

Prioriteringsriktlinjer för ADHD

2007-04-20

Tillstånd	DSM-IV/ ICD 10	Angelägen- hetsgrad	GAF	Medicinskt acceptabel väntetid	Åtgärd	Effekt av åtgärd	Grad av vetenskaplig dokumentation	Risk med åtgärd	Qaly	Nytta av åtgärd	Vårdnivå	Vårdform
ADHD	314.01/ F90.0	4 – 8	31-70	Inom 3 mån	Föräldrautbildningsprogram ^{1,2}	C-D	God	Liten		1	L	ÖV
					Psykodynamiskt baserade behandlingsformer 3	E	Inga	Liten		4	L	ÖV
					Social färdighetsträning, utveckling av inlärningsstrategier 4	D	viss	Liten		3	L	ÖV
					Insatser i skolmiljö 5	D	Viss	Liten		1	L	ÖV
					Centralstimulantia 6	C	God	Måttlig		1	L	ÖV
					Atomoxitin 7	C	God	Måttlig		1	L	ÖV
					Tricykliska 8	D	Ringa	Stor		3	R	ÖV

Angelägenhetsgrad

1. Omedelbart livshot
2. Risk för mycket allvarlig skada, för tidig död, betydande invaliditet och outhärdlig situation
3. Risk för allvarlig skada, bestående men eller mycket låg livskvalitet
4. Risk för förväntad försämring/ej vidmakthållen funktion-ADL-nivå
5. Risk för betydande olägenhet, ökad sjuklighet, förlängd sjukdomsperiod, sänkt livskvalitet
6. Risk för olägenhet, skada, bestående men eller låg livskvalitet
7. Sannolikt ökad risk för försämrade hälsoupplevelse eller icke optimal livskvalitet
8. Möjligen ökad risk för sjuklighet, försämring av funktionsnivå eller livskvalitet
9. Risk för sänkt livskvalitet enligt patientens uppfattning och vetenskap och beprövad kunskap inte motsäger detta
10. Ingen risk för ökad sjuklighet, försämrade funktionsnivå eller försämrade livskvalitet.

Global Assessment of Functioning (GAF)

För uppskattning/bedömning av patientens vårdbehov (länk).

Medicinskt acceptabel väntetid

Inom 1 vecka GAF 1-30, inom 3 månader GAF 31-70.

Åtgärd

Allmänna behandlingsriktlinjer i öppenvård

Barn- och ungdomar med ADHD har svårigheter i de flesta vardagssammanhang. Det innebär att vårdplanering måste baseras på en kartläggning av hur barnets/den unges svårigheter kommer till uttryck i olika miljöer. Åtgärd vid ADHD består alltid av flera kompletterande insatser planerade och utförda av berörda aktörer inom kommun, skola och sjukvård i samverkan. Barnet, familjen och pedagogisk personal kring barnet/den unge skall alltid erbjudas ett vårdprogram innehållande psykopedagogiska åtgärder i form av information och tillrättläggande av identifierade brister i barnets vardagsmiljö. Föräldrautbildning/föräldraträning, tillrättlägganden i skolmiljön och träning av barnets sociala färdigheter är grundläggande åtgärder. För barn med svåra problem bör läkemedelsbehandling i kombination med psykosociala interventioner prövas

Barkley R.A. (2004). Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of empirically based treatments. J Psychiatr Pract 10, 39-56.

Abstract

The author first presents an overview of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as it presents in adolescents. He reviews what is known about the predominantly inattentive subtype in adolescents, the persistence of symptoms into this developmental phase, and comorbid disorders in adolescent patients with ADHD. The author then reviews treatments for adolescents with ADHD for which there is some empirical support in the scientific literature. He first discusses common assumptions concerning the treatment of ADHD and evidence for or against these assumptions. Information on therapies that have been shown to be ineffective or the benefit of which is unproven are then described. These include cognitive-behavioral therapy and social skills training. The author then presents an overview of what is known about the medication treatment of ADHD and discusses how this information is applicable to adolescents with the disorder. Four main classes of drugs are discussed: stimulants, noradrenergic reuptake inhibitors, tricyclic antidepressants, and antihypertensive agents. The author then reviews the use of several psychosocial interventions, including contingency management strategies, parent training in behavior management methods, and teacher training in classroom management, and discusses how these strategies can best be used for adolescents with ADHD. The author then discusses the use of combined treatment with psychosocial interventions and medication. Finally, information on the use of physical exercise as therapy for adolescents with ADHD is discussed.

Beskrivning av specifika metoder

Föräldrautbildning/föräldraträning

Behandlingsinsatser vid ADHD måste alltid starta med information om vad ADHD innebär. Informationen ges, beroende på ålder och utvecklingsgrad, också till barnet/den unge själv. Varje familj bör vid behov ges möjlighet att delta i strukturerad föräldrautbildning/föräldraträning. Det finns flera föräldrautbildningsprogram som alla har det gemensamt att de fokuserar på barnets beteende och relationerna inom familjen. Föräldrarna får lära sig olika tekniker för att hantera och modifiera barnets dysfunktionella beteenden. De olika föräldrautbildningarna skiljer sig åt genom:

- den åldersgrupp de vänder sig till - de flesta vänder sig till barn i åldern 3-12 år
- om de är inriktade på barn med enbart ADHD eller barn med ADHD i kombination med trots eller utagerande och aggressivt beteende
- om de förutsätter att barnet skall ha genomgått diagnostisk utredning eller ej
- om de är klinikbaserade eller ges i barnens närmiljö
- om de är grupp- eller individbaserade

De program som det finns störst erfarenhet av i Sverige är Cope, Parent management training (PMT), Barkley's föräldraträningsprogram och "The incredible years" utvecklat av Webster-Statton. Den kvarstående effekten efter avslutad utbildning/träning är osäker. I många av programmen betonas därför betydelsen av återkommande utbildningstillfällen för

föräldrar. Ett svenskt program finns nu tillgängligt, "Komet för föräldrar" (www.kometprogrammet.se). Föräldraträning har visats kunna förbättra beteende hos barnet, stärka självförtroende hos föräldrarna, minska föräldrastress och förbättra familjerelationer.

Referenser:

Barkley R. (1997). Defiant children. A clinician's manual for parent training. Guilford Press, New York.

Cunningham C., Bremner R., Secord-Gilbert M. (1997). COPE, the community parent education program. COPE Works, Hamilton, Ontario.

1. Kazdin A.E. (1997). Parent management training: evidence, outcomes, and issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36, 1349-56.

Abstract

OBJECTIVE: To describe and evaluate parent management training (PMT) as a treatment technique for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. METHOD: Recent research is reviewed on the efficacy of PMT; factors that contribute to treatment outcome; the range of outcomes related to child, parents, and family; and variations of treatment currently in use. Limitations are also discussed related to the impact of treatment, clinical application, and dissemination of treatment. RESULTS AND CONCLUSIONS: PMT is one of the more well-investigated treatment techniques for children and adolescents. Notwithstanding the large number of controlled studies attesting to its efficacy, fundamental questions remain about the magnitude, scope, and durability of impact.

2. Brown R.T., Amler R.W., Freeman W.S., Perrin J.M., Stein M.T., Feldman H.M., Pierce K., Wolraich M.L. American Academy of Pediatrics Committee on Quality Improvement (2005). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: overview of the evidence. *Pediatrics* 115, 749-57.

Abstract

The American Academy of Pediatrics' Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, reviewed and analyzed the current literature for the purpose of developing an evidence-based clinical practice guideline for the treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). This review included several key reports, including an evidence review from the McMaster Evidence-Based Practice Center (supported by the Agency for Healthcare Research and Quality), a report from the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, the Multimodal Treatment for ADHD comparative clinical trial (supported by the National Institute of Mental Health), and supplemental reviews conducted by the subcommittee. These reviews provided substantial information about different treatments for ADHD and their efficacy in improving certain characteristics or outcomes for children with ADHD as well as adverse effects and benefits of multiple modes of treatment compared with single modes (eg, medication or behavior therapies alone). The reviews also compared the effects of different medications. Other evidence documents the long-term nature of ADHD in children and its classification as a chronic condition, meriting the application of general concepts of chronic-condition management, including an individual treatment plan with a focus on ongoing parent and child education, management, and monitoring. The evidence strongly supports the use of stimulant medications for treating the core symptoms of children with ADHD and, to a lesser degree, for improving functioning. Behavior therapy alone has only limited effect on symptoms or functioning of children with ADHD, although combining behavior therapy with medication seems to improve functioning and may decrease the amount of (stimulant) medication needed. Comparison among stimulants (mainly methylphenidate and amphetamines) did not indicate that 1 class outperformed the other.

Psykodynamiskt inriktad psykoterapi

Individuellt inriktade psykologiska behandlingsformer som lekterapi för barn eller psykodynamiskt orienterade samtal med ungdomar har inte kunnat påvisa någon effekt på ADHD-symtom hos barn.

3. Carr A. (2000) Conclusions. In: Carr A. (ed) What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families. Routledge, London, p 300-322.

Social färdighetsträning, utveckling av inlärningsstrategier

Social färdighetsträning innebär att träna barnet/den unge i att hantera problemsituationer som lätt utlöser aggressivt beteende, öka förmågan att klara socialt samspel med jämnåriga eller att utveckla bättre inlärningsstrategier. De bygger på användning av olika tekniker som vuxenledning (coaching), modellsituationer, rollspel individuellt eller i smågrupper.

4. Walker H., McConnell S., Holmes D., Todis B., Walker J., Golden N. (1983). The Walker Social Skills Curriculum: The ACCEPTS program (a curriculum for children's effective peer and teaching skills). PRO-ED, Austin, TX.

Insatser i skolmiljö

Grunden för skolans insatser är en individanpassad inläringssituation. Skolbaserade program har utvecklats med målsättningen att minska beteendeproblemen i skolan och därigenom öka inlärningsförmågan. Programmen utgår från att läraren använder beteendemodifierande tekniker. Fokus för insatserna är barnets allmänna beteende i klassrummet, i kamratumgänget och i inläringssituationer.

5. Miranda A., Presentacion M.J., Soriano M. (2002). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children. *Learn Disabil* 35, 546-62.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the efficacy of a multicomponent program for treating attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) carried out by teachers in a classroom context. Dependent measures included neuropsychological tasks, behavioral rating scales for parents and teachers, direct observation of behavior in the classroom, and academic records of children with ADHD. Fifty children with ADHD participated in the study. The teachers of 29 of the 50 students were trained in the use of behavior modification techniques, cognitive behavior strategies, and instructional management strategies. The other 21 students formed the control group. Parents' and teachers' ratings detected improvements in primary symptoms (inattention-disorganization, hyperactivity-impulsivity) and in behavioral difficulties usually associated with ADHD (e.g., antisocial behavior, psychopathological disorders, anxiety). Furthermore, the results showed increased academic scores, enhanced classroom behavioral observations, and improved teachers' knowledge about the strategies directed toward responding to the children's educational needs.

"Komet för lärare" är ett svenskt program, information finns på www.kometprogrammet.se.

Läkemedelsbehandling

Vid svår ADHD bör behandling med något av följande läkemedel övervägas, centralstimulantia i form av metylfenidat (Ritalin®, Concerta®) eller Atomoxetin (Strattera®).

Centralstimulerande medel (CS)

Centralstimulerande läkemedel aktiverar den dopaminerga och noradrenerga neurotransmission. De har visats ha god effekt kan på koncentrationsförmåga, överaktivitet och impulsivitet hos 70 - 80 % av behandlade barn och ungdomar med ADHD. Välkontrollerade långtidsstudier (mer än 18 månader) har visat att läkemedlen även efter lång tids behandling. Flera studier har visat att behandling med centralstimulantia att förutom påverkan på ADHD symtom underlättar behandlingen inlärningsförmåga och förbättrar beteende och social utveckling samt att uppförandestörningar och aggressivitet minskar. Vanliga biverkningar är försämrad aptit, viktminskning, insomningssvårigheter samt mag- och huvudvärk. Dessa symtom är oftast lindriga och övergående, men kan ibland vara av den svårighetsgraden att medicineringen måste avbrytas. Allvarliga biverkningar i form av ökad irritabilitet, agitation, depressiva känslor och psykosliknande symtom kan i sällsynta fall förekomma och kräver som regel att behandlingen avbryts. Behandling av yngre barn (under 6 år) är ofullständigt utprövat.

6. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (1999). .A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56, 1073-86.

Abstract

BACKGROUND: Previous studies have demonstrated the short-term efficacy of pharmacotherapy and behavior therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), but no longer-term (i.e., >4 months) investigations have compared these 2 treatments or their combination. METHODS: A group of 579 children with ADHD Combined Type, aged 7 to 9.9 years, were assigned to 14 months of medication management (titration followed by monthly visits); intensive behavioral treatment (parent, school, and child components, with therapist involvement gradually reduced over time); the two combined; or standard community care (treatments by community providers). Outcomes were assessed in multiple domains before and during treatment and at treatment end point (with the combined treatment and medication management groups continuing medication at all assessment points).

Data were analyzed through intent-to-treat random-effects regression procedures. RESULTS: All 4 groups showed sizable reductions in symptoms over time, with significant differences among them in degrees of change. For most ADHD symptoms, children in the combined treatment and medication management groups showed significantly greater improvement than those given intensive behavioral treatment and community care. Combined and medication management treatments did not differ significantly on any direct comparisons, but in several instances (oppositional/aggressive symptoms, internalizing symptoms, teacher-rated social skills, parent-child relations, and reading achievement) combined treatment proved superior to intensive behavioral treatment and/or community care while medication management did not. Study medication strategies were superior to community care treatments, despite the fact that two thirds of community-treated subjects received medication during the study period. CONCLUSIONS: For ADHD symptoms, our carefully crafted medication management was superior to behavioral treatment and to routine community care that included medication. Our combined treatment did not yield significantly greater benefits than medication management for core ADHD symptoms, but may have provided modest advantages for non-ADHD symptom and positive functioning outcomes.

Atomoxitin

Atomoxitin (Strattera®) verkar via selektiv inhibition av den presynaptiska transporten av noradrenalin med relativt liten verkan på serotonin och dopamin. Atomoxitin förbättrar koncentrationsförmåga, överaktivitet och impulsivitet, men också barnets psykosociala funktionsförmåga. Atomoxitin bör framför allt väljas vid missbruksrisk hos patient eller i närmiljön eller för barn med ADHD som har uttalade sömnproblem, ångestsymtom eller besvärande tics. Biverkningarna liknar de som beskrivits vid centralstimulantiabehandling. Liksom vid centralstimulantiabehandling finns rapporter om biverkan av psykiatrisk karaktär (ökad agitation, suicidala tankar) som gör att patienter som behandlas med Atomoxitin bör följas.

7. Michelson D., Allen A., Busner J. et al. (2002). One-daily Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 159, 1896-901.

Abstract

OBJECTIVE: The authors assessed the efficacy of once-daily atomoxetine administration in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). METHOD: In a double-blind study, children and adolescents with ADHD (N=171, age range=6-16 years) were randomly assigned to receive 6 weeks of treatment with either atomoxetine (administered once daily) or placebo. RESULTS: Outcomes among atomoxetine-treated patients were superior to those of the placebo treatment group as assessed by investigator, parent, and teacher ratings. The treatment effect size (0.71) was similar to those observed in previous atomoxetine studies that used twice-daily dosing. Parent diary ratings suggested that drug-specific effects were sustained late in the day. Discontinuations due to adverse events were low (less than 3%) for both treatment groups, and no serious safety concerns were observed. CONCLUSIONS: Once-daily administration of atomoxetine is an effective treatment for children and adolescents with ADHD.

Tricyklika

Desipramin och imipramin har studerats i både öppna och kontrollerade studier och visat sig ha relativt god effekt för ca 70 % av barnen. Förekomst av allvarliga biverkningar gör att dessa läkemedel medel bör användas endast vid speciella indikationer.

8. Biederman J., Baldessarini R.J., Wright V., Knee D., Hartz J.S. (1989). A double-blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of ADD: I. Efficacy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28, 777-84.

Abstract

The tricyclic antidepressant drug desipramine (DMI) was evaluated in the treatment of young patients with attention deficit disorder with hyperactivity (ADDH) in an unselected sample of 62 clinically referred patients, 43 (69%) of whom previously responded poorly to psychostimulant treatment. The 42 children and 20 adolescents were assigned randomly to receive DMI (N = 31) or placebo (N = 31) for up to 6 weeks in a parallel groups, double-blind study. Clinically and statistically significant differences in behavioral improvement were found for DMI over placebo, at an average (+/- SEM) maximal daily dose of 4.6 +/- 0.2 mg/kg; 68% of DMI-treated patients were considered very much or much improved, compared with only 10% of placebo patients (p less than 0.001). DMI was well tolerated, even at the relatively high doses used. These findings suggest that DMI can be an effective treatment in the management of pediatric patients with ADDH, including patients who failed to respond to stimulants.

Effekt av åtgärd

- A. Sjuklighet - död kan förhindras
- B. Tillståndet kan botas
- C. Sjuklighet påverkas mycket, överlevnaden förlängs
- D. Sjukligheten påverkas i viss utsträckning
- E. Ingen effekt,
- F. Risk för försämring

Grad av vetenskaplig dokumentation för effekt baserad på studier av barn och ungdomar

God = Två eller flera oberoende relevanta RCT med statistisk signifikanta och entydiga resultat eller metaanalyser med entydiga resultat,

Viss = Flera kontrollerade studier eller enstaka mindre RCT med entydiga resultat eller större RCT med divergerande resultat.

Ringa = Fallserier vid olika centra och/eller enstaka kontrollerade studier eller enstaka RCT med motsägelsefulla resultat.

Ingen = Enstaka fallbeskrivningar.

Risk med åtgärd

Stor Risk

Måttlig risk

Liten risk

Om möjligt anges andelen riskpatienter, exempelvis < 5%

Qaly

Kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår alternativt vunnet levnadsår.

Låg < 100 000 kr/QALY alternativt vunnet levnadsår

Måttlig 100 000 – 500 000 kr/QALY alternativt vunnet levnadsår

Hög 500 000 – 1 miljon kr/ QALY alternativt vunnet levnadsår

Mycket hög > 1 miljon kr/QALY alternativt vunnet levnadsår

Ej bedömningsbar

Nytta av åtgärd

Sammanvägning av beprövad erfarenhet, effekt av åtgärd, grad av vetenskaplig dokumentation, risk med åtgärd och kostnadseffektivitet.

Bedöm graden av nytta från 1-4, där 1 är stor och 4 är liten.

Vårdnivå

L = Länssjukvård

R = Regional vård

H = Högspecialiserad vård

Vårdform

SV = Slutenvård

ÖV = Öppenvård