

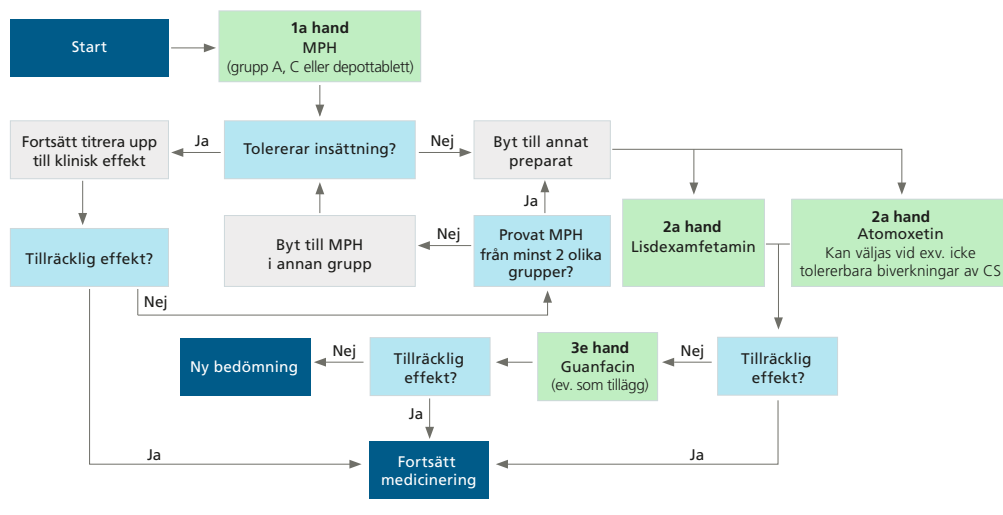
# ADHD

Fastställd november 2025 av Läkemiddelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. november 2027.

## Huvudbudskap

- ☑ Läkemiddelsbehandling ska individualiseras och utgöra en av komponenterna i ett multimodalt behandlingsprogram.
- ☑ Metylfenidat är förstahandsval för barn och vuxna.
- ☑ Lisdexamfetamin är andrahandsval, används endast om metylfenidat från minst två olika utbytesgrupper ger otillräcklig effekt vid fulldos eller inte tolereras.
- ☑ Att dela upp dos i flera tabletter/kapslar eller intagstillfällen ökar kostnaden avsevärt då pris per tablett/kapsel generellt är liknande oavsett styrka. Detta gäller för båda substanserna.
- ☑ Insatt behandling bör följas upp varje till varannan vecka för optimering. Därefter regelbunden och strukturerad uppföljning med fokus på funktionsförbättring, längdutveckling (barn), vikt, kardiovaskulärt status och biverkningar.

## Flödesschema för val av läkemedel – barn och vuxna



## Bakgrund

ADHD är en funktionsnedsättning som påverkar uppmärksamhet, aktivitetsnivå och impulsivitet med debut av symtom innan 12 års ålder. ADHD har en stark ärftlig komponent och miljöfaktorer kan påverka. Symtomen uttrycks vanligen olika beroende på kön, förändras med åldern och kvarstår ofta i vuxenlivet. Personer med ADHD har ofta psykiatrisk och somatisk samsjuklighet.

Läkemiddelsbehandling vid ADHD syftar till funktionsförbättring. Det finns centralstimulerande (CS) läkemedel, t.ex. metylfenidat och lisdexamfetamin, samt icke-CS läkemedel, t.ex. atomoxetin och guanfacin. Vid medelsvår till svår ADHD bör läkemiddelsbehandling erbjudas. Vid lindrig ADHD kan läkemedel övervägas.

## Utredning, diagnos och icke-farmakologisk behandling

Se [RMR ADHD – barn och ungdomar](#) samt [RMR ADHD – vuxna](#).

## Läkemedel

Läkemiddelsbehandling ska individualiseras och utgör en del i ett multimodalt behandlingsprogram. Se flödesschema för val av läkemedel. Obs! Att dela upp dos för CS i flera tabletter/kapslar eller intagstillfällen ökar kostnaden avsevärt. Detta då pris per tablett/kapsel generellt är liknande oavsett styrka.

Vid behandlingsstart bör CS administreras dagligen för utvärdering. Senare kan paus i behandlingen övervägas under helger och ledigheter. Atomoxetin och guanfacin bör ges kontinuerligt.

Maximal rekommenderad dos kan ibland behöva överskridas (off-label) för effektiv symtomlindring, vilket ska göras med försiktighet och motiveras i journal.

Tabell 1. Utbytesgrupper metylfenidat (MPH)

Grupp (enligt TLV)	Preparat (exempel)	Beredningsform	Fördelning direkt/fördröjd frisättning (%)	Styrka	Effekt-duration (ca)	Kommentar
A	Methylphenidate Orifarm	Kapsel med modifierad frisättning	50/50	10–60 mg	8 h	Lägst pris.
C	Medikinet	Kapsel med modifierad frisättning	50/50	5–60 mg	8 h	Kan titreras i små steg med låg startdos. Lågt pris upp till 30 mg.
B	Equasym	Kapsel med modifierad frisättning	30/70	10–40 mg	8 h	Rekommenderas ej, högre pris.
Depottablett	Concerta	Depottablett	22/78	18–54 mg	12 h	Lågt pris.
Snabbverkande tablett	Medikinet	Tablett	100/0	5–20 mg	4 h	

Kombinationsbehandling kan användas, ofta genom att CS kombineras med guanfacin.

Puls, vikt och längd kontrolleras alltid vid insättning. Somatisk samsjuklighet som epilepsi eller hjärtfel ska beaktas, men utgör inte absolut kontraindikation.

### Metylfenidat (MPH)

**Förstahandsval för barn och vuxna.** Flera beredningsformer och utbytesgrupper finns, se tabell. Välj om möjligt läkemedel i grupp A, C eller Depottablett, eftersom dessa har lägre pris. Prova minst två MPH-grupper innan andrahandspreparat väljs, då olika beredningsformer kan ge olika effekt.

### Dosering

- Inledande dos: Börja med lägsta dos för valt preparat (5–18 mg).
- Upptrappning: Veckovis; styrs av preparat och tolerans.
- Underhållsdos: Individuell, brukar följa och

justeras enligt patientens vikt (samma mg/kg kroppsvikt).

**Barn ≥ 6 år:** Normalt ca 1 mg/kg/dygn (0,5–2 mg/kg/dygn).

**Vuxna:** Maxdos är 54–80 mg beroende på preparat.

Personer med autism kan vara känsligare för MPH och kan behöva lägre doser och försiktig dosökning.

### Lisdexamfetamin (Elvanse)

Andrahandsval, används enligt förmånsbegränsning endast om MPH ger otillräcklig effekt vid fulldos eller inte tolereras.

- Inledande dos (även vid byte från annat preparat):

**Barn:** 20 eller 30 mg dagligen,  
**Vuxna:** 30 mg dagligen.

- Upptrappning: 10–20 mg veckovis för barn, 20 mg veckovis för vuxna.
- Maxdos för **barn och vuxna:** 70 mg dagligen.
- Doseras en gång om dagen, på morgonen.
- Effektduration ca 13–14 h.

### Dexamfetamin

Används i undantagsfall för optimering av lisdexamfetamin. Ökad risk för tolerans och beroende p.g.a. snabbt tillslag. Endast godkänd för åldrarna 6–17 år.

- Inledande dos: 5 mg, en eller två gånger dagligen. En andra dos bör inte tas för långt efter lunchtid för att undvika insomningssvårigheter.
- Upptrappning: 5 mg per vecka.
- Maxdos: 20 mg dagligen.

### Atomoxetin

Andrahandsval. Väljs t.ex. vid icke tolerabla biverkningar eller bristande effekt av CS. Generellt mindre effektivt än CS.

- Inledande dos: Vecka 1:  
**Barn** < 70 kg: 0,5 mg/kg och dygn.  
**Vuxna och barn** > 70 kg: 40 mg per dygn.
- Upptrappning (från vecka 2):  
**Barn** < 70 kg: trappa upp till 1,2 mg/kg/dygn.  
**Vuxna och barn** > 70 kg: trappa upp till 80–100 mg/dygn.

Underhållsdos bör testas i 8–12 veckor innan effektutvärdering. Fördelar med högre dos än rekommenderad har inte visats. Finns kliniskt relevanta interaktioner, se rubrik Interaktioner.

### Guanfacin

Godkänt endast för åldrarna 6–17 år.

- Inledande dos: 1 mg dagligen i en vecka (ges sen eftermiddag/kväll).
- Upptrappning: 1 mg veckovis, till underhållsdos 0,05–0,12 mg/kg/dag. Kan delas upp på morgon och kväll.
- Maxdos: **Barn** > 25 kg och under 12 års ålder: 4 mg. Ungdomar 13–17 år: mellan 4–7 mg.
- **Vuxna:** Behandling är off-label. Upptrappning med 1 mg veckovis, maxdos 7 mg.

Guanfacin har gynnsam effekt vid samtidig förekomst av tics och beteendestörningar såsom trottsyndrom och uppförandestörning. Då trötthet är en vanlig biverkan, eller önskad effekt, bör dos inledningsvis ges sen eftermiddag/kväll.

Bör trappas ut med 1 mg/vecka p.g.a. risk för blodtrycksstegring. Studier på unga vuxna indikerar att abrupt utsättning inte är farlig, men kan vara obehaglig.

### Biverkningar

Beroenderisk finns för CS, men inte för atomoxetin och guanfacin.

MPH, atomoxetin, lisdexamfetamin och dexamfetamin har likartade biverkningar. Vanligt är aptitnedsättning, viktminskning, sömnstörningar, illamående, buksmärtor, huvudvärk och muntorrhet. Ökning av pulsfrekvens och blodtryck kan förekomma. Läkemedlen kan påverka längdtillväxt negativt hos barn. Samtliga kan ge erektil dysfunktion.

Guanfacin har annan biverkningsprofil. Vanligast är trötthet, sömnhet, huvudvärk, buksmärtor, nedstämdhet och viktuppgång. Sänkt pulsfrekvens och blodtryck kan förekomma.

Risken för allvarliga hjärt-kärlbiverkningar är liten, men ska värderas innan behandling inleds. Vid misstanke om eller förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdom ska samråd med kardiolog ske innan förskrivning.

Erfarenheter av traumatiska händelser eller hög

ångestnivå kan öka risken för biverkningar, vilket ibland gör att icke-CS preparat föredras.

### Interaktioner

Atomoxetin metaboliseras framför allt via CYP2D6 och för långsamma metaboliserare kan blodkoncentrationen vara hög i förhållande till dos. Vid samtidig behandling med atomoxetin och starka hämmare av CYP2D6 (bl.a. fluoxetin och bupropion) krävs långsam titring och extra monitorering, se [Janusmed](#).

### Beroendetillstånd

Personer med ADHD har ökad risk att utveckla beroende av alkohol eller droger.

Flödesschemat kan oftast användas som för övriga patienter. MPH är förstahandsval, där långverkande preparat (grupp Depottablett) har en gynnsam farmakokinetik. Kortverkande beredningar av CS bör, p.g.a. snabbt tillslag och kort verkningstid, undvikas. Dosering enligt tidigare avsnitt är ofta tillräcklig, men för de som har ett beroende (särskilt av centralstimulantia) kan hög grad av individanpassning krävas. Vid behov konsultera psykiater med beroendemedicinsk kompetens.

Det är önskvärt att inleda behandling när patienten varit alkohol- och drogfri en tid. Att kräva flera månaders drogfrihet innan behandlingsstart kan dock motverka syftet, eftersom patienter med svårt beroende har hög återfallsrisk (särskilt vid beroende av centralstimulantia och opioider), vilket gör att många patienter med stort behov då blir utan behandling. Det finns inget vetenskapligt stöd för att behandling med CS ytterligare ökar risken för beroende. Avseende provtagning se [RMR ADHD – Vuxna](#).

Se [Handbok ADHD beroende](#) för mer information.

### Risksituationer

Risker vid förskrivning av narkotikaklassade läkemedel inkluderar spridning, försäljning, förlust och beroendeutveckling. Förskrivaren bör undvika att skriva ut större mängder och vara restriktiv med att ersätta förlorade preparat. Upprätta gärna ett patientkontrakt innan förskrivning där patientens och vårdens ansvar tydliggörs.

Risken för skadligt bruk, beroende samt felaktig användning ska värderas före och under behandling. Drogtest förutsätter individuell bedömning och tydlig information till patient/vårdnadshavare.

### Uppföljning

Efter insättning rekommenderas uppföljning varje till varannan vecka, för att tidigt upptäcka ev. biverkningar och snabbt optimera behandlingen. Uppföljning 3–6 månader efter att underhållsdos uppnåtts. Därefter regelbunden och strukturerad uppföljning med fokus på:

- effekt/funktionsförbättring och biverkningar
  - viktutveckling, längdutveckling (barn)
  - kardiovaskulärt status (inkl. puls och blodtryck)
  - psykisk status (inkl. depressiva symtom och suicidtankar/suicidrisk)
  - provtagning och drogtest vid behov
- Använd gärna strukturerade skattningskolor eller frågeformulär (se [VIP](#)).

Läkarbedömning bör ske minst årligen med läkemedelsgenomgång och ställningstagande till fortsatt behandling.

### Graviditet och amning

CS kan normalt användas vid graviditet, eftersom stor erfarenhet finns, särskilt för MPH. Generellt ingen ökad risk för missbildningar. Ökad risk för tidig födsel.

För atomoxetin finns begränsad kunskap vid graviditet. Inget tyder på ökade missbildningsrisker, men en viss risk för tidig födsel. Guanfacin bör undvikas då kunskap saknas.

MPH går bra att använda under amning.

Dexamfetamin passerar över till bröstmjölk med måttlig risk för barnet. Ammande barn bör nog övervakas avseende biverkningar. Atomoxetin och guanfacin bör undvikas vid amning, då kunskap saknas.

Se [Janusmed](#) för mer information.

### Barn

Behandling rekommenderas från 6 år.

För att utvärdera effekt av läkemedel behövs delaktighet både av vårdnadshavare och skola.

För mer info, se [SFBUP riktlinjer](#).

### Äldre

Inga läkemedel är godkända för patienter äldre än 65 år och kunskapen är begränsad. Valfungerande behandling behöver inte avslutas.

Vid diagnostiserad ADHD med signifikant funktionsnedsättning kan läkemedel provas off-label. Försiktighet bör tillämpas p.g.a. ökad somatisk samsjuklighet och högre risk för biverkningar.

Behandling inleds med lägre startdos och långsammare upptrappning.

Många äldre upplever positiva effekter av CS/atomoxetin på funktion/livskvalitet, men avbruten behandling p.g.a. biverkningar är vanligt.

### Vårdnivå

För att skriva ut CS krävs specialistkompetens i någon psykiatrisk eller neurologisk specialitet.

### Barn

Se [RMR Ansvarsfördelning och samverkan BUM, BUP samt barn- och ungdomshabilitering](#) respektive [RMR Ansvarsfördelning mellan primärvård och BUP](#).

### Vuxna

Primärvården uppmärksammar och kartlägger problematik, kan vid behov skicka remiss till psykiatri. Primärvård kan ge stöd inom levnadsvanor. Se även [RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#).

### FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Harald Aiff, ordförande

### Referens

Nationella vård- och insatsprogram, ADHD  
<https://vardochinsats.se/adhd/>

Läkemedel vid adhd - behandlingsrekommendation: Information från Läkemedelsverket 2016;27(2):13–24. [https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-for-skrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation-lakemedel-adhd.pdf](https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-for-skrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-lakemedel-adhd.pdf)

### Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Psykiatri  
Martin Hedeberg, martin.hedeberg@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på  
[www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel](http://www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel).  
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.