

## Vejledende retningslinjer for opfølgning hos egen læge – vedr.

### Børn (fra 6 år) og unge i medikamentel behandling for ADHD/ADD

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA) - Region Midtjylland, iværksættes medikamentel behandling hos en andel af de børn og unge som får stillet en opmærksomhedsforstyrrelses diagnose.

Opmærksomhedsforstyrrelse (med eller uden hyperaktivitet) – i daglig tale ofte omtalt som ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) eller ADD (attention deficit disorder) - er en af de hyppigst forekomne diagnoser inden for børne- og ungdomspsykiatrien med en prævalens på 3-5 % blandt skolebørn, heraf flest drenge.

ADHD/ADD er et klinisk syndrom baseret på adfærds karakteristika, med kernesymptomerne opmærksomhedsvanskeligheder, impulsivitet og evt. hyperaktivitet. Medicinen virker på kernesymptomerne, hvorved barnet/den unge bliver bedre til at koncentrere sig og indgå i indlæring og skolearbejde, får bedre social funktion og relation til kammerater samt reducerer aggressivitet og konflikter.

ADHD-behandling er individualiseret og indgår som et enkeltelement i en bredere behandlingsindsats med specialpædagogiske tiltag, adfærdsorienteret behandling, støtteforanstaltninger samt psykoedukation. Hovedparten af disse tiltag iværksættes forud for eller sideløbende med medikamentel behandling og sker i samarbejde med PPR/skole/socialforvaltning og forældrene.

Iværksættelse af medikamentel behandling af børn/unge (op til 18 år) må ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning fra 11.4.2013 kun iværksættes af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

Er barnet under 6 år skal dette ske på en højt specialiseret afdeling.

Når barnet er i stabil medikamentel behandling kan der indgås aftale med den praktiserende læge om opfølgning – vedligeholdelsesbehandling – efter shared care model. Dette er især hensigtsmæssigt ved ukomplicerede forløb med god effekt af medicin og anden behandlingsintervention.

### Opfølgning af behandling hos egen læge

Der anbefales rutinemæssig opfølgning 2 x årligt. Her vurderes følgende parametre:

- Om barnet/den unge trives i skole/familie/fritid
- Om der er tilfredsstillende behandlingseffekt, evt. suppleret via spørge-

- skemaet ADHD-RS, *eller evt. behov for dosisændring.*
- Om der er bivirkninger med særligt fokus på kardielle symptomer (åndenød, hjertebanken, svimmelhed, bryst smerter, besvimelse) men også appetit og tics.
  - Om der er mistanke om misbrug hos barnet/den unge eller i familien
  - Om højde/vægt, puls og blodtryk ligger inden for normalværdier og barnet følger sin vækstkurve
  - Om der er behov for fortsat medikamentel behandling
  - Om der er behov for at holde pause med den medikamentelle behandling

### Medicinpauser

Det anbefales at egen læge ved hver konsultation tager stilling til pausering og om der er indikation for fortsat behandling.

Der pauseres ved tvivl om effekt, intolerable bivirkninger eller ønske om pause. Varighed af medicinpause bør være minimum 1 måned med mulighed for vurdering fra flere informanter (institution, skole, forældre), effekt og bivirkninger vurderes ved start og under pause. Ved pause kan behandling stoppes brat eller udtrappes over ca. 1 uge hvis der er behandlet med høje doser over lang tid.

Pause kan undlades hvis der er markant god effekt på ADHD/ADD kernesymptomer og/eller det vurderes at en pause vil få alvorlige negative konsekvenser for barnets faglige og/eller sociale udvikling eller at en pause i væsentlig grad vil forringe compliance ved fremadrettet behandling.

### Behandlingsvarighed

Behovet for medikamentel behandling skal løbende vurderes, jf. ovenstående, evt. dokumenteres vha. medicinpause. Hos en del af børnene modnes hjernen således at medicinen kan seponeres i løbet af adolescensen, en del unge fortsætter dog behandlingen ind i voksenalderen

### Misbrug

Hash og alkohol er som udgangspunkt kontraindiceret under behandling med CS. Hos unge kan en pragmatisk tilgang til alkohol være nødvendig og samlet set sikre bedst mulig compliance. Der anbefales mådehold og hvis den unge skal indtage alkohol om aftenen kan sen eftermiddagsdosis evt. udelades. Misbrug af andet end hash og alkohol er absolutte kontraindikationer for behandling med CS.

### Kørekort

Der skal udvises påpasselighed ved kørsel under anvendelse af CS-medicin. Hverken ADHD/ADD eller CS-behandling er en hindring for erhvervelse af kørekort, men oplysninger om ADHD/ADD diagnose og evt. medicinsk behandling skal påføres motorattesten fra egen læge. Undersøgelser viser at unge med ADHD som er i medicinsk behandling er bedre bilister.

### Udlandsrejser

Ved udlandsrejser inden for Schengen-landene kan man bruge et pillepas som gælder i 30 dage og som fås gratis på apoteket. Uden for Schengen-lande skal bruges toderklæring.

### **Ved spørgsmål om den medicinske behandling**

**Ved behov for sparring kan overlægen i ADHD-klinikken, Team 2 - AUH kontaktes på**

- **telefon 7847 3746 eller via**
- **korrespondancebrev til lokationsnummer: 5790002400483.**

## Medikamenter

Ved medikamentel behandling af børn med opmærksomhedsforstyrrelser kan anvendes centralstimulerende midler (CS) eller atomoxetin.

### 1. Centralstimulerende medicin:

CS-medicin indeholder det virksomme stof methylphenidat/dexamfetamin og ordineres som korttidsvirkende (Ritalin, Motiron, Medikinet, og Attentin) eller depot (Ritalin Uno, Equasym depot, Medikinet CR, Concerta og Elvanse). Alle præparater er kopi-pligtige og omfattet af bekendtgørelse om recepter, udleveringsgruppe A§4.

Stofferne virker stimulerende på CNS. Methylphenidat hæmmer genoptagelse af dopamin mens dexamfetamin øger præsynaptisk udskillelse af dopamin – begge dele fører til øgning af dopamin i synapsespalterne.

#### Hurtigtvirkende præparater

- Ritalin (10 mg), Medikinet (5, 10 og 20 mg) og Motiron (10 mg)  
Medicinen virker 15-45 minutter efter tabletindtagelse og virkningen varer 3-3 ½ time. Der gives typisk 2-3(4) doser dagligt med 3-3 ½ times mellemrum.
- Attentin (5 mg)  
Virkningstid 3-4 timer, doseres 2-3(4) x dgl.

#### Depotpræparater

- Kapsel Ritalin Uno  
Findes i styrkerne 10, 20, 30 og 40 mg. Kapslen virker 6-8 timer. Halvdelen frigives straks og virker efter 15-45 minutter, den anden halvdel af kapslen frigøres efter 3-4 timer.
- Kapsel Equasym Depot  
Findes i styrkerne 10, 20, 30 mg. Kapslen virker i ca. 8 timer. 30 % frigives straks og virker efter 15-45 minutter, de resterende 70 % frigives gradvist over de følgende timer.
- Kapsel Medikinet CR  
Findes i styrkerne 5, 10, 20, 30, 40, 50 og 60 mg. Kapslen virker ca. 8 timer, 50 % frigives straks med virkning efter 15-45 minutter, de resterende 50 % frigives over de følgende timer.
- Tablet Concerta  
Findes i styrkerne 18, 36 og 54 mg. Virkning opnås 1-1 ½ time efter tabletindtagelse, medicinen frigives herefter gradvist med virkningstid 8-12 timer.

Kapsel Elvanse (lisdexamfetamin) findes i styrkerne 20, 30, 40, 50, 60 og 70 mg. Virkning opnås i løbet af 30-60 min og virkningstid er 10-13 timer.

Farmakodynamisk hydrolyseres lisdexamfetamin primært af de røde blodlegemer til Dexamfetamin, som er det aktive stof.

#### Dosering

Vejledende vedligeholdelsesdosis af methylphenidat er 0,8-1,2 mg/kg legemsvægt/døgn fordelt på 2-3(4) doser med 3-4 timers interval for korttidsvirkende præparater og 1 (-2) doser for depotpræparater. Vejledende vedligeholdelsesdosis for tablet Attentin er 0,4-0,6 mg/kg fordelt på 2-3(4) doser.

#### Bivirkninger

Bivirkninger er dosisafhængige og ses ofte forbigående i forbindelse med opstart/dosisøgning. Appetitnedsættelse ses relativt hyppigt i medicinens virkningstid. Der ud over kan forekomme søvnproblemer, mave-

pine/hovedpine og overfokuseret rigid adfærd. Der kan ses ængstelighed og irritabilitet, sjældnere tristhed, tab af spontanitet og dysfori. Medicinen kan udløse eller forværre eksisterende tics og der kan ses lettere blodtryks- og pulsstigninger. I sjældne tilfælde kan der ses psykotiske symptomer og nedsættelse af krampe-tærskel.

#### Forholdsregler

Sundhedsstyrelsen anbefaler at det inden opstart af medikamentel behandling sikres at pt. Ikke har lever- og kardiovaskulær lidelse.

Kardiovaskulær risiko: CS behandling øger puls og blodtryk, oftest klinisk ubetydeligt og uden EKG forandringer, 5-15 % har dog et atypisk respons med større øgning i puls og blodtryk.

Data fra store epidemiologiske undersøgelser af risiko for pludselig uventet hjertedød konkluderer, at der ikke er større risiko end i baggrundsbefolkningen.

Der er ikke indikation for EKG før iværksættelse af CS-behandling, men der anbefales grundig somatisk anamnese, herunder kardiell anamnese/dispositioner og alment orienterende somatisk undersøgelse. Ved symptomer på eller disposition til hjerterytmeforstyrrelser (herunder tidlig uventet død ved nærtstående slægtninge) foretages EKG og evt. yderligere kardiologisk udredning inden behandlingsstart.

Ved opfølgning af medicinsk behandling via egen læge er det således vigtigt, at der i opfølgningsforløbet ageres på nyopståede kardielle klager og/eller tilsvarende hos nært beslægtede.

Der bør ikke behandles med CS-medicin ved psykotiske symptomer og depression.

## 2. Ikke centralstimulerende Medicin:

Kapsel Strattera (atomoxetin) virker inhibitorisk på den præsynaptiske noradrenalintransporter, hvorved genoptagelsen af noradrenalin hæmmes.

Strattera findes i styrkerne 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg og 100 mg.

Medicinen kan gives 1 x dagligt, eller fordeles på to doser morgen og aften og virker hele døgnet. Effekten indtræder over tid, og der kan gå op til 2-3 måneder før fuld effekt er nået.

Strattera doseres efter vægt, og effektiv dosis er mellem 1.2-1.4 mg pr kg (sjældent 1.8 mg/ kg). Max dosis pr døgn er 100 mg (sjældent 120 mg)

Det betyder at man løbende skal være opmærksom på om barnet / den unge har haft vægtøgning og dermed skal øges i medicin.

Opstart af Strattera sker efter en optrappingsplan, hvor første dosis er ca. 0,5 mg pr kg, stigende over uger til effektiv dosis.

#### Interaktioner:

Da kapsel Strattera nedbrydes i leveren ved enzymet CYP2D6 skal man være opmærksom på interaktion med andre medicamina.

Det gælder bl.a. visse SSRI-præparater som fluoxetin og paroxetin, samt beta2-agonister som salbutamol.

#### Bivirkninger:

Disse ses oftest i opstart og ved dosisøgning.

Der er beskrevet hovedpine, mavepine og nedsat appetit som de hyppigste, samt træthed i opstarten.

Sjældnere ses irritabilitet, aggressivitet, mydriasis, svimmelhed, og hudkløe/udslæt.

Der kan ses forhøjet puls og BT, oftest minimalt men hos enkelte ses markant øget puls.

Meget sjældent er der set leverpåvirkning, som er reversibel og selvmordstanker, hvorfor man skal informere om disse bivirkninger ved opstart af behandlingen.

Forholdsregler:

Der skal tages de samme forholdsregler som ved centralstimulerende medicin. Man kan tage EKG.

Overlæge afsnit D og ADHD klinikken  
Helle Rasmussen

Overlæge afsnit C  
Anette Eefsen

*Kilder:*

- *Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser/Sundhedsstyrelsen 2012 (senest ændret april 2013.)*
- *Faglig retningslinje vedr. udredning og behandling af ADHD hos børn og unge/ BUP-DK 2012.*
- *Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD / BUP-DK 2008*
- *Produktresuméer sundhedsstyrelsen*
- *RADS behandlingsvejledning for ADHD 2016*