

Retningslinjen ADHD

Kommentarer fra fagrådet i ADHD Norge

Generelt er det mye positivt å si om den nye versjonen. Den er nøktern i formen og viser til oppdatert kunnskap, nyere publikasjoner og akseptert praksis.

Vi ønsker å kommentere på noen ting som bør endres:

1) Årsaker til ADHD.

I punkt 3.5 burde man tatt med en kort oppsummering av alle de studiene som viser at genetikk forklarer mellom 70 % og 90 % (70 % - 90 % forklart varians). Det vil altså kun være et mindretall som fyller de atferdsbaserte ADHD kriteriene uten at det primært er genetikk som ligger til grunn. Skader på nervesystemet, forgiftninger og lignende kommer i denne gruppa. Alvorlig omsorgssvikt, tydelige traumer med mer kan gi liknende atferd, men da gjerne i kombinasjon med en del andre symptomer – og det er ingen hovedforklaring på ADHD.

Dette er viktig av flere grunner. Det finnes for eksempel tilfeller der barn er blitt plassert i fosterhjem på grunn av krevende atferd som ved senere undersøkelser viste seg å ha nær sammenheng med uoppdaget ADHD. Som en hovedregel kan man si at grunnsymptomene ved ADHD også vil være til stede etter omsorgsplassering, mens emosjonelle og atferdsmessige vansker som henger sammen med sviktende omsorg i større grad kan dempes ved vellykket omplassering.

2) Medisinering.

Det er påfallende (?) at det i sammendraget ikke er uthevet overskrift for Behandling med legemidler, mens temaer som Informasjon, Hjelp i skole osv. har fått fete overskrifter. Det bør generelt framkomme tydeligere flere steder at medisinering med sentralstimulerende legemidler ved ADHD er den behandlingen man har klart mest forskning om. Dersom man ser på effektene av enkeltstående behandlingstiltak har medisinering større effekt enn andre tiltak. Dette kommer klart fram for eksempel i den store MTA studien. Det er samtidig viktig å understreke at medisinering ikke må settes opp imot god pedagogikk og atferdstiltak. MTA studien viste at kombinasjonen av god medisinering og atferdstiltak på flere områder hadde noe bedre effekt enn medisinering alene. Et viktig poeng som vi erfarer i praksis, er at god medisinering ofte er en forutsetning for å få effekt av andre tiltak. Dette kommer dårlig fram i retningslinjen.

Det bør også framkomme i retningslinjen at det kan være nødvendig å prøve ut flere typer medisin for å fange opp flest mulig av de som kan ha utbytte (Ramtvedt 2013). Gode rutiner på utprøving må også understrekes.

3) Atferdsbaserte tiltak.

Det er flott at slike tiltak finnes, og kan ha effekt. Det kommer dårlig fram at gjennomføring og oppfølging kan være krevende, og at langtidseffekter er avhengig av at disse strukturerte metodene brukes kontinuerlig (på linje med medisin). Det må også understrekes at mesteparten av forskningen på slike tiltak ikke er basert på nordiske, men på amerikanske forhold. Det er videre et poeng at barn med ADHD relativt ofte har foreldre med samme diagnose. Disse foreldrene kan

komme til å streve mer med gjennomføringen av strukturerte atferdstiltak enn andre foreldre. Sonuga-Barke m.fl. (2013) påpeker at de fleste studier av effekter av slike tiltak ikke har vært blinde; de som vurderer effekt vet hva som har vært gjort.

Det står at PMT programmer i liten grad har skilt mellom atferdsvansker med og uten ADHD. Det refereres til studier som kommer til ulike konklusjoner når det gjelder effektene av PMT programmer på ADHD symptomer. Igjen er det et viktig poeng at mange foreldre rapporterer at PMT virker klart best når ADHD barnet er medisinert.

Det er gjerne spørreskjemaer som brukes til vurdering av effekter. Vi er mange som er skeptiske om dette er godt nok egnet til å fange opp endringer i oppmerksomhetsfunksjon. Et barn som er blitt flinkere til å følge regler kan lett bli vurdert av foreldre og lærere til også å konsentrere seg bedre, uten at dette er sjekket med andre metoder.

4) Styrking av psykososiale og pedagogiske tiltak.

Det er bred faglig enighet om at behandlingen av ADHD bør være multimodal. Det er imidlertid slik at mange av de skisserte psykososiale, pedagogiske og andre tiltakene ikke alltid er tilgjengelige. Det finnes i retningslinjen noen formuleringer som kan tolkes slik at medisinerings ikke kan settes i verk før slike tiltak er prøvd. Det blir helt feil, og kan i verste tilfelle føre til en reduksjon i tilbudet om trygg og dokumentert behandling med legemidler. Det er en god hovedregel at man for de yngste barna i en avgrenset tidsperiode avventer effekter av pedagogiske og psykososiale hjelpetiltak før medisinutprøving iverksettes. Det er imidlertid mange eksempler på at en overdreven vente og se holdning påfører barn unødvendige nederlag og skjevutvikling.

5) Kommentarer til anbefalinger som gjelder voksne med ADHD

S.53

6.7.5 Behandling med sentralstimulerende middel ved samtidig rusmiddelproblemer

” Det gjøres primært utprøving/behandling med metylfenidat. Utprøving/behandling med amfetamin kan gjøres der det er manglende effekt og/eller bivirkninger av metylfenidat.”

Kommentar: Det er ønskelig med en anførsel til dette punktet. Det bør vises tilbakeholdenhet med bruk av amfetamin ved tidligere stimulantavhengighet. Risiko for tilbakefall av stimulantmisbruk er størst den første tiden etter inntrådt rusfrihet, og det antas større risiko ved bruk av amfetamin enn metylfenidat. Det anbefales at det prøves ut en non-stimulant ADHD-medisin (atomoksetin, og det finnes et SLV-godkjent preparat) heller enn amfetamin (som ikke er SLV- godkjent for voksne), dersom metylfenidat ikke har vist effekt. Bare ved bedømt lav risiko for tilbakefall av stimulantmisbruk, kan det vurderes å prøve ut behandling med amfetamin, da fortrinnsvis en langtidsvirkende formulering (som ikke kan sniffes eller settes iv.).

S.61

6.10.5 Råd og anbefalinger for behandling av voksne med ADHD

Anbefaling 17:

Dersom det fortsatt er betydelige symptomer og funksjonsvansker etter at psykoedukasjon/veiledning og eventuelle annen relevant hjelp er igangsatt, kan utprøving/behandling med sentralstimulerende middel eller atomoksetin være indisert. D 4

Kommentar: Det kan forsinke helsehjelp dersom anbefalingen tolkes som en klausul dvs. at psykoedukasjon/veiledning og eventuelle annen relevant hjelp skal være forsøkt først. Det anbefales at teksten i anbefaling 17 justeres (iht. SLV-godkjent tekst i Felleskatalogen). Forslag:

” Beslutning om å bruke et legemiddel hos voksne må baseres på en grundig vurdering av pasientens tilstand og funksjonsnedsettelse. Behandlingen med legemiddel bør være del av et mer omfattende behandlingsprogram, og må initieres og skje under tilsyn av en spesialist.”