

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 målrette 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 søvnhygieniske 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.