

Behandling med centralstimulerende medicin

En praktisk tilgang

Reservelæge Allan Hvolby & ledende overlæge Jan Ib Jørgensen

Amtssygehuset i Esbjerg, Børne- og ungdomspsykiatrien

Resumé

Introduktion: Børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelse (DAMP) behandles i stigende grad med centralstimulerende medicin (cs). I artiklen beskrives resultatet af en litteraturgennemgang og efterfølgende implementering af evidensbaseret behandlingsstrategi hos disse børn og unge. Det er formålet at optimere den medicinske behandling under hensyntagen til de givne resurser.

Materiale og metoder: Efter en litteraturgennemgang blev der opstillet kliniske retningslinjer for behandling med cs. I projektet indgik 62 børn og unge i alderen 5-18 år. Alle i et udrednings- og behandlingsforløb på Børne- og ungdomspsykiatrisk Ambulatorium, Amtssygehuset i Esbjerg. Alle patienter blev behandlet med cs. Otteogtredive var i behandling ved projektstart, og 24 påbegyndte cs-behandling i projektperioden.

Resultater: Med udgangspunkt i de opstillede kliniske retningslinjer fandt vi, at vores behandling kunne optimeres. Vi fandt en signifikant bedring i forhold til opfølgende kontroller, med hyppigere og mere regelmæssige kliniske kontroller. Skolen og hjemmet vurderede samtidig bedre symptomkontrol.

Diskussion: Ved litteraturgennemgangen fandt vi, at et grundigt udført medicinsk behandlingsregimen viste sig at være mere effektivt end adfærdsterapi og næsten lige så effektivt som kombinationsbehandling (systematisk medicinsk behandling og adfærdsterapi). Vi fandt at kunne tilbyde en bedre og mere effektiv behandling ved at følge de opstillede kliniske retningslinjer. Således tilbød vi hurtigere klinisk kontrol efter start af medicinsk behandling og mere regelmæssige kliniske opfølgninger. Endvidere fandt vi en tendens til mere effektiv symptomkontrol.

Børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelse, herunder *attention deficit hyperactive disorder* (ADHD), *attention deficit disorder* (ADD) og *deficits in attention, motor control and perception* (DAMP) behandles i stigende grad med centralstimulerende medicin (cs). Således er antallet af personer, der indløste recept på cs steget fra 1.600 i 1999 til 2.130 i 2000, en stigning på 33% [1]. Hovedparten af disse er børn i alderen 7-15 år med en af ovenstående diagnoser.

I flere end 3.000 artikler, heraf mere end 160 kontrollerede og randomiserede studier har man påvist effekten af cs. [1]. Ligeledes har man i et amerikansk multicenterstudie [2] vist signifikant bedre resultater ved behandling med cs end med intensiv adfærdsterapi (pædagogiske tiltag), specielt mht. speci-

fikke ADHD-symptomer (uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet).

I det daglige arbejde på et børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium er det en almindelig opgave at udskrive cs. Ved projektets start var 38 patienter i behandling med cs. Der forelå ingen regelrette kliniske opfølgninger på disse patienter (**Tabel 1**).

Den medicinske behandling var bredt ud på alle afdelingens læger. Der var ikke egentlige retningslinjer for medicinstart og opfølgning, og ved de kliniske kontroller blev der anvendt forskellige måleinstrumenter (vægt og blodtryksapparat) fra gang til gang.

Da behandling med cs, uden for børne- og ungdomspsykiatriske kredse, ofte betragtes som kontroversiel [1], er det vigtigt at sikre en optimal behandlingsstrategi for disse børn/unge.

Det er dokumenteret, at korrekt udvikling og implementering af kliniske retningslinjer kan forandre klinisk praksis og medføre forbedringer af behandlingen. Dette indebærer, at retningslinjerne er evidensbaserede, opdaterede og lokalt tilpassede [3].

Formålet med vores projekt var på baggrund af litteraturstudier at opstille kliniske retningslinjer for medicinsk behandling med cs. Vi ville således formulere kliniske retningslinjer, der dels byggede på den foreliggende evidens, dels var tilpassede de gældende forhold i ambulatoriet, og således beskrive en praktisk, realistisk gennemførlig standard for behandling med cs.

Metode og materiale

Metode

Projektet forløb i perioden fra den 1. februar 2001 til den 31. juni 2002. Vi fandt flere nationale [1, 4] og internationale retningslinjer [5-7] for behandling med cs. Gennem litteraturstudierne formulerede vi et behandlingsregimen, som vi fandt kunne anvendes direkte i praksis og samtidig byggede på den foreliggende evidens (**Figur 1**).

Diagnosticering

Inden behandlingsstart skal man sikre sig at korrekt diagnose og evt. komorbide symptomer er verificerede. Tilstanden er et klinisk syndrom, der bygger på forstyrrelser inden for områderne: opmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet, svarende til ICD 10-diagnosen: F 90 (hyperkinetisk forstyrrelse) [8]. Endvidere må det kræves, at de beskrevne adfærdsførstyrrelser er gennemgribende, forårsager betydelige vanskeligheder og optræder i mere end en situation [1]. Diagnosen må

VIDENS KAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Opfølgende kontrol.

Patienter i behandling ved projektstart (n=38)	Patienter, der er startet i behandling i projektperioden (n=24)
Tidsforløb fra start til første kontrol	
Gennemsnit: 8,8 mdr. (1-42 mdr.)	Gennemsnit: 3 mdr. (spændvidde 1-5 mdr.) ^b
Median 7 mdr.	Median: 3 mdr.
ikke undersøgt – 2 (5,3%)	
<3 mdr. – 9 (23,7%)	<3 mdr. – 2 (8,3%)
3-6 mdr. – 8 (21,1%)	3 mdr. – 21 (87,5%)
6-12 mdr. – 11 (28,9%)	3-6 mdr. – 1 (4,2%)
>12 mdr. – 8 (21,1%)	
Interval mellem opfølgende kontroller	
Gennemsnit: 8,5 mdr. (3-22 mdr.)	Gennemsnit 5,5 mdr. (1-7 mdr.) ^a
<6 mdr. – 9 (23,7%)	<6 mdr. – 22 (91,7%)
6-12 mdr. – 11 (28,9%)	6-12 mdr. – 2 (8,3%)
>12 mdr. – 8 (21,1%)	>12 mdr. – 0
Ingen opfølgende kontroller – 10 (26,3%)	
(Gennemsnitlig behandlingstid – 19,9 mdr. [8-37 mdr.]	

a) p-værdi ≤ 0,01,

b) p-værdi ≤ 0,001.

derfor bygge på anamnesticke oplysninger fra flere sider (hjem og skole/institution).

Før medicinsk behandling

Med henblik på effektevaluering anvendes DuPauls ADHD-vurderingsskema (DuPaul-skema) [9]. Fjorten spørgsmål vedr. symptomer på uopmærksomhed og impulsivitet scores på en skala fra 0 til 3 (ikke til stede – til stede i høj grad). Der kan scores højst 24 point for både uopmærksomhed og impulsivitet (to spørgsmål indgår i begge scoringer). Skemaerne udfyldes af forældre og skole/institution før behandlingsstart. Ligeledes udfyldes der før behandlingsstart et bivirkningsskema [9] af forældrene, der er de bedste informanter, på trods af at medicineringen hovedsagelig foregår i skoletiden [10]. Da mange af de mulige bivirkninger nemt kan forveksles med de vanskeligheder, der ses ved ADHD, er det ønskværdigt at have et udfyldt bivirkningsskema inden behandlingsstarten.

Start af medicinsk behandling

For at opretholde virkning i 12 timer er det nødvendigt med tre daglige doser [5]. Dosering fremgår af Figur 1. Den anbefalede maksimale dosis er dog ikke afprøvet ved kliniske forsøg [6].

Vi har valgt methylphenidat (Ritalin) som førstevalgspræparat. Dette præparat er det bedst undersøgte og har formentlig færre bivirkninger og reducerer muligvis hyperaktivitet bedre end amfetamin [1].

Opfølgning

Ved hver kliniske kontrol samt ved hver dosisjustering udfyldes såvel et DuPaul-vurderingsskema som et bivirkningsskema. Vægt og højde føres i et vækstskema [11].

Vi finder det vigtigt at fortsætte med rette pædagogiske tilbud i kombination med den medicinske behandling, idet adfærdsbehandling i kombination med medicinsk behandling

Diagnosticering

Anamnese (hjem, skole, børnehave, fritidsordning).
Funktionsneurologisk undersøgelse.
Børnepsykiatrisk undersøgelse, specielt for komorbiditet.
Neuropsykologisk undersøgelse.
Pædagogisk observation.

Før medicinsk behandling

Somatisk undersøgelse, inkl. måling af højde, vægt, blodtryk og puls.
Vurdering af symptomers sværhedsgrad (DAMP-vurderingsskemaer).
Registrering af andre symptomer (bivirkningsskemaer).
Skriftlig og mundtlig information om medicinen.

Medicinsk behandling

Børn >6 år: Start med Tabl. Ritalin 5 mg × 3 dagl. den første uge.
Herefter Tabl. Ritalin 10 mg + 10 mg + 5 mg dagl.
Børn 4-5 år: Start med Tabl. Ritalin 5 mg × 2 dagl.
Børn <4 år: Der anbefales ikke behandling med centralstimulerende midler.

Efterfølgende justeres individuelt til optimal dosering er nået.
Generelt anbefales dog følgende maksimaldoser:
Børn med en vægt på mindre end 25 kg: anbefales maks. 35 mg/dag.
Børn med en vægt på mere end 25 kg: anbefales maks. 60 mg/dag.

Førstevalg er Ritalin. Ved manglende effekt eller uacceptable bivirkninger kan der forsøges med dexamphetamin. Da skal doseringerne være de halve af Ritalindoseringerne.

Efter en uge på fuld dosis (i alt 14 dages behandling, syv dage på halv dosis og syv dage på fuld dosis) udfyldes og indsendes:
– symptomvurderingsskemaer (hjem, skole, børnehave og fritidsordning) – bivirkningsskemaer (forældre).
Efterfølgende telefonisk kontakt til familien mhp. evt. dosisjustering.

Ovenstående procedure gentages til optimal dosering skønnes nået.

Klinisk opfølgning

Klinisk kontrol efter tre måneders behandling.

Efterfølgende kontroller

Hver sjette måned (ukomplicerede forløb).
Ved hver kontrol udfyldes vurderingsskemaer og bivirkningsskemaer.
Somatisk undersøgelse inkl. måling af højde, vægt (føres i vækstskema), blodtryk og puls.

Anden opfølgning

Årlige netværksmøder (forældre, skole, børnehave, fritidsordning, PPR og sagsbehandlere).

Behandlingsophør

Der er ikke nogen konsensus for behandlingsophør. Ved mistanke om manglende effekt eller bivirkninger kan der foretages en placeboafprøvning.

Figur 1. Kliniske retningslinjer.

har betydning for, hvordan barnet vil klare sig socialt [2]. Regelmæssig feedback fra lærere og pædagoger har betydning for behandlingsresultatet [2]. Derfor inddrages disse sammen med PPR-psykologen (psykologisk-pædagogisk rådgivning). Der inviteres rutinemæssigt en gang årligt til et netværksmøde med deltagelse af forældre og relevante parter.

Behandlingsophør

Placeboafprøvninger har vist sig at være værdifulde og effektive ved mistanke om manglende effekt [12]. Placebokontrollerede afprøvninger er dog ikke rutine [6].

Til vurdering af behandlingseffekt anvendes DuPauls vur-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Medicinforbrug (procentvis fordeling).

	Igangværende gruppe (n=38)		Nystartet gruppe (n=24)
	før	efter	
Antal daglige doseringer			
2	41	17	12
3	59	83	88
Daglig dosis			
15-24 mg	41	17	12
25-34 mg	45	45	50
>35 mg	14	38	38
Gennemsnitlig dosis/dag	25,3 mg	30,3 mg	29,0 mg

deringsskala [9]. Skemaerne udfyldes af forældre og skole/institution. For vurdering af behandlingseffekt tages der stilling til de absolutte fald i scoringer for henholdsvis uopmærksomhed og impulsivitet både fra forældre og skole. Medicindosis justeres til klinisk effekt er opnået.

Ved projektets afslutning blev der udsendt et spørgeskema til forældrene til vurdering af tilfredsheden med det nye behandlingstilbud. Der blev udsendt 53 spørgeskemaer (der blev ikke udsendt til de ni patienter, der ophørte med behandlingen i projektperioden).

Til statistiske sammenligninger er anvendt Mann-Whitneys test til sammenligning af to middelværdier.

Materiale

I projektet indgik dels patienter i igangværende behandling dels de i projektperioden nystartede patienter. Alle patienter var i alderen 5-18 år og i et udrednings- og behandlingsforløb på Børne- og ungdomspsykiatrisk Ambulatorium, Amtssygehuset i Esbjerg. Alle patienter i behandling er medtaget i projektet.

Vi foretog journalgennemgang af de patienter, der var i behandling med cs, for at undersøge, om den igangværende behandling og opfølgning var i overensstemmelse med de retningslinjer, vort litteraturstudie gav. Alle patienter, igangværende som nystartede, indgik herefter i det nye behandlingsregimen. Efterfølgende har vi evalueret de kliniske retningslinjer for praktisk anvendelighed og foretaget korrektioner. Evalueringen byggede dels på vore egne erfaringer med hensyn til praktisk gennemførlighed, dels på de tilbagemeldinger vi løbende fik fra patienter, forældre og netværk.

Vi registrerede bl.a. følgende indikatorer: tidsforløb fra start til første kontrol, tidsinterval mellem opfølgende kontroller samt registrering af behandlingseffekt og bivirkninger. Formålet med denne registrering var at undersøge, i hvor høj grad de igangværende behandlinger fulgte de retningslinjer, vi satte os efter litteraturgennemgangen.

Resultater

Med udgangspunkt i ovenstående kliniske retningslinjer fandt vi, at vores behandling kunne optimeres.

Der har ikke regelmæssigt været foretaget opfølgende kontroller. Der er ikke før projektet ført standardiseret kontrol med bivirkninger, og endvidere er udfyldelsen af DuPaul-skemaer inkonstant. Der har ikke rutinemæssigt været afholdt netværksmøder.

Alle patienter, der var i medicinsk behandling efter projektets start, har fulgt de kliniske retningslinjer i Figur 1. Der var ved projektets start 38 patienter i behandling med cs (33 drenge 86,8% og fem piger 13,2%). Gennemsnitlig behandlingstid var 15 måneder (spændvidde: 1-45 måneder). Alder ved medicinstart var gennemsnitlig 9 år og 7 måneder (spændvidde: 4 år og 5 måneder-15 år og 8 måneder), median: 8 år og 7 måneder. Diagnose: F 90.0 - 26 patienter -68%, F 90.1 - ni patienter -24%, F 90.9 - to patienter -5%, F 98.8 - en patient -3%.

Ni patienter ophørte med behandling (fire pga. bivirkninger - mikropsykoser, øget rigiditet, væggtab og mavesmerter; en pga. manglende kompliance, en pga. manglende effekt (ingen fald i scoring på DuPaul-skema), tre seponerede selv medicinen, en syntes ikke længere, at ADHD-symptomerne krævede medicinering, og to ønskede ikke længere behandling, da den ønskede effekt udeblev. Vi har ikke DuPaul-skemaer udfyldt for de tre sidstnævnte på seponeringstidspunktet.

Fireogtyve patienter startede i behandling i projektperioden (21 drenge 87,5% og tre piger 12,5%). Diagnose: F 90.0 - 17 patienter -71%, F 90.1 - fire patienter -17%, F 90.9 - ingen -0%, F 98.8 - tre patienter -12%. Alder ved medicinstart var i gennemsnit ti år (spændvidde: 4 år og 10 måneder-17 år og 10 måneder), median: 8 år og 8 måneder.

Der er ikke nogen signifikant forskel i diagnose, køns- eller aldersfordeling i de to grupper (de igangværende og de nystartede).

Der er en tendens til, at der behandles flere patienter med diagnosen F 98.8 - opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet. Der var således en patient i behandling ved projektstart og tre, der startede i perioden. Samtidig er den igangværende gruppe samlet over 42 måneder, mens de nystartede er samlet over kun 18 måneder. Patienter med diagnosen F 98.8 scorer på DuPaul-skemaerne ikke anderledes end de øvrige børn.

Med udgangspunkt i vore kliniske retningslinjer, fandt vi en signifikant bedring i forhold til opfølgende kontroller, med hyppigere og mere regelmæssige kliniske kontroller (Tabel 1). Ti patienter havde ikke været til opfølgende kliniske kontroller. Den gennemsnitlige behandlingstid for disse patienter var 19,9 måneder (spændvidde: 8-37 måneder).

Vi har øget antallet af daglige doseringer fra to til tre, og samtidig er den gennemsnitlige daglige dosis øget med ca. 5 mg (Tabel 2). Vi fandt efterfølgende en øget effekt ved bedre vurderinger på DuPaul-skemaerne. Som det fremgår af Tabel 3 fandt vi signifikant bedre vurderinger fra både skole og hjem i den gruppe, der startede i behandling i projektperioden. Det fremgår af Tabel 3, at enkelte patienter havde differensscore på 0 på DuPaul-skemaerne.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Der er for alle tale om manglende effekt på enten impulsivitet eller uopmærksomhed i enten hjem eller skole, men effekt på en eller flere subskalaer. Patienterne har på denne baggrund fortsat behandlingen.

Vi måtte før projektstart (en overgangsperiode på tre måneder) indkalde patienterne til kontroller med kortere intervaller end ellers (mellem tre måneder og seks måneder) af hensyn til den praktiske afvikling af de generelle seksmånederskontroller. I praksis oplevede vi, at patienterne (forældrene) fandt det unødvendigt med kontroller hyppigere end hver sjette måned. Dette resulterede bl.a. i flere udeblivelser uden afbud (26% af indkaldelserne i overgangsperioden, mens der kun var udeblivelse i 6,5% af indkaldelserne før projektopstart).

Efterfølgende er antallet af udeblivelser igen faldet til 6% (i projektperioden). Endvidere har vi i en tilfredshedsundersøgelse vist, at 81% af forældrene er tilfredse eller meget tilfredse med et seksmånedersinterval. Spørgeskemaer blev udsendt til alle i behandling. I alt 53 skemaer. Vi modtog svar fra 38 -72%.

Som det fremgår af **Tabel 4** giver forældrene udtryk for tilfredshed med det nye behandlingstilbud. Der udtrykkes stor tilfredshed med den medicinske behandling. Mindre end to tredjedele af forældrene var tilfredse med den givne information om andre (ud over medicin) behandlingstilbud til deres barn.

Diskussion

Ved litteraturgennemgangen fandt vi, at et grundigt udført medicinsk behandlingsregimen har vist sig at være mere effektivt end adfærdsterapi og næsten lige så effektivt som kombinationsbehandling (systematisk medicinsk behandling og adfærdsterapi). Endvidere overgår denne behandling også ikkesystematisk medicinsk behandling [2]. På denne baggrund fandt vi at kunne tilbyde en bedre og mere effektiv behandling ved at følge de i Figur 1 nævnte retningslinjer. Således tilbyder vi hurtigere klinisk kontrol efter start af medicinsk behandling og mere regelmæssige kliniske opfølgninger (Tabel 1).

På DuPauls symptomvurderingsskemaer fandt vi et større fald i score for den nystartede gruppe end for den igangværende gruppe (Tabel 3). Denne forskel er signifikant. Vi kan ikke konkludere ud fra disse resultater, da vi dels ikke har et randomiseret kontrolleret forsøgsdesign, og studiepopulationen dels er lille. Tendensen kan imidlertid tyde på, at vi

Tabel 3. DuPaul-vurderingsskemaer.

	Igangværende gruppe (n=38)			Nystartet gruppe (n=24)		
	før beh.	efter beh.	differens (%)	før beh.	efter beh.	differens (%)
Uopmærksomhed						
Skole	17,4 (6-24)	9,0 (1-22)	48,3 (0-87,5)	19,5 (14-24)	8,1 (0-17)	58,5 ^a (29,2-100)
Hjem	17,1 (12-22)	10,5 (3-18)	38,6 (0-71,4)	17,8 (11-24)	7,2 (2-14)	59,0 ^a (18,8-91,0)
Impulsivitet						
Skole	16,7 (0-24)	10,2 (0-18)	38,9 (0-100)	18,2 (13-23)	9,0 (0-17)	51,0 ^a (6,3-100)
Hjem	16,6 (9-22)	11,5 (0-19)	30,7 (0-100)	16,7 (5-24)	8,0 (0-17)	47,9 ^a (6,3-100)

a) $p \leq 0,01$, igangværende sammenlignet med nystartet gruppe.

med et mere systematisk behandlingstilbud kan opnå en større symptomkontrol. Størst forskel fandt vi ved forældrenes vurdering. Dette kan skyldes, at vi generelt har øget antallet af daglige doseringer fra to til tre. Herved får barnet også virkning af medicinen uden for skoletid.

Som det fremgår af resultaterne, ser vi i nogle tilfælde, at behandlingen ikke resulterer i lavere score på vurderingsskemaerne. I disse tilfælde er der dog kun »manglende« effekt på et af de fire adspurgte områder (enten impulsivitet eller uopmærksomhed i enten hjem eller skole). Vi kan ikke fremkomme med konkret talstørrelse for, hvornår et fald på vurderingsskemaerne er stort nok til, at man kan tale om god effekt af behandlingen, men vi vurderer behandlingseffekten vha. vurderingsskemaerne sammen med det generelle indtryk hos forældrene og i skolen/institutionen.

Der kan stilles spørgsmål ved, om halvårige opfølgende kontroller er tilstrækkelige. I MTA-studiet anvendte man i protokolforløbet månedlige opfølgninger [2]. Der er i litteraturen ikke fundet et entydigt svar på dette. I praksis er månedlige opfølgende kontroller formentlig ikke mulige af resourcemæssige årsager. I vor undersøgelse antydes, at halvårige kontroller er tilstrækkeligt i de fleste tilfælde. Det kan dog i nogle situationer være nødvendigt med hyppigere kontroller f.eks. ved dosisjusteringer. Vi konkluderer dog, at såfremt der ikke er problemer i forhold til behandlingen, er det tilstrækkeligt med halvårige kontroller.

Tabel 4. Tilfredshedsundersøgelse blandt forældre.

	Meget tilfreds/ tilfreds (%)	Hverken tilfreds eller utilfreds (%)	Utilfreds/ meget utilfreds (%)
Hvor tilfreds er I med den medicinske behandling?	95	5	0
Hvor tilfreds er I med tidsintervallerne mellem kontrollerne?	82	13	5
Hvor tilfreds er I med den givne information om:			
A: jeres barns diagnose?	79	13	8
B: behandlingsmulighederne af barns vanskeligheder?	61	31	8
Hvor tilfreds er I med tilgængeligheden til behandleren vedr. den medicinske behandling:			
A: telefonisk?	82	13	5
B: personlig kontakt?	95	5	0
Hvor tilfreds er I med ambulatoriets samlede behandlingstilbud?	87	8	5

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Erfaringerne med minimum et årligt netværksmøde er gode. Disse har sikret, at behandlingen følges op i alle sammenhænge, hvori barnet indgår. Samtidig giver det mulighed for vigtig information, der ikke fremgår af de udfyldte vurderingsskemaer. Ligeledes gives der mulighed for diskussion af og information om andre behandlingstiltag i primærsektoren.

Som udgangspunkt behandles patienter med ICD-10-diagnosen F 90.x. Vi oplever dog, at også børn med andre opmærksomhedsforstyrrelser (opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet - F 98.8) i nogle tilfælde kan have gavn af medicin.

Det er en svaghed i studiet, at der ikke er foretaget en forældretilfredshedsundersøgelse før omstrukturering af behandlingen.

Vi har efterfølgende implementeret ovennævnte behandlingsinstruks som rutine i cs-behandlingen. Af hensyn til kontinuiteten varetages behandlingen af disse patienter af et behandlerteam, der p.t. består af to børnepsykiatriske sygeplejersker og en læge. Ligeledes varetages alle spørgsmål om medicin, udskrivning af medicin og toldattester mv. af dette team.

Vi mener med ovenstående at have fundet en behandlingsstrategi, der lever op til kravet om evidens og samtidig er praktisk gennemførlig med de gældende resurser.

Korrespondance: *Allan Hvolby*, Børne- og ungdomspsykiatrien, Amtssygehuset i Esbjerg, DK-6715 Esbjerg N.

Antaget: 22. august 2003
Interessekonflikt: Ingen angivet

Taksigelse: Fru C. Hermansens mindelegat takkes for økonomisk støtte til gennemførelse af projektet.

Litteratur

1. Dalsgaard S, Hove PH. Evidensbaseret behandling af ADHD/DAMP-børn og unge med centralstimulerende medicin. *Ugeskr Læger* 2001;163:1116-20.
2. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomised clinical trial of treatment strategies for Attention-Deficit/Hyperactive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073-86.
3. Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T. Overvågning og forbedring af lægefaglige kerneydelser. *Ugeskr Læger* 1999;161(suppl 12).
4. Referenceprogram vedr. DAMP hos børn. Særdugave; Kompetenceprojektet om DAMP. Dampinformation nr. 10, 2000.
5. AACAP official action. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescent, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(suppl 2).
6. Taylor E, Sergeant J, Doepfner M et al. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *Eur Child Adolesc Psych* 1998;7:184-200.
7. Taylor E. Development of clinical services for Attention-Deficit/Hyperactive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1097-9.
8. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder: diagnostic criteria for research. Genève: World Health Organization, 1993.
9. Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactive Disorder, a clinical workbook. New York: Guilford Publications, Inc., 1998.
10. Greenhill L, Swanson J, Vitiello B et al. Impairment and deportment responses to different methylphenidate doses in children with ADHD: The MTA Titration Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;2:180-7.
11. Lindgren G, Aurelius G, Tanner JM et al. Standards for height, weight and head circumference from one month to six years based on Stockholm children born in 1980. *Acta Paediatrica* 1994;83:360-6.
12. Kent MA, Camfield CS, Camfield PR. Double-blind methylphenidate trials. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:1292-6.

Forskning i effekten af alternativ behandling

Lægers holdning

Cand.scient.san. Sine Skovbjerg Jakobsen &
Cand.scient.san. Annette Hallum Knudsen

Aarhus Universitet, Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse

Resumé

Introduktion: En stigende andel af befolkningen anvender alternative behandlingsformer. For at lægerne kan gå i dialog med patienterne om effekten af alternativ behandling, må effekten undersøges videnskabeligt, og derfor har formålet med nærværende undersøgelse været at: 1) afdække hvorvidt lægerne mente, at der burde forskes i effekten af alternativ behandling, 2) undersøge om lægerne stillede krav til, hvilke forskningsmetoder der skulle anvendes, før de ville bruge forskningsresultaterne og 3) undersøge hvorvidt lægerne mente, at forskning i alternativ behandling ville kunne åbne mulighed for et fremtidigt samarbejde mellem læger og alternative behandlere.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en tværsnitsundersøgelse

blandt 600 tilfældigt udvalgte danske læger. Der blev anvendt spørgeskema. Svarprocenten var på 59.

Resultater: Lægerne var positive over for forskning i effekten af zoneterapi og akupunktur. Mere end tre fjerdedele af lægerne lagde stor vægt på, at den klinisk kontrollerede undersøgelse blev anvendt til vurdering af effekten af alternativ behandling. Såfremt en behandlingseffekt kunne påvises, var 56% af lægerne positive over for et fremtidigt samarbejde med alternative behandlere.

Diskussion: At læger er positive over for forskning i effekten af zoneterapi og akupunktur er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser på området og kan begrundes med, at disse to alternative behandlingsformer allerede har været i berøring med det danske sundhedsvæsen.

En stigende andel af den danske befolkning benytter alternativ behandling. En undersøgelse foretaget af Statens Institut for Folkesundhed i 2000 viste, at der nu var 44% af befolkning