


Retningslinjer for diagnostik og behandling af ADHD hos voksne

Dansk Psykiatrisk Selskab 2013

Version 23. juni 2013

Arbejdsgruppe:

Torben Arnglim, Mogens Brødsgaard, Pia Bohn Christiansen,
Søren Dalsgaard, Marianne Breds Geoffroy, Torsten Bjørn Jacobsen,
Martin Balslev Jørgensen, Henrik Nørbak, Tomas Toft, Torsten Warrer



INDHOLD

Formål og baggrund	4
Udvalgets arbejdsproces	4
Anbefalinger i punktform	6
1. Hvad er Hyperkinetisk forstyrrelse/ ADHD	7
Diagnostiske kriterier DSM IV	7
Diagnostiske kriterier ICD-10:	9
Forekomst	10
Ætiologi	11
2. Psykiatrisk komorbiditet og differentialdiagnostik	11
3. Diagnostik/ udredning	13
Spørgeskemaer til ADHD	14
ASRS	14
DIVA	14
Neuropsykologisk undersøgelse	15
Parakliniske undersøgelser	15
4. Multimodal behandling af ADHD	15
Kognitiv adfærdsterapi ved ADHD	16
Kost og ADHD	17
5. Medicinsk behandling af ADHD	17
Afhjælpning af problemer med compliance	17
Før start af medicinsk behandling for ADHD	18
Centralstimulerende præparater	18
Behandling med methylphenidat	19
Behandling med dexamfetamin	21
Atomoxetin	22
Behandling med atomoxetin	22
6. Monitorering af bivirkninger	24

7. Kontinuert opfølgning på behandling.....	25
8. Andre lægemidler	25
Klonidin	25
Bupropion	26
Modafinil	26
Antidepressiva	26
Atypiske antipsykotika	26
9. Behandling ved komorbide tilstande.....	26
Behandling af søvnforstyrrelser ved ADHD.....	27
10. Særlige forhold vedr. medicinsk behandling	27
Misbrug af stimulantia	27
Bilkørsel og ADHD.....	28
Indsatte i fængsler og ADHD	28
11. Social indsats	29
12. Referencer.....	29

FORMÅL OG BAGGRUND

DPS Kommissorium for udarbejdelse af kliniske retningslinjer for ADHD, marts 2012

1. Baggrund

Bestyrelsen i Dansk Psykiatrisk Selskab finder, at der er brug for kliniske retningslinjer for en lang række konkrete problemstillinger i det daglige kliniske arbejde i psykiatrien. Retningslinjerne skal derfor være lettilgængelige i en travl hverdag. De må heller ikke kræve lang tids læsning. Samtidig skal de medvirke til øget ensartethed og en højere kvalitet i behandlingen.

2. Definition

En klinisk retningslinje er på mellem 10-30 sider. Der indledes med konkrete anbefalinger i punktform, og følges af kommentarer og referencelister. Bestyrelsen har udarbejdet vejledning for udformning. Det kan i visse tilfælde være relevant at have flere retningslinjer for forskellige problemstillinger ved den samme lidelse. For ADHD, hvor den diagnostiske udredning kan være vanskelig, udarbejdes en særskilt retningslinje for udredningen. Det samme gælder for behandling af ADHD, som indebærer både en medikamentel, en psykoterapeutisk og en social intervention. Senere kan komorbiditet ved ADHD og misbrug ved ADHD behandles særskilt i en selvstændig retningslinje. Det er ikke forventningen, at alle retningslinjer udarbejdes i første omgang, men det vil kunne være en del af processen, at der med tiden formuleres retningslinjer for mange områder indenfor samme sygdomsgruppe. Der redegøres for graden af evidens ved anbefalingen.

3. Målgruppe

Målgruppen omfatter voksne over 18 år med ADHD

4. Organisation

Formanden for arbejdsgruppen varetager den koordinerende funktion i forhold til udvikling og beskrivelse af retningslinjen. Formanden refererer til bestyrelsen for Dansk Psykiatrisk Selskab. Medlemmerne i arbejdsgruppen er ansvarlige for at bidrage med faglig og organisatorisk viden samt arbejde med udarbejdelse af retningslinjen. Medlemmerne må gerne inddrage andre personer i forhold til at udføre ad hoc opgaver. Det skal dog klart kunne redegøres for hvem der har bidraget til det færdige produkt. Da dette er den første retningslinje der udarbejdes, kan der blive behov for justeringer i løbet af processen.

UDVALGETS ARBEJDSPROCES

Arbejdsgruppen har forsøgt at følge kommissoriets oplæg om at udfærdige retningslinjer for behandling af ADHD hos voksne, som ikke måtte være omfangsrige og diskuterende, men hvor vægten skulle lægges på anbefalinger. Intentionen har været, at den store arbejdsbyrde som det hidtil var nødvendigt at investere i udformningen af danske referenceprogrammer, skulle søges minimeret på forsvarlig vis.

Udvalget har derfor taget udgangspunkt i eksisterende udenlandske retningslinjer for behandling af ADHD hos voksne. Hvis læsere har behov for uddybende viden om baggrunden for nærværende anbefalinger, vil man kunne finde disse i de retningslinjer, der refereres til. Denne fremgangsmåde har naturligvis sparet udvalget for den meget tidskrævende del af processen, som ellers indgår i udarbejdelsen af retningslinjer. Det er ikke uden ulemper, at bruge denne fremgangsmåde. Ny viden, som er fremkommet efter de udenlandske guidelines er publiceret, indgår således ikke, udover hvad arbejdsgruppen har valgt at tilføje som konsensusbaserede oplysninger. Udenlandske guidelines "nationale" præg kan desuden betyde at anbefalinger ikke umiddelbart lader sig oversætte til forhold i Danmark.

Kliniske retningslinjers kvalitet kan gradueres ud fra forskellige metoder. En almindeligt accepteret metode er AGREE (<http://www.agreetrust.org/resource-centre/the-original-agree-instrument/>). Den lægger i høj grad vægt på at vurdere selve den proces, der leder frem til de færdige retningslinjer, processen skal være velbeskrevet og "transparent". Dernæst bør det fremgå, hvornår opdatering af retningslinjen skal iværksættes. En høj AGREE score fortæller i hvor høj grad en retningslinje lever op til disse standarder. Udover AGREE anvendes typisk GRADE instrumentet (<http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm>). GRADE er en metode til at opgøre anvendeligheden af kliniske studier i form af graduerede anbefalinger. I udarbejdelsen anvendes såkaldte 'fokuserede spørgsmål' til at sammenfatte komplekse problemstillinger i en enkelt anbefaling. Den resulterende anbefaling er endvidere gradueret ud fra evidens niveau og risikoen for bias.

De udenlandske guidelines der eksisterer vedr. behandling af ADHD hos voksne veksler meget i omfang og i hvilke metoder der er anvendt under udarbejdelsen. Den engelske NICE guideline følger i meget høj grad AGREE principper. Der er tillige anvendt GRADE-metode til at vurdere styrken af de enkelte anbefalinger ud fra den primære litteratur. Arbejdsgruppen har derfor valgt overvejende at læne sig op ad NICE guidelinens anbefalinger. Andre retningslinjer og guidelines har haft indflydelse, i den udstrækning at de har berørt emner som NICE ikke har dækket, eller de på anden måde synes mere relevante for en dansk sammenhæng. Følgende guidelines er inddraget i arbejdet:

- National Institute for Health and Care Excellence, 2009
- Canadian ADHD practice guidelines (CAP), 2011
- Kooij et al., 2010
- Methe Axén, 2010
- Sosial- og helsedirektoratet, 2007
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, 2008.

Udover disse kliniske retningslinjer /guidelines indgår enkelte primære artikelreferencer, samt henvisning til bekendtgørelser, vejledninger og rapporter der regulerer lægers virke af betydning for den farmakologiske behandling af ADHD. Da området er nyt for voksenpsykiatere, er det væsentligt at retningslinjen også indeholder sådanne oplysninger. Hvor ingen kilde er angivet, er teksten udformet af arbejdsgruppen og baserer sig på klinisk praksis.

De gradueringer der er anført ved de enkelte anbefalinger er udtryk for arbejdsgruppens skøn. Der er således IKKE anvendt GRADE metode.

Sideløbende med denne arbejdsgruppe i DPS-regi, er der i Sundhedsstyrelsens regi nedsat en arbejdsgruppe der skal udarbejde retningslinjer for behandling af voksne med ADHD. Denne arbejdsgruppe er sammensat på tværs af sektorer. Arbejdsmetoden er planlagt til at skulle følge AGREE og GRADE- principper og er derfor omfattende. Anbefalinger i Sundhedsstyrelsens retningslinjer er planlagt til at skulle være bredere – specielt ønskes udarbejdelse af vurderinger af sociale tiltag for voksne med ADHD.

Nærværende retningslinje vedgår dels at være smal og fokuseret på oplysninger, der kan støtte voksenpsykiatere i det daglige kliniske arbejde, dels at den anvendte tilgang i udarbejdelsen i høj grad er at referere fra andre guidelines. Udgangspunktet har ikke været at følge de gængse krav til selvstændig gennemgang af primær litteratur. Alligevel anser arbejdsgruppen dokumentet for at være væsentligt, i venten på Sundhedsstyrelsens retningslinjer for voksne med ADHD.

ADHD behandlingen af voksne i Danmark er i øjeblikket præget af inhomogenitet. Dette kan være udtryk for kvalitetsforskelle – men det behøver ikke at være det. Det er håbet at denne retningslinje vil bidrage til at øge viden om ADHD hos voksne blandt voksenpsykiatere og bedre kvaliteten af behandlingen.

Dansk Psykiatrisk Selskab ønsker at retningslinjerne løbende revideres, og vil senest vurdere behovet herfor i 2015.

ANBEFALINGER I PUNKTFORM

- I Danmark anvendes ICD-10 diagnosen F90.0 Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed. Denne diagnose svarer til DSM-IV kriterierne for ADHD, kombineret type. Ved ADHD med overvejende opmærksomhedsforstyrrelse anvendes diagnosen: F98.8 Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet (Andre adfærdsmæssige forstyrrelser). *(Anbefaling stærk)*
- Diagnosen ADHD skal altid stilles på basis af: En grundig klinisk og psykosocial vurdering. Denne bør omfatte en fuld udviklings- og psykiatrisk anamnese for både barndom og voksenalder, nøje drøftelse af adfærd og symptomer i forskellige funktioner og situationer i personens hverdag, oplysninger fra pårørende, samt en vurdering af personens aktuelle psykiske tilstand. *(Anbefaling stærk)*
- Voksne med nydiagnosticeret ADHD har behov for en multimodal tilgang som omfatter:
 - psykoedukation om ADHD og komorbide lidelser, farmakoterapi for ADHD og komorbide lidelser. *(Anbefaling stærk)*.
 - specifik træning i håndtering af daglige funktioner, parallelt med medicinsk behandling. Evt. kognitiv adfærdsterapi (individuel / gruppe) og eller Familierapi. *(Anbefaling svag)*.
- Inden start af medicinsk behandling skal følgende foreligge: Grundig somatisk og psykiatrisk anamnese. Der spørges til episoder med hjertebanken, anstrengelsesudløst besvimelse, nærbesvimelse, episoder med pludselige vejrtrækningsproblemer og andre kardiovaskulære symptomer. Desuden indhentes oplysninger om familiær disposition til hjertelidelse og forekomst af pludselige dødsfald i familien. Blodtryk, puls og evt. vægt måles. EKG tages ved oplysning om hjertelidelse hos patienten eller ved pludselig død i familien før 50 års alderen. Der foretages risikovurdering i forhold til misbrug af rusmidler. *(Anbefaling svag)*.
- Ved behandling med centralstimulantia titreres dosis individuelt for hver enkelt patient ud fra klinisk effekt, startende med kortidsvirkende tabletbehandling i en lav dosering som øges gradvis til effektiv dosering samtidig med at bivirkninger holdes på et minimum. Det foreslås fx at starte med tablet methylphenidat 5 mg x 3 daglig (med fx 3-4 timers mellemrum i starten). Antallet af doser pr. dag afhænger af virkningsvarigheden af den enkelte dosis samt antallet af timer patienten bør være dækket af behandling. *(Anbefaling stærk)*.
- Der skiftes til behandling med længerevirkende formuleringer af methylphenidat, når titrering af dosis med tabletter er på plads og der er tydelig effekt af behandlingen på kernesymptomer og funktionsniveau. *(Anbefaling svag)*.
- Det er ofte svært for mennesker med ADHD at huske at tage medicin løbende gennem dagen. Hjælp i form af aktivering af alarm fx på mobiltelefonen, der minder om at man skal have næste dosis medicin er ofte nødvendigt. *(Anbefaling svag)*.

- Behandling med dexamfetamin eller atomoxetin bør overvejes hos voksne, der ikke responderer eller har bivirkninger ved sufficient behandling med methylphenidat. (*Anbefaling svag*).
- Bivirkninger som følge af medicinsk behandling for ADHD, bør rutinemæssigt overvåges og dokumenteres i ordinerende læges notater. (*I henhold til Sundhedsstyrelsen*).
- Rutinemæssige blodprøver og EKG anbefales ikke ved behandling med methylphenidat, dexamfetamin eller atomoxetin, medmindre der er en klinisk indikation. (*Anbefaling svag*).
- Blodtryk og puls skal monitoreres løbende og kontrolleres mindst hver 6 måned. (*I henhold til Sundhedsstyrelsen*).
- Ved forhøjet puls i hvile, rytmeforstyrrelser eller systolisk blodtryk højere end 95 pct.-fraktilen (eller en klinisk signifikant stigning) målt ved to lejligheder, skal dosis af methylphenidat, dexamfetamin eller atomoxetin reduceres og patienten henvises til mere intensiv lægelig vurdering og behandling. (*Anbefaling stærk*).

1. HVAD ER HYPERKINETISK FORSTYRRELSE/ ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) / Hyperkinetisk forstyrrelse er et klinisk syndrom, der karakteriseres ved en forstyrrelse af opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet som medfører symptomer i form af adfærd, der ikke svarer til individets intelligens og alder. Efter det amerikanske diagnosesystem DSM-IV findes tre subtyper: uopmærksomhedstype, hyperaktiv-/impulsiv type og den kombinerede type.

I Danmark er WHO's diagnoseklassifikation ICD-10 gældende. Kriterierne for ICD-10's *Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed* definerer en mere belastet gruppe af patienter, der svarer til DSM-IV ADHD. Personer med opmærksomhedsforstyrrelser uden hyperaktivitet er således mindre betonet i ICD-10, men findes under F98.8 – andre adfærdsmæssige og emotionelle forstyrrelser.

Der er forskel på antallet af situationer, hvor symptomerne kræves til stede i de to diagnosesystemer. I ICD-10 angives det f.eks., at symptomer også skal være til stede ved klinisk undersøgelse, hvilket ikke er nødvendigt i DSM-IV. DSM-IV rummer desuden mulighed for at anføre "partiell remission" for unge og voksne, der tidligere har haft et fuldt ADHD-syndrom, men ikke længere opfylder kriterierne fuldt ud. Vigtigt er, at DSM-kriterier og ikke ICD-10 i højere grad har været brugt i klinisk ADHDforskning.

DIAGNOSTISKE KRITERIER DSM IV

ADHD er i DSM-IV et samlet syndrom med flg. undergrupper:

- 314.01 Combined subtype
- 314.00 Predominantly inattentive subtype
- 314.01 Predominantly hyperactive-impulsive subtype
- 314.9 Attention-Deficit Hyperactivity Disorder NOS

For at opfylde kriterier for diagnosen skal følgende være til stede:

A. Kriterierne, som er opført under *enten Opmærksomhedsforstyrrelse eller Hyperaktivitet/ impulsivitet* skal være opfyldte.

Opmærksomhedsforstyrrelse

Mindst 6 af følgende symptomer på uopmærksomhed er forekommet i mindst 6 mdr. i en grad, der er utilpasset og i uoverensstemmelse med *barnets* udviklingsniveau.

1. Er ofte uopmærksom overfor detaljer eller laver sjuskefejl i skolearbejdet, arbejdslivet eller andre aktiviteter.
2. Har ofte svært ved at fastholde opmærksomheden ved opgaver eller leg.
3. Synes ofte ikke at høre efter ved direkte henvendt tale.
4. Følger ofte ikke instruktioner til ende, og gør ikke skolearbejde, hjemlige pligter eller arbejdsopgaver færdige (skyldes ikke trods eller manglende forståelse af instruktionen).
5. Har ofte svært ved at organisere opgaver og aktiviteter.
6. Undgår ofte, bryder sig ikke om, eller gør modstand mod at engagere sig i opgaver, som kræver vedvarende mental vedholdenhed (f.eks. opgaver i skolen eller lektier)
7. Mister eller forlægger ofte ting, der er nødvendige for opgaver eller aktiviteter (legetøj, bøger eller skriveskaber)
8. Distraheres let af ydre stimuli.
9. Er ofte glemsom i daglige aktiviteter.

Hyperaktivitet/ impulsivitet

Mindst 6 af følgende symptomer på hyperaktivitet/ impulsivitet er forekommet i mindst 6 mdr. i en grad, der er utilpasset og i uoverensstemmelse med barnets udviklingsniveau.

Hyperaktivitet

1. Har ofte svært ved at holde hænder og fødder i ro, snor og vrider sig i stolen.
2. Forlader ofte sin plads i klasselokalet eller i andre situationer, hvor det forventes, at man bliver siddende på sin plads.
3. Kravler ofte op og løber omkring i situationer, hvor det er upassende (hos unge og voksne kan dette være begrænset til en subjektiv følelse af rastløshed).
4. Har ofte svært ved at lege og engagere sig i fritidsaktiviteter på en stille og rolig måde.
5. Er ofte "i gang hele tiden" eller virker som en, der er drevet af en motor.
6. Er ofte meget snakkende

Impulsivitet

1. Har ofte svært ved at vente på sin tur.
2. Buser ofte ud med svar, før spørgsmålet er formuleret til ende.
3. Afbryder ofte andre eller overskrider andres grænser (f.eks. trænger sig på i andres samtale, leg eller spil).

B. Nogle af de symptomer på hyperaktivitet og uopmærksomhed, som har medført funktionsnedsættelse, har været til stede før 7-års alderen.

C. Funktionsnedsættelse forekommer i to eller flere sammenhænge (f.eks. skole/arbejde og hjemme).

D. Der skal være klart bevis for klinisk signifikant funktionsnedsættelse socialt, uddannelsesmæssigt eller beskæftigelsesmæssigt

E. Symptomerne optræder ikke som et udslag af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, skizofreni eller andre psykiske forstyrrelser og det skal udelukkes, at symptomerne på bedre måde kan forklares ud fra anden psykisk udviklingsforstyrrelse (f.eks. angstforstyrrelser, affektive lidelser, dissociative forstyrrelser eller personlighedsforstyrrelser).

Som alderskriterium har man hidtil krævet at symptomer på tilstanden skal have været til stede fra skolealderen, dvs. ca 7 år. I den nye version af DSM, DSM-5 ændrer man alderskriteriet til at symptomer skal være have været til stede fra før 12 års alderen, idet det har vist sig vanskeligt at indhente oplysninger fra før 7 års alderen og fordi oplysninger fra før 12 års alderen har vist sig lige så valide (<http://www.dsm5.org/Documents/ADHD%20fact%20Sheet.pdf>).

DIAGNOSTISKE KRITERIER ICD-10:

ICD-10 klassifikationen spreder diagnosen ADHD over:

- F90.0 Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed
- F90.1 Hyperkinetisk **adfærds**forstyrrelse
- F98.8. Andre adfærdsmæssige forstyrrelser – herunder forstyrrelse af opmærksomhed uden hyperaktivitet.

Hyperkinetiske forstyrrelser, *Disordines hyperchinetici*:

En gruppe lidelser karakteriseret ved tidlig opståen (sædvanligvis indenfor de første 5 leveår), mangel på vedholdenhed i aktiviteter som kræver udfoldelse af kognitive funktioner og tendens til at skifte fra den ene aktivitet til den anden uden at gøre noget færdigt, tillige med desorganiseret, excessiv og ustyrlig aktivitet.

Adskillige andre abnormiteter kan optræde forbundet hermed. Hyperkinetiske børn mangler omtanke og er impulsive, er tilbøjelige til at komme galt af sted eller i disciplinære vanskeligheder, på grund af tankeløs brud på normer og regler snarere end ved forsætlig trods.

I forholdet til voksne viser de ofte socialt uhæmmet adfærd med mangel på normal forsigtighed og tilbageholdenhed. De er upopulære blandt andre børn og bliver ofte isolerede.

Kognitive forstyrrelser ses ofte, og specifikke motoriske og sproglige udviklingsforstyrrelser er uforholdsmæssigt hyppige. Sekundære komplikationer omfatter dyssocial adfærd og lav selvfølelse.

A. Opmærksomhedsforstyrrelse gennem mindst 6 måneder med ≥ 6 af følgende:

- (1) Kan ikke fæstne opmærksomheden ved detaljer, laver skødesløse fejl
- (2) Kan ikke fastholde opmærksomheden ved opgaver eller leg
- (3) Synes ikke at høre hvad der bliver sagt
- (4) Kan ikke følge instrukser eller fuldføre opgaver
- (5) Kan ikke tilrettelægge arbejde eller aktiviteter
- (6) Undgår eller afskyr opgaver som kræver vedholdende opmærksomhed.
- (7) Mister blyanter, bøger, legesager eller andre ting, som er nødvendige for at udføre

- opgaver og aktiviteter
- (8) Lader sig let distrahere
 - (9) Er glemsom i forbindelse med dagliglivsaktiviteter

B. Hyperaktivitet gennem mindst 6 måneder med ≥ 3 af følgende:

- (1) Uro i hænder eller fødder, sidder uroligt
- (2) Forlader sin plads i klassen eller ved bordet
- (3) Løber, klatrer, farer omkring på utilpasset måde
- (4) Støjende adfærd ved leg, har vanskeligt ved at være stille
- (5) Excessivt motorisk aktivitet, som ikke lader sig styre

C. Impulsivitet gennem mindst 6 måneder med ≥ 1 af følgende:

- (1) Svarer før spørgsmålet er afsluttet
- (2) Kan ikke vente på at det bliver deres tur
- (3) Afbryder eller maser sig på
- (4) Taler for meget, uden situationsfornemmelse

D. Begyndelsesalder < 7 år

E. Forstyrrelserne optræder i flere forskellige situationer, f.eks. både i skolen og hjemmet såvel som ved klinisk undersøgelse

F. Forstyrrelserne forårsager betydelige vanskeligheder og vanskeliggør sociale, skole- og beskæftigelsesmæssige funktioner

G. Skyldes ikke affektive lidelser (F30-F39), angsttilstande (F40-F41) og opfylder ikke kriterierne for F84.-

Ofte beskrives tilstande som udviser tegn på kun opmærksomhedsforstyrrelser uden hyperaktivitet og impulsivitet, eller kun hyperaktivitet uden tydelige tegn på opmærksomhedsforstyrrelser.

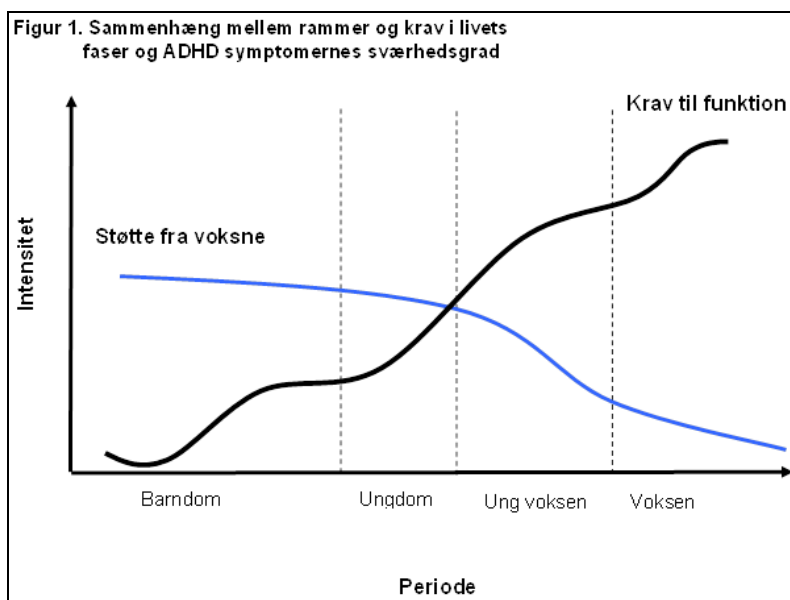
Desuden ses hyperkinetisk forstyrrelse begrænset til et enkelt situationsområde, alene i skolen eller kun i hjemmet. Disse tilstande er ikke anført i nærværende klassifikation, da deres validitet anses for uafklaret. Desuden optræder de ofte i forbindelse med andre forstyrrelser, f.eks. oppositionel adfærdsforstyrrelse F91.3 og bør da klassificeres svarende hertil (World Health Organization, 1995).

FOREKOMST

Baseret på ICD-10 kriterier, skønnes hyperkinetiske forstyrrelser og forstyrrelse af opmærksomhed at forekomme hos 1-2 % af børn og unge (BUP-DK referenceprogram 2008). Anvendes de bredere kriterier i DSM-IV, skønnes ADHD at påvirke omkring 4-8 % af skolesøgende børn og unge samt 2-5 % af voksne (BUP-DK og EUR). Generelt er både ADHD og Hyperkinetisk forstyrrelse vedvarende tilstande.

Blandt unge med ADHD, vil de fleste fortsat have betydelige vanskeligheder i voksenalderen, hvilket udover ADHD kan omfatte angst- og affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser, sociale vanskeligheder, stofmisbrug, kriminalitet og ar-

bejdsløshed. Symptombilledet kan forandre sig gennem forskellige livsfaser, og især bliver ydre hyperaktiv adfærd i barndommen ofte mindre udtalt senere i livet, på bekostning af en øget oplevelse af indre uro og rastløshed. Opmærksomhedsforstyrrelse og nedsatte eksekutive funktioner i form af vanskeligheder ved at planlægge, organisere og færdiggøre hverdagsopgaver betyder relativt mere i takt med at man bliver ældre (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).



Efter: Turgay, A. et al.(2012): *Lifespan Persistence of ADHD: The Life Transition Model and its Application*.

ÆTIOLOGI

ADHD anses for at være en overvejende medfødt tilstand, der først kan diagnosticeres i løbet af barndommen. Ætiologien til ADHD er multifaktoriel og endnu ikke fuldt klarlagt. Genetiske faktorer er dog de vigtigste, hvilket er fundet i både familie- adoptions- og tvillinge-undersøgelser (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, 2008). Flere studier har fundet, at præterm fødsel og fødselskomplikationer spiller ind, dog som uspecifikke faktorer (Linnet et al.,2003).

2. PSYKIATRISK KOMORBIDITET OG DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

ADHD optræder både i barndom og voksenalder oftest sammen med andre psykiatriske lidelser. Det er således vigtigt at understrege, at tilstedeværelsen af andre lidelser ikke udelukker ADHD.

For at stille diagnosen er det nødvendigt nøje at vurdere, hvilke af patientens symptomer og funktionsnedsættelser der bedst forklares ved hvilke lidelser. Man skal derfor ikke kun foretage en differentialdiagnostisk vurdering, men også foretage en vurdering af hvorvidt der foreligger komorbiditet.

Hos voksne er de hyppigste komorbide tilstande ved ADHD:

Affektive lidelser, angstlidelser, søvnforstyrrelser, belastningsreaktioner, rusmiddelafhængighed, personlighedsforstyrrelser samt Autisme Spektrum Forstyrrelser (ASF). Tics, Tourettes syndrom samt ordblindhed/ indlæringsvanskeligheder udgør en særlig komorbiditetsgruppe, der ofte diagnosticeres hos børn med ADHD.

Søvnlidelser

- Søvnlidelser er hyppigt forekommende både i barndom og voksenalder hos mennesker med ADHD. Undersøgelser finder at over 50 % har vedvarende søvnforstyrrelser (CAP guidelines 2011). Søvn spiller en central rolle i kognitiv funktion, indlæring og hukommelseskonsolidering. Søvndeficit og forstyrrelser i søvnens arkitektur kan give symptomer som varierer i sværhedsgrad, fra underskud i kognitiv præstation til invaliderende søvnighed og/eller træthed, som mærkbart påvirker den kognitive, følelsesmæssige og fysiske funktion, der giver anledning til, eller forværrer ADHD symptomer (CAP guidelines, 2011).

Affektive lidelser

- Et vekslende stemningsleje og letvakt irritabilitet uden symptomfrie perioder er hyppigt tilstede hos voksne med ADHD og er normalt ikke en følge af komorbid depression eller bipolar lidelse. Tidlig debut, et kronisk forløb med personlighedslignende præg, hyppige humørsvingninger i løbet af dagen, uden nylig forværring eller svær eksacerbation ledsager ofte ADHD, hvorimod ekstremt lave eller høje skift i stemningslejet, symptomfrie perioder, vedholdende stemningsforandringer samt nylig indtræden er mere indikativ for en primær affektiv lidelse. Nogle personer tidligere diagnosticeret med atypisk depression, cyclothymi eller emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse vil have en primær ADHD diagnose (5.16.2, National Institute for Health and Care Excellence, 2009).
- Bipolar lidelse er forbundet med symptomer på eufori, grandiositet og et cyklisk forløb, hvor hver episode varer mindst flere dage. ADHD er derimod at betragte som et vedvarende handicap, hvor eufori ikke indgår som et særkende. Den maniske fases målrettede overaktivitet er snarere en modsætning til den mere uorganiserede aktivitet præget af overspringshandlinger, som er typisk for ADHD. Personer med ADHD har ofte svært ved at sove, men i modsætning til personer med mani eller hypomani, klager de over mangel på søvn og føler sig ofte udmattede i løbet af dagen. Generelt angiver individer med ADHD, at de ikke kan fungere effektivt, og dette er ofte forbundet med kronisk lavt selvværd, meget forskellig fra de følelser af øget effektivitet som ses ved mani.

Angstlidelser

- Problemer med at udføre simple dagligdags opgaver, som de fleste mennesker tager for givet, er en kilde til stor belastning og bekymring hos personer med ADHD og er ofte ledsaget af undgåelsesadfærd og lavt selvværd. I kombination med uophørlig mental overaktivitet, kan disse legitime bekymringer og reaktioner fremstå som en mild til moderat angsttilstand, skønt der mangler systemiske autonome manifestationer som ved de primære angstlidelser. En vigtig skelnen er at vurdere om symptomerne har debut og tidsforløb svarende til ADHD, eller om angstsymptomer opstår episodisk og som reaktion på faktorer, der er karakteristiske for angstlidelser (5.16.3. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Personlighedsforstyrrelser

- Ved mistanke om en personlighedsproblematik af klinisk betydning kan en udredning for ADHD suppleres med yderligere udredning. Ofte kan ADHD og personlighedsforstyrrelser forekomme comorbidt og give anledning til behov for specifikke behandlingsmæssige tiltag (5.16.1. National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Man bør dog altid tage stilling til, om patienten vurderes at have nytte af en personlighedsforstyrrelsesdiagnose i første omgang, og om denne diagnose påvirker valget af behandling og af støtteforanstaltninger.

Psykotiske lidelser

- Sværere nedsat opmærksomhedsfunktion kan sjældent ligne symptomer på tankeforstyrrelse som det ses ved nogle psykoser, såsom afsporing, tangentiale tankeprocesser, omstændelighed og tankeflugt. Omhyggelig monitorering af både psykotiske symptomer og ADHD symptomer anbefales. Det kan være svært at skelne mellem residuale symptomer fra svær psykisk sygdom og vedvarende ADHD symptomer. Omhyggelig anamnese om symptomer gennem hele livsforløbet er en ufravigelig betingelse, (5.16.4. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Psykisk udviklingshæmning

- Det kan være vanskeligt at vurdere om patienter med psykisk udviklingshæmning opfylder kriterierne for ADHD, idet kriterierne er udformet til normalt intelligente.

3. DIAGNOSTIK/ UDREDNING

Der er ingen enkelt test, hverken i form af blodprøver, hjernescanninger eller neuropsykologiske undersøgelser som enkeltstående er diagnostiske. Diagnosen ADHD hos voksne er en klinisk diagnose. Kun speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, må i henhold til den danske Sundhedsstyrelse iværksætte farmakologisk behandling for ADHD.

Anamnese

Voksne personer kan med hensyn til ADHD-diagnostik inddeles i:

- Personer der har fået stillet diagnosen ADHD i barndommen: Det skal afklares om disse personer fortsat har ADHD og hvis muligt indhentes oplysninger fra tidligere udredning. Ved insufficiante oplysninger bør man overveje om der skal udføres en de novo udredning (se nedenfor).
- Personer der er ny-henviste med psykiske klager.
- Personer der i forvejen er i psykiatrisk behandling for andre lidelser og som ikke har responderet sufficient på behandling for disse lidelser.

At udrede ADHD hos voksne de novo er en særlig udfordring, fordi man som kliniker skal sikre at symptomer på ADHD har været til stede i barndommen. Fokus for det kliniske interview er derfor symptomer på ADHD (hyperaktivitet / impulsivitet og / eller uopmærksomhed), som:

- resulterer i væsentlige psykologiske, sociale og / eller uddannelsesmæssige eller erhvervmæssige vanskeligheder, i mange typer af situationer indenfor flere livsområder og som fortsætter over tid, begyndte i barndomsår og har været til stede gennem livet
- ikke kan forklares ved andre psykiatriske diagnoser, selv om der kan være andre sameksisterende psykiatriske lidelser

Diagnosen ADHD bør kun stilles på basis af:

- en fuld klinisk og psykosocial vurdering af personen; dette bør omfatte en drøftelse af adfærd og symptomer i forskellige funktioner og situationer i personens hverdag, og
- en fuld udviklings-og psykiatrisk anamnese, og
- oplysninger fra pårørende, samt en vurdering af personens aktuelle psykiske tilstand

1.3.1.1. National Institute for Health and Care Excellence, 2009.

ADHD diagnosen kan ikke stilles alene på grundlag af rating-skalaer eller observationsdata. Hvis der ikke er adgang til tilgængelige pårørende med viden om den tidlige udvikling, må man forsøge at indhente den information der måtte være, fx fra tidligere lægeerklæringer.

I udredningsfasen er det vigtigt, at patienten og de pårørende får den nødvendige tid til både at give de nødvendige oplysninger, og til at blive sat ind i de problemstillinger personens ADHD symptomer medfører via målrettet psyko-udvikling. Dette kan medføre at selve undersøgelsen fungerer som en terapeutisk intervention, der medfører større selvtillid og afhjælper lavt selvværd, samt øger patientens motivation for at modtage hjælp og støtte.

SPØRGESKEMAER TIL ADHD

Til anvendelse i daglig klinik nævnes her to instrumenter. Der findes en række internationale screeningsinstrumenter som er validerede, men disse er ikke til fri afbenyttelse.

ASRS

ASRS v.1.1 (Adult Self Report Scale), er et spørgeskema tænkt til selvudfyldelse og anvendeligt i en indledende undersøgelse. Hvis der ud fra grundig anamnese, kliniske symptomer og positiv ASRS v.1.1. er mistanke om ADHD, går man videre med yderligere klinisk udredning. Skalaen kan anvendes efterfølgende til at evaluere effekt af behandling ved at score ADHDsymptomer før og efter iværksat behandling (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

En bedre valideret rating-skala er CAARS (Connors Adult ADHD Rating Scale), der imidlertid ikke er frit tilgængelig.

ASRS v. 1.1 er til fri afbenyttelse og oversat til dansk, link: www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php

DIVA

DIVA 2.0 er et hollandsk udviklet, semistruktureret diagnostisk spørgeskema, der ikke kun stiller spørgsmål til aktuelle symptomer men også til symptomer i barndommen. Skemaet ligger tæt op ad guldstandarderne CAADID-I og CAADID-HI og hjælper klinikerne med systematisk at afdække tilstedeværelse af symptomer og funktionsnedsættelse i flere livs-områder.

DIVA 2.0 udkom på dansk i 2011 og er endnu ikke valideret. DIVA er til fri afbenyttelse, link: www.divacenter.eu.

NEUROPSYKOLOGISK UNDERSØGELSE

Neuropsykologisk undersøgelse kan være et vigtigt supplement til at vurdere kognitive funktionsforstyrrelser hos voksne. Hvor der er tvivl om tilstedeværelse af normal intelligens og ved generelle indlæringsproblemer eller specifikke kognitive vanskeligheder bør der være lav tærskel for at udføre neuropsykologisk testning (KB).

PARAKLINISKE UNDERSØGELSER

Såfremt anamnesen peger på andre mulige kliniske tilstande, der kan give lignende symptomer eller såfremt der er tvivl om tilstedeværelse af sådanne, bør der udføres parakliniske undersøgelser, der udelukker andre tilstande.

I forbindelse med iværksættelse af behandling for ADHD er parakliniske undersøgelser påkrævet og kan med fordel foregå som en del af udredningen.

Tilstande som skal have in mente er bl.a. thyreotokose, epilepsi, narkolepsi, søvnapnø, RLS (Restless Leg Syndrome), andre søvnforstyrrelser, hjerneskade, kromosomdefekter (fragilt X syndrom),(KB).

4. MULTIMODAL BEHANDLING AF ADHD

Voksne med nydiagnosticeret ADHD har behov for en multimodal tilgang som omfatter:

- psykoedukation om ADHD og komorbide lidelser
- farmakoterapi for ADHD og komorbide lidelser
- specifik træning i håndtering af daglige funktioner parallelt med medicinsk behandling

Evt.

- kognitiv adfærdsterapi (individuel / gruppe)
- familierapi

Psykoedukation

I udredningsfasen af ADHD indgår psykoedukation og information fra pårørende som et væsentligt element, idet patienter med ADHD ofte har svært ved at huske tilbage og svært ved at redegøre for sværhedsgraden af deres symptomer. Fælles forståelse af hvad ADHD kernesymptomer er, hvordan de har vist sig i barndommen og gennem livet sikrer at psykiateren kan stille korrekt diagnose og sikrer en god behandlingsalliance og er som sådan første trin i behandlingen af ADHD. Partner og/eller familie bør så vidt muligt deltage og undervises om ADHD sammen med patienten.

Farmakologisk behandling af ADHD kernesymptomer

Medikamentel behandling er næste trin i behandlingen af ADHD hos voksne. Hvornår og hvordan patientens symptomer på opmærksomhedsforstyrrelse, hyperaktivitet og/eller impulsforstyrrelse udmønter sig i hverdagen noteres og udleveres til patienten mhp. at tydeliggøre hvilken effekt farmakologisk behandling kan forventes at have (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Psykologisk behandling af ADHD kernesymptomer

Der er aktuelt ingen evidens for at psykologiske behandlingsformer alene er effektive i behandlingen af kernesymptomerne ved ADHD hos voksne. Der er undersøgelser der viser, at kognitiv adfærdsterapi som supplement til farmakologisk behandling forbedrer behandlingseffekten, (Emilsson, B. et al, 2011).

KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI VED ADHD

Den aktuelle forskning understøtter ikke psykoterapeutisk behandling som eneste behandling for voksne med ADHD, idet psykoterapeutisk behandling ikke afhjælper kernesymptomerne ved ADHD. Psykoterapi er imidlertid vigtig som supplerende behandling til personer, hvor ADHD symptomer eller komorbiditet persisterer og til personer der foretrækker en psykologisk tilgang. Der er stærk evidens for at kognitiv adfærdsterapi har effekt mht. behandling af nogle af de følgesygdomme, der er forbundet med ADHD, men der er kun få kontrollerede studier hos voksne med ADHD (Kooij et al., 2010).

Der er aktuelt tre tilgange i udformningen af kognitive terapiforløb til ADHD-patienter:

- a. Coaching, (Kooij et al., 2010)
- b. ADHD-tilpasset kognitiv terapi, (Young et al., 2008)
- c. ADHD-tilpasset dialektisk adfærdsterapi, (Philipsen et al., 2010)

Kognitiv adfærdsterapi til ADHD er en struktureret, understøttende behandling, enten individuelt eller i gruppe, med det formål at identificere praktiske og emotionelle problemer og træning i deres håndtering, i forbindelse med farmakologisk ADHD-behandling.

Emner i et program kan omfatte:

- forståelse og accept af lidelsen
- træning i realistisk planlægning og tidsstyring
- håndtering af problemer med at igangsætte og gennemføre opgaver
- at lære at begrænse aktiviteter til 'ét mål ad gangen'
- træning i at organisere hjem og økonomi
- håndtering af vanskeligheder i parforhold og på arbejdsplads
- forståelse af følelsesmæssige reaktioner i forbindelse med ADHD

Forskning indenfor området centrerer sig om gruppebehandling, men alle der udreder og behandler voksne med ADHD har brug for at kunne yde kognitiv terapi/ coaching af patienter med ADHD, parallelt med iværksættelse af medicinsk behandling. At der er et særligt fokus på psykoterapi ved ADHD skyldes en række forhold:

- Den markante og hurtigt indtrædende effekt af farmakologisk behandling med centralstimulantia er ofte en omkalfatrende oplevelse. Følgende faser inden psykologisk accept og afklaring er beskrevet for voksne med ADHD: Lettelse og glæde, forvirring og følelsesmæssigt kaos, vrede, tristhed og sorg, ængstelse, tilpasning og accept, (Young et al., 2008). Ved på forhånd at forklare patienter om de følelsesmæssige faser de muligvis vil opleve ved behandlingsstart, kan det hjælpe dem til at acceptere og håndtere disse reaktioner hensigtsmæssigt og motivere dem til fortsat behandling.

- Nogle få patienter kan reagere på farmakologisk behandling med depressive symptomer og svær tristhed. Det er vigtigt at vurdere om de affektive symptomer skyldes bivirkninger udløst af det farmakologiske præparat eller om der er tale om en tilpasningsreaktion som beskrevet af Young et al. 2007. Løbende kontakt med patienten i denne fase er vigtig, således at man som specialist har mulighed for dels at støtte patienten, dels vurdere om der er tale om egentlige bivirkninger af den medicinske behandling.

KOST OG ADHD

Der foreligger aktuelt ingen evidens fra randomiserede kontrollerede forsøg, der viser at brug af kosttilskud, såsom omega-3 fedtsyrer mod ADHD mindsker ADHD-symptomer hos børn eller voksne, (Kooij et al.,2010).

Behandlere bør understrege værdien af en afbalanceret diæt, sund kost og regelmæssig motion for voksne med ADHD, (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

5. MEDICINSK BEHANDLING AF ADHD

ADHD behandles primært med de centralstimulerende præparater methylphenidat eller dexamfetamin som begge er klassificerede som afhængighedsskabende præparater. Desuden behandles med atomoxetin, som ikke er klassificeret som et afhængighedsskabende præparat.

I Danmark er præparater der anvendes til behandling af ADHD ikke aktuelt godkendt til voksne patienter.

Fortsat behandling i voksenalder med Oros methylphenidat depot, Lisdexamfetamin depot og atomoxetin er godkendt hos unge, der er startet behandling før 18 år.

I henhold til den frie ordinationsret og off-labelbrug har en autoriseret læge i Danmark som udgangspunkt ret til at ordinere præparater mod ADHD til voksne. Lægen er under udøvelsen af sin faglige virksomhed, herunder medicinordination, forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

AFHJÆLPNING AF PROBLEMER MED KOMPLIANCE

For at sikre god compliance ved medicinsk behandling for ADHD er det hensigtsmæssigt at:

- anvende depot-formuleringer af methylphenidat eller dexamfetamin
- voksne med ADHD så vidt muligt inddrager og støttes af en nær pårørende, som kan deltage i konsultationer.
- klare instrukser om hvordan medicin skal indtages tilbydes i visuel og/eller skriftlig form og indeholder oplysninger om dosis, varighed, doseringstidspunkter og info om eventuelle bivirkninger.
- der er nem adgang, til at henvende sig med tvivlsspørgsmål vedr. behandlingen i startfasen.

Under titreringsfasen:

- Symptomer og bivirkninger drøftes med patienten og registreres ved hver dosisændring af den ordinerende læge.
- Effekt af behandling bør revideres hyppigt i starten (for eksempel ved ugentligt fremmøde eller evt. telefonisk kontakt) med den ordinerende specialist.

Enkle behandlingsregimer (fx behandling med centralstimulantia i form af præparater med modificeret udløsning) anbefales til patienter med ADHD, (1.8.5. National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Det er ofte svært for mennesker med ADHD at huske at tage deres medicin løbende gennem dagen. Hjælp i form af aktivering af alarm fx på mobiltelefon, der minder om næste dosis medicin er oftest nødvendigt.

FØR START AF MEDICINSK BEHANDLING FOR ADHD

Følgende oplysninger og undersøgelser indhentes inden opstart af behandling, (National Institute for Health and Care Excellence, 2009):

- Aktuell medicinanamnese – lægeordineret medicin og håndkøbsmedicin
- Oplysninger om episoder med takycardi, anstrengelsesudløst syncope, nærsyncoper, anfald af dyspnø eller andre kardiovaskulære symptomer.
- Oplysninger om familær disposition til hjertelidelse, pludselige dødsfald i familien.
- Somatisk anamnese og undersøgelse, inklusiv puls og blodtryk og evt. vægt.
- EKG undersøgelse, såfremt oplysninger eller klinisk undersøgelse giver anledning til mistanke om kardiovaskulære lidelser.
- Risikovurdering i forhold til misbrug.

KONTRAINDIKATIONER

Psykiatriske tilstande: Psykose, aktuell svær depression eller ikke-velkontrolleret type 1 bipolar affektiv sindslidelse, suicidal adfærd, anorexia nervosa, behandling med irreversible MAO-hæmmere inden for de sidste 14 dage (<http://pro.medicin.dk/>).

Somatiske tilstande: Kardiovaskulære eller cerebrovaskulære lidelser, hypertyroidisme, fæokromocytom, glaukom, graviditet og amning. Disse tilstande kræver yderligere udredning og stillingtagen ved relevant specialist før evt. behandling iværksættes.

CENTRALSTIMULERENDE PRÆPARATER

To præparater af typen centralstimulantia er tilgængelige for ordination: Methylphenidat og dexamfetamin. Methylphenidat og dexamfetamin adskiller sig ikke meget med hensyn til effekt og bivirkninger. Nogle har færre bivirkninger af det ene præparat fremfor det andet. Lægemidlerne virker direkte på kernesymptomerne ved ADHD: Koncentrationsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet. Methylphenidat bør normalt være første valg til behandling af ADHD, (1.7.1. National Institute for Health and Care Excellence, 2009) .

Dexamfetamin eller atomoxetin eller bør overvejes hos voksne der ikke responderer eller er intolerante efter tilstrækkelig afprøvning af methylphenidat. Der bør udvises forsigtighed ved ordination af dexamfetamin til de, som kan være i risiko for misbrug eller ulovlig anvendelse, (1.7.1. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

FARMAKOLOGISKE EGENSKABER AF METHYLPHENIDAT

Methylphenidat er CNS-stimulerende med mere fremtrædende effekt på mental end motorisk aktivitet. Virkningsmekanismen er ikke fuldstændigt klarlagt, men man mener, at den stimulerende effekt skyldes en hæmning af dopamin-reuptake i striatum, uden frigørelse af dopamin i synapserne.

Kardiologisk påvirkning:

Effekten på QT/QTc-intervallet er ikke klarlagt hos voksne med ADHD.

Farmakokinetik

Absorption

Methylphenidathydrochlorid absorberes hurtigt og næsten fuldstændigt. På grund af udtalt first-pass-metabolisme er den absolutte biotilgængelighed lav, kun 30 % (11–51 %) af dosis. Maximum plasma koncentration nås ca. 1–2 timer efter administration af tabletbehandling. Maximum plasma koncentrationen varierer betydeligt fra individ til individ. Den relativt korte halveringstid korrelerer med en virkningsvarighed af tabletformuleringer fra 1 til 4 timer, (10.6.1. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Elimination

Methylphenidat udskilles fra plasma med en halveringstid på 2 timer. Efter oral administration udskilles 78-97 % af dosis via urinen og 1-3 % via fæces i form af metabolitter inden for 48-96 timer. Der forekommer kun små mængder (<1 %) uomdannet methylphenidat i urinen, (<http://pro.medicin.dk/>).

BEHANDLING MED METHYLPHENIDAT

Doseringskemaer og maksimal anbefalet daglig dosis varierer i Europæiske lande (0,3 - 1,5 mg methylphenidat /kg /dag):

- På grund af individuelle forskelle i dosis af stimulerende medicin der giver optimal effekt, anbefaler EUR (Kooij et al., 2010) at for voksne er den bedste fremgangsmåde er at titrere dosis for hver enkelt patient, startende med kortidsvirkende tabletbehandling i en lav dosering og gradvis øge til effektiv dosering, samtidig med at bivirkninger holdes på et minimum, frem for at døgndosis bestemmes på basis af patientens vægt (mg /kg).
- NICE guideline(National Institute for Health and Care Excellence, 2009) anbefaler at man starter med 5 mg methylphenidat fx 3 gange daglig og titrerer dosis op til bedste effekt.

Effektiv dosis ved tablet methylphenidat varierer fra patient til patient, men er hyppigst på 10, 15 eller 20 mg ad gangen. Ved effekt i fx kun to timer vil denne dosis skulle tages mange gange dagligt, afhængigt af symptomer og behandlingsplanen.

Eksponering for opgaver i hverdagen som er mentalt krævende stiger i gennem voksenalderen. Det kan derfor være nødvendigt, at voksne er velbehandlet i såvel som aften timer som dagtimer. I forlængelse heraf kan patienter have behov for individuelt tilpasset behandling som varierer fra dag til dag. For unge voksne med ADHD vil det således være

vigtigt, at de sørger for at være behandlet i risikosituationer såsom ved bilkørsel som ofte foregår aften- og weekender, (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance(CAP), 2011).

Skulle der optræde bivirkninger, skal man være opmærksom på at mange er af forbigående art. Dersom bivirkninger vedvarer, kan dosis søges reduceret eller der skiftes til et andet præparat.

Tabel 1. Oversigt over methylphenidat-præparater

	Methylphenidat					
Formulering	Lægemiddelnavn					Anført virkningsvarighed
Tabletter	Motiron		10 mg			Ca. 3-4 timer
	Medikinet	5 mg	10 mg		20 mg	
	Ritalin		10 mg			
Kapsler m. modificeret udløsning	Medikinet CR	10 mg*	20 mg	30 mg	40 mg	Ca. 8 timer
	Ritalin Uno	10 mg	20 mg	30 mg	40 mg	
	Equasym Depot	10 mg	20 mg	30 mg		
Depot-tabletter	Concerta		18 mg	36 mg	54 mg	Ca. 12 timer

*findes desuden som 5 mg kapsel.

Tabel 2: Dosiskonvertering af methylphenidat til modificeret udløsning

Tablet	Kapsel m. modif. udløsning
10 mg x 2	20 mg
15 mg x 2	30 mg
20 mg x 2	40 mg

Tabel 3: Dosiskonvertering af methylphenidat til depottabletter kan tilnærmes således (se produktresumé):

Tablet	Depottabletter
5 mg x 3	18 mg
10 mg x 3	36 mg
15 mg x 3	54 mg

De hyppigst rapporterede bivirkninger af methylphenidat er:

Nedsat appetit, vægttab, søvnløshed og hovedpine. Palpitationer og let forhøjet puls og blodtryk er almindelige bivirkninger. Der er aktuelt ikke grundlag for at udtale sig om risikoen for langtidsbivirkninger af centralstimulerende medicin mht. kardiovaskulær funktion. Irritabilitet, emotionel labilitet og forværring af tics kan forekomme. Andre rapporterede bivirkninger er svimmelhed, angst, udslæt, feber, ledsmerter og hårtab. Akkomodationsvanskeligheder og tågesyn er rapporteret i sjældne tilfælde. Hyperaktivitet, psykose, leukopeni, trombocytopeni og anæmi er bivirkninger som er rapporteret i meget sjældne tilfælde (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Enkelttilskud:

Ordinerende speciallæge ansøger om enkelttilskud hos Sundhedsstyrelsen til behandling med methylphenidat. Tilskud gælder alle formuleringer under ét.

BEHANDLING MED DEXAMFETAMIN

Dexamfetamin frigør dopamin og noradrenalin udover at blokere for re-uptake af dopamin i synapsespalterne og er dermed mere potent end methylphenidat. Anvendte doser af **tablet** dexamfetamin er således det halve af dosis methylphenidat.

Dexamfetamin kan ordineres magistrelt i tabletform à 5 mg og 20 mg. Virkningsvarighed af en dosis tablet dexamfetamin er ca. 3-5 timer, dvs. lidt længere end methylphenidats varighed.

Fremgangsmåde ved opstart af behandling med tablet dexamfetamin er som ved methylphenidat lav dosering (2.5 mg fx to eller 3 gange daglig) og gradvis øge til effektiv dosering (oftest mellem 5 - 10 mg tablet ad gangen), samtidig med at bivirkninger holdes på et minimum.

NICE guideline anbefaler at maximal dosis tablet dexamfetamin er 60 mg dagligt, fordelt på 2-4 doser.

Lisdexamfetamin er i 2013 godkendt til anvendelse hos børn med ADHD. Det er et prodrug, der er inaktivt indtil det langsomt hydrolyseres til L-lysin og d-amfetamin ved hjælp af enzymer, der sidder på de røde blodlegemes membranoverflade. Præparatet optages via tyndtarmen til blodbanen. Kapsler findes i styrkerne 30 mg, 50 mg eller 70 mg lisdexamfetamindimesylat og dosering er 1 x daglig med anført virkningsvarighed på 12-14 timer. Ved ordination startes altid med laveste kapselstyrke og derefter vurderes effekt før evt. dosisøgning. Der henvises i øvrigt til produktresumé. Lisdexamfetaminbehandling har mindre misbrugspotentiale end behandling med tablet dexamfetamin.

Behandling med atomoxetin eller dexamfetamin (lisdexamfetamin) bør overvejes hos voksne, der ikke responderer eller er intolerante efter tilstrækkelig behandlingsforsøg med methylphenidat, (1.7.1. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Bivirkninger:

Der er samme bivirkningsprofil for dexamfetamin som for methylphenidat. Tabletbehandling med dexamfetamin ser ud til at kunne give større risiko for tilbagefald i misbrug af centralstimulantia og bør derfor ikke bruges i behandlingen af ADHD hos personer med tidligere misbrug af centralstimulantia.

Enkeltilskud: Ordinerende speciallæge ansøger om tilskud til behandling med tablet dexamfetamin /kapsel lisdexamfetamin hos Lægemiddelstyrelsen.

ATOMOXETIN

Atomoxetin er en specifik noradrenalin-reuptake inhibitor. Den præcise virkningsmekanisme i behandlingen af ADHD er ikke klar, men det menes, at det virker ved selektivt at hæmme den præsynaptiske noradrenalintransporter og dermed hæmmer noradrenalin reuptake. Mens både atomoxetin og centralstimulantia øger intrasynaptiske koncentrationer af dopamin og noradrenalin i cortex, menes det, at atomoxetin adskiller sig ved at have mindre effekt på subkortikale hjerneområder, der er forbundet med motivation og belønning (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

FARMAKOLOGISKE EGENSKABER AF ATOMOXETIN

Atomoxetin er hurtigt og næsten fuldstændigt absorberet efter oral administration og når maximal plasmakoncentration (C_{max}) ca. 1 til 2 timer efter dosering. Den absolutte biotilgængelighed af atomoxetin efter oral administration varierer fra 63 til 94%, afhængigt af interindividuelle forskelle i 1. pass metabolismen.

Den gennemsnitlige eliminationshalveringstid af atomoxetin efter oral administration er 3,6 timer hos hurtige omsættere og 21 timer hos langsomme omsættere. Omkring 7% af kaukasere har en genotype svarende til en ikke-funktionel CYP2D6 enzym (langsomme CYP2D6-omsættere). Patienter med denne genotype har en flere gange højere eksponering for atomoxetin sammenlignet med patienter med et funktionelt enzym. Langsomme omsættere kan have en højere risiko for bivirkninger. Hos patienter der er kendt med langsom omsætning kan en lavere startdosis og langsommere titrering af dosis overvejes. Eftersom 2D6 status sjældent er kendt for en person, vil en lav startdosis og langsom titrering mindske risikoen for bivirkninger, (10.8.1. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

BEHANDLING MED ATOMOXETIN

Fordele ved præparatet:

- a) kontinueret effekt og dermed dækning af aften, nat og tidlig morgen
- b) synes gavnligt ved samtidig tic-lidelse, komorbide angstlidelser, samt ved søvnproblemer
- c) mindre misbrugspotentiale og ulovlig udbredelse af atomoxetin
- d) kan være effektivt ved ADHD og komorbid enuresis

Behandlingsforsøg med atomoxetin bør foretages over en periode på mindst 4 uger. Effekt kan ses efter 1-2 ugers behandling, men hos de fleste tager det 3-4 uger før virkningen kan bedømmes. Enkelte får imidlertid ikke fuld virkning før efter 8-10 ugers behandling.

- Atomoxetin er i kapsler og findes i 7 styrker (10, 18, 25, 40, 60, 80 og 100 mg).
- Det anbefales generelt at starte med en lav dosering af atomoxetin fx 18mg x 1 eller 25 mg x 1 daglig for at mindske risiko for bivirkninger og at titrere dosis op over 6-10 uger afhængig af effekt og bivirkninger. (KB)
- Anbefalet vedligeholdelsesdosis er 80 mg/døgn. Doser udover nævnte vedligeholdelsesdosis giver ikke bedre effekt. Maximalt anbefalet døgndosis er 100 mg/døgn (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Atomoxetin kan kombineres med stimulantia for at øge effekten, hvis klinikerer vurderer at patienten ikke har sufficient effekt af behandling med atomoxetin. I så tilfælde bør henvisning ske til en specialist i ADHD behandling (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance and (CAP) 2011),(KB).

De hyppigst rapporterede bivirkninger af atomoxetin er:

Rhinitis, mavesmerter, kvalme og opkastning, nedsat appetit, obstipation, træthed og svimmelhed. Let blodtryks- og pulsstigning er almindeligt. Hos voksne er urogenitale bivirkninger hyppige, herunder bl.a. vandladningsbesvær, erektil dysfunktion, impotens og menstruationsforstyrrelser. Mundtørhed er desuden set som en meget almindelig bivirkning hos voksne.

Patienter i behandling med atomoxetin bør observeres for agitation, irritabilitet, selvmordstanker, selvskadende adfærd og usædvanlige ændringer i adfærd, især i de første måneder af behandlingen og efter dosisændringer. Patienter bør også advares om mulig leverskade i sjældne tilfælde (mavesmerter, kvalme, ubehag, mørkfarvning af urin, gulsot), (10.18.7. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Leverskade er en sjælden og idiosynkratisk bivirkning af atomoxetin og rutineprøver for leverfunktion anbefales ikke, (12.8.4.8. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Ved kvalme anbefales at det tage atomoxetin sammen med mad. I tilfælde af vedvarende træthed, kan man forsøge at dele døgndosis i to, (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Det fremgår af NICE at der kan være potentiel risiko for kramper og QT forlængelse ved behandling med atomoxetin, (10.3. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Kontraindikationer

- Alvorlig kardiovaskulær eller cerebrovaskulær sygdom, der kan forværres af øget puls eller blodtryk.
- Behandling med MAO-hæmmere inden for de sidste 14 dage.
- Snærvinklet glaukom.
- Fæokromocytom.

Enkelttilskud:

Ordinerende speciallæge ansøger om enkelttilskud hos Sundhedsstyrelsen til behandling med atomoxetin.

Ét af følgende tre forhold kan give grundlag for enkelttilskud:

1. højeste anbefalede dosis af methylphenidat har ikke ønsket virkning
2. bivirkninger af methylphenidat
3. en eller flere komorbide lidelser udelukker brug af methylphenidat (bl.a. komorbidt misbrug)

6. MONITORERING AF BIVIRKNINGER

Bivirkninger som følge af medicinsk behandling for ADHD, bør rutinemæssigt overvåges og dokumenteres i ordinerende speciallæges notater. Ved generende bivirkninger bør en reduktion i dosis overvejes.

- Rutinemæssige blodprøver og EKG anbefales ikke ved behandling med methylphenidat, dexamfetamin eller atomoxetin, medmindre der er en klinisk indikation (1.8.1. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).
- Ved hviletakykardi, arytmie eller systolisk blodtryk højere end 95 pct.-fraktilen (eller en klinisk signifikant stigning) målt ved to lejligheder, skal dosis af methylphenidat, dexamfetamin eller atomoxetin reduceres og patienten henvises til lægelig vurdering og behandling (1.8.4.11. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).
- Speciallægen skal være opmærksom på, at dosistitrering bør være langsommere, hvis tics eller epilepsi til stede hos personer med ADHD.
- Hvis psykotiske symptomer (fx vrangforestillinger og hallucinationer) opstår efter start af behandling med methylphenidat eller dexamfetamin, bør behandlingen straks stoppes, og en grundig psykiatrisk revurdering foretages. Behandling med atomoxetin bør overvejes som et alternativ (1.8.4.12. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).
- Hvis anfald forværres hos en person med epilepsi, eller de novo anfald opstår efter start af behandling med methylphenidat eller atomoxetin, bør behandlingen straks afbrydes (1.8.4.13. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).
- Hvis tics opstår under behandling med methylphenidat eller dexamfetamin, bør lægen overveje, om disse tics er relateret til behandlingen med stimulantia (tics er fluktuerende af natur) og om de tic-relaterede vanskeligheder i så fald overstiger fordelene ved ADHD behandling. Hvis tics er stimulantia-relaterede, reduceres dosis af methylphenidat eller dexamfetamin. Man kan overveje at skifte til atomoxetin, eller stoppe behandlingen (1.8.4.14. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).
- Angstsymptomer, herunder panikanfald, kan udløses ved behandling med stimulantia, især hos voksne med komorbide angstlidelser eller ved tidligere angstlidelser i anamnesen. Hvor dette er et problem, kan initialt anvendes lavere doser stimulantia og / eller behandling kombineres med et antidepressiva som anvendes til be-

handling af angst. At skifte til atomoxetin kan være effektivt (1.8.4.15. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

7. KONTINUERT OPFØLGNING PÅ BEHANDLING

Blodtryk og puls skal måles løbende under behandlingen, og hvis der ses tegn på hjertesygdom såsom hjertebanken, brystmerter, besvimelse eller lignende, skal det vurderes af en specialist i hjertesygdomme. Det er velkendt, at den generelle risiko for hjerte-/karlidelser er stigende med alderen, og der kan derfor tænkes at være en anden baggrundsrisiko for denne type bivirkninger, når voksne i stigende grad bliver behandlet med methylphenidat, (Lægemiddelstyrelsen, 2010).

Det fremgår af NICE (1.8.7) vedr. varighed, ophør, og kontinuitet i behandlingen af ADHD hos voksne:

En individuel behandlingstilgang er vigtig hos voksne, og sundhedspersonale bør regelmæssigt (mindst en gang årligt) revurdere behovet for at tilpasse mønsteret for anvendelsen af medicinen, herunder effekten af medicinen på komorbide tilstande og på humørsvingninger, (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

- Ved behandling med methylphenidat, atomoxetin og dexamfetamine anbefales ikke rutinemæssige blodprøver eller EKG, medmindre der er en klinisk indikation.
- Hvis der er tegn på vægttab forbundet med behandling i voksne med ADHD, bør body mass index måles og behandlingen ændres hvis vægttab fortsætter.
- Konsekvenser af glemte doser, planlagte dosisreduktioner og korte perioder uden behandling bør tages i betragtning, og det foretrukne forbrugsmønster bør også revurderes.
- Komorbide tilstande bør revurderes, og patienten behandles eller viderehenvises hvis det er nødvendigt. Behovet for psykologisk, social og erhvervsmæssig støtte til patient og evt. pårørende skal vurderes.

Vedr. planlagte pauser i den medicinske behandling:

Voksne har sjældent længere perioder, hvor de ikke behøver at udføre tilbagevendende pligter, således som fx børn kan have det i sommerferier, hvor der ikke er lektier og hvor voksne står for de daglige rutiner. Det er således svært at planlægge medicin frie perioder/ 'drug holidays' og stillingtagen til hvorvidt det er hensigtsmæssigt at pausere behandlingen må ske individuelt (KB).

8. ANDRE LÆGEMIDLER

Andre præparater som er blevet anvendt off-label til behandling af ADHD, er clonidin, bupropion, modafinil, imipramin, risperidon og nikotin plastre. Der eksisterer en vis klinisk erfaring med anvendelsen af disse præparater hos unge med ADHD, især hos individer med komorbide tilstande (10.1.National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

KLONIDIN

Klonidin er anvendt hos patienter med samtidig tics/Tourettes syndrom og ADHD. Præparatet kan dæmpe tics hos 20-50 % og samtidig reducere ADHD symptomer. Behandling er en specialist opgave.

BUPROPION

Bupropion er en selektiv inhibitor af den neuronale genoptagelse af noradrenalin og dopamin. Det er registreret til behandling ved rygestop. Der er nogen evidens for at bupropion er effektiv til at reducere kernesymptomer og medfører klinisk forbedring hos voksne med ADHD. Der er samtidig data der peger på, at bupropion øger risikoen for bivirkninger. Bupropion er forbundet med en dosisrelateret risiko for kramper med en anslået forekomst på 0,1 %.

Bupropion er kontraindiceret hos patienter med en aktuell krampelidelse eller med kramper i anamnesen, patienter med nuværende eller tidligere bulimi eller anorexia nervosa, med kendt CNS tumor, og hos personer med risiko for abstinens-tilstande på grund af alkohol- eller benzodiazepinforbrug (MHRA, 2002), (10.10.2. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

MODAFINIL

Modafinil er et middel mod narkolepsi og virker fremmende på stemningslejet. Virkningsmekanismen er stadig uklar, muligvis virker modafinil på det thalamo-corticale systems GABAerge inhiberende netværk. Nyere forskning tyder dog på at det ligesom methylphenidat blokerer dopamintransporteren hos mennesker, (Volkow et al., 2009). Modafinil er registreret til behandling af overdreven søvnighed forbundet med narkolepsi, obstruktiv søvnapnø og moderate til svære kronisk søvnforstyrrelser ved skifteholdsarbejde.

Hos børn og unge foreligger der undersøgelser der viser at modafinil overfor placebo har en medium effekt i at reducere ADHD symptomer og adfærdsproblemer. Bivirkninger omfatter en øget risiko for søvnløshed, nedsat appetit, smerter, opkastning, mavesmerter, hovedpine, grådlabilitet, irritabilitet, tonsillitis og pharyngitis. Ingen data er tilgængelige vedr. modafinil-behandling af voksne med ADHD.

ANTIDEPRESSIVA

Der er ikke evidens for, at TCA, SSRI og SNRI har effekt i behandlingen af ADHDsymptomer, (10.12.3. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

ATYPISKE ANTIPSYKOTIKA

Atypiske antipsykotika anvendes ofte til behandling af visse former for bipolar lidelse, psykotisk depression, obsessiv-kompulsiv sygdom, Tourettes syndrom og Autisme Spektrum Lidelser. Der er ikke evidens for, at atypiske antipsykotika har effekt i behandling af ADHDsymptomer, (10.13.3. National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

9. BEHANDLING VED KOMORBIDE TILSTANDE

ADHD patienter som har behandlingskrævende tillægsdiagnoser, skal have en samlet vurdering af behandlingsbehovet.

Når der er komorbide lidelser sammen med ADHD, er det generelt tilrådet, at den lidelse der er mest belastende og fremtrædende på behandlingstidspunktet prioriteres først.

En række strategier har været anvendt for at bestemme rækkefølgen af behandling, inklusiv graden af diagnostisk sikkerhed, patient præference, den primære lidelse og lidelsen medførende det største handicap eller lidelsen som med størst sandsynlighed responderer på behandling. Dog bør svære affektive tilstande i form af uni- og bipolær depression og stofmisbrug identificeres og behandles forud for ADHD. Residualsymptomer kan behøve yderligere behandling.

Det er vigtigt at gennemgå interaktioner mellem de forskellige præparater der behandles med, for at sikre at der ikke opstår risici for patienten. Det er ikke usædvanligt at patienter behandles med mere en ét præparat ved kompleks ADHD, (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance and (CAP), 2011).

Her skal blot nævnes behandling af komorbide søvnforstyrrelser.

BEHANDLING AF SØVNFORSTYRRELSER VED ADHD

I forbindelse med udredning for ADHD hos voksne, er det vigtigt at afdække tilstedeværelse af kroniske søvnforstyrrelser og at iværksætte behandling herfor. Hyppigt er vanskeligheder med langvarig indsovningsfase, hyppige opvågninger og/eller vanskeligheder med at vågne og stå op om morgenen. Søvnapnø og RLS (Restless Legs Syndrome) ligeledes vigtigt at udrede og behandle.

Instruktion i søvnhygge er vigtig og kan evt. suppleres med behandling med tablet melatonin 3 mg x 1 til natten, ca. 1 time før sovetid. Der mangler evidens for denne behandling og forsigtighed bør derfor udvises. Melatonin kan kun ordineres som et magistrelt fremstillet præparat (100 tabletter a 3 mg), der mangler således ledsage-information om virkning og bivirkninger.

Tablet Circadin er et melatoninpræparat med depoteffekt. Indikationen er korttidsbehandling af primær søvnløshed og dårlig søvnkvalitet hos patienter over 55 år. Præparatet kan forsøges anvendt hos voksne patienter med ADHD der har forstyrret søvn med hyppige opvågninger.

Ved manglende effekt af melatonin på søvn må videre behandling ske efter individuel klinisk vurdering.

Søvnforstyrrelser pga. behandling med centralstimulantia:

Såfremt der på grund af medicinsk behandling af ADHD er fortsatte søvnproblemer, kan det være nødvendigt at revidere behandlingen.

10. SÆRLIGE FORHOLD VEDR. MEDICINSK BEHANDLING

MISBRUG AF STIMULANTIA

Misbrug og ulovlig udbredelse af stimulantia (10.6.6. National Institute for Health and Care Excellence, 2009):

Stimulantia er doping/ narkotikalistet medicin og ordination indebærer potentielt misbrug og ulovlig anvendelse, enten med subjektivt formål eller med formål at øge præstationsevne.

- Oral indtagelse indebærer meget lille risiko for at inducere eufori: Tidsforløbet af centralstimulantias aktion på receptorerne er langsommere end for narkotika som fremkalder afhængighed. Intravenøs indgivelse og inhalation, kan imidlertid frembringe en rus.
- Extended-release præparater af stimulantia er formentlig sværere at misbruge på denne måde end er IR tabletter.
- Atomoxetin anses for ikke at have større potentiale for at inducere eufori eller afhængighed, (Wilens et al., 2008).

Det fremgår af Lægemiddelstyrelsens fokusrapport (Lægemiddelstyrelsen, 2010) at:

- for at mindske risikoen for misbrug af methylphenidat er der fra Lægemiddelstyrelsen særlig kontrol med medicinen. Det betyder, at udleveringen af medicin med methylphenidat er skærpet, så medicinen tilhører udleveringsgruppen kaldet A§4. Medicin indenfor denne gruppe er underkastet særlig overvågning, og må kun udleveres én gang efter samme recept og lægens Cpr-nr. eller tilsvarende identifikation, skal altid angives på recepten.
- i den officielle vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, skal lægen sammen med patienten lægge en behandlingsplan at for at undgå misbrug.
- information om misbrug af lægemidler indberettes til Lægemiddelstyrelsen

Rationalet for at behandle ADHD hos patienter med sekundært alkohol- eller stofmisbrug med centralstimulantia bør nøje overvejes ved hver enkelt patient. Psykosocial behandling, ADHD coaching og hyppig kontakt til behandlere samt medicinudlevering i kontrollerede og afmålte mængder vil være nødvendigt hos personer med aktivt mangeårigt misbrug og ved deroute.

Såfremt man ikke kan tilbyde patienter med et svært mangeårigt misbrug et fuldt behandlingskoncept for ADHD, må man overveje at afstå fra medicinsk behandling med centralstimulantia, hvis det skønnes at der er mulighed for at den ordinerede medicin ikke indtages efter hensigten (KB).

BILKØRSEL OG ADHD

På grund af mulige bivirkninger i form af svimmelhed, især i de første uger af behandlingen med stimulantia, er det tilrådeligt at udvise forsigtighed ved bilkørsel, brug af maskiner og ved andre risikofyldte aktiviteter (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Det er vigtigt at informere unge og voksne patienter med ADHD om risikoen ved at føre motorkøretøj ved ubehandlet ADHD. I den canadiske guideline, CAP (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance, 2011) fremhæves bl.a.at:

- Kliniske studier viser at unge der fører motorkøretøj med ubehandlet eller suboptimalt behandlet ADHD har 2-4 gange så mange kollisioner og overtrædelser af færdselsloven som en sammenlignelig population af unge uden ADHD.
- Mange patienter med ADHD som er velbehandlede har dog ikke signifikant risiko for problemer ved kørsel, specielt ikke når de er informeret om risici.

INDSATTE I FÆNGSLER OG ADHD

Indsatte i fængsler har samme rettigheder til at blive behandlet som patienter udenfor fængsel. Hvis en indsat har eller får diagnosen ADHD, vil behandling med centralstimulerende lægemidler eller atomoxetin være relevant, såfremt den kliniske psykiatriske vurdering tilsiger det.

Personer med diagnosen ADHD som før indsættelse i fængsel får behandling med centralstimulerende lægemidler, bør have mulighed for at fortsætte med denne behandling under fængselsopholdet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).


11. SOCIAL INDSATS

ADHD hører som lidelse ind under Handicapkonventionen som blev vedtaget af FN i 2006. I juli 2009 ratificerede Danmark konventionen. Danmark skal herefter sikre, at personer med handicap kan de nyde de rettigheder, som konventionen foreskriver. Studerende kan anmode om handicaptillæg til SU: www.su.dk/saerligstoette/handicaptillaeg.

Andre links: <http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/adhd> og <http://www.socialstyrelsen.dk/adhd/adhd-indsatsen>.

12. REFERENCER

- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark. Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD. 2008.
- Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance and (CAP). Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition, Toronto ON; CAP. 2011.
- Emilsson, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, JF., Baldursson, G., Einarsson, E., Olafsdottir, H., and Young, S. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2011 Jul 25;11:116.
- Kooij, S.J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugue, M., Carpentier, P.J., Edvinsson, D., Fayyad, J., Foeken, K., Fitzgerald, M., Gaillac, V., Ginsberg, Y., Henry, C., Krause, J., Lensing, M.B., Manor, I., Niederhofer, H., Nunes-Filipe, C., Ohlmeier, M.D., Oswald, P., Pallanti, S., Pehlivanidis, A., Ramos-Quiroga, J.A., Rastam, M., Ryffel-Rawak, D., Stes, S. and Asherson, P., 2010. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 10, 67.
- Lægemiddelstyrelsen. Fokusrapport vurdering af sikkerheden ved brug af methylphenidat. 2010.
- Linnet, K.M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T.B., Rodriguez, A., Kotimaa, A., Moilanen, I., Thomsen, P.H., Olsen, J. and Jarvelin, M.R., 2003. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry*. 160, 1028-1040.
- Methe Axén, A.B.E.H.V.N.L.N.M.W. Regionalt vårdprogram ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd hos barn, ungdomar och vuxna, ISBN 91-85211-73-7. 2010.
- National Institute for Health and Care Excellence. National Institute for Health and Care Excellence, 2009, ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adult, CG72, London: National Institute for Health and Care Excellence. 2009.
- Philipsen, A., Graf, E., Tebartz van, E.L., Jans, T., Warnke, A., Hesslinger, B., Ebert, D., Gerlach, M., Matthies, S., Colla, M., Jacob, C., Sobanski, E., Alm, B., Rosler, M., Ihorst, G., Gross-Lesch, S., Gentschow, L., Kis, B., Huss, M., Lieb, K., Schlander, M. and Berger, M., 2010. Evaluation of the efficacy and effectiveness of a structured disorder tailored psychotherapy in ADHD in adults: study protocol of a randomized controlled multicentre trial. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2, 203-212.
- Sosial- og helsedirektoratet. Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne, IS-1244. 2007.
- Turgay, A., Goodman, D.W., Asherson, P., Lasser, R.A., Babcock, T.F., Pucci, M.L. and Barkley, R., 2012. Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application. *J Clin Psychiatry*. 73, 192-201.
- Volkow, N.D., Fowler, J.S., Logan, J., Alexoff, D., Zhu, W., Telang, F., Wang, G.J., Jayne, M., Hooker, J.M., Wong, C., Hubbard, B., Carter, P., Warner, D., King, P., Shea, C., Xu, Y., Muench, L. and Apelskog-Torres, K., 2009. Effects of modafinil on dopamine and dopamine transporters in the male human brain: clinical implications. *JAMA*. 301, 1148-1154.

- 
- Wilens, T.E., Adler, L.A., Weiss, M.D., Michelson, D., Ramsey, J.L., Moore, R.J., Renard, D., Brady, K.T., Trzepacz, P.T., Schuh, L.M., Ahrbecker, L.M. and Levine, L.R., 2008. Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 96, 145-154.
 - World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* [10th edition]. 1995. Munksgaard.
 - Young, S., Bramham, J., Gray, K. and Rose, E., 2008. The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *J Atten Disord.* 11, 493-503.