

Medicinsk behandling af ADHD hos børn og unge

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:

- Grundig anamnese med beskrivelse af symptomer på tværs af kontekster
- Bred psykopatologisk screening af både ADHD og evt. psykiatrisk komorbiditet
- Somatisk undersøgelse
- Indhentning af oplysninger om barnets/den unges dagligdag i institution/skole
- Vurdering af kognitivt niveau
- ADHD-symptomerne kan rates ved spørgeskema (fx ADHD-RS).
- ADHD symptomerne skal medføre en væsentlig og vedvarende funktionsnedsættelse i flere domæner.

Opstart af medicinsk behandling

Børn under 6 år

- Anvend ikke ADHD medicin til børn under 4 år.
- Anvend kun efter nøje overvejelse medicin hos børn i alderen 4-5 år på afdeling med godkendt specialefunktion, såfremt relevante pædagogiske indsatser og forældretræning ikke har den ønskede effekt.

Børn og unge 6-17 år

- Speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri må igangsætte behandling med ADHD-medicin.
- Anvend ADHD-medicin, i supplement til non-farmakologiske behandlingstiltag, hos børn og unge (6-17 år) med ADHD og væsentlig funktionsnedsættelse, såfremt non-farmakologiske behandlingstiltag har utilstrækkelig effekt.

Den klinik, der opstarter evt. medicin bør følge patienten under optrapning indtil medicineringen har været stabil i mindst 6 måneder på samme præparat, og der ikke har været behov for tæt opfølgning.

Om Medicinerådets behandlingsvejledning

Denne behandlingsvejledning er en kort opsummering af Medicinerådets praktiske anbefalinger for brug af ADHD-medicin. Den er målrettet praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, som varetager medicinsk behandling af ADHD hos børn og unge. Baggrund for anbefalingerne kan ses i Medicinerådets evidensgenngang vedr. ADHD-medicin, som kan findes på medicineradet.dk (søg på ADHD).

Algoritme for behandling af ADHD hos børn og unge

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 sekundær sygdom, når den grundlæggende ADHD behandles.
- Opmærksomhedsforstyrrelser og andre kognitive symptomer kan debutere ved anden psykisk lidelse.

Non-farmakologiske tiltag er altid førstevalgsbehandling

Ved utilstrækkelig effekt kan farmakologisk behandling opstartes som supplement til non-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 2,1 mg/kg el. 90 mg per 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) **

dexamfetamin (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 fortsat manglende effekt trods behandling med mindst to forskellige lægemidler.

Overvej **guanfacin** som monoterapi (fx ved blodtryksstigning eller vægttab) eller i 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 de anbefalede doser i det godkendte produktresumé og skal derfor kun foregå i psykiatrisk regi.

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).

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

Børne-ungepsykiateren skal fastlægge en behandlingsplan¹ med mål for behandlingen i samarbejde med den unge/forældrene til barnet. Efter hver dosisjustering skal behandlingen vurderes, indtil behandlingsmålet er opnået.

Såfremt der foreligger en regional aftale, kan børn og unge i stabil medicinering (mindst 6 måneder) i nogle tilfælde afsluttes til videre kontrol hos egen læge, såfremt denne har sagt god for at varetage den videre behandling. (afsnit fortsættes på næste side)

¹ Sundhedsstyrelsens [Veiledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser](#)

Monitorering af effekt og bivirkninger omfatter:

- Patienten skal ses minimum hver 6. måned² med vurdering af effekt og bivirkninger og fortsat behov for medicin.
- Måling og vurdering af blodtryk, puls, højde og vægt ved hver kontrol.
- EKG før opstart af atomoxetin og igen efter optitrering til forventet vedligeholdelsesdosis.
- EKG bør ikke tages rutinemæssigt ved brug af de centralstimulantia eller guanfacin.
- Ved manglende effekt bør behandling og indikation revurderes.

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 blodtrykstigning.

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.

² Sundhedsstyrelsens [Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler](#)