

Udskriftsdato: 31. december 2025

VEJ nr 9733 af 09/07/2019 (Gældende)

Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundheds- og Ældremin.,
Sundhedsstyrelsen, j.nr. 4-1015-302/1

Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser

Indhold

- 1 *Indledning*
 - 1.1 *Baggrund*
 - 1.2 *Formål og målgruppe*
- 2 *Faglige rammer*
 - 2.1 *Vurdering og opfølgning*
 - 2.2 *Overgange*
- 3. *Lægemiddelgrupper*
 - 3.1 *Depression, angst, OCD m.v.*
 - 3.1.1 *Behandlingsvalg*
 - 3.1.2 *Opfølgning*
 - 3.2 *Psykotiske tilstande m.v.*
 - 3.2.1 *Behandlingsvalg*
 - 3.2.2 *Opfølgning*
 - 3.3 *Akutte maniske episoder m.v.*
 - 3.3.1 *Behandlingsvalg*
 - 3.3.2 *Opfølgning*
 - 3.4 *Hyperkinetiske forstyrrelser (herunder ADHD)*
 - 3.4.1 *Behandlingsvalg*
 - 3.4.2 *Opfølgning*
 - 3.5 *Søvnforstyrrelser, svær angst m.v.*
 - 3.5.1 *Behandlingsvalg*
 - 3.5.2 *Opfølgning*
- 4. *Ophævelse*

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.¹⁾

1.1 Baggrund

Psykiske problemer er hyppigt forekommende blandt børn og unge, men vil i de fleste tilfælde være af lettere eller forbigående karakter, særligt hvis der gives tilstrækkelig støtte fra skole, kommunen, praksissektor m.v. Sværhedsgraden af en psykisk lidelse er bestemmende for hvor barnet eller den unge kan få den bedste behandling. Børne- og ungdomspsykiatrien skal varetage de mere komplicerede og specialiserede opgaver, herunder børn og unge med behov for tværfaglig udredning og behandling.

Der har igennem det sidste årti været en stigende efterspørgsel efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser, særligt ses en stigning i antallet af børn og unge, som udredes og behandles for opmærksomhedsproblemer, hyperaktivitet (ADHD), og selvskadende adfærd. Der er variation i behandlingsindsatsen på tværs af landet, også ift. medikamentel behandling, og både over- og underbehandling er en udfordring.

Ved medikamentel behandling hos børn og unge med psykiske lidelser er der en række særlige udfordringer, bl.a. fordi behandlingen i højere grad end hos voksne skal individualiseres. Der skal tages højde for hvordan behandlingen kan påvirke barnets normale udvikling, trivsel og vækst. Herudover skal der

tages højde for hvordan lidelse og behandling bedst vurderes i et udviklingspsykopatologisk perspektiv med vægt på hjernens udvikling og alderssvarende psykosocial udvikling.

For de fleste af de lægemidler, vejledningen omfatter, er der kun sparsom dokumentation for anvendelse hos børn og unge, særligt kan der mangle viden om optimal dosering samt erfaring ved langtidsbehandling. Kun få lægemidler er godkendt til brug til børn og unge med psykiske lidelser. Flere af de nævnte lægemidler kan interagere med hinanden eller med andre lægemidler, og det kan være vanskeligt at skelne bivirkninger til behandlingen fra nye symptomer på den psykiske grundlidelse eller fra komorbide tilstande.

1.2 Formål og målgruppe

Vejledningens formål er at ændre ordinationsmønsteret i en mere rationel retning, herunder at forebygge unødvendigt brug af lægemidler eller uhensigtsmæssig dosering, varighed og kombination af lægemidler m.v.

Vejledningen er ikke en specifik behandlingsvejledning, men sigter på at beskrive de overordnede rammer for medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser og dermed fremme kvaliteten af den samlede indsats. På udvalgte områder præciseres særlige forhold vedr. behandlingsvalg m.v.

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

- Skizofreni
- Psykotiske tilstande
- Bipolar affektiv sindslidelse
- Depression
- Angst
- Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)
- Vedvarende svær aggression eller selvskadende adfærd ved udviklingsforstyrrelser eller mental retardering
- Hyperkinetiske forstyrrelser, herunder ADHD
- Tourettes syndrom
- Søvnforstyrrelser sekundært til neuropædiatriske og neuropsykiatriske lidelser

Med børn og unge menes i denne vejledning personer indtil det fyldte 18. år. Lokalt kan indsatsen tilrettelægges fleksibelt ift. aldersgrænser og den enkelte patients særlige forhold, og generelt bør der være stort fokus på at sikre gode overgange mellem børne- og ungdomspsykiatrien og psykiatrien samt overgange mellem sektorer.

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

2 Faglige rammer

Generelt er ikke-farmakologisk behandling førstevalg ved psykiske lidelser og adfærdforstyrrelser hos børn og unge. Før opstart af medikamentel behandling skal speciallægen altid grundigt vurdere om der har været iværksat ikke-farmakologisk behandling af relevant og rimelig karakter, omfang, varighed m.v. Ved opstart af medikamentel behandling skal denne altid understøttes af, og suppleres med, anden relevant ikke-farmakologisk behandling.

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. Speciallægen har ligeledes ansvaret for varetagelsen af den medikamentelle behandling mhp. at vurdere effekt, dosering, bivirkninger m.v. Herudover skal speciallægen fastlægge den samlede behandlingsplan for medikamentel behandling,

herunder varighed af vedligeholdelsesbehandling, indhold og intervaller for opfølgning, fastlæggelse af behandlingspauser m.v.

En række specifikke områder er reguleret af Sundhedsstyrelsens specialevejledninger, herunder al medikamentel behandling af psykiske lidelser hos børn under 6 år samt behandling af skizofreni og bipolære tilstande hos børn og unge. Medikamentel behandling af disse patientgrupper skal således varetages på sygehusafdeling med godkendt specialfunktion²⁾.

Ved medikamentel behandling af børn og unge skal sundhedspersonalet være særligt opmærksomme på regler om information og samtykke, herunder at personer, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling³⁾.

I helt særlige tilfælde, hvor det ikke er muligt at få en hurtig vurdering ved speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, og hvor der er stærke faglige grunde til ikke at udskyde igangsætning af behandling, kan andre læger opstarte medikamentel behandling som beskrevet i nærværende vejledning. Det bør dog altid ske efter konference (evt. telefonisk) med speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, og det skal samtidigt sikres, at barnet efterfølgende og uden unødigt forsinkelse bliver vurderet ved en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Den regionale børne- og ungdomspsykiatri samt praktiserende speciallæger i børn- og ungdomspsykiatri har i den forbindelse en forpligtelse til at sikre subakutte ambulante tilbud i rimeligt omfang.

Behandling med antipsykotiske lægemidler og med stemningsstabiliserende lægemidler skal altid varetages af en speciallæge i børn- og ungdomspsykiatri, også ved vedligeholdelsesbehandling af stabil sygdom. Speciallæger i pædiatri, med særlige kompetencer inden for neuropsykiatriske sygdomme, kan dog anvende antipsykotiske lægemidler til behandling af akut delir, eller som led i behandlingen af vedvarende svær aggression eller selvskadende adfærd hos børn og unge med udviklingsforstyrrelser eller mental retardering, hvor anden behandling ikke har haft effekt.

Speciallæger i pædiatri, med særlige kompetencer inden for neuropsykiatriske sygdomme kan desuden:

- Opstarte behandling med antidepressive lægemidler ved tilstande sekundært eller komorbidt til somatisk primær sygdom, fx hvor OCD optræder sammen med eller som led i neurologisk sygdom.
- Anvende melatonin til behandling af søvnforstyrrelser, der optræder sekundært eller komorbidt til somatisk primær sygdom som neuropædiatriske lidelser m.v.
- Varetage medikamentel behandling af Tourettes syndrom, herunder med lægemidler omfattet af denne vejledning.

Speciallæger i pædiatri samt pædiatriske afdelinger, der varetager ovenstående behandlinger, skal indgå i et tværfagligt team med børne- og ungdomspsykiatrien med veletablerede rammer for samarbejdet. Der skal fastlægges en klar ansvarsfordeling imellem de involverede faggrupper. Samarbejdet skal være forankret i et fast multidisciplinært team (MDT) med jævnlig konference, samt fastlagte retningslinjer og procedurer m.v. MDT skal bl.a. præcisere hvornår patienter skal vurderes ved speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri fx efter opstart af antidepressiv behandling

Vedligeholdelsesbehandling af stabil sygdom kan, inden for rammerne af en behandlingsplan fastlagt af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, og med undtagelser vedr. antipsykotiske stemningsstabiliserende lægemidler som nævnt ovenfor, varetages af speciallæger i almen medicin og pædiatri.

2.1 Vurdering og opfølgning

Medikamentel behandling af børn og unge skal ske på en klar og entydig indikation, som forudsætter en grundig vurdering ved speciallæge ift. relevans og effekt af forudgående behandlingsindsats, diagnostiske og differentialdiagnostiske overvejelser samt overvejelser vedr. forventet effekt og mulige skadevirkninger ved medikamentel behandling.

Forud for opstart af medikamentel behandling skal der derfor tilrettelægges et udredningsprogram, som ud fra et udviklingsperspektiv omfatter en grundig vurdering af barnet eller den unges udvikling, psykosociale situation og familieforhold, samt øvrige somatiske og psykiske tilstande og lidelser. Der skal desuden foretages en grundig objektiv psykiatrisk og somatisk undersøgelse af patienten som suppleres med relevante psykometriske og parakliniske undersøgelser m.v. I vid udstrækning skal familieperspektivet inddrages, ligesom tværfaglige observationer og vurderinger skal indgå i relevant omfang, herunder vurderinger ved psykologer, pædagoger, lærere m.v.

Vurdering af risikoen for eventuelle interaktioner skal altid indgå, hvis patienten er i anden farmakologisk behandling.

Da en lang række af de anvendte lægemidler kan påvirke hjertets impulsledning m.v., skal der altid indgå en vurdering af evt. risikofaktorer for hjerte/kar-sygdom, herunder familiær disposition, spiseforstyrrelser, neuropædiatriske lidelser m.v. Ved lægemidler, der kan påvirke QT-ledning, samt ved øvrige væsentlige risikofaktorer, skal et aktuelt EKG vurderes, og der skal i relevant omfang konfereres med, eller henvises til vurdering ved, kardiolog eller pædiater med særlige kompetencer i børnekardiologi⁴).

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

- Beskrivelse af observationer og undersøgelser
- Vurdering af relevans af iværksatte ikke-farmakologiske tiltag
- Diagnostiske og differentialdiagnostiske overvejelser
- Tydelig angivelse af indikation for medikamentel behandling
- Lægemidlets betegnelse, styrke, dosis og dispensering
- Behandlingens forventede mål
- Plan for opfølgning og monitorering af effekt og bivirkninger, herunder såvel klinisk som paraklinisk
- Hvornår, og i hvilke tilfælde, der skal ske ny vurdering ved speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, herunder hvornår der er planlagt vurdering og om der fx skal ske fornyet vurdering ved optræden af specifikke bivirkninger
- Vurdering af behov for psykoterapeutisk, pædagogisk eller social støtte

Ved vurdering af behandlingseffekt og planlægning af opfølgning skal lægen være særlig opmærksom på, at forværrede eller nyopståede symptomer kan være udtryk for bivirkninger til behandlingen, og ikke forværring af grundsygdommen.

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

2.2 Overgange

En række psykiske lidelser, der debuterer i barn- og ungdom, varer ved i voksenalderen. Der skal sikres faste rammer for overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til psykiatrien eller almen praksis. Speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri skal sikre, at der fastlægges en plan for denne overgang, som præciserer i hvilket regi, den fremtidige behandling skal finde sted, og hvilken behandlingsplan, der er lagt frem til overtagelse i nyt regi. Overgangsforløb kan med fordel fastlægges i et tværfagligt team med deltagelse af børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri og øvrige sundhedspersoner. Teamsamarbejdet bør have veletablerede rammer for samarbejdet, med klar ansvarsfordeling imellem de involverede faggrupper, f.eks. i et fast multidisciplinært team (MDT) med jævnlige konference, samt fastlagte retningslinjer og procedurer m.v.

3. Tilstande og behandlingsvalg

3.1 Depression, angst, OCD m.v.

Til behandling af depression, angsttilstande og OCD m.v. kan anvendes lægemidler af typen antidepressiva dvs. indenfor ATC-gruppe N06A.

3.1.1 Behandlingsvalg

Behandling med lægemidler er aldrig førstevalg ved depression, angsttilstande, OCD m.v. hos børn og unge. Psykosocial intervention i form af psykoedukation, psykoterapi og stressaflastning skal altid forsøges først, og er altid førstevalg ved angst, OCD og let til moderat depression. Såfremt medikamentel behandling overvejes, skal der være afprøvet relevante ikke-farmakologiske behandlinger af rimeligt omfang og varighed.

Medikamentel behandling af depression, angsttilstande, OCD m.v. hos børn og unge vil meget sjældent være indiceret, og da kun ved svære symptomer. Medikamentel behandling skal altid gives som supplement til psykosocial intervention, og kun såfremt denne ikke har tilstrækkelig effekt eller der er væsentlige faglige grunde til at den ikke kan gennemføres.

Selektive serotonin-genoptagshæmmere (SSRI) er førstevalg, og der vil kun meget sjældent være indikation for andre lægemidler. Til depressionsbehandling af børn er fluoxetin det eneste godkendte SSRI.

Kombinationsbehandling, hvor SSRI suppleres med antipsykotiske lægemidler, vil kun helt undtagelsesvist være indiceret, fx til børn og unge med svær OCD, hvor der har været utilstrækkeligt behandlingsrespons på SSRI-behandling.

3.1.2 Opfølgning

Ved opstart af behandling bør optrapning følge god klinisk praksis som beskrevet i produktresumé, kliniske retningslinjer m.v. Dosis indstilles til lavest mulige effektgivende niveau med efterfølgende justering afhængigt af terapeutisk respons.

Det kan tage op til 6-8 uger, før den fulde behandlingseffekt af antidepressiva opnås. I opstartsperioden kan der være forøget risiko for selvmordstanker eller -adfærd, og lægen skal derfor nøje informere barnet eller den unge om disse risici. Ligeledes skal forældre og andre omsorgspersoner instrueres nøje i, hvordan og for hvad de skal observere barnet eller den unge, som er i behandling med antidepressive lægemidler, især ift. selvmordstanker og -adfærd. Behandlingseffekt og bivirkninger, skal vurderes ved jævnlige kliniske kontroller, som skal beskrives i behandlingsplanen.

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

3.2 Psykotiske tilstande m.v.

Til behandling af skizofreni, andre psykotiske tilstande, bipolar affektiv sindslidelse m.v. hos børn og unge kan anvendes lægemidler af typen antipsykotika, dvs. indenfor ATC-gruppe N05A. I helt særlige tilfælde kan samme type lægemidler overvejes til behandling af andre tilstande som fx svær angst, Tourettes syndrom samt til kortvarig symptomatisk behandling af vedvarende aggression eller selvskadende adfærd hos børn og unge med udviklingsforstyrrelser eller mental retardering.

3.2.1 Behandlingsvalg

Ved behandling med antipsykotika hos børn og unge gælder generelt de samme forhold som præciseret for voksne⁵⁾, samtidig med at der vil være skærpede krav til omhu og samvittighedsfuldhed ved behand-

ling af børn og unge med denne gruppe lægemidler, som generelt har mange potentielle skadevirkninger, og hvor der er sparsom dokumentation for behandling af børn og unge.

Generelt er kun få antipsykotika godkendt til behandling af børn og unge.

Ved behandling med 2. generations antipsykotika er risikoen for ekstrapyramidale bivirkninger mindre end ved behandling med 1. generations antipsykotika mens metaboliske bivirkninger optræder hyppigere ved behandling med 2. generations antipsykotika. Valg af lægemiddel skal ske ud fra en samlet afvejning af effekt og bivirkninger i det konkrete tilfælde.

Der er ikke evidens for, at samtidig behandling med flere antipsykotika (polyfarmaci) medfører bedre effekt, men polyfarmaci medfører flere bivirkninger. Samtidig behandling med flere forskellige antipsykotiske lægemidler hos børn og unge skal derfor undgås, og ved utilstrækkelig behandlingseffekt bør i stedet overvejes dosisjustering eller lægemiddelskift, og ikke kombinationsbehandling.

3.2.2 Opfølgning

Som beskrevet i afsnit 2.1 skal der forud for opstart af medikamentel behandling, foreligge en grundig udredning, der er baseline for opfølgningen med fastlagte kontroller 2, 4, 8 og 12 uger efter opstart, hvor speciallægen skal sikre at der ved hvert besøg foretages en vurdering af:

- Behandlingseffekt
- Vægt
- Udvikling af ekstrapyramidale bivirkninger

Efter hver kontrol og vurdering skal speciallægen tage stilling til den fortsatte medikamentelle behandling.

Efter 4 og 12 uger vurderes desuden blodtryk, fastebldsukker/HbA1c og lipider.

Ved længerevarende behandling følges barnet eller den unge med kontroller hver 6. måned, hvor speciallægen skal sikre at følgende vurderes:

- Behandlingseffekt
- Vægt, højde, BMI og taljeomfang
- Blodtryk
- Fastebldsukker/HbA1c, lipider og prolaktin
- Udvikling af ekstrapyramidale bivirkninger eller malignt neuroleptikumsyndrom

Speciallægen skal ved opstart af behandling sørge for at der i relevant omfang fastlægges en plan for barnet eller den unges kost og fysiske aktivitet.

3.3 Akutte maniske episoder m.v.

Til behandling af akutte maniske episoder hos børn og unge med bipolar affektiv sindslidelse samt i profylaktisk øjemed kan anvendes lægemidler af typen stemningsstabiliserende lægemidler, som omfatter litium, visse antipsykotika og visse antiepileptika, herunder lamotrigin. I helt særlige tilfælde kan samme type lægemidler overvejes til behandling ved vedvarende aggression eller selvskadende adfærd hos børn og unge med udviklingsforstyrrelser eller mental retardering, hvor anden behandling ikke har haft effekt.

3.3.1 Behandlingsvalg

Ved behandling med stemningsstabiliserende lægemidler hos børn og unge gælder generelt de samme principper som for voksne⁶⁾, samtidig med at der vil være skærpede krav til omhu og samvittighedsfuldhed ved behandling af børn og unge med denne gruppe lægemidler, hvor der generelt er meget sparsom erfaring.

Litium kan have effekt i den akutte behandling af mani hos unge, mens øvrige stemningsstabiliserende lægemidler kan overvejes som led i profylaktisk behandling. Valproatbehandling frarådes generelt til børn og unge.

Der må ikke anvendes mere end et stemningsstabiliserende lægemiddel ad gangen.

3.3.2 *Opfølgning*

I mangel af kontrollerede langtidsundersøgelser er det fortsat uklart, hvor lang tid den profylaktiske behandling skal fortsætte og hvordan den bedst monitoreres. Generelt kan behandlingen med stemningsstabiliserende lægemidler opfølges efter principper og tidsintervaller som anført i afsnit 3.2.2, idet speciallægen dog altid skal fastlægge en individuelt tilrettelagt behandlings- og opfølgingsplan. Ved behandling med litium skal speciallægen i behandlingsplanen angive en plan for blodprøvekontrol af litiumbehandlingen.

3.4 *Hyperkinetiske forstyrrelser (herunder ADHD)*

Til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser, herunder ADHD, kan anvendes lægemidler indenfor ATC-gruppe N06B.

3.4.1 *Behandlingsvalg*

Lægemidler er aldrig førstevalg ved hyperkinetiske forstyrrelser, herunder ADHD. Psykologiske, pædagogiske og sociale tiltag med inddragelse af forældre, skole og daginstitution skal altid forsøges først. Såfremt medikamentel behandling overvejes, skal der være afprøvet relevante ikke-farmakologiske behandlinger af rimeligt omfang og varighed.

Medikamentel behandling af disse tilstande kan være indiceret hos børn og unge ved fortsat udtalt funktionshæmning i skole, fritid og hjem. Graden af funktionsnedsættelse skal vurderes ud fra en grunding klinisk vurdering og anamnese⁷⁾. Medikamentel behandling skal altid gives som supplement til psykosocial interventioner, og kun såfremt denne ikke har tilstrækkelig effekt eller der er væsentlige faglige grunde til at den ikke kan gennemføres.

Flere lægemidler der anvendes til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser er centralstimulerende. Centralstimulerende lægemidler kan være afhængighedsskabende, hvorfor der skal udvises særlig opmærksomhed hos unge med tidligere eller pågående stofmisbrug, ligesom overvejelser om risiko for misbrug bør indgå i lægemiddelvalget⁸⁾.

3.4.2 *Opfølgning*

Ved opstart skal speciallægen fastlægge en behandlingsplan, med kontroller efter hver dosisjustering og efterfølgende minimum hver 6. måned, hvor speciallægen skal sikre at der foretages vurdering af:

- Puls og blodtryk
- Højde og vægt
- Effekt og eventuelle bivirkninger, idet lægen bør være opmærksom på, at forværrede eller nye psykiske symptomer kan være udtryk for bivirkninger og ikke forværring af grundsygdommen
- Trivsel i skole- eller daginstitution samt ift. familie og nære relationer
- Evt. mistanke om at det/de ordinerede lægemidler ikke anvendes som ordineret

Behandlingsplanen skal indeholde en plan for, hvornår der skal ske ny lægekontrol samt for reaktion på evt. bivirkninger eller nye eller forværrede symptomer.

Hvert halve år skal speciallægen sikre, at der foretages en vurdering af effekt, bivirkninger, og hvor godt patienten overholder behandlingen. Speciallægen skal derudfra tage stilling til den fortsatte behandling⁹⁾.

3.5 Søvnforstyrrelser, svær angst m.v.

Til behandling af søvnforstyrrelser, svær angst, akut agitation m.v. hos børn og unge kan anvendes angstdæmpende og søvnfremkaldende lægemidler, herunder melatonin, benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler.

3.5.1 Behandlingsvalg

Lægemidler er aldrig førstevalg ved søvnforstyrrelser hos børn og unge. Generelt skal man være meget tilbageholdende med medikamentel behandling. Såfremt medikamentel behandling overvejes, skal der være afprøvet relevante ikke-farmakologiske behandlinger af rimeligt omfang og varighed. Søvnhygiejniske tiltag bør være afprøvet, som fx faste sengetider, at barnet eller den unge ikke udsættes for blåt skærmlys lige før sengetid, og i udvalgte tilfælde tiltag som kugle/kædedyne m.v. Inden opstart af behandling skal der foretages søvnregistrering i minimum 14 dage.

Melatoninholdige lægemidler er generelt ikke godkendte til behandling af børn og unge, udover et enkelt præparat som er på en meget snæver indikation.

Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler kan helt undtagelsesvis, og kun efter nøje specialistvurdering, være indiceret til behandling af børn og unge med svær angst eller akut agitation som led i psykotiske tilstande. Børn og unge med OCD og angsttilstande må ikke behandles med benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler

Hvis der findes indikation for behandling med benzodiazepiner, bør der vælges et benzodiazepin med kort halveringstid.

3.5.2 Opfølgning

Behandling med melatonin skal være kortvarig og skal altid revurderes efter henholdsvis 14 dage og igen efter 3 mdr. Ved sparsom eller ingen effekt skal lægemidlet seponeres. Ved god effekt og fortsat behandling skal behandlingseffekt samt -plan revurderes ved speciallæge minimum hver 6. måned. Behandlingseffekten skal vurderes med fornyet søvnregistrering. Ved seponering skal melatonin udtrappes over tid.

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

4. Ophævelse

Vejledningen træder i kraft d. 19. august 2019 og erstatter vejledning nr. 9194 af 11. april 2013 og vejledning nr. 9726 af 9. juli 2019 om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser.

Sundhedsstyrelsen, den 9. juli 2019

SØREN BROSTRØM

/ Marlene Øhrberg Krag

- 1) Bekendtgørelse nr. 1141 af 13/09/2018 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17.
- 2) Jf. Sundhedsstyrelsens gældende specialevejledning
- 3) Bekendtgørelse nr. 359 af 04/04/2019 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. og vejledning nr. 161 af 16/09/1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- 4) I henhold til DCS holdningspapir, 2017, nr. 3, Mulig kardiovaskulær risiko hos børn, unge og voksne ved medicinsk behandling af ADHD
- 5) Vejledning nr. 9276 af 06/05/2014 om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser
- 6) Vejledning nr. 9899 af 11/11/2014 om behandling af voksne med antidepressive lægemidler
- 7) National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge, Sundhedsstyrelsen, 2018
- 8) Vejledning nr 9523 af 19/06/2019 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler
- 9) National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge, Sundhedsstyrelsen, 2018