

# Psykofarmakaepidemien kan bekæmpes

Hvis vi skal det voldsomme overforbrug af antidepressiva til livs, er der behov for en holdningsændring hos de praktiserende læger. De skal indse, at medicinens bivirkninger ofte er værre end den lidelse, de skal behandle, ligesom de skal undervises i, hvordan man hjælper patienterne fri af medicinen



Erik Pontoppidan

3. april 2017

Af [Birgit Toft](#) og [Peter C. Gøtzsche](#)

For tiden er antidepressiva igen i vælten for deres manglende effekt, belastende bivirkninger og det unødigt høje forbrug af dem. Der er også fokus på antipsykotisk medicin, som også anvendes alt for meget, i alt for høje doser og i alt for lang tid.

Fra 1997 til 2011 steg forbruget af psykofarmaka med næsten 50 procent, målt som dagsdoser pr. patient. Siden er det faldet, men forbruget er fortsat højt, når man tager tvivlsomme effekter og alvorlige skadevirkninger i betragtning.

Det er på tide, at Sundhedsstyrelsen kommer med tiltag, der kan nedsætte forbruget markant. Her kunne man passende lære af tidligere succesfulde indsatser mod overforbrug af sove-nervemedicin, som blev gennemført år tilbage. Faktisk er konceptet lige til at kopiere. Og det virker.

### **Fremmøde ved receptfornyelse**

I Medicinenheden i det tidligere Ringkøbing Amt og Region Midtjylland iværksatte den ene af os (af kronikkens to forfattere, *red.*) fra 2005 en kraftig indsats mod overforbrug af sove-nerve-medicin over for de praktiserende læger. Erkendelsen var, at henstillinger og vejledninger ikke virkede, og derfor blev indsatsen rettet mod lægens holdning og fornyelse af recepter.

I løbet af perioden 2004-2008 faldt forbruget med 27 procent. Modellen blev gjort landsdækkende i 2008, og efter et par år var forbruget over hele landet faldet betragteligt. De fleste, der blev trappet ud, fik ikke anden medicin i stedet.

Det, der virkede, var lægens engagement og holdningsskift; ny viden hos læger og sekretærer og samarbejde blandt de praktiserende læger og internt i klinikkerne. Desuden var det helt centralt, at patienterne skulle møde personligt i klinikken, hvis recepten skulle fornys, og at lægerne blev holdt til ilden af kvalitetskonsulenter i regionen.

De praktiserende læger udskriver omkring 90 procent af al psykofarmaka. Langt de fleste recepter fornys ved telefonhenvendelse til sekretæren eller over internettet. Sekretæren har beføjelse til at forberede en receptfornyelse, som lægen så skal godkende ved et tryk på en knap på computeren.

Tilmeld

Praksis i de enkelte klinikker er meget forskellig, men den automatiske fornyelse af recepter er en af årsagerne til, at behandlingerne fortsætter alt for længe. Lægens opmærksomhed er ikke stor nok, når patienten ikke møder op i klinikken. Jo længere en behandling varer, des sværere bliver det at holde op igen.

Erfaringerne med sove-nerve-medicinen viser, at vi også burde stille krav om personligt fremmøde for andre psykofarmaka, og der må skabes

holdningsændringer, så udtrapning bliver mindst lige så vigtigt som at påbegynde behandling med psykofarmaka, ikke mindst for at reducere risikoen for, at patienterne bliver unødigt medicineret og i værste fald udvikler kroniske hjerneskader.

## **Fra modstand til velvilje**

I Ringkøbing Amt blev læger og sekretærer undervist, der blev udarbejdet pjecer til læger, sekretærer og patienter, og den lokale ugepresse informerede borgerne om, at de kunne forvente at skulle møde op hos lægen, næste gang de ringede til klinikken for at få en recept.

Undervisningen gik på sove-nerve-medicinens bivirkninger, ikke mindst de abstinenssymptomer, som er grunden til, at det er så svært at stoppe med medicinen. Sundhedsstyrelsens vejledning om god ordinationspraksis blev genopfrisket, og lægerne blev opfordret til at begynde med de nemmeste patienter først og derved få gode erfaringer med, at det kan lade sig gøre at udtrappe medicinen.

Mange læger var skeptiske. De havde imidlertid ikke prøvet den langsomme nedtrapning, som vi introducerede, men havde trappet ud over få dage eller bare givet patienterne en kold tyrker. Gør man det, opstår abstinenser, der beskrives af patienterne som at være trådt ind i helvedes forgård.

Man ryster, er urolig og svimmel, føler, at man får elektriske stød gennem hovedet, har influenzalignende symptomer, kvalme og opkastninger mm. Hvis udtrapning skal lykkes, må den foregå over meget lang tid for at undgå eller mindske abstinenser og for at genoprette de skader, som medicinen har bevirket.

Trods modviljen endte mange læger med at undskylde over for deres patienter, at de havde medvirket til, at patienterne var havnet i et uhensigtsmæssigt forbrug. Forbrugsstatistikkerne blev i begyndelsen oplevet som en trussel, men når de enkelte patienters ordinationer blev gennemgået, var det en øjenåbner. Til sidst efterspurgte lægerne selv tallene, for at se om deres indsats havde virket.

## **Ukritisk forbrug**

Succesen var kortvarig. Desværre slog de nyere antidepressive midler igennem under den uheldige betegnelse 'lykkepiller'. De blev solgt som ufarlige og ikkevanedannende, selv om begge dele er forkert. Det har medført, at man nu bruger antidepressiva til de samme problemer, man før brugte sove-nerve-medicin

til, inklusive angst. Øgningen af forbruget skyldes ikke nogen reel stigning i behovet for behandling, men hovedsageligt firmaernes markedsføring og kliniske afprøvninger, som er meget misvisende.

Antidepressiva ordineres ukritisk til alt muligt, som de ikke virker på og ikke er godkendt til, og selv ved depression er det tvivlsomt, om de har nogen reel effekt. Der er nogenlunde lige så mange patienter, der bliver afhængige af dem, som af sove-nerve-medicinen, og abstinenssymptomerne kan være så voldsomme, at en udtrapning må opgives.

Der er ingen tvivl om, at hvis vi nedsatte forbruget af psykofarmaka drastisk, ville vi få en raskere befolkning, som ville leve længere.

### **Blandingsoverforbrug**

Alt for mange får flere psykofarmaka samtidig. Det skyldes flere ting: Præparaterne virker ret dårligt, hvis de overhovedet virker, og derfor får patienterne ofte flere stoffer efter hinanden eller dosis øges, hvilket sjældent hjælper, men altid øger risikoen for alvorlige bivirkninger. Desuden ligner bivirkningerne ofte de symptomer, patienterne opsøger lægen med.

Derfor mistolkes bivirkninger som tegn på forværring af lidelsen eller på en ny psykiatrisk lidelse. Man giver så patienten flere diagnoser og flere præparater og gør ondt værre i stedet for at trappe patienten ud af den første behandling.

For at en udtrapning skal lykkes, skal patienten selv ville det. Det kan være smertefuldt at stå igennem. Man skal ikke være alene med alle de nye og ukendte abstinenssymptomer, som kan være endnu værre end de symptomer, der førte til behandlingen. Man skal hjælpes af pårørende og gode venner, og helst også af en god terapeut.

Adskillige psykologer og andre tilbyder hjælp til udtrapning. Der burde også være mulighed for indlæggelse på hospital, men holdningen i Sundhedsstyrelsen er, at et overforbrug eller misbrug, der er begyndt i almen praksis, også skal håndteres dér.

Så pilen peger altså ikke overraskende på almen praksis, hvor hovedparten af ordinationerne sker. Det kræver en holdningsændring ligesom dengang vi gik til kamp mod overforbruget af sove-nerve-medicinen.

Vi skal indse, at man i almindelighed ikke skal behandles med kemikalier, men med medfølelse og empatiske samtaler med lægen. Eller med psykoterapeuten, psykologen og andre, naboer eller familie, der har en medmenneskelig indstilling.

Birgit Toft er farmaceut, ph.d., tidligere medicinkonsulent i Region Midtjylland. Peter C. Gøtzsche er professor, dr.med.