

Gäller för: Verksamhet Neurologi och psykiatri barn, Verksamhet Medicin barn

Giltig från: 2025-02-14

Innehållsansvar: Ivett Körhegyi, (iveko1), Överläkare

Giltig till: 2027-02-13

Granskad av: Ivett Körhegyi, (iveko1), Överläkare

Godkänd av: Marie Carlsson, (marca33), Verksamhetschef

# Epilepsi hos barn och ungdomar – Neurologimottagning barn

## Förändringar sedan föregående version

Ny version.

## Syfte

Hjälp till handläggning av patienter med nydebuterad epilepsi.

## Arbetsbeskrivning

### Bakgrund

Epilepsi är en av de vanligaste kroniska neurologiska sjukdomarna i Världen. I Sverige är prevalensen cirka 0,7 procent av befolkningen och det finns cirka 10.000 barn med epilepsi.

**Epileptiskt anfall** - är den kliniska manifestationen av ett utbrott av okontrollerad, repetitiv, synkron elektrisk aktivitet i nervceller i storbarkens bark.

**Oprovocerade epileptiska anfall** – epileptiskt anfall utan akuta anfallsprovocerande faktorer, t ex feber.

**Akutsymtomatiska/provocerade epileptiska anfall** – epilepsianfall pga akut systemisk eller strukturell påverkan på CNS (metabol, toxisk, strukturell, anoxisk, akut skalltrauma, infektiös eller inflammatorisk), Feberkramp är den vanligaste typen av akutsymtomatiskt epileptiskt anfall hos förskolebarn.

**Epilepsi** - definieras som 2 eller flera oprovocerade epileptiska anfall med minst 24 timmars mellanrum, oavsett anfallstyp. Diagnosen epilepsi kan dock ställas efter ett första anfall om risken för ytterligare anfall bedöms vara hög.

## Klassifikation

### **Epilepsi kan, enligt ILAE, klassificeras efter:**

- anfallstyp
- epilepsityp
- etiologi
- epilepsisyndrom

### **Anfallstyp**

#### **Anfall med generaliserad start**

Startar och sprids snabbt i hjärnans bilaterala nätverk vilket leder till att hela eller stora delar av hjärnbarken på båda sidor engageras.

De vanligaste anfällen med generaliserad start är:

- **Tonisk-kloniskt anfall**
- **Absens**
  - Typisk: frånvaro (< 30 sekunder) som provoceras av hyperventilation eller flimmerljus
  - Atypisk: längre episod med frånvaro som ej provoceras av hyperventilation eller flimmerljus
- **Myoklont anfall**
- **Atoniskt anfall**

OBS: Det är viktigt att särskilja absenser från fokala anfall med påverkat medvetande eftersom anfallstyperna har olika utredningsbehov, terapi och prognos. **Fokala anfall** skiljs från absensanfall bland annat genom att de vanligen är längre (oftast över 30 sekunder), har lägre anfallsfrekvens, nästan alltid andra anfallssymtom utöver påverkat medvetande, har en postiktal fas med gradvis återgång till normaltillståndet och ett annat EEG-mönster.

#### **Anfall med fokal start**

Startar i en grupp neuron i ena hemisfären. Beroende på vilken del av hjärnan som är engagerad förekommer olika anfallsyttringar men anfallsmönstret hos varje individ är som regel stereotyp.

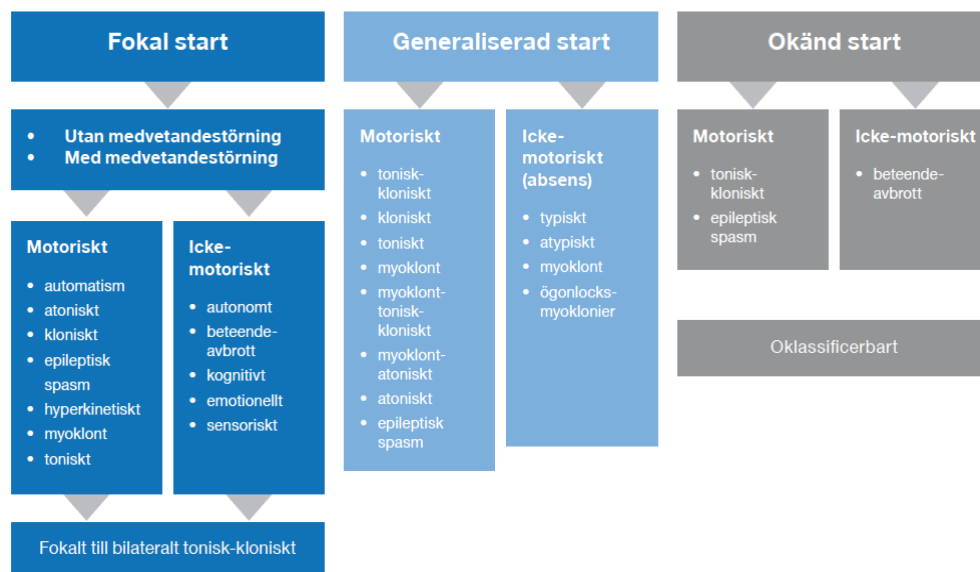
Anfall med fokal start kan sprida sig till den andra hemisfären och ger då upphov till ett *fokalt till bilateralt tonisk-kloniskt anfall* (fokalt anfall med sekundär generalisering).

Fokala anfall kan vara utan eller med medvetandepåverkan.

### Anfall med okänd start

Kan vara både fokalt utlösta, generaliserade eller oklart om fokala eller generaliserade anfall.

**Epileptiska/infantila spasmer** är sekundkorta toniska böjspasmer i midja, nacke och extremiteter, som kommer i kluster om 10–30, vanligen i samband med sömn och flera gånger per dygn. Dessa anfall är typiska vid Wests syndrom.



Figur 1. Klassifikation av epileptiska anfall (modifierat efter Fisher RS et al., Epilepsia 2017), läkemedelsverket.

## Epilepsityp

Generaliserad epilepsi

Fokal epilepsi

Kombinerad generaliserad och fokal epilepsi

Epilepsi av okänd typ

## Etiologi

Hos barn < 2 år med epilepsi hittar man en bakomliggande strukturell eller biokemisk orsak i 70-80 % av fallen. Små barn skall därför utan fördröjning remitteras till barnneurolog för ställningstagande till morfologisk, neurometabol och genetisk utredning.

De flesta fall av epilepsi hos barn äldre än två år är genetiska, åldersberoende och läker ut eller kan kontrolleras med en eller två mediciner. Cirka en tredjedel av patienter med epilepsi blir svårbehandlade, och det kan krävas en utredning både av bakomliggande orsak och av möjlig epilepsikirurgisk åtgärd.

De vanligaste orsakerna till epilepsi hos barn är

- Genetisk epilepsi eller epilepsisyndrom
- Missbildning och/eller skada under pre-, peri- och postnatalperioden
- Neurodegenerativ/neurometabol sjukdom
- Tidigare CNS-infektion, immunologisk sjukdom
- Tidigare traumatisk hjärnskada
- Primär hjärntumör i form av utvecklingstumör (DNET, gangliogliom). Malign hjärntumör är en ovanlig orsak.
- Kärlmissbildning (cavernom)

## Samsjuklighet

Andra symtom och tecken på cerebral funktionsstörning förekommer hos cirka var tredje person med epilepsi. Det är vanligt med intellektuell eller motorisk funktionsnedsättning, liksom cerebral pares, autism och ADHD. Depression och ångestsymtom är ofta underdiagnosticerade hos ungdomar med epilepsi.

## Epilepsisyndrom

Den internationella epilepsiorganisationen ILAE publicerade 2022 en ny klassifikation av epilepsisyndrom - "Methodology for classification and

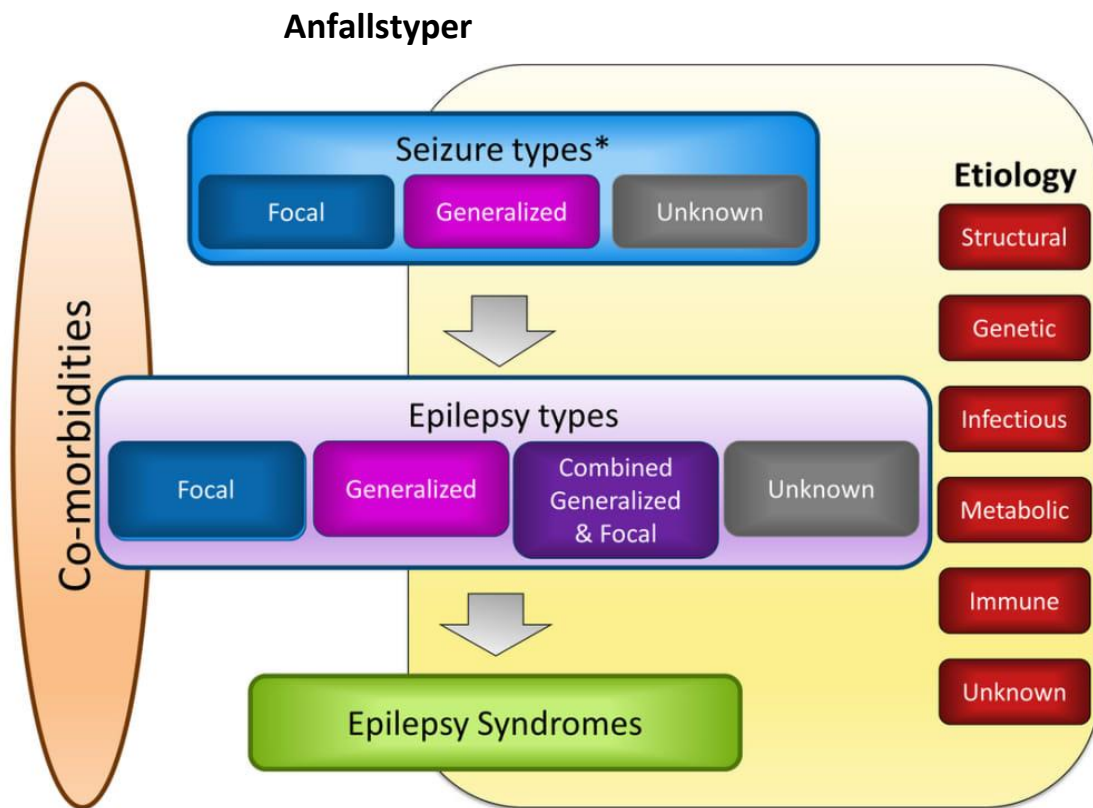
definition of epilepsy syndromes with list of syndromes: Report of the ILAE Task Force on Nosology and Definitions” Epilepsia, 2022.

Ett specifikt epilepsisyndrom definieras som en karakteristisk kombination av anfallstyper, EEG- fynd och debutålder. En del av syndrom kan ha specifik etiologi (till exempel genmutation) också. Uttrycket “benign” ersätts av “self-limited”.

Exempel på vanligaste epilepsisyndromen i olika åldrar:

<b>Epilepsisyndrom debut</b>	<b>Självavgränsande</b> (kan, om lättbehandlat handläggas i öppenvård)	<b>Svårbehandlade</b> (Utredning och initial handläggning inom barnneurologi)
<b>Neonatalt</b>	Self-limited (familial) neonatal epileps <i>(kallats tidigare: Benign familjär neonatal epilepsi (BFNE))</i>	Early-infantile developmental and epileptic encephalopathy (EIDEE)  <i>(kallats tidigare: Ohtaharas syndrom)</i>
<b>Tidig barndom</b>		IESS – Infantila epileptiska spasmer syndrom, Wests syndrom
<b>Barndom</b>	SeLECTs – Self-limited epileps with centrotemporal spikes <i>(kallats tidigare: Rolandisk epilepsi eller barnpilepsi med centrotemporala spikar BECTS (3-13 år))</i>  Absencepilepsi i barndomen (CAE) (4-12 år)	Lennox-Gastauts syndrom (LGS) (3-8 år)
<b>Barndom och Tonåren</b>	Juvenil absensepilepsi (JAE) (5-20 år)  Juvenil myoklon epilepsi (JME) ( 5år –till vuxen ålder)  Generaliserad epilepsi med enbart tonisk-kloniska anfall (från pubertet-vuxen ålder)	
<b>Varierande debut ålder</b>	Fokal epilepsi	

	Familjär fokalt epilepsi med varierande fokus	
<b>Med strukturella och metabola orsaker</b>		Malformations of cortical development (MCD)  Neurokutana syndrom (ex tuberös skleros, Sturge-Webers syndrom)



**Figur 2: Source: ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology", 2017**

## Utredning

### Förstagångsanfall

**Barn < 2 år:** kontakta barnneurologkonsult för ställningstagande till akut utredning – se PM för infantila spasmer/Wests syndrom för utredning.

**Barn > 2 år: Anamnes:** Anfallsbeskrivning av ögonvittne (anfallsstart, typ av anfall, medvetandepåverkan, anfallsduration, anfallsfrekvens), provocerande faktorer, tidigare sjukdomar (feberkramper?), psykomotorisk utveckling, ärftlighet (epilepsi/feberkramper/arytmi i familjen?)

## RED FLAGS

### (misstänkt akut symtomatiskt anfall)

#### Gör akut neuroradiologi (Om möjligt MR annars CT) vid:

- **Kvarstående fokalt neurologiskt bortfall** efter anfallet (Stroke?, Hjärntumör? ovanligt men allvarligt!)
- **Tecken till ökat intrakraniellt tryck** (huvudvärk, kräkningar, papillödem, spänd fontanell, progredierande medvetandestörning, konfusion, motorisk oro, sträckkramper)

#### Uteslut/behandla misstänkt CNS infektion vid:

- Anfall i samband med feber och allmänpåverkan, irritabilitet och/eller med meningeala symtom.

**Vid status epilepticus eller anfall med andra associerade symtom** uteslut även metabolstörning (som till exempel hypoglykemi eller hyponatremi) och intoxication.

## Synkope och anfall

Synkope med eller utan anfallsmisstänkta symtom utan prodromi: (patienten känner inte av att hen ska svimma):

- vid ansträngning eller stress - tänk kardiell sjukdom (arytmi, kardiomyopati)
- i vila eller sömn - uteslut arytm

## Status

Somatiskt status (inkl dysmorfa drag, café au lait fläckar), neurologiskt status (finns det fokalt neurologi?)

## Lab – Akuta prover

Elektrolyter, calcium, magnesium, b-glukos, infektionsprover. Andra prover beroende på associerade symtom.

Vid misstanke på CNS – infektion, immunologisk-, neurodegenerativ- eller neurometabol sjukdom görs en mer omfattande utredning i samråd med barnneurolog.

**EKG** – sinusrytm, QTc-tid, belastningstecken? OBS att ett normalt EKG inte utesluter långt QT-syndrom. Vid klinisk/anamnestisk misstanke om hjärtsjukdom diskussion med kardiolog.

**EEG** i vakenhet och sömn inom 2 veckor.

Obs: Epilepsi är en klinisk diagnos. EEG kan utgöra stöd för diagnosen men ett normalt EEG utesluter inte epilepsi. EEG fynd måste alltid korreleras till anfallsbeskrivningen.

Interiktal (mellan anfallen) aktivitet eller enstaka epileptiforma urladdningar förekommer hos 3-6 % av friska barn och ännu oftare hos barn med neuropsykiatriska och andra neurologiska funktionsnedsättningar utan samtidig epilepsi.

## Radiologi

Är inte rutin vid genetisk åldersberoende epilepsi.

MR hjärna görs vid nytillkomna neurologiska symtom, vid fokal neurologi i status, vid avvikande psykomotorisk utveckling, vid fokal lågfrekvent aktivitet på EEG och om det finns diskrepans mellan anfallsbeskrivningen och EEG.

Akut neuroradiologi (om möjligt MR undersökning, annars CT). Se RED FLAGS ovan.

## Differentialdiagnoser

- Benign sömnmyoklonus
- Non-REM-sömn parasomni
- Självtilfredsställande beteende
- Affektanfall
- Reflexanoxiskt anfall
- Benign paroxysmal torticollis
- Benign paroxysmal vertigo
- Migränanfall
- Familjär paroxysmal dystoni
- Kataplexi
- Synkope
- Långt QT-syndrom/ annan arytm
- Psykogena ej epileptiska anfall (PNES)

*([länk till internetmedicin](#) – för vidare information)*

## Behandling

Handläggning av förstagångs anfall hos barn > 2 år:

Endast hälften av de barn som haft ett provocerat epilepsianfall får ett till. Att invänta ytterligare ett anfall utan behandling försämrar inte prognosen för epilepsin. Efter det akuta omhändertagandet av ett förstagångsanfall rekommenderas därför generellt att profylaktisk läkemedelsbehandling och ytterligare utredning än den ovan beskrivna inte påbörjas.

Föräldrarna behöver noggrann information om hur de ska agera vid ett eventuellt nytt anfall. Recept på rektal/buckal/nasal bensodiazepin bör övervägas om anfallsbrytande behandling behövs ges i ambulansen eller på sjukhuset. Både **muntlig** och **skriftlig** instruktion bör lämnas om hur anfallsbrytande medicin praktiskt ges. Ofta fungerar det bra om en sjuksköterska demonstrerar och följer upp. Alla bör dessutom få en signerad egenvårdsplan (se [länk nedan](#)).

Information till familjen är den viktigaste åtgärden efter förstagångsanfall, t ex bör barnet inte bada ensamt. Remiss till barnläkare i öppenvård för snar uppföljning rekommenderas. Remiss till barnneurolog rekommenderas först efter att två epilepsimedikiner prövats i adekvat dos utan att man uppnått anfallsfrihet. Tidigare

remiss bör skickas vid:

- Samsjuklighet som komplicerar behandlingen
- Vid misstanke om strukturell lesion eller epilepsi av metabol orsak
- Om barnet är under två år
- Om barnets utveckling påverkas negativt

Se specifika PM vid följande tillstånd

- Handläggning av akut epilepsianfall/ **status epilepticus**

- Akut handläggning av **infantila spasmer**

- Handläggning av **feberkramper**

- Handläggning av **neonatala anfall**

Profylaktisk behandling av epilepsi

**Prover** före behandlingsstart: Na, K, Krea, Asat, Alat, blodstatus  
Antiepileptika väljs utifrån **anfallstyp**. Hänsyn behöver ibland tas till ålder, kön, epilepsisyndrom, annan behandling, biverkningar, samsjuklighet samt lever- och njurfunktion.

Varje anfallstyp bör noteras då vissa läkemedel kan hjälpa vid den ena anfallstypen men inte vid den andra.

Behandling prövas med lägsta effektiva dos. Målet är anfallsfrihet utan biverkningar.

Upptrappning av läkemedel ska vanligtvis vara långsam. (Ge skriftligt upptrappningsschema!). Täta anfall kan behöva snabbare takt vid insättning, vilket kan styra valet av läkemedel.

Effekt utvärderas på läkarbesök efter 3 månader. Eventuella icke akuta biverkningar utvärderas efter 4 veckor. Gärna via telefonuppföljning hos sjuksköterska. Använd anfallskalender för bäst dokumentation om anfallsfrekvens och anfallstyp. Se länk nedan.

För mer detaljerad information runt dos, upptrappning koncentrationsmätning samt åldersgränser var god se Fass.

## Beredningsformer

Använd om möjligt tabletter, kapslar eller granulat med retardfunktion eftersom serumkoncentrationen blir jämnare över dygnet och kan ge mildare dosberoende biverkningar.

Som andrahandsval används flytande beredning.

## Fokala anfall

### *Förstahandsval:*

oxkarbazepin  
karbamazepin\*  
lamotrigin  
levetiracetam

### *Andrahandsval:*

valproat\*\*  
topiramet

## Generaliserade anfall

## Typiska absenser

### *Förstahandsval:*

etoxusimid

### *Andrahandsval:*

valproat \*\*  
lamotrigin

## GTK och andra anfall

### *Förstahandsval:*

lamotrigin  
levetiracetam  
valproat\*\*

### *Andrahandsval:*

topiramet

## Myoklona anfall

*Förstahandsval:*

Valproat\*\*

Levetiracetam

\* risk för personer med sydöstasiatiskt ursprung med viss HLA-typ att drabbas av Steven-Johnsons syndrom

\*\* Bör undvikas till flickor och kvinnor i fertil ålder pga teratogenicitet samt hos barn med risk för allvarlig leverpåverkan (t.ex. misstänkt mitokondriell sjukdom)

## Rekommenderad behandling vid vissa specifika epilepsisyndrom

**Rolandisk epilepsi** - avvakta med behandling i den typiska situationen med få anfall. Vid frekventa anfall eller fokalt till bilateralt tonisk-kloniska anfall kan läkemedelsbehandling övervägas. I första hand rekommenderas att behandlingen startas med något av: oxkarbazepin, karbamazepin eller lamotrigin.

**CAE** – I första hand rekommenderas att behandlingen inleds med etosuximid. I andra hand rekommenderas valproat (obs ges inte till flickor i fertil ålder) och i tredje hand lamotrigin. Vid otillräcklig effekt av monoterapi kan etosuximid och valproat kombineras.

**JAE, JME, EMA, Generaliserad epilepsi med enbart tonisk-kloniska anfall** - till prepubertala flickor och pojkar rekommenderas i första hand valproat, som har god effekt mot samtliga anfallstyper, och i andra hand något av lamotrigin och levetiracetam.

På grund av teratogena risker är valproat kontraindicerat till flickor och kvinnor i fertil ålder. Därför rekommenderas i första hand lamotrigin eller levetiracetam till dessa. Vid kvarstående absenser rekommenderas tillägg av etosuximid.

Tabell 1: Antiepileptisk behandling hos barn. Gäller peroral behandling i monoterapi

Läkemedel	Startdos (mg/kg kroppsvikt/dygn)	Måldos (mg/kg kroppsvikt/dygn) <sup>a</sup>	Upptärpnings tid i veckor	Riktområde för serumkoncentration (mikromol/L)	Tid till jämvikt koncentration
Etosuximid	5-10	20 - 30	2	300 - 700	7-9 dagar
Fenobarbital	2-5	2-5		40 - 130	Ca 3 veckor
Karbamazepin	3-5	10-20	2	20-40	2-4 veckor
Lamotrigin	0,3	1-10	6	10-60	Ca 5 dagar
Levetiracetam	20	30-60	4	35-120	2 dagar
Oxkarbazepin	10	30	2	50-140	2-3 dagar
Topiramater	0,5-1	Ca 2	2	50-60	4-8 dagar
Valproat	15	15-30	2	300-700	3-4 dagar

a- observera åldersangivelser samt maxdos i FASS. Doserna i tabellen gäller monoterapi. Vid tillägsbehandling kontrollera interaktioner och specifik dosering i FASS [?](#)

De intervall för serumkoncentration som anges i tabell 1 utgör endast riktområden. Såväl anfallskontroll som biverkningar kan finnas både under och över dessa riktområden.

## Uppföljning under behandling

### Läkemedelskoncentrationer

Koncentrationsmätning av antiepileptika rekommenderas inte rutinmässigt men kan vara av värde vid såväl bristande effekt som biverkningar och misstanke om bristande följsamhet.

Obs: Vid läkemedel med icke-linjär kinetik, särskilt fenytoin bör konc kontrolleras regelbundet.

Provet tas som dalvärde, det vill säga strax före ny dos, efter uppnådd jämviktskoncentration.

Oftast är det inte motiverat att höja dosen bara för att barnet växer. Om det har varit svårt att uppnå anfallsfrihet, kan det dock i vissa fall vara motiverat.

### EEG

För att utvärdera behandlingseffekt har EEG inte något värde utom vid vissa epilepsisyndrom. Vid absensepilepsi är målet att den karakteristiska 3 Hz spike-and-slow-wave-aktiviteten ska försvinna (vilken utgör ett hinder för körkortstillstånd,

bland annat). Även vid behandling av infantila spasmer syftar behandling till klinisk spasmfrihet och fullständig regress av hypsarytmi bilden.

## Biverkningar

**Allmänna biverkningar** – oftast dos beroende: yrsel, trötthet, ataxi, dimsyn, dubbelseende, huvudvärk, kräkningar, humörförändringar, beteendeförändringar.

## Läkemedelsspecifika biverkningar

Antiepileptiska	Biverkningar
Karbamazepin/oxkarbazepin	Allergisk hudreaktion, neutropeni, hyponatremi, ataxi, leverpåverkan
Valproat	Viktuppgång, hårfall, leverpåverkan, hormonella biverkningar och teratogena effekter.
Lamotrigin	Allergisk hudreaktion
Etosuximid	Illamående och magont
Topiramamat	Trötthet, viktnedgång, ordmobiliseringsproblem
Levetiracetam	Trötthet, humörpåverkan, beteendepåverkan, depression (hos tonåringar)
Vigabatrin	Trötthet, irreversibel synfältspåverkan

De flesta biverkningar är **dosberoende** och oftast övergående och kan minimeras genom långsam insättning av läkemedel, användning av depåberedningar och dosreduktion vid behov.

**Idiosynkratiska biverkningar** är inte dosberoende och är oförutsägbara men riskfaktorer finns (hereditet, tidigare överkänslighet, HLA typ B\* 1502). De är ovanliga men kan vara livshotande. Exempel är hudreaktioner, påverkan på benmärg, lever, pankreas.

## Avslutande av behandling

Efter två års anfallsfrihet kan man överväga successiv utsättning av medicinen under 2-6 månader. Särskild risk för anfallsrecidiv föreligger vid vissa syndrom såsom juvenil absensepilepsi och juvenil myoklon epilepsi samt vid fokal epilepsi med

strukturella förändringar och avvikande EEG-fynd. Vid tilläggsymtom som intellektuell funktionsnedsättning, ADHD och autism som kan tala för en mera omfattande hjärnpåverkan är epilepsi oftare svårare att behandla och har större benägenhet att kvarstå i många år eller livslångt jämfört med enbart epilepsi.

## Körkort

- Kravet för körkort för moped klass 1, motorcykel eller personbil vid diagnosen epilepsi är minst 1 års anfallsfrihet, med eller utan läkemedelsbehandling.
- För körkortstillstånd krävs läkarintyg, utfärdat av specialist i neurologi eller annan specialistkompetent läkare med god kännedom om patientens sjukdom.
- EEG får inte visa regelbunden 3 Hz spike-and-wave-aktivitet, med eller utan läkemedelsbehandling.

## Epilepsiregister

Alla patienter (förutsatt medgivande) ska registreras i svenska barnepilepsiregistret (BEPO) för att förbättra kunskap och kvalitén inom barnepilepsivården. Ge skriftlig information och få muntlig godkännande [länk](#)

## Epilepsisjuksköterskans roll vid epilepsi

Sjuksköterskan har en viktig roll i omvårdnad och stöd av patienter med epilepsi.

Första besöket erbjuds med fördel ca 4 – 6 veckor efter epilepsidiagnos och sedan regelbunden kontakt oftast via telefon med intervall beroende av anfallssituationen och övriga behov.

1 – Information om epilepsi - följ upp vad patienten har fått för information efter läkarbesöket och vilka frågor de har.

2 – Information om risker och rekommendationer i vardagen (tex att barnet inte får bada själv, rekommendation att ha hjälm vid cykling och cykla på mindre trafikerade vägar. Information om alkohol, preventivmedel, regler vid moped och bilkörning).

3 – Läkemedelsbehandling - fånga upp eventuella biverkningar och informera om rutiner vid glömd medicin och magsjuka.

4 – Information om akut omhändertagande vid anfall inkl demonstration om hur anfallsbrytande läkemedel ska ges.

Fyll i egenvårdsplan [länk](#)

5 – Psykosocialt stöd - Samtalsstöd av sjuksköterska, kurator eller psykolog kan vara till stor hjälp. Träffar mellan patienter med samma diagnos. Föräldragrupper eller syskongrupper.

6 – Information/utbildning till förskola, skola eller gruppboende.

Anfallskalender - [länk](#)

## Informationsmaterial till föräldrarna och barn

- Epilepsiwebben: [www.epilepsiwebben.se](http://www.epilepsiwebben.se)
- Svenska Epilepsiförbundet, [www.epilepsi.se](http://www.epilepsi.se) , samt lokala patientföreningar
- Barn med epilepsi. Till föräldrar. (beställs på [info@upnorthmedical.com](mailto:info@upnorthmedical.com))
- Vi har också epilepsi. Till barn i låg- mellanstadieålder. (Beställs på Actavis hemsida)
- Fakta om epilepsi. Till ungdomar och vuxna. (Beställs på Actavis hemsida)
- Bra att veta om epilepsi. Till ungdomar och vuxna. (beställs på [info.ucbnordic@ucb.com](mailto:info.ucbnordic@ucb.com))
- Epilepsiboken, Svenska Epilepsiförbundet

- Buccolam-information. (Beställs från [medinfoeuceemea@shire.com](mailto:medinfoeuceemea@shire.com))
- Information och bilder om hur man ger Diazepam finns i Fass.se

## Referenser

- 1.Epilepsi, barn internetmedicin [länk](#)
2. Läkemedelsbehandling av epilepsi - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2019;30(3):1-17. [länk](#)
- 3.International league against epilepsy (ILAE) [länk](#)
- 4.Svenska Epilepsisällskapets Handläggningsstöd vid epilepsi hos barn och ungdomar [länk](#)
- 5.Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort mm. som PDF (se framför allt 8 kap.) [länk](#)
- 6.Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi, socialstyrelsen [länk](#)
- 7.Diagnos och behandling av epilepsi, SBU [länk](#)
- 8.The Epilepsy Prescriber's Guide to Antiepileptic drugs, P. N. Patsalos, E.K.ST. Louis, Cambridge
- 9.Lars F, Hélele S, Olafur S, Epilepsins orsaker, förekomst och prognos, Läkartidningen, 2018; 115: E6FD
- 10.Seizures and epilepsy in children: Classification, etiology, and clinical features. Author: Angus Wilfong, MD, UptoDate, november 2020
- 11.Seizures and epilepsy in children: Clinical and laboratory diagnosis Author: Angus Wilfong, MD, UptoDate, november 2020
- 12.Seizures and epilepsy in children: Initial treatment and monitoring Author: Angus Wilfong, MD, UptoDate, november 2020

## Ansvar

Gäller för personal inom Neurologimottagningen på Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1, SU. Ansvar för spridning och implementering har verksamhetschefen som även ansvarar för att rutinen följer gällande författningar och lagar.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamheten följer upp att rutinen följs. Medvetet avsteg från rutinen

dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

### Granskare/arbetsgrupp

Ivett Körhegyi, överläkare, Neurologmottagning barn, Drottning Silvias barnsjukhus

David Björnheden, Sektionschef Barnneurologen, överläkare, Neurologmottagning barn, Drottning Silvias barnsjukhus

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Neurologi och psykiatri barn,  
Verksamhet Medicin barn

**Innehållsansvar:** Ivett Körhegyi, (iveko1), Överläkare

**Granskad av:** Ivett Körhegyi, (iveko1), Överläkare

**Godkänd av:** Marie Carlsson, (marca33), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9774-1570060579-314

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2025-02-14

**Giltig till:** 2027-02-13