

7. november 2007

**Udkast til vejledning om
medikamentel behandling
af børn og unge med
psykiske lidelser**

Udkast til vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser

Redaktion
Enhed for Tilsyn
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
Postboks 1881
2300 København S

Emneord: XXXXXXXX

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk>

Version: 1,0

Versionsdato:

Elektronisk ISBN:

Den trykte versions ISBN:

ISSN-nr:

Format: pdf

Pris: 0, dog betales ekspeditionsgebyr

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, xxx 2007

Design: 1508 A/S

Tryk: Arco

Trykt på miljøcertificeret papir

Forord

Medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser er ofte til debat, Denne vejledning er beregnet til brug for speciallæger i almen medicin, speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og andre læger, der deltager i behandlingen af børn og unge med psykiske lidelser. Den omfatter medikamentel behandling af børn og unge under 18 år, både akut og stabiliserende behandling, samt vedligeholdelsesbehandling.

Vejledningen erstatter afsnittene om "Behandling af børn med antidepressiva, antipsykotika og centralstimulerende midler" i Vejledning for behandling med antidepressiva, vejledning for behandling med antipsykotika, vejledning for behandling af med børn med antidepressiva, antipsykotika og centralstimulerende midler (december 2000).

Ann Mette Dons

Kontorchef, overlæge
Enhed for Tilsyn
Sundhedsstyrelsen

UDKAST

Indhold

1	Lovgrundlag	1
1.1	Indledning	1
1.2	Information og samtykke mv.	1
1.2.1	Generelle forhold	1
1.2.2	Mindreårige	1
1.2.3	Tvangsbehandling	2
1.2.4	Journalføring af samtykke	2
1.3	Epikrise og behandlingsplan	3
2	Psykiske lidelser hos børn og unge	4
2.1	Kort om de enkelte lidelser	4
2.1.1	Depression	4
2.1.2	OCD og angsttilstande	4
2.1.3	Hyperkinetisk forstyrrelse	4
2.1.4	Psykotiske tilstande	5
2.1.5	Autismespektrum forstyrrelser / Gennemgribende udviklingsforstyrrelser	5
2.1.6	Spiseforstyrrelser	5
2.1.7	Tourettes syndrom	5
2.2	Særligt vedrørende medikamentel behandling af børn og unge	6
3	Antidepressive lægemidler	7
3.1	Brug af antidepressive lægemidler i behandlingen af depression	7
3.1.1	Valg af præparat	7
3.1.2	Dosering, monitorering, opfølgning mv.	7
3.1.3	Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer	7
3.2	Brug af antidepressive lægemidler i behandlingen af OCD	8
3.3	Brug af antidepressive lægemidler i behandlingen af spiseforstyrrelser	8
3.4	Brug af antidepressive lægemidler i behandlingen af Tourettes syndrom	8
4	Brug af antipsykotiske lægemidler	9
4.1	Brug af antipsykotiske lægemidler	9
4.1.1	Valg af præparat	9
4.1.2	Dosering, monitorering, opfølgning mv.	10
4.1.3	Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer	10
5	Behandling med centralstimulerende midler, atomoxetin og clonidin	11
5.1	Brug af centralstimulerende lægemidler i behandlingen af hyperkinetisk forstyrrelse	11
5.1.1	Valg af præparat	11
5.1.2	Dosering, monitorering, opfølgning mv.	11
5.1.3	Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer	12
5.2	Brug af Atomoxetin i behandlingen af hyperkinetisk forstyrrelse	12
5.2.1	Valg af præparat	12
5.2.2	Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer	12
5.3	Brug af Clonidin	12
5.3.1	Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer	13
5.4	Brug af Modafinil	13
5.4.1	Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer	13
5.5	Brug af centralstimulerende lægemidler i behandlingen af Tourettes syndrom	13

6	Behandling med benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler	14
6.1	Brug af benzodiazepiner	14
6.1.1	Valg af præparat	14
6.1.2	Dosering, monitorering, opfølgning mv.	14
6.1.3	Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer	14
6.2	Brug af de benzodiazepinlignende midler	14
7	Stemningsstabiliserende lægemidler	15

UDKAST

1 Lovgrundlag

1.1 Indledning

Ifølge § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (nr. 451 af 22. maj 2006) er en autoriseret sundhedsperson under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Vejledningen præciserer kravene til den omhu og samvittighedsfuldhed en læge bør udvise ved medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser.

De omtalte medikamenter er antidepressive lægemidler, antipsykotiske lægemidler, centralstimulerende og stemningsstabiliserende midler, samt sove- og angstdæmpende midler.

Psykiske lidelser hos børn og unge, der kan behandles medikamentelt, omfatter blandt andet depression, tilstande med tvangshandlinger, tvangstanker og angst (obsessiv-compulsive disorder/OCD), hyperkinetiske forstyrrelser, psykotiske tilstande fx skizofreni, og Tourettes syndrom.

Det er en børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægeopgave at vurdere, hvornår et barn eller en ung med psykisk lidelse har behov for medikamentel behandling og at indlede denne. I særlige tilfælde kan indikationen dog også stilles af andre læger med kendskab den pågældende psykiske lidelse hos børn og unge, fx pædiatere. Dette er nærmere uddybet i vejledningens enkelte afsnit. I akutte tilfælde kan speciallæger i almen medicin påbegynde behandlingen efter konference med en børne- eller ungdomspsykiater.

1.2 Information og samtykke mv.

1.2.1 Generelle forhold

Sundhedsloven¹ indeholder bestemmelser om patienters retsstilling. En patient skal således informeres om diagnose, prognose, behandlingsmuligheder, risiko for komplikationer, bivirkninger mv., og på denne baggrund give samtykke til behandlingen. Ingen behandling, herunder medikamentel behandling, må iværksættes uden patientens informerede samtykke med mindre andet er fastsat i lovgivningen for eksempel i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien².

1.2.2 Mindreårige

Mindreårige er personer under 18 år, der står under forældremyndighed. I relation til patienters retsstilling skelnes mellem børn under 15 år og unge i alderen 15 – 17 år.

Når en patient er under 15 år, er det forældremyndighedens indehaver, der skal have informationen og give samtykke til behandlingen. Barnet skal dog også informeres og inddrages i overvejelserne om behandling i det omfang barnet forstår situationen, med mindre dette kan skade barnet. Barnets tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning.

¹ Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005

² Lov om tvang i psykiatrien, LBK nr. 1111 af 01/11/2006

Når en patient er mellem 15 og 17 år, kan vedkommende selv give informeret samtykke til behandlingen. Forældremyndighedens indehaver skal dog også have informationen og inddrages i den mindreåriges stillingtagen. I det omfang, der er uenighed mellem den unge og forældremyndighedsindehaveren, er kompetencen til at bestemme lagt endeligt hos den unge.

Såfremt sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at en patient, der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke.

En patient, der er fyldt 15 år, er berettiget til aktindsigt og kan give samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Hvis en mindreårig befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for overlevelse, for at forbedre chancerne for overlevelse eller for at opnå et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan lægen indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller den unge selv.

1.2.3 Tvangsbehandling

Reglerne om anvendelse af tvang i psykiatrien gælder også for børn og unge under 18 år.

Tvangsbehandling af børn under 15 år kan således iværksættes, hvis betingelserne om tvangsbehandling er opfyldt, også selvom forældremyndighedens indehaver protesterer mod behandling.

Hvis forældremyndighedens indehaver modsætter sig lægelig behandling af den unge under 15 år, og psykiatrilovens betingelser for tvangsbehandling ikke er opfyldt kan Servicelovens³ § 63 bringes i anvendelse. Bestemmelsen giver Børn og Unge-udvalget i kommunen mulighed for at træffe afgørelse om at gennemføre undersøgelse eller behandling, når forældremyndighedsindehaveren undlader at lade et barn eller en ung undersøge eller behandle for en livstruende sygdom eller en sygdom, der udsætter barnet eller den unge for betydelig og varigt nedsat funktionsevne.

Tvangsbehandling af unge i alderen 15 – 17 år kan iværksættes, hvis psykiatrilovens betingelser om tvangsbehandling er opfyldt.

Hvis Psykiatrilovens betingelser ikke er opfyldt, og den 15 – 17 årige i ord eller handling tilkendegiver, at vedkommende ikke vil behandles er der, uanset samtykke fra forældremyndighedens indehaver, ikke hjemmel til at gennemføre behandling med tvang.

1.2.4 Journalføring af samtykke

Patientjournalen skal indeholde oplysninger om, hvilken information, der er givet vedrørende behandlingen, og patientens/forældremyndighedens indehavers tilkendegivelser hertil⁴.

³ Lov om social service, LBK nr. 1117 af 26. september 2007

⁴ Bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske diætisters, kliniske tandteknikeres, tandplejeres, optikeres og kontaktlinseoptikeres patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)

1.3 Epikrise og behandlingsplan

Der skal altid udfærdiges en epikrise, når patienten udskrives fra sygehus eller afslutter et behandlingsforløb hos en speciallæge i fx børne- og ungdomspsykiatri. Epikrisen bør indeholde en behandlingsplan med oplysninger om efterbehandling og efterkontrol. Det bør klart fremgå, hvor og hvordan opfølgning og vurdering skal finde sted, hvem, der er ansvarlig herfor, og hvornår dette skal foregå. Epikrisen bør afsendes hurtigst muligt og inden for en rimelig tid efter behandlingen er afsluttet. Såfremt der er påbegyndt medikamentel behandling, eller der er sket ændringer i den eksisterende medikamentelle behandling, skal følgende altid fremgå af epikrisen: Indikation for behandlingen, lægemidlernes betegnelse, lægemiddelform, styrke, dosis, doseringshyppighed, samt den forventede længde af behandlingen og tidspunkt for eventuel kontrol.

For at sikre et optimalt behandlingsforløb for børn og unge i behandling med psykofarmaka i de tilfælde, hvor den alment praktiserende læge har accepteret at overtage behandlingen fra sygehuset/speciallægen, skal epikrisen suppleres med en mere detaljeret behandlingsplan. Behandlingsplanen skal omfatte en beskrivelse af sygdommen, den nuværende medicinering, hvor længe den forventes at skulle vare, evt. seponeringsdato, forslag til dosisændringer, hvis der er aftagende effekt eller bivirkninger, og hvornår og i hvilke tilfælde, der anbefales henvisning til speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Det skal ligeledes klart fremgå om behandlingen skal monitoreres med blodprøvekontrol eller lignende. Det anbefales endvidere, at det af behandlingsplanen fremgår, hvilke supplerende behandlingstiltag, der er anbefalet af psykoterapeutisk, pædagogisk eller social karakter, og hvem der er kontaktperson i kommunen, da det generelt ikke er et lægeligt ansvar at følge op på disse forhold, men et ansvar, der ligger i kommunalt regi. I relation til indlæggelse eller ambulante forløb anbefales det, at der arrangeres et netværksmøde eller udskrivningsmøde mellem de relevante involverede parter, for eksempel sygehus, den alment praktiserende læge og de sociale myndigheder med deltagelse af patienten og forældre/forældremyndighedens indehaver, for at give barnet eller den unge de bedste betingelser. I relation hertil bør der udarbejdes en detaljeret behandlingsplan og ofte tillige en handleplan.

2 Psykiske lidelser hos børn og unge

Undersøgelser vedrørende forekomst af psykiske lidelser blandt børn og unge viser meget varierede tal for behandlingskrævende tilstande. Nogle lidelser er specifikke for barnealderen. Andre lidelser, der er hyppige hos voksne, forekommer ekstremt sjældent i barnealderen, men noget oftere blandt unge, hvor de dog fortsat er sjældne i forhold til forekomsten blandt voksne.

Behandling omfatter blandt andet rådgivning, vejledning og undervisning om den psykiske lidelse, psykoterapeutiske tiltag, kognitiv terapi, miljøterapi, pædagogisk og social støtteindsats, samt i visse tilfælde medikamentel behandling.

2.1 Kort om de enkelte lidelser

2.1.1 Depression

Depression er blandt andet karakteriseret ved nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi eller øget træthed, koncentrationsbesvær, agitation eller hæmning, søvnforstyrrelser, selvmordstanker, samt ændringer i appetit og vægt. Depressionsdiagnosen hos børn og unge stilles i princippet efter samme diagnostiske kriterier som hos voksne. Det kliniske billede af depression hos børn afviger dog ofte noget fra voksnes, idet der ses en højere grad af irritabilitet, evt. adfærdsproblemer, og svingninger i stemningslejet. Hos unge med depression ligner det kliniske billede mere depression hos voksne med døgnsvingninger og melankolske symptomer.

2.1.2 OCD og angsttilstande

OCD (Obsessive Compulsive Disorder) er karakteriseret ved svære tvangstanker og tvangshandlinger, og som forbigående fænomen kan ritualiseret adfærd ses hos en del børn. Ved OCD er tvangstanker og tvangshandlinger af en så invaliderende karakter, at de dels er pinefulde for barnet, dels påvirker barnets koncentrationsevne, aktiviteter og sociale liv.

Angstsymptomer er et normalt fænomen og ses hos stort set alle børn i varierende grad. Hos nogle børn kan dog ses voldsom og invaliderende angst. Der er her tale om lidelser, der kan diagnosticeres som separationsangst, fobisk angst, panikangst, generaliseret angst eller social angst.

2.1.3 Hyperkinetisk forstyrrelse

Hyperkinetisk forstyrrelse er den hyppigst stillede diagnose i børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark. Forstyrrelsen er karakteriseret ved motorisk uro, opmærksomhedsforstyrrelse og impulsivitet. De fleste patienter har desuden specifikke neuropsykologiske vanskeligheder, herunder indlæringsvanskeligheder, og andre psykiatriske vanskeligheder, såsom adfærdsforstyrrelse, angst og depression. Vanskelighederne vedvarer ofte ind i voksenalderen, dog med et lidt ændret symptom-billede. En gruppe af patienterne er primært præget af opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet. Sværhedsgraden er meget varierende.

I almindelig tale har betegnelsen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), som stammer fra DSM- klassifikationssystemet vundet indpas. I denne

vejledning vil begrebet hyperkinetisk forstyrrelse blive anvendt, da det er den officielle ICD10 diagnose.

2.1.4 Psykotiske tilstande

Psykotiske tilstande er karakteriseret ved vrangforestillinger, hallucinationer og tankeforstyrrelser. Skizofreni er karakteriseret ved forekomst af karakteristiske førsterangssymptomer eller bizarre vrangforestillinger, optræden af katatone symptomer og/eller negative symptomer, herunder især karakteristiske ændringer af følelseslivet. Korterevarende forbigående psykoser kan som hos voksne antage et skizofreni-lignende billede og vare under en måned, eller kan frembyde et polymorft billede og vare op til 3 måneder.

Ved affektive sindslidelse ses episodiske forstyrrelser i stemning i enten depressiv eller manisk retning, eller i kombinationer. Svære depressioner kan alene på styrken af forstemningen antage psykotisk styrke, og kan også frembyde hallucinationer og vrangforestillinger. Også mani, som er karakteriseret ved opstemthed, eksaltation og/eller vredladdenhed, kan antage psykotisk styrke og der kan forekomme hallucinationer og vrangforestillinger, især af grandios karakter. Tilstandene er sjældne hos børn - og noget hyppigere hos unge. De diagnosticeres efter samme kriterier som hos voksne, dog skal barnets/den unges modenhedsgrad lægges til grund ved vurderingen af de psykotiske symptomer.

2.1.5 Autismespektrum forstyrrelser / Gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Lidelser indenfor det autistiske spektrum er karakteriseret af vanskeligheder med socialt samspil, kommunikation og indsnævrede, repetitive og stereotype adfærdsaktivitets- og interesse mønstre. Mange, men ikke alle, patienter har generelle eller specifikke kognitive vanskeligheder. Ofte ses tillige adfærdssymptomer, raserianfald, opmærksomhedsforstyrrelse, angst, fobier, søvn- og spisevanskeligheder, som der kan være behov for at behandle medikamentelt. Vanskelighederne er medfødte og placerer sig på et spektrum fra klassisk infantil autisme i den ene ende, til lettere sociale vanskeligheder i den anden ende.

2.1.6 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser omfatter anoreksi og bulimi som er karakteriseret ved henholdsvis spisevægning og vægttab, og overspisning med efterfølgende opkastning. Sværhedsgraden af tilstandene varierer fra lettere tilfælde til meget svære livstruende tilstande. Ved anoreksi kan der forekomme væsentlig komorbiditet i form af depression, angst og OCD. Bulimi er som udgangspunkt en lettere tilstand og vil i ukomplicerede tilfælde være af kortere varighed end ved anoreksi.

2.1.7 Tourettes syndrom

Tourettes syndrom er en familiært optrædende lidelse i hjernen, karakteriseret ved mangeartede motoriske tics og en eller flere vokale tics. Hos mange forekommer desuden en tydelig komorbiditet i form af impulsivitet og hos ca. halvdelen optræder desuden koncentrationsproblemer, motorisk uro, overaktivitet, tvangstanker, tvangshandlinger og adfærdsproblemer. En del børn vil således opfylde kriterierne for komorbid diagnose i form af OCD og/eller hyperkinetisk forstyrrelse.

2.2 Særligt vedrørende medikamentel behandling af børn og unge

Med hensyn til medikamentel behandling af børn og unge med psykofarmaka, er det vanskeligt entydigt at angive, hvornår man er barn, og hvornår man er voksen. Efter puberteten og med stigende alder kan indikationsområder og behandlingsprincipper, som de er beskrevet hos voksne, appliceres for de flestes vedkommende. Specielle forhold gør sig imidlertid gældende hos børn før puberteten. Generelt er dokumentationen for anvendelsen af psykofarmaka til børn mere sparsom end til voksne. Der er større uklarhed vedrørende korrekt dosering, og hvorledes medicinen omsættes i kroppen. Der skal derfor udvises større forsigtighed ved behandling af børn og unge med disse lægemidler.

3 Antidepressive lægemidler

Antidepressive lægemidler anvendes til behandling af depression, OCD, angsttilstande og i sjældne tilfælde Tourettes syndrom og bulimi.

3.1 Brug af antidepressive lægemidler i behandlingen af depression

Ved let til moderat depression anbefales psykoterapi som førstevalg og behandling med antidepressive lægemidler, hvis der ikke er effekt af psykoterapi eller denne ikke kan gennemføres. Ved sværere depression kan medikamentel behandling være indiceret fra starten, samtidig med psykoterapi. Medikamentel behandling bør også overvejes, hvis der er tale om tilbagevendende depressioner eller når der optræder melankoliformt syndrom og/eller psykotiske symptomer.

Såvel akut medikamentel behandling af depression, vedligeholdelsesbehandling samt forebyggende behandling skal iværksættes af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri. Vedligeholdelsesbehandling kan varetages af den alment praktiserende læge, såfremt der foreligger en behandlingsplan og lægen har accepteret at overtage behandlingen.

3.1.1 Valg af præparat

På nuværende tidspunkt (2007) er fluoxetin det eneste godkendte præparat til behandling af depressive børn ned til 8 års alderen, hvorfor dette præparat må anbefales som førstevalgspæparat frem for citalopram og sertralin. Disse to præparater anbefales såfremt fluoxetin ikke tåles eller barnet tidligere med succes har været behandlet med et af præparaterne. De øvrige serotonin reuptake hæmmere (SSRI-præparater) anbefales ikke. På grund af deres bivirkningsprofil anbefales tricykliske antidepressive lægemidler (TCA) heller ikke til behandling af børn. Såfremt der i de kommende år godkendes andre præparater til behandling af børn kan disse anvendes på linie med ovenstående.

3.1.2 Dosering, monitorering, opfølgning mv.

Doseringsanbefalinger mv. skal fremgå af instrukser udarbejdet til brug i den enkelte afdeling eller ambulatorium.

Hvis der efter 2 måneders medicinering ikke er nogen kliniske fremskridt, bør lægen overveje ophør af behandlingen.

3.1.3 Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer

Bivirkninger af SSRI-præparater er hos børn stort set de samme som beskrevet hos voksne fx gastrointestinale gener, mundtørhed, hovedpine, søvnbesvær, nervøsitet, angstelse og agitation. De udførte undersøgelser og den kliniske erfaring gennem mere end 10 års behandling med disse præparater viser, at præparaterne generelt er sikre og kun medfører lette til moderate bivirkninger. Der er ikke beskrevet langtidsbivirkninger, og man har ingen dokumenteret viden om, hvorledes SSRI-præparaternes påvirker en hjerne i udvikling.

Læger og forældre bør nøje overvåge børn og unge som er i behandling med fluoxetin og lignende lægemidler, for at holde øje med, om de oplever selvmordstanker og aggressive tanker, især i den første periode i behandlingen.

Interaktioner er formentlig identiske med dem som ses hos voksne patienter, men der findes ingen sikker dokumentation herfor.

3.2 Brug af antidepressive lægemidler i behandlingen af OCD

Ved lettere OCD-symptomer bør behandlingen primært bestå i psykoterapi, kognitiv adfærdsterapi og støtte. Hvor symptomerne er sværere – og medikamentel behandling er indiceret – er SSRI-præparater førstevalgspræparat. Det for tiden eneste godkendte præparat til behandling af børn med OCD ned til 6-års alderen er sertralin, hvorfor dette præparat må anbefales som førstevalgspræparat. Er der ingen eller utilstrækkelig effekt af sertralin, og fortsat indikation for medikamentel behandling, anbefales skift til et andet SSRI-præparat, fx citalopram eller fluoxetin. OCD kræver i mange tilfælde en langvarig behandling. Vedligeholdelsesbehandling kan varetages af den alment praktiserende læge efter gensidig aftale med speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri.

Kombinationsbehandling med SSRI-præparater og antipsykotiske lægemidler kan være indiceret til børn med svær OCD og med insufficient behandlingsrespons på SSRI-behandling. Denne kombinationsbehandling skal alene varetages i børne- og ungdomspsykiatrisk/psykiatrisk regi.

I visse tilfælde med svær og invaliderende angsttilstand, separationsangst, generaliseret angst eller social angst kan behandling med SSRI-præparater være indiceret. Denne behandling skal ligeledes indledes i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. Vedligeholdelsesbehandlingen kan varetages af den alment praktiserende læge efter gensidig aftale med speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri.

3.3 Brug af antidepressive lægemidler i behandlingen af spiseforstyrrelser

Der findes ikke nogen specifik farmakologisk behandling som har effekt på anoreksi. Der kan forekomme væsentlig komorbiditet til lidelsen i form af depression, angst og OCD. Disse tilstande behandles som omtalt ovenfor med antidepressive lægemidler. Eventuel medikamentel behandling af anoreksi med komorbiditet bør varetages af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri med særlig viden om spiseforstyrrelser.

Ved bulimi kan antidepressive lægemidler i visse tilfælde være relevant som supplement til psykoterapeutisk behandling i et behandlingsforløb.

Indikation for eventuel medikamentel behandling skal stilles af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller psykiatri med særlig viden på området, og behandlingen skal indledes af denne. Vedligeholdelsesbehandlingen kan varetages af den alment praktiserende læge efter gensidig aftale med speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri.

3.4 Brug af antidepressive lægemidler i behandlingen af Tourettes syndrom

Hvis der er komorbiditet i form af tvangsfænomener kan antidepressive lægemidler, primært sertralin og sekundært citalopram og fluoxetin anvendes.

Indikation for eventuel medikamentel behandling skal stilles af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller psykiatri med særlig viden på området, og behandlingen skal indledes af denne. Vedligeholdelsesbehandlingen kan varetages af den alment praktiserende læge i samråd med speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri.

4 Brug af antipsykotiske lægemidler

4.1 Brug af antipsykotiske lægemidler

Antipsykotiske lægemidler bruges til forskellige børne- og ungdomspsykiatriske lidelser, herunder skizofreni og andre psykoser, svære adfærdsforstyrrelser ved neuropsykiatriske lidelser, bipolar affektiv sindslidelse og Tourettes syndrom. Midlerne anvendes på trods af, at der kun findes få kontrollerede studier af behandling med disse lægemidler til børn og unge. Der anbefales generelt brug af andengenerations antipsykotiske lægemidler, specielt på grund af en favorabel bivirkningsprofil.

Medikamentel behandling med antipsykotiske lægemidler, både påbegyndelse og vedligeholdelse, skal varetages af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri.

I behandlingen af børn og unge følges i princippet de samme retningslinier som hos voksne⁵. Der er dog nedenstående særlige forhold, der skal tages hensyn til.

4.1.1 Valg af præparat

For andengenerations antipsykotiske lægemidler er der følgende modifikationer i forhold til behandlingen af voksne:

- Amisulprid – forsigtighed må tilrådes hos børn og unge i puberteten pga. udvikling af forhøjet serum-prolaktin.
- Aripiprazol – forsigtighed i dosering må tilrådes pga. øget tilbøjelighed til ekstrapyramidale bivirkninger hos unge, evt. opstart med 2 mg daglig.
- Chlorprothixen - kan anvendes til børn og unge, især i beroligende øjemed, da det ikke har samme tendens til at fremkalde svimmelhed og ortostatisk hypotension som hos voksne.
- Levomepromazin - kan anvendes til børn og unge, især i beroligende øjemed, da det ikke har samme tendens til at fremkalde svimmelhed og ortostatisk hypotension som hos voksne
- Melperon - kan anvendes til børn og unge, da det ikke har samme tendens til at fremkalde svimmelhed og ortostatisk hypotension som hos voksne.
- Quetiapin – generelt veltolereret hos børn og unge, dog kan hos unge som hos voksne doser udover 750 mg/800 mg være nødvendig for at opnå tilstrækkelig antipsykotisk effekt.
- Risperidon – stor tilbøjelighed til at forøge serum-prolaktin hos børn og unge i puberteten, som bør overvåges nøje for hormonelle bivirkninger, herunder menostasi, samt formentlig også påvirkning af knogleudvikling.
- Ziprasidon – unge og muligvis børn har særlig tilbøjelighed til dystoni også på lave doser, evt. på første dosis.

På nuværende tidspunkt er det eneste godkendte præparat til behandling af psykotiske tilstande hos børn, risperidon, der er et andengenerations antipsykotisk lægemiddel. Risperidon er også registreret med indikation til behandling af ledsagesymptomer i form af irritabilitet og hyperaktivitet ved gennemgribende udviklingsforstyrrelse (autisme) hos børn og unge over 5 år.

⁵ Vejledning nr. 9763 af 28/06/2007 om behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter over 18 år

4.1.2 Dosering, monitorering, opfølgning mv.

Doseringsanbefalinger mv. bør fremgå af instrukser udarbejdet til brug i den enkelte afdeling, ambulatorium eller speciallægepraksis.

4.1.3 Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer

Generelt skal der foretages hyppigere monitorering af effekt og bivirkninger ved behandling af børn og unge, end sædvanligvis gøres ved voksne, idet en række bivirkninger er kendt for at optræde med større frekvens og større kvantitativt omfang hos børn og unge. Det angår specielt vægtstigning, hormonal påvirkning og større tilbøjelighed til ekstrapyramidale bivirkninger på visse præparater. Med hensyn til de hormonelle bivirkninger, skelnes i mellem præpubertære og pubertære børn, snarere end børn og unge, idet præpubertære i mindre grad udvikler hormonelle bivirkninger. De metaboliske bivirkninger kan monitoreres efter nedenstående skema.

Monitorering af forekomsten af bivirkninger

	Før behandling	2 uger	4 uger	8 uger	12 uger	Årligt
Anamnese	+	+	+	+	+	+
Vægt og BMI	+	+	+	+	+	+
Taljeomfang	+					+
Blodtryk	+				+	+
Faste blod sukker	+				+	+
Faste plasma lipider	+	+			+	+
EKG	+				+	+

Ved behandling med andre lægemidler bør man iagttage, at nogle af disse kan interferere med det pågældende antipsykotiske lægemiddels omsætning i cytokrom P450 systemet, specielt visse antidepressive og antiepileptiske lægemidler, samt midler mod acne.

5 Behandling med centralstimulerende midler, atomoxetin og clonidin

Midlerne bruges primært i behandlingen af sværere tilfælde af hyperkinetisk forstyrrelse. Talrige undersøgelser har dokumenteret, at medikamentel behandling er den vigtigste komponent i behandlingen af denne lidelse. Hos patienter med komorbiditet er det nødvendigt at kombinere den medikamentelle behandling med specialpædagogik og adfældsorienteret behandling, for at sikre tilstrækkelig behandlingseffekt.

Den medikamentelle behandling afhjælper koncentrations- og opmærksomhedsproblemer, og mindsker hyperaktivitet og impulsivitet. Det sociale samspil bedres, og antallet af konflikter mindskes, ligesom risikoen for misbrug af rusmidler reduceres.

Ved uacceptable bivirkninger bør dosisreduktion eller præparatskift afprøves. Der er ikke generelt tilskud til præparater mod hyperkinetisk forstyrrelse, men der kan søges om enkelttilskud i Lægemiddelstyrelsen.

5.1 Brug af centralstimulerende lægemidler i behandlingen af hyperkinetisk forstyrrelse

Centralstimulerende lægemidler udgøres af præparater med indholdsstofferne methylphenidat og dexamfetamin. Til børn med hyperkinetisk forstyrrelse giver præparaterne betydelig og signifikant symptomreduktion hos ca. 75 %.

Medikamentel behandling af hyperkinetisk forstyrrelse skal indledes af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller eventuelt speciallæge i psykiatri med særlig viden om børn og unge eller en speciallæge i pædiatri med neuropsykiatrisk viden. Inden den medikamentelle behandling påbegyndes, skal der tages stilling til differentieldiagnostiske tilstande, komorbiditet og eventuelle somatiske sygdomme. Vedligeholdelsesbehandlingen kan varetages af den alment praktiserende læge efter aftale. Lægen har ansvaret for den lægelige behandling, herunder den medikamentelle. Det er som udgangspunkt en kommunal opgave, at varetage barnet/den unges behov for psykologisk, pædagogisk eller social støtte.

5.1.1 Valg af præparat

Førstevalgspræparat er methylphenidat. Den kliniske erfaring viser, at doseringen er meget individuel og må indstilles i forhold til effekt og bivirkninger.

Ved manglende effekt eller uacceptable bivirkninger af methylphenidat kan dexamfetamin afprøves.

5.1.2 Dosering, monitorering, opfølgning mv.

Behandlingen med methylphenidat opstartes med lav dosis, som øges individuelt i henhold til respons. Rating scales fx ADHD-rating scale er velegnet til at evaluere behandlingseffekt ved dosisændring.

Den bedste daglige funktion opnås ved at dosere, så der er effekt af medicinen frem til sen eftermiddag, selvfølgelig under hensyntagen til eventuelle bivirkninger.

Det vil ofte give den bedste effekt, og øge compliance, at give methylphenidat som depotpræparat. Nogle patienter har yderligere behov for at supplere depotpræparatet med et korttidsvirkende præparat om morgenen eller eftermiddag /aften.

Dexamfetamin fremstilles magistrelt, og findes kun i styrken 5 mg, hvilket ækvivalerer 10 mg methylphenidat. Der findes ingen depotformulering. Behandlingsprincipperne svarer i øvrigt til de ovenfor beskrevne vedrørende methylphenidat.

5.1.3 Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer

Bivirkningerne ved centralstimulerende medicin er reversible, dosisafhængige og oftest forbigående. De hyppigste bivirkninger er nedsat appetit, vægttab, mavesmerter, hovedpine og indsovningsbesvær. Sjældnere ses dysfori, ængstelighed, irritabilitet og tics. Yderst sjældent kan der opstå psykotiske symptomer. Studier tyder på, at behandling med centralstimulerende medicin kan medføre en mindre reduktion i længdevæksten.

Centralstimulerende medicin kan øge puls og blodtryk, oftest minimalt og klinisk ubetydeligt. Ved opstart af medikamentel behandling skal det sikres, at patienten ikke lider af kardiovaskulær sygdom. Monitorering af puls, blodtryk, vægt og højde skal indgå i den regelmæssige kontrol af behandlingen.

5.2 Brug af Atomoxetin i behandlingen af hyperkinetisk forstyrrelse

Atomoxetin er en noradrenerg reuptake inhibitor, som giver døgndækkende behandling af hyperkinetiske symptomer. Studier har påvist positiv effekt på komorbide angstsymptomer hos børn med hyperkinetisk forstyrrelse, og atomoxetin forværrer ikke tics, ligesom det ikke kan misbruges.

5.2.1 Valg af præparat

Behandling med atomoxetin kan afprøves, hvis der er kontraindikation for behandling med centralstimulerende medicin, ved utilstrækkelig effekt eller bivirkninger af denne, ved aktivt stofmisbrug eller ved komorbid angstlidelse. Atomoxetin kan kun ordineres af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, pædiatri eller neurologi.

5.2.2 Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer

Inden iværksættelse af behandling med atomoxetin skal det sikres, at patienten ikke har lever- eller kardiovaskulær lidelse. Risikoen for selvmordstanker bør drøftes med patient og familie, og man må have skærpet opmærksomhed på eventuel opståen af selvmordsrelaterede tanker eller adfærd samt aggressive tanker, de første måneder af behandlingen.

Monitorering af puls, blodtryk, vægt og højde skal indgå i den regelmæssige kontrol af behandlingen.

Bivirkninger til behandling med atomoxetin er reversible, dosisafhængige og oftest forbigående. De almindeligste bivirkninger er nedsat appetit, mavesmerter, kvalme og mundtørhed. Sjældnere ses træthed, svimmelhed, søvnforstyrrelser, irritabilitet og vægttab. Sjældne bivirkninger er takykardi, aggressiv adfærd, selvmordstanker og leverpåvirkning.

5.3 Brug af Clonidin

Clonidin er en alfa-2-agonist, der ikke har indikation til behandling af hyperkinetisk forstyrrelse, adfærdsforstyrrelse, tics eller Tourettes Syndrom, men kan benyttes til behandling af disse tilstande, hvor anden behandling ikke har haft effekt. Der er ligeledes kasuistiske beskrivelser af at clonidin har effekt på komorbid søvnforstyrrelse ved neuropsykiatriske lidelser. Effekten på

hyperkinetiske kernesymptomer er lavere end ved de ovenfor beskrevne præparater. Behandlingen skal varetages af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

5.3.1 Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer

De almindeligste bivirkninger ved clonidin er sedation, svimmelhed og hypotension. Inden iværksættelse af behandling med clonidin skal det sikres at patienten ikke har kardiovaskulær lidelse. Monitorering af puls og blodtryk, samt eventuelle kardiovaskulære symptomer skal indgå i den regelmæssige kontrol. Ved seponering skal clonidin aftrappes over et par uger for at undgå pludselig blodtryksstigning.

5.4 Brug af Modafinil

Behandling med Modafinil kan forsøges ved hyperkinetisk forstyrrelse. Effekttørrelsen er mindre end ved centralstimulerende medicin og atomoxetin, og præparatet er meget sparsomt beskrevet til pædiatrisk brug. Modafinil bør kun ordineres af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri eller pædiatri. Der bør udvises forsigtighed ved behandling af patienter med angst og depression som komorbiditet.

5.4.1 Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer

Hovedpine er den hyppigste bivirkning. Sjældnere ses nedsat appetit, mavesmerter, takykardi, indsovningsbesvær, angst og depression. Sjældent ses hududslæt og alvorlige allergiske reaktioner. Monitorering af puls og blodtryk bør indgå i den medikamentelle kontrol.

5.5 Brug af centralstimulerende lægemidler i behandlingen af Tourettes syndrom

Ved komorbiditet i form af hyperaktivitet og koncentrationsproblemer kan centralstimulerende midler anvendes.

6 Behandling med benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler

Benzodiazepinerne er registreret som enten angstdæmpende midler (anxiolytika) eller søvnfremkaldende midler (hypnotika) afhængig af deres virkningsvarighed. Herudover findes benzodiazepinet clonazepam, der kun er registreret som antiepileptikum, men som i betydelig grad anvendes på psykiatriske indikationer. Benzodiazepin-analogerne er registreret som hypnotika.

6.1 Brug af benzodiazepiner

Brug af benzodiazepiner i behandlingen af børn og unge bør kun undtagelsesvist finde sted.

Midlerne kan bruges i beroligende øjemed, eller for søvnløshed, ofte i kombination med andre præparater, især hos unge med psykotiske tilstande. Behandlingen bør være så kortvarig som muligt, helst kun få dage.

6.1.1 Valg af præparat

Valget af præparat afhænger af, hvilken tilstand der skal behandles.

6.1.2 Dosering, monitorering, opfølgning mv.

Behandlingen bør kun gives i lave doser over kortere tid, helst kun få dage, og maksimalt 2 - 4 uger.

6.1.3 Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer

Bivirkninger består i svimmelhed, døsighed, hukommelsesproblemer, konfusion og faldtendens. På sigt toleransudvikling, afhængighed og misbrug. Specielt hos børn ses ikke sjældent paradokse reaktioner, såsom motorisk hyperaktivitet, aggressivitet, irritabilitet, søvnløshed og forværring af psykotisk tilstand. Man bør også være opmærksom på risikoen for tidligt i livet at initiere et afhængighedsproblem.

Som hos voksne kan kombinationen af visse antipsykotiske lægemidler og benzodiazepiner give utilsigtet stor sedation, og disse kombinationer må generelt frarådes.

6.2 Brug af de benzodiazepinlignende midler

Gruppen omfatter zalepon, zolpidem og zopiclon. Midlerne har korthalveringstid, og hos voksne mindre udtalt tolerans og afhængighed end for benzodiazepinerne. Der savnes data for behandling af børn og unge, men såfremt kortvarig (2 uger, maksimalt 4 uger) behandling ønskes for søvnløshed, må disse stoffer foretrækkes frem for benzodiazepiner. Der bør observeres for paradoks reaktion.

7 Stemningsstabiliserende lægemidler

Erfaringer fra voksne i behandling med litium eller antiepileptiske lægemidler kan formentlig appliceres i nogen grad til børn og unge. Der findes kun få studier, som har belyst effekten af stemningsstabiliserende medicin til bipolær lidelse hos børn og unge.

Indikationerne for behandling af børn og unge med litium eller antiepileptiske lægemidler er de samme som for voksne, inklusiv indikation for iværksættelse af profylaktisk behandling.

Såvel litium som valproat har vist effekt i den akutte behandling af mani hos unge. I mangel af kontrollerede langtidsundersøgelser er det fortsat uklart, hvor lang tid profylaktisk behandling skal fortsætte.

Blodprøver og sikkerhedsregler i forbindelse med behandling med litium og antiepileptiske lægemidler er de samme for børn som for voksne. Litium har en kortere halveringstid hos børn og unge end hos voksne, men dette skyldes mindre fordelingsvolumen. Studier af serumkoncentration af litium og valproat indikerer, at dosis per kilo anbefalet på voksne også kan bruges for børn og unge.

Behandlingen med disse lægemidler skal iværksættes og varetages af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

Sundhedsstyrelsen dd.mm.yyyy

Anne Mette Dons

Kontorchef, overlæge

Helle L. Johansen

Afdelingslæge