

# Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser

---

*Høringsversion. Sundhedsstyrelsen september 2018.*

## Indhold

1. Indledning .....	2
1.1 Formål.....	2
1.2 Vejledningens anvendelsesområder og målgruppe .....	2
2 Generelt om medikamentel behandling af psykiske lidelser hos børn og unge .....	2
2.1 Undtagelser i forhold til opstart og varetagelse af medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser .....	3
2.2 Off-label behandling.....	4
2.3 Behandlingsopstart og monitorering.....	4
2.4 Overgang til voksenpsykiatrien .....	4
3. Lægemiddelgrupper.....	5
3.1 Antidepressive lægemidler .....	5
3.2 Antipsykotiske lægemidler.....	5
3.3 Stemningsstabiliserende lægemidler.....	6
3.4 Lægemidler til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser .....	7
3.5 Angstdæmpende og søvnfremkaldende lægemidler, herunder melatonin og benzodiazepiner.....	7
4. Ophævelse .....	8

## **1. Indledning**

### **1.1 Formål**

Sundhedspersoner skal i henhold til Autorisationsloven<sup>1</sup> udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af deres virksomhed. Formålet med denne vejledning er at beskrive de overordnede rammer for hvordan læger kan ordinere lægemidler til børn og unge med psykiske lidelser i overensstemmelse med kravene til omhu og samvittighedsfuldhed. Det falder derimod ikke indenfor vejledningens formål at give konkrete anvisninger for udredning, diagnostik eller behandling.

### **1.2 Vejledningens anvendelsesområder og målgruppe**

Vejledningen omfatter psykiske lidelser hos børn og unge, hvor der kan være indikation for medikamentel behandling:

- Skizofreni og andre psykotiske tilstande
- Bipolar affektiv sindslidelse
- Depression
- Angst
- Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)
- Vedvarende svær aggression hos børn og unge med udviklingsforstyrrelser eller mental retardering, hvor anden behandling ikke har haft effekt
- Hyperkinetiske forstyrrelser (herunder ADHD)
- Tourettes syndrom
- Søvnforstyrrelser som komorbiditet til neuropædiatriske og neuropsykiatriske lidelser.

Vejledningen omfatter behandling med antidepressive, antipsykotiske, stemningsstabiliserende, centralstimulerende, angstdæmpende og søvnfremkaldende lægemidler.

Vejledningen henvender sig primært til speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, men også til speciallæger i pædiatri, almen medicin, psykiatri og neurologi samt andre, der deltager i behandlingen af børn og unge med psykiske lidelser.

## **2 Generelt om medikamentel behandling af psykiske lidelser hos børn og unge**

Den samlede udredning og behandling af børn og unge med psykiske lidelser er en tværfaglig opgave, som tager udgangspunkt i primærsektoren<sup>2</sup>. Evt. henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien forudsætter i de fleste tilfælde at en række andre mindst muligt indgribende tiltag er iværksat først i kommunalt regi.

Non-farmakologisk behandling er i langt de fleste tilfælde førstevalg og bør være en del af den samlede indsats også efter opstart af en eventuelt senere indledt medikamentel behandling. Det forudsættes, at der i fornødent omfang er iværksat non-farmakologiske tiltag i primærsektoren, før der anvendes medikamentel behandling, også hvor dette ikke eksplicit er nævnt i vejledningens afsnit nedenfor.

Det er en børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægeopgave at vurdere, om et barn eller en ung under 18 år har behov for medikamentel behandling af en psykisk lidelse. Ligeledes skal opstart af medikamentel

behandling til børn og unge med psykiske lidelser i udgangspunktet forestås af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. I akutte tilfælde kan andre læger dog opstarte medikamentel behandling. Samtidigt skal lægen henvise barnet eller den unge til vurdering ved en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Den praktiserende læge kan, når der ikke er tale om behandling med antipsykotika eller stemningsstabiliserende lægemidler, overtage den fortsatte medikamentelle behandling (vedligeholdelsesbehandlingen), hvis dette sker efter konkret aftale og i samarbejde med speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri. Speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri skal forinden have lagt en plan for den videre behandling, herunder plan for monitorering af effekt og bivirkninger og opfølgning på symptomsværhedsgrad og funktionsnedsættelse. Aftalen skal desuden indeholde plan for revurdering, herunder stillingtagen til eventuelt behov for justering, nedtrapning eller seponering af medicin. Aftalen skal fremgå af patientens journal hos både speciallægen og den praktiserende læge.

For de fleste af de nævnte lægemidler er der kun sparsom dokumentation for deres anvendelse hos børn og unge. Herunder er der uklarhed om optimal dosering samt effekt og bivirkninger særligt ved langtidsbehandling. Endvidere er kun få lægemidler godkendt til brug til børn og unge under 18 år med psykiske lidelser (se også 2.2 nedenfor). Flere af de nævnte lægemidler kan interagere med hinanden eller med andre lægemidler. Lægen bør være opmærksom på alle disse forhold ved valg af præparat, og der bør kun behandles med ét præparat fra den samme lægemiddelgruppe ad gangen. Udover de generelle forhold, der nævnes i denne vejledning, kan der være særligt behov for monitorering eller opmærksomhed på bivirkninger ved de enkelte præparater, hvorfor den behandlende læge skal gøre sig bekendt med produktresuméerne for de anvendte lægemidler.

Ved enhver behandling skal der indhentes informeret samtykke og føres journal efter gældende regler<sup>3 4</sup>. Ved afvigelser fra vejledningen skal begrundelsen journalføres.

## ***2.1 Undtagelser i forhold til opstart og varetagelse af medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser***

Speciallæger i pædiatri med særlig viden inden for neuropsykiatriske sygdomme kan:

- Efter konkret aftale med speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri opstarte behandling med antidepressive lægemidler i tilfælde med somatisk komorbiditet, fx hvor OCD optræder sammen med eller som led i neurologisk sygdom. Der skal altid samtidigt henvises til en børne- og ungdomspsykiatrisk specialistvurdering.
- Anvende antipsykotiske lægemidler til behandling af akut delir eller som led i behandlingen af vedvarende svær aggression hos børn og unge med udviklingsforstyrrelser eller mental retardering, hvor anden behandling ikke har haft effekt.
- Anvende melatonin til behandling af søvnforstyrrelser, der optræder komorbidt til neuropædiatriske lidelser.
- Varetage medikamentel behandling af Tourettes syndrom, herunder med lægemidler omfattet af denne vejledning.

Pædiatriske afdelinger, der anvender ovenstående præparater, bør have en etableret praksis for jævnlig sparring og videndeling med børnepsykiatrisk afdeling, f.eks. gennem jævnlige møder eller fælleskonferencer.

## 2.2 Off-label behandling

Det gælder for en lang række lægemidler, at de ikke er registreret til alle indikationer eller patientgrupper som lægemidlerne anvendes til i den kliniske praksis. Anvendes et lægemiddel ikke i henhold til produktresuméet for det pågældende lægemiddel f. eks. uden for den registrerede indikation, eller med en anden dosis betegnes dette off-label behandling. Særligt som led i behandling af børn og unge, hvor dokumentationen er sparsom, er off-label behandling hyppig.

Speciallæger i pædiatri og børne- og ungdomspsykiatri, der anvender de i vejledningen omtalte lægemidler, bør altid være opmærksom på, hvornår der er tale om off-labelbehandling og om der af den grund skal udvises særlig forsigtighed, både når speciallægen igangsætter behandling og varetager den fortsatte behandling, og hvis der træffes beslutning om at lade videre opfølgning foregå i samarbejde med almen praksis (jf. ovenfor ang. vedligeholdelsesbehandling i almen praksis).

## 2.3 Behandlingsopstart og monitorering

Medikamentel behandling af børn og unge skal ske på en klar og entydig indikation. Dette forudsætter, at der som minimum er optaget en tilstrækkelig og grundig anamnese og foretaget en objektiv psykiatrisk og somatisk undersøgelse af patienten eventuelt suppleret med parakliniske undersøgelser, samt stillet en psykiatrisk diagnose.

Finder speciallægen, at der er indikation for medikamentel behandling, skal speciallægen opstille en plan for behandlingen, som skal indeholde:

- Indikation for behandlingen
- Beskrivelse af observationer og undersøgelser, der underbygger diagnose og behandlingsindikation
- Lægemidlets betegnelse, styrke, dosis og doseringshyppighed
- Behandlingens forventede mål
- Plan for opfølgning og monitorering af effekt og bivirkninger
- Angivelse af den behandlingsansvarlige læge
- Hvornår og i hvilke tilfælde der skal ske ny vurdering ved speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri
- Vurdering af behov for psykoterapeutisk, pædagogisk eller social støtte
- Navn på kommunal kontaktperson, hvor dette er relevant

Såfremt det vurderes at der ikke længere er indikation for behandling med et givent lægemiddel, skal speciallægen, om nødvendigt, bistå med en plan for udtrapning samt monitorere for tilbagefald eller symptomforværring.

## 2.4 Overgang til voksenpsykiatrien

En række psykiske lidelser, der debuterer i barndommen/ungdommen, varer ved i voksenalderen. Når patienten overgår fra børne- og ungdomspsykiatrisk regi til voksenpsykiatrisk regi, skal der være en klar plan for dette. Det er speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri, der er ansvarlig for at lægge planen og i god tid henvise patienten til det relevante voksenpsykiatriske behandlingssted. Planen skal udspecificere i hvilket regi, den fremtidige behandling skal finde sted, og hvilken medikamentel behandling, patienten skal have frem til første kontrol i dette regi. Vurdering af, om der ved overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri skal ske omlægninger af den medikamentelle behandling, foretages i voksenpsykiatrisk regi, når patienten er overgået dertil.

### 3. Lægemiddelgrupper

#### 3.1 Antidepressive lægemidler

Antidepressive lægemidler anvendes til behandling af depression, angsttilstande og OCD.

##### 3.1.1 Valg af præparat

Psykosocial intervention i form af psykoedukation, psykoterapi og stressaflastning er førstevalgsbehandling ved angst, OCD og let til moderat depression, og medikamentel behandling vil sjældent være nødvendig. Behandling med antidepressive lægemidler kan dog overvejes ved svære symptomer eller som supplement til psykosocial intervention, såfremt denne ikke har tilstrækkelig effekt eller ikke kan gennemføres. Selektive serotonin-genoptagshæmmere (SSRI-præparater) er førstevalg, og der vil kun meget sjældent være indikation for andre lægemidler. Til depressionsbehandling af børn er fluoxetin det eneste godkendte SSRI-præparat.

Kombinationsbehandling, hvor SSRI-præparater suppleres med antipsykotiske lægemidler, kan være indiceret til børn og unge med svær OCD, hvor der har været utilstrækkeligt behandlingsrespons på SSRI-behandling. Kombinationsbehandling må kun varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

##### 3.1.2 Monitorering og opfølgning

Forud for behandlingsstart tages EKG, hvis det valgte antidepressive lægemiddel ifølge produktresuméet kan medføre QT-forlængelse eller hvis der er disposition til hjertekarsygdom

Det kan tage op til 6-8 uger, før den fulde behandlingseffekt af antidepressiva opnås. Omgivelserne vil dog i nogle tilfælde fornemme en bedring tidligere i behandlingsforløbet. I opstartsperioden kan der være forøget risiko for selvmordstanker eller -adfærd. Lægen skal derfor nøje instruere forældre og andre omsorgspersoner i, hvordan og for hvad de skal observere barnet eller den unge, som er i behandling med antidepressive lægemidler, især ift. selvmordstanker og -adfærd. Patientens kliniske tilstand, herunder behandlingseffekt og bivirkninger, skal vurderes ved jævnlige lægekontroller, og det skal fremgå af behandlingsplanen, hvor ofte der skal foretages klinisk kontrol i hhv. opstartsperioden og senere.

Ophør af behandling med antidepressiv medicin kan være forbundet med seponeringssymptomer, hvorfor udtrapning bør ske gradvist.

#### 3.2 Antipsykotiske lægemidler

Antipsykotiske lægemidler kan anvendes ved forskellige psykiatriske lidelser hos børn og unge, herunder skizofreni, psykotiske tilstande, bipolar affektiv sindslidelse, Tourettes syndrom samt til kortvarig symptomatisk behandling af vedvarende aggression hos børn og unge med udviklingsforstyrrelser eller mental retardering, hvor anden behandling ikke har haft effekt.

##### 3.2.1 Valg af præparat

Generelt er kun få antipsykotika godkendt til behandling af børn og unge. Ved behandling med 2. generations antipsykotika er risikoen for ekstrapyramidale bivirkninger mindre end ved behandling med 1. generations antipsykotika mens metaboliske bivirkninger optræder hyppigere ved behandling med 2.

generations antipsykotika. Det endelige valg af præparat både indledningsvist og ved behov for præparatskift skal ske under en samlet afvejning af effekt og bivirkninger i det konkrete tilfælde.

Der er kun meget sjældent indikation for samtidig behandling med flere forskellige antipsykotiske lægemidler. Ved utilstrækkelig behandlingseffekt bør overvejes dosisjustering eller præparatskift fremfor kombinationsbehandling.

Hvis der er mistanke om hjertekarsygdom hos barnet eller familiær disposition bør der henvises til kardiolog. Hvis der behandles med et lægemiddel, der ifølge produktresuméet kan medføre QT-forlængelse, skal der tages ekg før behandlingsstart.

### *3.2.2 Monitorering og opfølgning*

Forud for behandlingsstart tages EKG, hvis det antipsykotiske lægemiddel ifølge produktresuméet kan medføre QT-forlængelse eller hvis der er disposition til hjertekarsygdom.

Behandlingen monitoreres efter 2, 4, 8 og 12 uger med:

- Behandlingseffekt
- Vægt
- Udvikling af ekstrapyramidale bivirkninger

Efter 4 og 12 uger måles desuden blodtryk, fastebldsukker/Hba1c og lipider, og ved længerevarende behandling monitoreres hver 6. måned, hvor følgende registreres:

- Behandlingseffekt
- Vægt, højde, BMI og taljeomfang
- Blodtryk
- Fastebldsukker/Hba1c, lipider og prolaktin
- Udvikling af ekstrapyramidale bivirkninger eller malignt neuroleptikumsyndrom

## **3.3 Stemningsstabiliserende lægemidler**

Stemningsstabiliserende lægemidler anvendes til behandling af akutte maniske episoder hos børn og unge med bipolar affektiv sindslidelse samt i profylaktisk øjemed. Herudover kan de anvendes ved vedvarende aggression hos børn og unge med udviklingsforstyrrelser eller mental retardering, hvor anden behandling ikke har haft effekt.

### *3.3.1 Valg af præparat*

De stemningsstabiliserende lægemidler inkluderer litium, visse antipsykotika og visse antiepileptika, herunder lamotrigin. Af disse har litium effekt i den akutte behandling af mani hos unge, mens de øvrige anvendes i profylaktisk behandling. Valproatbehandling frarådes generelt til børn og unge.

Der er ikke indikation for at anvende mere end et stemningsstabiliserende lægemiddel ad gangen.

### 3.3.2 Monitorering og opfølgning

I mangel af kontrollerede langtidsundersøgelser er det fortsat uklart, hvor lang tid den profylaktiske behandling skal fortsætte og hvordan den monitoreres. Behandlingen må derfor kun varetages af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Anvendes antipsykotika, skal behandlingen monitoreres som anført i afsnit 3.2.2. Ved behandling med litium eller antiepileptika bør opfølgning ske med samme tidsintervaller som angivet i afsnit 3.2.2, og speciallægen skal i behandlingsplanen angive en plan for blodprøvekontrol ved litiumbehandling.

## 3.4 Lægemidler til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser

Psykologiske, pædagogiske og sociale tiltag med inddragelse af forældre, skole og daginstitution er førstevalgsbehandling af børn og unge med hyperkinetisk forstyrrelse. Medikamentel behandling kan være indiceret som supplement til igangværende non-farmakologisk intervention ved fortsat udtalt funktionshæmning i skole, fritid og hjemmemiljø.

### 3.4.1 Valg af præparat

Inden behandlingsopstart skal eventuel disposition til kardiovaskulær lidelse klarlægges. Ved anamnestisk mistanke eller disposition til hjertelidelse henvises til kardiologisk vurdering<sup>5</sup>. Ved risiko for misbrug af methylphenidat bør behandling med atomoxetin overvejes.

### 3.4.2 Monitorering og opfølgning

Efter hver dosisjustering og efterfølgende hver 6. måned foretages klinisk kontrol samt vurdering af:

- Puls og blodtryk
- Højde og vægt
- Eventuelle bivirkninger
- Trivsel i skole- eller daginstitution samt ift. familie og nære relationer
- Evt. mistanke om at det/de ordinerede lægemidler ikke anvendes som ordineret

## 3.5 Angstdæmpende og søvnfremkaldende lægemidler, herunder melatonin og benzodiazepiner

### 3.5.1 Valg af præparat

Behandling med disse lægemidler skal varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller pædiatri, afhængig af indikation.

Melatonin kan anvendes til behandling af søvnforstyrrelser som optræder komorbidt til neuropædiatriske og neuropsykiatriske lidelser. Inden opstart af behandling skal der foretages søvnregistrering i minimum 14 dage, og søvnhygiejniske tiltag skal være afprøvet.

Børn og unge med psykiske lidelser skal kun undtagelsesvis og efter nøje vurdering behandles med benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende lægemidler. Benzodiazepiner og lignende kan anvendes til behandling af børn og unge ved svær angst eller akut agitation. Der bør vælges et benzodiazepin med kort halveringstid.

### 3.5.2 Monitorering og opfølgning

Der foreligger kun ganske sparsom viden omkring effekt og bivirkninger hos børn og unge ved længerevarende behandling med melatonin. Behandling med melatonin skal derfor i udgangspunktet være tidsbegrænset og kortvarig. Behandling ud over 14 dage kræver specifik stillingtagen.

Behandling med benzodiazepiner skal være kortest mulig, og der vil kun yderst sjældent være indikation for mere end få dages behandling. Er der undtagelsesvist behov for behandling ud over få dage, kræves specifik stillingtagen til indikation, og speciallægen skal følge op på behandlingen med korte intervaller.

## 4. Ophævelse

Vejledningen erstatter Vejledning nr. 9194 af 11. april 2013 om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser.

Xx / Xx

---

<sup>1</sup> Bekendtgørelse nr. 1356 af 23. oktober 2016 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17.

<sup>2</sup> Se også <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/psykisk-sygdom/forloebprogrammer-boern-og-unge>

<sup>3</sup> [Bekendtgørelse nr. 1090 af 28. august 2016 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\)](#)

<sup>4</sup> [Bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.](#)

<sup>5</sup> I henhold til DCS holdningspapir, 2017, nr. 3, Mulig kardiovaskulær risiko hos børn, unge og voksne ved medicinsk behandling af ADHD.