

Oversigt over hørings svar og peer review - National klinisk anbefaling for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge

1. Dansk Selskab for Almen Medicin
2. Dansk Psykolog Forening
3. Dansk Selskab for Fysioterapi
4. Center for Sjældne Sygdomme, Rigshospitalet
5. Danske Regioner
6. Bedre Psykiatri
7. Kommunernes Landsforening
8. Danske Regioner, Tværfaglige Specialråd Region Midtjylland
9. Peer review ved Charlotte Reinhardt Pedersen

25. juli 2022

Hørings svar til National Klinisk Anbefaling for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge

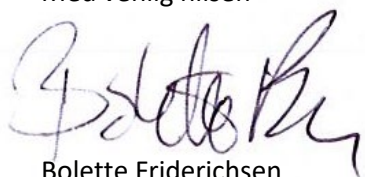
Tak for muligheden for at gennemlæse og deltage i høring omkring NKA om behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge.

Vi har haft udpeget en repræsentant fra DSAM, som har fulgt arbejdet med NKA'en, og vi har kun få kommentarer til høringsversionen.

Vi er i DSAM meget glade for, at det i NKA'en er præciseret, at det er en speciallæge i pædiatri eller børne- og ungdomspsykiatri, der ordinerer melatonin til søvnforstyrrelser hos børn og unge. Præciseringen af hvordan behandlingen kan fortsætte via egen læge, finder vi meget vigtig: *"Vedligeholdelsesbehandling kan overtages af den alment praktiserende læge, hvis det sker efter konkret, gensidig aftale og i fortsat samarbejde med en speciallæge"*

I den forbindelse har vi et enkelt spørgsmål: Kan den alment praktiserende læge også afvise at overtage, fx hvis man ikke har kompetence eller kapacitet?

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

Dansk Psykolog Forenings høringsvar til høring af den nationale kliniske anbefaling for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge

Sundhedsstyrelsen

Hovedbudskaber

- Dansk Psykolog Forening ønsker at gøre opmærksom på, at børne- og ungdomspsykiatrien i forvejen har kapacitetsproblemer, hvorfor det er u hensigtsmæssigt, at opstart af melatonin til børn- og unge, der *ikke* har børne- og ungdomspsykiatrisk tilstand, foreslås at skulle varetages af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatrien.
- Desuden er de mulige bivirkninger overvejende af somatisk karakter, hvorfor det er mindre oplagt, at opstart skal foregå i psykiatrisk regi.
- Hvis en del af formålet med NKA er at undgå selvmedicinering med parallelimporterede præparater af mere usikker oprindelse og dosis, bør man gøre det muligt at opstarte melatonin i almen praksis.

Nationale kliniske anbefalinger for behandling med melatonin hos børn og unge

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringsvar i Sundhedsstyrelsens høring over udkast til den nationale kliniske anbefaling (NKA) for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge.

Dansk Psykolog Forening har modtaget bidrag fra Selskab for Psykopatologi hos Børn og Unge, der har bidraget med psykologfaglige perspektiver til høringsvaret.

Opstart af melatonin til børn- og unge, der ikke har ungdomspsykiatriske tilstande, bør ikke foregå i psykiatrien

Der lægges op til at behandlingen skal opstartes af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller speciallæge i pædiatri. Opfølgning kan foregå ved egen læge med reference til speciallæge fra et af de to ovenstående specialer. Dansk Psykolog Forening vurderer, at det af flere grunde er u hensigtsmæssigt, at opstart af melatonin til børn- og unge der *ikke* har børne- og ungdomspsykiatrisk tilstand foreslås at skulle varetages af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

For det første er søvnforstyrrelser ikke en del af Specialeplanen for børne- og ungdomspsykiatrien og derfor er det heller ikke meningsfuldt at børn og unge med søvnforstyrrelser, der ikke har børne- og ungdomspsykiatriske tilstande skal ses af børne- og ungdomspsykiater. På landsplan har børne- og ungdomspsykiatrien i forvejen kapacitetsproblemer og det er ikke realistisk at foreslå, at børn og unge der ikke hører til den aktuelle målgruppe også skal se og følges i børne- og ungdomspsykiatrien ved opstart med melatonin.

For det andet er de mulige bivirkninger – som i øvrigt ikke er veldokumenterede – overvejende af somatisk karakter og bekymringerne vedrører ikke mindst uønskede effekter af længerevarende behandling. Også af den grund forekommer det mindre end oplagt, at opstart – som jo også indebærer initial stillingtagen til evt. bivirkninger - skal foregå i psykiatrisk regi.

Opstart af melatonin i almen praksis

For det tredje kunne der være grund til at overveje, om det er rationelt, at opstart af behandling med melatonin ikke kan foregå hos speciallæge i almen medicin evt. med støtte fra speciallæge i pædiatri eller børne- og ungdomspsykiatri og evt. med samtidig rådgivning fra sundhedsplejen omkring søvnhygiejne. Dette særligt set i lyset af, at melatonin er meget let tilgængeligt, idet stoffet fås i håndkøb i mange andre lande i EU – herunder også i vores nærmeste naboland, Tyskland. Det forekommer unødigt restriktivt og vil sandsynligvis betyde, at lægelig behandling med melatonin i mange tilfælde ikke vil blive tilgængeligt for børn og unge med søvnforstyrrelser, når der ikke er comorbid børne- og ungdomspsykiatrisk lidelse - medmindre barnet følges i pædiatrien.

Hvis en del af formålet med NKA er at undgå selvmedicinering med parallelimporterede præparater af mere usikker oprindelse og dosis, bør man gøre det muligt at opstarte melatonin i almen praksis.

Afslutningsvis vil vi igen gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar.

Med Venlig Hilsen

Dea Seidenfaden

Fungerende formand
Dansk Psykolog Forening

Til: NKRsekretariat@sst.dk

Høringssvar vedrørende Nationale kliniske anbefalinger for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge

Dansk Selskab for Fysioterapi har med interesse læst Sundhedsstyrelsens udkast til Nationale kliniske anbefalinger for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge. Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et overvejende solidt arbejde.

Følgende høringssvar leveres på vegne af Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) i samarbejde med Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi (DSPF).

Bemærkninger til retningslinjen

- Beskrivelsen af omfanget af afprøvning af søvnhygiejniske tiltag kan med fordel ensrettes. I de to anbefalinger (side 3 og 4) skrives: "... søvnhygiejniske tiltag skal være afprøvet i en periode på minimum fire uger." I afsnit 3 Søvnforstyrrelser hos børn (side 10) skrives: "... søvnhygiejniske tiltag skal være grundigt afprøvet."
- Det anbefales at behandlingseffekten skal vurderes med fornyet søvnregistrering (side 3 og 4). DSPF ønsker at arbejdsgruppen overvejer om behandlingseffekten også bør vurderes ved evaluering af ændringer i (nedsat) dagtidfunktion.
- Vi foreslår præcisering og eventuelt ensretning i brugen af søvnregistrering (anbefalingerne side 3 og 4), søvn dagbog (Resultater og målinger samt case 2 side 35) og søvnspørgeskema (Forslag til videre forskning side 39), så det er tydeligt om der henvises til samme eller forskellige metoder.
- DSPF ser manglende valideret søvnspørgeskema (beskrevet i afsnit 10) som en betydelig forhindring for en ensartet implementering af retningslinjen, da forudsætningen for at vurdere om den enkelte patient er omfattet af målgruppen for anbefalingerne og vurdering af behandlingseffekt er en valid undersøgelsesmetode.
- Det bemærkes at der fejl i linket til reference 53.

Vi håber, at arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringsvaret anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af anbefalingerne.

Hvis der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Med venlig hilsen

Gitte Arnbjerg

Formand Dansk Selskab for Fysioterapi

Høringsvaret er udarbejdet med input fra

Helle Mätzke Rasmussen
Bestyrelsesmedlem DSPF



Hørings svar fra Center for Sjældne Sygdomme, Rigshospitalet

vedr

Nationale kliniske anbefalinger for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge

Side 4 og igennem dokumentet

Det er anført, at "Opstart og behandling med melatonin af børn og unge skal foregå i børne- og ungdomspsykiatrisk regi eller hos speciallæger i pædiatri med særlig viden inden for neuropsykiatriske sygdomme". Børn og unge med udviklingsforstyrrelser/syndromer har ikke nødvendigvis en neuropsykiatrisk sygdom. Det er derfor problematisk at bruge dette udtryk for speciallæger i pædiatri. **Vi foreslår** at anvender ... speciallæger i pædiatri med særlig viden inden for neurologiske sygdomme, udviklingsforstyrrelser og/eller medfødte syndromsygdomme".

Side 5, 8,11 og igennem dokumentet

Den nedre grænse for behandling er angivet til 5 år. Aktuelt behandler vi børn ned til 2 års-alderen. Nogle syndromsygdomme, fx Angelman syndrom, Smith-Magenis' syndrom, Williams syndrom og nogle makrocefalisyndromer, er associeret med søvnforstyrrelser, som kan være svære.

På side 11 fremgår det, at "I Danmark er melatoninholdige lægemidler godkendt til behandling af børn og unge i alderen 2-18 år med autisme og/eller Smith-Magenis syndrom".

Vi foreslår, at aktuelle anbefaling blandt børn med kendt årsag til søvnforstyrrelse også går fra 2 år.

Side 5 og igennem dokumentet hvor relevant

Det fremgår ikke, om "melatoninpræparat" også dækker depotform.

Vi forslår, at det anføres at anbefalingerne også gælder depotpræparater

Side 9, andet afsnit

Det fremgår ikke, at søvnforstyrrelser ofte er en følgetilstand til udviklingsforstyrrelser/syndromer, hvilket vi finder relevant at tilføje. Som eksempler kan nævnes Angelman syndrom, Smith-Magenis' syndrom, Williams syndrom og nogle makrocefalisyndromer (Blackmer et al 2016, Martens et al 2017, Sniecinska-Cooper et al 2015).

Vi forslår, at ovennævnte syndromer medtages i teksten hvor relevant

Side 10

Skal søvnnapø tilføjes under "somatiske tilstande"?

Med venlig hilsen

Overlægerne i Center for Sjældne Sygdomme, Rigshospitalet

Allan Lund
Anne-Marie Bisgaard
Hanne Hove
Sabine Grønborg
Stense Farholt
Sven Pörksen

15. august 2022

Til Sundhedsstyrelsen, NKR Sekretariat
NKRsekretariat@SST.DK



Dato 15. august 2022
EMN-2017-02007
Annamaria Marrero Zwinge

Hørings svar vedr. National Klinisk Anbefaling

Danske Regioner har den 4. juli 2022 modtaget national klinisk anbefaling (NKA) for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge i høring.

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive bemærkninger til anbefalingen som har været i høring i regionerne. Alle regioner har indsendt bemærkninger.

Som generel bemærkning til udkastet tager Danske Regioner forbehold for et eventuelt øget ressourceforbrug som følge af den nationale kliniske retningslinje.

Generelle faglige kommentarer

Overordnet set en gennemarbejdet, velafgrænset og relevant population samt relevante doseringer og opfølgning hos en relevant afgrænset gruppe af læger der kan forestå denne behandling.

Der synes dog at mangle en overordnet diskussion om størrelsen på den mindste kliniske relevante forskel i både total sovetid, indsovnings tid samt døsigthed/træthed i dagtimerne, og om disse relevante forskelle opnås med de fundne effektstørrelser ved melatoninbehandling.

Der sker en generel udvidelse af anbefalingerne til medicinsk behandling af søvnforstyrrelser til at omfatte nye patientkategorier ” børn og unge med længerevarende søvnforstyrrelser uden kendt årsag.....”. Det fremgår videre at ” Opstart og behandling med melatonin af børn og unge skal foregå i børne- og ungdomspsykiatrisk regi eller”. Det vurderes ikke at være fagligt og diagnostisk relevant, at børn og unge med længerevarende søvnforstyrrelse uden kendt årsag, skal henvises til børne- og ungdomspsykiatrisk udredning.

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

Specifikke Kommentarer

Side 4 og 5

Overordnet er vi enige i en svag anbefaling for til denne afgrænsede population med problemer i dagtiden, der har lavet søvndagbog, har forsøgt non-farmakologisk behandling og muligvis også kugledyne skal vurderes af enten pædiater eller børne-ungdomspsykiater. Det bør tydeligt fremgå, på hvilket grundlag anbefalingen er fremkommet.

Det bør overvejes at udspecificere, at melatoninbehandling ikke almindeligvis vil være indiceret hos børn med søvnløshed, men kan overvejes i den meget afgrænsede population, som allerede er beskrevet.

Side 10

Det bør overvejes at ændre "Screening for almene psykiatriske tilstande" til "Screening for hyppige psykiatriske tilstande".

Side 14

"idiopati" bør ændres til "idiopatiske årsager".

Under punkt 3) for Idiopathic Chronic Sleep Onset disorder bør der tilføjes "mere" før "end fire nætter om ugen i løbet af 1 måned".

Side 15

Det bør overvejes også at inkludere objektive mål for søvnkvalitet i evidensstabellen (tabel side 18).

Side 18 Døsighed/træthed

Man kan overveje at inkludere en diskussion om, hvorvidt forskellen på 0.57 i KSS-skalaen er klinisk relevant.

Side 19 Påvirkning af pubertetsudvikling

Det bemærkes, at range for onset of puberty er angivet i alderen for 2-15 år. Det foreslås at undersøge, hvorvidt der virkelig var 2-årige børn der gik i pubertet.

Side 23 og 27 Indsovningstid

Det bemærkes, at indsovningstiden for børn under 12 år er 14.88 sammenlignet med 14.9 (side 27), hvorfor sætningen "at effekten muligvis er størst hos børn under 12 år." synes ikke-underbygget.

Side 39

Under punktet videre forskning bemærkes at der står "Effekten af melatonin sammenlignet med non-farmakologiske tiltag", der foreslås at dette udspecificeres til værende melatonin med non-farmakologiske tiltag sammenlignet med non-farmakologiske tiltag alene.

Side 40

Nedenstående sætning "For de to kritiske outcomes søvnkvalitet generelt og funktionsniveau, målt ved 2-4 uger, vil vi få udarbejdet rapporter fra McMaster University der beregner estimater for de mindste kliniske relevante forskelle." foreslås flyttet op til afsnit om evidensgennemgang. Desuden vil det være optimalt at rapporten foreligger inden endelig udgivelse af NKA, således at den mindste kliniske relevante forskel kan diskuteres sammen med de fundne effekter af melatoninbehandling.

Kommentarer til organisatoriske forhold

Der savnes en diskussion om de organisatoriske forhold og kapaciteten til at behandle disse patientgrupper i de to specialer, herunder hvad henvisningskriterierne skal være og hvordan opdelingen mellem børnelægerne og børne-ungdomspsykiaterne skal være?

Kommentarer til økonomiske konsekvenser

Der vil formentlig blive en væsentlig større efterspørgsel på behandling med melatonin. Samtidig beskrives, at de børne- og ungdomspsykiatriske problemer kan være "ikke eksisterende" (søvnforstyrrelse uden kendt årsag).

Såfremt det fastholdes, at behandlingsopstart med melatonin er en forbeholdt opgave for børne- og ungdomspsykiatrien, vil der blive trukket højt specialiserede ressourcer til en gruppe børn og unge, der ikke har behov for denne indsats.

Med venlig hilsen

Marie Bjerresgaard Hjort
Konsulent, Center for sundheds- og socialpolitik (SUS)

BEDRE PSYKIATRI

landsforeningen for pårørende



NKR sekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Evidensbaseret Medicin

Sekretariatet
Læderstræde 34, 4
1201 København K

Telefon 53 52 99 00
info@bedrepsykiatri.dk
www.bedrepsykiatri.dk

Bank 9385 0004159187
CVR nr. 16 80 00 74

København, den 15. august 2022

Til rette vedkommende

Bedre Psykiatri takker for muligheden for at afgive høring over de nationale kliniske anbefalinger for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge.

Bedre Psykiatri har ingen bemærkninger.

Med venlig hilsen

Emma Fleming
Politisk konsulent

Til Sundhedsstyrelsen

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. Nationale kliniske anbefalinger for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge.

KL har ingen kommentarer til materialet.

Med venlig hilsen

Nina Svendsen

Konsulent

Center for Sundheds- og Socialpolitik



Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København

D +45 3370 3832

E NISV@kl.dk

T +45 3370 3370

W kl.dk



Klik på banner for at læse mere, se program samt foretage en elektronisk tilmelding.

Hørings svar fra det tværfaglige specialeråd i børne- og ungdomspsykiatri Region Midt vedr. NKR for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge

Dokumenterne har været sendt til høring ved specialerådets medlemmer.

Det er godt, at der er lavet en NKR på dette område, da der generelt opleves stor efterspørgsel ift behandling af Melatonin for søvnforstyrrelser –også til børn og unge uden opmærksomhedsforstyrrelse eller gennemgribende udviklingsforstyrrelse.

På baggrund af høringsudkastet er det dog uklart hvilken rolle børne- og ungdomspsykiatrien skal/bør have ift børn og unge med søvnforstyrrelse uden opmærksomhedsforstyrrelse og gennemgribende udviklingsforstyrrelse.

Det fremgår af udkastet:

"Opstart og behandling med melatonin af børn og unge skal foregå i børne- og ungdomspsykiatrisk regi eller hos speciallæger i pædiatri med særlig viden indenfor neuropsykiatriske sygdomme. Vedligeholdelsesbehandling kan overtages af den alment praktiserende læge, hvis det sker efter konkret gensidig aftale og i fortsat samarbejde med en speciallæge som nærmere beskrevet i sundhedsstyrelsens retningslinje om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser.

Ovenstående giver anledning til flere spørgsmål: Betragtes en isoleret søvnforstyrrelse som en psykisk lidelse? I børne- og ungdomspsykiatrien udreder og behandler vi ikke børn og unge med isoleret søvnforstyrrelse. Dette vil derfor være en udvidelse af vores målgruppe, som vurderes meget uhensigtsmæssig, da det vil betyde færre ressourcer til vores nuværende målgruppe.

Jvf case 2 s. 35 vedr. børn og unge med søvnforstyrrelse uden kendt årsag. Her beskrives en dreng uden en psykiatrisk problemstilling men med en isoleret søvnforstyrrelse. Det må anbefales at en sådan problemstilling i stedet konfereres med pædiatrien. Desuden siger retningslinjen som beskrevet ovenfor at behandlingen skal foregå i børne- og ungdomspsykiatrisk/pædiatrisk regi. Det bør fremgå tydeligt hvis det er tilstrækkeligt at konferere og dermed ikke at barnet/den unge bliver set og vurderet i psykiatrien/pædiatrien.

Specialerådet anbefaler desuden at der beskrives anbefalinger ift evt udtrapning eller brat seponering. Hvad er der evidens for på dette område? I "vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser" punkt 3.5.2 fremgår det at melatonin skal udtrappes over tid. ([Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser \(retsinformation.dk\)](#))

På vegne af det tværfaglige specialeråd i Børne- og Ungdomspsykiatri i Region Midtjylland

Overlæge Tine Mejer, formand

København d. 15. august 2022

Vedrørende: Nationale kliniske anbefalinger for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge - Sundhedsstyrelsen "Høringsudkast" (NKA)

Peer review af national klinisk anbefaling: Udarbejdet af Charlotte Reinhardt Pedersen, Phd, Overlæge, Sankt Lukas Stiftelsen, Lukashuset.

Kommissoriet der er udgangspunktet for denne NKA afgrænser den kliniske problemstilling til anbefalinger for brug af melatonin til børn og unge med søvnforstyrrelser, der ikke er omfattet af tidligere anbefalinger. De tidligere anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen omhandler brug af melatonin hos børn og unge med diagnosticeret ADHD og/eller autisme og denne gruppe er derfor ikke en del af nærværende NKA. Det angives i kommissoriet at NKA skal afklare de gavnlige og skadelige virkninger inklusiv eventuelle langtidsbivirkninger. Endelig giver kommissoriet arbejdsgruppen til opgave at definere og afgrænse populationer i forhold til fx alder og komorbiditet, samt til at opstille supplerende kriterier for brug af melatonin ved fx krav om afprøvning af ikke-farmakologiske behandlingstiltag. Endelig mulighed for at tage stilling til krav om hvilke interventioner effekten af melatonin skal sammenlignes med.

I arbejdsgruppens forslag til NKA er der udvalgt to fokuserede spørgsmål

1. Melatonin til børn og unge med søvnforstyrrelse uden kendt årsag
2. Melatonin til børn og unge med søvnforstyrrelse på grund af anden sygdom

Arbejdsgruppens forslag til NKA omhandler børn og unge i alderen 5-20 år. Børn og unge vil hvis andet ikke er angivet almindeligvis omfatte aldersgruppen 0 - 17 år (til det fyldte 18. år). Det fremgår ikke af NKA hvad baggrunden er for denne afgrænsning af aldersgruppen.

Med henblik på at NKA dækker hele gruppen som kommissoriet lægger op til bør overvejes at ændre dette.

Ved gennemgang af evidensen for den gavnlige effekt af melatonin til børn og unge med søvnforstyrrelse uden kendt årsag fremgår, at deltagernes alder i de inkluderede studier varierer fra 6 til 25 år. NKA kan eventuelt tilføjes, at melatonin ikke kan anbefales til børn (med søvnforstyrrelse uden kendt årsag) i alderen 0-4 år pga. manglende evidens. Ved gennemgang af evidensen for den gavnlige effekt af melatonin til børn og unge på grund af anden sygdom fremgår at deltagerne i de inkluderede studier varierer fra 1-26 år og der bør i anbefalingerne tages stilling til om melatonin i denne gruppe fx kan overvejes til børn fra det fyldte 2. år som det er tilfældet til børn med søvnforstyrrelse pga. autisme

I anbefalingen: "Melatonin til børn og unge på grund af anden sygdom" er det ikke specificeret nærmere hvilke andre sygdomme, der er relevante, hvilket fint afspejles i litteraturgennemgangen hvor der er tale om en bred vifte af sygdomme og tilstande der alle har en øget forekomst af søvnforstyrrelser. Denne beslutning understøttes således at den tilgængelige litteratur.

I NKA lægges op til at behandling med melatonin forbeholdes speciallæger i børne og ungdomspsykiatri og børnelæger med neuropsykiatrisk erfaring. Dette med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens: Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser. 2019. Det anbefales for at øge forståelsen, at der i stedet skrives at ordination af melatonin er forbeholdt speciallæger i børne og ungdomspsykiatri, neurologi eller pædiatri (evt. tilføjet med neuropædiatrisk erfaring) jvnf. ref 5 i kommissoriet (Agersted og Pagsberg).

Der er i forbindelse med udarbejdning af NKA lavet en omfattende litteratursøgning og jeg har ikke supplerende litteraturforslag der ville kunne bidrage yderligere til denne NKA og det vurderes samtidig at GRADE vurderingerne af tiltroen til evidensen i den benyttede litteratur er i overensstemmelse med metoden. Det vurderes ikke at der er behov for statistisk review. I rationale er det præcist og afvejet beskrevet hvordan sammenhængen mellem evidensgrundlaget og anbefalingerne giver anledning til anbefalingerne og vurderes derfor at være i overensstemmelse med metoden der er anvendt.

Overordnet er manuskriptet til NKA meget velskrevet, klart og umiddelbart brugbart og ikke mindst overskueligt i sin opbygning.

Cases beskriver på udmærket måde den tilgang som NKA lægger op til i sine anbefalinger bortset fra case nr. 2 hvor melatonin opstartes hos EL efter telefon kontakt til børne og ungdomspsykiater, det synes ikke at være i overensstemmelse med SST vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser eller nærværende NKA. Begge disse lægger snarere op til henvisning til speciallæge i børne og ungdomspsykiatri eller pædiatri i ikke akutte situationer.

I selve anbefalingerne bør præciseres hvad der lægges i at behandlingseffekt samt behandlingsplan skal revurderes hver 6. måned. Det er ikke klart om den fornyede søvnregistrering også skal foretages efter pausering (efter nedtrapning?) af melatonin eller det anbefales at revurdere effekten under pågående melatonin behandling.

Ved udarbejdning af kvikguide bør udover de direkte anbefalinger også indgå anvisning om hvem der bør forestå behandling af børn og unge med søvnforstyrrelser.

NKA beskriver hvordan implementeringen kunne sikres, dog kunne de praktiserende læger nævnes som en vigtig aktør særligt i gruppen af børn og unge med søvnforstyrrelser uden kendt årsag som jo typisk ville henvende sig hos EL.

I forhold til monitorering angives det i NKA, at der allerede er en registrering af brugen af søvnmedicin til børn og unge og det anbefales at denne registrering udvides dog skønner jeg ikke en vurdering af forbrugsmønster inkl. varighed og forekomst af pauser i behandlingen kan imødekommes ved en simpel registrering uden for stor usikkerhed, denne anbefaling kunne med fordel indgå i anbefalingerne omkring yderligere forskning. I NKA er der opstillet en række meget relevante forslag til vigtige forskningsområder indenfor emnet. Der nævnes bl.a. forslag om forskning om effekten af melatonin blandt børn med kendt øget forekomst af søvnforstyrrelser som fx cerebral parese og tourette syndrom, hvilket er relevant, men børn og unge med nedsat syn er en patientgruppe hvor der ikke foreligger RCT (<https://core.ac.uk/download/pdf/143903919.pdf>) og hvor det ville være meget relevant og kunne med fordel nævnes i forslag til videre forskning.

Alt i alt et relevant og meget kvalificeret forslag til ny national klinisk anbefaling.

//Charlotte Reinhardt Pedersen

København d. 15. august 2022