

ADHD hos barn – hva bør du vite?

Hva bør en farmasøyt kjenne til – og hva kan du gjøre?

Forekomst

Forekomst av hyperkinetisk forstyrrelse er 1–3 prosent hos barn og ungdom, mens forekomst av ADHD er rundt 5 prosent i barnealder og 2,5 prosent i voksen normalbefolkning. Tallene varierer noe avhengig av hvilke diagnosekriterier som benyttes.

Symptomer på sykdommen

Karakteristisk for hyperkinetisk forstyrrelse / ADHD er konsentrasjonsproblemer og/eller hyperaktivitet og/eller impulsivitet. Problemer med oppmerksomhet vanskeliggjør det å utføre oppgaver, man blir lett distraheret. Hyperaktivitet viser seg som kroppslig uro, plukking og fikling. Impulsivitet kan gi nedsatt evne til å tenke før handling, og det er vanskelig å vente. Forstyrrelser og avbrytelser dominerer. Symptomene kan medføre dårligere sosial funksjon på alle arenaer. Det finnes ingen enkeltfaktor som kan forklare utviklingen av ADHD, disponerende faktorer er heller ikke klarlagt. Genetiske og ikke-genetiske faktorer innvirker i et komplisert samspill over tid. Arv kan ha betydning hos noen. Rundt 2/3 av pasientene med ADHD har en eller flere komorbide lidelser, hvor lærevansker, utviklingshemming, adferdsvansker, angst, tics og søvnvaner er de vanligste.

Vil du vite mer?

Helsedirektoratet

Nasjonal faglig retningslinje ADHD
www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd

Norsk Elektronisk Legehåndbok

Fakta om ADHD / hyperkinetiske forstyrrelser hos barn
www.nel.no

Norsk legemiddelhandbok

Hyperkinetiske forstyrrelser
www.legemiddelhandboka.no

TEKST: Anne Katrine Eek, cand.pharm., og Karen A. Boldingh Debernard, cand.pharm. og ph.d., RELIS Sør-Øst

Diagnostisering

Diagnosen stilles på bakgrunn av et vedvarende mønster med konsentrasjonsvansker og/eller hyperaktivitet og/eller impulsivitet som fører til nedsatt funksjon i flere hverdagssituasjoner. Ved hyperkinetisk forstyrrelse er alle disse symptomene til stede. Det finnes ingen enkel diagnostisk test, men ulike tester kan være et supplement for å stille diagnose i sammensatte, vanskelige tilfeller. Nøyaktig utviklingshistorie, observasjon av adferdskarakteristika over tid og i ulike situasjoner er en del av diagnostikken.

Mer spesifikt bør eventuell sykdom (både tidligere og aktuelle) og symptomer som kan forklare vanskene vurderes. I tillegg bør mulige utviklingsforstyrrelser, psykososiale belastninger, type og omfang av ADHD-symptomer, og andre relevante forhold som kan påvirke (for eksempel lærevansker) tas med i vurderingen når ADHD-diagnosen settes.

Jenter/kvinner i alle aldre med ADHD kan ha et mildere symptombilde, og det er sannsynlig at noen av dem feilaktig blir vurdert som deprimerte, engstelige eller ustabile.

Behandling av hyperkinetisk forstyrrelse / ADHD

Ikke-medikamentell behandling skal alltid ligge i bunnen og forsøkes før oppstart med medikamenter. Slik behandling er omfattende og kan innebære følgende; informasjon og rådgivning til foreldre og barn, behandlingsprogrammer og foreldretreningsprogrammer, hjelpetiltak i barnehage, skole eller arbeid, samt sosial ferdighetstrening og ulike former for kognitiv terapi.

Medikamentell behandling

Legemidler skal bare benyttes i kombinasjon med psykososiale støttetiltak. *Førstevalg* ved utprøving av behandling er *metylfenidat* (eksempelvis *Ritalin*, *Concerta*, *Equasym*, *Medikinet*), *dek-samfetamin* (*Attentin* og *Dexamfetamine*) eller *lisdeksamfetamin* (*Elvanse*). Disse legemidlene regnes som sentralstimulerende, og de virker ved å øke tilgjengeligheten av noradrenalin og dopamin i hjernen. Legemidlene har et avhengighetspotensial, og de er klassifisert som narkotika.

Behandlingseffekten vurderes i løpet av en utprøvsperiode på 3–6 uker. Dosene trappes opp innenfor anbefalt dosering til ønsket respons, begrenset av eventuelle bivirkninger. En stor andel barn kan ha nytte av å bytte fra ett av disse preparatene til et annet hvis det første ikke gir ønsket effekt. Det er viktig å finne frem til riktig formulering av legemidlet i forhold til valg av korttidsvirkende og/eller langtidsvirkende. Sentralstimulerende kan

gi nedsatt appetitt, vekttap, påvirkning av søvn, nedsatt stemningsleie, hjertebank og lett forhøyet puls og blodtrykk. Grundig hjerteundersøkelse skal utføres før oppstart av behandling. Behandlings-effekt og bivirkninger bør vurderes årlig.

Andrevalg ved utprøving av behandling er atomoksetin og guanfacin, disse regnes ikke som sentralstimulerende. *Atomoksetin* (*Strattera*) virker på omsetningen av signalstoffet noradrenalin. Det er ikke klassifisert som narkotika. Atomoksetin er et viktig alternativ hvis sentralstimulerende legemidler ikke kan brukes på grunn av manglende effekt eller plagsomme bivirkninger. Legemidlet kan forsøkes når sentralstimulerende er kontraindusert, hos pasienter med samtidig rusmisbruk og i tilfeller der bruk av sentralstimulerende ikke ønskes. Effekten kommer langsommere, utprøving anbefales derfor over minst 8 uker (kan gjøres over lengre tid). Atomoksetin har mye av de samme bivirkningene som sentralstimulerende der de mest vanlige er kvalme/oppkast, tretthet, nedsatt appetitt, samt lett økning av puls og blodtrykk.

Guanfacin (*Intuniv*); virkemekanismen når guanfacin brukes ved ADHD er ikke helt klarlagt. Bruk er aktuelt når annen behandling ikke har vært egnet, som ved manglende effekt eller intoleranse.

De vanligste bivirkningene ved bruk av guanfacin er magesmerter, søvnighet, hodepine og hypotensjon.

Hvordan kan farmasøyt bidra?

- Informere om hvordan legemidlet skal tas.
- Opplyse om vanlige bivirkninger, og be kunden kontakte legen ved mistanke om bivirkninger og ved øvrige spørsmål.
- Vær klar over at behandlingen er en del av et behandlingsopplegg og at den som behandles skal følges tett av ansvarlig lege.