

# ADHD

## – erfaringer fra implementeringskurs for fastleger

AV MICHAEL B. LENSING OG EGIL MIDTLYNG

Helsedirektoratet forenklet i 2005 regelverket for forskrivning av sentralstimulerende legemidler til personer med diagnosen ADHD. Et av de viktigste målene med omleggingen var at de som har behov for medikamentell behandling lettere skal få tilgang til og være sikret behandling. Hvordan er retningslinjene blitt implementert og mottatt av fastlegene?

I 2005 utgav Direktoratet veilederen IS-1244 *Diagnostikk og behandling av ADHD* (1). ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, en tilstand som forstås som nevrobiologisk betinget. Forekomsten er anslått til tre til fem prosent i en barnepopulasjon. ADHD er en av de hyppigst forekommende tilstander i barne- og ungdomspsykiatrien (2). Forløpstudier har vist at 60–80 prosent av barn med ADHD i varierende grad vil ha vedvarende vansker opp i ungdomsårene og at mellom 40–60 prosent kan ha vansker opp i voksen alder. To til fire prosent av voksne i aldersgruppen 18–44 kan ifølge nyere forskning vurderes å oppfylle kriteriene for diagnosen (3). En nylig gjennomført norsk studie av 414 voksne med diagnosen viste at tidlig utredning og behandling av ADHD – uavhengig av komorbiditet, rusmiddelmissbruk eller aktuell behandlingsstatus – er en sterk prediktor for deltakelse i arbeidslivet (4).

På oppdrag fra Helsedirektoratet foretok SINTEF Helse i 2004 en nasjonal kartlegging av utredningstilbudet for barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Et av funnene fra kartleggingen var at det i gjennomsnitt tok fire år fra bekymringen ble registrert til diagnosen var stilt. Rapporten konkluderte med at det var fare for både under- og forsinket diagnostisering av ADHD i barne- og ungdomsalder (5).



**Michael B. Lensing**

prosjektleder Regionalt Fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi, Helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus Ullevål.



**Egil Midtlyng**

psykologspesialist Nasjonalt Kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi, Oslo universitetssykehus Ullevål.

### Mer kompetanse til primærhelsetjenesten

Et sentralt resultatmål i veilederen er økt kompetanse i primærhelsetjenesten. At primærhelsetjenesten i større grad ønskes involvert i diagnostisering og oppfølging av personer med ADHD, er vi ikke alene om i Norge. I USA har høy forekomst av ADHD og manglende tilgjengelighet i spesialisthelsetjenesten nødvendiggjort at primærlegene tar en aktiv rolle i oppfølgingen av barn med ADHD (6). At tilstanden kan vedvare i voksen alder har ført til publikasjoner som gir primærleger veiledning også for dette aldersspektret (7).

Det kan være krevende for leger å holde seg faglig oppdatert. Allerede for 10 år siden fant Nylenna & Aasland at ca. en tredel av legene syntes det var vanskelig å håndtere den økende informasjonsmengden (8). I 2008 utgav Helsedirektoratet alene fire nasjonale retningslinjer, 24 veiledere, 12 rundskriv og 30 rapporter, de fleste beregnet for leger. Informasjonsmengden er betydelig, og bør etter vår mening følges opp av implementeringstiltak som sikrer at retningslinjene blir tatt i bruk.

Sentralstimulerende legemidler inneholdende virkestoffene metylfenidat eller amfetamin, eller atomoxetin som er et nonstimulant alternativ, er i de fleste tilfeller førstevalget

i den medikamentelle behandlingen av tilstanden. I 2007 ble det ifølge Reseptregisteret på landsbasis behandlet 14 629 barn og unge i alderen 0–19 år og 7279 voksne i alderen 20–89 år med legemidler som har indikasjonstil-lingen ADHD (www.reseptregisteret.no). Dette utgjorde henholdsvis 1,2 prosent av barn og unge og 0,2 prosent av den voksne befolkning.

Ettersom vi har vært involvert i utarbeidelsen av IS-1244 *Diagnostikk og behandling av ADHD* ønsket vi å pilotere et tellende kurs for fastleger om ADHD. Kurstilbudet var finansiert av Helsedirektoratet. For kurstilbudet ble følgende mål formulert:

1. Informasjon til fastleger om veilederen og faglig oppdatering med høy kvalitet
2. Kompetanseheving hos fastleger som har begrenset erfaring med oppfølging av barn, unge og voksne med ADHD

For å vurdere om målene var oppnådd, ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant deltakerne.

## Gjennomføring av kursprogrammet

Det ble utarbeidet et program for et sekstimerskurs, godkjent av Den norske legeforening, med følgende innholdselementer:

- Hva er ADHD?
- Utredning av, komorbiditet ved og diagnostisering av ADHD
- Medikamentell behandling av ADHD
- Psykososiale behandlingstiltak ved ADHD
- Retningslinjer for førerkort og for forskrivning av sentralstimulerende legemidler; orientering om ADHD Norge samt regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Sør-Øst<sup>1</sup>

Piloteringsfasen var av logistiske årsaker lagt til fylkene i Helse Sør-Øst med unntak av Østfold som på daværende tidspunkt var i ferd med å ferdigstille en behandlingslinje for barn og unge med ADHD. Fra oktober 2007 til februar 2008 ble det avholdt i alt fem kurs; henholdsvis ett for fylkene Hedmark og Oppland, ett for fylkene Buskerud, Vestfold og Telemark og ett for fylkene Aust- og Vest-Agder hvor også leger fra Telemark fikk anledning til å delta, samt – grunnet stor pågang – to kurs for fylkene Oslo og Akershus. I forkant av kursene ble det etablert et samarbeid med fylkeslegene og Legeforeningens lokale representanter. Oversikten over fastlegekontorer ble frem-

<sup>1</sup> Etter avslutning av piloteringsfasen har Helsedirektoratet hatt som mål å tilby kurset til fastleger i hele landet. Dagens programinnhold omfatter utredning, diagnostisering og medikamentell behandling samt bidrag fra fastleger om erfaringer med oppfølging av pasienter med ADHD. Psykososiale behandlingstiltak og orienteringsdelene er uendret fra opprinnelig program.

skaffet via NAV mens kommunelegeoversikten ble for- midlet via fylkeslegene.

Det ble utarbeidet et spørreskjema som deltakerne anonynt returnerte før de forlot kurset. Skjemaet inneholdt spørsmål om antall pasienter med ADHD som mottar be- handling med legemidler; hvilke andre tiltak pasienter med ADHD mottar; legens vurdering av egen kompetanse hva angår å ta imot henvisninger; og om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i slike saker. Et oppfølgingsspør- skjema ble sendt ut seks måneder senere. For å kvalitets- sikre besvarelsen fra spørreskjemaet ble det fra Reseptre- gisteret innhentet data om forskrivning av legemidler mot ADHD for de ni fylkene i 2007. Fastleger ble definert som «spesialister i allmennmedisin og ingen annen spesialitet» og «leger uten angitt spesialitet» – i alt 1309 leger.

## Resultater

Ifølge oversikten fra NAV var det ved gjennomføringstids- punktet for kursene registrert 1928 fastleger i de aktuelle fylkene. TABELL 1 gir en oversikt over antall påmeldte, antall kursdeltakere, kjønnsfordeling og antall besvarte skjema.

TABELL 1

VARIABLER	N	PROSENT	RANGE
Påmeldt	357	18,5	15,2–20,8
Kursdeltakere	282	79,1	75,5–83,0
Kjønnsfordeling (kvinner)	103	36,5	24,4–42,9
Besvarte skjema under kurset	209	74,1	64,4–77,5

Nesten alle legene besvarte skjemaet. 94,3 prosent angav at de hadde pasienter med ADHD som ble behandlet med legemidler mot ADHD. Majoriteten av legene hadde både barn, unge og voksne med ADHD i behandling. Dersom vi ser begge aldersgruppene under ett, hadde legene et gjen- omsnitt på 6,2 pasienter. Leger som hadde flere enn tre pasienter angav å ha mer tiltro til egen kompetanse enn dem som hadde få eller ingen pasienter. Tillit til egen kom- petanse så ut til å øke noe med antall pasienter utover dette. Ifølge Reseptregisterets oversikt fra 2007 fikk 11 336 perso- ner legemidler mot ADHD i de aktuelle fylkene (6350 under 19 år eller yngre og 4986 eldre enn 19 år). Denne oversikten viser at fastlegene i gjennomsnitt behandlet 2,8 pasienter (Sd=3,46). Dette er betydelig lavere enn gjen- omsnittet for fastlegene som deltok på våre kurs.

Individuell plan ble brukt i ca. sju prosent av sakene. Re- spondentene oppga at de i 73 prosent samarbeidet med spe- sialisthelsetjenesten om sine pasienter. 77 prosent mente at spesialisthelsetjenesten hadde mye kompetanse om diag-



ADHD er en hyppig psykisk lidelse. Tidlig utredning og behandling av tilstanden er en sterk prediktor for deltakelse i arbeidslivet. ILLUSTRASJONSFOTO: STOCK.XOHVG

nostisering og behandling av ADHD. 52 prosent vurderte sin egen kompetanse som god.

Ved oppfølgingen seks måneder senere svarte 61,3 prosent (uten purring). Hovedresultatene er gjengitt i TABELL 2.

TABELL 2

VARIABLER	N	%	RANGE %
Besvarte skjema	173	61,3	55,0–75,6
Angir å ha bedre kompetanse på diagnostisering og viderehenvising	126	72,8	65,4–76,8
Synes det er enklere å ta imot pasienter med ADHD	105	60,7	52,9–68,2
Behandler flere pasienter under 18 år med legemidler mot ADHD	39	22,5	17,4–34,6
Behandler flere pasienter 18 år og eldre med legemidler mot ADHD	49	28,3	22,7–50,0
Har flere pasienter i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	41	23,7	34,6–14,7
Rapporterer om at flere pasienter har individuell plan	17	9,8	6,8–14,7

## Fortolkning og diskusjon

Grunnet anonymitet er det ikke mulig å knytte svar fra oppfølgingsundersøkelsen til svarskjema levert under kurset. Resultatene må derfor sees i lys av dette. Under utarbeidelse av kursprogrammet var målet å avholde fire fulltgnede kurs med 60 deltakere per kurs. Grunnet den store pågangen arrangerte vi fem kurs, dog med et frafall på 21 prosent.

Kompetanse på en medisinsk tilstand vil til en viss grad øke som følge av legens erfaring. Å lære noe nytt eller å forbedre praksis er ifølge Treweek et al de viktigste motivene for norske fastleger til å delta i faglige aktiviteter (9). Kursdeltakerne hadde i gjennomsnitt omtrent dobbelt så mange pasienter i behandling med ADHD-legemidler som gruppen vi definerte som fastleger i datamaterialet fra Reseptregisteret. Det kan derfor synes som at målet om informasjon og faglig oppdatering gjennom kurstilbudet i liten grad har nådd de fastlegene med liten eller ingen erfaring. Et liknende forhold synes før øvrig å ligge til grunn for resultatene fra ADHD-veilederevalueringen som SINTEF gjennomfører på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Vel 26 prosent av landets fastleger deltok i denne spørreskjemaundersøkelsen. De som deltok hadde i gjennomsnitt 5,2 pasienter med ADHD i behandling. Det kan virke som om undersøkelsen i stor grad har rekruttert leger som er spesielt opptatt av tematikken. Det er interessant at om lag 30 prosent av fastlegene som deltok og som presumptivt må anses å være interessert og positiv innstilt, er negative til at veilederen bidrar til en mer forsvarlig diagnostisering og behandling av ADHD (10).

Et formål med våre to spørreskjema var å få et inntrykk av hvordan fastlegene vurderte egen kompetanse med hensyn til diagnostikk og behandling av ADHD ved kurstidspunktet og seks måneder senere. Vi kan ikke konkludere

om hvor fornøyd de var med kurset, men en høy svarprosent både på baseline (74 prosent) og oppfølgingstidspunktet uten purring (61 prosent) gir en pekepinn. Til sammenlikning oppnådde man i en undersøkelse av fastlegenes deltakelse i legevakt etter to purrerunder en tilbakemelding på 78 prosent (11). I kartleggingen av fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpspsykiatriske sentre svarte 65 etter to til tre purrerunder (12).

Resultatene fra våre spørreskjema viser at fastlegenes tiltro til egen kompetanse når det gjelder ADHD øker med pasienterfaringen, men vi må understreke at dette er en subjektiv vurdering og at det nødvendigvis ikke betyr at leger utelukkende blir dyktigere med klinisk erfaring. Dette er problematisert i en artikkel i Dagens Medisin, der Castellheim & Lindenskov stiller spørsmålet: «Blir leger dyktigere med økt erfaring?» De påpeker at faglig dyktighet gjerne forringes med årene, og at det stadig er behov for tiltak utover klinisk praksis for å vedlikeholde fagkompetanse og dermed kvaliteten i det kliniske arbeidet (13).

Gjennom besvarelsene fra oppfølgingsskjemaet får vi et inntrykk av kompetanseutviklingen. 73 prosent mente de hadde fått bedre kompetanse seks måneder etter kurset. 61 prosent svarte at det var enklere å ta imot pasienter med ADHD. Dette tyder på at målet om å tilføre informasjon om veilederen og om faglig oppdatering kan være oppfylt for leger som fra før er interessert i problemstillingen. Ny forskning viser at kurs- og kateterundervisning har liten effekt på legers praksis. Med kurstilbudet forsøkte vi å legge til rette for det som ifølge den siste kunnskapsoppsummeringen synes å være den mest hensiktsmessige måten å gjennomføre kompetanseoverføringstiltak på: «mixed interactive and didactic education (that) is more effective than either alone» (14).

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan (15). Få av kursdeltakerne rapporterte at dette var i bruk for pasienter som var i behandling for ADHD. Dette synes først og fremst å ha sammenheng med hva fastlegene er involvert i. I forbindelse med kartleggingen av fastlegenes tiltak for barn og unge med psykiske problemer fant SINTEF Helse at legene hyppigst var involvert i utredningstiltak som innhenting av anamnesticke opplysninger, somatisk utredning, innhenting av komparentopplysninger og i mindre grad i samarbeidstiltak (16).

## Oppsummering

En nærmere analyse av arbeidet med implementering av veileder IS-1244 *Diagnostisering og behandling av ADHD* for fastleger har vist at et slikt tiltak fremfor alt er interessant for dem som fra før av er opptatt av problemstillingen. Informasjon og oppdatering er viktig for denne gruppen. Samtidig har tilbudet ikke fanget interessen hos leger som har få eller ingen pasienter med problemstillingen. Mange årsaker kan tenkes som forklaring på dette, herunder lite informasjon om ADHD i utdanningsløpet og et altfor tradisjonelt valg av kompetanseoverføringstiltak etter grunnutdanningen.

## Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet (2007). Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. IS-1244.
2. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV.4th ed. text revision. Washington DC.
3. Kessler RC, Adler LA, Barkley R et al (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.
4. Halmøy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J (2009). Occupational Outcome in Adult ADHD: Impact of Symptom Profile, Comorbid Psychiatric Problems, and Treatment. *Journal of Attention Disorders*. E-pub ahead April 16, 2009 as doi:10.1177/1087054708329777.
5. SINTEF Helse (2004) Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. SINTEF A045012 RAPPORT.
6. Langberg JM, Brinkman WB, Lichtenstein PK & Epstein JN (2009) Interventions to promote evidence-based care of children with ADHD in primary-care settings. *Expert Rev. Neurother.* 9(4):477-487.
7. Culpepper L, Mattingly G (2008). A practical guide to recognition and diagnosis of ADHD in adults in the primary care setting. *Postgrad Med*, 120(3):16-26.
8. Nylenna M, Aasland OG. Primary Care (2000) Physicians and their information-seeking behaviour. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18:1, 9-13.
9. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A et al (2005). Hva gjør fastleger for å holde seg faglig oppdatert? *Tidsskrift Norsk Lægeförening* 125(3):304-6.
10. SINTEF Helse (2008) Evaluering av Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD og regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler. Delrapport 3 – Legers erfaringer. SINTEF A8953 RAPPORT.
11. Sandvik H, Zakariassen, E, Hunskaar S (2007). Fastlegenes deltakelse i legevakt. *Tidsskrift Norsk Lægeförening* 127 (19):2513-6.
12. Bjertnæs ØA, Oltedal A, Garrat A et al (2006). Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpspsykiatriske sentre. *Tidsskrift Norsk Lægeförening* 126 (21):2787-91.
13. Castellheim A og Lindstov PHH (2009) Blir leger dyktigere med økt erfaring? *Dagens Medisin* 10-09, 28. Mai 2009.
14. Forsetlund A, Bjørndal A, Rashidian A et al (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
15. Helsedirektoratet (2008). Gjør det så enkelt som mulig. Tipshefte om Individuell Plan. IS 1544
16. SINTEF Helse (2006). Fastlegenes tiltak for barn og unge med psykiske problemer. Rapport A199.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: [Michael.B.Lensing@oslo-universitetssykehus.no](mailto:Michael.B.Lensing@oslo-universitetssykehus.no) / [egil.midtlyng@nasjomp.no](mailto:egil.midtlyng@nasjomp.no)