

SINTEF A840

RAPPORT

Evaluering av veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD og regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler.

Delrapport I Fylkesmannens erfaringer med regelverket og søknadsprosedyrene

Helle Wessel Andersson

SINTEF Helse

Januar 2007



SINTEF RAPPORT

SINTEF Helse

Postadresse:
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/
7465 Trondheim
Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Evaluering av veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD og regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler

Delrapport I Fylkesmannens erfaringer med regelverket og søknadsprosedyrene

FORFATTER(E)

Helle Wessel Andersson

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. A840	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Anne-Grete Kvanvig	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04197-2	PROSJEKTNR. 78I04830	ANTALL SIDER OG BILAG 40
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\ph\prosjekt\78i07130	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Trond Hatling	
ARKIVKODE E	DATO 18.01.07	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef	

SAMMENDRAG

Rapporten formidler resultater fra en spørreskjemaundersøkelse som er gjennomført ved landets fylkesmannskontorer høsten 2006. Målet har vært å innhente Fylkesmannens erfaringer med de nye retningslinjene og prosedyrene for søknad om tillatelse til å rekvirere sentralstimulerende legemidler.

De fleste fylkesmannskontorene erfarer at retningslinjene og de nye søknadsprosedyrene fungerer godt. Fra noen tilbakemeldes imidlertid om enkelte flaskehals og problemer i søknadsprosessen. Tre forhold som nevnes i forbindelse med generell rekvireringsrett er at søknader mangler dokumentasjon på spesialistkompetanse hos den som søker, at regelverk og søknadsprosedyrer er for dårlig kjent, og at veilederen ikke har lagt opp til tydelige kriterier for tildeling av generell rekvireringsrett.

Når det gjelder søknader om spesiell rekvireringsrett opplever man at søknader er mangelfullt utfylte, at den medisinskfaglige vurderingen mangler, samt at prosedyrene er for dårlig kjent og uklare. Veilederen kritiseres for å mangle opplegg, råd og veiledning for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegen. Det gis i tillegg konkrete forslag til forbedringer av selve søknadsskjemaet.

På landsbasis var det per 07.12.06 i alt 795 leger med generell rekvireringsrett. Det er forholdsvis store forskjeller mellom fylker i antall med generell tillatelse i forhold til totalt antall leger med relevant spesialitet, og i forhold til antall innbyggere. Blant leger som søkte generell tillatelse i 2006 var det en overvekt av spesialister i psykiatri. Basert på rapporteringer fra Fylkesmannen ble det i 2005 søkt om spesiell rekvireringsrett for i alt 3830 pasienter. Det er betydelige forskjeller mellom enkelte fylker i antall pasienter som omfattes av den spesielle rekvireringsretten.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	AD/HD	AD/HD
GRUPPE 2	Diagnostikk	Diagnosis
EGENVALGTE	Behandling	Treatment
	Veileder	Practice guidelines
	Regelverk	Rules for medical treatment

Forord

Som en del av utviklingen av tjenestetilbudet innen psykisk helse har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en veileder for diagnostisering og behandling av barn, unge og voksne med AD/HD. Veilederen skal være til faglig hjelp og kvalitetssikre den diagnostiske vurderingen, og slik bidra til at personer med AD/HD får adekvat behandling og gode oppfølgingstilbud. Videre er regelverket for legers rekvireringsrett til sentralstimulerende legemidler revidert med virkning fra 1. mai 2005. Endringene innebærer at fastleger kan stå for den medisinske behandlingen dersom de har fått rekvireringsrett hos Fylkesmannen, og at voksne med AD/HD har samme rett som barn til behandling med sentralstimulerende midler.

I løpet av perioden 2006 til 2010 skal SINTEF Helse foreta en evaluering av veilederen og det nye regelverket. Evalueringen gjennomføres på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Prosjektet vil i perioden fra 2006 til 2009 gi årlige oppdateringer av kunnskap om hvordan AD/HD diagnostiseres og behandles. Foreliggende rapport er første delrapport i evalueringsstudien.

Prosjektet har en referansegruppe bestående av følgende fagpersoner: fylkeslege Siri Fosse, seksjonssjef Guri Haaland, ass. fylkeslege Odd Herder, rådgiver Bjørg Langeland, overlege Terje Torgersen, overlege Inge Vinje og fastlege Kirsten Østergård. SINTEF Helse retter en takk til samtlige for viktige innspill til studien.

Trondheim 18. januar 2007

Helle Wessel Andersson
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
1.1. Tabelloversikt.....	4
Sammendrag	7
1 Bakgrunn.....	9
1.2. Innledning	9
1.3. Hjelpetilbud og behandlingstiltak i Norge	10
1.4. Medikamentell behandling	11
1.5. Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD.....	11
1.6. Utvikling av retningslinjer for medikamentell behandling av pasienter med AD/HD..	11
1.7. Erfaringer fra prøveperioden med utprøvende behandling	13
1.8. Nye retningslinjer	14
1.9. Rekvireringsrett	15
1.1.1 Generell rekvireringsrett	15
1.1.2 Spesiell rekvireringsrett	15
1.1.3 Fylkesmannens vedtak.....	16
2 Om evalueringsstudien	17
1.10. Om delstudiene i evalueringen	17
1.11. Samarbeid med Fylkesmannens helseavdelinger og leger med rekvireringsrett	19
3 Fylkesmannens erfaringer med regelverk og søknadsprosedyrer	21
1.12. Bakgrunn og problemstillinger	21

1.13.	Metode og materiale.....	21
3.1.1	Spørreskjema om Fylkesmannens erfaringer	21
3.1.2	Opplysninger fra Statens Autorisasjonskontor for Helsepersonell.....	22
1.14.	Resultater	22
3.1.3	Kompetanse hos den/de som behandler søknader om rekvireringsrett	22
3.1.4	Leger med generell rekvireringsrett.....	23
3.1.5	Endringer fra 2005 til 2006 i antall leger som har fått generell rekvireringsrett	25
3.1.6	Spesialitet for leger med generell rekvireringsrett	26
3.1.7	Kvalitet på søknader om generell rekvireringsrett.....	27
3.1.8	Vurdering av prosedyrer for søknader om generell rekvireringsrett.....	27
3.1.9	Pasienter som det er søkt om spesiell rekvireringsrett for.....	29
3.1.10	Spesialitet for leger som har stilt diagnosen AD/HD.....	30
3.1.11	Vurdering av prosedyrer for søknader om spesiell rekvireringsrett.....	31
3.1.12	Kvalitet på søknader om spesiell rekvireringsrett	32
1.15.	Oppsummering og avslutning	34
4	Referanser	37

1.1. Tabelloversikt

Tabell 3.1	Tabell 2.1 Kompetanse hos den /de som behandler søknader om rekvireringsrett.....	22
Tabell 3.2	Fylkesvis oversikt over antall leger med generell rekvireringsrett pr 07.12.06. Prosentandel av leger med relevant spesialitet, og antall per 10 000 innbyggere.	24
Tabell 3.3	Fylkesvis oversikt over spesialitet for leger som har søkt generell rekvireringsrett i 2006.	26
Tabell 3.4	Vurdering av prosedyrer for søknad om generell rekvireringsrett.....	28
Tabell 3.5	Fylkesvis oversikt over antall pasienter det er søkt spesiell rekvireringsrett for i 2005.	29
Tabell 3.6	Spesialitet for fagperson som har stilt diagnosen AD/HD. Seks fylker der Fylkesmannen har disse opplysningene tilgjengelig.	30

Tabell 3.7	Vurdering av prosedyrer for søknad om spesiell rekvireringsrett	31
------------	-----------------------------------------------------------------------	----

Figuroversikt

Figur 3.1	Antall leger som har fått generell rekvireringsrett i hhv 2005 og 2006.	25
-----------	------------------------------------------------------------------------------	----

Sammendrag

Denne undersøkelsen utgjør første delstudie i en evaluering av Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD og regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler. Delstudien har som hovedmål å kartlegge Fylkesmannens erfaringer med det nye regelverket og søknadsprosedyrer for leger som ønsker tillatelse til å rekvirere sentralstimulerende legemidler.

Studien er basert på en spørreskjemaundersøkelse som er gjennomført ved helseavdelingen hos Fylkesmannen høsten 2006. Samtlige av landets 18 fylkesmannskontorer har deltatt i undersøkelsen.

ERFARINGER MED RETNINGSLINJER OG SØKNADSPROSEDYRER FOR GENERELL REKVIRERINGSRETT

De fleste fylkesmannskontorene erfarer at retningslinjene og de nye søknadsprosedyrene fungerer godt. Litt over halvparten av landets 18 fylkesmannskontorer har gitt en utdypet vurdering i forhold til dette. Fra noen tilbakemeldes det om enkelte flaskehalsar og problemer i søknadsprosessen. Tre forhold som nevnes i forbindelse med generell rekvireringsrett er at søknader mangler dokumentasjon på spesialistkompetanse hos den som søker, at regelverk og søknadsprosedyrer er for dårlig kjent, og at veilederen ikke har lagt opp til tydelige kriterier for tildeling av generell rekvireringsrett.

ERFARINGER MED RETNINGSLINJER OG SØKNADSPROSEDYRER FOR SPESIELL REKVIRERINGSRETT

Ved seks fylkesmannskontorer mener man at prosedyrene for søknader om spesiell rekvireringsrett bare fungerer "sånn passe". Et kontor beskriver sine erfaringer som "dårlige". De øvrige vurderer prosedyrene som "godt" fungerende. Eksempler på flaskehalsar er mangelfullt utfylte søknadsskjema. Skjemaene mangler gjerne opplysninger om hvem som er faglig ansvarlig spesialist, og en medisinskfaglig vurdering. Det tilbakemeldes for øvrig at veilederen ikke presiserer tydelig nok at spesialist skal stå for denne vurderingen. Fylkesmannen har også identifisert enkelte svakheter ved selve søknadsskjemaet, som uklarhet om hvilken lege som skal underskrive nederst på skjemaet, informasjon om hvilket tidsrom det søkes rekvireringsrett for, samt behov for et felt til å fylle ut adresse til den pasienten det søkes for. Man opplever også problemer med at prosedyrene er uklare og for lite kjent, samt at leger ikke vet hvor de kan finne søknadsskjemaet. Veilederen kritiseres for å mangle opplegg, råd og veiledning for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegen.

OMFANG AV SØKNADER OM GENERELL REKVIRERINGSRETT

På landsbasis var det pr 07.12.2006 i alt 795 leger med generell rekvireringsrett. Med unntak av fire fylker er antallet leger som fikk generell rekvireringsrett høyere i 2005 enn i 2006. Det er forholdsvis store forskjeller mellom fylkene i forhold til hvor stor andel leger med generell rekvireringsrett utgjør av den totale gruppen leger i fylket med relevant spesialitet. Tilgjengeligheten til lege med generell rekvireringsrett, målt som antall leger per

10 000 innbygger, er best i Oslo, Sør- Trøndelag og Troms, og dårligst i Vestfold og Hedmark.

SPESIALITET FOR LEGER SOM SØKER OM GENERELL REKVIRERINGSRETT

Ved 15 av landets fylkesmannskontorer har man tilgjengelig opplysninger om spesialitet for leger som søkte generell rekvireringsrett. Blant leger som søkte generell tillatelse i 2006 var det en overvekt av spesialister i psykiatri. Søkere med spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri er fraværende i fire av fylkene. Dette kan skyldes at det var en overvekt av spesialister i barne- og ungdomspsykiatri blant de som søkte generell tillatelse i 2005.

ANTALL PASIENTER SOM OMFATTES AV SPESIELL REKVIRERINGSRETT

I 2005 ble det i følge tall innrapportert fra Fylkesmannen søkt om spesiell rekvireringsrett for til sammen 3830 pasienter. Det er betydelig variasjon mellom enkelte fylker i forhold til volumet av slike søknader. Det er også stor geografisk variasjon i forhold til hvor stor andel barn og unge utgjør av den totale gruppen det søkes spesiell rekvireringsrett for.

SPESIALITET FOR LEGER SOM HAR STILT DIAGNOSEN

Bare seks av de 18 fylkesmannskontorene har tilgjengelige opplysninger om spesialitet for leger som har stilt diagnosen for pasienter det ble søkt spesiell rekvireringsrett for i 2005. I fem av disse fylkene er AD/HD- diagnosen vanligvis stilt av spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Dette indikerer også at de fleste søknadene gjelder barn og unge. I ett fylke er de fleste diagnostisert av spesialist i psykiatri. Det forekommer at diagnose stilles av fagpersoner som mangler den formelle kompetansen.

AVSLUTNING

Denne undersøkelsen viser at det er forholdsvis stor variasjon mellom fylker, både når det gjelder tilgang til leger med generell rekvireringsrett, og omfang av pasienter som omfattes av den spesiell rekvireringsordningen. Det er følgelig behov for å undersøke nærmere hva som forklarer disse geografiske forskjellene. Mulig årsaker kan være variasjoner i forekomst av diagnosen AD/HD og/eller ulik praktisering av prosedyrer og regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler. Det kan også handle om geografiske forskjeller i spesialisters vilje til å gå inn i fagfeltet, og ulik arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten når det gjelder oppfølging av pasientgruppen.

Resultatene viser også at landets fylkesmannskontorer har noe ulike erfaringer med søknadsprosedyrene og regelverket. Mens erfaringer med søknader om generell rekvireringsrett stort sett er positive, er tilbakemeldingene i forhold til søknader som spesiell tillatelse noe mer blandet. Store variasjoner mellom fylkesmannskontorene i forhold til omfang av søknader som returneres, er ett av flere resultat i foreliggende rapport som indikerer at regelverket praktiseres ulikt. Som foreslått av en av respondentene i undersøkelsen, kan det være hensiktsmessig å arrangere et seminar eller møte mellom saksbehandlere ved landets fylkesmannskontor og Sosial- og helsedirektoratet, der man utveksler erfaringer og orienter hverandre om hvordan regelverket praktiseres, samt enes om en enhetlig praksis.

1 Bakgrunn

1.2. Innledning

AD/HD er den hyppigst forekommende diagnosen blant barn og unge som er henvist til psykisk helsevern i Norge (SINTEF Helse, 2006). Bekymring i forhold til det økende antall barn og unge som får diagnosen har kommet til uttrykk gjennom en rekke oppslag i norske aviser de siste årene. I internasjonale studier finner imidlertid liten evidens for overdiagnostisering og overmedisinering av barn og unge (Goldman, et al., 1998; Efron, 2006). Det foreligger per i dag ikke norske publiserte studier som belyser disse problemstillingene.

Tvert i mot har en del av den nyere forskningen rundt AD/HD problematikk pekt på at det er en underdiagnostisering av barn og unge (Sayal, Goodman & Ford, 2006), og at dette spesielt gjelder for jenter (Foy & Earls, 2005; Nøvik et al., 2006). Det kan være flere årsaker til underdiagnostisering. Forhold som gjentatte ganger nevnes som aktuelle barrierer er problemer med å identifisere og akseptere symptomene som AD/HD relatert problematikk, samt mangelfull henvisningskompetanse blant lærere og personell i primærhelsetjenesten (Foy & Earls, 2005).

Blant AD/HD -forskere har det også de siste 5-10 årene vært stor interesse for mer kliniske og behandlingsrelaterte problemstillinger, herunder utfordringer relatert til identifikasjon og behandling av komorbide tilstander (for eksempel Goldman et al., 1998; Donnelly, 2006). I arbeidet med å utvikle gode og adekvate tiltak for barn og unge AD/HD har man lagt vekt på betydningen av samarbeid og samhandling mellom involverte aktører og instanser, og spesielt nødvendigheten av god interaksjon mellom skolen og de øvrige instansene. Dette samarbeidet har av forskere blitt beskrevet som essensielt blant annet for å unngå press fra foreldre og skole om medikamentell behandling av barn med AD/HD symptomer (Foy & Earls, 2005).

Nytten av den medikamentelle behandlingen av AD/HD har i dag stor aksept blant behandlere. Samtidig er man oppmerksom på at medikasjon krever oppfølging, og at andre psykososiale tiltak er svært viktige å iverksette i forhold til psykososial fungering (Efron, 2006; Brown et al., 2005). Forskere har vist at atferdsterapi alene bare har en begrenset effekt på symptomene, men at denne terapiformen i kombinasjon med medikasjon kan ha en positiv virkning på funksjonsnivået, samt bidra til å redusere det medikamentelle behovet (Brown et al., 2005).

Det er antatt at en - til to tredjedeler av barn som får diagnosen AD/HD fortsatt vil ha symptomer i voksen alder, og at dette utgjør 1-6 prosent av den voksne befolkningen (Wender, Wolf & Wasserstein 2001; Thomsen, 2005). Problemer assosiert med AD/HD hos voksne omfatter plager som følge av symptomene, reduserte muligheter for å fungere i arbeidslivet, samt problemer med opprettholde stabile relasjoner til andre mennesker. Voksne med AD/HD er i økt risiko for å utvikle komorbid angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Tilstanden er også ofte assosiert med alkohol- og rusmiddelmissbruk (Asherson, 2005; Torgersen, Gjervan & Rasmussen, 2006).

Internasjonal forskning viser at mange voksne med AD/HD ikke blir identifisert av helsetjenesten, eller blir møtt av aktører i hjelpeapparatet som er lite kjent med tilstanden i voksen alder. Som et resultat av dette blir mange feildiagnostisert (Montano, 2004). Behandlingstilbudet for voksne med AD/HD består vanligvis av medikamentell behandling, som har vist seg å være effektiv for om lag 70 % av tilfellene (Asherson, 2005). Psykoterapeutiske intervensjoner er andre viktige behandlingstiltak (Asherson, 2005). Som ledd i et helhetlig behandlingstilbud, er det viktig at den voksne mottar sosial støtte og hjelp til å skape struktur og overblikk i hverdagen (Thomsen, 2005).

1.3. Hjelpetilbud og behandlingstiltak i Norge

I de seneste årene har det i Norge pågått en viktig debatt om hjelpetilbud og behandlingstiltak for barn og unge med AD/HD. Basert på tilbakemeldinger om at tilbud om diagnostisering og behandling av AD/HD var geografisk ulikt fordelt, at tjenestetilbudene fremsto som uoversiktlige og fragmenterte og med en uklar ansvarsfordeling mellom involverte instanser, startet helsemyndighetene i 2002 et omfattende arbeid for å bedre tilbudene til pasientgruppen. Sosial – og helsedirektoratet fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å foreta en gjennomgang av tilbudene om diagnostisering og behandling både for barn, unge og voksne. Oppdraget omfattet å legge frem forslag til tiltak for å bedre tilbudene. Sosial- og helsedirektoratet nedsatte i 2002 en arbeidsgruppe i forbindelse med dette oppdraget. Arbeidsgruppen foreslo at man utarbeidet en faglig veileder for diagnostisering og behandling av AD/HD, og at man i tillegg reviderte regelverket for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler.

I forbindelse med oppdraget, og som bidrag til et bedre kunnskapsgrunnlag, ble det gjennomført en nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og unge med hyperkinetisk forstyrrelse/AD/HD (Andersson, Ådnanes & Hatling, 2004). Denne brede kartleggingsundersøkelsen belyste forekomst av diagnosen, kjennetegn ved barn og unge med AD/HD, hvilke tjenester de mottar ved ulike instanser, samt i hvilken grad tjenestetilbudet var tilpasset målgruppens hjelpebehov. Studien anslår at 3141 barn og unge ble diagnostisert i 2002, men at det er store geografiske forskjeller i andel barn og unge som får diagnosen (Andersson, et al., 2004).

Parallelt med helsemyndighetenes arbeid med å bedre tilbudene til personer med AD/HD har det pågått flere relaterte prosjekter. Kvalitetssikringsprosjektet, som er gjennomført i Sør-Trøndelag, har stilt spørsmålet om AD/HD kan diagnostiseres av det lokale hjelpeapparatet. Bakgrunnen for studien er antagelser som at mange barn med AD/HD – problematikk blir "unødvendig henvist til spesialisthelsetjenesten", mens andre, som burde vært identifisert og henvist, ikke blir det. Resultatene viser at det er liten grad av overensstemmelse mellom vurderinger gjort av det lokale hjelpeapparatet og leger i spesialisthelsetjenesten, når det gjelder tentativ AD/HD diagnose, videre utredning og medisinerings av barn med AD/HD. Spørreskjemaundersøkelser og intervju med det lokale hjelpeapparatet viste også at alle leger og andre lokale utredere mente at diagnose måtte settes i spesialisthelsetjenesten. Prosjektgruppen konkluderer med at endelig diagnose og medisinerings må bestemmes i spesialisthelsetjenesten, og at videre utredning må skje i et samarbeid mellom det lokale hjelpeapparatet og spesialisthelsetjenesten (Hugdahl et al., 2005).

I Østfold har det siden 2003 pågått et betydelig utviklingsarbeid i forhold til identifikasjon, utredning, diagnostisering og behandling av AD/HD hos barn og unge (Øgrim et al., 2005). I et prosjektsamarbeid mellom Sykehuset Østfold v/ psykisk helsevern og kommunene i Østfold har en utarbeidet retningslinjer for ulike aktørers rolle i forhold til identifikasjon, henvisning, utredning, diagnostisering og oppfølging av barn og unge med AD/HD. Hvem som gjør hva i forhold til disse prosessene er konkret beskrevet i egne manualer for henholdsvis foreldre, skole / barnehage, PP- tjenesten, fastlege, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevern, og psykisk helsevern (BUP). Fastlege og PP- tjenesten er tillagt roller som lokale nøkkelinstanser i forhold til å samle nødvendig utrednings – og

bakgrunnsmateriale for henvisning til BUP. Fastlegen skal primært vurdere om det finnes andre, somatiske årsaker til barnets vansker. Hvis det er grunn til å gå videre i utredning av AD/HD og tilleggsproblematikk, anbefales det at PP- tjenesten kobles inn (hvis det ikke allerede er gjort). En henvisning til BUP for videre utredning og eventuell diagnostisering bør inneholde både PP-tjenestens og fastlegens vurderinger.

Spesialist i allmenntilleggsproblematikk, eller annen spesialist som kan dokumentere god kunnskap om AD/HD, kan imidlertid innvilges generell rekvireringsrett for sentralstimulerende legemidler. I henhold til retningslinjene i Østfold kan "lettere AD/HD saker" i sin helhet håndteres utenfor spesialisthelsetjenesten" (BUP). I indre Østfold har det de seneste årene eksistert et lokalt tilbud om diagnostisering organisert rundt en områdepediater.

Variierende tilgang på spesialister i primærhelsetjenesten med kunnskap om AD/HD kan bidra til at tilbudet om diagnostisering varierer geografisk (Andersson, Ådnanes & Hatling, 2004).

1.4. Medikamentell behandling

Forekomst av bivirkninger av sentralstimulerende legemidler er høy. De rapporterte bivirkningene er imidlertid lite alvorlige. Kunnskap om langtidseffekter ved bruk av slike legemidler er imidlertid svært begrenset (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005). Disse forholdene gjør at kontroll - og oppfølgingsrutiner er særdeles viktige for å sikre et forsvarlig behandlingstilbud for pasienter med AD/HD (Taylor et al., 2004). I Veilederen legges det vekt på at den medikamentelle behandlingen skal følges av andre aktuelle hjelpetiltak, som f eks foreldreveiledning og skolerelaterte støttetiltak. Det er presisert at behandelende lege må følge pasientene tett opp for å avdekke mangler ved behandlingen, eventuelle bivirkninger, samt for å følge effekt og nytte av behandlingen.

Internasjonalt er det uttrykt bekymring for den økende bruken av sentralstimulerende midler, særlig blant amerikanske barn. Det internasjonale narkotikakontrollrådet (INCB) oppgir i sin årsrapport for 1995 at 3-5 prosent av alle skolebarn i USA behandles med det sentralstimulerende legemidlet metylfenidat (Ritalin). Beregninger antyder at så mye som 10-12% av alle amerikanske gutter i alderen 6-16 år behandles med metylfenidat (St. meld nr. 16, 1996-97).

1.5. Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD

Sosial – og helsedirektoratet presenterte i 2005 Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Et overordnet mål med veilederen er at den skal være til faglig hjelp for helsepersonell som møter pasienter med AD/HD. Veilederen skal bidra til å kvalitetssikre den diagnostiske vurderingen, og slik bidra til at personer med AD/HD får adekvat behandling og gode oppfølgingstilbud. Viktige krav som stilles overfor helsepersonell er at endelig diagnose for AD/HD skal settes i spesialisthelsetjenesten. Videre er det presisert at det alltid skal foretas en somatisk og psykisk helsesjekk for å avklare om pasientens problemer kan ha en annen årsak, og for å avdekke eventuell tilleggsproblematikk som også trenger behandling.

1.6. Utvikling av retningslinjer for medikamentell behandling av pasienter med AD/HD

Ved utarbeidelse av faglige retningslinjer får man et verktøy for å sette standarder for kvalitet i sosial- og helsetjenesten. Faglige retningslinjer er anbefalinger og råd som bygger

på oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene gir uttrykk for hva som er god kvalitet på utgivelsestidspunktet.

De sentralstimulerende legemidlene reguleres av narkotikaforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 1978). Helsemyndighetene opererer derfor med regelverk og retningslinjer for foreskriving av disse midlene. Det er de senere årene utgitt flere reviderte retningslinjer for fremsending av søknader i forbindelse med behandling av personer med AD/HD. Søknader om generell og spesiell foreskrivingstillatelse ble frem til 1. desember 1996 enten behandlet ved Legemiddelkontrollen eller Helsedirektoratet / Helsetilsynet. Fra denne dato fikk fylkeslegene delegert myndighet til å gi foreskrivingstillatelse for legemidlene Dexamin og Ritalin. Denne delegasjonen gjaldt både for generell og spesiell foreskrivingstillatelse, og omfattet også behandling av søknader om tillatelse til fortsatt rekvirering av sentralstimulerende legemidler til disse pasientene etter fylte 18 år, når de hadde behov for det (Statens Helsetilsyn, 2001a). I brevet ble det presisert at foreskrivningsordningen gjaldt de forbudte narkotiske stoffene amfetamin og metylfenidat. Som vedlegg til brevet fulgte retningslinjer for fylkeslegenes behandling av søknader (Statens Helsetilsyn, 2000).

I 1990 var Helsetilsynets standpunkt at man ikke skulle imøtekomme søknader om foreskrivingstillatelse for sentralstimulerende legemidler for personer som fikk diagnosen i voksen alder. Imidlertid, på bakgrunn av at man mottok stadig flere henvendelser og forespørsler vedrørende slik medisinsk behandling, iverksatte Helsetilsynet en vurdering av nytten av slik behandling hos voksne. Faggruppen som utførte denne vurderingen konkluderte med at kunnskapsgrunnlaget var tynt, at voksne kan ha diagnosen, men at tilstanden kan være vanskelig å diagnostisere i voksen alder (Statens Helsetilsyn, 2000).

Basert på funn i internasjonale studier, samt et forslag fremmet av stortingsrepresentant John Alvheim (Dok8, 1996-1997) ble det i 1997, i regi av Statens Helsetilsyn, åpnet for behandling av voksne med AD/HD gjennom etableringen av tre ressursteam, kalt "Sakkyndige team for hyperkinetisk forstyrrelse/AD/HD". De sakkyndige teamene skulle bidra i kvalitetssikring av diagnostikk og behandling av voksne med AD/HD. Tidlig samme år (februar 1997) sendte Helsetilsynet på forespørsel ut retningslinjer for foreskriving av sentralstimulerende legemidler på særlig vilkår hos voksne med AD/HD (Statens helsetilsyn, 2000).

Med etableringen av de sakkyndige teamene ble det også igangsatt en prøveperiode med utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med AD/HD. Et team ble lagt til Trondheim, med ansvar for å betjene befolkningen i helseregion Midt-Norge og Nord-Norge, et team ble plassert i Oslo, for helseregionene Sør og Øst, mens team for Helseregion Vest ble lagt til Bergen.

Prosedyren ved søknad om foreskrivingstillatelse for voksne innebar at spesialist i psykiatri, nevrologi, eller spesialist med annen relevant kompetanse skulle stille diagnosen, samt være ansvarlig for den medikamentelle behandlingen og oppfølgingen av pasienten, i samarbeid med primærlege og andre aktuelle instanser. Spesialisten skulle videre, som trinn to i prosedyrene, sende pasientopplysninger til det sakkyndige teamet som dekket pasientens helseregion. Det sakkyndige teamet skulle da vurdere den diagnostiske utredningen og det foreslåtte behandlingsopplegget, samt konkludere med en til- eller frarådning med hensyn til bruk av sentralstimulerende legemidler. Ved evt. tilrådning kunne spesialist som var ansvarlig for det foreslåtte behandlingsopplegget søke Statens Helsetilsyn om foreskrivingstillatelse. I rundskrivet blir det presisert at vilkårene for foreskriving vil bli revidert og utdypet i samråd med de sakkyndige teamene.

De endelige retningslinjene for foreskriving av medikamentell behandling til voksne med AD/HD ble kunngjort i rundskriv datert februar 1998. Rundskrivet ble sendt til landets leger, somatiske og psykiatriske sykehus, med flere (Statens Helsetilsyn, 1998). I dokumentet orienterer Helsetilsynet om foreskriving av sentralstimulerende legemidler som ledd i behandlingen av voksne med AD/HD. Rundskrivet viser til at den medikamentelle behandlingen i lengre tid har vært anvendt overfor barn med diagnosen, og at man de

senere årene, både internasjonalt og nasjonalt, har diskutert om bruk av sentralstimulerende legemidler også burde inngå i behandlingstilbudet til voksne med AD/HD. I skrivet presiseres de særskilte vilkårene for å kunne foreskrive slike medikamenter til voksne, som blant annet omfatter følgende punkter: i) Det må foretas diagnostikk etter kriterier i ICD-10 (F90), ii) Pasienten må ikke ha et rus- eller alkoholmisbruk, iii) Det må foreligge et opplegg for oppfølging, medisinsk og sosialt tilrettelagt for den enkelte, minimum over ett år, og iiiii) medisinsk effekt og sosial fungeringsevne må registreres.

I rundskrivet redegjøres det i tillegg for de sakkyndige teamenes oppgaver som skal være følgende; a) vurdere spesialistens diagnostiske utredning av enkeltpasienter, b) utrede eller foreta supplerende diagnostisk utredning dersom nødvendig, c) gi råd om foreslått behandlingsopplegg overfor behandlende spesialist, herunder tilrådning (ja/nei) om behovet for å benytte sentralstimulerende legemidler som ledd i behandlingen, d) gi råd underveis i behandlingen, til spesialister som foreskriver sentralstimulerende legemidler, samt e) bistå i vurdering av respons og effekt i forhold til igangsatt utprøvende behandling.

I skrivet presenteres også prosedyren for søknad om foreskrivningstillatelse for sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse /AD/HD. Det presiseres at diagnosen skal stilles av spesialist i psykiatri, nevrologi, eller med annen relevant kompetanse, og at spesialisten er ansvarlig for den medikamentelle behandlingen og oppfølgingen. Spesialisten skal samarbeide med primærlege og andre aktuelle instanser om behandlingsopplegget. Spesialisten skal sende pasientopplysninger til det sakkyndige teamet, som skal kvalitetssikre og vurdere den diagnostiske utredningen og det foreslåtte behandlingsopplegget. Sakkyndig team til- eller fraråder behandling med sentralstimulerende legemidler. Dersom sakkyndig team tilråder behandling med sentralstimulerende legemidler kan spesialisten søke Statens helsetilsyn om foreskrivningstillatelse.

I 2001 følger Statens helsetilsyn opp med et Rundskriv (IK-1/2001), der de redegjør for retningslinjer som gjelder ved fortsatt foreskrivning av sentralstimulerende legemidler til pasienter etter fylte 18 år. Med dette rundskrivet trekker man tilbake fylkeslegens delegerede myndighet til å behandle søknader for denne pasientgruppen, og prosedyrer ved søknad om rekvireringsrett. De nye prosedyrene innebærer at fra 1. mai 2001 skal søknader om rekvireringsrett for pasienter som har fått stilt diagnosen AD/HD i barnealder, og som fortsatt har behov for medikamentell behandling sendes til Statens helsetilsyn. Det presiseres samtidig at slik tillatelse bare gis til spesialist i psykiatri, nevrologi, eller til spesialist med annen relevant kompetanse, og at saken må fremlegges for sakkyndig team for pasientens helseregion.

I rundskrivet redegjøres det også for hvilke opplysninger som må fremgå av den dokumentasjonen som sendes til det sakkyndige teamet. Sakkyndig team vurderer søknaden og gir tilbakemelding til spesialisten som har fremmet søknaden. Det fremgår at teamets vurderinger skal anses som råd. Søknad om tillatelse til å rekvirere sentralstimulerende legemidler skal sendes til Statens helsetilsyn, med uttalelsene fra sakkyndig team vedlagt. I rundskrivet blir det presisert at den vitenskapelige dokumentasjonen for effekt av disse legemidlene er begrenset når det gjelder voksne, og at en derfor må se på den medisinske behandlingen som utprøvende. I en pressemelding fra helsetilsynet samme år (Statens helsetilsyn, 2001b) oppfordres det til forsiktighet ved bruk av sentralstimulerende legemidler til voksne. Det presiseres at sentralstimulerende legemidler er narkotiske stoffer som bare skal brukes som ledd i et sammensatt behandlingstilbud, og at det skal utøves spesiell forsiktighet med foreskrivning til pasienter med psykotiske episoder, alvorlige personlighetsforstyrrelser, kriminalitet og asosial eller voldelig atferd.

1.7. Erfaringer fra prøveperioden med utprøvende behandling

Erfaringer fra prøveperioden, fra 1997 til 2003, med utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med AD/HD (Aanonsen et al., 2004, 2005) viser at det i denne perioden ble henvist 2516 voksne personer for diagnostisk utredning og utprøvende medikamentell behandling. Omfanget av henvisninger var noe ulikt geografisk

fordelt, med relativt flere henvendelser fra instanser i helseregion sør/ øst (8.5 pr. 10 000 innbyggere over 18 år), sammenlignet med helseregionene Vest og Midt/Nord-Norge (hvhv 6,2 og 5,1 pr. 10 000 innbyggere over 18 år ¹). I løpet av de seks årene ble det på landsbasis gitt tilrådning til behandlingstillatelse for i alt 1712 voksne pasienter. Rapport fra forsøksperioden indikerer en anslagsvis årlig etterspørsel etter medikamentell behandling for 600 voksne.

1.8. Nye retningslinjer

I brev fra Sosial- og helsedirektoratet adressert til helsedepartementet (2003) ble det vist til at de gjeldende vilkårene for behandling med sentralstimulerende medikamenter for voksne med AD/HD kunne oppleves som strenge, av og til for strenge. Dette gjaldt blant annet kravet om at lege måtte ha spesialistkompetanse for å søke om foreskrivingstillatelse. Det ble presisert at et slikt krav i praksis var vanskelig å gjennomføre på grunn av manglende kompetanse og kapasitet blant spesialistene. I brevet ble det videre fremhevet at regelverket i hovedsak gjaldt den medikamentelle siden av behandlingstilbudet, og at det er viktig å også legge vekt på pasientgruppens behov for psykososial oppfølging. Det ble understreket at den medikamentelle behandlingen måtte følges av ledsagende hjelpetiltak.

På bakgrunn av dette foreslo Sosial og helsedirektoratet at det ble utarbeidet ensartede retningslinjer for iverksetting av medikamentell behandling av personer med AD/HD (barn, unge, voksne), og at det i tillegg ble utarbeidet en utrednings- og behandlingsveileder for målgruppen. I de nye retningslinjene legger man vekt på at regelverket skal være enklere og tydeligere, at det fremdeles må stilles strenge krav til de diagnostiske kriteriene for iverksetting av behandling, og at regelverket bør omfatte en beskrivelse /veiledning av psykososiale behandlingstiltak i tillegg til medikasjon.

I hørings svar vedrørende rundskriv for rekvirering av sentralstimulerende legemidler som ledd i behandling av barn, unge og voksne pasienter med hyperkinetiske forstyrrelse /AD/HD og narkolepsi (Statens Helsetilsyn, 2005), adressert til Sosial – og helsedirektoratet, uttrykker Helsetilsynet at de ser det som hensiktsmessig at retningslinjer for søknader om foreskrivingstillatelse forenkles og samordnes. Helsetilsynet understreker samtidig at endelig diagnostisk vurdering av AD/HD, hvor medikamentell behandling angis, som hovedregel bør være en spesialistoppgave.

I brev datert 21.04. 2005, adressert til landets fylkesmenn, gir Sosial – og helsedirektoratet landets fylkesmenn i oppdrag å behandle søknader om rekvireringsrett til sentralstimulerende legemidler for pasienter med AD/HD. Sosial- og helsedirektoratet delegerer med dette en begrenset del av sin myndighet til å gi tillatelse til bruk av narkotika (jfr. Forskrift om narkotika m.v. (Narkotikalisten) av 30. juni 1978 nr 8 § 4) til fylkesmannskontorene. I brevet blir det orientert om at den nye ordningen erstatter tidligere retningslinjer utgitt av Sosial – og helsedirektoratet (av 9. oktober, 1996; rundskriv IK-8/98 og IK-1/2001). Sosial og helsedirektoratet begrunner omleggingen av regelverket med at en ønsker å gjøre behandling som omfatter bruk av sentralstimulerende legemidler mer tilgjengelig for pasienter med AD/HD som kan ha god effekt av dette. Det nye regelverket representerer en forenkling i forhold til tidligere ordninger, ved at rekvireringsrett nå gjelder både for barn, ungdom og voksne. Regelverket har på denne måten blitt mer helhetlig.

Det nye regelverket trådte i kraft 01.05. 2005. Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD ble utgitt i november 2005. Det forelå en revidert versjon av veilederen 30.06. 2006. Det nye regelverket for legers rekvireringsrett av sentralstimulerende legemidler presenteres som Vedlegg 1 i Veilederen. Den nye ordningen skal prøves ut i fem år, og eventuelt revideres på grunnlag av nyere forskning og evalueringresultater.

¹ Basert på folketall pr 1. januar 2003 (SSB)

1.9. Rekvireringsrett

Regelverket for legers rekvireringsrett til sentralstimulerende legemidler ble revidert med virkning fra 1. mai 2005. Endringene gjør at fastleger kan stå for den medisinske behandlingen, dersom de har fått rekvireringsrett hos Fylkesmannen, og at voksne pasienter har samme rett som barn til behandling med sentralstimulerende midler. Rekvireringsretten er, med det nye regelverket, ikke lenger knyttet til at oppfølgingen skjer under formell veiledning av navngitt spesialist, kun at diagnosen er stilt eller bekreftet av godkjent spesialist.

Reglene for igangsetting og oppfølging av behandling med sentralstimulerende legemidler følger som vedlegg 1 i Veilederen; 1) Behandling kan iverksettes i spesialisthelsetjenesten; 2) Behandling kan iverksettes i primærhelsetjenesten under veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Sosial – og helsedirektoratet har sendt et oppdrag til Fylkesmannen om hvilke krav som skal stilles for at leger skal få tillatelse til å rekvirere sentralstimulerende midler. For å få rekvireringsrett stilles det som en forutsetning at diagnostisering av AD/HD er gjennomført med de anbefalinger som er gitt i Veilederen. Søknad om rekvireringsrett utformes på standard søknadsskjema som er tilgjengelig fra Sosial – og helsedirektoratets nettside (www.shdir.no/psykisk).

Rekvireringsretten gjelder for barn, unge og voksne med diagnosen AD/HD og/ eller diagnosen narkolepsi. Det er mulig å få rekvireringsrett (generell eller spesiell) med gyldighet frem til 01.05. 2011.

1.1.1 Generell rekvireringsrett

Følgende krav legges til grunn for å få generell rekvireringsrett:

For å få generell rekvireringsrett kreves som hovedregel spesialistkompetanse innen barne- og ungdomspsykiatrien, barnesykdommer, psykiatri eller nevrologi. Det kan etter søknad gis en generell rekvireringsrett også til leger med annen relevant spesialistkompetanse, og til leger som mangler formell kompetanse, men hvor kompetanse er opparbeidet på annen måte enn gjennom den formelle spesialistutdanningen. Det gjelder også reell kompetanse i motsetning til formell kompetanse. Fylkesmannen vurderer om den kompetansen det søkes på grunnlag av er relevant for behandlingen av den diagnosegruppe det søkes for. Det kan legges vekt på at legen har hatt slik rekvireringsrett tidligere. All kompetanse må dokumenteres. (Brev datert 21.04. 2005 fra Sosial- og helsedirektoratet til landets fylkesmenn, side 2; Veileder IS-1244, Sosial og helsedirektoratet, Vedlegg 1 side 25 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

1.1.2 Spesiell rekvireringsrett

Fastlege, eller annen lege, kan søke Fylkesmannen om spesiell rekvireringsrett til enkeltpasient, eventuelt med spesialist som veileder. Ordningen gjelder alle aldersgrupper. I søknadsskjemaet om spesiell rekvireringsrett skal navn på spesialist som stilte diagnosen fremgå. Når pasienten fyller 18 år skal fortsatt foreskrivning vurderes av oppfølgende lege i samarbeid med pasienten.

I følge de nye retningslinjene skal ikke sakkyndige team lenger kvalitetssikre legenes diagnostiske vurderinger for pasienter over 18 år. Dette medfører at Fylkesmannen ikke lenger krever anbefaling fra Sakkyndig team eller samtykkeerklæringer som vedlegg til søknad om spesiell rekvireringsrett.

Søknad om rekvireringsrett skal sendes til det fylket legen har sin praksis. Den spesielle tillatelsen gis på kriterier som blant annet omfatter veiledning fra spesialisthelsetjenesten og tett oppfølging i oppstartsfasen. Følgende krav legges til grunn for å få spesiell rekvireringsrett:

Du kan søke om spesiell rekvireringsrett til behandling av enkeltpasienter. Pasientens navn og fødselsnummer skal fremgå av søknaden. Det skal oppgis navn på den spesialist som har diagnostisert pasienten og tidspunkt for diagnosen. Den enkelte søknad kan bare gjelde en pasient. (Brev datert 21.04. 2005 fra Sosial- og helsedirektoratet til landets fylkesmenn, side 2; Veileder IS-1244, Sosial og helsedirektoratet, Vedlegg 1 side 25).

1.1.3 Fylkesmannens vedtak

På bakgrunn av søknaden skal Fylkesmannen fatte et skriftlig vedtak som bekrefter rekvireringsretten. Kopi av vedtak om generell rekvireringsrett skal sendes til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Hvis leger fraskriver seg den generelle rekvireringsretten skal Fylkesmannen informere Statens autorisasjonskontor om dette.

Når det gjelder vedtak om spesiell rekvireringsrett skal pasientens navn og fødselsnummer fremgå, og det skal utformes ett vedtak for hver enkelt pasient.

Fylkesmannen skal i tillegg rapportere overfor Sosial og helsedirektoratet en gang pr. år (pr 1. februar) en oversikt over antall leger som har fått henholdsvis generell og spesiell rekvireringsrett.

2 Om evalueringsstudien

Evalueringen skal gjennomføres i perioden fra 2006 til 2009 og skal besvare følgende overordne problemstillinger:

- Bidrar veilederen og regelverket til at behandlingen med sentralstimulerende legemidler er forsvarlig?
- Bidrar veilederen til at diagnose blir satt etter de fastsatte kriteriene?
- Er det nye regelverket forståelig?
- Fungerer veilederen og regelverket helhetlig, - er pasientens livsperspektiv ivaretatt?
- Bidrar veileder og regelverk til bedre tilbud om diagnostisering og behandling for pasienter med AD/HD?

Evalueringen består av følgende fire delstudier; A) Fylkesmannens erfaringer med veileder og regelverk; B) Brukernes erfaringer med veileder og regelverk; C) Legers erfaringer med veileder og regelverk D) Kartlegging av tiltak for pasienter med AD/HD. I perioden fra 2006 til 2009 vil det årlig bli presentert rapporter fra disse delstudiene. En samlet rapport og sluttevaluering vil bli lagt frem i 2010.

1.10. Om delstudiene i evalueringen

A. Fylkesmannens erfaringer med veileder og regelverk

Fylkesmannens helseavdelinger er gitt myndighet til å behandle søknader om rekvireringsrett for sentralstimulerende legemidler som ledd i behandling av pasienter med AD/HD. Fylkesmannen vil derfor få erfaringer med hvordan det nye regelverket og søknadsporsedyrene fungerer. Det gjennomføres en delstudie i 2006, og en oppfølgende undersøkelse i 2009.

Kapittel 3 i denne rapporten gir nærmere beskrivelser av metode, problemstillinger og gjennomføring, samt resultater fra studien som er gjennomført i 2006.

B Brukernes erfaringer med veileder og regelverk

Veilederen skal være til nytte for pasienter med AD/HD og deres familier (jfr. Veilederens pkt 2.1 Målgruppe). Det er derfor viktig at Veilederen er utformet på en slik måte at den er forståelig og oppleves som hensiktsmessig for brukerne. I relasjon til dette søker vi å besvare følgende problemstillinger:

- Er veileder og regelverk forståelig for pasienter med AD/HD og deres familier?
- Opplever brukerne at Veilederen og regelverket er helhetlig; er pasientens livsperspektiv ivaretatt?
- Opplever brukerne at Veileder og regelverk bidrar til at pasienter med AD/HD får et bedre tilbud om diagnostisering og behandling?

Delstudien er basert på to fokusgruppeintervju med 10 brukere/brukerrepresentanter. Undersøkelsen gjennomføres i 2007.

C Legers erfaringer med veileder og regelverk

I denne delstudien rettes fokus mot leger som har rekvireringsrett for pasienter med AD/HD. Gjennom denne delstudien søker vi å besvare følgende problemstillinger:

- Hvordan er legenes erfaringer med bruk av Veilederen?
- Hvilke erfaringer har legene i forhold til de diagnostiske vurderinger som er gjort i primærhelsetjenesten?
- Hvilke erfaringer har legene med søknadsprosedyrene for rekvireringsrett?
- Hvordan opplever leger med spesiell rekvireringsrett at veiledning og oppfølgingsrutinene fra spesialisthelsetjenesten fungerer?
- Opplever legene at regelverket er helhetlig, og at livsperspektivet (barn, ungdom, voksne) dekkes?

Delstudien er basert på en spørreskjemaundersøkelse blant leger og legespesialister, som i løpet av perioden fra 2005- 2007 har fått generell eller spesiell rekvireringsrett. Studien gjennomføres i 2008.

D Kartlegging av tiltak for pasienter med AD/HD

Veilederen er ment å være et hjelpemiddel i de avveininger som fagpersoner må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i behandlingstilbudet. Ved å følge rådene i Veilederen kan en sikre at lovverkets krav til faglig forsvarlighet oppfylles. Veilederen anbefaler at personer som har stor nytte og god effekt av behandling av sentralstimulerende midler bør få slik behandling, i tillegg til andre behandlingstilbud. Dette innebærer at legenes rolle i behandling av pasienter med AD/HD ikke bare vil dreie seg om foreskrivning av medisiner, men også innebære deltagelse i et tverrfaglig samarbeid med andre instanser for å sikre at pasienten får et helhetlig tilbud.

I delstudien reises følgende problemstillinger:

- I hvilken grad følges de anbefalte komponenter i veilederen ift utredning/ diagnostisk undersøkelse?
- I hvilken grad utarbeides behandlingsplaner?
- I hvilken grad utarbeides individuelle planer?
- Hvilke kontroll - og oppfølgingsrutiner eksisterer ifbm foreskrivning av medikamenter?
- I hvilken grad samhandler legene med andre deler av tjenesteapparatet vedrørende tiltak for pasientene?
- I hvilken grad er det iverksett andre supplerende hjelpetilbud / tiltak for pasienter med AD/HD?
- Hvordan fungerer veiledningen fra spesialisthelsetjenesten for leger med spesiell rekvireringsrett?
- Er det geografiske forskjeller mht iverksatte tiltak?
- Er retningslinjene helhetlige, ivaretas livsperspektivet?

Vi vil gjennomføre en tverrsnittsregistrering blant leger der vi kartlegger det helhetlige tilbudet på individnivå for pasienter som mottar medikamentell behandling. Studien vil bli gjennomført i 2009.

1.11. Samarbeid med Fylkesmannens helseavdelinger og leger med rekvireringsrett

Det er lagt vekt på at evalueringen skal gjennomføres i samarbeid med Fylkesmannens helseavdelinger og leger som har rekvireringsrett. For å ivareta dette er det opprettet en referansegruppe for prosjektet.

Vi rekrutterte medlemmer til referansegruppen ved å sende et brev til samtlige fylkesmannskontor, der vi orienterte om evalueringsstudien og den forestående datainnhenting. Vi ba hvert fylkesmannskontor tilbakemelde navn og kontaktinformasjon for en representant som kunne delta i referansegruppen. I tillegg ba vi om forslag til leger med rekvireringsrett som kunne forespørres om det samme. Dersom vi mottok navneforslag på flere enn vi faktisk trengte, ville vi foreta en trekning blant de som hadde meldt seg.

Vi mottok positive svarbrev på vår forespørsel fra Fylkesmannen i Nordland, Vestfold, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Finnmark, Troms, Østfold og Oslo og Akershus. Samtlige av disse fylkesmannskontorene kunne navngi en representant som var villig til å sitte i en referansegruppe for evalueringsprosjektet. Basert på en tilfeldig utvelgelsesprosedyre ble representantene fra Fylkesmannen i Nordland, Østfold og Oslo- og Akershus valgt ut til deltagelse i gruppen.

Det var kun fylkesmannskontoret i Nordland som presenterte forslag til kandidat fra de foreskrivende legene. Den foreslåtte var en av svært få allmennleger som hadde fått generell rekvireringsrett. Hun takket ja til vår forespørsel om å delta i referansegruppen. I vår søken etter å rekruttere flere leger med rekvireringsrett til referansegruppen, kontaktet vi Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi. Fra en overlege tilknyttet kompetansesenteret mottok vi tips om to aktuelle leger. Begge takket ja på vår forespørsel om å delta i referansegruppen. Begge representerer leger med generell rekvireringsrett. De er ansatt som overleger i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern for henholdsvis barn/unge og voksne.

Referansegruppen for evalueringsprosjektet består altså av tre representanter fra Fylkesmannens helseavdelinger, samt tre leger med generell rekvireringsrett, hvorav en jobber som fastlege og to jobber i spesialisthelsetjenesten. Gruppens mandat er å delta i diskusjoner rundt metode og gjennomføring av de ulike delstudiene, samt i diskusjon av resultater. Det skal avholdes årlige møter med referansegruppen i løpet av prosjektperioden, fra 2006 til 2009. Et første møte med gruppen ble avholdt i september 2006.

3 Fylkesmannens erfaringer med regelverk og søknadsprosedyrer

1.12. Bakgrunn og problemstillinger

Fra 1. mai 2005 har helseavdelingen hos fylkemannen myndighet til å behandle søknader om rekvireringsrett for sentralstimulerende legemidler.

I denne delstudien fokuserer vi på Fylkesmannens erfaringer med det nye regelverket og søknadsprosedyrene. Vi reiser følgende problemstillinger:

- Hva er omfanget av søknader om generell rekvireringsrett?
- Hvilken spesialitet har leger som søker generell rekvireringsrett?
- Hva er omfanget av søknader om spesiell rekvireringsrett?
- Hvilken spesialitet har leger som stilte diagnosen for pasienter det søkes for?
- Er det geografiske variasjoner i omfang av søknader om rekvireringsrett?
- Hvordan vurderer Fylkesmannens retningslinjene for søknader om rekvireringstillatelse for behandling med sentralstimulerende midler?
- Hva er Fylkesmannens erfaringer med søknadsprosedyrene?
- Opplevs flaskehals og problemer i forbindelse med behandling av søknader om rekvireringstillatelse?

1.13. Metode og materiale

3.1.1 Spørreskjema om Fylkesmannens erfaringer

Opplysninger om Fylkesmannens erfaringer er innhentet ved bruk av et semistrukturert spørreskjema. Skjemaet ble utarbeidet i samråd med prosjektets referansegruppe, og hadde følgende tittel: *"Skjema for kartlegging av Fylkesmannens erfaringer med prosedyrer og regelverk for søknader om rekvireringsrett for sentralstimulerende legemidler i behandling av pasienter med AD/HD"*.

Spørreskjemaet hadde både oppgitte svaralternativer og åpne spørsmål. Ved å svare på de åpne spørsmålene fikk respondenten anledning til å gi utdypende informasjon og vurdering av de aktuelle tema

I første del av skjemaet stilte vi to overordnede generelle spørsmål, om hvordan prosedyrene for henholdsvis generell og spesiell rekvireringsrett fungerer. Spørsmålene

hadde fem svaralternativer; "svært godt", "godt", "sånn passe", "dårlig" og "svært dårlig". I tillegg ba vi om en utdyping av svaret i et eget fritekstfelt.

I skjemaets andre del stilte vi seks spørsmål knyttet til søknader om generell rekvireringsrett. Spørsmålene omhandlet volumet av leger med generell rekvireringsrett, deres spesialitet, samt kvalitet på de søknadene som er mottatt. Når det gjelder spørsmål relatert til antall leger med generell rekvireringsrett var det mulig å sette kryss for "Opplysninger er ikke tilgjengelig".

I tredje del av spørreskjemaet stilte vi tilsvarende spørsmål vedrørende søknader om spesiell rekvireringsrett. For å få et uttrykk for omfanget av søknader om spesiell rekvireringsrett har vi imidlertid stilt spørsmål om antall pasienter det blir søkt for, - ikke antall leger som søker. Dette har vi gjort etter råd fra prosjektets referansegruppe. Begrunnelsen er at Fylkesmannen har tilgjengelig opplysninger om omfanget av pasienter som omfattes av den spesielle rekvireringsordningen, - og at det vil medføre et betydelig å skulle fremskaffe opplysninger om antall leger som søker.

Skjemaet ble besvart og returnert fra samtlige av landets 18 fylkesmannskontorer. De har imidlertid i varierende grad benyttet anledningen til å gi informasjon ut over de oppgitt spørsmålene og svaralternativene.

3.1.2 Opplysninger fra Statens Autorisasjonskontor for Helsepersonell

Som et supplement til spørreskjemaundersøkelsen innhentet vi opplysninger fra Statens Autorisasjonskontor for Helsepersonell over antall leger med generell rekvireringsrett for sentralstimulerende legemidler.

1.14. Resultater

3.1.3 Kompetanse hos den/de som behandler søknader om rekvireringsrett

Tabellen under gir en oversikt over hvilken kompetanse den eller de som behandler søknader om rekvireringsrett for pasienter med AD/HD som Fylkesmannen mottar.

Tabell 3.1 Tabell 2.1 Kompetanse hos den /de som behandler søknader om rekvireringsrett.

Kompetanse hos søknadsbehandler(e)	Antall fylkesmannskontorer
Konsulent/merkantil + lege/fylkeslege	7
Lege/fylkeslege	4
Samfunnsviter + lege	1
Sykepleier + lege	1
Sosionom + lege	1
Sosionom + sykepleier + ass. fylkeslege	1
Lege, spesialitet i psykiatri	1
Lege, spesialist i nevrologi	1
1. konsulent m/ bachelorgrad i politikk og samfunnsendring + helserett	1
Totalt	18

Med unntak av ett fylkesmannskontor oppgir samtlige at personell med legekompentanse deltar ved behandling av søknader om rekvireringsrett. Tilbakerapporteringen viser at det er vanlig at merkantilt personell behandler søknaden, og at lege godkjenner og signerer denne.

3.1.4 Leger med generell rekvireringsrett

Statistikk fra Statens Autorisasjonskontor for Helsepersonell gir en fylkesvis oversikt over antall leger med generell rekvireringsrett for sentralstimulerende legemidler. Helsepersonellregisteret viser dagssituasjonen. I dette tilfellet er det antall leger med rekvireringsrett per 07.12.06 (Tabell 2.2). Som et grunnlag for en fylkesvis sammenligning har vi beregnet hvor stor andel leger med generell tillatelse utgjør av det totale antall leger med relevant spesialistkompetanse. Leger med relevant spesialistkompetanse omfatter leger med spesialitet i hhv barne- og ungdomspsykiatri, barnesykdommer, psykiatri eller nevrologi. Disse spesialitetene representerer de som man som *hovedregel* må ha for å generell rekvireringsrett. Leger med generell rekvireringsrett kan imidlertid også omfatte leger under spesialisering, samt leger med *annen* relevant spesialistkompetanse (jfr. regelverk for legers rekvireringsrett av sentralstimulerende legemidler, Sosial- og helsedirektoratet, 2005, vedlegg 1). En må derfor ta forbehold om at beregningen har usikkerhetsmomenter i forhold til den geografiske sammenligningen. Tabellen viser også antall leger med generell rekvireringsrett per 10 000 innbyggere.

Tabell 3.2 Fylkesvis oversikt over antall leger med generell rekvireringsrett pr 07.12.06. Prosentandel av leger med relevant spesialitet, og antall per 10 000 innbyggere.

Bostedsfylke	Antall leger med generell rekvireringsrett	Prosentandel av leger med relevant spesialitet*	Antall pr. 10 000 innbyggere
Østfold	40	62	1,5
Akershus	98	52	2,0
Oslo	124	24	2,3
Hedmark	15	25	0,8
Oppland	27	53	1,5
Buskerud	32	34	1,3
Vestfold	15	17	0,7
Telemark	31	61	1,9
Aust-Agder	20	53	1,9
Vest-Agder	21	36	1,3
Rogaland	55	47	1,4
Hordaland	68	34	1,5
Sogn- og Fjordane	19	61	1,8
Møre- og Romsdal	37	51	1,5
Sør-Trøndelag	64	48	2,3
Nord-Trøndelag	19	59	1,5
Nordland	42	75	1,8
Troms	36	42	2,3
Finnmark	11	110	1,5
Ubesvart	21		
Totalt	795	41	1,7

* Opplysninger om antall legespesialsiter er basert på statistikk fra legeföreningen. Statistikken gjelder leger med spesialitet i hhv barne- og ungdomspsykiatri, barnesykdommer, psykiatri og nevrologi pr 1. januar 2007. Samme person kan ha flere spesialistgodkjenninger. Antall spesialistgodkjenninger er i gjennomsnitt 1,25 per spesialist. (Den norske lægeförening v/ Anders Taraldset).

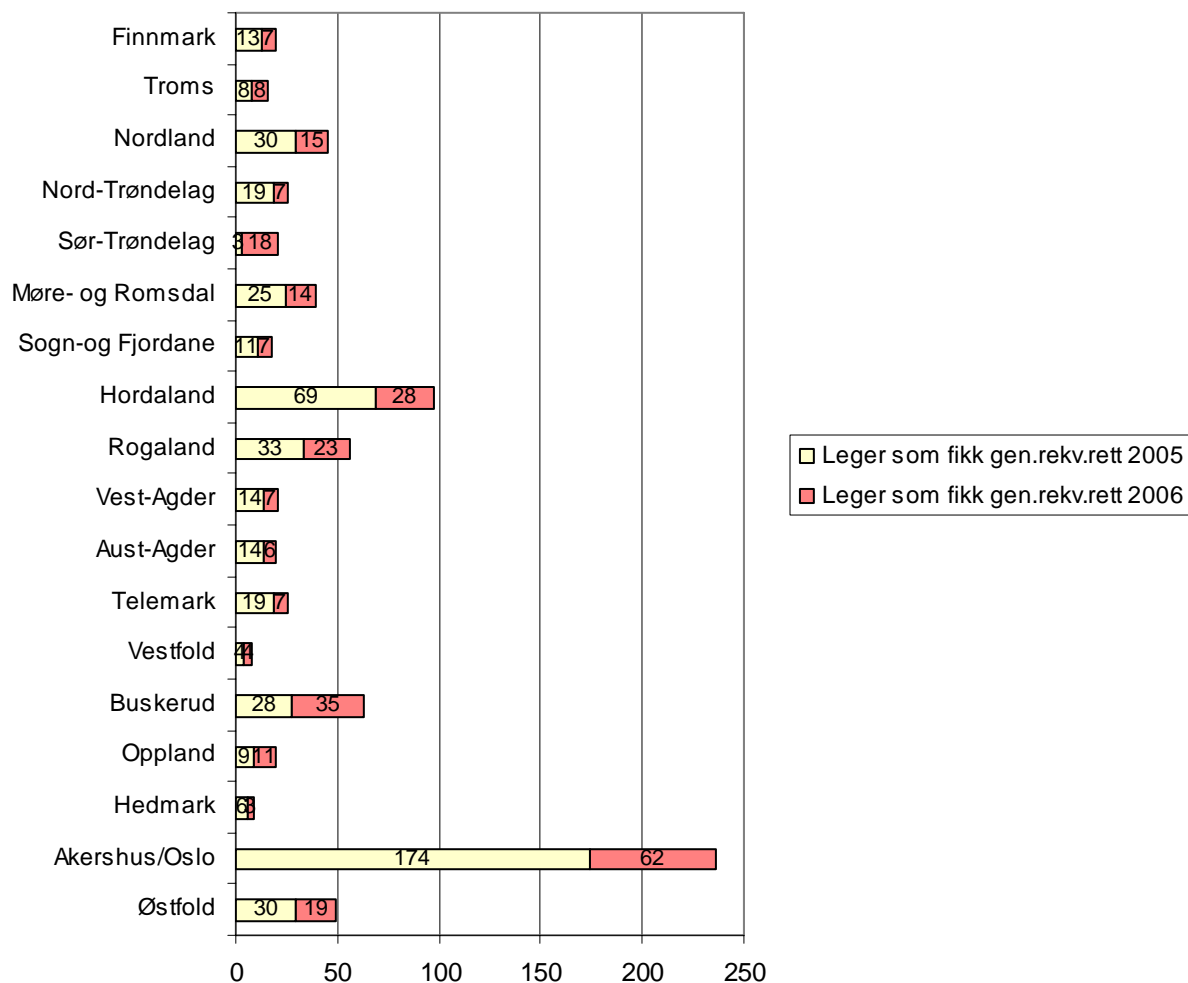
På landsbasis var det pr 07.12.2006 i alt 795 leger med generell rekvireringsrett. Det fremgår av tabellen at det er forholdsvis store forskjeller mellom fylkene i forhold til hvor stor andel disse utgjør av gruppen leger med relevant spesialitet. Andelen er høyest i Finnmark, der man har flere leger med generell forskrivningsrett enn det totale antall med relevant spesialistkompetanse. I Vestfold utgjør gruppen leger med generell rekvireringsrett bare 17 prosent av det totale antall leger med relevant spesialistutdanning.

Antall leger med generell rekvireringsrett sett i forhold til antall innbyggere i fylket, kan brukes som en indikator på tilgjengelighet til behandlingstilbud for pasienter med AD/HD. Resultater av en slik beregning viser at tilgjengeligheten er best i Oslo, Sør-Trøndelag og Troms, der man har 2,3 leger med generell rekvireringsrett per 10 000 innbyggere. I Vestfold og Hedmark, som er de fylkene med lavest dekning, er tilsvarende tall henholdsvis 0,7 og 0,8 leger per 10 000 innbygger. Det er interessant å merke seg at dette også er de to fylkene som har lavest andel leger med generell tillatelse av det totale antall leger med relevant spesialistutdanning.

3.1.5 Endringer fra 2005 til 2006 i antall leger som har fått generell rekvireringsrett

Neste figur gir en oversikt over antall leger som fikk generell rekvireringsrett i henholdsvis 2005 og 2006 etter bostedsfylke. Opplysningene er basert på rapporteringer fra Fylkesmannen. Tall oppgitt for 2006 gjelder pr 15.10, 2006.

Figur 3.1 Antall leger som har fått generell rekvireringsrett i hhv 2005 og 2006.



Med unntak av fylkene Oppland, Buskerud, Sør-Trøndelag og Troms, er antall leger som har fått generell rekvireringsrett relativt sett høyere i 2005 enn i 2006.

I kommentarer til opplysninger om antall leger med generell rekvireringsrett har noen fylkesmannskontor presisert at tall som er oppgitt ikke er kvalitetskontrollert. Ved ett fylkesmannskontor opplyses det at oversikt over antall leger med generell rekvireringsrett er løyver som er gitt etter 01.02. 2005, med gyldighet frem til 01.05. 2011. Unntaket er leger som ikke er helt ferdige med spesialistutdanningen. Disse får løyve for ett år av gangen. Andre har utdypet at de ikke har gitt løyve for hele perioden (frem til 2011), og at ingen løyver varer lenger enn til 01.01.09.

Fylkesmannen i Hordaland kommenterer at de mottok et stort antall søknader om generell rekvireringsrett da den nye ordningen med lengre gyldighet på tillatelsen trådte i kraft. Fylkesmannen i Nordland tilbakemeldet at den generelle rekvireringsretten var gyldig frem til 31.12.05 for de fleste leger, og at helseavdelingen derfor mottok mange søknader på slutten av dette året.

3.1.6 Spesialitet for leger med generell rekvireringsrett

Tabellen under gir en oversikt over spesialitet for leger med generell rekvireringsrett. I tabellen presenteres prosentandel leger under hver spesialitet. Andelen er beregnet ut fra antall leger som fikk rekvireringsrett i 2006, med unntak av Hedmark der dette er beregnet på grunnlag av antall leger som fikk generell rekvireringsrett i 2005. I materialet fremgår ikke andel leger med kompetanse opparbeidet på annen måte enn gjennom den ordinære spesialistutdanningen.

Tabell 3.3 Fylkesvis oversikt over spesialitet for leger som har søkt generell rekvireringsrett i 2006.

Fylke	Ant.	Prosentandel leger etter spesialitet					Lege under spesialisering
		Barne- og ungd. psyk	Barne-sykd.	Nevrologi	Psykiatri	Annen spes.komp	
Østfold	19	10,5	31,6	0,0	52,6	0,0	5,3
Oslo/Akershus*	62	-	-	-	-	-	-
Hedmark	6	0,0	16,7	0,0	83,3	0,0	0,0
Oppland	11	27,3	9,1	0,0	27,3	0,0	36,4
Buskerud	36	33,3	2,8	0,0	55,6	0,0	8,3
Vestfold	4	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0
Telemark	7	0,0	0,0	0,0	57,1	14,3	28,6
Aust-Agder	6	16,7	0,0	0,0	83,3	0,0	0,0
Vest-Agder*	7	-	-	-	-	-	-
Rogaland*	23	-	-	-	-	-	-
Hordaland	28	28,6	17,9	3,6	21,4	0,0	28,6
Sogn- og Fjordane	7	14,3	42,9	57,1	28,6	0,0	0,0
Møre- og Romsdal	13	30,8	15,4	0,0	46,2	0,0	7,7
Sør-Trøndelag	18	0,0	11,1	55,6	27,8	0,0	5,6
Nord-Trøndelag	7	0	14,2	28,6	28,6	0	28,6
Nordland	15	13,3	0,0	0,0	73,3	6,7	6,7
Troms	8	37,5	25,0	0,0	37,5	0,0	0,0
Finnmark	7	85,7	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3

* Opplyser at de etterspurte opplysningene ikke er tilgjengelig.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus har i en kommentar til spørsmålet om legenes spesialitet tilbakemeldt at disse opplysningene ikke registreres, og at dette ikke har vært etterspurt av

Sosial- og helsedirektoratet tidligere. De påpeker samtidig at dersom man skulle gitt disse opplysningene ville det ha krevd at man gikk gjennom samtlige søknadsskjema manuelt.

I alt 15 fylkesmannskontorer har tilgjengelige opplysninger om spesialitet for lege som har søkt generell rekvireringsrett i 2006. I ti av fylkene er det en overvekt av leger med spesialiteten psykiatri blant de som har søkt. Samtidig ser vi at søkere med spesialitet i barne- og ungdomspsykiatri er fraværende i fire fylker (Hedmark, Vestfold, Telemark og Sør-Trøndelag). Dette kan skyldes at det var en relativt sett høyere andel av leger med spesialiteten barne- og ungdomspsykiatri som søkte og fikk godkjenning i 2005.

I to fylker er et flertall av søkerne spesialister i nevrologi (Sogn – og Fjordane og Sør-Trøndelag), og i tre fylker har man mottatt søknader fra leger med "annen spesialistkompetanse". Søknader om generell rekvireringsrett fra leger som er under spesialisering forekommer i de fleste fylkene. Fra Fylkesmannen i Telemark er det presisert at generell rekvireringsrett for utdanningskandidater er knyttet til den stillingen de er tilsatt i.

3.1.7 Kvalitet på søknader om generell rekvireringsrett

For å få et inntrykk av kvaliteten på søknadene om generell rekvireringsrett stilte vi Fylkesmannen spørsmål om det i løpet av siste år er gitt avslag på søknader om generell rekvireringsrett i behandling av pasienter med AD/HD, og om det i løpet av 2006 er returnert søknader på grunn av ufullstendig utfylte skjema.

I alt 12 av de 18 fylkesmannskontorene tilbakemelder at de i løpet av siste år har avslått søknader om generell rekvireringsrett. Ut i fra de tilleggscommentarene informantene har gitt er det imidlertid grunn til å tro at omfanget av avslåtte søknader er forholdsvis lite (fra en - seks saker per fylke). Årsaker til at søknader er avslått oppgis å være manglende spesialistkompetanse (for eksempel allmennleger uten spesialisering), og ikke dokumentert reell kompetanse. Man opplever at fastleger søker om generell tillatelse når de har behov for spesiell rekvireringsrett.

To fylkesmannskontorer har presisert at det ikke er gitt avslag på søknader, men at de i noen tilfeller har bedt om supplerende opplysninger og informasjon, og anmodet om fornyet/oppdatert søknad. Dette har i noen tilfeller medført at søknadene ikke har blitt opprettholdt.

I alt åtte fylkesmannskontorer rapporter at de har returnert søknader om generell rekvireringsrett fordi skjemaet har vært ufullstendig utfylt. Omfang returnerte søknader i 2006 (pr.15.10) varierer fra en til sju (Oslo /Akershus). Dette indikerer at kvaliteten på søknadene er god.

3.1.8 Vurdering av prosedyrer for søknader om generell rekvireringsrett

Fylkesmannskontorene ble bedt om å gi en vurdering av hvordan prosedyrene for generell rekvireringsrett for pasienter med AD/HD fungerer. Tabell 2.4 gir en oversikt over svarfordelingen på dette spørsmålet.

Tabell 3.4 Vurdering av prosedyrer for søknad om generell rekvireringsrett

Hvordan fungerer prosedyrene for søknader om generell rekvireringsrett?	Antall	Prosent
Svært godt	1	6
Godt	14	78
Sånn passe	2	11
Dårlig	1	6
Svært dårlig	0	0

Ved de aller fleste fylkesmannskontorene opplever man at prosedyrene for søknad om generell rekvireringsrett fungerer "godt". Informantene ble bedt om å gi en utdyping av denne vurderingen i et eget fritekstfelt i spørreskjemaet. Ti fylkesmannskontorer benyttet seg av denne muligheten til å videreformidle sine erfaringer.

Fra Fylkesmannen i Møre og Romsdal rapporteres det at kvaliteten på søknadsskjemaene de mottar fra legene er god. De opplyser samtidig at de har fått noen henvendelser fra leger som ikke har nødvendig spesialistkompetanse. Også fra Fylkesmannen i Finnmark rapporteres det at prosedyrene fungerer rimelig bra. De fleste leger i fylket bruker søknadsskjemaet riktig, og fyller ut den informasjon som etterspørres. De etterlyser imidlertid bedre tilgjengelig informasjon om prosedyrer og søknadsskjema på Sosial- og helsedirektoratets hjemmesider. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag vurderer prosedyrene til å fungere "godt", men kommenterer også at regelverket og prosedyrene burde vært bedre kjent. De opplyser dessuten at når søker ikke har nødvendig spesialistkompetanse kan det mangle dokumentasjon av kompetanse ervervet på annen måte. Dette har medført avslag på søknader. Fylkesmannen i Vest-Agder mener prosedyrene fungerer "godt", og tilbakemelder at de rent generelt ikke har noen praktiske problemer av betydning i forbindelse med behandlingen av søknader om rekvireringsrett. De legger til at prosedyren krever rutinemessig oppslag i folkeregisteret og på HPR- nummer (Statens Autorisasjonskontor), men at dette er "slikt som man må forvente".

Fylkesmannen i Oslo- og Akershus og i Buskerud er også av den oppfatning at søknadsskjemaene stort sett har god kvalitet. Fra Oslo og Akershus påpekes det imidlertid at leger uten relevant spesialistgodkjenning kan slurve med å dokumentere sin kompetanse.

Fylkesmannen i Vestfold tilbakemelder at prosedyrene bare fungerer "sånn passe". De utdyper at spesialistene ikke er tilstrekkelig oppmerksomme på behovet for å søke, - og for å fornye rekvireringsretten. Som en konsekvens av dette opplever de at apotekene stadig gjør oppmerksom på "ugyldige" resepter. Også fra Sogn- og Fjordane rapporteres det at Fylkesmannen har hatt noen "hastesaker" når legen har oppdaget at han har glemt å søke løyve. De vurderer for øvrig prosedyrene til å fungere "godt". Tilbakemeldingene indikerer at man ikke har gitt rekvireringsrett som har gyldighet helt frem til 2011.

Fylkesmannen i Telemark mener at prosedyrene for søknad om generell rekvireringsrett fungerer "dårlig". Innvendingen går på at man i veilederen ikke har lagt opp til tydelige kriterier for tildeling av generell rekvireringsrett. De mener at man burde ha tatt stilling hva som skal være kriterier, og tydeliggjort disse i Veilederen. Samtidig ser de at dette ville forutsatt et tydeligere regelverk. Også i Fylkesmannen i Hedmark er opptatt av at prosedyrer og regelverk er utydelig. De fremhever særlig punktet om at "andre enn spesialist med nødvendig spesialisering" kan søke generell rekvireringsrett. De vurderer prosedyrene til å fungere "sånn passe".

3.1.9 Pasienter som det er søkt om spesiell rekvireringsrett for

Tabellen under gir en fylkesvis oversikt over hvor mange pasienter med AD/HD som det er søkt spesiell rekvireringsrett for i 2005. For noen fylker fremgår det også hvor mange av de aktuelle pasientene som er under 18 år. Sju fylkesmannskontorer tilbakemeldte at disse opplysningene ikke er tilgjengelig.

I tabellen har vi beregnet antall pasienter som omfattes av spesiell rekvireringsrett per 10 000 innbygger i fylket.

Tabell 3.5 Fylkesvis oversikt over antall pasienter det er søkt spesiell rekvireringsrett for i 2005.

Bostedsfylke	Antall pasienter	Prosentandel pasienter <18 år	Pasienter per 10 000 innbygger**
Østfold*	254	-	9,8
Akershus/Oslo*	781	-	7,5
Hedmark*	108	-	5,7
Oppland	115	46,1	6,3
Buskerud*	197	-	8,0
Vestfold	164	28,0	7,4
Telemark	97	58,8	5,8
Aust-Agder	56	33,9	5,4
Vest-Agder*	119	-	7,3
Rogaland*	760	-	19,1
Hordaland	244	13,1	5,4
Sogn- og Fjordane	140	62,9	13,1
Møre- og Romsdal	301	79,1	12,3
Sør-Trøndelag	19	42,1	0,7
Nord-Trøndelag	14	7,1	1,1
Nordland	253	89,7	10,7
Troms*	163	-	10,6
Finnmark	34	41,2	4,7
Totalt	3830		8,3

* Fylkesmannen oppgir at opplysninger om antall pasienter under 18 år ikke er tilgjengelig.

**Opplysninger om antall innbyggere er basert på statistikk fra SSB og gjelder pr. 1. januar 2006.

I 2005 ble det søkt om spesiell rekvireringsrett for totalt 3830 pasienter. I forhold til befolkningen har Rogaland betydelig flere pasienter som omfattes av den spesielle rekvireringsretten enn de øvrige fylkene. De to trøndelagsfylkene utmerker seg med å ha relativt få slike pasienter i forhold til innbyggertallet.

Av tabellen fremgår også stor variasjon mellom fylkene i forhold til hvor stor andel barn/unge utgjør av den totalt pasientgruppen. Andelen er relativt høy i Nordland og Møre og Romsdal, og forholdsvis lav i Nord-Trøndelag og i Hordaland.

Det eksisterer ikke statistikk som gjør det mulig å ta hensyn til evt. ulikheter mellom fylker i forekomst av diagnosen AD/HD, og ulikheter i befolkningens behov for sentralstimulerende legemidler. En kan derfor ikke utelukke at tallene gjenspeiler geografiske forskjeller i tilgjengelighet til diagnostisering. Forskjellene vi ser mellom fylkene kan imidlertid også være relatert til geografisk variasjon i spesialisthelsetjenestens interesse og initiativ i forhold til å overføre oppfølgingsansvaret for den aktuelle pasientgruppen til fastlegene.

3.1.10 Spesialitet for leger som har stilt diagnosen AD/HD

I spørreskjemaet stilte vi spørsmål om spesialitet for fagperson som har stilt diagnosen AD/HD for pasienter det ble søkt spesiell rekvireringsrett for i 2005. Seks av de 18 fylkesmannskontorene har disse opplysningene tilgjengelig. Deres rapporteringer er presentert i tabellen under.

Tabell 3.6 Spesialitet for fagperson som har stilt diagnosen AD/HD. Seks fylker der Fylkesmannen har disse opplysningene tilgjengelig.

Fylke	Ant. fagpers.	Prosentandel fagpersoner etter spesialitet						Annen relev. komp.	Mangler formell komp.
		Barne/ungd. psyk.	Barne-sykd.	Nevro-logi	Psykiatri	Nevro-psykologi			
Oppland	115	51,3	1,7	0,0	31,3	14,8	0,0	0,9	
Vestfold	164	59,1	9,8	9,8	17,1		0,0	4,3	
Telemark	97	74,2	0,0	0,0	24,7		1,0	0,0	
Sør-Trøndelag	19	47,4	5,3	5,3	36,8		5,3	0,0	
Nord-Trøndelag	14	0,0	7,1	0,0	85,7		0,0	7,1	
Nordland	253	63,6	16,6	0,0	15,4		1,6	2,8	

I fem av fylkene er diagnose vanligvis satt av spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Dette indikerer også at de fleste søknadene gjelder barn og unge. I ett fylke er de fleste pasientene diagnostisert av spesialist i psykiatri.

Det forekommer at diagnose settes av fagpersoner som mangler den formelle kompetansen. I Vestfold er diagnosen AD/HD i sju tilfeller satt av fagperson som mangler den formelle kompetansen. Fylkesmannen i Vestfold opplyser at diagnosen i disse tilfellene er kvalitetssikret av spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Tilsvarende er det i Oppland ett tilfelle av at diagnosen er stilt av fagperson uten den formelle kompetansen. Fra Fylkesmannen blir det opplyst at dette er en lege som er under spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri. I Nordland er diagnosen i sju tilfeller satt av fagperson som mangler den formelle kompetansen. Fra Fylkesmannen blir det presisert at fem av disse er psykologer, og at disse som regel jobber i et barne- og ungdomspsykiatrisk team sammen med lege.

Vi har mottatt kommentarer fra flere av fylkesmannskontorene som ikke har opplysninger om spesialitet for leger som har stilt diagnosen. Fylkesmannskontoret i Hedmark gir følgende tilbakemelding på hvorfor denne statistikken ikke er tilgjengelig: " Vi må i så fall hente ut hver sak og gå gjennom alle". De tilføyer at "for de under 18 år er det spesialister i barnesykdommer, mens for de over 18 er det stort sett spesialister i psykiatri". Fra Fylkesmannen i Hordaland tilbakemeldes det at de fleste som setter diagnosen AD/HD er spesialister i nevropsykologi, noen psykiatere, og noen barne- og ungdomspsykiatere. Fra Troms rapporteres det at de fleste som setter diagnosen er spesialister i barne- og ungdomspsykiatri, og at noen få er spesialister i psykiatri.

Andre har kommentert at de etterspurte opplysningene er vanskelige å gjenfinne blant alle sakene, at dette ikke registrert, og at det ikke har vært etterspurt av Sosial- og helsedirektoratet tidligere.

3.1.11 Vurdering av prosedyrer for søknader om spesiell rekvireringsrett

Fylkesmannen ble også bedt om å gi en vurdering av hvordan prosedyrene for spesiell rekvireringsrett fungerer. Tabell 2.7 viser svarfordelingen på dette spørsmålet.

Tabell 3.7 Vurdering av prosedyrer for søknad om spesiell rekvireringsrett

Hvordan fungerer prosedyrene for søknader om spesiell rekvireringsrett?	Antall	Prosent
Svært godt	0	0
Godt	11	61
Sånn passe	6	33
Dårlig	1	6
Svært dårlig	0	0

Ved de fleste fylkesmannskontorene opplever man at prosedyrer for søknader om spesiell rekvireringsrett fungerer "godt". Imidlertid tilbakemelder seks kontorer at prosedyrene bare fungerer "sånn passe", og ved ett kontor mener man at prosedyrene fungerer "dårlig". I alt elleve fylkesmannskontorer har gitt en utdypet vurdering av prosedyrene.

Både Fylkesmannen i Nord-Trøndelag og i Oslo- og Akershus tilbakemelder at søknadsskjemaene de har mottatt i flere tilfeller har vært mangelfullt utfyllt. Dette dreier seg i hovedsak om manglende opplysninger om hvem som var faglig ansvarlig spesialist ved overføring av rekvireringsretten til fastlegen. Også fra Fylkesmannen i Hedmark trekkes det frem at man stadig får indikasjoner på at forberedelsen til søknad om spesiell rekvireringsrett er ganske dårlig. Fylkesmannen i Hordaland utdyper sin vurdering av prosedyrene som "sånn passe" med at den medisinskfaglige vurderingen mangler i svært mange saker (ca hver fjerde søknad). De fremholder at Veilederen ikke er klar nok på at det er legespesialist som skal stå for denne vurderingen, og at mange faktisk fører opp at det er psykolog som foretar vurderingen. Fylkesmannen i Oslo- og Akershus mener imidlertid at selve prosedyren har en enkel saksbehandling og at retningslinjene er klare.

Både Fylkesmannen i Oppland og i Nordland kommenterer på svakheter ved søknadsskjemaet. De mener det er noe uklarhet i forhold til hvilken lege som skal underskrive nederst på skjemaet: om det er den lege som har stilt diagnosen, eller legen som søker om spesiell rekvireringsrett. Informantene mener i tillegg at det bør fremgå av skjemaet hvilket tidsrom man søker rekvireringsrett for. Videre at det bør være mulighet for å skrive inn vedtaket i søknadsskjemaet på en enkel måte, og at avslag bør utformes som egne brev.

Fylkesmannen i Sogn- og Fjordane opplyser at flere leger synes det et "for kronglete" å benytte standard søknadsskjema, - og at de gjerne skriver søknaden i eget brev i stedet. Videre etterlyser de et eget felt for pasientens adresse, fordi de sender kopi av skjemaet til pasienten. De samme temaene vektlegges av Fylkesmannen i Møre og Romsdal, der man utdyper at noen leger er "slurvete" når de fyller ut skjemaet. Skjemaene mangler ofte pasientens fødselsnummer, navn på den spesialist som stilte diagnosen og navn på lege som ha foretatt den medisinske vurderingen. Fylkesmannen i Vestfold tilbakemelder at fastlegene er lite kjent med prosedyrene og hvor de kan finne søknadsskjema.

Fylkesmannen i Vest-Agder er bekymret for at prosedyrene for rekvireringsrett kan utnyttes i kriminell hensikt, da det er mulighet for at to eller flere leger kan inneha spesiell rekvireringsrett overfor samme pasient, og at pasient selger dosene fra den ene legen. De nevner som eksempel at pasienten kan ha flyttet fra ett fylke til et annet, og fått ny fastlege som ikke nevner dette i sin søknad (ikke eget felt på skjemaet for det). Pasienten kan i en slik situasjon "shoppe" mellom legene. Det er også mulighet for at pasienten kan få utskrevet sentralstimulerende legemidler både fra lege med generell- og spesiell rekvireringsrett. Fylkesmannen i Vestfold opplyser at de på grunn av det ovennevnte er påpasselige med å ikke gi rekvireringsrett til ny lege på navngitt pasient, før den første legen har fraskrevet seg denne retten. De presiserer at man imidlertid må kjenne til dette for å kunne praktisere det.

Fylkesmannen i Telemark tilbakemelder generelt at prosedyrene er uklare, og at "prosedyrens uklarhet gjenspeiler uklart regelverk".

Fra Fylkesmannen i Nordland fremlegges et ønske om et saksbehandlermøte mellom medarbeiderer i Sosial- og helsedirektoratet og fylkesmannsembetene. Dette for å utveksle erfaringer, og for å orientere hverandre om hvordan regelverket praktiseres.

Fylkesmannen i Nord- Trøndelag har gitt en utdypende generell kommentar vedrørende overføring av rekvireringsansvaret fra spesialist til fastlege. Man har erfart at søknadsskjemaene har vært mangelfullt utfyllt, og også at det i mange tilfeller ikke har vært grunnlag for å gi rett til forskrivning av sentralstimulerende legemidler. Det påpekes i denne sammenheng at veilederen mangler opplegg, råd og veiledning for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og fastlege ved overføring av oppfølging og ansvar for rekvirering av sentralstimulerende legemidler. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag erfarer at denne samhandlingen i enkelte saker ikke fungerer tilfredsstillende. Dette gjelder spesielt i saker der rusmiddelmissbruk forekommer i kombinasjon med AD/HD, og der ansvarsforholdet mellom spesialister og fastleger ikke alltid er tilstrekkelig avklart. Videre konstaterer man følgende når det gjelder regelverket og Fylkesmannens rolle:

Så langt vi kan se er det ikke lagt opp til spesielle oppfølgings- og kontrollsystemer for forsøksordningen for sikring av forsvarlig praksis. Hensikten med nyordningen var et mer helhetlig regelverk, men slik den fungerer nå dreier det seg hovedsakelig om rekvireringsretten for sentralstimulerende legemidler.

I Sosial – og helsedirektoratets brev datert 13.12.2005 anføres at fylkesmennene ikke skal ha ansvaret for å kvalitetssikre en diagnostisk vurdering. Fylkesmennene skal kontrollere at søknadsskjemaene er korrekt utfyllt og ansvaret for forsvarlig praksis er således overført til den enkelte lege, som søker om rekvireringsrett ved at legen må undertegne på at utredning og diagnostisering er utført i tråd med anbefalingene i faglig veileder (IS-1244). Slik vi ser det har Fylkesmannen en svært begrenset kontrollfunksjon og mangler derfor detaljerte opplysninger om hvorledes nyordningen fungerer. Det er derfor viktig at ordningen blir evaluert om 5 år og en nasjonal høringskonferanse bes vurdert som et av evalueringstiltakene (Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, 24.11.2006).

3.1.12 Kvalitet på søknader om spesiell rekvireringsrett

For å få indikasjoner på kvaliteten på søknader om spesiell rekvireringsrett, stilte vi Fylkesmannen spørsmål om de i 2006 hadde gitt avslag på slike søknader, og om de hadde returnert søknader pga ufullstendig utfylte skjema og evt. antall.

Seks av de 18 fylkesmannskontorene opplyser at de har gitt avslag på søknader, mens i alt 16 av kontorene har returnert søknader fordi de har vært ufullstendige. Svarene fra fylkesmannskontorene indikerer at problemet med mangelfullt utfylte skjema varierer i omfang. Ni fylkesmannkontorer har angitt antall returnerte søknader i 2006. Møre og

Romsdal og Sør- Trøndelag ligger på topp med henholdsvis 4,1 og 3,5 returnerte søknader per 10 000 innbyggere i fylket. Tilsvarende tall for de øvrige fylkene er betydelig lavere (fra 0,1 til 0,3 per 10 000 innbyggere).

Fra flere fylkesmannskontorer har vi mottatt utdypende kommentarer til spørsmålene relatert til kvalitet på søknadene. Fylkesmannen i Telemark kommenterer at deres praksis er å be om supplerende opplysninger i de tilfeller der de bare mottar et enkelt søknadsskjema. De ber i denne sammenheng om å få oversendt kopi av epikrise og evt. overføringsbrev, der spesialisthelsetjenesten oppgir diagnose og der anbefaling om at fastlege overtar rekvireringsansvaret fremgår. Man opplever i disse tilfellene at ikke alle søknader blir opprettholdt av søker.

Fra fylkesmannskontorer som rapporterer at de har avslått søknader oppgis følgende årsaker til dette:

- Lemfeldig foreskrivningspraksis
- En sak hvor vi avvente nærmere opplysninger, bedt om tilleggsinformasjon som vi ikke har mottatt, og dermed ikke ferdigbehandlet søknaden.
- Avslått noen få i første omgang, men gitt i neste. Årsak: Annen lege har spesiell rekvireringsrett for samme pasient. Denne må først frskrive seg retten før ny (fast)lege kan få.
- Søker ikke vurdert av lege (det er vanlig at nevropsykolog foretar den første kartleggingen).
- Det er gitt avslag på søknader om spesiell rekvireringsrett som følge av mangelfullt utfylt skjema og manglende opplysninger. I stedet for å returnere søknader hvor det mangler opplysninger, har de blitt avslått. For en del av disse sakene har vi fått klager med nødvendige opplysninger.
- Kun i tilfeller der fastlegen har mistet rekvisisjonsrett for vanedannende legemidler.

Følgende utdypende kommentarer er gitt fra enkelte fylkesmannskontorer som har returnert søknader på grunn av ufullstendig utfylte skjema:

- 96 enkeltsaker, mye tellerarbeid å finne ut av dette. Erfaringene går på at mange av søkerne ikke er nøyaktige nok ved utfylling av skjemaet, og heller ikke vil være det uansett. Vi har forbedret skjemaet ved å ta inn krav om ID nr, også på spesiell, for lettere å kunne sjekke helsepersonellregisteret.
- Vet ikke antall, men de kommer tilbake bedre utfylt.
- Problemet løst ved å ta telefonisk kontakt med lege for å få påført mangler ved søknadsskjemaet.

1.15. Oppsummering og avslutning

Denne rapporten fremstiller resultater fra første delstudie i evalueringen av Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. Delstudien har et hovedfokus på Fylkesmannens erfaringer i forhold til de nye retningslinjene og søknadsprosedyrene for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler. Undersøkelsen er basert på et spørreskjema som er besvart ved samtlige av landets 18 fylkesmannskontorer.

Resultatene viser at det varierer noe hvordan fylkesmannskontorene vurderer de nye retningslinjene, og hvilke erfaringer de har i forhold til søknadsprosedyrene. I alt 14 av fylkesmannskontorene mener at prosedyrene for søknad om generell rekvireringsrett fungerer "godt", mens ett kontor vurderer dette til "svært godt".

De få problemene disse erfarer kan være søknader som må avslås på grunn av manglende spesialistkompetanse, fastleger som søker om generell tillatelse når de har behov for spesiell rekvireringsrett, samt retur av skjema som er ufullstendig utfylt. Dette siste gjelder spesielt for gruppen leger som ikke har nødvendig spesialistkompetanse, og som må dokumentere kompetanse ervervet på annen måte. Noen fylkesmannskontorer mener at regelverket og prosedyrene er for dårlig kjent. Ved tre fylkesmannskontor mener man at prosedyrene fungerer "dårlig" eller "sånn passe". Dette begrunnes med at veilederen ikke er tydelig med hensyn til hvilke kriterier som gjelder for tildeling av generell rekvireringsrett. Som eksempel på utydighet nevnes punktet om at "andre enn spesialist med nødvendig spesialisering kan søke om generell rekvireringsrett".

Erfaringene er noe mer varierte når det gjelder søknader om spesiell rekvireringsrett. Ved seks kontorer mener man at prosedyrene bare fungerer "sånn passe". Et kontor beskriver sine erfaringer som "dårlige". De øvrige vurderer prosedyrene som "godt" fungerende. Eksempler på flaskehalser er søknadsskjema som er mangelfullt utfylt, - og som da gjerne mangler opplysninger om hvem som er faglig ansvarlig spesialist. Andre trekker frem at den medisinskfaglige vurderingen mangler i svært mange saker, og at veilederen ikke presiserer tydelig nok at spesialist skal stå for denne vurderingen. Atter andre kommenterer på svakheter ved selve søknadsskjemaet, som uklarhet om hvilken lege som skal underskrive nederst på skjemaet, informasjon om hvilket tidsrom det søkes rekvireringsrett for, samt behov for adressefelt for den pasienten det søkes for. Det er også problemer med at prosedyrene er uklare og for lite kjent, samt at man ikke vet hvor man kan finne søknadsskjemaet.

På landsbasis var det pr 07.12.2006 i alt 795 leger med generell rekvireringsrett. Med unntak av fire fylker er antallet leger som fikk generell rekvireringsrett høyere i 2005 enn i 2006. Mange av løyvene som ble gitt i 2005 har gyldighet frem til 2011.

Det er forholdsvis store forskjeller mellom fylkene i forhold til hvor stor andel leger med generell rekvireringsrett utgjør av den totale gruppen leger med relevant spesialitet. Tilgjengeligheten til lege med generell rekvireringsrett, målt som antall leger per 10 000 innbygger, er best i Oslo og Sør- Trøndelag, og dårligst i Vestfold og Hedmark.

Ved 15 av landets fylkesmannskontorer har man tilgjengelig opplysninger om spesialitet for leger som søker generell rekvireringsrett i 2006. I ti av fylkene er det en overvekt av leger med spesialiteten psykiatri som har søkt. Søkere med spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri er fraværende i fire av fylkene. Dette kan skyldes at mange av disse spesialistene søkte rekvireringsrett i 2005. Søknader om generell rekvireringsrett fra lege som er under spesialisering forekommer i de fleste fylkene.

I 2005 ble det i følge tall innrapportert fra Fylkesmannen søkt om spesiell rekvireringsrett for til sammen 3830 pasienter. Det er betydelig variasjon mellom enkelte fylker i forhold til volumet av slike søknader. Det er også stor geografiske variasjon i forhold til hvor stor andel barn og unge utgjør av gruppen som omfattes av den spesielle rekvireringsretten.

Denne geografiske forskjellen er vanskelig å forklare, men kan skyldes geografisk ulikhet i tilgjengelighet til diagnostisering og forekomst av diagnosen, og eller variasjoner i spesialisthelsetjenestens prioriteringer, interesse og engasjement for å overføre oppfølgingsansvaret for pasienter med AD/HD til fastlegene.

Bare seks av de 18 fylkesmannskontorene har tilgjengelige opplysninger for 2005 over spesialitet for leger som har stilt diagnosen AD/HD for pasienter som omfattes av spesiell rekvireringsrett. I fem av disse fylkene er diagnose vanligvis satt av spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Dette indikerer også at de fleste søknadene gjelder barn og unge. I ett fylke er de fleste diagnostisert av spesialist i psykiatri. Det forekommer at diagnose settes av fagpersoner som mangler den foremelle kompetansen.

Avslutning

I Norge har man fulgt en restriktiv linje i forhold til rekvirering av sentralstimulerende legemidler. Man har lagt vekt på kvalitet ved utredning og diagnostisering av AD/HD, og stilt høye krav til leger som skal behandle den aktuelle pasientgruppen. Man har vært opptatt av å forhindre "overdiagnostisering" og "overmedisinering" av AD/HD.

En viktig intensjon med utarbeidelsen av Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD er å beskrive hvilke krav som skal være oppfylt ved utredning og diagnostisering. Veilederen skal i tillegg fungere som et hjelpemiddel for fagpersoner slik at de kan tilby brukerne et behandlingstilbud som er faglig forsvarlig og av god kvalitet. Denne undersøkelsen viser at det er forholdsvis stor variasjon mellom fylker, både når det gjelder tilgang til leger med generell rekvireringsrett, og omfang av pasienter som omfattes av den spesiell rekvireringsordningen. Det er følgelig behov for å undersøke nærmere hva som forklarer disse geografiske forskjellene. Mulig årsaker kan være variasjoner i forekomst av diagnosen AD/HD og/eller ulik praktisering av prosedyrer og regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler. Det kan også handle om geografiske forskjeller i spesialisters vilje til å gå inn i fagfeltet, og ulik arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Resultatene viser også at landets fylkesmannskontorer har noe ulike erfaringer med søknadsprosedyrene og regelverket. Mens erfaringer med søknader om generell rekvireringsrett stort sett er positive, er tilbakemeldingene i forhold til søknader som spesiell tillatelse noe mer blandet. Store variasjoner mellom fylkesmannskontorene i forhold til omfang av søknader som returneres, er ett av flere resultat i foreliggende rapport som indikerer at regelverket praktiseres ulikt. Som foreslått av en av respondentene i undersøkelsen, kan det være hensiktsmessig å arrangere et seminar eller møte mellom saksbehandlere ved landets fylkesmannskontor og Sosial- og helsedirektoratet, der man utveksler erfaringer og orienter hverandre om hvordan regelverket praktiseres, samt enes om en enhetlig praksis.

4 Referanser

Andersson, H.W., Ådnes, M., Hatling, T. (2004). Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/AD/HD. SINTEF Helse, Rapport nr. STF78 A045012.

Asherson, P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother*, 5,

Brown, R.T., Amler, R.W., Freeman, W.S., Perrin, J.M., Stein, M.T., Feldman, H.M., Pierce, K., & Wolraich, M.L. (2005). Treatment of attention deficit /hyperactivity disorder- overview of the evidence. *Pediatrics*, 115, e749-57.

Dok. Nr. 8:40 (1996-1997). Forslag fra stortingsrepresentant John Alvheim om be Regjeringen utrede spørsmålet om å etablere et kompetansesenter ved at av landets regionpsykiater for diagnostisering og behandling av MBD-pasienter.

Donnelly, C.L. (2006). Treating patients with AD/HD and coexisting conditions. *Behavioral Healthcare*, 26, 39-51.

Efron, D. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we medicating for social disadvantage? *J Paediatr Child Health*, 42, 548-51.

Foy, J.M., & Earls, M. (2005). A process for developing community consensus regarding the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 115, 97-104.

Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R., Slanetz, P.J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *The Journal of the American Medical Association*, 279, 1100-1107.

Helse- og omsorgsdepartementet (1978). FOR 1978-06-30 nr 08: Forskrift om narkotika m.v. (Narkotikalist).

Hugdahl, T. (2005). Kvalitetssikringsprosjektet. Kan AD/HD diagnostiseres av lokalt hjelpeapparat? - Om lokal deltagelse i diagnostisering av barn med konsentrasjonsvansker, impulsivitet og hyperaktivitet. St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim/Regionsenter for barn og unges psykiske helse, NTNU, Trøndelag kompetansesenter.

Montano, B. (2004). Diagnosis and treatment of AD/HD in adults in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 Suppl 3: 18-21.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2005). Behandling med sentralstimulerende medikamenter av AD/HD hos voksne. Notat fra Kunnskapssenteret. ISBN 82-8121-039-7.

Nøvik, T.S., Hervas, A., Ralston, S.J., Dalsgaard, S., Rodrigues Pereira, R., Lorenzo, M.J. (2006). Influence of gender on attention deficit/hyperactivity disorder in Europe- ADORE. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15 Suppl 1: i15-i24.

Sayal, K., Goodman, R., & Ford, T. (2006). Barriers to the identification of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 744-50.

Statens helsetilsyn (1998). Foreskrivning av sentralstimulerende legemidler som ledd i behandling av voksne pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse/AD/HD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Rundskriv, IK-8/98.

Statens Helsetilsyn (2001b). Hyperkinetisk forstyrrelse/residual AD/HD- Fortsatt foreskrivning av sentralstimulerende legemidler til pasienter etter fylte 18 år. IK-1/2001.

Statens Helsetilsyn (2000). Brev 14. november 2000. Til Sosial- og helsedepartementet. Informasjon til leger om bruk av legemidlet Dexamin.

Statens Helsetilsyn (2001b). Forsiktighet nødvendig ved bruk av sentralstimulerende legemidler til voksne. Pressemelding 11/21 fra Helsetilsynet 25. mai 2001.

Statens Helsetilsyn (2005). Høring - rundskriv for rekvirering av sentralstimulerende legemidler som ledd i behandling av barn, unge og voksne pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse/AD/HD og narkolepsi. Brev fra helsetilsynet til Sosial- og helsedirektoratet 19. januar 2005.

SINTEF Helse (2006). SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapport 2/06.

Sosial – og helsedirektoratet (2003). Behandling av pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse/ AD/HD- gjennomgang og vurdering av behandlingstilbud og retningslinjer. Brev av 24.01. 2003, adressert til Helsedepartementet.

Sosial – og helsedirektoratet (2005). Endringer i ordningen med rekvireringsrett til sentralstimulerende legemidler – behandling av barn, unge og voksne pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse/ AD/HD og narkolepsi. Brev av 21.04. 2005, adressert til landets fylkesmenn.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Veileder i diagnostikk og behandling av ASD/HD. Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne. IS-12444 Veileder. Revidert 30.06.2006.

St. meld nr. 16, 1996-97. Narkotikapolitikken.

Torgersen, T., Gjervan, B., & Rasmussen, K.(2006). AD/HD in adults: A study of clinical characteristics, impairments and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 38-43.

Taylor, E., et al., (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder- first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry (Suppl 1)*, 13, 1/7-1/30.

Thomsen, P.H. (2005). Kan voksne have AD/HD/HD/DAMP? *Dit lægemagasin*, nr 1. (www.ditlaegemagasin.dk)

Wender, P.H., Wolf, L.E., & Wasserstein, J. (2001). Adults with AD/HD. An overview. *Ann NY Acad Sci*, 931, 1-16.

Øgrim et al. (2005). "Behandlingslinje" for barn og unge med AD/HD i Østfold. Sykehuset Østfold. / www.AD/HD-behandlingslinje.no

Aanonsen, N.O., et al., (2004). Utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ AD/HD. Rapport utarbeidet av sakkyndig team, Avd. for voksenhabilitering, Medisinsk divisjon, Ullevål universitetssykehus.

Aanonsen, N.O., et al., (2005). Utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ AD/HD. Supplement til rapport utarbeidet av sakkyndig team, Avd. for voksenhabilitering, Medisinsk divisjon, Ullevål universitetssykehus.