

Utredning og behandling av ADHD/HKF hos barn og ungdom ved BUP-SIHF

Utarbeidet av Prosjektgruppe BUP v/ barne- og ungdomspsykiater Bjørg Antonsen

Revideres innen 01.12.2009

For informasjon om arbeidet se [Manual for utarbeidelse](#)

ADHD/HKF regnes som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse. Symptomene gir seg til kjenne tidlig i barneårene og vedvarer ofte inn i ungdomsalderen og voksenlivet.

Kjernesymptomene ved ADHD kan deles inn i tre hovedgrupper:

- konsentrasjonsproblemer/oppmerksomhetsvansker
- hyperaktivitet
- impulsivitet.

Kjernesymptomene ved ADHD har en signifikant betydning for barns utvikling, inkludert, sosial, emosjonell og kognitiv fungering, og kan gi grunnlag for vansker og dysfunksjonalitet hos barnet/ungdommen, jevnaldrende og familie.

Kliniske kjennetegn/indikasjoner for utredning.

Symptomer på konsentrasjonsproblemer /oppmerksomhetsvansker:

- (a) er ofte uoppmerksom på detaljer eller gjør slurvfeil i skolearbeidet, yrkeslivet eller andre aktiviteter
- (b) har ofte vanskeligheter med å opprettholde oppmerksomheten ved oppgaver eller i lek
- (c) synes ikke å høre ved direkte tale
- (d) følger ofte ikke gitte instruksjoner og mislykkes med å gjennomføre skolearbeide, hjemmelekser eller arbeidsoppgaver (ikke pga. trass eller at personen ikke forstår instruksjonen)
- (e) kan ikke organisere sitt arbeide eller sine aktiviteter
- (f) unngår eller misliker oppgaver som krever vedvarende oppmerksomhet
- (g) mister ofte saker og ting som er nødvendig for å utføre oppgaver og aktiviteter
- (h) lar seg lett distrahere av ytre stimuli
- (i) er ofte glemsom i daglige aktiviteter

Symptomer eller atferdskarakteristika på hyperaktivitet er:

- (a) uro i hender eller føtter, sitter urolig
- (b) forlater sin plass i klasserommet eller i andre situasjoner der personen forventes å sitte på sin plass i en lengre periode
- (c) løper, klatrer eller farer omkring på en upassende måte (hos ungdommer og voksne kan dette være begrenset til en subjektiv følelse av rastløshet)
- (d) støyende atferd ved lek, har vanskeligheter med å være stille
- (e) eksessiv motorisk aktivitet, som ikke lar seg styre
- (f) prater mye, uten situasjonsfornemmelse

På impulsivitet:

- (a) svarer før spørsmål er avsluttet
- (b) har ofte vanskeligheter med å vente på tur
- (c) avbryter eller trenger seg på

De beskrevne symptomene er mest karakteristiske hos barn.

Utredning

Det skal foretas en bred utredning med systematisk innhenting av informasjon. Informasjon skal innhentes fra flere kilder, dvs. pasient, foresatte, skole, innhenting av epikriser og så videre. Det skal benyttes standardiserte tester/kartleggingsinstrumenter.

En utredning inkluderer:

- Foreldreintervju - Foreldrerapportering av barnets symptomer.
- Utviklingsanamnese som inkluderer utviklingshistorie, genetiske forhold, familiehistorie, barnehage/skolehistorie, psykososial historie.
- samtaler med barnet/ungdommen
- Innhenting av opplysninger fra barnehage/skole/PPT, helsestasjon og andre aktuelle instanser
- utfylling av spørreskjemaer (f.eks CBCL; Barkley screeningskjema, 5-15, ADDES)
- psykologisk/pedagogisk utredning (bl.a Wechsler evnetest)
- legeundersøkelse
- andre indiserte undersøkelser ved behov

Det er ingen enkelt test eller nevrologisk undersøkelse som avkrefter eller bekrefter diagnosen. Fastsettelse av denne baseres på en samlet vurdering. Utredningen skal gjennomføres slik at eventuell annen primærlidelse eller komorbiditet avdekkes.

Behandling

Behandlingen har som hovedmål å redusere ADHD symptomer, bedre funksjonen i hverdagen og forhindre eller begrense utvikling av tilleggsproblemer. Medikamentell behandling er den mest effektive og primære behandlingen ift kjernesymptomene ved ADHD. Noen barn med denne diagnosen vil trenge et individuelt tilpasset opplæringstilbud, med fokus på både faglige og sosiale forhold. Familiebaserte intervensjoner, med utgangspunkt i atferdsmodifiserende metoder, anbefales ved atferdsvansker som tilleggsdiagnose. Barn/unge med behov for sammensatte og langvarige hjelpetiltak skal få tilbud om individuell plan.

Medisinsk behandling

Medikamentell behandling med sentralstimulerende medisiner gjøres av spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, pediater og i enkelte tilfeller av spesialist i allmenntilleggsdiagnose under veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Vurdering av behandlingens effekt skal gjøres i samarbeid med pasient, foresatte, skole og evt. andre.

For utfyllende informasjon henvises til Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD fra Sosial-og helsedirektoratet IS-1244 (okt 2007.)

Sentralstimulerende midler (metylphenidat) er førstevalget ved medikamentell behandling.

Utprøving skjer over en periode på 2-4 uker.

Startdose: 0.5mg/kg/døgn.

Opptrapping skjer ved å øke enkeltdoser med 5-10mg inntil klar klinisk effekt eller uønskede bivirkninger oppstår.

Dexamin kan forsøkes ved utilstrekkelig effekt av metylphenidat.

Atomoksetin er andrevalget hvis sentralstimulerende medisiner ikke tolereres eller ikke har ønsket effekt. Atomoksetin kan også benyttes hvis det foreligger en eller flere tilleggsdiagnoser som utelukker bruk av sentralstimulerende medisiner.

Kombinert medisinsk behandling

Kombinert medisinerer kan være indisert i særlige tilfeller. Da helst med fremtredende komorbiditet. Dette bør i så fall overvåkes av spesialist.

Pedagogiske tiltak

Lærevansker, språkvansker, atferdsvansker og/eller andre komorbide tilstander som hemmer i opplæringsammenheng vil kreve tilrettelegging i skolen – med fokus på både faglige og sosiale intervensjoner. Utforming og gjennomføring av disse tiltakene vil måtte gjøres i samarbeid med foresatte, barnet/ungdommen, skolen og PPT.

Hjelpetiltak for foresatte

Informasjon vurderes å være et svært viktig tiltak. Dette gjelder spesielt informasjon om diagnosen som kan bidra til økt forståelse for vanskene.

Det skal gis informasjon om trygdeordninger, interesseorganisasjon, regler for sentralstimulerende medisiner ved utenlandsreiser, regler vedrørende førerkort, samt evt. begrensninger når det gjelder yrkesvalg.

Familiebaserte intervensjoner med utgangspunkt i atferdsmodifiserende teknikker, som f.eks PMT, MST og Webster/Stratton, anbefales når det er behov for tiltak ved komorbide atferdsvansker, og etter at medikamentellbehandling er utprøvd.

Alternative terapier

Det foreligger ikke tilstrekkelig dokumentasjon foreløpig, som understøtter en rutinemessig bruk av dietter, tilskudd eller alternative intervensjoner.

Referanser

[SI/17.01.01-01](#)

Metoderapport
Utredning og behandling av ADHD/HKF
