
Vinnulag við
greiningu og meðferð
athyglisbrests með ofvirkni
(ADHD)

Stytt útgáfa leiðbeininga

Júní 2014

FORMÁLI

Leiðbeiningar um [Vinnulag við greiningu og meðferð athyglisbrest með ofvirkni](#) voru fyrst gefnar út á vef Embættis landlæknis í desember 2007 og endurskoðuð útgáfa í mars 2012.

Vegna nýrra greiningarskilmerkja DSM-V og óska fagfólks um styttri útgáfu leiðbeininganna var ráðist í það verk og samtímis fór fram ákveðin endurskoðun. Embætti landlæknis leitaði til höfunda eldri leiðbeininga og stofnaður var vinnuhópur til verksins. Eftirtaldir aðilar hafa unnið að þessari útgáfu leiðbeininganna:

Brynjar Emilsson, sérfræðingur í klínískri sálfræði, geðsviði LSH

Gísli Baldursson, sérfræðingur í barna og unglingageðlækningum, BUGL

Halldóra Ólafsdóttir, yfirlæknir, sérfræðingur í geðlækningum, LSH

Haukur Örvar Pálmason, sérfræðingur í klínískri taugasálfræði, BUGL

H. Magnús Haraldsson, sérfræðingur í geðlækningum, geðsviði LSH

Páll Magnússon, sérfræðingur í klínískri barnasálfræði, geðsviði LSH

Við vinnslu leiðbeininganna var tekið mið af vísindagreinum og fyrirkomulagi þessara mála í öðrum löndum. Fyrir liggja evrópskar meðferðarleiðbeiningar og leiðbeiningar frá Bandaríkjunum. Einnig hefur að verulegu leyti verið stuðst við breskar leiðbeiningar frá NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2008) og gæðastaðli (NICE: Attention deficit hyperactivity disorder, CS39) frá 2013. Ennfremur var stuðst við leiðbeiningar bæði frá Svíþjóð og Noregi. Hvað varðar aðrar heimildir sem þessi samantekt byggir á vísast til lengri útgáfu þessara leiðbeininga frá 2012.

Þessar leiðbeiningar eru sambland klínískra leiðbeininga og verklagsreglna. Þær er fyrst og fremst ætlaðar fagfólki sem vinnur við athugun, greiningu og meðferð á ADHD. Aðrir sem gætu haft gagn af leiðbeiningunum eru einstaklingar með ADHD og fjölskyldur þeirra, félög sem starfa að hagsmunum einstaklinga með ADHD, starfsfólk skóla, félagsþjónustu og heilbrigðisþjónustu, opinberir aðilar og stjórnámálamenn. Þess er vænst að leiðbeiningar þessar geri heilbrigðis- og skólakerfið betur í stakk búið til að sinna þörfum þeirra sem eiga við þessa röskun að stríða.

Reykjavík í júní 2014.

VERKLAG VIÐ GREININGU OG MEÐFERÐ BARNNA

GREININGARSKILMERKI

Við greiningu ADHD á Íslandi hefur þróast það vinnulag, eins og víðar í Evrópu, að styðjast fyrst og fremst við skilmerki DSM greiningarkerfisins þótt greiningar séu skráðar samkvæmt ICD-10. Árið 2013 kom út ný útgáfa síðarnefnda kerfisins DSM-V sem kemur í stað fyrri útgáfunnar DSM-IV. Í nýrri útgáfunni eru þrjár meginbreytingar sem skipta máli í greiningu ADHD.

- Í stað kröfu um að hamlandi einkenni hafi verið komin fram fyrir 7 ára aldur er nú miðað við að mörg einkenni þurfi að hafa verið komin fram fyrir 12 ára aldur.
- Þegar um er að ræða sjúklinga 17 ára og eldri þurfa einungis fimm af níu einkennum úr öðrum hvorum eða báðum einkenaflökkum að vera til staðar í stað sex einkenna áður.
- Felld er niður ákvæði sem útilokaði að greina ADHD ef einhverfurófsröskun var til staðar.

Mælt er með því að farið sé eftir þessum breyttu ákvæðum í greiningarvinnu á Íslandi.

Verklag

Mælt er með því að greiningarvinna sé unnin í þverfaglegu teymi starfsfólks sem sérhæft er í greiningu á ADHD.

GREINING BARNNA OG UNGLINGA

Greining ADHD krefst viðamikillar söfnunar gagna ásamt viðtali við einstaklinginn sjálfan og þá sem best þekkja til hans. Einkenni þurfa að vera íþyngjandi og mega ekki vera betur skýrð með öðrum geðröskunum.

Heilbrigðisstarfsmenn með sérþekkingu í greiningu og meðferð ADHD annast greiningarvinnuna.

1. Tekin er ítarleg sjúkra- og þroskasaga.
2. Mikilvægt er að safna upplýsingum um einkenni barnsins við mismunandi aðstæður með því nota matskvarða eða önnur sambærileg verkfæri, til dæmis *ADHD Rating Scale-IV*, *ADHD-IV* (Magnússon et al., 1999), *Strengths and Difficulties Questionnaire*, *SDQ* (Hrafnadóttir, 2006) eða *Matslistinn 5-15* (Kadesjö et al., 2004).
3. Mælt er með notkun greiningarviðtals, til dæmis *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children K-SADS* (Lauth et al., 2008). Mikilvægt er að sá sem framkvæmir viðtalið hafi hlotið til þess viðeigandi þjálfun.
4. Mælt er með að greindarpróf (WPPSI-R, WISC-IV) liggi fyrir.
5. Vegna kröfunnar um að einkenni komi fram og séu hamlandi við fleiri en einar kringumstæður er nauðsynlegt að leita upplýsinga um aðlögun í skóla og námsafköst. Gott er að afla upplýsinga með samtali við starfsfólk, til dæmis með því að halda skólafund.
6. Viðtal og skoðun hjá lækni.

MISMUNAGREININGAR OG FYLGIRASKANIR

1. Geðrænar sjúkdómsgreiningar (K-SADS), einhverfurófsraskanir (*Autism Spectrum Screening Questionnaire, ASSQ; Ehlers et al., 1999*), þroskahömlun, sérstakir líkamlegir sjúkdómar, svo sem ofstarfsemi skjaldkirtils, sérstök erfðafræðileg heilkenni eða önnur heilkenni, sjón-/heyrnarskerðing, kipparaskanir, þar með talið Tourette-heilkenni og námsraskanir.
2. Meta þarf hugsanlegar fylgiraskanir eða önnur samhliða vandamál.

Ástæða er til að leggja áherslu á að greining getur aldrei byggst á matskvörðum eingöngu. Ítarleg sjúkra- og þroskasaga og greiningarviðtal þurfa ætíð að vera megin undirstaða greiningar.

VAL Á MEÐFERÐ

Þegar um er að ræða börn á leikskólaaldri ættu fagaðilar grunnþjónustu (til dæmis kennarar og/eða heilbrigðisstarfsmenn) að byrja á að mæla með fræðslu og þjálfun í atferlismótandi

aðferðum fyrir foreldra. Slík úrræði eru einnig fyrsta val í meðferð fyrir börn á grunnskólaaldri.

Fræðsla. Rannsóknir hafa sýnt að aukin þekking á ADHD bætir líðan foreldra og barna og gerir foreldrana að betri uppalendum.

Foreldraráðgjöf og kennsla í aðferðum atferlismótunar. Þjálfun í atferlismótun fyrir foreldra telst gagnreynd (evidence based) meðferð við ADHD hjá börnum. Hér á landi hafa verið í boði nokkur námskeið þar sem foreldrar hafa fengið kennslu í atferlismótun. Má þar nefna SOS-námskeiðin og PMT (*Parent Management Training*). Á BUGL, Þroska- og hegðunarstöð, hjá ADHD samtökunum og víðar hafa verið haldin námskeið sem eru sérstaklega sniðin að þörfum foreldra barna með ADHD. Hjá BUGL er boðið upp á námskeiðið RAPID og á Þroska- og hegðunarstöð námskeiðið Snillingarnir, þar sem áhersla er lögð á að auka færni ADHD barna í félagslegum samskiptum, sjálfstjórn og að bæta athyglisgetu þeirra.

Þegar önnur meðferðarúrræði hafa verið reynd og ennþá eru til staðar hamlandi einkenni í daglegu lífi ber að íhuga lyfjameðferð.

Mikilvægt er þó að undirstrika að fræðsla og atferlismótandi aðferðir fyrir foreldra eru ætíð hluti af meðferð ADHD samhliða lyfjameðferð.

LYFJAMEÐFERÐ

Af örvandi lyfjum er *methylphenidate* langmest notað og fyrsti meðferðarkostur varðandi lyfjameðferð.

Ætíð skal byrja með lága skammta en auka síðan eftir þörfum miðað við meðferðarsvörun. Varðandi hámarksskammt vísast í töflu, í Leiðbeiningum landlæknis; [ADHD - Vinnulag við greiningu og meðferð athyglisbrests með ofvirkni frá mars 2012](#). Mikilvægt er að læknir og foreldrar barns séu í reglulegu sambandi meðan viðeigandi skammtastærð er fundin. Einnig er nauðsynlegt á þessu tímabili að fá útfyllta matskvarða bæði frá foreldrum og skóla. Endurkoma innan mánaðar til mats á árangri er nauðsynleg.

Rannsóknir hafa ekki sýnt marktækan mun á virkni þeirra örvandi lyfja sem nú eru á markaði.

Mælt er með að byrja strax með langverkandi lyf.

1. Þrátt fyrir að *methylphenidate* sé ekki skráð fyrir börn undir sex ára aldri hefur lyfið verið mikið notað hjá þessum aldurshópi. Þetta byggir á takmörkuðum fjölda rannsókna.

Börn á leikskólaaldri eru næmari fyrir aukaverkunum, svo sem í formi félagsfælni, skapstýggðar og grátgirni.

Þess vegna er nauðsynlegt að gefa minni skammta og auka síðan varlega.

2. Algengustu aukaverkanir eru lystarleysi, kviðverkir, höfuðverkur, pirringur og svefntruflanir. Kækir geta komið fram eða versnað.
3. Rannsóknir hafa sýnt að örvandi lyf geta dregið úr lengdarvexti barna. Lengdarvöxtur hægir á sér á fyrstu árum meðferðar en nær síðan yfirleitt eðlilegum hraða. Langtímameðferð hefur yfirleitt engin eða mjög væg áhrif á endanlega hæð en hafa þer í huga að hjá 10% einstaklinga geta marktæk áhrif komið fram. Talið er að þessi áhrif stafi af lystarleysi. Ef um langtímameðferð er að ræða skal eftirlit fara fram að lágmarki tvisvar sinnum á ári, þar sem fylgst er með hæð og þyngd.
4. Mikilvægt er að taka góða sjúkrasögu með tilliti til mögulegs hjartasjúkdóms. Ef þekktur hjartasjúkdómur eða einkenni um slíkt er til staðar skal ekki hefja meðferð nema að höfðu samráði við sérfræðing í hjartalækningum. Mikilvægt er að fylgjast með blóðþrýstingi og púlsi. Ef marktæk breyting kemur fram eftir að lyfjagjöf hefst eða við skammtabreytingar skal hafa samband við hjartasérfræðing varðandi frekari gjöf lyfsins. Ef fram kemur hraður hjartsláttur, hjartsláttaróregla, hækkaður blóðþrýstingur eða hjartaöng skal hætta töku lyfsins.
5. Ekki skal meðhöndla ADHD með örvandi lyfjum hjá börnum og unglingum með fíknivanda.

Hjá þeim sem ekki hafa verið í neyslu í að minnsta kosti 24 mánuði kemur til greina að beita örvandi lyfjum undir ströngu eftirliti.

Atomoxetine hefur skráða ábendingu sem meðferð hjá börnum og unglingum.

Lyfið hefur sólarhringsáhrif en áhrif þess er mun minni en *methylphenidate*.

Atomoxetine (Strattera®) hefur minni áhrif á matarlyst og svefn en örvandi lyf en veldur oftár ógleði og róandi áhrifum. Full áhrif af lyfinu koma ekki fram fyrr en eftir nokkrar vikur en byrjað er með lágan skammt sem síðan er hækkaður eftir nokkrar vikur.

Atomoxetine kemur til greina sem fyrsta val hjá börnum og unglíngum með fíknisjúkdóm, kvíða- eða kipparöskun og fyrir þau þar sem aukaverkanir örvandi lyfja hafa komið fram. Einnig ef þörf er fyrir 24 klst. meðferð.

Önnur lyf eru sjaldnar notuð.

VERKLAG VIÐ GREININGU OG MEÐFERÐ FULLORÐINNA

GREININGARSKILMERKI

Við greiningu ADHD á Íslandi hefur þróast það vinnulag, eins og víðar í Evrópu, að styðjast fyrst og fremst við skilmerki DSM greiningarkerfisins þótt greiningar séu skráðar samkvæmt ICD-10. Árið 2013 kom út ný útgáfa síðarnefnda kerfisins DSM-V sem kemur í stað fyrri útgáfunnar DSM-IV. Í nýrri útgáfunni eru þrjár meginbreytingar sem skipta máli í greiningu ADHD.

- Í stað kröfu um að hamlandi einkenni hafi verið komin fram fyrir 7 ára aldur er nú miðað við að mörg einkenni þurfi að hafa verið komin fram fyrir 12 ára aldur.
- Þegar um er að ræða sjúklinga 17 ára og eldri þurfa einungis fimm af níu einkennum úr öðrum hvorum eða báðum einkennaflokkum að vera til staðar í stað sex einkenna áður.
- Felld er niður ákvæði sem útilokaði að greina ADHD ef einhverfurófsröskun var til staðar.

Mælt er með því að farið sé eftir þessum breyttu ákvæðum í greiningarvinnu á Íslandi.

Verklag

Mælt er með því að greiningarvinna sé unnin í þverfaglegu teymi starfsfólks sem sérhæft er í greiningu á ADHD.

Greiningarferlið

Greining ADHD hjá fullorðnum er tímafrekt ferli og því mælt með að byrjað sé á skimun sem sker úr um hvort farið er út í ítarlegri greiningarvinnu.

Skimun

Matskvarðar eru notaðir til að skima ADHD einkenni bæði í bernsku og á fullorðinsárum. Kvarðarnir eru útfylltir bæði af sjúklingi sjálfum og aðstandendum.

Mælt er með að notaðir séu kvarðar sem rannsakaðir hafa verið á Íslandi, svo sem ADHD Rating Scale (Magnússon et al. 2006; Ólason et al. 2006).

Þroska-, félags- og sjúkrasaga er fengin frá sjúklingi sjálfum, aðstandendum og öðrum heimildarmönnum. Ef niðurstaða skimunar bendir til ADHD er farið í ítarlegri greiningarvinnu.

Greining

ADHD greiningarviðtal er tekið við sjúkling og þar aflað upplýsinga um einkenni í bernsku og á fullorðinsárum og hömlun af völdum einkennanna. Í einstökum tilvikum getur verið ástæða til að taka viðtalið einnig við aðstandanda. Mælt er með að notaður sé sá hluti greiningarviðtalsins K-SADS sem varðar ADHD og aðlagð hefur verið fyrir fullorðna og rannsakað á Íslandi (Magnússon et al. 2006).

Í geðgreiningarviðtali er farið yfir einkenni annarra geðraskana sem algengar eru hjá fullorðnum. Mælt er með að notað sé MINI geðgreiningarviðtalið (Sheehan et al., 1998) eða sambærileg stöðluð greiningarviðtöl. Meta þarf sérstaklega hvenær einkenni geðraskana sem geta valdið skertri einbeitingu koma fyrst fram.

Í Lyfjagagnagrunni Embættis landlæknis er kannað hvort eitthvað bendi til misnotkunar ávísaðra lyfja.

Læknisfræðilegt mat á almennu heilsufari og þörf á sérhæfðara læknisfræðilegu mati er hluti greiningarferlisins.

Greindarmat/taugasálfræðilegt mat er gert ef sérstök rök hníga að því, til dæmis í þroskasögu.

Niðurstaða um greiningu byggist á öllum þeim gögnum sem aflað hefur verið á báðum stigum ferlisins.

Leita skal eftir upplýsingum um fyrri greiningu og meðferð við ADHD.

MISMUNAGREININGAR OG FYLGIRASKANIR

- **Greina þarf ADHD frá geðröskunum og öðrum þroskaröskunum.** Útiloka þarf aðrar orsakir einkenna sem minna á ADHD, einkum ef aðeins er um að ræða skerta einbeitingu. Má þar nefna væga þroskahömlun, málþroskaröskun, kipparaskanir, kvíða, lyndisraskanir, persónuleikaraskanir, áfengis- og lyfjamisnotkun/fíkn, áfallastreituröskun, svefntruflanir eða íþyngjandi sálfélagslegar aðstæður. Ekki er hægt að greina ADHD hjá sjúklingi með geðrofssjúkdóm.
- **Greina þarf ADHD frá líkamlegum veikindum.** Sem dæmi má taka skjaldkirtilssjúkdóma, flogaveiki og kæfisvefn.

- **Sé ADHD til staðar þarf einnig að greina fylgiraskanir.** Meirihluti fullorðinna með ADHD greinist einnig með aðrar geðraskanir, einkum kvíða, lyndisraskanir og fíkniraskanir. Forgangsráða þarf meðferð með tilliti til fylgiraskana.

Hafi sjúklingur verið greindur með ADHD koma eftirfarandi úrræði til greina:

1. Upplýsingar og ráðgjöf

Fræðsla og ráðgjöf um ADHD, áhrif einkenna á færni í daglegu lífi og samskipti við aðra er fyrsta úrræði og dugar sumum án annarra inngripa. Beri það ekki árangur kemur lyfjameðferð og/eða sálfræðileg meðferð til greina. Ekki er sjálfgefið að einstaklingur þurfi lyfjameðferð þótt hann hafi greinst með ADHD.

2. Lyfjameðferð

Lyfjameðferð skal eingöngu hafin ef um er að ræða verulega hamlandi einkenni ADHD sem koma fram við ýmsar aðstæður í lífi einstaklingsins. Upphafslyfjameðferð ætti alltaf að vera stýrt af sérfræðingi í geðlækningum sem hefur reynslu af meðferð sjúkdómsins. Lyfjameðferð ætti ávallt að vera hluti af heildstæðri meðferð þar sem jafnframt er hugað að sálfélagslegum þörfum einstaklingsins (NICE 2013).

Í flestum tilfellum er *methylphenidate* fyrsta val. Æskilegt er að nota langverkandi afleiður *methylphenidate*. Langverkandi *methylphenidate* hylki (Concerta[®]) sem framleidd eru með Oros tækni hafa þann kost að erfitt er að misnota þau til dæmis með því að sprauta sig.

Frábendingar við notkun *methylphenidate* eru virkur fíknisjúkdómur, fyrri saga um sprautufíkn eða misnotkun örvandi efna, geðrofssjúkdómur, þungun og brjóstagjöf og ef sjúklingur er 70 ára eða eldri.

Hafi sjúklingar fyrri sögu um annan fíknivanda en tilgreint er að ofan en ekki verið í neyslu í að minnsta kosti 2 ár kemur meðferð með *metylfenidate* til greina undir eftirliti, helst í tengslum við stofnun.

Hjá einstaklingum með geðhvarfasjúkdóm eða alvarlegt þunglyndi og ADHD er mikilvægt að meðhöndla þunglyndi og örlyndi áður en hugað er að því að meðhöndla ADHD.

Mikilvægt er að taka góða sjúkrasögu með tilliti til mögulegs hjartasjúkdóms. Ef hjartasjúkdómur er til staðar eða einkenni um slíkt skal ekki hefja meðferð með örvandi lyfi nema að höfðu samráði við hjartasérfræðing. Ávallt skal útiloka háþrýsting og

hjartsláttartruflanir áður en meðferð með *methylphenidate* er hafin. Ef fram kemur hraður hjartsláttur, hjartsláttaróregla, blóðþrýstingshækkun eða hjartaöng skal hætta töku lyfsins.

Byrjunarskammtur fyrir langverkandi *methylphenidate* (Ritalin Uno[®]) er 20 mg x 1 og hámarksskammtur er 60 mg/dag.

Byrjunarskammtur fyrir langverkandi *methylphenidate Oros* (Concerta[®]) og *methylphenidate Sandoz*[®] er 18 mg/dag sem síðan má auka upp í 72 mg á dag.

Nánari upplýsingar um lyfjameðferð er að finna í töflu á bls. 12 í þessari útgáfu leiðbeininganna.

Hjá einstaklingum með fíknisjúkdóm eða einstaklingum sem ekki svara meðferð með *methylphenidate* má reyna meðferð með *atomoxetin*. Áhrif *atomoxetin* á ADHD eru lengur að koma fram en áhrif *methylphenidate* og er mestum áhrifum náð eftir 5-6 vikur. *Atomoxetin* hefur minni áhrif á matarlyst og svefn en örvandi lyf en veldur oftár ógleði og róandi áhrifum. Upphafsskammtur er 0.5 mg/kg/dag en síðan er skammtur aukinn eftir 7-14 daga í viðhaldsskammt um það bil 1.4 mg/kg/dag og hámarksskammtur er 100mg/dag.

Önnur lyf sem notuð hafa verið við ADHD eru til dæmis þríhringlaga þunglyndislyf, *modafinil*, *bupropion* og *klónidín* en fáar rannsóknir liggja að baki notkun þessara lyfja.

3. Sálfræðimeðferð

Mælt er með sérhæfðri hugrænni atferlismeðferð þegar sjúklingar hafa áfram einhver hamlandi einkenni ADHD þrátt fyrir lyfjameðferð eða þegar sjúklingar hafna lyfjameðferð. Sálfræðimeðferð kemur einnig til greina hjá þeim sem svara ekki lyfjameðferð eða þola ekki aukaverkanir lyfja. Mælt er með hugrænni atferlismeðferð í hóp þar sem athygli beinist að kjarnaeinkennum ADHD en nauðsynlegt er að meðferðin taki einnig mið af fylgiröskunum í ljósi algengi þeirra meðal fullorðinna með ADHD.

Tafla um helstu lyf og skammtastærðir í meðferð við ADHD

Heiti/virkt efni	Töflu-form	Notkun: unglingar og börn 6 ára og eldri	Notkun: Fullorðnir	Athugasemd
Ritalín/ metylfenidat	10 mg	5 mg tvisvar á dag, tekið fyrir morgunverð eða hádegismat. Ef nauðsyn krefur, getur læknir aukið skammt um 5 til 10 mg á viku þar til slær á einkenni.	5 til 20 milligrömm (mg) tvisvar til þrisvar á dag, tekið 30 to 45 mínútum fyrir máltíð. Hámarksskammtur 60 mg/dag.	Skammverkandi form örvandi lyfja er stundum notað í byrjun hjá yngri börnum (<16kg) en hefur þann ókost að þarf að taka tvisvar til þrivar á dag. Langverkandi form örvandi lyfja getur haft meiri áhrif á matarlyst, jafnvel kvöldmatinn og á svefn.
Concerta/ metylfenidat	18 mg 36 mg 54 mg	18 mg einu sinni á dag, tekið að morgni. Ef nauðsyn krefur getur læknir aukið skammt um 10 mg einn á viku þar til slær á einkenni.	18 til 36 mg einu sinni á dag, tekið um morgun. Ef nauðsyn krefur, getur læknir aukið skammt þar til slær á einkenni. Hámarksskammtur 72 mg /dag.	Verður að kyngja í heilu lagi með vökva.
Methylpheni- date Sandoz/ metylfenidat	18 mg 36 mg 54 mg	18 mg einu sinni á dag, tekið að morgni. Ef nauðsyn krefur getur læknir aukið skammt um 10 mg einn á viku þar til slær á einkenni.	18 til 36 mg einu sinni á dag, tekið um morgun. Ef nauðsyn krefur, getur læknir aukið skammt þar til slær á einkenni. Hámarksskammtur 72 mg /dag.	Verður að kyngja í heilu lagi með vökva. Samheitalyf við Concerta.
Ritalin Uno/ metylfenidat	10 mg 20 mg 30 mg 40 mg	10 til 30 mg einu sinni á dag, tekið að morgni. Ef nauðsyn krefur, getur læknir aukið skammt um 10 mg á viku þar til slær á einkenni.	10 til 30 mg einu sinni á dag, tekið að morgni. Ef nauðsyn krefur, getur læknir aukið skammt um 10 mg á viku þar til slær á einkenni. Hámarksskammtur 60 mg /dag.	Hægt er að opna hylkið og gefa innihaldið, t.d með mat.
Catapresan/ klonidin	25µg	1-4µg/kg	1-4µg/kg	Getur verið áhrifaríkt varðandi hreyfiovirkni og hvatvísi, skapofsaköst, kæki og svefnerfiðleika.
Strattera/ atomoxetin	10 mg 18 mg 25 mg 40 mg 60 mg	Börn og unglingar < 70kg: 0,5 mg/kg/dag í 4 daga, síðan 1,0 mg/kg/dag í 4 daga, síðan 1,2 mg/kg/dag	<1,4 mg/kg eða 100 mg. Hefur ekki verið rannsakað í skömmtum yfir 1,8 mg/kg	Ekki má opna hylkið. Gefið í einum eða tveimur skömmtum.
Zyban/ bupropion forðat.	150 mg	< 3 mg/kg/dag eða 150 mg á dag	<6 mg/kg eða 300 mg, og einstakur skammtur ekki stærr en 150 mg	Lækkar krampaþröskuld, venjulega gefið í nokkrum skömmtum.
Wellbutrin Retard/ bupropion forðat.	150mg 300 mg	< 3m/kg/dag eða 150 mg á dag	<6 mg/kg eða 300 mg	Lækkar krampaþröskuld, venjulega gefið í nokkrum skömmtum.
Noritren/ nortriptylin	10 mg 25 mg	1-2 mg/kg/dag fyrstu vikuna	1–2 mg/kg/dag og ekki yfir 100 mg	Mælt er með að tekið sé hjartalínurit áður en meðferð hefst.
Modiodal/ módafíní	100 mg		200-400 mg/dag	Má reyna ef önnur meðferð hefur brugðist.

Í undantekningartilfellum getur þurft að gefa stærr skammta en taflan sýnir.

Það skal áréttað að langverkandi lyf sem innihalda metýlfenidat verka í 10-14 klst. og á að gefa einu sinni á dag.

HEIMILDIR

- Baldursson G, Magnússon P, Haraldsson HM, Vinnulag við greiningu og meðferð athyglisbrests með ofvirkni (ADHD). Embætti landlæknis, 2012. Aðgengilegt 13 maí 2014 á: <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/klininskar-leidbeiningar/leidbeiningar/item14931/ADHD---vinnulag-vid-greiningu-og-medferd>
- Ehlers, S., Gillberg, C., & Wing, L., A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1999;29(2), 129-141.
- Hrafnsdóttir AH. Athugun á próffræðilegum eiginleikum Spurninga um styrk og vanda (Strengths and Difficulties Questionnaire) í hópi 5 ára barna á Íslandi. *Sálfræðiritið*. 2006;10:71–81.
- Kadesjo B, Janols LO, Korkman M, Mickelsson K, Strand G, Trillingsgaard A, et al. The FTF (Five to Fifteen): the development of a parent questionnaire for the assessment of ADHD and comorbid conditions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(3): 3–13.
- Lauth B, Magnusson P, Ferrari P, Petursson H. An Icelandic version of the Kiddie-SADS-PL: translation, cross-cultural adaptation and inter-rater reliability. *Nord J Psychiatry*. 2008;62:379-385.
- Magnússon P, Smári J, Sigurdardóttir D, Baldursson G, Sigmundsson J, Kristjánsson K, et al. Validity of self-report and informant rating scales of adult ADHD symptoms in comparison with a semistructured diagnostic interview. *J Atten Disord*. 2006;9:494–503.
- Magnússon P, Smári J, Þrándardóttir H, Grétarsdóttir H. Attention-Deficit/Hyperactivity Symptoms in Icelandic Schoolchildren: Assessment with Attention Deficit/Hyperactivity Rating Scale-IV. *Scandinavian Journal of Psychology*. 1999;40:301–306.
- National Institute for Health and Care Excellence, National Health Service. **NICE**. Attention deficit hyperactivity disorder. July 2013, CS39. Aðgengilegt á: <http://www.nice.org.uk/guidance/QS39>
- Ólason, D., Magnússon, P. & Grétarsson, S.J.. Próffræðilegt mat á DSM-IV einkennalista um athyglisbrest með ofvirkni (AMO): Algengi einkenna AMO meðal 18-70 ára Íslendinga. Í Hauksson, Ú., (ritstj.). *Rannsóknir í félagsvísindum VII*, bls 515-526. Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands: Háskólaútgáfan.
-