

Oversigt over høringssvar og peer reviews

Udvidelse af den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge

1. Danske Regioner
2. Socialpædagogerne
3. Socialstyrelsen
4. Dansk Psykolog Forening
5. Dansk Selskab for Almen Medicin
6. Ergoterapeutforeningen
7. KL
8. Center for ADHD
9. ADHD foreningen
10. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
11. Dansk Pædiatrisk Selskab
12. Peer review Per Hove Thomsen
13. Peer review Pål Zeiner

Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer
Sundhedsstyrelsen

DANSKE
REGIONER



15. maj 2020
EMN-2017-02007
Annamaria Marrero Zwinge

Høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge.

Danske Regioner har den 28. april 2020 modtaget national klinisk retningslinje (NKR) for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge i høring.

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive bemærkninger til retningslinjen, som har været i høring i regionerne. Nedenstående bemærkninger til udkastet er baseret på de regionale svar.

Som generel bemærkning til udkastet tager Danske Regioner forbehold for et eventuelt øget ressourceforbrug som følge af den nationale kliniske retningslinje.

Generelle faglige kommentarer

Retningslinje vurderes overordnet for relevant. Det er naturligvis bekymrende, at en del af retningslinjerne baserer sig på begrænset evidens eller alene på baggrund af klinisk erfaring.

Danske Regioner gør særligt opmærksom på, at

- retningslinjerne må ikke være i uoverensstemmelse andre retningslinjer, fx RADS (se kommentar til pkt. 6.6).
- brugen af ressourcer er hensigtsmæssig, fx hvorvidt halvårlig kontrol er nødvendig eller om årlig kontrol kan være tilstrækkelig (se kommentar til pkt. 4 og 6.8).

Indikatorerne i ADHD-databasen om brug af psykometri og direkte observation er fortsat understøttet af "god klinisk praksis" – ikke evidens.

Man har ikke undersøgt klinisk interview (KSADS).

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

Ikke farmakologiske behandlinger; man har eftersøgt evidens for flerumættede fedtsyrer (svag anbefaling imod), diæter uden farvestoffer (svag anbefaling imod), diæter uden sukker (stærk anbefaling imod), computerbaseret kognitiv træning (svag anbefaling imod), social færdighedstræning (svag anbefaling for), forældretræning (svag anbefaling for), sanseintegrationsbehandling (god praksis – ikke evidens), kugledyne/kædedyne og kognitiv adfærdsterapi (se nedenfor).

Retningslinjerne er udvidet med seks nye fokuserede spørgsmål om guanfacin, melatonin, kæde/kugledyne, kognitiv adfærdsterapi, sanseintegrationsintervention og medicinsk behandling af børn og unge med ADHD og samtidigt misbrug.

Det skal bemærkes, at det er uklart, hvorvidt man starter med at afprøve kugle/vægtdyne eller om man starter med melatonin, når relevant søvnhygiejne har været afprøvet.

Det vurderes hensigtsmæssigt at tilbyde et psykoterapeutisk tilbud til børn og unge med ADHD, således at de får bedre muligheder for at håndtere deres hverdag på en hensigtsmæssig måde. Der bør være fokus på, at det ikke kun bliver det enkelte barn eller den enkelte unge, som skal lære at håndtere og regulere, men at man også overvejer familieorienterede tilbud med fokus på, hvordan de enkelte medlemmer i familien kan støtte både sig selv som forældre, evt. søskende og den med ADHD.

Da der også ofte kan være uhensigtsmæssige familiedynamikker i spil, kan man overveje, om det kun er kognitiv behandling, der bør anbefales, eller om man kunne overveje at skrive psykoterapi – i bred forstand, således at tilbuddet bliver tilrettelagt ud fra behovet og ikke blot "one size fits all"-modellen.

Behandling af børn og unge som har et pågående misbrug (alkohol, opioider, stimulerende euforiserende stoffer som kokain, amfetamin eller hash) med centralstimulerende behandling vurderes at være en tiltrængt opdatering af den viden, der er i klinikken. Det, der er altafgørende for at lykkes med at komme ud af et misbrug, er motivationen, som oftest ikke kan holde i 1-2 måneder, hvilket er udsigten med opstart med Atomoxetin. Den misbrugende har med CS behandling mulighed for at mærke en umiddelbar effekt, hvilket øger compliance.

Det synes ligeledes meget relevant, at der anbefales et tæt samarbejde med den sociale indsats og evt. har opfølgning på behandlingen sammen med misbrugsrådgiver, således at den tværsektorielle indsats koordineres bedst muligt.

Side 25, pkt. 4

Det bør overvejes om kontrol af BT er påkrævet halvårligt hos patienter, hvor BT påvirkning ikke er set ved opstarten, eller om årlig kontrol kunne være tilstrækkeligt. Dette er med henblik på evt. virtuel kontakt ved halvårskontrol. Fordelene ville være mindre indgriben i dagligdagen og mindre ressourceforbrug for familierne i form af tid og udgifter til transport, tabt arbejdstid/skoletid m.v.

Der er positive erfaringer med virtuelle kontakter ifm. COVID-perioden, omend ikke alle familier er i stand til at måle korrekt BT i hjemmet. Således skal der foreligge en individuel vurdering.

Side 25, pkt. 5.7

Der gives anbefalinger af behandling til diagnosen sanseintegrationsvanskeligheder (sensory processing disorder). Det er altid positivt, at man ser på det hele barn (både ADHD og andre mulige udfordringer). Det, der dog kan bekymre, er, hvordan vi sikrer en korrekt udredning/diagnosticering samt behandling - herunder en beskrivelse af, hvem der skal varetage udredningen og behandlingen. Det anføres, at det er god praksis (konsensus). Det vurderes vigtigt, at tilføje en beskrivelse af systematikken i den kliniske erfaring (konsensus).

Pkt. 5.8

Det vurderes væsentligt at få uddybet, hvilken praktisk betydning det har, at "kugledyner/kædedyner" bør være CE-mærkede iht. medicinsk udstyr klasse 1. Har det betydning for, om det er hjælpemidler eller behandling? Der er familier, der køber de billigere ikke-CE-mærkede dyner eller selv syr dynerne, hvilke også vurderes at have en fin effekt på indsovnningen.

Igen vurderes det vigtigt, at tilføje en beskrivelse af systematikken i den kliniske erfaring (konsensus).

Side 25, pkt. 6.6

Disse to præparater sidestilles. Hertil bør det undersøges nærmere, om dette er hensigtsmæssigt. I RADS retningslinjerne er guanfacin 4. valg, ligesom det også i tilskudssystemet er 4. valg, idet man skal argumentere for, hvorfor man ikke kan behandle med hhv methylphenidat, lisdexamfetamin og atomoxetin. Det vurderes også at være af betydning for valget, at prisen på guanfacin er høj. Det er vurderingen, at der mangler klinisk erfaring til at vurdere om guanfacin kan sidestilles med atomoxetin - dette ikke mindst, da det er 4. valgspræparat og derfor vil det være en selekteret gruppe, der behandles med guanfacin. Det er herudover erfaringen, at man ikke, på samme måde som man gør med atomoxetin, kan trappe op med en uges mellemrum (efter fast optrappingsplan) Erfaringen er således, at der er betydeligt flere bivirkninger herunder træthed, svimmelhed, vægtøgning og enuresis. Bivirkningerne aftager over tid, hvorefter dosis kan justeres. Compliance er vigtig, da man ikke kan seponere guanfacin pludseligt, men at det skal aftrappes gradvist med kontrol af BT.

Kontrol anbefales ved hver dosis øgning. Hvad er baggrunden for denne anbefaling og vurderes det, at telefon/video kontakt er tilstrækkelig?

Svag anbefaling. Det bør præciseres, at vanlig behandling indbefatter psykoedukation og ikke psykoterapi, som der er skrevet.

Pkt. 6.7

Det bør overvejes at inkludere vægtdyne i de interventioner, der skal være afprøvet/overvejet, inden der startes offlabel medikamentel behandling.

Søvnforstyrrelser ved indsovning defineres som indsovningstid over 30 minutter. Det kan undre, at man anbefaler doser op til 10 mg melatonin. Det lyder højt ift. gængs praksis og erfaring ift. effekt.

Svag anbefaling. Her nævnes alene startdosis mv. for melatonin depot medicin. Det bør overvejes, om ikke også der i så fald tilsvarende bør nævnes startdosis for "immediately release" melatonin 3 mg og evt. øgning til 6 mg.

Pkt. 6.8

Beskrivelsen af baggrunden for, at der anbefales kontrol efter hver dosisøgning bør uddybes nærmere. Ligeledes kan der tegnes et mere nuanceret billede af, hvornår der behov for kontrol.

Kommentarer til organisatoriske forhold

Der opfordres fra arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen til en øget tværfaglig indsats i behandlingen af ADHD hos børn og unge. Ligeledes henvises til Socialstyrelsens Nationale ADHD-Handleplan om indsatser på det sociale område, samt til Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for Børn og Unge med ADHD.

Med venlig hilsen

Rósa Víkingdóttir
Konsulent

Høringssvar vedr. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge

Socialpædagogerne ønsker at afgive høringssvar vedr. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge.

Der er en stor stigning i antallet af børn og unge, som bliver diagnosticeret med ADHD. Derudover viste en undersøgelse, foretaget af VIVE i 2019, at en af de største udfordringer, som kommunerne står med i arbejdet med udsatte børn og unge, er børn og unge med ADHD. Her efterspørger kommunerne virkningsfulde indsatser til målgruppen. Der er derfor behov for fokus på kvalitet i udredning og behandling af ADHD.

Retningslinjerne afgrænser sig fra pædagogiske og psykosociale beslutninger, der træffes i skoler og lign. Her henvises til Socialstyrelsens Nationale ADHD-Handleplan og Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram.

Socialpædagogerne opfordrer til, at forskellige systemer taler bedre sammen for at imødekomme kommunernes behov for at være bedre klædt på til opgaven. Det vil i sidste ende sikre en bedre trivsel hos børn og unge med ADHD og deres familier. Såfremt indsatserne skal virke, skal der fremadrettet fra start gøres langt mere brug af virkningsfulde praksisser forbundet med et helhedssyn på barnet og familien frem for et snævert 'sygdomsblik'. Det er også vigtigt, hvis disse retningslinjer skal benyttes til at lægge en behandlingsplan i samarbejde med forældrene (jf. Målgruppe/brugere).

I beskrivelsen af målgruppe/brugere af retningslinjer beskrives det, at de kan bruges af forældre og familier i samråd med behandlingsansvarlige sundhedsprofessionelle, når der skal træffes beslutning om en given udredning og behandling. Hvis retningslinjerne skal blive et brugbart redskab for andre end sundhedsprofessionelle, opfordrer Socialpædagogerne til, at Sundhedsstyrelsen fremadrettet overvejer, hvordan resultaterne bliver formidlet, så de er umiddelbart læsbare for andre en sundhedsprofessionelle.

Med venlig hilsen

Verne Pedersen
Forbunds næstformand



Enhed:
Center for Handicap
og Psykisk
Sårbarhed

Høringssvar vedr. den *ationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af børn og unge med ADHD*

Sagsnr.: 2020-6348 Sundhedsstyrelsen har anmodet Socialstyrelsen om at afgive høringssvar på den opdaterede *ationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge 2020*.

Dato:
14. maj 2020

Socialstyrelsens kommentarer

Socialstyrelsen har følgende generelle kommentarer til den opdaterede version af retningslinjen:

- Socialstyrelsen finder det yderst positivt, at der i opdateringen er sket en udvidelse af det traditionelle fokus på kernesymptomer som afgørende kriterium for effektiv behandling alene, til et bredere syn, der også vægter barnets/den unges funktionsniveau og livskvalitet højt.
- Det er således positivt, at der er medtaget ikke-farmakologiske behandlingsindsatser, der adresserer funktionelle vanskeligheder ved ADHD i form af sanseintegrationsforstyrrelser (sanseintegrationsbehandling) og søvnforstyrrelse (kugledyne/kædedyne).
- Det er desuden positivt, at der er medtaget en ikke-farmakologisk behandlingsindsats (kognitiv adfærdsterapi), der styrker barnets/den unges indsigt i egne vanskeligheder og styrker evnen til at mestre de funktionelle vanskeligheder, der typisk følger med opmærksomhedsforstyrrelsen.

I forhold til unge med ADHD og et samtidigt misbrug, er det Socialstyrelsens vurdering, at der er behov for at supplere behandlingen med ikke-farmakologiske indsatser, der giver redskaber og strategier til at mestre de ADHD-relaterede udfordringer, der kan føre til, at den unge får eller fastholdes i misbruget.

- Samlet set finder Socialstyrelsen det positivt, at fokus i retningslinjen er blevet bredere og mere helhedsorienteret og således også medtager tiltag og indsatser, der adresserer kontekst- og omgivelsesperspektivet.

Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

København, den 14. maj 2020

Høring vedr. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende national klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge.

Dansk Psykolog Forening vurderer, at der med den nye retningslinje er lavet et grundigt stykke arbejde med en solid og bred undersøgelse af effektive behandlingsmuligheder. Foreningen anser det som en positiv udvikling, at de opdaterede retningslinjer for behandling af børn og unge med ADHD nu også omfatter kognitiv adfærdsterapi, sanseintegrationsintervention, brug af kæde/kugledyne samt særlige behandlingsovervejelser i forhold til unge, der lider af både ADHD og misbrug. Samtidig er det positivt, at de nye anbefalinger tager højde for en variation af funktionsnedsættelser, hvor der i høj grad gives mulighed for forskellige behandlingsmuligheder til forskellige type af vanskeligheder og kognitive funktioner inden for ADHD.

Dansk Psykolog Forening er desuden glade for, at de nye retningslinjer anerkender, at effekten af non-farmakologiske og farmakologiske behandlinger til børn og unge med ADHD kan komme til udtryk på forskellige måder, hvorfor vurderingen af behandlingen også må bero på forskellige outcomes af interventionerne. I den forlængelse, er det positivt, at vurderingen af interventionerne i de nye retningslinjer omfatter andre effektmål end blot ADHD kernesymptomer, f.eks. barnets evne til at håndtere symptomerne og udfordringerne deraf.

Manglende blik for relationelle faktorer i udredningen

Det er endvidere positivt, at det understreges i retningslinjerne, at man bør "starte med at forstå barnets symptomatologi ud fra en helhedsorienteret og systemisk sammenhæng, idet mange af de symptomer, der kendetegner en ADHD-symptomatologi også ses hos børn, hvis udfordringer snarere skal forstås relationelt" (Høringsmaterialet, s. 25). Disse relationelle udfordringer nævnes i materialet i form af termerne "Tilknytnings- og relationsbetingede vanskeligheder", men der tages ikke højde for det i hverken anbefalinger for test eller observation i forbindelse med udredningen. Der ses således et bemærkelsesværdigt fravær af et børne-/familiepsykologisk perspektiv, som i nærværende retningslinje kun fremgår sporadisk i udredningen i form af anamneselæsning og spørgeskemaer foretaget af forældrene selv (og ved forskellige træningsprogrammer i behandlingen). I udredningen af børn og unge bør der tages højde for deres relationelle forhold, da det er meningsfuldt først og sideløbende, at arbejde med systemerne omkring barnet. Dansk Psykolog Forening anbefaler derfor, at relationelle og dysfunktionelle familiemønstre altid afdekkes, og at betydningen heraf medtages i den diagnostiske vurdering.

I udredningen bør man desuden også tage højde for, at symptomer på hyperaktivitet, opmærksomheds- og impulsstyringsvanskeligheder (de tre kernesymptomer i ADHD) også kan forstås ved og være relateret til psykosociale vanskeligheder – herunder omsorgssvigt. Der er f.eks. blevet peget på et sammenfald



mellem utryk tilknytning og ADHD, ligesom der er empiriske indikationer på, at det relationelle miljø har betydning for, om en disposition udvikles til symptomer (Storebø, 2012). I tråd hermed, er det også blevet belyst, at forældrenes mentaliseringsfunktion kan udgøre en central faktor i det relationelle miljø, der har betydning for udvikling af selvregulering hos barnet. Dette omfatter altså forhold, der har væsentlig betydning for barnets emotionelle og sociale udvikling - herunder udvikling af de kernesymptomer, som diagnosen beskriver (Steele & Steele, 2008). Retningslinjerne bør derfor medtage, at der i udredningen af ADHD skelnes mellem kognitivt betingede årsager og mere relationelt betingede årsager til symptombilledet for at sikre den mest optimale behandling. Dansk Psykolog Forening anbefaler desuden, at det tilføjes til retningslinjerne, at man i udredningen med fordel kan overveje et mere følelsesrettet, socialt eller personlighedsrettet testmateriale udover den kognitive testning.

Observation af børn og unge med ADHD

Observation er et vidt begreb og kan udøves på forskellige måder. Det undrer derfor også, at der i anbefalingen udelades yderligere beskrivelser af, hvad observation i udredningen bør fokusere på, samt hvilke observationsmetoder, der bør anvendes. Anbefalingen bør som minimum indeholde beskrivelser af, hvilke symptomer og funktionsområder, der skal observeres. Dertil findes der strukturerede evidensbaserede observationsmetoder for ADHD hos skolebørn, som med fordel kunne inddrages i anbefalingernes retningslinje om observation i udredning.

I afsnittene om observatørernes kvalifikationer i forbindelse med observation af barnet og dets samspil med andre, står følgende: "Ved professionel observatør forstås en uafhængig person, som har et indgående kendskab, dels til børns normale adfærd og udvikling, dels til ADHD, og som arbejder tværfagligt med ADHD i sit daglige arbejde. Observationen må målrettes det konkrete problem hos det pågældende barn" (Høringsmaterialet, s. 22). Det fremstår uhensigtsmæssigt og modstridende, at den professionelle observatør ikke bør have særligt kendskab til relationelle vanskeligheder, når det tidligere i retningslinjerne anføres, at dette kan ligge til grund for symptomatologien. Dansk Psykolog Forening mener, at observationen og vurderingen af barnets adfærd bør foretages af en fagperson, der også har blik for disse sociale dynamikker. Det anbefales derfor, at beskrivelsen af observationskompetencer ændres til følgende ordlyd: "Ved professionel observatør forstås en uafhængig person, som har et indgående kendskab, dels til børns normale adfærd og udvikling, dels til børns mulige fejludvikling, herunder tilknytnings- og relationelle vanskeligheder, og dels til ADHD, samt arbejder tværfagligt med ADHD i sit daglige arbejde. Observationen må målrettes de konkrete problemer, som det pågældende barn er henvist for".

Positivt med ikke-farmakologiske indsatser som første interventionsvalg

Dansk Psykolog Forening finder det positivt, at ikke-farmakologisk behandling altid anbefales som første interventionsform i behandlingen af ADHD hos børn og unge, og at den farmakologiske behandling først anbefales i tilfælde, hvor psykologisk og/eller pædagogisk intervention ikke har udvist tilstrækkelig effekt.

Dansk Psykolog Forening finder det dog uhensigtsmæssigt, at man ikke har valgt at inddrage mere interventionsspecifikke mål for flere af de ikke-farmakologiske indsatser i behandlingen af ADHD hos børn og unge. Ud fra retningslinjerne er behandlingen af ADHD primært møntet på kernesymptomer. Reduktion af kernesymptomer er imidlertid ikke nødvendigvis disse non-farmakologiske interventioners eneste fokus. Her er det også relevant at fokusere på funktionsniveau, livskvalitet, familiens stressniveau osv. Man kan derfor frygte, at mange klinikere fejlagtigt vil tro, at de non-farmakologiske interventioner ikke virker, fordi de ud fra retningslinjen mangler evidens for at reducere kernesymptomer for ADHD. Dette giver anledning til en række bekymringer, da det kan indebære, at man fra primærsektorens side undlader at



iværksætte relevant og nødvendig støtte til disse børn og deres familier med henvisning til, at ikke-farmakologisk behandling har ingen eller lav effekt. Vi mener derfor, at det er misvisende, når der i retningslinjerne alene er fokuseret på kernesymptomer. Dansk Psykolog Forening betragter det primære fokus på kernesymptomer i anbefalingen som mangelfuldt i forhold til at opnå en helhedsorienteret og optimal behandling af ADHD.

Ud fra ovenstående kommentarer til retningslinjen, er det vigtigt, at der inkluderes anbefalinger til, hvordan man bør undersøge relationelle vanskeligheder og omgivelser i udredningen af børn og unge for at kunne give ADHD-diagnosen. Det er desuden vigtigt, at det tydeliggøres for sundhedsprofessionelle, at non-farmakologiske interventioner godt kan være vigtige i behandlingen af ADHD, selvom de ikke har en direkte effekt på kernesymptomerne. Endelig bør det tydeliggøres, at man altid bør afprøve psykologiske og/eller pædagogiske tiltag før en medicinsk behandling påbegyndes. Ovenstående perspektiver og tilføjelser i dette høringssvar er afgørende i udarbejdelsen af retningslinjen, hvis man ønsker at understøtte en helhedsorienteret indsats af høj kvalitet for børn og unge med ADHD.

Med venlig hilsen

Eva Secher Mathiasen

Formand, Dansk Psykolog Forening



NKR Sekretariatet
Sundhedsstyrelsen

14. maj 2020

DSAM's høringsvar vedr. NKR for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge

Tak for muligheden for at kommentere på ovenstående nationale kliniske retningslinje.

De foreliggende anbefalinger skønnes primært at være af relevans for læger med speciale i børne- og ungepsykiatri. I henhold til gældende retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen må praktiserende læger ikke påbegynde medicinsk behandling af de pågældende børn og unge.

Praktiserende læger kan overtage behandlingen, men kun efter at der er lagt en behandlingsplan fra den ansvarlige psykiater.

Praktiserende læger bør derfor være orienteret på området, men står ikke selv for opstart af medicinsk behandling.

Da vejledningen således ikke er direkte relevant for os, har vi valgt at undlade at kommentere på det foreliggende NKR-udkast.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, DSAM

Stockholmsgade 55
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk



Sundhedsstyrelsen
Evidens, Uddannelse og Beredskab
NKR Sekretariatet

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 14. maj 2020
Side 1
Ref.: bj
E-mail: bj@etf.dk
Direkte tlf: 53 36 49 21

Høring vedr. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge

Ergoterapeutforeningen har modtaget udkastet til den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge i høring.

Indledningsvis vil Ergoterapeutforeningen gerne takke for muligheden for at deltage i arbejdsgruppen vedr. opdateringen af retningslinjen. Vi har oplevet det som særdeles relevant – ikke mindst i forhold til fokus på interventionsbehov hos den gruppe af børn og unge med ADHD, som har fået konstateret sanseintegrationsforstyrrelser, og på tyngdedyners positive effekt på søvnforstyrrelser.

Grundlæggende er Ergoterapeutforeningens vurdering af retningslinjen positiv, og særligt hæfter vi os ved afsnit 5.7 og 5.8 om hhv. sanseintegrationsbehandling og kugledyner/kædedyner.

Vi har i den forbindelse flg. bemærkninger:

5.7 Sanseintegration.

Det har ikke været muligt at finde litteratur, der kunne føre til evidensbaseret anbefaling for en målgruppe, som har fået diagnosticeret både ADHD og Sensory Processing Disorder (SPD). Ergoterapeutforeningen glæder sig over, at det alligevel er lykkedes, at opnå en anbefaling på basis af god klinisk praksis.

I afsnittet "God praksis (konsensus)" på side 48 foreslår Ergoterapeutforeningen at der tilføjes ordene "eksempelvis som", således at sætningen bliver "Tilstedeværelse af moderate til svære sanseintegrationsforstyrrelser kan defineres eksempelvis som en T-score > 70 på Sensory Processing Measure, svarende til Afgjort Dysfunktion.

Tilføjelsen skal også som konsekvens indsættes i afsnittet om centrale budskaber, hvor sanseintegration er omtalt på side 7.

Det efterfølgende afsnit på side 48 foreslås udbygget til "Elementerne i sanseintegrationsbehandling kan tage udgangspunkt i behandlingsprincipperne beskrevet i Sensory Integration Theory and Practice 3rd. edition af Anita Bundy og Shelley

Lane eller "Sanseintegration hos børn" 2. udgave af Jean Ayres. og kan planlægges så det retter sig mod at øge barnets funktionsniveau og trivsel i hverdagen." Førstnævnte reference skal tilføjes referencelisten.

5.8 Kugledyner/kædedyner

Det foreslås at tyngdedynerne konsekvent omtales som kugle/kædedyne i denne rækkefølge gennem hele teksten, idet kugledynen er den tyngdedyne, hvis effekt underbygges i litteraturen og endvidere har eksisteret længst som sensorisk hjælpemiddel.

Ændringen skal også slå igennem i afsnittet om centrale budskaber, hvor kugledyner/kædedyner er omtalt på side 8

Ergoterapeutforeningen uddyber gerne dette høringssvar.

Med venlig hilsen



Beate Jarl
Chefkonsulent



Til Sundhedsstyrelsen, Evidens, Uddannelse og Beredskab,
NKRsekretariat@sst.dk

Høringssvar vedr. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge

KL har modtaget udkast til national klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD i høring.

For KL har det været afgørende, at udvidelsen af den kliniske retningslinje imødekom den kompleksitet og tværfaglige tilgang, som ofte vil være nødvendig i sammensætningen af indsatser og tilbud til børn og unge med ADHD.

KL finder det i den sammenhæng positivt, at

- der med revisionen er medtaget ikke-medicinske indsatser
- hensynet til livskvalitet og præference på en nuanceret måde er indarbejdet i retningslinjerne.

Da evidensen bag de ikke-medicinske retningslinjer er relativt svag, er det samtidig positivt, at der er indarbejdet vejledning omkring fx søvnhygiejne og forudgående screeninger mv., som kan bistå i vurderingen af, hvorvidt en intervention kan være nyttig såvel som i forhold til at bringe interventionen til ophør ved manglende effekt.

KL tager forbehold for eventuelle økonomiske konsekvenser ved de reviderede retningslinjer. KL forbeholder sig endvidere ret til at komme med eventuelle supplerende bemærkninger efter politisk behandling.

Med venlig hilsen

Janet Samuel

Dato: 12. maj 2020

Sags ID:
Dok. ID:

E-mail: TLE@kl.dk
Direkte: 3370 3562

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 1

Aarhus d. 15. maj 2020

Høringssvar fra Center for ADHD vedr. 6 kliniske retningslinjer for udredning og behandling af børn og unge med ADHD.

Det er med stor spænding, at Center for ADHD har set frem til offentliggørelsen af de 6 nye retningslinjer, som nu er tilføjet.

Den primære målgruppe for Centerets arbejde er forældre til børn med ADHD eller udadreagerende adfærd i alderen 3-12år, og flere af de nye retningslinjer dækker netop ofte stillede spørgsmål fra forældrene.

Center for ADHD har som grundprincip at arbejde evidensbaseret, og det betyder bl.a., at vi lærer os op ad de nationale retningslinjer, når vi skal besvare forældrenes spørgsmål om forskellige indsatser og foranstaltningers effekt.

Kugledyner/kædedyner, melatonin, sanseintegrationsbehandling – alle disse meget populære forældredrevne ikke farmakologiske tiltag får benævnelsen ”god praksis”, som indikerer, at der er god erfaring, men ingen forskning beskrevet – endnu! Lad os håbe, at nogen griber disse emner i fremtiden. For CFA betyder det, at vi kan anerkende muligheden for positiv effekt for børn med ADHD ved brugen af disse interventioner.

Kognitiv adfærdsterapi som behandling til børn og unge, målrettet netop til de særlige udfordringer, som ADHD giver dem, får en svag anbefaling. Det er godt, sammenholdt med at Socialstyrelsen netop i disse måneder udruller en manualbaseret kognitiv gruppebehandling til unge og voksne med ADHD. I retningslinjen står det tydeligt, at det skal være barnets/den unges eget ønske om deltagelse, hvilket er en helt grundlæggende præmis for al terapi.

I forhold til metylphenidat og unge med forbrug/ misbrug af rusmidler, ser Center for ADHD det som et afgørende element i behandlingen af denne målgruppe, at man har mulighed for at støtte medikamentelt, hvor det vurderes relevant. Dette kan have en afgørende betydning for de unges mulighed for at blive fri af deres forbrug/misbrug med den selvmedicinerende effekt, der ofte er en afgørende faktor i forståelsen af denne målgruppes misbrugsadfærd.

Det er glædeligt, og længe ønsket, at retningslinjerne formulerer muligheden for at lade funktionsniveauet hos børn med ADHD være et relevant parameter for at vurdere en behandlingseffekt og ikke udelukkende at se på kernesymptomerne. I det kliniske arbejde med denne målgruppe har dette længe været et ønske, også i forbindelse med måling af forældretræningens effekt.

Center for ADHD vil derfor foreslå, at retningslinje 5.6 omhandlende forældretræning tages op og revurderes, dels fordi der er kommet mere dansk forskning siden 2018, og der er mere undervejs, og dels fordi det med blikket vendt mod funktionsniveau hos barnet, højst sandsynligt ville kunne løfte den evidensbaserede forældretræning til en stærk anbefaling som første indsats. Det vil i en

sådan forbindelse også være af afgørende betydning, at der skelnes mellem de mange forskellige former for forældretræning. Der er netop i år i gangsat et større registerforskningsprojekt ved Aarhus Universitet, hvor data fra De Utrolige År® indsatser i mere end 30 danske kommuner indgår, hvor ambitionen er at følge den langvarige effekt af evidensprogrammet versus TAU. Vi er glade for at have fået mulighed for at bidrage i arbejdsgruppen og stiller gerne Center for ADHDs kompetencer til rådighed igen ved en anden lejlighed.

Med venlig hilsen

Marie Stegger Sørensen, centerchef



Center for ADHD

Vi hjælper børn og familier med ADHD og lignende udfordringer til en bedre hverdag

Marselis Boulevard 1, 8000 Aarhus C

T +45 70 272 276

www.adhdcenter.dk



Sundhedsstyrelsen
Att: Sekretariat for nationale kliniske retningslinjer (NKR)
E: NKRsekretariat@sst.dk

Odense d. 15.5.2020

Høringssvar til NKR for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge

ADHD-foreningen takker for muligheden for at kommentere på den opdaterede retningslinje og vil søge at kommentere på de områder, vi ser, der har stor betydning for udrednings- og/eller behandlingsforløbet for børn og unge med ADHD og deres familier.

Kommentarer fra ADHD-foreningen til opdateringerne

Vi finder det positivt, at NKR medtager anbefalinger for det, der betegnes som non-farmakologisk behandling og finder det særligt positivt, at indsatser som adfærdsterapi, sanseintegration og kæde/kugledyne er medtaget. Disse indsatser har stor betydning for mennesker med ADHD.

Hvad angår adfærdsterapi, kunne det være ønskeligt at udspecificere, at den psykoedukative del kræver solid viden om ADHD, og at det er anbefalelsesværdigt at vælge et program, der er målrettet ADHD. Ligeledes at vægte, at terapeuten har viden om og erfaring med ADHD.

Desuden er der gode erfaringer og evidens for mestringsforløb, blandt andet med det netop afprøvede RNR2-ADHD fra Socialstyrelsen. Dette kunne med fordel inkluderes i NKR.

Hvad angår ovennævnte nye anbefalinger er der behov for, at der kigges på hvorledes, det håndteres i praksis for, at anbefalingen ikke bliver værdiløs. F.eks. hvad angår kæde-/kugledyne. Den praksis, der hersker i kommunerne (se bilag 1-3), støtter ikke op om denne anbefaling og stiller barnet eller den unge med ADHD i en ikke fordelagtig rolle, der vanskeliggør muligheden for at få adgang til det anbefalede, effektive hjælpemiddel.

Samme praksis gør sig gældende i forhold til Melatonin. Se bilag 1-3 for kommunal praksis.

Positivt, at NKR indeholder anbefalinger til, hvorledes man skal forholde sig til medicinsk behandling og misbrug. Dette er et område, der i dag behandles meget uensartet på tværs af regionerne og vi håber, at NKR vil bidrage til en bedre praksis og større ensartethed.

Kommentarer fra ADHD-foreningen til den samlede NKR for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge

I følge opdateret udkast til NKR for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge finder ADHD-foreningen, at flere punkter har stor betydning. Vi vælger at kommentere på disse, selvom de ikke er en del af den opdateret NKR.

”Tilbyd methylphenidate til børn og unge med ADHD, der udviser væsentlig funktionsnedsættelse og HVOR psykologiske og/eller pædagogiske tiltag ikke har haft tilstrækkelig effekt”.

ADHD-foreningen mener, at det skal præciseres hvem, der har ansvaret for de psykologiske og pædagogiske tiltag, hvor lang tid et givent tiltag monitoreres, og hvordan effekten måles – og af hvem. Dette for, at det kan vurderes tilstrækkeligt og fagligt, om psykologiske og pædagogiske tiltag er afprøvet og har haft effekt. ADHD-foreningen finder, at den manglende præcisering har konsekvenser for længere udredningsforløb grundet tvivl om ansvarlighed i forhold til tiltag.

ADHD-foreningen finder, at der skal udarbejdes et forløbsprogram, der udviser ansvarsfordeling, anbefalinger af psykologiske og pædagogiske tiltag samt tidsforløb. Som minimum skal der laves anbefalinger for god praksis og gives eksempler.

Under "centrale budskaber" forekommer det ligeledes utilstrækkeligt, at psykologiske og pædagogiske tiltag ikke er nævnt som selvstændigt punkt, men blot nævnes under punktet: "Farmakologisk behandling". Under den farmakologiske anbefaling er detaljeringsgraden udfoldet, og medicintyper er nævnt. Der bør arbejdes på, at dette også udarbejdes for psykologiske og pædagogiske tiltag.

ADHD-foreningen anbefaler, at retningslinjen ligeledes nævner hvilke pædagogiske og psykologiske metoder, der anbefales afprøvet. Den manglende anbefaling i NKR kan bevirke, at der ikke sættes ind med pædagogiske og psykologiske indsatser, simpelthen fordi der mangler viden om de muligheder, der er. Det skal tydeliggøres hvem, der iværksætter de psykologiske og pædagogiske tiltag og har ansvaret. Vi finder, at NKR her skal tage hånd om dette, så praksis er klar og tydelig for de involverede sektorer, og derfor ikke kommer til at modvirke retningslinjen.

ADHD-foreningen vurderer, at det vil få konsekvenser for den fremtidige udredning og behandling af mennesker med ADHD, at der i de nationale kliniske retningslinjer ikke detaljeret tages højde for det tværsektorielle samarbejde. Der søges i den nationale kliniske retningslinje mod at tage højde for den tværfaglige behandling inden for det sundhedsrelaterede område, men der tages ikke højde for, hvordan den nu også tidlige og før diagnosticering samt efterfølgende tværfaglige sociale indsats (psykologiske og pædagogiske tiltag) skal iværksættes/tilrettelægges for at sikre et fortsat veldokumenteret behandlingsforløb. Her henvises f.eks. til samarbejdet med PPR. Herunder kan nævnes, at retningslinjerne ikke indstiller til overførslen af viden fra udredning og behandling i sekundær sektor til primær sektor, så der sikres en helhedsintervention til gavn for barnet med ADHD og dets omgivelser. **Der bør tages højde for**, at der skal udarbejdes planer for den enkelte person, hvad angår brobygning til anden sektor.

FOREBYGGELSE, KOMORBIDITET OG COMPLIANCE

NKR mangler at beskrive, hvordan man tackler komorbid angst, autisme, depression osv., så det tydeliggøres, hvad der skal behandles først, hvordan man behandler det og forløbet herfor. God praksis skal defineres og være en naturlig del af NKR. Det er op til 80% af børn og unge med ADHD, der har andre diagnoser (komorbide tilstande nævnes i NKR, men defineres ikke yderligere).

Vi ved, at mennesker med ADHD lever et til tider vældig risikofyldt liv, hvorfor retningslinjen mangler at tage stilling til den sundhedsmæssige forebyggelse. Der bør som minimum være en anbefaling til, hvordan man iværksætter et forebyggelsesforløb i sundhedssektoren ved kontakt med en mulig patient. Der nedskrives ikke retningslinjer for det forebyggende arbejde, hvad angår risikoadfærd såsom:

- Kriminalitet
- Ulykker
- Tidlig graviditet

Vi ved, at compliance er et alvorligt problem, blandt andet i ungdommen, og den nationale kliniske retningslinje bør komme med anbefalinger til, hvordan man imødegår dette problem. Der tages heller ikke højde for udredning og behandling af ADHD, hvis barnet/den unge allerede har et misbrug. Forskningen finder netop, at det er svært at fastholde unge i behandling, og det ville være fordelagtigt, at NKR imødegår, hvordan behandlere skal forholde sig til complianceproblemer. God praksis bør inkluderes i NKR.

NKR FOR BØRN UNDER 6 ÅR

Der er ingen anbefalinger til indsatsen over for børn under 6 år, der har symptomer inden for områderne:

- Opmærksomhed
- Aktivitet
- Impulsivitet

Skyldes det, at retningslinjerne lægger sig op ad det aldersspektrum, hvor medicinen kan anvendes?

ADHD-foreningen mener, at der bør udarbejdes retningslinjer og anbefalinger, så forældre og børn i denne aldersgruppe også har mulighed for at få relevante tilbud. Det opleves begrænsende, at der i retningslinjerne ikke anbefales forældretræning eller psykoedukation til at afhjælpe vanskelig adfærd og konflikter i hjemmet som tidlig og/eller forebyggende indsats.

TVÆRFAGLIG, HELHEDSORIENTERET INTERVENTION

Retningslinjen mangler beskrivelse af en god tværfaglig, helhedsorienteret intervention, der også involverer netværket. Forældre til børn med ADHD er ofte slidte, angst for fremtiden, føler dårlig samvittighed, stress og afmagt over for de daglige udfordringer. Retningslinjen bør indeholde anbefalinger til, hvordan der kan tages hånd om forældrene og eventuelle søskende, så familien har redskaber til at klare udfordringerne, støtte barnet med ADHD og hinanden. En nedslidt familie har ikke optimale betingelser for at støtte et barn med ADHD. Der er stor evidens for, hvad involveringen af netværket har af betydning for recovery/rehabilitering.

EVIDENS

Manglende evidens er ikke ensbetydende med manglende effekt. Dette bør skrives tydeligere, da manglende evidens ofte blot betyder, at den pågældende behandlingsform ikke er undersøgt tilstrækkeligt.

Det er ADHD-foreningens bekymring, at det kan få konsekvenser på socialområdet, hvor dette kan give anledning til, at der ikke igangsættes familieforanstaltninger og forebyggende tiltag, hvis der er lav evidens.

ADHD-foreningen

HVAD VIL VI HAVE MERE AF?

Anbefalingen til "Kontrol af behandling" ses som værende positiv, og det bør beskrives tydeligere, hvad opfølgningen indeholder, hvordan effekten måles, og hvilke værktøjer det anbefales at anvende. Der påskrives, at det bør tilstræbes, at der er jævnlig opfølgning, og dette er bestemt ønskeligt, men finder ganske sjældent sted i praksis. I den ideelle verden skal børnene følges op jævnligt og ved væsentlige skift i livet, der kan betyde opjustering/nedjustering i medicin eller anden indsats. Det bliver ofte forældrenes ansvar at tage kontakt, når der er behov for opfølgning. Her bør anbefalingen skærpes for, at vi sikrer ordentlige udrednings- og behandlingsforløb for børn og unge med ADHD.

ADHD-foreningen anbefaler, at der etableres en stærkere forbindelse mellem retningslinjen og forløbsprogrammet, udarbejdet i 2017.

For forældretræning, social færdighedstræning og computerbaseret kognitiv træning mangler der oplysning om hvilke programmer, der er undersøgt og hvilke, der har den største effekt. Dette er jo meget tydeligt og specifikt på det medikamentelle område. Der bør være lige stor vægtning bag alle anbefalede indsatser.

Det bør nævnes, at miljøet er en beskyttende faktor for, hvor alvorligt kernesymptomerne kommer til udtryk, og hvor store udfordringer de skaber for barnet. Den effekt, som forældretræning kan give i forhold til barnets, forældrenes og den samlede families trivsel, må overvejes. Effekten af forældretræning afspejler sig i en større forståelse for barnets symptomer og adfærd og dermed i en mere hensigtsmæssig og positiv opdragelsesstil. Mindre stress, usikkerhed og uenighed hos forældrene, samt mere struktur og færre konflikter i hverdagen bidrager til et miljø, der er udviklingsstøttende for barnet og forebygger en negativ udvikling i barnets selvværd, relationer og trivsel. NKR kigger målrettet på kernesymptomer, selvom der dog påskrives de potentielle negative konsekvenser ved at leve med ADHD. Det synes derfor af stor relevans og vigtighed, at NKR favner øvrige aspekter med betydning for Quality of Life.

Ved forældretræning bør også andre anvendte og mere gængse programmer vurderes, og der bør udarbejdes anbefalinger og beskrivelser af, hvilke programmer der mest hensigtsmæssigt kan anvendes og til hvilket formål.

NÅR PRAKSIS I VIRKELIGHEDEN MODVIRKER ANBEFALINGERNE

Afvisninger i offentligt regi og ventetider hos privatpraktiserende psykiatere

Mennesker med ADHD, der bliver afvist i offentligt regi, henvises ofte til privatpraktiserende psykiatere, hvor der kan være op til 1½ års ventetid. Dvs. at som udgangspunkt har en psykiater vurderet, at der er en behandlingsindikation, men der tages ikke hånd om denne rettidigt.

Vi får netop nu et stigende antal henvendelser til ADHD-foreningens rådgivning, der handler om, hvordan både børn og voksne oplever, at de ikke kan få igangsat behandling, fordi de er diagnosticeret via privat sundhedsforsikring. Heller ikke her ses igangsættelse af behandling, hvis diagnosen KUN er ADHD/ADD. Der bør være anbefalinger i NKR målrettet en sådan situation.

ADHD & komorbiditet

ADHD-foreningen

ADHD-foreningen hører og ser, at flere mennesker med ADHD bliver afvist både til udredning og behandling i hospitalspsykiatrien, alene fordi der ikke er komorbiditet knyttet til deres henvisning for udredning af ADHD/ADD. Vi vedhæfter anonymiseret brev fra Psykiatriens Centrale Visitation i Region Midtjylland, hvor proceduren bekræftes. Se bilag 4. Sådanne procedurer bør være klare i NKR, så der ikke hersker tvivl om, hvorvidt udredning og behandling skal igangsættes hurtigst muligt, når der henvises for ADHD.

Med intens hilsen
ADHD-foreningen



Camilla Louise Lydixen
Tlf.: 28 19 19 18
E: cl@adhd.dk



Hvad du selv kan gøre mod søvnproblemer

Hvor hurtigt man flader i søvn, og hvor ofte man vågner om natten, er afhængig af en række faktorer, som man i høj grad selv kan påvirke. Det er videnskabeligt bevist, at nedenstående gode råd har en positiv effekt på søvnproblemer.



I løbet af dagen:

- Vær fysisk aktiv og motioner regelmæssigt
- Undgå at sove i løbet af dagen, selv om du føler dig træt

Før sengetid:

- Undgå kaffe, te, cola, alkohol og store fede måltider
- Nedsæt vædskeindtag
- Undgå lys fra TV, computerskærme, tablets og I-phones én time før sengetid
- Undgå at spekulere over problemer og aktiviteter næste dag – skriv i stedet mulige løsninger ned *før* sengetid

Sengetid:

- Gå i seng og stå op på samme tid hver dag (også weekender!)
- Tag ikke arbejde, besvarelse af e-mail ect. med i seng
- Se ikke fjernsyn eller brug pc, tablet eller I-phone i sengen
- Forlad soverummet en stund, hvis ikke du kan falde i søvn – undgå igen div. Skærme
- Lær afspændingsteknik og brug den hvis du vågner

Soverummet:

- Temperaturen skal være 18 – 21 grader
- Rummet skal være mørkt - brug evt. mørklægningsgardiner eller sovemaske
- Undgå støj over 30 decibel
- Brug ørepropper og evt. maske over øjnene



I en stille dagligstue, vil der normalt være omkring 20 – 30 decibel (dB) støj. Når vi taler til hinanden i et normalt leje, foregår det med omkring 60 dB. Trafikstøj på en travl gade ligger på omkring 65 dB, men lastbilers motorer kan komme helt op på 85 – 90 dB.

KUGLEDYNER og KÆDEDYNER

- hvornår kan der ansøges?

Borgercenter Handicap modtager et stort antal ansøgninger om kugle- eller kædedyne, vest, stol ect. som et hjælpemiddel. Mange af ansøgningerne må vi give afslag på, fordi der er blevet ansøgt på et *mangelfuldt grundlag*. Det giver frustrationer hos borgerne som får stillet i udsigt, at de kan få bevilget disse produkter. Derfor for denne information:

Ansøg *først* om kugle- eller kædedyne *når*:

- Der er lægefaglig dokumentation for, at borger har en *varig* funktionsnedsættelse, der permanent forårsager søvn- eller anden problematik.
- Borger er færdigbehandlet og udredning afsluttet.
- At al anden form for behandling og pædagogiske tiltag er afprøvet og udtømte - også sovemedicin! (se*)

Ovenstående kriterier skal være opfyldt, for at ansøgningen kan afgøres på et tilstrækkeligt grundlag. Hvis ikke de er opfyldt, vil afgørelsen blive et afslag.

I visse tilfælde vil kugle- og kædedyner kunne betragtes som et **behandlingsredskab**. Her vil det være regionen, der skal søges hos.

Vejledning af borger:

Vi anbefaler at borger vejledes i og får udleveret "Hvad kan du selv gøre mod søvnproblemer" samt "Leje af kugle – eller kædedyne". Begge dele findes som link i teksten [hér](#) på vores hjemmeside www.bch.kk.dk.

Med venlig hilsen

Borgercenter Handicap, Thoravej 29, 2400 København K. – Telefon: 33 17 88 00.

Skriv sikkert til Borgercenter Handicap: www.bch.kk.dk/kontakt

**) Ankestyrelsen har udsendt en Principafgørelse 94-15 om "hjælpemidler – Kugledyne – kædedyne – behandlingsredskab", med nedenstående ordlyd, som blot bekræfter, at borger SKAL have afprøvet sovemedicin i en relevant periode – og uden tilstrækkelig resultat – før ansøgningen kan sagsbehandles og evt. bevilges. OBS! En kugle/kædedyne kan ikke bevilges som et hjælpemiddel alene mhp. at undgå medicinsk behandling (af barnet), herunder relevant medicinsk behandling uden helbredsmæssig risiko.*



KØBENHAVNS KOMMUNE

Socialforvaltningen
Borgercenter Handicap

Leje af kugle - eller kædedyne

Hvis du ønsker at afprøve en kugle- eller kædedyne, før du eventuelt køber én, eller hvis du ønsker at leje en kugle- eller kædedyne for en kortere eller længere periode, kan dynerne lejes eller købes hos nedenstående leverandører.

OBS! Lejen sker for egen regning og refunderes ikke ved eventuel senere bevilling.

Se yderligere information på leverandørernes hjemmesider.

Udlejning af kugledyner



Leverandør:	Navn:	Protac A/S
	Hjemmeside:	www.protac.dk / mail: protac@protac.dk
	Adresse:	Niels Bohrs Vej 31 D, Stilling, 8660 Skanderborg
	Telefon nummer:	86 19 41 03
Lejepriser:	Voksen dyne	Første 3 måneder: 1520,00 kr. inkl. moms og administration Efterfølgende måneder: 325,00 kr. inkl. moms per måned
	Junior dyne	Første 3 måneder: 1170,00 kr. inkl. moms og administration Efterfølgende måneder: 250,00 kr. inkl. moms per måned
	Babydyne	Første 3 måneder: 820,00 kr. inkl. moms og administration Efterfølgende måneder: 175,00 kr. inkl. moms per måned
Depositum:	500 kr. inkl. moms	
Fragt:	Du betaler for leveringen / fragten samt evt. returnering. Fragtomkostninger Refunderes ikke ved eventuelt køb.	
Lejeperiode:	Minimum 3 måneder, derefter på månedsbasis <i>Indenfor</i> den 3 måneders afprøvningsperiode tilbagebetales hele det indbetalte leje- beløb til dig, hvis du beslutter at købe dynen. <i>Efter</i> de 3 måneder tilbagebetales 60% af hele det indbetalte lejebeløb ved køb af dynen.	

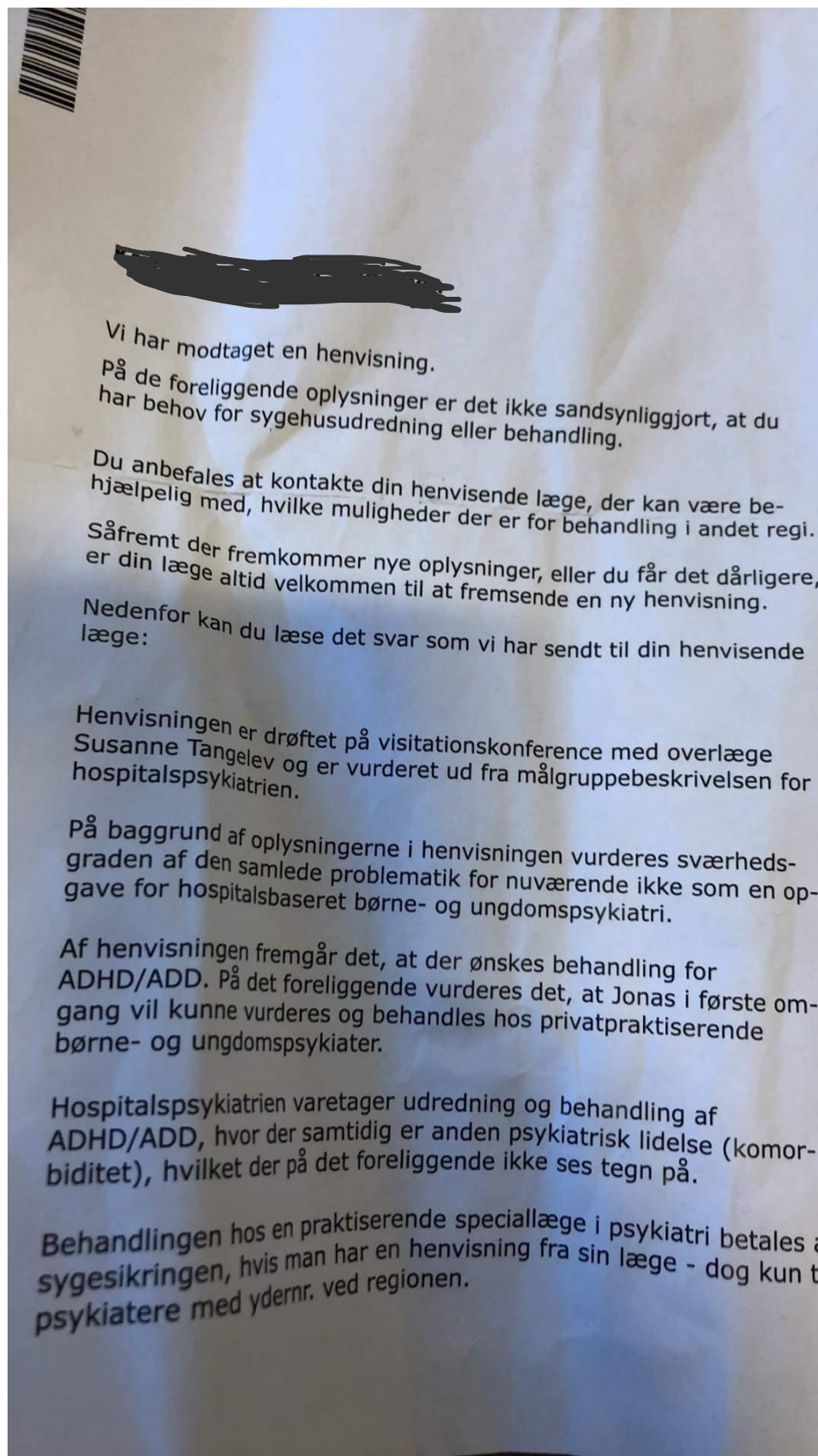


Udlejning af kædedyner



- Leverandør:** Navn: Zibo Athene A/S
Hjemmeside: www.ziboathene.dk / mail: post@ziboathene.dk
Adresse: Præstemarksvej 67, Hatting, 8700 Horsens
Telefon nummer: **76 90 04 07**
- Lejepriser:** Voksen størrelse = 287,50 kr. inkl. moms per måned
Børnestørrelser = 237,50 kr. inkl. moms per måned
- Fragt:** Leveringsomkostninger er inkluderet i lejen. Returfragten betaler du. Den vil være på ca. 100 kr.
- Depositum** = 500,00 kr. inkl. moms (engangsgebyr).
Tilbagebetales ved lejeperiodens ophør. Hvis produktet returneres beskadiget vil der blive trukket et tilsvarende beløb fra det indbetalte depositum. Eventuelt opkræves ekstra, hvis depositum ikke dækker.
- Afprøvningsperiode:**
Du kan afprøve dynen gratis i 14 dag for at vurdere, om du ønsker en lejeaftale. Du betaler 500,00 kr. i depositum, som vil blive tilbagebetalt til dig, hvis ikke du ønsker at overgå til en lejeaftale.

Hvis du ikke kontakter leverandør og har returneret dynen indenfor 14 dage vil du automatisk blive trukket for 1 måneds leje.
(Se handelsbetingelser på leverandørens hjemmeside)
- Lejeperiode:** Minimum 1 måned (ud over evt. gratis 14 dages afprøvningsperiode)
Indenfor 2 måneders afprøvningsperiode tilbageføres hele det indbetalte lejebeløb til dig, hvis du beslutter at købe dynen.
Efter de 2 måneder tilbagebetales 50 % af hele det indbetalte lejebeløb til dig, ved køb af dynen.



På hjemmesiden www.sundhed.dk er det muligt at finde en oversigt over speciallæger i psykiatri.
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/shf-soeg/?SearchTerm=b%C3%B8rne-%20og%20ungdomspsykiater&searchType=search-Term&Page=1&PageSize=10>

For yderligere information omkring henvisninger til psykiatrien i Region Midtjylland
<http://www.psykiatrien.rm.dk/fagfolk/> (skrives i browserens adresselinje).

Med venlig hilsen

På vegne af visitator i Psykiatriens Centrale Visitation

Gitte Kunnerup Madsen
Lægesekretær

Høringssvar fra BUP-DK vedr forslåede tilføjelser/rettelser til National Klinisk Retningslinje fra SST vedr ADHD, udredning og behandling af børn og unge fra 6-18 år:

De forslåede anbefalinger synes umiddelbart relevante, om end der kun foreligger få eller ingen relevante studier/litteratur at støtte sig til, men primært er baseret på empiri og klinisk praksis.

Vedr anbefaling om at inddrage muligheden for udredning og behandling af **sanseintegrationsforstyrrelser** og det står anført, at denne udredning bør ske på baggrund af standardiseret udredning af fagprofessionelle med validerede rating scales. At der anvendes validerede og standardiserede metoder, kan BUP-DK kun bakke op om. Dog synes vi mere bekymrede for, hvem der skal varetage denne udredning og hvornår i forløbet af udredning/behandling af ADHD hos børn og unge, den bedst laves.

I langt de fleste ambulante enheder i Børne- og Ungdomspsykiatri, er der ikke aktuelt ansat ergoterapeuter og kun i begrænset antal fysioterapeuter. BUP-DK er derfor af den opfattelse, at der i denne nye anbefaling til NKR bør skelnes mellem opgaver, som hører til den kommunale indsats og hvad, der bør være et tilbud i den regionale indsats. Her vurderes sanseintegration som en del af et stationært tilbud, men ikke et ambulant tilbud i den regionale psykiatri.

Det samme gælder for anvendelsen af **kugledyner** som standardbehandling ved indsovningsbesvær, hvor der de senere år har været uklarhed om, om det var en kommunal eller regional opgave, dels at ordinere, dels at udlevere, dels at følge op på, om kugledynen har den ønskede effekt. Det er ligeledes uklart, hvorvidt man starter med at afprøve kugle/vægtdyne eller om man starter med melatonin, når relevant søvnhygiejne har været afprøvet.

Generelt er det uhensigtsmæssigt, at der ikke centralt fra foreligger en klar ansvarsfordeling, idet det bliver familier og børnene, der står midt imellem kommune og region, ligesom kommunalt selvstyre gør, at regionerne skal forholde sig til x antal forskellige kommunale retningslinjer. Dette gælder både vedr. udredning og behandling af sanseintegrationsforstyrrelser og ordination, udlevering og opfølgning på kugledyner.

Det vurderes hensigtsmæssigt at tilbyde et **psykoterapeutisk** tilbud til børn og unge med ADHD, således at de får bedre muligheder for at håndtere deres hverdag på en hensigtsmæssig måde. Der bør være fokus på, at det ikke kun bliver det enkelte barn eller den enkelte unge, som skal lære at håndtere og regulere, men at man også overvejer familieorienterede tilbud med fokus på, hvordan de enkelte medlemmer i familien kan støtte både sig selv som forældre, evt søskende og den med ADHD.

Da der også ofte kan være uhensigtsmæssige familiedynamikker i spil, kan man overveje, om det kun er kognitiv behandling, der bør anbefales, eller om man kunne overveje at skrive psykoterapi – i bred forstand, således at tilbuddet bliver tilrettelagt ud fra behovet og ikke blot "one size fits all" modellen.

Behandling af børn og unge, som har et pågående **misbrug** (alkohol, opioider, stimulerende euforiserende stoffer som kokain, amfetamin eller hash) med centralstimulerende behandling vurderes at være en tiltrængt opdatering af den viden, der er i klinikken. Det altafgørende for at lykkes med at komme ud af et misbrug er motivationen, som oftest ikke kan holde i 1-2 måneder, hvilket er udsigten med opstart med Atomoxetin. Den misbrugende har med CS behandling mulighed for at mærke en umiddelbar effekt, hvilket øger compliance. Det synes ligeledes meget relevant, at man ligeledes anbefaler et tæt samarbejde med den sociale indsats og evt har opfølgning på behandlingen sammen med misbrugsrådgiver, således at den tværsektorielle indsats koordineres bedst muligt. Idet man heller ikke her har en retningslinje om, at kommunerne skal have bestemte tilbud til unge under 18 år med misbrug, mangler der nu en central beslutning om, at man i hver eneste

kommune følger de sociale retningslinjer, der foreligger for unge over 18 år, hvor der er klare mål og indsatsstrapper beskrevet. Dette synes ikke at være tilfælde for unge under 18 år. Såfremt den kombinerede behandling skal lykkes bedst muligt, bør der være krav om et forpligtende tværsektorielt samarbejde.

Udtalelse om placering af ansvaret for NKR:

..."Regionerne og regionernes sygehuse har en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske retningslinje samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her. Fx kan regionerne sikre, at de anbefalinger, som må være relevante for specialiserede afdelinger på sygehusniveau, indarbejdes i instrukser og vejledninger i den pågældende region. De faglige selskaber er desuden en vigtig aktør i at udbrede kendskabet til retningslinjen..."

Man kunne overveje at koble den regionale og den kommunale indsats i en mere forpligtende ramme, dette ville komme den enkelte patient og familie til gode.

På vegne af BUP-DK

Med venlig hilsen

Linda Hardisty Bramsen
Formand i BUP-DK

Ledende overlæge
Børne- og Ungdomspsykiatrien

Tel. +45 23393228
l.bramsen@rn.dk

PSYKIATRIEN - REGION NORDJYLLAND

Klinik Psykiatri Syd - Børn og Unge
Mølleparkvej 10
9000 Aalborg
www.psykiatri.rn.dk



Kære Jutte

DPS har ingen kommentarer

Klaus

--

Med venlig hilsen

Klaus Birkelund Johansen

Formand

Dansk Pædiatrisk Selskab

Peer review af den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge, Sundhedsstyrelsen 2020

Jeg skal takke for muligheden for at peer-reviewe nye afsnit den nationale kliniske retningslinje. I det følgende er søgt fremhævet væsentligste styrker og svagheder ved retningslinjerne, med specielt fokus på, i hvilken grad anbefalingerne understøttes af evidens.

Dato: 13.5.2020

Kontaktperson:

Helle Veller Mortensen

Tlf.: +45 2135 9345

Generelle betragtninger

Side 1 af 3

Generelt er litteraturgennemgangen, evidensbedømmelsen og anbefalingerne vel-skrevne og godt og klart formidlet. For hvert af de formulerede spørgsmål gælder, at der foreligger klare og præcise PICO spørgsmål, der er for hvert af spørgsmålene beskrevet en klar søgestrategi, herunder med tydelige in- og eksklusionskriterier. Der er i litteratursøgningen lagt til grund fornuftige kritiske outcome mål, herunder bl.a. klinikerbedømt funktionsniveau.

Alle spørgsmålene er klinisk relevante i udredning og behandling af ADHD med eller uden klinisk betydende komorbiditet.

I det følgende gennemgås de nye afsnit kort i kronologisk rækkefølge.

Afsnit 5.7: Sanseintegrationsbehandling

Spørgsmålet er af stor klinisk relevans i behandlingen af ADHD, især med klinisk betydende komorbiditet. Det er vigtigt at få undersøgt evidensen af sanseintegrationsbehandling. Området er vanskeligt og diffust afgrænset med såvel psykoedukative som mere adfærdsmæssige terapeutiske tiltag. Elementer af de psykoedukative (råd om afskærmning, struktur m.v.) indgår i varierende omfang i rådgivning og vejledning som led i psykoedukation.

Der foreligger en fin og transparent litteraturgennemgang. Det viste sig, at ingen studier opfyldte inklusionskriterierne for søgningen, hvilket bl.a. illustrerer vanskelighederne ved præcist at afgrænse komponenterne i sanseintegrationsbehandling som unik intervention.

Anbefalingen: God Praksis (Konsensus) forekommer rimelig, da der ikke kun findes relevante studier. Som forklaring på den manglende litteratur kunne overvejes at anføre det ovenfor nævnte mht. vanskeligheder ved at afgrænse interventionen.

Afsnit 5.8: Kugledyner/kædedyner

Klinisk særdeles relevant spørgsmål, idet mange børn med ADHD udviser søvnvanskeligheder, idet forbruget af melatonin er vokset betragteligt hos denne gruppe af patienter, samt fordi kugledyner/kædedyner allerede i et vist omfang bruges i behandling af søvnvanskeligheder.

I litteraturgennemgangen fandtes ingen relevante studier, især pga. manglende studier med randomiserede kontrollerede designs. Anbefalingen: God Praksis (Konsensus) er i tråd med dette, idet der ikke foreligger forskningsmæssig evidens på området. Anbefalingen fremkommer således på baggrund af arbejdsgruppens kliniske erfaringer og konsensusbeslutning. Her kunne fremhæves, at anbefalingen er påvirket af arbejdsgruppens medlemmers egne erfaringer og præferencer, og ikke nødvendigvis afspejler hele det kliniske miljøes kliniske erfaring. Det fremgår, at der er taget kontakt med ekspert på området i Danmark, men der foreligger ingen systematisk afdækning af den kliniske erfaring i Danmark af denne intervention.

Afsnit 5.9: Kognitiv adfærdsterapi

Klinisk særdeles relevant forskningsspørgsmål. Kognitiv adfærdsterapi er et særdeles vigtigt område og anvendes i flere sammenhænge (mere eller mindre systematisk) og er samtidig ressourcekrævende. Den kliniske relevans af spørgsmålet er ikke mindst vigtig set i lyset af, at en betragtelig del af børn og unge med ADHD har komorbiditet i form af angst, depression og adfærdsforstyrrelser, hvilket kunne tænkes at være modtagelig for kognitiv adfærdsterapi. Litteraturgennemgangen fremstår klart og tydeligt, men flowcharts, som beskriver, hvilke studier der undervejs er ekskluderet, er ikke helt transparent, idet der mestendels blot står anført "pga. forkert studiedesign" som årsag til eksklusion. I eller under flowchartet kunne med fordel anføres, hvad dette dækker over: manglende kontrolgruppe, manglende blinding i designet, vanskeligheder med outcome score? Årsagerne til eksklusion af studier er bedre beskrevet i selve retningslinjerne s. 57 under "Kvaliteten af evidensen". Det var muligt at lægge tre studier til grund for evidensen, hvor der sås klinisk relevant effekt i nogen grad af kognitiv adfærdsterapi på klinikerbedømt funktionsniveau.

Anbefalingen: "Svag Anbefaling" understøttes i tilfredsstillende grad af evidens. I retningslinjernes s. 57-60 er fin beskrivelse af den fundne evidens på området, herunder en grundig og klar metodisk gennemgang af studiernes styrker og svagheder.

Det har formentlig ikke været arbejdsgruppens primære opgave at stille forslag om fremtidig forskning på området, men det kunne være værdifuldt med bud på hvilke studier med hvilke fokusområder og hvilke designs, man har brug for, baseret på den grundige litteraturgennemgang.

Afsnit 6.6: Guanfacin vs Atomoxetin

Klinisk meget relevant spørgsmål. Alternativer til methylphenidat og atomoxetin er værdifulde i behandlingstilbud til patienter i den samlede palet af farmakologiske behandlingsmuligheder.

Anbefalingen er i overensstemmelse med den foreliggende evidens: "Svag Anbefaling".

Man har kun fundet et randomiseret head-to-head studie, som direkte sammenligner effekten af de to præparater. Der er således god overensstemmelse med svag anbefaling og lav evidens. Litteraturgennemgangen er også her generelt klart beskrevet, dog kunne af hensyn til den bredere læsekreds ønskes en mere udførlig beskrivelse af/forklaring på de beskrevne estimater og konfidensintervaller i forbindelse med netværksmeta-analyse (nederst s. 96).

Afsnit 6.7: Melatonin

Særdeles vigtigt område i behandlingen af ADHD. En betragtelig gruppe af børn og unge med ADHD har samtidige søvnvanskeligheder, ofte i form af indsovningsvanskeligheder og urolig søvn. Forbruget af melatonin bl.a. inden for denne patientgruppe er steget betragteligt gennem de senere år.

Inklusionen af studier er tydeligt beskrevet, der identificeredes kun 3 RCT-studier, men yderligere 7 studier til belysning af eventuelle bivirkninger.

Anbefalingen "Svag Anbefaling" harmonerer godt med fundet af evidensen: "Lav". Under dosering af melatonin står maksimalt 10 mg. Det fremgår ikke tydeligt af litteraturen og referencer, på hvilken baggrund denne dosis anbefales. I forhold til sædvanlig klinisk praksis, forekommer denne umiddelbart høj.

Afsnit 6.8: Centralstimulerende vs ikke-centralstimulerende farmakologisk behandling til børn og unge med ADHD og misbrug

Klinisk særdeles relevant problemstilling, som fortjener yderligere afklaring af evidensgrundlag. Børn og unge med ADHD har en højere risiko end andre for at udvikle misbrug, ifølge litteraturen karakteriseret ved tidligere start på misbrug samt ofte et mere varieret/sammensat misbrugsmønster. Det har igennem mange år været kontroversielt at behandle unge patienter med ADHD og misbrug med centralstimulerende medicin, så det er absolut tiltrængt, at dette afsnit er tilføjet de kliniske retningslinjer.

Anbefalingen: "Svag Anbefaling" er på baggrund af den fundne evidens rimelig: evidensen vurderes "Meget Lav".

Litteraturgennemgangen er fin og der iagttages særlig opmærksomhed på risikoen for misbrug af centralstimulerende midler, især i sociale miljøer med høj misbrugsrisiko. Det beskrives endvidere, hvilke konsekvenser dette bør få mht. udleveringsregler samt skærpet monitorering af behandlingen.

I spørgsmålsformuleringen samt i litteratursøgningen fremgår området blot som: "stoffer, cannabis, alkohol". Af litteraturgennemgangen af de foreliggende studier fremgår ikke, hvilken type af misbrug der har været studeret i de enkelte studier. Det har måske ikke været muligt og måske i mange tilfælde handlet om blandingsmisbrug, men bør nævnes som en begrænsning i litteratursøgningen, idet der realistisk set kunne tænkes forskelle i behandling med centralstimulantia, afhængigt af om misbruget er alkohol, cannabis eller andre stoffer (euforiserende eller af anden karakter).

Med Venlig hilsen

Per Hove Thomsen
Klinisk lærestolsprofessor, overlæge, dr.med.

PÅL ZEINER
Overlege, dr.med., førsteamanuensis
Solskinnsveien 16B
0376 Oslo

Sunhedsstyrelsen
Ved Jeanett Friis Rohde

Peer review av oppdaterte avsnitt i «National klinisk retningslinje: Utredning og behandling af ADHD hos børn og unge»

Undertegnede har påtatt seg å vurdere nye avsnitt i den nasjonale retningslinje for ADHD hos barn og unge i Danmark. De nye avsnittene er:

- Sanseintegrationsbehandling
- Kugle/kædedyner
- Kognitiv adfærdsterapi
- Guanfacin versus Atomoxetin
- Melatonin
- Centralstimulerende versus ikke-centralstimulerende farmakologisk behandling til behandling af børn og unge med ADHD og misbrug.

Opgaven er definert ved: " Med udgangspunkt i den konkrete NKR's problemstilling og de formulerte fokuserede spørsmål bedes du bedømme anbefalingernes relevans og styrkeangivelse samt i hvilken grad retningslinjens anbefalinger understøttes af evidens".

Bedømmelsen, som normalt omfatter op til 2 - 3 A4-ark, bør omfatte:

1. Manuskriptets styrker
2. Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler
3. Eventuelle forslag til ændringer».

Undertegnede har valgt å gi feedback både i forhold til retningslinjen generelt og i forhold til de nye avsnittene.

Generelt om den nasjonale retningslinje

Det er mange utfordrende valg som må gjøres i utforming av kliniske retningslinjer. I og med at variasjonen i klinisk bilde er stor samtidig som lokale fagressurser varierer, er bare noen av utfordringene i å lage anbefalinger som kan anvendes av alle. Den danske retningslinje oppfattes å ha valgt en inkluderende profil hvor en åpner for relativt stor variasjon i diagnostikk og behandling. Styrken ved det er at råd og anbefalinger skal være akseptable for mange og kravene relativt begrenset.

Det kan være grunn til å vurdere om man burde sette større krav til bruk av strukturerte metoder både i diagnostikk og behandling. Konklusjonene i en norsk studie der en gikk gjennom medisinsk journal til 590 barn med diagnose ADHD, var at retningslinjene i Norge burde vært tydeligere i krav

om diagnostisk kartlegging. Se <https://tidsskriftet.no/2018/11/originalartikkel/diagnostikk-av-hyperkinetisk-forstyrrelse-hos-barn-i-norge>

Én utfordring i Norge vurderes å være manglende bruk av diagnostisk psykiatrisk intervju i vurdering av diagnose, differensialdiagnoser og komorbiditet. Det vurderes at det ville styrke den danske retningslinjen om at det ble gitt sterk anbefaling om bruk av diagnostisk psykiatrisk intervju og ikke bare anbefaling om spørreskjemaer og observasjoner.

Undertegnede vil derfor anbefale at man tok seg tid til å evaluere om den danske retningslinje burde være mer eksplisitt i forhold til bruk av systematiske instrumenter i diagnostisk praksis og mer systematisk vurdering av effekter og bivirkninger ved behandling.

Sanseintegrationsbehandling

Flowchart overlitteratursøk viser tydelig at det ikke er noen studier som underbygger at sanseintegrasjons trening har signifikante effekter på integrasjon av sanseintrykk der det også er oppfylte kriterier for diagnose ADHD. Det som skrives i retningslinjen er derfor først og fremst relevant for barn med sanseintegrasjonsvansker uavhengig av ADHD.

Det fortøner seg derfor som uspesifikt å angi at «Det er god praksis at tilbyde superviseret og manualiseret sanseintegrationsbehandling i tillegg til vanlig behandling til børn og unge med ADHD og moderat til svære sanseintegrationsforstyrrelser».

Igjen er dette knyttet til om en ønsker retningslinjer som er spesifikke for barn og ungdom med ADHD eller om en ønsker retningslinjer som sier at «alt» som gjøres av ulike profesjoner er «god klinisk praksis».

Kugle/kædedyner

De samme vurderinger av bruk av kuledyne som for sanseintegrasjonsbehandling. Så langt er den eneste studien på området den åpne studien til Hvolby og Bielenberg fra 2011 på 21 barn med ADHD. Den viste noe redusert innsovningstid, men ingen effekter på ADHD-symptomer.

Det vitenskapelige grunnlaget for anbefaling av kuledyner er svært svakt og ikke spesifikt for ADHD. Igjen er det et spørsmål om hva slags type retningslinje en ønsker.

Kognitiv adfærdsterapi

Det vurderes som klinisk relevant å inkludere avsnitt om kognitiv terapi ved ADHD. Én utfordring er at det finnes flere retninger innen kognitiv terapi som kan være av interesse. Spesielt vil det være relevant over tid å se nærmere på dialektisk atferdsterapi både for barn og for ungdom som har spesielt fokus på emosjonell dysregulering, et problem mange med ADHD sliter med. Det hadde vært ønskelig at en i retningslinjen omtalte litt bredere ulike typer kognitiv atferdsterapi, helst med noe utdyping av hvilke typer problemer ulike behandlinger har som hovedfokus.

Det vurderes at formuleringene og anbefalingene i retningslinjen er gode, men kunne godt ha vært utdypet noe mer.

Guanfacin versus Atomoxetin

Det vurderes at retningslinjens anbefalinger er i tråd med de studier som er publisert om behandling med guanfacin ved ADHD.

Formuleringene i retningslinjen vurderes som gode.

Melatonin

Det vurderes at det er rimelig godt dokumentert at Melatonin gir signifikant bedre innsovning hos en betydelig andel av barn og ungdom med ADHD. Selv om behandlingen ikke er spesifikk for ADHD, vurderes det som klinisk relevant å inkludere dette i retningslinjen fordi søvnvansker er så vanlig og betydningsfullt problem.

Formuleringene i retningslinjen vurderes som gode.

Centralstimulerende versus ikke-centralstimulerende farmakologisk behandling til behandling af børn og unge med ADHD og misbrug.

I tråd med prinsippet om at man skal få den anbefalte behandlingen for tilleggsproblemer ved ADHD, vurderes det som relevant å omtale spesielt ulike typer medikamentell behandling ved samtidig stoffmisbruk. De studier som er gjort på voksne med ADHD og stoffmisbruk underbygger anbefalingene i retningslinjen, men det er foreløpig begrensede forskningsfunn hos barn og ungdom.

Den største utfordringen i behandling av ADHD og samtidig stoffmisbruk, er å få til tilfredsstillende samarbeid omkring alle elementene i behandlingen, så vel medikamentell behandling som andre tiltak. Dette kunne vært utdypet og presisert i større grad i retningslinjen. En kunne også ha valgt å sette eksplisitte krav til pasientens oppfølging av egen behandling som krav for å kunne få fortsette behandlingen med sentralstimulerende middel. I Norge har en satt opp følgende kriterier:

- Det er etablert et team i spesialisthelsetjenesten av fagpersoner med kompetanse både på rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser.
- Spesialist med relevant kompetanse innen barne- og ungdomspsykiatri eller psykiatri har ansvar for utprøving, behandling og oppfølging med sentralstimulerende middel.
- Det er satt i gang tiltak for å stabilisere og behandle rusmiddelmisbruket.
- Det kan dokumenteres rusfrihet ved klinisk vurdering og urinprøver de siste 3 måneder før oppstart av behandling med sentralstimulerende middel. Under innleggelse kan det gjøres en individuell vurdering av om sentralstimulerende legemiddel skal prøves ut på et tidligere tidspunkt.
- Det gjøres primært utprøving/behandling med metylfenidat. Utprøving/behandling med amfetamin kan gjøres der det er manglende effekt og/eller bivirkninger av metylfenidat.
- Dosering av sentralstimulerende middel er i samsvar med anbefalt praksis.
- Det er dokumentert fortsatt rusfrihet så lenge behandlingen med sentralstimulerende middel pågår. Dokumentasjon gjøres ved klinisk vurdering 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 misbruk.
- Behandling med sentralstimulerende middel stoppes dersom rusfrihet ikke kan dokumenteres eller det oppstår andre forhold som gjør at fortsatt behandling ikke er forsvarlig. Ansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for fortløpende vurderinger av disse forhold.

Dette ser ut til å fungere godt i klinisk praksis.

Oslo 15. mai 2020

A handwritten signature in black ink, reading "Pål Linn". The signature is written in a cursive style with a large, looped initial "P" and a long, sweeping underline.