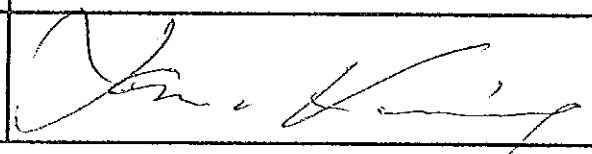
UPPSALA
UNIVERSITET

Licensansökan Dnr: Preparat: Metamina	Sökande: Pat:
A1 Barndomsproblematik av typen ADHD skall vara belyst	OK
A2 DSM-IV eller ICD-10 kriterier skall vara uppfyllda	OK
A3 Begåvningstest (t.ex. WAIS) som ej motsäger diagnosen skall föreligga.	OK
B Tidigare behandlingsförsök skall ha befunnits otillräckliga.	Före Metaminabehandling provat Concerta och Ritalin utan tillfredsställande behandlingseffekt.
C1 Anamnestisk förekomst av psykosepisoder	OK
C2 Anamnestisk förekomst av alkohol- eller drogmissbruk. Vid misstanke om missbruk bör leverstatus ha tagits	Amfetaminberoende sedan 2002.
C3 Anamnestisk förekomst av asocialitet	Se ovan
C4 Kramper/epilepsi	OK
C5 Kardiovaskulära problem	OK
D1 Initieras och följas upp av specialist i psykiatri	OK. Specialenhet.
Kommentarer/Komplettering	Ärendet bedömdes 27 januari 2009 och licens på Metamina beviljades. Patienten har sedan insatts på Metamina som inneliggande patient med garanterad drogfrihet. Titrering under övervakning och observation på specialenhet har resulterat i mycket höga doser Metamina. Man rapporterar dock inga biverkningar trots noggrann observation och trots höga doser. Det är ett stort och allvarligt bekymmer att kunskaperna om optimala doser CS till vuxna med ADHD är så begränsade som de är. Det råder också

	en överväldigande enighet bland de specialkunniga på vuxna med ADHD och missbruk om att dessa kräver höga doser. Antagandet är att långvarigt amfetaminmissbruk givit irreversibla förändringar i receptorkänsligheten. Det faktum att behandlande läkare, en erfaren och omdömesgill specialist, bedömer effekten som bra är viktigt då det rör sig om en svårbehandlad patientgrupp. Det faktum att patienten bedömer effekten som måttlig är snarast positivt. Det talar för att inte uppnått doser som resulterar i eufori eller "kick". Det rör sig således sammanfattningsvis om väldiagnosticerad patient som under strikt övervakning som inneliggande på en specialenhet ställts in på en behandling som enligt behandlande läkare ger bra effekt utan biverkningar. Det förefaller i det enskilda fallet oetiskt att inte acceptera fortsatt behandling, åtminstone så länge patienten sköts på specialenhet av läkare med specialkunskaper på området. Mer allmänt vore det av yttersta värde att försöka få en bättre bild av vad som är rimliga doser för vuxna missbrukare med ADHD. Det vore värdefullt om LMV kunde ta initiativ till t.ex. en endagarsworkshop då man skulle kunna sammanställa hittills vunna erfarenheter och försöka enas om rimliga dosrekommendationer. Givna deltagare vore då
Ansökan bör Beviljas/Avslås	Beviljas
Datum: 18 augusti 2009	

OK 6 mån + uppf + fms / 090819/BE

LÄKEMEDELSVERKET
Ink. 2009 -08- 12
Dnr

Basdata

UPPFÖLJNINGSPROGRAM VID CENTRALSTIMULANTIABEHANDLING AV ADHD HOS VUXNA

Patientdata

Namn _____ Personnummer _____

Adress _____

SJUKHISTORIA

	Ja	Nej
ADHD/DAMP som barn	X	
Slutenvård pga ADHD		X
Öppenvård pga ADHD	X	
Tidigare centralstimulantiabehandling	X	
Tidigare missbruksproblem	X	
Vårdnad pga missbruk	X	
Rattfylleri		X
Tidigare psykosepisoder		X
Neuroleptikabehandlad		X
Patologiskt EEG (om patol när _____)		X

Huvuddiagnos ADHD F900 Sedan 2007
Övriga diagnoser Amfetaminberoende 15.2 Sedan ca 2002
Övriga diagnoser _____ Sedan _____
Övrig pågående behandling T Folacin 5mg 1x1, T Levaxin 25mg 1x1, T Stesolid 5mg 1x3, T Zopiklone 7.5mg 1x1, T Propavan 25mg 2 t.n., T Xanor 0.5mg max 5/vecka.
Övriga upplysningar _____

Planerad CS-terapi/Prep: Metamina Dos upptitreras i meliggande (landade på 45mg x 5) utskriven 090423

090423

Behandlingsansvarig läkare / Vårdinstutition

Namn _____ Befattning _____ Signatur _____

Klinik _____ jukhus _____ Datum 090807

Version 961024

Uppföljningsdata

Uppföljningstidpunkt, månad
0 (3) 9 var 12:e månad

Patientdata

Namn _____ Personnummer _____

Adress _____

CS-terapi/Preparat Mirfaunin Dos 45 mg x 5 Insatt 090423

Dosändringar (dos/datum) _____

Utsatt (datum) _____ Orsak _____

Behandlingseffekt datum 090723

	Mycket bra	Bra	Måttlig	Dålig	Svårbedömd
Läkarbedömning	___	X	___	___	___
Patientens bedömning	___	___	X	___	___

Biverkningar:

1= Lindrig/ingen åtgärd
2=Medelsvår/krävt dosändring, tillägsmedicin
3= Allvarlig(Motiverat utsättning)

Datum	Typ	Svårighetsgrad
____	_____	_____
____	_____	_____

Behandlingsansvarig läkare / Vårdinstutition

Namn _____ Befattning _____ Signatur _____

Klinik _____ Sjukhus _____ Datum 090810