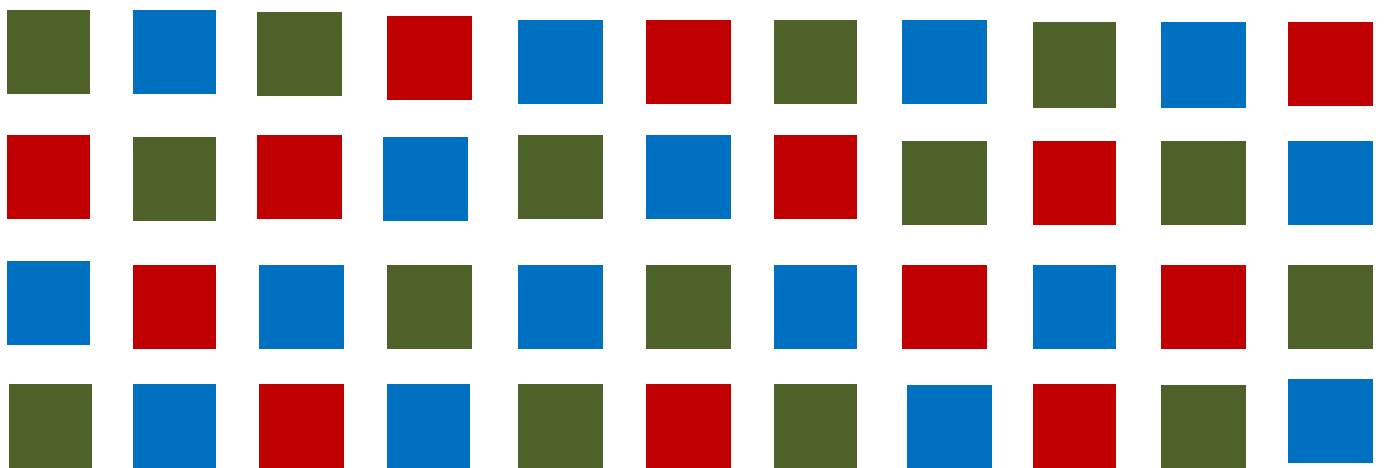


Instruktion för barn- och ungdomspsykiatrisk läkemedelsbehandling BUP Stockholm 2019



Dokumentnamn

Psykofarmakologisk behandling - instruktion för
BUP Stockholm

Regnr INS-13003-v.2.0

Godkänd/signatur Göran Rydén

Gäller från och med 2019-05-10

INLEDNING

Syftet med denna skrift har varit att utifrån evidens och beprövad erfarenhet skapa lättillgängliga farmakologiska behandlingsprinciper för säker och effektiv läkemedelsbehandling inom BUP Stockholm.

Farmakologisk behandling av barn och ungdomar är en specialistverksamhet som ofta kan inbegripa ett flertal olika överväganden. Farmakologisk behandling riktas oftast mot specifikt symptom, även om behandlingen måste grundas på en diagnos. Samsjuklighet och andra komplicerande faktorer skall beaktas i varje ärende. Vår rekommendation är att mindre erfarna läkare tar stöd av denna skrift och konsulterar erfarna kollegor.

Inom barnpsykiatrin är det ett mycket litet antal farmaka som har barnindikation i FASS; inte heller alla preparat som kliniskt används finns upptagna i Kloka Listan på respektive diagnos. Generellt är det så att de flesta preparat som används inom barnpsykiatrin används ”off-label”, dvs utan indikation i FASS eftersom många farmakologiska studier är gjorda med vuxna deltagare och slutsatser ha fått dragas av detta. Bristen på evidens inom barnpsykiatrin är ett stort problem generellt, men vi har i denna instruktion stöd av befintlig vetenskap samt samlade erfarenheter utifrån nationella och internationella riktlinjer.

Samsjuklighet är mycket vanligt vid barnpsykiatriska tillstånd. Kraftfulla symptom kan överskugga andra symptom av betydelse och därmed dölja samtida tillstånd. Vid samsjuklighet behöver båda tillstånden beaktas vid planering av behandlingsinsatser. Det svåraste/mest funktionsnedsättande tillståndet bör behandlas först.

Förutsättning för farmakologisk behandling av psykiatriska tillstånd hos barn och ungdom, är att en medicinsk differentialdiagnostik har gjorts. En sådan görs genom klinisk bedömning, inklusive somatiskt status, samt blodprovstagning.

Detta är kliniska rutiner för BUP Stockholm; ej en vetenskaplig metaanalys eller lärobok. Vi hänvisar till länkarna i slutet av instruktionen för fördjupad information.

Läkemedelsbehandling inom BUP ska ses som en del av barnpsykiatrisk behandling. Vid utvärdering av den måste man beakta och eventuellt samråda med ansvarig behandlare för parallella insatser.

I denna instruktion är den farmakologiska informationen samlad i olika delar:

- Del 1: Kapitel baserat på diagnosområden i DSM 5, kompletterat med området ”Akut omhändertagande”.
 - För ytterligare information om dosering, biverkningar, farmakokinetik och farmakodynamik hänvisas till FASS och Läkemedelsverket.
- Del 2: Allmän information till förskrivande läkare, lathund avseende läkemedels miljöpåverkan, Läkemedels uppföljningsschema, dvs provtagningsrutin, bedömning och utvärdering kompletterat med de viktigaste läkemedelsinteraktionerna, länkar samt lathund för agitation.

Farmakagruppen 2018/19

- Madeleine Ardbo, patientsäkerhetsöverläkare, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, biträdande verksamhetschef, BUP Stockholm
- Kerstin Arnsvik-Malmberg, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, med. dr., BUP Stockholm. Samordnare för gruppen
- Hannes Bohman, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, med.dr., BUP Stockholm
- Susanne Buchmayer, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, med.dr. BUP heldygnsvård.
- Selma Idring Nordström, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, med. dr., BUP Stockholm
- Cecilia Månsson, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, BUP Stockholm. Expertråd Psykiatri
- Maria Silverberg Mörse, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, BUP Stockholm. Expertråd Psykiatri
- David Öberg, projektledare/miljösamordnare, BUP Stockholm

Externa granskare

- Linda Halldner Henriksson, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, Med dr, BUP Umeå
- Per Höglund, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, Med dr, BUP Stockholm
- Jenny Kindblom, Docent överläkare, specialist i klinisk farmakologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Anette Magnusson, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, BUP Stockholm

Innehållsförteckning

INLEDNING.....	3
Farmakagruppen 2018/19.....	4
Externa granskare.....	4
Del 1.....	11
1 Akut agitation.....	12
Info och indikation.....	12
Kliniska råd och dosering.....	12
2 Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser.....	14
DSM-5.....	14
Info och information.....	14
Intellektuella funktionsnedsättningar.....	14
Kommunikationsstörningar.....	14
Autism.....	14
ADHD.....	14
Tics/Tourettes.....	15
Kliniska råd och dosering.....	15
Autism.....	15
ADHD 6-18 år.....	15
Kombinationsbehandling av olika farmaka.....	17
Uppföljning.....	17
Motoriska störningar.....	17
Tics.....	17
3 Schizofrenispektrumsyndrom, andra psykoser samt katatoni.....	20
DSM-5.....	20
Schizofrenispektrumsyndrom och andra psykoser.....	20
Katatoni.....	20
Info och indikation.....	20
Schizofrenispektrumsyndrom och andra psykoser.....	20
Akutbehandling.....	20
Vid samtidig kraftig ångest.....	20
När akut injektionsbehandling krävs.....	20
Vid extrapyramidala biverkningar i samband med injektionsbehandling:.....	21
Underhållsbehandling.....	21
Kliniska råd och dosering.....	21
Refraktär psykos.....	21
Tilläggsbehandlings negativa symtom eller depression.....	22

Evidens saknas för barn och ungdomar, men finns för vuxna, där tillägg av partiell D2-agonist (aripiprazol) 5-10 mg till primärt antipsykotikum kan minska negativa symtom.....	22
Tilläggsbehandlings positiva symtom	22
Katatoni	22
Info	22
Akut behandling	22
Underhållsbehandling	22
4 Bipolära och relaterade syndrom.....	26
DSM-5	26
Bipolär sjukdom.....	26
Info och indikation.....	26
Indikationer	26
Kliniska råd och dosering	26
Omvårdnad: reducera stimuli.....	27
Akut behandling, mani	27
Per oral läkemedelsbehandling vid akut mani:	27
Alternativt kan andra neuroleptika användas:	27
Om inte per oral medicinering räcker - Intramuskulär läkemedelsbehandling:.....	27
Underhållsbehandling	28
Bipolär depression.....	28
Info och indikation.....	28
Akutbehandling bipolär depression	29
Bipolär sjukdom, underhållsbehandling.....	30
Litium.....	30
Lamotrigin	30
Atypiska neuroleptika.....	30
Valproat.....	30
SSRI	30
5 Depressiva syndrom	32
DSM-5.....	32
Info och indikation.....	32
Dysforiskt syndrom med debut under barndom och tonår (DMDD).....	32
Ihållande depression (dystymi)	32
Premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS)	33
Egentlig depression	33
Kliniska råd och dosering	33
Byte mellan preparat.....	34

Partiell effekt av SSRI, medelsvår depression.....	34
Utebliven respons.....	34
Refraktär depression	35
Uppföljning.....	35
Uppföljning efter remission.....	35
Utsättning.....	35
Utebliven effekt av farmakologisk behandling.....	35
6 Ängestsyndrom	38
DSM-5	38
Info och indikation.....	38
Kliniska råd och dosering	39
Separationsångest, selektiv mutism och specifik fobi	39
Social fobi, paniksyndrom och agorafobi	39
GAD	39
7 OCD/Tvångssyndrom och relaterade syndrom.....	42
DSM-5.....	42
Info och indikation.....	42
Kliniska råd och dosering	43
OCD.....	43
Dysmorfofobi/BDD	43
Samlarsyndrom/Hoarding	43
Trichotillomani/Dermatillomani.....	43
8 Traumarelaterade tillstånd	46
DSM-5	46
Info och indikation.....	46
Kliniska råd och dosering.....	47
Behandling av traumarelaterade diagnoser	47
Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).....	47
Akut stressyndrom	47
Anknätningsstörning med social hämning/social distanslöshet.....	47
Anpassningsstörningar	47
Andra specificerade trauma- och stressrelaterade syndrom	47
Ospecificerat trauma- och stressrelaterat syndrom.....	47
9 Ätstörningar	48
DSM-5	48
Info/ Indikation	48
Kliniska råd och dosering:	48
Anorexi	48

8 Bulimi och Hetsättningsstörning.....	48
10 Sömn- och vakenhetsrelaterade störningar.....	49
DSM-5	49
Info och indikation.....	49
Sömlöshet.....	49
Kliniska råd och dosering	49
Föreslagen initialdos:.....	49
11 Utagerande beteende-, impuls kontroll- och uppförandestörningar	50
DSM-5	50
Info och indikation.....	50
Kliniska råd och dosering	50
Del 2.....	52
12 Allmän information och instruktion till förskrivande läkare:	53
HSLF-FS 2017:37 - Sammanfattning av förordning	54
En läkemedelsordination ska innehålla uppgifter om	54
"Vidbehovsmedicinering"	54
Särskilt gällande läkemedel	54
Ordination	55
13 Generell läkemedelsinformation.....	56
SSRI	56
Byte mellan preparat.....	56
Aspekter att särskilt beakta.....	56
Utsättning.....	57
CS	57
Icke CS.....	58
Neuroleptika.....	59
Kliniska observanda.....	59
Biverkningar.....	60
Stämningsstabiliserare	60
Interaktion.....	60
Uppföljning/Provtagning	61
Melatonin.....	61
Övriga sömnläkemedel	61
14 Miljö och läkemedel	62
Förklaringar till tabellen:.....	62
15 Uppföljningsschema.....	64
1.1.1 SSRI	64
1.1.2 SSRI	66
1.1.3 Neuroleptika.....	67

1.1.4	Centralstimulerande ADHD läkemedel.....	69
1.1.5	Icke centralstimulerande ADHD läkemedel.....	71
1.1.6	Melatonin	73
1.1.7	Litium.....	74
1.1.8	Antiepileptika: lamotrigin.....	76
16	Dokument och websidor.....	78
17	Akut agitation - lathund.....	79

Del 1

- 1 Akut agitation
- 2 Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser
- 3 Schizofrenispektrumsyndrom, andra psykoser samt katatoni
- 4 Bipolära och relaterade syndrom
- 5 Depressiva syndrom
- 6 Ångestsyndrom
- 7 OCD/Tvångssyndrom och relaterade syndrom
- 8 Traumarelaterade tillstånd
- 9 Ätstörningar
- 10 Sömn- och vakenhetsrelaterade störningar
- 11 Utagerande beteende, impulskontroll- och uppförandestörningar

1 Akut agitation

Definitionen av akut agitation som avses här är ett tillstånd som präglas av:

- Motorisk och/eller verbal oro.
- Irritabilitet
- Bristande samarbetsvilja
- Vokala utbrott
- Hotfulla gester eller anfall som kan övergå i direkt våld

Info och indikation

Beteendestörning ska vara så allvarlig att den sannolikt leder till skada på patient eller personal utan intervention.

Farmakologisk behandling som diskuteras nedan är förbehållen patient på akutmottagning eller i heldygnsvård, ofta i samråd med bakjour.

Akut agitation är ett symptom som kan uppstå vid en mängd olika tillstånd. Exempel på tillstånd när akut agitation kan uppstå är:

- Psykos/Mani
- Katatoni
- Emotionell instabilitet/Antisocialitet
- Drogrus
- Autism med utåtagerande beteende
- Intellektuell funktionsnedsättning
- Ångest
- Somatiska tillstånd (hyper-/hypoglykemi, njur-/leversjukdom, neurologiska sjukdom mm)

Akut agitation ska alltid behandlas med lågaffektivt bemötande och preventiva omvårdnadsstrategier, om detta inte är tillräckligt så bör patienten erbjudas vid behovs medicinering per oralt eller intramuskulärt. Om detta inte är möjligt kan medicinering ske med stöd av LPT.

Det är viktigt att tidigt tänka diagnostiskt så att behandlingen kan riktas mot patientens grundtillstånd, t ex bör en mani så tidigt det är möjligt erhålla stämningsstabiliserande behandling.

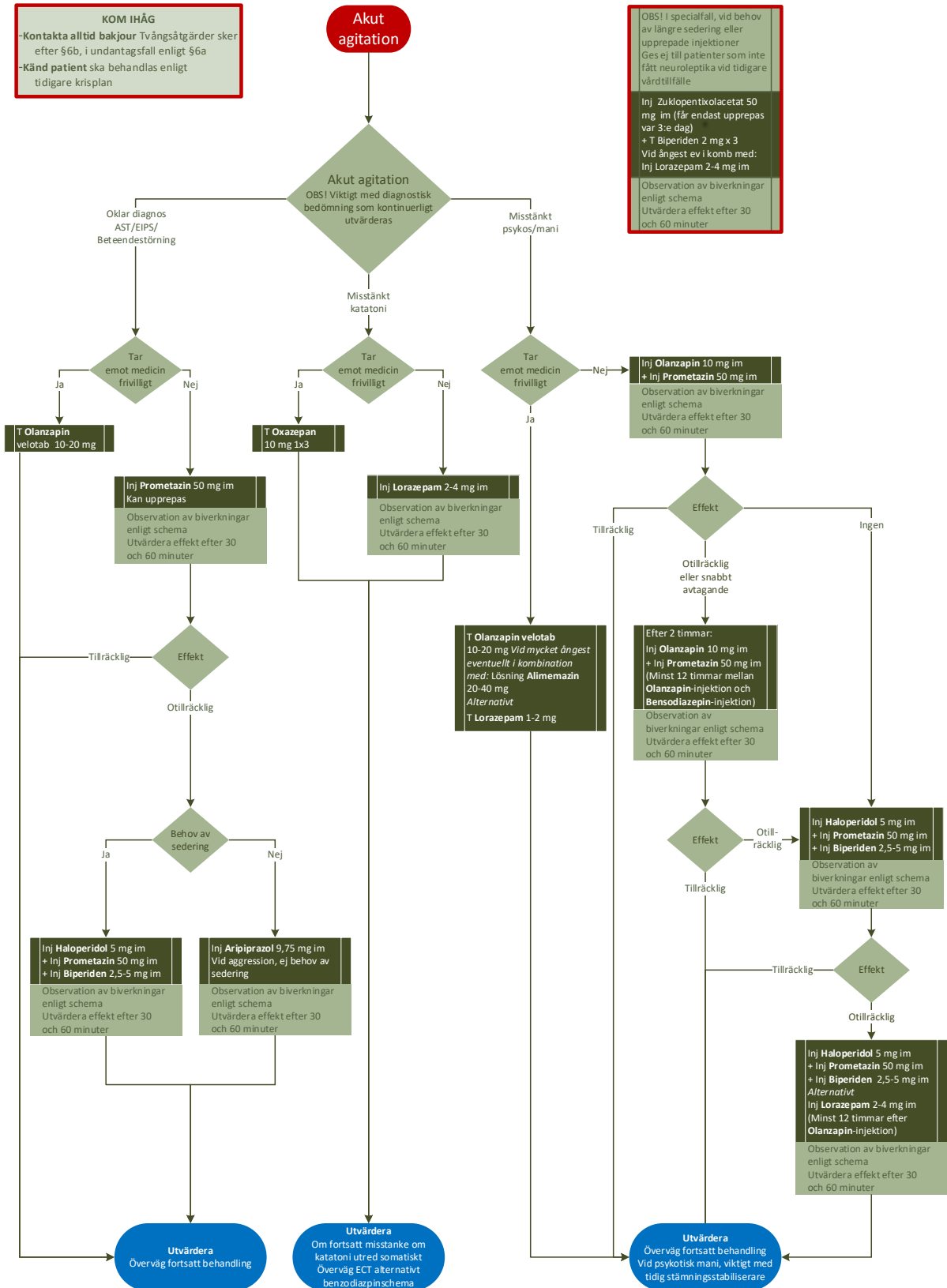
Kliniska råd och dosering

- Vid framtagning av akutmedicineringsschemat har man delat in akut agitation i 3 grundtillstånd: psykos/mani, katatoni och övriga/oklara tillstånd.
- Basen är att psykos/manier behandlas med neuroleptika i kombination med **Phenergan** för att öka sedation och minska risken för EPS.
- **Bensodiazepiner** undviks till stor del då det finns risk för paradoxal agitation och är i schemat princip förbehållna katatonier då det i dessa fall både är behandlande och en del i diagnostiken att behandla med benzodiazepiner.
- Övriga/oklara tillstånd behandlas i första hand med sedation med **Phenergan** och i andra hand med neuroleptika.

För lathund avseende akut agitation, se kapitel 17.

Akut agitation

KOM IHÅG
 -Kontakta alltid bakjour Tvångsätgärder sker efter §6b, i undantagsfall enligt §6a
 -Känd patient ska behandlas enligt tidigare krisplan



OBS! I specialfall, vid behov av längre sedering eller upprepade injektioner. Ges ej till patienter som inte fått neuroleptika vid tidigare vårdtillfälle
 Inj Zyklopentxolacetat 50 mg im (får endast upprepas var 3:e dag)
 + T Biperiden 2 mg x 3
 Vid ångest ev i komb med:
 Inj Lorazepam 2-4 mg im
 Observation av biverkningar enligt schema
 Utvärdera effekt efter 30 och 60 minuter

2 Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser

DSM-5

- Intellektuella funktionsnedsättningar
- Kommunikationsstörningar
- Autism
- ADHD
- Motoriska störningar
- Tics

Info och information

Intellektuella funktionsnedsättningar

Tillståndet i sig är ej föremål för farmakologisk behandling

Kommunikationsstörningar

Tillståndet i sig är ej föremål för farmakologisk behandling

Autism

I nuläget finns ingen farmakologisk behandling av kärnsymptomen vid autism. All farmakologisk behandling är symptomatisk.

Symptom som kan behöva behandlas vid autism är:

- Aggression, irritabilitet, självdestruktivitet
- Hyperaktivitet, ouppmärksamhet, impulsivitet
- Repetitivt beteende
- Tvång
- Depression
- Ångeststörningar
- Sömnstörningar

Målet ska vara att med utvalda läkemedel behandla specifika symptom som bidrar till nedsatt funktion utöver kärnsymptomen vid autism. Definiera målsymtom innan behandlingen ska påbörjas.

Säkerställ att adekvata icke-farmakologiska insatser (till exempel pedagogiska anpassningar, kommunikationshjälpmedel) är tillgodosedda.

ADHD

Farmakologisk behandling är en komponent i en multimodal behandling. Patienter med komplicerande samsjuklighet, till exempel pågående missbruk, bipolär sjukdom, utvecklingsstörning eller autism bör behandlas av läkare med särskild erfarenhet av dessa tillstånd. Förskolebarn kan ibland vara föremål för farmakologisk behandling men andra insatser rekommenderas i första hand.

Tics/Tourettes

För Tics/Tourettes syndrom som är behandlingskrävande är förstahandsbehandlingen psykologisk behandling med Habit reversal training (HRT), Comprehensive behavioral intervention for tics (CBIT) eller Exponering med responsprevention. Först därefter läkemedelsbehandling.

Kliniska råd och dosering

Autism

Symtom som kan behandlas vid autism är repetitiv beteende och samsjuklighet. Det finns stor samsjuklighet med **Depression, Ångestsyndrom, OCD, ADHD** och **Sömnstörning** och då får man gå in på respektive avsnitt för att säkerställa behandlingen. Det är viktigt att skilja på om det är repetitivt beteende inom autismspektrum eller tvångssyndrom. Repetitivt beteende behandlas med neuroleptika och tvångssyndrom enligt avsnitt OCD. Vid behandling av repetitivt beteende inom autismspektrum finns det forskning som stöder låg dos neuroleptika och då gäller samma provtagning som vid annan behandling med neuroleptika. Aggressivitet, irritabilitet, självdestruktivitet, repetitivt beteende, stereotypier och ritualer. **Risperidon** i låg dos 0,25-1,0 mg/dygn eller **aripiprazol** 2,5-5 mg/dygn. Ångest behandlas med SSRI i första hand enligt riktlinjerna för Ångestsyndromavsnittet. Obs: Start "low-go slow" (för att minska risk för aktivering, halvera dosen initialt).

ADHD 6-18 år

- I första hand används **metylfenidat**
- I andra hand med **lisdexamfetamin** eller **atomoxetin**
- I tredje hand används **guanfacin ER**

Inom gruppen centralstimulantia rekommenderas **metylfenidat** i första hand och som finns i olika beredningsformer (**Concerta, Ritalin** modifierad frisättning, **Medikinet** modifierad frisättning, **Equasym Depot, Ritalin** och **Medikinet**). Det som skiljer dem åt är frisättningen av metylfenidat och duration.

Preparat	Frisättning metylfenidat Kortverkande/långverkande	Duration timmar
Concerta	22/78 %	12
Ritalin modifierad frisättning	50/50 %	8
Medikinet modifierad frisättning	50/50 %	8
Equasym Depot	30/70 %	8
Ritalin kortverkande	100/0 %	4
Medikinet kortverkande	100/0 %	4

Dosering av **metylfenidat** är individuell och läkemedlet trappas upp: Skolbarn börja med 18 mg depottablett **Concerta** eller **Ritalin** 10 mg-(20 mg) modifierad frisättning utifrån ålder och vikt på barnet/ungdomen. Titrera sedan upp till lämplig måldos.

Vid behandling med **metylfenidat** brukar de flesta skolbarn behöva som måldos cirka 1 mg/kg/dygn. Slutdosen varierar för olika individer med individuell anpassning mellan 0,5 mg/kg/dygn upp till 2 mg/kg/dygn. Varje individ har sin egen dos-responskurva gällande **metylfenidat**.

Vid doser över 54 mg **Concerta** eller 60 mg **Ritalin** är det off-label förskrivning vilket man som läkare kan göra på eget ansvar och ska dokumenteras i journalen. Ibland kan högre doser förekomma. Diskutera med en erfaren kollega innan behandling med högdos (upp till 2 mg/kg/dygn) av **metylfenidat**.

Behandling av förskolebarn sker utanför registrerad indikation, dvs "off-label". Förskolebarn kan ibland vara föremål för farmakologisk behandling, men andra insatser rekommenderas i första hand. Förskolebarn börja med antingen kapsel **Medikinet** modifierad frisättning 5 mg, **Medikinet** eller kapsel **Ritalin** modifierad frisättning 10 mg beroende på vikt och ålder. Titrera sedan upp till lämplig måldos. Förskolebarn behöver oftast lägre dos, cirka 0,75 mg/kg/dygn.

Lisdexamfetamin (Elvanse) doseras en gång om dagen på morgonen. Startdos 20-30 mg (inklusive byte från annat preparat), stegvis dosökning 10-20 mg i veckan (6-18 år). Högsta rekommenderade dosen är 70 mg. Effekt 13 timmar hos barn, 14 timmar hos vuxna. Intas oberoende av måltid. Kapslarna sväljs hela (får inte delas). Alternativt löses kapselinnehållet upp i ett glas vatten och intas direkt därefter (får inte sparas). Notera att den aktiva substansen inte är lika med administrerade dosen, på varje dos får man ut cirka 1/3 aktiv substans (till exempel 30 mg Elvanse=8,9 mg dexamfetamin).

Dexamfetaminsulfat (Attentin) doseras 0,3-1,5 mg/kg/dygn uppdelat på 2-3 doser. T_{1/2} 6-10 timmar, effekt kan uppnås efter 30 minuter och sitter i under 3-6 timmar.

Atomoxetin är en selektiv noradrenerg återupptagshämmare (NRI) som kan användas vid ADHD och ADHD med komorbiditet drogmissbruk, tics, ångest mm.

Atomoxetin doseras enligt följande:

Under 70 kg börja med 0,5 mg/kg/dygn i 1 vecka sedan 1,2 mg/kg/dygn.

Över 70 kg 40 mg i en vecka och sedan 60-100 mg efter kliniskt behov.

Vid behandling med atomoxetin så kan den doseras upp till 1,8 mg/kg/dygn men för att få en symptomreduktion på ADHD symptomen brukar det räcka med 1,2 mg/kg/dygn

Guanfacin (alfa2-agonist) som har visat sig ha effekt på ADHD, tics och beteendestörningar. **Guanfacin extended release** (Intuniv) har en T_{1/2} på 18 timmar och en t-max på 6 timmar. Doseras 1-4(-7) mg, en dos/dygn, kan ges morgon eller kväll. Obs! försiktig upptitrering av **guanfacin**, måste sättas ut långsamt annars finns risk för blodtrycksstegring.

Vanlig biverkning är trötthet; ges gärna därför som kvälldos.

Kombinationsbehandling av olika farmaka

Om ej tillräcklig effekt uppnås med **metylfenidat/lisdexamfetamin**, kan de kombineras med **atomoxetin** eller **guanfacin**. De har olika verkningsmekanism och ingen farmakokinetisk interaktion har beskrivits. Man kan gå upp i fulldos på båda men man måste följa biverkningar noga. Med **atomoxetin** och centralstimulantia finns en viss risk för ökade biverkningar, vilket inte ses med **guanfacin** och centralstimulantia som tar ut varandras biverkningar. Däremot rekommenderas inte kombinationen av **atomoxetin** och **guanfacin**!

Vid samtidig behandling med **fluoxetin** och **atomoxetin** ska atomoxetindosen halveras då de metaboliseras via CYP2D6.

Uppföljning

Första året måste patienten följas ofta och dosen titreras upp. Följ symptomen och biverkningarna. Använd skattningsformulär för att värdera och utvärdera behandlingseffekten och biverkningar (SNAP-IV samt biverkninglistan P-SEC). Vid högdos eller kontroll av "compliance" kan koncentrationen kontrolleras på Farmlab Huddinge sjukhus (remiss finns i Take Care), det är dock viktigt att tolka resultatet utifrån beredning och tidpunkten för provtagningen.

Använd journalmallen ADHD årsuppföljning vid insättning ADHD läkemedel och sedan 1 gång/år. Biverkningar ska följas med P-SEC biverkningslista

För ytterligare information om respektive läkemedel och biverkningar hänvisas till FASS.

Motoriska störningar

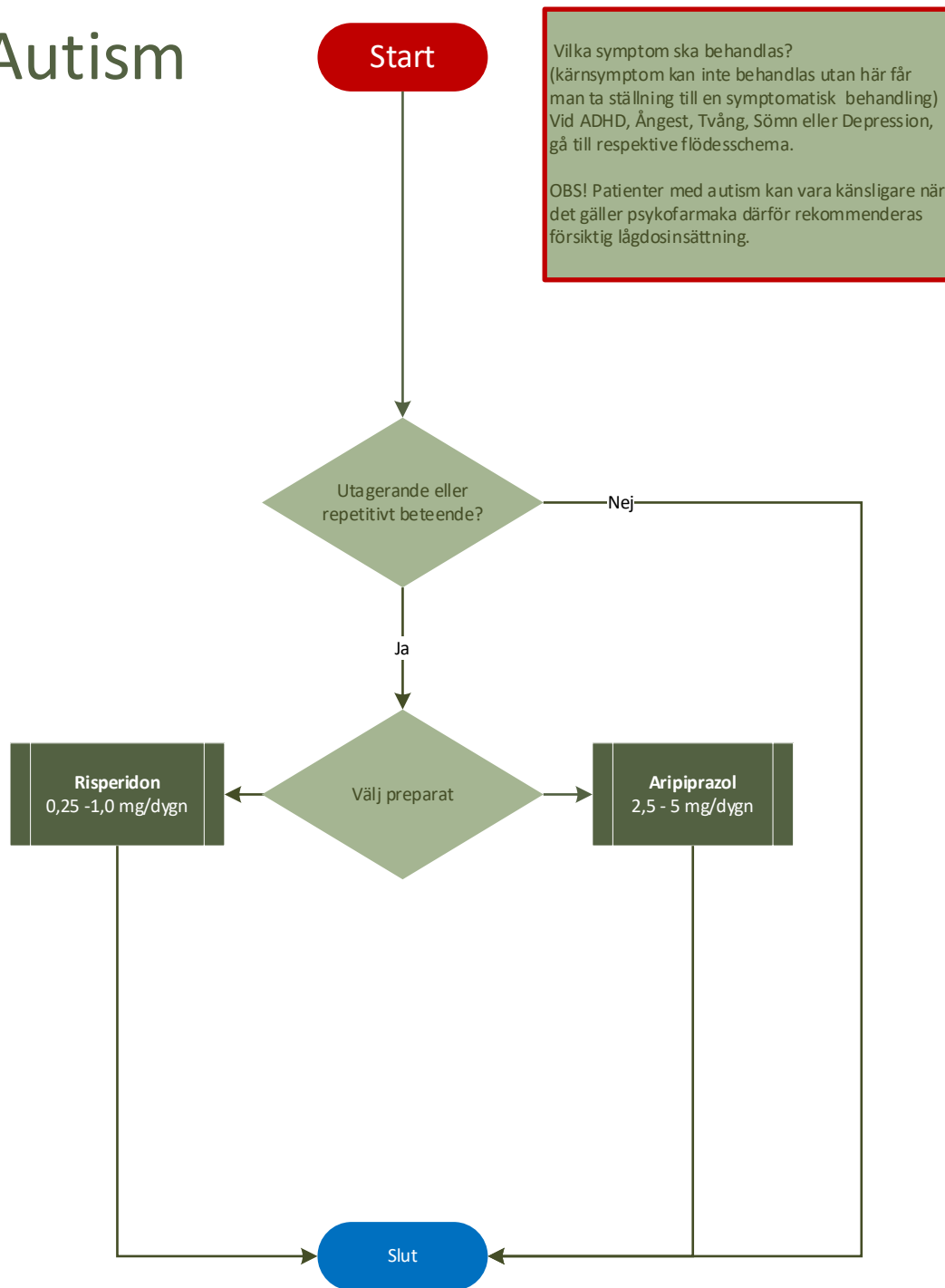
Ej föremål för farmakologisk behandling

Tics

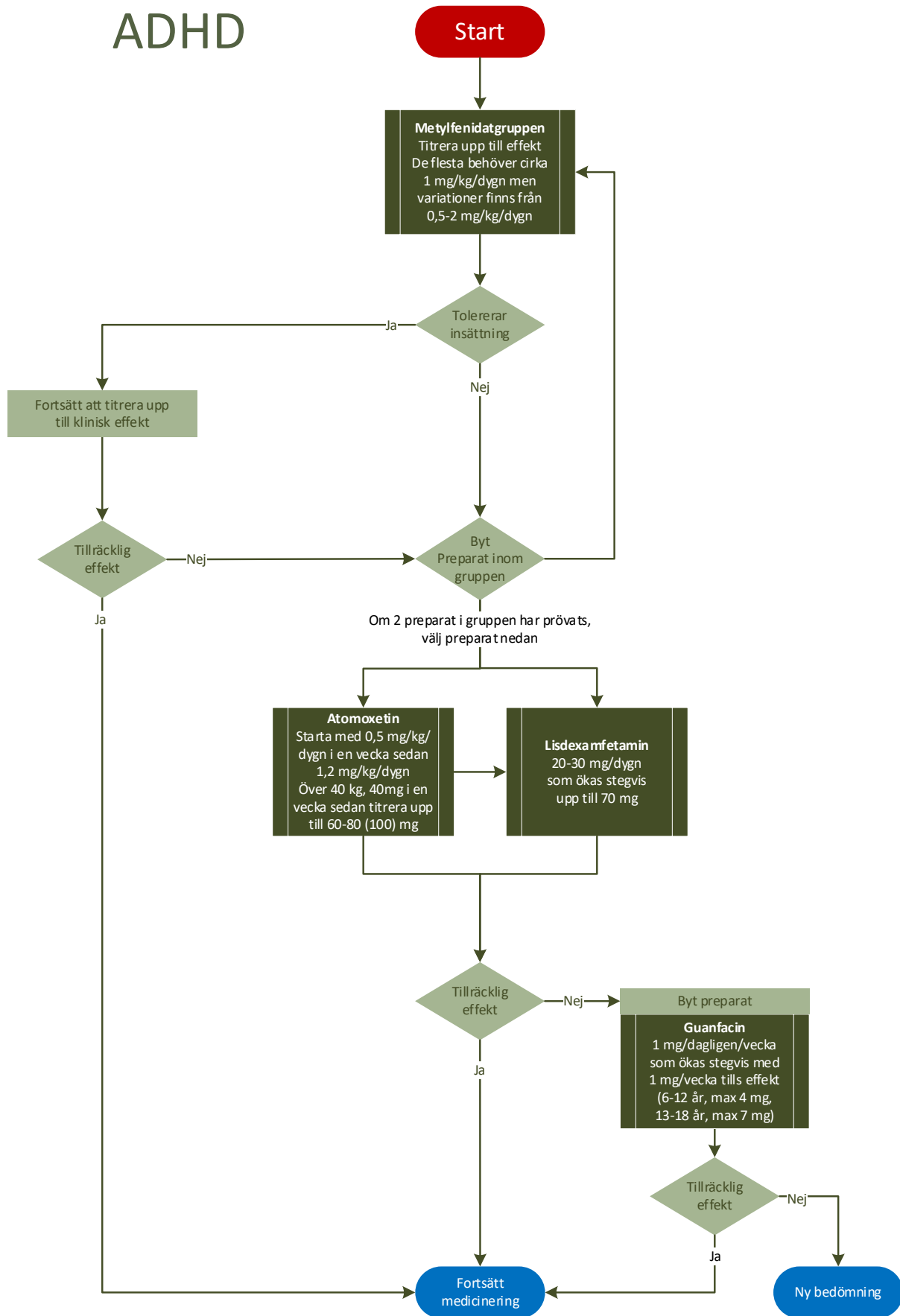
Läkemedelsbehandling vid tics/Tourettes syndrom:

- I första hand rekommenderas användning av **alfa2-agonister** (Intuniv), då detta beskrivs ge bättre behandlingseffekt i relation till potentiella biverkningar. I de fall där **alfa2-agonister** inte har effekt eller inte tolereras, kan neuroleptika (**aripiprazol**, **risperidon**) istället övervägas. Äldre neuroleptika såsom pimozid och haloperidol har dokumenterad effekt vid tics, men undviks pga biverkningsprofilen.
- Sätt in **guanfacin** extended release (Intuniv) i första hand ; dosering 1 mg/dygn, trappa upp till 4 (-7) mg. Kontrollera blodtryck efter insättning och varje dosökning. Trappa ut långsamt vid utsättning.
- Om neuroleptikabehandling: Starta med låg dos (**Aripiprazol** 2,5 mg, **Risperidon** 0,25 mg) och titrera upp till lämplig måldos beroende på kliniskt svar.

Autism



ADHD



3 Schizofrenispektrumsyndrom, andra psykoser samt katatoni

DSM-5

Schizofrenispektrumsyndrom och andra psykoser

- Vanföreställningssyndrom
- Kortvarig psykos
- Schizofreniformt syndrom
- Schizofreni
- Schizoaffektivt syndrom
- Substans och läkemedelsbetingad psykos
- Psykos orsakad av annat medicinskt tillstånd
- Annat specificerat schizofrenispektrumsyndrom samt andra psykoser
- Ospecificerat schizofrenispektrumsyndrom samt andra psykoser

Katatoni

- Katatoni vid annan psykisk ohälsa
- Katatoni orsakad av annat medicinskt tillstånd
- Ospecificerad katatoni

Info och indikation

Schizofrenispektrumsyndrom och andra psykoser

Farmakologisk behandling vid psykos där symtomen ej gått i regress inom 2 till 7 dagar med hjälp av:

- Stimulireduktion
- Stressreduktion
- Skydd
- Sömnbehandling

Akutbehandling

Risperidon, börja med 0,5-1 mg/dygn, öka var 3:e dag upp till maximalt 4 mg/dag.
eller

Quetiapin, 50 mg dag 1, 100 mg dag 2, 200 mg dag 3, 300 mg, dag 4, öka eventuellt vidare upp till maximalt 600 mg/dygn.
eller

Aripiprazol, 5 mg x 1, öka upp till maximalt 30 mg x 1 vid behov.

Om patienten är mycket agiterad, irriterad eller våldsam och accepterar per oral medicinering pröva istället **olanzapin** i tablettform, 10-20 mg 2-7 dagar, se flödesschema.

Vid samtidig kraftig ångest

Lägg till **levopromazin** 25-75 mg p o, alternativt **oxazepam** 25 mg var 6:e timme (observera att långvarigt bruk kraftigt ökar suicidrisk).

När akut injektionsbehandling krävs

Injektion **olanzapin** 10 mg intramuskulärt, kan upprepas vid behov.

CAVE kombinationsbehandling intramuskulär **olanzapin** och **bensodiazepiner** på grund av risk för allvarlig interaktion, se FASS under intramuskulär **olanzapin**.

Vid behov av intramuskulärt, lugnande eller sömninducerande läkemedel, ges injektion **prometazin**, 25 mg/ml, 1-2 ml vilket kan itereras.

I 2:a hand (Om patienten har tidigare erfarenhet av injektions behandling och **olanzapin** varit otillräckligt):

Injektion **haloperidol**, 5 mg/ml 1-2 ml + Injektion **prometazin** (Phenergan) 25 mg/ml, 2-4 ml. Kan upprepas om otillräcklig effekt. Om över 10 mg, ge Injektion **biperiden** (Akineton) 5 mg/ml 0,5-1 ml.

eller

Injektion **zuklopentixol** (Cisordinol-Acutard) 50 mg/ml, 1-2 ml intramuskulärt, kan kombineras med injektion **diazepam (Stesolid Novum)** 5 mg/ml, 4-6 ml intramuskulärt.

Vid extrapyramidala biverkningar i samband med injektionsbehandling:

Injektion **biperiden** 5 mg/ml, 0,5-1 ml intramuskulärt vid behov, itereras vid behov.

Underhållsbehandling

Medicinera med något av **risperidon**, **quetiapin**, eller **aripiprazol**. Vad gäller **aripiprazol** finns evidens för ungdomar att högre doser (20-30 mg) ger bättre återfallsskydd än låga (10-15 mg). Om otillräcklig effekt efter 6 veckor tid överväg byte av preparat, i första hand, till något annat av ovanstående preparat eller **olanzapin**. Om fortfarande otillräcklig effekt byt ytterligare en gång till preparat i samma grupp. Om viktneutralt läkemedel eftersträvas kan man välja **lurasidon**.

Vid problem med prolaktinökning med **risperidon** kan tillägg av **aripiprazol** 2,5-5 mg effektivt normalisera denna.

Kliniska råd och dosering

Refraktär psykos

Undersök följande:

- Är diagnosen rätt?
- Förekommer missbruk?
- Dålig ”compliance”
- Föreligger okänd komorbiditet?
- Undersök biverkningar
- Undersök läkemedelsinteraktioner

Om dessa problem är uteslutna överväg byte till **klozapin**, som är det enda preparat som har evidens att fungera vid ingen eller otillräcklig effekt av SGA (andra generationens antipsykotika). Biverkningar som agranulocytos och metabola biverkningar gör att preparatet bör användas först i ett senare skede. Vid problem med aggressivitet och suicidalt beteende kan **klozapin** övervägas i ett tidigare skede.

Börja med 12,5 mg/dygn, öka med 12,5-25 mg var 3:e-5:e dag upp till 100-200-400 mg/dygn. Regelbunden provtagning initialt veckovis på grund av risken för agranulocytos. Utvärdera efter 6 månader. Tilläggsbehandling kan prövas om otillräcklig behandlingseffekt.

Tilläggsbehandlings negativa symtom eller depression

Evidens saknas för barn och ungdomar, men finns för vuxna, där tillägg av partiell D2-agonist (**aripiprazol**) 5-10 mg till primärt antipsykotikum kan minska negativa symtom.

Tilläggsbehandlings positiva symtom

Evidens saknas för barn och ungdomar, men finns för vuxna, speciellt vid samtidig **klozapin** behandling. **Lamotrigin** börja med 25 mg 1x1 i 2 veckor, därefter 50 mg 1x1 i 2 veckor, 100 mg 1x1 i 2 veckor, slutdos 100-200 mg/dygn.

Viktökning och metabola biverkningar är vanliga bland barn och tonåringar vid neuroleptikabehandling. Tillägg av **metformin** kan vara gynnsamt i fall av påtaglig viktökning och där byte av antipsykotikum ej är aktuellt.

Olanzapin är andrahandsval av preparat på grund av risken för metabola biverkningar och viktuppgång. Men det är lätt administrerat och därför ofta det enda preparat som går att ge akut

Katatoni

Info

Katatoni är ett komplext underdiagnostiserat syndrom som innefattar motoriska-, beteendemässiga- och autonoma förändringar. Katatoni förekommer bland annat vid psykos sjukdom, autism och affektiv sjukdom.

Syndromet malign katatoni (5 % av katatonifallen), med svåra autonoma rubbningar där patienten inte förmår äta eller dricka, har feber och hypertoni är möjligen det mest dödliga barnpsykiatriska tillståndet. Snabb diagnos kan vara livräddande och förbättrar långtidsprognos.

Akut behandling

Lorazepam (Temesta) 1-2 mg som kan repeteras 1-2 ggr vid 3 och 6 timmar. För snabbare effekt ge intramuskulärt. Vanligen ses en snabb effekt.

Monitorera effekten av behandling med temp, puls och blodtryck.

Vid malign katanoni, symptomatisk vård och övervakning på somatisk avdelning, ECT. Om psykotiska symtom, behandla med **olanzapin** 2,5-10 mg.

Vid malign katatoni behövs underhållsbehandling med vätska och vid feber febernedsättande medicin

Underhållsbehandling

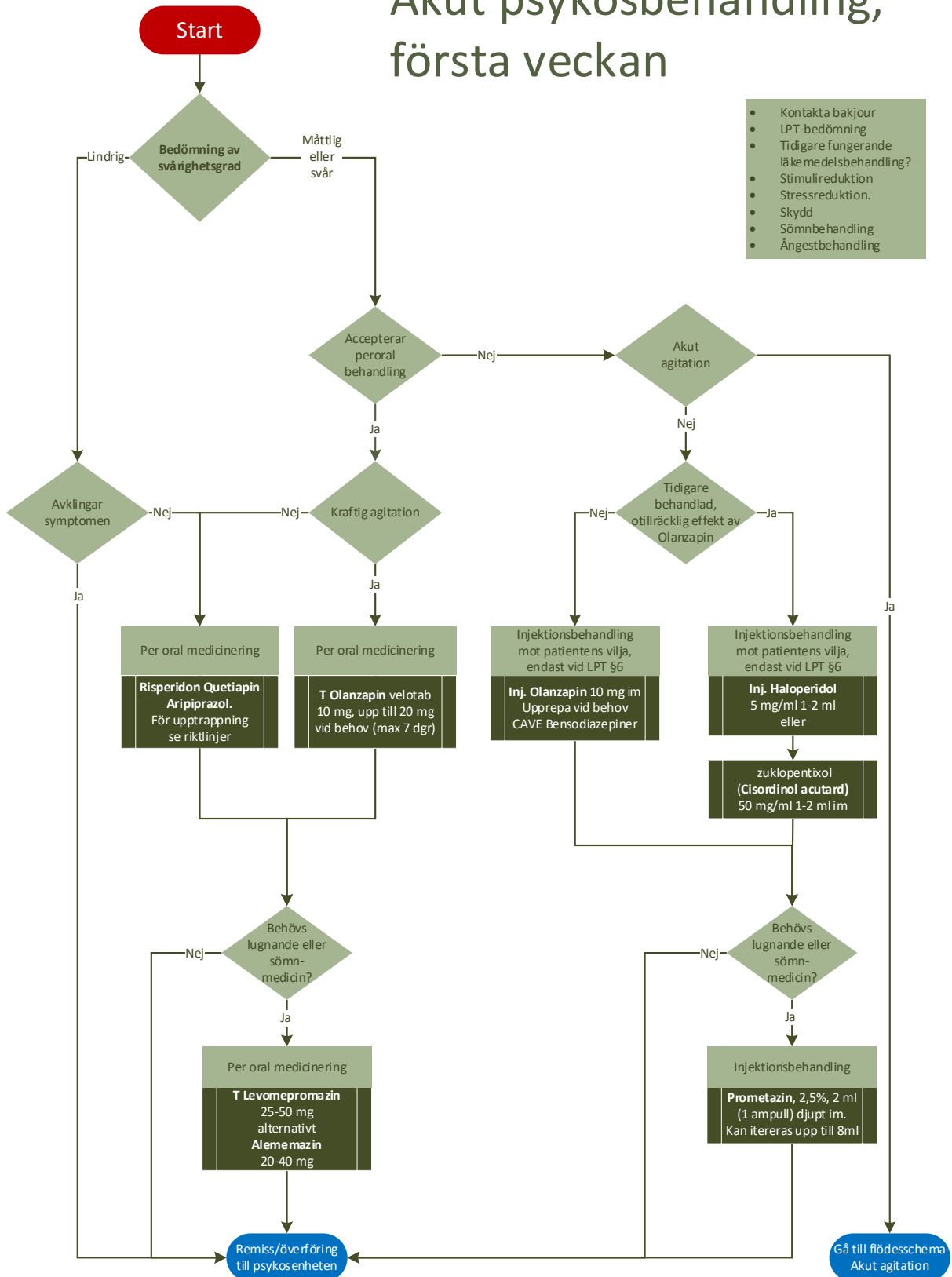
Om effekt av **lorazepam**, övergå till underhållsbehandling. Vanligen runt 5-6 mg fördelat på 3 doser per dag. I undantagsfall kan upp till 15-30 mg behövas.

Om underliggande affektiva symtom finns insättes **litium**. **Benzodiazipener** kan då eventuellt på sikt trappas ut.

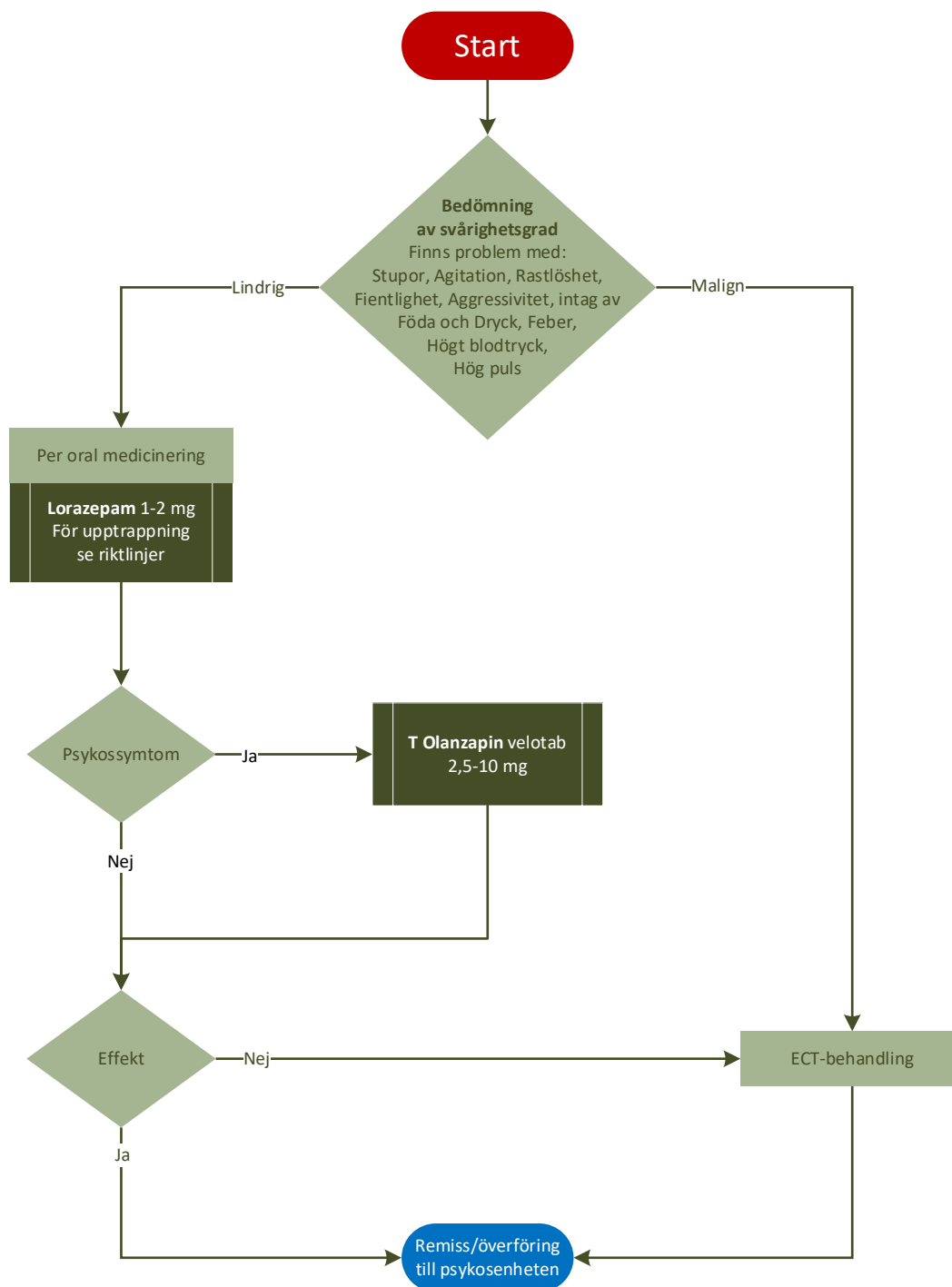
Vid otillräcklig effekt av **benzodiazepiner** skall patienten behandlas med ECT.

Antipsykotisk medicin kan förvärra katatoni. Om påtagligt psykotiskt symtom föredras SGA med låg D2 bindning, till exempel **olanzapin**.

Akut psykosbehandling, första veckan



Katatonibehandling



4 Bipolära och relaterade syndrom

DSM-5

Bipolär sjukdom

- Bipolär 1
- Bipolär 2
- Cyklotymi
- Substans-/läkemedelsbetingade bipolära och relaterade syndrom
- Bipolära och relaterade syndrom orsakade av medicinska tillstånd
- Andra specificerade bipolära och relaterade syndrom
- Ospecificerat bipolärt och relaterat syndrom

Info och indikation

Bipolärt syndrom, denna riktlinje avser behandling främst under akutskede av mani.

Indikationer

Vid bipolärt syndrom rekommenderas läkemedelsbehandling dels i ett akutskede, dels som förebyggande underhållsbehandling. Patientens undergrupp av bipolärt syndrom och aktuell fas i sjukdomsförloppet påverkar behandlingsvalet.

Läkemedelsbehandling kan riktas mot ett eller flera av följande tillstånd: Mani med eller utan psykotiska symtom, hypomani, bipolär depression med eller utan psykotiska symtom, blandtillstånd, sömnstörning, ångest/agitation eller profylaktisk underhållsbehandling.

Nedanstående behandlingsrekommendationer begränsar sig till att i första hand vara vägledande under jourtid och i det akuta skedet.

Kliniska råd och dosering

- Kontakta bakjouren
- Sätt ut eventuella läkemedel som kan utlösa en manisk episod, till exempel SSRI eller ADHD-medicin
- Drogscreena
- Ställningstagande till vård enligt LPT
- Riskbedömning
- Sömn är prioriterat
- Akut antimanisk behandling, atypiskt neuroleptikum eller annat läkemedel som varit effektivt vid tidigare vårdepisod
- Lugnande-/sömnmedicin vid behov
- Om pågående underhållsbehandling - bestäm S-koncentration av läkemedlet om provtagning är möjlig samt ta ställning till eventuellt återinsättande/dosjustering av behandlingen

Omvårdnad: reducera stimuli

- Kontakt med få personer
- Undvik konfrontation/argumentation
- Uppmärksamma eventuella förändringar i stämningssläge
- Observera tillräckligt intag av mat och dryck
- Stöd till nätverket

Akut behandling, mani

Per oral läkemedelsbehandling vid akut mani:

I det akuta skedet är **olanzapin**, i munsönderfallande beredningsform, vanligen ett effektivt och väl tolererat läkemedel. Dosering utifrån manins svårighetsgrad, vanlig dos 10-20 mg.

Per oral **olanzapin** ger inte allvarliga interaktion med bensodiazepiner, varför både antihistaminpreparat eller bensodiazepiner då kan vara alternativ vid behov av ytterligare lugnande/sömninducerande läkemedel: **Alimemazin** 0,5-1 ml (20-40 mg), **levomepromazin** 25-50 mg, eller annat antihistaminpreparat. **Oxazepam** 10-20 mg. Iterera vid behov var 6:e timme.

Läkemedelsdosering och hur snabb dosökning som krävs, måste bedömas utifrån patientens aktuella tillstånd!

Om inte tillräcklig effekt på mani lägg till **Valproat** (tablett á 300 mg). Insättning akut: trappa upp till 20 mg/kg och dygn inom 3-5 dagar. Två-dosregim. Serumkoncentration tas efter 1 vecka, samt 1 vecka efter varje dosjustering. Effekt vanligen vid serumkoncentration 350-700 mikromol/l.

Alternativt snabb intrappning **Litium**, vid litiumbehandling, kontrollera och justera litiumnivå. Läkemedelsdosering och hur snabb dosökning som krävs, måste bedömas utifrån patientens aktuella tillstånd!

Vid behandling med sederande neuroleptika (**Olanzapin** och **Levomepromazin**) kan det vara bra att ge två-dos/depotform, vid behov av sedering dagtid. När detta behov är mindre kan en dos till kvällen vara att föredra.

Alternativt kan andra neuroleptika användas:

- **Risperidon**, börja med 0,5-1 mg/dygn, öka var 3:e dag upp till måldos 2,5 mg/dygn.
 - **Risperidon** är sederande
- **Aripiprazol**, börja med 2,5-5 mg/dygn upp till måldos, max 10-15 mg/dygn
- **Quetiapin** vanligt att börja med 100 mg vid måttlig mani, öka med 100 mg per dygn till 400 mg. Vanlig måldos 400-600 mg, öka vid behov ytterligare till måldos 800 mg/dygn. **Quetiapin** är sederande.

Om inte per oral medicinering räcker - Intramuskulär läkemedelsbehandling:

1:a hand: Injektion **olanzapin** 10 mg intramuskulärt, kan upprepas vid behov.

CAVE kombinationsbehandling intramuskulär **olanzapin** och **bensodiazepiner** på grund av risk för allvarlig interaktion, se FASS under intramuskulär **olanzapin**.

2:a hand: (Om patienten har tidigare erfarenhet av injektions behandling och **olanzapin** varit otillräckligt).

Injektion **haloperidol**, 5 mg/ml 1-2 ml + injektion **prometazin** (Phenergan) 25mg /ml, 2-4 ml. Kan upprepas om otillräcklig effekt. Om över 10 mg ge injektion **biperiden** 5 mg/ml 0,5-1 ml.

eller

Injektion **zuklopentixol** (Cisordinol-Acutard) 50 mg/ml, 1-2 ml intramuskulärt, kan kombineras med injektion **diazepam** (Stesolid novum) 5 mg/ml, 4-6 ml intramuskulärt.

Vid behov av intramuskulärt, lugnande eller sömninducerande läkemedel, ges injektion prometazin 1-2 ml vilket kan itereras.

Underhållsbehandling

Trappa upp neuroleptika till måldos, första utvärdering av effekt cirka en vecka efter uppnådd måldos. Vid biverkningar eller ingen effekt, ta serumkoncentration (dalvärde). Byt till annat neuroleptikum om adekvat serumkoncentration. Om särskilda skäl föreligger kan monoterapi med **litium**, vara aktuellt enligt nedan.

Litium, vid litiumbehandling, kontrollera och justera litiumnivå, se nedan.

Läkemedelsdosering och hur snabb dosökning som krävs, måste bedömas utifrån patientens aktuella tillstånd!

Vid otillräcklig effekt på monoterapi rekommenderas kombinationsbehandling av ett atypiskt neuroleptikum och ett stämningsstabiliserande läkemedel, i första hand litium.

Om ovanstående inte gett mer än liten eller måttlig effekt på manin, rekommenderas kombinationsbehandling bestående av antingen:

- Ett atypiskt neuroleptikum och två stämningsstabiliserande läkemedel, *eller*
- Ett stämningsstabiliserande läkemedel och två atypiska neuroleptika

Vid terapist resistant eller livshotande mani/depression rekommenderas ECT (tonåringar).

Bipolär depression

- Bipolär 1
- Bipolär 2
- Cyclothymi
- Substans-/läkemedelsbetingade bipolära och relaterade syndrom
- Bipolära och relaterade syndrom orsakade av medicinska tillstånd
- Andra specificerade bipolära och relaterade syndrom
- Ospecificerat bipolärt och relaterat syndrom

Info och indikation

Bipolär depression, denna instruktion avser behandling främst under akutskede av depression.

Akutbehandling bipolär depression

- Ställningstagande till LPT
- Bedöm
 - Suicidrisk
 - Förekomst av psykotiska symtom
 - Förekomst av symtom på "mixed state"
- Drogscreena
- Patient med akut skov som står på underhållsbehandling - kontrollera serumkoncentration
- Behandlingsstrategi på avdelningen påverkas av typ av bipolärt syndrom, depressionens svårighetsgrad, förekomst av suicidrisk, psykotiska symtom, ångest/agitation

Följande läkemedel kan vara aktuella, initialt monoterapi:

- **Litium** (tablett 42 mg), insättning vid akut skov: 1+0+2 dag 1-3, dosjustering efter serumkoncentration som kontrolleras dag 3 (bör då ligga på 0,6-0,8 mM/l) och dag 5 (målkoncentration i akutfas 0,8-1,0 mM/l)
- **Quetiapin** börja med 50 mg dag 1, 100 mg dag 2, 200 mg dag 3, 300 mg dag 4 vilket är måldos. Första utvärdering av effekt 1-2 veckor efter uppnådd måldos
- **Lurasidon**, metabolt fördelaktigt för ungdomar, dosering 20-80 mg.
- **Lamotrigin** sätts in enligt FASS, 200 mg vanlig måldos

Tillägg av SSRI kan vara aktuellt endast om maniskydd finns, se nedan. Välj preparat med kort halveringstid.

Följande kombinationsbehandlingar kan vara aktuellt om monoterapi inte ger tillräcklig effekt:

- **Litium + Lamotrigin**
- **Litium + SSRI**
- **Quetiapin + SSRI**

Vid ångest/agitation: I första hand **alimemazin** eller annat antihistaminpreparat.

Bipolär sjukdom, underhållsbehandling

Underhållsbehandling översiktligt. Följande preparat kan vara aktuella:

Litium

- Vanlig måldos vid underhållsbehandling är serumkoncentration 0,6-0,8 mM/l
- Akut kan tillfälligt högre S-koncentrationer krävas, mellan 0,8-1,0 mM/l
- Används både mot mani och depression

Lamotrigin

- Vanlig måldos är 200 mg
- **Lamotrigin** verkar förebyggande mot bipolär depression

Atypiska neuroleptika

- Under en övergångsperiod efter den akuta fasen, framförallt efter mani/blandtillstånd med psykotiska symtom, när risken för återinsjuknande är stor, kan neuroleptika ha en plats
- Det kan även vara indicerat som vid behov behandling, vid tillfälligt ökad risk för återinsjuknande t ex på grund av sömnsvårigheter eller tillfälligt ökad psykosocial belastning
- Hos enstaka patienter kan det även vara indicerat med längre tids underhållsbehandling med neuroleptika
- Atypiska neuroleptika har visad effekt mot mani. **Quetiapin** har hos vuxna även visat effekt mot bipolär depression

Valproat

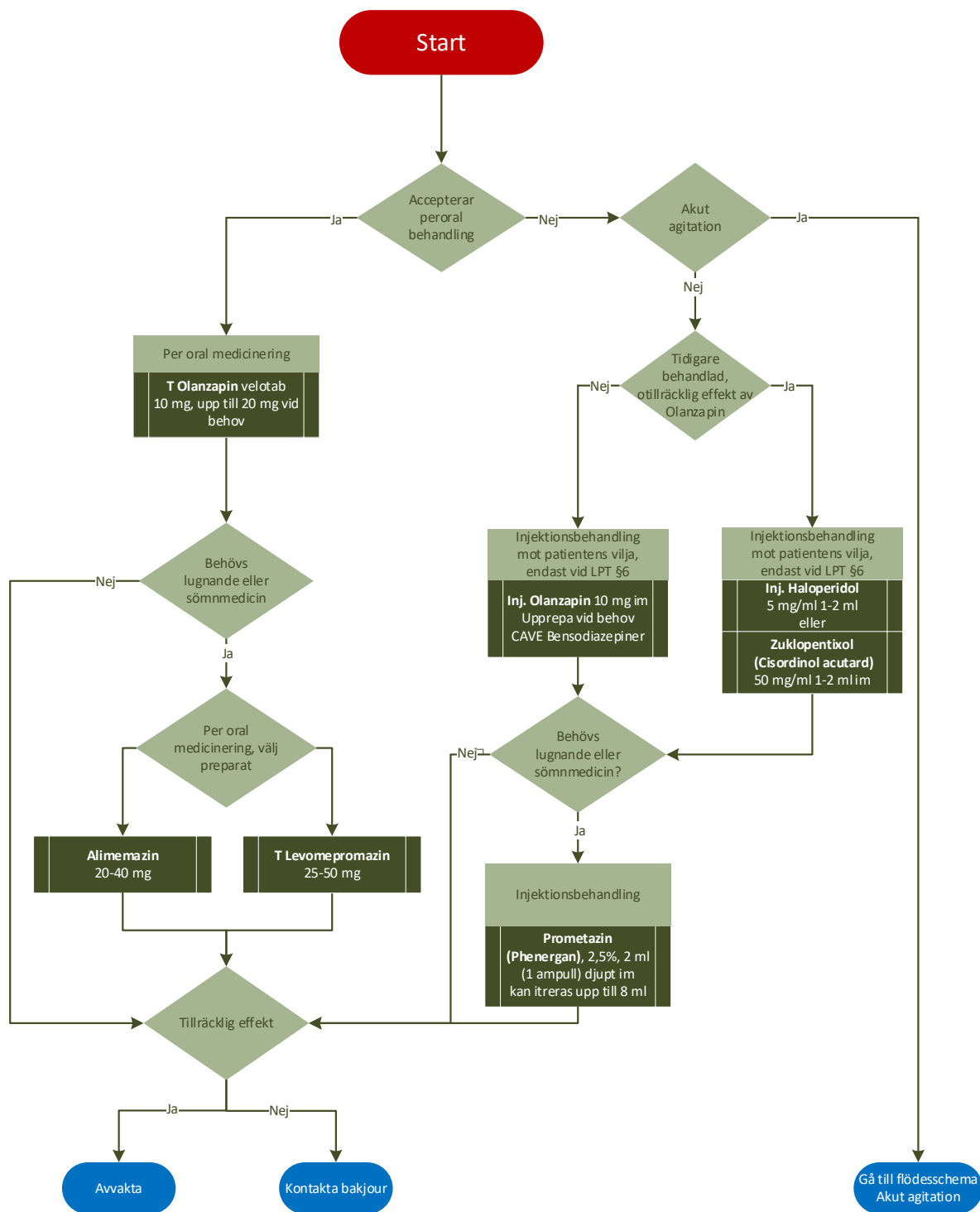
- Vid behov även valproat övervägas, men används främst som akutbehandling. Flickor kan få allvarliga endokrina biverkningar
- Används mot mani

SSRI

- SSRI är kontraindicerat som monoterapi vid bipolär depression. Det kan dock ibland vara indicerat vid befintligt maniskydd vid otillräcklig effekt av ovanstående läkemedel. Måste dock följas noggrant vid insättning då patienten även kan försämras med ökad ångest eller affektiv instabilitet/mani

Vid underhållsbehandling med **lamotrigin** - om patienten gjort ett uppehåll i behandlingen på 5 dygn eller mer - behöver läkemedlet återinsättas med sedvanlig upptrappning!

Akut manibehandling



5 Depressiva syndrom

DSM-5

- Dysforiskt syndrom med debut under barndom och tonår (DMDD)
- Egentlig depression
- Ihållande depression
- Premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS)
- Depression orsakad av annat medicinskt tillstånd
- Ospecificerad depression

Info och indikation

Dysforiskt syndrom med debut under barndom och tonår (DMDD)

Den vetenskapliga litteraturen om behandling av DMDD är ännu så länge begränsad. Tillståndet tycks patofysiologiskt vara mera besläktat med trotsyndrom, ADHD, depression och ångesttillstånd, än med bipolärt syndrom.

Multimodal behandling med kombination av psykosociala, psykologiska och farmakologiska behandlingsmetoder förefaller vara mest verksam.

Psykosocial behandling innefattar insatser inriktade på stressorer i omgivning, ex konflikter i hemmet och skolsvårigheter. Psykologisk behandling med beteendeterapi eller KBT, kombinerad med föräldraträning.

Behandling med centralstimulantia och SSRI ges enligt principer för behandling av ADHD respektive depression.

Neuroleptika ges med försiktighet med anledning av risk för metabola biverkningar.

Vid komorbiditet med ADHD bör man optimera ADHD-behandling innan man ger behandling riktad mot irritabilitet/aggressionsutbrott.

Minskning av ADHD-symtom är inte tydligt kopplad till minskade förstämningssymtom. Båda delar behöver utvärderas efter att ADHD medicinering satts in och optimerats.

Ihållande depression (dystymi)

Patienter som aktualiseras till barn- och ungdomspsykiatri, där det anamnestiskt finns hållpunkter för ett långvarigt depressionstillstånd motsvarande ihållande depression, ska ges behandling enligt de principer som gäller vid egentlig depression.

Det är särskilt viktigt att undanröja vidmakthållande faktorer, och upptäcka bakomliggande komorbida barnpsykiatriska tillstånd, och utvecklingsrelaterade tillstånd som intellektuell funktionsnedsättning, ADHD och autism.

Pågående läkemedelsbehandling ska optimeras.

Premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS)

Svår form av premenstruella besvär, så kallad premenstruell dysforiskt syndrom (PMDS) är ett tillstånd som drabbar 3–5 procent av kvinnor i fertil ålder.

Symtom på PMDS är irritabilitet, nedstämdhet, oro och uttalade humörsvängningar som kommer efter ägglossningen och som sedan försvinner helt inom en vecka efter menstruationens början.

Symtomen har en påtaglig negativ inverkan på det dagliga livet och ska särskiljas från andra psykiatriska tillstånd som depression, panikattacker eller personlighetsstörning. Kombinerade p-piller har dokumenterad effekt vid PMDS.

Behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI) har i placebokontrollerade studier visat god effekt vid PMDS. Olika SSRI-preparat är likvärdiga effektmässigt. Medicinering endast under menscykelns lutealfas är lika effektiv som kontinuerlig behandling.

Tillståndet behandlas i samråd med gynekolog.

Egentlig depression

Lindrig depression är ej indikation för farmakologisk behandling, utan psykopedagogisk basbehandling ska ges i första hand, såsom information om tillståndet, stöd och förståelse i vardagen, inklusive rimliga krav i skolan samt rutiner för sömn, mat och fysisk aktivitet. Undvik alkohol och droger. Ge strategier för problemlösning, konflikthantering och öka positiva aktiviteter.

Kartlägg samtidig sömnstörning och oro/ångest, som ökar lidande och kan fördröja tillfrisknande, se avsnitten **Sömnstörning** respektive **Akuta tillstånd**.

Läkemedelsbehandling är indicerad vid måttlig och svår depression, där psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling ej givit effekt. Läkemedelsbehandling har visats ge bäst effekt då den ges i kombination med psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling. Då psykopedagogisk behandling ej haft effekt, kan vid måttlig depression farmakologisk behandling med SSRI-preparat ges efter 4 (-8) veckor. Vid svår depression bör farmakologisk behandling startas direkt i kombination med psyko-pedagogiska insatser, KBT/IPT, när tillståndet medger.

Ju yngre patienten är, desto större är sannolikheten att man svarar på psykopedagogisk basbehandling, därför kan det finnas skäl att avvakta längre med läkemedelsbehandling.

Kliniska råd och dosering

Målet med behandling ska vara symtomfrihet, minskat lidande, återställd funktionsnivå (och förebyggande av återfall).

Det är väsentligt att uppnå hållbar respons tidigt i behandlingen, då detta ökar chansen till remission. Ett riktmärke bör vara halverad symtombörda och förbättrad funktionsnivå efter 4 veckor vid måttlig depression.

Vid partiell respons bör dosjustering av SSRI ske vid 4-6 veckor, ytterligare vid 8 veckor.

Fluoxetin är förstahandspreparat, **sertralin** och **escitalopram** har likartad effekt men svagare evidens.

Fluoxetin ger effekt efter 3-6 veckor. Behandlingstid bör vara (6-) 12 månader efter remission.

1. **Fluoxetin** 10 mg i 7-10 dagar, därefter 20 mg i 2-3 veckor. Eventuellt ytterligare dosökning 10 mg varannan vecka till 60 mg.
2. **Sertralin** 25 mg 1x1 i 7-10 dagar, därefter 50 mg 1x1. Maxdos 200 mg.
3. **Escitalopram** 5 mg 1x1 i 7-10 dagar, därefter 10 mg 1x1. Maxdos 20 mg eller **Citalopram** 10 mg i 7-10 dagar, därefter 20 mg 1x1. Maxdos 40 mg.

Observera att maxdos för **escitalopram** och **citalopram** inte får överskridas på grund av risk för QT-förlängning.

Byte mellan preparat

Vid bristfällig effekt av behandling med ett SSRI bör i första hand ett annat SSRI prövas. Byte bör ske på följande sätt.

Fluoxetin byts till annat SSRI: Fluoxetin sätts ut, annat SSRI-preparat sätts in enligt FASS efter tre dagar och trappas upp stegvis med 7 dagars intervall till måldos.

Annat SSRI till **Fluoxetin**: Fluoxetin sätts in direkt i måldosen. Det andra preparatet trappas ut under 1-2 veckor.

Måldosen av det SSRI man byter till bör vara ekvipotent mot dosen av det tidigare använda SSRI, dvs **fluoxetin** 30 mg är ungefär likvärdigt med **sertralin** 100 mg eller **escitalopram** 15 mg.

Liknande byte kan göras från SSRI till SNRI.

Partiell effekt av SSRI, medelsvår depression

Kontrollerade studier på barn och ungdomar saknas, följande rekommendationer bygger på erfarenhet från vuxna.

Tillägg av **mirtazapin** (särskilt vid ångest, sömnsvårigheter) Starta med 15 mg, utvärdera efter 2-3 veckor. Eventuell dosökning till 45 mg 1x1.

Bupropion vid depression med övervägande olust och trötthet. Starta med 150 mg på morgonen i 1-2 veckor, därefter 300 mg 1x1 på morgonen (kan interagera med **Fluoxetin**, Fluoxetindos kan då behöva sänkas).

Utebliven respons

Då ingen respons setts efter behandling med två SSRI i adekvat dos, kan i vissa fall behandling med SNRI-preparat ges. Man bör då särskilt beakta risk för ökad aggressivitet och suicidalitet.

- **Duloxetin** tolereras väl, men har inte bättre effekt vetenskapligt än placebo på gruppnivå. Kan övervägas särskilt vid samtidiga kroppsliga symtom. Starta med 30 mg x 1 och öka till 60 mg efter 1-2 veckor (för enstaka patienter till 90 eller 120 mg).
- **Mirtazapin** med dosering enligt ovan.
- **Bupropion** med dosering enligt ovan.

Refraktär depression

Vid refraktär depression kan tilläggsbehandling med neuroleptika övervägas.

Överväg konsultation med BUP Enhet för unga med psykos och bipolär sjukdom, för ställningstagande eventuell **litiumbehandling**.

Patienter som behandlas med **litium** sköts alltid vid BUP Enhet för unga med psykos och bipolär sjukdom.

Uppföljning

Suicidtankar och -handlingar kan uppkomma även i senare skede av farmakologisk depressionsbehandling, således ej endast initialt. Aktivering är också en viktig bieffekt, framför allt vid samtida neuropsykiatrisk problematik.

Uppföljning efter remission

Minst var tredje månad, oftare vid behov.

Utsättning

Utsättning av antidepressiva planeras lämpligen för att undvika eventuella återfall vid hög belastning i studier etc.

Fluoxetin Utsättning av **fluoxetin** inleds med halvering av dosen under en månad, och därefter utsättning. **Sertralin**, **escitalopram** och **citalopram** bör trappas ned gradvis under 3 månader.

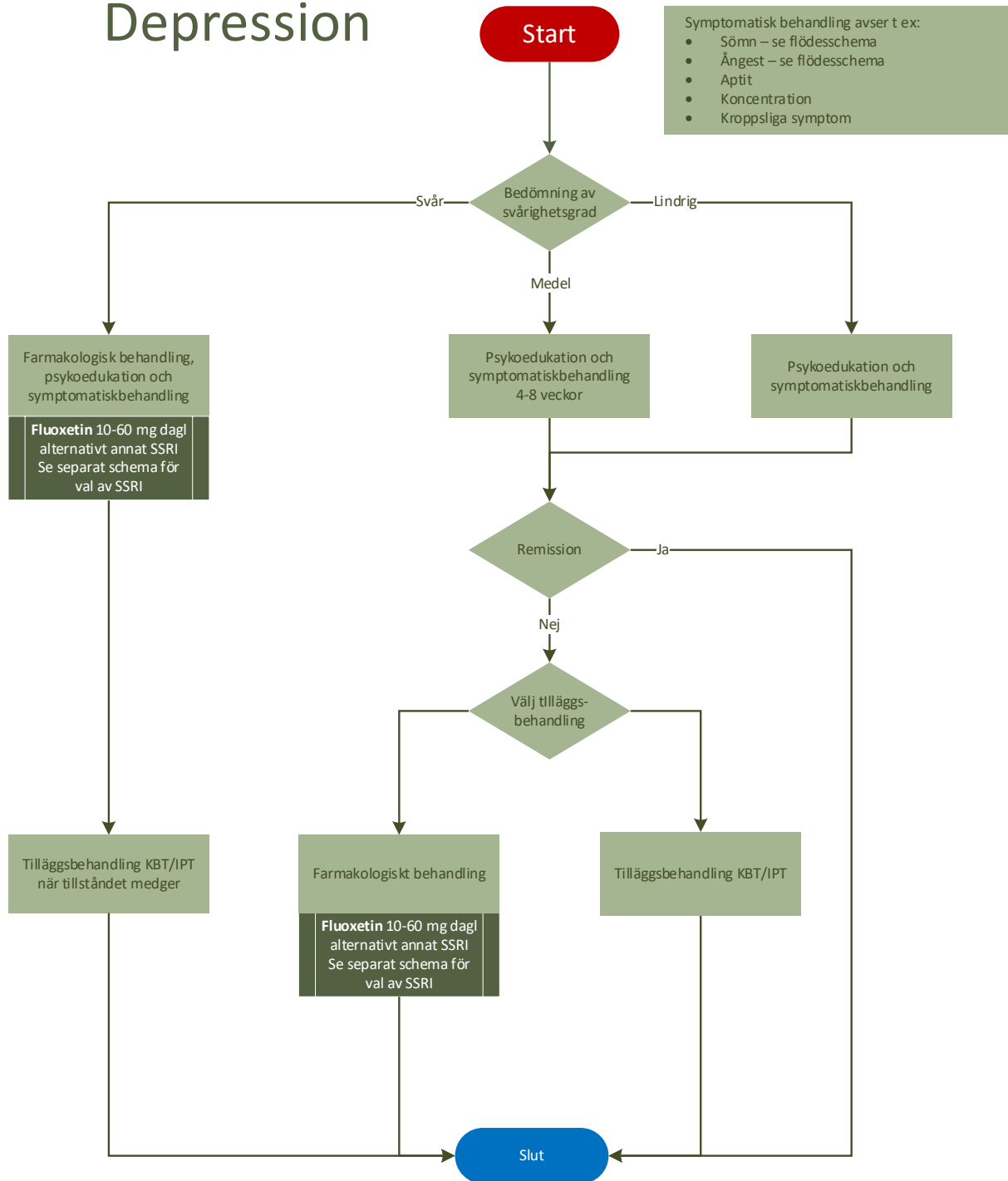
Risk för övergående utsättningsfenomen med yrsel, influensaliknande symtom och skakningar.

Utebliven effekt av farmakologisk behandling

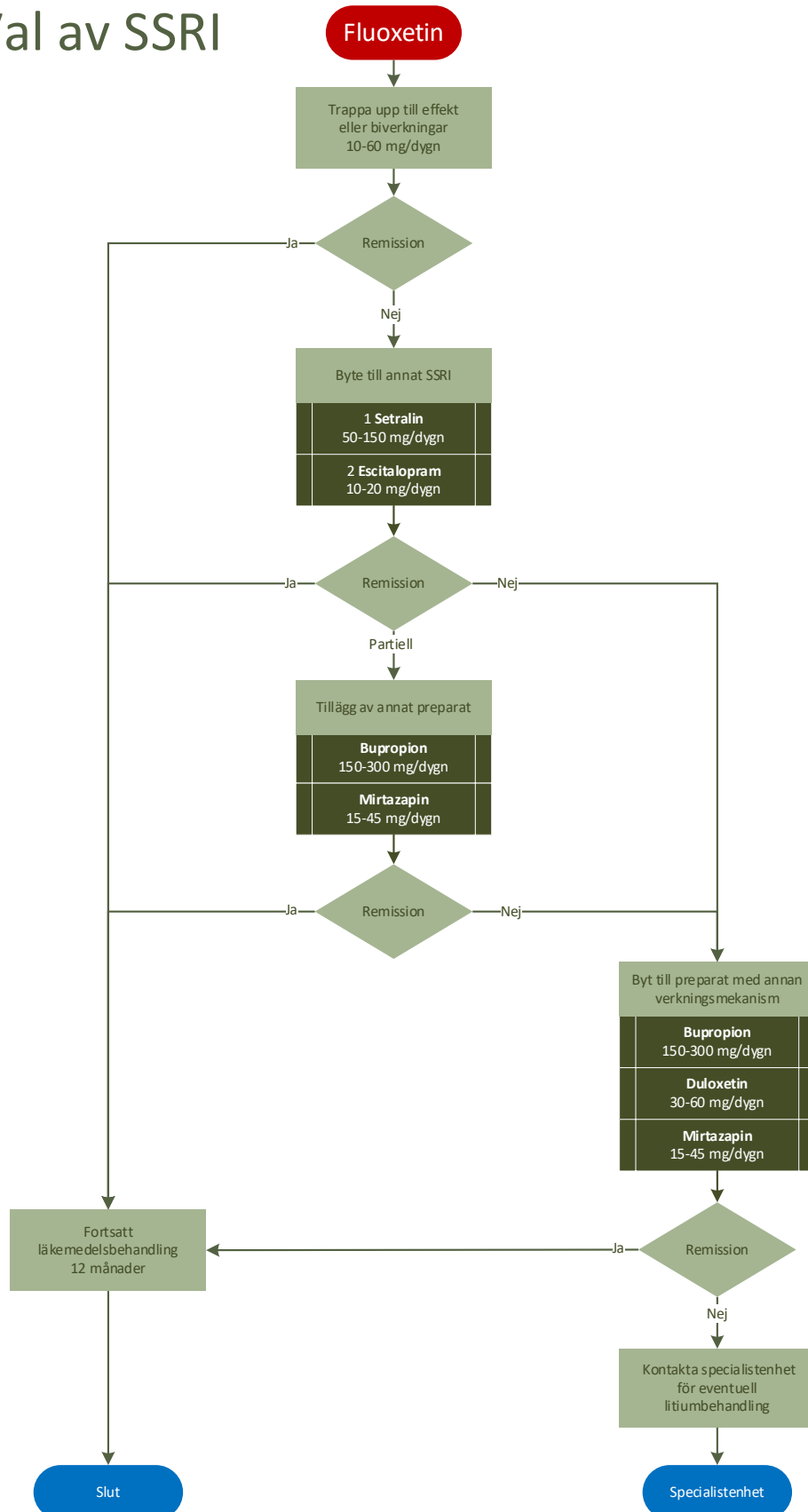
Vid utebliven effekt av farmakologisk behandling trots att adekvat dosering uppnåtts och byte av preparat skett enligt riktlinjer, bör diagnostiken fördjupas.

- Finns ett pågående missbruk?
- Bakomliggande neuropsykiatriskt funktionshinder?
- Depression hos förälder, skolsvårigheter mobbing eller annan vidmakthållande faktor?
- Överväg även remiss till BUP Enhet för unga med psykos och bipolär sjukdom, för kompletterande bedömning.

Depression



Val av SSRI



6 Ångestsyndrom

DSM-5

- Separationsångest
- Selektiv mutism
- Specifik fobi
- Social fobi
- Paniksyndrom
- Agorafobi
- GAD – generaliserat ångestsyndrom

Info och indikation

- KBT är förstahandsval vid behandling av Ångeststörningar
- Inled med KBT-behandling vid ångeststörningar generellt; kombinera med farmaka om indicerat
- SSRI är förstahandsval vid farmakologisk behandling av ångest. Farmakologisk behandling visat mycket god effekt, jämförbar med KBT.
 - En kombination av medicinering och KBT rekommenderas vid:
 - Behov av akut symptomlindring vid svår ångest
 - Samsjuklighet som kräver medicinering
 - Endast delvis effekt av KBT
- Mer långsam och smygande insättning av SSRI än vid till exempel OCD
- Planera för längre tids behandling, upp till ett år
- Om utebliven/otillräcklig effekt av ett SSRI, byt till ett annat
- SSRI preparat som nämns här är framför allt **sertralín** och **fluoxetin**; effekten anses jämförbar men skiljer sig i halveringstid. **Fluvoxamin** som rekommenderas i bland annat Läkemedelsverkets riktlinjer har vi på grund av biverkningsprofil valt att inte generellt rekommendera i denna rutin.
- Om tillägg behövs till SSRI; lägg till atypiska neuroleptika i låg dos
- Akutbehandling och tillfällig medicinering bör generellt undvikas vid ångesttillstånd
- Om tillfällig medicinering trots detta är indicerad kan följande preparat användas även om evidensen är mycket svag:
 - **Alimemazin** Barn: 2,5-15 mg/dygn, tonåring: 15-40 mg vid behov
 - **Hydroxizin** Barn: 10 mg x 2-3, tonåring: 25-50 mg x 2-3 (över 40 kg maximal dygnsdos 100 mg)
 - **Prometazin** Barn: 5-10 mg x 1-3, tonåring: 25-50 mg x 1-3
- Undvik beroendeframkallande preparat, typ bensodiazepiner, till alla ångeststörningar

Kliniska råd och dosering

Separationsångest, selektiv mutism och specifik fobi

- Otillräckligt vetenskapligt underlag för farmakologisk behandling

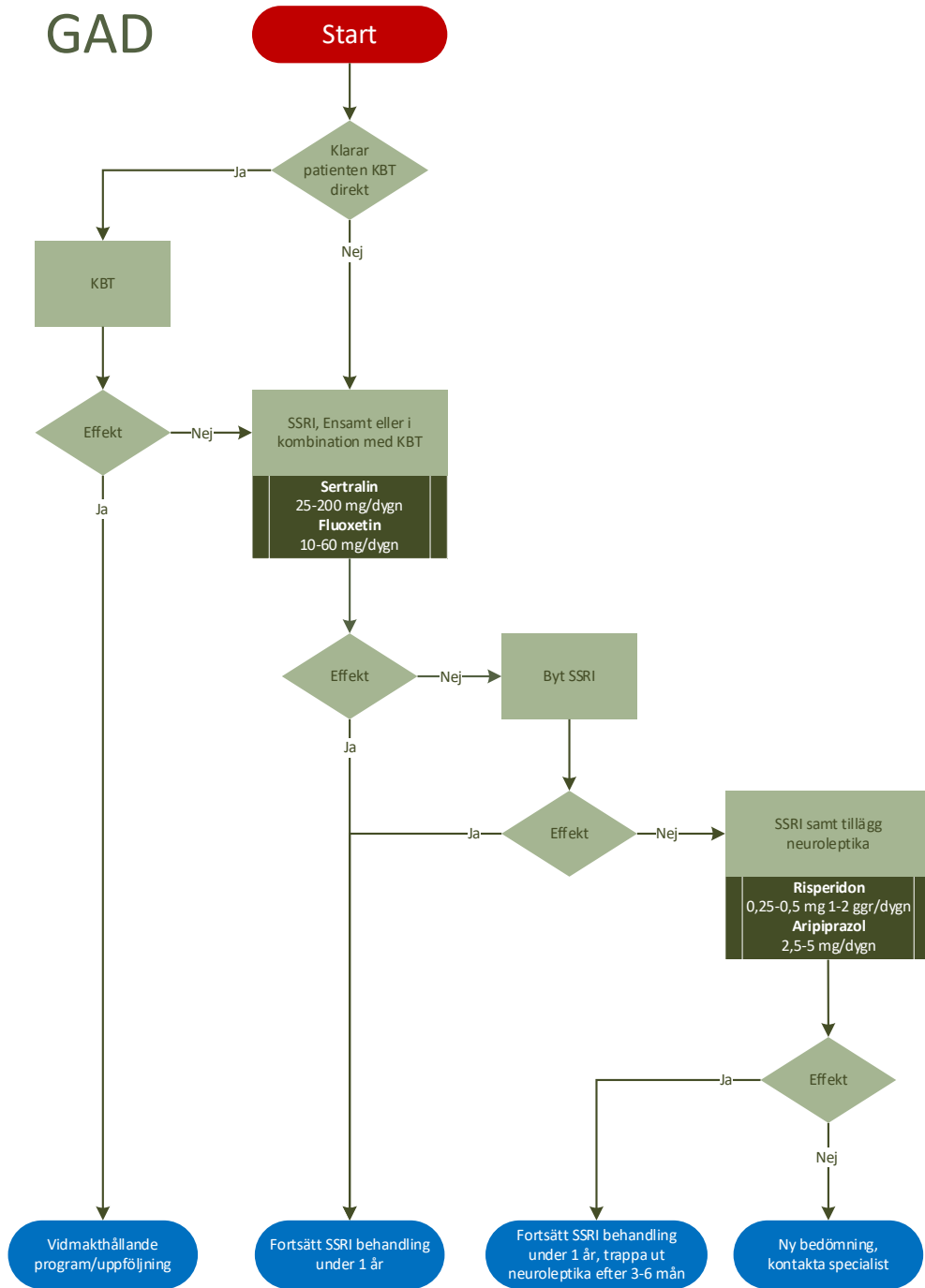
Social fobi, paniksyndrom och agorafobi

- **Sertralin**, börja med låg dos 25 mg per dygn i 4-7 dagar, därefter successiv upptrappning till 150-200 mg per dygn
- **Fluoxetin** upp till 60 mg dagligen

GAD

- **Sertralin**, börja med låg dos 25 mg per dygn i 4-7 dagar, därefter successiv upptrappning till 150-200 mg per dygn
- **Fluoxetin** upp till 60 mg dagligen
- Om tillägg behövs till SSRI; lägg till atypiska neuroleptika i låg dos; exempelvis **risperidon** 0,25-0,50 mg 1-2 gånger per dygn, **aripiprazol** 2,5-5mg per dygn

GAD



7 OCD/Tvångssyndrom och relaterade syndrom

DSM-5

- OCD
- Dysmorfofobi/BDD
- Samlarsyndrom/Hoarding
- Trichotillomani/Dermatillomani

Info och indikation

KBT förstahandsval vid behandling. Inled med KBT-behandling vid OCD; kombinera med farmaka om indicerat.

SSRI är förstahandsval vid farmakologisk behandling av OCD. Planera för längre tids behandling, upp till ett år.

Kombination av medicinering och KBT rekommenderas vid:

- Behov av akut symptomlindring vid svår ångest
- Samsjuklighet som kräver medicinering
- Endast delvis effekt av KBT

Om utebliven/otillräcklig effekt av ett SSRI, byt till ett annat SSRI-preparat.

SSRI-preparat som nämns här är framför allt **sertralin** och **fluoxetin**; effekten anses jämförbar men skiljer sig i halveringstid. **Fluvoxamin** som rekommenderas i bland annat Läkemedelsverkets riktlinjer har vi på grund av biverkningsprofil valt att inte generellt rekommendera i denna rutin.

Om tillägg behövs till SSRI; lägg till atypiska neuroleptika i låg dos

Vid svår OCD kan även **klomipramin** övervägas om flera SSRI prövats i kombination med adekvat KBT och efter tillägg av neuroleptika.

Undvik beroendeframkallande preparat, typ bensodiazepiner till alla ångeststörningar.

Akutbehandling och tillfällig medicinering bör undvikas generellt vid OCD. Om tillfällig medicinering trots detta är indicerad kan följande preparat användas om nödvändigt även om evidensen är mycket svag:

- | | | |
|---------------------|----------------------|---|
| • Alimemazin | Barn: 2,5-15 mg/dygn | Tonåring: 15-40 mg vid behov |
| • Hydroxizin | Barn: 10 mg x 2-3 | Tonåring: 25-50 mg x 2-3 (över 40 kg maximal dygnsdos 100 mg) |
| • Prometazin | Barn: 5-10 mg x 1-3 | Tonåring: 25-50 mg x 1-3 |

Kliniska råd och dosering

OCD

Sertralin, börja med låg dos 25 mg per dygn i 4-7 dagar, därefter successiv upptrappning till 150-200 mg per dygn. **Fluoxetin** 10- 60 mg per dygn.

Om tillägg behövs till SSRI; lägg till atypiska neuroleptika i låg dos; exempelvis **risperidon** 0,25-0,50 mg 1-2 gånger per dygn, **aripiprazol** 2,5-5 mg per dygn.

Klomipramin har ofta god effekt men också kraftiga biverkningar vilket gör att det används främst i tredje hand. **Klomipramin** inleds med 5-10 mg per dygn och dosen höjs därefter sakta och stegvis tills effekt ses, oftast mellan 25-100 mg per dygn, maximalt till 150-200 mg per dygn. Försiktig och långsam doshöjning indicerad på grund av stor biverkningskänslighet. Doshöjningen bör ske med större försiktighet än vid behandling av depressioner då vissa patienter initialt kan reagera med övergående ångestförstärkning. Behandlingen är långvarig (minst 6 månader). Kan även ges som tillägg till SSRI i låg dos 10-50 mg per dygn.

Dysmorfofobi/BDD

- **Sertralin**, börja med låg dos 25 mg per dygn i 4-7 dagar, därefter successiv upptrappning till 150-200 mg per dygn. **Fluoxetin** upp till 60 mg per dygn.
- Om tillägg behövs till SSRI; lägg till atypiska neuroleptika i låg dos; exempelvis **risperidon** 0,25-0,50 mg 1-2 gånger per dygn, **aripiprazol** 2,5-5 mg per dygn.

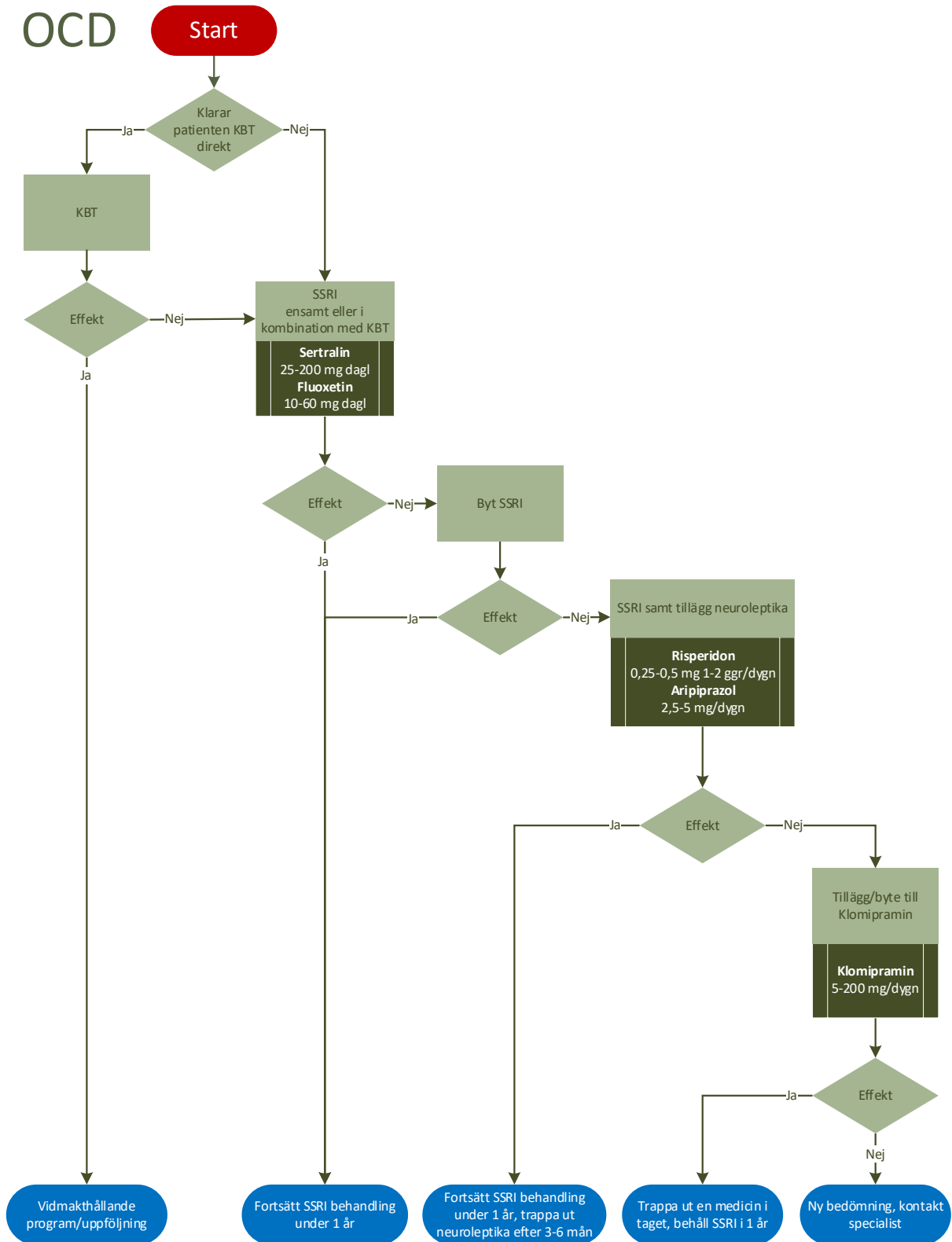
Samlarsyndrom/Hoarding

- Otillräckligt vetenskapligt underlag för farmakologisk behandling

Trichotillomani/Dermatillomani

- Otillräckligt vetenskapligt underlag för farmakologisk behandling

OCD



8 Traumarelaterade tillstånd

DSM-5

- Anknätningsstörning med social hämning
- Anknätningsstörning med social distanslöshet
- Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)
- Posttraumatiskt stressyndrom hos barn 6 år eller yngre
- Akut stressyndrom
- Anpassningsstörningar
- Andra specificerade trauma- och stressrelaterade syndrom
- Ospecificerat trauma- och stressrelaterat syndrom

Info och indikation

Ett barns reaktioner på allvarliga händelser varierar med ålder och utvecklingsnivå. Generellt gäller att reaktionerna blir mer vuxenlika med ökande ålder. Irritabilitet och aggressivitet kan förekomma oavsett ålder. Tecken på dissociation (minnesluckor, identitetsförvirring, depersonalisering eller derealisering, förlust av tidsperspektiv) kan förekomma framför allt vid upprepat trauma. Ofta är akuta stressreaktioner övergående och kräver sällan behandling.

Vid **akut stressyndrom** finns funktionsnedsättande symptom på traumatisering inom första månaden följande traumat.

Diagnosen **PTSD** ställs vid besvär som kvarstannar efter att det gått minst en månad från traumat och innebär symptom med återupplevande av traumat, undvikande beteende, överspändhet/"hyperarousal" (sömnstörning, irritabilitet/vredesutbrott, koncentrationssvårigheter, överdriven vaksamhet/lättskrämdhet) och kliniskt signifikant lidande eller nedsatt funktionsnivå.

I DSM 5 specificeras särskilda kriterier för PTSD bland förskolebarn.

Anpassningsstörningar medför emotionella symptom och beteendeförändringar som utvecklats tre månader inom påfrestningens debut.

Anknätningsstörning med social distanslöshet eller **social hämning** är diagnoser som är reserverade för barn som erfarit extremt otillräcklig vårdnad och innebär avvikande beteende gentemot obekanta vuxna respektive vuxna vårdnadshavare.

De sista diagnoserna i gruppen av traumarelaterade tillstånd enligt DSM 5 är aktuella när symptom på traumatisering föreligger men kriterierna för en specifik traumarelaterad diagnos inte är uppfyllda, och klinikern väljer att beskriva de specifika skälen till den kliniska bilden (**andra specificerade trauma- och stressrelaterade syndrom**) eller väljer att inte beskriva de specifika skälen till den kliniska bilden (**ospecificerat trauma- och stressrelaterat syndrom**).

Kliniska råd och dosering

Behandling av traumarelaterade diagnoser

Medicinering är inte förstahandsval vid traumarelaterade tillstånd, och inget farmakologiskt preparat är godkänt på indikation traumarelaterade tillstånd hos barn. Försök att med farmaka hindra utvecklingen av PTSD har inte varit framgångsrika. Istället är sociala och psykoterapeutiska interventioner huvudfokus vid traumarelaterade tillstånd. Medicinering kan dock vara betydelsefullt för att lindra delsymtom, såsom **sömnstörning** och samsjukliga tillstånd såsom **ångestsyndrom, depression, utagerande eller dissociativa tillstånd**.

SSRI har indikation PTSD för vuxna, där finns god evidens för kombinationen SSRI och KBT. Evidens finns för både barn och vuxna gällande behandling med alfa-agonister mot överspändhet (**guanfacin** i första hand). Även β -blockare kan prövas för att dämpa symtomen av ett kraftfullt sympatikuspåslag. **Depression, ångestsyndrom och sömnstörning** behandlas som beskrivet i separata kapitel i kompendiet. Det finns erfarenhet och vissa studier gällande effekt av **prazosin** på mardrömmar, men detta preparat kräver licensförfarande. Påtagliga beteendestörningar med aggressivitet/självskadebeteende samt rösthallucinos av dissociativ natur kan prövas att behandlas med små doser neuroleptika.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Inled med KBT-behandling vid PTSD. Behandling med Traumafokuserad KBT har god evidens; det finns även viss evidens för EMDR. Hos yngre barn rekommenderas lekterapi. Kombiner med farmaka vid specifika, funktionshämmande symptom. Se ovan för mer information.

Överspändhet behandlas förslagsvis med **guanfacin** ”extended release” (Intuniv) i första hand; dosering 1 mg/dygn med upptrappning till 4 mg (max 7 mg). Kontrollera blodtryck, puls vid insättning och dosökning, och trappa ut långsamt vid utsättning.

Akut stressyndrom

Akutbehandling och tillfällig medicinering bör generellt undvikas vid traumarelaterade tillstånd. Om sådan är indicerad kan följande preparat användas trots svag evidens:

- **Alimemazin** Barn: 2,5-15 mg/ dygn Tonåring: 15-40 mg vid behov
- **Hydroxizin** Barn: 10 mg x 2-3/ dygn Tonåring: 25-50 mg x 2-3/dygn (över 40 kg maximal dygnsdos 100 mg)
- **Prometazin** Barn: 5-10 mg x 1-3 / dygn Tonåring: 25-50 mg x 1-3/dygn

Benzodiazepiner bör undvikas på grund av beroendeframkallande effekt och bristande evidens för barn i randomiserade, kontrollerade studier. Detsamma gäller atypiska anxiolytika såsom **bupiron**.

För nedanstående finns otillräckligt vetenskapligt underlag för farmakologisk behandling:

Anknytningsstörning med social hämning/social distanslöshet

Anpassningsstörningar

Andra specificerade trauma- och stressrelaterade syndrom

Ospecificerat trauma- och stressrelaterat syndrom

9 Ätstörningar

DSM-5

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Hetsättningsstörning
- Undvikande/restriktiv ätstörning
- Andra specificerade ätstörningar och födorelaterade syndrom (AnS)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom
- PICA
- Idisslande (ruminerande ätstörning)

Info/ Indikation

De flesta behandlingar av ätstörningar vilar på en biopsykosocial grund. De finns olika behandlingar för olika vårdnivåer men gemensamt är att man kombinerar psykologiska behandlingar med måltidsträning och matdagbok. Behandlingen syftar till att återställa normal vikt och behandla de psykiska symptomen. För barn och ungdomar med anorexi rekommenderas familjebaserad terapi, för ungdomar med bulimi kan KBT, IPT, DBT vara värdefullt.

Kliniska råd och dosering:

Anorexi

- Det finns idag ingen evidens för farmakabehandling för kärnsymptomen vid anorexia nervosa, dock vid behandling av komorbida tillstånd såsom depression, ångest och tvång. Läkemedel bör ses som ett komplement till psykologiska behandlingsmetoder och kan aldrig ges enbart som behandlingsinsats.
- Vid svår svält får man nedsatt effekt av SSRI
- Vid stark ångest i samband med måltid, kan **alimemazin** 10 mg ges 30 minuter före måltid (alternativt **hydroxyzin** 10-25mg)

Bulimi och Hetsättningsstörning

- God evidens finns för vuxna att behandling med **fluoxetin** 20-60 mg dagligen, ger mindre hetsätning och kompensatoriskt beteende (preparatets långa halveringstid bra vid eventuella kräkningar, men troligen fungerar även andra SSRI)
- Evidens finns för vuxna gällande behandling med **lisdexamfetamin** vid hetsättningsstörning

För farmakologisk behandling av vanliga komorbida tillstånd, se respektive tillstånd

10 Sömn- och vakenhetsrelaterade störningar

DSM-5

- Sömnlöshet
- Hypersomni
- Narkolepsi
- Andningsrelaterade sömnstörningar (obstruktiv sömnapné)
- Dygnsrytmstörningar
- Fördröjd sömnfas
- Parasomnier
- Exempelvis tala i sömnen, nattskräck, sömngång, mardrömmar

Info och indikation

Sömnstörningar hos barn kan förekomma vid en rad somatiska, psykiatriska och utvecklingsrelaterade tillstånd.

Diagnostisera vilken sömnstörning patienten lider av. Har sömnstörningen tillkommit under läkemedelsbehandling, är sömnstörningen ett symptom på något psykiatriskt tillstånd eller ett fristående (primärt) tillstånd.

Vid sömnrelaterad andningsstörning är sömnläkemedel kontraindicerade.

Sömnlöshet

Behandling med läkemedel är inte ett förstahandsval vid behandling av sömnstörningar hos barn. Först ska sömnhygieniska åtgärder, psykoedukation om sömn, och psykologiska behandlingsmetoder prövas. Kartläggning av sönmönstret sker med hjälp av sömndagbok.

Vid allvarliga tillstånd, såsom bipolärt syndrom och psykos, är det angeläget att snabbt återställa en normal dygnsrytm och sönmönster. Då bör man inte avvakta med läkemedelsbehandling.

Se Läkemedelverkets behandlingsrekommendationer ”Riktlinjer för behandling av sömnstörning hos barn” (Läkemedelsverket 2015).

Kliniska råd och dosering

Melatonin är förstahandsval. Vid farmakologisk behandling av sömnstörning hos barn och ungdomar. Melatonin rekommenderas inte till barn <2 år.

Föreslagna initialdos:

- 2-4 års ålder 0,5-1 mg
- Över 4 års ålder 1-5 mg
- Enstaka patienter kan behöva doser upp till 10-12 mg, men detta är ovanligt. För de flesta patienter fungerar **melatonin** i kortverkande beredning bäst, och finns tillgänglig som **T Melatonin AGB** i doser 0,5-5 mg.
- Melatonin som ges i beredningsform med fördröjd frisättning (**Circadin** 2 mg) kan ge biverkan i form av trötthet följande dag.
- Till barn som har svårighet att svälja tabletter kan oral lösning **melatonin** 1mg/ml ges. Oral lösning melatonin kan förskrivas som ex tempore-beredning utan licens.

11 Utagerande beteende-, impulskontroll- och uppförandestörningar

DSM-5

- Trotssyndrom
- Intermittent explosivitet
- Uppförande störning
- Pyromani
- Kleptomani
- Andra specificerade och ospecificerade former av utagerande beteende-, impulskontroll, -och uppförande störningar

Info och indikation

Det finns ingen entydig farmakologisk behandling för ovanstående diagnoser.

Däremot är det vanligt med samsjuklighet mellan ovanstående tillstånd och andra barnpsykiatriska tillstånd, så som ADHD, depression (OBS, differentialdiagnostik DMDD), autism, psykos och bipolära tillstånd vilka kan behandlas farmakologiskt. Det är viktigt att kartlägga eventuellt komorbida tillstånd när ovanstående diagnoser ställs så att patienten kan erhålla adekvata psykologiska och eventuellt farmakologiska insatser.

Kliniska råd och dosering

Förutom behandling av grundtillstånd så kan även följande läkemedel kan ha god effekt på symptomen vid utåtagerande beteende:

- SSRI i låg dos (t ex **Sertralin** med startdos 12,5-25 mg och försiktig upptrappning). Notera att risk för aktivering med ökat irritabilitet och ångest kan förekomma.
- Neuroleptika (t ex **Risperdal** 0,5-1 mg eller **Abilify** 2,5-5 mg)
- Stämningsstabiliserande läkemedel (t ex **Litium**, **Ergenyl**, **Seroquel**)

Del 2

12 Allmän information och instruktion till förskrivande läkare:

13 Generell läkemedelsinformation

14 Miljö och läkemedel

15 Uppföljningsschema

16 Länkar till kompletterande dokument

17 Akut agitation - lathund

12 Allmän information och instruktion till förskrivande läkare:

- Förutsättning för farmakologisk behandling av psykiatriska tillstånd hos barn och ungdom, är att en medicinsk differentialdiagnostik har gjorts. En sådan görs genom klinisk bedömning, inklusive somatiskt status, samt blodprovstagning (basprover).
 - Blodprovtagningen görs av 2 skäl:
 - Differentialdiagnostik
 - Utgångsvärden inför framtida läkemedelsuppföljning
 - Om medicinsk differentialdiagnostik nyligen är utförd behöver den ej upprepas om inget väsentligt tillkommit.
 - Som basprover rekommenderas: Blodstatus, Na, K, Ca, Kreatinin, P-glukos, T4, TSH, ASAT, ALAT. Dessa prover finns inlagda som standardsortiment i TC för ordination.
 - Tillägg till basprovtagningen är beroende på aktuell diagnos och läkemedel (se respektive uppföljningsschema).
- Baslinjemätning av symptom innan insättning av medicin för att senare utvärdera biverkningar. Fyll i biverkningsskalan P-SEC.
- Vårdnadshavare ska få information om att de är ansvariga för hantering och administrering av läkemedel till barnet (2 separata blanketter; Överenskommelse vid läkemedelsbehandling – blankett BUP Stockholm, OBS vid ADHD krävs underskrift) samt information från Läkemedelsverket.
- Förskrivande läkare är ansvarig för uppföljning och avslutande av läkemedlet enligt HSLF-FS-2017:37. (för fördjupning se länk, kap 16)
- Notera information på Läkemedelsverkets sida under rubriken barn
- Vid dokumentation i TC notera under rubriken "Läkemedel" vid läkarbesök att underrubrikerna "Aktuell läkemedel", "Läkemedelseffekt", "Biverkning", "Bedömning av läkemedelsbehov" bör fyllas i vid varje besök.
- Följ rutinerna för:
 - "Bedömning av egenvård", se bifogad Dokumentainstruktion (länk, kap 16)
 - "Årskontroll för ADHD-medicinering", se bifogad Dokumentainstruktion (länk, kapitel 16)
 - "Biverkningsrapportering", se Dokumentainstruktion (länk, kapitel 16)
- Ta i möjligast mån hänsyn till miljöeffekter, se kapitel 14.

HSLF-FS 2017:37 - Sammanfattning av förordning

- **Nytt krav från 20180101:** Förskrivaren beslutar och dokumenterar när läkemedelsbehandlingen ska följas upp eller avslutas
- Detta är betydelsefullt eftersom något juridiskt förankrat allmänt krav på att följa upp vårdinsatser inte finns
- Det verkar dock råda konsensus om att det är en beståndsdel i antingen bestämmelsen om god och säker vård, alternativt i VBE

En läkemedelsordination ska innehålla uppgifter om

1. läkemedelsnamn eller aktiv substans
2. läkemedelsform
3. läkemedlets styrka
4. dosering
5. administreringsätt
6. administreringstillfällen
7. läkemedelsbehandlingsens längd
8. ordinationsorsak
9. när och hur läkemedelsbehandlingen ska följas upp eller avslutas
10. i förekommande fall, anledningen till att läkemedlet inte får bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel
11. övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet

”Vidbehovsmedicinering”

- Termen är tvetydig. Här avses en ordination för en viss patient där administrationstillfället anges som ”vid behov”.
- Ordinationen ska i sådana fall innehålla uppgift om maxdos per dygn
- Administrering/överlämnande innefattar i dessa fall även att bedöma om behov finns. Därför ställs högre krav på den som tar emot delegering.

Särskilt gällande läkemedel

- Grundförutsättning: läkemedel är en form av behandling som alla andra
- Det medicinerättsliga regelverket gör i regel inte skillnad beroende på vårdform eller behandlingstyp
- Läkemedelsbehandling omfattas alltså av generella krav på behandling, t.ex. att den ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet (6:1 § PSL) och att patienten ska ges möjlighet att välja behandling (7:1 § patientlagen)

Ordination

- I Sverige råder så kallad fri förskrivningsrätt
- De sjukdomar eller tillstånd som läkemedel är godkända för gäller enbart försäljning, marknadsföring av läkemedlet, och begränsar inte på vilka grunder en läkare kan förskriva läkemedlet
- Läkarens ordinationsrätt begränsas ytterst enbart av reglerna om god vård i 5:1 § HSL och vetenskap och beprövad erfarenhet (VBE) i 6:1 § PSL
- En betydande del av förskrivningar är för ändamål som läkemedlet inte är godkänt för, så kallad off-labelförskrivning
- **Nytt:** Uttryckliga krav på vad som ska tas i beaktande vid alla beslut om läkemedel
- Alltså såväl ordination som utsättning etc
- Det rör sig om:
 1. hälsotillstånd
 2. ålder
 3. kön
 4. läkemedelsanvändning
 5. pågående behandling och utredning
 6. överkänslighet mot läkemedel
 7. eventuella graviditet eller amning
- Även läkemedlets kontraindikationer och andra viktiga faktorer ska beaktas
- Listan är självklart inte uttömmande, och underlåtenhet att beakta sådant som inte uttryckligen tas upp kan kritiseras utifrån kravet på VBE i 6:1 § PSL
- Vid ordination till barn ska även beaktas barnets vikt, kroppsytta, ålder, styrkan på det färdigspädda läkemedlet, och läkemedlets maxdos
 - Enligt ett allmänt råd bör barnspecifika beslutsstöd för detta användas

13 Generell läkemedelsinformation

SSRI

Fluoxetin ger effekt efter 3-6 veckor. Behandlingstid bör normalt vara 12 månader efter remission.

Observera att maxdos för **escitalopram** och **citalopram** ej får överskridas på grund av risk för QT-förlängning.

Då ingen respons setts efter behandling med två SSRI i adekvat dos, kan i vissa fall behandling med SNRI-preparat ges. Man bör då särskilt beakta risk för ökad aggressivitet och suicidalitet.

SSRI preparat som nämns här är framför allt **sertralin** och **fluoxetin**; effekten anses jämförbar men skiljer sig i halveringstid. **Fluvoxamin** som rekommenderas i bland annat Läkemedelsverkets riktlinjer har vi på grund av biverkningsprofil valt att inte generellt rekommendera i denna rutin.

Byte mellan preparat

Vid bristfällig effekt av behandling med ett SSRI-preparat bör i första hand ett annat SSRI-preparat provas. Byte bör ske på följande sätt.

Fluoxetin byts till annat SSRI-preparat: Fluoxetin sätts ut, annat SSRI-preparat sätts in enligt FASS efter tre dagar och trappas upp stegvis med 7 dagars intervall till måldos.

Annat SSRI till Fluoxetin: fluoxetin sätts in direkt i måldosen. Det andra preparatet trappas ut under 2-3 veckor.

Måldosen av det SSRI man byter till bör vara ekvipotent mot dosen av det tidigare använda SSRI, det vill säga **fluoxetin** 30 mg är ungefär likvärdigt med **sertralin** 100 mg eller **escitalopram** 15 mg.

Liknande byte kan göras från SSRI till SNRI.

Aspekter att särskilt beakta

Suicidalitet: kan uppkomma även i senare skede av farmakologisk depressionsbehandling.

Aktivering: är en relativt vanlig biverkan (framför allt vid samtida neuropsykiatrisk problematik). Aktivering uppstår tidigt efter insättning eller efter dosökning. Symtomen är rastlöshet, irritabilitet, ökad energinivå och ibland sömnstörningar. Detta ska ej förväxlas med hypomani (så kallad switch).

Switch: är mycket ovanligt och uppstår senare i behandlingsförloppet och innebär ett förhöjt stämningsläge.

För övriga biverkningar, se avsnitt "biverkningar" under "läkemedelsinformation".

Försiktighet vid samtidig behandling med **risperidon** och **fluoxetin**; behov av dosreduktion på grund av interaktion (gemensam elimination CYP2D6). Använd **sertralin** i

första hand bland SSRI-preparaten för att ha möjligheten att kombinera med neuroleptika utan risk för interaktion.

Oral lösning **Zoloft** ska blandas med 120 ml vätska (exempelvis vatten, läskedryck eller juice) före intag.

Utsättning

Utsättning av antidepressiva planeras lämpligen i april-maj, för att undvika eventuella återfall vid hög belastning i studier etc.

Fluoxetin Utsättning av **fluoxetin** inleds med halvering av dosen under en månad, och därefter utsättning. **Sertralin**, **escitalopram** och **citalopram** bör trappas ned gradvis under 3 månader.

Risk för övergående utsättningsfenomen med yrsel, influensaliknande symtom och skakningar.

CS

Narkotikaklassade läkemedel för behandling av ADHD får endast förskrivas av läkare med specialistkompetens inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri samt barn- och ungdomsneurologi med habilitering. **Atomoxetin** och **guanfacin** får förskrivas av alla läkare.

De registrerade **metylfenidat** preparaten har olika effektduration vilket underlättar individanpassning.

Preparat	Frisättning metylfenidat Kortverkande/långverkande	Duration timmar
Concerta	22/78 %	12
Ritalin modifierad frisättning	50/50 %	8
Medikinet modifierad frisättning	50/50 %	8
Equasym Depot	30/70 %	8
Ritalin kortverkande	100/0 %	4
Medikinet kortverkande	100/0 %	4

Dosering av **metylfenidat** är individuell och läkemedlet trappas upp: Skolbarn börja med 18 mg depottablett **Concerta** eller **Ritalin** 10 mg-(20 mg) modifierad frisättning utifrån ålder och vikt på barnet/ungdomen. Titra sedan upp till lämplig måldos.

Vid behandling med **metylfenidat** brukar de flesta skolbarn behöva som slutdos cirka 1 mg/kg/dygn. Slutdosen varierar för olika individer med individuell anpassning mellan 0,5 mg/kg/dygn upp till 2 mg/kg/dygn. Varje individ har sin egen dos-responskurva.

Vid doser över 54 mg **Concerta** eller 60 mg **Ritalin** är det off-label förskrivning vilket man som läkare kan göra på eget ansvar och bör dokumenteras i journalen. Ibland kan högre doser förekomma. Diskutera med en erfaren kollega innan behandling med högdos (upp till 2 mg/kg/dygn) av **metylfenidat**.

Behandling av förskolebarn sker utanför registrerad indikation, dvs "off-label". Förskolebarn kan ibland vara föremål för farmakologisk behandling, men andra insatser rekommenderas i första hand. Förskolebarn börja med antingen kapsel **Medikinet** modifierad frisättning 5 mg eller kapsel **Ritalin** modifierad frisättning 10 mg 1 x1 beroende på vikt och ålder. Titra sedan upp till lämplig måldos. Förskolebarn behöver oftast lägre dos cirka 0,75 mg/kg/dygn.

Lisdexamfetamin (Elvanse) doseras en gång om dagen på morgonen. Startdos 20-30 mg (inklusive byte från annat preparat), stegvis dosökning 10-20 mg i veckan (6-18 år). Högsta rekommenderade dosen är 70 mg. Effekt 13 timmar hos barn, 14 timmar hos vuxna. Intas oberoende av måltid. Kapslarna sväljs hela (får inte delas). Alternativt löses kapselinnehållet upp i ett glas vatten och intas direkt därefter (får inte sparas). Notera att den aktiva substansen inte är lika med administrerade dosen, på varje dos får man ut cirka 1/3 aktiv substans (till exempel 30 mg **Elvanse**=8,9 mg **dexamfetamin**).

Dexamfetaminsulfat (Attentin) doseras 0,3-1,5 mg/kg/dygn uppdelat på 2-3 doser. T_{1/2} 6-10 timmar, effekt kan uppnås efter 30 minuter och sitter i under 3-6 timmar.

Icke CS

Atomoxetin doseras enligt följande:

- Under 70 kg börja med 0,5 mg/kg/dygn i 1 vecka sedan 1,2 mg/kg/dygn
- Över 70 kg 40 mg i en vecka och sedan 60-100 mg efter kliniskt behov
- Vid behandling med atomoxetin så kan den doseras upp till 1,8 mg/kg/dygn men för att få en symptomreduktion på ADHD brukar det räcka hos de flesta räcka med 1,2 mg/kg/dygn

Guanfacin α 2-adrenergic receptor agonist som kan användas enskilt eller i kombination med andra läkemedel för behandling av högt blodtryck men har också visat sig ha effekt på ADHD, tics och beteendestörningar samt partiellt respons på stimulantbehandling.

Guanfacin extended release (Intuniv) har en T_{1/2} på 18 timmar och en t_{max} på 6 timmar. Doseras normalt 1-4 mg, max 7 mg. Obs! försiktig upptitrering av **guanfacine**, måste sättas ut långsamt annars finns risk för blodtrycksstegring.

Vid samtidig behandling med **fluoxetin** och **atomoxetin** ska atomoxetindosen halveras då de metaboliseras via CYP2D6, **fluoxetin** är en stark CYP2D6 hämmare.

Första året måste patienten följas ofta och dosen titreras upp. Följ symptomen och biverkningarna. Använd skattningsformulär för att värdera och utvärdera behandlingseffekten och biverkningar (SNAP-IV samt biverkninglistan P-SEC). Vid högdos eller kontroll av "compliance" kan koncentrationen kontrolleras på Farmlab Huddinge sjukhus (remiss i Take Care), det är dock viktigt att tolka resultatet utifrån beredning och tidpunkten för provtagningen.

Tips: om patienten har svårt att svälja tabletter/kapslar:

- Kapslar **metyfenidat**/**lisdexamfetamin** kan öppnas och man kan ge kornen tillsammans med någon kall föda
- **Lisdexamfetamin** kan man lösa kapseln i vatten
- **Atomoxetin** använd oral lösning
- Extended release **guanfacin** kan man istället använda oral lösning **klonidin** APL 20 mikrogram/ml (doseras 2-3/dag)

Neuroleptika

Vid byte till **aripiprazol** från annat neuroleptikum krävs särskilt insättningsschema.

Aripiprazol är en partiell D2 agonist, och andra neuroleptika kan ha gett uppreglering av antalet D2 receptorer.

- Två veckor insättning och upptrappning av **aripiprazol** + oförändrad dos tidigare neuroleptikum
- Två veckor parallell behandling med oförändrade doser
- Två veckor utsättning av tidigare neuroleptikum och oförändrad dos **aripiprazol**

Metabola biverkningar kan minska för **olanzapin** och **klozapin** vid tillägg av **aripiprazol**.

Om viktökning och metabola biverkningar, men tillfredsställande farmakologiskt resultat:

- 1:a hand: motion enligt schema
- 2:a hand: kost/dietrådgivning
- 3:e hand: lägg till **metformin** 850 mg 1 x 2
- 4:e hand: överväg byte till mer viktneutralt preparat
- 5:e hand: vid medicinering med **olanzapin** kan tillägg med **aripiprazol** prövas

Extrapyramidala biverkningar förekommer vid neuroleptika användning, framförallt i höga doser. Sänk dos alternativt preparatbyte. Om motoriska biverkningar med **risperidon**, överväg tillägg av **aripiprazol**.

Extrapyramidala biverkningar kommer ofta flera dagar efter injektionen av **zuklopentixol**. Vid extrapyramidala biverkningar i samband med injektionsbehandling: Injektion **biperiden** 5 mg/ml, 0,5-1 ml intramuskulärt vid behov, itereras vid behov.

Ökade nivåer av prolaktin kan ge gynekomasti hos pojkar och stimulera bröstmjölkproduktion hos flickor. Om symptomgivande prolaktinökning med **risperidon**: överväg tillägg av **aripiprazol** 2,5 mg eller byte av preparat.

Aripiprazol kan ibland ge ökad oro, ångest och sömnsvårigheter.

Kliniska observanda

Vid byte till **aripiprazol** bör denna insättas som tillägg i två veckor innan föregående preparat långsamt trappas ut. Om samtidig medicinering med **risperidon** och **fluoxetin**: koncentrationen av **risperidon** ökar. Vid samtidig behandling med **alimemazin** och **aripiprazol** ökar **aripiprazol** med 50%.

Biverkningar

Malignt neuroleptikasyndrom är allvarligaste biverkan att observera. Symptomen innefattar katatoni, muskelstelhet, feber och psykiska symptom som "konfusion" (förvirring).
Medicinen utsättes och intensivvård behövs.

Vid **aripiprazol** doser över 10 mg ökar risken för EPS. Vid byte från annat neuroleptikum till **aripiprazol**, krävs särskilt insättningschema. **Aripiprazol** är en partiell D2 agonist, och andra neuroleptika kan ha gett uppreglering av antalet D2 receptorer.

- Två veckor upptrappning av **aripiprazol** + oförändrad dos tidigare neuroleptikum
- Två veckor parallell behandling med oförändrade doser
- Två veckor utsättning av tidigare neuroleptikum och oförändrad dos **aripiprazol**

Stämningstabiliserare

Litium, serumkoncentrationen kan, enligt klinisk erfarenhet, bli tillfälligt lägre i samband med akut mani. Kontroll och dosjustering kan krävas både vid insjuknande och vid tillfrisknande.

Vid insättning akut börja med tablett 42 mg, dosering: 1+0+2 under 1-3 dygn. Dosjustera efter serumkoncentration, som kontrolleras dag 3 (litiumkoncentrationen bör då ligga på 0,6-0,8 mM/l) och dygn 5 (målkoncentration i akutfas 0,8-1,0 mM/l).

Lamotrigin kan ge allvarliga hudbiverkningar. Vid misstanke om läkemedelsutlöst hudbiverkan rekommenderas akut hudkonsult för ställningstagande till utsättning. Om detta ej finns att tillgå sätts medicinen ut akut och tid hos hudläkare för ställningstagande till fortsatt behandling snarast möjligt.

Valproat ges normalt inte till fertila kvinnor på grund av risk för endokrina biverkningar, inklusive risk för nedsatt fertilitet och teratogenicitet.

Interaktion

Interaktion mellan **aripiprazol** och **alimemazin**, kombination ger upp till 50 % ökad S-koncentration av **aripiprazol**.

Kombination **risperidon** och **fluoxetin** ger högre s-koncentration av **risperidon**, dosjustering kan krävas.

Risken för hudbiverkan av **lamotrigin** ökar vid kombination med **valproat**. Denna kombination ökar lamotriginkoncentrationen x 2 - vilket kräver försiktigare insättning, se FASS.

Interaktion **lamotrigin** och P-piller (innehållande **östrogen**) ger reduktion av **lamotrigin**-koncentrationen med upp till 50 % vilket därmed brukar kräva dosjustering.

Uppföljning/Provtagning

Alla ovanstående läkemedel har biverkningar och ska aktivt följas upp avseende effekt och biverkningar. För flera läkemedel krävs även provtagning och att S-koncentrationen följs. Se bilagor för anvisning avseende labprover för respektive preparat.

Så tidigt som möjligt, helst innan behandling sätts in, bör lab-utgångsvärden tas.

Använd biverkningslistan P-SEC före insättning/preparatbyte och vid uppföljning

Melatonin

Enstaka patienter kan behöva doser upp till 10-12 mg, men detta är ovanligt. För de flesta patienter fungerar **melatonin** i kortverkande beredning bäst, och finns tillgänglig som T **Melatonin** AGB i doser 0,5-5 mg.

Melatonin som ges i beredningsform med fördröjd frisättning (**Circadin** 2 mg) kan ge biverkan i form av trötthet följande dag. Till barn som har svårighet att svälja tabletter kan oral lösning melatonin 1mg/ml ges. Oral lösning **melatonin** kan förskrivas som ex tempore-beredning utan licens. OBS! P-piller (med **östrogen**) interagerar med **melatonin** och höjer koncentration av **melatonin** 4-5 ggr

Övriga sömnläkemedel

Antihistaminpreparaten **alimemazin** och **prometazin** är godkända till barn >2 år för sömnstörningar respektive orostillstånd, men bör på grund av biverkningsrisk ges endast i undantagsfall.

I vissa fall kan **propiomazin** 25 mg 1-2 tabletter ges 30-6 min före sänggåendet. Observera risk för motoriska biverkningar och sederig dagtid.

Vid depression med uttalad sömnstörning kan **mirtazapin** prövas som tillägg till annan antidepressiv behandling. Dos 7,5-15 mg till natten. Observera risk för viktuppgång och sederig dagtid.

14 Miljö och läkemedel

Informationen nedan är baserad på Janusinfos beslutsstöd för miljöklassificerade läkemedel samt SLL:s lista över miljöbelastande läkemedelssubstanser 2017-2021.

Förklaringar till tabellen:


Substans avser preparatets generiska namn.

Kapitel avser de kapitel för vilka preparatet är rekommenderat i Farmakainstruktionen.


Miljörisk avser toxisk risk för vattenmiljön beräknad efter svenska förhållanden och anges som försumbar, låg, medelhög eller hög. ”Kan ej uteslutas” innebär att tillverkaren inte lämnat tillräckligt underlag för bedömning av risk. Användning av vissa läkemedel bedöms inte medföra någon miljöpåverkan vid användning. Dessa ämnen klassificeras därför inte. I bedömningen anges då ”undantagen”.

PBT-index visar miljöfarligheten och kan anta alla värden mellan 0 och 9 (summan av P-, B- och T-värdet). Substansens miljöfarlighet är större ju högre värdet är.

- **P** (Persistens = förmåga att stå emot nedbrytning) kan anta värdet 0 till 3
- **B** (Bioackumulation = förmåga att ansamlas i fettvävnad) kan anta värdet 0 till 3
- **T** (Toxicitet = giftighet för vattenlevande organismer) kan anta värdet 0 till 3

 anger att bedömningen är osäker på grund av brister i dokumentationen.

 substansen finns inte med i Kloka listan.

 substansen finns med i SLL:s lista över miljöbelastande läkemedelssubstanser 2017-2021.

Substans	Kapitel	Miljörisk	PBT	P	B	T
Alimemazin	6,8,9,10,11,	kan ej uteslutas	9◇	3	3◇	3◇
Amfetamin	4	?	?	?	?	?
Aripiprazol (Abilify)	3,4,5,6,8,9,13,	försumbar	9◇	3	3◇	3
Atomoxetin	4	försumbar	6	3	0	3
Biperiden	3,5,6	kan ej uteslutas	-	-	-	2◇
Bupropion	7	försumbar	6	3	0	3◇
Citalopram ☼	7	kan ej uteslutas	6◇	3◇	0	3◇
Diazepam (Stesolid) ☼	5,6	?	?	?	?	?
Duloxetin	7	låg	6	3	0	3
Escitalopram	7	försumbar	5	3	0	2
Fluoxetin ☼	4,5,7,8,9,11	låg	6	3	0	3
Guanfacin	4,10	?	?	?	?	?
Haloperidol ☼	3,5,6	försumbar	8◇	3◇	3	2
Hydroxizin	8,9,10	kan ej uteslutas	-	-	0	-
Klomipramin	9	kan ej uteslutas	6	3	0	3
Klozapin	5	låg	9	3	3	3
Kvetiapin (Quetapin/Seroquel)	5,6,13	försumbar	5◇	3	0	2◇
Lamotrigin	5,6	försumbar	4	3	0	1
Levomepromazin	5,6	kan ej uteslutas	9◇	3◇	3	3
Lisdexamfetamin	4,11	?	?	?	?	?
Litium	6,13	undantagen	-	-	-	-
Lorazepam	3,5	kan ej uteslutas	-	-	-	-
Melatonin	12	kan ej uteslutas	6◇	3◇	0	3◇
Metylfenidat	4	försumbar	5◇	3◇	0	2
Mirtazapin	7	försumbar	5	3	0	2
Olanzapin	3,5,6,11	försumbar	2	0	0	2
Oxazepam (Oxascand) ☼	3,5,6	?	?	?	?	?
Prometazin	3,5,6,8,9,10	kan ej uteslutas	-	-	3	3◇-
Risperidon (Risperidal) ☼	4,5,6,8,9,11,13	försumbar	5	3	0	2
Sertralin ☼	7,8,9,13	medelhög	6	3	0	3
Valproinsyra (Ergenyl)	13	försumbar	4	3	0	1
Zuklopentixol	3,5,6	kan ej uteslutas	-	-	-	-

15 Uppföljningsschema

Grupp av Läkemedel		1.1.1 SSRI		
Indikation		<ul style="list-style-type: none"> • Depression 		
Kontrakt/Förutsättningar		<ul style="list-style-type: none"> • Överenskommelse enligt rutin för medicinering inom BUP • Påbörjad psykopedagogisk basbehandling och planerad fortsatt psykoterapeutisk kontakt under läkemedelsbehandling. Gemensam avstämning på temakonferens. 		
Information till patient		<ul style="list-style-type: none"> • Infoblad angående SSRI delas ut 		
Förmätning	Somatiskt status	Prover vid behov	Formulär	Obligatoriska anamnesuppgifter
	Vikt Längd	Basprover D-vit (25-hydroxy) B12 Transglutaminas- AK	Symptomskattningar MFQ-kort 8-18 år CDI <12år BDI-II 13-18 WHO-5 12-18 år P-SEC	Ärftlighet Affektiv sjukdom Andra läkemedel Droger Sömn Suicidalitet
Interaktioner		<p>SSRI i kombination med MAO-hämmare är kontraindicerat! (Serotonergt syndrom)</p> <p>Fluoxetin ökar koncentrationen av risperidon och aripiprazol</p> <p>Citalopram/Escitalopram ökar risken för QT-förlängning vid neuroleptika</p> <p>Metylfenidat ökar SSRI koncentrationen</p>		
Insättning	Preparat	Startdos	Ökningsschema	Mål/maxdos
	Sertralin	12,5-25 mg	25 mg efter 1 vecka, därefter varannan vecka	50-200 mg
	Fluoxetin	5-10 mg	Ökning varje vecka till 20 mg, därefter varannan vecka	40 mg
	Citalopram	10 mg	10 mg varje vecka	40 mg
	Escitalopram	5 mg	Ökning varannan vecka	10-20 mg

Kontroll 1	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> • Vecka 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Psyk. bedömning (suicidalitet, aktivering) • Vikt • P-SEC • Dosökning 	<ul style="list-style-type: none"> • Läkare
Kontroll 2	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> • Vecka 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Psyk. bedömning (suicidalitet, aktivering) • Vikt • P-SEC • Dosökning 	<ul style="list-style-type: none"> • Läkare
Kontroll 3	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> • Vecka 6-8 	<ul style="list-style-type: none"> • Skattningsskalor BDI • Vikt • P-SEC • Dosökning i samråd med läkare 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterska
Läkarbesök	<p>Om stabil dos återbesök läkare efter 3 och 6 mån, parallell psykologisk behandling</p> <p>Ställningstagande till blodprovstagning 1 gång/år</p>		

Grupp av Läkemedel		1.1.2 SSRI			
Indikation		<ul style="list-style-type: none"> • Ångeststörningar och OCD & relaterade tillstånd 			
Kontrakt/Förutsättningar		<ul style="list-style-type: none"> • Överenskommelse enligt rutinför medicinering inom BUP • Parallell, inplanerad eller genomgången KBT-behandling 			
Information till patient		<ul style="list-style-type: none"> • Infoblad angående SSRI delas ut 			
Förmätning		Somatiskt status	Prover vid behov	Formulär	Obligatoriska anamnesuppgifter
		Puls, BT, längd, vikt Hjärt- auskultation	Basprover	Symptomskattningar: OCI-CV(OCD) SCAS (GAD,SAD, paniksyndrom) PSWQ-C (GAD) P-SEC	Ärftlighet Affektiv sjuk Andra läkemedel Droger
Interaktioner		SSRI i kombination med MAO-hämmare är kontraindicerat! (Serotonergt syndrom) Fluoxetin ökar koncentrationen av risperidon och aripiprazol Citalopram/Escitalopram ökar risken för QT-förändring vid neuroleptika			
Insättning	Preparat	Startdos	Ökningsschema	Mål/maxdos	
	Sertralin	12,5-25 mg	50 mg varannan vecka	150-200 mg	
	Fluoxetin	10 mg	Ökning med 5-10 mg efter 1,3 och 6 veckor	40-60 mg	
	Klomipramin	5 mg		25-100 mg (max 150)	
Kontroll 1		När	Vad göra	Vem	
		<ul style="list-style-type: none"> • Vecka 1 	<ul style="list-style-type: none"> • P-SEC • Dosökning i samråd läkare 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterska 	
Kontroll 2		När	Vad göra	Vem	
		<ul style="list-style-type: none"> • Vecka 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Skattningsskalor • P-SEC • Dosökning i samråd läkare 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterska 	
Kontroll 3 osv		När	Vad göra	Vem	
		<ul style="list-style-type: none"> • Vecka 7 och sedan var 3:e månad 	<ul style="list-style-type: none"> • Psyk. bedömning • Skattningsskalor • P-SEC • Dosökning i samråd läkare 	<ul style="list-style-type: none"> • Läkare/Sjuksköterska 	
Läkarbesök		Var 3:e månad, Skattningsskalor, Biverkningslista			

Grupp av Läkemedel		1.1.3 Neuroleptika			
Indikation		<ul style="list-style-type: none"> • Psykos, bipolär sjukdom, beteendestörning, tilläggsbehandling vid tvång eller affektiv sjukdom 			
Kontrakt/Förutsättningar		<ul style="list-style-type: none"> • Överenskommelse enligt rutin för medicinering enligt BUP 			
Information till patient		<ul style="list-style-type: none"> • Infobladd om neuroleptika 			
Förmätning		Somatiskt status	Prover	Formulär	Obligatoriska Anamnes-uppgifter
		Puls, BT, längd, vikt Höft/midje-mått	Basprover TG, Kolesterol, HDL, LDL, Prolaktin (endast utgångsvärde), s-insulin, bilirubin.	PANSS (vid psykos sjukdom) YMRS (vid bipolär sjukdom) ABC (vid beteende störning) CRAFFT ASSIST-Y P-SEC	Ärftlighet: bipolär, psykos samt hjärt-/kärl Andra läkemedel Droger
Interaktioner		<p>Fluoxetin ökar koncentrationen av risperidon och aripriprazol</p> <p>Citalopram/Escitalopram ökar risken för QT-förändring vid neuroleptika</p> <p>Lamitrogin minskar koncentration av quetiapin</p> <p>Valproat ökar risken för agranulocytos vid klozapinbehandling</p> <p>Tobak minskar koncentrationen av olanzapin</p>			
Insättning	Preparat	Startdos	Ökningsschema	Mål/maxdos	
	Aripriprazol	2,5 mg (för små barn kan 2,5 mg varannan dag prövas initialt)	Beroende av tillstånd och symtom. Vid psykos t ex 2,5 i veckan.	<p>Vid beteende störning 2,5-5 mg</p> <p>Vid psykos/bipolär sjukdom 10-30 mg</p> <p>Tilläggsbehandling vid depression 5-10 mg</p>	
	Quetiapin	50 mg	Beroende av tillstånd och symtom. Vid psykos upptrappning till måldos	<p>400-600 mg</p> <p>Ej beteende störningar</p>	

			under en vecka. Diskutera med specialkunnig läkare	
	Risperidone	0,25-0,5 mg	Upptäppning var 3:e dag	Vid beteendestörning 0,25- 0,75 mg (<50kg), 0,5-1,5 mg (>50kg). Vid psykos 2-4 mg
	Olanzapin	2.5 mg-20 mg	Beroende av tillstånd och symtom. Vid mani ärt ex startdos 20 mg möjlig	10-20 mg. Vid psykos och dålig effekt upp till 30 mg. Ej beteende störning

Kontroll 1	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> • Vecka 4 	<ul style="list-style-type: none"> • BT/puls • Höft-/midjemått • Längd/vikt 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterska • Läkare vid behov
Kontroll 2	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> • Vecka 8 	<ul style="list-style-type: none"> • BT/puls • Höft-/midjemått • Längd/vikt • P-SEC 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterska • Läkare vid behov
Kontroll 3	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> • Vecka 12 	<ul style="list-style-type: none"> • BT/puls • Höft-/midjemått • Längd/vikt • Blodprover enl ovan 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterska • Läkare vid behov
Kontroll 4 osv	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> • Efter ytterligare 3 månader, sedan var 6:e månad 	<ul style="list-style-type: none"> • BT/puls • Höft-/midjemått • Längd/vikt • P-SEC • Basprover • Glukos • Lipidstatus • B-celler • F-insulin 	<ul style="list-style-type: none"> • Läkare • Sjuksköterska

Grupp av Läkemedel		1.1.4 Centralstimulerande ADHD läkemedel (Metylfenidat, Lisdexamfetamin och dexamfetamin)			
Indikation		<ul style="list-style-type: none"> ADHD 			
Kontrakt/Förutsättningar		<ul style="list-style-type: none"> Överenskommelse enligt rutin för BUP och ADHD-medicinering Använd journalmall årsuppföljning för ADHD vid insättning och sedan årligen 			
Information till patient		<ul style="list-style-type: none"> Infoblad angående BUSA Information om narkotikaklassat läkemedel 			
Förmätning	Somatiskt status	Prover vid behov.	Formulär	Obligatoriska anamnesuppgifter	
	Puls	Basprover	SNAP IV	Ärftlighet, bipolär samt hjärt-/kärlsjukdom	
	Blodtryck	D-vit (25-hydroxy)	P-SEC	Andra läkemedel	
	Längd	P-TSH	CRAFFT	Drog- och alkohol-screening, patient och familjemedlemmar	
	Vikt	P-Ferritin	ASSIST-Y		
	Hjärt- auskultation	P-Fe			
Interaktioner		MAO-hämmare kontraindicerat, krävs 2 veckors uppehåll innan cs kan sättas in			
Insättning	Preparat	Startdos	Ökningsschema	Mål/maxdos	
	Långverkande metylfenidat (Concerta, Methylphenidat Sandoz)	18mg	18 mg var 5-7:e dag	Individuell; 18-54 mg beroende på kliniskt svar. Ofta behöver man titrera upp i dos mellan 1 mg/kg/dygn och 2 mg/kg/dygn	
	Ritalin medellångverkande (Ritalin modifierad frisättning) Medikinet (modifierad frisättning) Equasym modifierad frisättning	10–20 mg	10 mg var 5-7:e dag	60 mg	
	Elvanse	20–30 mg	10-20 mg/vecka	Individuell, 20-70 mg beroende på kliniskt svar	

Kontroll 1	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> Efter 1-2 veckor 	<ul style="list-style-type: none"> BT/puls Längd/vikt P-SEC Effektutvärdering SNAP IV Ställningstagande till dosjustering i samråd med läkare Utvärdera nutrition och sömn 	<ul style="list-style-type: none"> Sjuksköterska
Kontroll 2	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> Vecka 4 	<ul style="list-style-type: none"> BT/puls Längd/vikt P-SEC Effektutvärdering SNAP IV Ställningstagande till dosjustering i samråd med läkare Utvärdera nutrition och sömn 	<ul style="list-style-type: none"> Sjuksköterska
Kontroll 3 osv	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> Var 3:e månad tills stabil medicinering 	<ul style="list-style-type: none"> BT/puls Längd/vikt P-SEC Effektutvärdering SNAP IV Ställningstagande till dosjustering i samråd med läkare Utvärdera nutrition och sömn 	<ul style="list-style-type: none"> Sjuksköterska
Läkarbesök	1 gång per år eller vid behov		

Grupp av Läkemedel		1.1.5 Icke centralstimulerande ADHD läkemedel (Atomoxetin och extended release Guanfacin)													
Indikation		<ul style="list-style-type: none"> ADHD 													
Kontrakt/Förutsättningar		<ul style="list-style-type: none"> Överenskommelse enligt rutin för BUP och ADHD-medicinering Använd journalmall årsuppföljning för ADHD vid insättning och sedan årligen 													
Information till patient		<ul style="list-style-type: none"> Infoblad angående BUSA delas ut Narkotikaklassat läkemedel 													
Förmätning	Somatiskt status		Prover v.b.	Formulär	Obligatoriska anamnesuppgifter										
	Puls	Blodtryck	Längd/vikt	Hjärtauskultation	Basprover	D-vit (25-hydroxy)	P-TSH	P-Ferritin	P-Fe	SNAP IV webbformulär	P-SEC	CRAFFT	ASSIST-Y	Ärftlighet: bipolär samt hjärt-/kärlsjukdom	Andra läkemedel
Interaktioner		<p>Fluoxetin ökar atomoxetinkoncentration</p> <p>Guanfacin och samtidig neuroleptika behandling (de som bryts ned av CYP3A4/5) innebär risk för höjning av bägge läkemedlen</p>													
Insättning	Preparat	Startdos		Ökningsschema		Mål/maxdos									
	Strattera	Under 70 kg: 0.5 mg/kg/dygn Över 70 kg: 40 mg 1x1		1,2 mg/kg/dygn efter 7 dagar Titra upp till 60-80 mg		Individuell; 1,2-1,8 mg/kg/dygn Individuell; 60-80 mg									
	Intuniv	1 mg		1 mg/vecka		Individuell; Barn: 1-4 mg Ungdom: 1-7 mg									

Kontroll 1	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> • Vecka 1 till 2 	<ul style="list-style-type: none"> • BT/puls • Längd/vikt • P-SEC • Effektutvärdering • SNAP IV • Ställningstagande till dosjustering i samråd med läkare • Nutrition och sömn 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterska
Kontroll 2	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> • Vecka 3 till 4 	<ul style="list-style-type: none"> • BT/puls • Längd/vikt • P-SEC • Effektutvärdering • SNAP IV • Ställningstagande till dosjustering i samråd med läkare • Utvärdera nutrition och sömn 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterska
Kontroll 3 osv	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> • Var 3:e mån tills stabil medicinering 	<ul style="list-style-type: none"> • BT/puls • Längd/vikt • P-SEC • Effektutvärdering • SNAP IV • Ställningstagande till dosjustering i samråd med läkare • Utvärdera nutrition och sömn 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterska
Läkarbesök	1 gång per år eller vid behov		

Grupp av Läkemedel		1.1.6 Melatonin		
Indikation		<ul style="list-style-type: none"> Sömnstörning 		
Kontrakt/Förutsättningar		<ul style="list-style-type: none"> Överenskommelse enligt rutin för medicinering inom BUP Sömnhygieniska åtgärder infört och utvärderat 		
Information till patient		<ul style="list-style-type: none"> Info angående Melatonin 		
Förmätning		Somatiskt status	Prover vid behov	Obligatoriska anamnesuppgifter
		Puls/BT Lungauskultation ÖNH-status	Basprover	Sömndagbok P-SEC Obstruktiv lungsjukdom Andra läkemedel Sömnstörningstyp Epilepsi
Interaktioner		Fluvoxamin ökar melatoninkoncentrationen, P-piller (med östrogen) ökar melatoninkoncentrationen 4 – 5 gånger		
Insättning	Preparat	Startdos	Ökningsschema	Mål/maxdos
	Melatonin AGB	0,5-1 mg	Ökning succesivt var tredje dag till 5 mg	0,5-12 mg
	Circadin	2 mg	Ökning succesivt var tredje dag till 4 mg	6 mg
Kontroll 1		När	Vad göra	Vem
		<ul style="list-style-type: none"> Vecka 2 	<ul style="list-style-type: none"> Sömndagbok P-SEC 	<ul style="list-style-type: none"> Sjuksköterska
Kontroll 2		När	Vad göra	Vem
		<ul style="list-style-type: none"> Vecka 12 	<ul style="list-style-type: none"> Sömndagbok P-SEC Ställningstagande till fortsatt medicinering 	<ul style="list-style-type: none"> Läkare
Läkarbesök		<ul style="list-style-type: none"> Var 6:e-12:e månad 		

Grupp av Läkemedel		1.1.7 Litium			
Indikation		<ul style="list-style-type: none"> Mani, bipolär sjukdom, tilläggsbehandling vid terapiresistent depression 			
Kontrakt/Förutsättningar		<ul style="list-style-type: none"> Överenskommelse enligt rutin för medicinering enligt BUP All behandling sköts av BUP Enhet för unga med psykos och bipolär sjukdom 			
Information till patient		<ul style="list-style-type: none"> Infoblad litium 			
Förmätning		Somatiskt status	Prover	Formulär	Obligatoriska anamnes-uppgifter
		Puls,BT, längd, vikt höft, midje mått Urinmätning enligt lista Ekg Vid behov Iohexol-clearance	Bas-prover B12, Cysta- statin C	Alkohol- och drogscreening. YMSR BDI-II P-SEC	Ärftlighet: Bipolär, psykos samt hjärt-/käril Andra läkemedel Droger
Interaktioner		NSAID ökar litiumkoncentrationen Alkohol riskerar öka litiumkoncentrationen till toxiska nivåer! (dehydrering)			
Insättning	Preparat	Startdos	Ökningsschema		Mål/maxdos
	Litium/ Litarex	42 mg 1 x 2	Ökning efter koncentrations bestämning var 3-5:e dag		Koncentration mellan 0,5-0,9 mmol/l

Kontroll 1	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> Kontroll av koncentration var 3:e till var 5:e dag tills koncentration 0,5-0,9 mmol/l 	<ul style="list-style-type: none"> Koncentrationsprov Klinisk status Ställningstagande till dosändring 	<ul style="list-style-type: none"> Läkare
Kontroll 2	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> 3 månader 	<ul style="list-style-type: none"> BT/puls Höft-/midjemått Längd/vikt P-SEC Grundprover + T3, T4 	<ul style="list-style-type: none"> Läkare/Sjuksköterska
Kontroll 3	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> 9 månader och därefter sjuksköterskekontroll en gång per år (halvårskontroll) 	<ul style="list-style-type: none"> BT/puls Höft-/midjemått Längd/vikt P-SEC Grundprover + TSH, T3, T4 	<ul style="list-style-type: none"> Sjuksköterska
Kontroll 4 osv	När	Vad göra	Vem
	<ul style="list-style-type: none"> Årskontroll 	<ul style="list-style-type: none"> BT/puls P-SEC Längd/vikt Höft-/midjemått Grundprover Glukos Lipidstatus B-celler Lever prover F-insulin 	<ul style="list-style-type: none"> Läkare

Grupp av Läkemedel		1.1.8 Antiepileptika: lamotrigin			
Indikation		<ul style="list-style-type: none"> • Bipolär sjukdom typ 2 • Tilläggs behandling vid depression bipolär sjukdom typ 1 • Tilläggsbehandling vid svårbehandlad depression • Kan övervägas vid emotionell stabilitet med depressiva episoder och svårbehandlade beteendestörningar med uttalad aggressivitet 			
Kontrakt/Förutsättningar		<ul style="list-style-type: none"> • Överenskommelse enligt rutin för medicinering enligt BUP 			
Information till patient		<ul style="list-style-type: none"> • Infoblad lamotrigin enligt BUP 			
Förmätning		Somatiskt status	Prover	Formulär	Obligatoriska anamnesuppgifter
		Inspektion av hud	Basprover	Stämningsdagbok (affektiv sjukdom) DERS (EIP)	Ärftlighet: bipolär, psykos samt hjärt-/kärl Andra läkemedel Droger
Interaktioner		Lamotrigin minskar koncentration av quetiapin Valproat ökar koncentrationen av lamotrigin Hormonella antikontceptionsmedel kan minska koncentrationen av lamotrigin			
Insättning	Preparat	Startdos	Ökningsschema	Mål/maxdos	
	Lamotrigin	25 mg	Höjning 2 veckors intervall: 50 mg, 100 mg, 150 mg och 200 mg	100-200 mg	
Kontroll 1		När	Vad göra	Vem	
		<ul style="list-style-type: none"> • Efter 2 veckor 	<ul style="list-style-type: none"> • Skattningsformulär • P-SEC <ul style="list-style-type: none"> ○ Speciellt fokus på hud • Ställningstagande till dosökning 	<ul style="list-style-type: none"> • Läkare/Sjuksköterska 	
Kontroll 2		När	Vad göra	Vem	
		<ul style="list-style-type: none"> • Efter 4 veckor 	<ul style="list-style-type: none"> • Skattningsformulär • P-SEC • Ställningstagande till dosökning 	<ul style="list-style-type: none"> • Läkare/Sjuksköterska 	
Kontroll 3		När	Vad göra	Vem	
		<ul style="list-style-type: none"> • Efter 6 veckor 	<ul style="list-style-type: none"> • Skattningsformulär • P-SEC • Ställningstagande till dosökning 	<ul style="list-style-type: none"> • Läkare/Sjuksköterska 	
Läkarbesök		Var 6:e månad			

16 Dokument och websidor

- Överenskommelse med vårdnadshavare vid läkemedelsbehandling, se Dokumenta
 - BLA-17814-v.2.0 Överenskommelse vid läkemedelsbehandling - blankett BUP Stockholm
 - Vid ADHD gäller följande
 - RUT-07055-v.6.0 Läkemedelsbehandling vid ADHD - rutin samt blankett för BUP Stockholm
 - BLA-17813-v.2.0 Överenskommelse läkemedelsbehandling ADHD - blankett BUP Stockholm
- P-SEC, checklista för läkemedelsbiverkningar
 - Finns på Insidan under fria bedömningsinstrument
- Säkrare användning av läkemedel till barn, kunskapsmaterial, förälder och personal
 - https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/Barnlakemedel/1805_barn_vardnadshavare.pdf
 - https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/Barnlakemedel/1805_barn_vardpersonal.pdf
- RIK-01733-v.4.0 Bedömning av egenvårdsförmåga - riktlinje för SLSO
- RIK-01804-v.4.0 Läkemedelsbiverkning rapportering - riktlinje för SLSO
- Läkemedelsverket
 - lakemedelsverket.se/
- FASS vårdpersonal
 - www.fass.se/LIF/
- Janusinfo
 - www.janusinfo.se
- Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Vårdprogram för barn-kardiologisk övervakning vid läkemedelsbehandling av barn och ungdomar med ADHD
 - www.sfbup.se Vård-Kliniska riktlinjer och vårdprogram-Riktlinje ADHD

17 Akut agitation - lathund

Maxdoser/dygn:
 Inj. Haloperidol 20 mg = Haldol
 Inj. Lorazepam 6 mg = Aktivon, Femestor
 Inj. Prometazin 200mg = Phenergan
 Inj. Aripiprazol 30 mg = Abilify
 Inj. Olanzapin 20mg = Zyprexa, Arcolonyl, Zolasta
 Inj. Biperiden 10mg = Abilidon
 Inj. Zuclopentoxolacetat 100 mg/VAR TREDE DAG (max 1st d = Cordinaloxal)
Effekt
 Verkar inom 30-60 min
 Sederade ej neuroleptika
 Verkar inom 30 min
 Verkar inom 15-45 min
 Minskar EPS verkar omgående
 Timmar/indag
Blivkringar
 EPS, akatis, dygnst->EPS i kombi m Prometazin
 Hypotension, sederig
 Utvandrak, yrsel, frammande, nysamt
 Hypotension, asteni, somnolens, yrsel, tremor
 Obs: Blivkringar kommer senare

Risk för paradoxal agitation, särskilt vid behandling med bensodiazepiner hos patienter med AST

Observation av blivkringar enligt särskilt schema: Extrapyramidal symptom, blodtryck, puls, andningsfrekvens, temp, saturation. Sjuksköterska ansvarar för att drogscreening görs så snart som möjligt

Läkare utvärderar läkemedelseffekt var 30 och 60:e minut enligt RASS. Somatisk undersökning inklusive neurologiskt status. Läkaren ansvarar för att läkemedelseffekt och misstänkta blivkringar på given behandling dokumenteras i journal.

Akut agitation Motorisk och/eller verbal oro, Irritabilitet, Bristande samarbetsvilja, Vokala utbrutt, Hotfulla gester eller anfall som kan övergå i direkt våld. Alternativt pågående allvarig självskada. Beteendestörningen är så allvarig att den sannolikt leder till skada på patient eller personal utan intervention.

