



# Läkemedelsbehandling vid samsjuklighet ADHD och beroende

Hanna Kataoka, överläkare, doktorand vid Göteborg universitet

- Inledning
- Farmakologi
- Biverkningar
- Handläggning och uppföljning i praktiken

# Uppdrag

## **Aktuellt läge:**

- Ojämlig vård i landet
- Vitt skilda lokala traditioner
- Nationella riktlinjer förtydligar inte hur läkemedelsbehandling ska gå till vid samsjuklighet med beroende

## **Uppdrag från Svensk förening för Beroendemedicin:**

- Att ta fram en handbok för farmakologisk behandling av ADHD vid samtidigt substansberoende, baserat på vetenskap och klinisk erfarenhet

# Arbetsgruppen

## **Sammanställande:**

**Hanna Kataoka**, Överläkare, doktorand vid Göteborgs Universitet

**Joar Guterstam**, Överläkare, med dr, Beroendecentrum Stockholm

**Andrea Johansson Capusan**, Överläkare, docent Linköpings Universitet

**Lotta Borg Skoglund**, Överläkare, specialist, verksamhetschef Smart Psykiatri

**Bo Söderpalm**, Överläkare, professor, Göteborgs Universitet

**Jeanette Georgieva**, Överläkare, docent, Stockholm

[Handbok ADHD Beroende.pdf](#)



# Farmakologisk Behandling

# Farmakologisk behandling, ADHD + SUD

## Utan beroendepotential

Atomoxetin (Strattera<sup>®</sup>)

Guanfacin (Intuniv<sup>®</sup>)

## Med beroendepotential

Förstahandsval - metylfenidat, långverkande (Concerta<sup>®</sup> och motsvarande generika)(maxdos 72 mg enligt FASS)

Andrahandsval - lisdexamfetamin, långsamt anslag/långverkande (Elvanse<sup>®</sup>)(maxdos 70 mg enligt FASS)

Tredjehandsval?

Metylfenidat, medellångverkande (Ritalin<sup>®</sup>, Medikinet<sup>®</sup>, Equasym<sup>®</sup> etc.)  
(maxdos 80 mg enligt FASS)

Bör undvikas

Metylfenidat, snabb/kortverkande (tabletter)  
d-amfetamin, snabb/kortverkande (Attentin<sup>®</sup>, Dexatin<sup>®</sup>, Dexamfetamin<sup>®</sup>)

Licenspreparat?

d,l-amfetamin, långverkande (Adderall<sup>®</sup>), måste importeras

d,l-amfetamin, snabb/kortverkande



# Doser för ADHD+SUD?

- individuell dosanpassning efter effekt i vid mening (psykiskt mående, funktion, biverkningar, droganvändning)
- dygnsdosen troligen avhängig typ av SUD (störst nedsättningar i dopaminsystemen vid amfetamin- och kokainberoende?)
- ofta krävs högre doser än för patienter utan SUD (80-90 mg metylfenidat är medeldos för beroendepatienter i Sverige; på flertalet beroendekliniker i Sverige är doser upp till 120 mg relativt vanligt)

# Forts.

- det finns vetenskapligt stöd för god effekt och säkerhet för 180 mg metylfenidat (Concerta, motsvarar ca 90 mg amfetamin), vid ADHD + amfetaminberoende (Konstenius et al., 2014)
- det finns vetenskapligt stöd för 60 mg och 80 mg amfetamin, vid ADHD + kokainberoende (Levin et al., 2015)
- det saknas vetenskapligt stöd för lägre doser till ADHD + amfetamin/kokainberoende (Konstenius et al., 2010; Levin et al., 2007)
- Elvanse 70 mg innehåller 21 mg d-amfetamin, 4 st innehåller 84 mg
- $84 \text{ mg} = 0.084 \text{ g}$
- amfetaminberoende använder ca 2.5 g/dygn (2500 mg = 750 mg om utspätt till 30%)



**Biverkningar**



# Biverkningar av ADHD läkemedel

Oftast vältolererade och medför lindriga/ övergående biverkningar  
Hos sårbara individer/ högre doser risk för kardiovaskulära [1] och psykiatriska biverkningar.

Personer med samsjuklighet drabbas generellt inte av fler biverkningar [2]

... men det finns **fler sårbara personer i patientgruppen!**

... och personer med beroende söker mindre vård och har fler oupptäckta sjukdomar [3,4]

1/ Zhang L, et al. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(2):178–187. 2/ Crunelle CL, et al. *Eur. Addict. Res*. 2018;24:43-51.  
3/ Dahlman D, et.al. 2020;214:108186. 4/Troberg K. et.al.*J Addict*. 2019;2019:7942145.

# Ökad sårbarhet för hjärtkärlsjukdom vid:

- Intravenöst bruk (t.ex. endokarditer och hjärtsvikt)
- Bruk av stimulantia, alkohol, cannabis
- Vanligt med övriga riskfaktorer t.ex. rökning och stress



Kliniskt:

anamnes för hjärtkärlsjukdom, ärftlighet, vid misstanke överväg EKG, samt överväg samråd med primärvård eller kardiolog för högriskpatienter.

# Hantering av biverkningar

Viktigast att ha med patienten!

Informera om

- potentiella biverkningar
- hur behandlingen följs upp
- eventuella ökade risker vid återfall.



Personal som följer upp behöver ha god kunskap om läkemedlens effekt och biverkningar.

Vissa patienten kan behöva stöd för att t.ex. komma till VC

# Puls- och/eller blodtrycksstegring

- vanligast, oftast lindrigt och övergående
- Långsam upptrappning ("start low, go slow")
- Vid förhöjd puls överväg långtids-EKG (Holter) i samråd med primärvård eller kardiolog
- Om besvär kvarstår överväg dossänkning eller preparatbyte (t.ex. guanfacin)
- Vid hypertoni är behandling av hypertonin en förutsättning av CS medicinering

CS: centralstimulantia





# QT-tids förlängning

- Beskrivs för lisdexamfetamin, guanfacin och atomoxetin.
- Metylfenidat ger ingen QT-tidsförlängning
- Risken är generellt låg
- Ökad risk vid genetisk sårbarhet, höga doser, polyfarmaci
- Obs. även metadon, antidepressiva och antipsykotika kan ge Qt-förlängning
- Se över läkemedelslistan – undvik polyfarmaci
- Överväg preparatbyte om möjligt
- Vid samtidig metadonbehandling bör EKG kontrolleras inför behandlingsstart och vid uppföljning.



# Psykiatriska biverkningar

Vanligast är sömnstörning och ångest

**Sömnstörning** = mycket vanligt vid ADHD.

- ADHD behandling, psykoedukation, sömnhygien
- Rimliga förväntningar på sömnen!
- Undvik i möjligaste mån beroendeframkallande sömnmedel.

Om sömnstörningen förvärras efter insatt CS så kan det röra sig om biverkningar

- Dossänkning, alt. omfördelning av dosen, så att större del tas på morgonen.
- Preparatbyte (atomoxetin eller guanfacin)



# Psykiatriska biverkningar - psykos

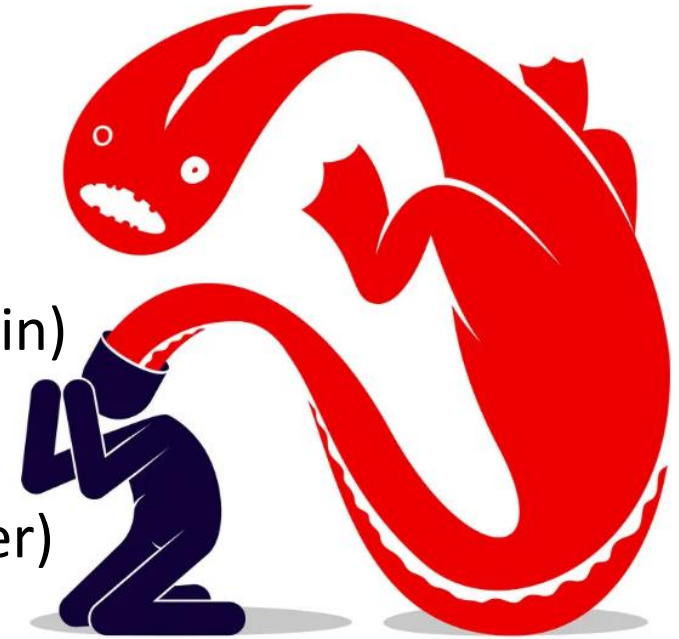
Ovanlig, allvarlig biverkan vid behandling med CS (ev. atomoxetin)

Oftast intag av andra substanser (drogscreening!) eller CS intas på ett annat sätt än förskrivet (nasal, i.v., mk högre doser)

Åtgärd:

- CS sätts ut och psykostillståndet behandlas akut.
- Därefter förnyad bedömning inför eventuell återinsättning av CS.
- Vid återinsättning trappas upp försiktigt, under tät uppföljning.

Obs. Drogutlösta psykoser = tecken på att patienten har en sårbarhet för psykossjukdom.





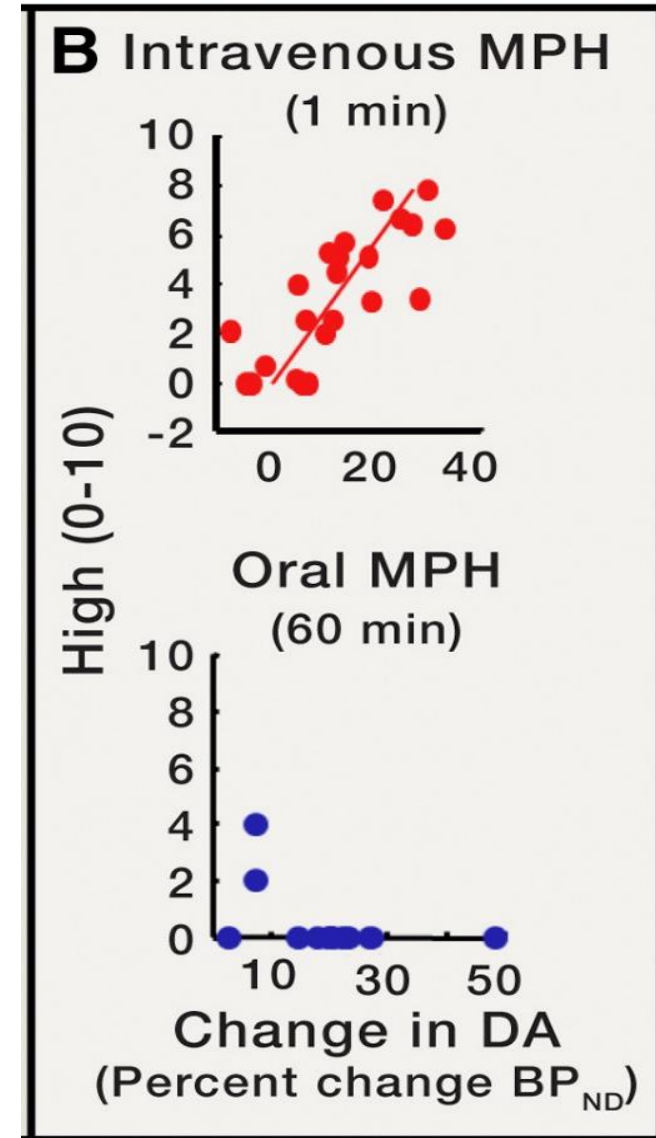
**Risk för missbruk**

# Val av läkemedel

Vid val av medicinering beakta

- Medicinska riskerna
- Riskerna för missbruk/ vidareförsäljning beaktas.
- Använd läkemedel med låg missbrukspotential = långverkande centralstimulerande (CS).
- Undvik läkemedel som lätt kan tas nasalt eller injiceras (t.ex. kort- och medellångverkande CS)

Snabb dopaminsteget vid i.v. tillförel (6 min i stället för 60min) ger eufori och ökar missbrukspotential



# Ökad risk för missbruk av läkemedel hos personer med skadligt substansbruk/ beroende

Missbruk = användning utan förskrivning eller på annat sätt än förskrivet för att uppnå psykotropa effekter, t.ex.

- Samtidig användning med andra substanser (ex. alkohol)
- Ändrat administrationssätt (nasal, intravenös)
- Mycket högre doser
- Mekanisk manipulation för att förändra farmakokinetik



Högsta risken = **unga män med samtidig substansbruk och ADHD**

I.v. och nasalt bruk associerat med högst medicinsk risk

# Vad händer i den kliniska vardagen?



# Vad händer i den kliniska vardagen?

Vi måste ställa oss frågan:

Varför gör vi det vi gör?

och sen

Vad är bästa strategin för just denna patient!

