NilsOlav.Aanonsen@ullevaal.oslo.kommune.no

2001-02-14 15:21

Till: larsolof.janols@bupinst.uu.se @ INTERNET
Kopia:
Ärende: Re:Fråga ang. uppgifter om CS vid vuxna

Kjære Lars- Olof Janols

Du kan bruke alle de opplysninger jeg har sendt deg.

Vi arbeider med å gjennomgå journalene til alle som har fått sentralstimulantia i perioden 1997 til 2001 for å presentere en "oppfølgningsstudie" om virksomheten. Teamet har allerede laget en prelimenær rapport om virksomheten fra 1997 til 2000 som ble oversendt til Statens helsetilsyn våren 2000. Denne kan du trolig få ved å henvende deg til Statens helsetilsyn, postboks 8128 Dep., 0032 Oslo, ; att Ellen Hagemo eller Anne Grete Kvanvig. Vi har ikke noen kopier igjen her.

Det er forøvrig utgått fra vårt Sakkyndig team for hyperkinetisk forstyrrelse/ ADHD en upretensiøs tærebok om ADHD hos voksne som jeg gjerne sender deg hvis du er interessert. Jeg må da ha din postadresse.

Med vennlig hilsen

Nils Olav Aanonsen

NilsOlav.Aanonsen@ullevaal.oslo.kommune.no
2001-01-23 10:57

Till: larsolof.janols@bupinst.uu.se @ INTERNET
Kopia:
Ärende: ADHD i Norge

Kjære Lars- Olof Janols

Takk for sist. Det var vel i Tøreboda i 1999. Jeg skal forsøke å svare på dine spørsmål.

Vedrørende tall.
I Norge har det siden 1997, da ordningen med å behandle voksne med ADHD (residual ADHD) ble vedtatt gjennom Stortingsvedtak (!), og frem til januar 2001 vært søkt om behandlingstillatelse for 1046 personer (70% menn, 30% kvinner), i 585 av disse tilfellene ble det fra Sakkyndig team tilrådet at Statens helsetilsyn gav tillatelse til å behandle med sentralstimulerende medikamenter. Vi vet ikke nøyaktig hvor mange av disse som faktisk tar medikamentet pr i dag, men vi har grunn til å tro at praktisk talt alle startet opp med sentralstimulerende medikasjon. Vårt system for tilbakemeldinger gjør at vi vet av erfaring at kun omkring 30% velger å ta det i ett år eller mer. Det er altså en forholdsvis stor frafallsprosent. Dels kan dette skyldes moderater bivirkninger, men oftere at effekten ikke synes å være til så stor hjelp på generell psykososial funksjonsevne som man skulle tenke seg utfra de første månedenes ofte bemerkelsesverdige respons på konsentrasjonsevnen. Et annet spørsmål er alltid om et behandlingstilbud er omfattende nok, for noen pasienter kan man få inntrykk av at de trenger en behandler fulltid for å fungere akseptabelt. I realiteten vil trolig en del ikke ha nok selvdisiplin til å kunne følge opp selv meget omfattende behandlingsopplegg.

Det finnes tre Sakkyndige team i Norge; et i Oslo, et i Bergen og et i Trondheim (tallene for Nord Norge/ Midt Norge 1997 - 2001 er 207 personer søkt, hvorav 156 ble innvilget; for vest- Norge 156, hvorav 57 innvilget og for Oslo 683 hvorav 372 ble innvilget)
I 2000 fikk Sakkyndig team for helseregion Sør og Øst (altså en litt stor Oslo region) alene in 236 nye søknader fra personer som ikke har stått på sentralstimulerende medikamenter i barndom. Et beskjedent antall fra ungdommer som har vært ønsket kontinuert på slik behandling er innkommet foreløbig. Dette skyldes at barnepsykiatere/ pediatere oftest seponerer i 16 årsalderen. Noen få blir imidlertid kontinuert av dem og. I 2001 skal alle disse gå via Sakkyndig team, da først får vi eksakte tall på dette. Gjetter at det kan dreie seg om kanskje 50 - 60 stykker på landsbasis.

Det er en markert overvekt av søknader fra byer.

Vedrørende medikamenttyper
I Norge har vi brukt racemisk metylfenidat (Ritalin) og racemisk amfetamin (Amfetaminsulfat). I det siste har vi anbefalt dextroamfetamin til de som skal forsøke nyinnstilling på amfetamin, preparatet er Dexedrine, Medeva, men noen har ønsket å få Metamina, Recip. Totalt står 90 -95% på metylfenidat og resten på amfetamin i en eller annen form. Oros formuleringer (Concerta) og dextrometylfenidat (Attenade) er rett rundt hjørnet, men det dekkes pt ikke av Rikstrygdeverket så det blir svært dyrt for pasientene og er derfor praktisk talt ikke i bruk.

Når det gjelder narkolepsi så er det vel kanskje omkring 250 personer som får slik behandling i Norge. Disse får utelukkende behandling gjennom nevrolog og nesten alle racemisk metylfenidat. Disse pasientene har ofte behov for noe høyere doser sentralstimulerende medikamenter enn ADHD pasienter og krever dessuten nesten alltid polyfarmasi.

Vedrørende policy.

For å få tillatelse til å bruke sentralstimulerende medikamenter som ledd i behandlingen av voksne i Norge på indikasjonen ADHD må man i utgangspunktet være spesialist i psykiatri eller nevrologi. Man må sende opplysninger om den enkelte pasient man ønsker å behandle til de regionale såkalte "Sakkyndige team for hyperkinetisk forstyrrelse/ ADHD". . Når teamene får en henvendelse må denne ofte suppleres med opplysninger, derfor sender de sakkyndige team ut en

pakke med ulike skjemaer hvor det fremgår hva som må være opplyst om pasienten, altså hvilke kriterier som må være oppfylt for at DSM- IV / ICD 10 diagnoser er mest sannsynlige eller kan stilles i retrospekt, dessuten hvilke medisinske undersøkelser som må foreligge (spesielt blodprøver, blodtrykk, EKG etc). Det informeres dessuten om at Statens helsetilsyn ikke tillater behandling med sentralstimulerende medikamenterhvis det foreligger aktuell kriminialitet, rusproblemer eller personen anses for å være grovt antisosial, noe som vil antas å påvirke compliance m.m.
Legen, som ønsker å behandle en voksen med residual ADHD, besvarer så skjemaene og sender disse tilbake til de Sakkyndige team. De Sakkyndige team kan da tilråde overfor Statens helsetilsyn (altså det gamle Helsedirektoratet) at de skal gi tillatelse til at slik behandling kan gis. Hvis det utfra Sakkyndig teams oppfatning ikke bør gis slik behandling gis ikke slik tilrådning. I slike tilfeller vil pasienten kunne klage dette inn for Statens helsetilsyn og endog departementet som kan vurdere tilfellet. Alle opplysninger gitt til Sakkyndig team om den enkelte pasient oppbevares i et eget arkiv hos de regionale sakkyndige team og kan på korteste varsel produseres f.eks. for inspeksjon av Statens helsetilsyn.

Legen skal så prinsipielt se pasienten en gang i måneden, etterhvert noe sjeldnere og resepter forskrives helst for en til tre måneder av gangen. Etterhvert vil tillitsforholdet mellom lege og pasient gjøre at man forskriver for intervaller man blir enige om.

Ettersom man ikke kan stille diagnosen ADHD ved nevropsykologisk testing er slik utredning intet krav i Norge. Vi krever heller ikke nevrofysiologiske utredninger, f.eks. eeg, skin conductance, arousal/ reactivity tests osv.

Behandlingstillatelse gis for ett år og kun ett navngitt apotek har utleveringsrett for en individuell pasient. Hvis en pasient ønsker å fortsette etter et år forlenges tillatelsen uten forsinkende byråkrati. Hvis pasienten skulle ønske å skifte apotek lar det seg også ordne.

Behandling med sentralstimulerende medikamenter er foreløbig ikke definert som en rettighet i Norge, det iverksettes kun basert på et tillitsforhold mellom behandlende lege og pasient, og anses for "utprøvende behandling i en overgangsperiode". Dette er et byråkratisk grep som tillater at man ikke sidestiller stimulantbehandling med f.eks. cytostatikabehandling. Det siste kan man jo etter visse kriterier kreve som en pasientrettighet hvis man oppfyller diagnosekriterier osv, det første kan man altså ikke kreve. Man kan derfor ikke som pasient kreve slik behandling selvom man oppfyller ADHD kriterier i barndom og kan dokumentere problemer inn i voksen alder. Man kan heller ikke fra sentrale myndigheter pålegge en lege å behandle en pasient. Trolig vil det bli endel medico- legale overveielser når denne behandlingen skal gjøres mer "almindelig".

Kontrolltiltak består vesentlig i at man beregner hvor lenge en gitt mengde tabletter skal vare og så evt enten teller opp eller ser at behov for ny resept kommer på forventet tid, hvis det er mistanke om rusbruk tas f.eks. urinprøve uten varsel ved vår poliklinikk. Apotekene har også rapportert uregelmessigheter.

Alt i alt: Den norske ordningen er en tilsynelatende tungvint affære, men den fungerer rent administrativt i praksis meget bra. Når det gjelder terapeutiske triumfer så er det mer variert. Dessverre er nok behandling av voksne med ADHD mindre gratifiserende enn den oftest er hos barn. Det oppleves dessuten av mange leger som demotiverende at mange av pasientene (20 - 30%?) er uvanlig konfliktorienterte og klager til ombud etc, (ja endog politianmelder) over behandlere, det å ha mangelfulle hemninger er jo en del av syndromet, og det kan prege også voksne pasienter.

I alle fall: Lykke til!

Med vennlig hilsen

Nils Olav Aanonsen
avdelingsoverlege