

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202100168

Dato: 18-08-2021

Høring av Nasjonale faglige råd for bruk av psykofarmaka hos barn og unge

Rådene skal leveres i Questback-format

De faglige rådene som helhet

I hvilken grad imøtekommer de faglige rådene tjenestens behov? Skala 1-5: 3

Er det konkrete tema som ikke er dekket og som bør inkluderes for å imøtekomme tjenestens behov i større grad?

Legeforeningen stiller spørsmål ved valget om å ha noen overordnede og generelle råd, og noen råd som er spesifikke for enkelte lidelser. De spesifikke rådene virker noe ulogisk organisert og tilfeldig utvalgt. Det er uheldig at det under noen av rådene som omhandler diagnoser kommer anbefalinger om konkrete medikamenter, og under andre råd nevnes ingen medikamenter. Veilederen bør legge seg på en linje der den enten gir konkrete anbefalinger eller ikke gjør det. Hvis den skal gi konkrete anbefalinger, er det viktig at disse oppdateres hyppig. Det kan være mer nyttig at de nasjonale rådene er mer overordnede, og at det heller henvises tydelig til kilder der man kan finne konkrete anbefalinger, f. eks. "Veileder i barne- og ungdomspsykiatri" fra Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (NBUPF), oppdaterte nasjonale veiledere for aktuell diagnose eller Koble (Kunnskapsbasert oppslagsverk om barns legemidler).

Andre korte kommentarer:

Behovet for en veileder er absolutt til stede, og Legeforeningen ønsker utarbeidelsen av nasjonale råd velkommen. De inneholder gode råd for struktur for behandling med psykofarmaka. Det er behov for et rammeverk for denne formen for behandling slik at den blir kvalitetssikret, forutsigbar og etterrettelig.

Gjentatte ganger i retningslinjene vises det til journalføringsplikten og det påpekes at "I eventuelle klagesaker eller ved tilsyn bør lege være forberedt på å begrunne sine valg". Vi mener dette er en unødvendig «trussel» om tilsyn i en retningslinje. All journalføring skal oppfylle lovkrav og ha til hensikt å bidra til best mulig kvalitet.

I hvilken grad bidrar veilederen til å redusere variasjon i hvordan behandling iverksettes og følges opp hos barn og unge? Skala 1-5: 3

Er det konkrete tema som ikke er dekket og som bør inkluderes for å redusere variasjon i behandlingen med psykofarmaka hos barn og unge i større grad?

Andre korte kommentarer:

De nasjonale rådene kan bidra til at barne- og ungdomspsykiatere får en likere praksis for vurdering, forskrivning og oppfølging. Dette er nyttig. Rådene som gis er imidlertid svært overordnede. Det er bra, da det gir rom for individuelle vurderinger, men kan samtidig gi rom for uønsket variasjon. I tillegg til denne veilederen er det behov for kontinuerlig oppdaterte oppslagsverktøy, som Koble (Kunnskapsbasert oppslagsverk om barns legemidler).

I hvilken grad er de faglige rådene brukervennlige for tjenesten? Skala 1-5: 3

Dokumentet er langt og unødvendig omfattende, spesielt på generelt nivå. Rådene er til tider lite konkrete og det er mange gjentakelser, f. eks. om brukermedvirkning, medbestemmelse, journalføring, informasjon etc. Dette oppleves unødvendig.

Dokumentet er på ca. 40 sider, mens til sammenligning er danske Sundhedsstyrelsens "Veiledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser» på kun 8-9 sider.

Dokumentets oppbygning og lengde kan være til hinder for implementering og praktisk bruk i klinikken. Vi oppfatter det slik at de generelle kapitlene er myntet på ikke-medisinsk-faglig personell og administratorer. Dette burde framgått tydelig i et forord eller en innledning (det står noe om målgrupper på side 40). Et alternativ hadde vært å dele dette i minst to dokumenter rettet mot forskjellige målgrupper. Der dokumentet er rettet mot klinikere med forskrivningsrett burde innholdet være kort og konsist. Det er ønskelig at informasjon rettet mot leger er lett tilgjengelig og helhetlig. Særlig fastleger har svært mange veiledere, retningslinjer og pakkeforløp å forholde seg til. Det kan godt lenkes til andre veiledere og retningslinjer, men det bør komme fram i teksten hva hovedpoenget i aktuell lenke er.

Det er utarbeidet en veileder i barne- og ungdomspsykiatri på vegne av Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening med referanser til forskningsstudier på de forskjellige områdene, [bup-med-innholdsfortegnelse-nt010719.pdf \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforening.no/bup-med-innholdsfortegnelse-nt010719.pdf). Denne veilederen er den mest brukte veilederen av LIS og overleger i BUP og omhandler også medikamentell behandling under de diagnosespesifikke kapitlene. Det vurderes påfallende at man ikke har brukt denne, men heller støtter seg til referanser med til dels svak grad av dokumentering og referanser til oppslagsverk som ikke omhandler behandling av barn og unge med psykiatriske diagnoser. I tillegg velger man å referere til veileder i pediatri.

Man har også referanse til en ikke-publisert studie som absolutt er interessant, men ikke bør brukes før den er publisert. Det er ikke alle linker eller referanser som fungerer, f. eks. link til "Ungsinn", eller til enkelte spørreskjema). Det vanligste sted for spørreskjema er [Helsebiblioteket.no](https://helsebiblioteket.no). Det er også andre upresisheter i dokumentet, f. eks. refereres det på s. 33 til "Lekemedesverket".

Generelt

Bør veilederen også omfatte 18-23 år? Hvilke justeringer bør i så fall gjøres i henhold til dette?

I og med at medikamentomtaler ofte opererer med 18 år som aldersgrense, er det naturlig å holde på denne grensen. Råd for psykofarmaka til unge voksne bør være egne råd og høre sammen med råd for behandling av voksne.

Hvilke(n) anbefaling(er) er de(n) viktigste for din instans å implementere i praksis og hvilke forbedringstiltak er aktuelle.

Vurdering av hvert råd

Kapittel 1: Barns rettigheter, samtykke og pasientmedvirkning.

Ved oppstart av legemiddelbehandling som krever særlig oppmerksomhet om potensielt alvorlige bivirkninger i oppstartsfasen, som for eksempel selvmordsrisiko og angst, bør det være avklart hvilke voksenpersoner i barnets/den unges daglige hverdag som følger med på symptomer og informasjonen bør ikke være vanskelig tilgjengelig for foresatte på grunn av taushetsplikten. Det er i de aller fleste ungdommers interesse at foreldre/foresatte er involvert og inkludert i helseinformasjonsutveksling.

Legeforeningen ønsker også å understreke at ungdom bør få fritak for egenandel til fylte 20 år. Dette er viktig for å motvirke ulikhet i helse og sørge for at alle ungdommer kan oppsøke og få helsehjelp når de har behov for det. Over 20 prosent av konsultasjonene hos norske fastleger handler om psykisk helse, men vi ser en drastisk nedgang i antall ungdommer som oppsøker lege for psykiske problemer fra det øyeblikket de fyller 16 år (50 prosent reduksjon). Andelen som oppsøker legen med akutte fysiske helseplager påvirkes ikke. Ungdom under 18 år som får psykoterapeutisk behandling kan fritas fra egenandel hos fastlegen, men denne unntaksordningen er dessverre lite kjent.

Råd: Lege i spesialisthelsetjenesten bør være den som vurderer og iverksetter behandling med psykofarmaka hos barn og unge.

Det oppfattes ikke godt nok presisert i dokumentet at selv om behandling innen BUP er et teamarbeid, så er legen alene ansvarlig for legemiddelbehandlingen og risikoen ved dette, f.eks. ved off-label bruk av legemidler. Dette er særdeles viktig siden en stor del (se referanser i dokumentet) av legemiddelbehandling til denne pasientgruppen faktisk er off-label behandling.

Diagnostisering av psykiske lidelser hos barn og unge er forbundet med en større grad av usikkerhet da barn og ungdom er i utvikling, og symptombildet endrer seg med utvikling og modning. Legeforeningen er derfor enig i at behandling med psykofarmaka til barn og unge i all hovedsak bør

være en spesialistoppgave. Hvis et barn har annen ikke-medikamentell behandling i BUP og samtidig medikamentell behandling, er det ønskelig at den medikamentelle behandlingen følges opp av lege i barne- og ungdomspsykiatri sånn at behandlingen blir så helhetlig som mulig. Hvis pasienten utskrives fra BUP med medikamentell behandling, skal god overgang til fastlegen sikres.

Legeforeningen ønsker å presisere at spesialister i allmenntilleggsmedisin også har mye kompetanse på behandling med psykofarmaka, og at samarbeid mellom behandlingsnivåene ved valg av behandling og forskrivning av medikamenter bør vektlegges. Fastlegen har ofte god og viktig kunnskap om pasienten, tidligere sykehistorie og om familien.

Råd: Som hovedregel er legemiddelfrie behandlingstiltak førstevalg ved behandling av psykiske lidelser hos barn og unge. Lege skal vurdere eventuell effekt av denne behandlingen før oppstart med psykofarmaka.

Dette er et godt råd som vil være nyttig for pasientene. Legeforeningen støtter fokuset på at medikamenter ikke er førstevalg, men at man skal prøve og dokumentere effekt av ikke-medikamentelle tiltak først.

Råd: Lege skal avgjøre indikasjon for behandling med psykofarmaka hos barn/unge med utgangspunkt i utredning og individuell vurdering av klinisk status og behov.

Dette er et godt råd.

Råd: Lege skal sikre at behandling med psykofarmaka hos barn/unge er del av et helhetlig behandlingsforløp og inngår i pasientens behandlingsplan.

Legeforeningen støtter rådet om en tydelig plan for igangsettelse og oppfølging av den medikamentelle behandlingen og at dette skal inngå som en del av pasientens behandlingsplan. Det er viktig å ha en plan for hvem som skal være delaktige i vurderingen av medisinsens effekt og bivirkninger (pasient, foreldre og evt. skole), og hvordan pasienten skal følges opp både i hyppighet, tentativ varighet og av hvem.

Avsnittet om behandlingsplan er veldig konkret og nyttig. Det bør presiseres at det er saksansvarlig i BUP som er ansvarlig for behandlingsplanen og lege er ansvarlig for at plan for medikamentell behandling inngår i denne behandlingsplanen.

Saksgangen i BUP er ofte slik at pasienter avsluttes og overføres til førstelinjen raskt. Dette er for noen pasienter ikke forenlig med god oppfølging av medikamentell behandling. Erfaring viser at noen barn som ikke tolererer medikamentell behandling, kan tåle det senere - etter modning og utvikling. Bivirkninger kan også variere på ulike tidspunkt i livet for det samme barnet. Det kunne vært gunstig hvis det i større grad var mulig for BUP å kunne beholde pasienter over tid for sporadiske kontroller - dette vil være nyttig særlig for de pasientene som har store endringer i symptombildet eller der det

er bivirkninger som bør følges opp. I slike tilfeller kan ansvar deles med lege i førstelinjen, men f.eks. ettårs- eller toårskontroll gjennomføres i spesialisthelsetjenesten.

Under overskriften «*Praktisk - slik kan anbefalingene følges*» står det at kontrolltimer bør vurderes. Det kunne bidra til klarere ansvarlinjer hvis retningslinjene ved noen behandlinger gir tydeligere anbefalinger for kontrolltimer i spesialisthelsetjenesten.

For de barna som har gjennomgått grundig utredning og diagnostisering og hvor det f. eks. er behov for individuell plan kan det gjerne gis enda tydeligere føringer for hvordan overføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten bør foregå.

Vi har stor tro på samarbeidsmøter hvor pasient/pårørende og lege kan møte spesialisthelsetjenesten, dette kan gjerne være digitale møter.

Råd: Behandlende lege skal regelmessig vurdere og eventuelt justere langvarig behandling med psykofarmaka i henhold til pasientens alder og kliniske status.

Det praktiske rådet er i hovedsak godt og oversiktlig.

Det anbefales bruk av spørreskjema for kartlegging av symptomer, effekt og bivirkninger, og bruk av tilbakemeldingsverktøy. Det er i rådene utstrakt bruk av lenker, det kan gjerne også lenkes til aktuelle skjema på helsebiblioteket.no.

Vi savner noe oppmerksomhet på somatisk helse ved behandling med psykofarmaka. Vekt og høyde bør for de fleste medikamenter følges nøye, blodtrykk og puls registreres der det kan være hjertepåvirkning. Det er også viktig å være aktiv i vurdering av differensialdiagnoser eller komorbiditet.

Det er viktig også å ha fokus på hyppigheten i oppfølgingen. I tillegg til å dokumentere effekt og bivirkninger fra pasient og foresatte bør også informasjon fra skole innhentes, så som ved behandlinger av ADHD.

Under punktet “bruk av serumkonsentrasjon” bør det nevnes at dette også er relevant ved betydelige bivirkninger, og at man bør vurdere farmakogenetikk for å sikre at videre behandling blir så optimal og tilpasset som mulig.

Råd: Lege i spesialisthelsetjenesten skal fastsette plan for overføring av barn/unge som behandles med psykofarmaka til andre tjenester eller tjenestenivåer.

Legeforeningen mener at medikamentell behandling med psykofarmaka til barn i hovedsak bør foregå i spesialisthelsetjenesten. Når pasienten avsluttes eller det av særlige grunner er mer hensiktsmessig at pasienten følges opp av fastlegen, bør overføringen av informasjon være god, konkret og man må sikre en felles forståelse av videre oppfølging. Rådet anbefaler at det bør

tilrettelegges for et overføringsmøte ved overgang og at pasient bør delta. Her må selvsagt foresatte og andre aktuelle samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten involveres. Det må generelt utarbeides gode system for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegen.

Råd: Lege i spesialisthelsetjenesten skal vurdere om forventet nytte oppveier risiko ut fra indikasjon og alvorlighetsgrad av tilstanden ved ordinering av psykofarmaka til barn/unge med alvorlige symptomer på depressive-, angst- og tvangslidelser (OCD).

Ad "Behandling med antidepressiva": Det ønskelig at man her henviser til spesifikk nasjonal veileder eller f.eks. veilederen i barne- og ungdomspsykiatri (NBUPF) når det gjelder forskrivningspraksis, da råd om valg av psykofarmaka kan endre seg. Man kan med dette rådet gi rammer og generell prosedyre for medikamentell behandling av disse diagnosene. Rådene under OPPSTART/OPPFØLGING og SEPONERING bør være mer detaljerte, hvor også somatisk status inngår. Noen konkrete kommentarer til ordvalg:

- *"Er sjelden indisert, men kan ha følgende indikasjoner"*: Denne setningen er uheldig, bør omskrives til "Er sjelden indisert, men kan vurderes av lege dersom:".
- *"Barn/unge med moderat til alvorlig depresjon som ikke er blitt bedre etter 4-6 sesjoner med for eksempel psykoterapi"*: Det oppgis 4-6 sesjoner, det er bedre å presisere tid – det vanligste er å vente 3 mnd. for å gi psykoterapi mulighet til å gi bedring. Hva menes med *for eksempel* psykoterapi? Bedre å skrive "ikke-medikamentell behandling" el. l.

Råd: Lege i spesialisthelsetjenesten skal gjøre en vurdering av forventet effekt og bivirkninger på kort og lang sikt før ordinering av psykofarmaka til barn/unge med psykoselidelser, Tourettes syndrom og bipolare lidelser.

Vi stiller spørsmål ved hvorfor Tourettes syndrom er med i gruppen med psykose og bipolar lidelse? Dette er en svært unaturlig klassifisering. Vanligvis er Tourettes klassifisert med de andre nevropsykiatriske lidelsene.

Dersom veilederen skal gi anbefalinger om medikamentvalg: Det mangler her omtale av stemningsstabiliserende medisin i behandling av bipolar lidelse, og henvisning til nasjonal faglig retningslinje for bipolare lidelser. Dette rådet er ikke helhetlig og bør ha flere underpunkter.

Vi anbefaler at man holder seg til "malignt nevroleptika-syndrom" og ikke bruker "malignt antipsykotikas syndrom".

Råd: Lege i spesialisthelsetjenesten bør vurdere ordinering av legemidler hos barn/unge med ADHD som etter psykologiske, pedagogiske og sosiale tiltak fremdeles har uttalt funksjonshemming i skole, hjem og fritid.

Vedr. oppstart: Legeforeningen mener at det ikke bør være et kriterium å starte med medisiner raskt fordi det har tatt lang tid med henvisning og utredning. Forøvrig støttes de beskrevne kriterier for oppstart med medisiner.

Vedr. oppfølging: Informasjon om effekt og bivirkninger bør hentes inn fra pasient, foresatte og skole. Diagnoser i barne- og ungdomspsykiatrien er ferskvare, i tillegg vokser og utvikler barn seg både fysisk og psykisk. Det gjør at det ofte er fornuftig å gjøre seponeringsforsøk, både for å se om medikamentet fungerer som tiltenkt og for å vurdere om barnets/ungdommens symptomer har endret seg. Å kjenne egne symptomer og fungering er svært viktig for barn og ungdoms sykdomsinnsikt og egen forståelse av hvordan de kan hjelpe seg selv best mulig.

Vedr. kompetanse: Det er nok sjelden at spesialister i nevrologi og rus- og avhengighetsmedisin er involvert i oppstart av forskrivning med sentralstimulerende midler til barn, slik som beskrevet i rådet.

Råd: Ved søvnlidelser hos barn og unge skal lege forsøke søvnhygienetiltak før ordinerings av legemidler og velge legemiddel ut fra diagnostisert søvnlidelse.

Legeforeningen er enig i at søvnhygieniske tiltak skal være forsøkt før ordinerings av legemidler. Søvnhygieniske tiltak kan gis og følges opp av andre enn lege. Søvnforstyrrelser gir mange symptomer som kan forstyrre utredninger for andre lidelser. Alle som utreder og behandler ved BUP skal kunne både diagnostisere og behandle søvnlidelser.

Vi ønsker også å påpeke at det ofte skiller mellom generelle søvnhygieniske tiltak og mer målrettet ikke-medikamentell søvnbehandling, som kognitiv atferdsterapi (KAT). Dette kunne med fordel presiseres noe bedre i rådene, og man kunne brukt formuleringen "ikke-medikamentelle behandlingstiltak" el. l.

Vi foreslår dermed følgende omformulering: "Ikke-medikamentelle søvnbehandlingstiltak skal ha vært forsøkt og effekten evaluert før vurdering for medikamentell behandling av søvnlidelse".

Med hilsen
Den norske legeförening

Geir Riise
Generalsekretær

Kari-Jussie Lønning
Fagdirektør/lege

Miriam Sandvik
Spesialrådgiver / lege



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**