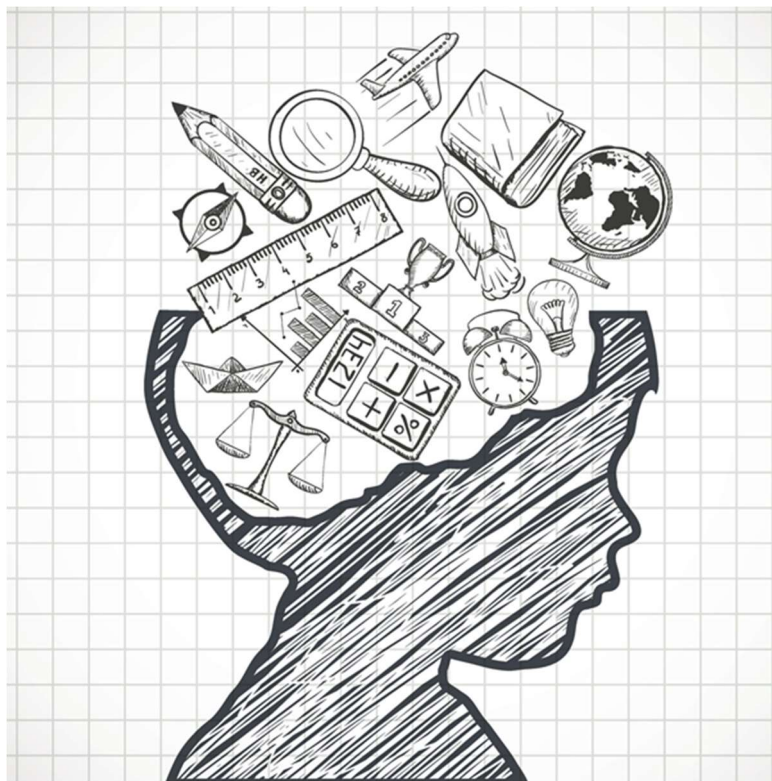


**En kvantitativ undersøgelse af
opfølgning af børn og unge med ADHD/
ADD i almen praksis**



Forskningstræningsopgave

Hold 44

Vejleder: Annemette Bondo Lind

Marianne Langmack, Dorte Vestergaard, Laura Just Schade

Indhold

Introduktion/baggrund	2
Formål	3
Metode.....	3
Resultater	4
Diskussion	6
Kliniske implikationer	9
Konklusion.....	10
Referenceliste	11
Bilag 1-8.....	12

Introduktion/baggrund

Attention Deficit Disorder med og uden hyperaktivitet (ADHD/ADD) er en neuropsykiatrisk udviklingsforstyrrelse, som udredes og behandles i børne- og ungdomspsykiatrien (BUP) samt ved de privat praktiserende børneungepsykiatere. Prævalensen blandt skolebørn i Danmark er 3-5%, heraf er flest drenge (1).

Udviklingsforstyrrelsen skyldes en dysfunktion i hjernens opmærksomhedsfunktion, som er en af hjernens kognitive funktioner, beliggende i frontallapperne. Transmitterstofferne dopamin og noradrenalin har stor betydning for funktionen i dette område, og ses at være nedsat. Det fører til mindre arousal i hjernen, hvorved evnen til at holde fokus mindskes, og der kan opstå indlæringsvanskeligheder og socialkognitive vanskeligheder.

Nedsat opmærksomhed er det primære kernesymptom ved denne forstyrrelse. Hyperaktivitet og impulsivitet er to andre kernesymptomer, som primært er til stede ved ADHD og i mindre grad ved ADD.

Komorbiditeter ses ind i mellem sammen med ADHD/ADD og kan være autismespektrumforstyrrelser, angst, depression, tics og adfærdsforstyrrelser. Misbrug kan udvikles i ungdomsårene hos dem, som har en svær grad af forstyrrelsen eller hvor de socialpædagogiske foranstaltninger ikke er tilstrækkelige (3).

Behandling af ADHD/ADD rettes primært mod at sikre optimale pædagogiske rammer for udvikling, både indlæringsmæssigt og socialt, såvel hjemme som i skoleregion. Her er det vigtigt at skabe trygge og forudsigelige rammer for barnet, der gør det nemmere for barnet at navigere i dagligdagen. Medicinsk behandling med centralstimulerende medicin er også en vigtig del af behandlingen. Virkningen er rettet mod at øge mængden af dopamin/noradrenalin i hjernen, hvorved opmærksomheden øges og eventuel hyperaktivitet og impulsivitet nedsættes.

Der findes forskellige præparater, og heraf anvendes primært methylphenidat i både tablet og depotformulering, samt atomoxetin, som anvendes, hvis der er behov for medicinsk behandling hele døgnet. De hyppigste bivirkninger til medicinen er nedsat appetit, øgning i puls og BT, hvorfor børn/unge i medicinsk behandling, skal have kontrolleret ovenstående og følges med vækstkurver.

Optimalt foregår monitoreringen af behandlingseffekten ved en samtale med barnet/den unge og forældrene. Derudover udfylder forældre og relevante lærere et skema, ADHD Rating Scale skema (bilag 1), som vurderer de enkelte kernesymptomer. Skemaet bidrager til en samlet vurdering af forstyrrelsens sværhedsgrad, og om barnet/den unge får den rigtige medicindosis. De børn og unge, som ikke har psykiatrisk komorbiditet, afsluttes fra sygehuset eller fra den praktiserende børneungdomspsykiater, til videre opfølgning i almen praksis, hvor den praktiserende læge herfra bliver den primære kontaktperson.

Den Nationale Kliniske Retningslinje (NKR), udarbejdet af sundhedsstyrelsen i 2013, bekendtgør at diagnostik og opstart af medicinsk behandling kun kan varetages af speciallæger i børneungdomspsykiatri. Når barnet er i stabil medikamentel behandling, kan der indgås aftale med den praktiserende læge om opfølgning. I Region Midtjylland blev der efterfølgende indgået en aftale mellem BUP og de praktiserende læger om, at de praktiserende læger kunne varetage opfølgningen af ukomplicerede velbehandlede ADHD-patienter uden komorbiditet efter Shared Care model¹(2). For at

¹ Shared Care er en integration af hospital, almen praksis og kommunal indsats og vil kunne imødekomme krav om tættere samarbejde og øget kommunikation mellem sundhedssektorerne. Det vil kunne medføre bedre udnyttelse af den specialiserede lægefaglige kapacitet og forbedre behandlingskvalitet og sikre ressourceudnyttelse.

sikre optimal opfølgning af både trivsel og medicinsk behandling af børn og unge med ADHD/ADD, er der i børneungdomspsykiatrisk regi, i Region Midtjylland, udarbejdet retningslinjen: "Børn (fra 6 år) og unge i medikamentel behandling for ADHD/ADD – vejledende retningslinjer for opfølgning hos egen læge" (vejledning), som de praktiserende læger kan anvende til dette formål (bilag 2).

Denne patientgruppe kan være kompleks og krævende at håndtere i almen praksis, både i forhold til speciallægenes erfaring med diagnostik og medicinsk behandling, men også i forhold til den tid og de ressourcer der er til rådighed i almen praksis. Formålet med denne opgave var at finde ud af, hvordan speciallægerne i almen medicin og kommende speciallæger oplever denne opgave, og hvilke erfaringer de har i forhold til samarbejdet med psykiatrien. Desuden var formålet at undersøge, om de praktiserende læger generelt føler de er i stand til at give en god sufficient patientbehandling og har den nødvendige indsigt i ADHD/ADD.

Formål

I vores forskningstræningsopgave vil vi belyse, hvordan samarbejdet mellem BUP og almen praksis fungerer, når børn/unge, som diagnosticeres med opmærksomhedsforstyrrelse i psykiatrien, skal følges op i almen praksis. Vi undersøger, hvordan opfølgningen foregår, om de praktiserende læger føler sig fagligt rustet til at varetage opfølgningen, og hvordan de oplever samarbejdet med BUP og endelig om de har forslag til forbedringer.

Metode

Med udgangspunkt i vejledningen, udformede vi et spørgeskema med i alt 18 spørgsmål, der havde til hensigt at afdække følgende hovedområder:

- De praktiserende lægers erfaring og kontakt til børn og unge med ADHD/ ADD (6 spørgsmål)
- De praktiserende lægers kendskab til retningslinjen, og hvilke elementer der indgår i den enkelte læges konsultation for denne gruppe (6 spørgsmål)
- De praktiserende lægers oplevelse af samarbejde i Shared Care modellen for medicinsk behandling af ADHD/ADD (4 spørgsmål)

Spørgeskemaet (se bilag 3) havde afkrydsningsfelter med relevante svarmuligheder. Derudover var der gjort plads til individuelle skriftlige kommentarer (bilag 4)

Den relevante baggrundsviden er hentet fra sundhedsstyrelsens National Klinisk retningslinje "Udredning og behandling af ADHD hos børn og unge" (1) og artiklen "ADHD Diagnosis and Treatment Guidelines: A Historical Perspective" (3).

Vi foretog en søgning efter videnskabelige artikler i databasen PubMed ved at kombinere søgeordene, ADHD + Child + General Practice og identificerede herved 311 artikler. Vi inkluderede artikler, som omhandlede behandling i almen praksis af 0-18-årige med ADHD. Vi ekskluderede artikler før 2010, som ikke var engelsksprogede. Igennem screening og abstract læsning blev der identificeret to relevante artikler (4,5). De udvalgte artiklers referencelister blev gennemgået, uden at dette førte frem til flere relevante artikler.

Ifølge den vejledende retningslinje anbefales de praktiserende læger at tage kontakt til ADHD-klinikken i Risskov ved behov for sparring. Overlæge Helle Rasmussen og Anette Eefsen er oplyst som kontaktpersoner. For at belyse samarbejdet blev et skriftligt brev sendt til ADHD-klinikken i BUP. Forespørgslen blev desværre ikke besvaret (bilag 5).

Ved spørgeskemaundersøgelsen blev der udsendt 75 anonymiserede spørgeskemaer: 55 til speciallæger i almen medicin og 20 til læger i uddannelsesstillinger. 47% af speciallægerne og 70% af uddannelseslægerne besvarede spørgeskemaet. Data blev herefter gennemgået og analyseret i MS Excel (bilag 6,7).

Ved en gennemgang af spørgeskemaerne besvaret af uddannelseslægerne viste de indledende dataopgørelser, at 71 % af uddannelseslægerne ikke har kontakt med den undersøgte patientgruppe, og 85 % ikke har kendskab til den vejledende retningslinje. På baggrund af dette, har vi valgt primært at fokusere på data fra speciallægerne besvarelser, da det var interessant at undersøge dem, der ser denne patientgruppe i det daglige arbejde.

Resultater

Af Tabel 1 og Tabel 2 fremgår resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen af henholdsvis speciallæger og uddannelseslæger, hvor svarene fremgår i procent for hvert enkelt spørgsmål.

Tabel 1

Oversigt svar - speciallæger	%
Speciallæge erfaring <10	46%
Speciallæge erfaring >10	54%
Antal kontakter om måneden	
0 stk	12%
1-2 stk	73%
3-5 stk	12%
>5 stk	4%
Foretager du systematisk opfølgning?	
ja	96%
nej	4%
Hvis ja	
<1 gang om året	12%
1 gang om året	32%
> 1 gang året	56%
Foretager du organiseret opfølgning?	
ja	85%
nej	15%
Føler du dig tilstrækkeligt erfaren?	
ja	54%
nej	46%
Kender du retningslinien for opfølgning?	
ja	54%
nej	46%
Foretager du kontrol med BT/puls?	
ja	100%
nej	0%
Foretager du kontrol med vægt/højde?	
ja	96%
nej	4%
Spørger du ind til trivsel?	
ja	100%
nej	0%
Spørger du ind til bivirkninger?	
ja	85%
nej	15%
Spørger du ind til misbrug?	
ja	81%
nej	19%

Oversigt svar - speciallæger	%
Hvordan vurderer du behandlings effekt?	
oplysninger fra barn/forældre	100%
objektivt psykisk	42%
ved brug af systematisk spørgeskema	15%
Har du foretaget justeringer i medicin?	
nej	23%
ja uden problemer	19%
ja i samråd med kollega	12%
ja i samråde med psykiater	62%
Har du skiftet præparat?	
nej	81%
ja uden problemer	0%
ja i samråd med kollega	0%
ja i samråd med psykiater	19%
Har du taget stilling til medicinpause?	
nej	31%
ja	69%
Hvornår genhenviser du?	
har aldrig genhenvist	4%
compliance problemer	65%
bivirkninger	88%
ved ønske fra forældre	77%
ved misbrug	38%
andre årsager - kommentar	62%
Hvordan er du blevet kontaktet ved overtagelse?	
telefonisk	4%
skriftlig forespørgsel	73%
epikrise og behandlingsplan	77%
ingen kontakt	8%
Hvor synes du børn og unge med ADHD burde følges?	
i bu psyk	42%
shared care	58%
ved alm praktiserende	0%
Oplever du tilstrækkelig adgang til rådgivning?	
ja	35%
nej	27%
delvis	35%
aldrig haft behov	4%

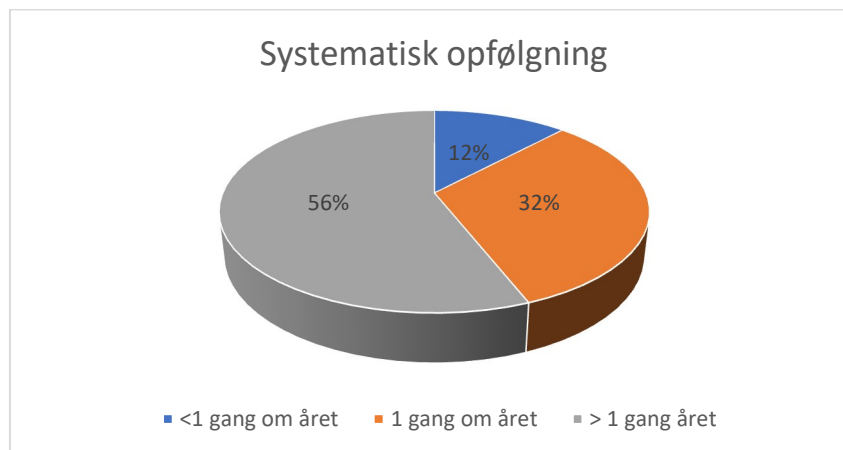
Tabel 2

	%
1) HU- læge	100,0
ved speciallæge erfaring <5	0,0
ved speciallæge erfaring >5	0,0
2) Antal kontakter	
0 stk	71,4
1-2 stk	28,6
3-5 stk	0,0
>5 stk	0,0
3) Systematisk opfølgning	
ja	57,1
nej	35,7
4) Hvis ja	
<1 gang	14,3
1 gang	35,7
> 1 gang	14,3
5) Organiseret opfølgning	
ja	50,0
nej	42,9
6) Føler du dig erfaren nok	
ja	28,6
nej	71,4
7) kender du retningslinien	
ja	14,3
nej	85,7
8) kontrol med BT/puls	
ja	57,1
nej	21,4
vægt/højde	
ja	42,9
nej	35,7
trivsel	
ja	57,1
nej	7,1
bivirkninger	
ja	50,0
nej	14,3
misbrug	
ja	28,6
nej	35,7

	%
9) Hvordan vurderer du beh effekt	
barn/forældre	50,0
obj psykisk	21,4
systematisk spørgeskema	7,1
10) justeringer i med	
nej	64,3
ja uden problemer	0,0
ja i samråd med kollega	0,0
ja i samråde med psykiater	21,4
11) Har du skiftet præp	
nej	78,6
ja uden problemer	0,0
ja i samråd med kollega	0,0
ja i samråd med psykiater	7,1
12) stilling til evt medicinpause	
nej	92,9
ja	0,0
13) Hvornår genhenviser du?	
aldrig	57,1
compliance problemer	7,1
bivirkninger	14,3
ved ønske fra forældre	14,3
ved misbrug	0,0
andre årsager - kommentar	14,3
14) Kontakt ved overtagelse	
telefonisk	0,0
skriftlig forespørgsel	0,0
epikrise og behandlingsplan	42,9
ingen kontakt	28,6
15) Hvor synes du adhd børn og unge burde følges	
i bu psyk	14,3
shared care	64,3
ved alm praktiserende	0,0
16) Oplever du tilstrækkelig adgang til rådgivning	
ja	14,3
nej	0,0
delvis	35,7
aldrig haft behov	21,4

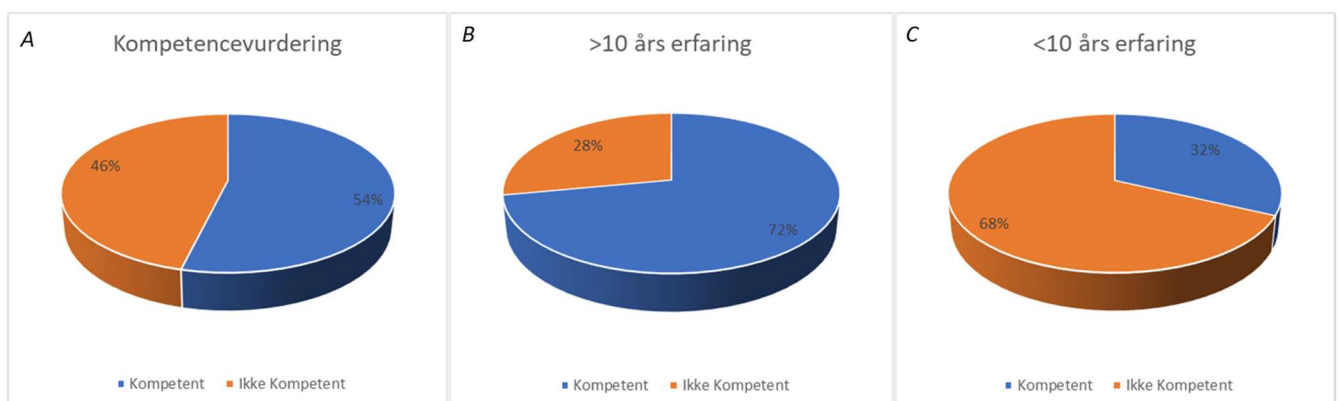
Diskussion

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 73 % af speciallægerne har en til to kontakter pr. måned med børn og unge med ADHD/ADD (se Figur 1). Således en velkendt kontaktårsag, men langt fra hyppig. Hos 88 % af de udspurgte læger, udføres systematisk opfølgning minimum en gang årligt, men kun 56 % lever op til anbefalingen om opfølgning to gange årligt. Det vil sige, at 44% ikke udfører de anbefalede kontroller om året, hvilket er bekymrende, da der er tale om en vægtafhængig medicinsk behandling af børn og unge, som er under vækst og forandring.



Figur 1: Systematisk opfølgning

I forhold til at etablere en aftale om opfølgning i almen praksis, angiver 42 % af lægerne, at patienterne opfordres til at aftale tid i forbindelse med medicinbestilling. To ud af 26 læger angiver, at de årligt gennemgår patientlister i forsøg på at identificere dem som endnu ikke har været til årskontrol i forbindelse med deres behandling. Det betyder, at i langt de fleste tilfælde, er det forældrene eller den unge, der har det endelige ansvar for, at der bliver foretaget sufficient monitorering af den medicinske behandling. Det kan derfor ikke undgås, at forældrenes ressourceniveau kommer til at få en afgørende betydning for graden af kontakt til egen læge. Der er behov for en bedre strukturering af indkaldelsesprocedurerne, da der ofte er tale om sårbare og belastede familier. Et forslag kunne være at benytte web-pt systemet, der er tilgængeligt for alle, hvor det er muligt at sende link til ADHD Rating Scale skema på sms eller mail med fast interval på seks måneder som en påmindelse.

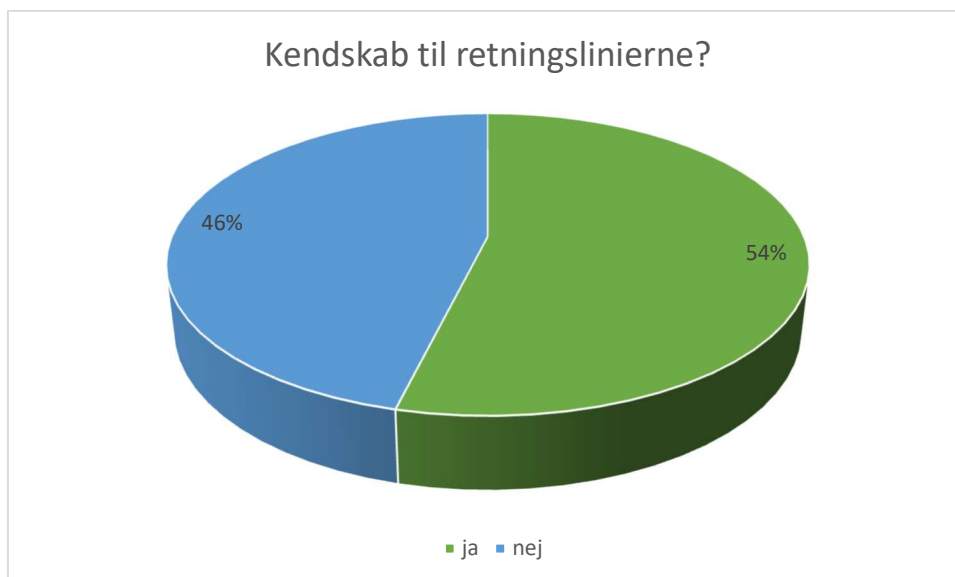


Figur 2: Diagrammerne A, B og C

Undersøgelsen havde også til hensigt at belyse, om speciallægerne føler sig tilstrækkeligt erfarne (kompetente) til at udføre opgaven. Her svarer 54 % af de adspurgte læger, at de har tilstrækkelig erfaring til at varetage opgaven, og 46 % føler sig ikke tilstrækkeligt erfarne (Figur 2 A). Der er en sammenhæng mellem oplevet kompetence og anciennitet. 68 % af de læger, som har mindre end ti års erfaring som speciallæger i almen medicin, oplever ikke sig selv tilstrækkeligt erfarne til at udføre opgaven (Figur 2 C) sammenlignet med de læger, der har mere end ti års erfaring. Selv blandt læger med mere end ti års erfaring er der 28%, der ikke føler sig kompetente (Figur 2 B). Det vurderes som for mange i forhold til hvad man ville forvente, da den enkelte læge igennem mange år, burde have set adskillige børn og unge med ADHD/ADD. Det kan hænge sammen med manglende efteruddannelse indenfor dette område samt manglende prioritering af denne patientgruppe i dagligdagen, hvor årskontroller af kroniske patienter med fysiske lidelser fylder tiden ud.

De få studier, som har undersøgt vidensniveauet og undervisningsindsatsen blandt praktiserende læger i berøring med ADHD-patienter konkluderer alle, at denne er mangelfuld (5). I studiet fra Lieke et al (4), et semistruktureret interview med 15 praktiserende læger, fandt man, at lægerne efter en times online kursus følte sig mere kompetente til at varetage opstart og monitorering af ADHD-behandling under forudsætning af faglig sparring med specialist. Vores data viser også, at der kan være behov for at øge viden om ADHD/ADD blandt praktiserende læger. Tilbud om online kurser kunne være en strategi for efteruddannelse, da den er let tilgængelig og relativt omkostningseffektiv.

53% af de praktiserende speciallæger har kendskab til vejledningen (Figur 3). Lovmæssigt er der ikke et krav om kendskab til vejledningen, men det kan bruges som en hjælp i det kliniske arbejde, hvor vejledninger er udført som en håndgribelig guide målrettet den praktiserende læge. Vejledningen indeholder oplysninger om præparater, deres effekt og bivirkninger samt indhold til halvårskontrol og kontaktoplysninger til BUP.



Figur 3

På trods af at kun halvdelen af de adspurgte har kendskab til vejledningen, ser det ud til, at de fleste kommer omkring de enkelte elementer, der forventes at være inkluderet i denne halvårskontrol. Dog er det kun 56% der ser patienterne de anbefalede to gange om året.

15% anvender ADHD Rating Scale skemaer (bilag 1) til deres vurdering af barnets trivsel samt effekten af den medicinske behandling. Ifølge NKR (1) anbefales brugen af skemaet til monitorering af symptomer og behandlingseffekten. At dette skema ikke anvendes så hyppigt, kan der være mange årsager til. I denne undersøgelse er der ikke spurgt yderligere ind til dette, men mulige forklaringer kan være manglende kendskab og erfaring med anvendelsen, øget koordinering/planlægning ift. at få det udfyldt rigtigt, samt mangel på tid i konsultationen.

Ved overtagelse af det medicinske behandlingsansvar forventes det, at den praktiserende læge følger effekten af behandlingen, samt tager stilling til eventuelle bivirkninger eller komplikationer. I undersøgelsen ses det, at 23% har aldrig prøvet at justere dosis af den medicinske behandling og at 62% af de praktiserende læger rådfører sig med en psykiater, førend de justerer dosis. Desuden ses det, at 80% aldrig har prøvet at skifte præparat, mens 23% har skiftet i samråd med en psykiater. Tallene kan afspejle en generel usikkerhed eller manglende erfaring med behandling med centralstimulerende medikamenter. De praktiserende læger genhenviser børn, hvor der er nedsat compliance til den medicinske behandling, hvor effekten er utilstrækkelig, bivirkningerne for store og efter ønske fra forældrene. Undersøgelsen viser, at de praktiserende læger kontakter BUP ved behov om rådgivning samt genhenviser relevante patienter. Dette fund er positivt og et udtryk for at Shared Care princippet fungerer hensigtsmæssigt.

Vi har undersøgt overgangen fra BUP til almen praksis. Der foreligger en aftale om at BUP udsender et korrespondancebrev (bilag 8) eller tager telefonisk kontakt til den praktiserende læge, før patienten afsluttes og ansvaret for den medicinske behandling overtages af den praktiserende læge.

Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at 73% af de praktiserende læger har modtaget en skriftlig forespørgsel og 76% har modtaget en skriftlig epikrise. Kun 8 % angiver, at de ikke er blevet kontaktet forud for overtagelsen. Dette er udtryk for, at overdragelsen fra BUP til almen fungerer godt jf. samarbejdsaftalen. Der er flere læger der har tilføjet, at de foretrækker en epikrise med en udførlig behandlingsplan for den pågældende patient.

På trods af at vejledningen indeholder let tilgængelige kontaktoplysninger med direkte telefonnummer og lokationsnummer til korrespondancebreve til børneungepsykiater, angiver kun 35%, at de har tilstrækkelig adgang til rådgivning. 27% svarer nej til tilstrækkelig adgang til rådgivning og 35% svarer delvist. Disse tal kan muligvis hænge sammen med, at kun 53% af de praktiserende læger har kendskab til vejledningen.

I vores undersøgelse mener 43% af de adspurgte læger, at børn og unge med ADHD/ADD bør følges udelukkende i psykiatrien og 57 % angiver, at de skal behandles efter Shared Care modellen. Disse fund stemmer overens med hvad Tatlow-Golden fandt i deres review artikel (5). Her svarer 71-94%, at der er behov for specialister til at diagnosticere og monitorere behandlingen af ADHD hos børn og unge. Stort set ingen af de praktiserende læger ønsker ifølge artiklen at varetage behandlingen og angav manglende tid og viden som årsag til dette.

De få studier, som har undersøgt vidensniveauet og undervisningsindsatsen blandt praktiserende læger i berøring med ADHD-patienter, konkluderer alle at denne er mangelfuld (5).

Hoveduddannelseslægenes besvarelser afslører, at der i uddannelsen ikke er fokus på behandling af børn og unge med ADHD/ADD. Der indgår kliniske ophold på ca. seks måneder i både voksen-psykiatrien og på børneafdelingen, men der mangler klinisk erfaring med børn- og ungepsykiatriske patienter. Ved gennemgang af de obligatoriske SPEAM-kurser var der afsat tre timers undervisning til gennemgang af psykiatriske lidelser hos børn og unge, herunder ADHD/ADD. Kendskabet til ADHD/ADD er mangelfuldt og et 1-2 ugers fokuseret klinisk ophold i BUP, samt mere teoretisk undervisning vil kunne øge vidensniveauet.

26 speciallæger i almen medicin fra ni forskellige praksis i Region Midt har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen. Selvom det er forholdsvis få, så er regionen områdemæssigt fint repræsenteret og resultaterne er sammenstemmende med andre studier der har undersøgt dette område.

Data bygger på selvrapporterede oplysninger, som er forbundet med risiko for social desirability bias, hvor lægen svarer i overensstemmelse med det der forventes. I vores spørgeskema kan det spille ind på overrapportering af antal og indhold af årskontrollerne samt kompetenceniveau. Recall-bias kan også optræde, da spørgsmålene skal besvares retrospektivt.

Kliniske implikationer

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen og gennemgangen af den nævnte litteratur inden for dette felt gives følgende udarbejdede forslag til forbedringer:

- Mere standardiserede indkaldelser til halvårskontrol, f.eks. via benyttelse af funktionen "Web-patient", der automatisk kan udsende ADHD Rating Scale skemaer.
- For at øge kvaliteten af behandlingen af børn og unge med ADHD/ADD anbefales en opdeling af årskontrollen med en forundersøgelse ved sygeplejerske og en opfølgende konsultation ved lægen som ved andre kroniske lidelser.
- Implementering af ADHD Rating Scale skemaer.
- Fokus på efteruddannelse af speciallægerne i almen medicin. For eksempel et online kursus om ADHD/ADD og medicinsk behandling heraf.
- Målrettet uddannelse af kommende speciallæger i almen medicin indenfor behandling af ADHD/ADD.

Konklusion

Denne undersøgelse har givet indblik i at børn og unge i medicinsk behandling for ADHD/ADD ikke er i kontakt med den praktiserende læge hver sjette måned, som anbefalet. Endvidere fremgår det, at der er manglende kendskab til vejledningen og manglende erfaring med medicinsk behandling af børn og unge med ADHD/ADD. Dette er problematisk, da Shared Care modellen afhænger af, at den praktiserende læge er kompetent, da det ellers vil føre til insufficient behandling eller mange genhenvisninger til BUP. Der er god grund til at prioritere en mere optimal behandling af børn og unge med ADHD/ADD, idet denne har afgørende betydning for det enkelte individs trivsel og uddannelsesniveau. I et livsperspektiv kan sufficient behandling forhindre misbrug og kriminalitet, hvilket har store samfundsøkonomiske og sociale konsekvenser.

Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsens National klinisk retningslinje: ADHD hos børn og unge (2013, opdateret 2018) <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/nkr-adhd-hos-boern-og-unge>
2. Region Midtjyllands vejledende retningslinjer for opfølgning hos egen læge af børn og unge med ADHD, Helle Rasmussen og Anette Eefsen, august 2017 <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/nyheder/meddelelser-psykiatrien/nyheder-fra-psykiatrien/adhd-opfoelgende-behandling-egen-laege/>
3. Mark L. Wolraich, Eugene Chan, Tanya Froehlich et al, (2019, oktober) ADHD Diagnosis and Treatment Guideline: A historical perspective, Pediatrics, vol 144, no 4
4. Lieke J.A. Hassink-Franke, Mijne M.M. Janssen et al, (2016, marts) GP's experience with enhanced collaboration between psychiatry and general Practice for Children with ADHD, European Journal of General Practice vol 22. No 3, 196-202
5. Mimi Tatlow-Golden, Lucia Prihodova, Blanaid Gavin et al, (2016, juni) What do general practitioners know about ADHD? Attitudes and knowledge among first-contact gatekeepers: systematic narrative review, BMC family Practice 17:129
6. Link til forsidebillede: <https://hhp-blog.s3.amazonaws.com/2017/10/iStock-490313840-e1509032224907.jpg>

Bilag 1-8

Bilag 1

ADHD-RS bedømmelseskema

Barnets navn _____ Køn _____ Fødselsdato _____

Skema udfyldt af _____ Dato _____

Relation til barnet Mor Far Lærer Andet _____**Vejledning:** Sæt en cirkel om det tal, der beskriver barnets adfærd derhjemme eller i skolen det sidste halve år, hvis andet ikke er aftalt

Adfærd	Aldrig/sjældent	Nogle gange	Ofte	Meget ofte
1 Er ikke opmærksom på detaljer eller laver sjuskefejl i sit skolearbejde	0	1	2	3
2 Har svært ved at fastholde koncentrationen ved opgaver eller under leg	0	1	2	3
3 Hører tilsyneladende ikke efter ved direkte tiltale	0	1	2	3
4 Gør ikke de ting, der bliver bedt om, eller gør dem ikke færdige	0	1	2	3
5 Har svært ved at organisere opgaver og aktiviteter	0	1	2	3
6 Undgår opgaver (f.eks. skole, lektier) som kræver omtanke og koncentration	0	1	2	3
7 Mister ting, der er nødvendige for at udføre opgaver eller aktiviteter	0	1	2	3
8 Bliver let afledt eller distraheret	0	1	2	3
9 Er glemsom i forbindelse med daglige aktiviteter	0	1	2	3
10 Sidder uroligt eller bevæger konstant hænder og fødder	0	1	2	3
11 Rejser sig fra sin plads i klassen eller i andre sammenhænge, hvor man forventes at blive siddende	0	1	2	3
12 Farer omkring i situationer, hvor det ikke er passende	0	1	2	3
13 Har svært ved at indgå i stille lege eller fritidsaktiviteter	0	1	2	3
14 Er altid i "fuld fart" eller har "krudt bag"	0	1	2	3
15 Snakker som et vandfald	0	1	2	3
16 Buser ud med et svar, før spørgsmålet er afsluttet	0	1	2	3
17 Har svært ved at vente på sin tur	0	1	2	3
18 Afbryder eller forstyrrer andre	0	1	2	3
19 Bliver rasende eller mister besindelsen	0	1	2	3
20 Skændes med de voksne	0	1	2	3
21 Trodsrer åbenlyst voksne eller nægter at rette sig efter deres regler	0	1	2	3
22 Irriterer folk med vilje	0	1	2	3
23 Giver andre skylden for sine fejl eller dårlige opførsel	0	1	2	3
24 Er nærtagende eller bliver let irriteret på andre	0	1	2	3
25 Er vred eller fornærmet	0	1	2	3
26 Er ondskabsfuld eller hævngherrig	0	1	2	3

Mulighed for at supplere med kommentarer på bagsiden →

Bilag 2 næste side. 5 sider i alt.

Børn (fra 6 år) og unge i medikamentel behandling for ADHD/ADD - vejledende retningslinjer for opfølgning hos egen læge



Dato 4. august 2017

Navn

Helle Rasmussen & Anette Eefsen

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center- Region Midtjylland, iværksættes medikamentel behandling hos en andel af de børn og unge som får stillet en opmærksomhedsforstyrrelses diagnose.

Side 1

Opmærksomhedsforstyrrelse (med eller uden hyperaktivitet) – i daglig tale ofte omtalt som ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) eller ADD (attention deficit disorder) - er en af de hyppigst forekomne diagnoser inden for børne- og ungdomspsykiatrien med en prævalens på 3-5 % blandt skolebørn, heraf flest drenge.

ADHD/ADD er et klinisk syndrom baseret på adfærds karakteristika, med kernesymptomerne opmærksomhedsvanskeligheder, impulsivitet og evt. hyperaktivitet. Medicinen virker på kernesymptomerne, hvorved barnet/den unge bliver bedre til at koncentrere sig og indgå i indlæring og skolearbejde, får bedre social funktion og relation til kammerater samt reducerer aggressivitet og konflikter.

ADHD-behandling er individualiseret og indgår som et enkeltelement i en bredere behandlingsindsats med specialpædagogiske tiltag, adfærdsorienteret behandling, støtteforanstaltninger samt psykoedukation. Hovedparten af disse tiltag iværksættes forud for eller sideløbende med medikamentel behandling og sker i samarbejde med PPR/skole/socialforvaltning og forældrene.

Iværksættelse af medikamentel behandling af børn/unge (op til 18 år) må ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning fra 11.4.2013 kun iværksættes af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

Er barnet under 6 år skal dette ske på en højt specialiseret afdeling.

Når barnet er i stabil medikamentel behandling kan der indgås aftale med den praktiserende læge om opfølgning – vedligeholdelsesbehandling – efter shared care model. Dette er især hensigtsmæssigt ved ukomplicerede forløb med god effekt af medicin og anden behandlingsintervention.

Medikamenter

Ved medikamentel behandling af børn med opmærksomhedsforstyrrelser kan anvendes centralstimulerende midler (CS) eller atomoxetin.

CS-medicin indeholder det virksomme stof methylphenidat/dexamfetamin og ordineres som korttidsvirkende (Ritalin, Motiron, Medikinet, og Attentin) eller depot (Ritalin Uno, Equasym depot, Medikinet CR, Concerta og Elvanse). Alle præparater er kopi-pligtige og omfattet af bekendtgørelse om recepter, udleveringsgruppe A§4.

Stofferne virker stimulerende på CNS. Methylphenidat hæmmer genoptagelse af dopamin mens dexamfetamin øger præsynaptisk udskillelse af dopamin – begge dele fører til øgning af dopamin i synapsespalterne.

Hurtigtvirkende præparater

- Ritalin (10 mg), Medikinet (5, 10 og 20 mg) og Motiron (10 mg)
Medicinen virker 15-45 minutter efter tabletindtagelse og virkningen varer 3-3 ½ time. Der gives typisk 2-3(4) doser dagligt med 3-3 ½ times mellemrum.
- Attentin (5 mg)
Virkningstid 3-4 timer, doseres 2-3(4) x dgl.

Depotpræparater

- Kapsel Ritalin Uno
Findes i styrkerne 10, 20, 30 og 40 mg. Kapslen virker 6-8 timer. Halvdelen frigives straks og virker efter 15-45 minutter, den anden halvdel af kapslen frigøres efter 3-4 timer.
- Kapsel Equasym Depot
Findes i styrkerne 10, 20, 30 mg. Kapslen virker i ca. 8 timer. 30 % frigives straks og virker efter 15-45 minutter, de resterende 70 % frigives gradvist over de følgende timer.
- Kapsel Medikinet CR
Findes i styrkerne 5, 10, 20, 30, 40, 50 og 60 mg. Kapslen virker ca. 8 timer, 50 % frigives straks med virkning efter 15-45 minutter, de resterende 50 % frigives over de følgende timer.
- Tablet Concerta
Findes i styrkerne 18, 36 og 54 mg. Virkning opnås 1-1 ½ time efter tabletindtagelse, medicinen frigives herefter gradvist med virkningstid 8-12 timer.

Kapsel Elvanse (lisdexamfetamin) findes i styrkerne 20, 30, 40, 50, 60 og 70 mg.
Virkning opnås i løbet af 30-60 min og virkningstid er 10-13 timer.

Farmakodynamisk hydrolyseres lisdexamfetamin primært af de røde blodlegemer til Dexamfetamin, som er det aktive stof.

Dosering

Vejledende vedligeholdelsesdosis af methylphenidat er 0,8-1,2 mg/kg legemsvægt/døgn fordelt på 2-3(4) doser med 3-4 timers interval for korttidsvirkende præparater og 1 (-2) doser for depotpræparater.
Vejledende vedligeholdelsesdosis for tablet Attentin er 0,4-0,6 mg/kg fordelt på 2-3(4) doser.

Bivirkninger

Bivirkninger er dosisafhængige og ses ofte forbigående i forbindelse med opstart/dosisøgning. Appetitnedsættelse ses relativt hyppigt i medicinens virkningstid. Der ud over kan forekomme søvnproblemer, mavepine/hovedpine og overfokuseret rigid adfærd. Der kan ses ængstelighed og irritabilitet, sjældnere tristhed, tab af spontanitet og dysfori. Medicinen kan udløse eller forværre eksisterende tics og der kan ses lettere

blodtryks- og pulsstigninger. I sjældne tilfælde kan der ses psykotiske symptomer og nedsættelse af krampe-tærskel.

Forholdsregler

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det inden opstart af medikamentel behandling sikres, at pt. Ikke har lever- og kardiovaskulær lidelse.

Kardiovaskulær risiko: CS behandling øger puls og blodtryk, oftest klinisk ubetydeligt og uden EKG forandringer, 5-15 % har dog et atypisk respons med større øgning i puls og blodtryk.

Data fra store epidemiologiske undersøgelser af risiko for pludselig uventet hjertedød konkluderer, at der ikke er større risiko end i baggrundsbefolkningen.

Der er ikke indikation for EKG før iværksættelse af CS-behandling, men der anbefales grundig somatisk anamnese, herunder kardiell anamnese/dispositioner og alment orienterende somatisk undersøgelse. Ved symptomer på eller disposition til hjerterytmeforstyrrelser (herunder tidlig uventet død ved nærtstående slægtninge) foretages EKG og evt. yderligere kardiologisk udredning inden behandlingsstart.

Ved opfølgning af medicinsk behandling via egen læge er det således vigtigt, at der i opfølgningsforløbet ageres på nyopståede kardielle klager og/eller tilsvarende hos nært beslægtede.

Der bør ikke behandles med CS-medicin ved psykotiske symptomer og depression.

Ikke centralstimulerende Medicin:

Kapsel Strattera (atomoxetin) virker inhibitorisk på den præsynaptiske noradrenalintransporter, hvorved genoptagelsen af noradrenalin hæmmes.

Strattera findes i styrkerne 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg og 100 mg.

Medicinen kan gives 1 x dagligt, eller fordeles på to doser morgen og aften og virker hele døgnet. Effekten indtræder over tid, og der kan gå op til 2-3 måneder før fuld effekt er nået.

Strattera doseres efter vægt, og effektiv dosis er mellem 1.2-1.4 mg pr. kg (sjældent 1.8 mg/ kg). Max dosis pr. døgn er 100 mg (sjældent 120 mg).

Det betyder at man løbende skal være opmærksom på om barnet / den unge har haft vægtøgning og dermed skal øges i medicin.

Opstart af Strattera sker efter en optrappingsplan, hvor første dosis er ca. 0,5 mg pr kg, stigende over uger til effektiv dosis.

Interaktioner:

Da kapsel Strattera nedbrydes i leveren ved enzymet CYP2D6 skal man være opmærksom på interaktion med andre medicamina.

Det gælder bl.a. visse SSRI-præparater som fluoxetin og paroxetin, samt beta2-agonister som salbutamol.

Bivirkninger:

Disse ses oftest i opstart og ved dosisøgning.

Der er beskrevet hovedpine, mavepine og nedsat appetit som de hyppigste, samt træthed i opstarten.

Sjældnere ses irritabilitet, aggressivitet, mydriasis, svimmelhed, og hudkløe/udslæt.

Der kan ses forhøjet puls og BT, oftest minimalt men hos enkelte ses markant øget puls.

Meget sjældent er der set leverpåvirkning, som er reversibel og selvmordstanker, hvorfor man skal informere om disse bivirkninger ved opstart af behandlingen.

Forholdsregler:

Der skal tages de samme forholdsregler som ved centralstimulerende medicin. Man kan tage EKG.

Opfølgning af behandling hos egen læge

Der anbefales rutinemæssig opfølgning 2 x årligt.

Her vurderes følgende parametre:

- Om barnet/den unge trives i skole/familie/fritid
- Om der er tilfredsstillende behandlingseffekt, evt. suppleret via spørgeskemaet ADHD-RS, *eller evt behov for dosisændring.*
- Om der er bivirkninger med særligt fokus på kardielle symptomer (åndenød, hjertebanken, svimmelhed, bryst smerter, besvimelse) men også appetit og tics.
- Om der er mistanke om misbrug hos barnet/den unge eller i familien
- Om højde/vægt, puls og blodtryk ligger inden for normalværdier og barnet følger sin vækstkurve
- Om der er behov for fortsat medikamentel behandling
- Om der er behov for at holde pause med den medikamentelle behandling.

Medicinpauser

Det anbefales, at egen læge ved hver konsultation tager stilling til pausering, og om der er indikation for fortsat behandling.

Der pauseres ved tvivl om effekt, intolerable bivirkninger eller ønske om pause. Varighed af medicinpause bør være minimum 1 måned med mulighed for vurdering fra flere informanter (institution, skole, forældre), effekt og bivirkninger vurderes ved start og under pause. Ved pause kan behandling stoppes brat eller udtrappes over ca. 1 uge, hvis der er behandlet med høje doser over lang tid.

Pause kan undlades, hvis der er markant god effekt på ADHD/ADD kernesymptomer, og/eller det vurderes at en pause vil få alvorlige negative konsekvenser for barnets faglige og/eller sociale udvikling, eller at en pause i væsentlig grad vil forringe compliance ved fremadrettet behandling.

Behandlingsvarighed

Behovet for medikamentel behandling skal løbende vurderes, jf. ovenstående, evt. dokumenteres vha. medicinpause. Hos en del af børnene modnes hjernen, således at medicinen kan seponeres i løbet af adolescensen, en del unge fortsætter dog behandlingen ind i voksenalderen.

Misbrug

Hash og alkohol er som udgangspunkt kontraindiceret under behandling med CS. Hos unge kan en pragmatisk tilgang til alkohol være nødvendig og samlet set sikre bedst mulig compliance. Der anbefales mådehold, og hvis den unge skal indtage alkohol om aftenen, kan sen eftermiddagsdosis evt. udelades. Misbrug af andet end hash og alkohol er absolutte kontraindikationer for behandling med CS.

Kørekort

Der skal udvises påpasselighed ved kørsel under anvendelse af CS-medicin. Hverken ADHD/ADD eller CS-behandling er en hindring for erhvervelse af kørekort, men oplysninger om ADHD/ADD diagnose og evt. medicinsk behandling skal påføres motorattesten fra egen læge. Undersøgelser viser, at unge med ADHD, som er i medicinsk behandling, er bedre bilister.

Udlandsrejser

Ved udlandsrejser inden for Schengen-landene kan man bruge et pillepas, som gælder i 30 dage og som fås gratis på apoteket. Uden for Schengen-lande skal bruges tolderklæring.

Ved spørgsmål om den medicinske behandling

Ved behov for sparring kan [ADHDklinikken i Risskov](#) kontaktes på:

- **telefon 78 47 31 68, eller**
- **korrespondancebrev til lokationsnummer: 5790001988531.**

Overlæge afsnit D og ADHD klinikken, BUC, Risskov
Helle Rasmussen

Overlæge afsnit C, BUC, Risskov
Anette Eefsen

4. august 2017

Kilder:

- *Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser/Sundhedsstyrelsen 2012 (senest ændret april 2013.)*
- *Faglig retningslinje vedr. udredning og behandling af ADHD hos børn og unge/ BUP-DK 2012.*
- *Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD / BUP-DK 2008*
- *Produktresuméer Sundhedsstyrelsen*
- *RADS behandlingsvejledning for ADHD 2016*

Spørgeskemaundersøgelse

Er du speciallæge i almen medicin?

- Nej
- Ja, hvor mange år? _____

Hvor mange kontakter (telefon/mail/fremmøde) med børn/unge, som du følger i medicinsk behandling for ADD/ADHD, har du cirka om måneden?

- 0 kontakter
- 1-2 kontakter
- 3-5 kontakter
- over 5 kontakter

Efter endt forløb i børne-ungdomspsykiatrien, udfører du systematisk opfølgning af den medicinske behandling i form af en årskontrol?

- Nej
- Ja

Hvis ja, hvor ofte sker det?

- sjældnere end 1 gang om året?
- 1 gang om året?
- 2 eller flere gange om året?

Har I organiseret jer således, at I sikrer, at barnet/den unge med ADD/ADHD kommer til opfølgning?

- Nej
- Hvis ja, hvordan?

Føler du dig tilstrækkelig erfaren til at håndtere opfølgningen af den medicinske behandling med centralstimulerende medicin/atomoxetin til børn/unge med ADHD/ADD? (Uddyb gerne svaret)

- ja
- Nej

Kender du retningslinjen: "Vejledende retningslinje for opfølgning af den medikamentelle behandling hos egen læge" til børn/unge med ADD/ADHD i Region midt?

- Nej
- Ja

Hvis ja, synes du, at retningslinjen er anvendelig i den daglige praksis, i forhold til den tid, du har til rådighed? (Uddyb gerne svaret)

Ifølge de vejledende retningslinjer anbefales der, at den praktiserende læge ved kontrollerne undersøger og måler forskellige parametre. Udfører du følgende:

BT og pulsmåling?

- Nej
- Ja

Kontrol af vægt/vækstkurve?

- Nej
- Ja

Spørger du ind til trivsel i skole, hjem og fritid?

- Ja
- Nej

Spørger du ind til bivirkninger?

- Nej
- Ja

Spørger du ind til eventuelt misbrug?

- Ja
- Nej

Hvordan vurderer du behandlingseffekten af den medicinske behandling på ADD/ADHD symptomerne hos barnet/den unge? (sæt gerne flere krydser)

- Ud fra oplysninger fra barnet/den unge/forældrene.
- Ved en vurdering af objektiv psykisk?
- Anvendelse af det systematiske spørgeskema – ADHD-RS (Rating Scale)

Har du foretaget justeringer i den allerede eksisterende medicinske behandling for ADD/ADHD, som barnet/den unge er i behandling med?

- Nej
- Ja, uden problemer
- Ja, i samråd med en anden kollega
- Ja, i samråd med børneungepsykiater

Har du prøvet at skifte medicinsk præparat (methylphenidat eller atomoxetin) hos barnet/den unge med ADD/ADHD, i forhold til det præparat de blev udskrevet med?

- Nej
- Ja, uden problemer
- Ja, i samråd med en anden kollega
- Ja, i samråd med børneungepsykiater

Har du taget stilling til, om barnet/den unge i medicinsk behandling for ADD/ADHD, har behov for en medicinpause?

- Nej
- Ja

Hvornår genhenviser du et barn/ung med ADD/ADHD til børne-ungdomspsykiatrien? (Sæt gerne flere krydser)

- Jeg har aldrig genhenvist et barn/en ung
- Ved manglende compliance hos barnet/den unge
- Hvis der opstår bivirkninger
- Ved ønske fra forældre
- Ved misbrug
- Andre årsager (Uddyb svaret)

Ved overtagelse af behandlingsansvaret for barnet/den unge i medicinsk behandling for ADD/ADHD, har du modtaget en eller flere af følgende (sæt gerne flere krydser)

- Blevet kontaktet telefonisk af børne-ungdomspsykiatrien forud for overtagelsen
- Modtaget en skriftlig forespørgsel fra børne-ungdomspsykiatrien
- Modtaget epikrise og behandlingsplan
- Jeg har ikke modtaget noget forud for overtagelsen

I hvilket sundhedsfagligt regi synes du, at børn/unge i medicinsk behandling for ADD/ADHD bør følges?

- I børne-ungdomspsykiatrien eller ved privat praktiserende børne-ungdomspsykiater
- Shared care imellem børne-ungdomspsykiatrien og de praktiserende læger
- Udelukkende ved den praktiserende læge

Oplever du tilstrækkelig adgang til rådgivning fra børne-ungdomspsykiatrien, hvis du har behov for dette?

- Ja
- Nej
- Delvis
- Jeg har aldrig haft brug for rådgivning

**Har du gode ideer til forbedring af samarbejdet mellem børne-
ungdomspsykiatrien og almen praksis?**

Kommentarer

Spørgsmål vedrørende organisering og opfølgning:

- Forsøger at personalet får pt. indkaldt ved medicinbestilling. Endvidere får pt. recept i konsultation.
- Ved medicinbestilling udover ved årskontrollen "fanges" de der ikke allerede er i kontrol. Ved afsluttende notat fra sygehuset tages kontakt til pt. ved opfølgning her.
- Patient indkaldes ved medicinbestilling – årskontrol.
- Medicin må ikke udskrives af andre end fast læge og der holdes øje med tidspunkt før konsultation og løbende.
- Tid bestilles fra gang til gang eller opfordres tid til ved medicinbestilling.
- Der kræves konsultation førend receptfornyelse.
- Giver ny tid til når recept er udløbet, hvis den unge er i medicinsk behandling.
- Forsøger dels aftalebaseret, altså at det er familiens ansvar dels ved søgninger på medicin/diagnose.
- De medgives tid til næste kontrol.
- De får tid med fra gang til gang.
- Organiseret opfølgning: vi gennemgår lister 1 gang om året. Organiseret med aftale fra gang til gang. Sekretærene holder øje med medicinbestilling.
- Ved ok fra børnepsykiatrien, og aftalt opfølgning. Her aftales kommende kontroller, desuden reminder ved sekretæren.
- Årskontroller – nej – følger psykiaters anbefaling ift kontakt.
- Få tid til næste kontrol når de er i lægehuset. Sekretær er opmærksom på årskontrol ved medicinbestilling.
- Ikke systematisk. Men vi tilstræber det, men i forbindelse ved medicin-bestilling at lave opfølgningen og for hver gang lave en ny aftale. Typisk hver 3 måned. Jeg følger ikke børn under 15 år, så vidt jeg husker.
- Reminderliste ved indkaldelse.
- Opfølgning – de får en ny tid med hver gang.
- Det noteres i resume når epikrisen modtages og sættes på indkaldelsesliste hos sekretærer. Ellers findes de ved medicinfornyelse hvis de får ADHD medicin.
- Der bør være lavet resume som beskriver kontroller. Derudover skal der foreligge plan for kontroller som skal følges for at der kan udskrives centralstimulerende medicin.
- Når man læser en epikrise med afslutning fra psykiater, skrives besked til den unge/barnets forældre hvis der står at de kontakter os, gøres der ikke, så tjekker sekretær ved medicinfornyelse om ADHD-kontrol ligesom ved voksne.
- 2 kontroller årligt, 1 ved læge og 1 ved sygeplejerske (hun er specialuddannet)
- Team med sygeplejerske og læge sammen der har ansvaret for den specifikke pt.
- Årskontroller – nej – følger psykiaters anbefaling ift. kontakt.

Spørgsmål vedrørende erfaring og kompetence:

- Føler mig ikke kompetent til at behandle eller kontrollere patienten.
- Grundlæggende mener jeg at behandle børns hjerner medicinsk udvikling er en specialistopgave.
- Erfaring: Oftest er det epikrise som beskriver hvad jeg skal vurdere.
- Jeg føler mig ikke kompetent til at behandle "børnehjerner der stadig vokser"
- Tilstrækkelig erfaring: Hvis ændringer ringer jeg til psykiateren.
- Erfaring: når der er en klar plan.
- Erfaring: Der følger en vejledning fra afd. Når de afsluttes.
- Tilstrækkelig erfaring: både og, mest i forbindelse med behov for medicinændring konfereres eller henviser jeg.
- Tilstrækkelig erfaring: Hvis det handler om videreførelse af aktuell behandling. Ved behandlingsskift vil jeg ikke føle mig fuldt kompetent.

Spørgsmål vedrørende kendskab til vejledning:

- Som alle vejledninger er den omfattende og ikke helt egnet til 15 min konsultation.
- Har ikke fået læst retningslinjen.
- Retningslinjen: Nej den er for omfattende og man når ikke altid omkring det hele.
- Lang retningslinje, men god. Læser den ikke lige op til en årskontrol.
- Enkel praktisk vejledning.
- Retningslinjen – den er for lang. Epikrisen fra psykiatrien bruges – de har ofte en frase med ting der skal kontrolleres.
- Retningslinjen er fin. Vi har brugt den til vores instruks.
- Retningslinje er omfattende ift. min tid.

Spørgsmål vedrørende henvisning tilbage til BUP:

- Henviser ved forværring i tilstanden hvis patienten modtager medicinsk behandling.
- Henviser ved manglende effekt af behandling og dårlig trivsel/ lavt funktionsniveau.
- Henviser ved dårlig effekt af medicinen.
- Henviser ved behov for dosisændringer.
- Henviser ved manglende effekt af behandling.
- Henviser ved forværring af sygdom.
- Genhenviser ved usikkerhed om diagnosen.
- Henviser ved manglende eller utilstrækkelig virkning af medicinen.
- Henviser ved manglende effekt af medicinen.
- Ved behov ændring i medicin genhenviser.

- Henviser ved medicinskift.
- Henviser med henblik på revurdering.
- Henviser ved medicinændring.
- Manglende/aftagende effekt af behandlingen henvises.
- Henviser ved manglende effekt af behandling og medicinjustering.
- Henviser ved ændring i medicinsk behandling.

Spørgsmål vedrørende samarbejde med BUP:

- Meget dårlig kontakt til BU-psykiatere. Ved aldrig hvem der skal kontaktes. Herning eller Århus.
- Har dog brug for at kunne konferere med psykiater med f.eks. behandlingsændring. Jeg synes vi har god mulighed for at spørge speciallæge til råds.
- Jeg oplever ofte, at forældrene føler at de har tilstrækkelig støtte fra ungdomspsykiatrien. De får tit at vide at det ligger i primærsektoren og først og fremmest i kommunalsektoren. Det vil være optimalt med et tværfagligt samarbejde i de 3 sektorer – en fælles udgang.
- Læses og essensen trækkes ud i egen instruks.
- Ved overgang har kollegaer modtaget en skriftlig forespørgsel.
- Årskontrol bør kunne foretages i psykiatrien.
- Mulighed for telefonisk "hotline" ligesom øvrige sygehus afdelinger.

Brev til børneungepsykiatrien

Kære Helle og Anette.

I forbindelse med hoveduddannelsen i Almen medicin skal der laves en forskningsopgave. Vi er i gang med dette, og vores gruppe undersøger, de praktiserende lægers erfaring med opfølgning og medicinsk behandling af børn og unge med ADHD/ADD, efter endt udredning i børneungepsykiatrien eller ved privat praktiserende børneungepsykiater.

Vi har taget udgangspunkt i den retningslinje, som I har lavet. Vi har udarbejdet et spørgeskema, som vi har bedt praktiserende læger i Region Midtjylland om at besvare. Spørgsmålene går på de enkelte anbefalinger i retningslinjerne. Derudover spørger vi til deres erfaring med samarbejdet og evt. forslag til forbedringer.

Vi kunne godt tænke os, at belyse jeres erfaring med samarbejdet med de praktiserende læger, og om I selv har forslag til ændringer. Vi håber, at I vil svare på nedenstående spørgsmål, samt give andre kommentarer såfremt I har det.

1. Hvor mange børn/unge udskrives cirka til almen praksis i gennemsnit pr. måned?
2. Kontakter I almen praksis forud for overtagelsen af barnet/den unge? Hvordan?
3. Oplever I udfordringer ved overdragelsen af patienten til almen praksis? Hvordan?
4. Bliver I kontaktet telefonisk ved medicinske spørgsmål?
5. Hvordan oplever I samarbejdet med almen praksis i denne "Shared care" model?
6. Har I ønsker til forbedringer i samarbejdet?

Vi håber, at I har lyst til at bidrage med jeres input til undersøgelsen. Vi har vedhæftet spørgeskemaet, så I kan se hvad vi spørger til.

Helle, vil du være sød at videresende denne mail til Anette Eefsen, da vi ikke har hendes mailadresse.

Glæder os til at høre fra jer.

Med venlig hilsen
Dorte Vestergård, Laura Schade og Marianne Langmack

Bilag 7	%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1) HU-læge	100,0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ved speciallæge erfaring <5	0,0														
ved speciallæge erfaring >5	0,0														
2) Antal kontakter															
0 stk	71,4	1	1		1		1	1	1	1		1	1	1	
1-2 stk	28,6			1		1					1				1
3-5 stk	0,0														
>5 stk	0,0														
3) Systematisk opfølgning															
ja	57,1		1	1	1	1				1		1		1	1
nej	35,7	1					1	1			1		1		
4) Hvis ja															
<1 gang	14,3				1						1				
1 gang	35,7			1						1		1		1	1
>1 gang	14,3		1			1									
5) Organiseret opfølgning															
ja	50,0			1	1	1				1		1		1	1
nej	42,9	1	1				1	1	1		1				
6) Føler du dig erfaren nok															
ja	28,6		1			1		1							1
nej	71,4	1		1	1		1		1	1	1	1	1	1	
7) kender du retningslinien															
ja	14,3		1			1									
nej	85,7	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1
8) kontrol med BT/puls															
ja	57,1		1	1	1	1				1		1		1	1
nej	21,4						1				1		1		
vægt/højde															
ja	42,9		1		1	1				1				1	1
nej	35,7			1			1				1	1	1		
trivsel															
ja	57,1		1	1	1	1				1	1			1	1
nej	7,1						1								
bivirkninger															
ja	50,0		1	1	1	1					1			1	1
nej	14,3						1			1					
misbrug															
ja	28,6			1	1						1			1	
nej	35,7		1			1	1			1					1
9) Hvordan vurderer du beh effekt															
børn/forældre	50,0			1	1	1				1	1			1	1
obj psykisk	21,4		1		1						1				
systematisk spørgeskema	7,1										1				
10) Justeringer i med															
nej	64,3		1	1	1		1	1	1	1		1		1	
ja uden problemer	0,0														
ja i samråd med kollega	0,0														
ja i samråd med psykiater	21,4					1					1				1
11) Har du skiftet præp															
nej	78,6		1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1
ja uden problemer	0,0														
ja i samråd med kollega	0,0														
ja i samråd med psykiater	7,1					1									
12) stilling til evt medicinpause															
nej	92,9		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ja	0,0														
13) Hvornår genhenviser du?															
aldrig	57,1		1	1	1		1	1	1	1					1
compliance problemer	7,1					1									
bivirkninger	14,3										1		1		
ved ønske fra forældre	14,3					1					1				
ved misbrug	0,0														
andre årsager - kommentar	14,3											1		1	
14) Kontakt ved overtagelse															
telefonisk	0,0														
skriftlig forespørgsel	0,0														
epikrise og behandlingsplan	42,9			1	1	1					1			1	1
ingen kontakt	28,6		1				1			1					1
15) Hvor synes du adhd børn og unge burde følges															
i bu psyk	14,3				1										1
shared care	64,3		1	1		1	1	1	1	1	1			1	1
ved alm praktiserende	0,0														
16) Oplever du tilstrækkelig adgang til rådgivning															
ja	14,3					1									1
nej	0,0														
delvis	35,7		1	1						1	1			1	
aldrig haft behov	21,4				1		1	1							

Bilag 8

Overskrift:

Opfølgning på medikamentel behandling af ADHD hos egen læge.

Der udbedes svar inden 14 dage om egen læge ønsker at varetage den videre opfølgning af den medikamentelle ADHD behandling.

Svar ønskes elektronisk

Diagnoser:

xxxxxx

xxxxxx

(Navn) er udredt ved BUC, Risskov i xxxxxxx med ovenstående diagnoser.

(Navn) har været fulgt ambulant med medikamentel behandling for ADHD.

Er aktuelt i behandling med xxxxxx.

Behandlingen vurderes nu stabil og (Navn) er velbehandlet med god effekt på ADHD-kernesymptomer.

(Navn) ønskes derfor at overgå til videre opfølgning af den medikamentelle behandling ved egen læge. Ved afslutning fremsendes epikrise.

Hvis i samtykker til at modtage patienten, kan I ved medicinspørgsmål kontakte overlæge i ADHD-klinikken på

- tlf. 7847 3168 eller via
- korrespondancebrev til lokationsnummer: 5790001988531

Opfølgningen af børn og unge i medikamentel behandling med centralstimulerende medicin og Atomoxetin (Strattera) anbefales hver 6. måned, hvor man vurderer følgende parametre:

- Om barnet/den unge trives i skole/familie/fritid
- Om der er tilfredsstillende behandlingseffekt, evt. suppleret via spørgeskemaet ADHD-RS, *eller evt. behov for dosisændring.*
- Om der er bivirkninger med særligt fokus på kardielle symptomer (åndenød, hjertebanken, svimmelhed, brystmerter, besvimelse) men også appetit og tics.
- Om der er mistanke om misbrug hos barnet/den unge eller i familien
- Om højde/vægt, puls og blodtryk ligger inden for normalværdier og barnet følger sin vækstkurve
- Om der er behov for fortsat medikamentel behandling
- Om der er behov for at holde pause med den medikamentelle behandling

Der måles objektive værdier, BT, Puls, vægt og højde, og der tages stilling til at de ikke afviger fra normalværdierne og vækstkurverne.

For yderligere information angående vejledning ved opfølgning hos egen læge henvises til link

<http://www.psykiatrien.rm.dk/siteassets/faqfolk/vejledende-retningslinjer-for-opfolgende-behandling-hos-egen-lage-for-born-og-unge.pdf>