lejligheden til at justere vejledning om ordination af afhængighedskrævende lægemidler.

Afsnit 7.1:

"Personer med demens skal i udgangspunktet ikke behandles med psykofarmaka" er en gentagelse fra afsnittet 6.1 om antipsykotika. Men det står bedre i afsnit 6.1, hvor budskabet nuanceres.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

¹ [Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler \(retsinformation.dk\)](http://retsinformation.dk)

Dansk Sygepleje Selskab

Kære Amanda Moosdorf Jessen

Tak for mulighed for, at DASYS kan afgive hørings svar vedr. udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.
DASYS har ikke bemærkninger til udkastet.

Venlig hilsen

Lene Schade Jensen

DASYS' sekretariat



Tlf. 4695 4203
Sankt Annæ Plads 30,
DK-1250 København K
dasys@dasys.dk www.dasys.dk

Høringssvar fra DPBO til Sundhedsstyrelsen vedrørende Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

14. juni 2024

Til Sundhedsstyrelsen,

Vi takker for muligheden for at kommentere på det reviderede udkast til vejledningen om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser. DPBO har følgende bemærkninger og bekymringer, som vi mener bør tages i betragtning for at sikre en relevant og patientsikker vejledning, der sikrer lige adgang til behandling:

- Faglighed i præparatvalg og non-farmakologisk behandling:** Vi finder det problematisk, at vejledningen ikke i tilstrækkelig grad adresserer betydningen af en kvalificeret stillingtagen til præparatvalg hvis fx førstevalgsbehandling ikke viser sig tilstrækkeligt, og nødvendigheden af at overveje og tilbyde non-farmakologiske behandlingsmuligheder. Psykofarmaka bør ikke være førstevalget uden en grundig vurdering af alternative eller samtidige behandlinger, herunder non-farmakologisk behandling. Det er afgørende for patientsikkerheden og behandlingskvaliteten, at der er klare retningslinjer for, hvornår og hvordan non-farmakologiske behandlinger skal overvejes før eller i kombination med farmakologisk behandling. Hvis behandlingen varetages af andre end den udredende speciallæge eller klinik, går der for meget tabt. Fortsættelse af farmakologisk behandling efter afslutning af forløb i speciallægerégi bør kun ske når anden relevant behandling, inkl. non-farmakologisk behandling er gennemført, og vi skønner ikke, at almen praksis i tilstrækkelig grad er gearet til, eller systematisk ønsker at varetage specialiseret non-farmakologisk behandling af psykiske lidelser, inkl. fx ADHD.
- Ulighed i sundhed:** Vi er bekymrede for, at økonomisk bedre stillede patienter vil kunne springe betale for en privat udredning og derefter hurtigt få ordineret medicin i almen praksis, og dermed vil en tiltagende større del af det offentlige sundhedsvæsens budget blive brugt på denne gruppe, hvilket vil føre til yderligere øget ulighed i befolkningens sundhed. Denne udvikling underminerer principperne om lighed i sundhedsvæsenet og kan resultere i en skævvridning af behandlingsmulighederne.
- Økonomiske konsekvenser for patienter:** Almen praksis har ikke mulighed for at søge tilskud til visse præparater, hvilket kan medføre, at præparatskift bliver økonomisk byrdefulde for de enkelte patienter. Dette kan resultere i, at patienter ikke får adgang til de mest hensigtsmæssige lægemidler, hvilket kan kompromittere deres behandlingsforløb. Det er afgørende, at der sikres økonomisk tilgængelighed til nødvendige lægemidler for alle patienter, uanset om behandlingen foregår i almen praksis eller i specialiseret psykiatri.

Vi håber, at disse bemærkninger vil blive taget i betragtning i den endelige udformning af vejledningen, så den bedst muligt kan imødekomme alle patienters behov og sikre en høj standard af psykiatrisk behandling.

Med venlig hilsen,

DPBO (Danske Psykiatere og Børne-/ungdomspsykiateres Organisation)

Kontakt: Formand Andreas Hoff, formand@dpbo.dk; +4561686131

Odense 13.06 2024

LAP Høringssvar: Fokuseret høring over udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

Følgende er bidraget fra Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere:

- Patienter bør også ligeledes have ret og lov, hvis og før samtykke, til forebyggende, oplysende og selv-bevidstgørende hjælp, processer og støttegrupper. Opfølgende berigende, ligesindede og værdige muligheder lige for loven til sociale muligheder.

Uddybet forklaring

- Patienten har sådan ligeledes bemyndigelse til at udfærdige en behandlingsplan egenrådigt, der giver en væsentlig forbedret kvalitet af helhedsindsatsen, i samspil med høringsparter i dette skriv og aktører indenfor behandlingen.
- Lokalt forpligter staten sig til at oprette og vedholde enheder for lokale fællesskaber, tilgængelige for alle, med rets- og lovs bestemmelser om brugerret og personligt ejerskab, som en overdragelse fra kommunerne, i tilgængeligheden af indhold.
- Sådanne steder vil have positive lokale fællesskaber der udfordrer, udfolder og udstiller kreative udviklingsprojekter i lokale enheder for socialt komplekse problemstillinger for svært udsatte og de mest syge i samfundet.

Sammenhængende processer af lokale udviklings fællesskaber er behovet.

De Bedste Hilsner

Niklas Marr Nielsen og Ole Nielsen samt Hanne Wiingaard fra Presse og lov ydermere kontaktperson Shiva Khanjani

På vegne af Landsledelsen i LAP.



Sundhedsstyrelsen
Indsatser for Rationel Farmakoterapi
E-mail: irf@sst.dk

11. juni 2024

Fokuseret høringsvar til Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

Lægemedelindustriforeningen (Lif) har med tak modtaget ovennævnte fokuserede høring. Lif har følgende bemærkninger til Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser. Vi har afgrænset vores høringsvar til den del, der handler om start af behandlinger med lægemidler.

Danmark står over for store udfordringer i forhold til at nedbringe de lange ventetider i psykiatrien. Manglen på psykiatere gør det svært at løse ventetidsproblematikken på den korte bane, hvorfor det er relevant at se på, om der strukturelt kan gøres noget for at lette adgangen til behandling ved blandt andet at sikre samarbejdsmodeller, hvor der inddrages andre sundhedsfaglige grupper som blandt andet de praktiserende læger med det formål at frigøre kapacitet uden at gå på kompromis med kvaliteten.

Bemærkninger til afsnit 6.5 Midler til behandling med hyperkinetiske forstyrrelser

Lif stiller sig undrende over for, at der i den reviderede vejledning lægges op til en stramning i forhold til første udgave af vejledningen, når det kommer til start af behandling med lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelser, således at alene speciallæger i psykiatrien og læger med særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler må starte behandling. I lyset af den stigende sygdomsbyrde, de lange ventetider til udredning og behandling samt det politiske fokus på at forbedre forholdene for mennesker med psykiske lidelser, er det helt afgørende, at almen praksis i langt højere grad får en aktiv rolle i forhold til opstart og behandling af mennesker med hyperkinetiske forstyrrelser.

Herudover vil Lif foreslå, at teksten i afsnit 6.5, 2. afsnit, ændres til: "Anden læge kan overtage den fortsatte behandling og dosisjustering ift. plan skitseret i epikrise *eller ved konference med speciallæge i psykiatri, læger ansat i psykiatrien og læger med særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler.*"

Præcisering ved skift af lægemiddel

I vejledningen på side 2 står der, at "Har patienten brug for højere doser end angivet i produktresuméet eller flere lægemidler fra samme lægemiddelklasse (undtagelsesvist ved skift af præparat), skal læger i alle specialer konferere/sparre med speciallæge i psykiatri...".

For Lif er det uklart, om dette betyder, at også anden læge, der overtager behandlingen, kan skifte præparat uden aftale med den speciallæge, der startede behandlingen op. Lif vil derfor foreslå, at det præciseres i vejledningens afsnit 6.5, at *Anden læge kan skifte til andet lægemiddel ved behov.* Dette kan være relevant, hvis patienten får bivirkninger eller lignende. Her vil det være hensigtsmæssigt, hvis patientens praktiserende læge kan skifte præparat, uden at patienten skal tilbage til speciallægen i psykiatri, da det kan medføre lang ventetid.

Definition af anden læge med særlige kompetencer

Det er uklart, hvordan "læge med særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler" (afsnit 6.5) defineres. Lif forstår det som fx speciallæge i almen medicin, der har arbejdet specifikt med behandling af hyperkinetiske forstyrrelser. Men Lif mener, at det er uklart, hvad der ligger i at have særlig erfaring inden for området, herunder hvad der skal til for, at læger kan tilegne sig den særlige erfaring fremadrettet.

Lif vil fortsat opfordre til, at man ved implementering af vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser lader sig inspirere af de erfaringer, der er gjort i Canada gennem de sidste 20 år med henblik på 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.fl. Dette kan medvirke til at sikre hurtigere adgang til behandling og nedbringe eksisterende ventelister.

Med venlig hilsen



Henrik Vestergaard
Viceadm. direktør, Lif

Lægemiddelstyrelsen

Jeg har set på det redigerede udkast til vejledning til behandling med antipsykotika. Jeg synes overordnet at det er en udmærket vejledning, men jeg har et par kommentarer (som jeg ikke kunne finde ud af at sætte ind i pfd-dokumentet, så de fremgår vist kun af denne mail):

1. På side 2 findes følgende paragraf: *Behandling med psykofarmaka må som udgangspunkt ikke overstige de doser, der er angivet i de enkelte præparaters produktresumé og der bør ikke behandles simultant med flere lægemidler fra samme lægemiddelklasse, fx to typer antipsykotika. Har patienten brug for højere doser end angivet i produktresumeeet eller flere lægemidler fra samme lægemiddelklasse (undtagelsesvist ved skift af præparat), skal læger i alle specialer konferere/sparre med speciallæge i psykiatri eller læge ansat i psykiatrien for en vurdering, som skal indgå i beslutningen omkring den fortsatte behandling. Dette skal i givet fald journalføres.* Kommentar: det er jo meget fornuftigt. Men der står ingensteds i vejledningen, at speciallæger i psykiatri er bemyndiget til at overskride de normalt anbefalede doser eller til at ordinere polyfarmaci. (jeg vil bestemt insistere på, at de skal være bemyndiget til begge dele). Dette er åbenbart implicit i vejledningen, men burde det så ikke stå eksplicit, at det kun er specialister der må afvige fra det der anbefales i produktresumeerne?
2. vedr. behandling med antipsykotisk medicin står på side 5: *Alene speciallæger i psykiatri og læger ansat i psykiatrien må starte behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter med et forventet behov for behandling over 4 uger.* Kommentar: gælder dette også speciallæger i neurologi? Nogle antipsykotiske lægemidler (f.eks. pimozid) er godkendt til behandling af [Huntingtons chorea](#) og andre hyperkinesier, og antipsykotika anvendes også i behandling af tics, dvs. tilstande der normalt ikke behandles i psykiatrisk regi.
3. vedr. behandling med antidepressiva står på side 5: *Alene speciallæger i psykiatri og læger ansat i psykiatrien må starte behandling med tricykliske antidepressiva (TCA) og monoaminoxidasehæmmere (MAO-hæmmere).* Kommentar: gælder dette også anæstesiologer? Tricykliske antidepressiva anvendes lejlighedsvis i smertebehandling (bl.a. på landets smerteklinikker), som normalt varetages af anæstesiologer.
4. vedr behandling af hyperkinetiske forstyrrelser står på side 6: *Alene speciallæger i psykiatri, læger ansat i psykiatrien og læger med særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler må starte behandling for hyperkinetiske forstyrrelser.* Kommentar: der mangler et komma mellem 'læger ansat i psykiatrien' og 'og læger med særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler'
5. Jeg kan godt blive lidt bekymret ved, at det kun er psykiatere der må opstarte antidepressiv medicin ved bipolar sygdom (som kan mistænkes hos en væsentlig del af patienter der debuterer med depression) eller må opstarte antiepileptisk medicin mod psykiske lidelser; dette kan give kapacitetsmæssige flaskehalse, som kan forsinke igangsætning af behandling der ellers kunne gavne en given patient væsentligt. Men det er jo ikke en problematik som Lægemiddelstyrelsen nødvendigvis skal have en mening om, men som andre høringsparter måske burde reagere på.

Vh Anders, Medicinsk sekretær

Til:
Sundhedsstyrelsen, irf@sst.dk



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

PLO's hørings svar på fokuseret høring over udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

PLO takker for muligheden for at afgive fokuseret hørings svar på Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

Vores kommentarer i første hørings svar var som bekendt både af faglig og kapacitetsmæssig art og i nærværende ønsker vi at supplere med nedenstående.

Ad kapacitet:

Vores kapacitetsmæssige bekymringer adresseres i høringsbrevet, hvor det fremgår at man "ønsker at slå fast, at vejledningen i sig selv ikke flytter hverken opgaver eller patienter" og at "Implementering af vejledningen kræver igangsættelse af initiativer og aftaler fra og mellem andre aktører".

Vi finder fortsat vores bekymring reel, idet vi har flere eksempler på, at vejledninger genererer ekstraarbejde. Vejledningen om atypiske bryst smerter har for eksempel forårsaget en betydelig øget belastning af udrykningstjenester og hjerteafdelinger. Vejledningen er dog netop afskaffet. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende medicin har forårsaget en betydelig øget arbejdsindsats i almen praksis. Over en halv million personer får vanedannende medicin, og de skal ses hos læge til hver eneste receptfornyelse, dog minimum hvert halve år. Et hurtigt overslag, hvor der regnes med gennemsnitligt 3 konsultationer pr patient, resulterer i 1,5 mio. konsultationer, dvs. knap 10 % af fremmøde konsultationer i almen praksis. Selvom vejledningen de facto er svær at følge pga lægemangel, er den et væsentligt bidrag til, at aktiviteten i almen praksis ikke længere kan rummes indenfor den aftalte økonomiske ramme i almen praksis, men vejledningen har trods dette aldrig afstedkommet en aftale om regulering af økonomirammen.

Det foreslås derfor, at SST i forbindelse med den aktuelle vejledning (og andre vejledninger) danner sig et skøn over hvilke forudsætninger, der skal være til stede for, at vejledningen fuldt kan implementeres. Dette blandt andet med henblik på at afklare, om vejledningen er praktisk gennemførlig og give aktørerne viden om, hvilke aftaler der kan være relevante.

Dato: 13-06-2024
Sagsnr.: 2024 - 4306
Aktid: 5955316
Sagsbehandler:
Jette Galatius

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8477
Tlf. (dir.): +45 3544 8472
E-mail: plo@DADL.DK
E-mail: jsg.plo@DADL.DK
www.plo.dk

I tilfælde af at der ikke indgås nye aftaler som følge af denne vejledning, vil PLO gøre opmærksom på, at almen praksis næppe vil være i stand til at følge vejledningen. Dels vil der ikke være ressourser til ikke medikamentel behandling i form af samtaler og livsstilsinterventioner, og dels vil optitrering af ADHD medicin ske på bekostning af andre opgaver og den generelle tilgængelighed til almen praksis.

Konference med speciallæger:

Konference med speciallæger nævnes mange gange i vejledningen. I PLO er vi usikre på, hvorvidt sådanne konferencer journalføres af såvel almen praksis som af speciallægen. Det kan derfor med fordel i vejledningen om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser præciseres, at såvel den almen praktiserende læge som speciallægen har pligt til at journalføre fx råd og vejledning som gives under en konference.

Vanedannende medicin:

I afsnittet om benzodiazepiner henvises til reglerne i vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, men man vælger at skærpe denne, så kun en psykiater kan udskrive langvarig behandling (i vejledning om afhængighedsskabende lægemidler kan en praktiserende læge godt behandle angst i længere tid: "Ved påbegyndelse af benzodiazepinbehandling mod en længerevarende angsttilstand, kan den første ordination udstrækkes til højst 4 uger, men på grund af muligheden for bivirkninger tidligt i behandlingsforløbet, jf. pkt. 3.2.2, bør lægen som hovedregel have kontakt til patienten inden udløbet af de 4 uger. Ved fortsat behandling skal patientens tilstand samt effekt og bivirkninger af behandlingen løbende vurderes")

I afsnittet om ADHD, nævnes risikoen for afhængighed slet ikke på trods af, at vejledning om afhængighedsskabende lægemidler fordrer personligt fremmøde "hver anden eller tredje måned dog mindst en gang hvert halve år". For at bevare stringens, bør afhængighed måske også nævnes i dette afsnit

Hvis man omvendt ønsker at skærpe regler ved ordination af benzodiazepiner, men lette regler ved ordination af ADHD medicin, vil det være en fordel for forståelsen, hvis de to vejledninger ikke modsiger hinanden.

Med venlig hilsen



Jette Galatius

Vicedirektør

NOTAT

Til: Sundhedsstyrelsen

Opgang N
Telefon 38 66 50 00
Direkte 40247738
Web regionh@regionh.dk

Journal-nr.: 24022500
Ref.: CPED0329

Dato: 14. juni 2024

Fokuseret hørings svar

Region Hovedstaden modtog den 28. maj 2024 Sundhedsstyrelsens fokuserede høringsudkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

Region Hovedstaden takker for muligheden for igen at afgive hørings svar.

Regionen er glad for, at mange af de ændringsforslag fra det første hørings svar er indarbejdet i det reviderede vejledningsudkast.

Regionen bemærker, at det af afsnit 2 fremgår, at *"der bør ikke behandles simultant med flere lægemidler fra samme lægemiddelklasse, fx to typer antipsykotika"*. Her bør nævnes i hvert fald én undtagelse; nemlig kombinationen af clozapin og aripiprazol, som er en anerkendt behandling i psykiatrien.

Af afsnit 5 fremgår det, at: *"Lægen skal udarbejde en plan herfor [ophør af behandling] og tilbyde nødvendig medikamentel behandling og psykosocial støtte undervejs"*. Det er uklart, hvad der menes med psykosocial støtte (kontakt til kommunen, LÆ165, samtaler?)

I forhold til antipsykotiske lægemidler (afsnit 6.1) bemærker regionen, at det i slutningen af andet afsnit fremgår, at: *"Ved behov for fortsat behandling i mere end 3 måneder skal patienten henvises til psykiatrien"*. Det er regionens vurdering, at privatpraktiserende psykiatere bør have en rolle, før hospitalspsykiatrien eventuelt inddrages, og at det skal være muligt for almen praksis at fortsætte behandling af en ikke-kompleks patient efter konference med en speciallæge i psykiatri. Det vil stemme overens med resten af vejledningens formuleringer.

Af afsnit 6.5 om midler til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser fremgår det, at: *"Hvis patienten tidligere er diagnosticeret og behandlet ved speciallæge i psykiatri, læge ansat i psykiatrien eller anden læge med særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler, men er afsluttet i dette forløb og ophørt"*

med behandlingen, kan anden læge starte behandling uden konferering med speciallæge i psykiatri i henhold til plan skitseret i tidligere epikrise, efter en vurdering af de forhold, der skal være opfyldt for start af behandling, jf. afsnit 2". Det er uklart, hvem der skal/kan vurdere, om en læge har "særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler", hvorfor det med fordel kan præciseres nærmere.

Klik eller tryk her for at skrive tekst.



Dato 14.06.2024

Hørings svar om "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" fra Psykiatrien i Region Midtjylland

Side 1

Psykiatrien i Region Midtjylland kvitterer for tilbagemelding med tydelig angivelse af, hvad der er ændret og baggrund herfor samt muligheden for på ny at kunne afgive hørings svar.

Kommentarer fra Tværfagligt specialeråd for voksenpsykiatri:

Vores tværfaglige specialeråd for voksenpsykiatri ønsker fortsat at vejledning bør åbne mulighed for iværksættelse af TCA i almen praksis. Mange praktiserende læger har erfaring med anvendelse af stofgruppen og anvender den desuden også i smertebehandling. De mener at behandlingen bør være tilgængelig for de praktiserende læger, som ønsker at anvende den. Der kan være flere legitime årsager til at behandlingen ønskes iværksat i almen praksis, fremfor at patienten henvises til Psykiatrien eller praktiserende psykiater. Begrundelsen kan f.eks. være en lang ventetid på behandling, som kan være pinefuldt og risikabel for den svært deprimerede patient eller det kan være skrøbelige patienter, som ikke er tryk ved at blive henvist videre fra deres velkendte læge. De er ikke bekendt med dokumentation, som påviser en øget forekomst af komplikationer til behandling i almen praksis. Såfremt den foreslåede ændring ikke bygger på en solid empirisk dokumentation mener de at den bør udgå.

Specialerådet for voksenpsykiatri høringsudkastet under ADHD beskrives flg.: "Hvis patienten tidligere er diagnosticeret og behandlet ved speciallæge i psykiatri, læge ansat i psykiatrien eller anden læge med særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler, men er afsluttet i dette forløb og ophørt med behandlingen, kan anden læge opstarte behandling uden konferering med speciallæge i psykiatri i henhold til plan skitseret i tidligere epikrise, efter en vurdering af de forhold, der skal være opfyldt for opstart af behandling, jf. afsnit 2." Jfr. DMPG 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. Specialrådet beder derfor om, at teksten ændres til: "Hvis patienten tidligere er behandlet ved speciallæge i psykiatri...."

På vegne af

Rasmus Skaarenborg Hjuler, formand for det tværfaglige specialråd i psykiatri

Kommentarer fra Tværfagligt specialråd for børne- og ungdomspsykiatri:

Specialrådet takker for, at vi inddrages i høring, selvom vejledningen ikke er målrettet vores speciale. Desværre er der grundet den korte svarfrist kun meget få involveret i svaret.

Samtidig vurderes det relevant, at børne- og ungdomspsykiatri inddrages, idet der er delt behandlingsansvar for de yngste af patienter indenfor den beskrevne aldersramme (18-21 år). Samtidig er vores svar således med udgangspunkt i vores faglighed, og evt. kommentarer skal således også vægtes i forhold til dette.

Overordnet er det, set med børne- og ungdomspsykiatrisk viden, rigtigt godt med en vejledning til de kollegaer uden psykiatrisk speciallægeuddannelse, der varetager udredning og behandling af psykiatriske problemstillinger.

Generelt fremtræder vejledningen grundig på de fleste områder, og fra børne- og ungdomspsykiatrisk perspektiv er det særligt positivt omkring beskrivelser af nonfarmakologiske tiltag og behandling. Dertil skal det understreges, at udredning for depression kræver to selvstændige kontakter (under forudsætning af, at det ikke er samtale med personale og blodprøvetagning samme dag).

Al farmakologisk behandling for hyperkinetiske forstyrrelser kan kun opstartes forudgået af drøftelse med speciallæge i psykiatri, men der skal være mulighed for, at egen læge kan opstarte behandling for ADHD, så denne behandling ikke forsinkes pba. lange ventetider i det psykiatriske system.

Ift. kvalitetssikring for patienter er der nysgerrighed ift., om andre læger end sygehusansatte i psykiatrien er forpligtiget til at indrapportere til databaserne. Det kan være en vigtig måde at afdække de områder, hvor der er størst behov for fokus og understøttelse ift. fx efteruddannelse, ændringer i vejledninger fremadrettet og sparringsmuligheder tværsektorielt.

Konkrete kommentarer til de pågældende afsnit:

Afsnit 2: Der kan være tvivl om i hvor høj grad non-farmakologiske tiltag og behandling er en mulighed, og om der er tilstrækkelig viden om denne behandlingstilgang hos kollegaer. Måske kunne en vejledning herom, hvortil der var et link, være relevant at udarbejde, således at kollegaer har mulighed for relativt nemt at holde sig opdatere på dette område.

Afsnit 3: Formuleringen omkring opfølgning det første år bliver meget vag – hvad betyder "jævne kontroller indtil effekt er opnået"? Kunne denne skærpes med minimum en fysisk fremmødekontakt indenfor 1-3 mdr. efter opstart? Dette er for at undgå, at patienter opretholdes i behandling, mens der ikke er overbevisende effekt og samtidig for at sikre, at

der - udover en patientrapporteret opfølgning på effekt og bivirkninger - foretages en klinisk vurdering ift. tilstand før og efter opstart.

Angående afsnit 6:

6.1: Angående opstart af antipsykotika med forventet behandlingsvarighed under 4 uger, er det uklart, hvilken patientgruppe og indikation, der her tænkes på udover delir og evt. adfærdsforstyrrelse (behandling i 6 uger). Det kunne med fordel fremhæves mere tydeligt.

Dertil undren ift., at der kun skal foretages EKG før og kort efter opstart. Bivirkninger med øget QT interval er dosisrelateret (se dansk cardiologisk selskab).

Endelig kan det undre, at der ikke anbefales blodprøver før og undervejs i behandling, særligt da der benævnes opflg. ift. vægt ved behandling udover 3 måneder med inklusion af lipider. En lipidmåling er svær at følge, såfremt der ikke er et udgangspunkt.

6.2: Samme kommentar ift. EKG og blodprøver.

Derudover bør der specificeres særlig opmærksomhed på hos unge med depression fx 18-25 år forøget risiko for suicidalitet ifm. opstart, såvel som langsom optrapning mhp. undgå overdosering

6.5: Generelt er dette afsnit meget sparsomt beskrevet modsat de andre ift. krav om opstart og opfølgning – ligesom al anden behandling, ville en beskrivelse af opfølgning med fysisk kontakt indenfor for 3 måneder være relevant ift. klinisk indtryk, såvel som opfølgning af bivirkninger og evt. misbrugsrisiko. Fx gældende for atomoxetin og guanfacin, som ikke vil være underlagt regler sv.t. misbrugspræparater, og hvor der anbefales EKG inden opstart. Der kunne med fordel uddybes svarende til sektion 3.4 i "Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser".

Afsnit 6.8: Her kunne med fordel nævnes psykoedukation omkring søvnhygiejniske tiltag og søvnregistrering inkl. registrering af disse.

På vegne af

Dorte Linde-Bech, Afdelingslæge Seng 5, Viborg

Konstitueret forperson for det tværfaglige specialeråd for børne- og ungdomspsykiatri:

Kommentarer Afdeling for Depression og Angst, AUH Psykiatrien:

Generelt et meget fint udkast.

Afsnit 4: Det bør præciseres, at det er 'behandling med 'psykofarmaka' der kan overgå til anden læge.

Hvis patienten er udeblevet og derfor afsluttes fra psykiatrien uden at kende compliancestatus bør patienten stadig kunne afsluttes fra psykiatrien. Hvis psykiatrien ikke har kontakt til patienten ved man i psykiatrien ikke eller forventer måske ikke, at patienten kan indgå i forløb hos egen læge.

Eksempel; Patient der får Sertralin 200 mg og udebliver og undgår kontakt med psykiatrien skal stadig kunne afsluttes. Her vil der hvis der kommer symptomer på seponering (da patienten ikke får udskrevet

Sertralin længere i psykiatrien) være behov for at egen læge kan overtage udtrapningen eller videreføringen trods at der ikke er viden/forventning om at patienten kan indgå i forløb hos egen læge.

Afsnit 5: Der ønskes en præcisering af hvad begrebet psykosocialstøtte indebærer. Er det samtaleterapi, bostøtte, præst, aktiviteter i hverdagen eller hvad er det egen læge eller psykiatrien skal tilbyde?

Afsnit 6.1: Det ønskes præciseret, om patienter, som modtager søvnstøtte i form af Quetiapin 25 mg i mere end 3 måneder uden psykiatriske symptomer som depression, skal henvises til psykiatrien. Der bør angives, hvilken klinik der modtager disse patienter, og om henvisning til en neurologisk søvnklinik kan være et alternativ.

Der ønskes også en præcisering af, om det er nødvendigt med en pligt til konference efter 4 ugers behandling, hvis egen læge har godt styr på behandlingen, eller når der ikke foreligger en psykopatologi, som kræver konference med sekundærsektoren.

Afsnit 6.2: Egen læge kan godt behandle med TCA. Det er ikke mere potent ift. bivirkninger, indikation eller virkning end så meget andre farmaka som egen læge bruger, og det anvendes i forvejen til smerter. Der stilles derfor forslag om at give lov til at iværksætte behandling med TCA allerede i perioden fra, at patienten bliver henvist til patienten, kommer i psykiatrien og først skal give en grundig anamnese før en evt. behandling iværksættes. Dette kan evt. ske i konference med psykiatrien.

Det fremstår rigtigt, når der skrives, at der 'skal' holdes opfølgende samtale inden for 'to' uger. Der stilles forslag om i stedet at omformulere til at der bør holdes en opfølgende samtale inden for to uger, således at der er mulighed for at begrunde i journalen, at det ikke har været muligt at holde sig til de regelmæssige to uger samt årsag til dette.

Afsnit 6.3: I Region Midtjylland anvendes 'plasma'-koncentrationsmåling, fremfor 'serum'-koncentrationsmåling, og det formodes at standardanvendelsen er plasma-koncentrationsmåling.

Det foreslås, at dosering ikke alene bør ske efter plasma-koncentrationer. Dosering skal primært baseres på klinisk virkning og bivirkninger, og derefter suppleres med plasma-målinger. Det er nødvendigt at kunne tilpasse behandlingen individuelt, eksempelvis ved at anvende en lavere dosis lithium hos en patient, der tåler det dårligt, men alligevel opnår effekt. Omvendt bør højere doser overvejes, hvis der ikke opnås effekt ved lavere doser, forudsat at der ikke opstår bivirkninger. Behandlingen bør derfor monitoreres ud fra virkning, bivirkninger og plasmaværdier i den nævnte rækkefølge

Afsnit 6.7: Det foreslås at egen læge også skal kunne behandle periodisk depression med Lamotrigin



Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedrørende høring af udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

Fra psykiatrien i Region Nordjylland har vi følgende bemærkninger og anbefalinger:

Vejledningens afsnit 1.1: Formål, målgruppe og afgrænsning

Det er positivt, at det i afsnit 1.1 præciseres, 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 voksne med psykiske lidelser.

Vejledningens afsnit 2: Start af behandling

- Det bør understreges at visse kombinationer kan være velindicerede (ex clozapin og Aripiprazol)

Vejledningens afsnit 3: Monitorering af bivirkninger og effekt

I andet afsnit belyses, at der skal afholdes en opfølgende samtale efter start af behandling – som kan foregå fysisk, telefonisk eller via video. Sidst i denne afsnit anføres, at ved behandling i mere end 3 måneder, skal behov for videre behandling foregå mindst én gang årligt ved fysisk konsultation ved lægen, - hvilket konsultation kan foregå virtuelt, hvis patienten er indforstået og det er lægeligt velbegrundet (herunder at der ikke er behov for fysiske undersøgelser)

- Vi anbefaler, at vejledningen belyser mulighed for at en opfølgende samtale kan varetages af relevant sundhedsfagligt personale i henhold til delegation fra lægen
- Vi anbefaler en præcisering af, hvad der forstås ved "virtuelt" (er telefonisk kontakt indbefattet?)

Vejledningens afsnit 4: Overgange

I dette afsnit er defineret, hvornår den fortsatte behandling af en patient kan overgå til andet regi. Det er positivt, at styrelsens faglige vejledning belyser og fastsætter de krav og forhold omkring patientbehandlingen, som begrunder at en patient kan overgå til fortsat behandling i primær praksis. Ligeledes er det positivt, at krav om konkret aftale som betingelse for at afslutte en patient i sygehusregi udgår.

- Det ligger dermed implicit i vejledningen og i og med der ikke er krav om en aftale forud for afslutning, at sygehusbehandlingen overgår til videre opfølgning ved praktiserende læge, når en patient afsluttes fra sygehusbehandling begrundet i at forudsætningerne for at overgå til behandling i andet regi er opfyldt. Vi 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. Som anført i sidste



afsnit i vejledningens afsnit 4, bør den praktiserende læge ved tvivl søge sparring og konferere om den konkrete patient.

I sidste afsnit anføres, at speciallæge i psykiatri/læge ansat i psykiatrien skal være tilgængelig for sparring og dialog om den konkrete patient. Der fastsættes en forpligtelse til at den oprindeligt ordinerende læge skal være tilgængelig for sparring og dialog "om den konkrete patient". Det er relevant og naturligt i en periode efter overgang til fortsat behandling ved praktiserende læge. Sparring om den konkrete patient vil efter en længere periode, hvor praktiserende læge har varetaget behandling være vanskeligt at imødekomme, hvor muligheden som oftest vil være generel medicinsrådgivning og sparring. Der kan - som beskrevet i vejledningen - være behov for henvisning til revurdering af behandlingen. For privatpraktiserende speciallæge kan forekomme, at praksis er ophørt eller overdraget.

- Vi anbefaler, at vejledningen belyser, at muligheden for sparring og dialog om den konkrete patient bør være mulig i en vis tidshorisont, men at der på længere sigt er mulighed for at indhente generel medicinsrådgivning og dialog/sparring
- I blandt andet dette sidste afsnit er i vejledningen anført "speciallæge i psykiatri **eller** læge ansat i psykiatrien", hvor vejledningen andre steder anfører "speciallæge i psykiatri **og** læge ansat i psykiatrien". Også i afsnit 6 veksles der mellem "og" /" eller"

Vejledningens afsnit 5: Ophør af behandling

Der er som en ny linje i afsnittet anført, at lægen bør tilbyde hjælp til ophør af behandling, hvis det er patienten ønske. Det fremgår af høringsnotatet, at denne sætning er indsat på baggrund af et hørings svar – blandt andet begrundet i at undgå uhensigtsmæssige eller sundhedsfarlige udtrapningsforløb.

Psykiatriske patientens motivation for at følge den ordinerede behandling kan være svingende. Patienten kan ønske ophør af medicin, hvor den relevante indsats fra lægen er at motivere patienten for fortsat behandling, hvis udtrapning af medicin er indlysende kontraindiceret. Den tilføjede sætning i vejledningen kan – uden en nærmere belysning – signalere en forpligtelse til at hjælpe patienten med at trappe ud af medicin også i situationer, hvor det er kontraindiceret.

- Vi anbefaler en nuancering og præcisering af lægens forpligtelse i de tilfælde, hvor en patient har et stærkt og fastholdt ønske om udtrapning af medicin, herunder belysning af informationspligt mv. Fx kan den anførte sætning formuleres i stil med: "Lægen bør, hvis patienten ønsker ophør med behandling i en situation, hvor ophør af medicin er kontraindiceret, 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".

Vejledningens afsnit 6: Særlige forhold vedr. specifikke lægemiddelgrupper

I afsnit 6.1 anføres, at alle læger kan starte behandling med de fleste typer antipsykotiske lægemidler, hvis behandlingsvarigheden forventes at være under 4 uger. Hvis der forventes behov for behandling i over 4 uger, henfører vejledningen start af behandling med antipsykotiske lægemidler til speciallæge i psykiatri/læge ansat i psykiatrien.

Der bør ikke ske udvidelse af psykiatriens målgruppe på baggrund af behandling iværksat i almen praksis. Det er ikke 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.



- Vi anbefaler en præcisering i vejledningen af, at vurdering af behandlingsvarighed skal baseres på symptomer og psykopatologi, som tyder på en psykisk lidelse, som begrundet specialiseret udredning og behandling i speciallægepraksis eller sygehuspsykiatrien. Samt at det ved uklar indikation kan være relevant at iværksætte behandling ud fra en forventet behandlingsvarighed på 4 uger, som efter en konkret lægefaglig vurdering bør kunne forlænges til op til 3 måneder – forud for henvisning til specialiseret niveau og forudsat den konkrete patient responderer positivt på behandlingen. Den behandlende læges vurdering af eventuel forlængelse i op til 3 måneder vil som i øvrigt kunne baseret på indhentet medicinrådgivning og generel sparring og konferering med Psykiatrien.

Med venlig hilsen

Tina Gram Larsen
Lægefaglig direktør

Region Syddanmark

Kære Amanda

Tak for muligheden for igen at komme med høringsvar på høring over udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

Hermed høringsvar fra Region Syddanmark:

Carsten Pedersen

Speciallæge i almen medicin, praktiserende læge i Middelfart, formand for lægemiddelkomiteen for almen praksis:

Patientperspektivet: En fortsat bekymring

Jeg har gennemgået det ændrede udkast til vejledningen, og selvom der er foretaget visse justeringer, er der fortsat væsentlige bekymringer fra et patientperspektiv. Overladelsen af ordination visse medikamina og forventning om at psykiatrien kan stille både vejledning samt også henvisningsmulighed til rådighed virker set i lyset af den psykiatremangel der er urealistisk. Dette kan have alvorlige konsekvenser for patienterne.

Lavdosisbehandling med antipsykotika

Udkastet præciserer, at lavdosisbehandling med antipsykotiske lægemidler, herunder quetiapin, kan opstartes af alle læger, men kræver konferering med en speciallæge i psykiatri, hvis behandlingsvarigheden overstiger fire uger. Dette er problematisk, da lavdosisbehandling ofte strækker sig ud over denne periode og er almindelig praksis i almen medicin. Quetiapin bruges ofte i lavdosis til patienter med tankemylder og søvnbesvær, hvilket involverer et stort antal patienter. Kravet om konferering af samtlige patienter med lavdosis vil skabe en tsunami af henvendelser, som systemet ikke kan håndtere. Der mangler en skelnen mellem lav- og højdosisbehandling for at undgå unødigt belastning af specialisterne.

Specialistmangel og adgang til behandling

Den nuværende psykiatremangel gør det stadig umuligt for almen læger at konferere med psykiatere i alle tilfælde, hvilket efterlader patienterne i en uholdbar situation. Dette skaber en ulighed i adgang til behandling, hvor patienter, der ikke har råd til privatkonsultationer, må nøjes med suboptimal behandling i almen praksis.

Håndtering af delirium

Udkastet anfører, at lægen skal tage stilling til, om der er tilstrækkelig pleje og omsorg af patienten i de eksisterende rammer, eller om der er behov for yderligere sundhedsfaglig observation, fx indlæggelse med fast vagt, ved behandling af delirium. Delirium er en potentielt livstruende tilstand med høj mortalitetsrate, som kan variere fra 25% til 33% under hospitalsindlæggelse ([bmj](#)) ([BioMed Central](#)) ([BioMed Central](#)) ([Frontiers](#)). Denne anbefaling adresserer dog ikke

tilstrækkeligt de handlemuligheder, der reelt er til rådighed i almen praksis, hvilket kan føre til usikkerhed og forsinkelse i håndteringen af denne kritiske tilstand.

Behandling med antidepressive lægemidler

Udkastet specificerer, at almen læger skal forsøge med to behandlingsforsøg med tilstrækkelig dosis og varighed, før konferering med en speciallæge i psykiatri kan komme på tale. Dette kan skabe udfordringer for patienter med alvorlige depressioner og angsttilstande, der kræver hurtigere specialistvurdering og indsats. Kravet om to behandlingsforsøg kan føre til forsinkelse i henvisninger og potentielt forværre patienternes tilstand. Dette står også i kontrast til ønsket i vejledningen om at prioritere non-medikamentelle tiltag, da det kan tvinge læger til at bruge medicinske løsninger før konferering og specialvurdering.

Positivt tiltag vedrørende ADHD/ADD-behandling

Det er positivt, at vejledningen nu præciserer, at alene speciallæger i psykiatri, læger ansat i psykiatrien og læger med særlig erfaring i at behandle med disse lægemidler må starte behandling ift. ADHD/ADD. Dette sikrer, at patienter får den nødvendige specialistvurdering og -behandling, hvilket er afgørende for denne patientgruppe.

Alternativ behandling og tidspres

Selvom det er positivt, at udkastet nu nævner ikke-medikamentelle tiltag som samtaleterapi og livsstilsinterventioner, er der stadig et utilstrækkeligt fokus på alternative behandlingsmuligheder som psykoterapi, motion og mindfulness. Almen praksis er ofte præget af tidspres, hvilket gør det svært at tilbyde den nødvendige grundige udredning og opfølgning, som psykiske lidelser kræver. Dette kan føre til en forringelse af både patientsikkerhed og behandlingskvalitet.

Konklusion

Selvom de seneste ændringer i vejledningen viser en vis forbedring, er der stadig alvorlige mangler. Den foreslåede fordeling af behandlingsansvar mellem psykiatrien og almen praksis er uholdbar uden yderligere ressourcer og specialiststøtte. Kravet om konferering ved lavdosisbehandling ud over fire uger er særligt bekymrende. Anbefalingen om håndtering af delirium mangler klare retningslinjer for, hvad der er muligt i almen praksis. For at sikre patientsikkerhed og behandlingskvalitet bør der foretages en grundig evaluering af de potentielle konsekvenser, inden der implementeres permanente ændringer i fordelingen af behandlingsansvar.

Lægemiddelkomitéen for Psykiatri i Region Syddanmark:

6.1 Antipsykotiske lægemidler.

I vores første høringssvar udtrykte vi bekymring over, at behandling med lægemidler med udleveringsbestemmelse NBS (= *Apoteket må kun udlevere til sygehuse eller efter nærmere anvisning af læger på sygehuse samt efter anvisning af nærmere bestemte speciallæger*), kunne overtages af anden læge. For gruppen af antipsykotiske lægemidler drejer det sig om hhv. clozapin samt præparatet Zypadhera (olanzapin i depotinjektionsform).

I den reviderede udgave af vejledningen, er det nu præciseret, at: ”*Behandling med clozapin skal varetages af speciallæge i psykiatri eller læge ansat i psykiatrien*”, hvilket vi bifalder. Men der nævnes intet om Zypadhera, der også har udleveringsbestemmelse NBS? På grund af dette præparats bivirkningsprofil, kræves der observation af patienten i mindst tre timer efter indgift af hver depotinjektion. Dette synes vanskeligt at kunne ske fx i almen praksis? Vi opfordrer derfor til, at også behandling med Zypadhera præciseres i vejledningen.

Venlig hilsen

Tina Herold-Schou
Lægemiddelkonsulent
Praksis



Region Syddanmark

Region Syddanmark

Damhaven 12, 7100 Vejle

Hovednummer: 7663 1000

<https://regionsyddanmark.dk>

Social- Bolig- og Ældreministeriet

Til Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har ved e-mail af 28. maj 2024 anmodet Social-, Bolig- og Ældreministeriet om eventuelle bemærkninger til den omhandlede høring.

Det meddeles herved, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet ikke har bemærkninger til høringen.

Med venlig hilsen

Pernille Leth

Fuldmægtig

Lovhøringer



Holmens Kanal 22
1060 København K
Telefon: 33 92 93 00
www.sm.dk

Styrelsen for Patientklager

Til rette vedkommende

Tak for muligheden for at afgive høringsvar.

Normalvis vil det ligge implicit, at man journalfører hvem, man har konfereret med og om hvad. Men der kan være en vis personlig stil, så man nogle gange vil kunne se, at der fx kun er journalført noget i retning af, at der er konfereret med afdeling xx.

Man kunne derfor i overensstemmelse med journalføringsbekendtgørelsen overveje, at tilføje i vejledningens afsnit om antipsykotiske lægemidler og antidepressive lægemidler, at patientjournalen i nødvendigt omfang skal indeholde oplysninger om den rådgivende sundhedsperson, forelæggelsen og det råd, der er givet.

Giv endelig lyd, hvis der er behov for uddybning.

Med venlig hilsen

Uffe Stevnsgaard Pedersen

Chefkonsulent og PA for direktøren

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S



14. juni 2024
Sagsnr.: 31-1001-954
Reference: MIHJ
Tlf.nr: +4572286622
E-mail: sjur@stps.dk

Bemærkninger til fokuseret høring vedr. udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka

Tak for muligheden for at komme med yderligere bemærkninger til udkastet til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

Vi har indsat enkelte kommentarer direkte i dokumentet, som er vedlagt. Vi har derudover nedenstående generelle bemærkninger.

Generelle bemærkninger

Som anført i en kommentar til afsnit 1.1. er det grundlæggende misvisende, at det angives, at kliniske retningslinjer og andre instrukser målrettet sundhedspersoner ikke må fravige præciseringerne i vejledningen.

Vejledningen skal være udtryk for, hvad der som udgangspunkt vil være at betragte som omhu og samvittighedsfuldhed. Vejledningen vil derfor godt kunne fraviges i konkrete tilfælde.

Udover den indledende tekst herom anvender I flere gange i vejledningen angivelser om, hvilke læger der "må" iværksætte en behandling, ligesom der flere steder anføres at være tale om behandling "forbeholdt" bestemte grupper af læger.

Disse angivelser er misvisende og giver indtryk af, at der er tale om behandling omfattet af et særligt forbeholdt virksomhedsområde i autorisationslovens forstand for visse speciallæger. Dette er ikke tilfældet, idet læger har fri ordinationsret i den forstand, at det er op til den enkelte læge at vurdere, hvilken behandling der konkret skal tilbydes og iværksættes i det enkelte tilfælde. En vejledning kan ikke generelt begrænse lægers ordinationsret som sådan.

Det er gennemgående i vejledningen, men fremstår særligt tydeligt i afsnit 6. Som eksempel fremgår det fx heraf: *"Alene speciallæger i psykiatri og læger ansat i psykiatrien må starte behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter med et forventet behov for behandling over fire uger"*.

Styrelsen for
Patientsikkerhed
Sundhedsjura

Islands Brygge 67
2300 København S

Tlf.nr: +45 7228 6600
E-mail: sjur@stps.dk



Angivelsen "må" i ovennævnte sætninger giver indtryk for, at det er forbudt for andre at ordinere medicinen i disse tilfælde, hvilket ikke er korrekt. Det kan derfor med fordel ændres til fx *"Behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter med et forventet behov for behandling over fire uger bør alene iværksættes af speciallæger i psykiatri og læger ansat i psykiatrien"*.

Tilsvarende justeringer er efter vores opfattelse nødvendige ved de øvrige 'må'-angivelser i vejledningen.

Venlig hilsen

Mie Hindborg Johansen
Chefkonsulent, cand.jur.

Sundhedsdatastyrelsen

Til rette vedkommende i Sundhedsstyrelsen,

Sundhedsdatastyrelsen har ingen bemærkninger til denne fokuserede høring over udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

Med venlig hilsen

Serkan Özdemir

Fuldmægtig, cand. jur.

Direktionssekretariatet

Sundhedsdatastyrelsen

Ørestads Boulevard 5, 2300 København S

www.sundhedsdata.dk



**SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN**

[Læs om, hvordan vi behandler dine personoplysninger](#)