



Udskældt eller rationelt?

Beroligende lægemidler til angst- og urosymptomer hos voksne & melatonin til børn og unge

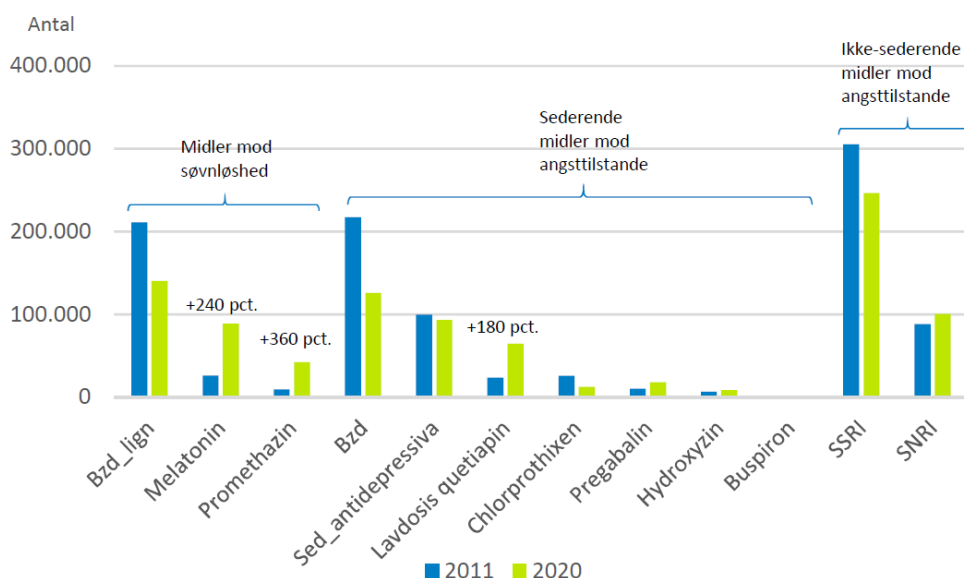


Opsummering af IRF's Stormøde 2023

Introduktion

IRF's Stormøde 2023 satte fokus på rationel brug af beroligende lægemidler til voksne med nyopstået angst- og urosymptomer, samt rationel brug af melatonin til børn og unge med søvnforstyrrelser. Brugen af de pågældende lægemidler til de respektive patientgrupper er omdiskuteret og der har manglet konsensus omkring rationel brug, som ikke nødvendigvis betyder intet forbrug overhovedet.

Især brugen af benzodiazepiner til voksne med nyopstået angst- og urosymptomer har gennem længere tid været udskældt, med skarpt fokus på hurtig aftrapning og seponering. Forbrugsmønstret, vist på **Figur 1**, viser et betydeligt fald i brugen af benzodiazepiner fra 2011 til 2020. Samtidig ses en stigning i brugen af lav-dosis quetiapin (antipsykotikum der ved lavdosis brug har angstdæmpende og beroligende effekt¹), der kan være et udtryk for, at denne patientgruppe ikke altid kan lindres uden brug af lægemidler.

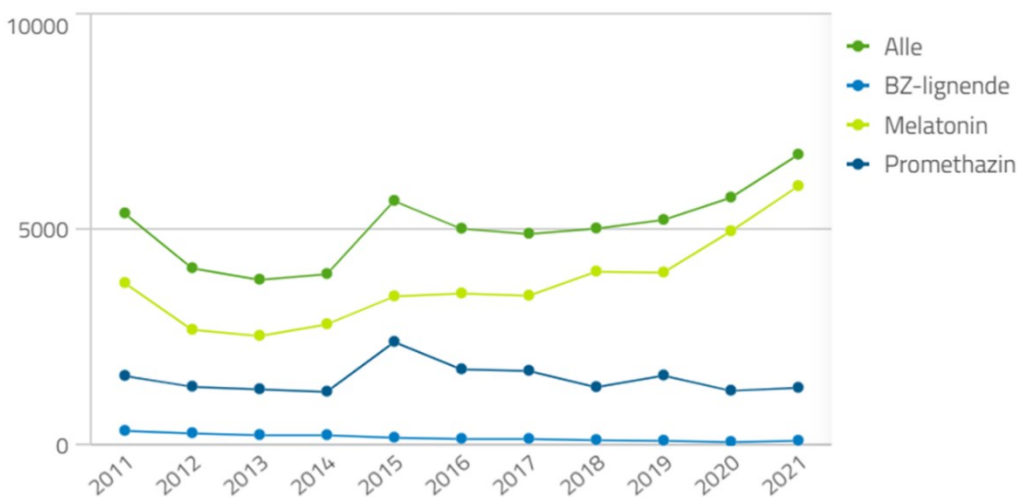


Figur 1: Udvikling i antal brugere af lægemidler mod søvnløshed og angsttilstande, fordelt på lægemiddelgruppe, 2011 og 2020.

Kilde: Indblik 30. august 2021 - Sundhedsdatastyrelsen

Voksne med nyopstået angst- og urosymptomer fylder en betydelig del af de alment praktiserende lægers hverdag, uden at der findes et reelt tal på antal af henvendelser². Både symptomer og årsag er præget af stor diversitet, ligesom patienterne selv. For at give de rette personer den rette behandling og på det rette tidspunkt, har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med en specialistgruppe udarbejdet en national klinisk anbefaling (NKA) for netop behandling i almen praksis af voksne med nyopstået angst- og urosymptomer³. Denne NKA har blandt andet været udgangspunkt for temaet for årets Stormøde.

Brug af melatonin til børn og unge med søvnforstyrrelser var også på dagsordenen på Stormødet 2023. I efteråret 2022 udgav Sundhedsstyrelsen *National klinisk anbefaling for Behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge*⁴, da brug af melatonin til børn og unge med søvnforstyrrelser er steget igennem de seneste år. Forbruget af lægemidler til børn og unge med søvnforstyrrelser er vist på **Figur 2**.

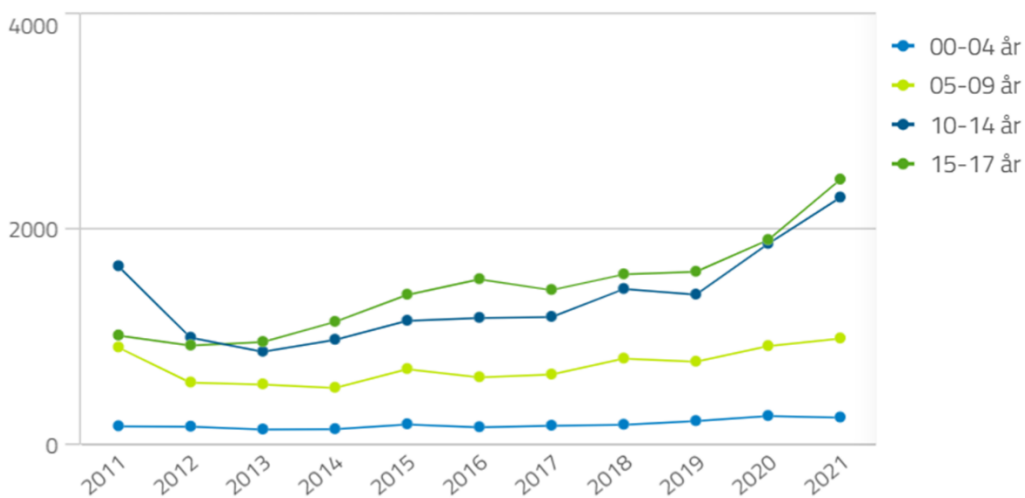


Figur 2: Antal nye brugere fordelt på type af sovemedicin.

Hele Danmark, piger og drenge, alder 0-17 år.

Kilde: eSundhed.dk

Figur 2 viser en stor stigning i brugen af melatonin, og **Figur 3** viser at stigningen er størst hos børn fra 10-årsalderen og ældre. Brugen af melatonin til børn og unge uden anden sygdom er off-label, og langtidseffekter af brugen er ukendt. Selvom melatonin i Danmark er receptpligtigt, er det ikke svært at skaffe lægemidlet fra f.eks. udenlandske hjemmesider. Derfor er det vigtigt at informere forældre og unge om rationel brug af melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge.



Figur 3: Antal nye brugere af melatonin fordelt på aldersgruppe.

Hele Danmark, piger og drenge.

Kilde: eSundhed.dk

Formålet med Stormødet 2023 var at samle alle interessenter for at informere om viden og praksis vedrørende af voksne med nyopstået angst- og urosymptomer og/eller børn og unge med søvnforstyrrelser med udgangspunkt i de to NKA'er; [Guideline National klinisk anbefaling for brug af beroligende lægemidler til kortvarig symptomlindring af nyopståede angst- og urosymptomer hos voksne \(sst.dk\)](#) & [Guideline Nationale kliniske anbefalinger for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge \(sst.dk\)](#). Stormødet var i år en heldagskonference med kursuslignende aktivitet. Der var fem oplæg om formiddagen med mulighed for spørgsmål til oplægsholderne i en samlet afsluttende spørgerunde. Eftermiddagen bestod af to (ud af fire) selvvalgte undervisningssessioner, samt et afsluttende oplæg om eksistentielle behov hos danske patienter. Oplægget om eksistentielle behov var baseret på den videnskabelig artikel af Stripp et al., *Spiritual needs in Denmark: a population-based cross-sectional survey linked to Danish national registers*⁵.



På de følgende sider opsummeres hovedbudskaberne fra dagens aktiviteter.

Hovedbudskaber fra formiddagens oplægsholdere

Formiddagen bestod af fem oplæg, hvoraf de tre første omhandlede søvn og de to sidste handlede om behandling af nyopstået angst- og urosymptomer i almen praksis.

Oplægsholderne var blevet opfordret til at vinkle deres ekspertviden til at imødekomme alment praktiserende læger som primær målgruppe. Indhold af oplæggene var bestemt af oplægsholderne og afspejler derfor ikke nødvendigvis Sundhedsstyrelsens holdninger. Nedenstående er en opsummering af oplægsholderernes budskaber.

Søvnens fysiologi – diagnostisk og behandling af søvnforstyrrelser

Poul Jørgen Jennum, dr.med., speciallæge i neurologi, overlæge, Dansk Center for Søvn sygdomme, RH, klinisk professor KU

- 1) Tilstrækkelig søvn er vitalt for mentalt og fysisk helbred. Forstyrret søvn, f.eks. i form af for kort søvn eller tilstande der påvirker den normale søvnregulering, har en negativ indflydelse på helbred.
- 2) Søvnens struktur og indhold ændrer sig med alderen. Det er derfor normalt at man sover mere overfladisk, har flere opvågninger med stigende alder, men derfor stiger klager over søvnforstyrrelser (insomni) og andre søvnforstyrrelser med stigende alder.
- 3) Isoleret insomni (søvnbesvær) uden anden komorbiditet er sjældent forbundet med alvorlige konsekvenser. Behandling kan oftest varetages ved søvnråd og kognitive strategier før sovemiddelbehandling.

For lidt søvn, og hvad så?

Nikolaj Kjær Høier, stud.med., Danish Research Institute for Suicide Prevention

- 1) Personer med søvn sygdomme har højere risiko for at dø ved selvmord, som potentielt set skyldes udviklingen af psykiatrisk komorbiditet.
- 2) Personer i behandling med præparater mod søvn sygdom, som melatonin og benzodiazepiner, har højere risiko for selvmordsforsøg og død ved selvmord. Dette skyldes dog ikke brugen af lægemidlerne, men viser nok snarere en risikogruppe, der ikke altid modtager tilstrækkelig hjælp.
- 3) Søvn er et oplagt interventionsområde når det gælder forbedring af psykiatiske problemer og selvmordsrisiko, da besværet søvn ofte forværrer psykiske udfordringer.

Børn & unge, søvn og melatonin

Charlotte Reinhardt Pedersen, ph.d., speciallæge i pædiatri, overlæge, Neuropædiatrisk Afdeling, Epilepsihospitalet.

- 1) Vejledning omkring søvnhygiejne, efter grundig gennemgang af sygdomshistorik, inklusive søvndagbog, er førstevalgsbehandling af søvnløshed hos børn og unge.
- 2) Hvor søvnhygiejne er utilstrækkeligt, er behandling med melatonin godkendt til behandling af søvnløshed hos børn og unge 2-18 år med autismspektrum-forstyrrelse og/eller Smith-Magenis syndrom, samt børn og unge 6-17 år med ADHD.
- 3) Off-label ordination af melatonin til børn og unge kræver særlig omhu og opmærksomhed.
- 4) Søvnløshed hos børn og unge påvirker først og fremmest barnet/den unge, men kan påvirke hele familien.

Brug af beroligende medicin til angst- og urosymptomer – evidens og anbefalinger

Klaus Munkholm, dr.med., speciallæge i psykiatri, overlæge, Psykiatrisk Center København.

- 1) Behandling af angst- og uro-symptomer er i udgangspunktet nonfarmakologisk.
- 2) Hvor der er behov for farmakologisk behandling foretrækkes oxazepam, pregabalin eller lavdosis quetiapin frem for øvrige lægemidler.
- 3) Behandlingen bør som udgangspunkt ikke fortsætte ud over 4 uger og der bør foretages løbende vurdering af effekt af den valgte behandling.

Beroligende medicin i almen praksis, narrativ tilgang

Tove Kristjansen, speciallæge i almen medicin, vikarierer i Lægehuset Bondovej, Odense.

- 1) I almen praksis ses og behandles patienter med alle aspekter af angst og uro.
- 2) Muligheden for nonfarmakologisk behandling forbedres betragteligt ved et ressourcestærkt netværk.
- 3) Ikke al angst og uro kan klares med nonfarmakologisk behandling med de rammer, der findes for den enkelte patient og i sundhedsvæsenet. NKA, [Guideline National klinisk anbefaling for brug af beroligende lægemidler til kortvarig symptomlindring af nyopståede angst- og urosymptomer hos voksne \(sst.dk\)](#), er i den situation et støtteredskab for lægen.

Eftermiddagsundervisning

Eftermiddagens undervisning var planlagt af underviserne selv, både hvad angår struktur og indhold, dog skulle indhold være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Sessionerne blev afrundet i plenum, hvor underviserne fortalte de vigtigste budskaber eller snakke fra deres respektive sessioner.

Nedenstående afsnit om hver enkelt session præsenterer budskaber fra underviserne og repræsenterer ikke nødvendigvis enighed blandt sessions deltagere.

Session 1:

”Doktor, kan jeg ikke bare få en sovepille?” Motivation for non-farmakologisk behandling af søvnproblemer.

Klaus Martiny, ph.d., dr.med., speciallæge i psykiatri, Psykiatrisk Center København, klinisk professor KU & Mette Kragh, ph.d., klinisk sygeplejespecialist, Afdeling for Depression og Angst, AUH Psykiatrien.

- 1) Døgnrytmen er vigtig, da den regulerer vores søvn.
- 2) Døgnrytme styres primært af (dags)lys og mørke, men også af social kontakt, motion, måltider og årstidernes skifte (også kaldet zeitgebers).
- 3) Vi er i stand til at skifte/påvirke døgnrytmen gennem disse zeitgebers/daglig-dagssignaler til vores indre ur.
- 4) Genetisk døgnrytme varierer en del mellem personer og derfor har nogle personer mere brug for struktur og signaler til det indre ur.

Hvordan hjælper vi patienten?

- 1) Fokus på at time alle de signaler der har god effekt på døgnrytmeregulering og søvn.
- 2) Man kan godt lave alle ændringer fra den ene dag til den anden, men man skal være tålmodig med virkningen. For nogen kan det være nemmere at håndtere med en gradvis ændring.
- 3) Tv-skærm er bedre end telefon pga. afstanden men forsøg at undgå skærmbrug i timen inden man sover.
- 4) Lys er ikke bare lys – det skal være det rigtige lys på det rigtige tidspunkt. Særligt udendørslys og de aktiviteter man udfører i løbet af dagen er vigtige for døgnrytmeregulering og dermed for vores søvn.

Psykiatriens Hus Århus tilbyder søvnforløb til psykiatriske patienter, som har insomni, hypersomni eller døgnrytmeforstyrrelser. Søvnproblemer ses hos 50-90% af psykiatriske patienter. Se venligst **Bilag 1** for en detaljeret beskrivelse af et søvnforløb.

Session 2:

Akut non-farmakologisk og/eller farmakologisk behandling af nyopståede krisesituationer.

Poul Videbech, dr.med., speciallæge i psykiatri, overlæge, Center for Neuropsykiatrisk Depressionsforskning, Psykiatrisk Center Glostrup, klinisk professor KU.

En person i en nyopstået krisesituation har sjældent brug for farmakologisk behandling eller debriefing, men har brug for:

- 1) Et tæppe
- 2) En kop kaffe
- 3) En mobiltelefon
- 4) Mulighed for at henvende sig senere.

Det vil sige, at personen har brug for almen menneskelig omsorg – og en der lytter (hvis personen ønsker det).

For at forebygge at der senere opstår PTSD, er det sandsynligvis vigtigt at sikre nattesøvnen. Ligesom det er vigtigt at sørge for, at patienter der er angste og præget af forøget alarmberedskab (uro, høj puls og højt blodtryk) falder til ro. Disse patienter kan derfor have behov for kortvarig behandling med benzodiazepin, hvor lægemidlet oxazepam er førstevalg.

Session 3:

Søvnproblemer hos børn og unge.

Lasse Langhoff, speciallæge i børne- & ungdomspsykiatri, Psykiatrisk Center København, klinisk lektor KU.

- 1) Søvnforstyrrelser er et meget almindeligt fænomen hos børn og unge med psykiske lidelser.
- 2) Søvnforstyrrelser kan ses enten som en del af den psykiske lidelse, eller som følgetilstand til den, hvorfor viden om årsagssammenhæng er vigtig for at tilbyde den rette hjælp.
- 3) Pædagogiske og strukturelle indsatser er vigtige, når det omhandler børn og unge med søvnforstyrrelser.



Session 4:**"Hvorfor drikker Jeppe?" Akutte angst- og urosymptomer hos voksne i almen praksis.**

Tove Kristjansen, speciallæge i almen medicin, vikarierer i Lægehuset Bondovej, Odense.

- 1) Akut angst og uro er ikke en sygdom, men en forbigående tilstand. Det er derfor begrænset, hvad der kan accepteres af bivirkninger til en eventuel lægemiddelbehandling.
- 2) Nonfarmakologisk behandling er den primære behandling. Der er dog ikke altid nok tid til at afvente en effekt af den nonfarmakologiske behandling, og oftest er der heller ikke tid og ressourcer nok i praksis og omkring patienten til at tilbyde udelukkende og tilstrækkelig nonfarmakologisk behandling.
- 3) Ikke alle med akut angst vil have tilstrækkeligt udbytte af nonfarmakologisk behandling. Selvmedicinering med bl.a. alkohol er udbredt.
- 4) Den nationale kliniske anbefaling er et støtteredskab, hvor den største hjælp måske er fokus på, at få aftalt opfølgning og begrænse længden af farmakologisk behandling.
- 5) Varer tilstanden ved, skal den og den aktuelle behandling revurderes.



Hovedbudskaber fra eftermiddagsoplæg

Dagens sidste oplæg havde til formål at være en holistisk afslutning på en dag, hvor der blev fokuseret på konkrete behandlingsformer af de komplekse problemstillinger, som dagens temaer var.

I dette oplæg var ordet frit og budskaberne afspejler derfor ikke nødvendigvis Sundhedsstyrelsens holdninger. Nedenstående opsummering afspejler oplægsholderens budskaber.

Livskriser og åndelig omsorg

Niels Christian Hvidt, ThD, professor i eksistentiel og åndelig omsorg, SDU.

Oplægget satte fokus på, at alle patienter er unikke, formet af livsanskuelse, erfaringer og personlighed, hvorfor håndtering af livskriser, herunder sygdom og sygdomsbehandling, er forskellig fra patient til patient. Bør der fokuseres mere på det eksistentielle i sygdomsbehandling i dagens Danmark? Og kan det give bedre effekt af behandling?

- 1) Forbindelsen mellem spiritualitet og helbred er urgammel og har præget vores sundhedsvæsen og almen praksis mere, end de fleste er klar over.
- 2) Velintegreret spiritualitet er forbundet med positiv påvirkning af helbred.
- 3) Alvorlig sygdom er en eksistentiel og åndelig begivenhed og medfører derfor eksistentielle og åndelige behov.
- 4) Opmærksomhed på eksistentielle og åndelige behov i almen praksis kan forbedre patienters og pårørendes liv med sygdom og død.

Afrunding

Stormødet 2023 satte fokus på to komplekse patientgrupper som ses og behandles i almen praksis; voksne med nyopstået angst- og urosymptomer, og børn og unge med søvnforstyrrelser. Budskabet på tværs af de to patientgrupper var, at nonfarmakologisk behandling altid skal være udgangspunktet. Hvis behandling med lægemidler opstartes, skal behandlingen være så kortvarig som muligt, med tæt monitorering af effekt og bivirkninger. Sundhedsstyrelsen anbefaler alle faggrupper med berøring af disse patientgrupper, at orientere sig og finde vejledning og støtte i de to NKA'er på områderne;

[Guideline National klinisk anbefaling for brug af beroligende lægemidler til kortvarig symptomlindring af nyopståede angst- og urosymptomer hos voksne \(sst.dk\)](#)

samt

[Guideline Nationale kliniske anbefalinger for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge \(sst.dk\).](#)



Tak for en god og lærerig dag.

Indsatser for Rationel Farmakoterapi

Sundhedsstyrelsen

Bilag 1

Patienten skal være motiveret for at ændre eventuelle uhensigtsmæssige søvnvaner for at få det optimale ud af forløbet. Der skal være insomni over en længere periode (3 mdr.). Tilstanden må ikke udelukkende kunne forklares ved udefrakommende faktorer. F.eks. ikke nybagte forældre, eksamensperioder, ubehandlet fysisk sygdom eller lign.

Søvnforløbet:

1. Samtale: anamnese, assessment og søvndagbog
 - a. Mål, plan og adfærdsrettende metoder:
 - i. Søvn-restriktion (tid i sengen begrænses til den faktiske søvntid) = formål at skabe et søvnpres. Den mest effektive metode til at behandle indsovningsbesvær.
 - ii. Stimulus kontrol metode (sammenhæng mellem seng og søvnløshed aflæres)
 - iii. Plan for bedre søvn = kontrakt
 - iv. Wind-down og opkvikkende aktiviteter
 - v. Fremrykning af døgnrytmen
2. Samtale: psykoedukation om søvn og døgnrytme
3. Samtale: kognitive metoder
 - a. Tankefælder: urealistisk opfattelse af søvn, fejlforklaringer, selektiv hukommelse, katastrofetanker, enten/eller-sort/hvid tankegang.
 - b. Afsæt bekymringstid, i god tid inden hovedet rammer hovedpuden.
 - c. Aftenterapi - skriv tre gode ting ned.
4. Samtale: afspænding
 - a. Øvelser, hold slip afspænding, visualisering, mindfulness/motivation
5. Samtale: opfølgning på mål og forebyggelsesplan

Der **skal** være den rigtige motivation og timing før et søvnforløb lykkes. 25% gennemfører ikke eller opstarter ikke forløbet. Nogle falder tilbage i gamle vaner efter forløbet, og der tilbydes derfor brush-up samtaler.

Referencer:

- ¹ [Use of antipsychotics in Denmark 1997–2018: a nation-wide drug utilisation study with focus on off-label use and associated diagnoses | Epidemiology and Psychiatric Sciences | Cambridge Core](#)
- ² [Beroligende lægemidler til kortvarig symptomlindring af nyopståede angst- og urosymptomer hos voksne i almen praksis - Artikel fra Månedssbladet Rationel Farmakoterapi 3, 2023 - Sundhedsstyrelsen](#)
- ³ [Guideline National klinisk anbefaling for brug af beroligende lægemidler til kortvarig symptomlindring af nyopståede angst- og urosymptomer hos voksne \(sst.dk\)](#)
- ⁴ [Guideline Nationale kliniske anbefalinger for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge \(sst.dk\)](#)
- ⁵ [Spiritual needs in Denmark: a population-based cross-sectional survey linked to Danish national registers \(thelancet.com\)](#)