

København, den 17. april 2024

Til Sundhedsstyrelsen
Indsatser for Rationel Farmakoterapi

Høringsvar 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 selvmodsige 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 plejehjems-læge 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 symptombillede 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