

Udskriftsdato: 21. december 2025

VEJ nr 9415 af 01/06/2012 (Historisk)

Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen, j.nr. 5-1010-98/1

Senere ændringer til forskriften

VEJ nr 9194 af 11/04/2013

Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser

1. Indledning

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

En læge er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af sin virksomhed. Det fremgår af § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed¹⁾.

2. Behandling af børn og unge

2.1. Anvendelsesområde og definitioner

Denne vejledning beskriver den medikamentelle behandling af psykiske lidelser hos børn og unge under 18 år. Det vil sige depression, tilstande med tvangshandlinger og tvangstanker (OCD: obsessive compulsive disorder), angst, hyperkinetiske forstyrrelser, Tourette's syndrom, psykotiske tilstande, autisme, og mental retardering med udfordrende adfærd.

Der er tale om behandling med antidepressive-, antipsykotiske-, centralstimulerende-, stemningsstabiliserende- samt sove- og nervemedicin, herunder melatonin.

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

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. Den praktiserende læge kan overtage den fortsatte medikamentelle behandling (vedligeholdelsesbehandlingen), hvis dette sker efter konkret aftale og i samarbejde med speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri.

I akutte tilfælde kan andre læger end speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri starte den medikamentelle behandling. Dette må dog kun ske efter konference med en speciallæge i børne- eller ungdomspsykiatri. Lægen skal samtidig henvise barnet eller den unge til en vurdering af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

2.2. Plan for behandling

Medikamentel behandling af børn og unge under 18 år skal ske på en klar og entydig indikation. Dette forudsætter, at der som minimum er optaget en tilstrækkelig og grundig anamnese, foretaget en objektiv undersøgelse af patienten, inklusiv rating scales, diagnostiske interviews og eventuelt suppleret med parakliniske undersøgelser.

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

- Kort og præcis indikation for behandlingen. En beskrivelse af de observationer og undersøgelser af sygdommen, der underbygger diagnosen og behandlingsindikationen
- Lægemedlernes betegnelse, styrke, dosis, doseringshyppighed samt om der er udstedt recept
- Hvilken læge der er ansvarlig for den fortsatte medikamentelle behandling
- Behandlingens forventede varighed, herunder kontrol og eventuel seponeringsdato
- De mål der forventes opnået ved behandlingen
- Plan for monitorering af effekt, bivirkninger og komplikationer
- Hvornår og i hvilke tilfælde der skal ske ny vurdering ved speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri
- Tidspunkt for opfølgning og revision af planen

- Eventuelt supplerende behov for psykoterapeutisk, pædagogisk eller social støtte
- Navn på kommunal kontaktperson, hvor dette er relevant

Hvis den fortsatte medikamentelle behandling skal varetages af patientens praktiserende læge, skal dette i hvert enkelt tilfælde aftales med denne.

2.3. Henvisning og epikriser

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 aftale om dette. Det er speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri, der er ansvarlig for, at denne aftale bliver indgået. Aftalen skal indeholde oplysninger om, hvem der herefter er ansvarlig for behandlingen. Aftalen skal også indeholde oplysninger om, hvornår den er gældende fra. Det vil være nødvendigt at involvere patientens praktiserende læge, da børne- og ungdomspsykiatrien ikke har mulighed for at henvise direkte til praktiserende speciallæge i voksenpsykiatri.

Når patienten bliver udskrevet fra sygehus eller afslutter et behandlingsforløb hos en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, skal der altid udfærdiges en epikrise. Denne skal sendes hurtigst muligt, efter at patienten er udskrevet fra hospitalet eller er afsluttet af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

2.4. Medikamentel behandling af børn og unge

Dokumentationen for at anvende psykofarmaka til børn er mere sparsom end til voksne. Der er uklarhed om korrekt dosering, om hvordan medicinen omsættes i kroppen samt om effekt og bivirkninger ved langtidsbehandling. Specielle forhold gør sig gældende hos børn før puberteten. Der skal derfor udvises stor forsigtighed ved behandling af børn og unge med disse lægemidler.

Der bør kun behandles med ét præparat ad gangen. Samtidig behandling med to eller flere præparater må kun finde sted, hvis der er særligt begrundet indikation herfor, og det forudsætter altid vurdering og kontrol hos speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Dette gælder ikke, hvis det ene præparat er melatonin.

3. Antidepressive lægemidler

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

3.1. Antidepressive lægemidler til behandling af depression

Miljøintervention i form af psykoedukation, stressaflastning og psykoterapi er førstevalgsbehandling ved let til moderat depression. Disse behandlingsregimer skal også indgå i behandlingen af svær depression, også når der er behov for at supplere med medicinsk behandling.

Det er sjældent nødvendigt at behandle børn og unge med antidepressive lægemidler. Behandling med antidepressive lægemidler kan overvejes som supplement til psykoterapi, hvis dette ikke har tilstrækkelig effekt eller ikke kan gennemføres.

Medikamentel behandling af depression, det gælder både start- og vedligeholdelsesbehandling, skal varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Den praktiserende læge kan varetage den fortsatte medikamentelle behandling, vedligeholdelsesbehandlingen, hvis dette sker efter konkret aftale og i samråd med speciallægen, og efter at speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri har opstillet en plan for behandlingen, herunder kontrol.

3.1.1. Valg af præparat

Fluoxetin er førstevalgspræparat ved behandling af børn og unge. Fluoxetin er det eneste antidepressive lægemiddel, der har opnået markedsføringstilladelse til behandling af depression hos børn og unge. De andre SSRI-præparater har ingen eller kun ringe dokumenteret effekt på unge under 25 år.

Behandlingseffekten sætter oftest ind efter 4-6 ugers behandling. Men efter få dages behandling vil omgivelserne bemærke en bedring af tilstanden. Da den psykomotoriske hæmning sædvanligvis letter nogle dage før selve depressionen, betyder det, at der i denne periode er en forøget risiko for selvmord. Lægen skal derfor nøje instruere forældrene i, hvordan de skal overvåge barnet eller den unge, som er i behandling med SSRI-præparater og lignende lægemidler.

Hvis der efter 2 måneders medikamentel behandling ikke er væsentlig klinisk bedring, anbefales skift af præparat. Hvis der fortsat ikke er effekt, skal lægen overveje, om behandlingen skal ophøre eller henvise til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling med specialfunktion.

Aftrapning af antidepressiv medicin bør ske over mindst en 4-ugers periode.

3.1.2. Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer

Bivirkninger af SSRI-præparater hos børn og unge er de samme som hos voksne, fx gastrointestinale gener, mundtørhed, hovedpine, søvnbesvær, nervøsitet, ængstelse og agitation. For SSRI-præparaterne er der en øget risiko for suicidal adfærd og aggressivitet hos personer under 18 år, hvilket patientens pårørende bør gøres opmærksom på, jf. ovenstående. Der er ikke beskrevet langtidsbivirkninger. Der er ikke dokumenteret viden om, hvordan SSRI-præparaterne påvirker hjernens udvikling hos børn og unge.

Der er heller ikke sikker dokumentation for interaktioner med andre lægemidler, men de er formentlig identiske med dem, som ses hos voksne patienter.

3.2. Antidepressive lægemidler til behandling af OCD og angst

Miljøterapi i form af psykoedukation, stressaflastning og psykoterapi er førstevalgsbehandling af OCD og angst. Disse behandlingsregimer skal også indgå i behandlingen – når der er behov for at supplere med medicinsk behandling. Hvis symptomerne er sværere – og der er behov for medikamentel behandling, er SSRI-præparater førstevalgspræparat.

Medikamentel behandling af OCD og angsttilstand, det gælder både start- og vedligeholdelsesbehandling, skal varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Den praktiserende læge kan varetage den fortsatte medikamentelle behandling, vedligeholdelsesbehandlingen, hvis dette sker efter konkret aftale og i samråd med speciallægen, og efter at speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri har opstillet en plan for behandling, herunder kontrol.

Sertralin anbefales som førstevalgspræparat ved behandling af OCD. Er der ingen eller utilstrækkelig effekt af behandlingen med sertralin, og er der fortsat indikation for medikamentel behandling, anbefales skift til fluoxetin.

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 i børne- og ungdomspsykiatrisk hospitalsregi.

I tilfælde med svære og invaliderende angsttilstande, separationsangst, generaliseret angst eller social angst kan supplerende behandling med SSRI-præparater være indiceret. Denne behandling må kun startes i børne- og ungdomspsykiatrisk hospitalsregi.

4. Antipsykotiske lægemidler

Antipsykotiske lægemidler kan anvendes ved forskellige psykiatriske lidelser hos børn og unge, herunder skizofreni, psykoser, bipolar affektiv sindslidelse, Tourette's syndrom samt ved autismeforstyrrelser.

Behandling med antipsykotiske lægemidler, det gælder både start- og vedligeholdelsesbehandling, skal varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Behandling af børn og unge med antipsykotiske lægemidler følger i princippet de samme retningslinjer som hos voksne²⁾.

4.1. Valg af præparat

Behandling med anden generations antipsykotiske lægemidler anbefales, da disse har mindre tendens til at fremkalde ekstrapyramidale bivirkninger. I langt de fleste tilfælde er der ikke indikation for behandling med flere antipsykotiske lægemidler samtidigt (polyfarmaci).

Kun få af de antipsykotiske lægemidler har opnået markedsføringstilladelse til behandling af børn og unge. Aripiprazol er registreret til behandling af skizofreni hos unge over 14 år. Risperidon er registreret til behandling af børn og unge over 5 år med gennemgribende udviklingsforstyrrelse (autisme), og hvor der optræder alvorlige ledsagesymptomer, fx i form af irritabilitet og hyperaktivitet.

4.2. Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer

Der monitoreres inden start af behandling og efter 3 og 6 måneders behandling, og ved længerevarende behandling hver 6. måned. Speciallægen skal sikre at følgende bliver udført og registreret:

- Måling af vægt og højde
- Udregning af BMI
- Måling af taljeomfang
- Måling af blodtryk
- Måling af faste blodsukker/HbA1c og lipider
- Optagelse af EKG

Efter hver registrering skal speciallægen tage stilling til den fortsatte medikamentelle behandling.

5. Centralstimulerende lægemidler, atomoxetin og clonidin m.v.

Miljøintervention i form af adfærdsorienteret behandling med forældretræning, psykoedukation, støttende samtaler og kognitiv træning med inddragelse af skole og institution er førstevalgsbehandling af børn og unge med hyperkinetisk forstyrrelse.

En ADHD diagnose alene er ikke et tilstrækkeligt grundlag for at udarbejde en behandlingsplan, herunder start af medicinsk behandling for det specifikke barn og familie. Det er vigtigt at udrede sværhedsgraden og associerede psykiske, adfærdsmæssige og indlæringsmæssige vanskeligheder. Udredningen af barnets vanskeligheder skal indgå i en bredere sammenhæng med vurdering af den samlede situation, herunder familiens situation, for at sikre en samlet og sammenhængende plan.

Medikamentel behandling udgør en væsentlig del af behandlingen af børn og unge med hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), hvor der er gennemgribende funktionshæmning i skole, fritid og hjemmemiljø. Den medikamentelle behandling skal altid kombineres med specialpædagogik, adfærdsorienteret behandling og andre relevante indsatser for at opnå tilstrækkelig behandlingseffekt. Det er kommunens opgave at varetage barnets eller den unges behov for psykologisk, pædagogisk eller social støtte.

Behandling med centralstimulerende lægemidler skal varetages af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Behandling med centralstimulerende lægemidler til børn under 6 år skal varetages på en højt specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Hvis den praktiserende læge overtager den fortsatte medikamentelle behandling, vedligeholdelsesbehandlingen, kan dette ske efter konkret aftale og i samråd med speciallægen, og efter at speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri har opstillet en plan for behandlingen, herunder kontrol.

Inden en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri starter den medikamentelle behandling, skal der foretages en grundig diagnostisk afklaring, herunder en somatisk undersøgelse.

5.1. Valg af præparat

Alle præparater til behandling af ADHD har opnået markedsføringstilladelse til behandling af børn og unge mellem 6 og 17 år.

Førstevalgspræparat er methylphenidat. Doseringen er individuel og må indstilles i forhold til effekt og bivirkninger.

Atomoxetin kan anvendes, hvis der er manglende effekt eller uacceptable bivirkninger ved behandling med methylphenidat. Atomoxetin skal anvendes, hvis der er risiko for misbrug. Det kan både dreje sig om misbrug hos barnet eller den unge, eller hvis et medlem af familien har et misbrugsproblem. Behandling med clonidin og modafinil er en specialisopgave inden for det børne- og ungdomspsykiatriske område.

For alle præparater gælder, at der kun findes begrænset dokumenteret viden om effekt og bivirkninger ved langtidsbehandling ud over 6-12 måneder.

5.2. 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 velegnede til at evaluere behandlingseffekt.

Den bedste daglige funktion opnås ved at dosere, så der er effekt af medicinen frem til sen eftermiddag/aften. Nogle patienter har behov for at supplere depotpræparat med et korttidsvirkende præparat om morgenen eller eftermiddag /aften.

Både ved behandling med methylphenidat og atomoxetin skal speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri, inden behandlingen indledes, sikre at patienten ikke har lever- eller kardiovaskulær lidelse. Ved behandling med atomoxetin skal der være skærpet opmærksomhed på eventuel opståen af selvmordsrelaterede tanker eller adfærd samt aggressive tanker, der typisk opstår de første måneder af behandlingen.

Under vedligeholdelsesbehandlingen skal speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri som minimum hvert halve år sikre, at følgende bliver vurderet:

- Om patienten trives i skole- eller arbejdsmæssig sammenhæng, i familien og i sine nære relationer
- Om effekten af behandlingen er tilfredsstillende
- Om der er bivirkninger
- Om der er mistanke om misbrug hos patienten eller i hans/hendes miljø
- Om højde, vækst, puls og blodtryk ikke afviger fra normalværdierne
- Om der er behov for fortsat medikamentel behandling
- Om der er behov for at holde pause med den medikamentelle behandling

Efter hver registrering skal speciallægen tage stilling til den fortsatte medikamentelle behandling.

6. Sove- og nervemedicin

Benzodiazepinerne har opnået markedsføringstilladelse som enten angstdæmpende midler (anxiolytika) eller søvnfremkaldende midler (hypnotika). Herudover findes benzodiazepinet clonazepam, der kun er registreret som antiepileptikum, men som i betydelig grad anvendes på psykiatriske indikationer. Benzodiazepin-analogerne har opnået markedsføringstilladelse som hypnotika. Melatonin anvendes til udredning og behandling af søvnforstyrrelser.

Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler kan anvendes, hvis der er behov for akut beroligende effekt, eller hvis patienten har udtalt søvnløshed, og er kun indiceret ved behandling af børn og unge med psykotiske lidelser.

6.1. Brug af benzodiazepiner

Børn og unge med psykiske lidelser skal kun undtagelsesvis behandles med benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler.

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

Behandlingen med benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler skal være så kortvarig som muligt, helst kun få dage. Børn og unge med OCD og angsttilstande må ikke behandles med benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende lægemidler.

6.2. Brug af melatonin

Melatonin anvendes til udredning og behandling af søvnforstyrrelser, som optræder komorbidt til børne- ungdomspsykiatriske lidelser. Melatonin anvendes også til behandling af fx natlig epilepsi, night terror, restless legs syndrom. Herudover bruges melatonin til at gennemføre søvn-EEG hos børn.

Inden for børne- og ungdomspsykiatrien anvendes melatonin til at behandle børn og unge, der har problemer med at falde i søvn. Specielt børn og unge med betydelige neuropsykiatriske vanskeligheder har effekt af behandling med melatonin.

Før behandlingen med melatonin mod søvnforstyrrelser skal der være foretaget søvnregistrering i minimum 14 dage. De søvnhygiejniske principper skal være grundigt afprøvet.

Melatonin ser ud til at have en umiddelbart let søvninducerende effekt. Nogle børn og unge kan derfor nøjes med at bruge melatonin i en kortere periode, andre har behov for melatonin efter behov eller mere kontinuerligt. Bivirkninger er sjældne og lette.

7. Stemningsstabiliserende lægemidler

Indikationerne for behandling af børn og unge med litium eller antiepileptiske lægemidler er de samme som for voksne, herunder profylaktisk behandling. Herudover anvendes stemningsstabiliserende lægemidler til behandling af børn og unge med udadreagerende adfærd med bl.a. autisme.

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

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

Blodprøvekontrol 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. Studier af serumkoncentration af litium og valproat indikerer, at dosis per kilo anbefalet til voksne også kan bruges for børn og unge.

Både start- og vedligeholdelsesbehandlingen med disse lægemidler skal varetages af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

8. Undtagelser

Behandling med antidepressiva kan i tilfælde med somatisk komorbiditet iværksættes af speciallæge i pædiatri med særlig viden inden for neurologiske sygdomme efter konkret aftale med speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Der skal altid samtidig henvises til en børne- og ungdomspsykiatrisk specialistvurdering.

I de tilfælde hvor OCD optræder sammen med eller som led i neurologiske sygdomme, kan behandlingen med antidepressive lægemidler iværksættes af speciallæge i pædiatri med neuropsykiatrisk viden efter konkret aftale med speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Speciallæger i pædiatri med særlig viden om neurologiske sygdomme kan anvende antidepressive og antipsykotiske lægemidler som led i behandlingen af udviklingshæmmede børn med svær adfærdsforstyrrelse eller af børn med autisme, bruge melatonin til behandling af søvnforstyrrelser, bruge Clonidin til behandling af tics, samt varetage behandling af Tourette's syndrom. Der skal altid være løbende konferen-

cer mellem børnepsykiatriske afdelinger og de neuropædiatriske ambulatorier, der anvender ovenstående præparater.

Det skal være undtagelsen, at andre læger end speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri starter og varetager behandlingen med centralstimulerende lægemidler. Speciallæger i psykiatri med særlig viden om børn og unge, speciallæger i neurologi med særligt kendskab til neuropsykiatriske lidelser hos børn og unge eller speciallæger i pædiatri med neuropsykiatrisk viden kan i ganske særlige tilfælde starte og varetage behandlingen med centralstimulerende lægemidler.

9. Ophævelse

Vejledningen erstatter »Vejledning om behandling af børn og unge med psykiske lidelser«, vejledning nr. 10.332 af 10. december 2007.

Sundhedsstyrelsen, den 1. juni 2012

ANNE METTE DONS

/ Torben Hørslev

- 1) Bekendtgørelse om af lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed, nr. 877 af 4. april 2011.
- 2) Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter over 18 år, vejledning nr. 9763 af 28. juni 2007.