

Effekt  
Bivirkninger × pris = Rationel Farmakoterapi

## Vedligeholdelsesbehandling af børn og voksne med ADHD

Af Anne Kjems Philipsen\* og Anne Mønsted\*

Diagnosen *attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD, stilles ved relevant speciallæge i psykiatri. Når ADHD-behandlingen er iværksat og fungerer stabilt, kan den praktiserende læge efter forudgående aftale overtage den videre kontrol og vedligeholdelsesbehandling af voksne og børn over 6 år med ADHD. Der skal foreligge en klar behandlingsplan fra psykiater/børne-ungdomspsykiater, hvis patienten afsluttes til vedligeholdelsesbehandling i almen praksis.

Denne artikel indeholder en introduktion til ADHD og en beskrivelse af, hvorledes opfølgning af ADHD-behandling kan gribes an, samt information om den farmakologiske behandling og medicinjustering for voksne.

### Introduktion

ADHD er et klinisk syndrom med kerne-symptomerne opmærksomhedsvanskeligheder og eventuelt hyperaktivitet og impulsivitet. Hyperaktivitet er mest udtalt i barnealderen og afløses i voksenalderen ofte af indre uro og rastløshed. Mennesker med undertypen ADD er ikke hyperaktive og bliver let overset. Dette på trods af at de har lignende vanskeligheder med planlægning, organisering, humørsvingninger og koncentration som

personer med ADHD. Det kliniske billede ved ADD er ofte præget af udtalt træthed, gentagne tilfælde af udbrændthed og problemer med at komme i gang med almindelige opgaver. Artiklen omhandler både ADHD og ADD, herefter beskrevet fælles som ADHD.

Mennesker med ADHD bliver let distraherede, har nedsat evne til at planlægge og organisere og lider af humørsvingninger og temperamentsudbrud. De opsøger ofte spænding og risici for bedre at kunne koncentrere sig og er impulsive og rastløse. ADHD resulterer i nedsat funktionsniveau i skolen, på arbejdspladsen og i sociale sammenhænge. At møde til tiden hos den praktiserende læge er ofte en udfordring. Mennesker med ADHD er ikke utilpassede med vilje, men ofte forpinte af deres situation. Derudover har mennesker med ADHD næsten altid en eller flere komorbide lidelser, såsom angst, depression, misbrug, søvnforstyrrelse, bipolar sygdom eller personlighedsforstyrrelse.

### Opfølgning og vedligeholdelsesbehandling af ADHD

Den praktiserende læge kan overtage den videre kontrol og vedligeholdelsesbehandling af voksne og børn over 6 år. Dette skal ske efter en konkret aftale,

hvor speciallægen har opstillet en plan for behandlingen. Den praktiserende læge bør have mulighed for sparring med speciallæge.

- Det anbefales, at patienten ses til kontrol ca. hvert halve år.
- Patienten/dennes forældre kan før opfølgingskonsultation udfylde vedlagte skema (tabel 1). Skemaet er tænkt som en tidsbesparende hjælp for den praktiserende læge til vurdering af, om patienten fungerer stabilt og er velmediceret. Krydser i »Ja« indikerer problemer, der kan skyldes patientens ADHD, og som kan danne udgangspunkt for en mere fokuseret udspørgen under konsultationen. Spørgsmålene er baseret på, hvad erfarne klinikere har berettet, at de følger op på.
- Ved konsultationen kan skemaet gennemgås med patienten. Det vurderes, om identificerede problemer kan løses af patienten selv gennem praktiske ændringer, om der er behov for tværfagligt samarbejde med for eksempel kommune/skole, for medicinjustering og/eller om psykiater/børne-ungdomspsykiater bør involveres.
- Ved hver opfølgning måles blodtryk, puls og vægt. Hos børn måles også

\* Psykiatrien Region Sjælland

**Tabel 1.** Patientskema til vedligeholdelses-behandling af ADHD\*.

	Ja	Nej
Har du problemer med hyperaktivitet? (For eksempel rastløshed, alt for mange tanker, svært ved at sidde stille, piller ved ting eller er overdreven fysisk aktiv)		
Har du problemer med impulsivitet? (for eksempel at du handler, før du tænker, svarer, før du tænker, bruger for mange penge eller er utålmodig)		
Har du problemer med at koncentrere dig? (for eksempel let bliver distraheret, ikke får færdiggjort ting, er glemsom eller kaotisk)		
Er der problemer i dagtiden? (for eksempel i børnehaven, i skolen, på arbejdet)		
Er der problemer i forhold til venner og kammerater?		
Er der problemer i fritiden?		
Er der problemer i familien?		
Er der sket nogle ændringer i dit liv på det seneste, som påvirker dig?		
Er du i en stresset periode?		
Er du trist for tiden?		
Har du humørsvingninger i løbet af dagen?		
Er der tidspunkter i løbet af døgnets vågne timer, hvor du oplever særlige udfordringer?		
Spiser du mere eller mindre end normalt?		
Har du søvnproblemer?		
Glemmer du at tage medicinen?		
Er du generet af bivirkninger til medicinen?		
Finder du støtte i brug af anden medicin, alkohol, hash eller stoffer for tiden?		
Er der noget særligt, du har brug for lægens hjælp til?		
<b>Særligt for børn</b>		
Er barnet mere irriteret end vanligt?		
Er barnet mere vredladent end vanligt?		
Er der problemer med væksten?		
Er der problemer med trivslen?		
Er barnet blevet mindre glad?		

\* Skemaet kan downloades på [www.irf.dk](http://www.irf.dk).

højde. Værdierne bør ligge inden for de normale referencer. Vedvarende forhøjede værdier for hvilepuls og systolisk blodtryk, større afvigelse i forhold til patientens vanlige niveau, arytmier samt angina pectoris bør for voksnes vedkommende - afhængigt

af alvorlighedsgrad - føre til overvejelse om konferering med kardiolog og medicinedjustering. Børn henvises til børne-ungdomspsykiater eller pædiater. Ved lav vægt hos voksne kan påmindelse om at spise, selvom de ikke føler sult, ud fra klinisk erfa-

ring ofte være tilstrækkeligt til, at patienten genvinder en acceptabel vægt. Ved for lav vægt og for lav højde hos børn henvises til børne-ungdomspsykiater eller pædiater.

- Ved hver opfølgning kan næste kontrol med fordel planlægges, og det er ofte en god ide at hjælpe patienten til at få skrevet tiden ind i sin kalender. Inddrag eventuelt pårørende.
- Efter aftale kan patienten påmindes om næste aftale ved sms, e-mail eller brev.
- I journalen kan angives, hvordan receptfornyelse bør foregå indtil næste konsultation.

#### **Inddragelse af psykiater/ børne-ungdomspsykiater**

Behandlingen bør varetages af psykiater/børne-ungdomspsykiater, hvis patienten har et komplekst sygdomsbillede - fx hvis patienten samtidig lider af en svært behandlelig depression, massivt misbrug eller på anden måde er meget uligevægtig. Det samme gør sig gældende, hvis patientens blodtryk, puls, vægt eller højde påvirkes ukontrollabelt, altså uden for de normale referencerammer.

#### **Medicinjustering hos voksne**

Kun efter nøje overvejelse bør der holdes pause med medicinen, da pauser øger risikoen for recidiv. Medicinpauser kan anvendes til at vurdere, om der fortsat er behov for medicinsk behandling. Ofte har patienten allerede holdt små ufrivillige pauser i forbindelse med forglemmelse af medicinen og kender dermed svaret.

Hvis patienten kun har lettere forværring af ADHD-symptomerne, kan det ud fra klinisk erfaring være tilstrækkeligt kortvarigt at se an. Eventuelt med fokus på en periode med stabil søvn og reduktion af stressfaktorer i patientens liv. I tilfælde, hvor ovennævnte ikke har haft effekt, eller tilstanden er af mere alvorlig karakter, kan det være nødvendigt at øge dosis af medicinen, eventuelt kun for en kortere periode. Se tabel 2 for en oversigt over medicin.

Øgning af centralstimulantia hos børn bør foregå hos speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Øgning af medicin kan hos voksne gøres på følgende vis:

- **Methylphenidat** (Ritalin m.fl.): Der kan øges med 5 eller 10 mg methylphenidat per døgn, dog inden for maksimal anbefalet døgndosis, som er 150 mg per døgn for voksne (enten som korttidsvirkende eller langtidsvirkende lægemiddelform). Dosis skal øges på det tidspunkt af døgnet, hvor patienten især har problemer. Vær opmærksom på, at medicinering sen eftermiddag og aften kan forstyrre nattesøvnen. Når de ydre stressfaktorer er under kontrol, bør det overvejes, om døgndosis kan sættes ned igen. En kortvarig samlet øgning af døgndosis på op til 20 mg methylphenidat for voksne skaber ud fra klinisk erfaring sjældent problemer. De fleste voksne patienter kan ud fra klinisk erfaring være velbehandlede med mellem 60 og 100 mg methylphenidat dagligt.
- **Atomoxetin** (Strattera): Der kan øges med 10 mg atomoxetin per døgn hos voksne, dog inden for maksimal anbefalet døgndosis, som er 100 mg for voksne. Ved øgning af dosis oplever nogle patienter irritabilitet og agitation, men en kortvarig samlet øgning af døgndosis på op til 10 mg atomoxetin skaber sjældent problemer. Når de ydre stressfaktorer er under kontrol, bør det overvejes, om døgndosis kan sættes ned igen. De fleste voksne kan være velbehandlede med mellem 60 og 100 mg atomoxetin dagligt.
- **Lisdexamfetamin** (Aduvanz): Der kan øges med 20 mg per døgn, dog inden for maksimal anbefalet døgndosis, som er 70 mg for voksne. Når de ydre stressfaktorer er under kontrol, bør det overvejes, om døgndosis kan sættes ned igen.

#### **Virkningsvarighed og tilskud**

Der er forskel på virkningsvarighed og halveringstid af de forskellige ADHD-lægemidler (se tabel 2). For hurtigtvir-

kende methylphenidat gælder, at virkningsvarigheden er kort, og at plasma-koncentrationen stiger hurtigt, hvorfor misbrugspotentialet af disse kan være højere end af ADHD-lægemidler i depotformulering.

For de centralstimulerende lægemidler gælder, at de hører under lovgivningen om afhængighedsskabende lægemidler. For alle lægemidlerne gælder, at der skal ansøges om enkelttilskud. Kriterierne for at opnå enkelttilskud er forskellige for de enkelte lægemidler, men generelt gælder, at patienten skal have ADHD, at diagnosen er stillet af en speciallæge i relevant speciale, og at der er effekt af behandlingen. For atomoxetin gælder endvidere, at patienten ikke kan behandles med methylphenidat.

#### **Bivirkninger**

De fleste bivirkninger til ADHD-medicinen forekommer oftest kun i starten af behandlingen. Bivirkningerne er stort set de samme for alle ADHD-præparaterne, nemlig nedsat appetit, indsovningsbesvær, hovedpine, mavesmerter, mundtørhed og svimmelhed. Navnlig kan nedsat appetit dog persistere.

Bivirkninger i form af en let stimulerende effekt på det kardiovaskulære system er oftest vedvarende, men sjældent til gene for patienten. Pulsen øges i gennemsnit med 4-7 slag per minut. Det systoliske blodtryk øges i gennemsnit med 5 mmHg.

Mindre hyppigt ses bivirkninger i form af ængstelighed og irritabilitet, og sjældent ses tristhed og tab af spontanitet. Fraset atomoxetin kan lægemidlerne forværre tics og nedsætte krampe-sklen. På det tidspunkt, hvor den praktiserende læge overtager behandlingen, vil de fleste bivirkninger være overstået.

*Rebound* er et bivirkningsfænomen, som indtræder, lige når effekten af de centralstimulerende midler (methylphenidat, lisdexamfetamin og dexamfetamin) ophører. Der opstår en forbigående periode (fra et kvarter til en time) med en forværring af ADHD-symptomerne i form af uro, irritabilitet og uopmærksomhed. Det er derfor af

stor betydning, at de forskellige doser af methylphenidat overlapper hinanden, så *rebound*-fænomen undgås. Hvis en patient kun får korttidsvirkende tabletter og konsekvent tager dem lidt for sent, kan de svinge mellem at være behandlede og have *rebound*-fænomen mange gange på en dag, og dermed være mere ude af balance end uden behandling (*rollercoaster* effekt).

#### **Misbrugspotentiale**

Centralstimulerende midler kan anvendes til misbrug. Atomoxetin har ikke misbrugspotentiale.

Behandlingen af ADHD-patienter med centralstimulerende medicin reducerer generelt risikoen for misbrug. Tegn på misbrug af methylphenidat hos patienter kan være, at patienten ikke bedres som forventet, ikke møder til aftaler og anmoder om receptfornyelse hyppigere end forventet.

#### **Søvn**

80 % af mennesker med ADHD/ADD har ofte besvær med at sove, enten i form af problemer med at falde i søvn eller i form af opvågninger i løbet af natten. De er ofte »late sleepers« (*Delayed Sleep Phase Syndrome*, DSPS), som er associeret med forsinket opstart af melatoninproduktionen. Dårlig søvn forværrer ADHD-symptomer, og det er derfor vigtigt at sikre en god nattesøvn. Søvnproblemerne har ofte kronisk karakter, så benzodiazepiner er ikke hensigtsmæssige på grund af tilvænning og afhængighed. Vær opmærksom på, at centralstimulerende medicin givet sen eftermiddag eller aften kan forhindre søvn.

Almindelig søvnhygge er et vigtigt første skridt, men ofte ikke tilstrækkeligt til at sikre nok søvn ved ADHD. Hos voksne kan magistrelt ordineret melatonin 3-6 mg overvejes ½-1 time, før søvn ønskes. Tid fra indtagelse til virkning er individuel, så patienten må prøve sig frem. Virkningen ses ikke nødvendigvis første dag, og behandlingen bør derfor fortsætte hver aften på samme tidspunkt i op til et par uger med henblik på vurdering af behandlingseffekt.

**Tablet 2.** Medicinoversigt til behandling af ADHD/ADD.

	Doseringer ved vedligeholdelsesbehandling	Gængs niveau ved vedligeholdelsesbehandling (voksne)	Maksimal anbefalet døgndosis
<b>Centralstimulerende</b>			
<b>Methylphenidat</b>			
<i>Korttidsvirkende</i> (3-4 timer)	Iht. produktresumé	Voksne: 60-100 mg/dag	Voksne: 150 mg/dag
Medikinet (5, 10 og 20 mg)	2-3×dagligt, i praksis nogle		Børn:
Motiron (5, 10 og 20 mg)	gange 3-5×dagligt		2,1 mg/kg/dag, dog
Ritalin (10 mg)			maks. 90 mg/døgn
<i>Intermediært virkende</i> (5-8 timer)	1 (-2)×dagligt		
Ritalin Uno (10, 20, 30 og 40 mg)			
Medikinet CR (5, 10, 20, 30, 40, 50 og 60 mg)			
Equasym Depot (10, 20 og 30 mg)			
<i>Langtidsvirkende</i> (8-12 timer)	1 (-2)×dagligt		
Concerta (18, 36 og 54 mg)			
Methylphenidate (18, 36 og 54 mg)			
<b>Dexamfetamin</b>			
<i>Korttidsvirkende</i> (3-5 timer)	2-4×dagligt		Børn: 40 mg/dag
Attentin (5 mg) (ikke godkendt til voksne)			
<b>Lisdexamfetamin</b>			
<i>Langtidsvirkende</i> (8-14+ timer)	1×dagligt	Voksne: 50-70 mg/dag	Voksne og børn: 70 mg/dag
Elvanse (20, 30, 40, 50, 60 og 70 mg) til børn			
Aduvanz (30, 50 og 70 mg) til voksne			
<b>Ikke centralstimulerende</b>			
<b>Atomoxetin</b>			
<i>Døgndækkende (dosis kan deles i to)</i>	1-2×dagligt	Voksne: 60-80 mg/dag	Voksne: 100 mg/dag
Strattera (10, 18, 25, 40, 60, 80 og 100 mg)			Børn: 1,8 mg/kg/dag, dog maks. 100 mg/døgn

Lys gennem øjet forringer produktion og effekt af melatonin. Lys påvirker også melatonin i tabletter, så de bør opbevares mørkt for at bevare deres effekt. Som del af god søvnhygge bør patienten undgå stærk lyseksponering, inklusive brug af skærme, efter tabletindtagelse. Melatonin er korttidsvirkende (2-3 timer) og hjælper til indsovning i løbet af 30-60 minutter. Udover magistrelt fremstillet melatonin findes Circadin, som er en depotformulering af melatonin og forebygger opvågninger i løbet af natten.

Hos børn er initiering af behandling med melatonin forbeholdt børne-ungdomspsykiatere.

### Kørekort

Undersøgelser viser, at mennesker med ADHD er bedre bilister, når de er i medicinsk behandling. Patienter i behandling med ADHD-medicin kan godt få kørekort. Almindelig forsigtighed bør udvises ved start af ny medicin. Ved udfærdigelse af lægeattest til kørekort skal ADHD-medicineringen anføres.

### Udlandsrejse og pillepas

Ved udlandsrejser inden for Schengenlandene skal der medbringes pillepas (Schengen-attest) sammen med den centralstimulerende medicin. Pillepasset udstedes gratis af apoteket og er gældende i 30 dage.

Der gælder andre regler for med-

bringelse af centralstimulerende medicin til lande uden for Schengen-området. Reglerne kan variere fra land til land, og patienten bør derfor henvende sig til ambassaden for det land, der rejses til, for at høre, hvilke regler der er gældende.

### Korrespondance

Anne Kjems Philipsen, akph@regionsjaelland.dk.

### Litteraturreferencer og habilitet

Se artiklen med alle referencer samt forfatterens habilitetserklæringer på [www.irf.dk](http://www.irf.dk).