

# ADHD-debatt på

■ OLE ANDREAS HOVDA • lege i spesialisering, BUP Sentrum, Helse Bergen HF  
REBEKKA JOHNSEN WANGENSTEEN • lege i spesialisering, Nic Waals Institutt  
ØYVIND ALEXANDERSEN • lege i spesialisering, BUP poliklinikk, Levanger SH

I den senere tid har tilstanden ADHD på nytt blitt gjenstand for debatt i norske medier, og det har blitt stilt spørsmål både om diagnostiseringen og behandlingen av tilstanden. Lege Charlotte Lunde er en av debattantene som har vært med på å prege diskusjonen med sitt innlegg i Samtiden nr 3/2011 «Fra hyperaktiv til sentralstimulert. Et essay om barne-doping». Lunde tar i essayet opp en rekke viktige aspekter, som ikke bare berører ADHD-debatten, men også legger opp til

en bredere samfunnsdebatt. Debatten har så langt dessverre vært preget av mangelfulle kunnskaper og uryddig argumentasjon, slik at resultatet har blitt ganske problematisk. Når vi velger å la Lundes essay få stor plass her, skyldes det at hun berører mange viktige sider ved ADHD-debatten. Da landets fastleger er sentrale både som henvisere og i oppfølgingen av pasienter med ADHD, ønsker vi med denne artikkelen å komme med noen korrigerende kommentarer til debatten.

## ADHD og «ADHD» er to forskjellige ting

Det er en utfordring å være ryddig når en diskuterer komplekse tilstander som psykiatri og ADHD. Når det gjelder ADHD er det viktig å være klar over at ADHD og «ADHD» er to forskjellige ting. Diagnosen ADHD er en diagnose i det amerikanske diagnostesystemet DSM IV, men finnes ikke i WHO's diagnostesystem ICD10. Den diagnosen i ICD10 som samsvarer mest med ADHD heter hyperkinetisk forstyrrelse, og det er etter diagnosekriteriene til hyperkinetisk forstyrrelse at barn og unge diagnostiseres i Norge. Når man likevel bruker betegnelsen ADHD også i den norske debatten, henger dette sammen med at dette begrepet er så innarbeidet i det norske språket. Ulike diagnostiske kriterier medfører altså at en «norsk ADHD» og «amerikansk ADHD» er to forskjellige ting.

For å unngå misforståelser kommer vi videre i denne artikkelen til å bruke begrepene hyperkinetisk forstyrrelse og ADHD for tydelig å skille mellom de to tilstandene. Vi legger også til grunn at når det i debatten har blitt brukt betegnelsen ADHD om norske forhold, så siktes det til hyperkinetisk forstyrrelse, som er den relevante størrelsen i det norske helsevesen i dag.

## Forskjellige diagnostiske kriterier

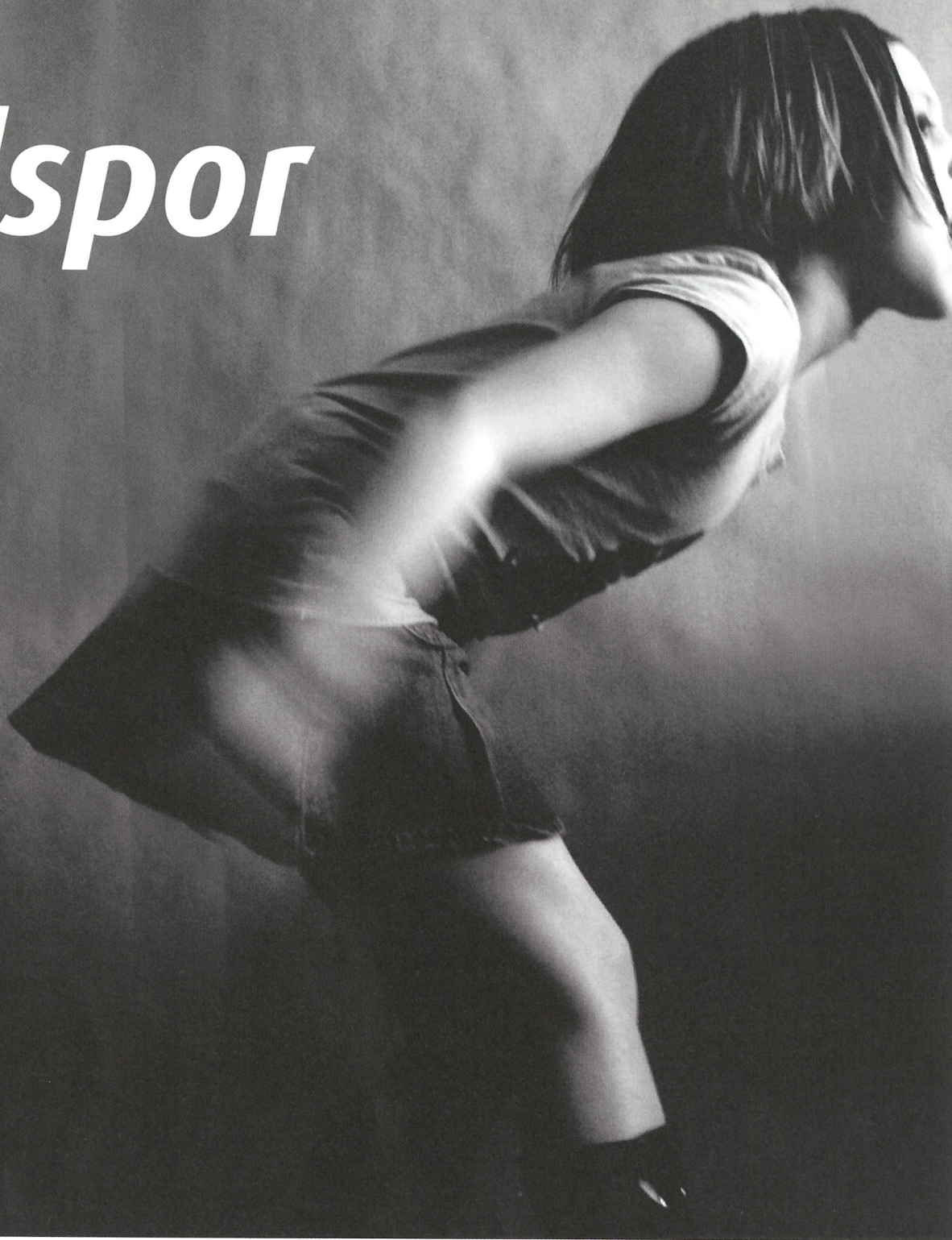
ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse har de samme kjernesymptomene, nemlig konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet, men kravene til hyperkinetisk forstyrrelse er strengere enn kravene til ADHD. For å oppfylle kravene til hyperkinetisk forstyrrelse må alle de tre kjernesymptomene være tilstede i minst to ulike situasjoner, for eksempel hjemme og på skolen/barnehagen. For begge diagnosene er det et krav at det skal foreligge klinisk signifikant svekkelse i sosial, skolemessig eller arbeidsmessig fungering, og at symptomene skal ha vart over tid. Symptomene skal også ha debutert før sju års alder ved ADHD og før seks års alder ved hyperkinetisk forstyrrelse.

Mens konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet ses på som tre dimensjoner i ICD10, er de to siste slått sammen til én dimensjon i DSM IV. ADHD deles inn i tre subtyper, og det er bare for den kombinerte typen at kravene til begge dimensjonene må være



LUSTROSGRAFISKE: HANNA T. FJØR

# villspor



ILLSTRASJONSFOTO: SINORELLA/FLICKR

oppfylt (1). For de to andre subtypene holder det at kravene til enten konsentrasjonsvansker eller hyperaktivitet/impulsivitet er oppfylt. For alle subtypene er det imidlertid tilstrekkelig at kravene er oppfylt i én situasjon, såfremt det også er påvisbare symptomer i minst én annen. Den kombinerte typen ADHD er mer sammenlignbar med hyperkinetisk forstyrrelse enn ADHD i sin helhet. Forskjellene i diagnostiske kriterier gjør at hyperkinetisk forstyrrelse er en subgruppe av ADHD (2), og prevalensen av ADHD er således større enn prevalensen av hyperkinetisk forstyrrelse; henholdsvis mellom åtte prosent og ti prosent (3), og ca 1,5 prosent (4).

## **Langvarig diagnostisk prosess**

Flere debattanter har vært kritiske til diagnostiseringen av hyperkinetisk forstyrrelse. Selvsagt forekommer feildiagnostikk innen barne- og ungdomspsykiatrien som i alle andre medisinske spesialiteter, og årsakene kan være manglende kunnskap, manglende ressurser, eller suboptimale utredningsløp. Vi er imidlertid uenige i at dette er regelen snarere enn unntaket når det gjelder diagnostikk av hyperkinetisk forstyrrelse.

Det er nok ikke bare Lunde som er ukjent med den diagnostiske prosessen i barne- og ungdomspsykiatrien. Vi kjenner fra egen erfaring i allmenmedisin til at utredning og

behandling i BUP ofte fremstod langvarig, uoversiktlig og lite forståelig. Selv om det ikke er noen gullstandard for utredningen, og innhenting av informasjonen kan variere fra sted til sted, er det en rekke elementer som alltid er med. Det tas alltid opp en grundig anamnese hvor det innhentes opplysninger om blant annet aktuelle symptomer, utvikling fra svangerskap til nåtid, somatiske og psykiatriske sykdommer i familien, tidligere somatiske sykdommer, nåværende somatisk helse, familiesituasjon, sosial tilpasning og funksjonsnivå, og tegn på komorbide psykiske tilstander. Det skal også alltid gjennomføres en barnepsykiatrisk undersøkelse som inklude-

rer somatisk og neurologisk status, hvor man også vurderer pasienten med tanke på andre neurologiske og genetiske tilstander. På indikasjon gjennomføres hormonundersøkelse, EEG og MR caput, for å utelukke andre organiske årsaker til pasientens symptomer. Vanligvis gjennomføres det evnetest, i tillegg til annen pedagogisk og nevropsykologisk utredning ved behov. Arbeidet er tverrfaglig, og i tillegg til lege og psykolog deltar gjerne spesialpedagog, logoped, sosionom eller familierapeut i arbeidet.

ILLUSTRASJONS FOTO: ARILD ANDERSEN/Flickr



### Skolens rolle

Diagnosekriteriene forutsetter at det innhentes informasjon om pasienten fra flere arenaer, enten i form av komparentopplysninger, ved samtale eller ved observasjon. I sitt essay skriver Lunde at pedagogiske instanser ofte er involvert i diagnostiseringen, og hun omtaler dette på en måte som gjør at det fremstår negativt. Det ville imidlertid være svært unaturlig å ikke innhente opplysninger fra skolen, som er barnas viktigste arena utenfor hjemmet. Selv om skoleobservasjoner brukes mye, er det i tillegg naturlig å vektlegge opplysninger fra lærere, som ut fra en bred erfaring i arbeid med barn og unge ofte innehar mye kompetanse i å vurdere barns funksjon sammenlignet med jevnaldrende. I utredningen av hyperkinetiske forstyrrelser har skolen en viktig rolle også fordi skolehverdagen har en annen struktur enn livet hjemme, og opplysninger fra skolesituasjonen dermed kan gi viktige supplerende opplysninger til foreldrenes rapportering.

Lunde skriver videre at det finnes flere eksempler på foreldre som kutter ut medisineren i ferier og på fritiden, og at noen mener at hyperkinetisk forstyrrelse derfor kan karakteriseres som en pedagogisk lidelse. Det burde imidlertid være lite oppsiktsvekkende at konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet kan være mer plagsomt på skolen enn på fritiden, og derfor medføre et større behov for medisiner i skoletiden. På samme måte vil det ikke være oppsiktsvekkende dersom en astmatiker som på fritiden er lite fysisk aktiv, vil ha behov for mer astmamedisin når det i skolens gymtimer stilles høyere krav til fysisk prestasjon enn hun er vant til.

### Normalvariasjon?

I likhet med Lunde undrer samfunnsredaktør Lena Lindgren i Morgenbladet seg over hva som gjør at så mange barn nå havner i psykiatrien, når hyperaktive, impulsive og ukonsentrerte barn har eksistert til alle tider. At hyperaktivitet, impulsivitet og nedsatt konsentrasjon er noe de fleste av oss kan kjenne på til tider, utelukker ikke at disse beskrivelsene også kan opptre i et sykdomsbilde. Slik er det også ved en rekke andre psykiatriske sykdomsbilder som depresjon, angst, tvangslidelse og vrangforestillinger. Dette er følelser mange har kjent på, men det er imidlertid de færreste som kjenner på disse symptomene over lengre tid. Varighet, intensitet og funksjonsfall skiller den patologiske hyperaktiviteten, impulsiviteten og uoppmerksomheten fra den normale. At vi nå i økende grad er i stand til å fange opp de som sliter med disse plagene, er utelukkende positivt.

Den økte oppmerksomheten på disse problemene, og utbyggingen av barne- og ungdomspsykiatrien, er begge viktige årsaker til at flere barn med hyperkinetisk forstyrrelse i dag får hjelp. I tillegg er hyperaktivitet og impulsivitet symptomer som er lettere å få øye på for omgivelsene enn de fleste andre psykiatriske symptomer, noe som naturligvis gjenspeiles i henvisningsgraden. Dette betyr imidlertid ikke at vi skal slå oss til ro med at det bare er positive årsaker til økningen i diagnostiseringen av hyperkinetisk forstyrrelse. Nærmere forskning, analyse og debatt rundt årsaksforholdene til veksten i diagnosesettingen er viktig, og ønskes svært velkommen.

Det er derfor et viktig tema Lindgren setter fokus på når hun skriver at dersom ADHD har en prevalens på fem til seks prosent må debatten rundt diagnosen også ta opp i storsamfunnet (5). Diagnostiske kriterier er konvensjoner og ikke objektive størrelser, og derfor må en rekke perspektiver tas med når diagnosesystemene utvikles. Imidlertid er dette ikke noe som bare gjelder for psykiatrien; også i somatiske fag trekkes grensen mellom normalt og patologisk ved verdivalg som får stor samfunnsmessig betydning. Når prevalensen for hypertensjon i en befolkning mellom 20 og 79 år ligger på 40,4 prosent (6) og omsetningen for antihypertensiva var på nesten 1,35 milliarder kroner i 2010 (7), blir det tydelig at det også i somatikken er et samfunnsanliggende hva man velger å definere som behandlingskrevende. Det er høyst betimelig at det kommer en bredere samfunnsdebatt om hva vi i helsevesenet prioriterer å bruke penger på, hva man skal behandle, og til hvilken pris.

### Ensidig fokus på medisinerer?

Det er en myte at barne- og ungdomspsykiatrien ensidig fokuserer på den medikamentelle delen av behandlingen ved hyperkinetisk forstyrrelse. I Norge tydeliggjøres dette ved at metylfenidat (virkestoffet i Ritalin, Concerta, Medikinet og Equasym) har indikasjon «når det er vist at hjelpetiltak alene ikke er tilstrekkelig». Når diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse er stilt har man et tilbakemeldingsmøte med pasient og/eller foreldre, der man informerer om utredningen og diagnosen, og går gjennom mulige behandlingsalternativ. Mange foreldre føler på den ene siden på skyld og skam, og på den andre siden på irritasjon over barnets/ungdomens oppførsel. For mange vil det å få en forklaring på symptomene, kunne være en betydelig hjelp i forhold til dette.

Veiledning gis som oftest både til foreldre og til skolen, slik at det kan tilrettelegges best mulig på begge arenaer. Barn med hyperkine-



ILLUSTRASJONSFOTO: AMAN'S BEKING/FLOK

tisk forstyrrelse har i enda større grad en andre behov for forutsigbarhet, og gode rutiner blant annet i forhold til søvn. De trenger tydelige og forutsigbare grenser, og de må få rask respons når de skal få tilbakemeldinger. Det er vanlig å anbefale at disse barna får mye skryt for det de gjør, nesten til en slik grad at det kan oppleves som unaturlig. I skolesammenheng er det blant annet viktig at oppgaver deles opp i små enheter, slik at barna får erfaringer med å klare å fullføre. Det er også viktig med forutsigbare og hyppige pauser.

Mange av barna får stilt diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse mens de går på barneskolen, og det bygges da ofte opp mye kompetanse på skolen om hva som fungerer og hva som ikke fungerer av tilrettelegging for den enkelte elev. Det viser seg dessverre at formidling av denne kunnskapen fra barneskole til ungdomsskole ofte byr på problemer. Fastlegen kan spille en viktig rolle ved å tilse at informasjonen formidles og tas hensyn til ved skolebyttet, og på denne måten bidra til trygge rammer rundt eleven, som igjen kan begrense behovet for medisiner.

Når barn og ungdom utredes med spørsmål om hyperkinetisk forstyrrelse i barne- og

ungdomspsykiatrien, har de imidlertid som oftest en lang historie med symptomer bak seg. Dette gjør at i mange av tilfellene har PPT vært inne og gjort vurderinger, og gitt veiledning med tanke på tilrettelegging av skolehverdagen. Når pasienten likevel henvises til videre utredning, så er dette ofte et tegn på at tilretteleggingen alene ikke har hatt tilstrekkelig effekt.

### Godt dokumentert behandling

Både Lunde og Lindgren gir uttrykk for at den medikamentelle behandlingen av hyperkinetisk forstyrrelse er dårlig dokumentert. Dette medfører heldigvis ikke riktighet. Det foreligger nå mye dokumentasjon på effekten av den etablerte medikamentelle behandlingen, og en av de mest anerkjente studiene er MTA-studien (The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) fra 1999 (8). Dette er en randomisert, ikke-blindet 14-måneders longitudinell studie med 579 barn, hvor medikamentell behandling, adferdsterapi, kombinasjonen av disse, og uspesifikk oppfølging ble sammenlignet. Studien viste at medikamentell behandling var mer effektiv enn adferdsterapi, og betyde-

lig mer effektiv enn uspesifikk oppfølging. Den viste videre at det var en rekke fordeler ved å legge medikasjon til adferdsterapi, men forholdsvis få ved å legge adferdsterapi til medikamentell behandling. En oppfølgingsstudie etter 24 måneder (9) viste at medikasjon fremdeles var den mest effektive behandlingsformen, men at forskjellene hadde minsket. En tre-års oppfølgingsstudie av MTA-studien (10) konkluderte med at den medikamentelle behandlingens fortrinn ikke lenger var synlige, men at det var uvisst om dette skyldtes en aldersrelatert nedgang i ADHD-symptomer, endring i den medikamentelle oppfølgingen, seponering av behandlingen eller andre årsaker. En reanalyse av dataene fra MTA-studien (11) viste imidlertid at medikamentell behandling er enda mer fordelaktig i forhold til adferdsterapi dersom man legger kriteriene til hyperkinetisk forstyrrelse og ikke ADHD til grunn. Pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse har bedre effekt av medisiner, og dårligere effekt av adferdsterapi alene, enn pasienter med ADHD har. Denne studien viser også at de fleste som har så alvorlige plager at de oppfyller kravene til hyperkinetisk forstyrrelse, vil ha behov for medikasjon.



ILLUSTRASJONSFOTO: NICOLE PIERCE/FUCKR

### Metylfenidat

På det norske markedet er det i dag stort sett to virkestoff som brukes i behandlingen av symptomene ved hyperkinetisk forstyrrelse; metylfenidat og atomoksetin. Metylfenidat, som er førstevalget, er en dopamin- og noradrenalinreopptakshemmer, og øker på denne måten mengden dopamin og noradrenalin i den synaptiske spalten. Ca 70 prosent av pasientene med ADHD har signifikant effekt av metylfenidat mot kjernesymptomene konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet (12).

Ved oppstart med medisiner, starter en vanligvis opp med korttidsvirkende metylfenidat i lav dose, og titrerer dosen opp til ønsket effekt, eventuelt begrenset av bivirkninger. Den vanligste døgndosen ligger på ca 1 mg/kg, men kan økes opp til 2,0 mg/kg (13). De hyppigste bivirkningene til metylfenidat er appetittløshet, søvnvansker og hodepine, men selv om bivirkningene er hyppige, er det sjelden de er så plagsomme at de fører til seponering. Redusert lengdeveksthastighet er også en kjent bivirkning ved lenger tids bruk, men det foreligger ikke dokumentasjon på en redusert total lengdevekst. Det er rapportert enkelte tilfeller av plutselig død, leversvikt, epileptisk anfall og EKG-forandringer hos pasienter som står på metylfenidat, men disse er så sjelden forekommende at det ikke har vært mulig å påvise noen årsakssammenheng med medisineren (14). Med bakgrunn i EKG-forandringene som er rapportert, og spørsmål om metylfenidat kan forlenge QT-tiden, tas EKG mange steder rutinemessig før igangsetting av medisineren, selv om det ikke er noe krav til dette.

Fordi metylfenidat er tilgjengelig i flere former, er det i stor grad mulig å tilpasse do-

seringen til den enkeltes behov. Etter at dette er gjort i en utprøvningsperiode, og man eventuelt har blitt enig om videre medikamentell terapi, kan ansvaret for medisineren overføres til fastlege. Når dette gjøres må fastlegen søke om spesiell forskrivningsrett (15), og pasienten skal kalles inn til halvårlige kontroller. På disse kontrollene skal det måles BT, puls, vekt og lengde, og det er i tillegg vanlig å ta hematologisk status med differensialtelling, og leverprøver. Det anbefales at man minst én gang årlig gjør et seponeringsforsøk av én til to ukers varighet, for å se om medisineren fremdeles har effekt. For de fleste med hyperkinetisk forstyrrelse er forutsigbarhet, rutiner og tydelige grenser viktig. Derfor er det ikke ønskelig at seponeringsforsøk legges til ferier, hvor rutinene både på skolen og hjemme endres. Legger man et seponeringsforsøk til en ferie, kan forverringen av symptomer som egentlig har sin årsak i fraværet av rutiner og rammer, tillegges seponeringen av medisinen, og medisineren forlenges unødigg.

Mange er i utgangspunktet skeptisk til at barnet deres skal få sentralstimulerende medisin, og noen er engstelig for om dette øker faren for senere rusmisbruk. Studier har imidlertid vist at bruk av metylfenidat tvert imot reduserer faren for senere rusmisbruk, men mekanismen bak dette er ukjent (16).

### Atomoksetin

Virkningsmekanismen til atomoksetin er ikke sikkert klarlagt, men antas å skyldes en hemming av presynaptisk noradrenalin reopptak i prefrontal cortex. For både metylfenidat og atomoksetin gjelder det at ca 70 prosent har effekt av behandlingen, og det er vist at ca 40 prosent av de som ikke har effekt av det

ene virkestoffet har effekt av det andre. Atomoksetin har også effekt på kjernesymptomene ved hyperkinetisk forstyrrelse, og har effektstørrelser som er litt lavere enn for metylfenidat (17). Mens metylfenidat som oftest har en rask innsettende effekt, tar det ofte minst fire uker før man ser effekt på behandling med atomoksetin. Full effekt sees sjelden før seks til åtte uker, men kan også ta lengre tid å oppnå. Startdosen er 0,5 mg/kg/døgn, og det trappes gradvis opp til måldosen som er 1,2 mg/kg/døgn. De vanligste bivirkningene ved bruk av atomoksetin er kvalme, tretthet og appetittløshet. Det har blitt rapportert epileptiske anfall, suicid og leversvikt hos pasienter som står på atomoksetin, men det er ikke påvist noen sikker sammenheng (18). Likevel gjør disse rapportene at en i oppfølgingen skal være oppmerksom på tegn til suicidal adferd, og at leverprøver bør kontrolleres på den årlige kontrollen hos fastlege. Der bør det også måles blodtrykk, puls, vekt og lengde. Da atomoksetin er et C-preparat, trenger ikke fastlegen å søke om forskrivningsrett når hun overtar ansvaret for oppfølgingen.

### Patofysiologi

ADHD og hyperaktiv forstyrrelse er heterogene og kompliserte tilstander. Tvillingstudier har vist at ADHD er en av de mest arvelige tilstandene vi kjenner til, med en hereditet på mellom 60 prosent og 90 prosent. Det er påvist en rekke gener som antas å ha betydning for utviklingen av sykdommen, men effekten av hvert enkelt gen er liten. Mors røyking under svangerskapet, og maternalt stress med økt cortisonutskillelse, øker risikoen for å få ADHD, noe også lav fødselsvekt og komplikasjon under fødselen gjør. Også fysiske og sosiale forhold etter fødselen kan bidra til utviklingen av ADHD, men også her vil hver enkeltfaktor trolig ha liten patogen effekt (19). Når det er så mange faktorer som spiller en rolle i patofysiologien, blir bildet sammensatt, og de forskjellige patogenetiske faktorene veid inn i hverandre, slik at det blir vanskelig å sikkert kunne skille de fra hverandre. Dette gjør at man i forskningen må være tilbakeholdne med å trekke for bastante konklusjoner, men understreker samtidig behovet for ytterligere forskning på tilstandene.

### Forskjell på «syk» og «psyk»?

I sitt essay skriver Lunde: «Et barn med diabetes type I trenger utvilsomt insulin. Det er definitivt ikke et like konstant forhold mellom tilstanden ADHD og Ritalin.» Parallellen til ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse ville vært betydelig bedre dersom Lunde hadde sammenlignet det med diabetes type II i ste-

det for type I. I likhet med hyperkinetisk forstyrrelse er diabetes type II en sykdom med en multifaktoriell genese, men den gjengse type II-diabetiker har som oftest i større grad hatt mulighet til å påvirke sykdomsutviklingen enn hva barn og unge med hyperkinetisk forstyrrelse har. Dette medfører imidlertid ikke at pasientene med diabetes type II ikke skal få medikamentell behandling. Å nekte dem det vil, som å nekte barn med hyperkinetisk forstyrrelse å få metylfenidat eller atomoksetin, være direkte uetisk.

Barn og ungdom som har en hyperkinetisk forstyrrelse har som oftest et høyt lidelsesstrykk, og de har også økt risiko for komorbide psykiatriske tilstander. Harselering med, underkjennelse av og bagatellisering av tilstanden vil kunne være sterkt krenkende for de som er rammet. Dessverre kan debatten så langt ha bidratt til å stigmatisere en smertefull psykisk lidelse, noe som er viktig å ta avstand fra. Hvordan denne pasientgruppen blir møtt av helsevesenet kan ha svært mye å si, og landets fastleger vil kunne ha en veldig viktig rolle for denne sårbare gruppen. Selv om ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse er komplekse tilstander, og det er mange svar vi ennå ikke har, så behandler vi i helsevesenet lidelser uavhengig av om de som har dem ble født sånn – eller har blitt sånn. Heldigvis.

#### REFERANSER

1. For at DSM IV kravene skal være oppfylt i en dimensjon, må det foreligge minst seks av ni symptomer fra dimensjonen.
2. Santosh, P. J., Taylor, E., Swanson, J., Wigal, T., Chuang, S., Davies, M., et al. Refining the diagnoses of inattention and overactivity syndromes: A reanalysis of the Multimodal Treatment study of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) based on ICD-10 criteria for hyperkinetic disorder. *Clinical Neuroscience Research*, 2005;5: 307–14.
3. www.uptodate.com, Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and pathogenesis.
4. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th ed., Rutter, M., et al. (red) 2008. Blackwell Publishing Limited, s 530.
5. Selv om Lindgren med en prevalens på 5–6% må vise til ADHD og ikke hyperkinetisk forstyrrelse, er temaet likevel svært viktig også i Norge.
6. Klouman, M., Åsberg, A., Widerøe, T., Blodtrykksnivå i en norsk befolkning – betydningen av arv og livsstil. *Tidsskrift for Den norske legeforsking* nr 12, 2011;131: 1185–9.
7. Tall fra www.reseptregisteret.no
8. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Dec;56(12): 1073–86.
9. The MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004 Apr;113(4): 754–61.
10. Jensen, P. S., Arnold, L.E., Swanson, J.M., et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study, *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Aug;46(8): 989–1002.
11. Santosh, P. J., Taylor, E., Swanson, J., Wigal, T., Chuang, S., Davies, M., et al. Refining the diagnoses of inattention and overactivity syndromes: A reanalysis of the Multimodal Treatment study of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) based on ICD-10 criteria for hyperkinetic disorder. *Clinical Neuroscience Research*, 2005;5: 307–14.
12. Meijer, W. W., Faber, A., van den Ban, E., Tobi, H., Current issues around the pharmacotherapy of ADHD in children and adults. *Pharmacy world & science* 2009 Oct;31(5): 509–16.
13. Banaschewski, T., et al, Long-acting medications for the hyperkinetic disorders – A systematic review and European treatment guideline. *European child & adolescent psychiatry*, 2006 15: 476–95.
14. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th ed., Rutter, M., et al. (red) 2008. Blackwell Publishing Limited, s 535.
15. Skjemaet «Søknadsskjema spesiell rekvireringsrett for sentralstimulerende legemidler» kan lastes ned fra www.helsedirektoratet.no
16. Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., Gunawardene, S., Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*. 2009 Jan;111(1): 179–85.
17. Meijer, W. W., Faber, A., van den Ban, E., Tobi, H., Current issues around the pharmacotherapy of ADHD in children and adults. *Pharmacy world & science* 2009 Oct;31(5): 509–16.
18. Banaschewski, T., et al, Long-acting medications for the hyperkinetic disorders – A systematic review and European treatment guideline. *European child & adolescent psychiatry*, 2006 15: 476–95.

oahovda@gmail.com

## Allmennpraktikerstipend 1. halvdel 2012

UNIVERSITET	NAVN	TITTEL	FÅTT	VEILEDER
UiO	Stig Bruset	Fastlegers holdning til og erfaring med forebyggende helsearbeid, eksemplifisert ved frisklivsresept og frisklivssentraler belyst ved kvalitativ undersøkelsesmetode.	3	Ole Rikard Haavet
UiO	Sven Erik Ruud	Allmennmedisinske utfordringer i møte mellom storbylegevakten og innvandrerpatienten: En deskriptiv epidemiologisk studie.	3	Per Hjortdahl
UiO	Heidi Lidal Fidjeland	Oppfølging av gynekologiske kreftpasienter- fra fastlegen og pasientens ståsted	3	Mette Brekke
UiO	Trygve Skonnord	Akupunkturbehandling av akutte korsryggsmerter i allmennpraksis	3	Arne Fetveit
UiO	Guri Aarseth	Legeproduserte tekster ved uføresaker. Språkanalyse og fortolkning	3	Anne H. Kveim Lie
UiO	Ingun Toftemo	«Kan det stemme at 4-åringen min er for tjukk». Foreldres erfaringer med at helsepersonell tar opp bekymring for overvekt hos 4-åringen deres	3	Per Lagerløv
UiB	Svein-Denis Moutte	Smerte hos barn og ungdom på legevakt: vurdering og håndtering.	3	Tone Morken, Christiana Brudevik og Steinar Hunsbæk
UiTø	Stian Holmvik	Investigating diagnostic and treatment principles of shoulder tendinopathy in primary health care.	3	Elise Klouman
UiTø	Steinar Robertsen	Har nivået av D-vitamin betydning for forekomst av luftveisinfeksjon?	3	Hasse Melbye
UiTø	Bjørn Lichtwarck	Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende adferd ved Demens	2	Geir Selbæk