

Medicinsk behandling af ADHD hos voksne

Kriterier for opstart af medicinsk behandling er tæt forbundet med diagnosekriterierne. Opstart af behandling forudsætter, at udredning for ADHD stringent følger [Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper \(DMPG\)s retningslinjer](#).

Udredning og diagnostik omfatter:

- Semistrukeret diagnostisk interview rettet specifikt mod ADHD-symptomatologi, fx DIVA-5.
- Dokumentation af patientens funktionsniveau på centrale områder, fx familie/relationer, arbejde/uddannelse, færdigheder, selvforståelse, socialt og risikoadfærd.
- Vurdering af øvrig psykopatologi og psykosociale belastninger.
- Bred udviklingsanamnese med inddragelse af pårørende, der kan give relevante oplysninger om patientens livsforløb, herunder om der har været varige og betydelige symptomer fra før 12-årsalderen (dvs. voksne der kendte patienten som barn).
- At opstarte behandling uden forsøg på at indhente tredjehåndsuplysninger er en afvigelse fra god klinisk praksis og vil føre til diagnostisk usikkerhed.
- Overvejelser om eventuelle komorbide lidelser bedre kan forklare symptomerne.
- Afvigelser fra ovenstående praksis bør dokumenteres og begrundes udførligt i patientens journal.

Opstart af medicinsk behandling hos voksne

- Overvej medicinsk behandling til voksne med ADHD med væsentlig funktionsnedsættelse i flere livsområder på grund af ADHD-symptomerne.
- Supplér med non-farmakologiske tiltag såsom psykoterapeutiske og pædagogiske indsatser.

Den klinik, der stiller diagnosen, bør også være ansvarlig for opstart af medicin samt for monitorering af effekt, bivirkninger og funktionsændringer, indtil patienten har været i stabil medicinering i mindst 3 måneder på samme dosis og præparat og ikke har haft behov for tæt opfølgning.

EKG

For patienter uden risikofaktorer for forlænget QTc og proarytmi gælder:

- Centralstimulantia eller guanfacin: Ikke behov for EKG
- Atomoxetin: Kan opstartes uden forudgående EKG

Om Medicinrådets behandlingsvejledning

Denne behandlingsvejledning er en kort opsummering af Medicinrådets praktiske anbefalinger for brug af ADHD-medicin. Den er målrettet praktiserende psykiatere, som varetager medicinsk behandling af ADHD hos voksne. Baggrund for anbefalingerne kan ses i Medicinrådets evidensgennemgang vedr. ADHD-medicin, som kan findes på medicinraadet.dk (søg på ADHD).

Algoritme for behandling af ADHD hos voksne

Overvej om **psykiatrisk komorbiditet eller misbrug** bør medføre anden behandling

- Behandling af den mest belastende og fremtrædende lidelse har førsteprioritet.
- Behandling med centralstimulantia kan i nogle tilfælde forværre anden psykisk lidelse (specielt angsttilstande, depression, bipolar lidelse og psykoser). I andre tilfælde kan ses en forbedring af komorbide tilstande, når den grundlæggende ADHD behandles.
- Opmærksomhedsforstyrrelser og andre kognitive symptomer kan debutere ved anden psykiske lidelse.

Overvej non-farmakologiske tiltag

Non-farmakologisk behandling kan overvejes til voksne der ikke får ADHD-medicin eller i tillæg farmakologisk behandling.

Opstart af farmakologisk behandling

1. valg er **methylphenidat** (vælg det billigste præparat med depot/modificeret udløsning).
Overvej **atomoxetin** som 1. valg i særlige tilfælde*

Mangelfuld effekt?

1. Dosisøgning af **methylphenidat** (max 100 mg/dag)**
2. Evt. skift til anden formulering af **methylphenidat**
3. Efter mindst 6 uger: Skift til et af følgende (uprioriteret rækkefølge):

atomoxetin (max 120 mg)**
dexamfetamin³ (max 40 mg)
lisdexamfetamin (max 70 mg)

Uacceptable bivirkninger?

Vælg, afhængig af de oplevede bivirkninger, et af følgende:

atomoxetin
Dexamfetamin***
lisdexamfetamin

Fortsat mangelfuld effekt og/eller bivirkninger

Revurdér patienten ved manglende effekt trods behandling med mindst to forskellige lægemidler.

Overvej **guanfacin**³ som monoterapi (fx ved blodtrykstigning eller vægttab) eller i evt. kombination med et centralstimulantia

* Overvej atomoxetin som 1. valg:

- Ved risiko for misbrug af methylphenidat eller andre centralstimulantia hos patienten selv eller pårørende.
- Til udvalgte patienter, som har øget sansefølsomhed overfor udsving i effekt i løbet af dagen (kan fx give voldsom adfærd eller emotionelle symptomer ved komorbid autisme, mental retardering, angst eller OCD).

** Dosis overstiger anbefalede doser i det godkendte produktresumé og skal derfor kun foregå i psykiatriske regi.

*** Dexamfetamin og guanfacin er ikke godkendt til voksne og behandlingen er derfor off-label.

Fleksibel dosering

- Overvej muligheden for fleksibel dosering af centralstimulantia (methylphenidat, dexamfetamin, lisdexamfetamin) tilpasset patientens behov (fx ekstra medicin i forbindelse med faste eller vekslende aktiviteter eller pausering af medicin i weekend).
- Aftal en plan med patienten om, hvordan fleksibel dosering benyttes.
- Informer patienten om, at være særlig opmærksom på effekt og bivirkninger i forbindelse med fleksibel dosering – især hvis det involverer indtagelse af alkohol.
- Anvend **ikke** fleksibel dosering for atomoxetin og guanfacin.

Dosisøgning til maxdoser udover produktresumé

- Overvej at øge dosis indtil de anbefalede maximale doser (se algoritmen), hvis der er mangelfuld effekt af en veltålt behandling.
- Vær opmærksom på, at symptomer som fx hyperaktivitet kan være bivirkninger af medicinen, der bør føre til dosisreduktion og ikke yderligere dosisøgning.
- Vær opmærksom på, om behovet for højere doser kan skyldes misbrug (skal udredes).

Afprøv evt. methylphenidat i en anden formulering

- Nogle patienter med utilstrækkelig behandlingsrespons eller rebound kan have gavn af at skifte til et methylphenidat-præparat med en anden udløsningsprofil.
- Ved behov for dækning i hele vågenperioden (16 timer), kan der være behov for at fordele doseringen for præparater med forlænget virkningstid på to doser eller evt. supplere med almindelige korttidsvirkende tabletter.

Kombinationsbehandling med lægemidler fra forskellige klasser

Medicinrådet anbefaler generelt ikke kombinationsbehandling.

- Kombinationsbehandling med centralstimulantia og guanfacin kan afprøves i psykiatrisk speciallægeregi efter afprøvning af flere (mindst to) forskellige lægemidler.

Hvis alle andre behandlingsmuligheder er udtømt, kan andre kombinationer af et centralstimulerende og ikke-centralstimulerende lægemiddel (fx methylphenidat og atomoxetin) evt. forsøges under nøje overvejelse i psykiatrisk regi og med skærpet opmærksomhed på bivirkninger.

Revurder patienten

Hvis der fortsat ikke ses nogen relevant effekt på symptomerne, trods behandling med minimum to forskellige lægemidler, bør psykiateren revurdere diagnosen, herunder psykopatologi og de sociale rammer med henblik på, om evt. anden diagnose eller andre forhold bedre forklarer patientens symptomer/udfordringer eller der er behov for at iværksætte eller intensivere anden behandling eller støttetiltag.

Monitorering af behandling

- Psykiateren skal fastlægge en behandlingsplan¹ med mål for behandlingen sammen med patienten.
- Opfølgning på effekt og bivirkninger bør ske efter hver dosisjustering og indtil behandlingsmålet er nået.
- Patienten skal have haft stabil virkning og acceptable bivirkninger i minimum 3 måneder på en given dosis, før behandlingen kan overgå til egen læge. Dette vil i praksis ofte tage omkring 6-12 måneder at opnå.
- Generel opfølgning på effekt og bivirkninger minimum 1 gang årligt (herunder måling og vurdering af blodtryk, puls og vægt).
- Ved behandling med centralstimulantia skal patienten² fremmøde til kontrol minimum hver 6. måned.
- Ved manglende effekt bør behandling og indikation revurderes.

Afslutning til almen praksis

Patienten skal:

- Fremstå med hensigtsmæssig respons på den iværksatte behandling
- Ikke have behov for større medicinændringer i den kommende tid
- Være screenet for bivirkninger
- Forventes at kunne indgå i forløb hos overtagende læge
- Ikke have haft behov for opsøgende indsatser op til overgangen til egen læge

Epikrisen skal indeholde symptomer forud for behandlingsopstart, plan for den fortsatte behandling, herunder evt. forslag til dosisjustering.

Behandling af ældre (> 65 år) med ADHD-medicin

- Meget begrænset evidens.
- Større følsomhed over for bivirkninger (fx søvnløshed, appetittab, vægttab, angst), og risiko for interaktioner med anden medicin.
- Hyppigere forekomst af kardiovaskulære hændelser (stigning i puls og blodtryk, hjertesvigt og arytmi).

Ved opstart af behandling med ADHD-medicin hos ældre over ca. 65 år gælder:

- Kriterierne for opstart af behandling er opfyldt og under hensyntagen til de begrænsninger, der er i forhold til verificering af diagnosen. (Symptomer inden 12-årsalderen og indhentning af tredjehåndsinformation)
- Start med lavere dosis og optitrer langsommere (start low – go slow).
- Tættere monitorering af blodtryk og puls, EKG ved risikopatienter samt vægt, søvn og kognition.
- Større opmærksomhed på interaktioner med anden medicin.

Behandling startet før 65-årsalderen kan fortsætte med øget opmærksomhed på ovenstående punkter.

1. Sundhedsstyrelsens [Vejledning om ordination af afhængighedskabende lægemidler](#)

2. Sundhedsstyrelsen [Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser](#)

Graviditet og amning³

Forudsat, at læge i samråd med patienten har afvejet behovet for fortsat medicinsk behandling og evt. dosisreduktion er overvejet:

Graviditet

- Methylphenidat foretrækkes, alternativt kan lisdexamfetamin, dexamfetamin eller atomoxetin anvendes.

Amning

- Methylphenidat og atomoxetin kan anvendes under amning, da kun en begrænset mængde udskilles i mælken.
- Øvrig ADHD-medicin bør ikke anvendes under amning pga. utilstrækkelige data.

Seponering

- Forsøg seponering i en periode, hvor patientens livssituation er stabil.
- Spørg ind til patientens oplevelser under eventuelle medicinpauser.
- Vær opmærksom på, om der er tale om seponeringssymptomer eller relaps af symptomer.

Relaps – taler for fortsat behov for medicin:

- Tilbagevenden af ADHD-symptomerne, som patienten oplevede dem før behandling blev påbegyndt.

Seponeringssymptomer – taler imod fortsat behov for medicin:

- Indsætter hurtigt (efter få timer/dage) og svinder hurtigt (indenfor få timer eller efter medicinen genoptages).
- Ofte mere intense symptomer end før den medicinske behandling.
- Irritabilitet, træthed eller humørsvingninger, som kan variere betydeligt i deres udtryk.

Hvordan seponeres behandlingen?

Seponering ved alvorlige bivirkninger:

- Methylphenidat, dexamfetamin, lisdexamfetamin eller atomoxetin: Behandlingen bør straks seponeres.
- Guanfacin seponeres hurtigst muligt med opmærksomhed på blodtryksstigning.

Seponering med henblik på at revurdere fortsat behov for medicinsk behandling:

- Methylphenidat, dexamfetamin og lisdexamfetamin kan seponeres uden aftrapning.
- Atomoxetin kan i de fleste tilfælde seponeres brat. Ved doser > 80 mg kan det være hensigtsmæssigt at aftrappe behandlingen.
- Guanfacin nedtrappes med højst 1 mg hver 3.-7. dag. Blodtryk og puls overvåges.
- Det er god klinisk praksis at evaluere resultatet af dosisreduktion eller seponering efter 1 måned, for med sikkerhed at skelne mellem seponeringssymptomer og tilbagevendende ADHD-symptomer.
- Genoptag behandlingen efter 1 måned, hvis patienten oplever recidiv af ADHD-symptomer og ønsker at genoptage behandlingen og evt. tidligere, hvis patienten ikke kan undvære medicin.

3. [Opdatering i Retningslinjer vedr. Psykofarmakologisk behandling under graviditet og amning - Dansk Psykiatrisk Selskab](#)