

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*

AD/HD

Hefkets tittel: Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD

Utgitt: 11/2005

Revidert 20.01.2006, 30.06.2006, 29.09.2006 og 15.10.2007

Bestillingsnummer: IS-1244

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling psykisk helse

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2,

Oslo Tlf.: 810 200 50

Faks: 24 16 30 01

www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet

v/ Trykksakekspedisjonen

e-post: trykksak@shdir.no

Tlf.: 24 16 33 68

Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1244

1 Forord

Sosial- og helsedirektoratet har som oppdrag å utarbeide og implementere faglige veiledere som skal bygge på dokumenterte og kunnskapsbaserte utrednings- og behandlingsmetoder.

En faglige veileder gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet og er i prinsippet å regne som anbefalinger og råd. Veiledere skal være et hjelpemiddel i de avveininger fagpersoner må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i behandlingstilbudet. De er ikke rettslig bindende, men kan langt på vei være styrende for de valg som tas. Ved å følge rådene i en veileder, vil kravet om faglig forsvarlighet i lovverket oppfylles. Dersom man velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra rådene i en veileder, bør dette dokumenteres og begrunnes.

Befolkningen i Norge skal sikres god tilgang på helse- og omsorgstjenester uavhengig av alder, kjønn og bosted. En god helsetjeneste må være i stand til å gi befolkningen et best mulig tilbud med god utnyttelse av ressursene. Både i Norge og internasjonalt er det eksempler på at like tilstander behandles ulikt, og at det er uenighet om hva som er riktig behandling.

Behandling av hyperkinetisk forstyrrelse - AD/HD har som hovedmål å redusere symptomer, bedre funksjonen i hverdagen og forhindre eller begrense utvikling av tilleggsproblemer. Behandlingen vil som regel være omfattende og kan innebære at pedagogiske, spesialpedagogiske, psykologiske, psykiatriske, medisinske og psykososiale tiltak tas i bruk samtidig.

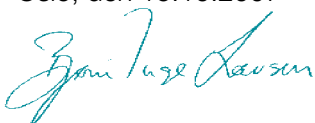
Denne veilederen beskriver hvilke krav som skal oppfylles ved utredning, diagnostisering og hvilke tilbud om behandling som skal finnes.

Internasjonal og nasjonal forskning sammen med klinisk erfaring ligger til grunn for vår kunnskap om årsaksfaktorer og behandlingseffekt hos barn med hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD. Det er imidlertid få studier om behandlingseffekt hos voksne pasienter. Denne veilederen baserer seg derfor på den kunnskap vi i dag har innen fagområdet.

Sosial- og helsedirektoratet takker arbeidsgruppen for gode innspill til veilederen og de fagmiljøer og fagpersoner som har bidratt med stor arbeidsinnsats for å få den ferdig.

Veilederen finnes elektronisk på www.shdir.no/publikasjoner
Direktoratet vil oppdatere den elektroniske versjonen når vesentlige endringer gjør dette nødvendig.

Oslo, den 15.10.2007



Bjørn-Inge Larsen
direktør



Innhold

1	Forord	4	5.3.4	Trygdeordninger og andre støttetiltak	23
2	Innledning	5	5.4	Annen behandling	23
2.1	Målgruppe	5	5.4.1	Kosthold og dietter	23
2.2	Resultatmål i forhold til ønsket sluttmaal	5	5.4.2	Trening av arbeidsminne	23
3	Hva er AD/HD?	6	6	Spesielle forhold	24
3.1	Historikk og sentrale utredninger og tiltak	6	6.1	Rusmiddelavhengighet og AD/HD	24
3.2	Kliniske kjennetegn	6	6.2	Psykisk utviklingshemming og AD/HD	24
3.3	Årsaksfaktorer	7	6.3	Innsatte i fengsel og AD/HD	25
3.4	Forekomst hos barn og ungdom	7	6.4	Fører kort og AD/HD	25
3.5	AD/HD hos voksne – klinikk, forekomst og forløp	8		Referanseliste	26
3.6	AD/HD hos jenter og kvinner	8		Annen anbefalt litteratur	27
4	Utredning og diagnostisering	9		Vedlegg 1 Regelverk for legers rekvireringsrett av sentralstimulerende legemidler	28
4.1	Utredning	9		Vedlegg 2 Arbeidsgruppens oppdrag og mandat	32
4.2	Diagnostisering	9		Vedlegg 3 Ressurser og nyttig informasjon	33
4.2.1	ICD-10	10		Nasjonalt kompetansenettverk	33
4.2.2	DSM-IV	11		Nordisk samarbeid	33
4.2.3	Sammenligning ICD-10 og DSM-IV	11		Øvrig internasjonalt nettverk	33
4.2.4	Spesielle forhold ved diagnostikk av voksne	12		Skjema	34
4.3	Komorbiditet og differensialdiagnostikk	12		Andre nettadresser	35
4.4	Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	13		Vedlegg 4 Diagnosekriterier	36
4.4.1	Hva skal fastlegen gjøre?	13		Endringshistorie etter første publisering	39
4.4.2	Hva skal legespesialist/ spesialisthelsetjenesten gjøre?	14			
5	Behandling	15			
5.1	Informasjon	15			
5.2	Behandling med legemidler	15			
5.2.1	Sentralstimulerende legemidler	16			
5.2.2	Atomoksetin	18			
5.2.3	Andre legemidler	20			
5.2.4	Behandling av komorbide tilstander	20			
5.3	Behandlingstiltak rettet mot hjem og skole	21			
5.3.1	Metoder for å avhjelpe atferdsforstyrrelser hos barn og unge med AD/HD	21			
5.3.2	Andre behandlingsformer rettet mot barn, unge og voksne med AD/HD	21			
5.3.3	Ekstra hjelp i barnehage, skole og arbeidsliv	22			



2 Innledning

Intensjonen med å utarbeide en veileder for diagnostisering og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse - AD/HD (senere forkortet AD/HD) er at den skal være til faglig hjelp og bidra til at personer som har behov, kan få adekvat behandling.

Mange vil ha behov for behandling med sentralstimulerende legemidler eller atomoksetin. Bruk av sentralstimulerende legemidler reguleres av Forskrift om narkotika¹. Sosial- og helsedirektoratet har erstattet tidligere regelverk med et forenklet og mer helhetlig regelverk. Nytt regelverk trådte i kraft 1. mai 2005, se vedlegg 1. Det er lagt spesiell vekt på at pasienter som trenger legemiddelbehandling, skal få tilbud om dette, og at kravet til forsvarlig bruk av sentralstimulerende legemidler skal ivaretas. Krav om forsvarlig virksomhet er hjemlet i helsepersonelloven.²

2.1 Målgruppe

Veilederen skal først og fremst være et redskap for:

- Fagpersoner som arbeider med utredning, diagnostikk og behandling av AD/HD
- Pasienter med AD/HD og deres familier

Andre som kan ha nytte av veilederen:

- Brukerorganisasjoner for AD/HD
- Ansatte i barnehage og skole
- Ansatte innenfor barne-, ungdoms- og familieetaten, helsetjenesten og arbeids- og velferdsetaten
- Offentlige myndigheter og politikere

2.2 Resultatmål i forhold til ønsket sluttmaal

Resultatmål for å evaluere hvordan intensjonen i veilederen er fulgt opp vil være:

- Tilbudet om utredning, diagnostikk og behandling av AD/HD er like godt i alle helseregionene.
- Primærhelsetjenesten foretar vurderinger, diagnostisering og viderehenviser pasienter til spesialhelsetjenesten der det er mistanke om AD/HD.
- Spesialisthelsetjenesten har kompetanse til å utrede og behandle pasienter med AD/HD.
- Spesialisthelsetjenesten gir råd og veiledning til primærhelsetjenesten angående behandling av pasienter med AD/HD.

1 Forskrift om narkotika m.v. av 30 juni 1978 nr. 8 § 4.

2 Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64.

3 Hva er AD/HD?

3.1 Historikk og sentrale utredninger og tiltak

Bred internasjonal forskning ligger i dag til grunn for vår kunnskap om årsaksfaktorer ved AD/HD, patofysiologi, kliniske kjennetegn, diagnostikk og behandling. I Norge har man allerede siden 1950-tallet arbeidet med diagnostikk og behandling av barn og unge med oppmerksomhetsvansker og uro, tidligere kalt MBD (minimal brain dysfunction). Utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med AD/HD er gitt siden 1997. Når det gjelder kunnskapsgrunnlaget for det videre arbeidet med utredning og behandling av AD/HD i Norge, vises det spesielt til følgende rapporter publisert i perioden 2004-2005:

- Utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet. Erfaringer fra prøveperioden oktober 1997 til august 2003. Sakkyndig team for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD for helseregionene Sør og Øst, februar 2004.
- Utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD. Supplement til Rapport til Sosial- og helsedirektoratet. Erfaringer fra prøveperioden oktober 1997 til august 2003. Sakkyndig team for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD for helseregionene Sør og Øst, mai 2005.
- Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD, SINTEF helse, juli 2004.
- Behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Kunnskapsoppsummering, mars 2005. For nærmere opplysning om rapportene, se referanselisten.

3.2 Kliniske kjennetegn

AD/HD regnes som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse med uttalt konsentrasjonssvikt, uro, rastløshet og impulsivitet. Symptomene gir seg til kjenne tidlig i barneårene (jf. avsnitt 4.2.3) og vedvarer ofte inn i ungdomsalderen og voksenlivet.

Kjernesymptomene ved AD/HD kan deles inn i tre hovedgrupper:

- Konsentrasjonsproblemer/oppmerksomhetsvansker
- Hyperaktivitet
- Impulsivitet

Symptomene (som er nærmere beskrevet i diagnosekriteriene, se vedlegg 4) er mest karakteristiske hos barn. Hos ungdom vil en kunne erfare at hyperaktiviteten avtar, og at det kan være problemer knyttet til organisering av hverdagen, ofte mest tydelig i skolearbeidet. Denne tendensen fortsetter opp i voksen alder, der særlig konsentrasjonsproblemer, men også impulsivitet ofte er betydelig mer fremtredende enn rastløshet og hyperaktivitet.

3.3 Årsaksfaktorer

En rekke tvilling- og adopsjonsstudier gjennomgått i en metaanalyse (Faraone et al 2005) viser en arvefaktor som stort sett varierer i området 0.6 - 0.8. Dette indikerer at genetiske faktorer er av stor betydning for utvikling av AD/HD. Analysen tar også for seg molekylærgenetiske studier som blant annet har påvist avvik i gener for transport eller binding av overføringsstoffet dopamin.

Undersøkelser har også vist at komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel gir en økt risiko for utvikling av AD/HD. Blant annet har norske oppfølgingsstudier av for tidlig fødte barn vist at det er en overhyppighet av AD/HD-symptomer i denne gruppen sammenliknet med fullbårne barn (Indredavik 2004, Elgen 2002). Det er også studier som viser at eksponering for alkohol eller andre stoffer i svangerskapet er assosiert med risiko for AD/HD eller AD/HD liknende problemer (Mick et al 2002).

Psykososiale risikofaktorer som sykdom hos foreldre, mye uro og uenighet hjemme, vanskelige økonomiske vilkår og annet gir en økning i risiko for utvikling av psykiske problemer hos barn og ungdom. Ved psykiatrisk sykdom vil slike ytre faktorer kunne forverre tilstanden. Dette gjelder også ved AD/HD. Foreldre som selv har AD/HD vil kunne ha vanskeligheter med å være stabile omsorgspersoner med forutsigbarhet og evne til å sette barnets behov foran sine egne. Søsken med AD/HD vil kunne øke den daglige belastning og være en utfordring i familien. Barnets væremåte og forhold rundt barnet har også stor innvirkning på hvorledes AD/HD tilstanden utvikler seg. Professor Eric Taylor ved Institute of Psychiatry, Kings College i London uttrykker det slik: «Årsaken har med biologiske faktorer å gjøre, men hvordan det går har å gjøre med hvordan barnet møter omgivelsene og hvordan omgivelsene møter barnet».

3.4 Forekomst hos barn og ungdom

Ifølge undersøkelser basert på ICD-10³ kriteriene for Hyperkinetisk forstyrrelse er det anslått en forekomst på 1 - 3 prosent, mens den ifølge kriteriene for AD/HD i DSM-IV-TR⁴ er anslått til 4 - 8 prosent (Remschmidt 2005). ICD-10, som anvendes i Norge, beskriver Hyperkinetisk forstyrrelse som en alvorligere tilstand som er strengere definert enn AD/HD beskrevet i DSM-IV. I Norge er det vanlig å regne med at 3 - 5 prosent av barn i skolealder har forstyrrelser i tråd med kriteriene for AD/HD. Flere gutter får diagnosen AD/HD enn jenter. Her er det stor variasjon mellom studier når det gjelder forekomst. Internasjonalt er det vanlig å operere med et forholdstall gutt:jente på 4:1 i epidemiologiske utvalg, og 9:1 i utvalg henvist til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (Biederman et al. 2004).

3 International Classification of Diseases Revision10. Revideres av World Health Organisation (WHO).

4 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision. Publisert av American Psychiatric Association.

3.5 AD/HD hos voksne – klinikk, forekomst og forløp

Hos de fleste skjer det en aldersmessig modning som fører til at antallet pasienter som fyller alle kriteriene for AD/HD avtar med stigende alder. Flere vil imidlertid ha vedvarende symptomer. Hyperaktivitet og impulsivitet kan bli mindre uttalt med årene. De symptomer som i størst grad vedvarer synes å være konsentrasjonsvansker.

Voksne som ikke lenger fyller alle kriteriene til diagnosen, vil fremdeles kunne ha mange plager. Plagene kan føre til stor grad av nedsatt fungering slik at de har problemer med å møte dagliglivets krav, både i arbeid og privat.

Det eksisterer begrensede studier på forekomst av AD/HD i voksen alder. Det er oppgitt så forskjellige tall som 30 til 70 prosent for varighet av symptomer inn i voksenlivet. Nyere amerikanske studier av kliniske grupper indikerer at rundt 60 prosent har betydelige symptomer også inn i ungdomsårene (McGough and Barkley 2004, Biederman et al. 2000). Internasjonalt er det i dag enighet om at forstyrrelsen vedvarer hos ca 2/3 av barn som har fått diagnosen (Remschmidt 2005). I en nyere amerikansk studie (Kessler et al. 2005a) ble det funnet en forekomst av AD/HD diagnostisert etter kriteriene i DSM-IV på 4,4 prosent hos voksne i aldersgruppen 18-44 år i USA. Det foreligger så langt ingen representative tall for Norge eller andre skandinaviske land.

Også blant voksne synes det å være flere menn enn kvinner som får diagnosen AD/HD, men kjønnsforskjellene jevner seg her noe mer ut. I studien til Kessler var kjønnsratioen på ca 1.8:1 menn/kvinner, mens Biedermans gruppe i en annen studie fant en kjønnsratio på 1.7:1 (Kessler et al. 2005b, Biederman et al. 2004).

Det har vært vanskelig å finne sikre prediktorer hos barn med tanke på det videre forløp av tilstanden. En svensk studie viser at en betydelig andel av de personene som hadde moderate til alvorlige problemer som barn, har vedvarende vanskeligheter som unge voksne (Kadesjø 2002). Høy alvorlighetsgrad av symptomer ser ut til å være assosiert med mer alvorlig prognose. Pasienter som utvikler alvorlig atferdsforstyrrelse, har en betydelig dårligere prognose. I voksen alder har denne gruppen økt risiko for antisosialitet, kriminalitet og avhengighet av rusmidler. Lite er så langt kjent om hvordan AD/HD eventuelt kan arte seg hos eldre voksne.

3.6 AD/HD hos jenter og kvinner

At kjønnsforskjellen i forekomst hos barn og unge er så stor sammenlignet med voksne forklarer Biederman med at jenter i mindre grad enn gutter viser atferdsproblemer. Jenter kan også være hyperaktive og impulsive, men man ser prosentvis flere jenter enn gutter med overveiende konsentrasjonsproblemer. Utagerende atferd er i svært mange tilfeller årsaken til at barn henvises, og kan være en grunn til underdiagnostisering av jenter. Jenter som har hatt problemer, tar som voksne i større grad selv kontakt på grunn av helserelaterte funksjonsvansker. Dette kan være forklaring på at kjønnsforskjellene jevnes ut med alderen (Biederman et al. 2004).

4 Utredning og diagnostisering

Ved konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet som skaper funksjonsvansker i hverdagen, bør det settes i gang diagnostisk utredning.

Hos barn og unge merkes ofte problemene av foreldre og ansatte i barnehage eller skole. Fagpersoner innen helsetjenesten, sosialtjenesten og skoleverket vil også kunne få mistanke om AD/HD gjennom sine observasjoner. Hos voksne vil det som regel være pasienten selv eller pasientens familie som uttrykker bekymring, men også her vil fagfolk kunne få mistanke om AD/HD selv om hovedfokus er på andre vansker. Det er da riktig å bistå med konkrete råd slik at adekvat utredning igangsettes. Det kan også være at et barn i familien har fått diagnosen, og at en av foreldrene ønsker å bli utredet fordi de har kjent seg igjen i barnets vansker.

4.1 Utredning

I de fleste tilfeller vil utredningen ha sitt utgangspunkt i en vurdering gjort av fastlege, annen behandlende lege eller pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Det skal alltid foretas en medisinskfaglig vurdering. Når det gjelder barn og unge, vil det som oftest være ønskelig med både psykologiske og pedagogiske undersøkelser i forbindelse med skoleferdigheter. En nevropsykologisk undersøkelse kan i mange tilfeller være et godt supplement for å vurdere graden av kognitiv funksjonssvikt både for barn og voksne, spesielt når det gjelder oppmerksomhet, eksekutive funksjoner og hukommelse.


En utredning ved mistanke om AD/HD skal:

1. Avklare om det foreligger grunnlag for å konkludere med diagnosen AD/HD, herunder også nødvendige differensialdiagnostiske vurderinger
2. For barn og unge vurdere nivået innen ulike funksjonsområder med tanke på skolebaserte støttetiltak
3. For voksne vurdere nivået innen skole- og arbeidsrelaterte områder samt psykososial fungering
4. Kartlegge om det foreligger komorbiditet av behandlingstrengende karakter

Den samlede vurderingen etter utredningen skal ligge til grunn for valg av behandlings- og støttetiltak. Helsepersonell med kompetanse til å utrede og diagnostisere psykiske og nevrologiske tilstander skal kunne utføre dette arbeidet. Der det er nødvendig, kan dette gjøres i samarbeid med eksempelvis pedagogisk-psykologisk tjeneste når det gjelder barn og unge under utdanning. Når det gjelder voksne kan det være aktuelt med et samarbeid med andre deler av helsetjenesten og instanser som for eksempel arbeids- og velferdsetaten.

4.2 Diagnostisering

Der det er aktuelt å starte behandling med legemidler, skal endelig diagnose stilles av legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri eller nevrologi, eller av lege, psykolog, psykologspesialist i samarbeid med legespesialist. Det er ingen enkelt test, verken blodprøver, røntgen eller nevropsykologiske



undersøkelser som kan gi diagnosen. Diagnostisering av AD/HD baserer seg på vurdering av atferd over tid og i ulike situasjoner som er av en slik art at det medfører dysfunksjon i hverdagen. Det gjennomgripende mønsteret av konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet vil ofte være et utgangspunkt for å sette i gang en utredning med tanke på diagnose. Hos ungdommer og voksne med uttalte tilleggsproblemer kan det imidlertid være vanskelig å stille en riktig diagnose.

Diagnostisering skjer etter systematisk innhenting av informasjon om:

- Relaterte sykdommer hos øvrige familiemedlemmer
- Utviklingshistorie
- Tidligere somatiske sykdommer
- Nåværende somatisk helse
- Symptomer rapportert av pasient, pårørende og andre relevante informanter
- Skole, utdanning og arbeid
- Fritidsaktiviteter, interesser
- Familiesituasjon
- Sosial tilpasning
- Tegn på eventuelle ledsagende (komorbide) psykiske lidelser
- Andre relevante faktorer

En AD/HD-diagnose vil vanligvis basere seg på en samlet klinisk vurdering hvor følgende inngår:

- Klinisk diagnostisk intervju der AD/HD og eventuelle andre aktuelle diagnoser kartlegges
- Medisinsk undersøkelse
- Spørreskjemaer utfyllt av pasient, foreldre og andre (for eksempel fra lærer for pasient i skolealder) kan være et godt hjelpemiddel for innhenting og vurdering av opplysninger (se vedlegg 3)
- Psykologisk/nevropsykologisk testing og utredning ved behov
- Pedagogisk testing og vurdering ved behov
- Andre indiserte undersøkelser ved behov for å kartlegge differensialdiagnostiske tilstander

Kartleggingen må kunne ut i en diagnostisk konklusjon vedrørende AD/HD og eventuelle andre diagnoser.

I praktisk diagnostikk brukes i Norge to diagnosesystemer: International Classification of Diseases versjon 10 (ICD-10) og det amerikanske Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders versjon 4 Text Revision (DSM-IV-TR).

4.2.1 ICD-10

Diagnosen Hyperkinetisk forstyrrelse (F90) er inndelt i følgende undergrupper:

- Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet (F90.0) som inkluderer
 - *Oppmerksomhetsforstyrrelse: forstyrrelse med hyperaktivitet*
 - *Oppmerksomhetsforstyrrelse: syndrom med hyperaktivitet*
- Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (F90.1) som inkluderer
 - *Hyperkinetisk forstyrrelse forbundet med atferdsforstyrrelse*
- Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser (F90.8)
- Uspesifisert hyperkinetisk forstyrrelse (F90.9)

Andre spesifiserte atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser (F98.8) inkluderer oppmerksomhetsforstyrrelser uten hyperaktivitet. Denne gruppen vil kunne passe med AD/HD av typen overveiende oppmerksomhetssvikts-type. Dette er imidlertid en restkategori som omfatter svært ulike tilstander, og den oppleves av mange klinikere som lite egnet. Ved AD/HD overveiende oppmerksomhetssvikts-type vil mange velge F90.0 med tilleggskommentar.

4.2.2 DSM-IV

AD/HD etter DSM-IV krever tilstedeværelse av 6 eller flere symptomer på enten uoppmerksomhet og/eller 6 eller flere symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet. Enkelte symptomer som har medført funksjonsnedsettelse, skal ha vært til stede før 7 års alder. Symptomene må ha vært tilstede i minst 6 måneder. Noe funksjonsnedsettelse som følge av symptomene, skal ha vært til stede i minst to situasjoner og ført til en klar nedsettelse av funksjonen i sosial, skolemessig eller yrkesrelatert sammenheng. Diagnostisk sett opereres det hovedsakelig med følgende tre undergrupper:

- AD/HD kombinert type (314.01)
- AD/HD overveiende oppmerksomhetssvikts-type (314.00)
- AD/HD overveiende hyperaktiv-impulsiv type (314.01)

4.2.3 Sammenligning ICD-10 og DSM-IV

For begge diagnosesystemene kreves det debut før 7 år. Symptomene skal være til stede i to eller flere situasjoner (skole, arbeid, hjemme, undersøkelsessituasjonen), og det skal foreligge klar indikasjon på klinisk signifikant svekkelse i sosial, skolefaglig eller arbeidsmessig fungering. Symptomene skal ha vedvart gjennom minst 6 måneder i en grad som ikke er i samsvar med forventet utviklingsnivå, og skal heller ikke bedre kunne forklares av angstlidelser, affektive lidelser, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, schizofreni eller andre psykotiske lidelser. I ICD-10 nevnes samtidig forekomst av diagnoser som gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (PDD), manisk episode, depressiv episode eller angstlidelser som mulige eksklusjonskriterier.

Hovedforskjellen mellom de to diagnosesystemene ligger først og fremst på vektleggingen av oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. ICD-10 krever at kriteriene for alle tre områdene skal være oppfylt for å kunne stille diagnosen, mens DSM-IV ser hyperaktivitet og impulsivitet mer under ett, noe som gjør at en person lettere vil oppfylle kriteriene. På den måten vil ICD-10 gi uttrykk for en alvorligere form for AD/HD enn DSM-IV.

De fleste klinikere og forskere bruker betegnelsen AD/HD i sitt arbeid. Dette medfører at det finnes mer dokumentasjon omkring AD/HD enn Hyperkinetisk forstyrrelse. I tillegg finner mange de operasjonaliserte kriteriene og diagnostiske gruppene knyttet til AD/HD mer hensiktsmessige i praktisk bruk.

4.2.4 Spesielle forhold ved diagnostikk av voksne

Det kan være ulike grunner til at voksne skal ha en diagnostisk vurdering.

- Svært mange som har hatt diagnosen som barn, vil fortsatt ha funksjonsvansker etter at de har passert 18 år.
- I mange tilfeller vil det være aktuelt å foreta en diagnostisk vurdering av foreldre til barn som har fått diagnosen.
- Det kan også være ønskelig med en diagnostisk avklaring i forbindelse med behandling av rusmiddelavhengighet eller behandling av andre psykiske tilstander.
- Voksne kan selv ha gjenkjent symptomer.

De diagnostiske kriteriene for AD/HD vil ofte være mer dekkende for symptomene i barne- og ungdomsalder. Hos voksne vil flere symptomer på AD/HD kunne være til stede, men ikke alltid fullt ut slik at alle kriteriene for diagnosen er oppfylt. Det diagnostiseres derfor en residualtilstand. Dersom det ikke foreligger en diagnose fra barndommen, må det kunne dokumenteres innen rimelige grenser at det har foreligget symptomer eller problematikk forenlig med AD/HD i barndommen. Vanskene må ha vært av gjennomgripende karakter og de må ha ført til en betydelig svekkelse i sosial, skolemessig eller yrkesrelatert sammenheng. Dette gir spesielle diagnostiske utfordringer. For en del voksne kan det by på vansker å få innhentet komparentopplysninger fra oppvekst, hjem eller skole. Diagnostikk som kun er basert på informasjon innhentet fra den det gjelder, kan føre til underdiagnostisering på grunn av dårlig selvinnsikt eller underrapportering. Det kan også være et problem med overrapportering. Spesielt når det er snakk om å stille en de novo AD/HD diagnose hos en voksen, må det stilles strenge krav til en nøyaktig medisinsk differensialdiagnostisk avklaring. Andre diagnoser må vurderes og utelukkes som like sannsynlig eller som mer nærliggende årsak.

4.3 Komorbiditet og differensialdiagnostikk

Ved AD/HD er det vanlig å se andre sameksisterende lidelser (komorbiditet) hos én og samme pasient. Noen ganger vil det også kunne dreie seg om differensialdiagnostiske tilstander.

Det er mange årsaker til uro og konsentrasjonsproblemer hos barn, ungdom og voksne. I DSM-IV brukes betegnelsen «Not better explained by» for å understreke at det i en diagnostisk kartlegging må inngå en vurdering av andre mulige årsaker. Dette kan være forhold i og rundt pasienten som kan være en mer sannsynlig eller medvirkende årsak til de aktuelle symptomer. Det kan dreie seg om somatiske sykdommer, reaksjoner på aktuelle eller tidligere belastninger, store bekymringer, barn og ungdom som lever under dårlig omsorg/tilsyn, sykdom hos foreldre og mange andre forhold.

Dersom det i den diagnostiske kartlegging fremkommer differensialdiagnostiske tilstander, må dette avklares før endelige diagnose stilles. Ved komorbiditet er det fornuftig å sette opp en oversikt over aktuelle tilstander og en drøfting av mulige sammenhenger mellom disse. Med bakgrunn i totalvurderingen bør det settes opp en prioritert behandlingsplan der behandling av komorbide tilstander er inkludert.

De komorbide tilstandene som beskrives oftest hos barn og ungdom er:

- Atferdsforstyrrelser
- Depresjon
- Angsttilstander
- Spesifikke lærevansker, herunder språk- og matematikkvansker
- Motoriske problemer
- Autistiske symptomer
- Tics
- Søvnvansker
- Nevrologiske forstyrrelser
- Generelle lærevansker
- Bipolar lidelse
- Tilpasningsforstyrrelser
- Posttraumatisk stress

Hos voksne vil de vanligste komorbide tilstandene være:

- Affektive lidelser/depresjon
- Angst
- Personlighetsforstyrrelser
- Rusmiddelavhengighet
- Søvnvansker
- Posttraumatisk stress

Flere diagnoser medfører gjerne mer kompliserte behandlingsprogrammer. Ikke sjelden må flere behandlinger foregå parallelt.

4.4 Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Fastlegen/primærhelsetjenesten vil ofte være de som først undersøker om vanskene hos en pasient kan være forenlige med AD/HD, mens legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri eller nevrologi skal ha kompetanse til å stille en endelig diagnose. Her er det viktig med et godt samarbeide.

4.4.1 Hva skal fastlegen gjøre?

Ta utgangspunkt i hva pasienten/pårørende mener er problemet. Anamnesen videre bør vektlegge: debut, alvorlighetsgrad, omfang av funksjonsnedsettelse, om vanskene kan forklares bedre av andre sykdommer. Gir sykehistorien holdepunkter for AD/HD, er det viktig å fortsette med

- Utviklingsanamnese
- På indikasjon medisinsk undersøkelse, inklusive blodprøver, og rusmiddeltesting
- Innhenting av komparentopplysninger/tilleggsinformasjon (for eksempel fra hjem/pårørende, helsestasjon, barnehage, skole, PPT, psykolog eller andre).

Dersom en samlet vurdering av informasjonen fortsatt gjør diagnosen AD/HD sannsynlig, skal pasienten henvises til legespesialist/spesialisthelsetjenesten for differensialdiagnostisk vurdering og diagnostisk konklusjon. Fastlegen kan vide-

reføre behandling med legemidler som er iverksatt av legespesialist, eller i spesielle tilfeller starte opp slik behandling i nært samarbeid med legespesialisten.

4.4.2 Hva skal legespesialist/spesialisthelsetjenesten gjøre?

Behandling med legemidler mot AD/HD forutsetter at diagnosen er stilt av legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri eller nevrologi eller av lege, psykolog, psykologspesialist i samarbeid med legespesialisten.

Legespesialisten vil være den som

- Fullfører utredning og diagnostisering med henblikk på AD/HD
- Vurderer differensialdiagnose og komorbide diagnoser
- Vurderer og iverksetter behandlingstiltak
- Tilbakefører pasienten til fastlegen når behandlingstiltak for AD/HD er prøvd ut og evaluert
- Gir veiledning til fastlegen og bistår ved årlig kontroll
- Bistår fastlegen i vurdering og skifte av legemiddel

5 Behandling

Behandlingen har som hovedmål å redusere AD/HD-symptomer, bedre funksjonen i hverdagen og forhindre eller begrense utvikling av tilleggsproblemer. Den vil som regel være omfattende og innebærer gjerne at spesialpedagogiske, psykologiske/psykiatriske, medisinske og psykososiale tiltak tas i bruk. Individuell plan vil være et nødvendig hjelpemiddel jf. forskrift om individuell plan og veileder til forskriften⁵.

Tiltak vil kunne omfatte

- Informasjon om AD/HD
- Behandling med legemidler
- Tilrettelegging av forhold hjemme, på skole, arbeidsplass eller andre steder
- Trygdestønader
- Andre sosiale hjelpe- og støttetiltak
- Behandling av komorbide tilstander

5.1 Informasjon

Informasjon og rådgivning skal alltid følge etter at diagnosen er stilt, jf. helsepersonelloven og pasientrettighetsloven⁶. Det er viktig at det gis nøyaktig informasjon om symptomer, antatte årsaksforhold, klinisk forløp, behandlingsmuligheter og prognose. Barn som er gamle nok, bør selv få informasjon og opplæring, jf. pasientrettighetsloven § 3 – 4. Foreldre som får vite at barnet har AD/HD, vil ofte ha et stort behov både for informasjon og noen å snakke med. Det samme gjelder for unge og voksne som selv får diagnosen, samt deres pårørende. Det er en fordel om fagpersoner kan følge familien gjennom disse fasene og finne den riktige balansen mellom rådgivning og lytting. På et konkret plan kan de hjelpe med informasjonsmateriell, opplysninger om brukerorganisasjoner og seriøse nettsted. Foreldre og lærere bør få hjelp til å identifisere spesielle problem-situasjoner og finne teknikker for å mestre dem. Det bør understrekes hvor viktig det er med metoder hvor umiddelbar ros og positiv tilbakemelding benyttes for å fremme ønsket atferd. Videre bør betydningen av enkle og tydelige beskjeder understrekes. God rådgivning og tilgang til adekvat informasjon er et avgjørende skritt for at den videre behandlingen skal lykkes.

5.2 Behandling med legemidler

Når pasienter har så omfattende symptomer at det medfører vesentlig funksjonsnedsettelse, må man vurdere igangsetting av behandling med legemidler i tillegg til andre aktuelle behandlingstiltak.

En stor amerikansk behandlingsstudie av barn i alderen 7-10 år, The Multimodal Treatment Study of ADHD, den såkalte MTA-studien (Jensen et al., 2001),

5 Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23. desember 2004 nr. 1837. Veileder til forskrift om individuell plan IS-1253.

6 Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr 64, § 10. Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63, §§ 3-2 og 3-4.

viste at optimal behandling med legemidler, oftest metylfenidat, var den mest effektive behandlingsformen ved AD/HD, både når det gjaldt kjernesymptomene konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet, og for skoleprestasjoner og sosial fungering. Studien viste også at optimal medisinerings i kombinasjon med psykososiale tiltak ga tilleggsgevinster på visse områder. Dersom den positive effekten av slik behandling skal vedvare, er det nødvendig med gode rutiner for oppfølging over tid. Når det gjelder effekt av behandling av voksne, er det behov for ytterligere forskning (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005). Imidlertid har de aktuelle legemidlene indikasjon hos barn over 6 år og ungdom, med unntak av Ritalin® hvor «Residual AD/HD hos voksne» også er godkjent indikasjon.

Følgende legemidler kan skaffes i Norge med indikasjon Hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD:

- sentralstimulerende legemidler; metylfenidat, dekstroamfetamin og racemisk amfetamin
- atomoksetin

Leger som vurderer å rekvirere et legemiddel, må sette seg grundig inn i godkjent preparatomtale for det aktuelle legemidlet. Preparatomtale som er godkjent av Legemiddelverket er SPC – Summary of Product Characteristics, mens preparatteksten i Felleskatalogen *ikke* er godkjent av Legemiddelverket.

Informasjon om legemidler er tilgjengelig på www.legemiddelverket.no, mens informasjon om refusjonsvilkår foreligger på www.nav.no.

5.2.1 Sentralstimulerende legemidler

De aktuelle legemidlene per september 2007, er:

- metylfenidat (Ritalin®, Concerta®, Equasym®)
- dekstroamfetamin (Dexedrine®, Metamina®, Dexamin®) er uregistrerte legemidler i Norge pr. september 2007, men kan skaffes på godkjenningfritak
- racemisk amfetamin (Racemisk amfetamin® NAF Apotek)

Metylfenidat og amfetaminpreparater er svært like med henblikk på effekter og bivirkninger. Legemidlene virker direkte på kjernesymptomene ved AD/HD – konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet.

Den vitenskapelige dokumentasjonen av effekt og bivirkninger av sentralstimulerende legemidler i behandlingen av AD/HD er omfattende. Det er ikke rapportert om alvorlige langtidsbivirkninger av metylfenidat, som er brukt siden begynnelsen på 60-tallet. Sekstifem til syttifem prosent av barn og ungdom med AD/HD har i randomiserte studier vist tydelig bedring av kjernesymptomene på behandling med sentralstimulerende legemidler (Greenhill et al. 2002). Responsraten er noe lavere hos førskolebarn og hos voksne. Når det gjelder voksne, er det blitt hevdet at deres dårligere respons i en del tilfeller skyldes at dosen av metylfenidat har vært for lav (Spencer et al., 2005). Det er vist at behandling med sentralstimulerende legemidler kan gi reduksjon av aggressivitet og annen opposisjonell atferd, samt bedring av skoleprestasjoner.

Behandling med sentralstimulerende legemidler er underlagt spesielle regler for igangsetting og oppfølging, se vedlegg 1. Her presiseres det at behandling kan iverksettes enten i spesialisthelsetjenesten eller i primærhelsetjenesten under veiledning fra spesialisthelsetjenesten. A-resept må benyttes.

De hyppigst rapporterte bivirkningene er nedsatt appetitt, vekttap, søvnløshet og hodepine. Palpitasjoner og lett forhøyet puls og blodtrykk er vanlige bivirkninger. Det er i dag ikke grunnlag for å si om det foreligger noen risiko for langtidsbivirkninger av sentralstimulerende legemidler med hensyn til kardiovaskulær funksjon. Irritabilitet, emosjonell labilitet og økning av tics kan også opptre. Andre rapporterte bivirkninger er svimmelhet, angst, utslett, feber, leddsmerter og hårfall. Akkommodasjonsvansker og tåkesyn er rapportert i sjeldne tilfeller. Hyperaktivitet, psykose, leukopeni, trombocytopeni og anemi er bivirkninger som er rapportert i svært sjeldne tilfeller. Nyere data antyder litt nedsatt lengdevekst hos barn ved behandling over flere år, men tilgjengelige data viser ikke redusert sluttthøyde i voksenalder. Behandling med sentralstimulerende legemidler gir ikke økt risiko for senere stoffmisbruk. Studier har tvert imot vist at slik behandling reduserer misbruksrisikoen (Wilens et al. 2003, Biederman et al. 1999).

Oppfølging av pasienter under langtidsbehandling skal inkludere minst halvårlige vurderinger av effekt og eventuelle bivirkninger, en generell medisinsk kontroll inkludert måling av blodtrykk og puls, samt kontroll av høyde og vekt hos barn og unge. Ved langtidsbehandling anbefales jevnlig kontroll av blodbildet (totalt antall leukocytter med differensialtelling, erythrocytter og trombocytter) og EKG-undersøkelse på indikasjon.

Pasienter med sjeldne arvelige problemer som fruktoseintoleranse, glukose-/galaktose-malabsorpsjon eller sukrase-/isomaltase-mangel skal ikke bruke disse legemidlene. På grunn av at de kan forårsake svimmelhet, er det tilrådelig å utvise forsiktighet ved bilkjøring, bruk av maskiner og ved andre risikofylte aktiviteter.

Kontraindikasjoner for behandling med sentralstimulerende legemidler er pågående rusmiddelavhengighet. Hvis det er rusmiddelavhengighet i pasientens sykehistorie kreves dokumentert 3 måneders rusfrihet, og denne dokumentasjonen skal fortsette etter behandlingsstart. Pågående psykose eller stadig tilbakevendende psykoser anses også som kontraindikasjon for slik behandling. Somatiske kontraindikasjoner er hjertearytmier, alvorlig høyt blodtrykk, angina pectoris, glaukom, hypertyreose, graviditet og amming. Tidligere mente man at metylfenidat var kontraindisert ved tics eller Tourettes syndrom, men nyere undersøkelser har ikke gitt støtte for en slik oppfatning. Blant annet ble det vist i en større kontrollert studie av barn med AD/HD og kroniske tics at metylfenidat ikke ga økt hyppighet eller økt alvorlighetsgrad av tics sammenlignet med placebo (Tourette's Syndrome Study Group 2002).

Metylfenidat finnes i to korttidsvirkende formuleringer: (Ritalin tablett®), Equasym tablett®). På grunn av tablettenes korte virkningstid må legemiddelet gis 3 til 4 ganger daglig. Utprøving av metylfenidat bør foregå over en periode på 3-4 uker.

Hos barn er startdosen for metylfenidat 5 mg morgen og formiddag. Opptrapping skjer ved at enkeltdoser økes med 5-10 mg inntil klar klinisk effekt.

Døgndosen vil ofte ligge rundt 1,0 mg/kg, men med stor variasjon. Maksimal døgndose for barn er 60 mg.

Hos voksne startes det vanligvis med 5 mg daglig og trappes videre opp med 5 mg hver tredje dag til maksimal effekt uten bivirkninger. Maksimal døgndose for voksne er 80-100 mg. Skulle det opptre bivirkninger, må en være oppmerksom på at mange av disse er av forbigående art. Dersom bivirkningene vedvarer, kan enten dosen reduseres eller det skiftes til et annet preparat.

Metylfenidat finnes også i følgende langtidsvirkende formuleringer.

- 1) Concerta depottabletter® har en virketid på 10-12 timer og gir en jevnere medikamentkonsentrasjon i blodet i løpet av dagen enn Ritalin. Concerta kan gis som én dose om morgenen. Et eventuelt skifte fra Ritalin til Concerta kan gjøres direkte. Når det gjelder klinisk effekt, regner en at 15 mg Ritalin tilsvarer 18 mg Concerta.
- 2) Ritalin kapsler med modifisert frisetting® gis om morgenen. Preparatet er «designet» for å kunne erstatte én dose korttidsvirkende Ritalin tabletter gitt om morgenen og én dose om formiddagen. Ritalin 20 mg kapsler én gang daglig og Ritalin 10 mg tabletter 2 ganger daglig gir altså samme biotilgjengelighet. Preparatet kan være hensiktsmessig å bruke hos skolebarn for å unngå å gi Ritalin tabletter om formiddagen. Pasienter med markerte AD/HD-symptomer om ettermiddagen kan ha nytte av tillegg av en dose korttidsvirkende Ritalin tabletter.
- 3) Equasym Depot® er kapsler med modifisert frisetting av metylfenidat, der 30 prosent av medikamentinnholdet i kapselen frigis straks, mens 70 prosent frigis langsommere. Effekten opprettholdes derved i ca 8 timer.

Ritalin kapsler med modifisert frisetting har forhåndsgodkjent refusjon for voksne. Når Concerta og Equasym Depot skal forskrives til voksne, må det søkes om individuell refusjon av utgifter til legemidlet etter folketrygdløven.

Ved utilstrekkelig effekt av metylfenidat kan **amfetamin** forsøkes, da det er påvist at ytterligere noen derved kan oppnå god behandlingseffekt. Amfetamin finnes som dekstroamfetamin tabletter (Dexedrine®, Dexamin®, Metamina®) eller i en racemisk form (Racemisk amfetamin® NAF Apotek). Amfetamin gis i doser på opptil 20 mg daglig til barn og 40 mg daglig til voksne, og doseringen er således omtrent halvparten av dosen med metylfenidat. Amfetaminpreparater ser ut til å kunne gi større risiko for tilbakefall til rusmiddelavhengighet og bør derfor ikke brukes i behandlingen av AD/HD hos tidligere rusmiddelavhengige.

5.2.2 Atomoksetin

Atomoksetin er et legemiddel som ble markedsført i Norge i april 2005 under navnet Strattera kapsler®. Det er klassifisert som et sentralt virkende sympatikomimetikum, men virker ikke sentralstimulerende som amfetamin og metylfenidat. Atomoksetin er godkjent til bruk ved AD/HD hos barn over seks år og ungdom som del av et omfattende behandlingsprogram.

Hos voksne pasienter er effekt av atomoksetin utover ti uker ikke tilstrekkelig undersøkt, og atomoksetin er i dag ikke godkjent av myndighetene til behandling hos voksne. Videreføring av behandling fra ungdom til voksen alder bør imidlertid vurderes. Dersom sentralstimulerende legemidler har utilstrekkelig effekt hos voksne, forårsaker uakseptable bivirkninger eller personen har tilleggsslidelser

som utelukker bruk av slike legemidler, for eksempel rusmiddelavhengighet, kan oppstart med atomoksetin vurderes.

Det foreligger ikke tilstrekkelig sammenlignende undersøkelser av atomoksetin og metylfenidat og det er derfor ikke grunnlag for å anbefale skifte til atomoksetinbehandling hos pasienter som er velregulerte på metylfenidat. Inntil slik dokumentasjon foreligger bør metylfenidat være førstevalg også for barn.

Dokumentasjonen på bruk av atomoksetin er sparsom. En studie viste at mellom 57 og 69 prosent av barn og ungdom med AD/HD som ble behandlet med atomoksetin, hadde en nyttig effekt av dette (Buitelaar et al., 2004). Legemidlet ser ut til å virke på kjernesymptomene konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet. Virketiden er 24 timer, og legemidlet kan doseres 1 eller 2 ganger i døgnet. Pasienter som ikke får tilstrekkelig respons ved dosering én gang daglig, kan ha nytte av å dele døgndosen i to.

Utprøving av atomoksetin må foretas over en periode på minst 4 uker. Effekt kan ses etter 1-2 ukers behandling, men hos de fleste tar det 3-4 uker før virkningen kan bedømmes. Enkelte får imidlertid ikke full virkning før etter 8-10 ukers behandling. Atomoksetin doseres ut fra kroppsvekten. Startdose til barn og unge er 0,5 mg/kg/døgn. Startdosen bør beholdes i minst 7 dager før titrering til høyere dose i henhold til klinisk respons og toleranse. Anbefalt vedlikeholdsdose er ca 1,2 mg/kg/døgn. Ved kroppsvekt over 70 kg bør det startes med 40 mg/døgn, og anbefalt vedlikeholdsdose er da 80 mg/døgn. Doser utover nevnte vedlikeholdsdoser gir ikke bedre effekt. Felleskatalogen opererer med maksimalt anbefalt døgndose på 100 mg.

Vanlige bivirkninger er nedsatt appetitt, kvalme og tretthet. Hjerterefrekvensøkning (i gjennomsnitt 6 slag i minuttet både hos barn og voksne) og lett blodtrykkstigning er vanlig. Ved kvalme anbefales å ta legemidlet sammen med mat. I tilfelle vedvarende tretthet, kan en forsøke å dele døgndosen i én morgen- og én kveldsdose. Atomoksetin kan i svært sjeldne tilfeller (hos færre enn 1 av 10 000 pasienter) gi bivirkninger i form av unormale leverfunksjonsprøver, gulsott og hepatitt. Det er rapportert om én fatal leverskade samt noen tilfeller av alvorlig leverskade, som alle var reversible. Ved tegn på leverskade (laboratoriefunn eller gulsott) må behandlingen stoppes og ikke gjenopptas. I kliniske studier er det sett økt risiko for emosjonell labilitet og fiendtlig atferd i forhold til placebo. Samledata fra kliniske studier viser også statistisk signifikant økning av selvmordsrelatert atferd hos barn i alderen 7 til 12 år som ble behandlet med atomoksetin, sammenlignet med barn som fikk placebo. Hos voksne er det beskrevet erektil dysfunksjon.

Oppfølging av pasientene er særlig viktig ettersom atomoksetin er et nytt legemiddel som vi ikke kjenner langtidsvirkningene av. Det er foreløpig usikkert om vekst, kognitiv og seksuell utvikling kan påvirkes ved langtidsbehandling av barn og ungdom. Pasientene må følges nøye med tanke på terapeutisk effekt av behandlingen, deres generelle utvikling, leverbivirkninger, endring i stemningsleie, forekomst av selvmordstanker og selvmordsrelatert atferd samt uventede kliniske hendelser.

Rekvirering av atomoksetin er ikke underlagt særskilte regler. Diagnostikk og

utredning av AD/HD problematikk er imidlertid en spesialistoppgave jf. kap. 4. Vanlig resept benyttes. For Stratterra må det imidlertid søkes om individuell refusjon av utgifter til legemidler etter folketrygdloven. Ett av følgende tre forhold kan gi grunnlag for at søknad om refusjon av utgifter blir godkjent:

- 1) Høyeste anbefalte dose av metylfenidat har ikke ønsket virkning
- 2) Metylfenidat gir uakseptable bivirkninger
- 3) En eller flere tilleggslidelser utelukker bruk av metylfenidat.

Strattera står på listen til Statens legemiddelverk over legemidler under særlig overvåkning, spesielt med tanke på leverbivirkninger, emosjonell labilitet, fiendtlig atferd, selvmordsrelatert atferd og uventede kliniske hendelser. Alle bivirkninger bør derfor meldes til de regionale legemiddelinformasjonsentrene (www.relis.no).

5.2.3 Andre legemidler

Gjennom årene har trisykliske antidepressiva og klonidin vært forsøkt ved AD/HD. Disse er nå lite i bruk, først og fremst fordi effekten er svakere enn ved sentralstimulerende legemidler og atomoksetin. Legemidlene kan prøves dersom verken sentralstimulerende midler eller atomoksetin har effekt, eller av andre grunner ikke kan anvendes.

Trisykliske antidepressiva, i første rekke imipramin (Tofranil®) er påvist å kunne redusere AD/HD-symptomer hos barn og ungdom. Legemiddelet kan skaffes på godkjenningss fritak. Aktuell dosering er vanligvis 25 mg/døgn for yngre barn og 50 mg/døgn for eldre barn/ungdommer.

Klonidin (Catapresan®) er stort sett prøvd ut hos pasienter med samtidig tics/Tourettes syndrom og AD/HD. Legemiddelet kan dempe tics hos 20-50 prosent og samtidig redusere AD/HD-symptomene. Klonidin tabletter har kort virkningstid og må vanligvis doseres 3-4 ganger daglig. Klonidin plaster har imidlertid en virkningstid på 5-7 dager og kan skaffes på godkjenningss fritak som Catapres®.

Antipsykotika har vært prøvd ut hos pasienter med psykisk utviklingshemning eller autisme i tillegg til AD/HD, men uten sikker effekt på AD/HD-symptomene.

For øvrig finnes det flere studier uten kontrollgrupper der ulike andre legemidler har vært prøvd ut ved AD/HD. Det dreier seg om nyere antidepressiva, antiepileptika og andre. I mange av disse studiene har pasientene hatt svært sammensatte tilstander. Det har derfor ikke alltid vært lett å skille mulige effekter på AD/HD tilstanden fra effekter på komorbide tilstander (Zeiner 2004).

5.2.4 Behandling av komorbide tilstander

AD/HD-pasienter som har behandlingstrengende tilleggsdiagnoser, skal få en samlet vurdering av sitt behandlingsbehov. Et gjennomgående prinsipp er at den diagnosen som gir pasienten størst problemer, skal behandles først. Det er også grunn til å være forsiktig med å iverksette behandlingstiltak rettet mot ulike tilstander samtidig. Gjennom en systematisk utprøving av de aktuelle behandlingstilstandene, vil en få kunnskap om hva som virker. Det er i dag få behandlingsstudier av AD/HD og komorbide tilstander.

5.3 Behandlingstiltak rettet mot hjem og skole

I tillegg til informasjon og tilbud om adekvat behandling med legemidler, er det flere tiltak rettet mot hjem og skole som har vist seg virkningsfulle, særlig for pasienter med AD/HD og tilleggs vansker.

5.3.1 Metoder for å avhjelpe atferdsforstyrrelser hos barn og unge med AD/HD.

Foreldretraining i håndtering av vanskelig atferd, Parent Management Training (PMT) og prinsipper for atferdsmodifisering anvendt i klasserommet, er metoder som er godt dokumentert. PMT er en behandling som kan gis til foreldre enkeltvis eller i grupper og bygger på sosial læringsteori og kommunikasjonsteori. Dette er en behandlingsform som er utviklet for barn med atferdsvansker og er rettet mot foreldre som har barn i alderen 6-12 år med kombinasjonen AD/HD og atferdsvansker. Behandlingen er som oftest gruppebasert med åtte til ti samlinger á 2 timer. Stikkordet for disse samlingene er kunnskap og mestringsstrategi. Deltagerne lærer opp i bruk av positiv oppmerksomhet og ros, tegnøkonomi (token economy), og grensesetting (time out) når ros ikke er tilstrekkelig. Opplæring etter PMT modellen kan også gis lærere. Psykisk helsevern for barn og unge og Barne-, ungdoms- og familietaten i de enkelte fylker har oversikt over hvem som gir slik opplæring.

Et annet program som går ut på opptrening av foreldre til de yngste barna med AD/HD er Webster-Stratton programmet. Behandlingstilbudet omfatter blant annet at foreldre samles i grupper og gjennomgår temaer som ros og oppmuntring, hvordan leke med barnet og takling av atferdsproblemer. Det blir brukt rollespill, video/DVD, praktiske øvelser og hjemmeoppgaver. Også dette kan egne seg godt for lærere. Webster-Stratton programmet er prøvd ut ved Universitetet i Tromsø og skal etter hvert være tilgjengelig rundt om i landet via barne- og ungdomspsykiatrien i de enkelte fylkene.

Multisystemisk terapi (MST) er en samling tiltak rettet mot ungdom med store atferdsvansker. Modellen er ofte et alternativ til innleggelse i institusjon og fengsling. Etter en individuell utredning går man gjerne inn med tiltak på flere områder. I praksis kan det være medikamentell behandling av AD/HD, hjelp til positive fritidsaktiviteter, familierapi, intensiv PMT, tilrettelegging av skoletiltak og individuell støtteterapi for emosjonelle problemer. Behandling etter MST-modellen skal være tilgjengelig via Barne- og ungdomspsykiatrien og Barne-, ungdoms- og familietaten i de enkelte fylker.

5.3.2 Andre behandlingsformer rettet mot barn, unge og voksne med AD/HD

Familierapeutisk intervensjon er anbefalt brukt for familier der ett av familiedemedlemmene har AD/HD. Det primære formålet med metoden er å dempe det emosjonelle spenningsnivået slik at kommunikasjonen innad i familien blir bedre, og at det blir mulig å komme fram til avtaler og løsninger.

Enkelte personer med AD/HD kan ha negative erfaringer som de vil ha behov for å bearbeide sammen med en behandler. I slike tilfeller kan individuell psykoterapi for eksempel i form av kognitiv atferdsterapi prøves ut. Individuell psykoterapi kan være aktuelt som hjelp til å mestre hverdagen og/eller som behandling av komorbide tilstander. Det anbefales strukturerte opplegg med primært fokus på nåtid.

5.3.3 Ekstra hjelp i barnehage, skole og arbeidsliv

I praksis vil de fleste barn med AD/HD trenge ekstra hjelp i skolen, noen ganger også i barnehagen. Tiltakene vil vanligvis være knyttet til:

- Hjelp i forhold til konsentrasjonsproblemer
- Hjelp i forhold til innlæringsvansker
- Spesifikk hjelp i ulike fag ved lærevansker
- Tilpassing av aktuelle hjelpemidler
- Hjelp til regulering av atferd

Overordnede prinsipper for hjelp i skolen bør være:

- Strukturering av skoletimene slik at dagen blir oversiktlig
- Undervisningen må legges til rette ut fra elevens kunnskapsnivå og ferdigheter
- Tettere og mer systematisk oppfølging enn det elever vanligvis trenger. Dette krever vanligvis økt lærertetthet
- Individuell opplæringsplan (IOP)

For ungdom og voksne i yrkesutdanning og/eller arbeid kan det også være behov for ulike hjelpetiltak som

- Oversiktlige oppgaver
- Varierte oppgaver
- Faste rutiner
- Fleksibel arbeidstid
- Mulighet for flere små pauser i løpet av dagen
- En informert kollega som har støttefunksjon
- Skjerming fra støy/forstyrrende inntrykk
- Tilrettelagte prøver/eksamener (muntlig i stedet for skriftlig, tekniske hjelpemidler)
- PC og andre tekniske hjelpemidler

Noen ungdommer og voksne vil ønske å fullføre avbrutt eller manglende utdanning når de har fått behandling en stund, og livet har stabilisert seg. Det er mange muligheter for voksne til å fullføre både ungdomsskole, videregående skole, høyskole eller universitetsutdanning. Noen skoler har spesialisert seg på en kombinasjon av forelesninger og oppgaver over internett. Dette kan være et godt alternativ for en person med AD/HD.

Tilrettelegging er viktig også for voksne med AD/HD. Individuell plan (IP) med individuell opplæringsplan (IOP) er en rettighet og i mange tilfeller helt nødvendig. Kommunenes pedagogisk-psykologiske tjeneste for voksne, eventuelt Norges arbeids- og velferdsetat (NAV Arbeid), kan hjelpe til med å finne riktig utdanning og hva som bør settes inn av tiltak for at personen skal lykkes.

5.3.4 Trygdeordninger og andre støttetiltak

Som for andre personer med funksjonshemninger, vil pasienter med AD/HD kunne ha behov for både trygdestønader og øvrige sosiale hjelpetiltak. Aktuell hjelp etter individuell vurdering kan være:

- Grunn- og hjelpestønad
- Andre trygdeordninger
- Støtte- og avlastningstiltak, vanligvis gjennom kommunale tjenester som hjemmesykepleien, støttekontakt etc.
- Tekniske hjelpemidler som datautstyr (PC) og elektronisk dagbok
- Bistand til arbeid fra NAV Arbeid, for eksempel utredning og arbeidstrening

De ulike tiltakene kan koordineres gjennom at de settes opp i en individuell plan. Planen utarbeides og følges opp av en ansvarsgruppe som er etablert rundt den enkelte med representanter fra de mest aktuelle instansene.

5.4 Annen behandling

Det er mange metoder som markedsføres som effektive i behandlingen av AD/HD og som ikke baserer seg på bruk av legemidler eller vanlige psykososiale tiltak. Behandlingsmetodene er omdiskutert, ikke minst fordi de ikke har vist dokumenterbar effekt i studier satt opp etter medisinske vitenskapelige kriterier. Det kan likevel ikke utelukkes at enkelte kan oppleve en subjektiv effekt. Behandlingsmetodene kan derfor være et supplement til øvrige behandlings- og støttetiltak (Øgrim 2004).

5.4.1 Kosthold og dietter

Sukker kan gi hyperaktivitet, uoppmerksomhet og aggresjon hos barn generelt. Den logiske følgen av dette er at symptomene hos en person med AD/HD kan forsterkes. Høyt inntak av sukker er imidlertid ingen årsak til AD/HD, og en sukkerfri diett vil normalt ikke være tilstrekkelig for at personer med AD/HD skal bli kvitt sine problemer med hyperaktivitet, impulsivitet og uoppmerksomhet. Mest kjent blant dietter er Feingolddietten, hvor det er fjernet stoffer (blant annet salisylsyre) og andre matvaretilsetninger som er antatt å øke hyperaktivitet og lærevansker. Studier har så langt ikke vist at denne dietten er virksom for barn med AD/HD (Wolraich 1998).

Det er påvist positiv effekt på enkelte symptomer som er assosiert med AD/HD (lese- og skrivevansker, atferdsproblemer) av å tilføre fettsyrer, mens det ikke er påvist effekt på andre symptomer som motoriske koordinasjonsvansker (Richardson and Montgomery 2005). Her er det behov for flere kontrollerte studier.

5.4.2 Trening av arbeidsminne

Trening av hukommelsesfunksjonen (arbeidsminne) utprøvd i kontrollerte studier (Klingberg et al. 2005) har vist lovende resultater hos barn med AD/HD. Programmet som strekker seg over ca 20 dager, går ut på at barna arbeider daglig med treningsoppgaver på en PC. Målinger gjort 3 måneder etter at programmet er avsluttet viser at barna har forbedret arbeidsminne. Mer forskning er imidlertid nødvendig for å studere langtidseffektene, overføringsverdien til dagliglivets situasjoner og effekten av kombinasjonen med legemidler.

6 Spesielle forhold

6.1 Rusmiddelavhengighet og AD/HD

Det kan være vanskelig å vurdere pasienter med rusmiddelavhengighet, da selve avhengigheten kan gi liknende symptomer som AD/HD med stor grad av konsentrasjonsvansker, rastløshet og uro. Spesielt blir dette vanskelig å vurdere hvis AD/HD-diagnosen ikke ble satt i barnealder, og hvis rusmiddelavhengigheten startet tidlig. Det er økt forekomst av rusmiddelavhengighet blant pasienter med AD/HD, men det er usikre tall vedrørende hvor stor andel av rusavhengige som samtidig fyller kriteriene for en AD/HD-diagnose.

Selve AD/HD tilstanden kan behandles selv om det foreligger en komorbid rusmiddelavhengighet. Imidlertid anbefales det å stabilisere og behandle rusmiddelavhengigheten først. Sosial- og helsedirektoratet åpner ikke opp for behandling med sentralstimulerende legemidler hvis det er en pågående rusmiddelavhengighet. Ved rusmiddelavhengighet skal ikke sentralstimulerende legemidler benyttes før det foreligger dokumentert rusfrihet i 3 måneder. Utredningen kan imidlertid igangsettes så raskt som mulig uavhengig av dette. Dokumentasjon av rusfrihet skal fortsette etter behandlingsstart. Ved bruk av sentralstimulerende legemiddel skal metylfenidat være førstevalget. Legemiddelet atomoksetin bør også vurderes som en aktuell behandling. Når rusavhengige er innlagt i institusjon, kan leger med generell rekviseringsrett i det enkelte tilfelle vurdere å prøve ut behandling med sentralstimulerende legemiddel selv om kravet om 3 måneders rusfrihet ikke er oppfylt. Det forutsettes her en tett oppfølging av fagpersoner med kompetanse både på rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. Regelverket tillater ikke samtidig behandling med legemidler benyttet i legemiddelassistert rehabilitering og sentralstimulerende legemidler, uten at dette skjer i regi av et prosjekt for å prøve ut slik kombinasjonsbehandling.

6.2 Psykisk utviklingshemning og AD/HD.

Det kan være vanskelig å vurdere om pasienter med psykisk utviklingshemning oppfyller kriteriene for AD/HD ettersom disse kriteriene er laget for normalt intelligente. Kriteriene kan derfor være vanskelig anvendbare ved psykisk utviklingshemning. Den endelige diagnosen skal derfor stilles av legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri eller nevrologi, eller av lege, psykolog, psykologspesialist i samarbeid med legespesialist.

I klinisk praksis kan man ofte se påfallende hyperaktivitet hos pasienter med lett psykisk utviklingshemning. Disse pasientene kan ha effekt av behandling med sentralstimulerende legemidler. Det dreier seg da gjerne om psykisk utviklingshemning med AD/HD som komorbiditet. Det er imidlertid observert at psykisk utviklingshemmede kan være ekstra sårbare for bivirkninger ved behandling med sentralstimulerende legemidler. Opptrappingen av behandling med legemidler bør derfor gjøres langsomt, forsiktig og under nøye observasjon av ansvarlig lege med hensyn til eventuelle bivirkninger.

6.3 Innsatte i fengsel og AD/HD

Innsatte i fengsel har samme rettigheter til behandling som pasienter utenfor fengsel. Hvis en innsatt får diagnosen AD/HD, vil muligheten for å prøve ut behandling med sentralstimulerende legemidler eller atomoksetin i løpet av fengselsperioden være til stede. Personer med diagnosen AD/HD som før innsettelse i fengsel får behandling med sentralstimulerende legemidler, bør få mulighet til å fortsette denne behandlingen under fengselsoppholdet. De aktuelle instanser må bidra til at det iverksettes nødvendige tiltak som ivaretar behovet for et helhetlig behandlingstilbud også etter løslatelse.

6.4 Førerkort og AD/HD

AD/HD kan påvirke kjøreevnen på svært forskjellige måter. Noen klarer seg forsvarlig i trafikken, mens andre har oppmerksomhetssvikt og/eller atferdsforstyrrelser som gjør bilkjøring uforsvarlig. Adekvat medisinerings vil ofte bedre kjøreevnen. Den kjøreatferden som i virkeligheten observeres, har betydning for om førerkortforskriftens helsekrav⁷ er oppfylt.

Således kan det anses at førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt hvis en motorvognfører får diagnostisert AD/HD og allerede har førerkort i klasse A, B, S, M eller T, og viser en forsvarlig kjøreatferd, gjennom å ha kjørt anmerkningsfritt i minst to år. Å ha kjørt anmerkningsfritt innebærer i hovedsak å ikke ha fått prikkbelastninger i førerkortet, ikke ha vært innblandet i trafikkuhell eller -ulykker, og ikke ha vært under etterforskning for brudd på vegtrafikkloven.⁸

Ved søknad om førerkort første gang, uansett førerkortklasse, eller ved fornyelse eller søknad om førerkort i ny klasse, anses ikke førerkortforskriftens helsekrav som oppfylt hvis søkeren har fått diagnostisert AD/HD. For de «tyngre» førerkortklassene (C1(E), C(E), D1(E), D(E), og kjøreseddel, vil det i alle tilfeller være nødvendig med en konkret vurdering av hver enkelt søker.

Hvis behandlende/attestutstedende lege etter en mer konkret vurdering finner at søkerens/bilførerens helsetilstand gjør eller kan gjøre bilkjøring uforsvarlig eller utilrådelig, er førerkortforskriftens helsekrav ikke oppfylt. De symptomene ved AD/HD som særlig kan gjøre bilkjøring uforsvarlig eller utilrådelig, er impulsiv atferd og oppmerksomhetssvikt. Begge deler kan antas å skape farlige situasjoner i trafikken.

7 Forskrift om førerkort m.m. av 19. januar 2004 nr. 298.

8 Retningslinjer for fylkesmenn ved behandling av førerkortsaker IS-1348 og Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. 2007 IS 1437.

Referanseliste

- BIEDERMAN J, FARAONE SV, MONUTEAUX MC ET AL.** *Gender Effects on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults.* Biological Psychiatry 2004; 55: 692-700.
- BIEDERMAN J, MICK E, FARAONE SV.** *Age Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactive Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type.* American Journal of Psychiatry 157;5, May 2000:816-818
- BIEDERMAN J, WILENS T, MICK E, SPENCER T, FARAONE SV.** *Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactive disorder reduces risk for substance use disorder.* Pediatrics 1999 Aug; 104(2):e20.
- BUITELAAR JK, DANCKAERTS M, GILLBERG C ET AL.** *Atomoksetine International Study Group. (2004): A prospective, multicenter, open-label assessment of atomoksetine in non-North American children and adolescents with AD/HD.* European Child and Adolescent Psychiatry. 2004 August; 13 (4): 249-57.
- ELGEN I, SOMMERFELT K, MARKESTAD T.** *Population based, controlled study of behavioural problems and psychiatric disorders in low birthweight children of 11 years of age.* Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition. 2002 September; 87: F128-132.
- FARAONE SV, PERLIS RH, DOYLE AE ET AL.** *Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder.* Biological Psychiatry 2005; 57: 1313-1323.
- GREENHILL LL, PLISZKA S, DULCAN MK ET AL.** *Practice Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Treatment of Children, Adolescents, and Adults — Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2002; 41: 26S-49S
- INDREDAVIK MS, VIK T, HEYERDAHL S ET AL.** *Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight.* Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition. 2004 September; 89: F445-F450.
- JENSEN PS, HINSHAW SP, SWANSON JM ET AL.** *Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of AD/HD (MTA): implications and applications for primary care providers.* Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 2001 Feb;22(1):60-73
- KADESJØ B.** *AD/HD hos barn och vuxna.* En Kunskapsöversikt, utgitt av Socialstyrelsen, Sverige 2002.
- KESSLER RC, ADLER LA, AMES M ET AL.** *The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers.* Journal of Occupational and Environmental Medicine. June 2005a;47(6):565-572.
- KESSLER RC, ADLER LA, BARKLEY R ET AL.** *Patterns and Predictors of Attention-Deficit/Hyperactive Disorder Persistence into Adulthood: Results from the National Comorbidity Survey Replication.* Biological Psychiatry 2005b ;57: 1442-1451.
- KLINGBERG T, FERNELL E, OLESEN PJ ET AL.** *Computerized training of working memory in children with ADHD – a randomized, controlled trial.* Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry. 2005 Feb;44(2):177-86.
- MCGOUGH JJ, BARKLEY RA.** *Diagnostic Controversies in Adult Attention Deficit Hyperactive Disorder.* American Journal of Psychiatry 161: 11, November 2004: 1948-1956
- MICK E, BIEDERMAN J, FARAONE S ET AL.** *Case-Control Study of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Maternal Smoking, Alcohol Use, and Drug Use During Pregnancy.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; 41(4):378-385, April 2002.
- NASJONALT KUNNSKAPSSENTER FOR HELSETJENESTEN.** *Behandling med sentralstimulerende medikamenter av ADHD hos voksne.* Notat mars 2005.
- REMSCHMIDT, H.** *Global consensus on AD/HD/HKD.* European Child & Adolescent Psychiatry 14, 127 – 137. 2005.
- RICHARDSON AJ, MONTGOMERY P.** *The Oxford Durham Study: A randomized, Controlled Trial of Dietary Supplementation With Fatty Acids in Children With Developmental Coordination*

Disorder. Pediatrics 2005; 115: 1360-1366.

SAKKYNDIG TEAM FOR HYPERKINETISK FORSTYRRELSE/ADHD FOR HELSEREGIONENE SØR OG ØST, AVDELING FOR VOKSENHABILITERING, ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS. *Utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/AD/HD*, Rapport til Sosial- og helsedirektoratet, februar 2004.

SAKKYNDIG TEAM FOR HYPERKINETISK FORSTYRRELSE/ADHD FOR HELSEREGIONENE SØR OG ØST, AVDELING FOR VOKSENHABILITERING, ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS. *Utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/AD/HD*, Supplement til rapport til Sosial- og helsedirektoratet, mai 2005.

SINTEF HELSE. *Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetisk forstyrrelse/AD/HD*. Rapport 2004.

SPENCER T, BIEDERMAN J, WILENS T ET AL. *A Large, Double-Blind, Randomized Clinical Trial of Methylphenidate in the Treatment of Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Biological Psychiatry* 2005;57:456-463.

TOURETTE'S SYNDROME STUDY GROUP. *Treatment of ADHD in children with tics: a randomized controlled trial*. *Neurology* 2002;58(4):527-536.

ØGRIM G. Utradisjonelle metoder i behandlingen av AD/HD – vurdering av evidens.

STRAND G (RED.). *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi – en grunnbok*. Fagbokforlaget 2004.

WILENS TE, FARAONE SV, BIEDERMAN J, GUNAWARDENE S. *Does Stimulant Therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Beget Later Substance Abuse? A Meta-analytic Review of the Literature*. *Pediatrics* 2003 Jan; 111 (1):179-85

WOLRAICH M. *Attention deficit hyperactivity disorder*. *Professional Care of Mother and Child*. 1998;8 (2): 35-37.

ZEINER P. *Medikamentell behandling*. Zeiner P (Red). Barn og unge med AD/HD. Tell forlag 2004.

Annen anbefalt litteratur

BARKLEY R. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment, 2nd edition*. New York: Guilford Press 1998.

BROWN TE (2005): *Attention Deficit Disorder. The Unfocused Mind in Children and Adults*. Yale University Press, Health & Wellness, 2005.

GILLBERG C. *Clinical Child Neuropsychiatry*. Cambridge. Cambridge University Press 1995.

HOEM S. *ADHD. En handbok for voksne med ADHD*. Gyldendal Akademisk 2004.

STRAND G (Red.) *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi – en grunnbok*. Fagbokforlaget 2004.

TAYLOR E., Döpfner M., Sergeant J. et al. *European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade*. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2004 Volume 13, Supplement 1, side 7-30.

ZEINER P (Red). *Barn og unge med AD/HD*. Tell forlag 2004.

AANONSEN NO. *AD/HD – Diagnose, klinikk og behandling hos voksne*. Gyldendal Akademisk 2000.

Vedlegg 1. Regelverk for legeres rekvireringsrett av sentralstimulerende legemidler

Legeres rekvireringsrett til sentralstimulerende legemidler – behandling av barn, unge og voksne med AD/HD og narkolepsi – Oppdrag til Fylkesmannen, samt skjema for generell og spesiell rekvireringsrett.

Innledning:

Sosial- og helsedirektoratet har gitt landets fylkesmenn i oppdrag å behandle søknader om rekvireringsrett til sentralstimulerende legemidler. Rekvireringsretten skal benyttes i forbindelse med behandling av pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD og narkolepsi.

Diagnostisering av AD/HD og narkolepsi kan startes opp i primærhelsetjenesten. Ved bruk av sentralstimulerende legemidler skal den endelige diagnosen stilles av legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri og nevrologi, eller av lege, psykolog, psykologspesialist i samarbeid med legespesialist. Behandling med sentralstimulerende legemidler kan iverksettes i spesialisthelsetjenesten eller i primærhelsetjenesten under veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes en tett oppfølging i oppstartsfasen.

I *Forskrift om narkotika* m.v. (Narkotikalistene) av 30. juni 1978 nr 8 § 4 er direktoratet gitt myndighet til å gi tillatelse til bruk av narkotika. Oppdraget innebærer at en begrenset del av denne myndigheten delegeres til landets fylkesmenn. Rekvireringsrett gis etter søknad, og på de vilkår som direktoratet fastsetter.

Ordnningen erstatter *Retningslinjer for behandling av søknader om tillatelse til å forskrive Dexammin og Ritalin* av 9. oktober 1996, rundskriv IK-8/98 og IK-1/2001, alle utgitt av Statens helsetilsyn. Direktoratet har utarbeidet en faglig veileder for diagnostisering og behandling, IS-1244. Ordnningen trådte i kraft 1.mai 2005 og er beskrevet på direktoratets nettside www.shdir.no/publikasjoner.

Hensikten med omleggingen er å legge bedre til rette for at pasienter med AD/HD som kan ha god effekt av behandling med sentralstimulerende legemidler, skal få tilbud om slik behandling. Et mål er også å sikre bedre kontinuitet i behandlingen. Endringene innebærer således en forenkling, men også et mer helhetlig regelverk, ved at rekvireringsretten gjelder både barn, unge og voksne.

Denne ordningen prøves ut i fem år, og skal deretter evalueres på bakgrunn av nyere forskning, erfaringer med de nye søknadsprosedyrene og anbefalingene i den faglige veilederen.

Generell og spesiell rekvireringsrett

Rekvireringsrett til behandling med sentralstimulerende legemidlene kan gis til behandling av hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD og/eller narkolepsi. Det er en forutsetning for rekvireringsretten at diagnostisering av hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD gjennomføres i tråd med anbefalingene i Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD gitt av Sosial- og helsedirektoratet, IS -1244. Rekvireringsretten omfatter virkestoffene metylfenidat, dekstrometylfenidat, amfetamin, og dekstroamfetamin.

Generell og spesiell rekvireringsrett gis etter søknad. Det er utarbeidet særskilte søknadsskjemaer som gir det nødvendige grunnlag for behandling av søknaden. Skjema kan hentes på direktoratets hjemmesider: www.shdir.no/publikasjoner. Rekvireringsretten gjelder behandling av pasienter med diagnosen

hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD både over og under 18 år og/eller pasienter med diagnosen narkolepsi. Rekvireringsrett kan gis med gyldighet fram til 1. mai 2011. Tillatelsen forutsetter gyldig rekvireringsrett for A-preparater, jf helsepersonellregisteret.

Generell rekvireringsrett:

For å få en generell rekvireringsrett kreves som hovedregel spesialistkompetanse innen barne- og ungdomspsykiatrien, pediatri, psykiatri eller nevrologi. Det kan etter søknad gis en generell rekvireringsrett også til leger med annen relevant spesialistkompetanse, og til leger som mangler formell kompetanse, men hvor kompetanse er opparbeidet på annen måte enn gjennom den ordinære spesialistutdanningen. Det gjelder også reell kompetanse i motsetning til formell kompetanse. Fylkesmannen vurderer om den kompetanse det søkes på grunnlag av er relevant for behandlingen av den diagnosegruppe det søkes for. Det kan legges vekt på at legen har hatt slik rekvireringsrett tidligere. All kompetanse må dokumenteres.

Spesiell rekvireringsrett:

Det kan søkes om spesiell rekvireringsrett til behandling av enkeltpasienter. Pasientens navn og fødselsnummer skal fremgå av søknaden. Det skal oppgis navn på den legespesialist som har diagnostisert pasienten. Den enkelte søknad kan bare gjelde én pasient.

Følgende begrensninger gjelder for ordningen:

- *Ordningen gjelder ikke for kombinasjonsbehandling med sentralstimulerende legemidler og legemidler brukt i legemiddelassistert rehabilitering. Dersom en vurderer at kombinasjonsbehandling kan være indisert, skal søknad om slik behandling sendes Sosial- og helsedirektoratet.*
- *Søknad om rekvireringsrett til behandling med sentralstimulerende legemidler på annet grunnlag enn hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD eller narkolepsi skal sendes Sosial- og helsedirektoratet.*

Fylkesmannens vedtak:

- *Fylkesmannen skal utforme et skriftlig vedtak som bekrefter rekvireringsretten. Det skal framgå om vedtaket gjelder hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD og/eller narkolepsi.*
- *I vedtak om spesiell rekvireringsrett skal pasientens navn og fødselsnummer (11 siffer) fremgå av vedtaket. Det skal utformes ett vedtak for hver enkelt pasient. Det skriftlige vedtaket skal benyttes som bekreftelse overfor apoteket.*
- *Fylkesmannen skal sende kopi av vedtak om generell rekvireringsrett til Statens autorisasjonskontor.*
- *Fylkesmannen skal informere Statens autorisasjonskontor hvis leger fraskriver seg retten til generell rekvirering.*

Klageadgang

Vedtak om rekvireringsretten er enkeltvedtak, og forvaltningslovens saksbehandlingsregler kommer til anvendelse. Det skal opplyses om legens klageadgang, og at Sosial- og helsedirektoratet er klageinstans. Klager på fylkesmannens vedtak sendes fylkesmannen for en fornyet vurdering før klagen oversendes direktoratet for behandling.

SØKNADSSKJEMA GENERELL REKVIRERINGSRETT

Søknad til Fylkesmannen om generell rekvireringsrett for sentralstimulerende legemidler til behandling av pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD og narkolepsi. Ordningen gjelder alle aldersgrupper. Søknaden skal sendes til Fylkesmannen i det fylket legen har sin praksis.

I *Forskrift om narkotika m.v.* (Narkotikalist) av 30. juni 1978 nr 8 § 4 er direktoratet gitt myndighet til å gi tillatelse til bruk av narkotika. Myndighet til å behandle søknader innenfor denne ordningen er delegert landets fylkesmenn. Ordningen trådte i kraft 1. mai 2005.

Diagnostisering av hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD skal gjennomføres i tråd med anbefalingene i Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD, IS-1244. Den diagnostiske kartleggingen av både AD/HD og narkolepsi kan startes opp i primærhelsetjenesten. Endelig diagnose ved behandling av AD/HD skal stilles av legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri eller nevrologi, eller av lege, psykolog, psykologspesialist i samarbeid med legespesialist. Det skal alltid foretas en medisinskfaglig vurdering.

Den diagnostiske vurderingen av narkolepsi skal stilles av relevant spesialist. Oppstart av behandling med sentralstimulerende legemidler skal skje av legespesialist eller av allmennlege i nært samarbeid med legespesialist.

Leger som fraskriver seg den generelle rekvireringsretten, skal skriftlig informere Fylkesmannen.

Ved behov kan Sosial- og helsedirektoratet be leger med generell rekvireringsrett om informasjon om antall pasienter under behandling, om effekt av behandlingen og lignende.

Søkers navn:	ID-nr i henhold til Helsepersonellregisteret
Stilling:	Arbeidssted/avdeling:
Postadresse arbeidssted/avdeling:	Telefon:
Godkjent spesialitet/godkjenningsår: Leger uten spesialitet må begrunne søknaden og nødvendig dokumentasjon må vedlegges	
Indikasjon (kryss av): Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD: <input type="checkbox"/> Narkolepsi: <input type="checkbox"/>	
Kompetanse (evt. med vedlegg):	

Utredning og diagnose av hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD vil bli utført i tråd med anbefalingene i Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD, IS-1244:

Dato:

Søkers underskrift og stempel

SØKNADSSKJEMA SPESIELL REKVIRERINGSRETT

Unntatt fra offentlighet iht. offentlighetsloven §5, jf. fv. §13 nr.1

Søknad til Fylkesmannen om spesiell rekvireringsrett for sentralstimulerende legemidler til behandling av pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD og narkolepsi. Ordningen gjelder alle aldersgrupper. Søknaden skal sendes til Fylkesmannen i det fylket legen har sin praksis.

I *Forskrift om narkotika m.v.* (Narkotikalistene) av 30. juni 1978 nr 8 § 4 er direktoratet gitt myndighet til å gi tilatelse til bruk av narkotika. Myndighet til å behandle søknader innenfor denne ordningen er delegert landets fylkesmenn. Ordningen trådte i kraft 1. mai 2005.

Diagnostisering av hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD skal gjennomføres i tråd med anbefalingene i Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD, IS-1244. Den diagnostiske kartleggingen av både AD/HD og narkolepsi kan startes opp i primærhelsetjenesten. Endelig diagnose ved behandling av AD/HD skal stilles av legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri eller nevrologi, eller av lege, psykolog, psykologspesialist i samarbeid med legespesialist. Det skal alltid foretas en medisinskfaglig vurdering.

Den diagnostiske vurderingen av narkolepsi skal stilles av relevant spesialist. Oppstart av behandling med sentralstimulerende legemidler skal skje av legespesialist eller av allmennlege i nært samarbeid med legespesialist.

Leger som fraskriver seg den spesielle rekvireringsretten, skal skriftlig informere Fylkesmannen.

Ved behov kan Sosial- og helsedirektoratet be leger med spesiell rekvireringsrett om informasjon om antall pasienter under behandling, om effekt av behandlingen og lignende.

Søkers navn:	ID-nr i henhold til Helsepersonellregisteret
Stilling:	Arbeidssted/avdeling:
Postadresse arbeidssted/avdeling:	Telefon:
Pasientens navn:	Pasientens fødselsnummer (11 siffer):
Indikasjon (kryss av): Hyperkinetisk forstyrrelse/AD/HD: <input type="checkbox"/>	Narkolepsi: <input type="checkbox"/>
Endelig diagnose er stillet av (navn på legespesialist):	NB! BRUK BLOKKBOKSTAVER
Spesialitet:	
Søknad om permanent rekvireringsrett til 2011: <input type="checkbox"/>	
Søknad om midlertidig rekvireringsrett: Fra Til.....	

Utredning og diagnose av hyperkinetisk forstyrrelse-AD/HD er utført i tråd med anbefalingene i Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD, IS-1244:

Dato:

Søkers underskrift og stempel

Vedlegg 2. Arbeidsgruppens oppdrag og mandat

På oppdrag fra Helsedepartementet nedsatte Sosial- og helsedirektoratet en arbeidsgruppe høsten 2002. Arbeidsgruppens oppdrag besto i å foreta en gjennomgang og en vurdering av tilbud om diagnostisering og behandling av barn, unge og voksne pasienter med AD/HD og å foreslå tiltak for å bedre tilbudene.

Arbeidsgruppen utarbeidet et mandat. Mandatet var todelt. Det skulle utarbeides et nytt regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler og lagges en faglig veileder for diagnostisering og behandling. Mandatet ble beskrevet i et brev til departementet og Sosial- og helsedirektoratet fikk departementet godkjenning.

For å nå målene i mandatet var det nødvendig å iverksette kartlegginger, rapporter og oppsummering. Disse er nærmere omtalt i kapittelet om kunnskapsgrunnlaget jf. 3.1.

Arbeidsgruppen har vært bredt sammensatt. Det ble underveis vurdert om man skulle inkludere flere representanter. I den forbindelse kom en representant for allmennlegene og Legemiddelverket inn i gruppa da arbeidet med nytt regelverk og faglig veileder skulle påbegynnes.

Arbeidsgruppen ble ledet av **Anne-Grete Kvanvig**, seniorrådgiver, Sosial- og helsedirektoratet.

Arbeidsgruppen besto av:

Nils Olav Aanonsen, avd. overlege, nevrolog, Sakkyndig team for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD for helseregionene Sør og Øst
Ullevål universitetssykehus HF

Henning Aabech, overlege, pediater, Sykehuset Østfold HF

Knut Halvard Brønder, ass. generalsekretær i AD/HD Norge

Ingebrigt Bruheim, ass. fylkeslege, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, helseavdelingen

Grete Bryhn, nevropsykolog, Akershus universitetssykehus HF

Odd Gunnar Heitun, seniorrådgiver, psykiater, Sosial- og helsedirektoratet

Sten Jacobsen, dr. med., Legemiddelverket

Michael B. Lensing, prosjektkoordinator, Sakkyndig team for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD for helseregionene Sør og Øst, Ullevål universitetssykehus HF

Axel Einar Mathiesen, allmennlege, Rykkin

Rut Prietz, ass. avd. overlege, psykiater, Sakkyndig team for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD for helseregionene Sør og Øst, Ullevål universitetssykehus HF

Gerd Strand, cand. polit, leder for Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi, Ullevål universitetssykehus HF

Pål Zeiner, dr. med. overlege, barne- og ungdomspsykiater, Sykehuset Buskerud HF

Vedlegg 3. Ressurser og nyttig informasjon

Nasjonalt kompetansenettverk

De regionale helseforetakene har under etablering regionale fagmiljøer for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi som bl.a. omfatter kompetansen i de tidligere sakkyndige team. De regionale fagmiljøene skal i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi, brukere og øvrige tjenesteapparat inngå i nasjonalt og flerregionalt samarbeid for å veilede og yte tjenester i særlig kompliserte tilfeller, og ved behov henvise til sentrale fagmiljøer.

Nordisk samarbeid

Spesialister med forskjellig fagbakgrunn fra alle de nordiske land har i nærmere 20 år vært samlet en gang pr år til utveksling av erfaring og diskusjon om AD/HD. Initiativ til disse samlingene ble tatt av dosent dr.med. Katarina Michelsson fra Helsinki. Professor Christopher Gillberg fra Göteborg leder nå gruppen.

Øvrig internasjonalt nettverk

Status i de Europeiske land utenom Norden er noe forskjellig med hensyn til diagnostisering og behandling av AD/HD. Fokus er først og fremst på barn og unge. Kunnskap og praksis er også her dårligst utviklet når det gjelder voksne. Av de landene som har kommet lengst, og som det kan være naturlig å sammenligne oss med, er England og Nederland. Europarådet, dvs. The Council of Europe, har utarbeidet sine anbefalinger som svar på Europaparlamentets anbefalinger. <http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/TA02/EREC1562.htm>

I verden for øvrig er det først og fremst i de industrialiserte land det er etablert et tilbud om diagnostisering og behandling av AD/HD. Norge har hatt et nært samarbeid med USA og Canada. Den amerikanske AD/HD foreningen holder årlig konferanser hvor nyere forskning og erfaringsbaserte prosjekter blir presentert. På internett ligger mer informasjon på <http://www.chadd.org/> På internett er det også etablert et globalt nettverk hvor det er mulig å finne artikler og øvrig informasjon. www.AD/HD-global.org

Harvard Medical School i samarbeide med Massachusetts General Hospital, Department of Psychiatry, arrangerer annenhvert år en fagkonferanse om AD/HD for helsepersonell der de fremste fagpersonene i USA gjennom forelesninger gir en bred og grundig oppdatering om AD/HD. Fagkonferansen holdes i Boston og er spesielt egnet for leger, pedagoger, psykologer og sykepleiere. Mer informasjon på <http://www.cme.hms.harvard.edu/>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) arrangerer årlige konferanser og har jevnlig AD/HD og tilgrensende psykiatrisk komorbide tilstander som tema. <http://www.aacap.org>

Skjema

Spørreskjemaer som besvares av lærere og foreldre (eventuelt andre pårørende for voksne) er verdifulle bidrag i utredningen av AD/HD. Det er en enkel og rask metode til å få omfattende kunnskap om pasienten på flere områder. Spørreskjemaer kan gi kvantitative data som muliggjør sammenligning med normerte data, og de kan også gi et bilde av utvikling over tid. Spørreskjemaer kan imidlertid ikke brukes som diagnostisk instrument alene. Til det er sensitivitet og spesifisitet for dårlig. Tolkningen må derfor gjøres med forsiktighet. Følgende skjema foreligger i norsk oversettelse og kan skaffes ved henvendelse til Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi/Sakkyndig team helseregion Sør og Øst. Skjemaene er ikke normert i Norge.

Voksne:

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS).

WURS (The Wender Utah Rating Scale) Retrospektiv skala for evaluering. To utgaver: en selvurdering, en for foreldre.

Barn og unge:

Russel Barkleys skjemaer for skole og foreldre. Skjema for selvurdering for de over 12.(University of Massachusetts Medical Center).

SNAP-IV (The Swanson, Nolan and Pelham-IV Questionnaire (Swanson 1992)) Skjemaet inneholder alt i alt 90 spørsmål hvorav 30 omhandler AD/HD og ODD (oppositional defiant disorder). De fleste spørsmålene er hentet fra DSM-IV.

Andre nettadresser:

Veileder for individuell plan:

www.shdir.no se under Dine rettigheter, eller
www.shdir.no/publikasjoner/veiledere se under Psykisk helse.

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien? (IS-1298)

www.shdir.no/publikasjoner

Rundskriv til lov om pasientrettigheter IS-12/2004:

www.shdir.no/publikasjoner/rundskriv Se under Spesialhelsetjenesten.

Rundskriv I-20/2001 Lov om helsepersonell m.v. :

www.shdir.no Se under Lover®ler, Helsepersonelloven

Bestilling av A-reseptor ligger under e-kundesenter på

www.sem.no

ADHD Norge (Tidligere ADHD foreningen)

<http://www.adhdnorge.no>

Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi

<http://www.nasjomp.no>

NK-info. Nyhetsbrev utgitt av Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi

<http://www.nasjomp.no/nk-info>

Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL)

www.legehandboka.no

Informasjon om legemidler

www.legemiddelverket.no

Norsk legemiddelhåndbok

www.legemiddelhandboka.no

Informasjon om refusjonsvilkår

www.nav.no

Webster-Stratton: «De utrolige årene»

www.deutroligearene.no

Parent Management Training (PMT)

www.atferd.unirand.no

Multisystemisk terapi (MST)

www.atferd.unirand.no

Behandlingslinjen i Østfold

www.adhd-behandlingslinje.no

Statlig spesialpedagogisk støttesystem

www.statped.no

Senter for atferdsforskning

www.saf.uis.no

Vedlegg 4. Diagnosekriterier

Hyperkinetisk forstyrrelse – ICD-10

Diagnosen krever klare tegn på sviktende oppmerksomhet, unormalt aktivitetsnivå og rastløshet som forekommer på tvers av situasjoner og som vedvarer over tid, og som ikke er forårsaket av noen annen lidelse som for eksempel autisme eller affektive lidelser.

G1. Svikt i oppmerksomhet. Minst seks av symptomene på sviktende oppmerksomhet må ha vedvart i minst 6 måneder, og i en grad som hindrer adekvat tilpasning og som ikke er aldersadekvat.

- (1) er ofte ikke oppmerksom på detaljer, eller gjør feil på grunn av skjodesløshet, i skolearbeid, arbeid, eller i andre aktiviteter
- (2) klarer ofte ikke å fokusere oppmerksomhet over tid i forhold til arbeidsoppgaver eller lek
- (3) hører ofte tilsynelatende ikke på hva som blir sagt til ham/henne
- (4) klarer ofte ikke å følge instruksjoner eller å gjøre ferdig skolearbeid eller arbeidsoppgaver (ikke på grunn av uvilje eller manglende forståelse av instruksjoner)
- (5) har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter
- (6) prøver ofte å unngå, eller misliker sterkt, oppgaver som for eksempel hjemmelekser som krever vedvarende konsentrasjon
- (7) roter ofte bort eller mister ting som er nødvendig for visse aktiviteter som hjemmelekser, for eksempel blyanter, bøker, leker eller verktøy
- (8) blir lett distraheret av ytre stimuli
- (9) er ofte glemsom gjennom daglige aktiviteter

G2. Hyperaktivitet. Minst tre av symptomene på hyperaktivitet må ha vært til stede i minst 6 måneder, og i en grad som hindrer normal tilpasning og som ikke er aldersadekvat.

- (1) er ofte rastløs med hender eller føtter eller vrir seg i stolen
- (2) forlater plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner hvor det er forventet at han/hun skal sitte stille
- (3) løper ofte omkring eller klatrer rundt i situasjoner hvor det ikke er passende (hos ungdom og voksne finnes kanskje bare en følelse av rastløshet)
- (4) er ofte unødig støyende under lek eller har vanskeligheter med å involvere seg stille i fritidsaktiviteter
- (5) viser vedvarende økt motorisk aktivitet som ikke i særlig grad lar seg modifisere av sosial sammenheng eller krav.

G3. Impulsivitet. Minst ett av symptomene har vedvart gjennom minst 6 måneder, og i en grad som hindrer normal tilpasning og som ikke er aldersadekvat.

- (1) buser ut med svaret før spørsmålet er ferdigstilt
- (2) mestrer dårlig å stå i kø eller vente på tur i lek/spill eller gruppesituasjoner
- (3) avbryter eller forstyrrer andre (for eksempel bryter inn i andres samtaler eller lek)
- (4) snakker ofte ustoppelig uten å ta hensyn til sosiale begrensninger.

G4. Plagene skal ha startet før fylte 7 år.

G5. *Utbredt.* Kriteria bør være oppfylt i mer enn enkelt situasjon, for eksempel bør kombinasjon av uoppmerksomhet og hyperaktivitet viser seg både hjemme og på skolen, eller både på skolen og i en annen situasjon hvor vedkommende blir observert, for eksempel i klinikken. (Holdepunkter for utbredthet må vanligvis komme fra flere kilder; foreldres utsagn om klasseromatferd vil for eksempel neppe være tilstrekkelig).

G6. Symptomene under G1-G3 forårsaker betydelige plager eller svekkelse i sosial, utdannings- eller yrkesmessig funksjon.

G7. Tilstanden fyller ikke kriterier for gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (F84.-), manisk episode (F30.-), depressiv episode (F32.-) eller angstlidelse (F41.-)

AD/HD DSM-IV

Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet

A. Enten (1) eller (2)

(1) Seks (eller flere) av følgende symptomer på oppmerksomhetssvikt har vedvart i minst seks måneder i en grad som er maladaptiv og ikke i overensstemmelse med utviklingsnivået:

Oppmerksomhetssvikt

- (a) svikter ofte på å være nøye med detaljer eller gjør slurvfeil i skolearbeid, yrke eller andre aktiviteter
- (b) har ofte vansker med å holde på oppmerksomheten i oppgaver eller lek
- (c) synes ofte ikke å lytte når de tilsnakkes direkte
- (d) følger ofte ikke instruksjoner og mislykkes i å gjennomføre skolearbeid, husarbeid eller oppgaver på jobben (beror ikke på trass eller manglende misforståelse av instruksjoner)
- (e) har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter
- (f) unnviker ofte, misliker eller er uvillig til å utføre oppgaver som krever vedvarende psykisk anstrengelse (for eks. skolearbeid eller oppgaver i hjemmet)
- (g) mister ofte ting som er nødvendige for oppgaver og aktiviteter (f. eks. leketøy, skoleoppgaver, blyanter eller verktøy)
- (h) blir ofte distraheret av tilfeldige stimuli
- (i) er ofte glemsk i dagliglivet

(2) Seks (eller flere) av følgende symptomer på hyperaktivitet-impulsivitet har vedvart i minst seks måneder i en grad som er maladaptiv og ikke i overensstemmelse med utviklingsnivået

Hyperaktivitet

- (a) har ofte vansker med å sitte stille eller å holde hendene eller føttene i ro
- (b) går ofte fra plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner der det ventes at man skal sitte i ro
- (c) springer ofte omkring eller klatrer ekstra mye i situasjoner der det ikke passer (hos ungdom og voksne kan dette begrense seg til en subjektiv følelse av rastløshet)
- (d) har ofte vansker med å leke eller gjøre fritidssysler på en rolig måte
- (e) er som oftest «på farten» eller handler som «drevet av en motor»
- (f) snakker ofte i et kjø

Impulsivitet

- (g) buser ofte ut med et svar før spørsmålene er ferdig stilt
- (h) har ofte vansker med å vente på sin tur
- (i) avbryter eller trenger seg ofte på andre (for eks. buser inn i andres samtaler eller lek)

B. Noen symptomer på hyperaktivitet-impulsivitet eller oppmerksomhetssvikt som skaper funksjonssvikt, har vært tilstede før sju års alder.

C. Nedsatt fungering på grunn av symptomene viser seg på to eller flere områder (for eks. på skolen [eller jobben] og i hjemmet).

D. Det må foreligge klare holdepunkter for funksjonssvikt av klinisk betydning sosialt, i utdanning eller i yrke.

E. Symptomene forekommer ikke bare i forløpet av en gjennomgripende utviklingslidelse, schizofreni eller annen psykotisk lidelse, og blir ikke bedre forklart ved annen psykisk lidelse (for eks. stemningslidelse, angstlidelse, dissosiativ lidelse eller personlighetsforstyrrelse).

KODING BASERT PÅ UNDERGRUPPE AV AD/HD:

314.01 Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet, kombinert form F90.0: Om både kriteriene A1 og A2 har vært oppfylt de siste seks måneder.

314.00 Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet, hovedsakelig oppmerksomhetssvikt F98.8: Kriterium A1, men ikke kriterium A2 har vært oppfylt de siste 6 måneder

314.01 Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet, hovedsakelig hyperaktivitet-impulsivitet F90.0: Kriterium A2, men ikke kriterium A1 har vært oppfylt de siste seks måneder

Kodeanvisning: For individer (særlig ungdom og voksne) som nå har symptomer som ikke lenger oppfyller samtlige kriteriene, skal «i delvis remisjon» spesifiseres.

Endringshistorie etter første publisering

Dato	Beskrivelse/Endringer
20.01.06	5.2 Behandling med legemidler, 5.2.1 Sentralstimulerende legemidler og 5.2.2 Atomoksetin Den første publiserte versjonen korrigert etter bla innspill fra Legemiddelverket.
30.06.06	5.2 Behandling med legemidler. Tilføyelse Godkjent preparatomtale. 5.2.1 Sentralstimulerende legemidler. Tilføyelse/korrigerende beskrivelse av bivirkninger og kontraindikasjoner. Tilføyelse Ritalin kapsler og forbigående bivirkninger under utprøving. 6.4 Førerkort og AD/HD. Endret i henhold til nye retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker
29.09.06	5.2.1 Sentralstimulerende legemidler. Endring i retningslinjer for individuell refusjon av metylfenidat (Ritalin kapsler med modifisert frisetting® voksne/ Concerta®. Nytt vedlegg 5.
15.10.07	4.4 Samhandling nytt. 5. Behandling korrigert. 6.1 Rusmiddelavhengighet og AD/HD endret noe. 6.4 Førerkort og ADHD endret. Vedlegg 1: Søknadsskjema korrigert. Vedlegg 5 fjernet.

Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet
Postboks 7000 St.Olavsplass, 0130 Oslo
Tlf. 810 20 325
www.shdir.no

IS-1244. September 2007

Design: **TEAM** Trykk: RKG