

Hva er AD/HD?

- AD/HD står for attention-deficit/hyperactivity disorder og kjennetegnes ved uttalt oppmerksomhetssvikt, uro, rastløshet og impulsivitet. AD/HD-diagnosen kan også stilles når symptombildet hovedsaklig er kjennetegnet av oppmerksomhetssvikt.
- AD/HD-symptomene er som regel til stede fra barneårene (før fylte 7 år) og skal ha vedvart over tid (mer enn 6 måneder).
- AD/HD-symptomene skal ha vært tilstede i minst to situasjoner og har ført til en klar nedsettelse i sosial-, skole- eller yrkesmessig fungering.
- AD/HD forekommer hos begge kjønn. Flere gutter enn jenter får diagnosen. Blant jenter/kvinner ser man prosentvis flere med overveiende oppmerksomhetssvikt.
- AD/HD er ofte assosiert med komorbide tilstander (barn/unge: atferdsforstyrrelser, emosjonelle vansker, lærevansker; voksne: affektive lidelser, personlighetsforstyrrelser, rusmiddelavhengighet).
- AD/HD regnes som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse. Genetiske faktorer er av stor betydning for utvikling av AD/HD.
- AD/HD har en antatt forekomst på 3-5% hos barn i skolealder. Omtrent halvparten vil ha vedvarende vansker inn i voksen alder.
- AD/HD hos voksne kan ofte være en residualtilstand med noe færre symptomer på AD/HD, men med fortsatt store funksjonsvansker.

Hva skal fastlegen gjøre?

- Vurdere AD/HD når
 - Pasienten/pårørende kommer med spørsmål om AD/HD.
 - Legen eller andre har mistanke om AD/HD.
 - Legen blir oppsøkt av en voksen pasient med diagnosen AD/HD i barne-/ungdomsalder.
- Hva skjer i første konsultasjon?
 - Undersøke om vanskene kan være forenlige med AD/HD.
 - Hva mener pasienten/pårørende er problemet?
 - Følgende bør vektlegges i anamnesen: debut, omfang av atferdsproblemer, grad av funksjonsnedsettelse, kan vanskene forklares bedre av andre faktorer (andre sykdommer, familieproblemer, mobbing osv.)?
- Hvis sykehistorien gir holdepunkter for AD/HD, fortsett med
 - Utviklingsanamnese
 - Medisinsk undersøkelse, inklusive blodprøver på indikasjon
 - Rusmiddeltesting på indikasjon
 - Komparentopplysninger (for eksempel foreldre, ektefelle/samboer) samt eventuell annen tilleggsinformasjon (for eksempel fra helsestasjon, barnehage, skole, PPT, psykolog eller andre)
 - Samlet vurdering av informasjonen – Er AD/HD fortsatt sannsynlig?
- Hvis AD/HD vurderes som sannsynlig, må pasienten henvises til spesialist for differensialdiagnostisk vurdering og diagnostisk konklusjon.
- 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 legespesialist.
- For sentralstimulantia må det søkes om rekvireringsrett (www.shdir.no/publikasjoner). Oppstart av behandling med sentralstimulerende legemidler skal skje av legespesialist eller av allmennlege i nært samarbeid med legespesialist.
- Eventuelt videreføre iverksatt behandling med legemidler.
- Eventuelt henvise til spesialist når en vurderer skifte av legemiddel.

Hva skal legespesialist/spesialisthelsetjenesten gjøre?

- Fullføre utredning og diagnostisering med henblikk på AD/HD.
- Vurdere og iverksette behandlingstiltak.
- Tilbakeføre pasienten til fastlegen når behandlingstiltak er prøvd ut og evaluert.
- Gi veiledning til fastlegen og bistå ved årlig kontroll.

Hvilke tiltak kan være aktuelle?

Behandlingstiltak har som hovedmål å redusere AD/HD symptomer, bedre funksjonen i hverdagen og forhindre eller begrense utvikling av tilleggsproblemer.

- Informasjon og rådgivning skal alltid følge etter at diagnosen er stilt, jf. helsepersonelloven og pasientrettighetsloven.
- Pedagogiske tiltak i barnehage og skole kan være til stor nytte ved konsentrasjonsproblemer og innlæringsvansker. Individuell opplæringsplan (IOP) bør benyttes.
- Behandling med legemidler i tillegg til andre aktuelle behandlingstiltak vil være aktuelt når pasienter har så omfattende symptomer at de medfører vesentlig funksjonsnedsettelse.
- Ved atferdsvansker kan følgende tiltak vurderes:
 - Webster-Stratton: «De utrolige årene»
 - Parent Management Training (PMT)
 - Multisystemisk terapi (MST)
- Tilrettelegging i arbeidet kan være nødvendig for å få oversiktlige oppgaver, tilstrekkelig variasjon og faste rutiner.
- I tillegg kan det være behov for ytterligere sosiale hjelpe- og støttetiltak. Det anbefales å samordne hjelpetiltakene gjennom å utarbeide en individuell plan (IP). Planen bør følges opp av en ansvarsgruppe.

Hvilke legemidler kan benyttes?

Behandling med legemidler skal være del av et helhetlig tilbud.

- Metylfenidat er første valg hos barn og voksne.
- Regelmessig oppfølging (2-4 ganger årlig) er viktig for å evaluere effekt, eventuelle bivirkninger, og om behandling med legemiddel skal fortsette. Hos barn og ungdommer bør vekt og høyde kontrolleres.
- Følgende legemidler kan skaffes i Norge med godkjent indikasjon AD/HD
 - Sentralstimulerende legemidler**
 - metylfenidat (Ritalin tabl.^a, Ritalin kaps.^a, Concerta depottabl.^b, Equasym tabl.^b, Equasym Depot^b)
 - dekstroamfetamin (Dexedrine tabl.^c, Metamina tabl.^c, Dexamin tabl.^c)
 - racemisk amfetamin (Racemisk amfetamin NAF tabl.^a)
 - Ikke sentralstimulerende legemidler**
 - atomoksetin (Strattera kaps.^{d,e}) ; Strattera står på listen til Statens legemiddelverk over legemidler under særlig overvåking. Alle bivirkninger bør derfor meldes til RELIS (www.relis.no)
- Ved rusmiddelavhengighet skal ikke sentralstimulerende legemidler benyttes før det foreligger dokumentert rusfrihet i 3 måneder. Dokumentasjon av rusfrihet skal fortsette etter behandlingsstart. Amfetaminmidler er generelt ikke å anbefale ved behandling av AD/HD hos tidligere rusmiddelavhengige.
- Rekvirering av sentralstimulerende legemidler krever at legen har fått innvilget spesiell eller generell rekvireringsrett, jf. www.shdir.no/publikasjoner.
- **Refusjonsvilkår:** Generelt for individuell refusjon gjelder at behandlingen skal være instituert av relevant spesialist (søknad må komme fra spesialist hvis preparatet ikke er markedsført) og at forhåndsgodkjente preparater har vært forsøkt.
 - a) Forhåndsgodkjent refusjon for barn og voksne (§ 9 punkt 7)
 - b) Forhåndsgodkjent refusjon for barn (§ 9 punkt 7) Søke NAV om individuell refusjon for voksne (§ 10a jf. § 9 punkt 7)
 - c) Søke Statens legemiddelverk om godkjenningssritak. Søke NAV om individuell refusjon for barn og voksne (§ 10a jf. § 9 punkt 7)
 - d) Søke NAV om individuell refusjon for barn og voksne (§ 10a jf. § 9 punkt 7)
 - e) Det kan ytes bidragsdekning etter § 5.22

HVOR KAN MAN FINNE YTERLIGERE INFORMASJON?

- Elektronisk versjon av Veilederen IS-1244 (www.shdir.no/publikasjoner)
- Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi (www.nasjomp.no)
- Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) (www.legehandboka.no)
- Søknadsskjema rekvireringsrett for sentralstimulantia (www.shdir.no/publikasjoner)
- Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien? (IS-1298) (www.shdir.no/publikasjoner)
- Informasjon om legemidler (www.legemiddelverket.no)
- Norsk legemiddelhåndbok (www.legemiddelhandboka.no)
- Informasjon om refusjonsvilkår (www.nav.no)
- Brukerorganisasjonen ADHD Norge (www.adhdnorge.no)
- Behandlingslinjen Østfold (www.adhd-behandlingslinje.no)
- Webster-Stratton: «De utrolige årene» (www.deutroligearene.no)
- Parent Management Training (PMT) (www.atferd.unirand.no)
- Multisystemisk terapi (MST) (www.atferd.unirand.no)

