

Til:  
- Helsedirektoratet



Oslo, 4. april 2013  
Ref.: 496/AFJ/ph

## **Ekstern høring av ADHD – Nasjonal faglig retningslinje for utbedring, behandling og oppfølging.**

Norsk Psykologforening takker for muligheten til å gi høringssvar til AD/HD-nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging.

Vi knytter våre innspill til enkelte kapitler og anbefalinger i dokumentet. I tillegg knytter vi noen kommentarer til rusmiddelbruk.

### **Kapittel 3: Kort om ADHD**

I dette kapittelet bør det tydelig presiseres at det er behov for samtidighet eller parallellitet når det gjelder utredning og komorbiditet. Dette er ofte et neglisjert punkt, og det er viktig å presisere dette når flere instanser er inne i den samme saken. Komorbiditet ved AD/HD er snarere en regel enn et unntak, og ved utredning av atferdsutfordringer er det en risiko for at andre tilstander, som for eksempel spesifikke lærevansker, kan bli "glemt". Eksempelvis er det også høy forekomst av ADHD hos pasienter med Asperger.

Det er bra at veilederen trekker inn livskvalitet som et kriterium for tiltak. Det er store individuelle forskjeller i grad av tilstanden AD/HD, og det er store miljømessige forskjeller for dem som skal vokse opp med diagnosen. AD/HD er en dimensjonal tilstand og det er slik at en person med relativt lav grad av AD/HD men med dårlige betingelser i miljøet kan komme dårligere ut enn tilfellet er med motsatt vektning av disse faktorene. Dette er et viktig poeng som med fordel kunne blitt gjort enda tydeligere i veilederen.

### **Kapittel 4: Utredning**

I dette kapitlet bør det vært et tydeligere fokus på eksekutive vansker. Barn med eksekutive vansker og ADHD har større sannsynlighet for å slite på skolen/sosialt og for å utvikle affektive vansker og rusmisbruk i voksen alder. Kartlegging av eksekutive funksjoner er viktig for å forebygge sekundære vansker, for å forstå barnets vansker og gi best mulig behandling/tilrettelegging. Disse vanskene er ofte vanskelig å fange opp i en konsultasjon på et kontor; de viser seg ofte best i hverdagslivet. Kartlegging med BRIEF (spørsmål om eksekutiv funksjon i hverdagen) er derfor viktig i tillegg til nevropsykologisk testing for mange ADHD pasienter. Halvparten av alle med ADHD har ingen svikt på nevropsykologisk test, men har likevel eksekutive vansker i hverdagen når det er mer følelser i sving. Det burde

derfor vært et eget avsnitt om hva en slik utredning kan gi av informasjon, hvem som kan utrede osv.

Veilederen bør i større grad klargjøre differensialdiagnostiske utfordringer ved ADHD. Her burde man i større grad tematisere kunnskap om tilknytningsteori og generell utviklingspsykologi. En av de største utfordringene ved utredning av ADHD er å kunne årsaksforklare symptomene. Det er, for eksempel, kjent at forekomsten av barn med utrygg tilknytning er høy i kliniske utvalg. Dette er barn som på grunn av vanskelig omsorgssituasjon kan fremvise atferd som er lik ADHDs kjernesymptomer. Barn som opplever traumer, eller er utsatt for vesentlige belastninger over tid (stress, psykisk sykdom, rus i hjem, overgrep, mobbing, disharmoni, trusler mm), vil alle være mer eller mindre rammet av konsentrasjons-, oppmerksomhets- og reguleringsvansker. Dette er ikke nødvendigvis annet enn et tegn på at noe rundt barnet er vanskelig. Det kan være en risiko for at barn som egentlig skulle blitt behandlet for traumer, depresjon, angst og stresslidelser, havner i kategorien ADHD, fordi disse plagene også kan vise sine symptomer ved svekket konsentrasjon/oppmerksomhet og indre og ytre uro. For å skille mellom ADHD-relaterte fungering og mer klart omsorgsrelaterte vansker må man skaffe til veie informasjon om det tidlige utviklingsmønsteret. Tidlig fravær av eksekutiv kontroll (som det selvsagt er svært vanskelig å påvise retrospektivt), vil være en indikasjon på en nevrobiologisk basert forstyrrelse. Her må en god systematisk anamnese stå sentralt i tillegg til anerkjente utredningsmetoder og verktøy. Anamnestiske opplysninger om tidlig eksekutiv kontroll er viktig for å kunne skille mellom barn som har uro og konsentrasjonssvikt på et nevrobiologisk grunnlag, og de som har tilsvarende problemer på basis av utilstrekkelig omsorg eller oppvekst i disharmoniske familier.

En mer utførlig beskrivelse av hvordan man sikrer en god differensialdiagnostisk vurdering bør inn i veilederen.

## **Kapittel 5: Behandlingstiltak og oppfølging**

Veilederen burde i denne delen skissere indikative forebyggingstiltak som kan igangsettes også før henvisning og videre utredning. Mange tiltak kan prøves ut allerede når det er bekymring for barn med oppmerksomhets-, konsentrasjons- og atferdsvansker. Tidlig igangsettelse av slike tiltak vil kunne gi viktig informasjon for videre arbeid.

Det burde også vært et skarpere fokus på behandling av komorbide lidelser som bl.a angst og depresjon. En del pasienter kan få angst og depresjon som følge av ADHD-vanskene og da særlig de eksekutive vanskene. Hvis oppmerksomheten svikter, kan man få vansker med å organisere egne tanker, med å huske hva man skal si i sosiale sammenhenger, med å planlegge og tenke fremover/forberede seg. Dette fører ofte til økt stressopplevelse som igjen forverrer kognisjon og angst/depresjon. Noen ADHD pasienter får diagnosen sosial fobi mens de egentlig har vansker sosialt fordi de mister oversikten. Kartlegging av kognitive styrker og svakheter er derfor viktig for å forstå følelsesmessige vansker og stressopplevelser. Det kan også være viktig å klarlegge dette før en evt. tilbyr samtaleterapi eller for eksempel gruppeterapi, da kognitivt funksjonsnivå har implikasjoner for muligheten til å nyttiggjøre seg dette.

Avsnittet om kostholdstiltak er for svakt og upresist. Det er uklart om man mener sukker har en primær eller sekundær (eller ingen) innvirkning på AD/HD-symptomene. Det fremstår som underlig at det vises til en diett (Feingold) som allerede rundt 70-tallet ble undersøkt av amerikanske helsemyndigheter og hvor man i store undersøkelser ikke klarte å gjenskape de resultatene dr. Feingold hevdet å ha dokumentert.

## Kapittel 6: Medisinering

Her burde man innledningsvis i kapittel 6 presentere de vanligste diskusjonspunktene (slik som bivirkninger, kortidseffekt, langtidseffekt) og klargjøre kunnskapsstatus.

## Kapittel 7: Tilpasset opplæring for elever med ADHD.

Dette er et godt kapittel, med gode anbefalinger. Det er imidlertid en svakhet at det begrenses til å gjelde tilrettelegging på skole. Vanskene som beskrives i dette kapitlet, vil gjøre seg gjeldende både for barn og voksne, på skole og arbeidsplass, i hverdagen og i sosiale sammenhenger og ha betydning for følelsesregulering. Kapitlet bør vurderes skrevet om og komme tidligere i retningslinjene som et mer generelt grunnlag for å forstå og følge opp ADHD-pasienter.

## Særskilt om rusmiddelbruk

Anbefalingene 5, 9, 29, 51, 52, 53, 54 og 57 omhandler direkte eller indirekte rusmiddelbruk.

Pasienter med rusmiddelproblematikk er en utsatt gruppe som kan ha vanskeligheter med å få tilgang på adekvat behandlingstilbud. Dette kan skyldes både en generell, og noen ganger feilaktig, forståelse av rusproblematikk. Vi velger derfor å knytte noen kommentarer til rusmiddelmisbruk og veilederens anbefalinger.

Kapittel 6.1.4 og 6.1.5 omhandler anbefalinger ved behandling med sentralstimulerende legemidler og atomoksetin. Vi etterlyser at det gis praktiske retningslinjer for administrasjon av amfetaminpreparater.

Under 5.10 fremkommer følgende:

### **5.10 Behandling og oppfølging av komorbide tilstander og tilleggsvansker.**

*«...Psykiske lidelser, rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet, søvnforstyrrelser og atferdsvansker vil ofte kreve egne behandlingsopplegg. Det vil derfor være behov for en systematisk utprøving av aktuelle behandlingstilbud, for å få kunnskap om hva som virker for den enkelte pasient.»*

Vår kommentar: Det er svært viktig at retningslinjen presiserer dette. Det kunne kanskje vært ennå tydeligere at de egne behandlingsoppleggene som behøves ved rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet må tilbys på en måte som tar hensyn til pasientens ADHD tilstand. Det fremstår videre som noe uklart hvilken utprøving av behandlingstilbud det er snakk om, dvs. om det omhandler utprøving av behandlingstilbud for pasientens rusproblematikk, om det omhandler utprøving av behandlingstilbud for pasientens ADHD tilstand eller om det omhandler en kombinasjon av behandlingstilbud som ivaretar fokus både på pasientens rusmiddelproblemer og hans/hennes ADHD – dvs. en helhetlig tilnærming. Dette bør gjøres tydeligere.

Videre bør det fremkomme at utprøving av behandlingstilbud som rettes mot pasientens ADHD tilstand er svært viktig for pasienter med aktuell komorbiditet; problematisk

rusmiddelbruk og avhengighet. Ofte blir pasienten møtt med et eller to alternativer som i hovedsak omhandler medikamentell utprøving av Ritalin og/eller Straterra. Erfaring tilsier at dersom pasientene ikke oppnår ønsket effekt av denne medisineringsen, bør andre tilnærminger; som coach, grupper og individualterapi med spesiell fokus på pasientens ADHD og dennes sammenheng med rusmiddelbruken, samt treningsterapi/fysisk aktivitet, prøves ut i tillegg til andre medikamenter. Svært ofte vil personer med aktuell komorbiditet ha behov for flere tilnærminger samtidig, slik retningslinjen presiserer. Vår erfaring tilsier at brukermedvirkning er en helt sentral tilnærming for å etablere kunnskap om hva som virker for den enkelte.

**Anbefaling 5: Hos unge skal bruk av eventuelle rusmidler og fare for rusmiddelavhengighet kartlegges.**

Vår kommentar: Denne anbefalingen er svært viktig for å kunne forebygge og tidlig identifisere eventuell risiko for, og påbegynt, rusproblematikk. Det innebærer at aktuelt fagpersonell har kunnskap om rusmiddelproblemers etiologi samt kan innhente den informasjon som er relevant fra den enkelte, og som trengs for å kunne konkludere. Innhenting av informasjon kan skje i samtale med den det gjelder, men også ved bruk av enkle screeningsverktøy om problematisk rusmiddelbruk. I tillegg bør fagpersonene ha kunnskaper om rusmidlenes funksjon for best mulig å kunne hjelpe den enkelte bruker.

**Anbefaling 9: For personer med rusmiddelmisbruk vil det ofte være vanskelig å vurdere aktuelle symptomer så lenge rusmiddelmisbruket pågår. Det er en fordel at utredningen skjer etter at personen er blitt rusfri. Ved alvorlig rusmiddelmisbruk der det er vanskelig å få til rusfrihet, kan imidlertid utredningen startes opp. Utredningen bør da skje i samarbeid med behandlere med kompetanse innen rusfeltet.**

Vår kommentar: Med bakgrunn i at ADHD er en medfødt tilstand og ikke bare omhandler aktuelle symptomer her og nå, bør det fremkomme at store deler av utredningen av voksne som ikke var diagnostisert som barn, kan gjøres selv om pasienten inntar rusmidler, også i de tilfellene der rusproblematikken ikke vurderes som alvorlig. Dette gjelder blant annet innhenting av komparentopplysninger og store deler av anamneseopptaket. Dette kan være motiverende for pasienten slik at han/hun klarer å være uten rusmidler slik at utredning av dagens symptomer kan gjennomføres. Dette er spesielt aktuelt for yngre personer med begynnende rusmiddelproblemer og som enda ikke har etablert god nok innsikt og endringsønske tilknyttet problematikken. Det er i dag svært ulik praksis; noen krever minimums tre måneder rusfrihet før den forholdsvis omfattende utredningen starter, mens andre starter så fort pasient og henviser fremmer behovet og pasienten starter i behandling.

**Anbefaling 29: Pasienter med AD/HD som har komorbid rusmiddelavhengighet, bør få vurdert behovet for behandling av dette i samsvar med retningslinjene for samtidig rus og psykiske lidelser.**

Vår kommentar: Det er positivt at det vises til denne retningslinjen som er et viktig redskap for å gi hensiktsmessig tilbud til personer med sammensatt problematikk.

**Anbefaling 51: Uteblir effekten av metylfenidat, eller behandlingen har uønskede bivirkninger, kan et amfetaminpreparat i noen tilfeller prøves, dersom det ikke er kontra indisert.**

Vår kommentar: Denne anbefalingen er viktig da det er stor variasjon i hvordan medikamentell behandling praktiseres. Noen fagmiljøer vurderer at uteblivelse av effekt av metylfenidat betyr at sentralstimulerende medikamenter ikke har effekt.

**Anbefaling 52: Amfetaminpreparater kan gi større risiko for tilbakefall til rusmiddelmisbruk og bør unngås i behandlingen av AD/HD hos pasienter med rusmiddelproblemer.**

Vår kommentar: Denne anbefalingen bør nyanseres. En person med f.eks. alkoholrelatert problematikk som ikke har ønsket effekt av metylfenidat, bør som andre pasienter få muligheten til å prøve ut andre tilgjengelige preparater. At medikamentell behandling av ADHD hos personer med rusproblematikk noen ganger kan utløse risiko for tilbakefall til problemfylt rusmiddelbruk gjelder alle preparatene som benyttes og har en kompleks og individuell forklaringsetiologi. Dette innebærer at denne pasientgruppen oftest har behov for gode rammer og oppfølging spesielt i oppstartfasen. Dersom denne anbefalingen tar spesielt utgangspunkt i pasienter som har amfetaminbruk som en del av sitt rusmiddelproblem bør det fremkomme tydelig. Det som kan være et poeng er at det ved foreskriving av amfetaminpreparater som har attraksjon som rusmiddel bør gjøres nøye vurdering av rammevilkår og muligheter for tett oppfølging for å forhindre at foreskrevne preparater kommer på avveie og blir tilgjengelig på det illegale markedet.

**Anbefaling 53: Pasienter med komorbid rusmiddelmisbruk som får behandling i spesialisthelsetjenesten (tverrfaglig spesialisert behandling, TSB) bør få integrert behandling jf. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948), anbefaling 38. Det vises det også til anbefaling nr. 56 og 57 i samme retningslinje.**

Vår kommentar: Det er veldig bra at denne anbefalingen er tatt med. For mange pasienter med omfattende rusmiddelproblemer vil det, for eksempel, være aktuelt at medikamentell behandling av ADHD tilstanden starter opp innenfor institusjonsrammer der fokus er stabilisering av rusfrihet og forebygging av tilbakefall. Dette for å hjelpe pasienten å håndtere eventuelle kortvarige bivirkninger og sikre etablering av hensiktsmessige rutiner rundt medisineringsen.

**Anbefaling 54: Kombinasjonsbehandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og bruk av sentralstimulerende legemidler er en oppgave for spesialisthelsetjenesten og kan derfor ikke følges opp i primærhelsetjenesten.**

Vår kommentar: Med bakgrunn i at både LAR og medikamentell behandling av ADHD ofte er en livslang behandlingsform, mener vi det må være mulig for spesialisthelsetjenesten å overføre stabile pasienter til oppfølging fra primærhelsetjenesten etter samme modell som benyttes i LAR.

**Anbefaling 57: Ved risiko for feil bruk, misbruk eller avhengighet ved bruk av sentralstimulerende legemidler kan atomoksetin vurderes som et alternativ.**

Vår kommentar: Denne anbefalingen er noe uklar, men vi tolker den dithen at det menes feil bruk, misbruk eller avhengighet av foreskrevne sentralstimulerende legemidler, og ikke rusmiddelmisbruk og avhengighet på generelt plan.

Vennlig hilsen  
Norsk Psykologforening

Aina Fraas-Johansen  
Fagpolitisk avdeling