

ADHD

Hvorfor fastlegene skal engasjere seg i behandlingen av

AV TERJE TORGERSEN

Innledning

ADHD (=attention-deficit/hyperactivity disorder) er en medfødt og sterkt genetisk betinget funksjonsforstyrrelse i hjernen. Den korrekte norske betegnelsen etter ICD-10 er F 90.0. Hyperkinetisk forstyrrelse, men det har blitt vanlig å bruke begrepet ADHD både blant fagfolk og ellers i samfunnet. Et symptom bilde dominert av konsentrasjonssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet skal ha vært tilstede i betydelig grad siden før fylte sju år. Plagene skal være omfattende og gi individet funksjonssvikt på flere områder. Symptombildet ble første gang beskrevet i medisinske tidsskrifter for over 100 år siden. Prevalens blant barn er tre til fem prosent, mens den hos voksne er to til tre prosent. Ofte foreligger samsykelighet som atferdsforstyrrelse, lærevansker, angst, depresjon og autistiske trekk. Hos den tredjedel som har dårligst prognose kan man i ungdomstida få en destruktiv utvikling med antisosiale trekk, kriminalitet, rusproblemer og funksjonssvikt i forhold til utdanning, jobb og sosiale relasjoner. I en nylig publisert artikkel har undertegnede vist forekomstene av slike alvorlige forløp i en pasientpopulasjon i Nord-Trøndelag (1). Prognosen er imidlertid høyst varierende, og rundt en tredjedel kan i voksen alder fungere helt normalt, mens en annen tredjedel har lette eller moderate plager. Behandling med dokumentert effekt er bl.a. ulike pedagogiske tiltak, foreldreveiledning og sentralstimulerende medisiner. Forskning på fiskeolje viser lovende resultater. Effekten av sentralstimulerende medisiner ble oppdaget allerede i 30-åra. Metylfendinat



Terje Torgersen

Overlege, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger.

som korttidsvirkende tabletter (Ritalin og Equasym) eller som depottabletter (Concerta) er mest brukt, men dekstroamfetamin i tablettform brukes også en del.

Omstridt diagnose

Det er for tiden stor interesse rundt ADHD. De siste ukene har det vært flere oppslag i aviser og TV, og ulike grupper er på banen med sterke meninger om hvordan man skal forholde seg til tilstanden. Mange er kritiske både til selve diagnosen og ikke minst den medikamentelle behandlingen. Økningen av barn, ungdom og voksne som får diagnosen har vært svært stor det siste tiåret. Samtidig har myndighetene åpnet for at fastlegene skal ha et større ansvar for behandlingen. Det er derfor viktig for fastlegene å ha noe grunnleggende kunnskap om ADHD og behandlingen av tilstanden.

Medieoppslag

La oss først se på noen av medieoppslagene. Mange er bekymret for den sterke økningen i bruk av sentralstimulerende medikamenter i Norge. Vi ligger på topp i Europa når det gjelder forbruk. Noen hevder at medisiner er en lettvinnt løsning som bør unngås. «Brennpunkt» forsøkte nylig å forklare økningen med tette bånd mellom legemiddelindustrien og legene. Andre peker på at forhold i skolen, som økt teoretisering og stillesitting, og mindre struktur og autoritet, gjør det vanskeligere å ha ADHD i våre dager. Kravene til utdanning for å komme inn i arbeidslivet øker, og det er blitt tøffere for sårbare personer å bli værende i jobb. Andre faktorer er økende tilgang på rusmidler, flere oppløste familier, og generelt mindre struktur og orden i samfunnet. Enkeltpersoner har stått fram i media med triste historier om manglende hjelp og forståelse, med til dels katastrofale følger for den enkelte. Samtidig så

ADHD får PC
1 år gammel skoleelev med ADHD får storaid til dataskjerm, i tillegg en vekt i trykkeskriver.
Les artikkel i Helse 11. april 2006, 23:32
Avgrens søk til Helse-seksjonen

Oppdager ADHD først i fengselet
I norske fengsler har minst tre av ti innsatte ADHD. Noen får først diagnosen etter at de har havnet bak lås og slå.
Les artikkel i Helse 1. april 2006, 10:17
Avgrens søk til Helse-seksjonen

En av to tenker på selvmord
Allerede før soning har halvparten av de innsatte tenkt på å ta livet av seg. Blant gjengangerne gjelder det hver attende.
Les artikkel i Helse 31. mars 2006, 00:06
Avgrens søk til Helse-seksjonen

Savner satsing på ADHD
Barn med ADHD venter i snitt over fire år før diagnose fastsettes. Hjelpekraft i skolen kommer enda senere. Myndighetene mangler en helhetlig plan for ADHD.
Les artikkel i Helse 29. mars 2006, 00:23
Avgrens søk til Helse-seksjonen

- Vi har kjempet med nebb og klør
I fem lange år kjempet foreldrene til Håkon for å få diagnose. I mellomtiden har gutten lagt verdifulle år i skolen og ligger nå langt etter resten av klassen.
Les artikkel i Helse 29. mars 2006, 00:22
Avgrens søk til Helse-seksjonen

ADHD-barn savner omsorg
Krisina Foran har opp den stadig økende diagnosen av ADHD hos barn i et innlegg i Aften 23.
Les artikkel i Helse 26. mars 2006, 22:33
Avgrens søk til Helse-seksjonen

Høyt oppe med ADHD
FOTO: ANDRE MELAN Er det noen som har ADHD her? spør Ruben E. Gymnasen på Vardøen skole er fylt med 10- til 12-åringer.
Les artikkel i Helse 25. mars 2006, 10:54
Avgrens søk til Helse-seksjonen

Spiller data med hjernen
Brynjør Haerberg har fått en enklere hverdag etter at han begynte i trening av hjernen.
Les artikkel i Helse 21. mars 2006, 00:01
Avgrens søk til Helse-seksjonen

ADHD-kurs virker
Fuserte foreldre opplever halvering av konflikter med egne ADHD-barn.
Les artikkel i Helse 20. mars 2006, 00:34
Avgrens søk til Helse-seksjonen

På kanten av sammenbrudd
Vår familie var i fubstendig kaos, sier tobarns pappa Atle B. Eidskap og Victor (9) på rett spor.
Les artikkel i Helse 20. mars 2006, 00:34
Avgrens søk til Helse-seksjonen

Barnas behov må settes først
Behandling av ADHD.
Les artikkel i Helse 9. mars 2006, 20:30
Avgrens søk til Helse-seksjonen

Åpen debatt om ADHD er viktig
Pål Zeiner og Terje Sagvolden presenterer ensidig

BRENNPUNKT

NYHETER SPORT UNDERHOLDNING MAT MUSIKK KULTUR

De umulige barna

De umulige barna er i ferd med å bli en gullgrube for legemiddelfirmaene. Salget av ADHD-medisin er 10-doblet i løpet av de tre siste årene.

Publisert 07.03.2006 09:12. Oppdatert 07.03.2006 14:31.

Av Cecilie Ellingsen og M. Patricia Clayford

- Det er helt fantastisk at en liten kropp kan sitte oss voksne så ut som han gjør, sier Line Nordland. Hun er moren til Even på seks år. Han har nettopp fått diagnosen ADHD.

Even farer rundt i huset, klatter i bokreolen og river i stykker leseboken til storebroren Roger. Foreldrene hans er utslitt og trenger hjelp, men er usikre på hva slags behandling som er den beste.

ADHD-medisiner kan gi alvorlige bivirkninger. Paragrafevne til foreningen. Helseinterveju med overlegen Pål Zeiner. Ulike tall. Foreldrenes dilemma.

vi i Aftenposten nylig flere eksempler på ressurssterke personer med ADHD, som både med og uten sentralstimulerende medikasjon fungerte godt og fikk brukt de kreative sidene ved ADHD til noe positivt.

Hva skyldes økningen?

Det er riktig at antall pasienter som får diagnosen ADHD og behandling med sentralstimulerende medikamenter har økt kraftig. De siste tallene tyder på at rundt 0,9 prosent av barn og unge får behandling med sentralstimulerende medikamenter i dag. Sett i forhold til en prevalens på tre til fem prosent tyder dette ikke på noen overbehandling foreløpig. Økningen har funnet sted i en periode hvor satsingen på psykisk helsevern for barn og unge har vært stor. Antall barne- og ungdomspsykiatere ble doblet fra 1995 (114) til i dag (227). Antall polikliniske konsultasjoner i BUP ble også nesten doblet i samme periode. Legeforeningen har kjørt et såkalt gjennombrudds-prosjekt for å bedre diagnostikken av ADHD. Siden 1997 har det også vært lovlig å behandle voksne med sentralstimulerende medikamenter, og flere tusen har fått diagnose og tilbud om behandling i voksen alder. Den sterke økningen i medikamentell behandling bør derfor ikke overraske noen.

Samfunnsforhold gjør det vanskeligere å ha ADHD

Det er etter min mening positivt at ADHD diskuteres bredt. Forskning har vist at psykososiale problemer gir dårligere prognose, og samfunnet kan derfor gjøre mye for å bedre situasjonen til personer med ADHD. Det er allikevel beklagelig at noen tror at selve årsaken til ADHD ligger i psykososiale forhold og blant annet derfor går sterkt ut mot medisiner med sentralstimulerende medisiner. Det blir som å nekte å behandle et barn med astma fordi det lever i et område med luftforurensing som forverrer astmaen. Det er meget godt dokumentert at ADHD er sterkt genetisk betinget, og at det for de fleste pasientene foreligger en medfødt funksjonsforstyrrelse i hjernen. Dette betyr selvsagt ikke at alle skal ha medisiner. De aller fleste pasientene, uansett aldersgruppe, vil trenge ulike psykososiale tiltak. Slike tiltak kan også være tilstrekkelig for mange. Andre vil trenge medisiner en periode av livet. Jeg vil i fortsettelsen fokusere på den medikamentelle behandlingen.

Hvorfor behandle ADHD medikamentelt?

Effekten av ritalin og andre sentralstimulerende medisiner er meget godt dokumentert gjennom 50 års forskning. Effekt i forhold til placebo er svært mye høyere enn for de fleste andre medisiner uansett fagfelt (over 70 prosent respons mot placebo 10–20 prosent). Effekten er dokumentert både på kort og lang sikt for barn og unge, mens det for voksne foreløpig er lite dokumentasjon på langtidsbehandling. Medikamentell behandling har effekt ikke bare på



ILLUSTRASJONSFOTO: LEAH-ANNE THOMPSON

symptomene, men også på funksjonsnivå knyttet til skole, jobb og sosialt samspill. Det er ikke minst økende dokumentasjon for at behandlingen beskytter ungdom mot å utvikle rusmisbruk og kriminalitet. Bivirkningene er små både for barn og voksne. Hvis man følger de enkle rutiner som gjelder for somatisk utredning før oppstart (somatisk status med puls og blodtrykk, EKG med fokus på QT-tid, enkle blodprøver) er det en meget trygg behandling som både pasient og pårørende ofte er svært fornøyd med.

Fastlegene må på banen

Hittil har det vært spesialisthelsetjenesten som har stått for diagnostikk og det meste av behandlingen. Med den store tilstrømming av pasienter er det nå helt nødvendig at fastlegene tar større del av behandlingsansvaret. Ansvar for utredning og diagnose skal fortsatt ligge hos spesialisthelsetjenesten, og likeledes behandlingen av de vanskeligste tilfellene. Mange fastleger kvier seg for å søke om forskrivingsansvar for sentralstimulerende medikamenter. Psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag sendte derfor i fjor ut et spørreskjema til 103 fastleger i fylket, for å kartlegge kunnskap, erfaring og interesse for behandling av pasienter med ADHD. Vi ville også se hva slags tiltak for kompetanseheving legene ønsket. 80 prosent av legene svarte at de hadde en del eller mye interesse for temaet ADHD. Mange mente at de hadde en del kunnskap om tilstanden og erfaring med pasientgruppen, og da særlig når det gjaldt ADHD hos barn og unge. Til tross for ganske stor interesse og en del kunnskap og erfaring, svarte hele 60 prosent at de ikke

hadde noe ønske om å forskrive sentralstimulerende medikamenter. Kun 4,9 prosent hadde mye eller svært mye ønske om forskrivingsansvar. Det var imidlertid stor interesse for kompetansehevede tiltak, slik som poengngivende lokale kurs og smågrupper.

Det er sikkert mange årsaker til at fastlegene følger utrygghet med å ta ansvar for behandling med sentralstimulerende medisiner. Forskriving av slike medisiner er regulert av narkotikalovgivningen, og innebærer bruk av A-resepter og søknad om spesiell forskrivingsrett. Mange pasienter har omfattende problemer som krever utstrakt samarbeid med andre instanser, noe som kan kreve en del tid, møter, osv. Risikoen for at noen pasienter har atferdsproblemer og kanskje rusproblemer kan også bety en del.

Fastlegens rolle

Jeg håper imidlertid at mange fastleger etter hvert vil se at de kan ha en viktig rolle i behandlingen av ADHD. Fastlegene er vant til å ha ansvar for langtidsoppfølging av medikamentell behandling. De har også en tradisjon for å se helheten i et menneskes liv, og kunne ivareta somatiske problemer som mange med ADHD også sliter med. Jeg vil anbefale fastlegen å definere sin rolle klart og særlig ta ansvar for medisineringen og det somatiske. Andre deler av oppfølgingen overlates i hovedsak til andre instanser. Prøv å bidra til at det blir etablert godt fungerende ansvarsgrupper og individuelle planer i starten av behandlingen, da sparer man ofte mye arbeid i det videre forløp. Krev av oss i spesialisthelsetjenesten at vi er lett tilgjengelig for veiledning og at vi raskt tar ansvar når det er nødvendig. Ved historie på rusmisbruk eller mistanke om rusmisbruk; vær konsekvent på bruk av urin misbruksprøver. Føler legen seg presset, utsatt for trusler eller har sterk mistanke om mislighold av medisineringen, trekk inn spesialisthelsetjenesten og andre instanser, slik at man slipper å være alene om saken.

Fastlegene har med sin lokale forankring og langsiktige perspektiv en unik mulighet til å holde kontakten med disse pasientene i de kritiske ungdomsårene, da det er spesielt viktig at risikoungdom faller ut av behandlingssystemet og utvikler et alvorlig forløp med rus, antisosialitet og funksjonssvikt er enormt viktig for individet og dets omgivelser. Det er også store summer å spare for samfunnet ved å hindre slike forløp. En ungdom som havner ut i rusmisbruk og kriminalitet som vedvarer langt opp i voksen alder, vil kunne koste samfunnet et tusifret millionbeløp.

Sosial- og helsedirektoratet ga i høst ut en meget god *Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD* (2). Denne gir en oppdatert og forskningsbasert gjennomgang av tematikken, samtidig som den er kortfattet og meget praktisk i utforming og innhold. Den inneholder all den informasjon legen trenger for å søke spesiell forskrivingsrett og ta ansvar for behandling med sentralstimulerende medikamenter. For videre detaljer omkring medikamentell behandling viser jeg til denne.

Referanser

1. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. Nord J Psychiatry 2006; 60:38-43.
2. Sosial- og helsedirektoratet. Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD. 11/2005. Bestillingsnummer IS-1244. Kan også lastes ned fra www.shdir.no.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: terje.torgersen@hnt.no

Yasmin «Schering AG»

yasmin®

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver tablett inneholder: Drospirenon, 3 mg, ethinylestradiol, 30 µg, lactos, const. q.s. Fargestoff: jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tablettene placebotabletter.

Indikasjon: Antikonsepsjon.

Dosering: 21 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødnings første dag. Det skal tas 1 tablett daglig i 21 etterfølgende dager. Etter 7 tablettfrie dager startes et nytt brett. I løpet av de tablettfrie dagene inntreffer vanligvis en bortfallsblødning. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. 28 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødnings første dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tablett tas fra feltet merket start på riktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og mens pasienten tar disse, kommer en menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning). Yasmin 28 tabletter tas kontinuerlig. En går direkte over på neste brett uten opphold. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, f.eks. antitrombin-III-mangel, protein C-mangel eller -resistens, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinanti-stoffer, lypusantikoagulanter). Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nyreinsuffisiens eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Mistanke om eller kjente maligne tilstander i genitale organer eller brystene hvis disse er påvirkelige av seksualsteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migræne med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bruk av kombinasjons p-piller er assosiert med økt risiko for venøs blodpropp (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er høyest det første året med bruk av kombinasjons p-pille. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. Før behandling institueres, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtrykksmåling og en gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Senere kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasset den enkelte kvinne. Risiko for venøse tromboembolier øker ved positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), økt alder, fedme, langvarig immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruken av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst fire uker før) og at den ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboembolier øker ved økt alder, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Kvinner over 35 år rådes til ikke å røke. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med karmlipidproblemer, omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom og kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt). Økning i hvor ofte migræneanfallet inntreffer og hvor kraftige anfallet er (kan være prodromalt stadium for en cerebrovaskulær hendelse), kan være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumor må vurderes i den differensielle diagnosen hvis alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning forekommer. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Kvinner med hypertriglyseridemi eller med en familier historie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt har vært rapportert. Kvinner med chloasmaendens bør unngå eksponering for sollys og ultrafiolett stråling. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleransen, og diabetikere må stå under streng legekontroll. Oppkast eller diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Hvis tablettene tas mer enn 12 timer for sent, kan dette redusere antikonsepsjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tablett og deretter ikke har noen bortfallsblødning i den første normale tablettfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Uttsettelse av menstruasjonsperioden: 21 tabletter: Nytt brett påbegynnes direkte uten opphold. 28 tabletter: Menstruasjonsperioden utsettes ved først å ta de lysele tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

Interaksjoner: Ved bruk av andre medikamenter som kan gi økt serumkalium, må pasienten testes for serumkalium i løpet av den første behandlingstiden. (I: G03A A08 p-piller)

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. **Overgang i morsmelk:** Kan innvirke på mengden av og sammensetningen av morsmelken. Små mengder med antikonsepsjonssteroider og/eller metabollitter kan utskilles med melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke anvendes under amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Endokrine: Ømme bryst. Gastrointestinale: Kvalme. Neurologiske: Hodepine, nedstemthet. Sirkulatoriske: Migræne. Urogenitale: Menstruasjonsforstyrrelser, mellomblødninger, leukoré, vaginal candidiasis. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Breknninger. Hud: Akne, eksem, kløe. Neurologiske: Forandringer i libido. Sirkulatoriske: Hypertensjon, hypotensjon. Urogenitale: Vaginitt. Øvrige: Væskeretensjon, endring i kroppsvekten. Sjeldne (<1/1000): Endokrine: Væskende bryst. Hørsel: Hypakusis. Lufveier: Astma. Sirkulatoriske: Tromboembolier.

Egenskaper: Klassifisering: Østrogen-gestagen monofasisk kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen og forandringer i endometriet. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon etter 1-2 timer. Absolutt biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Ethinylestradiol: Ca. 45%. Ethinylestradiol gjennomgår en betydelig «first pass»-metabolisme med store individuelle forskjeller. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Ethinylestradiol: 98%. Fordeling: Tilsynelatende distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Ethinylestradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: Ca. 27 timer. Plasmaclearance for drospirenon er 1,3-1,7 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabollittutskillelsen via urin og fæces er på rundt 40 timer. «Steady state» for drospirenon oppnås etter 7-14 dager. Ethinylestradiol: Plasmaclearance for ethinylestradiol er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabollittutskillelsen er 20 timer. Metabolisme: Mestparten av drospirenon omdannes i lever. Hovedmetabollittene i plasma er de sure formene av drospirenon. Ethinylestradiol omdannes fullstendig. Utskillelse: Via urin og fæces.

Pakninger og priser: Datopakn.: 3 x 21 stk. 227,40. 3 x 28 stk. 219,90. Sist endret: 05.04.2005

SCHERING