

Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser

1. Indledning

Ifølge § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhedⁱ 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 skal udvise ved medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser.

1.1 Anvendelsesområde og definitioner

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 og tvangstanker (OCD: obsessiv compulsive disorder), angst, hyperkinetiske forstyrrelser, psykotiske tilstande fx skizofreni, og Tourettes syndrom.

Vejledningen henvender sig til speciallæger i almen medicin, speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, speciallæger i pædiatri 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.

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 til den pågældende 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. Barnet skal altid samtidig henvises til en børne- og ungdomspsykiatrisk specialafdeling.

1.2 Information og samtykke mv.

1.2.1 Generelle forhold

Sundhedslovenⁱⁱ 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 psykiatrienⁱⁱⁱ.

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.

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.

1.3 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 § 63 i Serviceloven^{iv} bringes i anvendelse. Bestemmelsen giver Børne- og Ungeudvalget 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.

1.4 Journalføring

Patientjournalen skal indeholde oplysninger om, hvilken information, der er givet vedrørende behandlingen, og patientens/forældremyndighedens indehavers tilkendegivelser hertil jf. § 10 i bekendtgørelse om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske diætisters, kliniske tandteknikeres, tandplejeres, optikeres og kontaktlinseoptikeres patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.)^v.

1.5 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, samt 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 og den forventede længde af behandlingen, samt oplysninger om eventuel udstedt recept.

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, relevante somatiske data, 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 genhenvielse 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 behov af psykoterapeutisk, pædagogisk eller social karakter som det vurderes, at barnet har behov for. Hvis der allerede er indgået aftaler med de relevante parter om indsatser i forhold hertil, skal det fremgå af behandlingsplanen. Navnet på kontaktpersonen i kommunen skal ligeledes fremgå, da kommunen har ansvaret for den sociale indsats i forhold til barnet. 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 skal 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. En række psykiske lidelser, der debuterer i barndommen/ungdommen, vedvarer i voksenalderen, hvilket skaber særlige behov ved overleveringen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien.

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. Funktionshæmningen skal være gennemgående og optræde i forskellige situationer i skole, fritid og hjemmemiljø, samt ved den kliniske undersøgelse, og må ikke skyldes affektiv lidelse, angst og udviklingsforstyrrelse.

Vanskelighederne kan vedvare 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 omfatter blandt andet skizofreni og affektive sindslidelser.

Skizofreni er karakteriseret ved forekomst af forrykket (ofte bizar) omverdensoplevelse, optræden af katatone symptomer og/eller negative symptomer, herunder især karakteristiske ændringer af følelseslivet.

Affektive sindslidelser er karakteriseret ved episodiske forstyrrelser i stemningslejet i enten depressiv eller manisk retning, eller i kombinationer. Svære depressioner kan alene på styrken af forstemningen antage psykotisk styrke med fortegnet omverdensoplevelse og hallucinationer. Også mani, som er karakteriseret ved opstemthed, eksaltation og/eller vredladsen, kan antage psykotisk styrke, og der kan forekomme hallucinationer og vrangforestillinger, især af grandios karakter.

Korterevarende forbigående psykoser kan som hos voksne antage et skizofrenilignende billede og vare under en måned eller kan frembyde et polymorft billede og vare op til 3 måneder.

Psykotiske tilstande er meget sjældne hos børn – men er 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 Autisme / Gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Autisme er karakteriseret ved vanskeligheder med socialt samspil, kommunikation og indsnævrede, repetitive og stereotype adfærds-, aktivitets- og intersemønstre. Symptomerne kan variere fra ganske lette til meget svære og invaliderende. Mange patienter, men ikke alle, 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.

2.1.6 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser omfatter anoreksi og bulimi, som er karakteriseret ved henholdsvis spisevægring og vægttab samt 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 ukomplerede 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. Det anbefales som hovedregel kun at behandle med et præparat ad gangen. Samtidig behandling med to eller flere præparater må kun finde sted, hvis der er særlig begrundet indikation herfor, og forudsætter altid vurdering og kontrol hos speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri eller pædiatri med særlig viden om neurologiske sygdomme hos børn og unge.

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 begyndelsen 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. I tilfælde med somatisk komorbiditet kan behandling med antidepressiva dog iværksættes af pædiater efter tværfaglig vurdering og efter aftale med speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Der skal altid samtidig henvises til en børne- og ungdomspsykiatrisk specialafdeling.

Vedligeholdelsesbehandling kan for unge varetages af den alment praktiserende læge i samråd med børne- og ungdomspsykiater, 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 førstevalgspræparat 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) og andre nyere antidepressive lægemidler anbefales ikke. På grund af deres bivirkningsprofil anbefales tricykliske antidepressive lægemidler (TCA) heller ikke til behandling af børn.

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, anbefales skift af præparat, og såfremt der fortsat ikke er effekt, skal lægen overveje om behandlingen skal ophøre.

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, ængstelse 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 og angst

Ved lettere OCD-symptomer består behandlingen primært 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, men fortsat indikation for medikamentel behandling, anbefales skift til et andet SSRI-præparat, fx citalopram eller fluoxetin. OCD kræver i mange tilfælde en langvarig behandling. Den medikamentelle behandling skal indledes af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. I de tilfælde hvor OCD optræder sammen med eller som led i neurologiske sygdomme kan behandlingen iværksættes af speciallæge i pædiatri med neuropsykiatrisk viden i sam-

råd med børne- og ungdomspsykiater. Vedligeholdelsesbehandling kan efter aftale varetages af den alment praktiserende læge i samråd med speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri/pædiatri.

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 i samråd 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. Farmakologisk behandling er derfor aldrig den primære eller eneste behandling af spiseforstyrrelser. Farmakologisk behandling kan være indiceret, hvis der forekommer væsentlig komorbiditet til lidelsen i form af depression, angst og OCD. Disse tilstande behandles som omtalt ovenfor med antidepressive lægemidler. Eventuel medikamentel behandling ved anoreksi med komorbiditet skal 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/psykiatri med særlig viden på området, og behandlingen skal indledes af denne. Vedligeholdelsesbehandling kan varetages af den alment praktiserende læge i samråd 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/psykiatri/pædiatri 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/pædiatri.

4. Antipsykotiske lægemidler

Antipsykotiske lægemidler kan anvendes ved forskellige børne- og ungdomspsykiatriske lidelser, herunder skizofreni og andre psykoser, bipolar affektiv sindslidelse og Tourettes syndrom.

4.1 Brug af antipsykotiske lægemidler

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. Pædiatere med særlig viden om neurologiske sygdomme kan dog anvende midlerne som led i behandlingen af børn med Tourettes syndrom eller ved svære adfærdsforstyrrelser hos udviklingshæmmede børn.

I behandlingen af børn og unge følges i princippet de samme retningslinier som hos voksne jf. Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter over 18 år^{vi}. 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:

<i>Amisulprid</i>	forsigtighed må tilrådes hos børn og unge i puberteten pga. udvikling af forhøjet serum-prolaktin.
<i>Aripiprazol</i>	forsigtighed i dosering må tilrådes pga. øget tilbøjelighed til ekstrapyramidale bivirkninger hos unge, evt. opstart med 2 mg daglig.
<i>Chlorprothixen</i>	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.
<i>Levomepromazin</i>	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
<i>Melperon</i>	kan anvendes til børn og unge, da det ikke har samme tendens til at fremkalde svimmelhed og ortostatisk hypotension som hos voksne.
<i>Quetiapin</i>	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.
<i>Risperidon</i>	stor tilbøjelighed til at forøge serum-prolaktin hos børn og unge i puberteten, som skal overvåges nøje for hormonelle bivirkninger, herunder menostasi, samt formentlig også påvirkning af knogleudvikling.
<i>Ziprasidon</i>	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 læge-

middel. 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.

4.1.2 Dosering, monitorering, opfølgning mv.

Doseringsanbefalinger mv. skal 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, hormonel 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 skal man være opmærksom på, 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 akne. Kombinationen af 2. generations antipsykotiske lægemidler (primært clozapin og clozapinlignende præparater som olanzapin og quetiapin) og benzodiazepiner kan give utilsigtet stor sedation, og kombinationen må generelt frarådes.

5. Centralstimulerende midler, atomoxetin og clonidin mv.

5.1 Brug af centralstimulerende midler, atomoxetin og clonidin mv.

Midlerne bruges primært i behandlingen af tilfælde af hyperkinetisk forstyrrelse, hvor der er gennemgribende funktionshæmning i skole, fritid og hjemmemiljø. Tal-

rige undersøgelser har dokumenteret, at medikamentel behandling er meget vigtig i behandlingen af denne lidelse. Verifikation af diagnosen hos specialist er en vigtig forudsætning før påbegyndelse af medikamentel behandling. Det er ofte nødvendigt at kombinere den medikamentelle behandling med specialpædagogik og adfærdsoverret 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 kan dosisreduktion eller præparatskift afprøves. Der er ikke generelt tilskud til præparater mod hyperkinetisk forstyrrelse, men der kan søges om enkelttilskud i Lægemiddelstyrelsen.

5.2 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 differentialdiagnostiske tilstande, komorbiditet og eventuelle somatiske sygdomme.

Vedligeholdelsesbehandling kan varetages af den alment praktiserende læge i samråd med speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri/pædiatri. 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.

5.2.1 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.

5.2.2 Dosering, monitorering, opfølgning mv.

Behandlingen med methylphenidat indledes 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.

5.2.3 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. Centralstimulerende medicin kan øge puls og blodtryk, oftest minimalt og klinisk ubetydeligt. Ved påbegyndelse 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.

5.3 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.

5.3.1 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. Medikamentel behandling med atomoxetin, både påbegyndelse og vedligeholdelse, skal varetages af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/ psykiatri, pædiatri eller neurologi.

5.3.2 Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer

Inden iværksættelse af behandling med atomoxetin skal det sikres, at patienten ikke har lever- eller kardiovaskulær lidelse. Risikoen for selvmordstanker skal 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.

5.4 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. Medikamentel behandling med clonidin, både påbegyndelse og vedligeholdelse, skal varetages af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/ psykiatri, pædiatri eller neurologi.

5.4.1 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 blodtrykstigning.

5.5 Brug af Modafinil

Behandling med Modafinil kan forsøges ved hyperkinetisk forstyrrelse. Effektstørrelsen er mindre end ved centralstimulerende medicin og atomoxetin, og præparatet er meget sparsomt beskrevet til pædiatrisk brug. Medikamentel behandling med modafinil, både påbegyndelse og vedligeholdelse, skal varetages af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/ psykiatri, pædiatri eller neurologi. Der skal udvises forsigtighed ved behandling af patienter med angst og depression som komorbidity.

5.5.1 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 skal indgå i den medikamentelle kontrol.

5.6 Brug af centralstimulerende lægemidler i behandlingen af Tourettes syndrom

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

6. 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 anti-epileptikum, men som i betydelig grad anvendes på psykiatriske indikationer. Benzodiazepin-analogerne er registreret som hypnotika.

6.1 Brug af benzodiazepiner

Nogle af midlerne bruges i behandlingen af epilepsi og ved akutte kramper, fx feberkramper, hvor de er velindicerede.

Brug af benzodiazepiner i behandlingen af børn og unge med psykiske lidelser skal kun undtagelsesvist finde sted. Midlerne kan dog bruges i beroligende øjemed, eller for søvnløshed, ofte i kombination med andre præparater, især hos unge med psykotiske tilstande. Behandlingen skal 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 må 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, dødsighed, hukommelsesproblemer, konfusion og faldtendens. På sigt kan der opstå toleransudvikling, afhængighed og misbrug. Specielt hos børn ses ikke sjældent paradokse reaktioner, såsom motorisk hyperaktivitet, aggressivitet, irritabilitet, søvnløshed og forværring af psykotisk tilstand. Man skal også være opmærksom på risikoen for tidligt i livet at initiere et afhængighedsproblem.

Som hos voksne kan kombinationen af 2. generations antipsykotiske lægemidler (primært clozapin og clozapinlignende præparater som olanzapin og quetiapin) og benzodiazepiner give utilsigtet stor sedation, og kombinationen må generelt frarådes.

6.2 Brug af benzodiazepinlignende midler

Gruppen omfatter zalepon, zolpidem og zopiclon. Midlerne har kort halveringstid, 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 skal observeres for paradoks reaktion.

7. Stemningsstabiliserende lægemidler

Erfaringer fra voksne i behandling med litium eller antiepileptiske lægemidler kan formentlig i nogen grad appliceres 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.

8. Ophævelse

Vejledningen erstatter ”Vejledning for behandling af børn med antidepressiva, antipsykotika og centralstimulerende midler” som er at finde i en samlet vejledning nr. 11716 af 1. december 2000, ”Vejledning for behandling med antidepressiva, vejledning for behandling med antipsykotika, vejledning for behandling af med børn med antidepressiva, antipsykotika og centralstimulerende midler”.

Sundhedsstyrelsen, den 10. december 2007

Anne Mette Dons

/ Helle L. Johansen

ⁱ Lov nr. 451 af 22. maj 2006

ⁱⁱ Afsnit III lov nr. 546 af 24. juni 2005, Sundhedsloven

ⁱⁱⁱ Lov nr. 1111 af 1. november 2006.

^{iv} Lov nr. 1117 af 26. september 2007

^v Bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006

^{vi} Vejledning nr. 9763 af 28. juni 2007