VESTRE VIKEN

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Dato:	18.10.2023
Saksbehandler:	Carsten Bjerke
Direkte telefon:	
Vår referanse:	23/06365-3 / 008
Deres referanse:	23/25520
Klinikk/avdeling:	Vestre Viken HF / Psykisk helse og rus

Høringssvar fra Vestre Viken på forslag til revidert kapittel om legemidler i psykoseretningslinjen – saksnr 23/25520

Retningslinjen gir avgrensninger ved at «Behandling mot pasientens vilje er ikke et tema i anbefalingene». Denne avgrensningen kan gi et inntrykk av at pasienter som behandles med hjemmel i § 4-4 i psykisk helsevernloven (Tvungen behandling med legemidler uten eget samtykke) er underlagt andre medisinske vurderinger. Retningslinjer i forhold til valg av antipsykotika skal være begrunnet i medisinsk forskning på en gitt lidelse eller symptomgruppe. De angitte studiene brukt som referanser skiller ikke på effekt avhengig av om behandlingen er iverksatt under frivillighet eller tvang.

Det er i retningslinjene ikke angitt varighet av anbefalt behandling. WHO har tidligere anbefalt ulik varighet for behandling av førstegangspsykose versus tilbakevendende psykotiske lidelser. Det angis manglende dokumentasjon for behandling ut over en periode på 2-3 år. Samtidig viser de samme studiene en positiv nytteverdi på gruppenivå når effekt i form av symptomkontroll og tilbakefall holdes opp mot potensielle bivirkninger og dødelighet i disse studiene. Det er dermed grunn til å anta at denne effekten vedvarer.

Komorbiditet i form av andre psykiske lidelser, somatiske tilstander og rusmisbruk er ikke angitt i retningslinjen. Differensiering i forhold til alder burde også vært inkludert i retningslinjen. Dette er svært uheldig da dette kan ha vesentlig betydning for valg av behandling, både med tenke på type antipsykotika, dosering og varighet av behandling.
Generelt synes vi at retningslinjen er for generell.
Den mangler anbefalinger for spesielle pasientgrupper som eldre, rusavhengige, pas med utviklingsforstyrrelser.
Det savnes anbefalinger om varighet av behandling.
Det stilles også spørsmål ved bakgrunnen for at det kun omhandler pasienter som er samtykkekompetente og mottar frivillig behandling og ikke omhandler de aller sykeste psykosepasientene.

Mener at dette kapittelet bør løftes fram i rekken av behandlingstiltak ved psykoselidelser, da antipsykotika er sentralt i psykosebehandling. Mener også det er uheldig at kun frivillig behandling av samtykkekompetente pasienter er beskrevet, da dette gjør at en stor pasientgruppe ikke omtales, de dårligste psykosepasientene som ikke er samtykkekompetente og som behandles i lukket post.
Mener også det er uheldig at særskilte grupper som barn/unge og eldre ikke omtales mer utfyllende.

Vestre Viken

Samlet vurderes de foreslåtte retningslinjene ikke å gi tilfredsstillende veiledning for klinisk bruk av antipsykotika i en akuttpsykiatrisk avdeling.

Vi mener det bør være avsnitt/ omtale vedrørende pasientene som er globalt psykotiske og mangler samtykkekompetanse / sykdomsinnsikt.

I veilederen er gruppen barn og ungdom utelatt og dette anses som særdeles uheldig.
Veilederen er ment også for ungdom, viser til utgave fra 2013 der det i «Forord» står presisert at veilederen er gjeldende for ungdom fra 13 år og hvor viktighet av tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon presiseres.

Det foreligger per dd ikke egne retningslinjer for utredning og behandling av barn og ungdom med psykoselidelser og det er de nasjonale retningslinjer for voksne som også er gjeldende for ungdom og som benyttes av leger/ spesialister i barne- og ungdomspsykiatri. Det er dermed overraskende at det ikke foreligger eget avsnitt for denne pasientgruppen vedrørende medikamentell behandling. Det er få antipsykotika som er godkjent for behandling av ungdom (flere i USA enn Norge) fordi det foreligger få studier på ungdom. Psykoselidelser/ Schizofreni forekommer hos ungdom og medikamentell behandling med antipsykotika av disse er vanlig problemstilling. I et avsnitt kunne man anbefale bruk av antipsykotika som er godkjent for ungdom. Generelt gjelder følgende for barn og ungdom: Ungdom får i større grad akatisi, metabolske bivirkninger og høyere risiko for vektøkning. For de yngre og de med underliggende utviklingsforstyrrelser anbefales oppstart med lavere dose og tilstrebe saktere opptrapping. Det bør i det minste henvises til følgende nettsider for mer info: Psykofarmaka – bruk hos barn og unge - Helsedirektoratet.

Legemidler til barn. Nasjonalt kompetansenettverk for psykofarmaka til barn og unge skal på oppdrag fra Helsedirektoratet og i samarbeid med helseforetakene og Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening utarbeide en veileder for forskriving av legemidler mot psykisk lidelse hos barn og unge. Denne utarbeides høsten 23 og har eget kapittel for behandling av psykose og bipolar lidelse.

Vi mener videre det bør være eget kort avsnitt for pasientgruppene med utviklingsforstyrrelse som ASF og PU. Disse kan ha kortvarige stressutløste psykoser der tiltak i form av stressreduksjon og sikre søvn kan være tilstrekkelig og bør vurderes forsøkt initialt.

Det bør i veilederen fremkomme mer tydelig hva somatisk oppfølging bør innebære: BT, puls, vektutvikling, livvidde, vurdering Ifht. ekstrapyramidale bivirkninger. I tillegg kartlegge livsstil, rusmidler (inkl. røyking), hjerte- kar sykdom og hereditet for hjerte/ karsykdom.
Vurdere indikasjon for evt. EKG.
I tillegg hvilke blodprøver som bør følges opp: lipider, glukose, HbA1C, leverprøver, hvite med diff.

Link til legemiddelsok.no vurderes lite nyttig- her gis kun begrenset informasjon om de ulike antipsykotika.

Viser til følgende nettside fra Danmark laget av psykiatere og spesialister i klinisk psykofarmakologi med mer klinisk rettet veiledning ift valg av medikament og somatisk oppfølging.

Psykosebehandling | DSKP (psykofarmakologi.dk)

Anbefaling 1: Støtter denne anbefalingen, svaret er ja på a) og c), nei på b).
Angående b): Somatisk vurdering må individualiseres med hensyn på pasientens fysiske helse og det valgte preparatets virkning og bivirkningsprofil. Somatisk vurdering kanskje burde spesifiseres noe, f eks nevrologisk undersøkelse.

Vestre Viken

Det bør komme mer tydelig i retningslinjene at medikamentell behandling med antipsykotika er helt essensiell ved behandling av psykose. Istedenfor *Antipsykotika bør tilbys* foreslår vi at man endrer ordlyden til *Det bør anbefales medikamentell behandling med antipsykotika som en del behandlingen.* Det bør også fremgå viktigheten ved at man gir nødvendig informasjon om både fare for forverring og manglende tilfriskning/ og konsekvensene ved varighet av ubehandlet psykose på kort og lang sikt.
Ville lagt til to kommentarer, foreslår å tilføye: Antipsykotisk medisinering anses som en grunnpilar i behandlingen av pasienter med psykoselidelse.
På underpunkt 4: «For pasienter som ikke ønsker å bruke antipsykotika, kan lege etter samråd med pasienten vurdere muligheten for å vente med oppstart i noen dager til uker», foreslås også en tilføyelse: Legen bør informere pasienten om at det kan være fare for forverring av psykosesymptomer hvis man venter lenge før oppstart med antipsykotika.

Anbefaling 2: Støtter denne anbefalingen, svaret er ja på a) og c), nei på b).
Angående b): Anbefalt varighet av behandling bør angis, både for pasienter med førstegangspsykose og for pasienter med recidiverende psykotiske lidelser.
Støtter også endringen om at man ikke angir en tidsavgrenset periode slik det er gjennomført i utgaven fra i 2013 der (2 år etter første psykotisk episode og 5 år dersom flere) da dette har vært omdiskutert i fagfeltet og en individuell vurdering vil være mer hensiktsmessig. Støtter særlig formuleringen *effekt av behandlingen og mulige bivirkninger overvåkes regelmessig og journalføres.* Mener likevel det vil være en fordel at man skisserer minimum av somatisk oppfølging spesifikt oppgitt for eks. oppfølging av blodprøver, metabolske bivirkninger mm.

Anbefaling 3: **Støtter denne anbefalingen, svaret er ja på a) og c), nei på b).**
Angående b): Varighet av behandling til fire uker har ikke nødvendig støtte i vitenskapelige studier og kan være et viktig intermitterende supplement til antipsykotika ut over denne tidsperioden. Vi mener at bruk av benzo i maksimalt 4 uker kan være for kort tid for enkelte pasienter, men at det heller bør stå at behandlingen bør være i en tidsavgrenset periode med hyppig evaluering av behov og vurdering av en nedtrappings/seponeringsplan.
Det bemerkes også her at for enkelte pasienter med et regulert bruk av små doser benzo, så kan nedtrappingsplanen vare over noe lengre tid.

Støtter sterk anbefalingen om bruk av benzodiazepiner i en akutt fase ved sterk angst, uro og for å sikre søvn. Foreslår at det tilføyes at i de tilfellene man vurderer å avvente med oppstart antipsykotika grunnet for eks. uavklart tilstand kan benzo være til stor nytte for reduksjon av lidelsestrykk. Hos noen pasientgrupper for eks. ASF med kortvarig stressutløst psykose kan stressreduksjon med struktur og rutiner i hverdagen samt benzodiazepiner for å redusere angst og sikre søvn være tilstrekkelig og kan vurderes forsøkt i en initial fase. Støtter refleksjonene i gruppen om at det er lite hensiktsmessig og praktisk gjennomførbart at man lager plan for nedtrapping før oppstart eller avgrensning på bruk av benzo til maks 4 uker. I praksis er nedtrapping av benzodiazepiner etter en akutt psykotisk fase som regel uproblematisk. Man kan presisere at det bør gjøres en individuell vurdering om det er særskilte forhold som gjør bruk av benzo uheldig som for eks. stor potensiale for rusmisbruk hos enkelte.

Ville endret to punkter: På underpunkt 2 anses det ikke riktig å angi maksimalt 4 uker. Maksimalt 4 uker kan være for kort tid for enkelte pasienter, slik at det bør gis rom for individuelle vurderinger. Det bør heller skrives: bør behandlingen foregå i en tidsavgrenset periode, og dette bør vurderes individuelt hos den enkelte pasient, der det tilstrebes maksimal behandlingstid 4-6 uker.
Er ikke enig i formuleringen i underpunkt 4 «Ved oppstart av behandling med benzodiazepiner skal det lages en plan for varighet og oppfølgingen av legemiddelbehandlingen.» Dette er ikke realistisk og heller ikke alltid faglig ønskelig. Ofte vil slik behandling startes opp ved et kortvarig opphold på akuttavdeling, og det bør være den behandler som følger pasienten opp videre i forløpet som bør evaluere videre

behandling og ha ansvar for å lage nedtrappingsplan. Dette bør tilføyes: Det bør kommuniseres tydelig i epikriser ved utskrivning fra akuttavdeling og ved evt overføring fra annen døgnpost til videre behandler, at benzodiazepinbehandlingen fortløpende bør vurderes med plan om nedtrapping så snart som mulig.

Anbefaling 4: Støtter denne anbefalingen, svaret er ja på a), b) og c).

Med vennlig hilsen

Carsten Bjerke
Medisinskfaglig rådgiver
Klinikk psykisk helse og rus
Vestre Viken

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur