

AD/HD – Nasjonal faglig retningslinje for utredning,
behandling og oppfølging

Rett diagnose – individuell behandling

Heftets tittel: AD/HD- nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging
Rett diagnose – individuell behandling

Utgitt:

Bestillingsnummer: IS-2060

ISBN-nr. 978-82-8081-283-4

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helsevern og rus
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2060

Forord

I 2005 ble Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (1) gitt ut. Utarbeidelsen av Veilederen var nært knyttet til et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å sørge for en helhetlig rekvireringsordning av sentalstimulerende legemidler til barn, unge og voksne, samt forsvarlig bruk av disse legemidlene. I denne retningslinjen er det et større fokus på å vurdere funksjonsnivå hos den enkelte pasient og å tilpasse behandlingen deretter. Målet er å gi god kunnskap om utredning, diagnostikk og behandlingstiltak.

Behandling av en hyperkinetisk forstyrrelse AD/HD¹ (senere forkortet AD/HD) har som hovedmål å redusere symptomer, bedre funksjonen i hverdagen og forhindre eller avgrense utviklingen av tilleggsproblemer. Behandlingen gitt til barn vil som regel være omfattende og kan innebære at både pedagogiske, psykologiske, psykiatriske, medisinske og psykososiale tiltak tas i bruk samtidig.

AD/HD kan være en tilstand som varer inn i ungdoms- og voksenalder og medfører funksjonsnedsettelse i forhold til skole – og jobbprestasjoner, sosiale relasjoner, samt i visse tilfeller bidra til alvorlig komorbiditet (samsykklighet).

Fordi behandling av AD/HD kan innebære behandling med sentralstimulerende legemidler har diagnosen i perioder fått mye omtale i media. Negativ omtale av en diagnose eller en behandling skal ikke føre til at pasientgruppen behandles annerledes enn andre pasienter. Denne retningslinjen gir anbefalinger om hvordan man bør utrede og diagnostisere og følge opp personer med en AD/HD-diagnose. Når personer får en AD/HD – diagnose har de krav på en individuelt tilpasset behandling som kan bidra til et så godt liv som mulig.

Denne retningslinjen erstatter Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD – IS-1244 (1).

Helsedirektoratet retter en stor takk til arbeidsgruppen for deres innsats. En spesiell takk rettes til representantene fra Statped Vest som har skrevet hele kapittel 7 og representantene fra Atferdssenteret og De Utrolige Årene, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - Nord, Universitetet i Tromsø som har skrevet kapittel 8.

helsedirektør

¹ Notasjonen AD/HD henspiller på at diagnosen i DSM-IV omfatter Attention Deficit and/or Hyperactivity Disorder. I litteraturen brukes også notasjonen ADHD. I denne retningslinjen benyttes notasjonen AD/HD med unntak av referanser til forskningsartikler og bøker der ADHD er benyttet i tittelen.

Innhold

1	Sammendrag	4
2	Innledning	10
2.1	Målsetting og målgrupper	10
2.2	Metode	10
2.3	Kunnskapsgrunnlaget	11
2.4	Retningslinjens rettslige stilling	12
3	AD/HD i korte trekk.	13
3.1	Symptomer	14
3.2	Årsaker	15
3.3	Forekomst og kjønnsforskjeller	15
3.4	Utviklingsforløp	16
3.5	Komorbiditet og differensialdiagnostikk	16
3.6	AD/HD hos barn og unge	16
3.7	AD/HD hos voksne	18
3.8	Miljømessige forhold og utfordringer for pårørende og familie	18
4	Utredning og diagnostisering.	20
4.1	Å sette en AD/HD diagnose	20
4.2	Diagnosekriterier	21
4.2.1	Hyperkinetisk forstyrrelse – ICD-10	21
4.2.2	AD/HD i DSM-IV	22
4.2.3	Undergrupper av AD/HD:	23
4.3	Vurdering av funksjonsvansker	24
4.4	Utredning av AD/HD hos barn og unge	24
4.4.1	Anbefalinger om utredning av AD/HD hos barn og unge	25
4.5	Utredning av AD/HD hos voksne	25
4.5.1	Anbefalinger om utredning av AD/HD hos voksne	26
4.6	Samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	26
4.6.1	Utredning hos fastlegen/primærhelsetjenesten	27
4.6.2	Utredning/diagnostisering i spesialisthelsetjenesten.	28
5	Behandlingstiltak og oppfølging	29
5.1	Psykoedukasjon	29
5.2	Individuell plan	29
5.3	Psykologisk behandling og kognitive metoder	29
5.4	Likemannsordning	30
5.5	Stønadsordninger	30
5.6	Kosthold	30
5.7	Tiltak før diagnosen er satt	31
5.7.1	Forslag til tiltak som kan iverksettes mens utredningen pågår	31
5.8	Behandling for barn og unge	32
5.8.1	Råd og anbefalinger om behandling for førskolebarn med AD/HD	32
5.8.2	Råd og anbefalinger om behandling for barn og unge med AD/HD	33
5.8.3	Råd og anbefalinger ved overgang til voksen alder	33
5.9	Behandling for voksne	34
5.9.1	Råd og anbefalinger om behandling for voksne	34
5.10	Behandling og oppfølging av komorbide tilstander og tilleggsvansker.	35

5.10.1	Søvnproblemer	36	
5.10.2	Førerkort	36	
6	Behandling med legemidler hos barn, unge og voksne	38	
6.1.1	Anbefaling før oppstart av behandling med legemidler	38	
6.1.2	Anbefalinger ved behandling med legemidler	38	
6.1.3	Anbefalinger ved oppfølging etter at behandling med legemidler er påbegynt	39	
6.1.4	Anbefalinger ved behandling med sentralstimulerende legemidler	39	
6.1.5	Anbefalinger om behandling med atomoksetin	41	
7	Tilpasset opplæring for elever med AD/HD	43	
7.1	Spesielle behov hos elever med AD/HD	44	
7.2	Struktur som nøkkel	44	
7.3	Struktur gir økt oppmerksomhet	45	
7.3.1	Anbefalinger om tiltak i opplæringen for elever med AD/HD		46
8	Metoder for å avhjelpe atferdsforstyrrelser hos barn og unge med AD/HD	49	
9	Tilrettelegging og oppfølging i arbeid	52	
	Vedlegg 1 Kunnskapsgrunnlaget	53	
	Referanser	55	

1 Sammendrag

I dette sammendraget gis en oversikt over anbefalingene i kapitel 4 *Utredning og diagnostisering*, kapitel 5 *Behandling og oppfølging* og kapitel 6 *Behandling med legemidler*. Retningslinjene beskriver anbefalinger og råd til fagpersoner i hjelpeapparatet som skal gi tjenester til personer med AD/HD. Anbefalingene er styrende for hva helsepersonell skal bistå med av tjenester, mens rådene mer gir en beskrivelse av tiltak som bør gjøres basert på erfaring og hva som normalt skal være tilgjengelig i hjelpeapparatet. Sammendraget av anbefalinger skal først og fremst være til hjelp for helsepersonell og kan anvendes i forbindelse med konsultasjoner når det er spørsmål om henvisning, diagnostisering og behandling av AD/HD. Bruk av sammendraget forutsetter kjennskap til hele retningslinjen.

Anbefalinger om utredning av AD/HD hos barn og unge

Anbefaling 1: Barn og unge som har symptomer på AD/HD og har funksjonsvansker bør få vurdert behovet for hjelpetiltak, og primærhelsetjenesten (for eksempel fastlege, helsestasjon) bør henvise til spesialisthelsetjenesten for videre diagnostisk vurdering.

Anbefaling 2: Barn og unge med alvorligere funksjonsvansker bør henvises direkte fra primærhelsetjenesten (for eksempel fastlege, helsestasjon) til spesialisthelsetjenesten for diagnostisk vurdering.

Anbefaling 3: For å sette diagnosen AD/HD skal symptomene på oppmerksomhetssvikt og/eller hyperaktivitet/impulsivitet oppfylle kriteriene i ICD-10 eller DSM-IV.

Anbefaling 4: Det skal foreligge en differensialdiagnostisk vurdering og vurdering av komorbiditet foretatt i spesialisthelsetjenesten.

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

Anbefaling 6: Graden av funksjonsvansker må vurderes.

Anbefalinger om utredning av AD/HD hos voksne

Anbefaling 7: Voksne som kommer til fastlegen, spesialisthelsetjenesten, privatpraktiserende spesialist eller andre relevante fagpersoner (for eksempel spesialpedagogisk rådgiver eller andre med relevant kompetanse) og har symptomer på AD/HD som medfører betydelige funksjonsvansker (psykologisk, sosialt, i utdanning eller jobb), bør vurderes med tanke på videre diagnostisering og behandling.

Anbefaling 8: I noen tilfeller kommer foreldre til barn som har fått diagnosen AD/HD med ønsker om selv å bli utredet, fordi de har kjent seg igjen i barnets vansker. Dersom en nærmere vurdering gir grunnlag for å konkludere med funksjonsvansker, bør det tilbys henvisning til spesialisthelsetjenesten for voksne med tanke på videre utredning.

Anbefaling 9: For personer med rusmiddelmissbruk vil det ofte være vanskelig å vurdere aktuelle symptomer så lenge rusmiddelmissbruket pågår. Det er en fordel at utredningen skjer etter at personen er blitt rusfri. Ved alvorlig rusmiddelmissbruk 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.

Anbefaling 10: For voksne som soner fengselsstraff, kan det være aktuelt med henvisning til utredning for AD/HD dersom den innsatte har problemer med konsentrasjonsvansker, impulsivitet og uro. Der den innsatte soner en lengre dom, bør det legges til rette for å gi behandling med legemidler ved behov.

Anbefalinger om utredning/diagnostisering i spesialisthelsetjenesten

Anbefaling 11: Spesialisthelsetjenesten skal ha kompetanse i å vurdere symptomer på AD/HD og komorbide tilstander.

Anbefaling 12: Ved tilbakeføring til fastlegen skal spesialisthelsetjenesten gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold jfr. Veiledningsplikten (3)

Anbefalinger om tiltak som kan iverksettes mens utredning pågår

Anbefaling 13: Pasienten og pårørende skal ha informasjon om symptomer, antatte årsaksforhold, klinisk forløp, behandlingsmuligheter og prognose, jf. Helsepersonelloven (4) og pasientrettighetsloven (5). Dette inkluderer også informasjonsmateriell om diagnosen, behandling og rettigheter samt opplysninger om brukerorganisasjonen ADHD Norge og seriøse nettsteder.

Anbefaling 14: Det bør gjøres en individuell vurdering av hvilke tiltak den enkelte pasient vil ha mest nytte av.

Anbefaling 15: Behovet for ansvarsgruppe og individuell plan må alltid vurderes, jf. retten til individuell plan.

Anbefalinger om behandlingstiltak for førskolebarn med AD/HD

Anbefaling 16: Barnet bør henvises til spesialisthelsetjenesten dersom problemene er så omfattende at annen behandling må vurderes.

Anbefaling 17: Behandling med legemidler til barn under seks år anbefales ikke, og er bare unntaksvis aktuelt.

Anbefalinger om behandlingstiltak for barn og unge med AD/HD

Anbefaling 18: I tillegg til tiltak som settes i verk i skolen, kan behandling med legemidler vurderes for barn med **moderate funksjonsvansker**. Dette er ikke førstevalget, men kan forsøkes når andre tiltak ikke har gitt tilstrekkelig effekt.

Anbefaling 19: Behandling med legemidler har vist seg å være det mest effektive for barn og

unge med **alvorlige funksjonsvansker** og vil vanligvis være førstevalget i tillegg til tiltak i skolen og foreldreveiledning.

Anbefalinger om behandlingstiltak ved overgang til voksen alder

Anbefaling 20: Planen for behandling skal vurderes i samråd med pasienten.

Anbefaling 21: Dersom unge og voksne har hatt et opphold i behandlingen med legemidler mot AD/HD, bør behovet for fortsatt behandling revurderes og eventuelt gjenopptas.

Anbefaling 22: Epikrise og andre nødvendige opplysninger skal overføres til spesialisthelsetjenesten for voksne i samråd med pasienten.

Anbefaling 23: Helsepersonellet som overtar ansvaret for en pasient, skal selv vurdere AD/HD symptomene, behovet for hjelpetiltak på skolen eller i arbeid, og behovet for behandlingstiltak rettet mot grunnlidelsen og eventuelle komorbide vansker.

Anbefaling 24: Unge som har uttalte vansker i forbindelse med skolegang, skal ha en særskilt vurdering av behovet for tilrettelegging av videre i utdanningsløpet og koordinering med NAV.

Anbefalinger om behandlingstiltak for voksne

Anbefaling 25: Behandling med legemidler bør tilbys til voksne med AD/HD når funksjonsvanskene er **alvorlige eller moderatene**.

Anbefalinger om behandling og oppfølging av komorbide tilstander

Anbefaling 26: AD/HD-pasienter som har behandlingstrengende tilleggdiagnoser, bør få en samlet vurdering av sine behandlingsbehov.

Anbefaling 27: Barn, unge og voksne med AD/HD, som går på skole eller er i en utdanningssituasjon, bør få vurdert behov for tiltak i skolen eller utdanningsstedet. Se kapittel 7 om tilpasset opplæring.

Anbefaling 28: Barn og unge som har en komorbid atferdsdiagnose bør få vurdert behovet for atferdsmodifiserende tiltak. Se kapittel 8 om metoder for å avhjelpe atferdsforstyrrelser.

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.

Anbefaling 30: Komorbide tilstander som depresjon, bipolar lidelse, angsttilstander, personlighetsforstyrrelser, atferdsproblemer, autismspekterforstyrrelser, tics og Tourettes syndrom må vurderes.

Anbefaling 31: Ved psykiatriske tilleggsvansker skal selvmordrelaterede tanker og atferd følges nøye opp

Anbefaling 32: Den diagnosen som gir pasienten størst problemer, bør behandles først.

Anbefaling 33: Det bør vises forsiktighet med å starte opp behandlingstiltak rettet mot ulike tilstander samtidig.

Anbefalinger ved søvnproblemer

Anbefaling 34: Til barn, unge og voksne med uttalte søvnevansker kan melatonin som kapsler forsøkes. Dette kan rekvireres via ordningen med godkjenningsfritak, se www.legemiddelverket.no/Godkjenning. (www.legemiddelverket.no/regelverk/Godkjenningsfritak/Sider/default.aspx).

Anbefaling 35: Melatonin med depotvirkning (f.eks Circadin®) anbefales ikke brukt ved innsovnings-vanskeligheter hos personer med AD/HD.

Anbefalinger for førerkort

Anbefaling 36: Dersom personen har en atferdsforstyrrelse i tillegg til AD/HD, anbefales det en individuell vurdering av kjøreegenskaper og tilgang til førerkort.

Anbefalinger før oppstart av behandling med legemidler hos barn, unge og voksne

Anbefaling 37:

Før oppstart av behandling med legemidler bør:

- barn og unge og deres foresatte, og voksne med diagnosen AD/HD informeres om virkning og mulige bivirkninger av legemiddelet
- den psykiske helsetilstanden vurderes
- sosiale forhold i hjemmet kartlegges
- fullstendig sykehistorie tas opp inkludert ev. familiær forekomst av hjerte- og karsykdommer
- den fysiske helsetilstanden kartlegges (måling av høyde, vekt, puls, blodtrykk og vurdering av hjerte/kar symptomer)
- elektrokardiogram (EKG) tas dersom det er forekomst av alvorlig hjerte/kar sykdom i familien, ved tilfeller av plutselig hjertedød hos yngre familiemedlemmer eller unormale funn ved hjerteundersøkelser av barnet
- blodprøver tas på indikasjon
- bruk av rusmidler kartlegges og risiko for rusmiddelmisbruk vurderes

Anbefalinger ved behandling med legemidler hos barn, unge og voksne

Anbefaling 38: Behandling med sentralstimulerende legemidler bør igangsettes av legespesialist.

Anbefaling 39: Behandlingen skal startes opp etter en omfattende utredning som har ledet fram til diagnosen AD/HD og etter at en differensialdiagnostisk vurdering og vurdering av eventuelle komorbide tilstander er gjennomført.

Anbefaling 40: Behandling med legemidler til barn og unge skal være ett av flere tiltak i en behandlingsplan, hvor andre tiltak kan være tilrettelegging i skole og utdanning, deltakelse i atferdsbaserte foreldretreningsprogrammer eller andre typer tiltak.

Anbefalinger ved oppfølging av barn, unge og voksne etter at behandling med legemidler er påbegynt

Anbefaling 41: Ved oppstart av legemiddelbehandlingen skal pasienten følges nøye opp med tanke på virkning og eventuelle bivirkninger.

Anbefaling 42: Situasjonen skal evalueres med tanke på symptomer som fortsatt skaper vansker etter at behandlingen med legemidler er startet.

Anbefaling 43: Etter at tilstanden er stabilisert bør det foretas minimum halvårlige kontroller som også omfatter somatisk undersøkelse med måling av blodtrykk og puls, samt blodprøver ved behov.

Anbefaling 44: Høyde og vekt hos barn og unge bør måles årlig. Dette er spesielt viktig for barn som fra før av er små av vekst (under gjennomsnittet for sin aldersgruppe).

Anbefaling 45: En plan for behandlingen bør inkludere behandling av eventuelle komorbide psykiske tilstander og annen medisinsk behandling.

Anbefaling 46: Behovet for behandlingspauser bør vurderes for barn og unge, for eksempel én gang årlig. Hensikten er å undersøke om barnet/ungdommen fortsatt har behov for behandling med legemidler. Etter en behandlingspause kan behandlingen eventuelt gjenopptas i samråd med pasient og foresatte.

Anbefaling 47: Dersom det har vært et opphold i behandlingen med legemidler mot AD/HD, bør behovet for fortsatt behandling vurderes på nytt og ev kunne gjenopptas.

Anbefaling 48: Overføring av ansvaret for en pasient fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten krever rutiner for samhandling og etablering av eventuelle møtepunkter mellom fastlege, skolehelsetjeneste og andre samarbeidsinstanser som skole, PPT og barnevern, for eksempel gjennom deltagelse i ansvarsgruppe der dette er aktuelt

Anbefaling 49: Unge og voksne som behandles med legemidler mot AD/HD, og som ønsker psykologisk behandling, bør få henvisning til slik behandling.

Anbefalinger ved behandling med sentralstimulerende legemidler hos barn, unge og voksne

Anbefaling 50: Behandling med metylfenidat anbefales som førstevalget i gruppen av sentralstimulerende legemidler.

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

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

Anbefaling 53: Pasienter med komorbid rusmiddelmissbruk som får behandling i spesialisthelsetjenesten (tverrfaglig spesialisert behandling, TSB) bør alle få integrert behandling jfr. 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.

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.

Anbefaling 55: Kunnskap om virkninger, bivirkninger og risiko ved behandling med sentralstimulerende legemidler til gravide kvinner er mangelfull. Kliniske erfaringer tilsier at sentralstimulerende legemidler kan være farlig for fosteret og frarådes derfor.

Anbefaling 56: Kunnskap om sentralstimulerende legemidlers virkning gjennom amming er mangelfull, slik at amming frarådes for mødre som bruker slike legemidler.

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

Anbefalinger om behandling med atomoksetin hos barn, unge og voksne

Anbefaling 58: Behandling med atomoksetin anbefales når bruk av sentralstimulerende legemidler ikke er aktuelt.

2 Innledning

I Norge er det et mål at befolkningen skal sikres god tilgang på helse- og omsorgstjenester uavhengig av bosted, alder eller kjønn. Tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre og involvere brukere, de skal være samordnet og preget av kontinuitet. Behandling av en hyperkinetisk forstyrrelse AD/HD har som hovedmål å redusere symptomer, bedre funksjonen i hverdagen og forhindre eller avgrense utviklingen av tilleggsproblemer. Behandlingen gitt til barn vil som regel være omfattende og kan innebære at både pedagogiske, psykologiske, psykiatriske, medisinske og psykososiale tiltak tas i bruk samtidig.

Retningslinjen skal bidra til å gi god kunnskap om utredning, diagnostikk og behandlingstiltak slik at personer med en AD/HD-diagnose kan ha et så godt liv som mulig.

2.1 Målsetting og målgrupper

Denne retningslinjen anbefaler hvordan utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med en AD/HD - diagnose skal gjennomføres. Anbefalingene er så langt som mulig basert på dokumenterte og kunnskapsbaserte utrednings- og behandlingsmetoder. Tjenester som blir tilbudt barn, unge og voksne med AD/HD skal baseres på relevant klinisk og forskningsmessig kunnskap innen medisin, psykiatri, psykologi og pedagogikk samt psykososial erfaring og være tilpasset graden av funksjonsvansker som den enkelte har.

I mange tilfeller vil det være behov for at primærhelsetjenesten, skolen, spesialisthelsetjenesten og andre involverte instanser samordner nødvendige hjelpetiltak. Noen helseforetak har utarbeidet behandlingslinjer for barn, unge og voksne med AD/HD. Her er rollene til de ulike aktørene klargjort og det er beskrevet hvem som henviser, utreder, setter diagnose og følger opp personer med AD/HD.

Retningslinjen er først og fremst et redskap for fagpersoner som arbeider med utredning, diagnostikk og behandling av AD/HD og for fagpersoner som arbeider med tilrettelegging av undervisning i barnehage, skole og arbeidsliv. Andre som kan ha nytte av retningslinjen er pasienter, pårørende, brukerorganisasjonen ADHD Norge og ansatte i sosial og barneverntjeneste.

2.2 Metode

Nedsettelse av arbeidsgruppe:

Alle deltakere har levert inn habilitetsskjema. Det er ingen deltakere som er vurdert av Helsedirektoratet til å ha mulige interessekonflikter.

Arbeidsgruppen besto av:

Arild Scillinger, Sykehuset Østfold
Bjarne Bråtveit, primærhelsetjenesten, Sand, Rogaland
Jens Olav Hessen, UNN
Kirsten Skram, Statped Vest
Kristian Øien, Statped Vest
Terje Torgersen, Sykehuset Levanger
Tor Eikeland, AD/HD-Norge
Pål Zeiner, Oslo universitetssykehus/Folkehelseinstituttet

Redaksjonen for retningslinjene har bestått av psykologspesialist Egil Midtlyng, barnelege Ebba Wannag, spesialist i psykiatri, seniorrådgiver og psykiater Rut Prietz og seniorrådgiver Anne-Grete Kvanvig.

Kapitel 7 og 8 er skrevet av henholdsvis Statped Vest og Atferdssenteret og Regionalt kunnskapssenter for barn og unge-Nord.

2.3 Kunnskapsgrunnet

Kunnskapsgrunnet er basert på en integrering av tilgjengelig forskningsbasert kunnskap og pasientenes og klinikernes kunnskap og erfaringer. Der det ikke finnes evidens eller noen form for empirisk støtte, er det utformet anbefalinger som er basert på etablert og akseptert klinisk praksis som har konsensus blant eksperter innen fagområdet. Innhenting av kunnskap om klinisk praksis er også basert på rapporter, beskrivelser av behandlingstilbud, behandlings- og forskningsprotokoller, rapporter og skriv utgitt av Helsedirektoratet, relevante utenlandske nasjonale retningslinjer og annen tilgjengelig informasjon.

Noen anbefalinger er av mer generell karakter og er i liten grad empirisk forankret. Slike anbefalinger er mer grunnleggende og generelle enn de øvrige anbefalingene og graderes derfor ikke.

Forskningsbasert dokumentasjon er innenfor dette fagområde ofte mangelfull og av lav kvalitet. Klinisk dokumentasjon og erfaring, samt pasientkunnskap vil som regel ikke være tilstrekkelig systematisert til å oppfylle de strengeste kvalitetskravene og får derfor en lav vurdering i slike kvalitetsgraderinger. Av mangel på forskningsbasert dokumentasjon, vil likevel slik klinisk dokumentasjon og erfaring være av vesentlig betydning for innholdet i de endelige anbefalingene i retningslinjen.

Retningslinjene støtter seg også på EU-kommisjonens vitenskapelige legemiddelkomite (CHMP) som i 2009 fastslo at «*Children with severe ADHD can develop poor self-esteem, emotional and social problems. ADHD can also have severe effect on a child's education. For some of these children, methylphenidate treatment, along with other forms of non-medical treatment can reduce symptoms of hyperactivity and improve quality of life. The signs of ADHD may persist into adolescence and adulthood, and may be associated with continuing emotional and social problems, unemployment, criminality and substance misuse*». CHMP konstaterer at nytten av metylfenidat overgår risikoen når legemiddelet anvendes korrekt. Det er foreløpig begrenset dokumentasjon på bruk av metylfenidat i behandlingen av voksne" (2).

På grunn av svært grundige gjennomganger utført av National Institute of Clinical excellence (Nice) (8), av EU- kommisjonens vitenskapelige legemiddelkommite (CHMP)(9) og av Läkemedelsverket i Sverige (10) i løpet av de siste årene, er det ikke grunnlag for å gjennomføre en egen norsk kunnskapsoppsummering når det gjelder utredning og behandling for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD).

Anbefalingene for behandling av AD/HD i denne retningslinjen baserer seg derfor på:
Kunnskapsgrunnlaget i veilederen fra 2005 (1)
Evalueringsrapporter fra SINTEF (11-13)
Nice Clinical Guidelines for Diagnosis and Management of ADHD (8)
EU (Committee for Medicinal Products for Human Use - CHMP) (9)
Informasjon fra det svenske Läkemedelsverket (10)
Andre studier
Intern og ekstern høring (ikke gjennomført).

For mer informasjon vises til vedlegg 1.

2.4 Retningslinjens rettslige stilling

Helsepersonell og alle deler av helse- og omsorgstjenesten er forpliktet gjennom lov til å yte forsvarlig helsehjelp, jmfør helsepersonelloven § 4, Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Retningslinjer, anerkjent fagkunnskap og allmenngyldig samfunnsetiske normer inngår som aksepterte grunnlag for vurdering av hva som er faglig forsvarlig. Retningslinjer er ment som et hjelpemiddel ved avveiningene tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i tjenesten. De er ikke rettslig bindende, men faglig normerende for valt man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenestene på utgivelsestidspunktet.

Helsepersonell må likevel vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkelt pasient for å ta hensyn til individuelle behov (15).

Dersom man velger å fravike anbefalinger i en retningslinje, skal dette dokumenteres og begrunnes. Jf. Journalforskriften § 8 bokstav h.

3 AD/HD i korte trekk.

Kunnskapen om AD/HD har utviklet seg mye de siste årene. En beskrivelse av AD/HD kan i denne retningslinjen bare bli en kort sammenfatning av det vi i dag vet om symptomene og årsaker, behandling og utviklingsforløp.

Vanskene til Jens, en skolegutt med AD/HD, kan gi ett bilde på AD/HD når han forteller om hvordan han strever med å uttrykke seg skriftlig.

«Jeg tenker noe og så skriver jeg det, og samtidig med at jeg skriver det, kommer jeg på noe annet jeg skal skrive, men når jeg er ferdig med å skrive setningen har jeg glemt hva jeg tenkte først, og så kommer jeg på noe nytt igjen, som jeg skriver».

En tidlig beskrivelse av barn med typiske kjennetegn på det som i dag går under betegnelsen AD/HD er fra 1844 (16). I en samling illustrerte historier forteller den tyske legen og forfatteren Heinrich Hoffmann om Zappel-Philip (Sprelle-Filip) (17). Dette er en gutt som ikke kan sitte stille ved bordet. Han vipper på stolen, synger og sitter så urolig at stolen til slutt velter, og bordduken med all middagsmaten, følger med.

I 1902 publiserte sir Georg Frederic Still, Englands første professor i barnesykdommer, en vitenskapelig artikkel i legetidsskriftet *The Lancet* (18). Artikkelen er basert på et foredrag hvor han beskriver 20 barn med en atferd karakterisert ved ekstrem rastløshet, motorisk hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker.

Den Amerikanske legen Charles Bradley publiserte i 1937 en artikkel i *American Journal of Psychiatry* som handlet om de første erfaringene med terapeutisk bruk av sentralstimulerende legemidler til barn med lærevansker, skoleproblemer og atferdsforstyrrelser (19). Det tok imidlertid noen år før sentralstimulerende legemidler ble brukt i behandlingen av AD/HD.

På 1950-tallet utviklet et legemiddelfirma metylfenidat, et syntetisk fremstilt legemiddel med samme egenskaper som amfetamin. Metylfenidater i dag det mest anvendte legemiddelet i behandlingen av personer med AD/HD.

Det amerikanske diagnosesystemet *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* inkluderte tilstanden *Hyperkinetic reaction of childhood* da den kom ut i sin andre utgave i 1968 (20). Det internasjonale diagnosesystemet til Verdens helseorganisasjon WHO (*ICD*), tok i bruk beskrivelsen hyperaktivitetssyndrom i barndommen da den kom ut i niende versjon i 1978 (21). I de senere versjoner av diagnosesystemene er det fortsatt en forskjell, da DSM IV krever mindre symptomer for å få diagnosen AD/HD og også tillater mer komorbiditet.

DSM IV krever tilstedeværelse av 6 eller flere symptomer på enten uoppmerksomhet og/eller 6 eller flere symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet, og at enkelte symptomer som har medført funksjonsnedsettelse, skal ha vært til stede før 7 års alder og i minst to situasjoner.

- I dette diagnosesystemet beskrives undergrupper :AD/HD kombinert type (314.01)
- AD/HD overveiende oppmerksomhetssviktttype (314.00)
- AD/HD overveiende hyperaktiv impulsiv type (314.01)

ICD 10 krever at kriteriene for både oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet er til stede for å stille diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse F 90, symptomene skal ha vært til stede før 7 års alder og i minst to situasjoner. I ICD 10 nevnes samtidig forekomst av diagnoser som gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, manisk episode, depressiv episode eller angstlidelser som mulige eksklusjonskriterier. ICD 10 er således strengere og gir uttrykk for en alvorligere form for AD/HD. I ICD 10 beskrives også undergrupper som gjør det mulig å diagnostisere tilstander der det ikke er symptomer innen alle kjerneområdene:

- Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet (F 90)
- Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (F 90.1)
- Andre spesifiserte hyperkinetiske atferdsforstyrrelser (F 90.8)
- Uspesifisert hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (F 90.9)

I Norge har man siden 1950-tallet arbeidet med diagnostikk og behandling av barn og unge med oppmerksomhetsvansker og uro, fra 1960 til 1990-tallet kalt MBD (minimal brain dysfunction). I 1997 ble det satt i gang utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med AD/HD. I 2005 ble det beskrevet hvordan utredning og behandling av barn, unge og voksne skulle gjennomføres ved at Helsedirektoratet publiserte Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD (1). I de siste årene er det i Norge publisert en rekke vitenskaplige artikler om AD/HD hos barn, unge og voksne.

3.1 Symptomer

AD/HD eller hyperkinetisk forstyrrelse er en sammensatt utviklingsforstyrrelse karakterisert ved de tre kjernesymptomene konsentrasjonssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. Symptomene på AD/HD starter som regel tidlig i barneårene og medfører betydelig psykologisk og sosial funksjonssvikt. De kommer til uttrykk hos den enkelte i ulik grad og påvirkes av omgivelser, personlighet og helsetilstand.

Problemene forekommer ofte sammen med symptomer på andre psykiske lidelser, utviklingsforstyrrelser og kognitive vansker. Symptomene kan også forveksles med symptomer på andre diagnoser og utviklingsforstyrrelser. Den typiske beskrivelsen av AD/HD-symptomer passer best på gutter i alderen 5 - 12 år, da disse i utgangspunktet ofte er urolige, fysisk aktive og impulsive, men konsentrasjonsvansker er et like viktig symptom som ikke må oversees.

For at tilstanden skal diagnostiseres som ADHD, må symptomene være mer uttalt enn det som er forventet ut fra alder og kjønn, og symptomene må gi betydelig funksjonssvikt. For jenter og ungdommer/voksne kan utformingen av AD/HD symptomer være mer utypisk, med hovedvekt på indre uro og konsentrasjonsvansker og mindre synlig uro og hyperaktivitet.

Kjernesymptomene

- **Konsentrasjonsvansker** kan komme til uttrykk ved at barnet lett blir distraheret og ikke greier å holde på konsentrasjonen over lengre tid. Konsentrasjonsvanskene behøver likevel ikke hindre barnet fra å konsentrere seg i timesvis, hvis det er en aktivitet de liker.
- **Hyperaktivitet** viser seg gjerne ved kroppslig uro, og at barnet prøver å gjøre mange ting på en gang. Det kan imidlertid forekomme lengre perioder hvor aktiviteten er normal, som i situasjoner når barnet er opptatt med noe som fenger. Det kan være dataspill eller TV-titting, eller når barnet løser oppgaver under rettleiding av voksne.
- **Impulsivitet** kan vise seg ved at barnet stadig starter på nye oppgaver uten å fullføre, snakker mye, avbryter og forstyrrer. Impulsiviteten kan i noen tilfeller føre til at barnet utsetter seg selv for fare.

For at diagnosen AD/HD kan stilles, må symptomene medføre funksjonssvikt på minst to ulike områder, som i hjemmet, på skolen og blant venner. Symptomene medfører ofte store problemer i undervisningssituasjonen, og dette kan vedvare inn i ungdomsårene og voksen alder og medføre vansker i utdanning og arbeid.

Der begrepet "funksjonsvansker" forekommer i denne retningslinjen siktes det til "psykologisk, sosial og/eller utdannings- yrkesmessig funksjonssvikt".

3.2 Årsaker

Internasjonale forskningsresultater ligger til grunn for vår kunnskap om årsaker til AD/HD. Tvillings- og adopsjonsstudier har vist at genetiske faktorer er av stor betydning for utvikling av AD/HD. Det er påvist avvik i gener for signalstoffet dopamin som fører til nedsatt tilgjengelighet av dette stoffet i hjernen (22). Dette har konsekvenser for konsentrasjon, motivasjon, belønning og læring. Undersøkelser har vist at komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel (23;24) (83) og eksponering for alkohol eller andre stoffer i svangerskapet (25) kan være assosiert med økt risiko for AD/HD eller AD/HD- liknende problemer. Nyere metoder for avbildning av hjernen har i noen tilfeller vist endringer hos personer med AD/HD (26). Det finnes imidlertid ingen biologiske prøver eller andre tester som på en enkel måte kan fastslå diagnosen. Symptomene må derfor vurderes på grunnlag av atferd i ulike situasjoner over tid.

3.3 Forekomst og kjønnsforskjeller

Ulike studier oppgir forskjellige tall for forekomst av AD/HD, avhengig av utvalg og populasjon, undersøkelsesmetoder og anvendte diagnosekriterier. Det anslås at Hyperkinetisk forstyrrelse ifølge ICD-10 (27) har en forekomst på 1 - 3 prosent hos barn og unge, mens AD/HD ifølge DSM-IV-TR (28) forekommer hos 4 - 8 prosent (8;29).

En kartlegging av psykiske vansker hos skolebarn i Bergen konkluderer med at 1,1 og 1,3 prosent i alderen 8 – 10 år har symptomer på AD/HD i tråd med ICD-10 og DSM-IV (30). Data fra Norsk pasientregister for barn født mellom 1999 og 2010 viser at AD/HD diagnosen er hyppigst registrert hos de eldste barna, dvs. de som var 11 år, med en andel på 2,9 prosent (31). En studie av psykisk helse hos førskolebarn i Trondheim viser en forekomst av symptomer på AD/HD hos 1,9 prosent av barna ved fireårsalderen (84).

Man regner med at symptomene vedvarer inn i voksen alder hos ca 2/3 i så stor grad at det er forbundet med funksjonsvansker. (87, 88)

Flere gutter enn jenter får diagnosen AD/HD. Forholdstallet mellom gutter og jenter er 4:1 i epidemiologiske utvalg, og 9:1 i utvalg som er henvist til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (32).

3.4 Utviklingsforløp

AD/HD-symptomene endrer seg som regel over tid. Hos de fleste skjer det en aldersmessig modning som fører til at noen av symptomene avtar. Hos ungdom kan uro og hyperaktivitet bli mindre fremtredende. Problemer knyttet til organisering av hverdagen kan derimot bli mer tydelig etter hvert, for eksempel knyttet til skolearbeidet. Denne tendensen fortsetter opp i voksen alder, der særlig organiseringsvansker og konsentrasjonsproblemer, men også impulsivitet kan være betydelig mer fremtredende enn uro og hyperaktivitet. Over tid kan det også sees en endring av eventuelle tilleggsvansker og komorbiditet.

3.5 Komorbiditet og differensialdiagnostikk

Komorbiditet betyr at to eller flere tilstander forekommer samtidig hos en person. Over halvparten av barn og unge med AD/HD fyller kriteriene for minst én annen tilstand. Det vanligste er emosjonelle vansker som depresjon og angst, utviklingsforstyrrelser og læringsvansker. Hos voksne som er i behandling for AD/HD, er forekomsten av komorbide tilstander enda høyere. 75 prosent har minst én tilleggsdiagnose (33). I tillegg til affektive lidelser er personlighetsforstyrrelser og rusmiddelmisbruk mest vanlig. Som regel krever de komorbide tilstandene egne behandlings- og oppfølgingstiltak.

Differensialdiagnostikk er å vurdere om det er andre diagnoser som kan passe bedre med symptomene på den aktuelle lidelsen. AD/HD har symptomer som kan forveksles med symptomene på andre psykiske tilstander og utviklingsforstyrrelser. I de fleste tilfeller er det nødvendig med en differensialdiagnostisk avklaring. Det kan være behov for utredning hos spesialist som har kompetanse på diagnosene som kan være aktuelle.

3.6 AD/HD hos barn og unge

Hos de yngste barna vil hyperaktivitet og impulsivitet være mest synlig. For barn som er under skolealder, kan det være vanskelig å fastslå om symptomer har sammenheng med AD/HD. Hos mange barn kan uro og impulsivitet være mer forbigående og derfor mindre alvorlig. Tidlig debut av uttalte AD/HD symptomer hos førskolebarn kan imidlertid være et varsel om AD/HD- vansker senere. Symptomene kommer da gjerne til uttrykk som forsinket utvikling av språk og kognitive ferdigheter, svikt i førskoleferdigheter, lærevansker eller problemer i nære relasjoner (34).

Dårlig regulering av følelser og søvnvansker kan være tidlige tegn på AD/HD. Hos noen kan slike symptomer være forårsaket av andre typer vansker, for eksempel mangelfull omsorg eller at barnet har emosjonelle vansker av andre årsaker. Nyere forskning viser at symptomer på depresjon og angst debuterer tidlig hos barn med AD/HD, og en bør derfor være oppmerksom på en mulig overlapp i symptomer (85;86) Nærmere undersøkelser er nødvendig i hvert enkelt tilfelle for å avklare årsaker.

Barn med AD/HD vil ofte ha ting på sin måte og kan være rigide og lite fleksible med liten forståelse for andre barns meninger og perspektiv. De kan bli veldig intense i leken og kan slite ut andre barn. De kan derfor ha vansker med å holde på venner og står i fare for å bli upopulære, ensomme og isolerte. Hos eldre barn kan variasjonen i væremåte bli mer fremtredende, hvor det veksles mellom perioder med høyt aktivitetsnivå og perioder med mer normal aktivitet, eller av og til nedsatt aktivitet.

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

- Atferdsforstyrrelser
- Affektive lidelser
- Angst
- Tilknytningsforstyrrelse
- Spesifikke lærevansker, herunder språk- og matematikkvansker
- Motoriske problemer
- Autistiske symptomer
- Tics og Tourettes syndrom
- Søvnvansker
- Nevrologiske forstyrrelser
- Generelle lærevansker
- Bipolar lidelse
- Tilpasningsforstyrrelser
- Posttraumatisk stress
- Rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet kan debutere i tenårene

Barn og unge med AD/HD får ofte disiplinærvansker mer på grunn av tankeløse brudd på normer og regler enn på grunn av bevisst utfordrende atferd. Symptomer på AD/HD kommer til uttrykk på skolen i form av svake skolerresultater og vansker i forhold til lærere og medelever. Flere studier har vist at barn med AD/HD sett under ett, oppnår dårligere skolerresultater enn sine jevnaldrende (35).

Det er særlig tre årsaker til at barn med AD/HD møter problemer i skolesammenheng. Den første har sammenheng med at konsentrasjonsvansker, nedsatt arbeidsminne og dårlig impulskontroll er årsak til vansker i fag som matematikk og språk. Den andre har sammenheng med startvansker og motivasjonsvansker i de fagene som elevene er minst motivert for. Den tredje årsaken til skoleproblemer har sammenheng med atferdsvansker, der eleven har problemer med å overholde skolens regler for oppførsel og sosialt samvær. I hvilken grad dette er til stede hos den enkelte elev med AD/HD, vil imidlertid variere.

Skolevanskene kan også være til stede ved andre diagnoser og utviklingsforstyrrelser. Elever med vansker må derfor undersøkes videre, for eksempel ved henvisning til PPT eller en spesialpedagogisk enhet, for å få utredet type og grad av lærevansker. Dette kan gjøres parallelt med en utredning i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Les mer om skole og AD/HD i kapittel 7 "Tilpasset opplæring for elever med AD/HD".

3.7 AD/HD hos voksne

Noen som får diagnostisert AD/HD i voksen alder, har ikke fått vurdert sine symptomer og funksjonsvansker tidligere. Med økende krav i skole-, studie - eller jobbsituasjon kan problemene ha blitt tydeligere. Symptomene kan også ha vært tildekket av sykdom eller andre psykiske vansker. Hos voksne vil kjernesymptomene (konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet) komme til uttrykk på en annen måte enn hos barn og unge.

Konsentrasjonsvanskene kan føre til nedsatt stresstoleranse, vansker med å holde oversikt og følge tidsfrister, samt økt avledbarhet og kjedsomhet. Hyperaktiviteten viser seg mer som indre uro, anspenhet, overdreven pratsomhet, rastløshet og manglende evne til å sitte i ro over tid. Impulsiviteten kan komme til uttrykk som utålmodighet, og ved at personen handler uten å tenke seg om. Dette kan føre til hyppig inngåelse av nye relasjoner og arbeidsforhold. Impulsivitet kan også vise seg som mer spenningsøkende atferd enn det som er vanlig i voksen alder.

Hos voksne er de vanligste komorbide tilstandene:

- Affektive lidelser
- Angst
- Personlighetsforstyrrelser (atferdsforstyrrelser)
- Rusmiddelavhengighet
- Søvnvansker
- Posttraumatisk stress

3.8 Miljømessige forhold og utfordringer for pårørende og familie

Den nasjonale kartleggingen av tilbudet om diagnostisering og behandling viste at det i 2003 tok om lag fire år fra foreldrene til barn med AD/HD identifiserte problemet til diagnosen ble stilt (36). AD/HD symptomene påvirker tilværelsen betydelig både for pasienten og den nærmeste familien.

Mange foreldre har prøvd lenge å takle barnets uro, sinneutbrudd, søvnvansker, impulsivitet og problemer på skolen og blant venner før en utredning er kommet i gang (37). Selv med god tilgang på ressurser og gode økonomisk kår, vil det være vanskelig for familier som har barn og unge med AD/HD å opprettholde en stabil tilværelse (38). Utfordringene ved å ha et barn med AD/HD i familien vil påvirke tilværelsen for søsken, enten i direkte omgang med den som har AD/HD, eller indirekte ved at foreldrene har mindre tid og overskudd (39). Vanskene blir ytterligere forsterket dersom en eller begge foreldrene selv har AD/HD.

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».

De psykososiale forholdene har også betydning for utviklingen videre i ungdomsårene og senere i livet. For en voksen med AD/HD vil ekteskap, samliv og barneoppdragelse, samt praktiske gjøremål og økonomiske og familiære forpliktelser innebære økt stress (40). Dette fører til utfordringer for ektefelle eller partner og barn.

Riktig behandling og tiltak fra helsevesen, skole og andre offentlige støttespillere på et så tidlig tidspunkt som mulig kan bidra til at personer med AD/HD får et så godt liv som mulig.

4 Utredning og diagnostisering.

Når en person med uttalte symptomer på AD/HD søker om hjelp, kreves det en nærmere utredning for å finne ut hva som kan være årsaken og hvilke behandlingstiltak som kan anbefales. Formålet med en utredning er å belyse, synliggjøre og avklare ressurser og problemer på en systematisk måte, slik at det er mulig å stille en diagnose og anbefale behandling og tiltak. En utredning vil omfatte både kartlegging av symptomer hos den som utredes, innhenting av informasjon fra andre personer og en sortering av hva som kan knyttes til AD/HD, og hva som eventuelt hører til andre diagnoser.

4.1 Å sette en AD/HD diagnose

En AD/HD diagnose kan ikke stilles utelukkende på grunnlag av spørreskjemaer eller observasjoner, men først etter en samlet klinisk vurdering av symptomene i tråd med fastsatte diagnosekriterier og en nøyte differensialdiagnostisk vurdering. I praktisk diagnostikk bruker vi i Norge to diagnosesystemer: International Classification of Diseases, versjon 10 (ICD-10) (27) og det amerikanske Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versjon 4 Text Revision (DSM-IV-TR) (28).

WHO's diagnosemanual ICD-10 bruker betegnelsen hyperkinetisk forstyrrelse (F90) og har undergruppene forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet, hyperkinetisk atferdsforstyrrelse, andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser og uspesifisert hyperkinetisk forstyrrelse. Det kreves minst seks symptomer på svikt i oppmerksomhet, minst tre symptomer på hyperaktivitet og minst ett symptom på impulsivitet. ICD-10 ekskluderer vanligvis AD/HD ved samtidige (komorbide) tilstander som angstlidelser, schizofreni, affektive lidelser og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse.

DSM-IV bruker forkortelsen AD/HD (314) og omfatter følgende tre undergrupper: AD/HD kombinert type (med både oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet), AD/HD med overveiende oppmerksomhetssvikt, og AD/HD med overveiende hyperaktivitet og impulsivitet. Det kreves tilstedeværelse av seks eller flere symptomer på uoppmerksomhet og/eller seks eller flere symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet. DSM-IV utelukker ikke at tilstander som utviklingsforstyrrelse, schizofreni eller andre psykiske lidelser kan forekomme samtidig med AD/HD diagnosen, men symptomene skal ikke forekomme bare i forløpet av annen lidelse, eller bedre være forklart av en annen lidelse.

Norge er pålagt å bruke ICD-10 som offisielt klassifikasjonssystem for sykdommer. I praksis brukes også DSM-IV kriteriene for AD/HD, ikke minst på grunn av at det foreligger mye forskning som støtter seg på denne definisjonen. Som et tillegg til kriteriene for hyperkinetisk forstyrrelse i ICD-10, er det laget en egen oversikt, ICD-10 Research Criteria, som blant annet blir brukt i forskning på AD/HD. Dette er en tilpasning til kriteriene for AD/HD i DSM-IV.

DSM-IV er forbundet med mindre omfattende funksjonsnedsettelse enn ved hyperkinetisk forstyrrelse beskrevet i ICD-10, der alle tre kjernesymptomene på AD/HD må være tilstede

for at diagnosen skal kunne settes. For begge diagnosesystemene skal symptomene ha vært tilstede i minst seks måneder og ført til funksjonsnedsettelse på minst to områder: i familiær, sosial, skolerelatert eller yrkesrelatert sammenheng. Enkelte av symptomene som har ført til funksjonsvansker skal ha vært til stede før syvårsalderen.

Betegnelsen ADD blir av og til benyttet for AD/HD uoppmerksom type. Dette er en betegnelse som var knyttet til DSM-III, men betegnelsen er ikke lenger i bruk i DSM-IV.

4.2 Diagnosekriterier

4.2.1 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.
 - a. er ofte ikke oppmerksom på detaljer, eller gjør feil på grunn av skjødesløshet, i skolearbeid, arbeid, eller i andre aktiviteter
 - b. klarer ofte ikke å fokusere oppmerksomhet over tid i forhold til arbeidsoppgaver eller lek
 - c. hører ofte tilsynelatende ikke på hva som blir sagt til ham/henne
 - d. klarer ofte ikke å følge instruksjoner eller å gjøre ferdig skolearbeid eller arbeidsoppgaver (ikke på grunn av uvilje eller manglende forståelse av instruksjoner)
 - e. har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter
 - f. prøver ofte å unngå, eller misliker sterkt, oppgaver som for eksempel hjemmelekser som krever vedvarende konsentrasjon
 - g. roter ofte bort eller mister ting som er nødvendig for visse aktiviteter som hjemmelekser, for eksempel blyanter, bøker, leker eller verktøy
 - h. blir lett distrauert av ytre stimuli
 - i. 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.
 - a. er ofte rastløs med hender eller føtter eller vrir seg i stolen
 - b. forlater plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner hvor det er forventet at han/hun skal sitte stille
 - c. løper ofte omkring eller klatrer rundt i situasjoner hvor det ikke er passende (hos ungdom og voksne finnes kanskje bare en følelse av rastløshet)
 - d. er ofte unødig støyende under lek eller har vanskeligheter med å involvere seg stille i fritidsaktiviteter
 - e. 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.
 - a. buser ut med svaret før spørsmålet er ferdigstilt
 - b. mestrer dårlig å stå i kø eller vente på tur i lek/spill eller gruppesituasjoner
 - c. avbryter eller forstyrrer andre (for eksempel bryter inn i andres samtaler eller lek)
 - d. snakker ofte ustoppelig uten å ta hensyn til sosiale begrensninger
- **G4.** Symptomene skal ha startet før fylte 7 år.
- **G5.** Kriteriene bør være oppfylt i mer enn én enkeltsituasjon, for eksempel bør kombinasjon av uoppmerksomhet og hyperaktivitet vise 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.-)

4.2.2 AD/HD i DSM-IV

Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet

A. Enten (1) eller (2) skal være oppfylt

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

- **Oppmerksomhetssvikt**
 - a. svikter ofte på å være nøye med detaljer eller gjør slurvefeil 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 distraherert 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 medfører funksjonsvansker og ikke er 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 til stede 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 utviklingsforstyrrelse, schizofreni eller annen psykotisk lidelse, og blir ikke bedre forklart ved annen psykisk lidelse (for eks. stemningslidelse, angstlidelse, dissociativ lidelse eller personlighetsforstyrrelse).

4.2.3 Undergrupper av AD/HD:

- 314.01 Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet, kombinert form F90.0: 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

For personer (særlig ungdom og voksne) som har symptomer, men som ikke lenger oppfyller samtlige kriterier, skal «i delvis remisjon» spesifiseres.

4.3 Vurdering av funksjonsvansker

Graden av funksjonssvikt hos en person med AD/HD fastsettes etter en klinisk vurdering. For eksempel legges det vekt på hva barnet får til på skolen eller i barnehagen. Det legges også vekt på hva personen utsetter seg for av fysisk risiko og farer og hva som er av vansker i samspillet med familie og venner, vurdert mot hva som er vanlig for alder og utviklingsnivå.

Ikke alle personer med AD/HD fyller symptomene fullt ut når det gjelder konsentrasjonssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. For å stille diagnosen AD/HD, må symptomene minst være forbundet med moderat grad av psykologisk, sosial og/eller utdannings-/yrkesmessig funksjonssvikt.

Ved **moderat eller alvorlig** funksjonssvikt hos barn og unge med AD/HD, er symptomer på oppmerksomhetssvikt og/eller hyperaktivitet og impulsivitet til stede og gir seg utslag på minst to områder, som hjemme, blant venner, i barnehagen eller på skolen.

Graden av funksjonssvikt hos en person vil ofte være påvirket av mange forhold, ikke minst av komorbide tilstander. Ofte vil de utfallsområdene som er mest karakteristiske og iøyenfallende være lettest å vurdere. Det er viktig at følgene av konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker ikke blir oversett. Utredning av pedagogiske vansker vil bidra med viktig tilleggsinformasjon. Denne utredningen kan også være nødvendig i forhold til tiltak i skole og utdanning. Hos barn og unge vil en ofte se funksjonsvansker som svikt i læring og skolefaglige prestasjoner, motoriske vansker og vansker i sosial omgang med jevnaldrende og voksne.

Graden av funksjonssvikt hos barn og unge kan vurderes ved hjelp av funksjonsskalaen CGAS (Children's Global Assessment Scale) som er tilgjengelig for psykisk helsevern for barn og unge (BUP)². En skåre mindre enn 60 er forbundet med behov for behandling og hjelpetiltak.

Også senere i ungdomsårene og i voksen alder vil funksjonsvanskene som følge av AD/HD kunne gi seg utslag i **moderat eller alvorlig** funksjonssvikt på to eller flere områder. Det kan for eksempel være et lavere utdanningsnivå og/eller en lavere yrkesmessig status enn det som er forventet ut fra personens evner og erfaring. Det kan også være større problemer enn det som er vanlig i samhandling med familie, venner og andre nære relasjoner, for eksempel i gjøremål som barneoppdragelse, styring av personlig økonomi, innkjøp og orden i hjemmet. For å få vurdert graden av funksjonsvansker hos voksne foreligger det en norsk oversettelse av Global Assessment of Functioning (GAF) (41). En skåre på GAF lavere enn 60 vil ofte innebære moderate eller alvorlige funksjonsvansker (42).

Det vises til anbefaling 6: «Graden av funksjonsvansker må vurderes».

4.4 Utredning av AD/HD hos barn og unge

De første symptomene på AD/HD hos barn og unge oppdages gjerne hjemme, i barnehagen eller på skolen. Når barn og unge viser symptomer på AD/HD, må dette kunne tas opp i møte mellom pårørende og barnehagen eller skolen, evt. også med helsesøster eller andre fagpersoner som er involvert, slik at behovet for hjelpetiltak og eventuelt videre utredning kan

² Se www.kith.no/bup

bli diskutert. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan i slike tilfeller bidra med viktig informasjon i tillegg til de opplysningene som pårørende kan gi. En sammenstilling av dette vil kunne være tilstrekkelig for å koble inn Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) eller annen spesialpedagogisk kompetanse for en nærmere kartlegging av behovet for tiltak og tilrettelegging i undervisningen.

4.4.1 Anbefalinger om utredning av AD/HD hos barn og unge

Sammenstilling av informasjon fra den kliniske konsultasjonen og informasjon innhentet på andre måter er viktig for å stille en AD/HD diagnose. Spørreskjema utfyllt av pasient, foreldre og andre kan være et godt hjelpemiddel for innhenting og vurdering av opplysninger. Det nordiske spørreskjemaet 5-15 for kartlegging av vansker hos barn i alderen 5 til 15 år, SNAP-IV og Russel Barkleys skjema for skole og foreldre for barn over 12 år kan benyttes.

Selv om tiltak som er satt i gang mens utredningen pågår har positiv effekt, er det viktig å fullføre diagnostiseringen. Oppmerksomhetsvansker kan fortsatt være et stort problem, selv om uro og atferdsvansker er blitt mindre fremtredende.

Anbefaling 1: Barn og unge som har symptomer på AD/HD og funksjonsvansker bør få vurdert behovet for hjelpetiltak, og primærhelsetjenesten (for eksempel fastlege, helsestasjon) bør henvise til spesialisthelsetjenesten for videre diagnostisk vurdering.

Anbefaling 2: Barn og unge med alvorligere funksjonsvansker bør henvises direkte fra primærhelsetjenesten (for eksempel fastlege, helsestasjon) til spesialisthelsetjenesten for diagnostisk vurdering.

Anbefaling 3: For å sette diagnosen AD/HD skal symptomene på oppmerksomhetssvikt og/eller hyperaktivitet/impulsivitet oppfylle kriteriene i ICD-10 eller DSM-IV.

Anbefaling 4: Det skal foreligge en differensialdiagnostisk vurdering og vurdering av komorbiditet foretatt i spesialisthelsetjenesten.

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

Anbefaling 6: Graden av funksjonsvansker må vurderes

4.5 Utredning av AD/HD hos voksne

Tolkning og forståelse av symptomer på AD/HD hos voksne vil være mer avhengig av forholdene rundt personen og vil stille andre krav til innhenting av informasjon, symptomvurdering og dokumentasjon enn hos barn og unge.

De diagnostiske kriteriene for AD/HD er utarbeidet for symptomer i barnealder. Flere symptomer vil kunne være til stede i voksen alder, men ikke alltid fullt ut slik at alle kriteriene for diagnosen er oppfylt. Det diagnostiseres derfor en resttilstand. Symptomkriteriene må derfor justeres etter det som er naturlig for alderen.

4.5.1 Anbefalinger om utredning av AD/HD hos voksne

Som hos barn og unge er det også hos voksne viktig å sammenstille informasjon når en diagnose skal settes. Spørreskjema utfyllt av pasient og pårørende som kan være til god hjelp under utredningen er Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), The Wender Utah Rating Scale (WURS) og Diagnostisk intervju for utredning av AD/HD hos voksne (DIVA). Disse foreligger i norsk oversettelse.

Utredningen skal sannsynliggjøre at personen hadde diagnosen AD/HD som barn etter kriteriene i ICD-10 eller DSM-IV. Epikriser fra tidligere kontakt med helsevesenet, karakterbøker/-utskrifter og lignende offentlig dokumentasjon er eksempler som kan beskrive hvordan symptomer har artet seg.

For noen personer som kommer til spesialhelsetjenesten for andre lidelser, vil det kunne være aktuelt å vurdere om det foreligger symptomer på uoppdaget AD/HD, dersom det har vært vedvarende vansker med konsentrasjon, impulsivitet og uro.

Anbefaling 7: Voksne som kommer til fastlegen, spesialisthelsetjenesten, privatpraktiserende spesialist eller andre relevante fagpersoner (for eksempel spesialpedagogisk rådgiver eller andre med relevant kompetanse) og har symptomer på AD/HD som medfører funksjonsvansker (psykologisk, sosialt, i utdanning eller jobb), bør vurderes med tanke på videre diagnostisering og behandling.

Anbefaling 8: I noen tilfeller kommer foreldre til barn som har fått diagnosen AD/HD med ønsker om selv å bli utredet, fordi de har kjent seg igjen i barnets vansker. Dersom en nærmere vurdering gir grunnlag for å konkludere med funksjonsvansker, bør det tilbys henvisning til spesialisthelsetjenesten for voksne med tanke på videre utredning.

På samme måte som for barn skal det foreligge en differensialdiagnostisk vurdering og vurdering av komorbiditet, jf. anbefaling 4, **samt at graden av funksjonsvansker må være vurdert**, jf. anbefaling 6.

Anbefaling 9: For personer med rusmiddelmissbruk vil det ofte være vanskelig å vurdere aktuelle symptomer så lenge rusmiddelmissbruket pågår. Det er en fordel at utredningen skjer etter at personen er blitt rusfri. Ved alvorlig rusmiddelmissbruk 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.

Anbefaling 10: For voksne som soner fengselsstraff, kan det være aktuelt med henvisning til utredning for AD/HD dersom den innsatte har betydelige problemer med konsentrasjonsvansker, impulsivitet og uro. Der den innsatte soner en lengre dom, bør det legges til rette for å gi behandling med legemidler ved behov.

4.6 Samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Helsestasjon eller fastlege vil i mange tilfeller være de første som vurderer om tilstanden kan være forenlige med AD/HD. Når personer med mistanke om AD/HD blir henvist fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, er det til stor hjelp for den videre utredningen at graden av funksjonsvansker er vurdert. Det er videre viktig at det er vurdert hvordan funksjonsvanskene virker inn på pasienten, pårørende og andre nære personer, samt hvor gjennomgripende dette er på skolen eller på jobben, i hjemmet og i samhandling

med andre.

Enkelte helseforetak har behandlingslinjer for AD/HD hvor prosessen i utredningen og behandlingen av AD/HD er nærmere beskrevet (se www.helsebiblioteket.no).

4.6.1 Utredning hos fastlegen/primærhelsetjenesten

I innledende konsultasjon for å undersøke om vanskene kan være forenlig med AD/HD stilles spørsmål om:

- hva pasienten/pårørende mener er problemet
- når symptomene startet
- omfang av kjernesymptomer på AD/HD
- grad av funksjonsnedsettelse
- om det er andre sykdommer, familieproblemer, mobbing eller annet som kan virke inn
- opplysninger om eventuelle komorbide emosjonelle problemer, atferdsproblemer eller lærevansker

En utredning hos fastlege inneholder :

- en grundig anamnese med vekt på utviklingshistorien
- informasjon om tidligere og aktuelle somatiske og psykiske sykdommer
- relaterte sykdommer hos øvrige familiemedlemmer
- familiesituasjon og sosial tilpasning
- tilleggsopplysninger om skolegang, eventuelt utdanning og arbeid, fritidsaktiviteter og interesser.
- medisinske undersøkelser, blodprøver og rusmiddeltesting på indikasjon

Det er viktig å kartlegge symptomene bredt slik det blir rapportert av pasient, pårørende og skole/barnehage. Her kan det benyttes standardiserte spørreskjemaer utfyllt av pasienten selv, foreldre eller andre pårørende og andre med god kjennskap til pasienten, for eksempel fra lærer (se kap 4.4.1 og 4.5.1). Spørreskjemaer kan ikke brukes som diagnostisk instrument alene.

Tilleggsinformasjon fra helsestasjon, PPT, kommunepsykolog/psykolog eller andre er i mange tilfeller også nødvendig:

- kartlegging av skolesituasjonen
- observasjon
- psykologiske og pedagogiske tester med tanke på tiltak i undervisning og arbeid

Det kan være nødvendig med tettere oppfølging over en periode for å observere hvordan AD/HD symptomene gir seg utslag før det henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

Hvis AD/HD vurderes som sannsynlig, henvises pasienten til spesialist for differensialdiagnostisk vurdering og diagnostisk konklusjon. Dette gjøres også hvis det er mistanke om at det er andre psykiske eller nevrologiske årsaker til pasientens problemer som krever utredning hos spesialist, jf. anbefaling 4.

4.6.2 Utredning/diagnostisering i spesialisthelsetjenesten.

En utredning av AD/HD skal fullføres i spesialisthelsetjenesten med hensyn til diagnostisk konklusjon om hvorvidt pasienten har en AD/HD-diagnose. Det skal foretas en differensialdiagnostisk vurdering og vurdering av komorbiditet, jf. anbefaling 4.

Anbefaling 11: Spesialisthelsetjenesten skal ha kompetanse i å vurdere symptomer på AD/HD og komorbide tilstander.

Ved behov må spesialisthelsetjenesten:

- henvise til videre psykologisk/nevropsykologisk/pedagogisk testing og utredning.
- vurdere igangsetting av aktuelle behandlings- og hjelpetiltak.
- vurdere behov for aktuell behandling og hjelpetiltak dersom det ikke konkluderes med AD/HD.
- vurdere behovet for henvisning til annen relevant spesialist
- iverksette behandling med legemidler når det anses som nødvendig
- tilbakeføre pasienten til fastlegen når det er mulig og naturlig
- foreta en ny spesialistvurdering hvis pasienten henvises fra primærhelsetjenesten på nytt

Anbefaling 12: Ved tilbakeføring til fastlegen/primærhelsetjenesten skal spesialisthelsetjenesten gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold jf. veiledningsplikten (3)

5 Behandlingstiltak og oppfølging

Behandling for AD/HD har som hovedmål å redusere AD/HD-symptomer, bedre funksjonen i hverdagen og forhindre eller begrense utviklingen av tilleggsproblemer. Behandlingstiltak vil ofte omfatte tilrettelegging av undervisning, spesialpedagogiske tiltak, medisinsk behandling, behandling hos psykolog eller psykiater, samt psykososiale tiltak og tilrettelegging i jobb og hverdagsliv.

Siden AD/HD oftest forekommer sammen med komorbide tilstander, vil behandlingen for mange være en kombinasjon av ulike tiltak. Ofte vil det være slik at den dominerende tilstanden må behandles først. Hos noen kan det være aktuelt med behandling og hjelpetiltak for andre medisinske sykdommer. Vellykket behandling av AD/HD-symptomene vil kunne bidra til at nødvendige behandlingstiltak for disse blir mer effektive.

Behandlingen som tilbys personer med AD/HD, bør være basert på alvorlighetsgraden av AD/HD, hvilken undergruppe av AD/HD som foreligger, pasientens alder, eventuelle komorbide diagnoser, tilleggsversker og andre sykdommer, jf. anbefaling 3, 4 og 6. I tillegg må det tas hensyn til annen behandling med legemidler, familiær status og livssituasjon.

5.1 Psykoedukasjon

Etter at diagnosen er satt, er det viktig med psykoedukative tiltak. Dette er tiltak som bidrar til at pasienter med AD/HD, foreldre, søsken og andre foresatte får informasjon og opplæring om AD/HD. De vil i første rekke bestå av muntlig og skriftlig informasjon om diagnosen, hvilke følger den har og pasientens behov for støtte og oppfølging, om behandling og ønsket effekt av denne, samt bivirkninger. Opplæringen kan også inkludere personell i barnehage, lærere og andre nære familiemedlemmer. Informasjon om symptomer, kriterier for diagnosen, råd om hvordan symptomene kan håndteres, skoletiltak og rettigheter skal gjøres tilgjengelig for pasienten og pårørende som skriftlig materiell som deles ut, materiell som er gjort tilgjengelig på internettet eller gjennom kontakt med brukerforeningen ADHD Norge. Det kan også gis som opplæring individuelt eller i mindre grupper.

5.2 Individuell plan

Ansvarsgruppe og individuell plan (43;44) vil være viktige redskaper for å koordinere tiltak og fremme behandlingen. Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Ansvarsgruppe opprettes for å koordinere arbeidet med individuell plan, jf. anbefaling 15.

5.3 Psykologisk behandling og kognitive metoder

En rekke psykologiske behandlingsmetoder kan være aktuelle for pasienter med AD/HD. Det kan være bruk av kognitive atferdsteknikker og foreldretreningsprogrammer, særlig for familier med barn og unge med komorbide atferdsforstyrrelser er foreldretreningsprogrammer aktuelle.

Barn og unge med AD/HD som har vansker med å omgås venner, kan ha god nytte av sosial trening, for eksempel gjennom deltakelse i små grupper på skolen. Voksne pasienter med AD/HD kan ha nytte av psykologisk behandling individuelt eller i grupper, selvinstruksjon, rådgivning og bruk av coach. Det vil variere en del hvilke metoder som tilbys og hvor tilgjengelig disse er. Helsetjenesten og lærings og mestringssentrene ved de ulike helseforetakene vil kunne gi mer detaljert informasjon om tilbudet lokalt i de ulike kommunene og helseforetakene. Brukerforeningen ADHD Norge vil også ha oversikt over hva som er tilgjengelig.

5.4 Likemannsordning

Brukerforeningen ADHD Norge tilbyr en ordning med likemenn. En likemann er et medlem i brukerforeningen som selv har barn/unge med ADHD. Det er også noen som er likemenn for voksne med diagnosen. En likemann er ikke en fagperson, men en som selv har erfaring og har underskrevet en taushetsavtale og fått opplæring i det å være likemann.

5.5 Stønadsordninger

Det eksisterer enkelte stønadsordninger som foreldre til pasienter med AD/HD kan ha rett til på grunn av tap av inntekt og merutgifter i forbindelse med barnets omsorgsbehov.

De viktigste ordningene er:

- Omsorgspenger: Dekker tapt arbeidsinntekt for forsørgere som har flere barn og som trenger å være borte fra jobben flere dager enn de sykedagene man vanligvis har rett til på grunn av syke barn.
- Opplæringspenger: Når barnet er innlagt i godkjent helseinstitusjon og/ eller opplæring, kan begge foreldre få opplæringspenger.
- Hjelpetønad: For barn med nedsatt funksjonsevne som må ha mer hjelp, tilsyn og stimulering, opplæring og/ eller trening enn andre barn.
- Grunnstønad: Visse typer løpende ekstrautgifter kan gi rett til grunnstønad etter lov om folketrygd.
- Omsorgslønn: Hvis barnet har et særlig stort hjelpebehov kan det søkes om omsorgslønn.

5.6 Kosthold

Uro hos barn blir ofte satt i forbindelse med kosthold, og det foreligger en del råd om kosthold for å dempe hyperaktivitet, lærevansker og konsentrasjonsproblemer. 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 har varig virkning for barn med AD/HD.

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 (45). Her er det behov for flere kontrollerte studier.

Sukker kan gi hyperaktivitet, uro og uoppmerksomhet hos barn generelt, men høyt inntak av sukker er ingen årsak til AD/HD og en sukkerfri diett vil ikke være tilstrekkelig behandling ved uttalte AD/HD symptomer.

5.7 Tiltak før diagnosen er satt

Det er flere tiltak som kan igangsettes mens utredningen pågår. For eksempel er det viktig å informere om symptomer, hva utredning innebærer og informasjon om stønadsordninger. Flere av tiltakene som kan settes i verk på skolen og i arbeidslivet, for eksempel skjerming mot forstyrrelser og bruk av IKT-hjelpemidler, kan være basert på pasientens funksjonsvansker uten at det må foreligge en sikker diagnose. Tiltak som iverksettes må imidlertid ikke forsinke utredningen.

5.7.1 Forslag til tiltak som kan iverksettes mens utredningen pågår

Helsepersonell kan bistå med å gi informasjon om diagnosen, symptomer, funksjonsvansker og behandling til barnehage/skole og pasientens lærer.

Råd om kosthold kan være aktuelt, da mange pasienter og pårørende har spørsmål knyttet til dette.

Anbefaling 13: Pasienten og pårørende skal ha informasjon om symptomer, antatte årsaksforhold, klinisk forløp, behandlingsmuligheter og prognose, jf. helsepersonelloven (4) og pasientrettighetsloven (5). Dette kan være informasjonsmateriell om diagnosen, behandling og rettigheter samt opplysninger om brukerorganisasjoner og seriøse nettsteder.

For eksempel:

- Pasienten og pårørende bør få opplæring i behandling og hvordan pasienten best kan leve med sykdommen.
- Barn som er gamle nok, skal selv ha informasjon og opplæring, jf. Pasientrettighetsloven (5) § 3 – 4.
- Pasienten og pårørende kan ta kontakt med brukerorganisasjonen ADHD Norge (www.adhdnorge.no) som har lokallag i de enkelte fylker og tilbyr kurs og aktiviteter.
- Pårørende og lærere til barn og unge med AD/HD kan ha god nytte av hjelp til å identifisere spesielle problem-situasjoner og finne teknikker for å mestre dem. Bruk av enkle og tydelige beskjeder og umiddelbar ros og positiv tilbakemelding er metoder for å fremme ønsket atferd.
- Ved søvnvansker kan det gis råd om søvnhygiene og ev. lysbehandling. Det kan også være aktuelt å gi melatonin ved leggetid, se punkt 5.10.1.
- Informasjon om retten til "tilpasset opplæring" jf. opplæringslovens (46) § 1-3. (Les mer i kapittel 7 "*Tilpasset opplæring for elever med AD/HD*").
- Barn, unge og voksne med AD/HD som er under utdanning og ikke har tilstrekkelig utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett på spesialundervisning jf. opplæringslovens § 5-1. Alle som mottar spesialundervisning har rett til å få utarbeidet en individuell opplæringsplan jf. opplæringslovens § 5-5 (46).
- Innsats og oppfølging i barnehagen og skolen som er i samsvar med de spesifikke

vanskene som barnet har, kan settes i verk.

- Ansvarsgruppe og individuell plan vil i mange tilfeller være viktige redskaper for å koordinere tiltak og fremme behandlingen.
- For barn og unge med atferdsvansker, hvor det også foreligger mistanke om AD/HD, kan atferdsbaserte foreldretreningsprogrammer og lærertreningsprogrammer være aktuelle, også før det foreligger en sikker AD/HD diagnose (Se kapittel 8).
- For voksne kan det være behov for å tilrettelegge arbeidet og i enkelte tilfeller også tilrettelegging av utdanning og undervisning.

Anbefaling 14: Det bør gjøres en individuell vurdering av hvilke tiltak den enkelte pasient vil ha mest nytte av

Anbefaling 15: Behovet for ansvarsgruppe og individuell plan må alltid vurderes jf. retten til individuell plan.

5.8 Behandling for barn og unge

Tilrettelegging og spesialpedagogiske tiltak i barnehage og skole, i tillegg til behandling med legemidler, er de vanligste tilbudene for barn og unge med AD/HD.

Bruk av kognitive behandlingsmetoder har vist seg å ha effekt på barn med AD/HD der den beste virkningen er i kombinasjon med legemiddelbehandling, især ved alvorlige funksjonsvansker (47).

Psykoedukative tiltak har også vist seg å ha effekt. For eksempel er et svensk manualbasert foreldreutdanningsprogram, Strategi, som retter seg spesielt til foreldre som har barn med AD/HD i alderen 4-12 år (48) prøvd ut i Norge. Foreldrekursene ledes av fagfolk som har spesialpedagogisk eller psykologisk kompetanse og som er blitt sertifisert.

Trening av hukommelsesfunksjonen (arbeidsminne) utprøvd i kontrollerte studier har vist lovende resultater hos barn med AD/HD (49). 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.

Opplæring i sosiale ferdigheter kan bidra til at det etableres positive relasjoner til jevnaldrende og voksne. Barn med AD/HD kan lett bli ensomme og isolerte (50). Skolebaserte programmer basert på små grupper vil kunne bedre de sosiale ferdighetene til barn og unge med AD/HD.

5.8.1 Råd og anbefalinger om behandling for førskolebarn med AD/HD

Når barn under seks år har fått en AD/HD-diagnose, er det viktig med tilrettelegging i

barnehage og med foreldreveiledning. Etter samtykke fra de pårørende, er informasjon til ansatte i barnehagen viktig. PPT kan her være en aktuell samarbeidspartner. Atferdsbaserte treningsprogrammer kan være aktuelt for førskolebarn som har atferdsproblemer i tillegg til AD/HD.

Anbefaling 16: Barnet bør henvises til spesialisthelsetjenesten dersom problemene er så omfattende at annen behandling må vurderes.

Anbefaling 17: Behandling med legemidler til barn under seks år anbefales ikke, og er bare unntaksvis aktuelt.

5.8.2 Råd og anbefalinger om behandling for barn og unge med AD/HD

Behandlingstiltak som kan settes i verk:

- kognitiv atferdsbasert gruppebehandling
- individuell psykologisk behandling basert på kognitive atferdsmetoder, særlig for behandling av angst, depresjon eller atferdsvansker
- foreldreveiledning og tilbud om tiltak i skolesituasjonen, se kap. 7 og 8.
- behovet for ansvarsgruppe og individuell plan skal vurderes, jf. rett til individuell plan og anbefaling 15
- bruk av tekniske hjelpemidler som pc og mobiltelefon kan være tiltak for å støtte struktur i hverdagen

Anbefaling 18: I tillegg til tiltak som settes i verk i skolen, kan behandling med legemidler vurderes for barn med **moderate funksjonsvansker**. Dette er ikke førstevalget, men kan forsøkes når andre tiltak ikke har gitt tilstrekkelig effekt.

Anbefaling 19: Behandling med legemidler har vist seg å være det mest effektive for barn og unge med **alvorlige funksjonsvansker** og vil vanligvis være førstevalget i tillegg til tiltak i skolen og foreldreveiledning.

5.8.3 Råd og anbefalinger ved overgang til voksen alder

Når en ungdom med AD/HD som har et tilbud i spesialisthelsetjenesten fyller 18 år, kan de ha behov for å henvises videre til psykisk helsevern eller eventuelt til habiliteringstjenesten for voksne. Unge kan imidlertid bli fulgt opp av psykisk helsevern for barn og unge til de er 23 år dersom de har behov for det.

Unge over 18 år som har et avsluttet forhold til psykisk helsevern, kan henvises til spesialhelsetjenesten for voksne via sin fastlege, dersom det er behov for slik oppfølging. Det er viktig å planlegge overføringen til spesialhelsetjenesten for voksne i så god tid at unødvendige brudd i behandlingen unngås.

Mange går fortsatt på skole eller er under opplæring og vil ha behov for tilrettelegging av undervisningen og eksamener og spesialpedagogiske tiltak. Retten til videregående opplæring gjelder til en person har fylt 25 år. Unge med spesielle behov har etter opplæringsloven en utvidet rett til videregående utdanning (46).

Anbefaling 20: Planen for behandling skal vurderes i samråd med pasienten.

Anbefaling 21: Dersom unge og voksne har hatt et opphold i behandlingen med legemidler mot AD/HD, bør behovet for fortsatt behandling revurderes og ev. gjenopptas.

Anbefaling 22: Epikrise og andre nødvendige opplysninger skal overføres til spesialisthelsetjenesten for voksne i samråd med pasienten når det er behov for en slik overføring.

Anbefaling 23: Helsepersonellet som overtar ansvaret for en pasient, skal selv vurdere AD/HD symptomene, behovet for hjelpetiltak på skolen eller i arbeid, og behovet for behandlingstiltak rettet mot grunnlidelsen og eventuelle komorbide vansker.

Anbefaling 24: Unge som har uttalte vansker i forbindelse med skolegang, skal ha en særskilt vurdering av behovet for tilrettelegging for videre i utdanningsløpet og koordinering med NAV.

5.9 Behandling for voksne

Alvorlighetsgraden av AD/HD hos voksne kan variere avhengig av livssituasjon og utfordringer. Mange voksne med AD/HD foretrekker å klare seg mest mulig på egen hånd, uten spesielle behandlingstiltak, især når funksjonsvanskene gjør seg mindre gjeldende.

Det er dokumentert god effekt av kognitiv atferdsterapi, individuelt eller i gruppe, både som tiltak alene, eller sammen med medisiner (51). Effekten har vist seg å vare opp til et år etter avsluttet behandling (52). Mange kan også ha nytte av selvhjelpsprogrammer, rådgivning og bruk av coach.

På tross av godt dokumentert kortsiktig effekt av legemidler, og indikasjoner på god langsiktig virkning fra åpne studier, er det vist tidlig seponering og kort varighet av behandling hos mange voksne pasienter med ADHD, selv om symptomene og funksjonsvanskene ikke er vesentlig redusert (53;54). Bivirkninger og manglende effekt er de hyppigst rapporterte årsakene til at voksne avbryter behandling med legemidler. Selv om det finnes noen få studier på langtidseffekt, er ikke langtidseffekten av behandling for voksne godt nok dokumenterte, verken for metylfenidat, amfetaminer eller atomoksetin.

Mange voksne med AD/HD vil fortsatt ha noen av funksjonsvanskene de hadde som barn, for eksempel i forbindelse med utdanning eller i arbeid. Deltakelse i arbeidslivet innebærer ofte oppdatering av kunnskap og ferdigheter. Tilrettelegging av utdannings- eller arbeidssituasjonen vil kunne gjøre denne utfordringen mindre.

5.9.1 Råd og anbefalinger om behandling for voksne

Voksne med AD/HD kan etter opplæringsloven ha rett til opplæring og tilrettelagt undervisning. For noen pasienter vil det være behov for oppfølging og koordinering i forhold til habiliteringstjenesten og NAV. Psykoedukasjon er et viktig virkemiddel ved AD/HD og

regnes som en del av behandlingen.

Bruk av tekniske hjelpemidler som pc og mobiltelefon kan være tiltak for å støtte struktur i hverdagen for eksempel i forbindelse med utdanning eller jobb.

Som for barn og unge er legemiddelbehandling av voksne med AD/HD en del av et mer omfattende behandlingsprogram som kan bestå av informasjon, psykiatrisk/psykologisk/psykososial behandling, atferdstiltak og tiltak i utdanning og arbeidsliv.

Anbefaling 25: Behandling med legemidler bør tilbys til voksne med AD/HD når funksjonsvanskene er **alvorlige eller moderate**.

5.10 Behandling og oppfølging av komorbide tilstander og tilleggsvansker.

Pasienter med AD/HD som har pedagogiske tilleggsvansker og behandlingstrengende komorbide tilstander vil som regel ha behov for at disse følges opp med egne former for tiltak og behandling. For pedagogiske tilleggsvansker beskrives tiltakene i kapittel 7. Psykiatriske tilleggsvansker vil ofte debutere tidligere hos pasienter med AD/HD enn hos andre og vil kunne ha et alvorligere forløp. Psykiske lidelser, rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet, søvnforstyrrelser og atferdsvansker vil ofte kreve egne behandlingsopplegg. Det vil derfor være behov for en systematisk utprøving av aktuelle behandlingsalternativer, for å få kunnskap om hva som virker for den enkelte pasient.

For barn opp til 12 år tilbys det en del steder foreldre- og lærerbaserte atferdsprogrammer for barn med atferdsvansker. Atferdsprogrammene kan bidra til å strukturere omgivelsene for barn med AD/HD som også har atferdsvansker. De to programmene det er mest erfaring med i Norge er 1) «De Utrolige Årene» (DUÅ) opprinnelig utviklet av den amerikanske psykologen Carolyn Webster-Stratton, og 2) «Parent Management Training» (PMTO), utviklet ved Oregon Social Learning Center (55).

Det er dokumentert at programmet DUÅ har positiv effekt på atferdsvanskene i hjemmet for barn med AD/HD, men forskning har foreløpig vist liten effekt på kjernesymptomer ved AD/HD som oppmerksomhetsvansker og uro i klasserommet.

I tillegg til PMTO og DUÅ er Russel Barkleys gruppebaserte program for barn mellom seks og tolv år med AD/HD og atferdsvansker, og deres foreldre, tilgjengelig enkelte steder i landet (56).

For unge over 12 år med komorbide atferdsvansker finnes atferdsprogrammet Multisystemisk terapi (MST), der behandling blant annet rettes inn på å styrke foreldrenes rolle.

Det vises til kap. 8 for mer informasjon om foreldre- og atferdsprogrammer.

Andre tiltak som kan bidra er opprettelse av ansvarsgruppe og individuell plan (se anbefaling 15).

Økt forekomst av kriminalitet hos unge med AD/HD synes å være knyttet til komorbid atferdforstyrrelse i tillegg til rusmiddelmisbruk (33;57). Rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak kan derfor være av stor betydning.

Anbefaling 26: AD/HD-pasienter som har behandlingstrengende tilleggdiagnoser, bør få en samlet vurdering av sine behandlingsbehov.

Anbefaling 27: Barn, unge og voksne med AD/HD, som går på skole eller er i en utdanningsituasjon, bør få vurdert behov for tiltak i skolen. Se kapittel 7 om tilpasset opplæring.

Anbefaling 28: Barn og unge som har en komorbid atferdsdiagnose bør få vurdert behovet for atferdsmodifiserende tiltak. Se kapittel 8 om metoder for å avhjelpe atferdsforstyrrelser.

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 (58).

Anbefaling 30: Komorbide tilstander som depresjon (59), bipolar lidelse, angsttilstander, personlighetsforstyrrelser, atferdsproblemer, autismespekterforstyrrelser, tics og Tourettes syndrom må vurderes.

Anbefaling 31: Ved psykiatriske tilleggsvansker skal selvmordrelaterte tanker og atferd følges nøye opp (60).

Anbefaling 32: Den diagnosen som gir pasienten størst problemer, bør behandles først.

Anbefaling 33: Det bør vises forsiktighet med å iverksette behandlingstiltak rettet mot ulike tilstander samtidig.

5.10.1 Søvnproblemer

Ved søvnproblemer kan det gis generelle råd om god søvnhygiene. Bruk av dagslyslampe om morgenen kan være nyttig dersom man ikke har tilgang på naturlig dagslys. Det er vist at mange barn med AD/HD har forsinket produksjon av melatonin i hjernen og derfor vil kunne ha nytte av tilskudd av melatonin om kvelden gitt ½ time før sengetid (61).

Anbefaling 34: Til barn, unge og voksne med uttalte søvnevansker kan melatonin som kapsler forsøkes. Dette kan rekvireres via ordningen med godkjenningsfritak, se www.legemiddelverket.no/Godkjenning. (www.legemiddelverket.no/regelverk/Godkjenningsfritak/Sider/default.aspx)

Anbefaling 35: Melatonin med depotvirkning (f.eks Circadin®) anbefales ikke brukt ved innsovnings-vanskeligheter hos personer med AD/HD.

5.10.2 Førerkort

Det har vært spesiell fokus på trafikkatferd, og at unge bilførere med AD/HD er involvert oftere enn det som er vanlig i ulykker og brudd på trafikkreglene. Dette synes først og fremst å være knyttet til personer som har en komorbid atferdsforstyrrelse i tillegg til AD/HD (62). Helsekravene for de lavere førerkortklassene er ifølge førerkortforskriften vanligvis oppfylt ved AD/HD uten komorbide atferdsforstyrrelser (63). Flere mindre studier viser at behandling

med metylfenidat gir bilførere med AD/HD bedre kjøreferdigheter.

Anbefaling 36: Dersom personen har en atferdsforstyrrelse i tillegg til AD/HD, anbefales det en individuell vurdering av kjøreegenskaper og tilgang til førerkort.

6 Behandling med legemidler hos barn, unge og voksne

Bruk av legemidler i behandlingen av AD/HD skal være i tråd med informasjon fra Legemiddelverket. Det er to typer legemidler som har indikasjon AD/HD. Den ene typen tilhører gruppen sentralstimulerende legemidler; metylfenidat og amfetamin. Den andre typen er ikke sentral stimulerende; atomoksetin.

6.1.1 *Anbefaling før oppstart av behandling med legemidler*

Anbefaling 37: Før oppstart av behandling med legemidler bør

- barn og unge og deres foresatte, og voksne med diagnosen AD/HD informeres om virkning og mulige bivirkninger av legemiddelet
- den psykiske helsetilstanden vurderes
- sosiale forhold i hjemmet kartlegges
- fullstendig sykehistorie tas opp, inkludert ev. familiær forekomst av hjerte- og karsykdommer
- den fysiske helsetilstanden kartlegges (måling av høyde, vekt, puls, blodtrykk og vurdering av hjerte/kar symptomer)
- elektrokardiogram (EKG) tas dersom det er forekomst av alvorlig hjerte/kar sykdom i familien, ved tilfeller av plutselig hjertedød hos yngre familiemedlemmer eller unormale funn ved hjerteundersøkelser av barnet
- blodprøver tas på indikasjon
- bruk av rusmidler kartlegges og risiko for rusmiddelmisbruk vurderes

6.1.2 *Anbefalinger ved behandling med legemidler*

Anbefaling 38: Behandling med sentralstimulerende legemidler bør igangsettes av legespesialist.

Anbefaling 39: Behandlingen skal startes opp etter en omfattende utredning som har ledet fram til diagnosen AD/HD og etter at en differensialdiagnostisk vurdering og vurdering av eventuelle komorbide tilstander er gjennomført.

Anbefaling 40: Behandling med legemidler til barn og unge skal være ett av flere tiltak i en behandlingsplan, hvor andre tiltak kan være tilrettelegging i skole og utdanning, deltakelse i atferdsbaserte foreldretreningsprogrammer eller andre typer tiltak.

6.1.3 Anbefalinger ved oppfølging etter at behandling med legemidler er påbegynt

Anbefaling 41: Ved oppstart av legemiddelbehandlingen skal pasienten følges nøye opp med tanke på virkning og eventuelle bivirkninger.

Anbefaling 42: Situasjonen skal evalueres med tanke på symptomer som fortsatt skaper vansker etter at behandlingen med legemidler er startet.

Anbefaling 43: Etter at tilstanden er stabilisert bør det foretas minimum halvårlige kontroller som også omfatter somatisk undersøkelse med måling av blodtrykk og puls, samt blodprøver ved behov.

Anbefaling 44: Høyde og vekt hos barn og unge bør måles årlig. Dette er spesielt viktig for barn som fra før av er små av vekst (under gjennomsnittet for sin aldersgruppe).

Anbefaling 45: En plan for behandlingen bør inkludere behandling av eventuelle komorbide psykiske tilstander og annen medisinsk behandling.

Anbefaling 46: Behovet for behandlingspauser bør vurderes for barn og unge, for eksempel én gang årlig. Hensikten er å undersøke om barnet/ungdommen fortsatt har behov for behandling med legemidler. Etter en behandlingspause kan behandlingen eventuelt gjenopptas i samråd med pasient og foresatte.

Anbefaling 47: Dersom det har vært et opphold i behandlingen med legemidler mot AD/HD, bør behovet for fortsatt behandling vurderes på nytt og ev kunne gjenopptas.

Anbefaling 48: Overføring av behandlingen av en pasient fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten krever rutiner for samhandling og etablering av eventuelle møtepunkter mellom fastlege, skolehelsetjeneste og andre samarbeidsinstanser som skole, PPT og barnevern, for eksempel gjennom deltagelse i ansvarsgruppe der dette er aktuelt

Anbefaling 49: Unge og voksne som behandles med legemidler mot AD/HD, og som ønsker psykologisk behandling, bør få henvisning til slik behandling.

6.1.4 Anbefalinger ved behandling med sentralstimulerende legemidler

Både metylfenidat og amfetaminer demper kjernesymptomene ved AD/HD. Effekten inntreer raskere enn for atomoksetin (se kap. 6.1.5) og viser seg ofte i løpet av få dager.

Anbefaling 50: Behandling med metylfenidat anbefales som førstevalget.

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

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

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.

Anbefaling 54: Kombinasjonsbehandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og bruk av sentralstimulerende legemidler skal igangsettes og følges opp innen spesialisthelsetjenesten (64).

Anbefaling 55: Kunnskap om virkninger, bivirkninger og risiko ved behandling med sentralstimulerende legemidler til gravide kvinner er mangelfull. Kliniske erfaringer tilsier at sentralstimulerende legemidler kan være farlig for fosteret og frarådes derfor.

Anbefaling 56: Kunnskap om sentralstimulerende legemidlers virkning gjennom amming er mangelfull, slik at amming frarådes for mødre som bruker slike legemidler i behandlingen.

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

Opptopping og dosering av metylfenidat for barn og unge:

Det startes med 0,5 mg/kg/dag gitt som tabletter morgen, formiddag og eventuelt middag, eller tilsvarende dose av preparater med forlenget virketid gitt en gang om morgenen. Dosen trappes opp i løpet av 1-2 uker, inntil god klinisk effekt eller bivirkninger. For mange vil en slik opptopping fungere bra, men ved komorbide tilstander og/eller annen medisinsk sykdom bør start og opptopping av metylfenidat foregå mer forsiktig. Vedlikeholdsdosen ligger vanligvis på ca 1,0 mg/kg/døgn.

Både metylfenidat og amfetaminer demper kjernesymptomene ved AD/HD. Effekten inntreer raskere enn for atomoksetin (jf. 6.1.5) og viser seg ofte i løpet av få dager.

Behandlingseffekten kan evalueres for eksempel ved hjelp av spørreskjema for symptomkartlegging (se 4.4.1).

Opptopping og dosering for metylfenidat for voksne:

Det startes med lave doser, 5 mg x 3 daglig for tabletter og tilsvarende dose gitt en gang om morgenen for preparater med forlenget virketid. Dagsdosen trappes gradvis opp med 15 mg (5 mg x 3) hver tredje dag inntil 60 mg/dag, deretter ev ytterligere økning inntil klar klinisk effekt eller bivirkninger. Vedlikeholdsdosen ligger vanligvis på ca 1,0 mg/kg/døgn. Anbefalte maksimale dose for metylfenidat til voksne er **100 mg per dag**. Behandlingseffekten kan evalueres for eksempel ved hjelp av spørreskjema for symptomkartlegging (se kap.4.5.1).

Bivirkninger:

De vanligste bivirkningene ved bruk av sentralstimulerende legemidler er forbigående og består av nedsatt matlyst, magesmerter, innsovningsproblemer og hodepine. Andre vanlige bivirkninger er angst, uro, humørsvingninger, hjertebank og lett forhøyet puls og blodtrykk. For detaljert oversikt over bivirkninger som kan forekomme, vises det til relevant informasjon hos Legemiddelverket (www.legemiddelverket.no) under Legemiddelsøk og relevant Summary of Product Characteristics (SPC)/preparatomtale. Bivirkningene på kort sikt er godt dokumentert gjennom medisinske studier, mens langtidseffektene fortsatt ikke er tilstrekkelig klarlagt.

Kontraindikasjoner:

- a. Pågående rusmiddelproblemer.
- b. Pågående psykose eller stadig tilbakevendende psykoser.
- c. Somatisk sykdom som hjertearytmier, alvorlig høyt blodtrykk, angina pectoris, glaucom og hyperthyreose.

d. Graviditet og amming.

Det må vises forsiktighet i forhold til:

- e. Påvirkning av hjerte-/kar systemet med økt puls og blodtrykk.
- f. Påvirkning av søvn med forverring av søvnforstyrrelser.
- g. Psykiske bivirkninger. Nedstemthet, irritasjon, uro og humørsvingninger forekommer spesielt ved oppstart av behandlingen. Psykiske symptomer med aggresjon er rapportert i sjeldne tilfeller. Psykoser er rapportert, spesielt der det er psykoser i sykehistorien kan psykoser oppstå.
- h. Påvirkning av matlyst med mulig forsinkelse av lengdevekst og nedgang i vekt. Anorexi.
- i. Epileptiske krampeanfall.
- j. Tics og Tourettes syndrom med mulig økning av tics.
- k. Dyskinesier.
- l. Tilbakevendende symptomer når medikamenteffekten av en gitt dose avtar, også kalt "reboundeffekter".
- m. Pasienter med psykisk utviklingshemning, autisme, cerebral parese, cystisk fibrose og eller andre sjeldne kroniske tilstander og AD/HD kan være ekstra sårbare for bivirkninger ved behandling med sentralstimulerende legemidler. Det anbefales derfor at opptrapping gjøres langsomt med lavere doser enn vanlig og under nøye observasjon av eventuelle bivirkninger.
- n. Interaksjoner i forhold til andre legemidler.

6.1.5 Anbefalinger om behandling med atomoksetin

Atomoksetin kan være aktuelt i situasjoner der metylfenidat ikke gir virkning, gir uønskede bivirkninger eller ikke er egnet på grunn av komorbide tilstander, for eksempel rusmiddelmissbruk. Det kan også være aktuelt der pasienten eller foreldrene ikke ønsker å bruke sentralstimulerende legemidler.

Legemiddelet atomoksetin demper kjernesymptomene ved AD/HD, men effektstørrelsen er litt lavere enn for sentralstimulerende legemidler. Atomoksetin har ikke ruspotensiale og gir ikke risiko for rusmiddelmissbruk.

Opptrapping og dosering for atomoksetin kapsler: Ved kroppsvekt under 70 kg er startdosen 0,5 mg/kg/dag i 1-2 uker, så økning til ca 1,2 mg/kg/dag.

Ved kroppsvekt på 70 kg og mer er startdosen 40 mg per dag i 1-2 uker, så økning til 100 mg per dag. Vedlikeholdsdose er 80-100 mg/dag.

Effekt kan ses etter 1-2 uker, men for de fleste tar det 3-4 uker før full effekt inntreer, og hos enkelte tar det 8-10 uker.

Anbefaling 58: Behandling med atomoksetin anbefales når bruk av sentralstimulerende legemidler ikke er aktuelt.

Bivirkninger:

Vanligste bivirkninger er magesmerter, nedsatt appetitt, munntørrhet, insomni, kvalme og oppkast, forstoppelse, redusert libido, svimmelhet og svetting, oppvåkning tidlig om morgenen, irritabilitet og humørsvingninger. Tretthet ses særlig initialt ved for rask opptrapping av dosen. Lett økning av puls og blodtrykk er observert i kliniske studier. For

detaljert oversikt over bivirkninger vises det til relevant informasjon hos Legemiddelverket (www.legemiddelverket.no) under Legemiddelsøk og relevant Summary of Product Characteristics (SPC)/preparatomtale.

Kontraindikasjoner

- a. Alvorlig leversykdom
- b. Selvmordstanker og selvmordsrelatert atferd

Det må vises forsiktighet i forhold til:

- a. Påvirkning av hjerte-/karsystemet
- b. Psykiske bivirkninger. Det er rapportert om risiko for selvmordstanker, selvmordforsøk, hypomani/mani og aggressivitet. Det er ikke rapportert om økt selvmordsrisiko hos voksne, dette i motsetning til enkeltrapporter hos barn og ungdom. Risiko for søvnforstyrrelser og psykoser er mindre ved bruk av atomoksetin enn ved sentralstimulerende legemidler
- c. Epileptiske krampeanfallet
- d. Leverpåvirkning: Enkelttilfeller av alvorlig leverskade er rapportert. Ved patologiske leverprøver må man avvende bruk av atomoksetin og utrede tilstanden nærmere
- e. Interaksjon med andre legemidler: Man må være forsiktig med samtidig bruk av atomoksetin og legemidler som er kraftige hemmere av CYP2D6-systemet i leveren, spesielt fluoksetin, paroksetin og bupropion, fordi dette kan føre til forhøyet konsentrasjon av atomoksetin i blodet. Innstilt dose med atomoksetin må i slike tilfeller følges opp og eventuelt justeres ved behov.

7 Tilpasset opplæring for elever med AD/HD

Vi stiller stadig nye krav til det å være elev i skolen. PISA-undersøkelsene har vært premissleverandør for en del av denne utviklingen gjennom å peke på hva elevene må lære slik at Norge kan være konkurransedyktig på det internasjonale markedet i fremtiden. Et resultat av dette er økende krav til at elevene skal bli selvstendig i sitt eget læringsarbeid.

Roar Pettersen hevder at en av lærerens viktigste oppgave er "å bidra til at den enkelte elev og student styrker sin læringskompetanse, slik at de blir i bedre stand til å styre og kontrollere egen læring" (65). Det å "lære å lære" blir sentralt. Reformenes satsing på læringsstrategier er klart et uttrykk for dette slik Kunnskapsløftet legger opp til (66). Læringsstrategier blir ofte knyttet til teori om selvregulering, og denne måten å forstå læringsstrategier på kommer tydelig til uttrykk i stortingsmeldingen Kultur for læring:

«Læringsstrategier kan defineres som evne til å organisere og regulere egen læring, kunne anvende tid effektivt, kunne løse problemer, planlegge, gjennomføre, evaluere, reflektere og erverve ny kunnskap og viten, og kunne tilpasse og anvende dette i nye situasjoner i utdanning, arbeid og fritid» (67).

Selvregulering er et av kjerneproblemene for personer med AD/HD, og definisjonen av læringsstrategier kunne passe godt som en beskrivelse av hva mange med AD/HD strever med. Ansvar for egen læring krever kontroll over egen arbeidstid og egen arbeidsinnsats, motivasjon for arbeidet, utholdenhet til å gjennomføre det, selvtillit og personlig trygghet til å kunne påta seg læringsarbeidet.

Arbeidsplaner som arbeidsmetode har vokst til å bli en utbredt arbeidsform i skolen. Selv om denne arbeidsformen har et stort potensiale for differensiering, bygger den på teori om selvregulering. Alt for ofte handler differensiering om mengde og vanskelighetsgrad, også for elever med AD/HD. Det disse elevene trenger er differensiering for å styre egen læring. Følgende eksempel fra en gutt i 10.klasse kan illustrere dette, da han forteller om bruk av arbeidsplan:

«Jeg hadde fra dag til dag lekser på barneskolen. Det ble en rutine å jobbe hver dag. Jeg arbeidet med arbeidsplanen første halvår i 8. klasse, men sluttet da arbeidet ikke ble sjekket. Det første jeg sluttet med, var alle leseleksene. Jeg ser på arbeidsplanen kanskje en gang i måneden. Leser aldri notater som er skrevet av tavla. Tar aldri vare på papirer som blir utdelt. Får vite om hvilke sider som skal leses til prøver dagen før, og jeg har for stor frihet hjemme med lekser» (68).

Når elevene selv skal styre og regulere egen læring, har ikke elever med AD/HD samme forutsetningene for å lykkes. Tilpasset opplæring med denne innsikten i mente, blir avgjørende for at elevene med AD/HD gjennomfører opplæring på en god måte. Lærerne har allerede kompetanse til å bedre skolehverdagen for elever med AD/HD. Når lærerne jobber mer systematisk og strukturert med de metodene de rår over, ligger løsningene ofte nærmere enn en tror. Samtidig vil tilpasningene være nyttige for de fleste elever, uansett diagnose.

7.1 Spesielle behov hos elever med AD/HD

Skolene er ulike ved at det varierer hvor godt elever med AD/HD er inkludert. Det kan være ressurskrevende å gi disse elevene gode læringsbetingelser. Elevene trenger variasjon i hverdagen, samtidig som de er svært avhengige av struktur og forutsigbarhet. En utfordring kan være å fungere i store og uoversiktlige grupper.

Mange elever med AD/HD har behov for en veileder som kan løse dem gjennom skoledagen time for time. Foreldrene har ofte opparbeidet seg gode rutiner og oversikt over hva som fungerer eller ikke fungerer for barnet, og da er foreldrene verdifulle medspillere for læreren.

Et optimalt skoletilbud avhenger av kompetanse i lærerpersonalet, skolens administrasjon og den pedagogisk-psykologiske tjenesten. Alt for ofte går det lang tid før AD/HD-diagnosen blir stilt. I mellomtiden utvikler elevene tilleggsvansker som atferdsproblemer, skolevegring og dårlig selvbilde. Et resultat av manglende tilrettelegging og for sen innsats kan være at disse elevene blir hengende etter faglig og får hull i sin sosiale kompetanse.

For å hindre at tilleggsproblemer utvikler seg er det viktig at skolen tidligst mulig kartlegger barnets læringsstil, kompetanse og behov. Elever med AD/HD krever personer rundt seg som forstår deres atferd, og som er villige til å lete etter sterke sider fremfor å fokusere på det som ikke fungerer. I tillegg er det viktig at læreren ser på pedagogiske metoder og verktøy i klassen til vanlig, og ser hvordan disse må struktureres for elever med AD/HD. Effektiv og god klasseledelse er basert på at elevene forstår lærerens forventning til dem, både når det gjelder atferd og arbeid.

7.2 Struktur som nøkkel

God struktur skaper trygghet, gir oversikt over hva som forventes, og gir en pekepinn på hvordan en skal handle i ulike situasjoner. Noen vil hevde at en lett kan overstyre og overstrukturere miljøet slik at eleven får for lite handlingsrom, og at de ikke får trening i å planlegge læringsarbeidet og gjøre selvstendige valg. Ifølge Skaalvik og Skaalvik (69) må det skilles mellom stram struktur som er med og begrenser handlingsrommet, og klar struktur som er med og viser intensjon og hensikt. En slik klar struktur vil hjelpe eleven til å forstå hvordan en skal gå frem, og hvorfor.

Noen grunnleggende faktorer må ligge til grunn for all planlegging og organisering av læringsmiljøet for å oppnå en klar struktur. For å mestre har eleven et behov for å vite

- **når** eleven skal jobbe
- **hva** som skal gjøres
- **hvorfor** det skal gjøres
- **hvordan** det skal gjøres
- **hvor** eleven skal være
- **hvem** eleven skal jobbe sammen med, og
- **hvor lenge** eleven skal jobbe

Dette hjelper eleven til å forstå hva som skal gjøres, og innebærer at det må foreligge klare og tydelige planer og mål. Hvor detaljerte planene må være er ulike fra elev til elev. Ofte er det behov for detaljerte og klare instruksjoner, og læreren må sørge for at det som skal være i fokus, er gjort tydelig for eleven.

7.3 Struktur gir økt oppmerksomhet

Elever med AD/HD har ofte *selektive* oppmerksomhetsforstyrrelser som gjør det vanskelig å ignorere eller velge bort uvedkommende stimuli. Dette kan gi seg utslag i at vedkommende lett lar seg styre av impulser fra omgivelsene og skifter fra aktivitet til aktivitet. En svikt i *vedvarende* oppmerksomhet vil vise seg som en manglende evne til å fastholde oppmerksomhet over tid, hvor personen ikke har en selv-dirigert og organisert oppmerksomhet som gjør det mulig å kunne konsentrere seg vedvarende om oppgaven. De sterkeste stimuli vil som regel fange oppmerksomheten, noe som fører til at eleven lett blir forstyrret og ikke greier å holde fast ved oppgaven lenge nok til at den avsluttes. Dersom eleven derimot står i en aktivitet som fanger, vil indre motivasjon føre til at oppmerksomheten og utholdenheten øker. Personer med slike vansker vil ofte gi inntrykk av at "de kan hvis de vil", og de blir ofte misforstått av omgivelsene.

Å ta fornuftige valg innebærer at en kan fokusere og organisere tankegangen slik at konsekvenser av valget kan forutses. Vanligvis er dette ferdigheter som styrkes med økende alder, men for barn med AD/HD går modningen senere, og for noen av dem vil dette være problemer som varer livet ut. For å styrke læringen bør en gi hyppigere valg med begrensede valgmuligheter. En bør også på forhånd strukturere oppgavene ved å tydeliggjøre og sekvensere dem. Mange elever med AD/HD vil ha behov for en slik strukturering gjennom hele sin skoletid, og en bør derfor ikke være for raske med å ta bort denne form for hjelpebetingelser. Etter hvert som barnet vokser til, må en bevisst strukturere på andre måter som virker motiverende på eleven. Fastholding av barnslige opplegg virker stigmatiserende og demotiverende på de fleste elever.

Det må tas hensyn til at elevens læreproblemer generelt ikke er knyttet til evnenivå, men til mer uhensiktsmessige læringsstrategier som igjen er knyttet til vansker med regulering, oppmerksomhet og hukommelse. Mange elever med AD/HD har for eksempel ikke evne til å "spare" på tankene. Dersom de ikke får uttrykke dem med en gang, blir de lett borte. En elevfortelling kan stå som eksempel på hvordan dette kan arte seg i norsk tekstskaping (70). «Jens 13 år» er en flink gutt med godt utviklet språk og som gjør det godt i norsk, bortsett fra i tekstskaping der han selv skal organisere og strukturere fortellingen. Foruten organiserings- og planleggingsvansker, har han problemer med korttidshukommelse og med å holde på oppmerksomhet underveis. Ofte blir historien hans til der og da. Populært sagt vil den ene setningen avfyre den neste, og han kan lett miste fokus på det han hadde tenkt å skrive. Under vises hans første utkast til tekst der oppgaven var å fortelle fra ferien:

«Det er varmt og fint i Spania. Jeg og mamma og pappaen og søsteren min var der også i fjor, lenge. Men vi i fikk ikke lov å gå ut i de store bølgene. Knut Bjørnsen holdt på å bli drept en gang men det var i USA. Jeg tror de er farligere der enn i Spania. Men man kan holde seg til de strendene hvor de ikke er så skumle».

Slik uttrykker mange elever med AD/HD seg skriftlig. Teksten er ufullstendig, springende og kort, og en sitter igjen med en følelse av manglende essens i fortellingen. Erfaringsmessig kan det se ut som om annenhver setning mangler. De skriver setning nummer 1, tenker setning nummer 2, skriver setning nummer 3, tenker setning nummer 4, osv.

I samtale med Jens forklarer han det slik: «Jeg tenker noe og så skriver jeg det, og samtidig med at jeg skriver det, kommer jeg på noe annet jeg skal skrive, men når jeg er ferdig med å skrive setningen har jeg glemt hva jeg tenkte først, og så kommer jeg på noe nytt igjen, som jeg skriver». Her vil det være viktig at læreren går gjennom teksten med eleven, merke av hvor det synes å mangle noe, og få han/henne til å fylle ut det som mangler. Dette må gjøres

før det går så lang tid at eleven ikke greier å gjenkalle det som mangler. Bruk av PC gjør dette enkelt å gjennomføre.

Ved å gå tilbake til Jens og be ham lese teksten om igjen, se om han syntes den ble slik han hadde tenkt eller om noe manglet, ble utkast to seende slik ut:

«Det er varmt og fint i Spania. Mange nordmenn reiser dit på ferie og jeg kjenner noen som har hus der. Jeg og mamma og pappaen og søsteren min var der også i fjor, lenge. Vi badet en masse i sjøen, men vi fikk ikke lov å gå ut i de store bølgene. Det var på grunn av at der var så sterke understrømmer sa pappaen min. Pappa fortalte at Knut Bjørnsen holdt på å bli drept i en slik understrøm en gang, men det var i USA. Jeg tror bølgene er farligere der enn i Spania. Men man kan holde seg til de strendene hvor de ikke er så skumle. Men jeg tror at viss jeg skal bli surfer må jeg ut de farlige bølgene Surfing er kult men brettene er ganske dyre og så må vi ha stativ på taket for de går ikke inn bak. Vi trenger en større bil har pappa sagt, men mamma vil ikke ha stasjonsvogn».

Jens ble svært fornøyd. "Det var jo slik jeg egentlig hadde tenkt det skulle bli, men så mister jeg så lett tråden." Det er også typisk for gruppen at de får et ensporet fokus. Historien til Jens kunne lett kommet til å handle om farlige bølger og hva slags bil de skal ha, fremfor et mer overordnet fokus på ferien. Også her er det viktig å hjelpe eleven med å komme tilbake til opprinnelig fokus og til å kunne stoppe når det er nødvendig. Som en rettesnor kan en si at læreren har ansvar for at eleven kommer i gang med oppgaver, opprettholder/vedlikeholder aktivitet, fullfører oppgaver, avslutter oppgaver og får oppgaver som det er mulighet for å mestre.

7.3.1 Anbefalinger om tiltak i opplæringen for elever med AD/HD

1. Struktur: Fremfor å satse på egne faglige opplegg for eleven, anbefales det å sette fokus på strukturering av lærestoff, progresjon og stoffmengde. For å kompensere for vanskene kan læreren hjelpe eleven med tilrettelegging og tilpasning ved
 - å **organisere og strukturere** lærestoff
 - å ha **dobbelt sett med bøker** hjemme og på skolen
 - å gi **skriftlige/visuelle instruksjoner**
 - å sørge for å ha **elevens oppmerksomhet** før instruks blir gitt
 - å sørge for at det er **fokus på det som læreren mener skal være i fokus**
 - å gi **klare tekster** uten forstyrrende illustrasjoner, helst bare **bilder som understreker** innholdet
 - å **drille og overlære**, å hjelpe eleven til å finne **nøkkelord/begreper**

Hensikten med struktur i undervisningen er å hjelpe eleven til å gjøre så få feilvalg som mulig. Forutsigbarhet er knyttet til at konteksten er kjent, eller at den alltid har noen faste elementer som kan gjenkjennes. For mange elever som strever med oversikt kan det være nødvendig at en har noen daglige poster på programmet som alltid gjennomføres. Dette kan for eksempel gjelde starten på dagen, starten på timen, eller avslutningen av timen. Gjenkjenning skaper trygghet i situasjonen og er oppmerksomhetsfremmende. Når konteksten er kjent for elevene, kan en tilføre nye momenter, nytt stoff eller skifte tema. Dersom konteksten er ukjent, må innholdet eller metoden være kjent om en skal få fullt utbytte av læringssituasjonen.

2. Ha alltid en «Plan B» For å oppnå god struktur i undervisningen må læreren ha planlagt nøye **hvordan** aktiviteten skal foregå, **hva** som skal gjøres ved avvik, og hvilke prosedyrer som skal gjelde. En «Plan B» bør være planlagt sammen med eleven, eller være gjort kjent for eleven. Planen skal automatisk tre i kraft dersom det skjer forandringer, som for eksempel ved vikartimer. Dette kan være "typetimer" der oppgavestrukturen er kjent for eleven.
3. Ukeplan, timeplan og arbeidsplan: Visualiserte planer er et godt hjelpemiddel for at eleven selv holder orden på skoledagen. De skal inneholde en ukeplan som viser fordelingen av fag og timer, læringsmål, lekser og evaluering. For elever med AD/HD er det viktig at planen har en struktur som er lik fra dag til dag og fra uke til uke. Planen skal vise
 - a. hvor eleven skal være
 - b. hvilke lærere som har ansvar for timene
 - c. hva som skal være innholdet i timene
 - d. hvor lenge timen varer
4. Til hvert fag kan det også formuleres spørsmål til eleven for å rette fokus inn mot temaet som skal gjennomgås. Ukeplanen er den planen som skaper oversikt over *uken*, men den må suppleres av dagsplaner som viser detaljer og rekkefølge, og som viser oversikt over *dagen*.
5. Fordi elever med AD/HD har vansker med å holde orden på bøker, papirark og annet skolemateriell, bør foreldrene få egne eksemplarer av planer.
6. Mapper og bruk av PC: Vi kan lette læringen for eleven ved å hjelpe han/henne til å organisere sin kunnskap ved å bruke mapper, permer eller LMS (Learning Management Systems) som gir mulighet for å lage digitale mapper.
7. Struktur i skole–hjem-samarbeidet: For å skape et helhetlig læringsmiljø for elever med AD/HD må det legges til rette for et ekstra tett samarbeid mellom skolen og hjemmet. Det må legges opp til faste rutiner for informasjon og møter. Det er viktig at en møtes for å diskutere elevens situasjon uten at det nødvendigvis handler om problemer. Mange foreldre til barn med AD/HD sliter med dårlig selvfølelse når det gjelder oppdragelsen, fordi omgivelsene ofte har en negativ fokusering på barnet og de ofte blir kontaktet når barnet har gjort noe galt.
8. Barn med AD/HD har de samme behov for struktur og tilrettelegging av lekkesituasjonen som av skolesituasjonene. Det er derfor til stor nytte for eleven at skole og hjem kan ha tett samarbeid om hva som er suksessfaktorer. Dette skaper oversikt og trygghet i læringsarbeidet og kan ordnes ved gode rutiner for informasjon mellom skolen og hjemmet.
9. Kompensering og skjerming: Når en ikke har god indre organisering og styring, er det nødvendig at det ytre miljøet kompenserer for dette. Strukturen må nøye gjennomgås på hele skolen. Det vil kreve et skarpt blikk på timeplanlegging, romfordeling og gruppesammensetning. Skolens ledelse må legge til rette for den orden og fleksibilitet som disse elevene har behov for. De har ofte behov for å kunne få ny-innlæring alene sammen med en voksen, til å være i stabile og små grupper, og til å få organiserte aktiviteter i friminuttene. Ved prøver og eksamen kan de ha behov for å sitte alene for å kunne samle seg. Mange med AD/HD er sensible for forstyrrende stimuli og har behov

for at en rydder i omgivelsene for å unngå overstimulering. Tenk igjennom hva som er det best egnede klasserommet, den best egnede læreren og den mest stabile gruppen.

10. Noen praktiske råd om det fysiske læringsmiljøet: I det ytre miljøet har elever med AD/HD behov for skjerming for lyd- og synsinntrykk, ekstra plass omkring seg, ryddighet i klasserommet, ryddighet i materiell og faste plasser til ting. Klasserommet må ha gode lys- og lydforhold, et tilstøtende grupperom, og det må ikke være lang vei til bibliotek/mediatek. Garderoben må være skjermet, ikke for mange trapper og kriker og kroker som må forseres underveis. Utearealet må ha noen skjermede plasser. Sensible barn trenger ryddige og klare omgivelser for å kompensere for indre kaos.
11. Elever med AD/HD bør ha få voksne å forholde seg til, og elevgruppene bør ikke være for store.

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

Nyere metastudier (71;72) viser at atferdsmodifiserende behandling forbedrer den sosiale fungeringen hos barn med AD/HD, og det er sterk støtte for å kombinere medisiner og atferdsintervensjoner overfor barn med denne diagnosen.

Familiebaserte metoder som også inneholder atferdsmodifiserende tilnærminger er godt dokumentert i litteraturen for å avhjelpe alvorlige atferdsvansker hos barn og unge, inkludert barn med AD/HD (73;74). I Norge er det gjennom de siste ti år blitt utprøvd flere familiebaserte metoder rettet mot denne målgruppen, så som Parent management Training – Oregonmodellen (PMTO), De utrolige Årene (DuÅ), Funksjonell familierapi (FFT), Multisystemisk terapi (MST), og Multidimensjonell terapi med behandlingsfosterhjem (MTFC).

Parent Management Training-Oregonmodellen (PMTO) er en empirisk støttet behandlingsmetode for familier som har barn med alvorlige atferdsvansker (4-12 år). Metoden inneholder noen sentrale foreldreferdigheter som skal overføres og innøves på handlingsnivå i en bestemt rekkefølge(75). For å oppnå positivt behandlingsutfall hos barnet, må noen terapeutiske virkemidler være til stede slik at foreldre engasjeres og motiveres til å ta i bruk disse foreldreferdighetene i møte med sitt barn (76). Målsettingen er å endre et negativt og fastlåst samspillsmønster mellom familiemedlemmene og utløse problemløsende ressurser dem imellom. Teorien bak er at disse alternative foreldreferdighetene sørger for å fremme positiv atferd og stoppe eller redusere problematferd hos barnet. Bakgrunnen for behandlingsmodellen er basert på en analyse av negative samspillmønstre som lett utvikler seg rundt barn med atferdsvansker og som utilsiktet forsterker negativ atferd og hemmer utviklingen av nye positive ferdigheter. De alternative foreldreverktøyene dreier seg om oppmuntring til samarbeid og ny læring, tilsyn/oppfølging, grensesetting, problemløsning og positiv involvering. Endring av kontekstuelle forhold som har innvirkning på disse inngår også i denne tilnærmingen.

I PMTO varer hver sesjon ca 60 min og går over 25-30 ganger, avhengig av problemets omfang og alvorlighetsgrad. I møtene introduseres foreldrene til nye tema gjennom dialog, problemløsning og rollespill. I tillegg gis det øvelser i form av hjemmeoppgaver, og erfaringene fra disse gjennomgås den påfølgende timen. Behandlingen er prinsippstyrt og selv om det er faste tema som gjennomgås, tilpasses innhold og materiell til hver enkelt familie. Barnet deltar i varierende grad avhengig av foreldrenes og terapeutens vurderinger og behov.

En norsk effektstudie har dokumentert god effekt av PMTO, spesielt for barn under 8 år (77). I denne undersøkelsen deltok også barn med diagnosen AD/HD, og denne gruppen hadde like stort utbytte av terapien som de øvrige deltakerne. Det ser derfor ut som om PMTO også avhjelper utagering og grenseutprøving hos barn med diagnosen AD/HD eller ved komorbide atferdsforstyrrelser og AD/HD.

Med utgangspunkt i prinsippene og tilnærmingene i PMTO er det også utviklet flere kortvarige og forebyggende intervensjoner, bl.a. foreldre-gruppebehandling, kortvarig foreldrerådgiving, sosial ferdighetstrening gitt til barna og konsultasjon rettet mot barnehage

og skole. Sammen med tilbud om individuell PMTO-behandling, utgjør disse intervensjonene en programpakke; Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR), som er ment som et helhetlig kommunalt hjelpetilbud til barn med atferdsvansker. Pr. i dag er TIBIR helt eller delvis implementert i vel 50 kommuner og dette antallet vil øke i årene som kommer. Sannsynligvis vil barn med mindre alvorlig AD/HD-problematikk også kunne nyttiggjøre seg enkelte av disse intervensjonene.

Behandlingsprogrammet De Utrolige Årene (DuÅ) har samme teoretiske forankring og anvender mange av grunnprinsippene i PMTO. Foruten et omfattende foreldregruppetilbud, tilbys barna i tillegg gruppebasert trening i utvikling av sosiale ferdigheter. Det er også egne opplæringer rettet mot ansatte i barnehage og skole, slik at tilbudene utgjør en helhetlig innsats for denne målgruppen mellom 3-8 år (78).

Funksjonell familierapi (FFT), Multisystemisk terapi (MST), og Multidimensjonell terapi med behandlingsfosterhjem (MTFC) er behandlingsmetoder for ungdom i alderen 12-18 år med alvorlige atferdsproblemer. AD/HD forekommer ofte sammen med atferdsproblemer hos ungdom.

Nyere forskning viser at det er mest virksomt å arbeide med familien for å endre risikofaktorene som bidrar til å utvikle og opprettholde atferdsproblemer, og disse tre behandlingsmetodene er derfor familiebasert. Foreldrene får tilbud om systematisk hjelp med å styrke sine ferdigheter slik at de kan endre samspillet med ungdommen. Hovedfokus er hvordan atferden utspiller seg i ungdommens naturlige miljø, i og med at de viktigste risiko- og beskyttelsesfaktorene finnes i familien og miljøet rundt ungdommen. Metodene benytter forskjellige terapeutiske fremgangsmåter for å redusere risikofaktorene og styrke beskyttelsesfaktorene. De har likevel en rekke kjernekomponenter til felles: motivasjon og samarbeid, foreldreferdigheter, hensyn til ungdommens individuelle utviklingsbehov, og involvering av de viktigste sosiale systemene utenfor familien, som venner, skole og fritidsaktiviteter. Forskningsstudier viser at det gir best resultater å rette behandlingen mot å styrke foreldrenes og skolens ferdigheter i samspillet med ungdommen, i kombinasjon med medikamentell behandling (79) .

I FFT (78) ses ungdommens atferd i sammenheng med hvordan alle i familien gjensidig påvirker hverandre som en helhet. Metoden fokuserer på å bedre familiens samspill, kommunikasjon og problemløsningsferdigheter, samt å endre eventuelle uheldige oppdragelsesstrategier. I FFT møter terapeuten hele familien enten på kontoret eller hjemme hos familien. Behandlingen vil for de fleste familiene ha et omfang på 8-12 møter over en periode på 3 måneder med mulighet for forlengelse inntil 6 måneder.

Fordi det er den samlede effekten av risikofaktorer som vil påvirke ungdommens utvikling er både familien og systemene utenfor familien «klienten» i MST (77). Terapien tar utgangspunkt i foreldrene og fokuserer på å styrke foreldrenes ferdigheter til å skape endringer i samspillet med ungdommen. Gjennom å hjelpe foreldrene til å være eksplisitte på hvilke forventninger de har til ungdommen, tydeliggjøre regler og konsekvenser i hjemmet og ha et aktivt tilsyn med hva ungdommen gjør og hvem de er sammen med, skapes det forutsigbarhet i samspillet mellom foreldre og ungdom. Terapeuten og foreldrene samarbeider med andre systemer for å få til endringer i de faktorer utenfor familien, som påvirker de problemene ungdommen er henvist for (for eksempel skole, venner og fritid). Terapeuten vil hjelpe foreldrene til å involvere ungdommen i terapien. I MST møter terapeuten familien hjemme, på tidspunkter som passer for familien. Foreldrene har mulighet til å ta kontakt med terapeuten hvis de har behov for det, 24 timer i døgnet, syv dager i uken. Behandlingen er intensiv med mange møter i uken og varer vanligvis fra tre til fem måneder.

IMTFC (80) vil situasjonen i familien være så vanskelig at ungdommen for en periode på inntil ett år flytter til et behandlingsfosterhjem. Målet er at ungdommen skal flytte hjem igjen til sin opprinnelsesfamilie i løpet av behandlingen. Til forskjell fra FFT og MST bruker MTFC flere terapeuter for å øke intensiteten i behandlingsarbeidet med å endre risikofaktorer. Det er et team bestående av et behandlingsfosterhjem, en fosterhjemkonsulent, en familieterapeut, en individualterapeut og en ferdighetstrener, som alle arbeider sammen for å endre de problemene ungdommen og familien har. Behandlingen varer fra 9-12 måneder.

9 Tilrettelegging og oppfølging i arbeid

Etter skolen vil arbeidslivet være en viktig arena. Mange unge og voksne med AD/HD vil kunne klare seg bra og være gode bidragsyttere på en arbeidsplass. Men tilstanden vil også kunne medføre betydelige utfordringer. På samme måte som AD/HD skaper vansker for elever i skolen (se kapittel 7), vil tilstanden også kunne være forbundet med konsentrasjonsvansker, nedsatt arbeidsminne og impulsivitet senere og forårsake kommunikasjonsvansker og problemer av mer faglig karakter i yrkeslivet. Startvansker og motivasjonsvansker kan gjøre det vanskelig å gjennomføre oppgaver som en arbeidstager med AD/HD synes er lite utfordrende. Det kan dessuten by på problemer å overholde regler, rutiner og å lykkes med det sosiale på jobben.

Unge og voksne med AD/HD kan i kortere eller lengre perioder ha god nytte av bistand for å tilrettelegge arbeidsforholdene. De fleste arbeidsgivere og de enkelte NAV-kontorene vil som regel ha liten kunnskap og erfaring med mennesker med AD/HD. NAV's Arbeidsrådgivning i fylkene er en spesialenhet som blant annet gir faglig bistand til arbeidssøkere som er usikre på sine muligheter og på hva de bør velge i arbeidslivet. NAV Arbeidsrådgivning bistår personer som har vansker med å finne gode løsninger i forhold til arbeid og som har behov for veiledningsbistand som går utover den bistand de lokale NAV kontorene kan gi. NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse vil også kunne bistå med veiledning til spesialisthelsetjenesten og evt. fastlege. Kompetansesenteret er et landsdekkende senter som hovedsakelig tilbyr bistand til øvrige NAV enheter. NAV Kompetansesenter kan også gi generelle råd om hvor i NAV en kan søke mer bistand samt at de kan gi informasjon om tilrettelegging og deltakelse i arbeidslivet for personer med kognitive vansker på grunn av hjerneorganiske funksjonsvansker. ([se nav.no/tilde](http://nav.no/tilde))

For mange kan bruk av tekniske hjelpemidler som pc og mobiltelefon være av de tiltakene som bidrar til økt støtte og struktur både i utdanning og jobb. Mange arbeidstakere med AD/HD og deres arbeidsgivere vil ofte selv kunne ta i bruk slike løsninger som allerede er tilgjengelig gjennom arbeidsplassens IKT systemer. På grunn av at forandringer lett medfører problemer for arbeidstagere med AD/HD, bør endringer i IKT systemene følges opp med gode varslingsrutiner og målrettet brukerstøtte overfor ansatte med de spesielle behov som AD/HD kan medføre.

Skjerming fra støy og forstyrrelser, forutsigbarhet og stabilitet og en arbeidstid som er tilpasset ev. søvnproblemer kan være viktige tiltak for at en arbeidstaker med AD/HD skal fungere. Men også variasjon i arbeidsoppgaver, hyppige tilbakemeldinger og et sosialt og inkluderende arbeidsmiljø vil bidra til å styrke engasjement og motivasjon. NAV's hjelpemiddelsentraler i de ulike fylkene vil i enkelte tilfeller kunne bistå med råd og bistand for eksempel ved bruk av kognitive hjelpemidler og planleggingsverktøy utover det som arbeidstaker og arbeidsgiver selv har tilgang til.

Andre viktige tiltak og støtteordninger rettet mot arbeidslivet som NAV forvalter kan en lese mere om på [nav.no/arbeid/arbeidsrettede tiltak](http://nav.no/arbeid/arbeidsrettede_tiltak)

Vedlegg 1 Kunnskapsgrunnlaget

Det er ikke gjennomført en egen norsk kunnskapsoppsummering når det gjelder utredning og effekt av behandling for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD).

Anbefalingene for behandling av AD/HD i denne retningslinjen baserer seg på:

1. Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD, IS-1244 (1).
2. Evalueringsrapporter fra SINTEF (2005-2010) (11-13)
SINTEF evaluerte både veilederen og ordningen for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler.
Det foreligger fire delstudier og et sammendrag av disse fra SINTEF, helsetjenesteforskning. Evalueringene er basert på både kvantitative og kvalitative metoder. (www.sintef.no)
3. Intern og ekstern høring (gjenstår)
4. Nice clinical guideline 72 fra National Collaborating Centre for Mental Health kom i september 2008 (8). I tillegg ble retningslinjen utgitt i fullstendig versjon i 2009 av The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists (81). Boken ble utarbeidet på oppdrag fra National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE). Anbefalingene er utarbeidet av et meget bredt sammensatt panel og basert på all tilgjengelig dokumentasjon. Det beskrives i boken at selv om det er tilgjengelig stadig mer forskningsbasert dokumentasjon, så er det fremdeles noen mangler, noe det også pekes på i dette kunnskapsgrunnlaget.
5. EU-kommisjonens vitenskapelige legemiddelkomite (CHMP) fastslo i 2009 at *Children with severe ADHD can develop poor self-esteem, emotional and social problems. ADHD can also have severe effect on a child's education. For some of these children, methylphenidate treatment, along with other forms of non-medical treatment can reduce symptoms of hyperactivity and improve quality of life. The signs of ADHD may persist into adolescence and adulthood, and may be associated with continuing emotional and social problems, unemployment, criminality and substance misuse.* CHMP konstaterer at nytten av metylfenidat overgår risikoen når legemiddelet anvendes korrekt. Det er foreløpig begrenset dokumentasjon på bruk av metylfenidat i behandlingen av voksne" (2).
6. I mai 2008 avholdt Sveriges Läkmedelsverk et ekspertmøte med mål å vurdere bruk av legemidler i behandlingen av AD/HD. Det vises til konklusjonene i "Information från Läkmedelsverket nr 1, februar 2009 (10).
7. BMC Psychiatry (BioMed Central, 2010: European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD (33).
8. Litteratur fra Norge:

Treatment of adults ADHD: Is current knowledge useful to clinicians? (82). Studien beskriver litteratur om behandling med både legemidler og psykoterapi med fokus på komorbiditet.

Referanser

1. 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. rev. utg. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
2. Annex II: Scientific conclusions and grounds for amendment of the summary of product characteristics and package leaflets presented by the emea: scientific conclusions. I: Elements recommended for inclusion in Summaries of Product Characteristics for methylphenidate-containing medicinal products authorised for the treatment of ADHD in children aged six years and above and adolescents. Committee for Medicinal Products for Human Use; 2009. s. 34. Tilgjengelig fra: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Methylphenidate_31/WC500011138.pdf
3. LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 6-3.
4. LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) §§ 3-2 og 3-4.
5. LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
6. AGREE Collaboration, Sosial- og helsedirektoratet. Evaluering av faglige retningslinjer : AGREE instrumentet. Oslo: Helsedirektoratet; 2003. Tilgjengelig fra: www.agreetrust.org/index.aspx?o=1414.
7. Atkins D, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Henry D, Hill S, et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res 2004;4(1):38.
8. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. National Clinical Practice Guideline Number 72. Tilgjengelig fra: <http://guidance.nice.org.uk/CG72>
9. Elements recommended for inclusion in Summaries of Product Characteristics for methylphenidate-containing medicinal products authorised for the treatment of ADHD in children aged six years and above and adolescents. Committee for Medicinal Products for Human Use; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Methylphenidate_31/WC500011184.pdf.
10. Information från Läkemedelsverket 2009;20(1). Uppsala: Läkemedelsverket; Tilgjengelig fra: http://www.lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/Info_fr_LV_2009-1.pdf

11. Andersson HW. Evaluering av veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD og regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler: delrapport 1: fylkesmannens erfaringer med regelverket og søknadsprosedyrene. Oslo: SINTEF Helse; 2007. SINTEF rapport A840. Tilgjengelig fra: http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport_A840_Evaluering_av_veileder_ADHD,_delrapport_1.pdf
12. Andersson HW. Evaluering av veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD og regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler: delrapport 2: tjenestemottakernes vurderinger. Oslo: SINTEF Helse; 2007. SINTEF rapport A4100. Tilgjengelig fra: http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport_A4100-Tjenestemottakernes_vurderinger_Veileder_ADHD.pdf
13. Ådnanes M, Andersson HW. Evaluering av veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD og regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler: delrapport 3: legers erfaringer. Oslo: SINTEF Helse; 2008. SINTEF rapport A8953. Tilgjengelig fra: http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport_A8953_Evaluering_veileder_i_diagn_og_beh_av_ADHD-Delrapport_3_Legers_erfaringer.pdf
14. LOV 2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
15. Jus i retningslinjer. IS-1870 Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer
16. Zeiner P. ADHD - en oversikt. I: Zeiner P, red. Barn og unge med ADHD. Vollen: Tell forlag; 2004. s. 18-71.
17. Hoffmann H. Die Geschichte vom Zappel-Philipp. I: Lustige Geschichten und drollige Bilder mit 15 schön kolorirten Tafeln für Kinder von 3-6 Jahren (Der Struwwelpeter). Frankfurt: Literarischer Verein; 1845.
18. Still GF. The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. Lancet 1902;159(4102):1008-12.
19. Bradley C. The behavior of children receiving benzedrine. Am J Psychiatry 1937;94(3):577-85.
20. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2. utg. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
21. International classification of diseases : [9th] ninth revision, basic tabulation list with alphabetic index. Geneva: World Health Organization; 1978.
22. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 2005;57(11):1313-23.
23. Elgen I, Sommerfelt K, Markestad T. Population based, controlled study of behavioural problems and psychiatric disorders in low birthweight children at 11 years of age. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2002;87(2):F128-F132.
24. Indredavik MS, Vik T, Heyerdahl S, Kulseng S, Fayers P, Brubakk AM. Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2004;89(5):F445-F450.

25. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(4):378-85.
26. Bush G. Cingulate, frontal, and parietal cortical dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2011;69(12):1160-7.
27. ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.
28. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed., text revision. utg. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
29. Remschmidt H. Global consensus on ADHD/HKD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005;14(3):127-37.
30. Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, et al. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(4):438-47.
31. Suren P, Bakken IJ, Aase H, Chin R, Gunnes N, Lie KK, et al. Autism spectrum disorder, ADHD, epilepsy, and cerebral palsy in Norwegian children. *Pediatrics* 2012;130(1):e152-e158.
32. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogan E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry* 2004;55(7):692-700.
33. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010;10:67.
34. Sonuga-Barke EJ, Koerting J, Smith E, McCann DC, Thompson M. Early detection and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother* 2011;11(4):557-63.
35. Daley D, Birchwood J. ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child Care Health Dev* 2010;36(4):455-64.
36. Andersson HW, Ådnanes M, Hatling T. Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Trondheim: SINTEF Helse; 2004. SINTEF rapport STF78 A045012.
37. Langlete B. Å være foreldre: hjelp til selvhjelp i hverdagen. I: Zeiner P, red. Barn og unge med ADHD. Vollen: Tell forlag; 2004. s. 176-205.
38. Foley M. A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *J Spec Pediatr Nurs* 2011;16(1):39-49.

39. Osborg TR, Osborg P. Søsken til barn og unge med ADHD. I: Zeiner P, red. Barn og unge med ADHD. Vollen: Tell forlag; 2004. s. 161-75.
40. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: what the science says. New York: Guilford Press; 2008.
41. Karterud S. Semistrukturert intervju for GAF-vurdering. 2004. Tilgjengelig fra: http://www.dagbehandlingsnettverk.no/kvalsikr/skjemaer/GAF_intervju.pdf
42. Karterud S, Pedersen G, Løvdahl H, Friis S. S-GAF: global funksjonsskåring - splittet versjon (global assessment of functioning - split version): bakgrunn og skåringsveiledning. Oslo: Ullevål sykehus, Klinikk for Psykiatri; 1998. Tilgjengelig fra: <http://www.dagbehandlingsnettverk.no/kvalsikr/skjemaer/Gafveil.pdf>.
43. FOR 2011-12-16 nr 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 18 og 19.
44. LOV 2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 7.1.
45. 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(5):1360-6.
46. LOV 1998-07-17 nr 61: Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova).
47. Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, Vitiello B, Abikoff HB, Greenhill LL, et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(8):989-1002.
48. STRATEGI-programmet [nettdokument]. Nacka: Sinus AB [oppdatert 2003; lest 8 Oct 2012]. Tilgjengelig fra: <http://sinus.se/strategi/default.asp>
49. Klingberg T, Fernell E, Olesen PJ, Johnson M, Gustafsson P, Dahlstrom K, et al. Computerized training of working memory in children with ADHD--a randomized, controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44(2):177-86.
50. Ogden T. Sosial kompetanse og sosial læring hos barn og unge [nettdokument]. Forebygging no: en kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid. Narvik: KoRus-Nord [oppdatert 2012; lest 8 Oct 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/en/Skole/LARER/Artikler/Sosial-kompetanse-og-sosial-laring-hos-barn-og-unge/>
51. Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J, Mitchell K, Abikoff H, Alvir JM, et al. Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. Am J Psychiatry 2010;167(8):958-68.
52. Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, Surman C, Knouse L, Groves M, et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. JAMA 2010;304(8):875-80.
53. Olfson M, Marcus SC, Zhang HF, Wan GJ. Continuity in methylphenidate treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Manag Care Pharm 2007;13(7):570-7.

54. Aanonsen NO, Lensing MB, Prietz R, Gørvell P, Sandven I, Ljøner L. Utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD: en rapport til Sosial- og helsedirektoratet: erfaringer fra prøveperioden oktober 1997 til august 2003. Oslo: Ullevål universitetssykehus; 2004. Tilgjengelig fra: <http://jannel.se/janssen/ADHD-rapport.aanonsen.februari2004.pdf>.
55. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. Combining parent and child training for young children with ADHD. J Clin Child Adolesc Psychol 2011;40(2):191-203.
56. Øgrim G. Psykososiale støttetiltak og psykoterapi. I: Strand G, red. AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi: en grunnbok. 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget; 2009. s. 239-57.
57. Rasmussen K. ADHD og kriminalitet. I: Fladby T, Andersson S, Gjerstad L, red. Nevropsykiatri: metoder og kliniske perspektiver. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. s. 197-202.
58. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Sider/default.aspx>.
59. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer--og-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>.
60. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern/Sider/default.aspx>.
61. Weiss MD, Salpekar J. Sleep problems in the child with attention-deficit hyperactivity disorder: defining aetiology and appropriate treatments. CNS Drugs 2010;24(10):811-28.
62. Vaa T, Elvebakk B, Fjellestad K. ADHD og risiko for ulykker i veitrafikk. Oslo: Transportøkonomisk institutt; 2009. TØI rapport 987/2008. Tilgjengelig fra: <https://www.toi.no/getfile.php/Publikasjoner/T%d81%20rapporter/2008/987-2008/987-2008-nett.pdf>
63. Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker. 2 rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-fylkesmennene-ved-behandling-av-forerkortsaker/Sider/default.aspx>.
64. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>.
65. Pettersen RC. Kvalitetslæring i høgere utdanning : innføring i problem- og praksisbasert didaktikk. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.

66. Kunnskapsløftet [nettdokument]. Oslo: Kunnskapsdepartementet [oppdatert 2012; lest 8 Oct 2012]. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/grunnopplaring/kunnskapsloeftet.html?id=1411>
67. Utdannings- og forskningsdepartementet. Kultur for læring. St.meld. nr. 30 (2003-2004). Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20032004/030/PDFS/STM200320040030000DDDPD FS.pdf>
68. Øen K. ADHD i en skole med selvregulering som ideal: et litteraturstudium omkring tilpasset opplæring for elever med ADHD [Masteravhandling i pedagogikk]. Bergen: NLA Høgskolen; 2010.
69. Skaalvik EM, Skaalvik S. Skolen som læringsarena: selvoppfatning, motivasjon og læring. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
70. Skram K. Elever med AD/HD trenger lærere som kan skape oversikt og struktur i skolehverdagen. I: Hjelmervik E, Hartveit G, Olsen W, red. Utfordringer og undringer: en samling spesialpedagogiske artikler fra Statped vest. Bergen: Statped vest; 2010. s. Statped skriftserie nr. 98. s. 199-208.
71. Fabiano GA, Pelham WE, Jr., Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 2009;29(2):129-40.
72. Kaiser NM, Hoza B, Hurt EA. Multimodal treatment for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother* 2008;8(10):1573-83.
73. Drugli MB, Larsson B, Fossum S, Morch WT. Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(5):559-66.
74. Ogden T, Hagen KA. Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(4):607-21.
75. Patterson RG, Forgatch MS. Ny kunnskap om hvorfor det er så vanskelig å endre negative samhandlingsmønstre i familier. I: Befring E, Frønes I, Sørli M-A, red. Sårbare unge: nye perspektiver og tilnærminger. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. s. 168-81.
76. Askeland E, Christiansen T. Landsdekkende implementering av behandlingsmetoden Parent Management Training: fokus på kvalitetssikring. I: Befring E, Frønes I, Sørli M-A, red. Sårbare unge: nye perspektiver og tilnærminger. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. s. 182-97.
77. Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB. Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents. 2 utg. New York: Guilford Press; 2009.
78. Alexander J, Parsons BV. Functional family therapy. Monterey, Calif.: Brooks/Cole; 1982.
79. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD.

Arch Gen Psychiatry 1999;56(12):1073-86.

80. Chamberlain P. Treating chronic juvenile offenders: advances made through the Oregon multidimensional treatment foster care model. Washington, DC: American Psychological Association; 2003. Law and public policy.
81. Attention deficit hyperactivity disorder: the NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Leicester og London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2009. National Clinical Practice Guideline Number 72. Tilgjengelig fra: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/ADHDFullGuideline.pdf>
82. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. Treatment of adult ADHD: is current knowledge useful to clinicians? *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4(1):177-86.
- 83 Halmøy A, Klungsøyr K, Skjærven R, Haavik J. Pre- and perinatal risk factors in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 2012; 71 (5): 474 – 81.
- 84 Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH: Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2012; 53 (6) 695 – 705.
- 85 Overgaard KR, Aase H, Torgersen S, Zeiner P; Co-Occurrence of ADHD and Anxiety in Preschool Children. *Journal of Attention Disorders* 2012.
- 86 Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M, Cote M, Faraone SV. New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008; 47 (4):426–434.
- 87 MCGOUGH JJ, BARKLEY RA. *Diagnostic Controversies in Adult Attention Deficit Hyperactive Disorder*. *American Journal of Psychiatry* 161: 11, November 2004: 1948-1956
- 88 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

Faglige retningslinjer utarbeides innenfor områder der Helsedirektoratet mener at en retningslinje er egnet til å forbedre kvaliteten på tjenesten. Det kan være behov for en faglig retningslinje når det er påvist for dårlig standard, stor variasjon i praksis og urimelig ressursfordeling. Faglige retningslinjer utarbeides etter en fast metode der det legges vekt på oppdatert faglig kunnskap, åpenhet, tverrfaglighet og brukermedvirkning. Begrepet retningslinjer brukes også om retningslinjer utgitt med hjemmel i forskrift, disse retningslinjene kategoriseres ikke som nasjonale faglige retningslinjer.

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no