

ADHD - handläggning och behandling inom barnhabilitering

1 Diagnoskriterier för ADHD enligt DMS-5

- A. Ett varaktigt mönster av bristande uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet-impulsivitet som inverkar negativt på funktionsförmåga eller utveckling, vilket visar sig i (1) och/eller (2).
- 1 Ouppmärksamhet: Minst sex av följande symtom har förelegat i minst sex månader till en grad som är oförenlig med utvecklingsnivån. Symtomen har en direkt negativ inverkan på sociala aktiviteter och aktiviteter inom studier/arbete.
- Obs! Symtomen utgör inte enbart manifestationer av oppositionellt beteende, trots, fientlighet eller bristande förmåga att förstå uppgifter eller instruktioner. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symtomen.
- a) Är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, arbetslivet eller andra aktiviteter
 - b) Har ofta svårt att behålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar
 - c) Verkar sällan lyssna på direkt tilltal
 - d) Följer sällan givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter
 - e) Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
 - f) Undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet
 - g) Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för uppgifter eller aktiviteter
 - h) Är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
 - i) Är ofta glömsk i det dagliga livet
- 2 Hyperaktivitet och impulsivitet: Minst sex av följande symtom har i minst sex månader till en grad som är oförenlig med utvecklingsnivån. Symtomen har en direkt negativ inverkan på sociala aktiviteter och aktiviteter inom studier/arbete.
- a) Har ofta svårt att vara stilla med händer och fötter eller kan inte sitta still på stolen
 - b) Lämnar ofta sin plats i situationer då man förväntas sitta kvar en längre stund

- c) Springer ofta omkring, klänger eller klättrar i situationer där det inte kan anses lämpligt
 - d) Klarar sällan av att leka eller förströ sig lugnt och stilla
 - e) Är ofta ”på språng”, agerar ”på högvarv”
 - f) Pratar ofta överdrivet mycket
 - g) Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställningen är färdig
 - h) Har ofta svårt att vänta på sin tur
 - i) Avbryter eller inkräktar ofta på andra
- B Ett flertal symtom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet förelåg vid 12 års ålder.
- C Ett flertal symtom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet föreligger inom minst två olika områden
- D Det finns klara belägg för att symtomen stör eller försämrar kvaliteten i funktionsförmågan socialt, i studier och i arbete
- E Symtomen förekommer inte enbart i samband med schizofreni eller någon annan psykosjukdom och förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa.

2 Utredning och diagnos

(Modifierat från Socialstyrelsens kunskapsöversikt och vägledningsdokument ”Så kan man göra”)

Gemensamt för barn och vuxna är att kriterierna för uppmärksamhetsstörning och hyperaktivitet enligt DSM V skall vara uppfyllda. En utredning, för att kartlägga om kriterierna är uppfyllda och om det finns skäl för läkemedelsbehandling, skall innehålla följande moment:

- Analys av individens aktuella och tidigare problem, för att fastställa om han/hon har symtom förenliga med vedertagna kriterier för diagnosen ADHD.
- Differentialdiagnostiska överväganden, det vill säga värdering av om det finns annan diagnos/annat tillstånd som bättre förklarar symtomen.
- Kartläggning av om det finns andra betydelsefulla problem som kräver specifik behandling.
- Kartläggning av psykisk och fysisk utveckling, sociala faktorer av betydelse (hos vuxna särskilt eventuell kriminalitet och eventuellt missbruk) och eventuell ärftlighet.
- Bedömning av individens funktionsförmåga inom olika områden, (förskola, skola, arbete) d.v.s. av hur individen faktiskt fungerar i olika vardagssituationer med information från olika källor.

- Bedömning av individens kognitiva eller intellektuella förutsättningar för förståelse av svårigheterna och för planering av stöd.
- Undersökning av om det finns andra bakomliggande medicinska orsaksfaktorer.
- Undersökning av risk- och skyddsfaktorer av betydelse för utformning av stöd och behandling.

För att genomföra de föreslagna momenten kan följande metoder användas:

- Omsorgsfull psykiatrisk och somatisk anamnes.
- Ett skattningsformulär bör användas.
- Psykiatrisk bedömning
 1. ADHD-relaterat (aktivitetsgrad, impuls kontroll, avledbarhet)
 2. Samsjuklighet (depression, ångest, ängslighet, tvångssymtom, sömnproblem, kontaktstörning, trotsbeteende, aggressionsbenägenhet).
- Somatisk undersökning
- Bedömning av begåvning

3 Läkemedelsbehandling

Metylfenidat	Concerta
	Ritalin
	Equazym
	Medikinet
Lisdexamfetamin	Elvanse
Atomoxetin	Strattera
Guanfacin	Intuniv

3.1 Metylfenidat

Patienter i 6–17 års ålder med medelsvår eller svår adhd ska informeras om och föreslås farmakologisk behandling med metylfenidat.

Börja med låg dos och titrera mot måldos inom två–tre veckor. Under första året kan det behövas flera höjningar och dosjusteringar. Det är viktigt att nå optimal dos och följa de kliniska symtomen. Doseringen av metylfenidat, (Medikinet, Ritalin, Equasym, Concerta) varierar och är individuell, varje individ har sin egen dos-responskurva. Doseringarna varierar från 0,5 till 2 mg/kg/dag. För de flesta patienter hamnar man på ca 1 mg/kg/dygn för metylfenidat. En tumregel är att beredningsformen bör ge effekt under förväntad tid – 4, 8 eller 12 timmar. Man kan ofta behöva gå över rekommenderad maxdos (off-label-föreskrivning). Detta ska motiveras i journalen.

Ibland kan byte till en mer kortverkande beredning löna sig vid biverkan i form av dysfori, sömnstörning eller nedsatt aptit. Kortverkande metylfenidat finns i tabletter på 5, 10 och 20 mg och kan vara ett alternativ om det långverkande metylfenidatet ger besvärande biverkningar eller om en extra dos tillfälligt behövs.

Var noga med att monitorera biverkningar och värdera dessa mot effekten. Vanligast är pulsstegring på cirka 10 slag/minut och aptitnedsättning men även längdtillväxt och blodtryck behöver kontrolleras. Jämför med åldersnormerade värden för blodtryck och längdtillväxt.

När interventioner till barnet med utgångspunkt i kognitiv beteendeterapi eller färdighetsträning kombineras med föräldraträningsprogram blir effekten starkare.

Vid lindrig funktionsnedsättning kan föräldraträning i kombination med anpassning och beteendemodifierande inslag i klassrummet vara tillräckligt, men den dokumenterade effekten är större när dessa insatser kombineras med läkemedelsbehandling. För tonåringar har föräldraträning inte samma starka vetenskapliga stöd som för yngre barn.

3.2 Annan läkemedelsbehandling

Överväg byte till lisdexamfetamin, atomoxetin eller guanfacin vid otillräcklig effekt eller besvärande biverkningar av metylfenidat.

Lisdexamfetamin (Elvanse) kan användas om man inte får fullgod effekt av metylfenidat eller om biverkningar hindrar att man når adekvat dos. Börja med 30 mg som kan höjas med 20 mg varje vecka upp till 70 mg om så behövs.

Atomoxetin (Strattera) kan vara förstahandsval under vissa omständigheter, såsom vid missbruk/ risk för missbruk, vid svåra tics eller allvarlig sömnstörning. Dosering atomoxetin vid vikt under 70 kg: börja med 0,5 mg/kg/dag i

1–2 veckor, därefter höjs till 1,2 mg/kg/dag. Man kan dosera upp till 1,8 mg/kg men oftast vinner man inget på adhd-symtomen att gå över 1,2 mg/kg/dag. Dosering atomoxetin vid vikt över 70 kg: 40 mg i 1–2 veckor därefter 80 mg, som vid behov kan höjas till 100 mg.

Guanfacin (Intuniv) har visat effekt i nivå med atomoxetin och då särskilt mot hyperaktivitet och impulsivitet. Finns i doser 1, 2, 3 och 4 mg. Börja med 1 mg dagligen och höj veckovis efter kliniska symtom till högst 4–6 mg. Biverkningsbilden är mildare än för övriga adhd-läkemedel och sedation är vanligast. OBS! Ska trappas ned under två veckor på grund av risk för högt blodtryck vid för snabb utsättning.

3.3 Fördelar/nackdelar med respektive preparat

Metylfenidat: Förstahandspreparat. Får förskrivas av specialist inom barnneurologi och barn-/vuxenpsykiatri samt övriga med speciell licens.

Concerta: Hård kapsel, måste sväljas hel. Mer långverkande, långsammare påslag. 78 % långverkande, 22 % snabbverkande.

Ritalin SR: Kapsel med kulor. Går att dela/blandas. Snabbare tillslag, kortare effekt. 50 % långverkande, 50 % snabbverkande.

Equazym: Kapsel, går att dela/blanda. Snabbare effekt än Concerta, längre effekt än Ritalin. 70 % långverkande, 30 % snabbverkande.

Ritalin/Medikinet: Snabbverkande tabletter, utan depåeffekt. Går att kombinera med övriga. Krossbara tabletter.

Strattera: Dygnet-runt-effekt. Mindre ”potent” än metylfenidat. Allmän förskrivningsrätt. Att föredra om dygnet-runt-effekt eftersträvas, vid missbruk i närmiljö, vid svåra tics samt vid allvarlig sömnstörning.

4 Att tänka på

4.1 Före behandling

Screena för kardiovaskulära sjukdomar; fråga efter familjär förekomst, anamnes (VOC?, annat?), hjärtauskultation, blodtryck. Längd/vikt. Andra psykiatriska sjukdomar, depression etc.?

4.2 Under behandling

Följ blodtryck och hjärtfrekvens regelbundet, var tredje månad under första året. Därefter två gånger per år samt vid dosupjustering.

Giltig fr.o.m: 2019-05-14

Giltig t.o.m: 2021-05-14

Identifierare: 141057

ADHD - handläggning och behandling inom barnhabilitering



Årliga behandlingsavbrott (metylfenidat), lämpligtvis sommar.

Följ psykiskt status – kan förvärras.

Längd och vikt två gånger per år.

Besök hos läkare en gång per år, hos sjuksköterska vid behandlingsstart, efter tre och sex månader, därefter två gånger per år.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare