

# Bruk av psykofarmaka hos barn og unge (HØRINGSUTKAST)

Nasjonale faglige råd

---

Først publisert: 09. juni 2021

Sist faglig oppdatert: 09. juni 2021



# Innhold

|   |  |
|---|--|
| 1. Barns rettigheter, samtykke og pasientmedvirkning .....          |  |
| 2. Kompetanse .....   |  |
| 3. Behandlingsvalg .....  |  |
| 4. Oppfølging .....   |  |
| 5. Overføring til andre tjenestenivåer .....                        |  |
| 6. Depressive lidelser, angstlidelser og tvangslidelser (OCD) ..... |  |
| 7. Psykoselidelser, Tourettes syndrom og bipolare lidelser .....    |  |
| 8. ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse .....                            |  |
| 9. Søvnlidelser .....   |  |
| 10. Om de faglige rådene .....                                      |  |

# Barns rettigheter, samtykke og pasientmedvirkning

## Barn og unge som pasienter

Når pasienten er et barn eller ungdom under myndighetsalder vil det vanligvis være naturlig at foreldre deltar og medvirker i utredning og behandling. Noen barn/ungdommer kan imidlertid ha behov for å møte behandler alene. Behandler må vurdere behovet og tilrettelegge for slike møter dersom pasienten ønsker dette.

I de nasjonale faglige rådene benyttes betegnelsen foreldre om den eller de som har foreldreansvar for barnet eller ungdommen. Barnevernet kan også ha en rolle hvis de har overtatt omsorgen for barnet, se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 sjette ledd og § 4-4 fjerde ledd. Behandler må avklare hvem som har hvilke roller.

## Samtykke til helsehjelp

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 lovfester det generelle kravet til informert samtykke som rettsgrunnlag for å yte helsehjelp. Pasientens samtykke er bare gyldig dersom pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a) personer over 18 år, med mindre annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse
- b) personer mellom 16 og 18 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art
- c) personer mellom 12 og 16 år, når det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, ikke er informert om, jf. § 3-4 annet eller tredje ledd, eller det følger av tiltakets art.

**Bokstav a** slår fast hovedregelen om at personer over 18 år har kompetanse til å treffe avgjørelse i helsemessige spørsmål.

**Bokstav b** fastsetter den "helserettslige myndighetsalder" til 16 år, med mindre unntak er gjort i lov eller noe annet fremkommer av tiltakets art. Bestemmelsen bygger på en forutsetning om at det kan være personlige helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdoms rådighetsfære også før fylte 16 år. Motsatt kan det også være avgjørelser som ikke bør tas før den alminnelige myndighetsalderen på 18 år. Eksempel på dette er deltakelse smertefull eller risikofyllt behandling og behandling som er irreversibel, herunder plastisk kirurgi. Det er da nødvendig med samtykke fra foreldre eller andre som har foreldreansvaret for å få gjennomført slike inngrep for ungdom under 18 år.

**Bokstav c** regulerer de begrensede tilfellene der barn mellom 12 og 16 år har selvstendig samtykkekompetanse. Det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret ikke er informert om etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre eller tredje ledd *eller* dersom det følger av «tiltakets art».

Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres ikke ønsker dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd. Det er altså adgang til å tilbakeholde informasjon fra foreldrene i visse tilfeller. I de tilfeller foreldre ikke får informasjon om helsehjelpen vil de ikke ha forutsetning for å samtykke til helsehjelpen

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av psykiske forstyrrelser, åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd,. Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

Fra barnet er i stand til å danne seg egne synspunkter på helsehjelpen skal barnet få informasjon og mulighet til å si sin mening før samtykke gis. Det gjelder senest fra barnet fyller 7 år. Det skal legges vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet. Fra barnet er 12 år skal det legges stor vekt på hva barnet mener. Det innebærer at barn må få informasjon som er tilpasset alder, modenhet og erfaring, slik at de kan gjøre seg opp en mening.

## **Samtykke på vegne av barn**

Foreldrene eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Dette gjelder likevel ikke for pasienter mellom 12 og 16 år som kan samtykke etter § 4-3 første ledd bokstav c, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4- første ledd.

## **Samtykke på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse**

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse, jf pasient- og brukerrettighetsloven § 4-5.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn mellom 16 og 18 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Helsehjelp kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

## **Medvirkning til helsehjelp**

Rett til medvirkning og informasjon er grunnleggende pasient- og brukerrettigheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Medvirkningsretten innebærer at pasient eller bruker som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke ved gjennomføringen. Dette gjelder også når pasient eller bruker er barn. Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient eller bruker på den ene siden og helse- og omsorgspersonell på den andre siden.

Første ledd andre setning gir pasienten eller brukeren rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige tjenestemetoder og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette innebærer imidlertid ikke at pasienten eller

brukeren gis rett til å velge hvilken metode som skal benyttes dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig. Valget mellom ulike metoder kan for eksempel stå mellom en kort, men smertefull metode, en langvarig metode, men uten smerter av betydning, og en metode som har en viss lengde og er noe smertefull, men hvor behandlingsresultatet er mer usikkert.

For pasienten kan det være vanskelig å velge i situasjoner hvor det ene alternativet ikke har klare fordeler eller ulemper. Retten til å medvirke øker dermed kravene til informasjon fra det behandelende helsepersonellet. I det ovennevnte eksempelet bør helsepersonellet gi pasienten en anbefaling om hvilken metode som i sum vil være den beste.

Retten til å medvirke vil ikke under noen omstendighet fritta helsepersonellet fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig behandling av pasienten. Helsepersonellet kan ikke la pasienten eller brukeren velge et alternativ som ikke er forsvarlig faglig sett, jf. helsepersonelloven § 4. En del av medvirkningsretten er å la pasienten få mulighet til å gi sin vurdering av helsehjelpen i forbindelse med videre oppfølging av pasienten, for eksempel ved å spørre om pasienten responderer på behandling eller om annen type behandling skal forsøkes.

Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

## Informasjon om helsehjelpen

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd. Informasjon er en nødvendig forutsetning for både å kunne utøve medvirkningsretten og for å kunne gi gyldig samtykke til helsehjelp. Pasienter har også rett til informasjon dersom de blir påført skade, eller alvorlige komplikasjoner i forbindelse med behandlingen.

Pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, det vil si den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes. Kvalitetskravene som stilles skal tilfredsstillende kravet om informert samtykke i § 4-1, og kravet til forsvarlig behandling i helsepersonelloven § 4. Informasjonen må videre være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning, herunder medvirke ved valg av helsehjelp der det er mer enn ett alternativ.

Er pasienten eller brukeren under 16 år, skal både pasienten eller brukeren og foreldrene eller andre som har foreldreansvaret informeres, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4. Barnet selv har uavhengig av alder krav på informasjon om sin tilstand og om behandlingen, se § 3-2 og merknaden til den. Opplysningene må gis i samarbeid med foreldre eller andre med foreldreansvar og i en form som er tilpasset barnets alder og utvikling.

De som har foreldreansvar, har både rett og plikt til å ta avgjørelser på vegne av barn og unge når det gjelder personlige forhold, men de må trekke inn barn og unge selv etter hvert som de utvikler seg. I de aller fleste tilfeller er det foreldrene eller andre som har foreldreansvaret som er barn og unge sine nærmeste og som har de beste forutsetningene til å ta vare på dem.

For barn og unge vil det vanligvis være helt naturlig og ønskelig at foreldrene blir informerte. Dess yngre barna er, dess viktigere er det at omsorgspersonene får grundig og god informasjon om den hjelpen som blir gitt til barna, for å kunne bidra til å ta vare på og følge de opp på best mulig måte.

Pasienter over 16 år kan som hovedregel velge om de ønsker å involvere foreldre eller andre som har foreldreansvaret, en foreldre har likevel krav på informasjon som er nødvendig for å ivareta foreldreansvaret for barn fram til de er 18 år. Dette kan for eksempel være informasjon om mer alvorlige psykiske lidelser, fare for alvorlig selvskading, bruk av ulovlige rusmidler, opplysninger om selvmordsfare og innleggelse i døgnavdeling.

Ved oppstart av legemiddelbehandling som krever særlig oppmerksomhet om potensielt alvorlige bivirkninger i oppstartsfasen, som for eksempel selvmordsrisiko og angst, bør det være avklart hvilke voksenpersoner i barnets/den unges daglige hverdag som følger med på symptomer.

Dersom behandler vurderer at foreldrene må få informasjon mot pasientens vilje, må behandler orientere pasienten om dette før informasjon gis til foreldrene. Det bør også avklares med pasienten hvordan informasjonen skal gis.

## Mer om medvirkning, samtykke og informasjon

- Beskrivelse av hvordan bestemmelse om rett til medvirkning og informasjon kan følges opp i klinisk virksomhet: [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#)
- Informasjon til pasientene:
  - [Rettigheter i psykisk helsevern for deg under 16 år](#)
  - [Rettigheter i psykisk helsevern for deg mellom 16 og 18 år](#)
- Informasjon til foreldrene: [Pårørendes rettigheter – Informasjon til pårørende av pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer](#)
- Informasjon til helsepersonell: [Pårørendes rettigheter – En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak](#)
- Råd til helsepersonell om kontakt med ungdom: [10 råd fra Ungdomsrådet til helsepersonell](#)

# Kompetanse

---

## Råd

### **Lege i spesialisthelsetjenesten bør være den som vurderer og iverksetter behandling med psykofarmaka hos barn og unge.**

Lege som vurderer og iverksetter behandling med psykofarmaka

Psykofarmaka er legemidler med psykoaktive substanser som påvirker mentale prosesser. Inkluderer her legemidler ved ADHD og søvnlidelser.

bør være en del av et tverrfaglig team innen psykisk helsevern for barn og unge

Barn og unge er her definert som personer under 18 år.

. Det bør fastsettes en rutine for samarbeid om pasienten og en klar ansvarsfordeling i teamet. I særskilte tilfeller kan fastlege med nødvendig kompetanse iverksette behandling med psykofarmaka til barn og unge der det ikke er mulig å få en vurdering i spesialisthelsetjenesten innen forsvarlige tidsrammer. Fastlege må konferere med lege i spesialisthelsetjenesten i forkant av oppstart dersom fastlege ikke har tilstrekkelig kompetanse, samt sikre at barnet/den unge snarest mulig blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Fastlegen skal dokumentere vurderinger som er gjort og hvem i spesialisthelsetjenesten som er blitt konferert.

#### **Sentralstimulerende legemidler ved ADHD**

Oppstart av behandling med sentralstimulerende legemidler skal skje av lege med spesialistgodkjenning, eller lege i spesialisering, innen spesialitetene barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri, nevrologi eller rus- og avhengighetsmedisin.

#### **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

##### **Sammendrag**

Krav om kompetanse for iverksetting av behandling med psykofarmaka følger av [krav om faglig forsvarlighet i Helsepersonelloven](#). Se [Helsedirektoratets rundskriv om Helsepersonelloven](#) for nærmere begrunnelse.

Leger har rett til å rekvirere legemidler jf. [Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler i apotek](#) (Endres til forskrift om legemiddelrecepter og rekvisisjoner når denne iverksettes). Å vurdere og starte behandling med psykofarmaka hos barn og unge krever spesialisert medisinsk kompetanse og bør skje i regi av spesialisthelsetjenesten jmfør [§ 4. Forsvarlighet - Helsedirektoratet](#).

Kompetansekrav for leger som kan rekvirere sentralstimulerende legemidler: [Rekvirering av sentralstimulerende legemidler - Helsedirektoratet](#)



## Behandlingsvalg

---

### Råd

**Som hovedregel er legemiddelfrie behandlingstiltak førstevalg ved behandling av psykiske lidelser hos barn og unge. Lege skal vurdere eventuell effekt av denne behandlingen før oppstart med psykofarmaka.**

Før ordinering av behandling med psykofarmaka hos barn og unge

Barn og unge er her definert som personer under 18 år.

skal behandlende lege

Behandlende lege er lege med ansvar for behandlingen med psykofarmaka.

vurdere effekt av eventuelle legemiddelfrie behandlingstiltak og andre tiltak individuelt ut fra en helhetsvurdering av varighet og oppfølging senest 3 måneder etter oppstart. Denne vurderingen bør gjøres av lege i spesialisthelsetjenesten, jamfør [råd om kompetanse](#).

Ved akutte tilstander kan det være aktuelt med oppstart av psykofarmaka, samtidig med at andre tiltak iverksettes.

### Plikt til å føre journal

Lege skal dokumentere begrunnelse for valg av behandling med psykofarmaka jamfør [helsepersonellovens §39](#). Utførlig begrunnelse etter journalforskriften § 6 bokstav g) er særlig viktig der man starter behandling med psykofarmaka uten å ha forsøkt legemiddelfrie behandlingstiltak. I eventuelle klagesaker eller ved tilsyn bør lege være forberedt på å begrunne sine valg.

### Praktisk – slik kan rådet følges

- Vurder tidligere og/eller pågående legemiddelfri behandling ut fra
  - om type behandling er i samsvar med diagnose og symptomer
  - varighet av behandling
  - hvilke type helsepersonell som har vært involvert i behandling og oppfølging av denne
- Iverksett legemiddelfrie behandlingstiltak i forkant av behandling med psykofarmaka dersom dette ikke er forsøkt. Valg av behandling avhenger av symptombeskrivelse, tilstand eller diagnose.
- Les om relevante legemiddelfrie behandlingstilvalnalternativer som bør gis samtidig med behandling med psykofarmaka:

- **Helsedirektoratets normerende produkter:** Råd og anbefalinger på områder med behov for nasjonal normering eller der det er ønskelig å gi nasjonale råd og praktiske eksempler relatert til pasienter og befolkning
  - [Nasjonal faglig retningslinje ADHD](#)
  - Pakkeforløp ADHD når denne publiseres
  - [Nasjonal faglig retningslinje utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser](#)
  - [Pakkeforløp psykoselidelser](#)
  - [Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten](#) (unge over 18 år)
- **Tiltakshåndboka:** Oppsummert kunnskap om effekt av behandlingsformer basert på forskningsbaserte retningslinjer og systematiske oversikter. Håndboka er utarbeidet av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (Helseregion Øst og Sør) etter oppdrag fra Helsedirektoratet
- **Insum:** Database for systematiske oversikter om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse og velferd

## Begrunnelse – dette er rådet basert på

### Sammendrag

Forskningsdokumentasjonen for behandling med psykofarmaka hos barn og unge med psykiske lidelser og utviklingsforstyrrelser er varierende på tvers av indikasjoner og alder. For flere av legemidlene i gruppen psykofarmaka er forskningsdokumentasjonen svært begrenset og av dårlig kvalitet. Legemidlers mulige risiko i form av bivirkninger på kort og lengre sikt må veies mot forventet nytte som det foreligger i dokumentasjonen. Dagens kliniske bruk kan være basert på vitenskapelig dokumentasjon for annen klinisk bruk som for eksempel hos voksne eller annen indikasjon. Med begrenset forskningsdokumentasjon om mulige langtidsvirkninger av psykofarmaka hos barn og unge og at det skjer fysiologiske endringer i oppveksten unge bør minst inngripende tiltak velges i henhold til [krav om faglig forsvarlighet i helsepersonelloven](#). Se [Helsedirektoratets rundskriv om helsepersonelloven](#) for nærmere begrunnelse.

### Referanser

- *Barn og legemidler.* (2017) [nettdokument]. Oslo: legemiddelhandboka.no. Hentet 20. mai 2021, fra [https://www.legemiddelhandboka.no/G9/Barn\\_og\\_legemidler](https://www.legemiddelhandboka.no/G9/Barn_og_legemidler)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Prop. 121 S (2018-2019): Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>

---

## Råd

**Lege skal avgjøre indikasjon for behandling med psykofarmaka hos barn/unge med utgangspunkt i utredning og individuell vurdering av klinisk status og behov.**

## Utredning

Lege skal avgjøre indikasjon for behandling med psykofarmaka

Psykofarmaka er legemidler med psykoaktive substanser som påvirker mentale prosesser. Inkluderer her legemidler ved ADHD og søvnlidelser.

hos barn og unge

Barn og unge er her definert som personer under 18 år.

med utgangspunkt i utført utredning. Utredningen skal være tverrfaglig og omfatte psykisk og somatisk undersøkelse av pasienten og en vurdering av barnets/den unges:

- Psykiske og somatiske sykehistorie
- Erfaring med legemidler og/eller rusmidler, inkludert bruk av tobakk og rusmiddeleksponering under svangerskapet
- Diagnose, differensialdiagnostikk og komorbide tilstander
- Tidligere eller pågående legemiddelfri behandling jamfør [råd om dette](#)

### Vurderinger ved valg av psykofarmaka

Behandelnde lege

Behandelnde lege er lege med ansvar for behandlingen med psykofarmaka.

skal foreta en individuell vurdering ved ordinerer av psykofarmaka

Psykofarmaka er legemidler med psykoaktive substanser som påvirker mentale prosesser. Inkluderer her legemidler ved ADHD og søvnlidelser.

til barn og unge

Barn og unge er her definert som personer under 18 år.

. Vurderingen skal innbefatte:

- Indikasjon
- Kontraindikasjon
- Forventet nytte av legemidlet
- Risiko for bivirkninger, inkludert langtidsbivirkninger

- Mulige interaksjoner med øvrige legemidler og eventuelle rusmidler, inkludert tobakk
- Vitenskapelig dokumentasjon eller bred faglig konsensus for legemiddelets medisinske indikasjon

#### Behandlerende lege

Behandlerende lege er lege med ansvar for behandlingen med psykofarmaka.

bør tilstrebe valg av psykofarmaka med godkjent preparatomtale i henhold til aktuell indikasjon, men kan iverksette behandling med psykofarmaka uten slik godkjenning på grunnlag av en grundig vurdering av barnets/den unges kliniske status og medisinske behov.

#### **Plikt til å føre journal**

Lege skal dokumentere begrunnelse for valg av behandling med psykofarmaka jmfør [helsepersonellovens §39 Plikt til å føre journal](#). Utførlig begrunnelse etter journalforskriften § 6 bokstav g) er særlig viktig der man starter behandling med psykofarmaka uten å ha forsøkt legemiddelfrie behandlingstiltak. I eventuelle klagesaker eller ved tilsyn bør lege være forberedt på å begrunne sine valg.

#### **Pasientmedvirkning**

Lege skal ved valg av behandling sikre pasientens rett til medvirkning og informasjon jmfør [lov om pasient- og brukerrettigheter](#) og [kapittel om samtykke og pasientmedvirkning](#).

#### **Praktisk – slik kan rådet følges**

##### *Utredning*

Følg anbefalinger og praktiske råd om utredning i andre produkter, se lenker under.

##### Generelt

- [Pakkeforløp psykiske lidelser – barn og unge: kartlegging og utredning](#)
- [Nasjonal veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)
- [Tiltakshåndboka, RBUP Øst og Sør: overordnet om utredning av barn og unge](#)

Ved psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling

- [Nasjonal faglig retningslinje psykoselidelser](#)
- [Pakkeforløp for psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne: kartlegging og utredning](#)

Ved ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse

- [Nasjonal faglig retningslinje for ADHD: utredning og diagnostikk av ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse](#)
- Pakkeforløp ADHD (lenke når publiseres)

#### ***Vurderinger ved valg av psykofarmaka***

## Kartlegging før oppstart med psykofarmaka

- Innhent fullstendig oversikt over legemiddelbruk i samtale med barnet/den unge og foreldre, samt kilder som kjernejournal og reseptformidler
- Vær oppmerksom på at bruk av flere legemidler samtidig øker risikoen for legemiddelinteraksjoner og -bivirkninger. Interaksjoner oppstår ikke bare ved samtidig behandling med to eller flere legemidler, men kan også, avhengig av det seponerte legemidlets halveringstid, oppstå i kortere eller lengre tid etter avsluttet behandling med dette. Legemidler kan ha modersubstans eller metabolitter med ekstremt lang halveringstid (Legemiddelhåndboka, 2019). I slike tilfeller, som for eksempel ved fluoksetin, er interaksjoner beskrevet i uker og måneder etter seponering
  - Les mer om interaksjoner i [Legemiddelhåndboka](#)
  - Identifiser behov for og utfør eventuelt interaksjonssøk: [Interaksjonssøk, Statens Legemiddelverk](#)
- Identifiser behov for legemiddelgjennomgang
  - Nasjonale faglige råd legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang (lenke når publiseres)
  - [Legemiddelgjennomgang, Statens Legemiddelverk](#)

## Supplerende informasjon ved valg av psykofarmaka

Vær oppmerksom på varierende omfang og kvalitet på forskningsdokumentasjonen for behandling med psykofarmaka på ulike indikasjoner hos barn og unge. Det er usikkerhet knyttet til forventet nytte og risiko for den enkelte pasient, samt at det ikke kan forutsies hvem som vil ha nytte av slik behandling

Benytt faglig anerkjente kilder ved valg av behandling med psykofarmaka hos barn og unge, se forslag under

- **Helsedirektoratets normerende produkter:** Råd og anbefalinger til helsetjenesten og befolkningen på områder med behov for nasjonal normering eller der det er ønskelig å gi nasjonale råd og praktiske eksempler relatert til pasienter og befolkning
  - [Nasjonal faglig retningslinje for ADHD](#)
  - [Nasjonal faglig retningslinje psykoselidelser](#)
  - [Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten](#) (unge over 18 år)
  - [Nasjonal veileder utprøvende behandling](#)
- [Legemiddelsøk, Statens Legemiddelverk](#): Database med legemidler som er godkjent i Norge. Inneholder blant annet lenke til legemidlenes preparatomtale (SPC)
- [Kunnskapsbasert oppslagsverk om legemidler til barn \(KOBLE\)](#): Oppslagsverk med uavhengig informasjon om dosering og bruk av legemidler til barn. Angir i tillegg om doseringsanbefaling er utenfor norsk myndighetsgodkjenning
- [Tiltakshåndboka](#): Oppsummert kunnskap om effekt av behandlingsformer basert på forskningsbaserte retningslinjer og systematiske oversikter. Håndboka er utarbeidet av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (Helseregion Øst og Sør) etter oppdrag fra Helsedirektoratet
- [Norsk Legemiddelhåndbok](#): Terapirettet oppslagsbok om legemidler som behandlingalternativ

## For annen informasjon om psykofarmaka til barn og unge

- [RELIS](#): Produsentuavhengig legemiddelinformasjon for helsepersonell. Nettsiden publiserer legemiddelrelaterte nyheter og problemstillinger og gir tilgang til en gratis, søkbar spørsmål-svar database som er beregnet for helsepersonell
- [Ungsinn](#): Elektronisk vitenskapelig tidsskrift om tiltak for barn og unges psykiske helse

## Legemidler utenfor godkjent preparatomtale ("off-label")

Dersom barnet/den unge skal behandles med legemidler utenfor godkjent preparatomtale

- Gjør en grundig vurdering av forventet effekt hos barnet/den unge målt mot risiko for eventuelle bivirkninger
- Ta utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis. Bred faglig konsensus er et minimum der kunnskapsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig
- Følg de nasjonale prinsippene for utprøvende behandling i tilfeller hvor legemidlet ikke anses å være et etablert behandlingsalternativ basert på bred faglig konsensus. Hovedregelen er at slik behandling gjøres i kliniske studier, se [Nasjonal veileder for utprøvende behandling](#).
- Vær oppmerksom på et særskilt ansvar for dokumentasjon, oppfølging og overvåking som behandlingen med legemidler uten godkjent preparatomtale medfører
- Informer om hva behandling med legemidler utenfor godkjent preparatomtale er og hvorfor behandlingen vurderes
- Les om individuell stønad til ikke-forhåndsgodkjente legemidler: [Vedlegg 1 til § 5-14 legemiddellisten](#)
- Les mer om legemidler utenfor godkjent preparatomtale i for eksempel [Prescribing unlicensed medicines](#)

## Kardiologisk vurdering

Henvis til kardiologisk vurdering før behandling med psykofarmaka som kan påvirke kardiovaskulær risiko ved:

- Symptomer på hjertesykdom eller tidligere gjennomgått hjerteoperasjon hos barnet eller den unge
- Arvelig hjertesykdom i slekten
- Ved blodtrykk over 95-percentilen for alder
- Dersom barnet eller den unge bruker andre legemidler som medfører økt kardiovaskulær risiko
- Se preparatomtale for de respektive legemidler: [Legemiddelsøk](#), [Statens Legemiddelverk](#)

### *Pasientmedvirkning*

Informere og inkluder barnet/den unge og foreldre jamfør kapittel 3 i Pasient- og brukerrettighetsloven

- Ved flere samtidige sykdomstilstander, diskuter med barnet/den unge og foreldre hvilke symptomer som det er viktigst å lindre med legemidler
- Gi informasjon om
  - forventet effekt, mulig risiko og bivirkninger, inkludert langtidsbivirkninger
  - konsekvenser av brå seponering dersom dette er aktuelt
  - hvordan legemidlet påvirkes av eventuell samtidig rusmiddelbruk
  - råd om levevaner der hvor legemidler kan påvirke allmenn helsetilstand (vektøkning, søvn med mer)

- Benytt utarbeidet informasjon til pasient og pårørende om legemidler til barn/unge, for eksempel:
  - [Nettverk for legemidler til barn](#)
  - Lenke til Norsk Legemiddelhandbok når siden med kortfattet legemiddelinformasjon til pasient/pårørende er publisert.
- Tilpass informasjonen etter mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Still spørsmål som avdekker om informasjonen er forstått
- Gi felles informasjon til barnet/den unge og foreldre for å sikre åpenhet, tillit og samarbeid om valg av behandling
- Gi jevnlig tilpasset informasjon ved langvarig legemiddelbehandling for å bidra til at barnet/den unge eventuelt kan settes i stand til å følge opp og monitorere egen behandling
- Evaluer behandlingen sammen med pasienten og foreldre jamfør [råd om oppfølging](#)

## Begrunnelse – dette er rådet basert på

### Sammendrag

### Faglig forsvarlighet

Krav om forholdsmessig utredning og individuell vurdering, tverrfaglig samarbeid og kunnskapsbasert behandlingsvalg følger av [krav om faglig forsvarlighet i Helsepersonelloven](#). Se [Helsedirektoratets rundskriv om Helsepersonelloven](#) for nærmere begrunnelse.

Forskningsdokumentasjonen for behandling med psykofarmaka hos barn og unge med psykiske lidelser og utviklingsforstyrrelser er varierende på tvers av indikasjoner og alder. (Myhr et al., 2019) For flere av legemidlene i gruppen psykofarmaka er forskningsdokumentasjonen svært begrenset og av dårlig kvalitet. Mulige risiko i form av bivirkninger på kort og lengre sikt må veies mot forventet nytte som foreligger i legemidlenes dokumentasjon. Dagens kliniske bruk kan være basert på vitenskapelig dokumentasjon for annen klinisk bruk som for eksempel hos voksne eller annen indikasjon. På grunn av begrenset forskningsdokumentasjon om mulige langtidsvirkninger av psykofarmaka hos barn og unge og at det skjer fysiologiske endringer i oppveksten, bør minst inngripende tiltak velges. Samtidig kan, i følge NICE guideline, psykiske lidelser, som depresjon, i unge år påvirke utviklingen i negativ retning og redusere terskelen for senere symptomer, slik at det kan være et medisinsk behov for å forsøke behandling med psykofarmaka hos denne gruppen.

### Legemidler utenfor godkjent preparatomtale (off-label)

Behandling med legemidler utenfor godkjent preparatomtale er generelt høy i den pediatriske populasjonen. Rapporten "Study on off-label use of medicinal products in the European Union" viser til at 13-69 % av legemiddelbehandling til barn på sykehus er "off-label". En masteroppgave om forskrivningspraksis og bruk av psykofarmaka utenfor godkjent preparatomtale i psykisk helsevern for barn og unge viser til tall fra reseptregisteret som viser at 54 % av psykofarmaka og legemidler ved ADHD som ble utlevert fra apotek til barn og unge i 2019 var utenfor godkjent preparatomtale. Dette samsvarer med funn fra spørreundersøkelse blant barne- og ungdomspsykiatere i samme masteroppgave som viser at 45 % av førstevalgbehandling blant psykofarmaka til barn og unge er utenfor godkjent preparatomtale. (Rosland, 2021).

Legemiddelmyndigheter vurderer søknadsdokumentasjon innsendt av en legemiddelprodusent om et legemiddels nytte og risiko på en gitt indikasjon for markedsføringstillatelse. Legers rekvireringsrett er ikke begrenset til legemidler som er myndighetsgodkjent og som er markedsført i Norge. Lege skal dokumentere begrunnelse av valg av behandling med psykofarmaka jamfør [helsepersonellovens §39](#)

[Plikt til å føre journal](#). Etterlevelse av journalplikten jamfør journalforskriften §6 bokstav g. er spesielt viktig ved indikasjon eller dosering utenfor godkjent preparatomtale. I eventuelle klagesaker eller ved tilsyn bør lege være forberedt på å begrunne sine valg.

Fra [Veileder for utprøvende behandling til pasienter utenfor og i kliniske studier](#):

Med utprøvende behandling menes all behandling der effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert til at behandlingen kan inngå i det ordinære behandlingstilbudet. Det betyr at utprøvende behandling dekker både behandling som prøves ut i kliniske studier og behandling som gis utenfor kliniske studier. Kliniske studier sikrer utvikling av nye og effektive behandlingsmetoder på en kontrollert måte. Kliniske studier bidrar til oppdatert kunnskap om sikkerhet og effekt av ny behandling, og bidrar til kunnskap om behandlingsresultater i klinisk praksis. Dette gjelder både legemidler, medisinsk utstyr og kirurgiske prosedyrer.

## Pasientmedvirkning

Rett til medvirkning og informasjon er grunnleggende pasient- og brukerrettigheter, lovfestet i [pasient- og brukerrettighetslovens](#) kap. 3 og 4. Barnets evne og mulighet til samtykke utvikles gradvis med alder. Helsedirektoratets [rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven](#) gir nærmere informasjon om hvordan barnets rett til medvirkning og informasjon og samtykkekompetanse forstås.

Grunnloven og barnekonvensjonen gir barn og unge grunnleggende rett til å si sin mening i saker som vedrører dem. Samtidig er ofte foreldre avgjørende for å finne frem til gode løsninger i barn og unges liv, også når det er behov for hjelp fra noen utenfor familien (Prop. 121 S). Helsepersonell som yter helsehjelp har en plikt til å gi informasjon, jamfør [helsepersonelloven kapittel 2 §10](#) første ledd. Tilstrekkelig og tilpasset informasjon er en forutsetning for at pasientens rett til medvirkning kan oppfylles. Fra rundskriv til [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1](#): En del av medvirkningsretten er å la pasienten få mulighet til å gi sin vurdering av helsehjelpen i forbindelse med videre oppfølging av pasienten, for eksempel ved å spørre om pasienten responderer på behandling eller om annen type behandling skal forsøkes. Dersom helsehjelpen evalueres av helsetjenesten, skal pasientene så langt det er mulig trekkes inn i evalueringen for å sikre en erfaringstilbakeføring.

Informasjonen skal jf. § 3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, inkludert alder og modenhet. Barn og unge er i rask vekst og utvikling, og de individuelle forutsetningene for å forstå og medvirke i behandlingen vil endre seg underveis i et behandlingsforløp av en viss varighet. Informasjon om behandlingen må derfor gjentas med rimelig hyppighet slik at barnet sikres rett til medvirkning, samtidig som barnet settes i stand til å medvirke i behandlingen og monitorere egen tilstand.

## Referanser

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Prop. 121 S (2018-2019): Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>
- National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management. London, UK: 2019. NICE guideline [NG134]. Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>



- Prescribing unlicensed medicines. (2021) [nettdokument]. London, UK: General Medical Council. Hentet 16. Mars 2021, fra <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-practice-in-prescribin>
- Rosland, H. G. (2021). Psykofarmaka i barne-ungdomspsykiatri [upublisert], Universitetet i Bergen, Bergen
- Study on off-label use of medicinal products in the European Union. (2019). (ISBN 978-92-7968445-6). Luxembourg: European Commission

---

## Råd

**Lege skal sikre at behandling med psykofarmaka hos barn/unge er del av et helhetlig behandlingsforløp og inngår i pasientens behandlingsplan.**

### Helhetlig behandlingsforløp

Lege som iverksetter behandling med psykofarmaka

Psykofarmaka er legemidler med psykoaktive substanser som påvirker mentale prosesser. Inkluderer her legemidler ved ADHD og søvnlidelser.

hos barn og unge

Barn og unge er her definert som personer under 18 år.

skal sikre at legemiddelbehandlingen suppleres med andre legemiddelfrie behandlingstiltak.

## Behandlingsplan

Behandelnde lege

Behandelnde lege er lege med ansvar for behandlingen med psykofarmaka.

skal sikre at ordinering av psykofarmaka inngår i pasientens behandlingsplan jamfør [Pakkeforløp psykisk helse - barn og unge](#).

Behandlingsplanen skal

- Være skriftlig og utarbeides i samarbeid med barnet/den unge og begrepsdefinisjon innholdselement="a51a890a-0633-4166-a192-9e1b993f0449"]
- Følge barnet/den unge ved overgang til annen tjeneste eller tjenestenivå

## Praktisk – slik kan rådet følges

### Supplerende behandlingstiltak

Vurder tidligere og/eller pågående behandling ut fra

- Om type behandling er i trå med diagnose og symptomer
- Varighet av behandling
- Hvilke type helsepersonell som har vært involvert i behandling og oppfølging av denne

Valg av behandling avhenger av symptombeskrivelse, tilstand eller diagnose. Les om relevante legemiddelfrie behandlingsoalternativer som bør gis samtidig med behandling med psykofarmaka:

- **Helsedirektoratets normerende produkter:** Råd og anbefalinger på områder med behov for nasjonal normering eller der det er ønskelig å gi nasjonale råd og praktiske eksempler relatert til pasienter og befolkning
  - [Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten](#) (unge over 18 år)
  - [Psykoselidelser - Helsedirektoratet](#)
  - Pakkeforløp ADHD når denne publiseres
  - [ADHD - Helsedirektoratet](#)
- **Tiltakshåndboka:** Oppsummert kunnskap om effekt av behandlingsformer basert på forskningsbaserte retningslinjer og systematiske oversikter. Håndboka er utarbeidet av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (Helseregion Øst og Sør) etter oppdrag fra Helsedirektoratet
- **Insum:** Database for systematiske oversikter om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse og velferd

## Behandlingsplan

Utarbeid skriftlig innhold om legemiddelbehandlingen som tar utgangspunkt i:

- Indikasjon og behandlingsmål

- En klar ansvarsfordeling mellom involverte deler av helsetjenesten og øvrige instanser
  - hvordan foreldre, skolehelsetjeneste eller lignende skal involveres for støtte og følge med på effekt og bivirkninger
  - eventuell plan for forventet overføring til fastlege
  - navn på fastlege og eventuelt andre med ansvar for oppfølging av behandlingen med psykofarmaka
  - plan for informasjonsflyt og samarbeid med fastlege og eventuelt andre instanser
- Tidspunkter for når behandlingen skal vurderes
- Hvordan behandlingen skal vurderes
- Forventet behandlingsvarighet. Spesifiser vurderinger om eventuelt behov for behandling utover fylte 18 år
- Eventuelt tidspunkt for seponering og beskrivelse av nedtrapping
- Når og i hvilke tilfeller nye vurderinger i spesialisthelsetjenesten er nødvendig
- Tidspunkt for oppfølging og revisjon av plan
- Tiltak dersom planen fravikes

Juster behandlingsplanen i tråd med eventuelle endringer i behandling, utfordringer, funksjon og mål.

Sørg for at barnet/den unge til enhver tid har en oppdatert skriftlig behandlingsplan.

## Begrunnelse – dette er rådet basert på

### Sammendrag

Krav om helhetlig behandling følger av [krav om faglig forsvarlighet i helsepersonelloven](#).

Se Helsedirektoratets [rundskriv om Helsepersonelloven](#) for nærmere begrunnelse. En plan for behandling med legemidler bidrar til forsvarlig helsehjelp

Forskningsdokumentasjonen for behandling med psykofarmaka hos barn og unge med psykiske lidelser og utviklingsforstyrrelser er varierende på tvers av indikasjoner og alder. For flere av legemidlene i gruppen psykofarmaka er forskningsdokumentasjonen svært begrenset og av dårlig kvalitet. Legemidlers mulige risiko i form av bivirkninger på kort og lengre sikt må veies mot forventet nytte som det foreligger i dokumentasjonen. Dagens kliniske bruk kan være basert på vitenskapelig dokumentasjon for annen klinisk bruk som for eksempel hos voksne eller annen indikasjon. Med begrenset forskningsdokumentasjon om mulige langtidsvirkninger av psykofarmaka hos barn og unge og at det skjer fysiologiske endringer i oppveksten unge bør minst inngripende tiltak velges. Samtidig kan psykiske lidelser, som depresjon, i unge år påvirke utviklingen i negativ retning og redusere terskelen for senere symptomer, slik at det kan være et medisinsk behov for å forsøke behandling med psykofarmaka hos denne gruppen.

Rett til individuell plan følger av [Lov om pasient- og brukerrettigheter §2-5](#): Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

### Referanser

- *Barn og legemidler*. (2017) [nettdokument]. Oslo: legemiddelhandboka.no. Hentet 20. mai 2021, fra [https://www.legemiddelhandboka.no/G9/Barn\\_og\\_legemidler](https://www.legemiddelhandboka.no/G9/Barn_og_legemidler)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Prop. 121 S (2018-2019): Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>
- National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management. London, UK: 2019. NICE guideline [NG134]. Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>

## 4

# Oppfølging

---

### Råd

**Behandelnde lege skal regelmessig vurdere og eventuelt justere langvarig behandling med psykofarmaka i henhold til pasientens alder og kliniske status.**

Lege som starter behandling med psykofarmaka

Psykofarmaka er legemidler med psykoaktive substanser som påvirker mentale prosesser. Inkluderer her legemidler ved ADHD og søvnlidelser.

hos barn og unge

Barn og unge er her definert som personer under 18 år.

skal ha ansvar for videre oppfølging av legemiddelbehandlingen, herunder vurdering av effekt, dosering og bivirkninger. Ansvaret gjelder frem til pasienten er overført til annen lege. Se [råd om overføring til andre tjenestenivåer](#).

Behandelnde lege

Behandelnde lege er lege med ansvar for behandlingen med psykofarmaka.

skal

- Evaluere behandling med psykofarmaka systematisk og med faste tidsintervaller
- Involvere barnet/den unge og foreldre

Foreldre er de/den som har foreldreansvar jmfør barneloven kapittel 5

- samt det eventuelle tverrfaglige teamet rundt pasienten
- Justere eller seponere behandling med psykofarmaka
  - ved manglende effekt
  - hvis nytte ikke lenger oppveier opplevde bivirkninger og mulig risiko
  - når det ikke lenger foreligger et medisinsk behov

## Praktisk – slik kan rådet følges

- Evaluer behandlingen
  - oftere etter oppstart, i fase for utprøving og etter endring av dose. Intervall avhenger av type legemiddel og barnets/den unges kliniske situasjon
  - minst to ganger årlig etter stabil effekt. Intervall avhenger av type legemiddel og barnets/den unges kliniske situasjon
- Følg spesielle regler for legemidlets oppfølging der det forekommer
- Identifiser behov for og utfør eventuelt legemiddelgjennomgang
  - Nasjonale faglige råd legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang (lenke når publiseres)
  - [Legemiddelgjennomgang, Statens Legemiddelverk](#)
- Dokumenter hvilke symptomer som er mål for behandlingen og kartlegg opplevd effekt og bivirkninger i samarbeid med barnet/den unge og foreldre
  - bruk spørreskjema som kartlegger symptomer og funksjon som verktøy for systematisk oppfølging, både for bruk i pasientmøte, som barn/unge og foreldre kan fylle ut selv og som annet helsepersonell kan bruke. Bivirkninger av behandlingen kan med fordel registreres på skjema underveis i forløpet
  - meld bivirkninger jamfør [Bivirkningsregisterforskriften](#) til Legemiddelverkets bivirkningsdatabase ved å fylle ut [elektronisk meldeskjema](#)
- Drøft etterlevelse med barnet/den unge og foreldre
  - kartlegg om legemidlet tas i tråd med oppsatt plan dersom det beskrives manglende eller redusert effekt av behandlingen
  - vurder måling av serumkonsentrasjon dersom forventet virkning ikke står i samsvar med ordinert dose antipsykotika og antidepressiva
- Gjør eventuelle endringer stegvis. Hvis mulig, gjør bare én endring av gangen og observer virkningen av den
- Vurder videre behandling ved hver kontroll
- Oppdater skriftlig behandlingsplan i henhold til [råd om behandlingsplan](#)

## Nedtrapping og seponering

Trapp ned og seponer psykofarmaka i henhold til anbefalinger tilhørende aktuelt legemiddel

- Les om avmedisinering: [Avmedisinering, Legemiddelhåndboka](#)

## Begrunnelse – dette er rådet basert på

### Sammendrag

Krav om oppfølging, justering og seponering av psykofarmaka hos barn/unge følger av [krav om faglig forsvarlighet i Helsepersonelloven](#). Se [Helsedirektoratets rundskriv om Helsepersonelloven](#) for nærmere begrunnelse.

Dersom helsehjelpen evalueres av helsetjenesten, skal pasientene så langt det er mulig trekkes inn i evalueringen for å sikre en erfaringstilbakeføring jamfør [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#)

Barn og unges vekst og utvikling endrer ifølge Pediatriveilederen fysiologiske forhold som kan ha betydning for et legemiddels virkning og farmakokinetikk. Videre varierer den vitenskapelige dokumentasjonen om psykofarmakas effekt og bivirkninger over kort og lengere tid. Det er også av ulike grunner krevende å gjennomføre kliniske studier på legemidler hos barn. På grunn av dette er det av stor betydning å ha en tett oppfølging av legemiddelbehandling hos barn og unge.

I følge Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid kan man ved å systematisk innhente tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende sette deres opplevelse av hva som er virksom hjelp i sentrum. Kontinuerlig og umiddelbar tilbakemelding satt i system gir utgangspunkt for læring og endring, og sikrer stor grad av brukermedvirkning. Erfaringer tilsier at bruken av tilbakemeldingssystemer gir pasientene økt medvirkning i behandlingen.

## Referanser

- Bruk av ikke-godkjente legemidler hos barn. (2009). [nettdokument]. Oslo: Norsk barnelegeforening. Hentet 2. februar 2021, fra <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=144671&menuitemkeylev1=5962&menuite>
- Tilbakemeldingsverktøy. (2021). [nettdokument]. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet 2. februar 2021, fra <https://www.napha.no/fit>

## Overføring til andre tjenestenivåer

---

### Råd

**Lege i spesialisthelsetjenesten skal fastsette plan for overføring av barn/unge som behandles med psykofarmaka til andre tjenester eller tjenestenivåer.**

#### Overføring fra psykisk helsevern for barn og unge til primærhelsetjenesten

Lege i spesialisthelsetjenesten skal i samarbeid med tverrfaglig team og fastlege sikre gode rutiner for overgang fra psykisk helsevern for barn og unge

Barn og unge er her definert som personer under 18 år.

til primærhelsetjenesten.

Plan for behandling med psykofarmaka

Psykofarmaka er legemidler med psykoaktive substanser som påvirker mentale prosesser. Inkluderer her legemidler ved ADHD og søvnlidelser.

og hvem som skal ha ansvar for oppfølging av denne skal integreres i barnets/den unges helhetlige behandlingsplan jamfør [råd om dette](#).

#### Overføring fra psykisk helsevern for barn og unge til psykisk helsevern for voksne (PHV)

Lege i psykisk helsevern for barn og unge skal i samarbeid med tverrfaglig team sikre gode rutiner for overgang fra psykisk helsevern for barn og unge til psykisk helsevern for voksne.

Plan for behandling med psykofarmaka

Psykofarmaka er legemidler med psykoaktive substanser som påvirker mentale prosesser. Inkluderer her legemidler ved ADHD og søvnlidelser.



og hvem som skal ha ansvar for oppfølging av denne skal integreres i barnets/den unges helhetlige behandlingsplan jmfør [råd om dette](#).

Det bør tilrettelegges for et overføringsmøte ved overgang og pasient bør delta.

## **Praktisk – slik kan rådet følges**

### **Overføring fra psykisk helsevern for barn og unge til primærhelsetjenesten**

Utarbeid en plan for overføring som tar utgangspunkt i:

- Samarbeid med kommunene om et helhetlig og koordinert tjenestetilbud slik at det ikke oppstår brudd i forløp jmfør [Nasjonal veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)
- Samhandling innad i primærhelsetjenesten og tydeliggjøring av fastlegens ansvar for oppfølging av legemiddelbehandlingen
- Beskrivelse av når og hvordan fastlege skal evaluere behandlingen med psykofarmaka, inkludert kriterier for justering/seponering
- Kontaktpunkt for faglig veiledning i spesialisthelsetjenesten
- Når og i hvilke tilfeller rehenvising til spesialisthelsetjenesten er nødvendig
- Se mer om samhandling før utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og avsluttende samtale i [Pakkeforløp psykisk helse – barn og unge](#)

### **Overføring fra psykisk helsevern for barn og unge til psykisk helsevern for voksne (PHV)**

Følg noen sentrale punkter for en vellykket overgang:

- Inkluder psykofarmakabehandling i individuell overgangsplan, i samarbeid med ungdommen og eventuelt familien. Involver kommunehelsetjenesten der det er aktuelt. Informer fastlege om videre plan
- Utpek kontaktpersoner som er ansvarlige for overgangsplanen og oppfølging hos både BUP og PHV, som har god kunnskap om unges utvikling og særlige behov

Se mer om overføring av pasienter fra psykisk helsevern for barn og unge til psykisk helsevern for voksne i [Pakkeforløp psykiske lidelser – barn og unge](#).

## **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

### **Sammendrag**

En rekke psykiske lidelser som debuterer i barne- og ungdomsalder, vedvarer i voksen alder. Overgangen fra psykisk helsevern for barn og unge til psykisk helsevern for voksne kan være en utfordring for både ungdom og familie. God planlegging og tilrettelegging av overgangen kan gi økt pasienttilfredshet, bedre etterlevelse og bedre sykdomsforståelse.

Pasientens rett til nødvendig helsehjelp og individuell plan, jmfør [Lov om pasientrettigheter §2](#) og [Lov om psykisk helsevern §4](#).

Fra [Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse](#):

Flere kommuner melder at de ikke alltid har kompetanse eller kapasitet til å gi en god oppfølging til barn og unge med langvarige og sammensatte utfordringer. Det betyr ikke at barn og unge med langvarige og sammensatte behov må være innskrevet i BUP over lang tid, men spesialisthelsetjenesten bør være tilgjengelig både med veiledningskompetanse og systematisk oppfølging over tid.

## **Referanser**

- Barn og unge: Livskvalitet og psykiske lidelser. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet (2018), lest 10 mai 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Helsedirektoratet (2018). Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 19. mai 2021, lest 20. mai 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>

# Depressive lidelser, angstlidelser og tvangslidelser (OCD)

---

## Råd

**Lege i spesialisthelsetjenesten skal vurdere om forventet nytte oppveier risiko ut fra indikasjon og alvorlighetsgrad av tilstanden ved ordinerer av psykofarmaka til barn/unge med alvorlige symptomer på depressive-, angst- og tvangslidelser (OCD)**

### Behandling med psykofarmaka hos barn/unge ved alvorlige symptomer på depressive-, angst- og tvangslidelser (OCD)

Lege skal i henhold til generelle råd:

- [Vurdere eventuell effekt av forsøkte legemiddelfrie behandlingstiltak før oppstart med psykofarmaka](#)
- [Gjøre en individuell vurdering ved ordinerer av psykofarmaka](#)
- [Inkludere barnet/den unge og foreldre i valg av behandling](#)
- [Regelmessig vurdere behandling med psykofarmaka](#)
- [Sørge for at behandling med psykofarmaka er en del av helhetlig behandlingsforløp](#)

### Behandling med antidepressiva

- Er sjelden indisert, men kan ha følgende indikasjoner
  - barn/unge med moderat til alvorlig depresjon som ikke er blitt bedre etter 4-6 sesjoner med for eksempel psykoterapi
  - når det vurderes å være nødvendig for å nyttiggjøre seg psykoterapi
  - hvis tilstanden er svært alvorlig med stort funksjonsfall kan det være nødvendig med rask oppstart av behandling med antidepressiva
- Selektive serotoninreopptakshemmere bør være førstevalget blant antidepressiva
- Bør være forsøksvis. Ved oppstart bør det bestemmes en tidsramme for behandlingsvarighet

### Behandling med anksiolytika (benzodiazepiner)

- Benzodiazepiner bør ikke brukes i behandling ved angst hos barn /unge

### Kompetanse

Lege i spesialisthelsetjenesten bør være den som vurderer og iverksetter behandling med psykofarmaka hos barn og unge med alvorlige symptomer på depressive-, angst- og tvangslidelser (OCD). Fastlege kan i særskilte tilfeller iverksette slik behandling i henhold til [råd om kompetanse](#).

### Praktisk – slik kan rådet følges

#### Valg av behandling

- Benytt skåringsverktøy for å skille mellom moderat og alvorlig depresjon
- Inkluder barnet/den unge og foreldre for å sikre pasientmedvirkning og bedre etterlevelse av behandling. Informer om
  - at det tar noe tid før antidepressiva gir effekt
  - behandlingens estimerte varighet, når og hvordan behandlingen skal evalueres
  - betydningen av å ta legemidlet som anbefalt
  - mulige symptomer i oppstartsfasen
  - risiko, bivirkninger og symptomer på seponeringssyndrom
  - mulig risiko for tilbakefall etter avsluttet behandling med antidepressiva
  - Legemiddelinformasjon til barn/unge og foreldre: Lenke til informasjon pasient/pårørende NLH når publiseres.

## Behandling med antidepressiva

### Oppstart

- Start behandlingen med lavest effektive dose og juster i henhold til terapeutisk respons
- Unngå kombinasjon med flere antidepressiva

### Oppfølging

- Vurder regelmessig behandling med antidepressiva jamfør [råd om oppfølging](#)
- Følg opp barn/unge som anses for å ha økt risiko for selvmord innen en uke etter oppstart. Deretter bør barnet/den unge følges så ofte som hensiktsmessig

### Seponering

- Trapp langsomt ned behandlingen, for eksempel etter anbefaling i [Norsk legemiddelhåndbok](#):
- - Behandling over 5 uker: Nedtrapping over minimum 4 uker
  - Behandling over 3 måneder: Nedtrapping med et trinn hver annen uke over ca. 8 uker, avhengig av hva som er praktisk mulig ut fra tablettstyrke

## Les mer om legemidler ved depresjon, angst og tvangslidelser i Tiltaksboka, RBUP Helse Øst og Sør

- [Hva virker ved depresjon?](#)
- [Hva virker ved angst?](#)
- [Hva virker ved tvangslidelser?](#)

### Begrunnelse – dette er rådet basert på

#### Sammendrag

Depresjon bidrar til økt sykkelighet og dødelighet, og er derfor viktig å behandle (Hallgren et al., 2017). Omkring 90% av alle ungdommer i Norge som fikk antidepressiva i 2014 hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten og fått en diagnose for psykisk lidelse (ICD-10 kapittel F) i løpet av perioden 2008-2015 (Skurtveit et al). Dette kan antyde at de fleste har fått en diagnose i spesialisthelsetjenesten før oppstart med antidepressiva, men dette er ikke bekreftet. Blant ungdom med ulike depresjonsdiagnoser som fikk antidepressiva for depresjon var ca. 75% diagnostisert med moderat eller alvorlig depresjon (Skurtveit et al).

I følge Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon foreligger det mer evidens for effektiviteten av antidepressiver ved moderat til alvorlig depresjon enn ved mild depresjon. Det er stor usikkerhet knyttet til hvilket legemiddel som er det beste i behandling av depresjon hos barn og unge, men serotoninreopptakshemmere (SSRI) er førstevalg (Birmaher et al.,

2007). En metaanalyse fra 2007 som inkluderte studier av nye antidepressiver, viste at placebo hadde effekt hos 50 % av barn og unge med depresjon, og at ti barn må behandles med antidepressiver før ett barn har bedre effekt av dette enn av placebo. Bare fluoksetin hadde like god effekt blant barn som ungdom. Sertralin, escitalopram og venlafaksin fungerer dårligere før tenårene (Grøholt, B., 2011). En systematisk oversikt utført av Cipriani og kollegaer evaluerte effektene av ulike legemidler gjennom indirekte sammenlikninger på tvers av studier ved å ta i bruk nettverksanalyse. Forfatterne konkluderer med at effektene av antidepressiva hos barn og unge er generelt liten. Legemiddelet fluoksetin ser imidlertid ut til å være det alternativet som gir mest nytte og minst ulempe av tilgjengelige legemidler. Fluoksetin er også det anbefalte valget i de nyere retningslinjene utgitt i Sverige og Storbritannia. Effekten av fluoksetin er ifølge NICE guideline mer usikker i aldersgruppen 5-11 år.

Behandling med legemidler kan være effektivt og redusere symptomer hos barn med angstlidelser, og kan derfor vurderes som en del av et helhetlig behandlingstilbud. De fleste studier som viser til effekt omhandler behandling med serotoninreopptakshemmere (SSRI) ved tvangslidelser (OCD) hos barn (Ipser JC et al, 2009).

Indikasjon for oppstart med antidepressiva dersom barnet/den unge med moderat til alvorlig depresjon ikke responderer tilstrekkelig på behandling med psykologisk behandling etter 4-6 sesjoner er i tråd med NICE (2019).

Cochrane-gruppens systematiske oversiktsartikkel og meta-analyse på randomiserte kontrollerte studier med legemidler i behandling av angstlidelser hos barn og ungdom fra 2010 fant ikke grunnlag for å anbefale rutinebruk av benzodiazepiner fordi det er utilstrekkelige effektdata fra kontrollerte studier som kan veie opp de mulige negative konsekvensene ved bruk (Ipser JC et al, 2009).

Ved akutt seponering av antidepressiver vil en av tre pasienter oppleve plagsomme og karakteristiske symptomer. De biologiske mekanismene som ligger til grunn for seponeringssyndromet, er ikke fullstendig klarlagt. Tilstanden kan oppleves som plagsom for pasienten og utløse unødig bekymring, somatisk utredning og feilbehandling dersom lege og pasient ikke er kjent med årsaken til symptomene. Det er derfor viktig med god informasjon til pasienten (Casteberg, 2004).

## Referanser

- Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson R. S., "...Medicus, J." . (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 46(11), 1503-1526
- Castberg, I. (2004). Seponeringssyndrom etter behandling med antidepressiver. *Tidsskriftet Norsk Legeforening*. 124: 2493-2494
- Cipriani, A., Zhou, X., Del Giovane, C., Hetrick, S. E., Qin, B., Whittington, C. et al. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet*. 2016;388(10047):881-890.
- Grøholt, B. (2011). Medikamentell behandling av depresjon hos barn og ungdom. *Tidsskriftet Norsk Legeforening*. 131: 2243-2245
- Hallgren, M., Stubbs, B., Vancampfort, D., Lundin, A., Jääkallio, P. & Forsell, Y. (2016). Treatment Guidelines for Depression: Greater Emphasis on Physical Activity is Needed. *European Psychiatry* 40 (2017), 1-3
- Ipser, J. C., Stein, D., J., Hawkrigde, S. & Hoppe, L. (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD005170
- National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management. London, UK: 2019. NICE guideline [NG134]. Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>

- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. (2009). (ISBN-nr. 978-82-8081-184-4). Oslo: Helsedirektoratet.
- Skurtveit, S., Bramness, J. G., Hjellvik, V., Hartz, I., Nesvåg, R., Hauge, L. J. & Handal, M. (2018). Increase in diagnosis of depressive disorders contributes to the increase in antidepressant use in adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137 (5), 413-421

# Psykoselidelser, Tourettes syndrom og bipolare lidelser

---

## Råd

**Lege i spesialisthelsetjenesten skal gjøre en vurdering av forventet effekt og bivirkninger på kort og lang sikt før ordinerer av psykofarmaka til barn/unge med psykoselidelser, Tourettes syndrom og bipolare lidelser.**

### Behandling med psykofarmaka hos barn/unge med psykoselidelser, Tourettes syndrom og bipolare lidelser

Lege skal i henhold til generelle råd

- [Vurdere eventuell effekt av forsøkte legemiddelfrie behandlingstiltak før oppstart med psykofarmaka](#)
- [Gjøre en individuell vurdering ved ordinerer av psykofarmaka](#)
- [Inkludere barnet/den unge og foreldre i valg av behandling](#)
- [Regelmessig vurdere behandling med psykofarmaka](#)
- [Sørge for at behandling med psykofarmaka er en del av helhetlig behandlingsforløp](#)

### Behandling med antipsykotika

- Lege kan iverksette behandling med antipsykotika
  - hos barn og unge med schizofreni, andre psykosetilstander og bipolar affektiv lidelse
  - i helt spesielle tilfeller med Tourettes syndrom og til kortvarig behandling av vedvarende aggresjon eller selvskadende adferd hos barn og unge med utviklingsforstyrrelser eller psykisk utviklingshemming
- Ved akutt mani og psykose av schizofren type er legemiddelbehandling en viktig del av helhetlig behandling og lege bør iverksette behandling med legemidler tidlig etter diagnostisering. Ved akutt mani eller psykose med store subjektive plager, bør behandlingen startes raskt, dersom ikke symptomene er betydelig bedret ved skjermingstiltak
- Lege bør sørge for at følgende inkluderes i barnets/den unges behandlingsplan jmfør [råd om helhetlig behandlingsplan](#):
  - plan for barnets/den unges kosthold og fysiske aktivitet ved oppstart av langvarig behandling med antipsykotika
  - plan for hvem som er ansvarlig for oppfølging av barnet/den unge etter avsluttet behandling med antipsykotika. Denne oppfølgingen bør vare i minst to år

### Kompetanse

Lege i spesialisthelsetjenesten bør være den som vurderer og iverksetter behandling med psykofarmaka hos barn og unge med psykoselidelser, Tourettes syndrom og bipolare lidelser. Fastlege kan i særskilte tilfeller iverksette slik behandling i henhold til [råd om kompetanse](#).

### Praktisk – slik kan rådet følges

## Valg av behandling

- Vurder forventet nytte og risiko i sammenheng med barnets/den unges anamnese, livsstil og genetisk påvirkning
- Inkluder barnet/den unge og foreldre for å bidra til pasientmedvirkning, tryggere legemiddelbruk og bedre etterlevelse av behandling ved å informere om:
  - at det tar tid før virkning av antipsykotika ved psykoser. Endring skjer vanligvis etter 1-2 uker, men kan ta 3-4 uker eller lengre. Dette gjelder også ved skifte eller seponering av antipsykotikum
  - betydningen av å ta legemidlet som anbefalt og ikke avslutte behandling på egenhånd
  - anbefalinger for kosthold og fysiske aktivitet
  - risiko og bivirkninger, inkl. symptomer på ekstrapyramidale bivirkninger og malignt antipsykotikumsyndrom
  - Legemiddelinformasjon til barn/unge og foreldre: Lenke til informasjon pasient/pårørende NLH når publiseres.
- Der det er aktuelt i henhold til alder:
  - informer om at alkohol, tobakk, andre legemidler og narkotika kan påvirke antipsykotikas terapeutiske effekt og at bruk av ulovlige rusmidler kan forverre psykotiske symptomer.
- For valproinsyre/litium: se [Graviditet og legemidler, Legemiddelhåndboka](#) for teratogene effekter

## Behandling med antipsykotika

### Oppstart

- Vurder dosen individuelt og tilstrebe laveste effektive dose
- Unngå samtidig bruk av flere antipsykotika. Unntak er når en pasient bytter fra ett legemiddel til et annet og det er behov for et gradvis skifte med hensyn til opptrappende og nedtrappende doser

### Oppfølging

Den danske veilederen "[Veiledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelse](#)" anbefaler følgende:

- Evaluer behandling 2, 4, 8, 12 og 25 uker etter oppstart med antipsykotika ut fra følgende kriterier:
  - behandlingseffekt
  - eventuelle bivirkninger, inkludert vektøkning og utvikling av ekstrapyramidale bivirkninger
- Vurder blodtrykk, Hba1c og lipider før oppstart og etter 4 og 12 uker
- Evaluer deretter behandling hver 6. måned ved langtidsbehandling med antipsykotika
  - behandlingseffekt
  - eventuelle bivirkninger, inkludert utvikling av ekstrapyramidale bivirkninger eller malignt antipsykotikumsyndrom
  - vekt, BMI og midjeomkrets
  - Hba1c, lipider og prolaktin
- Ved manglende effekt:
  - vurder om barnet/den unge best kan behandles uten antipsykotika, eller
  - forsøk med et annet antipsykotisk legemiddel med annen virkningsmekanisme
- For litium: Fastsett en plan for blodprøvekontroll

### Seponering

Følgende tar utgangspunkt i [Pakkeforløp psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne](#) og Norsk psykiatrisk forenings [Kliniske råd for nedtrapping og seponering av antipsykotiske legemidler](#)



- Trapp gradvis ned behandlingen
  - tilpass nedtrapping individuelt
  - unngå å fjerne mer enn 25–30 % av dosen i hvert trinn. Det kan være nødvendig å redusere dette til 10 % av dosen
  - la det gå to måneder mellom hvert nedtrappingstrinn
  - monitorer barnet / den unge under nedtrappingen og følg med klinisk tilstand etter avsluttet behandling
  - videre nedtrapping eller reversering bør avgjøres på grunnlag av psykotiske symptomer og nedtrappingsreaksjoner
- Les mer om seponering og nedtrapping:
  - [Kliniske råd for nedtrapping og seponering av antipsykotiske legemidler, Legeforeningen](#)
  - [Forslag til nedtrapping for legemidler som bør trappes ned gradvis før seponering, Legemiddelhåndboka](#)

## Les mer om legemidler ved psykoselidelser, Tourettes syndrom og bipolare lidelser:

- Pakkeforløp psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne, Helsedirektoratet
- [Neuroleptika vid vissa psykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar - behandlingsrekommendation](#), Lekemedesverket Sverige
- [Hva virker ved psykose?](#) Tiltakshåndboka, RBUP Helse Øst og Sør
- [Hva virker ved bipolar lidelse?](#) Tiltakshåndboka, RBUP Helse Øst og Sør

### Begrunnelse – dette er rådet basert på

#### Sammendrag

Fra [Pakkeforløp psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne](#):

*Legemidler med antipsykotisk effekt er en av de behandlingsformene som har godt dokumentert virkning på symptomene ved psykoselidelser. Ved å redusere symptomer kan legemidlene også bidra til at pasientene kan bruke evnene og ressursene sine i større grad, få fullt utbytte av andre behandlingsformer og dermed også klare seg bedre. Mer enn 100 kontrollerte studier viser at antipsykotiske legemidler har en klart bedre effekt enn ikke-virksomme legemidler (placebo) når det gjelder å redusere akutte psykose-symptomer, som hallusinasjoner, vrangforestillinger og desorganisering. Avhengig av pasientgruppen, vil 50–80 % av pasientene som får virksomt legemiddel, bli betydelig bedre, sammenlignet med 5–40 % av dem som ikke får virksomt legemiddel (14;296). Fordi legemidlene reduserer risikoen for tilbakefall, brukes de også forebyggende i langtidsbehandling. På dette området finnes det mer enn 60 kontrollerte studier som viser at legemiddelbehandling reduserer risikoen for tilbakefall de første årene etter en gjennomgått psykoseepisode.*

*En må utvise særlig aktsomhet i behandlingen av barn og unge med psykoselidelser. Dette er en pasientgruppe som har økt risiko for både ekstrapyramidale bivirkninger (særlig parkinsonisme), prolaktinstigning, sedasjon, raskt innsettende vektøkning og metabolske forstyrrelser. Samtidig har psykoselidelser med tidlig start ofte et svært alvorlig forløp, med symptomer og funksjonstap som virker ødeleggende for utviklingsmuligheter, og som gjør det nødvendig med behandling. Det finnes ingen antipsykotiske legemidler som er registrert for behandling av schizofreni eller lignende psykoser hos unge under 15 år i Norge. I preparatomtalen av tre av de mest brukte preparatene (olanzapin, risperidon og quetiapin) er det spesifikt tatt forbehold om at de ikke er indisert til bruk hos barn og ungdom under 18 år, mens det for aripiprazol finnes doseringsanbefalinger ved schizofreni hos ungdom over 15 år. For pasienter under 18 år med klart behandlingstrengende psykosesymptomer som ikke har*

*god respons på og/eller har plagsomme preparat spesifikke bivirkninger av aripiprazol, må det gjøres et gjennomtenkt valg av legemiddel behandling i samråd med pasient og pårørende. En må deretter følge opp virkninger og bivirkninger nøye og tett, og det bør gis livsstilsråd.*

Anbefaling om at lege kan iverksette behandling med antipsykotika hos barn og unge med schizofreni, andre psykosetilstander og bipolar affektiv lidelse og i helt spesielle tilfeller med Tourettes syndrom og til kortvarig behandling av vedvarende aggresjon eller selvskadende adferd hos barn og unge med utviklingsforstyrrelser eller psykisk utviklingshemming er i samsvar med danske retningslinjer (Sundhedsstyrelsen, 2019).

At lege bør iverksette behandling med legemidler tidlig etter diagnostisering av akutt mani og psykose av schizofren type samt ved akutt mani eller psykose med store subjektive plager, bør behandlingen startes raskt, dersom ikke symptomene er betydelig bedret ved skjermingstiltak, er i samsvar med svenske og britiske retningslinjer (Läkemedelsverket, 2016; NICE, 2016).

Anbefaling om at plan for barnets/den unges kosthold og fysiske aktivitet ved oppstart av langvarig behandling med antipsykotika skal inkluderes helhetlig behandlingsplan er hentet fra *Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne*. At behandlingsplan skal inkludere hvem som har ansvar for å følge opp legemiddelbehandlingen i minst to år etter oppstart er hentet fra samme normerende produkt.

## Referanser

- Helsedirektoratet (2018). Pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 04. desember 2020, lest 01. juni 2021). Tilgjengelig fra <https://helsenett-xpprod.enonic.cloud/pakkeforlop/psykoselidelser-inkludert-mistanke-om-psykose>
- Läkemedelsverket. Neuroleptika vid vissa psykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar – behandlingsrekommendation. Uppsala, Sverige: 2016. (27(4)). Tilgjengelig fra <https://www.lakemedelsverket.se/48d7a7/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/bel>
- National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. London, UK: 2016. Clinical guideline [CG155]. Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155>
- Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. (2013). (ISBN-nr. 978-82-8081-242-1). Oslo: Helsedirektoratet
- Sundhedsstyrelsen. Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser. København, Danmark: 2019. (VEJ nr 9726). Tilgjengelig fra <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9733>

# ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse

---

## Råd

**Lege i spesialisthelsetjenesten bør vurdere ordinerings av legemidler hos barn/unge med ADHD som etter psykologiske, pedagogiske og sosiale tiltak fremdeles har uttalt funksjonshemming i skole, hjem og fritid.**

### Behandling med legemidler hos barn/unge med ADHD/hyperkinetiske lidelser

Lege i spesialisthelsetjenesten bør vurdere ordinerings av legemidler hos barn/unge med ADHD som etter psykologiske, pedagogiske og sosiale tiltak fremdeles har uttalt funksjonshemming i skole, hjem og fritid. Graden av funksjonsnedsettelse bør vurderes ut fra en klinisk vurdering og anamnese.

Ved ordinerings av legemidler skal lege i henhold generelle råd:

- [Vurdere eventuell effekt av forsøkte legemiddelfrie behandlingstiltak før oppstart med psykofarmaka](#)
- [Gjøre en individuell vurdering ved ordinerings av psykofarmaka](#)
- [Inkludere barnet/den unge og foreldre i valg av behandling](#)
- [Regelmessig vurdere behandling med psykofarmaka](#)
- [Sørge for at behandling med psykofarmaka er en del av helhetlig behandlingsforløp](#)

### Oppstart

- Dersom det er indikasjon for utprøving av legemiddelbehandling ved ADHD/ Hyperkinetisk forstyrrelse, bør sentralstimulerende legemidler være førstevalget
- Etter fastsatt diagnose bør lege raskt iverksette behandling med ADHD-legemidler
  - dersom barnet/den unge har en alvorlig tilstand med svært stor innvirkning på fungering i hverdagen
  - i tilfeller hvor skole/foreldre og eventuelt PPT har mistenkt ADHD i lang tid, det har tatt tid med henvisning og utredning og andre relevante tiltak allerede har vært forsøkt
- Legemidler for ADHD bør ikke anvendes til barn under skolealder

### Oppfølging

Ved langtids bruk av legemidler for ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse bør effekter og bivirkninger vurderes regelmessig, minst årlig.

### Kompetanse

Oppstart av behandling med sentralstimulerende legemidler skal skje av lege med spesialistgodkjenning, eller lege i LIS-stilling innen spesialitetene barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri, nevrologi eller rus- og avhengighetsmedisin.

### Praktisk – slik kan rådet følges

Les om:

- Behandling, inkludert legemiddelbehandling, av ADHD/ Hyperkinetisk forstyrrelse: [Nasjonal faglig retningslinje for ADHD](#)
- Tiltak ved ADHD og andre hyperkinetiske forstyrrelser: [Oversiktstabell: hva virker ved ADHD? Tiltakshåndboka. RBUP Øst og Sør](#)

## **Begrunnelse – dette er rådet basert på**

### **Sammendrag**

### **Referanser**

- Helsedirektoratet (2016). ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 13. juni 2018, lest 14. mai 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/utredning-og-diagnostikk-av-adhdhyperkineti>
- Helsedirektoratet (2015). Rekvirering av sentralstimulerende legemidler [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. februar 2019, lest 14. mai 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/legemidler/rekvirering-av-legemidler/rekvirering-av-sentrals>
- National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. London, United Kingdom: 2018, oppdatert 2019. NICE guideline [NG87]. Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>

# Søvnlidelser

---

## Råd

**Ved søvnlidelser hos barn og unge skal lege forsøke søvnhygienetiltak før ordinerer av legemidler og velge legemiddel ut fra diagnostisert søvnlidelse.**

Søvnlidelser er ofte en tilleggsutfordring ved psykiske lidelser, men lege bør behandle søvnlidelse som en enkeltstående lidelse, uavhengig av grunnlidelse.

Lege skal i henhold til generelle råd

- [Vurdere eventuell effekt av forsøkte legemiddelfrie behandlingstiltak før oppstart med psykofarmaka](#)
- [Gjøre en individuell vurdering ved ordinerer av psykofarmaka](#)
- [Inkludere barnet/den unge og foreldre i valg av behandling](#)
- [Regelmessig vurdere behandling med psykofarmaka](#)
- [Sørge for at behandling med psykofarmaka er en del av helhetlig behandlingsforløp](#)

### Behandling med melatonin og alimemazin

Melatonin bør være førstevalg for legemiddelbehandling av søvnlidelse grunnet døgnrytmeforstyrrelse.

Melatonin eller alimemazin kan forsøkes i tilfeller hvor søvnhygieniske tiltak ikke har vært tilstrekkelig. Alimemazin frarådes brukt hos barn under 2 år.

### Behandling med benzodiazepin og benzodiazepinlignende hypnotika

Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende hypnotika bør ikke brukes i behandling ved søvnlidelser hos barn /unge.

### Kompetanse

Lege i spesialisthelsetjenesten bør være den som vurderer og iverksetter behandling med psykofarmaka hos barn og unge med søvnlidelser. Fastlege kan i særskilte tilfeller iverksette slik behandling, men bør da konferere med lege i spesialisthelsetjenesten i forkant av oppstart. Ved diagnostisert døgnrytmeforstyrrelse kan fastlegen iverksette behandling med melatonin uten å konferere med spesialisthelsetjenesten dersom dette vurderes å være faglig forsvarlig.

### Praktisk – slik kan rådet følges

#### Valg av psykofarmaka

- Diagnostiser søvnlidelse, for eksempel ut fra Norsk barnelegeforenings Pediatriveileder: [Metoder for kartlegging og diagnostikk av søvnproblemer](#)
- Vurder bruk av søvnhygieniske tiltak før behandling med legemidler ved søvnlidelser
- Velg legemiddel ut fra diagnostisert søvnlidelse

## Behandling med melatonin for søvnregulering

- Start med lav dose og øk ved manglende effekt
- Planlegg tidspunkt for dosering i samarbeid med barnet/den unge og foreldre.
- Vurder behandling med melatonin 14 dager og tre måneder etter oppstart
  - Bruk spørreskjema til å kartlegge effekt av søvnmiddel, for eksempel spørreskjema for utredning av søvnsykdommer fra Nasjonal Kompetansesenter for søvnsykdommer: [Søvnskjema barn og unge, Helse Bergen](#)
  - Seponer ved liten eller ingen effekt. Behandlingen skal da trappes ned over tid
  - Ved god effekt og fortsatt behandling bør behandlingseffekt og -plan revurderes minimum hver 6. måned
- Les mer om behandling med melatonin i [Pediatriveileder, Norsk barnelegeforening](#)

## Pasientmedvirkning

Informere barnet/den unge og foreldre om:

- Viktigheten av å ta melatonin som avtalt, fordi kontinuerlig legemiddelbehandling over noe tid er nødvendig for å kunne påvirke søvnreguleringen
- Symptomer på ekstrapyramidale bivirkninger ved behandling med alimemazin

## Les mer om behandling med søvnmidler

- Forskningsbasert kunnskap om utredning og behandling av ulike typer søvnforstyrrelser: [Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, Helse Bergen](#)
- Medikamentelle tiltak ved søvnsykdommer: [Pediatriveileder, Norsk barnelegeforening](#)

## Begrunnelse – dette er rådet basert på

### Sammendrag

Tall fra Folkehelseinstituttet (FHI) viser at et fåtall av barn og unge som blir behandlet med søvnmidler har diagnosen søvnlidelse (Handal, 2021).

Tall fra reseptregisteret viser at bruken av hypnotika generelt gått ned i den yngste aldersgruppen 0 til 4 år har. I denne gruppen var det hovedsakelig bruk av alimemazin. Denne bruken er redusert kraftig fra 12 per 1000 til 5 per 1000 innbyggere i denne aldersgruppen, mens bruken av melatonin i denne aldersgruppen har økt fra 1 til 3 per 1000. Blant ungdommer øker bruken av hypnotika både når det gjelder melatonin og alimemazin, men mest uttalt for melatonin.

Det finnes ikke nødvendig og tilstrekkelig dokumentasjon for behandling med legemidler ved søvnevansker hos barn og unge. Selv om melatonin har en begrenset godkjenning for bruk til barn, er det faglig konsensus om at dette er det tryggeste og mest effektive legemidlet ved alvorlige døgnrytmeforstyrrelser hos barn (Norsk barnelegeforening, 2019). Barn med utviklingsforstyrrelser (for eksempel autisme) eller ADHD har ofte forstyrret søvn. Flere undersøkelser har vist at disse kan respondere godt på melatoninintilførsel, siden melatonin regulerer kroppsrhythmer og produseres normalt naturlig i hjernen under mørke om natten. Bruk av melatonin synes å bli tolerert godt, men det foreligger lite kunnskap om langtidseffekter (Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, 2019).

Studier av benzodiazepinlignende hypnotika hos barn og unge med ADHD og søvnlidelser viser ingen forskjell i effekt sammenlignet med placebo (Blumer et al. 2009 & Sangal et al. 2014).

## Referanser

- Behandling av søvnsykdommer - medikamentelle tiltak. (2019). [nettdokument]. Oslo: Norsk barnelegeforening. Hentet 12. februar 2021, fra <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=111>
- Blumer, J. L., Findling, R. L., Shih, W. J., Soubrane, C. & Reed, M. D. (2009). Controlled clinical trial of zolpidem for the treatment of insomnia associated with attention-deficit/ hyperactivity disorder in children 6 to 17 years of age. *Pediatrics*. 123(5), 770-776.
- Personlig meddelelse fra Marte Handal, FHI. 15.02.21
- Sangal, R. B., Blumer, J. L., Lankford, A. A., Grinnell, T. A., & Huang, H. (2014). Eszopiclone for Insomnia Associated With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 134 (4) 1095-1103.
- Søvnløshet hos barn – behandling. (2021) [nettdokument]. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno). Hentet 12. februar 2021, fra <https://helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnloshet-hos->
- Tall fra Reseptregisteret. 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet

# Om de faglige rådene

## Bakgrunn

Helsedirektoratet fikk i 2017 i oppdrag å

- vurdere tiltak for å redusere forskrivning av psykofarmaka til barn og unge
- foreslå tiltak som intensiverer innsatsen for å forebygge og bekjempe unødig bruk av antidepressiva og sovepiller blant barn og unge

Etter dialog med Helse- og omsorgsdepartementet ble disse to oppdragene slått sammen med ny ordlyd: *Helsedirektoratet skal vurdere hvilke grep som kan tas for å sikre riktig forskrivning av psykofarmaka til barn og unge, herunder særlig vurdere om dagens forskrivning av antidepressiva er faglig ønskelig.* Bakgrunn for denne endringen var et behov for å fokusere på riktig bruk av psykofarmaka, som ikke nødvendigvis innebærer redusert bruk. Det ble i samarbeid med relevante aktører utarbeidet ulike forslag til tiltak som Helse- og omsorgsdepartementet den 13. september 2019 ga sin tilslutning til. Utarbeidelsen av Nasjonale faglige råd for bruk av psykofarmaka hos barn og unge er ett av flere prosjekt som går inn under følgende godkjente tiltak: "*Utarbeide/oppdatere relevant kunnskapsbasert veiledning til helsepersonell og pasienter om behandlingsalternativer og bruk og oppfølging av psykofarmaka til barn og unge, inkludert i sammenheng med annen behandling*".

Andre prosjekt i samme oppdrag som er under arbeid:

- Sammenstilling og forskning på data fra Reseptregisteret koblet til andre helseregistre/datakilder for å følge utvikling av bruk av psykofarmaka hos barn og unge og forstå denne utviklingen (FHI)
- Systematisk innhenting av bruker- og pårørende erfaringer om pasientmedvirkning i behandlingsvalg, bruk og oppfølging av psykofarmaka for å si noe om kvaliteten av behandlingen (FHI)
- Utarbeide legemiddelinformasjon til pasienter og pårørende (Norsk Legemiddelhåndbok)
- Kartlegge behov for og forslag til kvalitetsindikatorer som kan benyttes til å måle trygg og god legemiddelbehandling innen fagområdet
- Etablere et faglig nettverk innen legemiddelbruk i barne- og ungdomspsykiatrien

Bakgrunnen for oppdraget i sin tid var en bekymring knyttet til utvikling i bruk av psykofarmaka hos barn og unge, især antidepressiva hos jenter i ungdomsalder og sovemidler. [Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse \(2019–2024\)](#) beskriver også et behov for mer forskningsbasert kunnskap om hva som virker i behandlingen av barn og unge med psykiske plager og lidelser siden legemidler kan ha en annen effekt på barn enn på voksne. [Surén et al.](#) publiserte i 2018 en artikkel som blant annet viser stor variasjon i bruk av ADHD-diagnose og manglende dokumentasjon av utredning og differensialdiagnostikk. Utredning og diagnostikk er utgangspunktet for vurdering og beslutning om behandlingsvalg.

Mange fagpersoner strever også med å holde seg oppdatert på den siste oppsummerte forskningen om effekt av behandlingstiltak. Dette tydeliggjør behovet for å utarbeide og implementere nasjonale faglige råd.

Hovedregelen er at psykofarmaka hos barn og unge ikke skal brukes alene og at annen behandling først skal prøves. Behandling med psykofarmaka hos barn og unge skal som annen legemiddelbehandling avsluttes ved manglende effekt eller betydelige bivirkninger. Aktuelle legemidler skal være forbeholdt de pasientene med alvorligere sykdom og funksjonstap. Det er derfor viktig å gi faglige råd til behandlende leger om når og hvordan legemiddelbehandling skal gis.



På bakgrunn av dette besluttet Helsedirektoratet utarbeide Nasjonale faglige råd om legemiddelbehandling av barn og unge med psykiske lidelser.

# Formål, målgruppe og avgrensinger

## Formål

Målsetting for de faglige rådene er:

De Nasjonale faglige rådene skal bidra til trygg og god behandling med psykofarmaka hos barn og unge ved å:

- tydeliggjøre innhold og bruken av eksisterende prinsipper for legemiddelbehandling av barn og unge i psykisk helsevern
- legge grunnlag for likere praksis gjennom at det kun er barn og unge med nødvendig indikasjon som får dette etter anbefalt behandlingsforløp, og at det gis systematisk oppfølging og avsluttes ved manglende effekt eller betydelige bivirkninger

## Målgruppe

- Ledere av virksomheter hvor det iverksettes, følges opp eller avsluttes behandling med psykofarmaka og legemidler for ADHD hos barn og unge.
- Leger som ordinerer og følger opp behandling med psykofarmaka og legemidler for ADHD hos barn og unge
- Annet helsepersonell som gir helsehjelp til barn og unge
- Pasienter, pårørende og befolkning

## Avgrensninger

De faglige rådene omhandler generelle anbefalinger rundt bruk av psykofarmaka til barn og unge.

De faglige rådene omfatter ikke

- Anbefalinger om utredning og diagnostikk eller annen behandling og bør derfor ses i sammenheng med blant annet relevante nasjonale faglige retningslinjer, pakkeforløp og Tiltakshåndboka: oppsummert forskning om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør)
- Anbefalinger om valg av legemiddel og dosering. Det henvises til faglig anerkjente kilder for informasjon om dette

## Anbefalingenes rettslige betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og råd som understøtter målene for helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale faglige råd inngår som et akseptert grunnlag og setter norm for hva som er faglig forsvarlig. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige råd er ikke rettslig bindende, men har likevel stor rettslig betydning gjennom kravet til faglig forsvarlighet. I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger skal dette dokumenteres jamfør journalforskriften §6 bokstav g. En bør være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker og tilsyn.

Lege skal dokumentere begrunnelse for valg av behandling med psykofarmaka jamfør [helsepersonellovens §39 Plikt til å føre journal](#). Etterlevelse av journalplikten jamfør journalforskriften §6 bokstav g. er spesielt viktig der man starter behandling med psykofarmaka uten å ha forsøkt legemiddelfrie behandlingstiltak. I eventuelle klagesaker eller ved tilsyn bør lege være forberedt på å begrunne sine valg.

## Sentrale begrep

**Barn og ungdom:** er her definert som personer under 18 år.

**Foreldre:** den som har foreldreansvar jf. barneloven kapittel 5.

**Psykofarmaka:** Legemidler med psykoaktive substanser som påvirker mentale prosesser ([WHO](#)). Inkluderer her legemidler ved ADHD og søvnlidelser.

**Behandelnde lege:** Lege med ansvar for behandlingen med psykofarmaka.

## Prosess

De faglige rådene tar utgangspunkt i Sunhedsstyrelsens [Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser](#), aktuelle [NICE guidelines](#) og regelverk. Rådene legger også til grunn relevante Nasjonale faglige retningslinjer og [Tiltakshåndboka: oppsummert forskning om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse](#) (RBUP Øst og Sør).

Arbeidet har vært prosjektorganisert og gjennomført av en intern, tverrfaglig arbeidsgruppe i Helsedirektoratet med faglige innspill fra nasjonal ressursgruppe bestående av fagpersoner og brukerrepresentanter. Ressursgruppen har gitt innspill på hypoteser for å kartlegge behov i tjenesten samt innspill til utkast for ekstern høring.

Følgende har deltatt i intern arbeidsgruppe:

- Kirsti Bjerke Sæthre, avdeling retningslinjer og fagutvikling, prosjektleder og kontaktperson: [kirsti.bjerke.saethre@helsedir.no](mailto:kirsti.bjerke.saethre@helsedir.no)
- Børge Myrlund Larsen, avdeling retningslinjer og fagutvikling
- Jin Marte Øvreeide, avdeling spesialisthelsetjenester
- Siv-Lise Bendixen Stærk, avdeling barne- og ungdomshelse
- Steffen Rosenberg, avdeling retningslinjer og fagutvikling

Følgende har deltatt i nasjonal ressursgruppe:

- Alexandra Alice Lønøy, Mental Helse Ungdom
- Anne Kjendalen, psykologspesialist BUP, Sykehuset Telemark
- Hanne Kristin Tuvenes, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP)
- Henrik Underthun Irgens, overlege Barne- og ungdomsklinikk, Haukland Universitetssykehus og lege i stab Nettverk for legemidler til barn
- Ingeborg Berg-Olstad, Landsgruppen av helsesykepleiere NSF
- Ingvar Bjelland, klinikkoverlege PBU, Haukland Universitetssykehus
- Katrine Prydz, fastlege, Norsk forening for Allmennmedisin
- Nina Holmen, ADHD Norge
- Randi Nesje Myhr, barnepsykiater, Universitetssykehuset i Nord-Norge
- Torunn Stene Nøvik, overlege BUP-klinikk, St.Olavs hospital og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge, psykisk helse og barnevern, NTNU



