

**Faglig veileder for diagnostikk og behandling av
ADHD hos pasienter med ruslidelser**
Avdeling for rusmedisin (AFR), Haukeland universitetssjukehus

Innledning

Avdeling for rusmedisin har utviklet en veileder for diagnostikk og behandling av ADHD hos pasienter med ruslidelser, som gjelder internt i Helse Bergen. Denne veilederen bygger på anbefalingene i kapittelet «Praktisk – slik kan anbefalingen følges» fra Helsedirektoratets retningslinje “Nasjonal faglig retningslinje for behandling og oppfølging av ADHD”. Vi prøver å konkretisere og utfylle det som står i den nasjonale retningslinjen, og tilpasse anbefalingene den kliniske hverdagen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den bygger i stor grad på klinisk erfaring og konsensus blant overlegene i AFR sine døgnenheter og poliklinikker. Det har dessverre ikke vært med representant med brukererfaring i arbeidet. Den enkelte behandler har ansvar for å gjøre en individuell vurdering av hver pasient.

Veilederen vil være tilgjengelig på www.nfram.no og www.metodebok.no, men skal ikke anses som en nasjonalt godkjent veileder. Den er tilpasset lokale forhold og vil bli oppdatert etter behov.

Hvis du har ris eller ros, finner feil som bør rettes, har innspill til endringer eller tillegg, eller finner noen avsnitt overflødige – ta kontakt med svein.skjotskift@helse-bergen.no og sett «Innspill veileder ADHD» i emnefeltet.

Innholdsfortegnelse

Anbefalinger.....	5
1. ADHD-diagnose settes bare etter en bred og grundig utredning. Følgende elementer bør være med som grunnlag for vurderingen:.....	5
2. Endelig diagnose skal som hovedregel ikke stilles før etter 8 uker med sammenhengende, dokumentert rusfrihet.....	5
3. Lege skal gjøre en medisinsk vurdering før oppstart av medikamentell behandling.....	5
4. Samtidig behandling med benzodiazepiner og sentralstimulerende legemidler bør unngås.....	5
5. Medikamentell behandling bør alltid kombineres med tilbud og anbefaling om samtaleterapi og pasientopplæring.....	6
6. Oppstart med sentralstimulerende legemidler	6
7. Oppfølging ved opptrapping	6
8. Aktuelle medikamenter som kan velges	6
Metylfenidat.....	7
Lisdeksamfetamin	7
Vær oppmerksom på at det kan være ulike forskrivningsregler for ulike preparater	7
Deksamfetamin	7
Racemisk amfetamin.....	7
Atomoksetin.....	7
Guanfacin	7
Bupropion.....	7
Venlafaksin	7
9. Re-oppstart av sentralstimulerende legemidler	8
Re-oppstart i poliklinikk	8
Re-oppstart i sengepost.....	8
10. Anbefalte sikkerhets- og kontrollrutiner.....	8
11. Pasienter som har særskilte vansker med å oppnå rusfrihet før oppstart sentralstimulerende (særlig høyt symptomtrykk og særlig alvorlig ruslidelse).....	9
12. Betydelige avvik fra veilederen bør drøftes med annen spesialist i psykiatri / rus- og avhengighetsmedisin. Konklusjon og begrunnelse dokumenteres i journal. Eksempel:	9
Bakgrunn og begrunnelser for anbefalingene	10
Sammendrag	10
Epidemiologi.....	10
Risikofaktorer ved samtidig ruslidelse	10
Faktorer som gir økt sårbarhet for utvikling av rusavhengighet ved ADHD:	10
Faktorer som beskytter mot utvikling av rusavhengighet ved ADHD	10
Behandling:	11
Psykososial behandling:	11

Medikamentell behandling:	11
Diagnose.....	11
Definisjoner og utredning	11
Koder	11
Diagnostiske ADHD kriterier (ICD-10 /DSM-5):.....	12
Diagnostikk.....	13
Anamnese:	13
Rusfrihet og andre betingelser for diagnose.....	14
Differensialdiagnoser/komorbiditet:	15
Somatiske tilstander som kan gi ADHD-lignende symptomer:	16
Diagnostiske verktøy som kan brukes:.....	16
Anbefalt somatisk undersøkelse før oppstart av sentralstimulerende legemidler:	16
Førerkort og ADHD (se vedlegg nr.3).....	17
Medikamentell behandling	18
Medikamentell behandling ved pågående bruk av rusmidler	18
Behandling med sentralstimulerende legemidler	19
Medikamentell behandling av ADHD ved rusfrihet	19
Benzodiazepiner og sentralstimulerende legemidler	19
• tilbake til anbefalingene...	20
Re-oppstart i poliklinikk:	20
Re-oppstart når pasienten er innlagt i døgninstitusjon	20
Oppfølgingsrutiner	21
Oppfølging - sjekkliste:.....	23
Kontrollrutiner:	23
Varighet av oppfølgingstiltak	23
Oversikt over ulike sentralstimulerende legemidler.....	24
Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av visse legemidler og sentralstimulerende legemidler:	24
Valg og opptrapping av sentralstimulerende legemiddel:.....	24
Generelt om forskjellene mellom metylfenidat og lisdeksamfetamin	25
Metylfenidat depot tablett (Concerta/ Metylfenidat/ Delmosart).	25
Metylfenidat, kapsler med modifisert frisetting (Ritalin/Medikinet/Equasym/Metylphenidate (MF).	25
Ritalin/Medikinet tablett	26
Lisdeksamfetamin (Aduvanz/Elvanse/Balidax/Volidax).....	26
Deksamfetamin (Attentin)	27
Atomoksetin (Strattera mix/Atomoxetine kpsl).	28
Guanfacin (Intuniv)	28
Bupropion (Wellbutrin).....	29

Potensiale for ikke-medisinsk bruk	29
Metylfenidat:.....	29
Deksamfetamin/lisdeksamfetamin:.....	29
Pasienter med særlig høyt symptomtrykk av ADHD-symptomer og særlig alvorlige ruslidelser	30
Ved avvik fra veilederen:.....	30
Vedlegg nr.1: Pasientinformasjon.....	32
Vedlegg nr.2: Behandlingsavtale:.....	34
Vedlegg nr.3: Pasientinformasjon: Bilkjøring og ADHD	35
Vedlegg nr.4: Nyttige lenker:	37
Vedlegg nr.5: Sjekkliste	38
Vedlegg nr.6: Brevmaler	39
Brev til fastlege overføring av forskrivningsansvar	39

Anbefalinger

1. ADHD-diagnose settes bare etter en bred og grundig utredning. Følgende elementer bør være med som grunnlag for vurderingen:
 - Psykiatrisk anamnese og familieanamnese
 - Komparentopplysninger fra pårørende, skole, PPT, BUP og/eller andre
 - Differensialdiagnoser og/eller komorbiditet skal være utredet og vurdert ved å bruke MINI/MINI+, SCID-5-KV eller tilsvarende. Ved positiv screening for personlighetsforstyrrelse, bør en også gjennomføre SCID-5-PF. Ved mistanke om traumeproblematikk kan en gå videre med TRAPS og ITQ
 - Det beste diagnoseverktøyet for ADHD er DIVA, det beste symptomstyrkemålet er ASRS (18). Det kan være nyttig å journalføre undergruppe av ADHD tilsvarende DSM-5
 - Nevropsykologisk utredning er ønskelig, men ikke obligatorisk. Slik utredning bør gjennomføres av nevropsykolog. Aktuelle verktøy kan være WAIS, RBANS, TOVA

Hvis det finnes tilstrekkelig dokumentasjon på ADHD fra tidligere utredning, f.eks fra barndommen, er det viktig å finne ut om pasienten fortsatt har funksjonsnedsettelse på grunn av ADHD-relaterte symptomer. Dette gjøres best ved hjelp av en god anamnese og observasjon. Det kan være nyttig å bruke flere av verktøyene nevnt over for å utrede komorbiditet. Hvis pasienten har verifisert ADHD-diagnose fra før, er det vanligvis ikke nødvendig med ny utredning. Hvis det er tvil om pasienten fortsatt har diagnosen, bør ny utredning gjennomføres.

Les [mer...](#)

2. Endelig diagnose skal som hovedregel ikke stilles før etter 8 uker med sammenhengende, dokumentert rusfrihet

Rusfrihet innebærer totalavhold fra alle rusmidler, inkludert alkohol og vanedannende legemidler som benzodiazepiner. Rusfrihet dokumenteres med klinisk vurdering, urinprøver og PEth. Anamnestisk utredning kan startes selv om pasienten er i aktiv rus eller har abstinenssymptomer.

Les [mer...](#)

3. Lege skal gjøre en medisinsk vurdering før oppstart av medikamentell behandling

- Bekrefte diagnosen (ikke sannsynlig somatisk årsak til symptomene)
- Utføre medisinsk undersøkelse, og/eller innhente informasjon om nødvendige undersøkelser som er utført av andre
- Kartlegge relevante levevaner og naturlige funksjoner
- Spørre om sykdommer i familien
- Vurdere kardiovaskulær risiko
- Kartlegge medikamentbruk og andre medisinske forhold som har betydning
- Kartlegge eventuell illegal bruk av ADHD-medisin og effekt av dette
- Journalføre samlet vurdering. Dette skal gjøres av legen som har utført vurderingen.

Les [mer...](#)

4. Samtidig behandling med benzodiazepiner og sentralstimulerende legemidler bør unngås
Som hovedregel bør samtidig behandling med benzodiazepiner og sentralstimulerende ADHD-medisin unngås. Nedtrapping av benzodiazepiner bør derfor gjennomføres før oppstart av sentralstimulerende.

Les [mer...](#)

5. Medikamentell behandling bør alltid kombineres med tilbud og anbefaling om samtalerapi og pasientopplæring

Det er viktig å formidle innsikt i hva ADHD er og hvilke symptomer som er vanlige. Dette kan gjøres gjennom samtaler og sosial ferdighetstrening med fokus på pasientopplæring, daglige rutiner, struktur og planlegging. Denne behandlingen bør alltid anbefales, enten pasienten tilbys medikamentell behandling eller ikke.

Les [mer...](#)

6. Oppstart med sentralstimulerende legemidler

Oppstart av behandling med slike legemidler må gjøres av – eller i samarbeid med – spesialist i rusmedisin, psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, pediatri eller nevrologi. Oppstart må være godt planlagt og synkronisert med øvrig behandling, for å optimalisere effekten og varigheten av den medikamentelle behandlingen.

Poliklinisk oppstart: Som hovedregel anbefales det at det bør være minst 6 uker siden siste inntak av rusmidler, men det kan gjøres individuelle vurderinger ned mot 4 uker.

Oppstart i sengepost: Tidligst 4 uker etter siste inntak av rusmidler. Det bør unngås å starte medikamentell behandling mens pasienten har abstinenssymptomer.

Les [mer...](#)

7. Oppfølging ved opptrapping

Under poliklinisk opptrapping og stabilisering møter pasienten til regelmessig kontroll. Det bør tilstrebes at poliklinisk hovedbehandler også deltar i disse samtalene. Puls og BT bør tas ved hver doseøkning.

Jevnlig måling av effekt og bivirkning i opptrappingsfasen

- Jevnlige spørsmål om fysiske og psykiske bivirkninger
- Jevnlige spørsmål om levevaner som ernæring, søvn og bruk av nikotin. Vekt måles før oppstart og ellers på indikasjon (f.eks. redusert matlyst)
- BT bør være under 140/90, hvilepuls under 90 (på legekontoret). Målinger kan delegeres til annet helsepersonell (sykepleier/vernepleier)
- Råd om hvordan man reduserer risiko for toleranseutvikling
- SympoASRS kan være et nyttig verktøy for evaluering av behandlingseffekt

Les [mer...](#)

8. Aktuelle medikamenter som kan velges

Metylfenidat, lisdeksamfetamin, deksamfetamin, atomoxetin, guanfacin og bupropion. Ved rusfrihet er sentralstimulerende legemidler førstevalg. HELFO stiller krav om at metylfenidat skal være prøvd ut før lisdeksamfetamin.

Ved aktiv bruk av rusmidler, er det usikkert om pasienten vil ha nytte av medikamentell behandling av ADHD. Dersom det blir vurdert som forsvarlig, er Atomoksetin (Strattera, Audalis, Atomoxetine) førstevalg. Guanfacin (Intuniv) og bupropion (Wellbutrin) alternative valg.

Les [mer...](#)

Sentralstimulerende medikamenter:

Metylfenidat

- Vi anbefaler depot-tbl (Concerta/Metylfenidat/Delmosart) som førstevalg, men pasienter som ønsker det kan bruke Ritalin/Medikinet kapsel med modifisert frisetting
- Ved bivirkninger kan det være aktuelt å prøve ulike typer metylfenidat

Les [mer...](#)

Lisdeksamfetamin

Vær oppmerksom på at det kan være ulike forskrivningsregler for ulike preparater

- Lisdeksamfetamin (Aduvanz med flere) er andrevalg dersom metylfenidat har manglende effekt eller ikke kan brukes på grunn av bivirkninger eller medisinske årsaker
- Lisdeksamfetamin er et prodrug som omgjøres til deksamfetamin i blodet

Les [mer...](#)

Deksamfetamin

Deksamfetamin (Attentin) bør unngås, men kan i enkelte tilfeller være et alternativt valg, hvis:

- Andre preparater er tilstrekkelig utprøvd
- Pasienten er stabil og har vært dokumentert rusfri over tid (det anbefales minimum 6 mndr)
- Tilstrekkelige kontrollrutiner er avtalt

Racemisk amfetamin

Racemisk amfetamin kan være et alternativt valg, hvis:

- Andre preparater er tilstrekkelig utprøvd
- Pasienten er stabil og har vært dokumentert rusfri over tid (det anbefales minimum 6 mndr)
- Tilstrekkelige kontrollrutiner er avtalt

Les [mer...](#)

Andre medikamentvalg:

Atomoksetin

Atomoxetine er anbefalt som førstevalg ved aktiv rus eller ved høy risiko for tilbakefall. Preparatet er klassifisert som sentralt virkende sympatikomimetikum, men er i forskrivningsgruppe C.

Les [mer...](#)

Guanfacin

Intuniv. Forskrivningsgruppe C. Kan også brukes som supplement til A-preparatene, særlig hvis hypertensjon er en problematisk bivirkning.

Les [mer...](#)

Bupropion

Wellbutrin er et antidepressivt legemiddel (SNRI). På bakgrunn av internasjonal litteratur kan legemidlet også brukes i "off-label" behandling av ADHD.

Les [mer...](#)

Venlafaksin

Efexor er et antidepressivt legemiddel (SNRI) med god angstdempende effekt. Legemidlet kan brukes "off-label" i behandling av ADHD. Hvis pasienten har en alvorlig depresjon i tillegg til ADHD, kan dette legemidlet også være et godt valg.

9. Re-oppstart av sentralstimulerende legemidler

Re-oppstart i poliklinikk

- Ved tilbakefall med varighet 1-3 mndr: Det bør gå minst 3 uker siden siste inntak av rusmidler og/eller minst 1 uke siden gjennomført avrusning før re-oppstart.
- Ved tilbakefall med varighet mer enn 3 mndr: Vi anbefaler at dette regnes som første gangs oppstart, se anbefaling 6, men innleggelse i døgninstitusjon vil ofte være ønskelig for å sikre stabil rusfrihet
- Ved gjentatte tilbakefall av flere ukers varighet i løpet av siste halvår: Vurder om oppstart bør avvente til pasienten kommer i en mer stabil fase

Re-oppstart i sengepost

- Ved første tilbakefall: re-oppstart av kjent dose tidligst 1-2 uker etter siste inntak av rusmidler avhengig av type rusmiddel. Nedtrapping av vanedannende legemidler som benzodiazepiner bør være fullført
 - Ved andre gangs tilbakefall innenfor siste halvår: tidligst 4 uker etter siste illegale rusmiddelinntak og tidligst 2 uker etter gjennomført avrusning/nedtrapping
 - Opptrapping til tidligere kjent dose sentralstimulerende legemiddel kan gjøres i løpet av en periode på 2-4 uker (avrusningsenhet/stabiliseringspost)
 - Det skal være dialog om dosejusteringer og rammer for behandlingen mellom lege i sengepost og lege og hovedbehandler i poliklinikk i god tid før utskrivelse
 - Ved gjentatte tilbakefall av flere ukers varighet i løpet av siste halvår: vurder i samråd med hovedbehandler/lege i poliklinikk om re-oppstart bør avvente til pasienten kommer i en mer stabil fase
- Les [mer...](#)

10. Anbefalte sikkerhets- og kontrollrutiner

- Jevnlig kontroll av BT og puls
- Pasienten skal få råd og veiledning om livsstilsendringer ved forhøyet BT/puls
- Urinprøver og/eller fosfatidyletanol (PEth): Urinprøver (som hovedregel under tilsyn) bør tas ukentlig de første 3-6 mndr etter oppstart av sentralstimulerende legemiddel, avhengig av pasientens rusmestring. PEth bør tas 1-2 ganger pr måned ved alkoholavhengighet eller skadelig bruk av alkohol. Videre hyppighet av urin/blodprøvekontroller vurderes individuelt. Ved mistanke om samtidig bruk av amfetamin, vurder kirale analyse for å skille mellom legemidler og illegalt amfetamin

Utlevering

- Resept for maksimalt 1 mnd. forbruk i startfasen og så lenge det vurderes nødvendig.
- Ukentlig utlevering i startfasen kan vurderes for noen pasienter, dette er avhengig av hvor faste rammer pasienten trenger.
- Apoteket kan gis beskjed om å begrense antall tabletter pr utlevering til et spesifikt antall. Bruk fritekst i feltet «merknad på resept til apotek»

Konsekvenser av avtalebrudd:

- Sentralstimulerende A-preparater bør settes på pause eller seponeres ved rusmiddelbruk, manglende prøvesvar eller uteblivelse fra avtaler
- Ved seponering er det vanligvis ikke nødvendig å trappe ned A-preparater av sentralstimulerende type

Varighet:

- Spesialisthelsetjenesten bør ha ansvar for resepter i 6-12 mnd
- Jevnlig kontakt med sykepleier/lege i poliklinikken, for eksempel hver 2.uke
- Pasientene skal følges av hovedbehandler i poliklinikken, minimum en gang per mnd.
- Ukentlige urinprøver i minimum 6 mnd. etter oppstart og etter tilbakefall

- Samarbeidsmøte eller melding til fastlege før denne overtar forskrivning
- Fortsette med sporadiske urinprøver/PEth-prøver i f.eks. 2 år

Les [mer...](#)

11. Pasienter som har særskilte vansker med å oppnå rusfrihet før oppstart sentralstimulerende (særlig høyt symptomtrykk og særlig alvorlig ruslidelse)

- Hos pasienter hvor det er vanskelig å oppnå full rusfrihet er det særlig viktig å gjøre gode individuelle vurderinger der pasientens ønsker, muligheter og behov veies mot farmakologisk sikkerhet og potensielle bivirkninger
- Døgninnleggelse bør prøves om man ikke kommer til målet med poliklinisk oppfølging
- Hvis det er indikasjon for medikamentell behandling av ADHD hos pasienter i aktiv rus, kan atomoksetin, guanfacin, bupropion være egnede alternativ

I forkant av oppstart bør det settes opp en behandlingsplan med konkrete mål og gjensidige forpliktelser under utprøvingen. Behandlingseffekt og risikofaktorer evalueres fortløpende i prøveperioden og oppsummeres senest innen 3 mndr. etter oppstart. Hvis behandlingen ikke fører til bedring, skal den avsluttes.

Les [mer...](#)

12. Betydelige avvik fra veilederen bør drøftes med annen spesialist i psykiatri / rus- og avhengighetsmedisin. Konklusjon og begrunnelse dokumenteres i journal. Eksempel:

- Ved doser som er høyere enn maksimalt anbefalt i Felleskatalogen
- Ved kombinasjon av ulike sentralstimulerende preparater eller andre vanedannende legemidler
- Ved avvik fra anbefalinger om rusfrihet
- Ved avvik fra anbefalinger om bruk av sentralstimulerende ved somatisk sykdom, konsulter relevant legespesialist ved indikasjon

Les [mer...](#)

Bakgrunn og begrunnelser for anbefalingene

Sammendrag

Epidemiologi

Definisjon: Sentrale kjennetegn ved ADHD er vedvarende konsentrasjonsvansker og/eller hyperaktivitet/impulsivitet som gir betydelig nedsatt fungering i hverdagen.

Forekomst: Forekomst av ADHD hos barn er ca.3-5%. ADHD oftere diagnostisert blant gutter enn blant jenter (3-4:1). Forekomst av ADHD i den generelle voksne befolkningen antas å være ca.2-3%.

13 - 30% av ADHD-pasientene har kun ADHD, komorbiditet er altså hovedregelen.

Det er overhyppighet av ADHD blant pasienter med ruslidelser, i generelt psykisk helsevern og blant innsatte i kriminalomsorgen.

Man antar at 27-35% av voksne pasienter med rusavhengighet har ADHD, og at 10-50% av voksne med ADHD har en ruslidelse. Det er særlig høy prevalens i Nord-Europa, og blant pasienter med avhengighet av opioider og sentralstimulerende stoffer.

Risikofaktorer ved samtidig ruslidelse

Komorbiditet med kombinasjon av ruslidelse og ADHD øker risikoen for andre psykiatriske lidelser som f.eks. atferdsforstyrrelser, lærevansker, bipolar lidelse, depresjon (også impulsivitet og suicidalitet), angst, fobier, OCD, autismspekter, personlighetsforstyrrelser, tics og traumer.

Det er høy arvelighet, og tvillingstudier viser at det stort samsvar mellom genetiske og epigenetiske faktorer og ADHD (kan forklare opp mot 70%). Gener som disponerer for ADHD reduserer effektivitet til dopamin-transport-molekyl i hjernen. I hel-genom studier er det særlig gener som er involvert i basal hjerneutvikling som er koblet til ADHD. Felles genetisk risiko for rus. Redusert/tregere funksjon i belønningscenteret kan være bakgrunn for økt risiko for avhengighet av det som gir rask nytelse og høy mestringsfølelse.

Faktorer som gir økt sårbarhet for utvikling av rusavhengighet ved ADHD:

- Lav impuls kontroll, problem å lære av feil, kortsiktig belønning
- Økt sårbarhet for negativ effekt av rusmidler (aggresjon, depresjon etc.)
- Alkohol, tobakk og andre rusmidler kan redusere effekt av medisinen og øke bivirkninger
- Selvmedisinering (bl.a. cannabis, amfetamin, ecstasy, kokain)
- Risikoen for rusproblem ved ADHD øker hvis det samtidig foreligger atferdsforstyrrelser, bipolar lidelse og/eller personlighetsforstyrrelse

Faktorer som beskytter mot utvikling av rusavhengighet ved ADHD

- Sen debut av bruk av rusmidler
- Trygge oppvekstvilkår
- Rutiner i dagliglivet som kosthold, søvn/døgnrytme, økonomi, hygiene, orden i hjemmet
- Tilpasset lære- og arbeidssituasjon, som eget rom på eksamen, støttekollega på jobb, struktur og plan i arbeidshverdagen
- Sunn dopamin-aktivering og lært naturlig egenregulering (f.eks. idrett, musikk, rollespill og ekstremidrett)

Symptomer: Redusert oppmerksomhet (f.eks vansker med å fullføre oppgaver, holde konsentrasjon, holde fokus i samtaler, følge instruksjoner, organisere oppgaver, starte oppgaver som krever planlegging, fullføre oppgaver eller huske avtaler) og hyperaktivitet/impulsivitet (f.eks fikler med noe når lenge i ro, overdrevent aktive som de er drevet av indre motor, snakker fort og avbryter lett og har problemer med å vente på tur).

Diagnostikk: Aktuell screening test er ASRS, WURS og ADHD-modulen i MINI+. Fullstendig diagnostikk inkluderer MINI/MINI+ og DIVA, evt. SCID II og TRAPS.

Behandling:

Psykososial behandling:

Det er viktig å formidle innsikt i hva ADHD er, hvilke symptomer som er vanlige og hvordan en kan mestre disse. Dette kan gjøres gjennom samtaler og sosial ferdighetstrening med fokus på pasientopplæring, daglige rutiner, struktur og planlegging. Denne behandlingen bør alltid anbefales, enten pasienten tilbys medikamentell behandling eller ikke. Det er viktig å formidle at de fleste pasienter benytter seg av medikamentell behandling i en begrenset periode (1-2 år). Dette representerer et «terapeutisk vindu» som kan brukes til å oppnå rusfrihet og optimalt utbytte av psykologisk behandling og sosial ferdighetstrening. Det er ikke noe i veien for at pasienter bruker slike medikamenter livet ut, men en kan anta at mange får mindre effekt etter hvert som tiden går (toleranseutvikling). Medikamentell behandling er ikke kurativ, men en midlertidig støtte. Pasienten må i lang tid arbeide med å få bedre innsikt i og forståelse av egen fungering, mestring av psykiske symptomer og med å bedre sosiale og psykologiske ferdigheter. **Den viktigste delen av ADHD-behandlingen må pasienten altså utføre selv.** Det er derfor viktig at pasienten er godt forberedt før oppstart av medikamentell behandling. Mange pasienter ønsker en rask oppstart og kan være utålmodige etter å komme i gang. Oppstartstidspunktet bør likevel planlegges nøye i samarbeid mellom behandler, lege og pasient, og ta hensyn til disse faktorene. Mange pasienter har tilleggsp problemer i form av andre psykiske lidelser som angst og depresjon, PTSD eller psykose. Slike lidelser krever egen behandling, der både medikamenter og psykososial behandling har en viktig plass. Mange pasienter vil ha stor nytte av gruppebehandling, f.eks Pegasus-kurs der dette er tilgjengelig

[tilbake til anbefalingene...](#)

Medikamentell behandling:

Sentralstimulerende legemidler

- Metylfenidat (Concerta, Medikinet, Ritalin, Equazym, Delmosart m.fl)
- Lisdeksamfetamin (Aduvanz, Elvanse, Volidax, Balidax)
- Deksamfetamin (Metamina, Attentin)
- Racemisk amfetamin

Andre typer

- Atomoksetin (Strattera)
- Bupropion (Wellbutrin)
- Venlafaksin (Efexor)
- Guanfacin (Intuniv)

Diagnose

Definisjoner og utredning

Koder

ICD-10 koder: F90 (F90.0 – F90.9) Hyperkinetiske forstyrrelser

- F90.0 forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet
- F90.1 hyperkinetisk atferdsforstyrrelse
- F90.8 andre spesifiserte hyperkinetisk atferdsforstyrrelser
- F90.9 uspesifiserte hyperkinetisk atferdsforstyrrelse
- DSM-5 (314.xx), deler inn i ulike kliniske presentasjoner
 - AD/HD kombinert type (ADHD-C)
 - AD/HD overveiende oppmerksomhetssvikt type (ADHD-I)
 - AD/HD overveiende hyperaktiv-impulsiv type (ADHD-H)
 - AD/HD NOS (INA)

ICD-10 bruker begrepet *hyperkinetisk forstyrrelse*, og det er da krav om at det både er oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet som er til stede i flere settinger og som medfører nedsatt funksjon i hverdagen. Symptomene skal ha begynt i barnealder. Det er også et krav at ikke konsentrasjonsvansker eller hyperaktivitet/impulsivitet er bedre forklart av andre tilstander. DSM-5 bruker begrepet ADHD, og det er mulig å oppfylle kriterier for diagnose ved enten overveiende symptomer på konsentrasjonsvansker eller overveiende på hyperaktivitet/impulsivitet. I Norge bør DSM-5 kriterier brukes i klinisk praksis, men det kodes i ICD-10, og ADHD brukes som en fellesbetegnelse for både ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse. Derfor brukes begrepet ADHD i denne retningslinjen.

Diagnostiske ADHD kriterier (ICD-10 /DSM-5):

5 av 9 symptomer på oppmerksomhetsvansker og/eller impulsivitet/hyperaktivitet (tabell 1) hos pasienter over 17 år. For pasienter under 17 år gjelder 6 av 9 symptomer. Dessuten skal symptomene:

- ha vært til stede fra barndommen (før 12 år i hht DSM-5)
- føre til funksjonssvikt av klinisk betydning sosialt, i utdanning eller i yrke (minst to viktige livsområder), og som ikke kan bedre forklares av andre diagnoser (som f. eks depresjon, mani, angst, utviklingsforstyrrelse)

Tabell 1: Operasjonaliserte symptomkriterier på ADHD

Oppmerksomhetsvansker	Hyperaktivitet/impulsivitet
<p>A1. Svikter ofte på å være nøye med detaljer eller gjør slurvfeil i skolearbeid, yrke eller andre aktiviteter</p> <p>A2. Har ofte vansker med å holde på oppmerksomheten i oppgaver eller lek</p> <p>A3. Synes ofte ikke å lytte når de tilsnakkes direkte</p> <p>A4. Følger ofte ikke instruksjoner og mislykkes i å gjennomføre skolearbeid, husarbeid eller oppgaver på jobben (beror ikke på trass eller manglende forståelse av instruksjoner)</p> <p>A5. Har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter</p> <p>A6. Unnviker ofte, misliker eller er uvillig til å utføre oppgaver som krever vedvarende psykisk anstrengelse (f. eks. skolearbeid eller oppgaver i hjemmet)</p> <p>A7. mister ofte ting som er nødvendige for oppgaver eller aktiviteter (f. eks. leketøy, skoleoppgaver, blyanter, bøker eller verktøy)</p> <p>A8. Blir ofte distraheret av tilfeldige stimuli</p> <p>A9. Er ofte glemsk i dagliglivet</p>	<p>H/I 1. Har ofte vansker med å sitte stille eller å holde hender eller føtter i ro</p> <p>H/I 2. Går ofte fra plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner der det forventes at man skal sitte i ro</p> <p>H/I 3. Springer ofte omkring eller klatrer ekstra mye i situasjoner der dette ikke passer (hos ungdom eller voksne kan dette begrense seg til en subjektiv følelse av rastløshet)</p> <p>H/I 4. Har ofte vansker med å leke eller gjøre fritidssysler på en rolig måte</p> <p>H/I 5. Er som oftest "på farten" eller handler som "drevet av en motor"</p> <p>H/I 6. Snakker ofte i et kjø</p> <p>H/I 7. Buser ofte ut med svar før spørsmålene er ferdig stilt</p> <p>H/I 8. Har ofte vansker med å vente på sin tur</p> <p>H/I 9. Avbryter eller trenger seg ofte på andre (f. eks. buser inn i andres samtaler eller lek)</p>
	<p><i>H/I 1-6 definert som symptomer på hyperaktivitet</i> <i>H/I 7-9 definert som symptomer på impulsivitet</i></p>

Diagnostikk

Anamnese:

Det skal være en bred og grundig utredning før ADHD-diagnose settes:

- Psykiatrisk anamnese med bakgrunnsopplysninger fra barndom etc.
- Familieanamnese. Spør spesifikt om ADHD, rus, selvmord, bipolar lidelse, psykose, depresjon, tics eller Tourettes syndrom. Samt somatiske tilstander som plutselig hjertesvikt/uforklarlig død, hypertensjon, ventrikkelarytmi etc.
- Komparentopplysninger fra pårørende, skole, PPT, BUP og andre
- Differensialdiagnoser og komorbiditet skal være utredet og vurdert

Spør også etter kjernesymptomer på ADHD (tabell 1):

- **IMPULSIVITET:** Redusert impuls kontroll, hemming av automatiske responser, redusert evne til å utsette belønning / behovstilfredsstillelse
- **HYPERAKTIVITET:** Mye (men lite målrettet) aktivitet, dårlig regulering av aktivitet i forhold til oppgaver/målsetting
- **OPPMERKSOMHETSVANSKER:** Vansker med å opprettholde oppmerksomhet og fokus over tid, redusert utholdenhet, avledbarhet, spesielt hvis oppgaven ikke er fengende (motivasjon)

Typiske symptomer/problemer ved ADHD hos voksne:

- Vansker med å fokusere/holde på oppmerksomheten over tid, lav utholdenhet
- Ineffektivitet/varierende redusert evne til å få gjennomført ting
- Dårlig tidssans, utsetter ting (prokrastinering)
- Vansker med å sortere, prioritere og planlegge
- Kjeder seg og går lei
- Selv-stimulering (aktivitet, kaffe, nikotin, rusmidler)
- Rastløshet/indre uro
- Vansker med affektregulering
- Vansker med å slappe av, multi-tasking (mange baller i luften som ikke landes)

- Vansker med å "skru av" når først i gang med en (oppslukende) aktivitet («hyperfokus»)
- Valg av jobb/aktivitet som tillater variasjon/ bevegelse
- Spenningssøking, impulsivitet (handler uten å tenke)
- Utålmodighet (ubehag ved å gjøre ting sakte og systematisk, vansker med å motstå fristelser selv om risiko for negative konsekvenser)
- Risikoatferd (trafikk, ukritisk seksuell aktivitet, rus- og/eller spilleavhengighet)

Rusfrihet og andre betingelser for diagnose

Det er en fordel at utredningen skjer etter at personen er blitt rusfri. Nasjonal faglig retningslinje anbefaler her 12 uker, men vår erfaring er at mange med alvorlige rusproblemer og ADHD-symptom har store vanskeligheter med å fylle dette kriteriet. Vi anbefaler derfor som hovedregel at endelig diagnose ikke stilles før tidligst etter 8 uker med sammenhengende dokumentert rusfrihet. Mengde og type rusmiddel har betydning. Ved behov kan innhenting av komparentopplysninger og anamneseopptak startes selv om pasienten er i aktiv rus. Husk at ADHD-lignende symptomer kan skyldes effekt av rusmidler og/eller abstinens. Rusfrihet dokumenteres med klinisk vurdering, urinprøver og PEth

Diagnosen bør stilles av, eller i samarbeid med, psykologspesialist, spesialist i psykiatri eller rus- og avhengighetsmedisin. NB: Før endelig ADHD-diagnose settes bør pasienten drøftes i tverrfaglig team.

Det er viktig å vurdere om symptomene oppmerksomhetsvansker, konsentrasjonsvansker eller hyperaktivitet fører til funksjonssvikt og best forklares som ADHD. Det er viktig at ADHD-symptomer typisk er vedvarende over tid og ikke oppstår i kortere affektive episoder, abstinensperioder eller lignende. Det har også betydning hva som er årsak til symptomene, eks kommer man for sent pga problemer med å organisere tiden eller fordi man ikke bryr seg om andre må vente.

Hvis det finnes tilstrekkelig dokumentasjon på ADHD fra tidligere utredning, f.eks fra barndommen, er det viktig å finne ut om pasienten fortsatt har ADHD-relatert funksjonsnedsettelse. Dette gjøres ved hjelp av en god anamnese og observasjon. ASRS er et nyttig hjelpemiddel. Det kan også være nyttig å bruke flere av verktøyene nevnt over for å utrede komorbiditet, men det er ikke nødvendig å ta DIVA hvis pasienten har ADHD-diagnose fra før. Voksen- og funksjonssvikt-delen av DIVA kan likevel være nyttig.

I tilfeller der en pasient tidligere har fått diagnosen ADHD, og har sluttet med sentralstimulerende legemiddel eller ikke har fått forskrevet dette på grunn av ustabil rusmestring: Innhent journalopplysninger som dokumenterer diagnosen, gjør en ny vurdering av om diagnosen var valid. Undersøk i hvilken grad ADHD-symptomer fortsatt er tilstede, f.eks ved hjelp av ASRS.

[tilbake til anbefalingene...](#)

Under følger utdrag fra veilederen for nevropsykologi, vedtatt av Norsk psykologforeningen. Her finner du noen nyttig innspill når det gjelder denne problemstillingen. (Veilederen gjelder riktignok nevropsykiatriske utredninger generelt, og er ikke avgrenset til ADHD)

“Rus og medikamentinntak

I noen tilfeller kreves det en periode med rusfrihet eller fravær av medikamenter som har kjente kognitive bivirkninger, før testing. Det er formålet med utredningen som må avgjøre hvilke krav som stilles. Fire forhold bør særlig vurderes:

1. Er kravene realistiske, eller utelukker de i praksis pasienten fra å kunne få nødvendig utredning/helsehjelp?

(2.)

3. Vil gjennomføring av utredning med ingen eller begrensede krav likevel kunne gi verdifull informasjon med henblikk på behandling eller tilrettelegging?

4. Vil utredning med eller uten rus/medikamenter være mest relevant i forhold til utredningsspørsmålet? Dette er spesielt relevant i situasjoner der formålet med utredning er å belyse hverdagsfunksjon, og pasienten antas å være stabilt medisinert. Velger man å utrede med begrensede krav til frihet fra medikamenter eller rusmidler, må det klart fremgå hvilken usikkerhet dette medfører for konklusjonene.”

Selve veilederen er tilgjengelig fra:

http://www.nevropsyk.org/content/download/44613/746220/file/KliniskNevropsykologi_VEILEDER_2015.pdf»

Differensialdiagnoser/komorbiditet:

Det er viktig å være oppmerksom på ADHD-lignende symptomer som kan skyldes effekt av rusmidler, bl.a.:

- Konsentrasjonsproblemer pga bruk av rusmidler
- Kognitiv svikt pga bruk av rusmidler
- Uro pga abstinens eller rusmiddelpåvirkning. Obs. amfetaminavhengighet: Også pasienter med slik avhengighet kan ha en ADHD “i bunnen”. Denne pasientgruppen bør primært legges inn i døgninstitusjon for diagnostisk vurdering og evt. oppstart av medikamentell behandling.
- Impulsivitet pga forsinket modning knyttet til tidlig debut med rusmidler

Eksempler på psykiske lidelser/psykososial belastning som kan være både differensialdiagnoser og/eller komorbiditet (UpToDate):

Depressive lidelser og ADHD kan begge ha redusert evne til å tenke eller konsentrere seg, dårlig motivasjon til å gjennomføre mange aktiviteter og ubesluttsomhet. Depresjon kan skilles fra ADHD hos voksne ved et typisk senere debut og episodisk forløp.

Mani og ADHD kan begge ha symptomer som distraherbarhet, impulsivitet og økt snakkesalighet. Mani kan skilles fra ADHD hos voksne ved senere debut og episodisk forløp. Symptomer som oppstemt humør, raske stemningssvingninger, grandiositet og økt seksuell interesse og aktivitet har vist seg å kunne skille ungdom med tidlig bipolar lidelse fra ungdom med ADHD.

Angstlidelser: ADHD er ofte ledsaget av angst. Pasienter med angstlidelser kan lett bli distraheret av angstsymptomene, noe som kan ligne på distraherbarheten ved ADHD. I motsetning til ADHD oppstår distraksjon i en angstlidelse bare i nærvær av fokuset på den lidelsen (f.eks. Når pasienten opplever tvangstanker ved OCD eller er opptatt av selvbevisst tenkning i sosial fobi). Debut av angstlidelser kan være senere enn debut av ADHD hos voksne.

Ruslidelser: Kognitive og atferdsmessige funksjonsnedsettelse (nedsatt oppmerksomhet, distraherbarhet, hyperaktivitet) kan ses ved både ADHD og ruslidelser. Akutte kognitive svekkelser ved ruslidelser forekommer imidlertid bare i sammenheng med rusmiddelbruk

Andre psykiske lidelser som kan forveksles med ADHD

- PTSD/kompleks PTSD
- Indre uro og konsentrasjonsproblemer pga belastet oppvekstmiljø/traumer
- Autismespekterlidelser som Asperger syndrom
- Psykisk utviklingshemming
- Personlighetsforstyrrelser som emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

Somatiske tilstander som kan gi ADHD-lignende symptomer:

- Nevrologiske lidelser som epilepsi eller lignende anfall, migrene
- Endokrinologiske lidelser som hypotyreose, hypertyreose, tyreotoksikose
- Bruk av legemidler (For eksempel astmamedisiner, SNRI, SSRI, MAO-hemmere, litium, antipsykotika, generelt A- og/eller B-preparater)

Diagnostiske verktøy som kan brukes:

Utredning av psykiske symptomer:

ASRS symptomsjekkliste: Nyttig symptomsjekkliste som består av de atten DSM-5 kriteriene. Det finnes også en kortere versjon med 6 spørsmål ("ASRS-5")

WURS: Nyttig verktøy for kartlegging/screening av symptomer på ADHD i barndommen.

MINI +: Redskap for å vurdere psykiatrisk komorbiditet og differensialdiagnoser.

SCID-II/SCID-5 PF: hvis man mistenker personlighetsforstyrrelser. PF er vanlige blant pasienter med ruslidelser og kan påvirke symptomutformingene. En evt. personlighetsforstyrrelse i tillegg til ADHD har stor betydning for samarbeid og alliansen mellom behandler og pasient.

TRAPS: Traume og PTSD-screening, bør vanligvis tas fordi traumer er vanlige blant pasienter med ruslidelser.

DIVA: DIVA 5 er et diagnostisk intervju for ADHD hos voksne og er det viktigste diagnostiske kartleggingsverktøyet. Det er basert på DSM-5. Rettigheten til å bruke verktøyet koster kr.100 og bør betales av arbeidsgiver. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuet sammen med pårørende eller andre som kjente pasienten som barn - slik at det kan innhentes komparentopplysninger vedrørende symptomer før 7 og 12 år.

CPT (Connors test): Egnert til å sammenligne vedvarende oppmerksomhet før og etter iverksatt behandling.

TOVA (Test of variables of attention): Noen foretrekker dette instrumentet, men det er delte meninger blant nevropsykologer.

Nevropsykologisk utredning: (f.eks WAIS) kan være nyttig for å kartlegge eksekutiv og kognitiv funksjon, men er ikke nødvendig for stille diagnosen. Pasienter med ADHD kan ha høy score på kognitiv fungering (f.eks IQ), men lav score på eksekutive funksjoner.

HUSK: Psykiatrisk komorbiditet ved ADHD er vanlig, og behandling av ADHD kan endre symptombildet. Det kan derfor være nyttig å gjenta utredning etter at en har startet behandling for ADHD.

Anbefalt somatisk undersøkelse før oppstart av sentralstimulerende legemidler:

Anamnese:

- Kardiovaskulære lidelser: Bl.a hypertensjon, hjertesvikt, nylig hjerteinfarkt, ventrikulær arytmi, strukturelle hjertefeil, kardiomyopati, alvorlige hjerterytmeforstyrrelser eller annen tilstand som kan forverres av økt blodtrykk eller puls
- Nevrologiske lidelser som epilepsi eller lignende anfall, migrene (sentralstimulerende kan forsterke grunnlidelsen)
- Endokrinologiske lidelser som hypertyreose, tyreotoksikose (sentralstimulerende er kontraindisert)
- Glaukom (sentralstimulerende kontraindisert)

- Graviditet, amming, bruk av prevensjon eller planer om graviditet (for planlegging/ oppfølging av evt. svangerskap)
- Bruk av legemidler (For eksempel astma- og/eller allergimedisin, SNRI, SSRI, MAO-hemmere, litium, antipsykotika, generelt A- og/eller B-preparater)
- Familieanamnese: Tilstander som plutselig hjertesvikt/uforklarlig død, hypertensjon, ventrikkelarytmi etc

Somatisk undersøkelse: Høyde, vekt, BT og puls. Samt hjerte, lunger og eventuelt orienterende nevrologi.

EKG: Det er ikke nødvendig å gjøre EKG screening på alle pasienter, men det bør som hovedregel tas på pasienter med rusavhengighet, særlig ved mistanke om økt risiko for rytmeforstyrrelser eller iskemiske forandringer. Ved injiserende rusmiddelbruk, ved mistanke om bruk av anabole androgene steroider og/eller behandling med legemidler som kan påvirke QT-tiden bør det alltid tas EKG før oppstart av sentralstimulerende medisiner.

Blodprøver som kan være aktuelle (i tillegg til prøver som er tatt under utredning):

Elektrolytter (Na, K, Cl, Ca, Mg og ev. fosfat)
Kreatinin
ALAT, gamma-GT
Albumin

Ved mistanke om bruk av anabole steroider, supplér med:

Testosteron, SHBG, LH, FSH

Rusmiddeltesting blod: Ved alkoholavhengighet kan flere ulike blodprøver være aktuelle, men PEth er nå regnet som den beste.

Rusmiddeltesting urin: Overvåket urinprøve bør kreves

Følgende urinprøver kan være aktuelle:

- Hurtigmatemetode for screening av 8 ulike rusmiddelgrupper
eller
- Basispakke for spesifikk påvisning av 40 ulike rusmidler (for oppdatert informasjon, se www.analyseoversikten.no)

Ved bestilling av basispakke, kan etanolmetabolitter (EtG/EtS) bestilles i tillegg.
Ved behov for differensiering mellom legeforskrevet sentralstimulerende eller illegal amfetamin/methamfetamin kan man bestille kiral analyse (sendeprøve f.eks til St.Olavs Hospital)

[tilbake til anbefalingene...](#)

Førerkort og ADHD ([se vedlegg nr.3](#))

- For pasienter som skal ta nytt førerkort, eller har blitt fratatt førerkortet, er det viktig å huske på at det skal krysses av for ADHD i helseattesten. Fastlege kan evt. be om spesialisterklæring
- Bruk av sentralstimulerende medisin vil vanligvis ikke påvirke helsekravet, men legen kan stille krav om at en bruker medisiner under kjøring

- Pasienten skal være forsiktig med bilkjøring i oppstartsfasen, og pasienten bør læres opp i å kjenne etter effekt og andre reaksjoner av stimulantia (apoteket informerer om dette)
- Hvis pasienten er i LAR, er ikke helsekravene til førerkort oppfylt ved sentralstimulerende og LAR legemiddel samtidig. To A preparat er ikke forenlige med helsekravene
- Atomoksetin (Strattera) kan kombineres med et LAR-legemiddel)

[tilbake til anbefalingene...](#)

Medikamentell behandling

Det er bare leger med spesialitet i nevrologi, psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus- og avhengighetsmedisin som har rett til å starte (initiere) behandling med sentralstimulerende legemidler i forskrivningsgruppe A. Fastleger har rett til å fortsette (kontinuere) slik behandling, forutsatt samme legemiddel og dose. Se [nasjonale regler](#) for rekvirering av legemidler

Før medikamentell behandling vurderes, må legen forsikre seg om at den diagnostiske utredningen er grundig nok gjennomført og at utredningen er tilstrekkelig dokumentert i pasientens journal.

Målsettingen med den medikamentelle delen av behandlingen bør være:

- Redusere plagsomme symptomer ved ADHD (oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet)
- Redusere assosierte symptomer som emosjonell dysregulering (agresjon, stemningsleie, irritabilitet, angst) og søvnforstyrrelser
- Bedring av sosiale ferdigheter, som f.eks økonomistyring, boevne og relasjonelle ferdigheter
- God rusmestring/rusfrihet
- Bedre levevaner (f.eks fysisk aktivitet, redusert røyking, søvn, kosthold)
- Komme i posisjon til bedre behandling av komorbide somatiske og psykiske lidelser
- Økt deltakelse i arbeidslivet. Pasienter med ADHD som klarer å komme inn i yrkesaktivitet, synes å ha bedret livskvalitet og bedre mestring av sitt rusmiddelproblem

[tilbake til anbefalingene...](#)

Medikamentell behandling ved pågående bruk av rusmidler

Som hovedregel skal ikke medikamentell behandling med psykoaktive legemidler kombineres med bruk av rusmidler på grunn av uoversiktlige interaksjoner og risiko for alvorlige bivirkninger som f.eks hjerneblødning pga hypertensjon. Pasienten skal informeres grundig om konsekvensene av dette. Ved aktiv rus er det også usikkert om pasienten vil ha nytte av medikamentell behandling for ADHD.

Sentralstimulerende legemidler bør unngås. En kan vurdere atomoksetin (Strattera) som ikke regnes som et sentralstimulerende legemiddel, men vær oppmerksom på at det likevel har en viss adrenerg effekt (risiko for hypertensjon).

Langsom opptrapping reduserer risikoen for bivirkninger, men kan være en tålmodighetsprøve for noen av pasientene. Opptrappingshastigheten må derfor vurderes individuelt.

Guanfacin (Intuniv) og bupropion (Wellbutrin) og andre legemidler i forskrivningsgruppe C kan vurderes.

Venlafaxin (Efexor) kan også være et alternativ, særlig ved komorbiditet med angst og/eller depresjon. Merk: Dette legemidlet er ikke godkjent for behandling av ADHD alene. Hvis forskrivningen skal godkjennes for blå resept, må derfor depresjon eller angst være indikasjon.

Det finnes i dag ikke forskning som understøtter bruk av cannabinoide CBD og THC som effektive i behandling av ADHD.

- Randomiserte kliniske forsøk tyder på at det er lite effektivt å behandle med metylfenidat i populasjoner med sidemisbruk og ADHD
- Økt risiko for hjertesykdom som infarkt, angina og arytmier samt hypertensjon ved bruk av sentralstimulerende legemidler
- Atomoksetin førstelinje valg, men begrenset dokumentasjon for behandling av denne pasientgruppen

[tilbake til anbefalingene...](#)

Behandling med sentralstimulerende legemidler

Hvorvidt behandling med sentralstimulerende legemidler forebygger senere rusproblemer er omdiskutert. En metaanalyse fra 2003 estimerte at behandling med sentralstimulerende legemidler i barndommen reduserer skadelig rusmiddelbruk og avhengighet i tenårene og voksen alder med omtrent 50% (Wilens et al. 2003), mens en metaanalyse fra 2013 viste ingen beskyttende effekt på senere rusbruk ved behandling med sentralstimulerende legemidler (Humphreys et al. 2013).

Sentralstimulerende legemidler kan også være attraktive rusmidler. Som rusmiddel kan de inntas oralt, ved sniffing, røyking og ved injisering. Deksamfetamin og racemisk amfetamin er mest potent. Noen pasienter opplever økt russug (craving) ved bruk av sentralstimulerende legemidler. Dette kan ha flere årsaker, mange pasienter sier f.eks at de får assosiasjoner til amfetaminrus når effekten av legemidlet går ut av kroppen.

[tilbake til anbefalingene...](#)

Medikamentell behandling av ADHD ved rusfrihet

Oppstart av behandling av ADHD med legemidler må gjøres av – eller i samarbeid med – spesialist i rusmedisin, psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, eller nevrologi. **Utredning av ADHD-diagnose og komorbiditet samt avklaring av medisinske kontraindikasjoner må være gjort før oppstart kan planlegges.**

Grunnleggende sosiale rammer som bolig, sysselsetting og økonomi bør være avklart. Dette skaper optimal ro og stabilitet rundt pasienten. Den psykososiale oppfølgingen bør også være planlagt og helst ha kommet i gang før oppstart. Behandlingsplan bør alltid oppsummeres og journalføres. I noen tilfeller bør en slik plan være tydelig skriftliggjort i en behandlingsavtale som undertegnes av lege og pasient. Dette kan særlig være til hjelp der pasienten har betydelige konsentrasjonsproblemer.

Noen pasienter synes å utvikle toleranse ved langvarig, daglig bruk av sentralstimulerende legemidler. Det kan derfor være nyttig å legge inn 1-2 legemiddelfrie dager pr uke, for å motvirke dette. På tross av dette er det likevel mange pasienter som av ulike årsaker ikke fortsetter behandlingen (bivirkninger, tilbakefall til rus, svekket effekt). Det er derfor viktig å oppmuntre pasientene til å benytte seg av ikke-medikamentelle behandlingstiltak så tidlig som mulig etter oppstart.

Benzodiazepiner og sentralstimulerende legemidler

Som hovedregel bør samtidig behandling med benzodiazepiner og sentralstimulerende ADHD-medisin unngås. Nedtrapping av benzodiazepiner bør derfor gjennomføres før oppstart av sentralstimulerende.

Begrunnelsen for dette er

- a. Sentralstimulerende legemidler kan sannsynligvis gi nedsatt effekt av benzodiazepin/ opplevd behov for økt dose.
- b. Benzodiazepiner gir sannsynligvis nedsatt effekt av sentralstimulerende legemidler

- c. Langvarig, regelmessig bruk av benzodiazepiner kan gi økt risiko for bivirkninger som f.eks. svekket kognitiv funksjon, nedstemthet, angst og aggresjon. Disse symptomene kan forveksles med symptomer på ADHD
- d. Benzodiazepiner kan også gi redusert impuls kontroll og dømmekraft som kan medføre økt tilbakefallsrisiko til problematisk rusmiddelbruk

Nedtrapping av benzodiazepiner kan i enkelte tilfeller gjennomføres etter oppstart/stabilisering av sentralstimulerende legemidler. Denne nedtrappingen bør begynne før oppstart av sentralstimulerende, og ha en klar tidsramme.

[tilbake til anbefalingene...](#)

Oppstart av sentralstimulerende behandling

Poliklinisk: For å sikre pasientsikkerhet og tilstrekkelig gode betingelser for vurdering av effekt og bivirkninger anbefales det at det bør være minst 6 uker siden siste inntak av rusmidler. Ved alkoholavhengighet kan det gjøres individuelle vurderinger, ned mot 4 uker. Dokumentasjon av rusfrihet bør gjøres ved hjelp av klinisk vurdering, PEth og ukentlige urinprøver.

I sengepost: Tidligst 4 uker etter siste inntak av rusmidler. Det bør unngås å starte medikamentell behandling mens pasienten har abstinenssymptomer. Det skal være dialog mellom lege i sengepost og lege og hovedbehandler i poliklinikk i god tid før utskrivelse

• [tilbake til anbefalingene...](#)

Re-oppstart i poliklinikk:

- Re-oppstart av sentralstimulerende legemidler ved tilbakefall til rusmiddelbruk med varighet lengre enn få dager, men kortere enn 1 mnd: Klinisk vurdering og en grundig avveining av ulike aspekter ved pasientsikkerhet. Vurderingen bør gjøres i samarbeid med pasientens hovedbehandler
- Re-oppstart av sentralstimulerende legemidler ved tilbakefall (varighet 1-3 mndr) til rusmiddelbruk: For å sikre stabil rusfrihet bør det gå minst 3 uker siden siste inntak av rusmidler og/eller minst 1 uke siden gjennomført avrusning/nedtrapping før re-oppstart. Hvis dette er vanskelig å oppnå kan oppstart i avrusnings- eller stabiliseringspost vurderes.
- Ved mer enn 3 mnd tilbakefall til rusmiddelbruk: Vurderes som første gangs oppstart. Innleggelse i døgninstitusjon vil ofte være ønskelig for å sikre stabil rusfrihet. Klinisk vurdering av evt. unntak gjøres i samarbeid med pasientens hovedbehandler.
- Ved gjentatte tilbakefall av flere ukers varighet i løpet av siste halvår: vurder om pasienten har nytte av medikamentell behandling nå, eller bør avvente til pasienten kommer i en mer stabil fase.
- Ved re-oppstart av andre grunner enn tilbakefall (og pasienten har vært rusfri > 6 mndr): Opptrapping til stabil dose, deretter overføring til fastlege etter en periode oppfølging i poliklinikk

Opptrappings-hastigheten bør være omkring 7 dager pr trinn (se ellers Felleskatalogen).

[tilbake til anbefalingene...](#)

Re-oppstart når pasienten er innlagt i døgninstitusjon

- Re-oppstart av sentralstimulerende legemidler etter tilbakefall til rusmiddelbruk (i denne sammenheng definert som daglig eller nesten daglig inntak i mer enn 1 mnd): det vil kunne være nyttig å bruke noe lenger tid slik at en kan gjennomgå og bearbeide omstendighetene rundt tilbakefallet. Dette kan redusere risikoen for et nytt. Hvis fastlege har hatt ansvar for

forskrivningen bør dette ansvaret overføres til spesialisthelsetjenesten, før pasienten henvises til avrusning.

- Ved første tilbakefall: For å sikre fravær av ruspåvirkning og/eller abstinens anbefales det å vente med re-oppstart til tidligst 1-2 uker etter siste inntak av rusmidler og nedtrapping vanedannende medikamenter bør minst være fullført. Ved andre gangs tilbakefall: Tidligst 4 uker etter siste illegale rusmiddelinntak og tidligst 2 uker etter gjennomført avrusning/nedtrapping.
- Det skal være dialog om dosejusteringer og rammer for behandlingen mellom lege i sengepost og lege og hovedbehandler i poliklinikk i god tid før utskrivelse.
- Opptrappings-hastigheten i døgninstitusjon bør ligge mellom 3-7 dager pr trinn, avhengig av pasientens toleranse for bivirkninger. Hvis det har gått kort tid siden pasienten har stått på full dose, kan man i noen tilfelle gå rett tilbake til full dose uten opptrapping.
- Opptrapping til tidligere kjent dose sentralstimulerende legemiddel kan gjøres i løpet av en periode på 1-3 uker i avrusningsenhet/stabiliseringspost. Alternativt kan lege i poliklinikk starte medikamentell behandling kort tid etter utskrivelse. Det forutsettes tett dialog mellom lege i sengepost og lege i poliklinikk så tidlig som mulig før/under innleggelsen.
- Ved gjentatte tilbakefall av flere ukers varighet i løpet av siste halvår: Vurder om pasienten har nytte av medikamentell behandling nå, eller bør avvente til en mer stabil fase

[tilbake til anbefalingene...](#)

Oppfølgingsrutiner

- Formålet med oppfølgingsrutiner er å sikre forsvarlig forskrivning. Hvis pasientene likevel ønsker å bruke rusmidler, er det lite sannsynlig at vi vil være i stand til å fange opp ethvert rusmiddelinntak. Det er viktig å informere pasientene om helserisiko ved kombinasjon av sentralstimulerende behandling og rusmidler, og å understreke at dette også er pasientens ansvar. All behandling er basert på tillit mellom pasient og lege.
- Kartlegg klinisk effekt, gjerne med eksempel fra funksjon i hverdags situasjoner. Bruk gjerne ASRS
- Kartlegg og undersøk bivirkninger (særlig de viktigste; tics, søvnproblem, nedsatt appetitt, økt puls/BT, russug, hodepine, brystmerter, magesmerter, irritabilitet, økt impulsivitet, endret atferd, endret affekt, mistenksomhet, vrangforestillinger, hallusinasjoner).
- Kontroller puls (Døgn: Daglig, Poliklinikk: Ukentlig). Puls helst < 80. Puls > 80 < 90, gi råd om kondisjonstrening, mindre kaffe, energidrikk og nikotin. Hvis puls vedvarende >90 bør man vurdere dosereduksjon og/eller tillegg av guanfacin (Intuniv), evt. henvisning/konferering kardiolog.
- Kontroller BT (Døgn: Daglig, Poliklinikk: Ukentlig). BT bør ved gjentatte målinger være under 140 systolisk, under 90 diastolisk. Ved høyere verdier, men under 160/100, gi dosereduksjon, gi råd om levevaner evt. vurderer 24 timers måling (fastlege). Vurder dosereduksjon av sentralstimulerende og/eller evt. tillegg av guanfacin (Intuniv). Hvis fortsatt for høyt BT, konfererer med eller henvis til kardiolog.
- Ved hypertensjon grad 2 eller høyere (>160/100) og/eller takykardi (puls > 100): Vurder evt. dosereduksjon eller seponering, evt. konfererer med eller henvis til kardiolog.
- Overvåket urinprøve: Hovedregel ukentlig, oftere ved indikasjon (f.eks ved mistanke om pågående bruk av amfetamin eller andre sentralstimulerende stoffer).
- PEth 1-2 ganger pr måned ved alkoholavhengighet eller skadelig bruk av alkohol
- Regne ut varighet av resept, anbefalt varighet av resept maksimalt 30 dager
- Første måned anbefales ukentlig utlevering fra fastlege, apotek, hjemmesykepleier, pårørende eller andre. Gi informasjon til pasienten om pris på delutlevering. Etter hvert sjeldnere utlevering ved god rusmestring. Noen pasienter foretrekker langvarig, ukentlig utdeling.
- Skriftlig avtale om konsekvenser ved rus, manglende urinprøve, «mistet medisiner» etc

- Hvis alkoholavhengighet ikke er et problem, informer om at en bør unngå å kombinere alkohol og sentralstimulerende samme dag
- Et kortvarig, enkeltstående tilbakefall defineres som bruk av rusmidler av få dagers varighet i perioden siden siste konsultasjon. Det bør gjøres en helhetlig klinisk vurdering av ulike aspekter ved pasientsikkerheten, som funksjonsfall og/eller manglende oppmøte til avtaler. Vurderingen bør gjøres i samarbeid med pasientens hovedbehandler.

[tilbake til anbefalingene...](#)

Oppfølging - sjekklister:

- ☒ Blodtrykk og puls v/dosejustering og minst hver sjetten måned
- ☒ Urinprøver under tilsyn, med rusmiddelanalyser. Utslag på rusmidler i urinprøve fører til ny prøve om 2 dager. Ved gjentatt utslag innføres pause i behandlingen inntil rene prøver
- ☒ Brystsmerter? Synkope? Hjertebank?
- ☒ Bivirkninger: Husk søvn og appetitt.
- ☒ Utvikling av nye eller forverring av eksisterende psykiske lidelse (obs angst, psykose og irritabilitet) eller misbruk, f.eks sniffing, injisering eller salg
- ☒ Toleranseutvikling: Uenighet i litteratur, men klinisk erfaring med at det kan oppstå toleranseutvikling (særlig ved høye doser). Kan da hjelpe å ta pauser, f.eks ingen medisiner en dag per uke. Ved tvil om effekt/bivirkninger anbefales også lengre pauser, f.eks 2-3 uker sammenhengende i året. Dette gjør det lettere å evaluere med da tilfeldig variasjon fra dag til dag blir mindre dominerende
- ☒ Spørre om alkoholbruk. Hvis pasienten ikke har alkoholavhengighet, informeres om at en uansett bør unngå å kombinere alkohol og sentralstimulerende samme dag.
- ☒ Skriv en god epikrise, som er til hjelp for den som skal følge pasienten videre

[tilbake til anbefalingene...](#)

Kontrollrutiner:

- Ukentlige urinprøver
- Regne ut varighet av resept, ny resept hver måned i begynnelsen.
- Tydelig avtale om konsekvenser ved rus, mistet medisiner etc
- Eventuelt daglig eller ukentlig utlevering fra fastlege, apotek, hjemmesykepleier, lærer, pårørende etc
- Faste møter, kriseplan, individuell plan (IP) etc– men tåle at ikke alt går etter planen
- Seponer sentralstimulerende legemiddel ved skadelig/aktivt bruk av alle rusmidler. Medisinsk ansvarlig overlege i TSB skal være informert og skal ha ansvar for koordineringen av dette. Fastlege kan gjerne følge dette opp og informere pasienten (ring eller møt fastlegen). Vær konkret
- Ved manglende urinprøver eller annen risiko for å miste A-preparat, bør beslutningen tas av lege og behandler i samarbeid, gjerne etter drøfting i seksjonens legegruppe. Dersom pasienten trenger innleggelse for avrusning bør evt. seponering av sentralstimulerende legemidler være tydelig avklart i forkant

[tilbake til anbefalingene...](#)

Varighet av oppfølgingstiltak

- Spesialisthelsetjenesten har ansvar for resepter i minimum 6 mndr, anbefalt 1 år
 - Pasientene skal følges av hovedbehandler i poliklinikken, minimum en gang per mnd. Samtalene skal legge vekt på mestring av rusproblemer, mestring av ADHD-symptomer, opptrening av struktur og planlegging i hverdagen
 - Pasientene skal følges av lege i poliklinikken. Frekvens: Under opptrapping minst hver 2.uke til stabil dose er oppnådd. Etter dette oppfølging etter behov i 4-6 mndr.
- Ukentlige urinprøver i minimum 6 mnd etter oppstart og etter tilbakefall.
- Samarbeidsmøte eller telefon til fastlege før denne overtar forskrivning. NB:årlige blodprøver.
- Ved rusfrihet: fortsette med sporadiske urinprøver i f.eks 2 år

[tilbake til anbefalingene...](#)

Oversikt over ulike sentralstimulerende legemidler

Metylfenidat:

1. Concerta og Methylphenidate Sandoz (individuell refusjon må søkes for voksne)
2. Ritalin kapsler, Medikinet kapsel og Equasym depotkapsel
3. Ritalin, Medikinet tabletter (individuell refusjon må søkes for voksne)

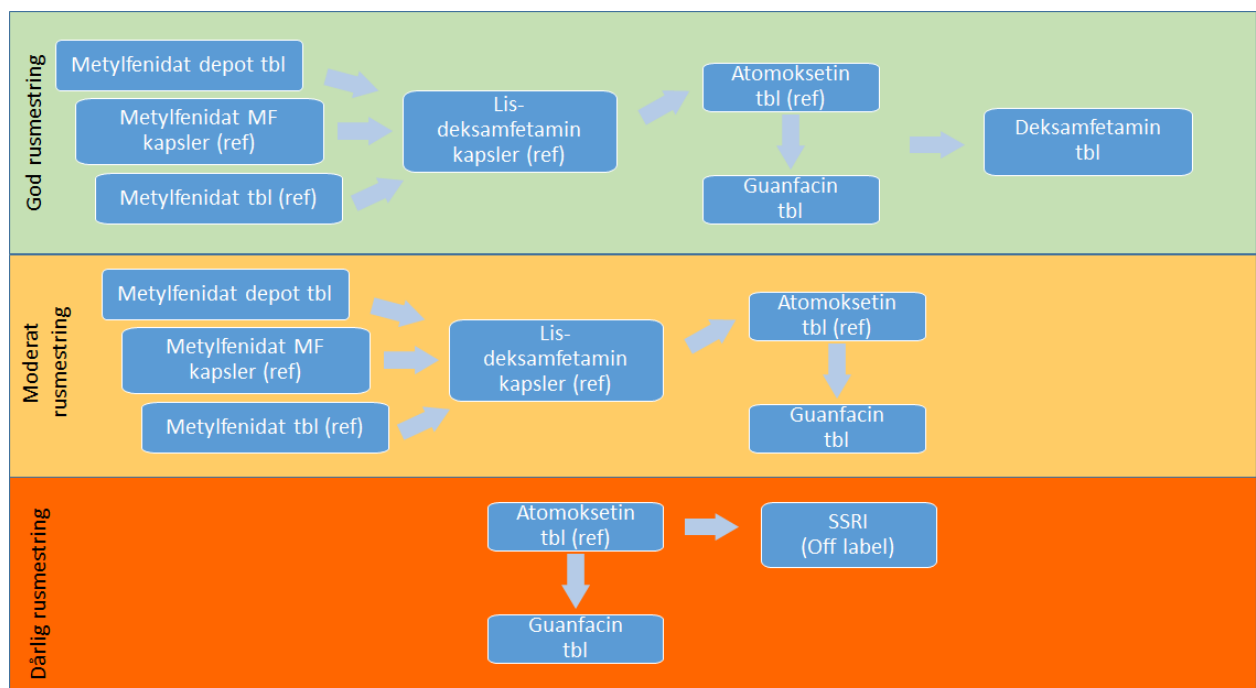
Amfetamin

4. Lisdeksamfetamin (Aduvanz/Elvanse - bare Aduvanz er godkjent for voksne selv om det er identiske preparater)
5. Deksamfetamin (Attentin tabletter, Deksamfetamin mikstur)

Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av visse legemidler og sentralstimulerende legemidler:

- Benzodiazepiner (nedsatt effekt av både sentralstimulerende og benzodiazepin, se anbefaling 4)
- Eldre antihistaminer (f.eks Vallergan, Phenergan) kan gi irritabilitet/forvirring og redusert effekt av metylfenidat/Ritalin)
- MAO-hemmere (amitriptylin, moclobemid), kan gi hypertensjon og serotonergt syndrom. Irreversible MAO-hemmer er kontraindisert.
- Midler mot parkinsonisme (f.eks Eldepryl) kan gi hypertensjon
- Generelt: Sjekk alle interaksjoner i felleskatalogen – evt. med Relis

Valg og opptopping av sentralstimulerende legemiddel:



Rekkefølge i medikamentvalg ved behandling av ADHD

Generelt om forskjellene mellom metylfenidat og lisdeksamfetamin

Metylfenidat er det prioriterte førstevalgpreparatet gjennom blåreseptordningen. Denne medikamentgruppen kan brukes med god effekt og lite bivirkninger. Likevel vil noen pasienter oppleve manglende effekt, eller bivirkninger. Vanligvis vil det kreves minst 4 uker utprøving for å komme opp i fungerende dose og vurdere om bivirkningene vil vare ved. Det er ingen vesentlige forskjeller mellom gruppene når det gjelder pris.

NOTE: Cortese et al, 2018) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30097390/> har vist at LDX både er mer effektivt og tolerabelt enn MPH hos voksne med ADHD, og basert på dette anbefales LDX som førstevalg / før MPH i algoritmer i f eks UpToDate. Enn så lenge er det MPH som er førstevalg i Norge.

[tilbake til anbefalingene...](#)

Metylfenidat depot tabletter (Concerta/ Metylfenidat/ Delmosart).

- Det må sendes søknad til HELFO for behandling av voksne etter Blåreseptforskriftens §3a, med mindre behandling kontinueres etter oppstart som ungdom
- Fordel: Langsommere tilslag enn metylfenidat kapsler, gir jevnere dose gjennom dagen (virketid 10-12 t). Depottabletter anbefales derfor ved særlig høy risiko for tilbakefall til avhengighet (mindre risiko for russug)
- Opptrapping: 18 - 27mg i en uke, deretter økning i 18mg-trinn. Maksimal dose: Angitt som 72 mg (tilsvarer ca.60mg Ritalin) i Felleskatalogen, men det kan være indikasjon for å gi opp til 108 mg hos voksne
- Kontraindikasjoner: Alvorlig hjerte/kar-sykdom, hyperthyreoidisme/ thyreotoksikose, glaukom, psykotiske symptomer, depresjon, økt selvmordsrisiko, bipolar lidelse type 1 under dårlig kontroll, anorexia nervosa, feokromocytom
- Bivirkninger: Redusert matlyst, kvalme, munntørrhet. Søvnproblem, nervøsitet, angst og irritabilitet, hodepine, russug
- Legemiddelinteraksjoner: Protonpumpehemmere (se kommentar). Antihypertensiva, antipsykotika, noen antidepressiva (MAO-hemmere, TCA og SSRI)
- Se Legemiddelhåndboka og www.legemiddelverket.no for mer informasjon

Metylfenidat, kapsler med modifisert frisetting (Ritalin/Medikinet/Equasym/Metylphenidate (MF)).

- Forhåndsgodkjent for voksne med ADHD
- Opptrapping: 20 mg daglig i 1 uke, så øke med 10 mg pr uke (evt hver 4.dag)
- Maksimal dose: 80 mg daglig, det er ofte tilstrekkelig med 40-60 mg (høye doser kan gi toleranseutvikling). Det kan noen ganger være behov for å prøve ut høyere doser
- Fordel: Depotformulering anbefales ved kjent rusproblematikk. Gir to «topper» i legemiddelkonsentrasjon, virketid 6-8 timer (NB: betydelig individuell variasjon og variasjon mellom ulike preparater)
- Evt kombinere med Ritalin tbl (på ettermiddag) - ta evt. serumkonsentrasjon hvis mistanke om hurtigmetabolisering
- Kontraindikasjoner: Alvorlig hjerte/kar-sykdom, hyperthyreoidisme/ thyreotoksikose, glaukom, psykotiske symptomer, depresjon, økt selvmordsrisiko, ustabil bipolar lidelse, anorexi, feokromocytom
- Bivirkninger: Redusert matlyst, kvalme, munntørrhet. Søvnproblem, nervøsitet, angst og irritabilitet, hodepine, russug

- Legemiddelinteraksjoner: Protonpumpehemmere (se kommentar). Antihypertensiva, antipsykotika, noen antidepressiva (MAO-hemmere, TCA og SSRI)
- Se Legemiddelhåndboka og www.legemiddelverket.no for mer informasjon

Ritalin/Medikinet tabletter

- Tabletter har kortere virketid og anbefales ikke som hovedbehandling for voksne, men kan være et nyttig supplement til behandling med depotpreparater eller som monoterapi ved redusert matlyst
- Det må sendes søknad til HELFO for behandling av voksne etter Blåreseptforskriftens §3a
- Opptrapping ved monoterapi: 5 mg daglig i 3 dager, deretter øke med 5 mg ca hver 3. dag
- Maksimal dose: 10-20 mg 2-3 ganger daglig (hver 3.- 4.time). Maksimal døgndose er 60 mg for barn - 80 mg for voksne. Obs: toleranseutvikling er vanlig ved høye doser
- Fordel: Fungerer ofte bra til pasienter som trenger at effekten skal virke raskt. Hvis redusert matlyst er en bivirkning kan "pausene" mellom hvert inntak brukes til å spise. Kan også være gunstig for en liten gruppe pasienter som trenger sentralstimulerende for søvn (5 mg vesp oftest nok)
- Kan gi både russug og «avtenning» (går fort ut av kroppen, kan minne om amfetaminrus)
- Kontraindikasjoner: Høy risiko for tilbakefall til rusproblem. . Alvorlig hjerte/kar-sykdom, hyperthyreoidisme/ thyreotoksikose, glaukom, psykotiske symptomer, depresjon, økt selvmordsrisiko, bipolar lidelse type 1 under dårlig kontroll, anorexi, feokromocytom
- Bivirkninger: Redusert matlyst, kvalme, munntørrhet. Søvnproblem, nervøsitet angst og irritabilitet, hodepine, russug
- Legemiddelinteraksjoner: Antihypertensiva, antipsykotika, noen antidepressiva (MAO-hemmere, TCA og SSRI)
- Se Legemiddelhåndboka og www.legemiddelverket.no for mer informasjon

[tilbake til anbefalingene...](#)

Lisdeksamfetamin (Aduvanz/Elvanse/Balidax/Volidax)

- Metylfenidat skal i hht blåreseptforskriften være dokumentert prøvd ut i tilstrekkelig dose og varighet før lisdeksamfetamin vurderes
- Preparatomtalene til Elvanse og Aduvanz opplyser at preparatene er identiske, både med tanke på virkestoff og hjelpestoff. Aduvanz og Volidax er forhåndsgodkjent for behandling av voksne, mens Elvanse og Balidax krever individuell HELFO-søknad. Elvanse og Balidax finnes flere doser, noe som muliggjør mer forsiktig oppstart og opptrapping
- Opptrapping: Start med 20-30 mg. Opptrapping med 10-20 mg pr uke (for å få laveste effektive dose)
- Maksimal dose (FK): 70 mg daglig. Anbefalt dosering 1 x daglig til morgenen. Ved mangelfull effekt, lite bivirkninger og dokumentert lav serumkonsentrasjon kan høyere doser vurderes. En beslutning om dosering over 100 mg pr døgn bør tas i et kollegium, og pasienten må følges tettere enn vanlig, fortrinnsvis i døgnbehandling. BT og puls bør måles ukentlig i opptrappingsperioden
- Virketiden er lang; iflg RELIS 8-12 timer (men store individuelle variasjoner). Delt dose kan øke virketiden, men siste dose bør ikke tas etter kl.14 pga påvirkning på søvn. Mange pasienter beskriver at medikamentet har et knapt merkbart tilslag, og at de derfor ikke kjenner seg medikamentpåvirket, men rapporterer økt funksjonsnivå.

- Kontraindikasjoner: Samtidig bruk av MAO-hemmere. Alvorlig hjerte/kar-sykdom (særlig hypertoni), hyperthyreoidisme/ thyreotoksikose, glaukom, psykose, maniske symptomer, anorexia nervosa
- Bivirkninger: Redusert matlyst, kvalme, obstipasjon, munntørrhet. Søvnproblem, angst og irritabilitet, fatigue. Brystsmerte, hodepine. Palpasjoner, takykardi. Hyperhidrose hodepine, russug
- Legemiddelinteraksjoner: Natriumbikarbonat, ascorbinsyre, protonpumpehemmere, noen antihypertensiva, noen antipsykotika, opioider
- Se Legemiddelhandboka og www.legemiddelverket.no for mer informasjon
- Særlige hensyn: Tolking av urinprøver ved bruk av Aduvanz (lisdeksamfetamin):
 - En spesifikk analyse av pasientens urin bør gjøres, og denne skal være positiv på amfetamin. Det er ikke risiko for en såkalt kryssreaksjon, hvor andre stoffer kan slå ut på amfetamin. Ved den uspesifikke screening-metoden kan f.eks. MDMA gi positivt utslag på amfetamin. Dersom det ikke er utslag på metamfetamin, er inntak av “gateamfetamin” med ganske stor sannsynlighet utelukket.
 - Det er ikke mulig å teste spesifikt for lisdeksamfetamin siden dette er et prodrug som etter inntak raskt blir hydrolisert til deksamfetamin. Det er mulig å utføre en såkalt kiral analyse. Denne analysen tilbys bl.a ved St. Olavs Hospital, jf. Farmakologiportalen (<http://www.farmakologiportalen.no/content/507/Amfetamin>).
 - Hvis denne analysen utføres og det blir påvist levoamfetamin, vil dette være forenlig med at pasienten har tatt «noe mer» enn den forskrevne Aduvanz. Blir det kun påvist deksamfetamin, vil man kunne si at pasienten har tatt lisdeksamfetamin og/ eller deksamfetamin. Se forøvrig: <https://stolav.no/fag-og-forskning/lab/kiral-analyse-av-amfetamin-i-urin-og-serum>

[tilbake til anbefalingene...](#)

Deksamfetamin (Attentin)

- Deksamfetamin kan være et potent rusmiddel og skal som hovedregel ikke gis til pasienter med aktuell eller tidligere rusavhengighet, se nederst i avsnittet hva som må vurderes ved eventuelle unntak fra dette
- Det må sendes søknad til HELFO for behandling av voksne etter Blåreseptforskriftens §3a
- Opptrapping: Oppstart 5 mg x 1-2, ukentlige opptrappingstrinn 5mg. Maksimal dose: 40 mg
- Fordel: Ofte færre bivirkninger, virketid iflg produsent 6-8 timer, klinisk erfaring tyder på at den er kortere (4-5 timer)
- Ulempe: Høy terskel pga stor misbruksfare, hyppige doseringer er nødvendig
- Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Glaucom. Hjerte- karlidelser
- Hyperthyreose, thyreotoksikose. Depresjon, selvmordstanker. Psykotiske symptomer. Bipolar lidelse type I. Cerebrovaskulære lidelser
- Bivirkninger: Insomni, nervøsitet. Redusert appetitt, vekttap. Magesmerter, kvalme, munntørrhet. Hjertearytmi, palpitasjoner, takykardi. Artralgi. Vertigo, dyskinesi, hodepine, hyperaktivitet. Aggressivitet, opphisselse, anoreksi, angst, depresjon, irritabilitet. Økt russug
- Legemiddelinteraksjoner: Omfattende interaksjoner. Det viktigste er samtidig eller tidligere (innen 2 uker) bruk av MAO-hemmere
- Se Legemiddelhandboka og www.legemiddelverket.no for mer informasjon

Særlige hensyn

- Dette legemidlet var tidligere kontraindisert v/tidligere rus, men nå er det godkjent at utprøving/behandling med amfetamin kan gjøres der det er manglende effekt og/eller bivirkninger av metylfenidat
- NB: Metylfenidat, lis-deksamfetamin og atomoksetin må være prøvd ut godt nok og manglende effekt eller alvorlige bivirkninger må være godt nok dokumentert før oppstart vurderes
- Vi anbefaler dessuten at:
 - Pasienten bør ha vært dokumentert rusfri over tid (minimum 6 mndr)
 - Pasienten bør ha en stabil sosial funksjon og møte regelmessig til avtale
 - Pasienten skal vurderes av relevant spesialist
 - Saken skal drøftes i et kollegium før oppstart
 - Det må etableres gode oppfølgingsrutiner over tilstrekkelig lang tid
 - Det skrives kun ut 30 stk tbl pr resept i begynnelsen
 - Det lages en egen skriftlig, forpliktende avtale
 - Hyppige (ukentlige) urinprøver under tilsyn. Legemidlet seponeres straks ved positive prøver

De samme hensyn bør tas ved valg av racemisk amfetamin

[tilbake til anbefalingene...](#)

Atomoksetin (Strattera mix/Atomoxetine kpsl).

Atomoksetin er en selektiv og potent inhibitor av presynaptisk noradrenalin transportprotein og klassifisert som et sentralt virkende sympatikomimetikum, ikke sentralstimulerende og klassifisert i forskrivningsgruppe C.

- € Det må sendes søknad til HELFO for behandling av voksne etter Blåreseptforskriftens §3a
- € Opptrapping: Startdose 20 - 40 mg x 1. Det anbefales å øke atomoksetin langsomt, f.eks med 10-20 mg hver uke eller hver annen uke
- € Maksimal dose: Anbefalt vedlikeholdsdose 80-100 mg daglig, men mange pasienter har god effekt på lavere doser. Maksimal dose 100 mg daglig
- € Fordel: Atomoksetin kan forskrives ved dårlig rusmestring. Det er likevel nødvendig å kontrollere puls og BT ved hver doseøkning. Preparatet tas én gang daglig, anbefales om morgenen
- € Ulempe: Atomoksetin synes å ha dårligere effekt enn sentralstimulerende legemidler for noen pasienter. Opptrappingen tar vanligvis lenger tid enn ved behandling med sentralstimulerende, og har vanligvis flere bivirkninger enn disse. Legemidlet må tas daglig for å ha full effekt
- € Kommentar: Det kan være nyttig å måle effekt av behandling etter hver doseøkning. Spør etter bivirkninger (magesmerter, oppkast, kvalme, hodepine, takykardi, hypertensjon)
Kontraindikasjoner: kardiovaskulært risiko
- € Kontraindikasjoner: MAO-hemmere, trangvinkelglaukom. Alvorlig kardiovaskulær eller cerebrovaskulær lidelse. Bivirkninger: Magesmerter, oppkast, kvalme. Hodepine, somnolens/sedasjon, feokromocytom
- € Redusert matlyst. Økt blodtrykk, takykardi
- € Legemiddelinteraksjoner: MAO-hemmere. CYP2D6-hemmere (f.eks Metadon). Midler som forlenger QT-tid
- € Se Legemiddelhandboka og www.legemiddelverket.no for mer informasjon

[Tilbake til anbefalingene...](#)

Guanfacin (Intuniv)

- Det må sendes søknad til HELFO for behandling av voksne etter Blåreseptforskriftens §3a
- Opptrapping: 1mg daglig, ukentlig opptrapping 1mg daglig. Dosering 1 gang daglig

- Maksimal dose 7mg (hvis pas veier ca.60kg)
- Direkte modulering av synaptisk noradrenalin signaloverføring via alfa 2A-reseptorer
- Fordel: C-preparat, ingen interaksjon med sentralstimulerende rusmidler. Øker ikke blodtrykket
- Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene
- Bivirkninger: Magesmerter. Somnolens. Hodepine. Tretthet. Hypotensjon. Vektøkning. Se Felleskatalogen for andre. Må søke registreringsfritak (bare godkjent for barn/unge)
- Legemiddelinteraksjoner: CYP3A4/5-hemmere. Additiv effekt ved kombinasjon med andre legemidler som kan gi sedasjon, hypotensjon eller forlenget QT-tid. Økt konsentrasjon ved samtidig bruk av valproat

[tilbake til anbefalingene...](#)

Bupropion (Wellbutrin)

Bupropion er et atypisk antidepressivt legemiddel (NDRI - virker hovedsakelig på noradrenalin og dopaminreseptorer), som også har vist effekt på ADHD-symptomer. Full klinisk effekt kommer oftest først etter flere uker. Bupropion depot gis én gang daglig med start på 150 mg. Kan økes til 300 mg etter 2-4 uker og deretter 450 mg.

[tilbake til anbefalingene...](#)

Potensiale for ikke-medisinsk bruk

Ikke-medisinsk bruk av sentralstimulerende legemidler som prestasjonsfremmende middel i forbindelse med eksamenslesing ("Puggedop") har en viss utbredelse. (ref?) En oversiktsartikkel fra 2017 (ref) som omhandler misbruk av metylfenidat refererer til flere studier som har vist at vanlige tabletter ("immediate release") gir mer uttalte subjektive effekter, og har betydelig høyere misbrukspotensiale enn depotformuleringer. Resultatene fra studiene viser at misbrukere av metylfenidat søker de umiddelbare effektene som vanlige tabletter gir.

Her er en review artikkel fra 2021 om temaet

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34455764/>

Samt en norsk referanse

<https://www.nrk.no/dokumentar/xl/sa-lett-fikk-nrk-innafor-tak-i-ulovlig-puggedop-1.12889345>

Metylfenidat:

Metylfenidatformuleringer med osmotisk frisetting (OROS, osmotic-release oral system) er særlig uegnet til å misbrukes ved deling/knusing og sniffing, men også andre depotformuleringer vanskeliggjør tilgangen på virkestoffet i forhold til vanlige tabletter. Tre personer som forsøkte å sniffe metylfenidat via deling og knusing av Concerta depottabletter rapporterte at ruseffekten uteble. En forklaring til dette er at formuleringen hindrer rask frisetting av hele dosen selv om depottabletten deles opp eller knuses. Det er imidlertid pasienter som har rapportert om misbruk av høye doser.

Deksamfetamin/lisdeksamfetamin:

Den enzymatiske omdannelsen er hastighetsbegrensende for frigjøring av aktiv deksamfetamin. I studier som har undersøkt misbrukspotensialet til lisdeksamfetamin vises det at ved perorale doser på 100 og 150 mg skårer lisdeksamfetamin lavere enn tilsvarende doser med vanlige deksamfetamintabletter på såkalt "drug-liking", noe som sannsynligvis skyldes forsinkelse i omdannelsen til deksamfetamin, som gir en lavere maksimal serumkonsentrasjon (Cmax) og langsommere konsentrasjonsøkning. For å skape eufori må legemidlet raskt passere blod-hjernebarrieren og indusere rask økning av dopamin.

Dette støttes av en studie som sammenlignet farmakokinetikken til intravenøs lisdexamfetamin med intravenøs deksamfetamin hos voksne med en historie med misbruk av sentralstimulerende. Gjennomsnittlig Tmax (tid fra inntak til Cmax oppnås) var betydelig kortere og Cmax betydelig høyere ved intravenøs dose med deksamfetamin enn etter en ekvivalent dose av intravenøs lisdexamfetamin. I motsetning til deksamfetamin, førte ikke intravenøs lisdexamfetamin til signifikant "drug-liking" ved gitt dose. Forfatterne konkluderer med at den gradvise konsentrasjonsøkningen til en lavere Cmax av deksamfetamin antageligvis skyldes den hastighetsbegrensende hydrolysen av prodruget i blodet (7). Lisdexamfetamin har på bakgrunn av dette trolig et noe lavere misbrukspotensial enn deksamfetamin.

Basert på den lineære farmakokinetikken kan man anta at en høyere dose vil gi økt risiko for ruseffekt både for deksamfetamin og for lisdexamfetamin, ettersom Cmax vil bli høyere.

Pasienter med særlig høyt symptomtrykk av ADHD-symptomer og særlig alvorlige ruslidelser

Denne pasientgruppen er ofte preget av særlig dårlig impuls kontroll, et mønster med livstruende risikofylt atferd, et mønster med hyppige rusutløste psykoser, redusert evne til compliance til vanlige behandlingstilbud og botilbud, alvorlig kognitiv svikt samt redusert evne til å håndtere medikamentell behandling på en sikker måte. Det kan være nærliggende å konkludere med at disse pasientene ikke bør få prøve ut medikamentell ADHD-behandling, men klinisk erfaring tilsier at noen likevel kan få bedret livskvalitet og funksjonsnivå. I forkant av oppstart bør det settes opp en behandlingsplan med konkrete mål og gjensidige forpliktelser under utprøvingen. Behandlingseffekt og risikofaktorer evalueres fortløpende i prøveperioden og oppsummeres senest innen 3 mndr. etter oppstart. Hvis behandlingen ikke fører til bedring, skal den avsluttes.

Så lenge behandlingen med sentralstimulerende middel pågår skal det være dokumentert rusfrihet. Dokumentasjon gjøres ved klinisk vurdering, blod- og urinprøver. Ofte vil det være behov for tett oppfølging i startfasen, noen ganger med ukentlige kontroller, mens hyppighet av kontroller kan reduseres der en får etablert gode behandlingsregimer med lite risiko for tilbakefall til rus.

Det anbefales at denne pasientgruppen behandles i spesialisthelsetjenesten inntil det oppnås stabilitet (anslagsvis 6-12 mndr) i etterlevelse og rusmestring. Når slik stabilitet er oppnådd, kan ansvaret for medikamentell ADHD-behandlingen overføres til primærhelsetjenesten.

Særlig viktige momenter for denne pasientgruppen:

1. Spørsmål knyttet til ADHD og rusproblem behandles i et team av fagpersoner i spesialisthelsetjenesten med kompetanse både på rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser
2. En grunnleggende del av behandlingen av ADHD er psykososial oppfølging og pasientopplæring
3. Spesialist med relevant kompetanse i psykiatri og / eller rus- og avhengighetsmedisin bør ha ansvar for utprøving, behandling og oppfølging med sentralstimulerende legemidler
4. Noen pasienter med tidligere høyt forbruk av rusmidler, særlig amfetamin, kan ha behov for noe høyere doser sentralstimulerende legemidler enn anbefalt i Felleskatalogen. Slik dosering bør alltid diskuteres med kolleger, og begrunnelse dokumenteres i journal.

[Tilbake til anbefalingene...](#)

Ved avvik fra veilederen:

- ∅ Begrunnelser må journalføres: Potensiell nytte vs risiko for skade/ulempe med behandling
- ∅ Følgende oppfølgingsrutiner kan vurderes:
 - Daglig utdeling med tilsyn

- Legemidlet løses evt opp i vann og tas med tilsyn
- Oppstart under innleggelse og det bør i så fall etableres samarbeid mellom fastlege, poliklinikk-lege og lege i døgninstitusjon
- ∉ Evaluere effekt ekstra nøye (ASRS), samt konkrete eksempler fra pasientens dagligliv
- Revurdere diagnosen, vurdere andre diagnoser
- Diskuter kasus med andre legespesialister som har relevant erfaring med behandling av ADHD
 - [Tilbake til anbefalingene...](#)

Vedlegg nr.1: Pasientinformasjon

Til deg som behandles for ADHD:

Du har nå fått informasjon om medikamentell behandling av ADHD, og jeg håper du vil lese gjennom denne informasjonen etter timen.

Jeg håper at du vil få god nytte av ADHD-medisinen, men den løser jo ikke alle problemer. Først og fremst kan den være en "krykke" til å mestre et liv med ADHD.

Undersøkelser viser at de fleste bruker ADHD-medisin bare i en periode på 1-2 år, men mange bruker også medikamentene i flere år. Det er uansett lurt å ha realistiske forventninger til hva medisinen virker på og hva den ikke virker på og hvor lenge man kan forvente effekt. Man kan for eksempel oppleve både bedring og forverring av andre psykiske plager.

Det er viktig å finne lavest mulig effektive dose. For høye doser gir økt fare for bivirkninger (som kan ligne ADHD-symptomer) og redusert effekt over tid (toleranseutvikling). Slike medisiner må derfor trappes langsomt opp under tett oppfølging av din lege.

Såkalte psykososiale tiltak er minst like viktig som medisiner. Slike tiltak kan være bedring av døgnrytme, organisering av hverdagen, forholdet til familien din og lignende. Medisinen kan hjelpe deg til å få gjennomført endringer, og sammen med din behandler kan du lage en plan for hva du trenger å jobbe med. Vær tålmodig - endringer i levevaner tar vanligvis lang tid!

Jeg vil også anbefale deg å delta i kurs for pasienter med ADHD og deres pårørende der dette er tilgjengelig.

Når man får legemidler for ADHD er det svært viktig å ikke samtidig bruke rusmidler – dette øker risiko for alvorlige bivirkninger. På grunn av dette krever vi urinprøver og/eller blodprøver i oppstartsfasen for å være helt sikker på at du er rusfri. Ved utslag på rusmidler i urinprøver eller manglende urinprøver/blodprøver vil medikamentet ditt kunne bli stoppet for en kortere eller lengre periode.

Vi minner også om at A-preparater ikke skal kombineres med alkohol og at man derfor ikke skal ta slike medisiner på dager der man planlegger å drikke. Ofte blir det avtalt at pasienten skal være totalavholdende fra alkohol i oppstartsperioden eller at blodprøver skal vise at alkoholinntaket er minimalt.

De vanligste bivirkningene er innsovningsproblemer, redusert appetitt, hjertebank, høyt blodtrykk, angst, depresjon, russug, uro, hodepine, magesmerter, humørsvingninger, irritabilitet, munntørrhet og tics. Disse vil ofte gå over i løpet av noen få uker, men det er viktig at den legen som følger deg opp får informasjon om hvilke bivirkninger du har.

- **Generelle tips for best mulig effekt og minst mulig bivirkninger av medikamentene:**
Metylfenidat (F.eks Ritalin, Medikinet, Concerta), Lisdeksamfetamin (Aduvanz og Elvanse) og Deksamfetamin (Attentin), Intuniv og Strattera.
- Ta medisinen til eller etter mat
- Puls, blodtrykk og eventuelt vekt skal måles jevnlig i opptrappingsfasen

- Ved problemer med høy hvilepuls er det lurt å redusere inntak av kaffe/koffein og nikotin, samt være mest mulig fysisk aktiv
- Gå til lege for årlig kontroll av puls, blodtrykk og blodprøver, og eventuelt EKG. Samt for å drøfte om det er lurt å fortsette med medisineren av ADHD.

Følgende gjelder bare for sentralstimulerende:

- Det er helt OK å ikke bruke sentralstimulerende ADHD-medisin hver dag – med mindre du trenger medisinen for å unngå å ruse deg. Da bør du ta den hver dag inntil du har oppnådd stabil rusmestring.
- Det ikke er nødvendig med nedtrapping dersom man vil slutte med medikamentet.
- Ta korttidsvirkende sentralstimulerende medisiner senest kl.16 og langtidsvirkende senest kl.12
- For noen pasienter kan det være bra med en medikamentfri dag pr uke eller 1-2 dager pr måned for å forebygge toleranseutvikling

Følgende gjelder bare for Strattera og Intuniv:

Strattera har en sentralstimulerende effekt og bør noen ganger tas bare om morgenen, Intuniv har en dempende effekt og kan derfor tas i større doser om kvelden, evt. bare om kvelden.

Rolig opptrapping og nedtrapping er viktig for å unngå bivirkninger

Det er viktig at du ikke bråstopper å ta Intuniv, fordi du da brått kan få høyt blodtrykk

Forsiktighetsregler ved bruk av A-preparater:

- Ikke kjør bil de to første dagene etter doseøkning, du har selv ansvar for å vurdere om du har bivirkninger som er uforenlig med bilkjøring.
- Ved bruk av to A-preparater (f.eks ADHD-medisin og LAR) er det ikke lov å kjøre bil i Norge.
- Spør legen om du kan kombinere ADHD-medisinen med andre medisiner du bruker.
- A-preparater for ADHD skal ikke kombineres med benzodiazepiner, eldre antihistaminer, eldepryl (mot Parkinson) og enkelte typer antidepressiva som Sarotex og Aurorix.
- Medikamentet skal ikke tas samme dag som det skal gjennomføres eventuelle kirurgiske inngrep.
- Det er svært viktig at du unngår å kombinere med alkohol.
- Ved graviditet må du snarest mulig informere legen din slik at dere kan diskutere om du bør slutte med medisinen, eller eventuelt endre til en annen type.

Vedlegg nr.2: Behandlingsavtale:

Behandlingsavtale

Navn Fødselsnummer

Behandlingsavtale ved utprøving og eventuell oppstart av **sentralstimulerende legemidler**.

Sentralstimulerende legemidler er legemidler for behandling av symptomer på ADHD, og har restriksjoner i legemiddelgruppe A (narkotiske stoffer).

Behandlingen følges opp regelmessig ved samtale og fysisk undersøkelse.

Disse legemidlene kan misbrukes og utskrivning innebærer derfor et tillitsforhold mellom pasient og lege. Pasienten har ansvar for å passe på at innholdet i avtalen overholdes.

Hvis det er avtalt med lege, skal pasienten skal selv sørge for ukentlige urinprøver og evt. jevnlig blodprøver til rusmiddelanalyse. Legen skal sørge for regelmessig måling av blodtrykk og puls etter avtale.

Pasienten forplikter seg til å ta legemidlet som forskrevet.

Ved brudd på behandlingsavtalen kan forskrivningen opphøre. Legen skal da som hovedregel varsle pasienten. Dersom det ikke oppnås kontakt, kan det også skje uten forhåndsvarsel.

Slike situasjoner kan være:

- overforbruk av legemidlet
- bruk av legemidlet på andre måter enn det som er forskrevet
- bruk av sentralt virkende legemidler (herunder benzodiazepiner) som ikke er forskrevet
- bruk av illegale rusmidler
- bruk av alkohol
- deling av forskrevet legemiddel med andre personer
- brudd på vilkår for oppfølging (regelmessig oppmøte og urinprøver)

Videresalg av legemidlet er et lovbrudd som rammes av straffeloven.

Sted/dato:

Lege

Pasient

Vedlegg nr.3: Pasientinformasjon: Bilkjøring og ADHD

Sjåførere med ADHD har større risiko for å bli involvert i bilulykker enn andre. Her er noen gode råd for å redusere denne risikoen:

1. Bruk medisin mot ADHD regelmessig dersom det er anbefalt av legen
2. Bruk helst bil med manuelt gir, ikke automatgir
3. Unngå å bruke cruise-kontroll
4. Be medpassasjerer være med å ta ansvar for at du ikke blir forstyrret når du kjører
5. Ikke drikk alkohol dagen før du skal kjøre bil.
6. Slå av mobiltelefonen eller sett den på lydløs. Plasser den utenfor syns- og rekkevidde
7. Selv om du har førerkort, bør du øve på å kjøre bil med en erfaren sjåfører ved siden av deg

Helsekrav til førerkort:

1. Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD og ADD) **uten atferdsforstyrrelse** (helsekrav til førerkort)

For personer med hyperkinetisk forstyrrelse uten atferdsforstyrrelse vil førerkort vanligvis kunne utstedes for alle førerkortklasser. Lege/psykolog skal være oppmerksom på at denne pasientgruppen ofte har komorbide lidelser, herunder angsttilstander, affektive lidelser og bruk av rusmidler som omfattes av forskriftens øvrige bestemmelser.

For søkere der tilstanden er stabil, og helseattest er gitt med vanlig varighet, vil bruk av øvrige legemidler være etter de generelle reglene for bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen.

Førerkortgruppe 1, 2 og 3

Helsekrav oppfylt etter klar anbefaling fra behandlende lege/psykolog dersom

- det ikke er samtidig sykdom som medfører økt trafikksikkerhetsrisiko og
- det er god kognitiv funksjonsevne

Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil to års varighet, før den etter to år kan gis med vanlig varighet.

Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD og ADD) med atferdsforstyrrelse (helsekrav til førerkort)

2. For personer som har hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) **med atferdsforstyrrelse** foreligger det en forhøyet trafikksikkerhetsrisiko

De formene for atferdsforstyrrelse som i denne sammenhengen er særlig relevante, er dyssosial eller aggressiv atferd. Lege/psykolog skal vurdere om symptomene er av en slik art at kjøreevnen påvirkes vesentlig. Dersom tilstanden er preget av utagering, manglende impulskontroll eller annen atferdsforstyrrelse, eller hvis det er samtidig alvorlig personlighetsavvik, skal det ikke utstedes helseattest for noen førerkortgruppe.

Det er den behandlende legen som er ansvarlig for oppfølging av søker, som skal skrive ut helseattest. Dersom behandlende lege mener sentralstimulerende midler er indisert for førerkortsøkere med hyperkinetiske forstyrrelser, skal det kreves at disse inntas som avtalt med legen, og at nødvendig behandlingsopplegg følges. Sentralstimulerende midler tatt i denne sammenheng, er altså en forutsetning for, ikke en kontraindikasjon mot, føring av motorvogn. Legemiddelbehandlingen skal ikke, i seg selv, utgjøre en trafiksikkerhetsrisiko. Ved hyperkinetiske forstyrrelser med atferdsforstyrrelse er bruk av vanedannende legemidler uforenlig med samtidig bruk av sentralstimulerende midler. Det vises for øvrig til kapittel om bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen.

Førerkortgruppe 1, 2 og 3

Helsekrav oppfylt etter klar anbefaling fra behandlende lege/psykolog dersom behandling sikrer kjøreevne, det ikke er samtidig sykdom som medfører økt trafiksikkerhetsrisiko og det er god kognitiv funksjonsevne.

For førerkortgruppe 1: Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil to år av gangen.

For førerkortgruppe 2 og 3: Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år, før den kan gis for inntil to år av gangen.

Fra LAR-forskriften: Samtidig behandling med (opioid-substitusjon dvs.LAR-legemiddel) og sentralstimulerende legemiddel eller andre midler som påvirker kjøreevnen

En slik kombinasjon kan gi uforutsigbar og uakseptable påvirkning på kjøreevnen. Helsekravene er ikke oppfylt ved samtidig bruk av substitusjonslegemiddel og sentralstimulerende legemiddel. Helsekravene er heller ikke oppfylt ved samtidig bruk av (LAR-legemiddel og) andre midler som påvirker kjøreevnen.

Ved bruk av andre legemidler som sammen med LAR-legemidlet **kan** påvirke kjøreevnen, må det gjøres en konkret vurdering av om denne kombinasjonen er forenlig med bilkjøring eller ikke.[tilbake til anbefalingene...](#)

Vedlegg nr.4: Nyttige lenker:

ADHD Norge (pasientorganisasjon): <http://adhdnorge.no>

National Library of Medicine (USA):
<https://medlineplus.gov/attentiondeficithyperactivitydisorder.html>

National Institute of Mental Health (USA): <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml>

Children and Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (USA):

<https://chadd.org>

<https://chadd.org/for-parents/substance-abuse-and-adhd/>

Guidelines og ressurser

Norge

Helsedirektoratet, Nasjonal faglig ADHD retningslinje:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>

ADHD på helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/adhd>

ADHD i Legemiddelhåndboka:

https://www.legemiddelhandboka.no/T5.9/Hyperkinetiske_forstyrrelser

NEL

<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/ulike-sykdommer/hyperkinetiske-forstyrrelser-hos-voksne-adhd/>

Internasjonalt

NICE (Storbritania): <https://www.nice.org.uk/Guidance/NG87>

American Academy of Pediatrics: <https://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/1007>

Psykologtidsskriftet: <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2019/07/adhd-og-traumer>

Review artikler

Carpentier et al., Harvard Rev Psychiatry, 2017 (rus/ADHD og stimulantbehandling):

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5518741/>

Vedlegg nr.5: Sjekkliste

Sjekkliste ved samtale og undersøkelse av pasient som har diagnose og ønsker å begynne medikamentell behandling

- Eksisterer det noen absolutte eller relative kontraindikasjoner mot medikamentell behandling (f.eks somatisk sykdom, sårbarhet for psykose, høy tilbakefallsrisiko, mangel på sosial struktur)?
- Hva ADHD "er" - både som nevrobiologisk sykdom og tillærte vaner og atferdsmønstre
- Hvorfor legemidler kan dempe ADHD-symptomer
- Hva legemidler kan gjøre, hvordan man merker evt. effekt
- Hvilke begrensninger medikamentell behandling har
- Toleranseutvikling og hvordan man kan motvirke dette
- Hvor lenge man kan/bør bruke legemidlene dersom de har effekt
- Bivirkninger av legemidler - de viktigste og vanligste
- Risiko for utvikling av avhengighet
- Risiko for ruseffekt
- Risiko for (forsterket) rus-sug
- Interaksjoner med andre legemidler og ulike rusmidler
- Urinprøvekontroller
- Førerkort og ADHD-medisiner
- Opptapping til stabil dose
- Konsekvenser av brudd på sikkerhetsreglene
- Overføring av forskrivningsansvar til fastlege
- Pasientforening, annen informasjon: Håndbok for voksne med ADHD, adhdnorge.no
- Pasientrettigheter - gratis lydbøker
- Pasientens spørsmål, kommentarer

Vedlegg nr.6: Brevmaler

Brev til fastlege overføring av forskrivningsansvar

Kjære kollega,

Denne pasienten er nå stabilisert på medikamentell behandling av ADHD. Han bruker:

Medikament:

Dose:

Henteordning/utdelingsavtale:

Anbefaling vedr. urinprøvekontroll (urin/blod, tilsyn/ikke tilsyn, frekvens). Det anbefales også å ta regelmessig undersøkelse av BT/puls og evt. EKG, samt vurdere behov for relevante blodprøvekontroller.

Generelle råd om forskriving: Medikamentbytte, kombinasjonsbehandling med andre A-preparater eller doseøkning bør bare skje etter konsultasjon med lege i spesialistpoliklinikk. Ta gjerne kontakt med undertegnede via dialogmelding.

Beskrivelse av ruslidelse: Pasientens hovedrusmiddel har vært (-) Pasienten har vært rusfri siden (dato).

Betingelser for fortsatt behandling med A-preparat er rusfrihet. Ved kortvarige tilbakefall (definert som <3 dager) anbefales rask reoppstart av medikamentell behandling. Ved lengrevarige tilbakefall anbefales ny henvisning til AFR/ evt. reaktivering av medisinsk oppfølging.

Beskrivelse av oppfølging i spesialistpoliklinikk TSB:

Kontaktopplysninger vedr. evt. endring eller problemer knyttet til forskrivningen: