

BEHANDLINGSVEJLEDNING

ADHD

START AF BEHANDLING

Speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri må igangsætte behandling med ADHD-medicin.

BØRN OG UNGE

Udredning af ADHD hos børn og unge er tværfaglig og tværsektoriel og inkluderer*:

- Klinisk interview med anamnese.
- Anvendelse af standardiseret rating-scales (ADHD-RS fra flere miljøer).
- Oplysninger fra skole/daginstitution eller observation af barnet i et af disse miljøer.
- Somatisk undersøgelse ved læge.
- Psykologisk undersøgelse.

Sværhedsgrad af ADHD er i DSM-5 baseret på en klinisk vurdering af antal af symptomer sammenholdt med graden af funktionsnedsættelse:

- Få symptomer og mindre funktionsnedsættelse = **mild** ADHD.
- Mange symptomer og svær funktionsnedsættelse = **svær** ADHD.
- Symptomer og funktionsnedsættelse herimellem = **moderat** ADHD.

Start af medicinsk behandling hos børn og unge

- Anvend medicin ved **svær** ADHD hos børn og unge (6-17 år), såfremt ikke-medicinske tiltag har utilstrækkelig effekt.
- Det er god praksis at overveje medicinsk behandling til børn og unge med **moderate** symptomer og betydelig varig funktionsnedsættelse for flere domæner, såfremt ikke-medicinske tiltag har utilstrækkelig effekt.
- Anvend ikke medicinsk behandling til børn og unge med **mild** ADHD.
- Anvend kun efter nøje overvejelse medicin ved svær ADHD hos **børn under 6 år**, hvor ikke-medicinske tiltag har utilstrækkelig effekt (højt specialiseret afdeling).

VOKSNE

Udredning af ADHD hos voksne inkluderer*:

- Klinisk interview og grundig anamnese med anvendelse af semistruktureret spørgeguide (fx DIVA 2.0).
- Anvendelse af rating scale udført af den voksne selv (ASRS v.1.1).
- Somatisk undersøgelse ved læge.

Start af medicinsk behandling hos voksne

- Anvend medicin ved ADHD hos voksne med betydelig funktionsnedsættelse.
- Øvrige støttende tiltag kan ikke udelades ved valg af medicinsk behandling.

* Se Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer for hhv. børn og unge (2014) og voksne (2015).

VALG AF 1. PRÆPARAT

Valg af lægemiddel

- Start med methylphenidat.
- Overvej at starte med atomoxetin:
 - Hvis methylphenidat er kontraindiceret.
 - Ved comorbid angst eller depression.
 - Ved behov for døgndækkende effekt.
 - Ved risiko for misbrug af methylphenidat hos patienten selv eller pårørende.

Gravide og ammende

- Anvend methylphenidat ved tvingende behov for medicinsk behandling.
- Anvend ikke andre former for ADHD-medicin.

Valg af methylphenidatpræparat

- Optitrer evt. til optimal dosis med korttidsvirkende methylphenidat.
- Anvend/skift til det langtidsvirkende præparat, som passer bedst til patienten mht. tid til indsættende effekt og virkningsvarighed. Suppler, om nødvendigt, evt. med korttidsvirkende methylphenidat om morgenen eller sidst på eftermiddagen.
- Vær opmærksom på, om barnet kan sluge depot-tabletten (må aldrig knuses eller tygges. Kun nogle kan åbnes og opslemmes).

DOSISØGNING

Dosisøgning foretages af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri eller efter konkret aftale og i samråd hermed.

Dosisøgning udover produktresuméets max. dosis skal altid foregå i psykiatrisk regi.

- Der er stor individuel variation i dosis respons. Ved manglende effekt af en veltålt behandling kan man derfor forsøge at øge dosis (jf. tabellen).
- Vær opmærksom på, at et tilsyneladende behov for større doser kan skyldes, at bivirkninger til medicinen (fx hyperaktivitet) fejlagtigt bliver fortolket som mangelfuld respons med risiko for yderligere dosisøgning.
- Behov for doser, som overstiger max. dosis angivet i produktresuméerne skal altid udredes grundigt mhp. afdækning af eventuelt misbrug.
- For dexamfetamin, lisdexamfetamin og guanfacin er der ikke basis for at anbefale doser udover produktresuméets angivne max. doser for hverken børn eller voksne.

	BØRN OG UNGE		VOKSNE	
	Anbefalet max. dosis pr. dag		Anbefalet max. dosis pr. dag	
	RADS*	Produktresumé	RADS*	Produktresumé
Methylphenidat	2,1 mg/kg eller 90 mg	60 mg	100 mg	80 mg
Atomoxetin	1,8 mg/kg eller 120 mg	100 mg	120 mg	100 mg

*Anbefalingerne for max. dosis er i overensstemmelse med NICE

SKIFT AF BEHANDLING

Speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri må foretage skift til andet lægemiddel eller evt. iværksætte kombinationsbehandling.

- Genovervej diagnosen, hvis der er manglende respons trods dosisøgning.
- Vælg skift til atomoxetin, dexamfetamin eller lisdexamfetamin afhængigt af, hvad der var årsag til behovet for præparatskift.
- Vær hos børn opmærksom på, om barnet kan sluge præparatet, der skiftes til.
- Skift til atomoxetin ved udtalte søvnevanskeligheder eller nedsat appetit ved behandling med methylphenidat, samt ved behov for døgndækkende behandling eller misbrug.
- Ved misbrug af methylphenidat, lisdexamfetamin eller dexamfetamin seponerer man dette og skifter direkte over til atomoxetin.
- Skift til dexamfetamin eller lisdexamfetamin, hvis der var god effekt af methylphenidat, men uacceptable bivirkninger heraf.
- Overvej guanfacin til patienter, som oplever forværring i tics eller markant øgning af puls og blodtryk ved behandling med et af de øvrige lægemidler.

Kombinationsbehandling

- Genovervej diagnosen, hvis der er manglende respons trods afprøvning af minimum to forskellige lægemidler.
- Forsøg evt. kombinationsbehandling med centralstimulantia og atomoxetin, eller guanfacin, hvis der har været utilstrækkelig effekt af minimum to afprøvede lægemidler.
- Vær særlig opmærksom på bivirkninger, da der ikke foreligger god evidens for effekt og tolerabilitet af kombinationsbehandling.

COMORBIDITET

Dokumenteret effekt

Effekten af ADHD-medicin på *ADHD-symptomerne* er dokumenteret hos:

- **børn** med comorbide affektive lidelser, autisme, adfærdsforstyrrelse, tics lidelser, epilepsi og muligvis også ved misbrug.
- **voksne** med social angst eller lav grad af personlighedsforstyrrelse.

Psykosser og affektive lidelser

- Patienter med bipolar lidelse (type I og II), svær depression eller skizofreni skal være velbehandlede, før man starter evt. ADHD-medicin.
- Vær opmærksom på, at CNS-stimulerende medicin kan forværre angst, depression, bipolar lidelse og psykosser.

Misbrug

- Effekten af ADHD-medicin hos personer med amfetamin og kokainmisbrug er tvivlsom. Det gælder både effekten på ADHD-symptomerne og selve misbruget.
- Patienter med misbrug skal starte misbrugsbehandling og reducere misbrug mest muligt før evt. behandling med ADHD-medicin.

Personlighedsforstyrrelser

- Effekten af ADHD-medicin på ADHD-symptomer ved comorbide svære personlighedsforstyrrelser er tvivlsom.
- Overvej ved stabil og lav grad af personlighedsforstyrrelse (især cluster B fx emotionel ustabil personlighedsstruktur impulsiv og borderline type) at behandle ADHD-lidelsen først, da psykoterapi ofte vil have en større chance for at virke herefter.

KOMBINATION MED ANDRE PSYKOFARMAKA

- Kombiner ikke antipsykotika (fx risperidon) og ADHD-medicin rutinemæssigt til at dæmpe aggression hos børn med lav IQ eller adfærdsforstyrrelse, da antipsykotika i sig selv har risiko for bivirkninger.
- Kombiner ikke SSRI og ADHD-medicin rutinemæssigt, da tillæg af SSRI ikke synes at bedre angst eller depressive symptomer.
- Kombiner ikke SSRI og atomoxetin, da der er set klinisk relevant stigning i blodtryk og hjertefrekvens, men ikke bedre effekt.
- Vær opmærksom på en potentiel risiko for QTc-forlængelse ved kombination af atomoxetin og andre lægemidler med QTc-forlængende virkning (antipsykotika, visse antidepressiva).

OPFØLGNING

Alment praktiserende læger må varetage receptfornyelse og kontrol af behandling med ADHD-medicin hos både børn og voksne, efter at der er foretaget optitrering til bedste dosis, og i henhold til en konkret aftale og plan fra hhv. speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller psykiatri (skal fremgå af patientjournalen).

Patienter i kombinationsbehandling eller i behandling med doser, der overskrider produktresuméet, bør følges i psykiatrisk regi.

BØRN OG UNGE

- Vurder effekt og bivirkninger af medicinen hver ½ år og tag stilling til den fortsatte terapi.
- Anvend den standardiserede ratingscale **ADHD-RS** til vurdering af effekt.
- Anvend et bivirkningsskema til systematisk vurdering af bivirkninger.
- Mål højde, vægt, puls og blodtryk og vurder, om det afviger fra normalværdierne.
- Rutineblodprøver og EKG anbefales ikke, men relevans herfor skal løbende vurderes ift. alder, helbredstilstand og øvrig medicinering.
- Vurder behovet for psykosocial og uddannelsesmæssig støtte til patient og familie.
- Revurder comorbide tilstande, som behandles eller viderehenvises, hvis det er nødvendigt.
- Fortsæt behandlingen, så længe der er klinisk effekt vurderet på oplysninger fra barn/ung, familie og skole.

VOKSNE

- Vurder effekt og bivirkninger af medicinen mindst **én** gang årligt og tag stilling til den fortsatte terapi.
- Anvend ratingscale **ASRS** til vurdering af symptomer ved behandlingsstart, og når det vurderes klinisk relevant.
- Mål bivirkninger i form af ændringer i BT, puls og vægt.
- Rutineblodprøver og EKG anbefales ikke, men relevans herfor skal løbende vurderes ift. alder, helbredstilstand og øvrig medicinering.
- Vurder behovet for psykosocial og erhvervmæssig støtte til patient og evt. pårørende.
- Revurder comorbide tilstande, som behandles eller viderehenvises, hvis det er nødvendigt.
- Fortsæt behandlingen, så længe der er klinisk effekt vurderet på oplysninger fra patienten, samt evt. familie, støttepersoner eller personale fra institution.

SEPONERING

- Seponer medicinen straks ved alvorlige bivirkninger.
- Pausér medicinen ved tvivl om effekt eller svære bivirkninger mhp. stillingtagen til seponering eller evt. skift til anden medicin.
- Ved tvivl om fortsat behov for medicin hos unge voksne anbefales seponeringsforsøg omkring 25 års alderen, hvor hjernen anses for færdigudviklet, mange har gennemført uddannelse, er flyttet hjemmefra mv.
- Varigheden af pausen er ca. en måned for med sikkerhed at skelne mellem rebound symptomer og tilbagefald.
- Genoptag behandlingen tidligere, hvis patienten ikke er i stand til at undvære medicin i en måned pga. recidiv af symptomer.