



Oversigt over høringsvar

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.

Sundhedsstyrelsen har modtaget 30 høringsvar 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

Kære Amanda på vegne af Høringsportalen,

jeg har med interesse læst udkastet og vil gerne komme med følgende bemærkninger:

- Generelt er det ikke tidssvarende med etiketteringer som "antipsykotika" eller "midler til behandling af hyperkinetisk forstyrrelse" – og mere hensigtsmæssigt at bruge farmakologisk korrekte betegnelser, f.eks. ved at læne sig op ad Nomenclature by Nature.
- Vedr behandling med antidepressiva finder jeg det forstyrrende at black-label-advarslen om fremkomst / forværring af selvskade / selvmordsrelateret adfærd hos børn, unge og unge voksne op til 25år ved opstart af SSRI-behandling ikke bliver nævnt. Hvorvidt dette skal medføre at opstart af behandlingen som nu skal begrænses til speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri resp voksenpsykiatri, vil jeg overlade til jer – men det ville være rart at det fremgik at man forholdt sig til problemstillingen.
- Jeg tænker at der ind imellem hos unge voksne vil ligge en plan vedr behandling af hyperkinetisk forstyrrelse fra børne- og ungdomspsykiatrisk regi som vil kunne udgøre en relevant baggrund for genopstart af behandling i ung voksenalder.
- Det kunne have været godt at nævne håndtering af dobbeltdiagnoseproblematik under "særlige patientgrupper".

Tak og hilsen

Thorsten Schumann

Ledende overlæge, Børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium Åbenrå

Lektor i Medicinsk Pædagogik, Syddansk Universitet

Børne- og ungdomspsykiatri Syddanmark

Kresten Philipsensvej 15, DK-6200 Aabenraa

Psykiatrien i Region Syddanmark – Syddansk Universitetshospital



Region Syddanmark

Til Sundhedsstyrelsen,

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar over udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser. KL har ingen bemærkninger til udkastet.

Med venlig hilsen

Anna Gillett

Chefkonsulent

Beskæftigelse, Integration & Socialpolitik



Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København

T +45 3370 3370

W kl.dk



Klik på banneret for at gå til tilmelding

Til
Sundhedsstyrelsen
Att. Indsatser for Rationel Farmakoterapi via irf@sst.dk cc aamn@sst.dk

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

Bedre Psykiatri takker for muligheden for at bidrage til høringen og har følgende bemærkninger.

Bedre Psykiatri bakker overordnet op om en kvalificeret faglig vejledning, der præciserer kravene til den omhu og samvittighedsfuldhed en læge skal udvise, ved behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser. En vejledning der beskriver de overordnede rammer for behandling med psykofarmaka, og henvender sig til læger og andre sundhedspersoner, der deltager i behandlingen med psykofarmaka som medhjælp for læger.

Bedre Psykiatri noterer sig, at Sundhedsdatastyrelsens seneste opgørelse viser, at 774.670 danskere over 18 år har indløst mindst én recept på psykofarmaka i 2023 (Medstat, 2024). Udviklingen er signifikant, stigende og i det lys er det afgørende, at medicinsk behandling aldrig står alene. Bedre Psykiatri anerkender, at medicin er gavnligt for mange mennesker med psykisk sygdom. Men det er afgørende, at psykofarmaka altid bliver rimeligt og tillidsfuldt anvendt som behandlingssupplement (og ikke som erstatning) til terapi, livsstilsinterventioner, social støtte, pårørendeinddragelse og andre ikke-medicinske indsatser som fx miljømæssige og psykoterapeutiske indsatser.

Undersøgelser viser, at mennesker med psykisk sygdom lever mellem 15 og 20 år kortere, sammenlignet med befolkningen som helhed (Behandlingsrådet, 2024). Overdødeligheden skyldes både en øget risiko for ulykker og selvmord og en øget risiko for at dø af somatiske sygdomme, som yderligere forstærkes af ringe livsstil og bivirkningerne ved psykofarmaka og særligt antipsykotika. (Sundhedsstyrelsen, 2013; Behandlingsrådet, 2024). Et dansk studie har desuden fundet, at godt 10% af personer med psykisk sygdom døde af en medicinforgiftning og godt 20% af en misbrugsrelateret forgiftning. Der blev fundet op til 16 forskellige lægemidler i blodet på død tidspunktet hos enkeltpersoner og 20% havde mere en tre forskellige medikamenter i blodet, 10% mere end 6 og 5% mere end 9. (Banner, 2019).

Inddragelse af pårørende skal skærpes i vejledningen.

Inddragelse af pårørende står spædt og perifert beskrevet i udkast til vejledningen. Dels står der, at lægen, der vurderer, at der er indikation for at opstarte behandling med psykofarmaka, skal opstille en plan herfor. Planen for behandling skal i udgangspunktet altid udarbejdes i samarbejde med patienten og evt. plejepersonale og/eller pårørende. Dels er lægen ansvarlig for at forventningsafstemme og sikre klare aftaler med patienten om opfølgning på behandling evt. med inddragelse af relevante parter, fx plejepersonale eller pårørende, under samtykke fra patienten.

Bedre Psykiatri vurderer, at inddragelse af pårørende bør kraftigt skærpes og tydeliggøres i vejledningen. Pårørende til mennesker med psykiske lidelser spiller en væsentlig rolle i den medicinske behandling uagtet om den syge bor på et bosted, er i psykiatrisk behandling og fx bor i eget hjem. Det gælder, at pårørende hyppigt er vidne og har kendskab til bl.a. patientens

medicinpræferencer, varighed af medicinforbrug, patientens tidligere erfaringer med medicin, patientens medicin håndtering i dagligdagen, patientens medicinkomplians og medicinadhærens, og ofte monitorerer pårørende også medicineffekten hos den syge herunder har kendskab til bivirkninger, kontraindikationer, mulige interaktioner med patientens øvrige medicin, symptomernes karakter, selvmordsrisiko, afhængighed og komorbiditet samt øvrige forandringer i sygdomstilstanden.

I dette lys er det for Bedre Psykiatri afgørende, at lægen (med patientens samtykke) også sikrer, at pårørende inddrages inden behandling opstartes, er informeret tilstrækkeligt og tilfredsstillende om ovenstående forhold herunder patientens medicinplan og pårørendes rolle ved fx bivirkninger, risici ved for tidligt eller brat ophør med behandlingen, herunder eventuelle ophørssymptomer, og ophør af behandlingen. Det gælder således om at sikre, at lægen ser pårørende som en væsentlig sparringspartner for den syge under psyko-farmakologisk behandling. Lægen skal ligeledes sikre, at patienterne løbende motiveres til at inddrage pårørende eller andre nære bekendte, som kan støtte om patientens ønsker, deltage ved lægekonsultationer, og hjælpe den syge i den medicinske behandling og som kan understøtte behovet for kombineret ikke-medikamentel behandling og social støtte. Det gælder, at pårørende også kan støtte op om den syge ift. lægens dialog og overlevering af information vedr. håndteringen af psykofarmaka samt plan for opfølgning, herunder monitorering af effekt, opmærksomhed ved mulige bivirkninger og evt. ophør, udtrapning og nedtrapning med behandling samt hvem der har ansvaret for den videre opfølgning.

Metaanalyser og andre randomiserede kontrollerede studier påviser, at risikoen for at mennesker med psykisk sygdom ikke samarbejder om medicin (komplians [1]) kombineret med andre behandlingstiltag reduceres med op mod 62 pct. med pårørendeinddragelse (familieinterventioner som fx psykoedukation og samtaleterapi)[2], [3]. Tidligere Cochrane-review påviser lignende resultat. [4] Og det gælder også for andre psykiske sygdomme end skizofreni som fx depression og bipolare lidelser [5], ADHD [6], [7] og angst [8]. Vi ved fra undersøgelser, at psykiatere er væsentligt mere tilbøjelige til at justere antipsykotisk dosering hos patienter med høj familiekontakt sammenlignet med dem med lav familiekontakt [9]. Det er forskningsmæssigt belæg for, at familien/pårørende har signifikant indvirkning på, at den syge tager sin medicin korrekt og følger lægens råd mv., ligesom det fagligt anbefales, at de pårørende klart inddrages i medicinske forhold hos den syge i form af uddannelse, samtaler eller lignende[10],[11],[12],[13].

Det påhviler derfor vejledningen at sikre, at lægen udviser særlig opmærksomhed omkring pårørendes rolle og skærper information, vejledning og instruktion til de pårørende.

Med venlig hilsen

Bedre Psykiatri

Noter

^[1] dvs. patientens evne eller vilje til at følge en given ordination. Målsætningen er størst mulig patientcompliance, dvs. patienter som fuldt ud følger lægens ordination og anvisninger for anvendelsen af det enkelte lægemiddel.

^[2] 2018 Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-018-0289-x>

^[3] 2002 Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171372>

^[4] 2010 Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review) https://www.cochrane.org/CD000088/SCHIZ_family-intervention-for-schizophrenia

^[5] Timmerby et al 2017 Psykoedukation af pårørende ved affektive lidelser. Ugeskr Læger 2017;179:V11160853

^[6] Ferrin 2012 Child and caregiver issues in the treatment of attention deficit– hyperactivity disorder: education, adherence and treatment choice.

^[7] Gajria et al 2014 Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder – a systematic literature review. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2014;10 1543–1569

^[8] Ligiane Paula da Cruz de Sousa et al 2011 COMPLIANCE WITH MEDICATION TREATMENT BY PEOPLE WITH ANXIETY DISORDER. Cogitare Enferm. 2016 Jan/mar; 21(1): 01-11

^[9] Wilk et al. 2008 Family Contact and the Management of Medication Non-adherence in Schizophrenia

^[10] Rose et al. 2009 Medication Adherence: A Review of the Literature and Implications for Clinical Practice. Journal of Psychiatric Practice Vol. 15, No. 1.

^[11] dosReis 2009 The Meaning of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication and Parents' Initiation and Continuity of Treatment for Their Child. JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY Volume 19, Number 4, 2009

^[12] Gajria et al 2014 Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder – a systematic literature review. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2014;10 1543–1569

^[13] DiMatteo 2000 Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment.

Kære Amanda,

Det kun bør være speciallæger i psykiatri, der ordinerer og forestår (herunder følger) behandling med clozapin

Obs: vejledningen skal ikke angive at anden læge kan overtage den fortsatte behandling med Clozapin, hvilket udleveringstilladelsen ej heller tillader

Mvh, Louisa

Louisa Braun Exner

Afdelingslæge

Speciallæge i klinisk farmakologi

Senior Medical Officer

Board certified specialist in clinical pharmacology

Lægemiddelstyrelsen

Regulatorisk & Klinisk Evaluering

Danish Medicines Agency

Regulatory & Clinical Assessment

T +45 44 88 95 95

dkma@dkma.dk



LÆGEMIDDELSTYRELSEN
DANISH MEDICINES AGENCY

Nedenstående svar er fra BUP med inddragelse af overlæge Rikke Thaarup Wesselhøft Region Syd og afdelingslæge Anne Sofie Hansen fra Region Nord.

Høringsvaret omhandler høring ift.

" Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" med svarfrist d. 18.04.2024.

BUP takker for, at vi inddrages i høring, selvom vejledningen ikke er målrettet vores speciale.. Det vurderes 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 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 non-farmakologisk tiltag og behandling.

Dertil at det understreges, at udredning for depression kræver to selvstændige kontakter (under forudsætning af, at det ikke er samtale med personale og blodprøvetagning samme dag).

Såvel som at al farmakologisk behandling for hyperkinetiske forstyrrelser kun kan opstartes forudgået af drøftelse med speciallæge i psykiatri, men at der samtidig bliver mulighed for, at egen læge kan opstarte behandling for ADHD, således denne behandling ikke forsinkes pba lange ventetider i det psykiatriske system.

Kommentarer til de pågældende afsnit

Angående afsnit 1: Ingen kommentarer

Angående afsnit 2:

Der kan være tvivl om, i hvor høj grad non-farmakologiske tiltag og behandling er en mulighed, eller 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. Tilsvarende kunne en specificering under behandlingsplanen på dette område udover det beskrevne være, hvem der forventes at varetage denne opgave/behandlingsansvaret for opgaven (kommune, privatpraktiserende psykolog, lægen selv etc).

Angående 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 for at undgå patienter opretholdes i behandling, hvor der ikke er overbevisende effekt og 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 4 og 5:

Ingen kommentarer

Angående afsnit 6:

6.1: Angående opstart af antipsykotika med forventet behandlingsvarighed under 4 uger, kan det undrer 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.

Der bør være opmærksomhed på, at der i den unge gruppe ikke overdiagnosticeres depression ift. fx ved udredning med brug af MDI alene.

6.3 og 6.4:

Ingen kommentarer

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".

6.6 og 6.7:

Ingen kommentarer

6.8:

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

Angående afsnit 7, 8 og 9

Ingen kommentarer

Ift. kvalitetssikring for patienter, er der nysgerrighed ift. om andre læger end sygehusansatte i psykiatrien er forpligtiget til at indrapportere til databaserne.

Det vil være en vigtigt måde at afdække de områder, hvor der er størst behov for fokus og understøttelse ift. fx efteruddannelse, ændringer i vejledninger fremadrettet og sparringsmuligheder tværsektorielt.

Sundhedsstyrelsen
Amanda Moosdorf Jessen

sst@sst.dk

København, den 16. april 2024

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

Vi takker for muligheden for at kommentere på ovennævnte høring.

Alzheimerforeningen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt i vejledningen at præcisere/uddybe, at mennesker med demens i udgangspunktet ikke skal behandles med psykofarmaka.

I tillæg til passagen under "antipsykotisk medicin", kunne således med fordel tilføjes i afsnittet om sårbare ældre: Mennesker med demens skal i udgangspunktet ikke behandles med psykofarmaka.

Demenssymptomer (BPSD) bør ikke behandles med psykofarmaka, men ved psykosociale interventioner. Det bør derfor sikres, at det ikke er muligt at afhjælpe symptomer gennem ikke-farmakologiske interventioner forud for eventuel ordination af psykofarmaka.

Med venlig hilsen



Birgitte Vølund
Formand
Alzheimerforeningen



Mette Raun Fjordside
Direktør
Alzheimerforeningen

Danmarks Apotekerforening

Bredgade 54 · 1260 København K
Telefon 33 76 76 00 · Fax 33 76 76 99
apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk · www.apotekerforeningen.dk

apotek

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

16-04-2024
MOL/4201/00001

Svar på høring vedr. vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

Sundhedsstyrelsen har den 21. marts 2024 sendt ovennævnte vejledning i offentlig høring.

Vejledningen er en sammenlægning af *vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser* og *vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler*.

Danmarks Apotekerforening takker for muligheden for at kommentere vejledningen.

Sundhedsstyrelsen udgav i maj 2022 13 anbefalinger for polyfarmaci ved multisygdom, som skulle bidrage til at forebygge og håndtere uhensigtsmæssig brug af lægemidler hos personer med multisygdom.

Apotekerforeningen noterer sig med glæde, at anbefalingen om at stillingtagen til varighed af behandling, seponering og prioritering af lægemidler ved revidering af eksisterende og udgivelsen af nye anbefalinger, retningslinjer og vejledninger er inkluderet i den sammenlagte vejledning.

En del af Sundhedsstyrelsens anbefalinger omhandlede samarbejde på tværs af fagligheder, hvilket desværre ikke ses inkluderet i vejledningen.

Apotekerforeningen vil gerne opfordre til, at apotekerne tænkes ind som en del af løsningen af ophør og udtrapning af lægemiddelbehandlingen. Udtrapning kan være en kompliceret opgave, og ved netop psykofarmaka er det vigtigt, at patienterne ikke bare stopper behandling fra den ene dag til den anden. Udtrapning af psykofarmaka kræver planlægning og løbende monitorering. Apotekerne kan på baggrund af en plan fra lægen bidrage med monitoreringen af udtrapningen, så det sikres, at patienten udtrappes succesfuldt af lægemiddelbehandlingen.

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard

Sundhedsfaglig direktør

Høringssvar fra Janne Unkerskov, praktiserende læge og leder af KAP-H's Medicinteam.

Vedr. Sundhedsstyrelsens IRF's udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

- Det kan undre lidt, at man stadig i indledningen fastholder vejledning til psykiske lidelser hos voksne og er nødt til at præcisere, at læger skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed – det gælder vel i alle ordinationer til alle patienter med både fysiske og psykiske lidelser? Måske en lidt mere forklarende tekst vil virke mindre stigmatiserende af patienter med psykiske lidelser og de læger, der behandler dem?
- Der mangler vejledning til, hvordan diagnostikken skal foregå. Kan det være test i almen praksis af fx ADHD, når vi nu skal til at behandle. Hvilke af de nævnte diagnoser SKAL stilles af psykiater og ikke andre læger eller fagpersonale?
- I punkt 2 nævnes at patienten helst skal møde fysisk op ved opstart og fornyelse af medicin – selvfølgelig skal de møde op ved udredning, men den er jo ofte foretaget FØR opstart af behandling. Det undrer, når man ved at mange af disse patienter netop har svært ved det, og ofte har det bedre med at sidde ved sin skærm i trygge omgivelser i hjemmet. Endvidere har de ofte lang afstand til behandlende læge, hvilket kan medvirke til fravalg af en ellers indiceret behandling. Ydermere vil Danske Regioner at en stadig større del af de praktiserende lægers (og sikker også andre) foregå on-line. Hvad er dokumentationen for fysisk fremmøde?
- Under opstart nævner I LÆGEN - er der så alle andre end psykiatere, som LÆGEN jo skal konferere med ved højere doser eller flere præparater? Skal nok præciseres og jo især for ADHD midler, som kun psykiatere kan få tilskud ved ansøgning om enkelttilskud.
- Vedr. lægemidler der ikke må kombineres, så er der vist sparsom evidens for det? Ofte gør vi det jo også ved fysiske sygdomme fx DM eller hypertension. På den måde kan man ofte reducere dosis og dermed mindske bivirkninger. Mener I virkelig max ET præparat? Man kunne overveje 2? Evidens? I Medicintilskudsnævnet ser vi ofte ADHD patienter i 3 stofs behandling og med melatonin på toppen af psykiatere.
- Under punkt 3 skal I huske at mange af disse patienter er helt alene, og ikke har kontakt til kommunen.
- Under punkt 3 det sidste afsnit mangler en præcisering af, hvad vi gør når patienterne ikke dukker op til kontroller fx det årlige besøg? De har jo den største grad af udeblivelser fra almen praksis. Skal vi så lade være med at fornye deres medicin? Så får de jo tilbagefald og forværring. Hvordan er vi som læger stillet juridisk, hvis vi fornyer uden fremmøde – enten fysisk eller virtuelt. Ofte fornyer de jo bare medicin via app'en? Skal vi afvise fornyelser?
- Punkt 6.1 er clozapin NBS udlevering til kun psykiatere og neurologer, så det kan andre læger IKKE udskrive.
- Punkt 6.2. Alle læger må da udskrive TCA?? Vi bruger det jo også i smertebehandling?
- Punkt 6.3. Litium er ikke NBS. Så alle læger kan ordinere det? Jeg tænker man skal nævne, at det skal være under vejledning af psykiater.
- Punkt 6.5. Alle læger kan udskrive ADHD midler, men kun psykiatere kan få tilskud? Så der skal I nok have fat i Lægemiddelstyrelsen og aftale fælles regler.

- Punkt 6.5. Det lyder som et lidt desperat forsøg på at skaffe tider i en presset psykiatri at flytte patienter ud til alle andre læger og jo især en også presset almen praksis. Det vil betyde markant flere mulige behandlingskombinationer og manglende kontrol med et område, der er i hastig væske og hvor man mener 8-10% af den voksne befolkning hører til. Hvis I fastholder kun ET lægemiddel, og vi fra Medicintilskudsnet og Sundhedsstyrelsen ved, at man får både 2 og 3 samtidige lægemidler er der noget, som ikke hænger sammen.
- Punkt 6.7. Gabapentinoider bruges primært til neuropatiske smerter. Antiepileptika til fx trigeminusneuralgi. Hvad gør vi med de patienter? Der mangler generelt en præcisering af, om det er selve lægemidlet eller deres indikation, som er det vigtigste?
- Punkt 6.8 Det kan undre at man medtager dette afsnit? Et er jo helt off-label at bruge sederende antihistaminer til søvn hos psykisk syge. Hvorfor ikke fjerne afsnittet eller anbefale ingen brug?
-



*arbejder for at menneskerettighederne virkeliggøres,
at de ikke blot forbliver en idealistisk drøm.*

3. april 2024

Medborgernes Menneskerettighedskommission (MMK) støtter det synspunkt, at det er vigtigt, at rammerne for behandling med psykofarmaka bliver justeret i henhold til de nuværende erfaringer, og at det sker i lyset af menneskerettighederne, som blandt andet formuleret i FNs konventioner, som Danmark har ratificeret, og i WHO's vejledninger. MMK mener derfor, at Sundhedsstyrelsens hensigt, at udgive en opdateret specifikation af hvad det at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med en mulig brug af psykofarmaka, er korrekt.

Dette høringssvar tager udgangspunkt i, at brugen af psykofarmaka ikke kun er en sundhedsfaglig vurdering, da disse lægemidler kan have en vidtrækkende indflydelse på en bruger og hans/hendes hverdag og liv, så et snævert symptombaseret synspunkt kan få skæbnesvangre konsekvenser.

Den behandlingmæssige værdi er begrænset, hvis overhovedet målelig for en ganske betydelig del af brugerne, og samtidigt lider mange af både kortvarige og langvarige utilsigtede virkninger, der kan være invaliderende eller i hvert fald forårsage forstyrrelser i funktion og livskvalitet. For visse medikamenter kan udtrapning af behandling være ekstremt problematisk, specielt fordi der er en så udbredt mangel på forståelse for hvilke symptomer der skyldes afhængighed (dependance) og hvad der kan tilskrives den psykiske tilstand, samt at eksisterende vejledninger om, hvordan det bør gøres, er baseret på ufuldstændige data. Vi henviser blandt andet til State of the Art Lecture #2: "Supported reduction or discontinuation of psychopharmacological treatment: necessary skills and guidelines" fra den netop afsluttende Europæiske psykiatrikongres (see vedhæftede uddrag).

Der er ingen klare indikationer for, hvem der kunne have gavn af disse midler, eller hvem der måtte lide skade. Den meget lave benefit/risk ratio, fra et overordnet holistisk synspunkt, er et problem for de fleste psykofarmaka, og derfor bør det sikres, at vejledningen ikke kan føre til systemisk påført skade pga. mangler på menneskeretslige sikkerhedsværdier.

Vejledningen om behandling med psykofarmaka bør formuleres i lyset af den omfangsrige vejledning, som generaldirektør for Verdenssundhedsorganisationen



*arbejder for at menneskerettighederne virkeliggøres,
at de ikke blot forbliver en idealistisk drøm.*

WHO, dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus og FN's højkommisær for menneskerettigheder, Voker Türk, har sendt ud i oktober 2023:

https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/WHO-OHCHR-Mental-health-human-rights-and-legislation_web.pdf

Denne skelsættende vejledning, som er kulminationen af over 5 års arbejde, tager udgangspunkt i den nuværende forståelse af bedste praksis inden for mental sundhed. Dette skyldes blandt andet den faktiske mangel på en vidtrækkende værdi af psykofarmakabehandling, i lyset af de omfattende utilsigtede virkninger og skader samt forværret livskvalitet mv.

FNs vejledning, der er blevet tilsendt den danske stat, søger blandt andet at skabe et paradigmeskift inden for mental sundhed. *'Vejledningen opfordrer til at omsætte de utallige evidensbaserede tilgange og praksisser, der er forankret i menneskerettighederne, til lovgivning'* (fra 2. formål og omfang). Dette vil også gælde nationale vejledninger, som denne.

Konventionen om rettigheder for personer med handicap, (CRPD) udfordrer langvarig skadelig praksis i mentale sundhedssystemer, såsom benægtelse af juridisk kapacitet og brug af tvangsmetoder, og giver i stedet mulighed for et 'støtteparadigme', der understreger pligten til og vigtigheden af at gentænke formålet med og rollen for lovgivning om mental sundhed for at fremme personlighed, autonomi, fuld deltagelse og inklusion i samfundet (fra 1. Introduktion, baggrund).

Angående 2. Opstart af behandling:

Her mener MMK, at der som almindelig praksis bør iværksættes ikke-medikamentelle foranstaltninger, der henvender sig til mulige faktiske årsager til de mentale problemer, **før** en eventuel behandling med psykofarmaka bør overvejes (dette går videre end den individuelle behandling af den enkelte person, der måtte have mentale problemer, men bør klart indikeres i vejledningen), for:

'... de fleste mentale sundhedssystemer fokuserer på diagnose, medicinering og symptomreduktion og negligerer de sociale determinanter, der påvirker folks mentale sundhed. (Kapitel 1. Nytænkning af lovgivningen om mental sundhed)

I de senere år er der blevet opfordret til en fuldstændig transformation inden for mental sundhed, især med hensyn til, hvordan mental sundhed forstås, behandles og støttes, både i og uden for sundhedsvæsenet (2,10,17, 18). Den voksende bevidsthed om de sociale determinanters rolle og vigtigheden af at levere personcentreret,



*arbejder for at menneskerettighederne virkeliggøres,
at de ikke blot forbliver en idealistisk drøm.*

menneskerettigheds-baseret og recovery-orienteret pleje og service har fået regeringer verden over til at udforme og implementere politikker, der forbedrer mental sundhed for alle.

Støtte er grundlæggende for den gensidige afhængighed og udvider den individuelle autonomi i stedet for at underminere den (135) (Boks 2, 1.4 Den internationale menneskerettighedsramme).

....muliggøre rettighedsbaserede, personcentrerede, recovery-orienterede tjenester og initiativer i lokalsamfundet, herunder dem, der er peer-ledede og peer-drevne, både inden for og uden for sundhedssystemet, som prioriterer personens empowerment og aktive deltagelse i deres egen recovery (Boks 3 1.5 Anvendelse af menneskerettighedsrammen på lovgivning om mental sundhed).

... et kulturelt skift, der fremmer social transformation inden for mental sundhed. Det indebærer en overgang fra en snæver vægt på biomedicinske tilgange til en mere holistisk og inkluderende forståelse af mental sundhed. (4. Hvorfor er vejledningen vigtig).

Alternativer til den biomedicinske tilgang: WHO har udarbejdet materialer og værktøjer:

WHO QualityRights e-training om mental sundhed, recovery og inklusion i samfundet: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training>.

WHO's QualityRights-materialer til træning, vejledning og transformation:

<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-andtraining-tools>.

WHO's vejledning og tekniske pakker om mentale sundhedstjenester i lokalsamfundet:

<https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technicalpackages-on-community-mental-health-services>.

Skal der ordineres psykofarmaka siger WHO's vejledning:

Ordination af psykofarmaka

Lande bør vedtage en højere standard for frit og informeret samtykke til psykofarmaka i betragtning af deres potentielle risiko for skade på kort og lang sigt (217, 218). Lande kan f.eks. kræve skriftligt eller dokumenteret informeret samtykke (f.eks. udtrykt ved en optagelse i video- eller lydformat) efter at have givet detaljerede oplysninger om



*arbejder for at menneskerettighederne virkeliggøres,
at de ikke blot forbliver en idealistisk drøm.*

potentielle negative og positive virkninger og tilgængeligheden af alternativ behandling og ikke-medicinske muligheder.

Lovgivningen kan kræve, at sundhedspersonalet informerer brugerne om deres ret til at afbryde behandlingen og til at få støtte til det. Der bør ydes støtte til at hjælpe folk med sikkert at trække sig tilbage fra behandling med stoffer.

Ordination af psykofarmaka og opfølgning kræver omhyggelig vurdering og overvågning af det fysiske helbred.

Eksempler på, hvad loven kan sige:

- *Ordination af psykofarmaka er reguleret af de tekniske og etiske standarder, der styrer medicinsk aktivitet, og kræver skriftligt eller dokumenteret frit og informeret samtykke.*
- *Ordination af psykofarmaka skal ske inden for rammerne af tværfaglige tilgange.*
- *Sundhedspersonale har pligt til at informere personer, der bruger psykiatriske ydelser, om de mulige risici, skader og bivirkninger på kort, mellemlang og lang sigt, der er forbundet med brug af de foreslåede psykofarmaka, og om retten til at påbegynde en seponeringsproces og få støtte til at gøre dette sikkert.*
- *Psykofarmaka bør kun ordineres som en reaktion på personens grundlæggende behov; de må udelukkende administreres til terapeutiske formål og aldrig som straf eller af hensyn til tredjeparter eller for at imødekomme behovet for terapeutisk støtte eller specialiseret pleje.*
- *Indikation og fornyelse af recept på psykofarmaka kan kun ske på baggrund af relevante faglige vurderinger og aldrig automatisk.*
- *Psykiatriske sundhedsydelse skal sørge for et bivirkningsregister med en klart defineret procedure for indberetning og en veldokumenteret proces for håndtering af uønskede resultater.*
- *Sundhedsmyndigheden skal regelmæssigt rapportere om tilgængeligheden af seponeringsprogrammer for psykofarmaka.*

Angående punkt 3 i Sundhedsstyrelsens vejledning: Monitorering af bivirkninger og effekt:

MMK bemærker sætningen: *'opfølgning på effekt og bivirkninger, ...foregå mindst én gang årligt'* og tænker på livslang neddysning og symptomdæmpning versus helbredelse.



*arbejder for at menneskerettighederne virkeliggøres,
at de ikke blot forbliver en idealistisk drøm.*

Angående punkt 6.1 i Sundhedsstyrelsens vejledning: Særlige forhold vedr. specifikke lægemiddelgrupper:

MMK bemærker udtrykket: 'årlig vejning' og tænker også her på livslang neddysning og symptomdæmpning versus helbredelse.

Angående punkt 6.2 i Sundhedsstyrelsens vejledning: Særlige forhold vedr. specifikke lægemiddelgrupper:

MMK bemærker sætningen: *Før opstart af antidepressive lægemidler skal pt som udgangspunkt udredes over mindst 2 samtaler* og tænker eksempelvis på, hvordan en person på 40 år, der har bragt rod i sit liv i mange år med depression til følge, skal hjælpes på '2 samtaler'.

Angående punkt 7.2 i Sundhedsstyrelsens vejledning: Gravide, ammende og patienter med graviditetsønske:

MMK betragter det som utilbørligt at give gravide psykofarmaka under nogen form af hensyn til fosteret.

I håbet om at vi går en lysere fremtid i møde for mental sundhed med et nyt paradigme.

René Steffensen

Bestyrelsesmedlem i MMK, Medborgernes

Menneskerettighedskommission 3.4.24



EPA 2024 32nd EUROPEAN
CONGRESS OF
PSYCHIATRY
Budapest, Hungary • 6-9 April 2024



Supported reduction or discontinuation of psychopharmacological treatment: necessary skills and guidelines

7 April 2024 | 15:45 - 16:30

Code: STA02

Type: State of the Art Lecture

Topic: Pharmacology

Chair: Pavel Mohr (Czech Republic)

15:45 – 16:10 Supported reduction or discontinuation of psychopharmacological treatment:
necessary skills and guidelines

Speaker: Mark Horowitz (United Kingdom)

16:10 – 16:30 Q&A

Dr. Pavel Mohr: Ladies and gentlemen, I would like you to welcome to the next State of the Art lecture. We are just about to start and I know that there is no break between those two talks.

It is my great pleasure and honor to introduce Dr. Mark Horowitz.

We usually talk about prescribing medications to our patients at the congresses and conferences.

And this will be a little bit different talk. How to deprescribe the medications to our patients.

Dr. Mark Horowitz is a Clinical Research Fellow in Psychiatry and the National Health Service in England. He runs a clinic for drug deprescribing. He is also a Research Fellow at the University College of London. He was trained in the Institute of Psychiatry and in neuroscience at the Kings College London. He has written several influential papers about the safe approaches to taking psychiatric medications down. He published some important papers in the Lancet Psychiatry and JAMA Psychiatry, and Schizophrenia Bulletin.

Without further ado, I would like to introduce Dr. Mark Horowitz. The floor is your's.

- 2 EPA Congress 2024, 7 April 2024, State of the Art Lecture #2:
Supported reduction or discontinuation of psychopharmacological treatment: necessary skills and guidelines

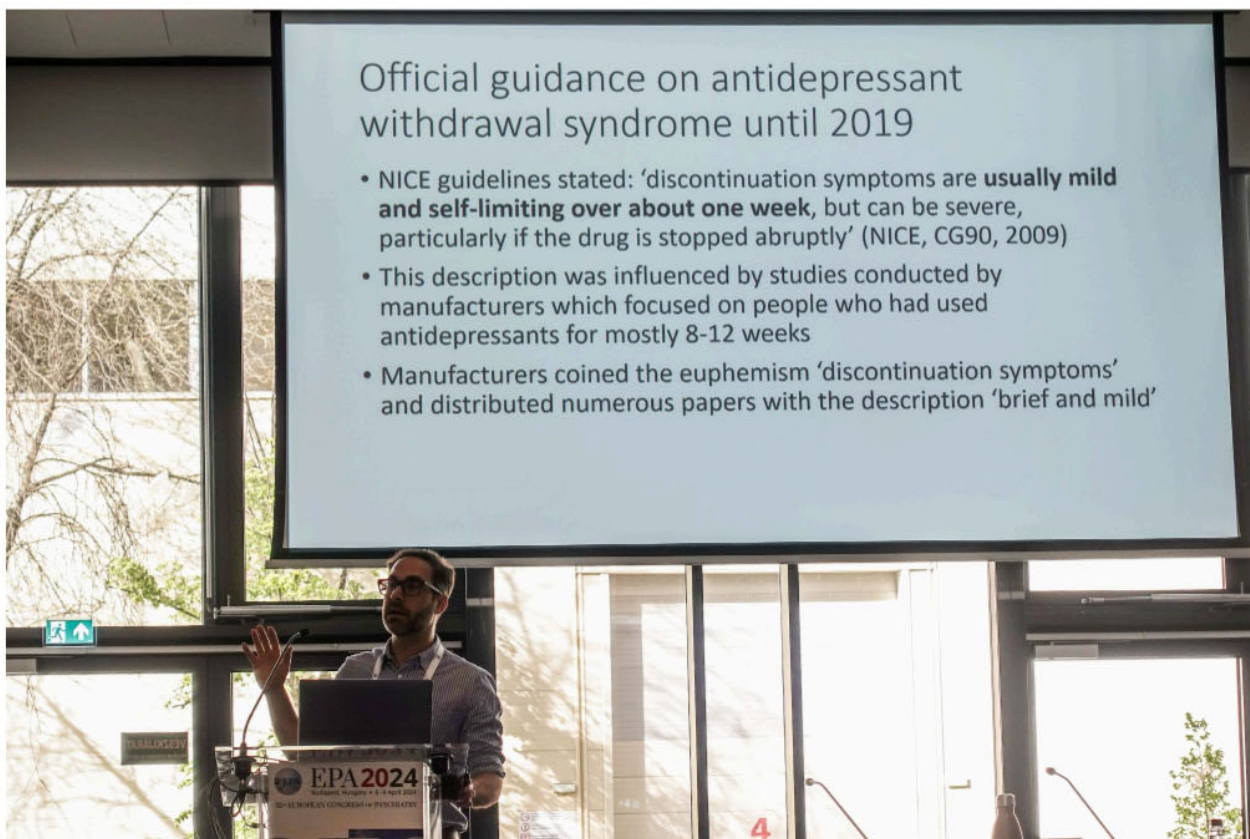


Dr. Mark Horowitz: Thank you for that introduction.

How do I get to my talk? Oh, yeah. Okay, Good.

I am going to talk in general about psychiatric drug deprescribing. I am going to focus on antidepressants as a very common and representative example. But a lot of what I say will be relevant for psychiatric medications in general.

So, I am talking a bit about the UK. A lot of what is true of the UK is also true historically for around the world.



So, up until a few years ago, the guidelines in England by NICE said that “discontinuations on stopping antidepressants are usually mild and self-delimiting over about a week.” This description comes from studies conducted by drug companies which focused on people who had been on antidepressants for 8 to 12 weeks.

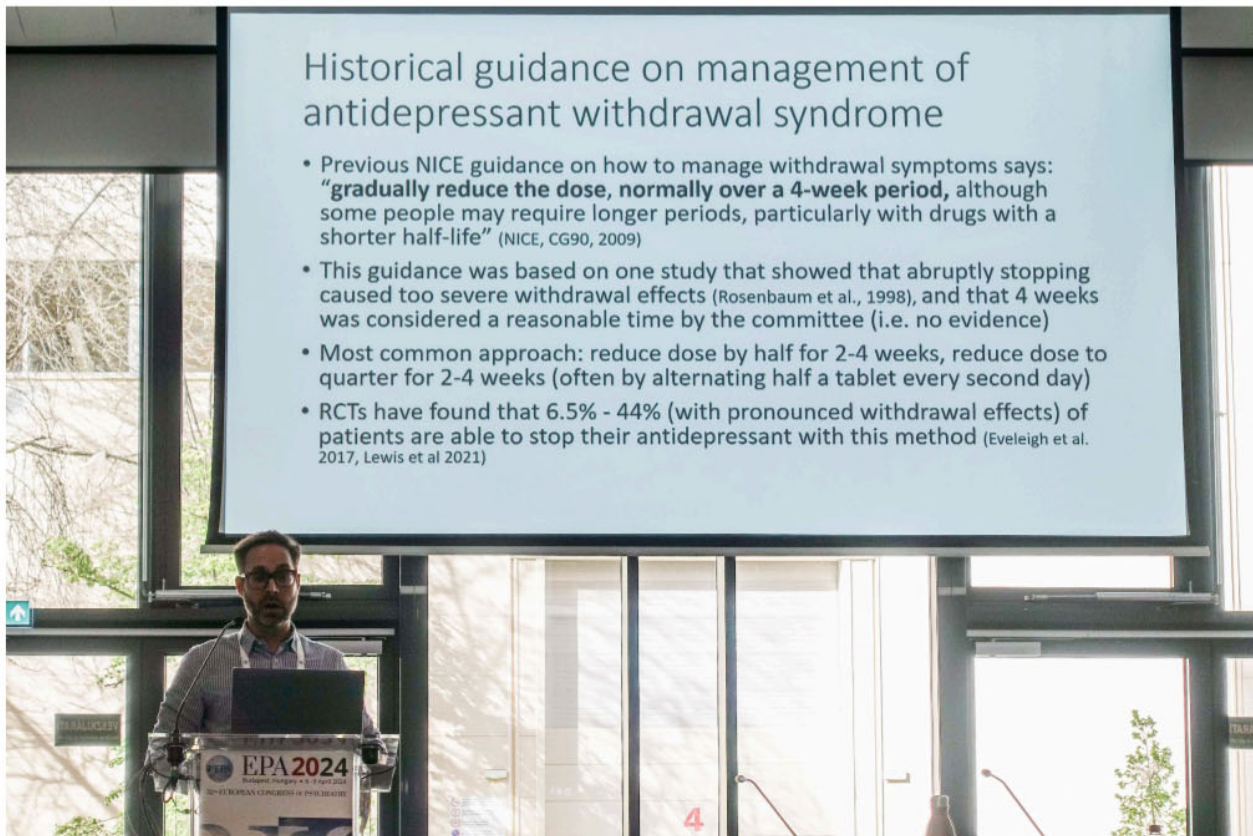
As you will see later on, the longer people are on medications, the harder it is to stop them and the more severe the withdrawal effects.

I think of this a bit like a car company crashing a car going at 5 kilometres per hour into a wall and saying it is safe. And ignoring the fact that people are driving around at 60 kilometres per hour. Because many people in Europe and America are on these drugs for years and decades.

Manufacturers also coined the euphemism, a scientifically meaningless word, “discontinuation symptoms” and distributed numerous papers with this description of them as being “brief and mild” changing popular understanding of stopping these medications.

4 EPA Congress 2024, 7 April 2024, State of the Art Lecture #2:

Supported reduction or discontinuation of psychopharmacological treatment: necessary skills and guidelines



Alongside this, the advice on how to stop these drugs recommended stopping over 4 weeks with very vague advice gradually.

It turns out that this advice was based on a single study that showed that stopping drugs abruptly caused too severe withdrawal effects and 4 weeks was the consensus position of the committee at the time. In other words, it was based on no research evidence.

This has become common practice.

We surveyed patients. The most common way antidepressants are stopped is they are halved for 2 to 4 weeks, halved again often by dosing every second day before being stopped. Randomised control trials have tested this approach of after 8 weeks stopping.

In Holland they found that 7% of people could stop and they stopped in this way and in England they found that 40% of people could stop in this way and it is quite pronounced withdrawal effects. In other words, most people cannot come off antidepressants in the way the guidelines currently recommend.

Consequence: people turn to peer support websites online for guidance

Surviving Antidepressants
peer support for tapering & withdrawal syndrome

301,768 posts
750,000 hits a month

THE WITHDRAWAL PROJECT

150,000 hits a month

- Commonest story: my doctor told me to stop taking my antidepressant over between 0 and 4 weeks
- The effects were so horrendous that I had to go back on them.
- The doctor told me there shouldn't be a problem with coming off them, so that it must be my original condition coming back, diagnosed me with relapse, informed me I should be on this drug life-long
- But it felt different to my original condition eg I had dizziness/brain zaps/panic attacks for the first time
- So I have lost faith in my doctor. The advice on this website was more helpful than my doctor.
- Coming off much more slowly – 10% dose reductions per month, based on the most recent dose, so that reductions get smaller and smaller - has made the process much easier

The consequence of this is that many people exit mainstream healthcare and end up on peer support forums getting advice on how to come off their medications. So these are two websites that happen to be American. They get between them a million hits a month.

Almost half the people on these sites are European and the story is identical almost for every single person there. My doctor told me to stop taking my antidepressant over a few weeks. The effects were so horrendous that I had to go back on them or ended up in a terrible state.

The doctor told me there shouldn't be a problem with coming off them, so that it must be my original condition, diagnosed me with relapse, informed me that I may be on this drug life-long. But it felt different to my original condition. I had dizziness, I had brain zaps/panic attacks for the first time

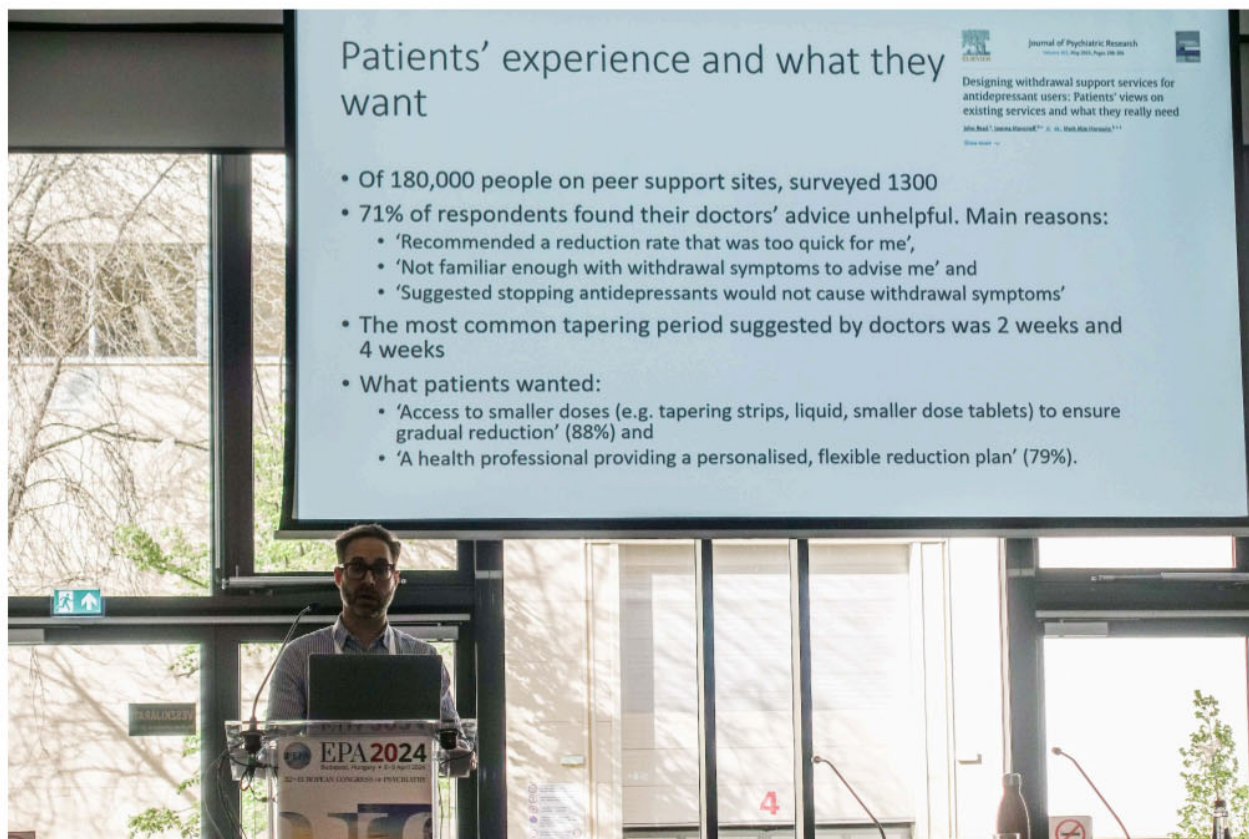
So now "I've lost faith in my doctor."

The advice on this website was much more helpful than medical advice. And what these sort of websites recommend is coming off much more slowly. For example, at 10% of your most recent dose per month.

In other words, as the dose gets lower the reductions become smaller and smaller and it can take months or years to come off.

And people say this is easier and we'll come back to see whether the advice on these websites or the advice on NICE guidelines is more helpful.

6 EPA Congress 2024, 7 April 2024, State of the Art Lecture #2:
Supported reduction or discontinuation of psychopharmacological treatment: necessary skills and guidelines



So we surveyed – there's 180,000 people on these sort of websites. We surveyed 1,300 of them and this is what they said.

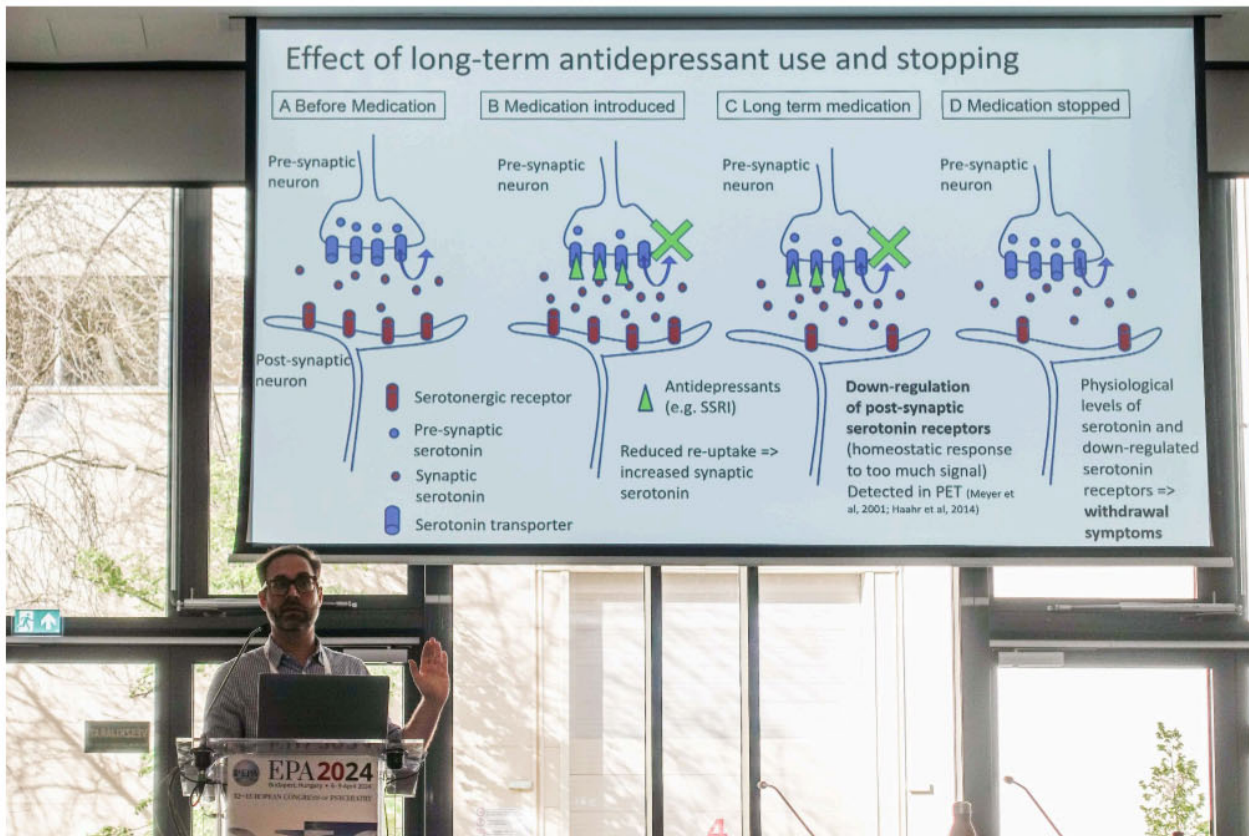
They said, three quarters of them said their doctor's advice was unhelpful.

The major reasons were they recommended a rate of reduction that was much too quick.

They weren't familiar enough with withdrawal symptoms to have any advice, or they told me that stopping with antidepressants would not cause any withdrawal symptoms.

The most common tapering period was 2 weeks and 4 weeks exactly like the NICE guidelines recommend.

What patients wanted was the ability to make smaller reductions over a much longer period of time. And to do that they wanted to have access to liquid versions of the drug, so they could make small reductions or compounded versions of tablets or capsules, something that would allow it to cutting down tablets more easily. And health professionals that understood how to provide a personalised flexible slow reduction line.



[06:49] Now I'll give you a little bit of neurobiology.

This is a serotonergic synaptic, pre-synaptic neuron [redacted]

So, the first thing that we did was we did a pre-synaptic synapse. [07:32] And so you get increases in synaptic serotonin.

Because of homeostasis in the body, the one being the middle, when it's hot outside, when it's sweat, when it's cold outside, when it's shiver, these now post-synaptic receptors have been inundated with serotonergic signal and they down-regulate.

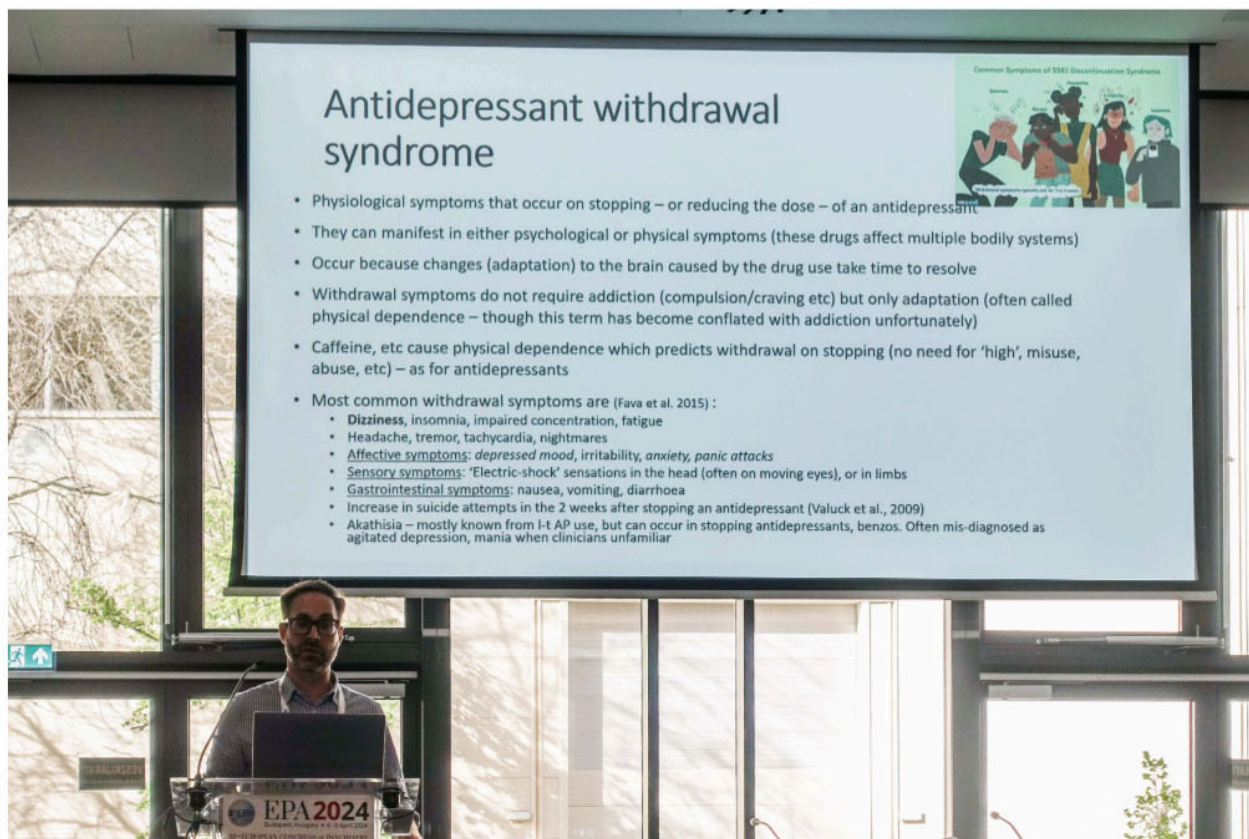
That can be seen after just a few weeks of exposure to antidepressants in PET-engine. There's down-regulation of serotonin 2 and serotonin 4 receptors.

Now, when you come to stop the drug, let's say months or years later, you stop the antidepressant to metabolize by the liver and kidneys in a few days or weeks. But what doesn't change in a few days or weeks is the residual changes to the post-synaptic serotonin receptors.

In studies on humans, there are changes to the serotonergic system that persists for up to four years after antidepressants are stopped. In other words, you now have a system that is less sensitive to serotonin being exposed to normal synaptic levels of serotonin. And overall, this could be seen as a hyposerotonergic syndrome.

This is very much an abbreviation of what's going on because, of course, there are lots of downstream effects, there's other neurodermatitis effects, but the idea is that the adaptation to the drug persists for longer and takes the drug to be eliminated from the body, and that's what causes withdrawal effects.

Let's make one other point here.



Sometimes people say, how can withdrawal effects last for more than a few days or weeks because the drug is out of the system? But it's not the time taken for the drug to leave the system. It's the time taken for the system to readapt to the drug not being there that explains how long withdrawal symptoms can last for.

So a quick analogy.

If you're walking to a loud concert, your tympanic membranes become less sensitive to sound to make up for the intensity. If you then leave the concert and go into a quiet street, you hear muffled sounds for a few minutes. As soon as you shut the door on the concert, the sound disappears – it takes one second. The reason why you have a few minutes of muffled sounds is because your tympanic membranes take a while to readapt to lower levels of sound. So that's a sound withdrawal syndrome.

The same is true for coming off of psychiatric drugs. And often the change is produced on the brain by psychiatric drugs can persist for months or years after stopping, which is why withdrawal syndromes can last a lot longer if it takes the drug to be eliminated from the body over **fivehundred** times.

So antidepressant withdrawal syndrome is a set of physiological symptoms that appear on stopping or reducing the dose of an antidepressant. They can manifest in either psychological or physical symptoms because these medications affect so many bodily systems. They occur because adaptations to the brain – that I have just shown you – caused by the drug take time to resolve. It's important to understand that withdrawal symptoms do not require addiction.

Addiction involving compulsion, craving, a focus on the drug is not relevant to antidepressants. But all that is required is adaptation to the drug. This is often referred to as physical dependence, but unfortunately the terms physical dependence and addiction have become conflated. The use in pharmacology texts mean something different.

Physical dependence means the process of adaptation to appear to exposure to a drug that affects the brain, which is clearly true for antidepressants.

For example, I would imagine everybody in this audience is physically dependent on caffeine. If you stopped it, you get a withdrawal syndrome. I assume that nobody is injecting, stealing, to get more caffeine, because you don't have addiction issues.

And the same is true for antidepressants.

People tend to misuse the drug in order to experience withdrawal effects from it.

The most common withdrawal symptoms are-- there is a very long list of symptoms, up to I think 85, because these drugs affect not just the brain, but the entire nervous system, the gut, even the hormonal systems. Symptoms include dizziness, insomnia, impaired concentration, fatigue, headache, tremor, tachycardia, nightmares. There are affective symptoms: depressed mood, irritability, anxiety, panic attacks.

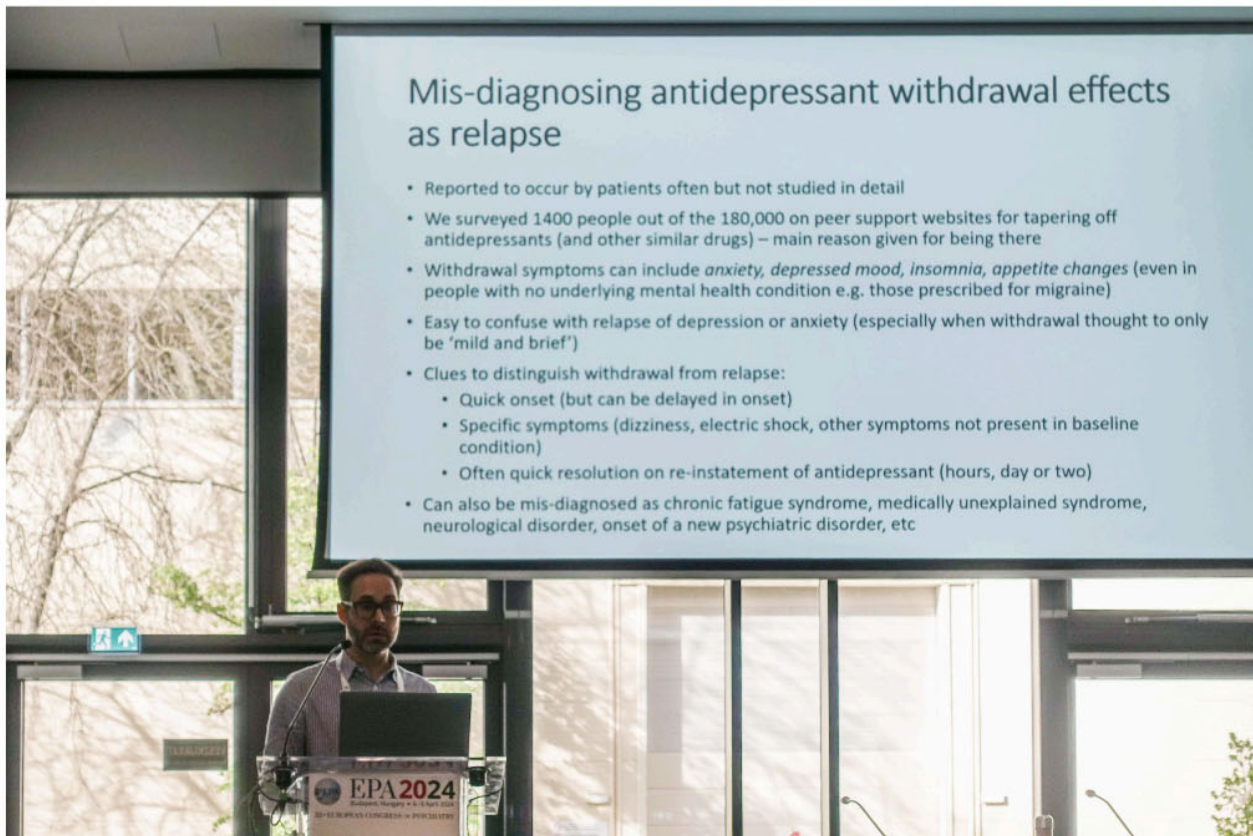
We know that these are symptoms of withdrawal and not just relapse, because they have been found in studies of people who get antidepressants with no underlying mental health conditions. So for example, in people who are given these medications for pain, for the menopause, and even in healthy volunteers, people find these symptoms on stopping.

There are quite distinctive sensory symptoms, things like electric-shock sensations, which are called brain zaps, which will feel the electricity in the brain after people have stopped these medications.

There are symptoms of gut symptoms because there's a lot of serotonergic neurons in the gut.

There's an increase in suicide attempts in the two weeks after stopping antidepressants. It's been attributed to withdrawal effects itself because it's too quick for relapse to explain this increase in symptoms.

And another symptom I wanted to highlight is often glanced over. Akathisia is often recognised as a long-term consequence of antipsychotic exposure, but withdrawal from antidepressants and benzodiazepines, a variety of psychiatric drugs, can lead to akathisia. This is the most horrible state that I see. People are pacing, they feel agitated, they feel terror. A lot of them are talking about suicide because it is a state in which you get no rest and no calm, often for days or weeks at a time. And it's important, it's often misdiagnosed when people are presented to the emergency department as atypical depression, as mania, because most people are unfamiliar that coming off these drugs can cause akathisia.



Misdiagnosing adverse withdrawal effects as relapse is a very big issue. It's never been studied systematically, but in the patients that we surveyed in these online groups, it was the number one reason that they were there.

The cause, and it makes sense why it would happen, because withdrawal symptoms include anxiety, depressed mood, insomnia, as I said, even people without underlying mental health conditions. It's easy to confuse with a relapse of depression or anxiety, especially when it's in the clinician's minds that withdrawal effects are brief and mild.

Someone turns up with severe symptoms and a long list, it's very hard to put the connection together.

There are a few clues to distinguish withdrawal from relapse. Number one, a lot of people who we start on antidepressant had a stressful period in their lives: divorce, job loss, illness.

Most people will not have severe recurrent conditions. It's hard to have a relapse of divorce, but relapse is so high in elevated differentials and withdrawal is so low, I think that needs to be observed.

A few different aspects of the presentation can help make the distinction. For example, re-onset, the symptoms come on a few days after stopping, it's very likely to be withdrawal.

There is also a phenomenon of delayed onset withdrawal effects, which when I first saw it, I found confusing, but several weeks later people had dizziness, headache, zaps.

There is some evidence that the medications persist in central compartment for a while without it. It's thought by looking at plasma levels, it might take several weeks for the drug to leave the serotonin transporter, and that might explain why sometimes withdrawal effects can be delayed. Specific symptoms are very useful, so things like dizziness, electric shock are very helpful to distinguish from relapse, but even psychological symptoms that are not present in baseline condition are also helpful.

So for example if someone goes on medication because they are depressed, lethargic, sleeping long hours after the death of their mom, and when they come off their medication several years later, they have developed trouble sleeping, anxiety, panic attacks.

It's much more likely that they have developed quite common withdrawal symptoms rather than they have developed a new onset panic disorder that just happens to coincide with the moment they stopped their antidepressant, but often that is the conclusion that clinicians come to.

So it's very useful to know what the baseline symptoms were, compare with what they had to work out, is this new or not, and sometimes a patient will give you the answer, they will tell you this feels nothing like my usual condition.

More helpful in retrospect is when the medication is reinstated, withdrawal symptoms can often go away quite quickly.

There's a very wide list of misdiagnoses that we've found in research. Because of all these different symptoms you can have from fatigued, funny neurological symptoms, people who are misdiagnosed with chronic fatigue syndrome, medically unexplained symptoms, neurological disorders, or onset of new psychiatric disorders because awareness of withdrawal symptoms is so poor.

How common, severe and long-lasting are withdrawal symptoms

- Double-blind RCTs from a systematic review found from an average of 6 trials that measured incidence that **about half of patients (53.9%) experienced withdrawal symptoms** (Horowitz et al, 2023)
- In surveys, 46% of patients reported that their symptoms were 'severe' (Davies and Read, 2019)
- May not be representative group but the longer patients take antidepressants the more likely they are to experience withdrawal symptoms and for those symptoms to be severe
- Withdrawal symptoms can last for months or years after the drug has left the system – this is because this is how long it takes adaptations in the brain to resolve
- (Unpublished) survey in NHS therapy service: 38% of patients wish to stop antidepressants but unable to do so (correlated to withdrawal effects)

Relationship between duration of antidepressant use and incidence of withdrawal syndrome

Months of treatment	Withdrawal syndrome incidence (%)	Withdrawal syndrome (moderate/severe) (%)
0	~20	~10
5	~35	~15
10	~45	~25
15	~55	~35
20	~60	~45
25	~65	~55
30	~68	~60
35	~70	~65
40	~72	~70

How common, severe and long lasting are these issues? In double blind randomized controlled trials from systematic review, there were six trials which found that about half of patients experienced withdrawal effects.

In surveys, almost half of people who report their symptoms are severe.

This may not be a representative group because this is a self-selected sample, but what is interesting in these surveys is the biological gradient between how long people are on medication and how commonly and severely they have withdrawal symptoms.

So for example, for people who are only on medication antidepressants for a couple of months, most people do not have withdrawal symptoms, that's the top line.

And for people that do, most of them say it's not severe. So this line here is people who report it's moderately severe or severe withdrawal symptoms. And this is where drug manufacturers sample their data. You can see it is true to say these are mostly margin brief.

Once you look at the other side of things, for people who are on medication for more than three years, two thirds of people are reporting withdrawal symptoms and half of those people are reporting those symptoms are moderately severe or severe.

So you can see clearly the more you're adapted to a drug, the more difficult it is to stop it.

And of course, in the UK, half the people are on the drugs for more than two years, in America it's more than half the people for more than five years. So it's definitely this side of the graph is much more relevant to clinical practice.

The systematic review found that withdrawal symptoms can last for some people for months or years, as I mentioned before, because that may be how long it takes adaptation to the drug to resolve.

We have conducted a survey, we haven't published yet, that found that almost two-fifths of people, and this is not even a selected group, it was a group of people who are accessing therapy in the NHS, two-fifths of them who have been on antidepressants have tried to stop and been unable to do so and that correlated strongly with withdrawal effects.

In other words, it may be that two in five people are stuck on their medication because they can't stop them.

Protracted antidepressant withdrawal syndrome

- Withdrawal syndromes that can last for months or years increasingly recognised for antidepressants (Hengartner, 2020; Guy, 2020; Cosci 2020)
- These can be debilitating and involve neurological, psychological and other bodily symptoms (similar to symptoms for acute withdrawal)
- People can be bed-bound, lose jobs, relationships, experience financial difficulties
- Very poor recognition by medical community, due to limited education, who generally perceive it as relapse (despite numerous distinguishing features) or other physical conditions (Guy et al, 2020)
- Now, thousands of people on peer support sites looking for support for these problems because they can't get suitable help from their medical providers (White et al 2020, Read et al 2023)

low points I considered suicide. I continue to fight to get my life back, I could write a novel on the amount of suffering I have endured thanks to SSRI use. It has effected (sic) every part of my life, I can't work, I am not able to be active and even worse I can't get help because the prescribers are in the dark about the true harms of the drugs they prescribe. Before I was put in this situation I was a "normal" person doing

Figure 5: Prevalence rates of antidepressant withdrawal symptoms. Severity is a higher-order disorder and comprises general, somatic, anxiety, mood, neurocognitive, neuromotor, and gastrointestinal symptoms.

Country	Prevalence Rate (%)
USA	~10
UK	~15
Canada	~12
Australia	~18
France	~14
Germany	~16
Italy	~13
Spain	~17
Sweden	~15
Netherlands	~14
Denmark	~16
Finland	~15
Japan	~12
South Korea	~14
China	~13
India	~11
Brazil	~10
Argentina	~12
Chile	~11
Colombia	~10
Venezuela	~11
Peru	~10
Ecuador	~11
Bolivia	~10
Paraguay	~11
Uruguay	~10
Costa Rica	~11
Panama	~10
Dominican Republic	~11
Honduras	~10
Nicaragua	~11
Guatemala	~10
Belize	~11
Trinidad and Tobago	~10
Jamaica	~11
Haiti	~10
Dominican Republic	~11
Cuba	~10
Vietnam	~11
Laos	~10
Myanmar	~11
Thailand	~10
Malaysia	~11
Singapore	~10
Philippines	~11
Indonesia	~10
Sri Lanka	~11
Bangladesh	~10
Pakistan	~11
Afghanistan	~10
Iran	~11
Turkey	~10
Greece	~11
Italy	~10
Spain	~11
France	~10
Germany	~11
UK	~10
USA	~11

Another thing I wanted to quickly highlight is protracted antidepressant withdrawal symptoms because if what I'm talking about is a week or two of unpleasant symptoms, then it's not really a big issue.

Duration of withdrawal symptoms

- In 7 out of 10 studies identified, withdrawal symptoms went for longer than weeks
- Some surveys found patients had withdrawal symptoms for months or years
- How can symptoms last so long after the drug is out of the body?
- It is the time taken for adaptations to the drug to resolve that determines the length of the time for withdrawal – not how long it takes the drug to be eliminated from the body
- Long-term use of antidepressants can cause long-term changes to the brain (identified on PET scanning even after short-term use) – also seen in animal studies

Time taken for down-regulation (and downstream effects) to return to 'pre-drug' conditions

The diagram illustrates a neuron with receptors on its surface. Blue dots representing neurotransmitters are shown binding to these receptors. A blue arrow points from the top neuron to a bottom neuron, indicating a transition from a state with neurotransmitter binding to a state where the receptors are down-regulated (fewer blue dots are bound), which is associated with withdrawal symptoms.

But the main issue is that these symptoms can last for months and years, they can be debilitating, they involve neurological, psychological and other somatic symptoms, very similar to the acute symptoms I've shown you.

People can end up, they're banned, they can lose jobs, relationships, there is very poor recognition of this biomedical community and often if it's misdiagnosed as relapse rather than physical conditions.

Høringsvaret omhandler høring ift.

" Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser" med svarfrist d. 18.04.2024.

Nedenstående høringssvar er udfærdiget af KAP-H's praksiskonsulentgruppe for psykiatri.

Vi fremsender høringssvar til SST da vi i kraft af vores faste funktion som bindeled mellem almen praksis og psykiatrien besidder relevant indsigt og har stor erfaring med problematikker i sektorovergange igennem mange år som bør tages i mente inden den endelige vejledning vedtages.

Afsnit 1:

Ingen kommentarer.

Afsnit 2:

Iværksættelse af ikke-farmakologiske tiltag til støtte for patienter med behov for psykofarmaka ligger ofte uden for lægens kompetence. Dette for så vidt tiltagene forventes at kunne påvirke tilstanden, der ellers overvejes behandlet med psykofarmaka. Det fremgår ikke tydeligt af vejledningens formulering om dette forudsættes afprøvet – og da i hvilket omfang - inden opstart af medicinsk behandling.

Hvis det er intentionen, at ikke-farmakologisk behandlingen skal være afprøvet inden opstart af psykofarmaka fremhæves det her at konsekvensen givet vis vil være at mange patienter vil opleve forhalet behandling.

Derudover påpeges det at understøttende behandling parallelt med evt. psykofarmakabehandling i form af livsstilsintervention eller samtaleterapi er tillige ikke altid muligt at tilbyde i optimalt omfang i en klinisk hverdag.

Afsnit 3. 4. og 5

Ingen kommentarer

Afsnit 6.

6.1

Det antages at muligheden for opstart af antipsykotika ved forventet behandlingstid under 4 uger drejer sig om mulighed for ordination på indikationen "delir". Det fremgår imidlertid ikke af vejledningen. Det kunne være ønskværdigt.

Hvis ovenstående antagelse er korrekt, vurderes det direkte skadeligt for arbejdet, at der forudsættes måling af vægt før behandlingsstart da samtykke hertil er svært at opnå hos den delirøse patient.

Det foreslås, at der laves en tilføjelse der angiver at vægt ikke skal måles ved opstart med forventet varighed under 4 uger/på indikationen delir.

Det giver derudover især bekymring at det ikke fremgår tydeligt hvorledes der skal kommunikeres ved sektorovergang fra psykiatri til almen praksis. Vi mener at det bør fremgå at komplicerende psykiatriske patienter i behandling med psykofarmaka før evt. afslutning til almen praksis skal være stabile og afslutning skal ske efter forudgået konkret aftale med egen læge så der skabes mulighed for dialog mellem psykiateren og egen læge.

I forlængelse heraf mangler der en definition af stabile patienter. Der foreslås følgende:

- Patienter har en god behandlingsalliance
- Patienten skal have fået aktuelle medicin i en længere periode
- Patienten skal være UKU screenet inden afslutning til praksis.
- Ved betydende bivirkninger skal det fremgå at disse vurderes acceptable for patienten og ikke skal søges afhjulpet yderligere i praksis.
- Der skal ikke have været behov for opsøgende indsat (F-ACT team eller lign) op til udskrivelse

Det kan undre at der ikke er lavet separat afsnit for behandling med præparatet leponex/clozapine.

Dette præparat adskiller sig væsentlig fra øvrige antipsykotiske præparater især på baggrund af mange og alvorlige bivirkninger. Patienter i clozapinbehandling bør ikke kunne afsluttes til praktiserede læge. Ej heller skal praktiserede læge kunne opstarte behandling med clozapine.

Det foreslås, at der indføres et afsnit med nedenstående formulering:

"Clozapinbehandling må udelukkende varetages af psykiater grundet behov for konkret indsigt og erfaring med dette præparat som følge af den høje risiko for alvorlige og livstruende komplikationer."

6.1 (afs. 5 vedr. behandling af demente med antipsykotika.)

Her er vi enige i at dette skal minimeres. Der forekommer dog kliniske situationer, hvor det vurderes mindre farligt for pt at behandle med antipsykotika end at undlade da visse – enkelte – demente er så udadreagerende at de er til fare for sig selv eller andre. I disse situationer vurderes det

etisk uforsvarligt, hvis ikke der er mulighed for at behandle med fx sederende antipsykotika - også ud over 4 ugers varighed.

6.2

Der bør her være mere tydeligt at der skal være skærpet opmærksomhed på ordination til unge af flere årsager.

- der er påvist øge risiko for selvmord i forb. med opstart af behandling med SSRI i denne gruppe.
- denne gruppe er i øget risiko for overdiagnosticering og man kunne overveje at fremhæve at man, i vidste mulige omfang, bør forsøge med non-farmakologisk behandling inden opstart af medicinsk behandling. Især da det har vist sig at terapi er helt jævnbyrdig med SSRI til især let til moderat depression.
- Der en stor risiko for at overse mere alvorlig underliggende psykopatologi i denne gruppe, da de grundet deres alder ikke er så anamnestisk velbeskrevne.
 - o DF 20 patienter debuterer typisk i alderen 18-30 år og ofte med negative symptomer der kan ligne depression op til deres psykose.
 - o Tillige er der stor komorbiditet for ADHD for gruppen, hvilket også formentlig lettere vil blive overset i praksis end i psykiatrien.
 - o Der kan være risiko for at SSRI inducerer mani hos pt med bipolar sygdom.

Ovenfor nævnte tilstande må man forvente at psykiatriske speciallæger vil være bedre rustet til at ”spotte” tidligt og det bør derfor fremgå af vejledningen, at indikationen for at henvise til psykiatrisk vurdering for netop denne aldersgruppe bør være lav når de debuterer med symptomer på depression.

Fra almen praksis perspektiv kunne man ønske sig muligheden for et ”fast track” (så som ”hurtig psykiatrisk vurdering” som allerede findes i region Syd, midt og Nord) til denne aldersgruppe således at der relativt hurtig kan foretages specialistvurdering ved psykiater og hvis der da ikke er mistanke om underliggende ADHD eller prodromalsymptomer for en DF 20 eller anden mere alvorlig underliggende psykopatologi, da sendes patienten tilbage til forløb i praksis mhp. behandling af depressionen.

6.3 og 6.4

Ingen kommentarer.

6.5

Afsnittet er bemærkelsesværdigt kort. Især synes at mangler specifikation af kontrolintervaller samt begrænsninger i ordinationsmuligheder (f.eks. kunne man forestille sig et forbehold mod ordinationen til aktivt misbrugende)

Opstart af behandling af ADHD med lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelse vurderes at være en psykiatrisk opgave. Dette idet, at dosistitrering og evt. skifte mellem præp., er en afgørende del af behandlingen med behov for at denne tilpasses individuelt. Denne opgave kræver særlig indsigt i

medicin mod hyperkinetiske forstyrrelser og dennes effekt samt bivirkninger. En indsigt der ikke forefindes bredt i almen praksis i dag. Der foreligger blandt andet aktuelt ingen vejledninger for almen praksis, der beskriver forløb vedr. ADHD (valg af præparat, indikation for dosis, skifte af præparat, rotation i mellem præparater m.m.)

Derudover er komorbiditeten også en betydelig faktor som man ved bør tage højde for i vejledningen. En patient i beh. med ADHD der udvikler depression, vil givet vist være en for stor opgave at løse i praksis. Endelig er der stort misbrugspotentiale og risiko for videresalg til 3. part.

Derfor mener vi ikke at behandlingen er tilendebragt før end at der er fundet korrekt behandling og behandlingen vurderet stabil. Først da bør patienten kunne afsluttes til almen praksis til fortsat behandling med en udførlig epikrise beskrivende anbefalet evt. op og nedjustering samt kontrolhyppighed af mulige bivirkninger.

6.6 til 6.8

Ingen kommentarer

Afs. 7 til 8

Ingen kommentarer

Afs. 9

Afhængig af hvor meget af det ovenstående der indføres bør det ikke ske før der er udarbejdet guidelines for almen praksis og fulgt af en plan for kompetenceløft fx kurser osv. for almen praksis.

Vi stiller os til rådighed ved spørgsmål eller behov yderligere uddybning.

Mvh.

Psykiatripraksiskonsulenterne fra KAP-H, RegionH

Jonas Meile praksiskoordinator: jonasmeile@dadlnet.dk

Christian Søby-Land, Børne- og Ungepsykiatrien: christian@soeby-land.dk

Lone Borelli-Kjær, Psykiatrisk Center Ballerup & Psykiatrisk Center

Stolpegård: loneborellikjaer@hotmail.com

Christina Hundrup, Psykiatrisk Center Bornholm: hundrup@dadlnet.dk

Synne Aaberg, Psykiatrisk Center Glostrup: synneaaberg@hotmail.com

Johannes Sandgaard, Psykiatrisk Center København: johannesboyen@gmail.com

Sophie Rydahl, Psykiatrisk Center Nordsjælland: sophierydahl@hotmail.com

Og

Anders Krantz, Psykiatrisk Center Amager: nin_krantz@hotmail.com

København, den 17. april 2024

Til Sundhedsstyrelsen
Indsatser for Rationel Farmakoterapi

Hørings svar vedrørende Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

DSAM takker for muligheden for at kommentere på udkast til "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser".

Nærværende udkast til vejledning erstatter to vejledninger: "Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler" og "Vejledning om behandling med anti-psykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser", som begge er fra 2014.

Udkastet fastlægger rammerne for psykofarmaka-behandling og kravene til omhu og samvittighedsfuldhed samt fastlægger, hvilke læger der kan opstarte ny behandling (herunder diagnosticere), følge op på og understøtte nedtrapning af pågående behandling, og beskriver sektorovergangsforhold for allerede opstartet behandling af psykiater, som skal videreføres hos egen læge.

Udkast til vejledning byder på flere nyskabelser:

- Kravet om, at unge (18-24 år) med depression skal behandles af en psykiatrisk speciallæge frafalder.
- Egen læge kan starte behandling af ADHD i samarbejde med en speciallæge.
- Egen læge kan fortsætte behandling med størstedelen af psykofarmaka efter overlevering via epikrise fra speciallæge i psykiatrien.

DSAM mener, at nyskabelsen om, at unge med depression i alderen fra 18-24 år skal kunne behandles i almen praksis, er god, men at nyskabelserne i deres helhed er umulige at løfte.

Vores bekymring går dels på, om almen praksis fagligt forsvarligt kan løfte de opgaver, der lægges op til, dels på mængden af opgaver, der skulle løftes i almen praksis på én gang. Vi er klar over, at det anføres, at vejledningen ikke erstatter kliniske retningslinjer, og at disse kan anbefale udredning og behandling på et højere specialiseret niveau. Vi forudser dog, at denne vejledning vil blive definerende for den standard, som de enkelte regioner vil tilbyde.

Overordnet har DSAM forståelse for, at dette udkast til vejledning kommer på et tidspunkt, hvor psykiatrien er hårdt presset. I den sammenhæng er den stærkt stigende interesse for ADHD-udredning og opstart af behandling en af hovedårsagerne til, at ventetiden hos de praktiserende psykiatere er steget til u hensigtsmæssige højder. Samtidig har statsrevisorerne kritiseret den forsinkende udredning af børn og unge i psykiatrien¹.

Sammen med tiltagende rigide fastlagte patientrettigheder og standardiserede pakkeforløb bidrager det alt sammen til, at der i Danmark tegner sig et billede af en psykiatri, som er trængt helt i knæ

Nærværende udkast til vejledning vil i væsentlig grad kunne aflaste psykiatrien, så behandling med psykofarmaka fra at ligge i psykiatrien primært kommer til at ligge i almen praksis, men med så radikale ændringer er et kommende sammenbrud i almen praksis nærliggende.

- **DSAM er bekymret for kvaliteten af diagnostik og behandling, når almen praksis pålægges et så omfattende omfang af nye opgaver på én gang. De planlagte ændringer vil kræve, at kompetencer som opstart, optitrering og opfølgning af behandling med psykofarmaka og ikke-medikamentel af psykiske lidelser skal ind i målbeskrivelsen for specialet almen medicin, ligesom der skal laves indsats med henhold til både videreuddannelse og efteruddannelse, hvis almen praksis skal kunne overtage store dele af psykiatrien.**
- **DSAM foreslår, at den kommende specialereform tager højde for, at det almen medicinske speciale skal have nye kompetencer indenfor psykiatri. Det er ikke tilstrækkeligt, at der foreligger en plan fra en speciallæge i psykiatri på den enkelte patient. Vi er nødt til at vide, hvad vi har med at gøre.**
- **DSAM mener, at det er et problem, at de fleste ekstraopgaver, som ifølge udkast til vejledning kan flyttes til almen praksis, kun kan varetages af læger og ikke af øvrigt personale ansat i praksis. Der bør i vejledningen åbnes op for smidig og sikker uddelegering af visse specificerede opgaver til lægernes opkvalificerede personale.**
- **DSAM påpeger, at psykoedukation ofte er en vigtig del af behandlingen, gerne i gruppeforløb, så patienterne lærer af hinanden. Dette tilbydes mange steder af privatpraktiserende psykiater, men almen praksis har hverken kompetencer, rammer eller aftalegrundlag for dette.**

¹ Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget om "Overholdelse af udredningsretten for børn og unge i psykiatrien". Februar 2024 - 10/2023. <https://rigsrevisionen.dk/Media/638439378115271204/SR1023.pdf>

DSAM har desuden følgende konkrete bekymringer, som relaterer sig til udkastets konkrete punkter.

Kommentarer til 2: Opstart af behandling

Der lægges op til, at praktiserende læger kan opstarte: antipsykotiske lægemidler, hvis behandlingsvarigheden forventes at være under 4 uger, antidepressive lægemidler (tricykliske antidepressiva (TCA) og monoaminoxidasehæmmere (MAO-hæmmere)), lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelser (efter konference med speciallæge i psykiatri), behandling med benzodiazepiner under 4 uger og sederende antihistaminer (der står ikke, om alle læger må opstarte, men det går vi ud fra). Derfor regner vi med, at dette afsnit gælder ved opstart af disse lægemidler i almen praksis.

Det fremgår af vejledningen, at lægen skal foretage en grundig vurdering af patienten, herunder en omfattende anamnese og objektiv undersøgelse, før de starter behandling med psykofarmaka. Dette kan være med til at sikre, at behandlingen er velbegrundet og baseret på en korrekt diagnose. Man bør dog overveje, om vejledningen er for detaljeret i forhold til alt det, som altid skal være på plads. Meget detaljerede vejledninger kan ofte opleves alt for usmidige og i for stor grad begrænse lægens fleksibilitet til at tilpasse arbejdet til individuelle patienter. En for stiv og meget rigid vurdering før behandlingsstart kan være for tidskrævende og kræve ressourcer fra både læger og patienter, som ikke er til stede. Hvilket igen kan føre til forsinkelser i behandlingen og længere ventetider for patienterne.

- **DSAM mener, at kravene til undersøgelser ved opstart af behandling bør blødes op, så der er mulighed for en patientcentreret, individuel tilgang i tråd med arbejdet i almen praksis.**

Særligt kravene til skriftlig dokumentation lægger op til fraser og indholdsløse juridisk begrundede tekststykker i journalen, der i bedste fald er forstyrrende, i værste fald forringer kontinuiteten, fordi væsentlig information går tabt.

- **DSAM anbefaler, at følgende bør fremgå af journalen ved opstart af behandling:**
 - **Beskrivelse af de observationer og undersøgelser af symptomerne, der underbygger diagnosen og behandlingsindikationen.**
 - **Lægemidlets navn, styrke, dosis og doseringshyppighed og evt. forslag til dosisjusteringer ved manglende effekt eller bivirkninger.**
 - **Plan for opfølgning, herunder monitorering af effekt, mulige bivirkninger og evt. ophør med behandling (jf. afsnit 3 og 5)**

Således anbefaler vi, at punkterne om "En kort og præcis indikation for behandlingen" samt "Behov for ikke-medikamentel behandling og social støtte, herunder type og omfang" udgår, da disse vil blive beskrevet, når der er behov, og ellers blot vil være tomme fraser i retning af "ikke-medikamentel støtte vurderes ikke indiceret" og lignende.

Desuden er sætningen "samt hvem der har ansvaret for den videre opfølgning" sjældent relevant i almen praksis, da det er den praktiserende læge, der er ansvarlig, medmindre andet er nævnt.

Det fremgår, at "Ved opstart af behandling med psykofarmaka bør denne suppleres af relevant ikke-medikamentel behandling og tiltag, fx samtaleterapi og livsstilsinterventioner." I almen praksis har vi mulighed for at tilbyde samtaleterapi, men denne ydelse er underlagt nogle overenskomstmæssige restriktioner, der kan gøre det svært at tilbyde til alle. Det er heller ikke alle kommuner, der har et relevant tilbud, og det er heller ikke alle patienter, hvor det non-farmakologiske tilbud nødvendigvis er relevant. For eksempel hvis de har været igennem mange forløb med samtaleterapi tidligere uden effekt.

- **DSAM anbefaler derfor, at sætningen blødes op til, at ikke-medikamentel behandling altid bør overvejes og tilbydes, når omstændighederne tillader det.**

Det fremgår desuden, at man ofte kan bruge psykometriske tests, blandt andet i forbindelse med opstart og optitrering af behandling. Der gøres opmærksom på, at de psykometriske test, der kunne være relevante i forhold til ADHD, nemlig ASRS test, ikke er valideret til brug i almen praksis.

Alt i alt kan det for nu være svært at leve op til vejledningens krav om at udøve omhu og samvittighedsfuldhed ved opstart og optitrering af behandling med psykofarmaka i almen praksis.

Kommentarer til 3. Monitorering af bivirkninger og effekt

Vejledningen lægger op til, at almen praksis kan overtage behandling med alle typer af psykofarmaka undtagen Esketamin. Derfor regner vi med, at dette afsnit er fuldt gældende i almen praksis. Vi overtager allerede nu patienter med f.eks. nydiagnosticeret ADHD efter få speciallægekonsultationer, og vejledningen lægger op til mange flere patienter, der ikke er stabilt behandlede. Der angives i vejledningen meget omfattende og specifikke krav til, hvordan og hvor hyppigt iværksat behandling skal monitoreres. Desuden diverse krav til journalføring. Alt efter hvor mange opgaver, der flyttes fra psykiatrien til almen praksis, kan denne opgave blive uladesiggørlig stor.

Det er DSAM's vurdering, at hvis disse krav til monitorering af bivirkninger og effekt samt journalføring skal følges i almen praksis, vil det medføre en urimelig administrativ opgave samt forhindre relevant individualisering af planen og inddragelse af patienten i denne.

Det er selvmodsigende at lægge op til inddragelse af patient, pårørende og plejepersonale i planen og så lægge op til en fasttømret minimumsstandard, der ikke giver rum til at tilpasse til patientens ønsker og unikke situation.

- **DSAM mener, at kravene til monitorering bør blødes op, så der er mulighed for en patientcentreret, individuel tilgang i tråd med arbejdet i almen praksis.**

Kommentarer til 4. Overgange

Det fremgår af udkast til hørings svar, at en læge altid skal sørge for, at vigtige oplysninger om patientens psykofarmaka-behandling overføres skriftligt til næste behandlingssted. Dette sker typisk gennem epikriser eller korrespondancemeddelelser.

Det fremgår også, at når der skal skiftes behandlingsansvar, angiver nærværende høringsudkast, hvornår speciallæger i psykiatri skal være involveret i opstarten og/eller fortsættelsen af behandling med bestemte psykofarmaka. Ved overtagelse af behandlingen skal den nye læge følge den plan, der er fastlagt i epikrisen, herunder justering af dosering.

Endelig fremgår, at speciallæger i psykiatri er tilgængelige for rådgivning, især ved markante ændringer i patientens tilstand.

- **DSAM gør opmærksom på, at tilgængeligheden for rådgivning i alle regioner skal være umiddelbar, ellers bortfalder intensionen.**

Kommentarer til 5. Ophør af behandling

Lægen skal ifølge udkast til vejledning motivere og tilbyde hjælp til at nedtrappe behandlingen ved behov. Der skal udarbejdes en plan, og patienten tilbydes medicinsk behandling og psykosocial støtte. Desuden skal lægen overvåge patienten for tilbagefald af den oprindelige lidelse. I tilfælde af risiko for tilbagefald eller abstinenssymptomer ved pludseligt ophør skal lægen støtte gradvis. Vejledningen stiller også her meget store og rigide krav, som næppe kan håndteres i almen praksis på det niveau, som skitseres, i hvert fald ikke uden at der i alle kommuner etableres kommunale tilbud, som blandt andet kan håndtere psykosocial støtte og hjælpe med at opdage tilbagefald til oprindelige lidelse, for eksempel via opsøgende hjemmebesøg.

- **DSAM mener, at kravene til ophør bør blødes op, så der er mulighed for en patientcentreret, individuel tilgang i tråd med arbejdet i almen praksis.**

Kommentarer til 6.1 Antipsykotiske lægemidler

Af høringsudkast til vejledning fremgår, at læger kan ordinere de fleste antipsykotiske lægemidler i op til 4 uger. Ved længerevarende behandling skal læger uden for psykiatrien konsultere en psykiatrisk specialist. Kun psykiatrispecialister kan ordinere antipsykotika til patienter med behov for behandling ud over 4 uger. Vægt skal måles inden opstart, senest efter 3 måneder og herefter årligt.

- **DSAM er enig i, at længerevarende behandling med antipsykotiske lægemidler via almen praksis som hovedregel kun bør ske efter konsultation med psykiatrisk specialist. Man kan dog overveje, om 4 uger er for restriktivt. Eksempelvis bør en plejehjemslæge som hovedregel kunne opstarte antipsykotiske lægemidler, med behov for behandling i op til 3 måneder, uden myndigheder finder dette kritisabelt.**

- **DSAM vurderer, at vægt kun skal måles, hvis der opstartes behandling med antipsykotiske lægemidler, som forventes at skulle ske længerevarende udover 3 måneder.**
- **DSAM er enig i, at opstart med behandling med Clozapin er en specialistopgave.**

I den tidligere vejledning blev det understreget, at almen praksis alene kunne overtage fortsat behandling efter en konkret aftale med en speciallæge i psykiatri. Den nye vejledning synes imidlertid at fjerne behovet for en konkret aftale om samarbejde ved overgangen fra psykiatri til almen praksis. Dette vil gøre det muligt for psykiatrien at afslutte behandling af psykotiske patienter i deres regi og overlade ansvaret til almen praksis ved blot at sende en epikrise med behandlingsplan. Den praktiserende læge vil ikke længere kunne afvise dette ansvar, medmindre der er specifikke kvalifikationsmæssige årsager til det.

- **DSAM gør opmærksom på, at patienter i behandling med antipsykotiske lægemidler ikke bør kunne overdrages via epikrise, men kun efter aftale.**

Kommentarer til 6.2 Antidepressive lægemidler

Almen praksis har værdifuld ekspertise i behandling af voksne over 25 år med antidepressive lægemidler. Det betyder, at almen praksis kan påtage sig igen at behandle unge mellem 18 og 24 år. Men vi må også være opmærksomme på øget risiko for selvmord i denne aldersgruppe under behandling, omend ikke alle studier har kunnet påvise denne risiko². Dette understreger behovet for en omhyggelig tilgang til behandling.

- **DSAM vurderer, at almen praksis kan påtage sig medikamentel behandling af unge mellem 18 til 24 år med depression.**

De restriktioner, der tidligere blev indført for udskrivning af antidepressiv medicin til unge voksne i almen praksis, blev primært motiveret af bekymringer om øget selvmordsrisiko. Mens medicin kan være en del af løsningen, er det ikke altid tilstrækkeligt til at håndtere de komplekse behov hos unge voksne med depression.

Ifølge vejledningen bør patienter, før de starter på antidepressiv medicin, gennemgå mindst to samtaler som en del af udredningen. DSAM bifalder denne omhu, i hvert fald i forhold til mennesker der har deres første depressive episode, men ved recidiv med kendt symptom billede kan det godt komme på tale at genopstarte umiddelbart.

Der anbefales også samtaleterapi og livsstilsintervention. Desværre kan der være kapacitetsmæssige udfordringer med at tilbyde tilstrækkelig samtaleterapi i almen praksis. Dette kan påvirke kvaliteten og tilgængeligheden af ikke-medicinsk behandling for unge voksne med depression.

² Lagerberg T, Fazel S, Sjölander A, Hellner C, Lichtenstein P, Chang Z. Selective serotonin reuptake inhibitors and suicidal behaviour: a population-based cohort study. *Neuropsychopharmacology*. 2022 Mar;47(4):817-823. doi: 10.1038/s41386-021-01179-z. Epub 2021 Sep 24. PMID: 34561608; PMCID: PMC8882171. <https://www.nature.com/articles/s41386-021-01179-z>

Det er derfor afgørende at arbejde på at løse disse udfordringer for at sikre, at patienterne får den bedst mulige behandling.

- **DSAM mener ikke, at almen praksis har kapaciteten til at tilbyde samtaleterapi, uden at et kommunalt tilbud udvides og/eller der gives mulighed for uddelegering af samtaleterapi til opkvalificeret personale i almen praksis.**

Kommentarer til 6.5 Midler til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser

Sundhedsstyrelsen udarbejder netop nu nye anbefalinger for udredning og behandling af ADHD hos voksne, som forventes udgivet i april 2025³. Når det gælder diagnosticering og opstart af behandling gælder for nu nedenstående.

Af "*Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler*"⁴ fra 2019 fremgår: "Indledning af behandling med disse lægemidler er en specialistopgave. I udgangspunktet varetages behandling for hyperkinetisk forstyrrelse af speciallæger i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri og behandling for narkolepsi af neurologiske speciallæger. Fortsat behandling kan, efter en konkret vurdering, varetages i andet regi, for eksempel hos pædiater eller praktiserende læge."

Af "*Udredning og behandling af ADHD hos voksne – Faglig Visitationsretningslinje*"⁵ fra 2016 fremgår: "Så stor en del af udredning og diagnosticering som muligt bør foregå i almen praksis, som efter konkret undersøgelse og vurdering tager stilling til, om udredning og behandling kan foregå der eller skal varetages i samarbejde med andet regi. Hvis patienten i forvejen har et forløb hos en speciallæge i psykiatri, er denne også involveret. Diagnosen stilles ofte af en speciallæge i psykiatri, der under alle omstændigheder skal stille diagnosen endeligt, inden patienten eventuelt tilbydes behandling med CNS-stimulerende midler eller atomoxetin, jf. *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler*."

Nærværende udkast til vejledning erstatter ikke "*Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler*". Det betyder, at diagnosen ADHD i dag kan stilles i almen praksis, men skal der behandles medikamentelt for ADHD, skal diagnose endelig verificeres af speciallæge i psykiatri inden opstart.

Alment praktiserende læger er ikke uddannet til at varetage udredning af ADHD. ADHD er en diagnose, der kræver stor psykiatrisk indsigt og erfaring at stille, da mange patienter kan have symptomer på ADHD uden at opfylde kriterierne for diagnosen og have gavn af behandling. Hvis opgaven lægges ud til almen praksis, er der stor risiko for overdiagnostik, overbehandling til skade for patienterne og udgifterne i sundhedsvæsenet.

³ <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Retningslinjer-og-procedurer/NKA-og-NKR/NKR-og-NKA-efter-omraade/Psykisk-sygdom-og-mental-sundhed/Udredning-og-behandling-af-ADHD-hos-voksne>

⁴ Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. VEJ nr 9523 af 19/06/2019. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9523>

⁵ Udredning og behandling af ADHD hos voksne – faglig visitationsretningslinje. Sundhedsstyrelsen, 2016. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/Udredning-og-behandling-af-ADHD-hos-voksne>

Et andet problem er, at udredning og behandling af ADHD ikke er en del af speciallægeuddannelsen i almen medicin. Det er heller ikke muligt at gøre det til en del af uddannelsen, som den er nu, fordi al udredning og behandling af ADHD uden komorbiditet lige nu foregår hos privatpraktiserende psykiatere.

- **DSAM vurderer, at hvis de kommende speciallæger skal opnå kompetence indenfor dette område, skal de måske have fokuseret ophold i psykiatrisk speciallægepraksis.**

Det er derfor problematisk, når der i nærværende høringsudkast står: "Alle læger må opstarte behandling med lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelser. Læger i andre specialer end psykiatri skal konferere med speciallæge i psykiatri inden opstart eller opstarte behandling i henhold til plan skitseret i epikrise." Dette er i strid med gældende *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler*.

- **DSAM mener ikke, at almen praksis, uden trinvis opgradering af kompetencer og ressourcer, kan overtage al udredning og opstart af medikamentel behandling af ADHD. Heller ikke efter konference med speciallæge i psykiatri.**
- **DSAM vurderer ikke, at almenpraktiserende læger kan stille diagnosen ADHD. Det kræver diagnostisk interview, fx DIVA, med bred psykopatologisk udredning, da der er mange differentialdiagnoser til ADHD, herunder bipolar sygdom, personlighedsforstyrrelse og hjerneskade/inferioritas.**
- **DSAM gør opmærksom på, at den almindeligt brugte test (ASRS) for ADHD endnu ikke er valideret til brug i almen praksis.**

Kommentarer til 6.6. Benzodiazepiner

Af udkast til vejledning fremgår, at behandling i mere end 4 uger med benzodiazepiner kan være nødvendig ved behandlingsresistente angsttilstande, men at kun speciallæger i psykiatri er bemyndiget til at initiere denne behandling, hvis den skal vare udover 4 uger.

En anden læge kan dog overtage det videre forløb i henhold til afsnit 4 om overgange. Det fremgår ikke, hvordan situationen skal håndteres, hvis egen læge opstarter bz med forventning om kort varighed, men situationen gør, at der alligevel bliver behov for længerevarende behandling. Det er i gældende *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler* i dag ikke krav om, at længerevarende behandling med benzodiazepiner alene er en specialist opgave. Som afsnittet står nu, kan det læses, som at man ikke kan varetage denne behandling som speciallæge i almen medicin, med mindre der ligger en klar plan fra en speciallæge i psykiatri. Der er patienter i almen praksis i dag, hvor den oprindelige indikation fortaber sig, men hvor forsøg på udtrapning har vist sig frugtesløse. Det er vigtigt, at denne vejledning ikke gør det til dårlig praksis at drage omsorg for sårbare patientgrupper, der har et forbrug af benzodiazepiner.

Speciallæger i almen medicin ansat på misbrugscentre kunne også få problemer med at leve op til vejledningen, da ikke alle misbrugscentre har speciallæger i psykiatri ansat, og deres patienter er vanskelige at henvise til resten af sundhedsvæsenet.

- **DSAM anbefaler, at man i dette afsnit skelner mellem opstart af benzodiazepiner, hvor det er fint at stille krav til behandling over 4 uger, og fortsat behandling med benzodiazepiner, hvor "Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler" skal følges. Det skal dog adresseres, om det kræver psykiatrisk vurdering/konference, hvis det mod forventning ikke umiddelbart lader sig gøre at afbryde behandlingen igen.**
- **DSAM anbefaler, at Sundhedsstyrelsen sikrer sig, at læger, der varetager misbrugs-behandling, bliver hørt i høringsfasen.**


Øvrige kommentarer

Der lægges med nærværende udkast til vejledning op til, at det meste psykofarmaka udskrives i almen praksis og ikke i psykiatrien, uden at kapaciteten i almen praksis samtidig udvides. Det betyder, at det er nødvendigt, at medicinordination og receptfornyelse af psykofarmaka skal kunne håndteres smidigt i almen praksis.

"Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler" er fra 2019 og lægger op til meget restriktive krav til fremmøde ved receptfornyelse ved mange former for psykofarmaka. Det er ofte ikke formålstjenligt. Kravene har sikkert haft en funktion ved indførelsen, da der var behov for at skærpe opmærksomheden, men i dag fremstår de unødigt rigide, specielt for de mange patienter der er i langvarig fast stabil medicinering med psykofarmaka.

- **DSAM vurderer, at "Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler" fra 2029 bør skrives om, så den kommer i overensstemmelse med herværende vejledning.**

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

Dato 17-04-2024

Sagsbehandler [Navn 1] [Navn 2]

Høring over udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelse

Bidrag til høringen

Vi har bemærkninger til følgende afsnit:

Afsnit 6.1 Antipsykotiske lægemidler

Det kan med fordel præciseres, at der bør være opmærksomhed på, om opstart af antipsykotisk medicin kan få betydning for henvisning af patienter til visse regionale behandlingstilbud. Her tænkes specifikt på inklusions- og eksklusionskriterier til behandlingsforløb i OPUS.

Afsnit 6.2 Antidepressive lægemidler

Det bør præciseres, om læger uden speciale i psykiatri må opstarte behandling med antidepressiva hos unge under 25 år. jf. [Farmakologisk behandling af depression - Artikel fra Rationel Farmakoterapi 9, 2019 - Sundhedsstyrelsen](#)

6.5 Midler til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser

Det fremgår af afsnittet, at alle læger må opstarte behandling med lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelser, der er en anden betegnelse for ADHD. Dette kan forstås sådan, at alle læger må diagnosticere denne forstyrrelse, hvilket ikke er tilfældet.

Vi foreslår, at formuleringen præciseres. Vi foreslår også, at det præciseres, hvem der har behandlingsansvaret ved medicinopstart.

Vedrørende afhængighedsskabende lægemidler – samspillet med vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler

Meget medicin til behandling af ADHD er afhængighedsskabende, og det er fremgået af afsnit 3.3.1 i vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, at opstart af behandling med centralstimulerende lægemidler er en specialistopgave.

Det fremgår af afsnit 1.1 i dette udkast, at vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler har forrang frem for denne vejledning.



Vi foreslår derfor at uddybe afsnit 6.5 med, at det ikke omhandler behandling med afhængighedsskabende lægemidler/centralstimulerende midler, som er reguleret i anden vejledning. Det vil gøre, at afsnittet derfor kun omhandler behandling med ikke-afhængighedsskabende lægemidler som eksempelvis Strattera, der også anvendes til behandling af ADHD.

Afsnit 6.6 Benzodiazepiner

Det fremgår, at behandling med Benzodiazepiner i mere end 4 uger som hovedregel skal undgås.

Benzodiazepiner er omfattet af vejledning om ordination afhængighedsskabende lægemidler, hvor der i afsnit 3.2.2 står følgende: "Langvarig behandling skal i hovedreglen undgås, da balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger vil være ufordelagtig for mange patienter ved langtidsbehandling (mere end to uger)."

Vi foreslår derfor, at man sikrer overensstemmelse mellem de to vejledninger.

Det fremgår også af afsnittet, at Benzodiazepiner bl.a. bruges som supplement til anden behandling ved angst og psykotiske tilstande.

Det fremgår af afsnit 3.2.6 i vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, at der anbefales tilbageholdenhed/forsigtighed ved kombinationsbehandling med benzodiazepiner og antipsykotisk medicin.

Vi foreslår, at dette tilføjes til afsnit 6.6 for så vidt angår kombinationsbehandling med antipsykotisk medicin.

Afsnit 6.7 om antiepileptika og afsnit 6.8 om antihistaminer

Vi foreslår at tilføje en uddybende beskrivelse i de to afsnit om, at visse typer af antiepileptika og antihistaminer er på niveau med benzodiazepiner i vejledningen om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og bør anvendes med samme forsigtighed.

Høringssvar – Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

Dato: 15.04.2024

Kontaktperson:

Emil Bruhn Bové

Tlf.: +45 20370213

emibov@rm.dk

Side 1 af 2

I udgangspunktet er det vigtigt med ikke-medikamentel behandling i rigtig mange tilfælde. Det er desværre ikke altid praktisk muligt for alle patienter i behandling i primærsektor. Der er en begrænsning i muligheden for behandling hos psykologer med ydernummer. Der kan ikke henvises til psykologbehandling for alle de i vejledningen nævnte lidelser (f.eks. ADHD) og muligheden for f.eks. psykoedukation i primærsektor/kommunalt regi er meget begrænset.

Antidepressiva til unge

Specialerådet finder det positiv, at det ikke længere kun er speciallæger i psykiatri, som kan opstarte antidepressiv behandling af de 18-24-årige.

Tricykliske antidepressiva

Specialerådet finder, at det er et tilbageskridt og problematisk, hvis tricykliske antidepressiva kun må opstartes i psykiatrien, og praktiserende læger dermed ikke må starte det op. De læger, som kan varetage dette, bør gøre det. Præparaterne er bivirkningsmæssigt med større risiko end andre typer antidepressiva, men ikke i en grad, som alment praktiserende læger ikke forventes at kunne håndtere. Desuden er de i forvejen vant til at benytte præparater fra denne præparatgruppe til smertebehandling.

Behandling af bipolar affektiv sindslidelse

Opstart af stemningsstabiliserende medicin og anden psykofarmaka til behandling af bipolar affektiv sindslidelse bør foregå i psykiatrien, idet praktiserende læger ikke har erfaring hermed.

Antipsykotika

Specialerådet finder det hensigtsmæssigt, at antipsykotika kan opstartes i almen praksis ved allerede diagnosticerede psykoselidelser for at undgå forsinkelse i behandlingen.

Ift. angst og brug af psykofarmaka i lave doser, vurderes nævnte grænse på fire uger at være for kort. Alment praktiserende læger ønsker, at det skal være mere fleksibelt at benytte denne mulighed (f.eks. quetiapin 25 mg som angstdæmpende og søvninducerende) end at man nødvendigvis skal konferere med psykiater og henvise allerede ved fire uger.

Vedrørende clozapin finder Specialerådet, at stabile patienter kan være relevante at udflytte til praksis. Det forudsætter grundig beskrivelse af opfølgning i epikrisen, da vidensgrundlaget hos praksislæger forventes at være småt, eftersom hver praksis måske kun har en eller to patienter på denne medicin. Mere komplicerede patienter anbefales ikke afsluttet til almen praksis.

Hyperkinetiske forstyrrelser

Grundlæggende er specialerådet positiv stillet ift., at almenpraktiserende læger i højere grad skal kunne varetage ADHD-behandling. Dog bemærkes dog, at der er behov for oplæring i almen praksis til at håndtere denne opgave hvad angår såvel medikamentel som ikke-medikamentel behandling.

Specialerådet bemærker, at der i vejledningen ikke længere lægges vægt på kvaliteten af udredning forud for opstart af behandling for ADHD. Specialerådet finder derfor, at kvalitetssikring skal fremgå tydeligt, og at DMPG-retningslinjen skal flettes ind.

Specialerådet finder desuden, at det er en udfordring, at man ikke kan påberåbe sig selve kvaliteten af udredningen, ligesom der er bekymring for at skulle imødekomme en meget stor efterspørgsel af medicinering. Specialerådet anbefaler derfor, at den praktiserende læge kun skal kunne opstarte behandling af nye patienter, såfremt en ny udredning lever op til DMPG-retningslinjen.

Specialerådet ønsker desuden at bemærke, at det er uklart, hvem der skal søge tilskud til ADHD-medicin. I dag er det kun speciallæger i psykiatri (samt børne- og ungdomspsykiatri og neurologi), der kan søge enkelttilskud til et - for den enkelte patient - nyt præparat. Man bør overveje, om ikke det er den ordinerende læge, som skal søge om tilskud, og ikke den speciallæge som kun har været spurgt til råds af ordinerende læge, og således ikke kan forventes at stå til ansvar for behandlingen.

Specialerådet ønsker, at det skal fremgå hvilke præparater mod ADHD, der kan opstartes i almen praksis. I dag er der fire præparatyper, som er godkendt til ADHD-behandling af voksne (methylphenidat, dexamfetamin, lisdexamfetamin og atomoxetin), men der benyttes også andre præparater off-label. Specialerådet anbefaler, at opstart af off-label-behandling med eksempelvis guanfacin stadig skal være forbeholdt speciallæger i psykiatri.

På vegne af

Christina Thorup, stedfortrædende formand for det tværfaglige specialeråd i psykiatri

Til Sundhedsstyrelsen
Att. irf@sst.dk cc aamn@sst.dk

Efter aftale med koncernstabene svarer jeg på vegne hele Region Midtjylland. Vejledningen har været i bred høring i Region Midtjylland herunder i Regionsapoteket, Klinisk Farmakologisk Afdeling samt i Psykiatrien i Region Midtjylland (afdelinger, specialeråd, lægemiddelkomité).

Høringsvar fra Region Midtjylland:
Tilbagemeldingen er positiv hele vejen rundt med enten positive bemærkninger eller ingen bemærkninger.

Der er dog en undtagelse, vedr. *tricykliske antidepressiva*. Her skriver det tværfaglige specialerådet for psykiatrien:
"Specialerådet finder, at det er et tilbageskridt og problematisk, hvis tricykliske antidepressiva kun må opstartes i psykiatrien, og praktiserende læger dermed ikke må starte det op. De læger, som kan varetage dette, bør gøre det. Præparaterne er bivirkningsmæssigt med større risiko end andre typer antidepressiva, men ikke i en grad, som alment praktiserende læger ikke forventes at kunne håndtere. Desuden er de i forvejen vant til at benytte præparater fra denne præparatgruppe til smertebehandling."

Desuden bemærkes vedr. ændringerne vedr. ADHD-medicin, at man bør overveje at det er den ordinerende læge, der kan søge enkelttilskud.

Da det tværfaglige specialerådet for psykiatrien har udarbejdet det mest omfattende høringssvar, som dækker hvad der er kommet ind, fremsendes dette som bilag.

Med venlig hilsen

Peter Juul Dalengaard

Chefkonsulent, faglig koordinator i kvalitetsteam

Psykiatrien i Region Midtjylland
Psykiatristaben, Kvalitetsteam
Tingvej 15A, 2. th. • DK-8800 Viborg

Bemærkninger til Høring af Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

Skizofreniforeningen har med interesse læst Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser. Skizofreniforeningen har følgende bemærkninger til vejledningen:

Hvad	Formulering i vejledningen	Bemærkninger
2. Før opstart af behandling	Før opstart af behandling med psykofarmaka skal lægen altid grundigt vurdere, om der bør iværksættes ikke-medikamentel behandling, herunder type, omfang, varighed mm.	Ved psykotiske lidelser er første skridt ofte medicinsk behandling. Opmærksomheden bør derfor henledes på, at 'den grundige vurdering af behov for ikke-medikamentel behandling ikke må forsinke nødvendig iværksættelse af medicinsk behandling med antipsykotika. Skizofreniforeningen er enige i, at medicinsk behandling ikke kan stå alene, og at denne bør suppleres med anden behandling og hjælp og støtte tilpasset den enkelte.
6. Særlige forhold vedr. specifikke lægemidler 6.2 Antidepressive lægemidler	Behandling med de fleste typer antidepressive lægemidler er ikke forbeholdt en bestemt type speciallæge.	Betyder det, at opstart af behandling for 18-24 årige nu kan ske ved egen læge? Jf. Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2014/9899 er start af behandling med antidepressive lægemidler hos unge voksne under 25 år med depression er en opgave for speciallæger i psykiatri.

Til:
Indsatser for
Rationel Farmakoterapi
Islands Brygge 67
2300 København S



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

CC: Amanda Moosdorf Jessen, Sundhedsstyrelsen.

Dato: 17-04-2024
Sagsnr.: 2024 - 2928
Aktid: 5846170
Sagsbehandler:
Jette Galatius

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

PLO har forståelse for, at styrelsen nu ønsker at revidere eksisterende vejledninger om behandling af voksne med antidepressive lægemidler og vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser og foretage en sammenskrivning. Dels er der god erfaring med de nuværende vejledninger, dels opleves en meget presset psykiatri og overalt tales om, at mere behandling skal ud i det nære sundhedsvæsen.

Det er vores sikre forventning, at denne vejledning vil blive læst grundigt og fulgt bogstaveligt både på psykiatriske afdelinger og hos praktiserende speciallæger i psykiatri, samt i den private psykiatri.

Som vejledningen er beskrevet nu, vil den flytte en stor del af den psykiatriske behandling ud i almen praksis, da psykiatrien ifølge vejledningen kan afslutte patienter, der aktuelt har fast forløb i psykiatrien samt gøre de psykiatriske udredningsforløb kortere.

Det er derfor vigtigt for os at pointere, at hver eneste sætning i denne vejledning vil have stor betydning for arbejdet i almen praksis, alene fordi psykiatrien er så nødlidende.

Helt overordnet finder vi det særdeles problematisk at flytte større dele af udredning og behandling og vedligehold med psykofarmaka til almen praksis. Man letter godt nok presset i psykiatrien, men man flytter patienterne til almen praksis, som er alvorligt udfordret på kapacitet, lægemangel og udbrændthed. Det er besluttet, at der skal være 5000 praktiserende læger i 2035, men det vil først begynde at lysne om nogle år. Dertil er der ingen tvivl om, at denne vejledning stærkt overvurderer de praktiserende lægers viden om behandling med antipsykotiske midler og ADHD-medicin.

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8477
Tlf. (dir.): +45 3544 8486
E-mail: plo@DADL.DK
E-mail: LBP.plo@DADL.DK
www.plo.dk

De praktiserende læger har tidligere modtaget en omfangsrig specialisopgave med succes, nemlig behandlingen af patienter med KOL og diabetes i 2018. Det skete efter gennemarbejdede aftaler, der tog hensyn til mange detaljer, såsom uddannelse, kapacitet, overgange, snitflader, uddelegering til personale, honorering og konference med specialister. Det er et mønstereksempel på, hvordan man overdrager opgaver patientsikkert, og derfor bør man ikke risikere at udflytning af opgaver sker alene via vejledninger.

PLO's vigtigste budskab i dette hørings svar er derfor:

Man bør være særdeles opmærksom på, hvordan en ændret vejledning vil påvirke adfærden i psykiatrien. Høringsudgaven ville indebære, at der flyttes meget store dele af patientudredning og behandling og vedligehold med psykofarmaka til almen praksis, hvilket PLO finder meget problematisk. Vores konkrete betænkeligheder beskrives i de specifikke bemærkninger til høringsens enkelafsnit. Hvis man, trods PLO's udtrykte bekymring, vælger at fastholde indholdet i vejledningen, skal der:

- a) Lægges en relevant plan for udrulning over mange år, som sikrer uddannelse, efteruddannelse, lægekapacitet, overgange, tydelige snitflader, uddelegering til personale, honorering og en driftssikker konference med specialister.
- b) I det omfang man ikke vil afvente kapacitetsopbygningen med læger, bør det sikres, at lægerne kan uddelegere langt størstedelen af opgaven til praksispersonale.

Den opgaveflytning til almen praksis, som ville være resultatet af høringsudgaven af denne vejledning, vil nødvendiggøre mange ekstra læge- og personale-årsværk i almen praksis. PLO har trods forespørgsel ikke kunnet få oplyst antallet af patienter i de forskellige lægemiddelgrupper og har dermed ikke kunnet lave konkrete beregninger. Det skønnes dog, at opgaveflytningen vil indebære 100-200 årsværk praktiserende læger og lige så mange årsværk af praksispersonale.

PLO har følgende specifikke bemærkninger til vejledningens enkelte afsnit:

Afsnit 2: Opstart af behandling

Det fremgår, at lægen altid skal vurdere, om der skal opstartes ikke medikamentel behandling, og at behandling med psykofarmaka bør suppleres af relevant ikke-medikamentel behandling og tiltag, fx samtaleterapi og livstilsinterventioner.

PLO gør opmærksom på, at kun meget få kommuner har tilbud om "ikke-medikamentel behandling" af psykisk syge. Det samme gælder livstilsinterventioner. Dette på trods af, at det formelt er en kommunal opgave. Den praktiserende læge tilbyder somatisk undersøgelse af de svært psykisk syge, men livstilsintervention er ikke et tilbud i almen praksis

Hvad angår ikke-medikamentel behandling i form af samtaler er almen praksis' mulighed for at tilbyde samtaleterapi i dag begrænset af,

- at det i overenskomst om almen praksis er en lægeforbeholdt opgave, som ikke kan uddelegeres til praksispersonale,
- at der endnu ikke er kapacitet til, at lægerne kan tilbyde et væsentlig øget antal samtaleterapi,
- at samtaleterapi i overenskomst om almen praksis forudsætter mindst to samtaleterapi indenfor 6 måneder, hvilket er problematisk når patienterne har sårbart fremmøde (fx ved psykoser eller ADHD).

Det fremgår, at der før opstart af behandling med psykofarmaka evt. skal være udført psyko-metriske tests. PLO gør opmærksom på, at den almindeligt brugte test ASRS endnu ikke er valideret til brug i almen praksis. (Det er angst-depression og demensskemaer).

Hvad angår kravene til patientinformation og indhold i behandlingsplan f.s.v.a. psykofarmaka bemærkes, at vejledningen i høj grad tager udgangspunkt i den eksisterende behandlingsinformation og behandlingsplan for antipsykotisk medicin og ekstrapolerer dette til alle typer medicin, uanset hvor i sundhedsvæsenet behandlingen foregår.

En sådan information og behandlingsplan kan umuligt rummes i en konsultation i almen praksis, som typisk varer 10 til 20 minutter. Behandlinger i almen praksis (af fx let depression) bør ikke være omfattet af præcis samme krav som behandling af fx svær skizofreni på sygehus.

Samlet set kan almen praksis ikke leve op til kravet om at udøve omhu og samvittighedsfuldhed ved opstart af behandling, idet almen praksis med de nuværende muligheder og aftaler hverken kan levere livsstilsinterventioner, samtaleterapi i nødvendigt omfang eller behandlingsplaner i henhold til vejledningens krav.

Derfor foreslår PLO:

- at der laves aftaler om livsstilsintervention ved psykofarmakaforbrug, varetaget af praksispersonale i almen praksis,
- at der laves aftaler om, at personalet i almen praksis kan varetage visse typer samtaler (psykoedukation og støttende samtaler, når diagnosen er fastsat) og at der sikres relevant efteruddannelse af klinikpersonale,
- at der i overenskomst om almen praksis indføres lægelige udredningssamtaler ved debut af psykisk sygdom. En sådan længerevarende samtale vil give mulighed for grundig diagnostik, behandling og visitation og ikke mindst til udarbejdelse af behandlingsplaner.

Afsnit 3: Monitorering af bivirkninger og effekt

Kravene om opfølgende samtaler kort efter opstart med psykofarmaka og konsultationer med jævne intervaller indebærer som sagt en opgaveflytning til almen praksis af et ikke ubetydeligt omfang, og dermed en nødvendig kapacitetsudvidelse i almen praksis.

Afsnit 4: Overgange

Det fremgår, at en speciallæge i psykiatri skal være tilgængelig for sparring og dialog om den konkrete patient. PLO gør opmærksom på, at specialistkonference p.t fungerer suboptimalt. Det er svært for en psykiater, der normalt har 1- 2 timer til visitationssamtale og opstart af patientbehandling at vurdere en patient på anden hånd på få minutter. Der er derfor, i hele landet, behov for:

- Speciallæger i psykiatri, der kender forholdene i almen praksis og har indsigt i den viden og de behandlingsmuligheder, der forefindes i almen praksis. Ideelt er der udvalgte speciallæger i psykiatri, der har denne opgave, og de besøger jævnligt skiftende almen praksis for konference om udvalgte patienter.
- Klare regler om ventetid på svar på korrespondancer fra almen praksis.
- Klare aftaler om reel tilgængelighed for praktiserende læger til telefonisk konference med psykiater
- Klare aftaler om reel tilgængelighed for praktiserende læger til videokonference med psykiater.

Afsnit 6.1: Antipsykotiske lægemidler

PLO forstår, ved læsning af denne vejledning, at udskrivning af antipsykotisk medicin i almen praksis ikke mere er en "undtagelse", som i gældende vejledning. Det fremgår desuden, at egen læge kan sætte patienten i længerevarende behandling blot ved at konferere med en speciallæge i psykiatri.

I forhold til vedligeholdelsesbehandling fremgår det af nuværende vejledning om antipsykotisk medicin at: Den alment praktiserende læge kan overtage den fortsatte medikamentelle behandling (vedligeholdelsesbehandlingen), hvis dette sker efter konkret aftale og i samarbejde med speciallægen i psykiatri eller speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri.

Det betyder i praksis, at praktiserende læger, der ikke føler, at de har de faglige kompetencer til at varetage vedligeholdelsesbehandling, kan afvise dette, hvilket er helt almindeligt forekommende. Praktiserende læger har kun sparsom viden og erfaring med højdosis antipsykotisk medicin. Derfor henviser de praktiserende læger typisk patienten til psykiatrien, hver gang medicinen skal ændres.

Der er aktuelt i almen praksis meget varierende kompetencer i forhold til behandling med antipsykotisk medicin.

Sammenholdes punkt 4 om overgange og dette afsnit får man forståelsen af, at det fremover ikke kræver nogen aftale mellem den praktiserende læge og psykiater, og ej heller et "samarbejde", at afslutte en patient i antipsykotisk behandling fra psykiatrien. Psykiater vil blot kunne udfærdige en epikrise.

Det vil med denne vejledning være fristende for alle psykiatriske afdelinger landet over at afslutte deres patienter i fast behandling med antipsykotisk medicin.

Samlet set vil almen praksis altså forventes at overtage ansvaret både for opstart og vedligehold af antipsykotisk medicin, blot den praktiserende læge konfererer med en speciallæge i psykiatri. Dette uanset om den praktiserende læge har kompetencerne eller ej.

Endelig vil psykiatrien, i modsætning til i dag, kunne afvise henvisninger, når egen læge ønsker hjælp til behandling af psykotiske patienter, idet man blot kan anbefale den praktiserende læge opstart eller justering af antipsykotisk medicin i almen praksis.

PLO foreslår

- Antipsykotisk medicin bør som udgangspunkt fortsat opstartes og vedligeholdes af en psykiater, da almen praksis hverken har kompetencer, kapacitet eller konsultationslængde til at levere den omhu og samvittighedsfuldhed denne vejledning forudsætter. Det foreslås således, at den gældende vejledning om antipsykotisk medicin således ikke ændres på dette punkt.
- At almen praksis dog kan opstarte behandling, der forventes at være under 4 uger, fx med henblik på stabilisering før indlæggelse.
- Hvis det fastholdes, at almen praksis fremover skal kunne opstarte og vedligeholde antipsykotisk behandling, bør der ske en gradvis implementering med omfattende efteruddannelse af praktiserende læger og praksispersonale.
- Opgaveflytningen forudsætter, at der i almen praksis sikres kapacitet til udførelse af årsstatus, samtaler og livsstilsinterventioner i et omfang, der svarer til mange årsværk såvel for praktiserende læger som for praksispersonale.

Afsnit 6.2: Antidepressive lægemidler

Almen praksis har god erfaring med medikamentel behandling af patienter med angst og depression og vil godt igen kunne påtage sig behandling af de 18-24-årige.

Det angives, at før opstart af antidepressive lægemidler skal patienten som udgangspunkt udredes over mindst to samtaler.

PLO bemærker:

- At der vil være behov for aftaler der sikrer, at de praktiserende læger kan tilbyde udredningsamtaler før opstart af medikamentel behandling.
- At der bør sikres den nødvendige kapacitet i almen praksis, når almen praksis overtager denne nye opgave.

Afsnit 6.5: Midler til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser

Det fremgår i de første linjer, at "alle læger må opstarte behandling med lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelser", men at læger i andre specialer skal konferere eller opstarte i henhold til plan skitseret i epikrise.

Almen praksis varetager i øjeblikket udelukkende behandling af voksne patienter, der er afsluttet fra psykiatrien i fast vedligeholdelsesdosis. Der er ikke generelt i almen praksis relevant viden og erfaring vedrørende opstart og optitrering af ADHD behandling.

Der er således tale om en stor ændring, hvis psykiatere/psykiatriske afdelinger med denne vejledning:

- Kan afvise henvisninger blot der gives råd om opstart af behandling
- Kan afslutte patienter til opstart af behandling i almen praksis fx efter en §66 vurdering.

Med de nuværende kompetencer i almen praksis vil der ikke kunne tilbydes tilstrækkelig kvalitet, og man må forvente en stor behandlingsvariation. Der vil som nævnt i afsnit 2 ikke kunne tilbydes "ikke medikamentel behandling".

I øvrigt vil opstart af ADHD behandling i almen praksis muliggøre et betydeligt større behandlingsvolumen. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at de depotpræparater, der har mindst tendens til at være afhængighedsskabende, koster ca. 12.000 kr. pr år pr. patient. Udskrivning til fx 100.000 ekstra patienter i almen praksis vil således koste over en milliard pr år. Dette er relevant at nævne, når man påtænker forløbet omkring ozempic.

Der findes fortsat ikke en psykometrisk test for ADHD, der er godkendt til brug i almen praksis.

PLO har afholdt dialogmøde med SST og forstår, at styrelsen – trods vejledningen - fortsat ønsker at diagnosen ADHD skal stilles hos en psykiater. Det bifalder PLO.

PLO anbefaler, at optitrering af ADHD medicin fortsat foregår i psykiatrisk regi, og at patienterne først afsluttes, når de har modtaget psykoedukation og livsstilsintervention og er i stabil behandling.

De praktiserende læger har ikke de nødvendige kompetencer, kapaciteten eller muligheden for ikke-medikamentel behandling af denne gruppe.

Hvis man alligevel vælger at udflytte optitrering af ADHD medicin vil følgende være nødvendigt:

Gradvis implementering

- Undervisning i ADHD prioriteres i lægernes og klinikpersonalets nuværende efteruddannelse.
- Der sikres de nødvendige aftaler i forhold til kapacitetsopbygning i almen praksis
- Der sikres aftaler, der skabes den nødvendige tid til opfølgning på behandlingsplan, støttesamtaler og livsstilsintervention.

Slutteligt bemærker PLO, at de gældende regler om fremmøde ved behandling med lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelser er unødigt skrappe. For denne medicin bør man overveje at fjerne kravet om fremmøde ved receptfornyelse, Fremmøde ved receptfornyelse af denne medicin blokerer meget tid i almen praksis, som kunne være brugt på patientbehandling. Præparaterne kan fint fornyes via telefon eller video, så længe doseringen overholdes.

Med venlig hilsen



Jette Galatius

Vicedirektør

Praktiserende Lægers Organisation



Høringssvar fra Danmarks Farmaceutiske Selskab

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

Selskabet har følgende bemærkninger i forbindelse med høringen:

Afsnit 5:

Det bør under dette punkt præciseres, at der er stor lighed mellem symptomerne for tilbagefald til de oprindelige symptomer for den psykiske lidelse og nedtrapningssymptomer, og at en gradvis, langsom og individuel nedtrapning skal tilbydes og understøttes.

Endelig bør det oplyses, at nedtrapningssymptomer også kan optræde ved gradvis nedtrapning af psykofarmaka, hvorfor nedtrapningen bør tilpasses den enkeltes symptombillede.

Afsnit 6, 6.1.:

Man kan overveje yderligere at opstramme kriterier for opstart og særligt opfølgning på behandling af ældre med demens, set i lyset af, at antipsykotika fortsat anvendes i stor stil trods utallige vejledninger og indsatser for at ændre praksis. Fx ændre fra Max 4 uger til Max 2 uger og fra 2 uger til Max 1 uge. Særligt opstår risiko for manglende opfølgning, når der er sygehus, psykiater eller vagtlæge, der har ordineret, men egen læge der forventes at følge op. Det bør derfor indskræpes at det er den læge som har ordineret AP som skal sikre sig, at behandlingen ikke fortsætter længere end de få dage/uger, der var akut behov.

Punkt 6, 6.8.:

Der tænkes sandsynligvis ikke på almindelige sederende antihistaminer (ATC gruppe R), men sandsynligvis på antipsykotika med sederende og antihistamin effekt.

I stedet for fokus på vægtændringer og toleransudvikling vil det være mere hensigtsmæssigt at have opmærksomhed på antikolinerg belastning i form af bivirkninger.

Venlig hilsen

Helle Ølgaard McNulty

Formand for Danmarks Farmaceutiske Selskab

17 april 2024

Til rette vedkommende i Sundhedsstyrelsen,

Sundhedsdatastyrelsen skal hermed vende tilbage på nedenstående høring.

Styrelsen har ingen bemærkninger til denne høring.

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](#)

Til Sundhedsstyrelsen v/Amanda Moosdorf Jessen

Høringen over udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser er behandlet af det Faglige Selskab for Psykiatriske sygeplejersker og DASYS har følgende bemærkninger;

For patienterne ser vi det som er positivt tiltag, at antidepressiv behandling af unge placeres hos praktiserende læge.

Vi ser det som en mulighed, at praktiserende læge kan udvide de 4 ugers behandling med lavdosis antipsykotika til en længere periode, idet vores praksiserfaring viser, at patienter med søvnproblemer, ældre med delir og patienter med remissionsdiagnose, der grundet en stresset livssituation får reaktioner, kan hjælpes. For disse grupper er en 4 uges periode kort og vil være naturlig at forlænge, uden at en henvisning til udredning eller behandling i behandlingspsykiatrien er påkrævet.

Vi ser en bekymring i forhold til, at praktiserende læge overtager behandlingen af patienter i Clozapinbehandling, da antallet hos hver af de praktiserende læger vil være meget få, erfaringen vil være begrænset og samtidig er der ved febertilstande behov for særlig opmærksomhed, da Clozapin kan trykke de hvide blodlegemer, febertilstande kræver øget opmærksomhed og ofte kræves flere blodprøver for monitorering. Denne opmærksomhed er i behandlingspsykiatrien i dag, da hver behandler typisk har flere med samme medicinering og det vil ikke være det samme, hvis der kun er få patienter i almen praksis.

Venlig hilsen

Lene Schade Jensen

DASYS' sekretariat



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

NOTAT

Til: Sundhedsstyrelsen

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

Journal-nr.: 24022500
Ref.: CPED0329

Dato: 18. april 2024

Høringssvar

Region Hovedstaden modtog den 21. marts 2024 Sundhedsstyrelsens høringsudkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

Region Hovedstaden takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Regionen ønsker at anerkende resultatet af revisionsarbejdet og finder, at det er en meget anvendelig og fleksibel vejledning for psykiatrien.

Generelt er der flere steder i vejledningen, at det opleves uklart hvem, der må udrede og behandle patienterne og det foreslås, at dette beskrives tydeligere, både ift. faggrupper, men også ift. hvornår der skelnes mellem "speciallæge i psykiatri" og "læge".

Endvidere foreslås det, at "opstart" konsekvent ændres til "start".

Afsnit 1. Indledning

Regionen bemærker, at styrelsen i vejledningens indledning føler sig nødsaget til at præcisere, at læger skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Dette må formodes at gælde ved alle ordinationer til alle patienter med både fysiske og psykiske lidelser. Regionen foreslår, at der indsættes en lidt mere forklarende tekst, som vil virke mindre stigmatiserende af patienter med psykiske lidelser og de læger, der behandler dem.

Når vejledningen angiver "speciallæger i psykiatri", menes der både speciallæger i psykiatri og de læger, der arbejder på samme afdeling/klinik, f.eks. læger under uddannelse ansat i psykiatrien. Dette kan give anledning til forvirring, da det senere i vejledningen anføres, at behandlingen skal konfereres med en speciallæge i psykiatri, når en læge, der er tilknyttet et afsnit, behandler uden

for vejledningens anbefalinger. Denne sondring bør derfor være tydeligere. Såfremt der ikke ændres i ordlyden, ønskes det, at det præciseres, at de læger, der henvises til, eksempelvis læger under uddannelse, arbejder under speciallægens supervision.

Afsnit 2. Opstart af behandling

Det er regionens vurdering, at der mangler vejledning til, hvordan diagnostikken skal foregå, herunder om det kan være test i almen praksis af f.eks. ADHD, når almen praksis skal til at behandle, og hvilke af de nævnte diagnoser der skal stilles af speciallæger i psykiatri og ikke andre læger eller fagpersonale.

Det nævnes, at patienten helst skal møde fysisk op ved opstart og fornyelse af medicin. Regionen bemærker, at patienten møder op ved udredning, som jo ofte er foretaget før opstart af behandling. Kravet om fysisk fremmøde undrer, når man ved, at mange af disse patienter kan have vanskeligt ved at fremmøde fysisk og ofte har det bedre med at sidde ved bag en skærm i trygge omgivelser i hjemmet. Endvidere har patienterne ofte lang afstand til behandlende læge, hvilket kan medvirke til fravalg af en ellers indiceret behandling. Ydermere vil Danske Regioner, at en stadig større del af de praktiserende lægers (og sikker også andre lægers) konsultationer foregå online.

Regionen bemærker, at det fremgår, at *"der bør ikke behandles simultant med flere lægemidler fra samme lægemiddelklasse, fx to typer antipsykotika"*. Regionen bemærker, at der ofte – ved behandling af såvel psykiske som fysiske sygdomme – behandles med flere lægemidler fra samme lægemiddelklasse. Det kan bl.a. være en måde at reducere dosis og dermed mindske bivirkninger. Det bør her derfor præciseres, at det er udgangspunktet for vedligeholdelsesbehandlingen og ikke den akutte behandling. Ydermere skal det tilføjes, at der kan være perioder i behandlingen, hvor det ikke kan lade sig gøre, f.eks. i forbindelse med overkrydsning ved skift fra et præparat til et andet.

Da der forelægger evidens for, at nogle antipsykotika med fordel kan kombineres (eksempelvis aripiprazol og clozapin), foreslås det at formuleringen ændres til *"(...) i udgangspunktet bør der ikke behandles simultant med flere lægemidler fra samme lægemiddelklasse, fx to typer antipsykotika, men der kan være tilfælde hvor det kan være tilrådeligt"*.

Afsnit 3. Monitorering af bivirkninger og effekt

Det fremgår af vejledningsudkastet, at *"hvis der ikke er klinisk relevant effekt af behandlingen, skal lægen blandt andet overveje medicinadhærens, om doseringen er optimal, og om diagnosen er rigtig"*. Her kan det med fordel tilføjes, at plasmamonitorering kan overvejes.

Regionen bemærker, at det fremgår, at *"hvis en patient i behandling med psykofarmaka udebliver fra en aftalt konsultation, skal der laves en konkret vurdering af behovet for at kontakte patienten og evt. følges op på udeblivelsen. Vurderingen skal journalføres"*. Der ønskes en præcisering af omfanget, herunder hvad vurderingen skal indeholde, da dette kan blive en relativ tidskrævende opgave i de psykoterapeutiske ambulatorier, hvor der afholdes en delvis gruppeterapi. Derudover vil det være hensigtsmæssigt med en præcisering af, hvad lægen bør gøre, hvis patienten ikke dukker op til kontrol. Et valg om ikke at forny recepten kan betyde forværring og tilbagefald. Det er uklart, om lægen i stedet bør forny recepten uden patientens fremmøde, og hvordan dette stiller læge juridisk.

Endelig bemærker regionen, at mange af disse patienter ofte er alene og ikke har kontakt til kommunen.

Afsnit 6. Særlige forhold vedr. specifikke lægemiddelgrupper

6.1. Antipsykotiske lægemidler

Det fremgår, at *"alene speciallæger i psykiatri må opstarte behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter med et forventet behov for behandling over 4 uger"*. Dette vurderes uholdbart for almen praksis, som kan have patienter med paranoide tilstande. Det vil være meget ufleksibelt og tidskrævende for almen praksis at skulle konferere dette med en speciallæge i psykiatri.

Det fremgår desuden, at *"opstart af behandling med clozapin skal varetages af speciallæge i psykiatri. Anden læge kan overtage den fortsatte behandling med clozapin"*. Da Lægemiddelstyrelsen har begrænset clozapin til kun at måtte blive udskrevet af speciallæger i psykiatri og neurologi, må andre læger ikke overtage behandlingen.

Endelig fremgår det, at *"vægt skal måles inden opstart, senest efter 3 måneder og herefter årligt. Ved observeret vægtøgning eller behandling med antipsykotiske lægemidler med metabolisk risikoprofil skal det foregå hyppigere og eventuelt suppleres med måling af lipider. EKG skal som udgangspunkt optages inden opstart, og efter nogle få ugers behandling afhængigt af risikoprofil"*. Formuleringen "hyppigere" vurderes at kunne skærpes ved fastsættelse af en minimumfrekvens.

Der sættes spørgsmålstegn ved, hvorfor behandling med antipsykotika af angst og demens fremhæves her i forhold til problemstillingen med off-label, da der findes andre off-label behandlinger, som ligeledes kunne nævnes i denne sammenhæng.

6.2. Antidepressive lægemidler

Det fremgår, at *"alene speciallæger i psykiatri må opstarte behandling med tri-cykliske antidepressiva (TCA)"*. TCA er imidlertid omfattet af udleveringsbestemmelse B, hvilket betyder, at alle læger kan udskrive dem.

Det fremgår desuden, at *"før opstart af antidepressive lægemidler skal patienten som udgangspunkt udredes over mindst to samtaler"*. Hertil bør det tilføjes, at der dog kan være nogle tilfælde af svær depressiv tilstand, hvor det kan være nødvendigt, at behandling startes allerede efter 1. samtale, og at det i disse tilfælde begrundes i journalen. I disse tilfælde kan man præcisere, at behandlingen startes af speciallæge i psykiatri eller efter råd fra samme.

Endelig fremgår det: *"Hvis to behandlingsforsøg med tilstrækkelig dosis og varighed har været forsøgt uden tilfredsstillende virkning, skal lægen som udgangspunkt kontakte en speciallæge i psykiatri for at drøfte patientens videre behandling"*. Det foreslås, at patienten i stedet henvises til psykiatrien.

6.3. Litium

Det fremgår, at *"alene speciallæger i psykiatri må opstarte behandling med litium"*. Litium er imidlertid omfattet af udleveringsbestemmelse B, hvilket betyder, at alle læger kan udskrive det. Det bør dog nævnes, at ordination bør ske i samråd med en speciallæge i psykiatri.

6.4. Esketamin

Der er stor tilfredshed med, at der ikke nævnes en specifik formuleringstype eller administrationsvej ift. esketamin.

6.5. Midler til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser

Det fremgår, at *"alle læger må opstarte behandling med lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelser. Læger i andre specialer end psykiatri skal konferere med speciallæge i psykiatri inden opstart eller opstarte behandling i henhold til plan skitseret i epikrise"*.

Regionen bemærker, at alle læger kan udskrive ADHD-midler, men at kun psykiatere kan få bevilget enkelttilskud til patienter. Der bør være en sammenhæng mellem vejledningen og Lægemiddelstyrelsens tilskudsregler.

Det kunne med fordel tilføjes, at når der er tale om særligt komplekse patienter, så anbefales det, at det er en speciallæge i psykiatri, som tager stilling, om der er indikation for medicinsk behandling.

Med hensyn til det sidste delafsnit er det regionens vurdering, at muligheden for, at en anden læge kan opstarte behandling uden konferering med speciallæge i psykiatri i henhold til plan skitseret i tidligere epikrise, vil betyde markant flere mulige behandlingskombinationer og manglende kontrol med et område, der er i hastig vækst.

6.6. Benzodiazepiner

Det fremgår, at *"behandling i mere end 4 uger skal i hovedreglen undgås. Ved behandling i mere end 4 uger skal lægen regelmæssigt genoverveje indikationen og motivere patienten til at påbegynde udtrapning, alternativt stræbe efter nedtrapning til mindst mulig dosis jf. »Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler«*". Det anbefales, at der tilføjes en yderligere beskrivelse af risikoen ved langvarig brug af benzodiazepiner (f.eks. kognitive bivirkninger, faldtendens mm.).

Det glæder regionen, at Sundhedsstyrelsen anerkender, at der kan være tilfælde, hvor langtidsbehandling med benzodiazepiner kan være indicerede (f.eks. langtidsangsttilstande).

6.7. Antiepileptika

Det fremgår, at *"en undtagelse af dette er behandling med gabapentinoider, hvor alle læger kan opstarte behandling af angsttilstande"*. Det bør præciseres, at det kun er pregabalin, der har indikationen angst og ikke eksempelvis gabapentin, eventuelt bør "gabapentinoider" i sætningen ændres til "pregabalin".

Afsnit 6.8. Sederende antihistaminer

I afsnittet fremgår det: *"Sederende antihistaminer bliver bl.a. brugt ved behandling af søvnproblemer og urosymptomer ved psykiske lidelser"*. Det bør præciseres, at det kun er promethazin, der har indikationen korttidsbehandling af angst og søvnløshed, og at behandling med andre sederende antihistaminer samt behandling af uro vil være off-label.

Afsnit 7. Behandling af specifikke patientgrupper

7.1. Skrøbelige ældre

Der ønskes en mere præcis beskrivelse af denne gruppe, evt. med et par tilhørende eksempler.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S



18. april 2024
Sagsnr.: 31-1001-912
Reference: MIHJ
Tlf.nr: +4572286622
E-mail: sjur@stps.dk

Bemærkninger til høring over udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

Sundhedsstyrelsen har den 21. marts 2024 udsendt udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser i offentlig høring.

Styrelsen for Patientsikkerhed takker for muligheden for at bidrage med bemærkninger til udkastet.

Styrelsen for Patientsikkerheds bemærkninger

Om begrebet speciallæge i psykiatri

Det fremgår af vejledningens indledende afsnit, at *"Når vejledningen angiver speciallæger i psykiatri, menes der både speciallæger i psykiatri og de læger, der arbejder indenfor samme afdeling/klinik, fx læger under uddannelse ansat i psykiatrien."*

Speciallæge i psykiatri er en beskyttet titel, og det er derfor uhensigtsmæssigt, når begrebet i en vejledning fra Sundhedsstyrelsen udvides til også at gælde læger, der arbejder i psykiatrien uden at være speciallæger i psykiatri.

Flere steder giver sammenblandingen af begreberne med anførelsen af alene speciallæger i psykiatri uklarhed om, hvilke læger, som må opstarte behandling. Under pkt. 6.1 er det fx anført, at *"Alene speciallæger i psykiatri må opstarte behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter med et forventet behov for behandling over 4 uger. Opstart af behandling med clozapin skal varetages af speciallæge i psykiatri."* Det skaber tvivl om, hvorvidt det, at man nu anfører alene speciallæger i psykiatri, er et udtryk for, at vurderingen skal/kan foretages af læger med speciallægeanerkendelse i psykiatri.

Styrelsen for
Patientsikkerhed
Sundhedsjura

Islands Brygge 67
2300 København S

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

www.stps.dk



Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller til, at vejledningen udarbejdes i overensstemmelse med de almindelige lovbundne regler om titelbeskyttelse for speciallæger, og at der i stedet anføres "speciallæger i psykiatri eller læger ansat i psykiatrien" de steder i vejledningen, det er relevant at præcisere, at vurderingen bør foretages af disse læger.

Til afsnit 3

Det fremgår af afsnittet, at hvis det er lægeligt velbegrundet, og der ikke er anledning til fysiske undersøgelser, kan konsultationen foregå virtuelt, såfremt patienten ikke har indsigelser imod dette.

Vi opfordrer til, at denne sætning uddybes yderligere, eventuelt med eksempler på, hvornår det kan være relevant, som understøttelse til lægens beslutning af, hvornår det kan være lægeligt velbegrundet.

Til afsnit 6.2

Det fremgår, at der før opstart af antidepressive lægemidler som udgangspunkt skal være udredning over to samtaler.

Vi bemærker, at det ikke fremgår, om der er krav om fysisk fremmøde i denne sammenhæng eller ej. Vi opfordrer til, at det præciseres, hvis udgangspunktet her er fysisk fremmøde.

Det fremgår videre, at hvis to behandlingsforsøg med tilstrækkelig dosis og varighed har været forsøgt uden tilfredsstillende virkning, skal lægen som udgangspunkt kontakte en speciallæge i psykiatri for at drøfte patientens videre behandling.

Hvis de to behandlingsforsøg skal have ligget inden for en bestemt tidshorisont, skal vi opfordre til at dette præciseres.

Venlig hilsen

Mie Hindborg Johansen
Chefkonsulent, cand.jur.



Sundhedsstyrelsen
Indsatser for Rational Farmakoterapi
Til irf@sst.dk cc: aamn@sst.dk

18. april 2024

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

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

Danmark står overfor 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 bl.a. at sikre samarbejdsmodeller, hvor der inddrages andre sundhedsfaglige grupper som bl.a. de praktiserende læger med det formål at frigøre kapacitet uden at gå på kompromis med kvaliteten.

Lif ser det derfor som positivt, at der i vejledningen lægges op til i højere grad at inddrage de praktiserende læger (og andre læger der ikke er speciallæger i psykiatri) i opstart af behandling af unge patienter fra 18-24 år med antidepressive lægemidler ved behandling af depression. Dette kan medvirke til at sikre en rettidig behandling.

Herudover er Lif positive overfor, at læger der ikke er speciallæger i psykiatri fremover må opstarte behandling med lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelser.

I Canada har man igennem de sidste 20 år haft succes med at give almen praksis ansvar for at opspore, udrede og behandle mennesker med hyperkinetiske forstyrrelser. Canadas forening af praktiserende læger og sammenslutningen af Canadiske Psykiatere udarbejdede sammen i 1997 et notat [Shared Mental Health Care in Canada](#), der dannede grundlag for en fælles vision for behandling af mennesker med psykiske lidelser. Dette er blevet gjort i et tæt samarbejde med psykiatere samt andre faggrupper som bl.a. psykologer og socialrådgivere igennem en "Collaborative Mental Health Care" model.

Dette har medført nye former for samarbejde mellem psykiatere og almen praktiserende læger, en anden ansvarsfordeling med flere opgaver og øget kompetence til de almen praktiserende læger, herunder tidlig opsporing, opstart af behandling af hyperkinetiske forstyrrelser.

Den Canadiske model kaldes i dag [The Collaborative Mental Health Care Model](#). Den samarbejdsmodel, man har brugt i Canada, har styrket grundlaget for den praktiserende læges mulighed for tidligt at opspore opstarte samt optimere behandling af hyperkinetiske forstyrrelser på baggrund af:

- Efteruddannelsesaktiviteter for de praktiserende læger
- Mulighed for vejledning fra psykiatere i et tæt netværkssamarbejde samt
- Involvering af andre faggrupper som psykologier og socialrådgivere.

Lif vil 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 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. Dette kan medvirke til at sikre hurtigere adgang til behandling og nedbringe eksisterende ventelister.

Med venlig hilsen



Henrik Vestergaard
Viceadministrerende direktør
Lægemiddelindustriforeningen

ⁱ [Shared Mental Health Care ENG-web.pdf \(cpa-apc.org\)](#)

ⁱⁱ [The Evolution Of Collaborative Mental Health Care in Canada: A Shared Vision for the Future \(cfpc.ca\)](#)

Til IRF

Ud over svaret fra Region Syddanmark har jeg lovet at videregive kommentarer fra vores formand for Lægemiddelkomiteén for almen praksis til *udkast til vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser*:

Med bekymring har jeg gennemgået udkastet til Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

Patientperspektivet: En uholdbar løsning

Først og fremmest vil jeg gerne fremhæve den alvorlige bekymring, der opstår fra patientperspektivet ved at overlade ordination og diagnose til almen læger i stor udstrækning. Selvom jeg støtter tanken om at styrke samarbejdet mellem almen praksis og psykiatrien, er det uholdbart at forestille sig, at denne ændring kan ske uden at adressere den dybtgående psykiatermangel, der præger sundhedssystemet.

Kastebold i et kuldsejlet system:

Patienter med psykiske lidelser risikerer at blive kastebolde i et overbelastet system, hvor de mangler adgang til den specialiserede behandling, de har brug for. At overlade ansvaret til almen læger, der ikke er specialister i psykiatri, kan føre til fejldiagnosticering, over- eller undermedicinering og i værste fald forværre patientens tilstand og ultimativt føre til øget mortalitet.

Manglende adgang til specialister:

Den nuværende psykiatermangel gør det umuligt for almen læger at konferere med psykiatere i alle tilfælde. Dette efterlader patienterne i en uholdbar situation, hvor de skal vente lang tid på at se en specialist, eller hvor de bliver henvist tilbage til egen læge uden den nødvendige ekspertise.

Ulighed i adgang til behandling:

At overlade behandlingen til almen praksis kan føre til en ulighed i adgang til behandling. De patienter, der har råd til at betale for privatkonsultationer hos en psykiater, vil få den nødvendige behandling, mens dem, der ikke har råd, må nøjes med en suboptimal løsning i almen praksis.

Manglende fokus på alternative behandlingsmuligheder:

Udkastet mangler at adressere alternative behandlingsmuligheder for psykiske lidelser, f.eks. psykoterapi, motion og mindfulness. Disse alternative tilgange kan være effektive for mange patienter og bør tilbydes i kombination med eller som supplement til medicinsk behandling.

Tidspres i almen praksis:

Almen praksis er ofte præget af tidspres, hvilket gør det vanskeligt at tilbyde den grundige udredning og opfølgning, som psykiske lidelser kræver. At overlade mere af behandlingen til almen praksis kan forværre dette problem og føre til en yderligere forringelse af patientsikkerheden og behandlingskvaliteten.

Konklusion:

Jeg er dybt bekymret for forslaget om at overlade en stor del af behandlingen af psykiske lidelser til almen praksis. Den manglende kapacitet i psykiatrien, den potentielle ulighed i adgang til behandling og den manglende fokus på alternative behandlingsmuligheder gør dette forslag til en uholdbar løsning.

Patientsikkerhed og behandlingskvalitet skal være i højsædet. En grundig evaluering af forslagets potentielle konsekvenser er afgørende, før der kan ske en permanent ændring i fordelingen af behandlingsansvar.

Mvh.

Carsten Pedersen

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

Venlig hilsen

Anne-Grete Ramlov
Lægemiddelkonsulent
Praksis



Region Syddanmark

Region Syddanmark

Damhaven 12, 7100 Vejle

Hovednummer: 7663 1000

<https://regionsyddanmark.dk>

Hørringsvar på udkast til "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser"

A) Fra Psykiatrisygehuset (Lægemiddelkomitéen for Psykiatri i Region Syddanmark samt Psykiatriens Medicinrådgivning):

1. Afsnit 6.1. Antipsykotiske lægemidler

Vedr. overtagelse af clozapinbehandling, er det i vejledningen er angivet, 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"*.

Clozapin (og olanzapin depot, Zypadhera) har udleveringsbestemmelse **NBS** (= Apoteket må kun udlevere til sygehuse eller efter anvisning af læger på sygehuse samt efter anvisning af nærmere bestemte speciallæger).

Dette synes ikke foreneligt med at speciallæger i almen medicin/praktiserende læger kan overtage behandlingsansvaret for clozapin hos disse patienter?

2. Afsnit 6.1 Antipsykotiske lægemidler

Nærværende vejledning er nævnt at skulle erstatte bl.a. "Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser", som har beskrivelser af faste krav for monitorering af bivirkninger bl.a. ift. screening for metabolisk syndrom.

Bortfalder disse hidtidige krav om screening for metabolisk syndrom med fast frekvens, og erstattes af en mere individuel vurdering afhængigt af patientens risikoprofil?

3. Afsnit 6.2 Antidepressive lægemidler

I vejledningen er anført, at *"Alene speciallæger i psykiatri må opstarte behandling med tricykliske antidepressiva (TCA)"*.

Er der med denne formuleringen taget højde for, om andre læger end speciallæger i psykiatri må starte behandling med små doser TCA f.eks ifm. smertebehandling? Evt. kan formuleringen ændres til *"Alene speciallæger i psykiatri må opstarte behandling for depression med tricykliske antidepressiva (TCA)"*?

4. Afsnit 6.5. Midler til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser

I vejledningen er angivet, at *"Alle læger må opstarte behandling med lægemidler for hyperkinetiske forstyrrelser, hos patienter som er diagnosticerede ved speciallæge. Hvis patienten tidligere er diagnosticeret og behandlet ved speciallæge i psykiatri, men er afsluttet i dette forløb og 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, jf. afsnit 2"*.

Gælder det alene ift. tidligere afprøvet behandling, eller gælder det også for ikke-prøvede præparater med anden virkningsmekanisme?

B) Fra Praksisafdelingen/SydKIP, Regionshuset:

Lægemiddelbehandlingen af psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser er af stor betydning for den enkelte patient med mulighed for væsentlig afhjælpning af svær og betydende belastning i hverdagen. Vi støtter derfor en præcisering og klarlægning af opgave og ansvarsforholdene ved behandlingsstart, monitorering af samme og vurdering ved eventuelt behandlingsophør. Særligt ved sektorovergange er der behov for ekstra bevågenhed for overdragelse af behandling og opfølgning på bedst mulig måde for patienten med klar og entydig opgaveløsning herunder tilstræbelse af den nødvendige kapacitet af speciallæger i psykiatri i såvel primær- som sekundærsektoren.

Det skal dog bemærkes, at vejledningen med sin detaljegrad og specifikation af tidsfrister og krav til konferering med speciallæger samt ændring af krav til første ordination kan have karakter af klinisk retningslinje. I det lys kan et betydeligt fagligt behov for ressourcetræk indenfor psykiatrien i såvel primær- som sekundærsektoren blive nødvendigt, som følge af vejledningen og bør måske også inddrages.

Afsnit 6: Særlige forhold vedr. specifikke lægemiddelgrupper rummer gode vejledninger for patientsikkerheden, men viser også det øgede behov for speciallæger i psykiatri.

Desuden kunne man med fordel adressere alternative behandlingsmuligheder for psykiske lidelser, f.eks. psykoterapi, motion og mindfulness ligesom digitale løsninger med fordel kunne inddrages.

18. april 2024

Vedr. sagsnr. 05-0104-33

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

Høringskommentarer:

Vejledningen indeholder mange helt generelle oplysninger og beskrivelser af god klinisk praksis, der ikke er specifikke for ordination af psykofarmaka. Derfor er det også for læseren vanskeligt at identificere, hvor den særlige/væsentlige information står, fordi den er pakket ind i mange afsnit, der beskriver helt almindelige forhold omkring omhu og samvittighedsfuldhed, der gælder for ordination af alle typer lægemidler. Det rejser også spørgsmålet om, hvorfor Sundhedsstyrelsen mener, at det er vigtigt med en særlig vejledning om behandling med psykofarmaka. Under alle omstændigheder kunne den gøres væsentligt kortere, hvis alle almindeligheder blev skåret væk. Når der ses bort fra de generelle oplysninger, er der en påfaldende forskel i detaljerings- og konkretiseringsgrad for de specifikke anbefalinger. Fx er afsnittet om 'opstart af behandling' meget overordnet og uden detaljer omkring kompetenceniveau for de sundhedspersoner, der skal foretage udredning og stille indikation for behandling med psykofarmaka (se også nedenfor), mens der går ned på helt konkret detaljeniveau andre steder, fx ift. +/- 4 uger for ordination af antipsykotika. Rationalet for den meget konkrete tidsgrænse bliver ikke beskrevet og fremstår derfor uigennemsigtig.

Under '2. Opstart af behandling' er nævnt, at der skal være grundig indikation og lidt om elementerne i en udredning, der omfatter 'en tilstrækkelig og grundig anamnese, samt foretaget relevant psykiatrisk og somatisk objektiv undersøgelse, evt. suppleret med psykometriske tests og parakliniske undersøgelser. Lægen skal grundigt overveje somatiske årsager til psykiske symptomer, fx stofskiftelidelse, søvnapnø eller medicinbivirkning' – dette er helt almindelige grundbegreber i enhver udredning, hvorfor det bliver mærkeligt indholdstomt at have dem stående i denne vejledning. Idet der dog refereres tilbage til dette afsnit senere i vejledningen, bliver det undervejs uklart, hvem der er kompetent til at foretage den forudgående diagnostiske udredning før opstart af psykofarmaka. Der er nemlig ikke nævnt speciallæger i psykiatri, så det står hen i det uvisse, om der er nogle uddannelsesmæssige krav ift. at forestå de kliniske og parakliniske undersøgelser resumeret i punkt 2.

Videre står i afsnit 2 'og der bør ikke behandles simultant med flere lægemidler fra samme lægemiddelklasse, fx to typer antipsykotika...skal lægen konferere med speciallæge i psykiatri for en vurdering'. Det er uklart, hvorvidt det skal forstås sådan, at tilbageholdenhed med høj-dosis antipsykotika og antipsykotisk polyfarmaci kun gælder den uspecificerede 'læge' – eller om det også gælder speciallæger i psykiatri – eller om der tages hensyn til den selekterede gruppe af patienter, der når frem til speciallæge. Antipsykotisk polyfarmaci rummer mange mulige kombinationer, hvorfor det virker reduktionistisk over én kam at skære den mulighed bort – hvis det altså gælder både 'læger' og speciallæger i psykiatri.

Afsnit 6.1 antipsykotiske lægemidler – her er vægt og EKG taget ud og beskrevet ift. frekvens for monitorering, mens monitoreringsbehovet for øvrige bivirkninger ikke er berørt. Det giver et indtryk af tilfældighed ift. hvad der er valgt ud at fokusere på. Det er beskrevet, at angst og demens ikke behandles med antipsykotika – igen er det uklart, hvorfor lige disse to sygdomsgrupper er taget ud, idet antipsykotika anvendes off-label til mange andre indikationer.

Afsnit 6.2 antidepressive lægemidler – her er en sammenblanding med udrednings-

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

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

/indikationsafsnittet, idet det pludselig konkretiseres helt i detaljen, hvilket minimum af antal samtaler en udredning for depression omfatter. Ved to behandlingsforsøg uden effekt angiver vejledningen, at det er tilstrækkeligt at kontakte en speciallæge i psykiatri, hvor god klinisk praksis, omhu og samvittighedsfuldhed i stedet for nødvendiggør, at pt. henvises til speciallæge i psykiatri.

Afsnit 6.5 – opstart af behandling mod ADHD bør fortsat være forbeholdt speciallæger i psykiatri, fordi det forudsætter grundig udredning, vurdering af om der er behov for medicinsk behandling og vurdering af effekt af behandling, hvilket er kompetencer, som ikke andre end speciallæger i psykiatri besidder. Afsnittet er uklart ift. ansvar omkring udredning og at stille indikation for medicinsk behandling. Læger i andre specialer end psykiatri skal konferere med speciallæge forud for opstart, men det er uklart, hvem der skal/kan stå for den forudgående udredning og diagnostik. Denne kompetence ligger ikke hos andre læger end speciallæger i psykiatri. Hvis der med vejledningen menes, at udredningen kan foregå ved psykologer/specialpsykologer, da vil det stadig være en opgave for en speciallæge i psykiatri at stille indikationen for medicinsk behandling. Denne opgave kan ikke varetages med tilstrækkelig høj faglighed af andre end speciallæger i psykiatri.

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

Forslag til hørings svar fra DNS

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

DNS hilser vejledningen velkommen og fremsætter her konkrete forslag til justeringer:

Titel

Vi kunne foreslå at titlen forenkles til "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser"

Kapitel 1 Indledning

Afsnit 1.1 Formål, målgruppe og afgrænsning

fjerde afsnit: Foreslås præciseret således: "Vejledningen henvender sig til læger og til de sundhedspersoner, der arbejder under supervision af behandlende læge"

Kapitel 2 Opstart af behandling

Afsnit 1: efter "fx samtalerapi og livsstilsinterventioner" foreslås tilføjes "og psykosocial indsats" for også at rumme de overvejelser som er relevante før patienter med demens sættes i psykofarmakologisk behandling.

Kapitel 3 Monitorering af bivirkninger og effekt

Afsnit 2 kunne med fordel forkortes. Det centrale er at opfølgning tilrettelægges efter klinisk vurdering af lidelsens sværhedsgrad og behandlingsbehov. Det kan suppleres med en anvisning af, hvilken opfølgning der altid som minimum skal gennemføres.

Kapitel 6 Særlige forhold vedr. specifikke lægemiddelgrupper

Ordet risikoprofil bliver brugt på en måde, så der kan være tvivl om, det er patientens risikoprofil eller lægemidlets risikoprofil, der hentydes til.

Afsnit 6.1 Antipsykotika

Afsnit 2: Tak for muligheden for at kommentere udkast til vejledning:

DNS er enig i at begrænse brugen af antipsykotika hos patienter med demens.

Vedr. afsnit 6.1 Hvis DNS forstår udkastet korrekt, er det dog problematisk at behandling med antipsykotika til bivirkninger af Parkinson behandling nu kræver ordination fra en psykiater. Det er primært neurologer med særlig erfaring af behandling af bevægeforstyrrelser som har erfaring i denne

patientgruppe. Neurologer vil hyppigst anvende quetiatin og clozapine i lav dosering, men ofte af en varighed udover de 4 uger. Hvis det ikke bliver muligt for neurologer at opstarte denne behandling, vil konsekvensen være at Parkinsonbehandlingen må reduceres og patienter mister motorisk funktion herunder gangfunktion. Vi opfordrer derfor til speciallæger i neurologi med særlig erfaring i bevægeforstyrrelser får mulighed for at fortsætte denne praksis.

Afsnit 5 (som handler om patienter med demens):

Linie 1-2: Efter første punktum foreslås tilføjet: "I stedet skal psykosociale tiltag søges iværksat.

Linie 2-5: Denne sætning foreslås ændret til "Som udgangspunkt skal antipsykotika ikke anvendes som behandling af adfærdsmæssige symptomer i form af aggressiv eller psykotisk adfærd hos mennesker med demens. Anden generations antipsykotika kan efter nøje overvejelse anvendes i en kort periode til det fåtal af personer med demens, hvor psykotiske symptomer er svært pinefulde for personen, eller hvis personen er til fare for sig selv eller andre, som det ses ved svær agitation og udadreagerende adfærd, som nødvendiggør hurtig intervention"

Begrundelsen er at den aktuelle sætning anvender en noget voldsom retorik – og at sætningen under alle omstændigheder bør bringes i overensstemmelse med den NKA som Sundhedsstyrelsen næsten er færdig med.

Afsnit 6 (som handler om patienter med demens)

"...(Som hovedregel under 2 uger)..” – kunne med fordel erstattes af ”(så kort tid som muligt, oftest få dage og som hovedregel under 2 uger.

(2 ugers behandling bør ikke være hovedreglen ved delirium).

”Delir” bør erstattes af ”delirium”

Afsnit 6.6 Benzodiazepiner

Vi foreslår at der tilføjes en bemærkning om særlig påpasselighed ved ældre patienter med demens, pga risiko for fald, sedation og delirium.



17. april 2024

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

Dansk Psykoterapeutforening takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende den nye vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser.

Integration af psykoterapeuter i det nære sundhedsvæsen

Vi bifalder vejledningens omtale af ikke-medikamentelle behandlinger som supplement til eller erstatning for psykofarmaka mod psykiske sygdomme, især fremhævelsen af samtaleterapi og andre psykosociale interventioner.

Vi mener medlemmerne af Dansk Psykoterapeutforening - psykoterapeuter MPF - kan spille en nøglerolle i at aflaste det nære sundhedsvæsen ved at varetage opgaver relateret til samtaleterapi, psykoedukation og støttende samtaler i primærsektoren, eksempelvis som klinikpersonale hos de praktiserende læger.

Integrationen af psykoterapeuter i det nære sundhedsvæsen vil være vigtigt for at undgå at dræne sygehusene for specialuddannede psykiatriske sygeplejersker, hvilket er afgørende for at opretholde en robust psykiatrisk behandlingskapacitet på sygehusene.

Bekymring for overfokusering på medicinsk behandling

Dansk Psykoterapeutforening udtrykker bekymring for, at vejledningens stærke fokus på medicinsk behandling, herunder detaljerede instrukser om psykofarmakas anvendelse og dosering, kommer til at skygge for vigtigheden af holistiske behandlingsformer i form af fx psykoterapi, som evidensbaseret forskning også understøtter. Se den – så vidt vi ved – største database med effektmålinger af psykoterapi er <https://www.metapsy.org/>

En af de primære kræfter bag databasen er den hollandske professor, Pim Cuijpers, der også har forsket i effekter af psykofarmaka.

I en af sine nylige forelæsninger om depression siger han, at "min anbefaling ville være ikke at give medicin uden terapi, og det vil være en svær en, men jeg tror, det er hvad mange retningslinjer vil sige i fremtiden."

Se https://www.youtube.com/watch?v=3v_3yEBQlas Tidskode: 21:30

Pim Cuijpers er med til at lave WHO's retningslinjer på området. Hans anbefaling bør have stor vægt - også i en dansk vejledning, hvis vejledningen skal basere sig på den bedst mulige evidens.

I WHO og FN's Højkommissær for Menneskerettigheders fælles publikation: "Mental sundhed, menneskerettigheder og lovgivning: Vejledning og praksis," Se <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737> står der også, at (side 24 / 3) "Der er en overdreven afhængighed af biomedicinske tilgange til behandlingsmuligheder, indlæggelsestjenester og pleje, og der gives lidt opmærksomhed til sociale determinanter og fællesskabsbaserede, personcentrerede interventioner."

Dansk Psykoterapeutforening opfordrer til, at vejledningen i højere grad afspejler god praksis og aktuel forskning på området ved at have mere fokus på, at psykofarmaka ofte ikke bør ordineres alene uden psykoterapi.

Vi stiller os gerne til rådighed til dette arbejde.

På vegne af Dansk Psykoterapeutforening

Pia Clementsen

Formand

Vibeke Lubanski

Sekretariatschef

Til Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har ved e-mail af 21. marts 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

Amalie Sofie Lein Højlund-Meiner

Fuldmægtig

Center for Jura og Internationale Opgaver



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

[Sådan behandler vi dine personoplysninger](#)

Til Sundhedsstyrelsen

Hermed fremsendes høringssvar fra Psykiatrien i Region Nordjylland:

- Kravene til dokumentation skærpes – er vi sikre på, at det hele er nødvendigt?
- Mon man har glemt speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri?
- Menes det, at også patienter, der ikke er i psykiatriens målgruppe, der skal behandles med antipsykotiske lægemidler, SKAL konfereres med speciallæge i psykiatri (fx hvor man anvender som affektdæmpende behandling) eller kunne det håndteres anderledes?
- Tilsvarende kunne gælde hvor TCA-behandling anvendes på anden indikation end depression og angst, fx smerter? I 6.7 bruges f.eks begrebet "antiepileptika mod psykiske lidelser". Man kunne vel tilsvarende skrive "Antidepressive lægemidler anvendt mod psykiske lidelser"?
- Det hilses meget velkomment, at andre læger kan overtage jf. plan.

Venlig hilsen



Gitta Thorbøll Kristensen | Sekretær for Psykiatiledelsen

Psykiatrien | Psykiatriens stab | Ledelsessekretariatet
Mølleparkvej 10 | 9100 Aalborg | Telefon: 97 64 30 00 | www.psykiatri.m.dk

fredag den 12. april 2024

Hørings svar - SIND - Landsforeningen for psykisk sundhed

Indledning

Til indledning vil vi gerne sige tak for at vi i SIND er blevet inviteret til at deltage i denne høring, men også for invitationen til at bidrage til i den arbejdsgruppe, som står bag dette udkast.

Vi er glade for at man i Sundhedsstyrelsen besluttede at revidere de gamle vejledninger om behandling med antipsykotika og antidepressiva, samt at man besluttede at sammenlægge og udvide til den vejledning der nu foreligger i udkast.

Når det er sagt kunne vi dog have ønsket at man i Sundhedsstyrelsen havde brugt lejligheden til en mere grundlæggende modernisering af vejledningen.

Behandlingssamarbejdet

Vejledningens tekst repræsenterer fortsat et perspektiv hvor behandlingen lægens, noget lægen gør ved/for patienten.

I vores perspektiv er sygdommen/lidelsen patientens, og at behandlingen derfor også grundlæggende patientens. Dermed bliver behandlingen et samarbejde hvor lægen som fag-ekspert har ansvaret for at etablere det bedst mulige samarbejde, om den bedst mulige behandling, ud fra patientens ønsker og præferencer. De få tilfælde hvor psykiatriske (og somatiske) patienters akutte tilstand ikke muliggør dette, er det lægens opgave at tage over, efter gældende regler, indtil behandlingen har bedret patientens tilstand, tilstrækkeligt til at et almindeligt behandlingssamarbejde kan genetableres. Disse forholdsvise få situationer/tilfælde bør dog ikke danne grundlag for den generelle tilgang til behandlingen, men det er det indtryk også denne reviderede vejlednings tekst efterlader.

Den samlede behandling

Vi er også bekymrede over at vejledningen ikke mere udførligt omtaler hvad det er for en samlet behandling som brugen af psykofarmaka er en del af. Herunder at det ikke nævnt at, endsige hvordan, effekten af den medikamentelle symptomlindring kan og skal have det formål at man kan gøre noget ved de bagvedliggende problemer, således at patienten kan komme sig.

Virkning - bivirkninger - varighed

Vi er tilfredse med at der lægges op til, at bivirkninger og problemer ved seponerings, resulterer i, at der med denne vejledning skal lægges planer for behandlingsvarighed og nedtrapning/ud-trapning som en integreret del af den omhu og samvittighedsfuldhed den behandlingsansvarlige skal udvise. Men det er ikke mere præcist defineret og beskrevet: hvordan, af hvem og hvornår. Da det er vores erfaring, at dette for nuværende ikke altid foregår på en hensigtsmæssig måde, kunne vi ønske at dette beskrives mere grundigt i denne vejledning.

Risiko for fejlbehandling - Hvem må behandle med psykofarmaka - Hvad skal de have af uddannelse

Det er i vores øjne også et problem at der i vejledningen åbnes op for, at læger der ikke har det som speciale har mulighed for at diagnosticere, iværksætte behandling og udskrive psykofarmaka. Med meget få undtagelser. Al behandling med præparater der har væsentlig psykoaktiv effekt, og potentielt meget alvorlige bivirkninger, kræver i vores øjne at lægen har specialviden og erfaring. Derfor burde vejledningen indholde specifikke krav om dokumenteret relevant kvalificerende uddannelse for de enkelte præparatgrupper, som læger med interesse for at kunne hjælpe disse patienter, skal gennemføre tilfredsstillende førend de kan forestå behandling med præparatgruppen. Det er kritisabelt at man på denne måde åbner for at alle læger, i vidt omfang, kan forestå behandling med disse præparater. Vi frygter at dette vil medføre at flere patienter vil opleve behandlingen som uvirksom, uhensigtsmæssig eller direkte forværende, og at det kunne medføre en ny bølge af sager om fejlbehandling, samt en generel øgning af udskrivelse af psykofarmaka, og til en endnu bredere gruppe af den almindelige danske befolkning.

Kontekstløshed i forståelsen af patientens problem og risiko for overbehandling med psykofarmaka

Herunder ser vi det også som et problem, at vejledningen i overvejende grad også fokuserer snævert på behandling med psykofarmaka som isoleret fra patientens øvrige livsomstændigheder. Det er vores erfaring at en akut krise i et menneskes liv alt for ofte fører til en lang, ofte livslang, medicinering med psykofarmaka. Risikoen for at der, særligt i en travl og presset primærsektor, for ofte vil blive udskrevet psykofarmaka hvor det kunne være undgået, hvis der var krav om at patientens kontekst blev udforsket og vægtet mere i det samlede billede, selv om det ville kræve mere tid. Hvis lægerne igennem denne vejledning blev guidet til en tilgang så der blev investeret i disse patienters recovery, og så dette var behandlingsmålet og ikke kun en snæver behandlings-forståelse hvor målet er symptomreduktionen

alene. Det kunne også forebygge den patient-iggørelse, psykisk og fysisk afhængighed og etablering af sygdomsidentitet hos patienterne er tilsyneladende særlig stor ved behandling med psykofarmaka.

Støtte til pårørende og netværk som en integreret del af behandlingen

Vi ser det som en generel mangel, også i denne vejledning, at støtte til pårørende og netværk ikke er med som en del af den opgave og den planlægning som er en del af lægens ansvar for samvittighedsfuldhed og omhu i behandlingen med psykofarmaka.

Når man opstarter eller forestår behandling med psykofarmaka, så er der tale om behandling af tilstande, og en påvirkning af patienten med psykoaktive stoffer med svære potentielle virkninger og bivirkninger, og dermed store konsekvenser for hverdagen for de pårørende og det netværk som patienten har. At målrettet støtte, information/udvidet psykoekation til pårørende og netværk ikke er nævnt som en del af lægens opgave er i vores øjne en stor mangel.

Det er godt at pårørende er nævnt som kilde til viden og information om patientens tilstand og situation. Men pårørende står i sig selv med nogle særlige udfordringer og problemer i forbindelse med denne behandlingsform og disse tilstande/sygdomme. Og der er en stor risiko for at belastning af pårørende og netværk bliver årsag til at de selv får brug for psykiatrisk behandling, og måske endda med psykofarmaka. Hvilket i sig selv giver en væsentlig risiko for en forværring af den oprindelige patients situation og tilstand. Dette forhold gør at vi mener at pårørendestøtte bør være et forhold der medtænkes og behandles i alle vejledninger på området, også denne.

Digital behandling og online konsultationer

Det er nævnt et par steder i vejledningen at konsultationer kan forgå online. Vi skal her understrege vores generelle synspunkt:

Hvor patientbehandling er involveret, bør det altid være patientens frie valg, om konsultationen kan foregå online.

I behandlingen med psykofarmaka vil der for store dele af patienterne kunne være problemer med at sige fra overfor et pres fra behandleren, eller udholde hvis der er forskel i adgang (fx ventetid) ved online versus fysisk kontakt.

Der kan også være et særligt problem i forhold til andre omstændigheder hos patienten, fx psykotiske tilstande med paranoia, perceptions- og tankeforstyrrelser. Det fordrer derfor en særlig omhu og samvittighedsfuldhed, hvis man åbner op for

en sådan grundlæggende ændring i den måde behandler og patient interagerer på. De finder vi heller ikke at denne vejlednings tekst beskriver på en sådan måde at patienterne kan være trygge ved at man åbner op for digital behandling og online konsultationer.

Kommentar til brugen af: kan, bør, skal og ofte i vejledningen

Vi bemærker at 'ofte' i teksten bruges i sammenhænge, der for os at se mere er 'altid'. Dette giver en unødvendig uklarhed og mangel på præcision.

Generelt mener vi også at 'kan', og 'bør' bruges til på en måde der ikke kan bruges til at stille præcise krav til hvad der indgår i samvittighedsfuldhed og omhu i behandlingen.

Vi mener derfor at man med fordel kan erstatte med 'skal', når det handler om vejledning ift en bestemt opgave eller adfærd. Ellers bliver dele af vejledningen i vores øje for åben for fortolkning ud fra forståelser og holdninger hos individuelle læger, afdelinger og behandlingskulturer. Der er desuden kendte problemer med regionale forskelle i fortolkning og praksis. Så dette ordvalg lægger i vores øjne op til for meget 'elastik i metermål'.

Specifikke kommentarer

1. Intet yderligere
2.
 1. Når behandling med psykofarmaka ikke er kurerende for tilstanden skal der altid etableres ikke-medikamentel behandling, der kan understøtte patientens recovery. Hvis behandling med psykofarmaka kan kurere tilstanden, bør denne suppleres med anden støtte. Bl.a. i forhold til mestring af restsymptomer, bivirkninger m.v.
 2. I beskrivelsen af elementerne i behandlingsplanen indikerer formuleringen "behov for ikke-medikamentel behandling og social støtte, herunder type og omfang" at der kan stilles spørgsmålstejn ved om der altid er et behov. At det er noget lægen skal vurdere om der er. Vi mener at denne formulering er uhensigtsmæssig for patienterne. Formuleringen bør ændres så at alternativer til den medikamentelle behandling, også som supplement, er noget patienten kan vælge fra, hvis patienten ikke ønsker andet end medikamentel behandling, og ikke at det er noget der beror på en lægelig vurdering.
3. I den måde afsnittet er formuleret på, lægges der igen op til at behandlingen er noget lægen gør ved patienten, og ikke at behandlingen er et samarbejde mellem patient og læge. Lægen har selvsagt nogle særlige opgaver. Men selv

om behandlingsrelationen ikke er en lige relation, så bør denne vejledning jo netop understøtte at relationen for patienten opleves som ligeværdig. Lægens professionelle ansvar for nogle forhold i behandlingen, fx etablering og vedligeholdelse af behandlingssamarbejdet, journalisering af aftaler, plan for den samlede behandling og samtykker, inddragelse og indhentning af informationer og henvisning til andre behandlingsinterventioner m.v. bør i vores øjne ikke få lov til at ændre på dette. I afsnittet er dette forhold ikke særligt udførligt beskrevet, hvilket i vores erfaring for hyppigt giver anledning til at det ikke prioriteres. Når disse problemer alene beskrives som noget lægen skal monitorere og vurderer kommer vejledningen til at fastholde en ensidighed som mange patienter og pårørende ikke oplever som ligeværdigt. Alt i alt lægger den måde teksten formuleres på, i vores øjne, altså ikke i tilstrækkeligt omfang op til et ligeværdigt samarbejde, men beholder et uhensigtsmæssigt og uværdigt syn på patientens evne til og behov for være med til at vurdere bivirkninger overfor effekt. Dermed kan det for tit opleves som at patientens perspektiv, oplevelser og ønsker negligeres. At de, og dermed patientens eller den pårørendes oplevelser af behandlingens negative konsekvenser underkendes fordi de er upålidelige og uvæsentlige for behandling med psykofarmaka.

4. I dette afsnit finder vi at der mangler forhold, der fordrer at den 'overtagende læge' skal konferere med en speciallæge i psykiatri. Fx udeblivelse af behandlings-effekt, øgning af bivirkninger, udfordringer med fungere i hverdagen almindelige aktiviteter, manglende mulighed for at drage udbytte af andre elementer i behandlingsplanen, behov for at tilføje eller ændre elementer i behandlingsplan eller udtrappingsplan, behov for yderligere udredning/ genvurdering af diagnose® m.m. Dette blive særligt vigtigt hvis der ikke stilles meget specifikke krav til kvalifikationer hos den overtagende læge.
5. Igen er perspektivet på behandlingen problematisk i dette afsnit. Og en formulering som, "... når det er relevant" er også her et udtryk for en vaghed i teksten, som i sammenhængen lægger op til, at det er noget lægen vurderer.
6. I afsnittene 6.1 og 6.6 angives 4 uger som en tidsgrænse. Vi finder at det er en arbitrær grænse, der mere kommer af generelle praktiske forhold i behandlingssystemet, end af en universel farmakokinetisk cut-off grænse for disse forskellige præparater, hvor negative konsekvenser for patienten ift. fx ekstrapyramidale bivirkninger, begyndende synaptisk tilpasning, fysisk og psykisk tilvænning og afhængighed/risiko for seponerings-problemer m.v. kan undgås, hvis blot behandlingen holder sig indenfor denne tidsgrænse.

Til Sundhedsstyrelsen.

Vi har ingen bemærkninger til selve vejledningen.

Venlig hilsen

Jonas Balslev Grage

Afdelingschef for kvalitet, forbedring og uddannelse

Region Sjælland
Psykiatrilædelserns stab
Fælledvej 6, bygn. 3, 3. sal
4200 Slagelse

www.regionsjælland.dk/psykiatrien



Kære Amanda Moosdorf Jessen

Efter vores fremsendelse af høringssvar er vi desværre blevet opmærksomme på, at vi har glemt at kommentere på en detalje.

Det fremgår en række gange i vejledningen, at en læge bør konferere med en speciallæge i psykiatri. I denne forbindelse finder vi det vigtigt, at det i en vejledning præciseres, at også speciallægen bør journalføre en sådan conference.

Jeg håber, at du kan nå at medtage dette i høringen.

Venlig hilsen

Jette Stagsted Galatius

Vicedirektør

Kristianiagade 12

2100 København Ø

www.plo.dk

Twitter: @Plolaeger

Vi passer godt på dine oplysninger. Du kan læse mere om vores behandling af dine personoplysninger i vores privatlivspolitik [her](#).