



Til Helsedirektoratet

Oslo 19.2.2015

## **Ad de nye faglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av ADHD / hyperkinetisk forstyrrelse**

ADHD Norge har nylig oversendt Helsedirektoratet innspill fra fagrådet i ADHD Norge. I tillegg til de viktige poeng som fagrådet tar opp, vil ADHD Norge på vegne av brukergruppen personer med ADHD påpeke en del forhold som vi ber om hensyn tas.

I et eget vedlegg har vi gitt enkelte eksempler på de utfordringer personer med ADHD kan stå overfor, og synliggjort at det er vanskelig å få tilstrekkelig hjelp iht dagens system.

ADHD Norge håper at Retningslinjen vil være et dynamisk dokument som utvikles og forbedres og tar opp resultat av ny forskning og behandlingsmetoder, slik at retningslinjen blir et mest mulig nyttig verktøy.

I dagens samfunn med høye krav til kompetanse og leveranser er ADHD et større handikap enn for en del år tilbake. For mennesker med ADHD som ikke får tilstrekkelig hjelp betyr dette en større risiko for å falle utenfor samfunnet, el bli en underryter.

Det er et stort potensiale for å gi mange flere mennesker med ADHD gode liv og hindre skjevutvikling, bare fokus rettes mot bedre oppfølging for gruppen og større forståelse i hjelpeapparatet og samfunnet for øvrig mht gruppens utfordringer.

Retningslinjene for ADHD (heretter kalt «Retningslinjen») må være mye mer konkret på hva slags type behandling og oppfølging personer med ADHD skal få når diagnose er satt, samt hvilke instanser som har ansvar for oppfølging, og det må lages en plan for bistanden. I dag opplever brukergruppen ofte å bli sluppet og overlatt til seg selv etter diagnostisering. Om det finnes behandlingstilbud, varierer tilbudet, synes tilfeldig, selv om det i Retningslinjen heter seg at behandlingen skal være «multimodal» /helhetlig. Det er ofte ikke noen koordinering mellom ulike hjelpeinstanser hvilket for denne pasientgruppen er ekstra krevende.

Når man har fått en diagnose har man fått forklaring på sine vansker. Neste steg må da være å få hjelp til å øke sin funksjonsevne og avhjelpe sine vansker i størst mulig grad. Tilbud om riktig og god medisinerer er for vår gruppe helt avgjørende, idet mange har nytte av dette, og vi viser til fagrådets sine merknader her. Vi forutsetter at Retningslinjen på dette punktet ikke innebærer et tilbakeskritt i forhold til tidligere praksis rundt medisinerer.

Retningslinjens kap 6 Behandlingstiltak og oppfølging angir at det skal lages en plan for behandlingstiltak og oppfølging, og at denne gjelder for personen med ADHD og pårørende. Hovedmåsetting for behandlingstiltak er godt formulert. Imidlertid angis som nevnt ikke tydelig hva som skal være tilbudet. NICE clinical guideline 72 Attention Deficit Hyperactivity disorder (last modified 2013) (heretter kalt «Nice») gir sammenlignet med Retningslinjen en meget mer konkret anvisning på type behandlinger etter at ADHD diagnosen er satt. ADHD Norge ønsker det samme konkretiseringsnivå i Retningslinjen, og at man her for eksempel bruker Nice som mal.

I Retningslinjen pkt 6.1 informasjon om ADHD/psykoedukasjon, bør det konkretiseres hva som ligger i dette tilbudet.

En ADHD diagnose har som vilkår at man har nedsatt fungering. Det bør tilbys hjelp til å trene på forbedring av funksjonsevnen og på å gi tilbud som gjør at man i bedre grad kan leve med sin ADHD. Personer med ADHD må få tilbud om mestringskurs for å lære strategier for å få til struktur, håndtere tid bedre, håndtere emosjoner, relasjoner, og leve mer ADHD vennlig.

Dette er viktige elementer i å forbedre funksjonsevnen. ADHD Norge har utarbeidet et mestringskurs for voksne med ADHD over 8 ganger, kurset er finansiert av Extrastiftelsen og er et godt eksempel på en måte å hjelpe voksne med ADHD på, men det krever offentlig satsing for å kunne gi et slikt tilbud til gruppen.

Foreldrekurset Strategi som nevnes i Retningslinjen er et kurs ADHD Norge har god erfaring med og dette bør tilbys til foreldre med barn med ADHD over hele landet.

Retningslinjen omtaler en rekke typer behandlingstiltak i kap 6, men dette gir preg av å være mer av drøftende karakter mht hvorvidt det er forskningsmessig konstatert at dette er nyttig. For omtrent samtlige tiltak konkluderes med at det ikke er nok forsket på. Det gir således ikke anvisning på at dette skal være behandlingstiltak til gruppen.

Nice har en rekke konkrete behandlings og oppfølgingstiltak som vi viser til i det følgende som nyttig å ha med i Retningslinjen:

I Nice angis konkret at det skal være kontakt med skole og barnehage – jf. pkt 1.5. 2.2.

Det fremgår at trene lærere med kompetanse på ADHD skal gi inn i undervisningen for å yte bistand. Dette er viktig fordi vanlige lærere ofte ikke har kompetanse på elever med ADHD, selv om dette er en hyppig forekommende tilstand i skolehverdagen. Skolen er den viktigste arena for bygging av psykisk helse. Skole og BUP og PPT bør samarbeide og hjelp må inn i klasserommet. Det gjøres til viss grad i dag – men ofte er det vanskelig å få riktig tilrettelegging og lærerne mangler veiledning. Retningslinjens kap 7 om tilpasset opplæring for elever med ADHD er meget nyttig og konkret. I tillegg bør man kopiere Nice mht intervensjon i klasserommene.

I Nice pkt 1.5.3.5. angis konkret hva slags problemer man skal få hjelp til etter diagnose er satt som hjelp til øving på sosiale ferdigheter, problemløsning, selvkontroll, lytteferdigheter - det å regulere og uttrykke følelser. Dette er viktige tiltak fordi veldig mange barn og unge har ikke venner og er ensomme og isolerte pga manglende sosial fungering. Det må i Retningslinjen angis som behandlings tilbud som gjør at man får hjelp til dette.

I Nice fremgår klart at medisiner er førstevalg ved mer alvorlig ADHD mht skolebarn og unge mennesker med alvorlig ADHD jf. pkt 1.5.3 og de norske retningslinjene bør være like tydelige på den viktige betydning av medisiner for gruppen personer med ADHD. Nice har også klare detaljerte råd mht medisiner og viktigheten av å prøve ut flere typer medisiner. Etter det ADHD Norge kjenner til er det mange som erfarer at man prøver ut en medisin og når den ikke virker – så legges tilbud om medisinbehandling til side. Dette til tross for at man kunne ha fått hjelp om man hadde prøvd ut alle muligheter innen medisinalalternativene.

I Nice fremgår klart at medisinbehandling er første valget ved behandling av voksne med ADHD jf. pkt 1.7. I pkt 1.7.1.8 fremgår at det skal vurderes å tilby voksne med ADHD som har nedsatt funksjonsevne individuell eller gruppebasert kognitiv terapi (CBT) for å jobbe med å bedre fungeringen.

Det er mye som kan hjelpe personer med ADHD selv om det ikke avhjelper kjernesymptomene forbundet med ADHD som vansker med konsentrasjon og impulsivitet. Hovedutfordring ved ADHD som konsekvens av symptomtrykk er nedsatt funksjonsevne, og problemer med de eksekutive funksjoner. Mange trenger hjelp til å kompensere for svakheten med de eksekutive funksjonene. For mange handler det om å komme inn i gode spor slik at man etter hvert går sporene selv – uten støtte og bistand. Hva den enkelte trenger – vil variere. «Har du sett en har du bare sett en» er ADHD Norges slagord - for alle er forskjellige. I oppveksten får de med gode støttende foreldre ofte hjelp, i overgang ungdom til voksenliv og i voksenlivet mangler ofte støtte som kan kompensere for svikt i

eksekutive funksjoner. Her vil jevnlig kontakt med en person som forstår utfordringene og kan bistå med hjelp og støtte være nyttig.

Det bør i Retningslinjen angis hvilken instans som har ansvar for å bistå i oppfølgingen. Man må også lage behandlingstiltak i det offentlige som avhjelper problem med de eksekutive funksjonene, og som er tilpasset denne gruppens behov. Behovet for hjelp over tid med struktur, organisering, det å sette seg hensiktsmessige mål, det å få orden i kaoset hjemme slik at man finner sine ting, det å trene på å komme i tide, det å få hjelp til å få hverdagen til å gå opp- hvor skal man få slik hjelp må angis.

#### Råd og anbefalinger for behandling av voksne med ADHD:

Her bør inngå Terapi, coaching, ferdighetstrening, målrettede kurs for å trene nye rutiner og lære mestringsstrategier, organiseringshjelp, hjelp til følelsesregulering. Personer som kommer for utredning og som ikke fungerer i jobb bør få utført en nevropsykologisk utredning for å finne sine styrker og velge jobb ut fra det. DPS må bistå og sørge for at personen ikke slippes etter at diagnostisering har skjedd, men være med ut i NAV og sørge for at det lages en helhetlig plan hvor utfordringene ved diagnosen løses i den grad det er mulig. Struktur, planlegging, tilrettelegging og veiledning i hjemmet bør inngå. DPS må samarbeide med NAV, bl.a. bistand til å finne riktig jobb, tilretteleggingsgaranti, kognitive hjelpemidler, Individuell plan og en koordinator, og hjelp til å holde "den røde tråden". Veiledning bør gis til arbeidsgiver dersom man er i jobb og samtykker til dette.

ADHD Norge savner et eget kapittel som heter: Tilpasset arbeidsliv for arbeidstakere med ADHD.

Det bør vises til heftet «*I arbeid med ADHD*» som kan lastes ned på ADHD Norge sin hjemmeside og som er utgitt i samarbeid med Regionalt fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom, autisme og narkolepsi i Helse Sør Øst.

Den danske ADHD foreningen har laget flere nyttige hefter som med fordel kan vises til og som ligger på den danske ADHD foreningens hjemmeside:

se LINK: [http://adhd.dk/materiale\\_cat/materialer-til-professionelle/](http://adhd.dk/materiale_cat/materialer-til-professionelle/)  
Håndbog for støttepersoner  
Håndbog for sagsbehandlere

NTNU har laget et eget hefte med mestringsstrategier for studenter med ADHD, og som det med fordel kan vises til.

Link: <http://www.ntnu.no/studier/informasjonsmaterieill-tilrettelegging>: Heftet Studentenes egne mestringsstrategier gir nyttige råd til studenter med ADHD, her finner man også informasjonshefte for lærere: «Har du kontakt med studenter med diagnosen ADHD/ADD?»

### **Kommentarer til enkelte formuleringer i Retningslinjen:**

s. 15:

4. avsnitt ovenfra:

*» Det er stor variasjon mellom individer i type symptomer, hyppighet, intensitet og innvirkning på fungering i hverdagen og de varierer fra lavt(mildt) moderat og høyt(alvorlig) nivå. Ved et høyt (alvorlig) nivå vil tilstanden gå ut over funksjonsevnen. «*

Vårt spørsmål:

Vilkår for å få en ADHD diagnose er at det innebærer nedsatt funksjonsnivå i flere situasjoner, som har startet før en viss alder. Krav til grad av nedsatt funksjonsnivå og hvilken aldersdebut varierer mellom de to ulike diagnosesystemene og vi undrer oss derfor over at det først er ved alvorlig nivå at man anses å ha ADHD.

#### *Pkt 4.1.2. ADHD og adferdsforstyrrelse*

*Første avsnitt siste setning: «Alvorlige adferdsforstyrrelser med lyving, stjeling, hæverk, vold mot andre og annet beskrives hos rundt 25% av ungdom med ADHD.»*

Så vidt vi kjenner til er dette basert på tall fra USA, og ikke fra Norge og det foreligger ikke eksakte tall for norske forhold. Slik det er formulert nå virker det stigmatiserende og gir uriktig bilde for gruppen norske ungdommer med ADHD at det fremstilles at 1 av 4 ungdommer med ADHD stjeler, og utøver vold mot andre mm.

Forslag til endret formulering:

*Tall fra USA viser at opptil 25 % av ungdom med ADHD har alvorlig adferdsforstyrrelser.*

Det bør fremgå at barn og ungdom med ADHD ofte har et modningsnivå som er 30 % lavere enn sin biologiske alder. Dette for å øke omgivelsenes forståelse for hva som kan forventes.

#### **Pkt 5.2. Henvisning til spesialisthelsetjenesten s 30**

Det fremgår at ved de fleste henvisninger med mistanke om alvorlig ADHD vil oftest kriteriene for rett til helsehjelp være avklart.

ADHD Norge ber om at kriteriet «alvorlig» fjernes. Dersom man har mistanke om ADHD hos en voksen så betyr dette at funksjonsevnen er nedsatt. Det vil ha betydning for evnen til å fungere i studie og arbeidsliv, og man bør få rett til å få mulighet til å få behandling og bedring av funksjonsevnen. Det er dessverre mange eksempler på at

voksne med ADHD med en lengre utdanning nærmest automatisk avvises for en ADHD utredning hos DPS pga at man har avlagt en utdanning. Å ha avlagt en utdanning er ikke et tegn på at man fungerer i arbeidslivet, eller at utdanningsforløpet ikke har vært meget vanskelig. Det synes å være lettere å få tilgang til vurdering av ADHD hos barn og unge enn hos voksne. Mange DPSer svarer at de bare kan ta saker med risiko for psykose eller selvmord. Dette blir altfor snevert og fratrar gruppen rett til nødvendig helsehjelp.

Det bør fremgå av retningslinjene at avslag på helsehjelp kan påklages, og fastlegene bør bistå med dette. Vi har her å gjøre med en gruppe mennesker som ofte har problemer med det å ivareta egne rettigheter.

Med vennlig hilsen



Marianne Oftedal  
Generalsekretær

Vedlegg: Praktiske eksempler på typiske utfordringer for gruppen personer med ADHD som illustrerer de utfordringer behandling og oppfølging må løse.

## **Vedlegg til ADHD Norges brev til Helsedirektoratet ad innspill til Retningslinjen behandling for ADHD.**

**Illustrasjon på typiske utfordringene for gruppen personer med ADHD som illustrerer de utfordringer behandling og oppfølging må løse og spørsmål i hvilken grad man kan hente hjelp fra de nye retningslinjene.**

### **Hans på 7 år**

Hans løper rundt i klasserommet og greier ikke å holde seg konsentrert i mer enn et par minutter av gangen dersom det ikke er noe som interesserer ham meget. Han blir ikke invitert i barnebursdager og har ingen å være sammen med i friminuttene. De andre elevene synes han er slem og læreren har ikke spesiell kompetanse på ADHD og tenker dette er et barn med dårlig omsorgsbetingelser. Mor er alene om omsorgen og sliter med å få skolen til å forstå at dette antagelig er ADHD, og få den tilretteleggingen som skal til. Mor har ikke avlastning i det kommunen kun innvilger to timer i uken støttekontakt, dette monner lite. Mor og skolen får etterhvert store problemer med samhandling og samarbeid fordi Hans fungerer så dårlig. Mor har selv ADHD og tror Hans kan ha det samme. Det er umulig å få Hans til å gjøre lekser, når skoledagen er over er han helt utslitt. Skolen anser at mor ikke gir Hans god og riktig oppfølging og synes adferden til Hans er merkelig. Skolen sender en bekymringsmelding til barnevernet. Barnevernet finner at adferden til Hans kan tyde på omsorgssvikt og Hans fjernes fra omsorgsbasen. Mor påpeker fortvilet at Hans må utredes. BUP vil ikke utrede Hans før omsorgssituasjonen har stabilisert seg. Hans plasseres i fosterhjem men er stadig like urolig. Fosterfamilien får store ressurser og frikjøpes til å ta seg av Hans. Det blir etter hvert konstatert ADHD.

Ønske: Det bør fremgå at barnevern og BUP skal samarbeide i slike situasjoner og at BUP ikke kan avvise anmodninger om utredning i slike tilfeller. Barnevern må ha kunnskap om adferd som kan ligne på omsorgssvikt, men som kan være begrunnet i neurobiologisk utviklingsforstyrrelse som ADHD.

### **Marie 20 år**

Har hatt store problemer med skolegangen i det det er vanskelig å konsentrere seg om skolearbeid. Maries mor har tatt opp problemet med fastlegen flere ganger - og ment at kanskje det var ADHD, men fastlegen har ikke hatt noen tro på dette. Marie er da så ressurssterk, så verbal, sosial og så god i håndball. Mor fikk omsider fastlegen til å henvise til DPS – og der ble Marie diagnostisert med ADHD. Pga foreldre og da særlig en mor som har stått på og sørget for organiseringen og lekseinnleveringer - og kjøring til skolen slik at hun har kommet opp i tide - har Marie med nød og neppe kommet seg gjennom videregående, men med karakterer så dårlige at hun er overbevist om at hun er veldig lite begavet. Mor er ganske sliten over å organisere livet for Marie – i tillegg til egen jobb, men vet ikke om noen som forstår hennes vansker og som kan hjelpe henne med å treffe et yrkesvalg som ligger for henne og gi henne støtte og hjelp til å komme seg gjennom dette løpet. I NAV har saksbehandler lite kunnskap om ADHD og det saksbehandler ber Marie om å gjøre er det mor som må sørge for blir gjort. Mor ønsker at Marie skal få kartlagt sine styrker og utfordringer i forhold til ADHD slik at hun får et yrkesvalg som gjør at hun i større grad greier å utnytte sine ressurser og avhjelpe sine svakheter. Marie har aldri fått informasjon om hva ADHD innebærer og ikke fått noen mestringsstrategier.

Mor ønsker også at Marie kan få noen som kan hjelpe henne med regelmessige samtaler og avlaste mor. DPS skriver Marie ut etter at diagnostisering er ferdig og hun får prøvet ut medisiner som hjelper, og ber fastlegen overta ansvaret.

Ønske: Marie må få helhetlig oppfølging, det må være samarbeid mellom offentlige instanser og Marie må få hjelp til å velge retning.

### **Studenten Petter**

Petter fikk ADHD diagnose på DPS da han ble 24 år, det ga forklaring på at han hadde så vanskelig med å konsentrere seg og utføre ting som kameratene gjorde med letthet, og at han har sittet i uker og måneder og spilt dataspill. Petter fikk tilbud om utprøving av medisiner. Det markerte et vendepunkt for ham, plutselig var det lettere å sitte å lese uten at tanker hele tiden kom i veien og ødela for konsentrasjonen. Det ble lettere å holde distraherende momenter ute, og lettere å ikke falle for fristelser hele tiden.

Petter utdanner seg nå til å bli dataingeniør og han har flyttet hjemmefra. Han har gode evner og en stor interesse for IT. Imidlertid har han fortsatt etter medisinoppstart vansker med å komme i gang med oppgaver, å strukturere dagen, og å få innlevert oppgaver innen fristen. Det er som om han kommer i gang i siste sekund før deadline og har problemer når det ikke er tydelig hva han skal gjøre. På DPS ber han om hjelp til å komme igjennom studiene – men DPS anser seg ferdig når han er stabilt medisinerert og ber ham kontakte veiledningskontoret på studiestedet. Dette kontoret har ikke spesielle tilbud til studenter med ADHD, men han kan få tilrettelegging på eksamen om han trenger det. Før fikk Petter hjelp av sin mor. Slik hjelp har han ikke lenger, og han kjenner depresjon og angst for at han skal falle utenfor - det blir så overveldende at det er vanskelig å følge studieløpet. En oppvekst med mye kjefting og anklager om at han «bare må ta seg sammen «ikke være så lat – etc – og hans dårlige skoleresultater – har gitt Petter en meget lav selvfølelse. Han kjenner seg ofte deprimert og har stor angst for hvordan han skal greie å fungere i livet. Petter lurte på hva slags hjelp han kan få. Fastlegen henviser ham til psykolog. Hos psykologen forteller Petter om sin angst og depresjon. Det er godt å få lettet på det emosjonelle trykket. Psykologen har ikke nevneverdig kompetanse på ADHD – det er ikke en del av psykologstudiet. Fokuset blir derfor på å bearbeide depresjon og angst i terapien, og grunnutfordringen dette skyldes, livet som ikke mestres pga kognitiv svikt, blir ikke tatt tak i. Petter går hjem fra psykologen - og har ikke kommet noe lenger mht sine utfordringer på studiet. Petter blir etter hvert uføretrygdet som ung ufør. På NAV har han gått på ulike tiltak uten at det har hjulpet med grunnutfordringene. Folk rundt ham skjønner ikke hvorfor Petter – som er så talefør og virker så dyktig – ikke har greid å gjennomføre studiet og komme seg ut i arbeidslivet.

Kommentar:

Dette er en typisk utfordring for mange mennesker med ADHD. Krav til studenter er å kunne organisere hverdagen og å drive seg selv fremover. Dette er den skjulte utfordringen med ADHD – man kommer ikke fra ide og ut i handling. Man kan ha 1000 tanker i hodet om alt man skal gjøre – men får det ikke gjort. Petter hadde antagelig greid å komme gjennom studiet og ut i jobb dersom han hadde hatt jevnlig samtaler med en som forstod de utfordringer som ADHD innebærer, og som kunne hjulpet ham med praktisk organisering, struktur og sortering av tanker og følelser og det å få innlevert oppgaver i tide og støtte ham i å komme igjennom pensum. Denne type bistand er helt nødvendig for å kompensere for utfordringen ved funksjonsvansken ADHD. Dette tilbys ikke i dag.

### **Karen arkitekt på 40 år**

Hun fikk ADHD diagnose i 40 årene da ett av barna ble diagnostisert med ADHD. Karen jobber i et privat arkitektkontor – og liker godt, den kreative delen av arbeidet, men har store utfordringer med



det skriftlige arbeidet og å få ferdig leveranse til kundene. Karen sitter ofte til langt på kveld og i helger og strever med å få oppgavene ferdig. Hun får vondt inne i seg hver gang telefonen ringer – om det er en kunde som skulle hatt leveranse. Hun får etter hvert vondt i kroppen av alt stresset og blir liggende våken om natten. Etter hvert får hun diagnosen fybromyalgi og depresjon og bli sykemeldt. Karen tør ikke fortelle arbeidsgiver om problemene – da hun er redd for å miste jobben. Kontoret sliter i perioder med manglende oppdrag og det er en forestående nedbemanning som står for tur hvor Karen er redd for at hun er en av de som må gå.

Karen spør fastlegen om hva slags tilbud det er til voksne med ADHD, men fastlegen kan ikke svare på dette. Karen har fått ADHD medisiner som hun føler hjelper men har fortsatt problem med å komme i gang og strukturere oppgavene. Karen opplever at det ikke er mye hjelp hun trenger for å få organisert seg – det å snakke med noen om hvordan dagen bør legges opp hjelper godt – hun kommer liksom i gang - men det er så flaut å be om den hjelpen og kollegaer rundt henne er så travle.

### **Hans Otto**

Lærer, og elsker å hjelpe elevene. Han fikk ADHD diagnose da han var 29. Hans har problemer med å strukturere dagen. Han får ikke lagt kabalen for uken. Han skulle så gjerne fått litt tid hver dag med en på jobben som kunne hjelpe ham med dette. Alle andre er selvfølgelig så travle – ingen har tid og Hans Otto kvier seg for å spørre. Det er mye rettings oppgaver og iop-er som skal innleveres – og Hans Otto sitter til langt på kveld hver dag og i helgene. Han får ikke noe privatliv, og kjenner seg fortvilet. Samlivet er i ferd med å rakne pga at han ikke greier å følge opp sin partner, som ikke skjønner hvorfor Hans Otto er så fraværende.

Fastlegen sykmelder ham 50 % slik at han skal få tid til å hente seg inn.

### **Caroline 19 år**

Caroline går i NAV systemet. Hun vet ikke hvordan hun skal komme seg ut i jobb. Hun har konsentrasjonsvansker, og har aldri fullført noe som helst. Hun har hatt 30 forskjellige ansettelsesforhold som har vart noen dager el uker, men aldri kommet skikkelig inn i en jobb.

Caroline har ikke utdanning – og blir satt til rutinejobber. Hun hater rutinearbeid og føler at hjernen kobler ut når hun må gjøre det samme hele tiden.

Caroline vet ikke hva hun skal jobbe med. På NAV er hun satt på jobbsøkekurs. Caroline har vansker med å sende inn meldekort til NAV - det er så fort å glemme dette, hun vet jo at hun skal gjøre det, men så glemmer hun det. Caroline fikk konstatert ADHD da hun var 15. Hun savner noen som kan hjelpe henne med å sortere tanker og hjelpe henne med å sette mål i livet og som skjønner at det ikke bare er å «ta seg sammen». Hjemme på hybelen er det kaos – hun finner ikke nøkler og ting hun trenger og har ikke rene klær til neste dag. Hun får purringer og inkasso varsler, og er redd hun ikke greier å betale husleien sin. Papirer ligger overalt. Hun har bedt saksbehandleren i NAV om hjelp, men saksbehandleren anser ikke ADHD for å være noen hindring – hun tar jo ADHD medisin og da må hun anses som alle andre.

### **Kommentar:**

Caroline burde fått hjelp til å avklare på hvilken måte ADHD påvirker hennes mulighet i arbeidslivet. Hun burde få hjelp til å få seg en kompetanse som bygget på hennes styrker og finne ut hvor han var ekstra motivert, og hvor hennes utfordringer ikke kom i veien.

NAV og DPS må samarbeide slik at voksne med ADHD får helhetlig hjelp. Caroline burde hatt en støtteperson som hjalp henne og som forstod hennes utfordringer.

-----