

Eksterne høringsinnspill – utkast til anbefalinger i Nasjonal faglig retningslinje for ADHD og kapittel i pakkeforløp om ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
Generelle kommentarer, nye/reviderte anbefalinger i retningslinje	<p>Helse-Fonna: Anbefalingen/rådet og praktisk informasjon er tydelig og oversiktlig.</p> <p>Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Møre og Romsdal HF (Morten Hjelle & Manuela Strauss): Tidligere var ventetiden ca ett år fra henvisning til oppstart utredning. Det er nå ønskelig med 35 dager ventetid som synes politisk vektet og ikke faglig. ADHD er en medfødt tilstand og symptombildet vil ofte ikke være akutt. Det burde være en inndeling av ventetid ift nedsatt funksjon hvor de med betydelige funksjonsnedsettelse har dagens frister ift ventetid mens de med funksjonsvurdering med CGAS over 70 kunne ha en doblet ventetid.</p> <p>Statped: Statped er meget positive til at ADHD blir sett mer helhetlig på. Elevene Statped får henvist har som regel sammensatte utfordringer og ulike nevroutviklingsforstyrrelser. Statped støtter at barn og unge med ADHD utredes med tanke på flere utfordringer, inkludert lærevansker. Særlig positivt er det at barnets språk blir vurdert.</p> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved Sykehuset Telemark støtter i hovedsak foreslåtte endringer i retningslinje for ADHD og nytt kapittel i pakkeforløp. Anbefalingen oppleves som tydelig og den praktiske informasjonen er nyttig.</p> <p>Autismeforeningen i Norge, Sentralt og faglig råd: Autismeforeningen i Norge, støtter ADHD sine innspill til høringen.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Fra Autismeforeningens staved synes det beskrevne pakkeforløpet, som skal gi en mer lik handtering i Norge, a være et viktig bidrag for å avdekke også utfordringer innen autismespekteret. Det er bra at det er fokus på at ADHD gjerne opptrer sammen med andre nevrologiske forstyrrelser. For vår gruppe vil også tidlig diagnostisering være viktig for å etablere miljøtilpasninger i ung alder, for å unngå utvikling av mer alvorlig psykiske lidelser som følge av å komme til kort i skoleløp etc.</p> <p>ADHD Norge: ADHD Norge har deltatt i arbeidsgruppen for pakkeforløp ADHD og mener at våre synspunkter er ivare tatt på en god måte. Vi er i positive til innholdet i høringen. Noen innspill har vi:</p> <p>Norsk Ergoterapeutforbund: Erfaringer fra praksis tilsier at det er behov for bedre samhandling mellom utredende instans og de kommunale støttetjenestene rundt barn med ADHD. Det er veldig positivt at det er stort fokus på tverrfaglighet, samt likt forløp uavhengig av geografi. Dette bør følges med utvidelse av ressurser, i praksis ser vi et stort behov for økt tverrfaglighet både i utredende instans og i det kommunale støtteapparatet. Langt fra tverrfaglig- ofte bare to-faglig, hvor kompetansen i stor grad handler om hodet og ikke om kropp. Det er også positivt at områder som sanseregulering og følsomhet for sansestimuli er områder som skal kartlegges. Samt kartlegging av funksjon på ulike arenaer. Her har ergoterapeutene unik kompetanse og kan bidra i en slik kartleggingsfase. Innhenting av barnestemmen er også beskrevet i flere punkter, dette er veldig positivt. Oversiktlig med tydelige overskrifter. Kunne vært merket mer med nr på hvilket kapittel de tilhører da det er flere sider under hvert kapittel. Når man trykker på linker og hopper tilbake til utgangsdokumentet kommer man til starten av dokumentet ikke der man trykket på linken, noe som vil vært mer praktisk og tidsbesparende. Alle lenkene må sjekkes, noen som ikke førte til rett plass når jeg sjekket (kan jo være tilfeldig)</p> <p>Folkehelseinstituttet FHI, Område for helsetjenester og område fysisk og psykisk helse, avdeling Barns helse og utvikling: Folkehelseinstituttet (FHI) støtter innføringen av ny nasjonal faglig retningslinje for ADHD.</p> <p>LIS Øyvind Hassfjord, Barne- og ungdomspsykiatri & spesialist i allmenmedisin, Sykehuset Østfold: Noe jeg gjerne vil påpeke som en svakhet arbeidsgruppens sammensetning med Helene Barone, seniorrådgiver/psykologspesialist, Helsedirektoratet som jeg ikke kan se at har med seg Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri</p> <p>Jon Even Aasum: Felles stab, Psykisk Helsevern, St. Olavs Hospital: Denne tilbakemeldingen er i det vesentlige basert på innspill fra fagrådgiver BUP-klinikk, Jostein Arntzen</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Vi imøteser beskrivelsene/forslagene til endringer i revidert nasjonal faglig retningslinje for ADHD/kapittel om ADHD og andre nevrouviklingsforstyrrelser i generelt pakkeforløp, psykiske lidelser, barn og unge. Det er en kjensgjerning at det er et felles utfordringsbilde å etablere mest mulig lik samhandling mellom fastlegene og de kommunale tjenestetilbudene (som skolehelsetjeneste (helsesykepleier, skolelege, andre), PPT, barneverntjenesten, kommunepsykologer) for barn og unge dette gjelder, både mellom kommuner og innen en og samme kommune, men også mellom BUP/PHBU og disse.</p> <p>Forslag til forbedring/tiltak: Et innspill som vi ønsker å komme med her, men som i denne sammenheng ikke omhandler nevrouviklingsforstyrrelser alene, gjelder behovet for å se på aktørene som samlet gjør en helt avgjørende jobb i forkant av og med selve utformingen av innholdet og beskrivelsene som er i henvisningspapirene (ute i kommunene). Det anses som formålstjenlig om Helsedir. vurderte hvordan disse aktørene kan bli sett på som del av et kommunalt helsefelleskap som henviser, uten at dette går på bekostning av eksempelvis ansvaret som tillegges barnets fastlege, ev. de to øvrige aktørene som per i dag er de som kan henviser til BUP/PHBU, dvs. barnevernsledere og psykologer. Dette er noe som også har blitt uttrykt av kommunale repr./samarbeidspartnere via ASU. – Arbeidet som så langt er gjort, og som videreføres fremover tilknyttet samhandling mellom BUP/PHBU og kommunene, blir et viktig bidrag for å sikre bedre samtidighet og samhandling mellom nevnte tjenester.</p> <p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling: Legeforeningen mener det er viktig at barn som henvises til BUP avklares somatisk hos fastlegen før henvisning, for å utelukke somatisk grunn til symptomene for henvisning. Det er imidlertid viktig at lege i spesialisthelsetjenesten gjennomfører en barnepsykiatrisk legeundersøkelse som en del av utredningen av ADHD, og at dette ikke settes til fastlege. Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri står med sin kompetanse i en særstilling til å gjøre den differensialdiagnostiske vurderingen opp mot somatiske og psykiatriske forklaringer på pasientens symptom-bilde, til å gjøre en helhetlig psykiatrisk vurdering av pasienten, samt til vurdering av samspill. Det er viktig at spesialist i barne- og ungdomspsykiatri deltar i utredning og diagnostisk vurdering da det er sannsynlig at vedkommende kan få en sentral rolle i videre oppfølging av pasienten.</p> <p>Legeforeningen mener at barn og ungdommer som henvises til BUP bør få en bred basisutredning som tar høyde for at psykiatriske symptomer hos barn og unge kan være uspesifikke og ha mange forskjellige årsaksforklaringer. Det er viktig at et pakkeforløp for ADHD ikke fører til at man overser andre tilstander eller feildiagnostiserer fordi man for raskt spisser utredningen mot ADHD.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Dersom et barn utredes og ikke oppfyller diagnostiske kriterier for ADHD, er det viktig å vurdere om barnet oppfyller kriterier for en annen psykiatrisk diagnose, eller om det har vansker som gjør at det skal ha diagnoser på andre akser. I begge tilfeller kan barnet ha behov for videre tiltak og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten eller i kommunen.</p> <p>Legeforeningen ønsker at informasjon rettet mot fastleger er lett tilgjengelig og helhetlig. Det kan godt lenkes til andre veiledere og retningslinjer, men det bør komme fram i teksten hva hovedpoenget i aktuell lenke er. Det er ønskelig at det fremgår tydeligere hva som er forventet av fastlegen i retningslinjen. Legeforeningen ønsker spesielt å påpeke at fastlegen forholder seg til svært mange retningslinjer i sin arbeidshverdag, og det er ønskelig med kortversjoner av pakkeforløp og retningslinjer.</p> <p>I retningslinjen står det at det er forventet at fastlege tar med somatisk status i henvisning. Av erfaring vet vi at det kan variere hva fastlege og spesialisthelsetjenesten legger i dette. Legeforeningen foreslår at det spesifiseres i retningslinjen hvilke undersøkelser som inngår som et minimum, og forslag til eventuelle tilleggsundersøkelser som kan vurderes av fastlege ved behov. Dersom utredning i spesialisthelsetjenesten senere medfører behov for ytterligere somatiske undersøkelser, bør dette gjøres av ansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten. Den som stiller indikasjon for undersøkelse eller prøver bør undersøke eller rekvirere prøver, og vurdere svaret selv. Alt dette er viktig for å unngå overdiagnostikk og overbehandling.</p> <p>Dersom det er startet opp medikamentell behandling, bør det ved utskrivning foreligge skriftlig plan for anbefalte kontroller, inkludert vurdering ved eventuell dosejustering og seponering. Dette bør tydeliggjøres.</p> <p>Under <input type="checkbox"/> <i>Praktisk - slik kan anbefalingene følges</i> <input type="checkbox"/> beskrives hva tilbakemelding etter utredning for ADHD/hyperkinetisk forstyrrelser bør inneholde. Det står at kontrolltime bør vurderes. Sentralstimulerende medikamenter har mange bivirkninger og indikasjonen må kontinuerlig være tydelig og revurderes. Vi ønsker at pakkeforløp også skal inkludere årlige kontrolltimer. Det bør tydeliggjøres i retningslinjene at det ønskes klare retningslinjer. For barn som har gjennomgått grundig utredning og diagnostisering og hvor det f.eks. er behov for individuell plan, kan retningslinjene gi føringer for hvordan overføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten bør foregå. Vi har stor tro på samarbeidsmøter hvor pasient/pårørende og lege kan møte spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Under avsnittet «ADHD og samtidige tilstander» nevnes det eksempler på samtidige tilstander der «misbruk av rusmidler» er et eksempel. Legeforeningen mener at også «misbruk av legemidler» bør stå som et eget punkt da ADHD-pasienter ofte misbruker legemidler som en del av selvreguleringen.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Legeforeningen ønsker å bemerke at det er vist stor geografisk variasjon i forekomst av ADHD-diagnoser i Norge, https://bmjopen.bmj.com/content/11/1/e041698. Ett av spørsmålene som stilles er om det skyldes over- eller underbehandling. Foreløpig vet man lite om årsakene, men det er iverksatt forskning, https://www.uib.no/med/144212/store-geografiske-adhd-forskjeller-skal-under-lupen. Legeforeningen anbefaler at retningslinjen og pakkeforløp eventuelt justeres når forskningsresultatene foreligger.</p> <p>Det er positivt at pakkeforløp og retningslinjer blir mer strømlinjeformet, noe som trolig kan bidra til mindre geografisk variasjon, Vi ønsker imidlertid å påpeke viktigheten av at pakkeforløp og retningslinjer ikke bidrar til overdiagnostisering og overbehandling. Legeforeningen etterlyser i den forbindelse et større fokus på avdiagnostisering i foreliggende utkast til pakkeforløp og retningslinjer.</p> <p>Retningslinjen mangler utfyllende anbefalinger for oppfølging etter utskrivning fra BUP og for evt revurdering av diagnose. Ved behov for revurdering av diagnose der pasienten er relativt symptomfri, har ikke pasienten rett til helsehjelp ut fra prioriteringsveileder. Her mangler det vurderinger.</p> <p>Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Fellesenheten med innspill fra sentrene NevSom og Frambu:</p> <p>Vi vil innledningsvis berømme og takke prosjektleder og arbeidsgruppen for et viktig og betydelig arbeid som er gjennomført i en krevende tid. Det er positivt at man har revidert og oppdatert retningslinjen for ADHD mtp barn og unge og også har utarbeidet et eget kapittel for ADHD i generelt pakkeforløp, psykiske lidelser, barn og unge. For mange fortsetter ADHD inn i voksenlivet og det er derfor viktig at også denne og andre deler av retningslinjen for ADHD oppdateres.</p> <p>En av utfordringene med den reviderte retningslinjen er at den ofte lenker seg bort fra det den egentlig skal handle om, dvs ADHD. Dessverre fører mange av lenkene heller ikke direkte fram til tematikken som omtales og kan derfor stå i fare for å bli vurdert til å være til liten hjelp i det praktiske. All relevant informasjon bør være samlet ett sted og oversiktlig organisert. Lenker til referanser/utdypende informasjon kan med fordel plasseres på slutten av et kapittel ol (slik det for øvrig er gjort i de internasjonale retningslinjene det lenkes/refereres til).</p> <p>Retningslinjen gir kun overordnede anbefalinger, men er dessverre lite konkret på for eksempel valg av instrumenter ifbm utredning av ADHD. Det hadde vært ønskelig at arbeidsgruppen hadde kommet med en</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>evidensbasert anbefaling som vil kunne støtte opp under den overordnede målsettingen om «likere behandling av pasienter med ADHD på tvers av ulike klinikere og regioner.» I forbindelse med dette vises det Sunhedsstyrelsens nylig publisert oppdaterte Nasjonal kliniske retningslinje om utredning og behandling af ADHD hos barn og unge (2021) som løser dette på en annen og muligens mer hensiktsmessig måte.</p> <p>I en klinisk hverdag vil få ha anledning til å søke opp relevant lenkebasert informasjon når man er i behov for det. Dette er muligens særlig utfordrende for fastlegene som har blitt tillagt en viktig og nødvendig oppgave. Nylig publisert «Nasjonal veileder om Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» som samler all relevant informasjon et sted og hvor aktuelle lenker er plassert på slutten av hvert kapittel løser dette etter vår vurdering på en mer hensiktsmessig måte.</p> <p>Avsnittene om «Vurdering», «Verdi og preferanser» og «Ressurshensyn» fremstår som noe løsrevet fra helheten og konklusjonene kan ikke nødvendigvis etterprøves. Det fremsettes også noen antakelser som ikke kan etterprøves (for eksempel «bedre livskvalitet»; mindre drop-out») – her blir retningslinjen lett noe mer enn en retningslinje. Henvvisning til overordnede nasjonale føringer/veiledere (for eksempel Veileder om ledelse) kan med fordel plasseres enten som en premiss eller samlet som et avsluttende kapittel.</p> <p>Det anbefales at man enten bruker «Praktisk» eller «Praktisk informasjon». Begge begrepene brukes nå om hverandre og skaper litt uklarhet.</p> <p>I teksten om ADHD og samtidige tilstander (side 15) er det skrevet at det er «sannsynligvis økt forekomst...». Det er etter vår vurdering godt dokumentert at det er økt forekomst av et flertall av nevnte samtidige lidelser ved ADHD, men dette gjelder ikke alle tilstandene som er listet opp. Det kan derfor være nyttig å differensiere for hvilke av tilstandene dette er godt og mindre godt dokumentert.</p> <p>Kartlegging av tiltak forsøkt: Høringsutkastet sier at det bør kartlegges behandlingstiltak og tilrettelegginger som er prøvd ut. Det er imidlertid stor forskjell på kartlegging og vurdering. Vi mener det bør eksplisitt stå at man må vurdere kvaliteten på de tiltakene som er forsøkt. I praksis ser man ofte at tiltak er forsøkt i gang satt uten at man har evaluert gjennomføring, etterlevelse og effekt.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>I denne sammenhengen vil det også med fordel konkretiseres hvilken rolle og i hvilken grad fastlege, skole/barnehage og PPT skal ha i denne fasen. Ved å sikre disse rutinene, vil dette kunne gjøre ventetiden i oppstart av utredning kortere. Når det er gjort et forarbeid og satt inn tiltak, vil man kunne sile ut de som likevel ikke er kandidater for denne tjenesten hos spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Tverrfaglighet/somatisk utredning: Mennesker med ADHD har økt risiko for overvekt, astma, allergier, diabetes, hypertensjon, søvnforstyrrelser, epilepsi, autoimmune og metabolske sykdommer. Dette kan i stor grad påvirke symptomene på ADHD og bør utredes. ADHD kan også være forårsaket av sjeldne enkelt gen- og kromosomendringer (Faraone et al., 2021) og på Frambu ser man at det er en hyppig forekommende komorbid diagnose til mange typer sjeldne diagnoser og tilstander. De fleste med ADHD kan altså ha komorbide somatiske, psykiske og sosiale utfordringer. ADHD bør derfor vurderes ut ifra en biopsykososial utredningsmodell.</p> <p>I pakkeforløpene er det utarbeidet retningslinjer for ivaretagelse av somatisk helse. Rapporten fra SINTEF om pakkeforløpene (2021) viser imidlertid til at det i liten grad gjennomføres somatisk utredning i polikliniske oppfølginger: <i>“En del (les: brukere) erfarer at det gjøres somatisk helseundersøkelse og kartlegginger av levevaner i psykisk helsevern og TSB, men først og fremst i døgnavdelinger og i liten grad som del av et poliklinisk forløp”</i>. Blant fagfolk angis det manglende avklaring av hva som er fastlegene sitt ansvar, og hva som er spesialisthelsetjenesten sitt ansvar. Vi mener at ved en nevroutviklingsforstyrrelse, inkludert ADHD, er det helt avgjørende at det gjennomføres en somatisk utredning (<i>i spesialisthelsetjenesten i konteksten av en tverrfaglig og helhetlig utredning?</i>). I høringsutkastet skriver man at utredning "kan med fordel gjøres.. tverrfaglig...". Her mener vi at teksten bør endres til det mer forpliktende "må" eller "bør". På den måten kan retningslinjen og pakkeforløpet være med på å understreke kompleksiteten i disse vurderingene, og behovet for at ekstra tid og ressurser settes inn.</p> <p>Kartlegging av styrker: Kartlegging av styrker nevnes i høringsutkastet. Vi mener imidlertid at dette punktet bør vektlegges i enda større grad, samt at det med fordel kan utdypes hvordan dette gjøres. Mange med ADHD bruker disse styrkene til å kompensere for sine vansker. En slik kartlegging vil kunne belyse dette. ADHD er også en tilstand de aller fleste vil ha resten av livet, og man må i større grad tenke et "leve med" perspektiv enn kurativ behandling. En kartlegging av styrker vil kunne være med på å styre tiltaksarbeidet.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Tilbakemelding etter endt utredning:</p> <p>Høy helsekompetanse er en faktor som korrelerer med god fysisk og psykisk helse (The International Health Literacy Population Survey 2019–2021). Man vet også at informasjon om diagnosen er en viktig del av behandlingen for ADHD. For å kunne ivareta egen helse er det viktig at personen med diagnose og vedkommendes nettverk får mulighet til å tilegne seg kunnskap om sin helsetilstand. Det er en forutsetning for å treffe gode helsevalg og gir grunnlag for opplevd egenmestring. I høringsutkastet står det: “Noen vil trenge strukturert tilbakemelding over flere ganger”. Vi mener at det bør understrekes i større grad at tilbakemelding etter endt utredning bør ses på som en prosess som går over tid. Erfaringsmessig blir mange pasienter og pårørende tilbudt bare én tilbakemeldingssamtale. Dette er spesielt uheldig for personer med vansker knyttet til oppmerksomhet og andre kognitive evner, som omhandler mange av diagnosegruppene ved Frambu. Det er også ekstra relevant for denne diagnosegruppen der tiltakene i mindre grad rettes direkte mot barnet (behandling blir ofte gjennom foreldretrainingsprogrammer eller vha. pedagogisk tilrettelegging i skole/barnehage).</p> <p>For at det skal være mulig å gjennomføre endringene som er tenkt, ser vi også behovet for å poengtere at det avsettes nok tid og ressurser til spesialisthelsetjenesten, slik at endringene kan gjennomføres som skissert i høringsforslaget.</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retningslinjen gir tydelige og nyttige anbefalinger som samsvarer godt med klinisk hverdag, positivt at det er lenket til anerkjente internasjonale kilder - Innholdet i retningslinjen oppleves nyttig, men det blir mye tekst, inkludert en del gjentakelser, som gjør at retningslinjen blir noe uoversiktlig. Det anbefales at det vurderes om noe av teksten kan flyttes og samles i ett innledende kapittel om ADHD og de ulike underdiagnosene, ref. pakkeforløpet, og at relevant generell informasjon fra de ulike anbefalingene samles her. Eksempelvis kunne avsnittet under kap. 2.1 i pakkeforløpet på høring vært flyttet / kopiert inn et innledende kapittel i retningslinjen. - Det anbefales at retningslinjen tydelig avgrenses til å gjelde ADHD. Det er forvirrende når begrepet nevrouviklingsforstyrrelse sporadisk blir nevnt nevnes i teksten til noen av anbefalingene <p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Det fremstår bra og ryddig.</p> <p>Helse Førde:</p> <p>Me har gått gjennom reviderte/nye anbefalinger i nasjonal fagleg retningslinje for ADHD, samt det nye kapittelet om ADHD og andre nevrouviklingsforstyrrelser i generelt pakkeforløp, psykiske lidinger, barn og unge. Vår vurdering er at</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>anberalingane/rada er tydelege og at det inneheld nyttig praktisk informasjon. Det er enkelte formuleringar i den nasjonale faglege retningslinja me har kommentarar til.</p> <p>I nasjonal fagleg retningslinje, kapittel 1 «Henvising, utredning og tilbakemelding», under punktet «En utredning av ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse hos barn og unge i spesialisthelsetjenesten bør inkludere kartlegging og dokumentasjon av pasientens psykososiale, utviklingsmessige, somatiske og psykiatriske historie og status, samt pasientens styrker og interesser» står det:</p> <p><i>«DSM-5-kriteriet om symptomer i to eller flere settinger bør tolkes med forsiktighet da symptomene kan opptre ulikt avhengig av setting og funksjonsnivået kan variere over tid. Se praktisk informasjon.»</i></p> <p>Under punktet: «En utredning av ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse hos barn og unge i spesialisthelsetjenesten bør inkludere kartlegging og dokumentasjon av pasientens psykososiale, utviklingsmessige, somatiske og psykiatriske historie og status, samt pasientens styrker og interesser» under overskrifta «Kartlegging av symptomer og fungering på ulike arenaer» står det:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Observasjoner f.eks. i skole eller barnehage kan være nyttig, men ta hensyn til at det kan være stor variasjon i fungering avhengig av dagsform og setting ved ADHD:</i> <ul style="list-style-type: none"> <i>o Noen kan "ta seg sammen" og ha få symptomer på skolen, men blir unormalt slitne etter en skoledag slik at symptomene fremkommer hjemme.</i> <i>o På klinikken vises gjerne ikke symptomer da mye er nytt og det meste foregår en-til-en.</i> <i>o Mange kan holde oppmerksomheten over tid dersom de finner aktiviteten interessant, mens oppmerksomhetsvanskene fremkommer ved mentalt krevende og/eller kjedelige oppgaver.</i> <i>o Ha også fokus på alternative årsaksforklaringer, samtidige lidelser og eventuelle psykososiale påvirkende faktorer i hverdagsmiljøet.</i> <p>Kommentar: DSM-V kriteriane seier mellom anna at barnet må syne eit vedvarande mønster av uoppmerksomheit og/eller hyperaktivitet-impulsivitet, at vanskane må vise seg i to eller fleire situasjonar og at symptoma må påverke eller nedsette funksjon sosialt eller på skulen. Me er bekymra for at formuleringane som er markert over, vert tolka som at nevnte kriteriar er mindre viktig, at opplysningar som bekreftar diagnosen vert tillagt meir vekt enn motstridande opplysningar og at det kan auke faren for «false positives». Til dømes er lite symptom på skulen ein motstridande opplysning, men her vert det definert som ein observasjon som kan bekrefte diagnosen, fordi barnet kan «ha tatt seg sammen». Me ber om at Helsedirektoratet endrar formuleringane slik at teksten tydelegare samsvarer med diagnostiske kriteriar. Samstundes er me positive til at dei nye råda/retningslinjene kan gjere det lettare å ha fokus på og oppdage dei</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>(som oftast jentene) med uoppmerksom presentasjon, og ta gitt dei god hjelp tidleg. Me er og positive til at det blir lagt vekt på å skildre utfordringar og styrkar, drøfte samtidige vanskar og tilstandar(diagnoser) og sånn sett få ei meir helhetleg forståing av barnet, ikkje berre fokus på ein diagnose.</p> <p>Forandringsfabrikken: Generelt om å se bak symptomer: Vi legger merke til at det flere steder i retningslinje og i pakkeforløp påpekes at det kan ligge mer bak symptomer som listes som kriterier for ADHD. Vi mener likevel at det er viktig at det kommer tydeligere frem gjennomgående at voksne alltid må prøve å komme inn til det vonde eller strevsomme inni barn. Før en avgjørelse om henvisning tas, underveis i utredning og i forbindelse med tilbakemelding, må det være et fokus på å prøve å finne ut sammen med barn og unge hva det er som kan ligge bak symptomene. Det er dette hjelpen må ta utgangspunkt i. Forandringsfabrikken har siden 2014 gjort undersøkelser der 2000 barn og unge som får psykisk helsehjelp har delt erfaringer og gitt råd til psykisk helsehjelp. Forandringsfabrikken undersøkelser viser at 3 av 4 barn ikke forteller om det vondeste eller mest strevsomme til psykisk helsevern. En av de viktigste grunnene til at barn ikke forteller er at barn ikke vet hva som skjer med det de forteller. Mange barn har opplevd at noe de har sagt eller gjort har blitt delt videre til voksne og andre fagfolk i andre tjenester. For mange barn har dette gjort at de har mistet tillit, både til den voksne som har delt noe videre og til andre voksne. Hvis barn ikke har tillit forteller de heller ikke om det vondest eller mest strevsomt. Når barn ikke forteller, blir hjelpen de får i psykisk helsevern ofte lite nyttig fordi hjelpen ikke har riktig fokus. Når barn viser gjennom uttrykk og handlinger at de har det vondt inni seg må voksne prøve å nå inn til grunnene til at barn gjør som de gjør. Det vonde eller strevsomme inni barn kan komme ut i ulike smerteuttrykk: noen blir stille - sinte eller triste, noen strever med mat, noen får tanker om å ta livet sitt, noen synes det er vanskelig å konsentrere seg eller er urolige, noen blir sinte, noen kan høre stemmer eller se ting som ikke er der og noen viser det på andre måter. Fagfolk kaller ofte dette for symptomer, mens barn og unge ber om at det kalles smerteuttrykk. Fordi det er uttrykk for noe vondt eller strevsomt inni dem. Det vonde eller strevsomme inni barn, kan handle om mye ulikt. Det kan være å bli holdt utenfor av andre barn på skolen, å bli mobbet, å kjenne på sorg etter noen har blitt alvorlig syk eller har dødd, å ha det utrygt hjemme, å bli utsatt for psykisk vold, å bli utsatt for fysisk vold, å bli utsatt for overgrep, eller det kan være andre vonde ting som skjer i livet til barn. Når barn blir sendt til spesialisthelsetjenesten blir de møtt av en behandler som skal kartlegge barnets symptomer. Mange barn opplever at det legges FOR stor vekt på kartlegging, diagnostisering og behandling av symptomer. Mange barn opplever derfor at fagfolk er lite interessert i hva symptomene deres handler om. Da er det mange barn som mister tillit til voksne, og som ikke forteller dem viktige ting. Fagfolk når derfor ikke inn til grunnene til at barn har det vondt eller strevsomt, og da kjennes ikke hjelpa nyttig. Spesialisthelsetjenesten må prøve å finne ut sammen med barn og unge hva det er som kan ligge bak symptomene. Spesialisthelsetjenesten må vise og fortelle barn at de forstår at smerteuttrykk er uttrykk for noe annet vondt eller strevsomt inni barnet. Barn trenger å møte voksne</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>som er direkte og spør dem om hva det vonde og strevsomme handler om, som tør å stille spørsmål og grave for å finne ut hva det vonde er. For at barn og unge skal få nyttig hjelp må dette stå tydeligere beskrevet i retningslinjen enn det gjør i dag. Det er dette som bør være hovedfokuset, ikke diagnostisering.</p> <p>Generelt om juridiske henvisninger og/eller redegjørelser for barns rettigheter i retningslinjen: Det bør fremgå tydelig at pasienten/brukeren (barnet/ungdommen) har rett til å uttale seg i alle forhold som vedrører barnet, jf. barnekonvensjonen artikkel 12 og Grunnloven § 104 med referanser til/redegjørelse for reglene om informasjon og medvirkning i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette for å sikre at utredninger, vurderinger, tiltak, medisiner, diagnoser m.v. ikke blir satt uten at barnet er delaktig i egen sak. Det nevnte er alle "forhold" som "vedrører" barnet, og dermed er barnet gitt egne rettigheter som helsepersonell bør være bevisst tidlig i retningslinjen. Tilsvarende gjelder retten til informasjon, som fremgår forutsetningsvis av barnekonvensjonen artikkel 12 jf. FNs barnekomité i generell kommentar nr. 12 (2009) avsnitt 25 og reglene i pasient- og brukerrettighetsloven. I alle tilfeller må hensynet til barnets beste vurderes i alle "handling og avgjørelser som berører barnet" jf. Barnekonvensjonen artikkel 3 jf. Grunnloven § 104. Barnets mening er et sentralt moment i barnets beste-vurderingen. Nærmere om barnets rett til respekt for sitt privatliv, herunder unntakene fra informasjonsdeling til foreldre eller andre med foreldreansvar slik det fremgår av pbrl. § 3-4, er det kommentert mer om fra vår side under punktet "metode og prosess". Disse betraktningene kan også med fordel fremgå tidligere i retningslinjen. (Kan være uheldig å "gjemme" viktige rettigheter og betraktninger om disse til slutt i retningslinjen, herunder også under overskriften metode og prosess.) Det bør bemerkes at barnets rettigheter etter nevnte rettslige grunnlag ikke står i motsetning til verken foreldre/andre med foreldreansvars samtykkekompetanse eller at barnet med dette får "bestemmelsesrett". Det essensielle er at barnet får medvirke under hele prosessen, gjennom jevnlig informasjon og mulighet til å uttale seg dersom barnet ønsker. Dette savnes gjennomgående i retningslinjen, og kan alternativt fremgå flere steder - eller nevnes innledningsvis slik at det er tydelig at det gjelder for retningslinjen som helhet.</p> <p>Norsk Fysioterapeutforbund (NFF): Det er noe utfordrende å orientere seg i høringsutkastet. Vi savner en mer detaljert nummerering av underkapitler/avsnitt. En bedre nummerering ville bidratt til at høringsutkastet/ene var mer oversiktlig. Ett skjema for retningslinje og ett skjema for pakkeforløpet kunne også bidratt til en mer oversiktlig høring.</p> <p>Norsk psykologforening, fagpolitisk avdeling: Vi har ingen generelle kommentarer til de nye/reviderte anbefalingene. Vi kommenterer på hver og en av anbefalingene nedenfor.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Bodø kommune, Barne- og familieenheten: Generelt sett oppleves den nye utgaven å være en forbedring av den opprinnelige. Det er flott at barn og foreldres brukermedvirkning fremheves, og at behovet for grundige kartlegginger understrekes. Videre er det også fint at “bekymring hos foreldre/de som har foreldreansvar og/eller pasienten bør vektlegges” trekkes frem, og at det settes en “maksfrist” på utprøving og evaluering av tiltak i kommunen.</p> <p>Det bør komme tydeligere frem hvem som skal gjøre hva i utredninger, samt gjerne også fremkomme forslag på utredningsverktøy som kan anvendes i de kommunale tjenestene og i spesialisthelsetjenesten-dette for å bidra til større likhet i praksis før- under og etter utredning av AD/HD i kommuner og i spesialisthelsetjeneste. Kommunens ansvar for å koordinere den tverrfaglige innsatsen bør også fremkomme tydeligere i retningslinjen.</p> <p>Uenig i vurdering om fordeler hvor det oppsummeres med at dette vil medføre “kortere tid fra bekymring til avklaring”- så lenge det er så utydelig definert hvem som gjør hva, og hvordan tverrfaglig innsats i kommunen skal koordineres, er det pr i dag dessverre slik at behandlingstid oppleves svært lang, og dette blir gjerne veldig ut-trøttende for pasienten og deres pårørende.</p> <p>Klinikk for barn, unge og rusavhengige, Helse Stavanger: Helse Stavanger (Heretter HST) synes stort sett at dette utkastet er godt gjennomarbeidet, fremstår som kunnskapsbasert, oppdatert og stort sett i tråd med dagens praksis.</p> <p>Punkt om ulemper ved å følge pakkeforløpsmodellen; «at undersøkelser, for eksempel i PPT, forsinker utredning i spesialisthelsetjenesten» Vi ser at det er svært uheldig at 1.linje har lenger ventetid enn 2.linje tjeneste. Dette vil ofte påføre 2. linje merarbeid med å gjøre 1. linje arbeid men også at dette kan øke antall henvisninger som primært krever 1 linje tiltak. En kan også avdekke vansker i PPT som ikke tilsier behovet for videre henvisning, og iverksette helhetlige tiltak tidlig gjennom kartlegging i PPT.</p> <p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Det vurderes som positivt og hensiktsmessig at man søker å ivareta «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse og andre nevrouviklingsforstyrrelser» i sammenheng. Det oppfattes imidlertid at arbeidsgruppen verken har vært sammensatt for eller har utarbeidet retningslinje for «andre nevrouviklingsforstyrrelser» enn ADHD.</p> <p>Utredningsdelen av retningslinjen oppleves å ha en klar slagside; de fleste steder der kompleksitet omtales, går retningslinjen langt i å antyde at ADHD diagnose bør etableres, ev. som tillegg til andre. Den differensialdiagnostiske forståelsen er tonet ned, og det oppfordres til i større grad å tenke komorbiditet – både/og. I møte med barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker bør helsetjenestens hovedoppgave være å avdekke viktige årsaker til dette. ADHD er som kjent ingen årsaksforklaring. Å ha</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>et kapittel i pakkeforløp med ADHD som del av overskriften når vi vet at årsaksbildet er veldig komplekst er utfordrende. Trolig bør angst/traumer og psykososiale belastninger / fattigdom løftes fram mer som viktige årsaksforklaringer. Man er bekymret for innsnevring av normalitetsbegrepet, og en økt sykdomsforståelse av vansker barn kan ha av mange ulike årsaker.</p> <p>Det presenteres i teksten at tidlig intervensjon ved ADHD er viktig. Det savnes en faglig begrunnelse/referanse for dette standpunktet når det gjelder medikasjon, da det per i dag er ingen holdepunkt fra kontrollerte studier som støtter at tidlig intervensjon ved diagnoseetablering eller medikamentell behandling er riktig. Kanskje tvert imot.</p> <p>Behandling og oppfølging er IKKE på høring. Det stilles spørsmål ved om det også bør gjøres endringer i retningslinjer for behandling og oppfølging når det innføres det som forstås som lettelser i kriteriene for å få diagnosen. Når flere får diagnosen, vil det også bli flere som har lettere vansker. Dette bør tas hensyn til i behandlingsavsnittet.</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Veldig bra! Ikke minst at det er lagt inn kunnskapsbaserte begrunnelser for anbefalingene.</p> <p>Mat og atferd, pasientorganisasjon: Ernæring er lite nevnt. Vi ser at arbeidsgruppen i 2014 ikke har medlemmer med ernæringskompetanse. Det samme er for arbeidsgruppen 2021. Og heller ikke blant forfatterne av notatet «<i>Forenklet kunnskapsoppsummering</i>» fra FHI 2020, som er et viktig grunnlag for arbeidet. Høringsutkastet for reviderte anbefalinger bærer preg av det.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Uten ernæringsfaglig helsepersonell som kan vurdere eventuelle ernæringstiltak på vitenskapelig basis, er det alternative miljø som tilbyr sin hjelp, de har varierende faglig kvalitet. <input type="checkbox"/> Ernæringsfaglig helsepersonell er viktig medlem er faglig team. <input type="checkbox"/> Vurdering av ernæringsstatus er viktig under første utredning. <p>Ernæringsvurdering og behandling er i tråd med helseministerens ønske om «smart bruk av midler». Vi i Mat & atferd står til disposisjon for ytterligere dokumentasjon.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapscenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU:</p> <p>Generelt kommenteres at det er et godt og viktig arbeid som er gjort i arbeidet retningslinje og pakkeforløp. Det kommer godt fram at arbeidet og anbefalingene er godt faglig forankra og basert på nyere forskning og kunnskap. Dokumentet vil være en god støtte i utredning og behandling/oppfølging av barn og unge med ADHD. Alt i alt, en fryd å lese. Det bør understrekes at nye anbefalinger også gjelder voksne, der det ikke er naturlig å skille mellom barn/voksen i retningslinja</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Pilar: Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør-RBUP: RBUP vurderer at de nye og reviderte anbefalingene i retningslinjen i sum er gode og vi støtter helheten i det som formidles. Retningslinjen fremstår godt oppdatert på nyere forskning på området. Det tas grep som har til hensikt å unngå at pasienter blir gående for lenge uten adekvat utredning eller forsøk på tiltak. Det er generelt positivt at man anbefaler bruk av DSM-5-kriterier og at man gir klare føringer for diagnostisk praksis. Retningslinjen beskriver på en god måte kompleksitet og diversitet i utredning av ADHD, og gir god støtte til å gjøre effektive vurderinger, men samtidig uten å gå på bekostning av hensynet til å gjøre grundige differensialdiagnostiske vurderinger og komorbiditetsvurderinger. Vi har lenger ned i teksten foreslått at man spesifiserer noe nærmere hvilke tiltak som skal prøves ut lokalt før henvisning til spesialisthelsetjenesten, samt at vi savner en tematisering av viktigheten av en god allianse med familie og pasient under utredning. Videre savner vi at det er tematisert hvilken rolle språk og kultur / minoritetsetnisitet kan spille i utredning av ADHD, og hvordan dette bør hensyntas i utredning.</p> <p>Helse Sør-Øst RHF, Enhet psykisk helsevern og rusbehandling, Avdeling medisin og Helsefag: Helse Sør-Øst RHF støtter anbefalingene og tenker at de er tydelige og vil være et nyttig hjelpemiddel for tjenestene.</p> <p>Brukerutvalget, Ahus: Brukerutvalget er positive til innholdet i høringen. Noen innspill har vi:</p> <p>Norsk Sykepleierforbund (NSF): Norsk Sykepleierforbund (NSF) har gitt sitt høringssvar basert på innspill fra Landsgruppen av helsesykepleiere og andre aktuelle sykepleiefaglig miljøer.</p> <p>Generelle innspill – det viktigst fra barnets perspektiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hjelpen må komme raskt, barn og unge kan ikke vente. - Involver alle rundt barnet, «et lag rundt barnet». - Det bør være hyppige nye vurderinger av diagnosen. -Viktig med god oppfølging av behandling, bivirkninger og det psykososiale aspektet. -Barnesamtalen er SVÆRT viktig. Den må gjennomføres av fortrolige og trygge voksne. -Ikke «slipp barnet» om konklusjonen ikke er ADHD. -Ikke overføre til kommunal tjeneste før det foreligger en plan for overføring og god informasjon. -Svært viktig med helhetlig fokus.

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>-Det er vil være svært viktig a informere og koordinerer forløpene for a redusere / forebygge frustrasjon for barn, foreldre og familiene (og fagfolk).</p> <p>-Epikrise: Det står at «andre instanser, som PPT, bør motta epikrise/rapport (etter samtykke) dersom relevant.» Her bør helsestasjon – og skolehelsetjenesten, som er barnets egen primærhelsetjeneste, også vurderes å motta epikrise dersom det er relevant.</p> <p>-Overføring fra spesialisthelsetjenesten kunne med fordel vært enda mer tydeligere. Det savnes en tydelig plikt for å opprette samarbeid med kommunehelsetjeneste - overføring av informasjon og ivaretagelsen av barnets behov i det daglige (skole).</p> <p>-Utredning/behandler bør ta aktiv kontakt med skolehelsetjeneste (etter samtykke) for at helsesykepleier i skole skal ha forutsetning for å støtte barnet/ familien/ pedagogisk personale etter utredning. Det vil styrke barnet og familiens i å nyttiggjøre seg informasjon om diagnose og tilretteleggingsbehov,</p> <p>-Tilbakemeldinger fra foreldre, er at de føler seg overlatt til seg selv når utredning/behandler avslutter pakkeforløpet. Det savnes mestringssamtaler og veiledning i tiden etter pakkeforløpet.</p> <p>-Det kan være behov for tettere oppfølging av spesialisthelsetjenesten videre etter at utredningen er ferdigstilt. Det må avklares med barnet og familien om samtaler skal settes opp etter utredning er ferdig.</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>PHA: Retningslinjene er omfattende og ressurskrevende, og forutsetter høyspesialisert tverrfaglig kompetanse. Det beskrives en gullstandard. Dagens ressurser, fristkrav og henvisningsmengde, der «mistanke om ADHD» utgjør en vesentlig andel, tilsier at det vil være krevende og tilnærmet umulig å gjennomføre såpass omfattende utredning i alle saker. Reviderte retningslinjer bør ledsages av en implementeringsplan, utover pakkeforløpsimplementering.</p> <p>Selve dokumentet er til dels uoversiktlig og krevende å benytte i praksis. Nyttig med linker til ulike retningslinjer og ressurssider, men dette gjør retningslinjene mindre leservennlige og totalbildet mistes lett til fordel for detaljene, samt at det kan bli vanskelig å skille mellom retningslinjer og råd. Det er også eksempler der kortversjonene ikke er i tråd med retningslinjene de er linket til, et eksempel nevnes senere i kommentaren.</p> <p>RKT: Det vurderes som positivt og hensiktsmessig at man søker å ivareta «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse og andre nevroutviklingsforstyrrelser» i sammenheng. Det oppfattes imidlertid at arbeidsgruppen verken har vært sammensatt for</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>eller har utarbeidet retningslinje for «andre nevroutviklingsforstyrrelser» enn ADHD. For øvrig deler vi PHA sine innspill her.</p> <p>Oslo kommune, Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester: Oslo kommune viser til Helsedirektoratets høringsbrev av 18.mai 2021, om revidert nasjonal faglig retningslinje for ADHD og kapittel om ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser i generelt pakkeforløp, psykiske lidelser, barn og unge. Høringsinstansene er invitert til å gi tilbakemelding på de reviderte/nye anbefalingene i nasjonal faglig retningslinje for ADHD, samt på det nye kapittelet om ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser i generelt pakkeforløp, psykiske lidelser, barn og unge.</p> <p>Overordnede betraktninger Oslo kommune synes det er positivt at det er utarbeidet nye og reviderte anbefalinger i faglige retningslinjer for ADHD og nevroutviklingsforstyrrelser og vurderer det som hensiktsmessig at disse lidelsene er inkludert som en del av pakkeforløpene til barn og unge. Retningslinjen og kapittelet i det generelle pakkeforløpet har et godt oppsett, der det er lett å finne relevant og viktig informasjon. Råd og anbefalinger fremstår som tydelige med grundige forklaringer. Den praktiske informasjonen oppleves som nyttig og vil ha relevans for hvordan spesialist- og kommunehelsetjenesten samhandler rundt diagnostisering og kartlegging. Innledningen i retningslinjen gir dessuten en god og nyttig beskrivelse av tematikken.</p> <p>En stor del av innholdet i den faglige retningslinjen for ADHD og det generelle pakkeforløpet handler om det som skjer i spesialisthelsetjenesten. Fra et kommunalt perspektiv ser vi derfor ikke at det foreligger forslag som tilsier at det vil være behov eller krav til kommunene om å etablere nye tjenester eller påta nye oppgaver. De nye anbefalingene i retningslinjen vil heller ikke ha større implikasjoner for organisering av tjenester i kommunen. Vi mener likevel det er nødvendig å berøre områder som knyttes til organisering (samhandling) og kompetanseløft. Oppgaveoverføring til kommunen må kompenseres og gjøres slik at kommunehelsetjenesten har anledning til å tilpasse og rigge sine tjenester til å møte eventuelle nye krav. Spesialisthelsetjenestenes veiledningsplikt bør i dette tilfelle fremheves, og det er ønskelig med utadrettet virksomhet.</p> <p>Forslag til endringer/forbedringstiltak Vi savner mer tydelighet på tiden det tar fra barn blir henviset til utredning kommer i gang. Ved flere andre sykdomstilstander er det lovpålagt tidsfrist når utredning skal startes. I et forebyggende perspektiv bør barn og deres familier komme raskt i gang med utredning grunnet belastningen og den uheldig utviklingen dette medfører. Det bør presiseres at kommunehelsetjenesten (helsestasjon, fastlege, miljøtjenester ol) skal inkluderes i kartleggingen. Slik</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>det står nå, er det kun en anbefaling om lav terskel for kontakt. For at man skal være så treffsikker som mulig i prosessen og tiltakskjeden mener vi det bør gjennomføres enkelte kartlegginger som beskriver hvilken type kompetanse som bør implementeres i ulike deler av tjenesteapparatet, avklare kapasitet, samt organisering av disse.</p> <p>I forslaget gis det ingen fullstendig beskrivelse av alle nevroutviklingsforstyrrelser, men omtaler noen felles grunnprinsipper. Oslo kommune mener man bør anvende begrep som nevroutviklingsforstyrrelser, og forstå dette som delvis overlappende tilstander som innbefatter flere beslektede diagnoser. Dette gjenspeiles også i ICD 11 (som skal implementeres) og DSM-5, der gruppering av nevroutviklingsforstyrrelser innbefatter flere tilstander, og av den grunn bør tydeliggjøres. Uklarheter kan skape uhensiktsmessige utfordringer både hva gjelder implementering av kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, utvikling av tiltak i kommunen, samt sikre samordning av tjenester. Oslo kommune mener det bør etableres et helhetlig fokus på nevroutviklingsforstyrrelser, som beskrives i Autismemeldingen NOU2020:1.</p> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p> <p>Vi har ingen kommentarer til ordlyden i de 5 anbefalingene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Synes generelt strukturen i dokumentet er god med beskrivelse av anbefaling, praktisk, begrunnelse, vurdering og referanser, <input type="checkbox"/> Noen plasser kan det være en sammenblanding av hva som er «begrunnelse» og hva som er «praktisk». Det kan av den grunn bli en del gjentakelser i dokumentet. Dette gjelder særlig anbefaling 2 i retningslinjen. Her er det mulig det ville vært mer hensiktsmessig med en litt annen struktur/oppbygning for å gjøre det mer leservennlig, da dette er et svært omfattende kapittel som inneholder mange delområder. <input type="checkbox"/> Vi anbefaler at det legges inn en lenke til retningslinjen i kapitlet «1. Henvisning og start» i det generelle pakkeforløpet. Dette for å sikre at fastlegen leser hva som skal inkluderes i henvisningen dersom mistanke om ADHD/nevroutviklingsforstyrrelse. Etter vår oppfatning vil fastlegen ikke kunne vite hva som skal inkluderes for ADHD/nevroutviklingsforstyrrelser hvis han/hun ikke først har lest retningslinjene for ADHD.
Kommentarer til "Metode og prosess" i retningslinjen	<p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Ok. Støttes.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Norsk Fysioterapeutforbund (NFF): Oppklarende forklaring.</p> <p>Norsk psykologforening, fagpolitisk avdeling: Ingenting å bemerke</p> <p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling:</p> <p>Metode og prosess for utvikling av retningslinjen er relevant, men kan kortes ned. Vi foreslår at språket presiseres noe. Det kan tenkes at avsnittet om brukermedvirkning bør konkretiseres.</p> <p>Retningslinjens rettslige stilling, inkludert henvisning til andre dokumenter, støttes slik det står skrevet.</p> <p>Andre kommentarer: Eksempel: <i>ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse er en risiko for utvikling av rusmiddelproblemer.</i> En mer presis formulering kunne vært som følger: <i>ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse utgjør/innebærer en risiko for utvikling av rusmiddelproblemer.</i></p> <p>Under punktet "Målsetting og målgrupper" står det skrevet følgende: <i>I Norge er det et mål at befolkningen skal sikres god tilgang på helse- og omsorgstjenester uavhengig av bosted, alder og kjønn. Tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre og involvere brukerne, og de skal være samordnet og preget av kontinuitet.</i></p> <p>Vi foreslår at punktet kuttes frem til følgende setning": <i>Et mål for revisjonen i 2021 har vært en likere og mer effektiv utredningspraksis for barn og unge på tvers av ulike klinikere og regioner i Norge.</i></p> <p>Norsk Ergoterapeutforbund:</p> <p>Målsettingen med veilederen er bra lik praksis og lik prioritering er nødvendig. Det er også positivt at veiledere og nasjonale føringer oppdateres i tråd med ny forskning og ny kompetanse. En mer spisset retningslinje er også et godt bidrag til å sikre en mer lik praksis uavhengig av geografi. I henhold til lovfestet rett til koordinerte tjenester, beskriver veilederen flere punkter om koordinering, informasjonsflyt og samarbeid. Det hadde vært betydelig bedre om det stod mer spisset om hvem som skal ta ansvar for hva og hvilket koordinerings ansvar som ligger til kommunen og hvilket</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>koordineringsansvar som ligger til spesialisthelsetjenesten. Pr i dag viser praksis at dette er tilfeldig og de lokale avtalene mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er ikke tydelig nok på dette.</p> <p>Det hadde også vært bra å vite hvilken yrkesbakgrunn på de som sitter i arbeidsgruppen nevnt under metode og prosess har. Da det gjerne sier noe om hvilken bakgrunn de har med seg inn dette arbeidet som er gjort.</p> <p>Autismeforeningen i Norge, Sentralt og faglig råd:</p> <p>Den skisserte løsningen ser bra ut. Dessverre ser vi at det praksis svikter på flere punkt med hensyn til vår gruppe. Varslet behov for utredninger fra barn, ungdom og pårørende blir ikke tatt på alvor. De blir ikke henvist til PPT eller andre spesialister. Utredninger stopper opp, fordi kriteriene ikke tar høyde for individuelle forskjeller. Flere som får diagnose, får ikke epikrise og oppfølging. Det er uklarhet på hvem som har oppfølgingsansvar for medisiner.</p> <p>Folkehelseinstituttet FHI, Område for helsetjenester og område fysisk og psykisk helse, avdeling Barns helse og utvikling:</p> <p>FHI har vært delaktige både i å initiere og utarbeide den nye retningslinjen. Utgangspunktet for revisjonen var et møte som helseministeren arrangerte for et par år siden. Regjeringen var bekymret for de store variasjonene i bruk av ADHD-diagnoser som vi viste i en artikkel fra 2018 (Surén P, Thorstensen AG, Tørstad M, mfl. Diagnostikk av hyperkinetisk forstyrrelse hos barn i Norge. Tidsskrift for Den norske legeforening 2018; 138(20). doi: 10.4045/tidsskr.18.0418.). Statsråden var også inspirert av en modell for komprimert og teambasert utredning som er laget ved BUP i Namsos. I Namsos-modellen utføres utredning og diagnostikk i løpet av én dag, med gode forberedelser på forhånd.</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT):

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>RKI: Kunnskapsgrunnet og metode for evidensgradering i revisjonen av retningslinjen synes noe uklart beskrevet, hvilke graderingsmetode av evidens er benyttet, og er rådene basert på evidensvurderinger fra NICE 2008 eller senere NICE revisjon1 etter 2018? Sistnevnte revisjon av NICE savnes referert i metoddelen som omtaler kunnskapsgrunnet. 1 National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline. London, United Kingdom: 2018. NG87.</p> <p>Forandringsfabrikken: Retningslinjenes rettslige stilling: Det er fint at forsvarlighetskravet i helse retten trekkes frem som en rettslig forpliktelse, og at det trekkes paralleller til forsvarlig helsehjelp og anbefalingene i retningslinjene. Etter vårt syn kunne denne retningslinjen med fordel også vist til de rettslige forpliktelsene som følger av FNs barnekonvensjon, som er gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven, herunder særlig artikkel 3, artikkel 12 og artikkel 16 jf. Grunnloven § 104 og § 102. Brukerne/pasientene som omfattes av denne retningslinjen er gjerne barn og unge, og helsepersonellens ansvar til å sikre barn/ungdoms menneskerettigheter bør tydelig fremgå. Det kan tenkes at en slik henvisning passer bedre et annet sted i retningslinjen, men det bør etter vårt skjønn også fremgå i beskrivelsen av retningslinjens rettslige stilling.</p> <p>Brukermedvirkning: Vi har en del kommentarer til dette punkt. Først og fremst undres vi over hvorfor brukermedvirkning, samtykkekompetanse og informasjon til foreldre er satt under samme punkt og under overskriften "brukermedvirkning". Som hovedregel har brukere under 18 år rett til å medvirke, bli hørt og uttale seg om alle forhold som vedrører dem, se Grl. § 104, FNs barnekonvensjon artikkel 12 og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Retten til å medvirke frafaller ikke ved at pasienten eller brukeren ikke er samtykkekompetent, men da utløses pårørendes rett til å medvirke sammen med pasienten etter tredje ledd, såfremt unntakene i § 3-4 ikke gjør seg gjeldende. Dette bør fremgå tydeligere av retningslinjen slik at helsepersonell ikke står i fare for å bryte barns rettigheter. Konkret foreslår vi derfor å dele inn dette i tre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Brukermedvirkning, herunder redegjørelse for regelverket i pbrl. § 3-1 jf. barnekonvensjonen art. 12 og Grl. § 104 jf. det som står i retningslinjen fra før og det som er fremhevet ovenfor 2) Samtykkekompetanse for barn og unge, herunder redegjørelse for pbrl. § 4-3 3) Deling av opplysninger til foreldre eller andre med foreldreansvar, herunder redegjørelse for pbrl. § 3-4 jf.

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>brukermedvirkning i punkt 1</p> <p>Til punkt 3, deling av opplysninger til foreldre eller andre med foreldreansvar, fremstår denne redegjørelsen under dette punkt per i dag noe ufullstendig. Hva som er utgangspunktene og unntakene i pbrl. § 3-4 første til femte ledd bør fremgå tydelig. Vi anerkjenner at brukerens eller pasientens medvirkning (meninger/synspunkter) har sider til denne problemstillingen. Hva barn og unge uttrykker seg om, har åpenbar betydning for om unntakene for å informere foreldre eller andre med foreldreansvar etter pbrl. § 3-4 andre til fjerde ledd gjør seg gjeldende. Det bør derfor ikke oppstå tvil om barnets rett til å uttale seg fritt i alle forhold som vedrører barnet jf. barnekonvensjonen artikkel 12 og Grunnloven § 104, og at denne retten gjelder uavhengig av samtykkekompetanse og samtykke fra foreldre dersom pasienten/brukeren er under 16 år. Dette har også sider til barnets rett til respekt for sitt privatliv, jf. Barnekonvensjonen artikkel 16, EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102. Det kan ikke gjøres inngrep i barnets rett til privatliv med mindre det å informere foreldre eller andre med foreldreansvar er "nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret" jf. pbrl. § 3-4 fjerde ledd. Et tilsvarende nødvendighetskrav oppstilles også av våre menneskerettslige forpliktelser, se eksempelvis EMK art. 8 nr. 2.</p> <p>Klinikk for barn, unge og rusavhengige, Helse Stavanger: Arbeidsgruppens sammensetning fremstår som noe svak, utvalget av brukerkompetanse er for ensidig, og Helsedirektoratet burde ikke sette faglig spisskompetanse i førersetet når de kjører såne prosesser. Den diagnosespesifikke fagekspertisen bør inngå i gruppen, men ikke lede den.</p> <p>Det er bedre med en ADHD modul enn et helt pakkeforløp for ADHD. Kommunale interesser og perspektiver blir allikevel for svakt håndtert når en velger pakkeforløpsstrukturen i utarbeidelsen av normerende produkter. Barn og unge med ADHD trenger tverrsektorielle tiltak, og tverrsektorielle tilnærminger bør være standard i alle normerende produkter, spesielt for barn og unge.</p> <p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Kunnskapsgrunnlaget og metode for evidensgradering i revisjonen av retningslinjen synes noe uklart beskrevet; hvilke graderingsmetode av evidens er benyttet, og er rådene basert på evidensvurderinger fra NICE 2008 eller senere NICE revisjon etter 2018? Sistnevnte revisjon av NICE savnes referert i metodedelen som omtaler kunnskapsgrunnlaget. 1National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline. London, United Kingdom: 2018. NG87.</p> <p>Det bør spesifiseres hvilken fagbakgrunn de ulike medlemmene i arbeidsgruppen har for å kunne vurdere habilitet/vektning i gruppen. Det er viktig at barne- og ungdomspsykiatrisk fag er godt representert. Det har vært meget viktige faglige drøftinger om diagnosens validitet og kunnskapsgrunnlaget for behandling de</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>siste arene som ikke gjenspeiles i retningslinjen i god nok grad.</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Ingen</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus: Vi savner tydeliggjøring av at ungdomsgruppen i brukerforeningene har vært høringsinstans; viktig at ungdommens stemme også blir hørt</p> <p>Mat og atferd, pasientorganisasjon: Metode og prosess mangler som nevnt ernæringsfaglig kompetanse i arbeidsgruppene. «Forenklet kunnskapsoppsummering» fra FHI viser at mange har andre komorbide psykiske lidelser, mens <i>somatiske komorbide lidelser ikke er nevnt, som mage-tarmproblemer</i>. Disse problemene er som regel underrapportert. Autisme er en komorbiditet nevnt i høringsdokumentet, som M&A har gitt en høringsuttalelse til ang ernæring til NOU 2020:13. Aktuelle høringsinnspill til den, burde vært grunnlagsdokumenter.</p> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Arbeidsgruppen som har utarbeidet revisjonen av retningslinjen ser ut til å være noe homogen gruppe. Vi tenker at gruppen med fordel også kunne bestått av fagpersoner med hovedfokus på f.eks. tilknytningspsykologi. Ut fra foreslått retningslinje ser det ut som at det er ønskelig å diagnostisere flere barn og unge med ADHD enn i dag.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU: Arbeidet er godt faglig fundert og basert på ny kunnskap og forskning.</p> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Retningslinjen av - endres til fra 2014, erstattet Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD (IS-1244) fra 2007. <input type="checkbox"/> «Anbefalinger ble redusert fra 17 til 13» <i>Setningen ikke fullstendig? 17 til 13 hva? Kapitler?</i> <input type="checkbox"/> «Helse- og omsorgsdepartementet gav i 2019 Helsedirektoratet oppdrag om å utarbeide et pakkeforløp for utredning av ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse hos barn og unge» <i>Skal ikke årstallet stå bakerst i setningen?</i> <input type="checkbox"/> «I Norge er det et mål at befolkningen skal sikres god tilgang på helse- og omsorgstjenester uavhengig av bosted, alder og kjønn» <i>Forslag til endring: Det er et mål at befolkningen ... uavhengig av alder, kjønn og bosted i Norge.</i>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p><input type="checkbox"/> ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse er en tilstand som er karakterisert av konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet i så stor grad at det skaper funksjonsvansker i hverdagen. <i>Hva med ADHD uoppmerksom type uten hyperaktivitet? Se def. ellers</i></p> <p><input type="checkbox"/> og/eller mellom konsentrasjonsproblemer og hyperaktivitet</p>
<p>Generelle kommentarer til kapittel om ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser i pakkeforløpet</p>	<p>Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Fellesenheten med innspill fra sentrene NevSom og Frambu: Som nevnt ovenfor er det positivt at det er utarbeidet et eget kapittel for ADHD i pakkeforløpet og at mulig overlapp til andre nevroutviklingsforstyrrelser er nevnt. Listen over inkluderte nevroutviklingsforstyrrelser er ikke uttømmende. Videre underkommunerer foreliggende utkast at nevroutviklingsforstyrrelser kan ha forskjellige årsaker og forløp som krever hver for seg omfattende klinisk erfaring og kompetanse samt metoder for utredning. Dette vil ideelt sett rettferdiggjøre separate pakkeforløp.</p> <p>Barneombudet: Barneombudet takker for muligheten til å komme med innspill til pakkeforløpets kapittel 2.1, om kartlegging og utredning av ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser, samt de fem anbefalingene i kap. 1 av de faglige retningslinjene for ADHD. Barneombudet mener at utkastene må bli tydeligere på barns rettigheter og henviser og utreders plikt til å oppfylle barns rett til medvirkning. Lov om barneombud sier at vi skal arbeide for at barns behov, rettigheter og interesser blir tatt hensyn til på alle samfunnsområder. Pakkeforløpet og retningslinjene omtaler noen felles grunnprinsipper for henvisning, kartlegging og utredning og tilbakemelding, og er dermed et viktig verktøy for å oppfylle barn og unges rettigheter. Pakkeforløp og retningslinjer bør bidra til å sikre forsvarlig høring av barn og reell medvirkning. Det er et uttalt mål med pakkeforløpene at de skal bidra til økt brukermedvirkning, ikke bare fordi det er en lovfestet rettighet, men også fordi det bidrar til mer effektiv behandling. Evalueringer av pakkeforløpet viser imidlertid at brukerne opplever liten grad av medvirkning i alle faser av forløpet, at behandlere er tvilende til om pakkeforløpene bidrar til reell medvirkning og at konkrete verktøy for medvirkning i liten grad blir brukt (Ådnanes, Kaspersen et al. 2020, Ådnanes, Høiseth et al. 2021). I Barneombudets eget arbeid har vi også sett at både ungdom og foreldre savner informasjon og mulighet til medvirke i både utredningsfasen og i selve behandlingen (Barneombudet 2020). I det foreliggende utkastet til pakkeforløp for ADHD, kap. 2.1 om kartlegging og utredning av ADHD, kan ikke Barneombudet se at det er lagt inn aktiviteter som ivaretar brukerens rett til medvirkning. Selv om det i retningslinjene er nevnt at barnesamtale og tilbakemelding til bruker er et av flere elementer, savner vi også der en beskrivelse av grunnprinsippene for å oppfylle barns rett til medvirkning. Brukermedvirkning handler om at det som er viktig for barna, ungdommene og deres familie er med på å forme beslutningene som tas om hvordan kartleggingen/utredningen/tilbakemeldingen skal tilpasses og gjennomføres. For å oppfylle kravene i barnekonvensjonen, skal ikke barn og unge kun ha mulighet til å uttale seg, de skal også aktivt involveres i viktige</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>beslutninger som tas. Barnekonvensjonen forplikter de som henviser, utreder og kartlegger å høre barnets mening og å legge vekt på denne når tiltak og hjelp utformes. Det stilles også krav til hvordan høring av barn skal gjennomføres. Alle prosesser der et barn blir hørt eller deltar skal være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • åpne og informative • frivillige • basert på respekt • relevante for deres liv • barnevennlige • inkluderende • støttet av opplæring • sikre og sensitive med hensyn til risiko for konsekvenser ved å gi uttrykk for sine synspunkter • ansvarlige (oppfølging og evaluering) <p>(FNs barnekomité, 2009)</p> <p>Barn og unge skal selvsagt også kunne bestemme at de ikke vil uttale seg, og noen ganger kan sykdomsbildet tilsi at barnet må høres gjennom andre. Hovedregelen om at barn og unge skal høres og at de aktivt skal involveres i viktige beslutninger som tas, må likevel komme tydeligere frem som en forpliktelse for alle de involverte profesjonelle i forløpet fra henvisning til behandling.</p> <p>Selv om barnekonvensjonen er norsk lov har vi gjennom mange år erfart at fagpersoner og behandlere ikke har nødvendig kunnskap om barns særskilte rettigheter, eller deres egen plikt til å tilrettelegge for at disse rettighetene skal oppfylles. Vi har også erfart at det mangler praktiske ferdigheter i hvordan høring av barn på en forsvarlig måte blir en naturlig del av behandlingshverdagen. Barneombudet mener derfor at barnas rettigheter, og henvisers og utrederes plikter, må komme tydeligere frem gjennom hele beskrivelsen av pakkeforløpet og i retningslinjene.</p> <p>Statped: Praktisk informasjon er nyttig.</p> <p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling: Teksten er god og gir en grundig gjennomgang av de momenter som beskrives. Vi ønsker en tydeliggjøring av hvilke momenter som skal inn i en retningslinje versus hvilke momenter som passer bedre i pakkeforløpsbeskrivelsen. Et forslag kunne være at retningslinjen beskriver oversiktlig, men grundig hva som skal gjøres av utredning og behandling,</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>og at pakkeforløpet beskriver mater a sikre at retningslinjen følges innenfor de frister som myndighetene setter. Per nå må man lese begge dokumenter for å oppnå god oversikt.</p> <p>ADHD er trolig et hyppig forekommende fenomen i allmennpraksis, og det er vesentlig å øke kompetansen til fastleger/skolehelsetjenesten/psykiatrisk personell på dette feltet. Dette gjelder både for å sikre at de som har tilstanden utredes og tilbys adekvat behandling, og for å unngå at tilstander som skal håndteres på annet vis presses inn i en ADHD utredning. Utkast til retningslinje og pakkeforløp vil trolig bidra til dette.</p> <p>Norsk Ergoterapeutforbund: Positivt at det står noe om å ha lav terskel for utredning av ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser, dette oppleves ikke i praksis (i Nordland) samt at det skal vurderes tiltak ved symptomer under terskel. Dette er ikke eksisterende. Skulle ønske at det var mer presisert hvem som skal ta ansvar for hva, både ifht innhenting av opplysninger og hvem som tar ansvar for at alle involverte parter får nødvendig informasjon ifht planer og tiltak. I praksis er dette ofte tilfeldig og det er langt fra alltid at støttetjenestene som feks ergoterapeuter er en del av får denne informasjonen selv om man er aktivt inne i en sak.</p> <p>Ønskelig med mer spesifisering også her, spesielt med tanke på kartlegginger som allerede er utført i de kommunale tjenestene. Kommunale støttetjenester har gjerne vært involvert over tid og har gjerne relevant informasjon med tanke på utviklingshistorie. De kommunale støttetjenestene følger gjerne barnet over ulike arenaer som for eksempel fra barnehage til skolen og videre inn i ungdomsskole og videregående. Noe som gir dem verdifull kunnskap om barnet og dets funksjon over tid.</p> <p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Informativt og nyttig. Vi ønsker et eget pakkeforløp for ADHD der retningslinjene er tydelig beskrevet, i basis og utvidet utredning. På lik linje med spiseforstyrrelser og OCD.</p> <p>Forandringsfabrikken: Vi viser til våre innspill under generelle kommentarer nye/reviderte anbefalinger i retningslinje ovenfor.</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>PHA: Vi støtter at det implementeres som eget kapittel i pakkeforløp Psykiske lidelser – barn og unge. Det informeres om at arbeidet med retningslinjer og føringene i pakkeforløp samordnes, vi håper det vil resultere i et ryddearbeid. Det</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>er grunn til å stille spørsmål ved om både pakkeforløp og retningslinjer skal beholde dagens detaljniva. Det fremstår som noe forvirrende at det de delvis overlapper og at det delvis henvises til retningslinjene. Dette krever stadig vekslning mellom faner og man mister lett totalbildet</p> <p>Autismeforeningen i Norge, Sentralt og faglig råd: Det skrives: «Intensivert teamutredning er også vanlig ved utredning av for eksempel autismespektrumtilstander. Hva som er hensiktsmessig, må vurderes ut fra geografiske forhold og tilgjengelighet på fagkompetanse». Kan det være gunstig å utforme en mer fast ramme av når intensivert teamutredning må, fremfor bør, inngå i utredningsforløp? I formuleringen slik den fremstår nå gir det stort rom for at vurderingene tas på ulikt grunnlag fra sted til sted. Hva som er hensiktsmessig kan fort bli avgjort av økonomi og knapphet i den instansen barn, unge og pårørende møter, fremfor menneskets behov og den reelle faglige kompetansen som faktisk er tilgjengelig. Hvilke kriterier bør være minste minimum for at vi definerer fagkompetansen som tilbys adekvat, hvor intensivert teamutredning dermed ikke tilbys?</p> <p>Det er kritikkverdig om tilbudet et menneske i vårt samfunn i dag tilbys ikke avhenger av personen, men der imot av hensyn til geografi og tilgang på faglig kompetanse. Med tydelige rammer for hva som må tilbys, som for eksempel gjennom tydelige rammer og definisjoner på når intensivert teamutredning må inngå, kan noe av dette bedres. Vi er enige i at digitale løsninger må tas i bruk dersom det er utfordrende å gjennomføre fysiske møter, eller dersom ekspertise må hentes inn fra annet sted.</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus: - Stiller spørsmål om det er nødvendig med en egen modul; anbefaler at det vurderes om det ville være mer hensiktsmessig i stedet å linke til retningslinjen fra det generelle pakkeforløpet. Slik modulen fremstår i dag, er den lite tilstandsspesifikk og forvirrer mer enn den er nyttig. - Dersom modulen likevel opprettholdes, foreslår vi at det vurderes å endre tittel til «Nevroutviklingsforstyrrelser», og ikke omtale ADHD spesifikt</p> <p>Folkehelseinstituttet FHI, Område for helsetjenester og område fysisk og psykisk helse, avdeling Barns helse og utvikling: Den nye retningslinjen tar hensyn til de bekymringene vi løftet frem i vår artikkel i 2018. Det settes en tydelig standard for hva som er god utredning og hva diagnostikken skal bygge på. Vi vil spesielt fremheve anbefalingen om at evnetest skal utføres med mindre man kan begrunne at det ikke er nødvendig, og at egen samtale med barnet alltid skal inngå.</p> <p>Under retningslinje-arbeidet laget FHI også en kunnskapsoppsummering om teambasert og intensivert ADHD-utredning. Denne ble laget for å vurdere om Namsos-modellen skulle anbefales som standard for spesialisthelsetjenesten. Konklusjonen var at det finnes positive rapporter om slike utredningsmodeller, men at</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>kunnskapsgrunnet ikke er sterkt nok til å anbefale den som en generell løsning. Namsos-modellen bør imidlertid brukes aktivt som inspirasjon for hvordan spesialisthelsetjenesten kan videreutvikle sitt tilbud.</p> <p>Norsk psykologforening, fagpolitisk avdeling: Vi registrerer at direktoratet velger å bygge videre på pakkeforløpsstrukturen selv når de foreløpige evalueringene av pakkeforløp er svært svake. Kommunale interesser og perspektiver blir etter våre medlemmers erfaring svakt håndtert når en velger pakkeforløpsstrukturen. Barn og unge med ADHD trenger tverrsektorielle tiltak, og den tverrsektorielle samhandlingen bør være standard i alle normerende produkter. Når det er sagt vurderer vi det som bedre at direktoratet velger å utarbeide et kapittel om ADHD i det generelle pakkeforløpet enn ett frittstående og eget pakkeforløp for ADHD. Vi mener utkastet til kapittel om ADHD er godt gjennomarbeidet, fremstår som kunnskapsbasert, oppdatert og noenlunde i tråd med dagens praksis.</p> <p>Norsk Fysioterapeutforbund: Oppklarende forklaring.</p> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Vi ser positivt på at dette er blitt et kapittel i allerede eksisterende pakkeforløp og at det dermed kun blir en ekstra kode for tjenesten.</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge:: OK</p> <p>Bodø kommune, Barne- og familieenheten: - -Generelt sett bra, men hadde vært ønskelig at det tydeligere fremkommer hvem som har ansvar for å gjøre hva og på hvilket nivå (hvilke utredninger skal gjøres hvor, hva "er godt nok" før henvisning til spesialisthelsetjenesten), eksempelvis evnetesting. Slik det står nå vil det fortsatt kunne medføre ulik praksis rundt om i landet, og en står fortsatt i fare for å utsette brukeren for unødige lang- og gjentakende saksbehandlingstid, og derav "behandlingstrøtthet". - Kommunens ansvar for å koordinere den tverrfaglige innsatsen i forkant (og i etterkant av utredning og behandling) bør fremheves bedre.</p> <p>Mat og atferd, pasientorganisasjon: En generell kommentar er at ernæring er lite vektlagt selv om det kan gi betydelig fordelaktig samfunnsøkonomisk og privat for dem som hjelpes⁴. Ernæring bør komme inn i alle viste punkter. Det nevnes at en komorbide lidelse for mange er autisme. Se boken om Tim, der Tim med ADHD og autisme er blitt symptomfri, etter privat betalt ernæringsbehandling⁵. Dette er ett eksempel der ernæringskunnskap basert behandling for et barn har gitt en samfunnsøkonomisk gevinst, uten belastning av helsebudsjettet. Dessverre er det ikke forsket på slike tilfeller, så det er ikke dokumentasjon. Våre kommentarer i denne høringsuttalelsen baserer seg på kommentarer til</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>kap 2.10 som ikke er på høring. Det er viktig at disse kommentarene kommer inn i pakkeforløpet på de aktuelle punkter. Vi viser kommentar til 2.10 i anbefaling 3. Det er ikke kjent for oss om punkt 2.10 kommer til høring senere, derfor velger vi å ta med våre kommentarer i dette høringssvaret. Vi henviser til nyere artikler enn brukt i 2.10»6,7,8,9, 10. Norsk forskning bør være inkludert¹¹</p> <ul style="list-style-type: none"> □ «Pakkeforløp» der vil vi påpeke betydningen av at helsepersonell med ernæringsfaglig kompetanse blir del av spesialist-team, aller helst i tilknytning til legeundersøkelsen i starten av utredningen. □ Brukermedvirkning: sitat: «Å legge brukerperspektivet til grunn..... kartlegging, behandling.. kunnskap, ønsker og behov», viser at også pårørende og pasients kunnskap og erfaring med individuelt tilpasset kosthold skal være grunnlag for behandling. I dag erfarer vi i M&A at brukermedvirkning i dette tema sjeldent blir respektert. Da velger mange alternativt hjelpetilbud, der kunnskapsnivået er varierende, fra fagutdannelse til begrenset erfaringsgrunnlag. □ Kunnskapsgrunnlag: sitat: «Pakkeforløpet er utarbeidet med arbeidsgrupper fra.. relevante fagmiljø». Men fagmiljø som representerer kunnskap om ernæring / individuelt tilpasset kosthold, ser ikke ut til å ha vært representert blant deltakerne i arbeidsgruppene. Vi i Mat & atferd står til disposisjon. <p>Pilar: Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør-RBUP:</p> <p>Innledningsvis i pakkeforløpskapitlet omtales nevroutviklingsforstyrrelser. Dette er en veldig viktig og bra innledning til temaet slik vi ser det. Det setter ADHD i kontekst på en god måte og introduserer det viktige begrepet nevroutviklingsforstyrrelser på en klargjørende måte. Dette fører til at man blir oppmerksom på differensialdiagnostikk, komorbiditet og dimensjonal forståelse av ADHD, noe som er i tråd med forskningsresultater på området. Det er også veldig bra at pakkeforløpet er for ADHD og andre nevrotilstander, da et for smalt fokus på ADHD vil kunne få uheldige konsekvenser ute i praksisfeltet via mekanismer som bekreftelsesbias, forserte og for smalsporede utredninger.</p> <p>Det anbefales at man gjør det enkelt å ta kontakt på mail underveis i utredningsprosessen. Ved mange sykehus er kommunikasjon på e-post mellom utreder og pasient/pårørende ikke tillatt. Bør muligens ikke stå slik da det kan komme i konflikt med personvernsretningslinjer.</p> <p>Under punktet Kartlegging av symptomer i ulike settinger står det at man skal vurdere adaptiv fungering. Dette assosieres fort med psykisk utviklingshemming og Vineland som verktøy, selv om det muligens ikke er intensjonen. Hvis hensikten er å vurdere grad av funksjonsnedsettelse / funksjonsforstyrrelse, som er viktig å kartlegge, bør kanskje dette begrepet vurderes brukt fremfor adaptiv funksjon?</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Det vurderes som hensiktsmessig å ivareta både «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse og andre nevroutviklingsforstyrrelser» i sammenheng, og at dette er integrert under Pakkeforløp psykiske lidelser– barn og unge. Overskriften til pakkeforløpet kan gi inntrykk av at også «andre utviklingsforstyrrelser» er sidestilt med ADHD i beskrivelsen. Det oppfattes imidlertid at utredning av «andre nevroutviklingsforstyrrelser» som autismespekter-forstyrrelser, Tourettes syndrom og kroniske ticlidelser osv. kun er summarisk dekket i foreliggende nye/reviderte anbefalinger i retningslinje og pakkeforløpet. I møte med unges uro/konsentrasjonsvansker er det en fare for at et eget kapittel i pakkeforløp innsnevrer fokus, selv om det i korte avsnitt i teksten nevnes betydning av å undersøke mulige forklaringer til uroen. Et pakkeforløp for barns uro/konsentrasjonsvansker bør i betydelig større grad vektlegge barnets psykososiale miljø, belastningshistorie og følelsesmessige vansker. ADHD-diagnosen bør ikke løftes frem særskilt. I Norge er det i dag ikke grunn til å tro at et hovedproblem i helsetjenesten er for lite fokus på ADHD. Dette kapittelet kan være en tapt mulighet til å løfte fram andre viktige årsaksforklaringer som har være forsømt.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU: Samme kommentar som for retningslinje.</p> <p>Norsk Sykepleierforbund (NSF):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inntrykk av at både anbefaling/råd er tydelig og praktisk info er nyttig. -Pakkeforløpet og retningslinjene ivaretar bredde og helhet. -Bra med konkret plan for utredning. -Oversiktlige kapitler. -Bra punkter om kartlegging – ivaretagelse av bredde og helhet. -Helsestasjon- og skolehelsetjenesten bør motta epikrise der det er relevant. - Overføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen bør beskrives tydeligere. For eksempel at det skal opprettes kontakt med helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Informasjon er vesentlig for å kunne bistå barn og unge på en god og hensiktsmessig måte. - Viktig med oppfølging også etter at diagnosen er satt. - Støtte og veiledning til barnet og foreldrene. <p>Viktig å se bak diagnosen. Mestring i hverdagen, skolen, fritid, lek og familieliv har størst betydning.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vi synes generelt at formatet til online versjonen blir litt uoversiktlig. Ved utprint ble det lettere lesbart/og mer oversiktlig <input type="checkbox"/> Med alle lenkene, kan det være vanskelig å vite om man er i retningslinjen eller pakkeforløpet. <input type="checkbox"/> Bør legges en lenke i det ordinære pakkeforløpet i Kap. Henvisning og start – til fastlege anbefalingen (første anbefaling i retningslinjen) «ADHD og andre nevrouviklingsforstyrrelser
<p>Kommentarer til koding i pakkeforløpet</p>	<p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Ønsker egne koder i et eget pakkeforløp</p> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen: -Ingen kommentarer</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Kunne ikke se at det er omtalt</p> <p>Norsk Fysioterapeutforbund: Oppklarende forklaring.</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus: Vi stiller spørsmålstegn ved om det er nødvendig med en egen kode for utvidet utredning av utviklingsforstyrrelser (CN i tillegg til CU); stor unyansert gruppe; enda en ny kode for behandlerne å forholde seg til; mulig feilkilde for statistikk og rapportering</p> <p>Helse Sør-Øst RHF, Enhet psykisk helsevern og rusbehandling, Avdeling medisin og Helsefag: Helse Sør-Øst RHF støtter anbefalingene og tenker at de er tydelige og vil være et nyttig hjelpemiddel for tjenestene.</p> <p>Det savnes en beskrivelse av innslagspunktet og overgangen fra den generelle delen av pakkeforløpet til utredningen av ADHD og andre nevrouviklingsforstyrrelser.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Ser positivt på at det kun blir en ny kode i dette pakkeforløpet.</p> <p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling: Det er forståelig at myndighetene ønsker å vite hva psykisk helsevern gjennomfører av de utredninger og behandlinger som er nedfelt for eksempel i nasjonale retningslinjer, og vi antar at på denne bakgrunn er det myndigheters oppfatning at koding er nyttig.</p> <p>Det er likevel grunn til å påpeke at all koding som ikke anses som absolutt nødvendig for å sikre dette formål bør unngås. Videre bør koding utføres av annet personell enn klinikere.</p> <p>Pilar: Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør-RBUP:</p> <p>Det er viktig at man ikke innfører unødig, unyttig eller tidskrevende koding for travle behandlere. Vi ser at dette er tatt ned til et minimum i forslaget til pakkeforløp og støtter dette. Vi vil advare mot å undervurdere de negative konsekvensene av å eventuelt innføre mer koding enn det som er beskrevet uten en grundig forutgående vurdering av nytteverdien av dette</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>PHA: Støttes. Godt rasjonale for endret koding.</p> <p>Mat og atferd, pasientorganisasjon: Følgende koder er aktuelle der medisinske undersøkelser viser at individuelt tilpasset kosthold er viktig: 9323 N: utvidet utredning, S: annen spesialisthelsetjeneste: <i>ernæringsfaglig spesialist er aktuelt</i> K: behandling/oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste: <i>oppfølging av et tilpasset kosthold blir holdt, der det er påvist viktig.</i></p> <p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Det blir lettere å skille mellom de pasientene som får tilbud om utvidet utredning om ADHD og andre utvidede utredninger. Dette vil kunne gi mer presis statistikk.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
<p>Kommentarer til "Om ADHD og andre nevrouviklingsforstyrrelser-kapitlet"</p>	<p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Finner ikke dette i høringsutkastet. Er dette duplikatspørsmål, jf. To punkter over?</p>
	<p>Autismeforeningen i Norge, Sentralt og faglig råd:</p> <p>Dette er viktig – det er svært ofte et sammensatt bilde. For ADHD kan medisin være viktig, samtidig som det ikke er medisiner men miljøtilrettelegging som er viktig for personer innen autismespekteret.</p>
	<p>Statped: BUP bør ha kompetanse på å vurdere språk og lærevansker.</p>
	<p>Klinikk for barn, unge og rusavhengige, Helse Stavanger: Side 33 – Guanfacin må tas med i tillegg til sentralstim og Atomoxitin.</p>
	<p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>RKT: Det vurderes som hensiktsmessig å ivareta både «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse og andre nevrouviklingsforstyrrelser» i sammenheng, og at dette er integrert under Pakkeforløp psykiske lidelser – barn og unge. Det oppfattes imidlertid at utredning av «andre nevrouviklingsforstyrrelser» som autismespekter-forstyrrelser, Tourettes syndrom og kroniske ticlidelser osv. er utilstrekkelig dekket i foreliggende nye/reviderte anbefalinger i retningslinje og pakkeforløpet.</p>
	<p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Ingen kommentarer.</p>
	<p>Mat og atferd, pasientorganisasjon: Kap 2.1:</p> <p>Kompetanse: i det punktet nevnes ikke ernæringsfaglig kompetanse, ei heller under</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> «Praktisk» og følgende relevante tema. <input type="checkbox"/> «Legeundersøkelse» der «ernæringsmessige mangeltilstander» må utvides med de punkter vi har

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>under legeundersøkelse – se punkt om somatisk legeundersøkelse.</p> <p>Organisering av utredning: i Utviklingshistorien er ernærings- og magetarmproblemer viktig.</p> <p>Kartlegging av samtidige/alternative vansker: ernæringskartlegging er viktig.</p> <p>Legeundersøkelse: I den er det viktig med spørsmål om matvaner, matvalg, matvegring, måltider og magetarmproblematikk og aktuelle blodprøver.</p>
<p>Kapittel 1, retningslinjen</p> <p>Henvising, utredning og tilbakemelding</p>	<p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Generelt sett, er det forvirrende at dokumentene referer til hverandre og til tekst andre steder med lenker frem og tilbake slik at man kan miste oversikt over hvor man er/var. Det bør tas noen pedagogiske grep for å gjøre disse verktøy mer oversiktlig og forståelig).</p>
<p>Anbefaling 1: Fastlege og andre som henviser bør følge beskrivelse i pakkeforløpene for psykiske lidelser ved henvisning av barn, unge og voksne med mulig ADHD til spesialisthelsetjenesten. Inkluder alltid somatisk anamnese og status i henvisningen og legg ved relevant tilleggsinformasjon.</p>	<p>Helse-Fonna: OK</p> <p>Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Møre og Romsdal HF (Morten Hjelle & Manuela Strauss): Det bør av fastlege forventes en vurdering; av grad av symptomer og grad av nedsatt funksjon. Hvor dette igjen vurderes ift ventetid i Bup. Fastlegene bør også kunne vise til hva de kan tilby i kommunen ift oppfølging av ADHD-tilstand ved henvisning; Tilrettelegging via skole/PPT, kurs voksne/barn, PMTO, COS</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Ingen kommentar</p> <hr/> <p>Norsk Ergoterapeutforbund: Da ulike ulike yrkesgrupper innenfor støttetjenestene til barn og unge ofte har utført en del kartlegginger før barn henvises til utredning for ADHD bør det sikres at denne informasjonen legges ved eller evt ettersendes vedr en slik henvisning. Det bør presiseres at slik informasjon bør innhentes, slik beskrivelsen står i dag skal det bare legges ved dersom det foreligger. I praksis opplever vi at denne infoen ikke blir etterspurt og at utredningen kan være godt i gang før vi får informasjon om dette. Og med mangel på tværfaglighet ved utredende instans mister man en del nyttig informasjon som allerede foreligger. Positivt at det er satt en frist for evaluering av effekt av tiltak – maksimalt 3 mnd. Dette kan være et bidrag inn i å unngå vent å se holdning over lang tid som oppleves i praksis. Her bør det også kanskje presiseres hvem som bør ha ansvar for en slik evaluering og evt en videre henvisning.</p> <p>Det bør foreligge et minimumskrav om hvilken informasjon som bør være innhentet fra de kommunale støttetjenestene før en henvisning. Denne informasjonen må sees i sammenheng med hva som da skal kartlegges i spesialisthelsetjenesten slik at en unngår dobbeltarbeid. Samt at det er besparende for bruker å slippe å gå igjennom lik kartlegging flere ganger. Det bør også vurderes å linke til spesifikke verktøy.</p> <hr/> <p>Jon Even Aasum: Felles stab, Psykisk Helsevern, St. Olavs Hospital: En viktig detalj som med fordel kunne vært konkretisert ytterligere, er punktet vedr. kognitiv kartlegging/evnekartlegging, som vi i spesialisthelsetjenesten noen ganger erfarer burde med fordel vært foretatt før henvisning til oss, som et viktig ledd i å forstå utfordringsbildet (til barnet) bedre, samt ville vært et viktig supplement som ledd i utprøving av tiltak før ev. henvisning til spes.helsetjenesten. For øvrig er det viktig at sistnevnte punkt (utprøving og evaluering av tiltak lokalt) er tatt inn i pakkeforløpsbeskrivelsen</p> <hr/> <p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling: En fastlege/andre som forholder seg til denne anbefalingen bør få enkel oversikt over alt som skal være med, og en tilleggsliste med hva som kan tas med dersom det anses som nødvendig. Det kan tenkes at det å bli henvist til et annet dokument, kan løses på en annen måte. Erkjennelsen av at det er ressurskrevende å forholde seg både til retningslinje og pakkeforløp er en klart formildende faktor, men vi er ikke enig i at nedsatt brukervennlighet for henviser oppveies av de mulige fordeler.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Forandringsfabrikken:</p> <p>Informasjon før henvisning: Før barn henvises til spesialisthelsetjenesten må barn få nok og forståelig informasjon. Barn må få vite hvorfor de skal til spesialisthelsetjenesten, hvem de er og hva de gjør der. Barn må også få informasjon om hvorfor de opplysningene som skal sendes til spesialisthelsetjenesten trenger å bli sendt, og hva slags opplysninger det er.</p> <p>I retningslinjen vises det til pakkeforløpene for psykiske lidelser og at de skal følges ved henvisning av barn og unge med mulig ADHD. For at henvisning skal bli trygt, og for å sikre trygg og nyttig hjelp må barn og unge alltid få informasjon. I dagens pakkeforløp står det at barn og/eller foreldre skal få informasjon. Hvis det blir stående slik, vil behandlere stå i fare for å kunne velge hvem de skal gi informasjonen til. For å være i tråd med kunnskap fra barn og sikre barns rettigheter, må dette endres til at barn alltid skal få informasjon. Her viser vi også til våre kommentarer under juridiske henvisninger og/eller redegjørelser for barns rettigheter i retningslinjen ovenfor.</p> <p>Oppsummerte svar fra mange barn sier at det blir utrygt når de ikke har fått informasjon. Mange sier de ikke har visst hva psykisk helsevern er eller gjør og noen har ikke visst hvorfor de har vært der. Flere fikk ikke vite at de måtte få en diagnose, og at det derfor vil bli stilt mange spørsmål. Å ikke få nok og nyttig informasjon gjør det vanskelig å snakke ærlig, og igjen vanskelig for spesialisthelsetjenesten å gi nyttig hjelp.</p> <p>Uttale seg om henvisningen: Mange barn har opplevd at voksne ofte fokuserer for mye på handlingene og uttrykkene til barn, og ikke hva som ligger bak disse, når voksne skriver ting om dem. Hjelpen barn får tar ofte utgangspunkt i det som står i henvisningen. Når henvisningen ikke har fokus på hva som ligger bak handlingene eller oppførselen til barn, kan hjelpen ha fokus på feil ting og hjelpen bli lite nyttig. Derfor er det viktig at barnet alltid får tilbud om å være med å skrive og lese henvisningen. Her viser vi også til vår generelle kommentar om å se bak symptomer ovenfor.</p> <p>Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Fellesheten med innspill fra sentrene NevSom og Frambu: Anbefalingen støttes. Fastlegen er viktig mtp henvisning og utredning av ADHD hos barn og unge. Retningslinjen legger mange oppgaver til fastlegen, men strukturerer disse i liten grad. Et oversikts- eller forløpsskjema vil sannsynligvis kunne bidra til å forenkle og konkretisere hva som er ønsket av informasjon. Anbefalingen om å prøve ut tiltak i samråd mer andre er velment, men i for liten grad konkretisert, ei heller i nevneverdig grad vitenskapelig dokumentert. Hvordan dette i praksis skal kunne løses og hvem som skal være ansvarlig for oppfølging og evaluering av eventuelle utprøvinger er ikke tilstrekkelig tematisert. All relevant informasjon for fastlegen bør foreligge i det aktuelle kapitlet.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Bodø kommune, Barne- og familieenheten: Leges ansvar for å innhente relevante komparentopplysninger fra andre tjenester i kommunen, slik som skolehelsetjenesten, psykisk helsetjeneste/kommunepsykolog, fysioterapeut og PPT, må fremheves bedre-dette gjelder også mtp involvering i tverrfaglig samarbeid.</p> <p>Norsk psykologforening, fagpolitisk avdeling: Det skrives at ADHD-symptomer kan ha somatiske årsaker. Det er like viktig å erkjenne at ADHD-symptomer kan ha årsak i pedagogiske eller intellektuelle vansker som PPT bør utrede, og ev. sette inn tiltak for, før man vurderer henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det brukes for mye tid til basal evnetesting (og testing av språk og læring) i spesialisthelsetjenesten som kunne vært gjennomført i PPT. Utredning i PPT gir mulighet til å bedre forstå elevens fungering før henvisning til spesialisthelsetjenesten. Utredning i PPT vil også kunne avverge unødvendige utredning for ADHD i spesialisthelsetjenesten. Kommunale instanser bør forpliktes til å utøve sine faglige roller i avklaring av tilstander før viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten – for å sikre en fornuftig bruk av samfunnets midler. Videre mener vi manglende fokus på rus er en gjennomgående svakhet ved anbefalingene. Vi har erfaring med at dokumentasjon på rusinntak blir utelatt i journal ved utredning av ADHD. Ruskartlegging med prøver bør gjennomføres ved mistanke om ADHD, om mulig, hos både ungdom og voksne der dette kan være aktuelt. Ruskartlegging og prøver bør ses i sammenheng med en eventuell nevropsykologisk kartlegging.</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positivt at det tydeliggjort viktigheten av somatisk anamnese og status i henvisningen - Veldig bra at det er tydeliggjort at fastlege skal ha sett og vurdert barnet / ungdommen før den henvises, og at dette gjelder uavhengig av hvem som er henvisende instans - Veldig bra at det er tydeliggjort at henviser bør innhente tilleggsinformasjon fra andre instanser - Veldig bra at det er tydeliggjort at lokale tiltak skal være prøvd ut før ev. henvisning, men vi ønsker å kommentere at i noen tilfeller vil 3 mndr være for kort, særlig i f.m. avvikling av sommerferie el.l. Anbefaler det endres til lokale tiltak skal være forsøkt i 3-6 mndr før henvisning til spesialisthelsetjenesten - Anbefaler at det under praktisk beskrives noe mer om risikogrupper (eks prematuritet) og andre forhold (eks. høyt / lavt evnenivå) som kan påvirke symptombilde - Når det refereres til Pasient- og brukerrettighetsloven, bør det vurderes om det skal opplyses om hvem som kan samtykke til henvisning ved ulik alder <p>Brukerutvalget, Ahus: Brukerutvalget ser i flere tilfeller manglende kompetanse hos fastlegene. Dette gir seg utslag i manglende forståelse for de utfordringene en ADHD- diagnose kan gi. Det kan også være utfordrende for pasient og/eller pårørende å beskrive de utfordringene de har i hverdagen. Konsekvensen av dette blir ofte at fastlegen sender henvisninger til spesialisthelsetjenesten som er meget korte og med lite informasjon. Dette fører til at BUP/DPS avslår</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>henvisningen, og når pasient/parørende ber fastlegen om å sende en ny henvisning, så vil ikke fastlegen gjøre det, begrunnet med avslag på forrige henvisning. Dette fører til at pasienter ikke får den helsehjelpen de har krav på.</p> <p>Brukerutvalget stiller spørsmål ved om man har for urealistiske forventninger til fastlegene? Fastlegene i Norge har et stort arbeidspress i hverdagen og oppgavene fortsetter å øke. Flere mangler også fastlege, spesielt er dette en utfordring i distriktene hvor pasientene ofte kommer til stadig nye LIS-leger. Når legene ikke kjenner hverken pasient eller pårørende (eller retningslinjen), så blir henvisningene ofte for lite informative.</p> <p>Antall pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten har økt. Flere pasienter får første inntaksmøte i BUP før fristen går ut for å unngå fristbrudd, mens den neste timen hos behandler kan drøye i tid. Er det ikke nettopp ventetider noe av det pakkeforløpene skal forhindre?</p> <p>Norsk Fysioterapeutforbund (NFF): Vi støtter anbefaling 1.</p> <p>Kommentar til anbefalingen:</p> <p>Det står mye om viktigheten av kartlegging av somatisk helse, og fra vårt synspunkt hadde det vært naturlig at fysioterapeut hadde vært trukket spesielt frem her. Når det gjelder barn, er fysioterapeuten muligens den som best kan kartlegge barnet i dets naturlige miljø, hjemme, barnehage og skole. En kartlegging i naturlig miljø vil gi et mer helhetlig bilde enn om barnet blir undersøkt på fastlegens kontor- og dette er også trukket frem i beskrivelsen av pakkeforløp for psykiske lidelser ved kartlegging og henvisning av barn og unge. Der fysioterapeut med relevant kunnskap og erfaring ikke er ansatt i BUP, bør en slik undersøkelse etterspørres fra kommunal fysioterapitjeneste med ansvar for barn og unge. Samarbeidet mellom fysioterapitjenesten og BUP varierer fra kommune til kommune, derfor er pakkeforløp viktig. NFF mener det absolutt bør være fysioterapeut ansatt i BUP. Fysioterapeuten kan bidra i kartleggingen av barna og også bistå i behandling og oppfølging. Inntil det er ivarettatt, bør aktuell kommunal fysioterapeut kobles på både i utredning og oppfølging.</p> <p>Etter vårt synspunkt er det en mangel ved retningslinjene at motorisk usikkerhet, og betydningen av motorisk usikkerhet, er berørt i alt for liten grad. Vi anbefaler derfor at det tas inn mer om dette.</p> <p>I Helsebibliotektet finner vi blant annet en fagprosedyre som har referanser til dette temaet. Utdrag fra fagprosedyren: <i>“Motorisk usikkerhet kan oppstå sammen med en eller flere andre nevrologiske eller utviklingsmessige forstyrrelser, slik som ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (opptil 50 %), spesifikke språkvansker (70 %), spesifikke læringsvansker (lese-, skrive- og matematikkvansker) og autismspekterforstyrrelser (6). Motorisk usikkerhet ses gjerne i sammenheng med prematuritet og lav fødselsvekt (2:1). Når motorisk usikkerhet og ADHD</i></p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>forekommer samtidig er utfallet mer alvorlig for barnet enn ved en ADHD-diagnose alene (6). Barn med alvorlig grad av motorisk usikkerhet har også en større sannsynlighet for synsvansker (6). Komorbiditet bør bli diagnostisert og behandlet ifølge etablerte kliniske retningslinjer (1,6). For eksempel hvis det avdekkes konsentrasjonsvansker, bør også vansker knyttet til ADHD undersøkes (Motorisk usikkerhet hos barn - ergoterapi og fysioterapi i kommunehelsetjenesten).</p> <p>Referanse:</p> <p>1) Blank R, Smits- Engelsman B, Polatajko H, Wilson P. European Academy for Childhood Disability (EACD): Recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder (long version) <i>Developmental Medicine & Child Neurology</i>. 2012;54(1):54-93.</p> <p>6) Blank R, Barnett AL, Cairney J, Green D, Kirby A, Polatajko H, et al. International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. <i>Developmental Medicine & Child Neurology</i>. 2019;61(3):242-85.</p> <p>Vi anbefaler ytterligere referanser til temaet ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvello, Ø. (2007): <i>Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling</i>. Oslo: Universitetsforlaget. • Hart, S., & Schwartz, R. (2009): <i>Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy</i>. Oslo: Gyldendal Akademisk. <p>ADHD Norge: ADHD Norge ser i flere tilfeller manglende kompetanse hos fastlegene. Dette gir seg utslag i manglende forståelse for de utfordringene en ADHD-diagnose kan gi. Det kan også være utfordrende for pasient og/eller pårørende å beskrive de utfordringene de har i hverdagen. Konsekvensen av dette blir ofte at fastlegen sender henvisninger til spesialisthelsetjenesten som er meget korte og med lite informasjon. Dette fører til at BUP/DPS avslår henvisningen, og når pasient/pårørende ber fastlegen om å sende en ny henvisning, så vil ikke fastlegen gjøre det, begrunnet med avslag på forrige henvisning. Dette fører til at pasienter ikke får den helsehjelpen de har krav på.</p> <p>ADHD Norge stiller spørsmål ved om man har for urealistiske forventninger til fastlegene? Fastlegene i Norge har et stort arbeidspress i hverdagen og oppgavene fortsetter å øke. Flere mangler også fastlege, spesielt er dette en utfordring i distriktene hvor pasientene ofte kommer til stadig nye LIS-leger. Når legene ikke kjenner hverken pasient eller pårørende (eller retningslinjen), så blir henvisningene ofte for lite informative.</p> <p>Antall pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten har økt. Flere pasienter får første inntaksmøte i BUP før fristen går ut for å unngå fristbrudd, mens den neste timen hos behandler kan drøye i tid. Er det ikke nettopp ventetider noe av det pakkeforløpene skal forhindre?</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Støttes</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>PHA:</p> <p>Det bør presiseres at alle disse pasientene bør være vurdert av lege før henvisning, og at en slik vurdering inkluderer både en anamnese og en undersøkelse. Dette står også senere under «praktisk», og er et eksempel på at hyperkoblinger kan bidra til dels motsetningsfylte anbefalinger. Vurdering av evnenivå og fungering fra skole/barnehage bør innhentes i forkant av henvisning og legges ved. Det er ønskelig at det også foreligger evnevurdering fra PPT. Opplysningene fra skole/barnehage bør inneholde informasjon om tidligere tiltak som er iverksatt og effekten av disse. Det kan med fordel gis eksempler på hva som regnes som «relevant tilleggsinformasjon». Ang grupper med økt risiko: «barn og unge med omsorgstiltak» fremstår som upresist.</p> <p>RKT: Støtter PHA sine vurderinger</p> <p>Klinikk for barn, unge og rusavhengige, Helse Stavanger: Side 4</p> <p>Generell legeundersøkelse hos fastlege når fastlegen ikke er henviser. Det er bra at dette spesifiseres slik at det blir en koordinert henvisning der psykolog i PPT eller BVT er henviser</p> <p>Det hender vi sier at tiltak må prøves i 1 linje over tid- Vi ser at det ofte er vanskelig å få til gode opplegg i skole – fritid – veiledning til foreldre og at det bør kanskje prøves ut over litt lenger tid</p> <p>Mat og atferd, pasientorganisasjon: Her ser vi på</p> <p>Somatisk legeundersøkelse. I tillegg til ernæringshistorikk og spørsmål om matvaner, matvalg, matvegring, måltider og magetarm-problematikk, anbefaler vi sterkt følgende medisinske tester:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En kostholdsanalyse som en grunnleggende del av vurderingen av tilpassede aktuelle hjelpetiltak. <ul style="list-style-type: none"> o Blodverdier av homocystein¹², vitaminer som folsyre, pyridoksin, B12, vit C, D med flere. o Blodverdi for fettsyrebalanse (omega-3/omega-6), mineralene Jern og sink. o Blodverdi for antistoff mot kjente matallergener som melk, korn-varianter, egg (IgE, IgG). o Spørsmål om matallergier/intoleranser, matvaner, måltidsfrekvens og mage-tarmproblemer. <input type="checkbox"/> Blodverdier av inflammasjonsmarkører. <p>Økede nivå av homocystein kan forårsakes av stoffskifteforstyrrelser. Inflammasjonsmarkører er viktig, det</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>er vist forhøyede nivå av Interleukin-6 hos barn med ADHD^{13,14}. Maling av dem kan bekrefte / avkrefte eventuell infeksjon.</p> <p>At de nevnte ernæringsrelaterte tema og inflammasjon er utelatt i høringsdokumentet og ved legeundersøkelser, kan skyldes at helsepersonell ikke er bevisst på dette, muligens at det er lite prioritert i deres utdanning, og derved unnlater de å spørre om det under utredningen.</p> <p>I Psykiske lidelser – barn og unge, pakkeforløp tas opp</p> <p>«Grunnlag for henvisning» her savnes: <i>begrenset inntak av matvarer, og mage-tarm problematikk</i>. Her er kode D12 aktuell.</p> <p>«Basisutredningen» her savnes i punktene</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> «Livssituasjon», savnes familiekonomi, da det kan føre til dårlig ernæring. <input type="checkbox"/> «Psykiske og somatisk sykehistorie», her må ernæringshistorikk tas med. <input type="checkbox"/> «Levevaner, også hos foreldre» og i «Somatisk status» er det viktig med fordypningpunktene: matvalg, matrestriksjoner, matvegring, måltider og magetarmproblemer. <input type="checkbox"/> Personens og pårørendes erfaringer ang mat og ernæring. <p>Man kan ikke se bort ifra at enkelte har hatt sterke ubehagelig opplevelser på kjøkkenet, noe som gjør matinntak og måltider problematisk¹⁵.</p> <p>2.1.1: Legeundersøkelse, se våre punkter over ang blodverdier. Kommentarer: Uten ernæringsfaglig helsepersonell, vil pårørende ofte velge alternative tjenester med varierende kunnskapsnivå.</p> <p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Det hadde med fordel kunnet presiseres at relevant tilleggsmat informasjon kan være nødvendige blodprøver. I ny retningslinje tas kravet om EKG bort. Det er viktig at kardiovaskulære komorbiditeter er avklart før oppstart av medikamenter. Dette er i henhold til internasjonale retningslinjer og anbefalinger, f.eks. i NICE guideline. Fastlege bør kartlegge alvorlighetsgraden i funksjonsnedsettelse på flere områder som arbeid/ skole, sosialt og fritid.</p> <p>Det skrives at ADHD-symptomer kan ha somatiske årsaker. Det er like viktig å erkjenne at ADHD- symptomer kan ha årsak i pedagogiske/intellektuelle vansker som PPT bør utrede, og ev. sette inn tiltak for, før man vurderer henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det brukes for mye tid til basal evnetesting (og testing av språk og læring) i spesialisthelsetjenesten som kunne blitt gjort i PPT for å bedre forstå elevens fungering og ev. avverge en unødvendig utredning for ADHD i spesialisthelsetjenesten. Kommunale instanser bør forpliktes til å utøve sine faglige roller i avklaring av tilstander før viderehenvisning – det er mye mer rasjonell bruk av samfunnsmidler.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Det skrives «Ha særlig fokus på...klare psykososiale belastninger i nåværende situasjon og/eller tidligere». Det bør tilføyes at grunnen til det er at man skal se om disse bedre kan forklare ADHD-lignende symptomer.</p> <p>Positivt at det fremheves at utredningen er en kompleks oppgave som krever bred utredning, ofte i tverrfaglig team. Er det tatt stilling til om dette innebærer at privatpraktiserende spesialister som jobber alene IKKE skal kunne utrede for ADHD?</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Bra!</p> <p>Ola Homb, Sykehuset Innlandet HF, divisjon Psykisk helsevern, BUP Innlandet: BUP Innlandet synes at anbefaling om å prøve ut tidsbegrensete, lokale tiltak før eventuell henvisning er hensiktsmessig. Samtidig ser en stor variasjon i nødvendig kompetanse for å prøve ut slike tiltak rundt om i kommunene, slik at en nok ville måtte se pragmatisk på denne anbefalingen. Retningslinjen gir en konkret og oversiktlig oppsummering av hva som bør være inkludert i en henvisning til BUP. En slik informasjon vil være av stor betydning for å kunne gi en rask utredning av god kvalitet. Dagens situasjon er at veldig mange av henvisningene er svært mangelfulle, og en har ikke opplevd noen bedring etter innføring av pakkeforløpene. I praksis blir det fort slik at det faller på hver enkelt BUP poliklinikk å samle inn nødvendig informasjon som mangler i henvisning. God implementering av retningslinjene i kommunene vil derfor være avgjørende for at retningslinjene skal ha ønsket virkning.</p> <p>Retningslinjen vil ikke medføre store endringer fra tidligere utredningspraksis. Det er positivt at problematikk knyttet til mulige komorbide tilstander og differensialdiagnostikk gjennomgås spesifikt.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU: Det er viktig og nyttig at informasjon som skal komme fra fastlege ved henvisningen presiseres.</p> <p>Pilar: Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør-RBUP:</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>-Det står at man skal prøve ut tiltak lokalt før henvisning og la det gå maksimalt tre måneder før effekt av tiltak evalueres og henvisning eventuelt sendes. Det kan være hensiktsmessig å spesifisere hva slags tiltak det er snakk om, og her vil vi særlig peke på tilretteleggingstiltak i skole og barnehage, samt rådgivning/veiledning til foreldre.</p> <p>- Retningslinjen anbefaler å ha et særlig fokus på somatiske forhold, grupper med økt forekomst og klare psykososiale belastninger ved henvisning. Vi vil tillegge at henviser også bør ha et særlig fokus på i hvilken grad barnet/ ungdommen viser nedsatt funksjon på ulike arenaer (i hjemmet, i barnehage/ skole eller lignende) sammenlignet med jevnaldrende</p> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p> <p><input type="checkbox"/>Anbefaling inkluderer både barn/ungdom og voksne: Litt vanskelig å lese hvilken del ville gjelde når det dreier seg om en voksen pasient eller når det dreier seg om et barn/ungdom? Bedre med en underdeling med et kulepunkt for barn/ungdom og et for voksne?</p> <p><input type="checkbox"/>Eller tenker man at all informasjon som står omtalt i første avsnitt vil være like relevant uavhengig av alder?</p> <p><input type="checkbox"/>Det skrives foreldre/de som har foreldreansvar: <i>ville ikke være «foresatte» et bedre uttrykk?</i></p> <p>Avsnitt «Praktisk»</p> <p><input type="checkbox"/> «Inkluder i tillegg til det som beskrives om henvisning i de generelle pakkeforløpene» - her nevnes det mange ting som ved et senere tidspunkt skal kartlegges av behandler i spesialisthelsetjenesten. Ville det være hensiktsmessig å nevne at det skal inkluderes kortfattet, altså en kortfattet beskrivelse av svangerskap/fødsel osv.?</p> <p><input type="checkbox"/>Det nevnes spørsmål om brå hjertedød skal inkluderes. Vi antar at dette mtp. senere mulig medikamentelle tiltak, men det er ikke åpenbart om dette er pga. det eller om det er pga. noe annet?</p> <p><input type="checkbox"/> «Prøv tiltak ut lokalt,..» virker litt feil plassert, da det etter vår kunnskap er noe som skal gjøres før man setter i gang med henvisningen, mens kapittelet ellers handler om hvordan man skal skrive en henvisning og hva som skal inkluderes. Tiltaksutprøving vil slik vi forstår det være noe som skal ha vært gjort før man setter i gang med henvisningsprosessen. Det blir også ikke utdypet hva slags tiltak det refereres til. Forslag her er at man heller skriver «Beskriv hvilke tiltak og med hvilken varighet tiltak ble prøvd ut lokalt». Man trenger ikke å vente med henvisningen til at tiltak er ferdig utprøvd</p> <p>Avsnitt «Begrunnelse/Sammendrag»</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> «ADHD-symptomer kan også ha somatiske årsaker.» Setningen henger litt løst i luften, det bør kanskje nevnes at man snakker her om en differensialdiagnostikk avgrensning <input type="checkbox"/> «Det er en fordel om mest mulig foregår lokalt for å hindre unødig tidsbruk.» Vi forstår ikke helt hvorfor denne setningen er plassert etter setningen om somatiske årsaker, hva referer «lokalt» til? <input type="checkbox"/> «Utprøving av tiltak i kommunen...» Det er viktig å nevne dette, men vi tenker at det kanskje ville vært bedre å lage en egen avsnitt om dette? Kanskje nevne dette til og med først siden utprøving av tiltak skal gjøres før henvisningen? <input type="checkbox"/> «Det er viktig at henviser er oppmerksom på grupper som har en økt forekomst av ADHD samt grupper som lett kan overses» Det nevnes i denne setningen at det finnes grupper som har økt forekomst, men i eksemplene gitt etter denne setningen blir disse gruppene ikke nevnt, kun grupper som kan lett overses. <p>Avsnitt «Begrunnelse/Vurdering»</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> «...at fastleger vegrer seg for å skrive henvisning». Det står ingen informasjon om hvorfor fastleger kanskje vil vegre seg å skrive henvisning....Setningen slik den står nå kan framstå litt «anklagende». Den trenger en utdypning som forklarer hvorfor man tror at fastleger kanskje vegrer seg for å skrive henvisning? (som eksempelvis mye arbeid mtp. å samle all den infoen som skal legges ved) <input type="checkbox"/> En mulig ulempe i tillegg til det som allerede står: Er at spesialisthelsetjenesten må forholde seg til svært mye info som kommer i vedlegg til henvisningen, som ville bety også masse arbeid for den som vurderer henvisningen.
<p>Anbefaling 2: En utredning av ADHD hos barn og unge i spesialisthelsetjenesten bør inkludere kartlegging og dokumentasjon av pasientens psykososiale, utviklingsmessige, somatiske og psykiatriske historie og status, samt pasientens styrker og interesser</p>	<p>Helse-Fonna: OK</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>LIS Øyvind Hassfjord, Barne- og ungdomspsykiatri & spesialist i allmennmedisin, Sykehuset Østfold: SOMATISK US.</p> <p>Som tidligere bør det også som før være nødvendig at fastlegen gjør en somatisk undersøkelse, mtp å avdekke «åpenbare» somatiske årsaker, til symptomene. Allikevel erstatter dette sjeldent den helhetlige somatiske undersøkelsen en barne- og ungdomspsykiater utfører, mtp. Nevrologi og softsigns, inkl. psykiatrisk status og differensialdiagnostisk vurdering som er særdeles viktig og gir føring for videre forløp. <i>Siden ADHD er en nevroutviklingsforstyrrelse så virker det som teksten også sier seg selv imot;</i></p> <p>-Legeundersøkelse kan i en del tilfeller gjennomføres i sin helhet hos fastlege, men vær ekstra oppmerksom på mulige somatiske årsaker til symptomene ved nevroutviklingsforstyrrelser.</p> <p>-Gjennomfør legeundersøkelse i spesialisthelsetjenesten på indikasjon, før oppstart av behandling med legemidler, dersom undersøkelse hos fastlege har vært mangelfull eller dersom symptombildet er forenlig med ADHD og/eller andre nevroutviklingsforstyrrelser og/eller lærevansker.</p> <p>Jeg legger med en mal fra St. Olav som eksempel på en slik legeundersøkelse.</p> <p>EVNETEST:</p> <p><i>Gjennomfør som hovedregel evnetest dersom symptombildet er forenlig med ADHD og/eller andre nevroutviklingsforstyrrelser og/eller lærevansker/språkvansker. Begrunn i journal dersom evnetest ikke tas.</i></p> <p>Jeg foreslår at som hovedregel fjernes og at dette er en obligatorisk del i utredning og forståelsen og at vi faktisk må kjenne til dette for å kunne sette riktig kode i det multiaksiale diagnose systemet dvs. på AKSE 2 og 3. PPT kunne nok med fordel har gjort slik testing før evt. henvisning. Dette vil selvfølgelig kreve kvalifisert personell som kan komme med relevante differensial diagnostiske vurderinger dvs. Psykolog, og mulig avverge unødvendige henv. Til spes. helsetjenesten. En BUP kontakt resulterer i en Psykiatrisk journal denne ville nok kunne avverges om langt flere ble evnetestet før evt. henvisning.</p> <p>Folkehelseinstituttet FHI, Område for helsetjenester og område fysisk og psykisk helse, avdeling Barns helse og utvikling: Retningslinjen anbefaler bruk av standardiserte instrumenter. Vi mener det bør oppfordres til å bruke instrumenter med norske (alternativt skandinaviske eller europeiske) normer.</p> <p>På psyktestbarn.no, som er nettstedet hvor spesialisthelsetjenesten kan hente informasjon om relevante instrumenter, er det lite informasjon om instrumenter for ADHD-diagnostikk. Dette bør forbedres.</p> <p>Statped: Statped vurderer at det må foreligge en valid evnetest. Det er essensielt i den helhetlige vurderingen, av lærevanskene og tiltak.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Norsk Ergoterapeutforbund: At styrker og interesser bør inkluderes i en utredning er veldig positivt. Her har også ergoterapeuter relevant kompetanse og verktøy som kan brukes. Her kommer også punkt om barnestemmen og kartlegging av symptomer og fungering på ulike arenaer. Dette oppleves ikke alltid i praksis og mer tilfeldig hvilken observasjon som er utført. Her kunne ergoterapeutene med fordel vær mer brukt. En generell motorisk og sensorisk vurdering burde også stått i fokus i en utredning av ADHD, noe som ofte er mangelfullt. Noe som kanskje skyldes mangel på tverrfaglighet i utredende instans. Det står beskrevet at utredning med fordel kan foregå i tverrfaglige team. Her burde det vært beskrevet et minimum av yrkesgrupper. Hva er nok tverrfaglig kompetanse. De viser til Namsos modellen og i den er for eksempel ergoterapeut nevnt i de artiklene som ligger til grunn for team modellen. Kommunale støttetjenester til barn og unge burde vært nevnt som en ressurs. I stor grad nevnes PPT som samarbeidspartner og erfaring fra praksis stemmer ikke alltid med dette. Det er ikke i alle saker vedr ADHD eller mistanke om det at PPT er inne i saken. Nå er jo kommunene pålagt å ha yrkesgrupper som psykolog, fysioterapeut og ergoterapeut, som er yrkesgrupper som burde vært spesifisert som bidragsytere både for innhenting av spesifikk informasjon i forkant av en utredning, men også som en viktig bidragsyter for oppfølging av tiltak.</p> <p>Jon Even Aasum: Felles stab, Psykisk Helsevern, St. Olavs Hospital: En økt konkretisering av indikasjon for kartlegging, hva en skal kartlegge og selve gjennomføringen av supplerende us. i spesialisthelsetjenesten behøves. Dette anses som helt avgjørende for at pakkeforløpsbeskrivelsen som foreslås, etterfølges</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus: - Dette høringsutkastet er utydelig på når somatisk legeundersøkelse skal gjennomføres i spesialisthelsetjenesten. Ordlyden i utkastet kan lett misforstås. Det mangler også presisering av hva som minimum bør inngå i en somatisk undersøkelse. Legeressursen i BUP er en svært begrenset ressurs. Vår anbefaling er at det i saker der det er sterk mistanke om ADHD / andre nevroutviklingsforstyrrelser, legges ansvaret for å gjennomføre somatisk undersøkelse primært til fastlege, og at lege i spesialisthelsetjenesten <u>har ansvar for å vurdere om det er behov for ytterligere somatisk undersøkelse og utredning</u>. Med denne utydeligheten som er i høringsutkastet vil en for stor legeressurs i spesialisthelsetjenesten brukes til å undersøke somatisk friske barn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det bør tydeliggjøres at psykolog / pedagog i spesialisthelsetjenesten vurderer om evnetest gjennomført i førstelinjetjenesten er tilstrekkelig - Foreslår at de ulike kulepunktene under utredning samles i én bolk og ikke deles i to som det nå står i utkastet, slik det står nå blir det forvirrende - Barn under 6 år: Anbefaler utprøving av lokale tiltak endres fra maks. 12 uker til 3-6 mndr

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>-Det savnes at retningslinjen tydeliggjør viktigheten av funksjonssvikt som selvstendig kriterium for å stille diagnosen</p> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Vi opplever at det som er beskrevet for barn under 6 år på side 10 er tydelig og vi ser positivt på denne presiseringen. Ingen kommentarer utover dette.</p> <p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling: Retningslinjen bør angi hvilke metoder og instrumenter som skal brukes i en slik utredning. At utredningen må være omfattende nok og inneholde «psykososiale, utviklingsmessige, somatiske og psykiatriske historie og status, samt pasientens styrker og interesser» vil de aller fleste klinikere være kjent med, dette er generelle føringer ved utredning av alle psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Det vil være nyttig om man får en liste som inneholder hvilke metoder og instrumenter som må anvendes, og en tilsvarende føring for andre instrumenter som kan være nyttige.</p> <p>Under «Praktisk» på anbefaling 2 er det ønskelig at det står eksplisitt om kartlegging av bruk av legemidler evt misbruk av legemidler og rusmidler, eksempelvis under kapittel om «Andre aktuelle undersøkelser».</p> <p>Bodø kommune, barne- og familieenheten:</p> <p>Se kommentarer over- presiser hvem som gjør hva, og hva som er godt nok</p> <p>Kom gjerne med konkrete anbefalinger vedr kartleggingsverktøy</p> <p>Det bør understrekes i retningslinjen at kartlegging av familiefunksjon (psykososiale belastninger, kommunikasjon og samspill innad i familie, foreldres funksjon osv) også må utføres i den generelle kartleggingen- dette for å forebygge et "ensidig" fokus på barnets symptomer.</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Generelt bra, men vedr</p> <p>1. «Somatisk legeundersøkelse»: På side 9 står det at slik undersøkelse i mange tilfeller kan bli gjennomført i sin helhet hos fastlege. I neste setning står det imidlertid at undersøkelsen skal gjennomføres i spesialisthelsetjenesten «dersom symptom bildet er forenlig med ADHD og/eller andre nevroutviklingsforstyrrelser og/eller lærevansker». Betyr det at det bare er der hvor utredningen IKKE har avdekket symptomer forenlig med ADHD og/eller andre nevroutviklingsforstyrrelser og/eller lærevansker at slik undersøkelse i sin helhet kan bli gjennomført hos fastlege? I så fall burde det gått enda tydeligere fram. Den samme uklarheten finnes i høringsutkastet til pakkeforløpet.</p> <p>2. Det er nevnt indikasjoner for henvisning til EKG før eventuell behandling med legemidler for ADHD</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>igangsettes. Er den anbefalingen kvalitetssikret av barnekardiolog i Norge? Barnekardiologene i Helse Bergen anbefaler heller at vi kontakter dem før det rekvireres spesifikke undersøkelser. Hvis EKG skal tas, er det dessuten helt avgjørende at den som tolker utskriften, forstår problemstillingen og har erfaring med den for aktuelle aldersgruppe.</p> <p>Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Fellesenheten med innspill fra sentrene NevSom og Frambu: Anbefalingen støttes. Det er prisverdig at det i dette kapitlet er utarbeidet en detaljert beskrivelse og veiledning av sentrale elementer i utredningen. All relevant informasjon bør være tilgjengelig i retningslinjen og det anbefales at arbeidsgruppen foretar en evidensbasert vurdering av valg av instrumenter mm i forbindelse med denne anbefalingen.</p> <p>Norsk Fysioterapeutforbund (NFF): Vi støtter anbefaling 2. Kommentar til anbefalingen: En utredning bør inneholde kartlegging av forhold i familien, herunder om barnet kan være utsatt for eller vitne til psykisk og/eller fysisk mishandling/vold i nære relasjoner.</p> <p>Observasjon av samspillet mellom barn og omsorgspersoner og kvaliteten på barnets tilknytning til omsorgspersonene bør vektlegges ved flere enn en observasjon (Brandtzoeg et al., 2019). Fysioterapeut med relevant erfaring og kunnskap på feltet, som bruker observasjon som metode, kan bidra i dette arbeidet.</p> <p>Referanser og litteratur på området: Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2019). <i>Barn og relasjonsbrudd. Bind 2. Mikroseparasjoner. Tilknytningsbasert forståelse, utredning og behandlingstiltak</i> (1. utgave ed. Vol. Bind 2). Bergen: Fagbokforlaget.</p> <p>Aspland, H., & Gardner, F. (2003). Observational Measures of Parent-Child Interaction. An Introductory Review. <i>Child and Adolescent Mental Health</i>, 8(3), 136-143. doi:https://doi.org/10.1111/1475-3588.00061</p> <p>Smith, L. (2002). <i>Tilknytning og barns utvikling</i>. Kristiansand: Høyskoleforlaget.</p> <p>https://www.who.int/docs/default-source/child-growth/child-growth-standards/indicators/motor-development-milestones/who-motor-development-study-windows-of-achievement-for-six-gross-motor-development-milestones.pdf?sfvrsn=3425c1dc_0</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Under overskriften “praktisk”, “kartlegging av samtidige/alternative vansker”, 5. kulepunkt står det at “Forutsetningen for en slik helhetsvurdering er i mange tilfeller bred teamutredning i spesialisthelsetjenesten og/eller dialog med andre instanser. Som nevnt varierer samarbeidet mellom BUP og de ulike kommunene mye. Vår erfaring er at i en del kommuner opererer BUP i en egen “boble” med lite innhenting av informasjon fra behandlende fysioterapeut i kommunehelsetjenesten og det er lite kontakt i ettertid. Vi er bekymret for at her går det viktig informasjon tapt.</p> <p>Under overskriften “Begrunnelse - dette er anbefalingen basert på”, underpunkt “Legeundersøkelse”, fremheves at “... ansvaret for tjenestene skal ivaretas på laveste effektive omsorgs- og tjenestenivå”. Her trekkes legeundersøkelsen frem spesielt, men vi mener at fysioterapeuten særlig bør trekkes frem her, fordi fysioterapeuten ser barnet i aktivitet, gjerne i barnets naturlige miljø.</p> <p>Videre under overskrift “Vurdering”, underpunkt “Ressurshensyn” står det at “... opploering blir essensielt for å sikre kompetanseheving i tjenestene”. Vi opplever dette som noe diffust, og ønsker derfor at det spesifiseres hva slags opploering det vises til.</p> <p>Notsk psykologforening, Fagpolitisk avdeling: Det skrives at «Dersom symptombildet er forenlig med ADHD og/eller andre nevroutviklingsforstyrrelser og lærevansker,</p> <ul style="list-style-type: none"> • bør kartlegging av eksekutive funksjoner som hovedregel gjennomføres • bør evnetest som hovedregel gjennomføres. <p>Hvilke elementer av det brede begrepet eksekutiv fungering skal kartlegges og til hvilket formål? Vi leser i anbefalingen at man f.eks. kan bruke et spørreskjema for å kartlegge eksekutive funksjoner. Omfattende forskning viser at disse spørreskjemaene mangler økologisk validitet, dvs. har lite betydning for fungering i omgivelsene i dagliglivet og for diagnostiske konklusjoner. Hvis man mistenker ADHD ved henvisningstidspunkt, bør en evnetest gjennomføres i PPT for å utelukke pedagogiske/intellektuelle årsaker til symptomene. Det er grunnleggende før henvisning til spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Det henvises til PsykTestBarn og Tiltakshåndboka (som henviser videre til Helsebiblioteket) uten at innhold i disse databasene er kvalitetssikret. Noen av verktøyene er ikke tilstrekkelig normert eller validert.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Under «Kartlegging av samtidige/alternative vansker»...«Lærevansker som dysleksi, generelle lærevansker og språkvansker...»: Vi mener disse bør utelukkes av PPT før evt. henvisning til spesialisthelsetjenesten. '</p> <p>CPT-tester nevnes og dessverre viser forskning at de måler mye annet enn oppmerksomhetsproblemer (og kun der og da), som f.eks. lesevansker, og at de gir <i>minimal</i> økning i diagnostisk treffsikkerhet over standardiserte spørreskjema (eks. Conners, som også har amerikanske normer).</p> <p>Under «Vurdering» skrives det at «De fleste i arbeidsgruppen mener at tiltaket er akseptabelt, men det understrekes at det bør unngås at brukere opplever at de gjennomgår undersøkelser de ikke synes er relevante.» Dette bør komme mer tydelig frem i teksten over som klinikere vil lese. Slik det nå er beskrevet virker det som om man skal gjennomføre en meget lang liste over utredningstiltak/testing som ikke nødvendigvis fører til mer presis diagnostikk.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU:</p> <p>Det bør presiseres at det skal være en fagperson som er ansvarlig utreder i spesialisthelsetjenesten. Det bør også presiseres at evnetest er viktig. Dette gjelder også i de tilfellene hvor det ikke mistenkes lærevansker eller utviklingshemming. Evnetest/ testing av kognitive evner er også viktig der det er høy IQ. Bør det her gis tydelige anbefalinger på type instrument for kartlegging, eller skal det vises til Helsebiblioteket eller Psyk Test Barn? Her er det viktig at det kommer anbefalinger, eller at tidligere anbefalinger videreføres. Det bør presiseres at flere tester har norske/nordiske normer, men at en bør være ekstra oppmerksom ved tolkning av dem som er basert på amerikanske normer</p> <p>Forandringsfabrikken: Samarbeid med barn/ungdom:</p> <p>For at utredningen skal kjennes trygg og nyttig for barn, er det avgjørende at barnet samarbeides med. Barn må få informasjon underveis i utredningen, få vite hva det barnet sier skal brukes til og hvem som får vite det barnet har sagt. Voksne må samarbeide med barnet om hvordan en slik utredning kan gjøres trygg for barnet. Dette gjelder eksempelvis observasjon, tester eller kartlegging. Barnet må også få si sin mening om hva slags hjelp som kjennes nyttig og hvem som eventuelt skal få vite hva. Voksne må så langt det er mulig ta utgangspunkt i barnets uttalelser.</p> <p>Barnesamtalen:</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Som en del av utredning for ADHD ma det gjennomføres en egen samtale med barnet/ungdommen. Denne samtalen må gjennomføres før samtalen med foreldre. Her viser vi også til våre kommentarer under juridiske henvisninger og/eller redegjørelser for barns rettigheter i retningslinjene ovenfor. For at denne samtalen skal bli trygg sier mange barn at psykologen må fortelle litt om seg selv som person, og at de må vise følelser når barn forteller om noe som er vanskelig eller viktig. Da forstår barn at psykologen er et menneske som også har følelser og da blir det tryggere å snakke. For noen barn kan det være tryggere å ha med seg en voksen barnet er trygg på inn i samtalen med psykologen. Derfor er det viktig at barn alltid får tilbud om å ha med en voksen de er trygg på, og som de selv velger. Barn må få spørsmålet alene, uten foreldre eller andre voksne tilstede. Det er først når det er trygt at barn får til å fortelle hva som ligger bak uttrykkene.</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>PHA: Kartlegging av rusmiddelbruk bør løftes frem som eget punkt, likeledes kartlegging av aktuell omsorgssituasjon. Alle pasienter bør ha en barnepsykiatrisk undersøkelse, ettersom denne kartlegger også andre viktige faktorer som samspill etc.</p> <p>RKT: Støtter PHA sine vurderinger</p> <p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Vi er uenige i anbefalingen om å bruke DSM-V fremfor ICD-10 (etter hvert ICD-11). Vi koder etter ICD-10, og da bør det være ICD-10 som ligger til grunn for vurderingen. Dersom vi skal bruke DSM-V, bør DSM-V også innføres som diagnosesystem i Norge. Vi mener at dersom man etter utredning fyller kriteriene etter DSM-V, men ikke etter ICD-10, bør man velge en mer uspesifikk diagnose i ICD-10. DSM-V har noe mildere kriterier enn ICD-10. Bruk av DSM-V vil dermed føre til økning i diagnostisering av tilstanden, med innsnevring av «normalitet» og økt bruk av sykdom som forståelsesmodell som konsekvens. Dette mener vi vil være uheldig.</p> <p>Det er flere steder uklart om man mener legeundersøkelse skal gjøres hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten. Retningslinjen og pakkeforløp må gjennomleses på nytt med sikte på å skape klarhet i dette punktet. Ett sted skriver man i samme avsnitt både at legeundersøkelse bør kunne gjøres hos fastlege, og at det i stedet bør gjøres i spesialisthelsetjeneste.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Under «Utredning av ADHD bør inkludere» med påfølgende punkter, savnes det et punkt som er mer tydelig på traumeerfaringer, som f.eks. «grundig anamnese (utvikling og livshistorie, inkludert belastninger/traumeerfaringer). Under «Kartlegging av utviklingshistorie», nevnes det heller ikke traume (eller ACEs', adverse childhood events) som kan spille en viktig rolle i utvikling av psykiske vansker senere.</p> <p>Det skrives at «Dersom symptombildet er forenlig med ADHD og/eller andre nevroutviklingsforstyrrelser og lærevansker,</p> <ul style="list-style-type: none"> -bør somatisk legeundersøkelse gjennomføres i spesialisthelsetjenesten -bør kartlegging av eksekutive funksjoner som hovedregel gjennomføres -bør evnetest som hovedregel gjennomføres. <p>Under anbefaling 1 står det «Generell somatisk undersøkelse hos fastlege inngår uavhengig av om fastlege er henviser.» Dvs. at det er anbefalt at fastlegen bør gjennomføre en legeundersøkelse før henvisning til spesialisthelsetjenesten, noe som er meget fornuftig, men så anbefales det her under anbefaling 2 en ny undersøkelse som skaper dobbeltarbeid med lite gevinst. Legen i spesialisthelsetjenesten bør gjennomføre en ny, spisset somatisk undersøkelse kun ved indikasjon. Hvilke elementer av eksekutive fungering, et bredt begrep, skal kartlegges og til hvilket formål? Ved kartlegging av eksekutive vansker er det viktig å være klar over at slike vansker ikke øker sannsynligheten for at det foreligger ADHD, da slike vansker er vanlige også ved en rekke andre barnepsykiatriske tilstander (følelsesmessige vansker, traumebelastning, lav kognitive evner m.m.). Det står lengre ned på siden at man kan f.eks. bruke et spørreskjema, men mye forskning viser at disse mangler økologisk validitet, dvs. har lite betydning for fungering i omgivelsene i dagliglivet og for diagnostiske konklusjoner. Utredning av slike vansker kan imidlertid bidra til en fyldigere beskrivelse av barnets funksjon, og i noen tilfeller bidra til bedre hjelpetiltak.</p> <p>Hvis man mistenker ADHD ved henvisningstidspunkt, bør en evnetest gjennomføres i PPT for å utelukke pedagogiske/intellektuelle årsaker til symptomene. Det er grunnleggende før henvisning til spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Det nevnes under «Praktisk»: «(for eksempel "Namsos-modellen")» som er uheldig ettersom det er flere som jobber på den måten (og det er langt fra alle som vet hva «Namsos-modellen er) og det virker lokalt/inhabil. (I FHIs rapport «Teambasert og intensivt utredning av ADHD hos barn og unge» er det skrevet i oppsummeringen: «...gir studiene ikke grunnlag for å fastslå at komprimerte utredninger i team er å foretrekke fremfor andre utredningsmodeller. Studien beskriver riktignok mange positive erfaringer med utredningsmodellene, men dette er ikke nok så lenge det ikke er gjort sammenligninger med andre modeller.) Foreslår at «(for eksempel "Namsos-modellen") tas ut.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Under «Barnesamtale» er det skrevet «Gjennomfør om mulig en egen samtale med barnet/ungdommen tilpasset utviklingsnivå og modenhet.» Man bør ikke gardere det med «om mulig». Det vil være lite forsvarlig å sette den diagnosen uten å ha gjennomført en samtale med barnet. Det at dere skriver om tilpasning for utviklingsnivå bør være tilstrekkelig presisering av gjennomføringen. Såpass mye må klinikere skjønne. Det skreves at man gir barn rom til å fortelle om traume, men vi mener at dette skal kartlegges systematisk hos alle barn og unge som henvises til BUP (ikke bare hos de som henvises for traume-og/ eller ADHD-utredning). Videre er det skrevet å være oppmerksom på at «symptomer på ADHD ikke nødvendigvis vil være fremtredende innen rammene for en barnesamtale» som føyer seg inn i rekken av føringer som leder til ADHD diagnosen på muligens utilstrekkelig grunnlag.</p> <p>Under «Somatisk legeundersøkelse» er det skrevet at den kan «i mange tilfeller bli gjennomført i sin helhet hos fastlege. Legeundersøkelse i spesialisthelsetjenesten trenger derfor kun å gjennomføres på indikasjon.» Barne- og ungdomspsykiatere har en viktig rolle også i utredningen av ADHD, og den medisinskfaglige vurderingen de gjør i forbindelse med somatisk undersøkelse er en viktig del av den brede, tverrfaglige utredningen som ønskes. Videre vurderes deres bidrag viktig som en del av utredningen, både fordi de er en viktig del av et tverrfaglig team og har spesialisert kompetanse, og fordi det ofte er de som i etterkant skal vurdere indikasjon for medisiner og har et stort faglig ansvar knyttet til dette.</p> <p>Det henvises til PsykTestBarn og Tiltakshåndboka (som henviser videre til Helsebiblioteket) uten at innhold i disse databasene er kvalitetssikret. Noen av verktøyene nevnt er ikke tilstrekkelig normert eller validert.</p> <p>Under «Kartlegging av samtidige/alternative vansker»...«Lærevansker som dysleksi, generelle lærevansker og språkvansker...» Disse bør utelukkes av PPT før ev. henvisning til spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Bruk av nevropsykologiske undersøkelser bør i enda større grad problematiseres på bakgrunn av usikker validitet og diagnoseavklarende verdi. CPT- tester nevnes og dessverre viser forskning at de måler mye annet enn oppmerksomhetsproblemer (og kun der og da), som f.eks. lesevansker, og at de gir <i>minimal</i> økning i diagnostisk treffsikkerhet over standardiserte spørreskjema. Det er viktige grunner til at slike undersøkelser ikke er inkludert i utredningsanbefalinger i retningslinjer fra Canada, UK osv.</p> <p>Det bør eksplisitt fremgå at bruk av EEG frarådes i diagnostikk av ADHD. Vi er kjent med praksis bl.a. i</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>tidligere Østfold der EEG brukes som «støtte» for vurdering av ADHD. Det er en ikke-faglig tudent praksis. Funn på EEG er ikke vist å kunne skille mellom ulike kliniske tilstander på en betryggende/valid måte.</p> <p>Under «Barn under 6 år» skrives det at man skal «Prøv ut tiltak i barnehage/skole/fritid/hjem før barn mellom 5 og 6 år diagnostiseres (se anbefaling om henvisning). Dersom tiltakene ikke gir tilfredsstillende effekt innen maksimalt 12 uker, utred ADHD i spesialisthelsetjenesten og diagnostiser dersom kriterier i DSM-5 er oppfylt.» Det forstås slik at den jobben gjøres på kommunalt nivå og bør kanskje flyttes opp til punkt 1 for å ikke skape forvirring eller at man overser det.</p> <p>Under «Vurdering» skrives det at «De fleste i arbeidsgruppen mener at tiltaket er akseptabelt, men det understrekes at det bør unngås at brukere opplever at de gjennomgår undersøkelser de ikke synes er relevante.» Dette kommer ikke tydelig nok frem i teksten over som klinikere vil lese. Det virker som om man skal gjennomføre en meget lang liste over utredningstiltak som ikke nødvendigvis fører til mer presis diagnostikk. Der er heller ikke tatt høyde for hvordan mer inklusive kriterier vil kunne kanskje føre til overdiagnostisering av ADHD og dermed feilbehandling av vanskene.</p> <p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Støttes. Kommentar: Bør evnetest/eller andre tester som hovedregel gjøres av PPT? Og legges ved henvisningen til BUP?</p> <p>Mat og atferd, pasientorganisasjon: Utviklingshistorien anbefales å inkludere matvaner, matvalg, spisevegring, mage-tarmproblemer og tidligere medisinske analyser ang det. Ernæring er nevnt i 2.10 som ikke er til høring. Men våre kommentarer til 2.10 (se Anbefaling 3) begrunner våre forslag til endringer innen ernæring i de deler som er til høring.</p> <p>Pilar: Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør-RBUP:</p> <p>-Det anbefales bruk av DSM-5-kriteriene i diagnostikk av ADHD i påvente av ICD-11. Dette er fornuftig med tanke på hvor mye nyere forskning som ligger til grunn for DSM-5 sammenlignet med ICD-10. Vi mener imidlertid at setningen om at man ikke må begrense seg til å spørre om og telle diagnostiske kriterier er viktig og må være fremhevet i retningslinjen hvis man velger å benytte DSM-5. Dette er viktig fordi det er grunnleggende forskjeller mellom forskningsdiagnostikk og klinisk diagnostikk, hvor DSM-5 tenderer mot telling av kriterier med skarpe kuttepunkter mellom diagnose og ikke-diagnose hvis den brukes på en rigid måte. Her må tradisjonen fra ICD-systemet og den klinisk diagnostiske manualen (den blå boka) med en mer prototypebasert tilnærming ivaretas for å ikke unngå rigiditet</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>og overfokus på kriterietelling ute i praksisfeltet. Vi opptratter at retningslinjen nettopp peker på dette, og har ikke noe forslag om endring av formuleringer på dette punktet, men ønsker med dette å gi vår støtte til at denne presiseringen er viktig når man velger å anbefale DSM-5.</p> <p>-I tillegg til at foreldre ikke alltid opplever at de blir tatt på alvor, kan det også oppstå situasjoner hvor skolen ser at det er vansker, mens disse ikke fremkommer hjemme.</p> <p>-«Namsos-modellen» nevnes under seksjonen «Praktisk». Det fremstår som lite tilgjengelig for leseren og litt underlig at man nevner dette uten å presisere hva dette egentlig er. Hvis man skal referere til en slik modell må dette dokumenteres nærmere, eller rett og slett fjerne hele referansen til Namsos-modellen.</p> <p>-Intensivert teamutredning er ikke i seg selv et godt overordnet mål, og det er så vidt vi kan se ikke godt begrunnet at dette gir bedre utredningsprosesser totalt sett. Det fins gode grunner for å bruke tid på utredningen i en del saker, fra praktiske grunner til kompleksitet i saken. 12 ukers frist for utredning slik som i pakkeforløpet er hensiktsmessig og tilstrekkelig raskt. Når det går svært lang tid fra mistanke til diagnose er problemet ofte at det tar for lang tid før pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. Vi stiller oss derfor bak anbefalingene og formuleringene i retningslinjen om at organisering av utredningen må tilpasses geografiske forhold og tilgjengelighet på fagkompetanse, og at spørsmålet om intensivert teamutredning bl.a. må ses i lys av dette.</p> <p>-Det anbefales at man koder ADD og HD som F90.0 med tilleggskommentar. Dette støtter vi, og det er viktig at man anbefaler dette for at det skal bli lik tilgang til f.eks. medikamentell behandling på ulike behandlingssteder, samt at det tas sikte på en enhetlig praksis som letter statistikkarbeidet.</p> <p>-I anbefalingene om barnesamtale står det at barnet skal gis rom til å uttrykke hva som plager det og fortelle om eventuelle traumer. Vi stusser på at det kun er nevnt traumer – andre viktige forhold som relasjonelle vansker, psykososiale belastninger, sosioøkonomiske forhold og andre livsbelastninger er vel like viktig å kartlegge?</p> <p>-I punktet om informasjon om utredning er det nevnt at man skal forklare hvorfor ulike undersøkelser gjennomføres. Vi vil anbefale at man legger til at man også forklarer hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. På et mer generelt plan tenker vi at det er viktig at retningslinjen peker på behovet for allianse med pasient og pårørende i utredningsprosessen. I dette inngår sannsynligvis at familien må ha en primærkontakt ved den utredende instansen som sørger for god dialog gjennom hele utredningsforløpet, samt at familien til enhver tid forstår og er delaktig i prosesser og utredningstiltak som</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>iverksettes. Det er heller ikke gitt at familien umiddelbart forstår at utredningen kan lede frem til en diagnose, noe man må sikre at de forstår på et tidlig tidspunkt. Vi savner en mer eksplisitt tematisering av dette på et eller annet sted i retningslinjen.</p> <p>- Begrepet 1.-3.-gradsslektninger brukes. Vi synes det er uklart hva som menes med dette. Er det opp til oldeforeldre, ut til tremenninger eller begge deler?</p> <p>-Ved utredning av lærevansker er det nevnt at logopeder, pedagoger, fysioterapeuter og ergoterapeuter kan utrede vansker og ideelt sett inngå i tverrfaglig teamutredning i spesialisthelsetjenesten. Det er flott at tverrfaglighetens betydning løftes frem i denne retningslinjen. Vi stiller imidlertid spørsmål ved om dette punktet bør konkretiseres mer, siden mange av disse faggruppene som oftest ikke er representert i BUP, for utenom pedagog. Pedagoger inngår som oftest i et tverrfaglig team i kraft å være ansatt i BUP som spesialist i klinisk pedagogikk (med terapeutisk videreutdanning) eller som spesialpedagog (med master uten videreutdanning). De fleste pedagoger har språkutredningskompetanse, mens logopeder beskjeftiger seg i tillegg med uttalevansker og større språkvansker. Særlige tiltak som innebefatter logoped spesifikt, vil mest sannsynlig komme etter en adhd-/ nevroutrødning og foregå i tilknytning til kommunale tjenester/ PPT/ skole. Fysio- og ergoterapeuter vil også som oftest være ansatt i kommunen, og bør følgelig henvises til fra spes.helsetjenesten dersom pas. har behov. Retningslinjen kan med fordel fremheve viktigheten av samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester.</p> <p>-Under punktet somatisk legeundersøkelse står det at legeundersøkelse i spesialisthelsetjenesten kun trenger å gjennomføres på indikasjon, og deretter ramses det opp en del indikasjoner for legeundersøkelse. Vi synes formuleringen på dette punktet skaper litt forvirring: snakker man her kun om somatisk legeundersøkelse og når dette skal gjøres, eller snakker man om undersøkelse hos lege som ledd i en utredning i spesialisthelsetjenesten? Vi er av den oppfatning at lege i spesialisthelsetjenesten bør undersøke barnet i et hvert tilfelle hvor det går mot å stille diagnose ADHD, og at lege bør være med i vurderingen av diagnose før det faktisk tas beslutning om at denne diagnosen skal stilles. Slik dette punktet er formulert er det litt uklart hva man egentlig mener om dette: er det rom for at man kan stille ADHD-diagnose uten at lege er involvert hvis det bare er gjort en god nok somatisk legeundersøkelse i forkant av henvisning til BUP? De innledende setningene i dette punktet kan gi inntrykk av dette, selv om vi mistenker at dette ikke er intensjonen.</p> <p>-Under punktet kartlegging av eksekutive funksjoner står det at eksekutive funksjoner kan kartlegges ved hjelp av f.eks. spørreskjema. Dette kan gi inntrykk av at bruk av spørreskjema alene kan være en tilstrekkelig metode for å kartlegge</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>eksekutiv funksjon. Det fins imidlertid flere viktige datakilder for å vurdere dette: vurdering av atferd i ulike settinger (samtaler, observasjoner, under testing, i skole, i hjemmet) samt at testresultater også i noen tilfeller kan gi indikasjoner på eksekutiv svikt, selv om dette ikke alltid viser seg på tester.</p> <p>-Under punktet Barn under 6 år står det at tiltak skal prøves ut før det henvises, maksimalt i 12 uker. Denne anbefalingen gjelder i praksis for alle barn, da det et annet sted i retningslinjen står at det skal prøves ut tiltak lokalt, før man henviser til BUP, også for barn over 6 år. At det ikke refereres til at dette gjelder for alle barn under dette punktet kan gi et falskt inntrykk av at anbefalingen om å prøve ut tiltak lokalt med frist maks 12 uker kun gjelder for barna under 6 år. Kan man omformulere noe slik at man bygger bro mellom de to delene i retningslinjen som omtaler dette?</p> <p>-Under punktet "Vurdering av symptomer/ fungering på ulike arenaer" hevder retningslinjen at en samtale med lærer gir bedre informasjon enn observasjoner. Selv om observasjon som metode innehar mulige feilkilder, så antar vi at dette også kan gjelde ved samtale med lærer. Vi synes det er flott at lærernes kompetanse og vurderinger trekkes frem som viktig, men vil gjerne sidestille denne informasjonsinnhentningsmetoden med observasjon. Vi mener at observasjon og innhentning av informasjon fra lærer begge kan være viktige informasjonskilder i en utredning. En observasjon vil blant annet kunne gi utreder innsyn i informasjon om relasjonen lærer-elev, klasseledelse og psykososialt læringsmiljø, men også bidra til å utlede tiltak og kunne peke på styrker hos eleven som vil kunne være nyttig informasjon i en tilbakemeldingskontekst. Utreder må også kunne støtte seg til tidligere vurderinger/observasjoner gjort av andre instanser dersom disse er av nyere dato.</p> <p>-Brukere og pårørende gir uttrykk for at barnehage/skole og foreldre kan oppleve barnets utfordringer ulikt. Det er vi enige i, i tillegg til at foreldre ikke alltid opplever at de blir tatt på alvor, kan det også oppstå situasjoner hvor barnehage eller skole ser at det er vansker, men at disse vanskene ikke fremkommer hjemme</p> <p>Helse Sør-Øst RHF, Enhet psykisk helsevern og rusbehandling, Avdeling medisin og Helsefag: Det anbefales at anbefalingen om teamutredning gjøres sterkere: <i>Utredning av ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser (kan med fordel) bør foregå i tverrfaglige team da vanskene ofte er sammensatte.</i> Det anbefales at viktigheten av at foreldre/foresatte/omsorgspersoner involveres i kartleggingen og utredningen, tydeliggjøres. Det bør også fremkommer at samtale med foreldre i første samtale i pakkeforløpet, er noe annet enn samtale med foreldre for å innhente informasjon som det fremkommer i avsnittene Kartlegging av utviklingshistorie, Kartlegging av utviklingshistorie, Kartlegging av symptomer og fungering på ulike arenaer. <i>Samtalen kan inngå i første samtale som beskrevet i pakkeforløp for psykiske lidelser hos barn og unge.</i></p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> «Kriterier fra DSM-5 bør brukes i diagnostisering av ADHD i Norge, selv om diagnosen kodes etter ICD-10» endres til «Kriterier fra DSM-5 bør brukes i diagnostisering av ADHD, selv om diagnosen kodes etter ICD-10 i Norge» <input type="checkbox"/> Det skrives foreldre/de som har foreldreansvar: <i>ville ikke være «foresatte» et bedre uttrykk?</i> <input type="checkbox"/> Generellt: Mye nyttig og viktig informasjon – men opplever ved gjennomlesning at praktiske beskrivelser er omfattende og en del av det som står er mer forklaringer/begrunnelser enn praktisk informasjon? Mulig det ville være hensiktsmessig å skille tydeligere på dette? <input type="checkbox"/> Da denne anbefalingen er omfattende med mange viktige underpunkter – er det et spørsmål om anbefalingen ville blitt mer leservennlig dersom man under hvert delområde/underpunkt hadde praktisk (hva gjøre) og begrunnelse (hvorfor)? Opplever ikke strukturen gjennomgående – da det blir en sammenblanding av informasjon, praktisk, begrunnelse etc. Slik anbefalingen er nå kan det enkelte steder være vanskelig å følge strukturer, samt at det blir en del gjentakelser <p>Mer spesifikt til innholdet i anbefalingen</p> <p>Praktisk</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> «Benytt kriterier fra DSM-5 i diagnostisering i Norge Forslag: ta ut i Norge, men kod etter.... <input type="checkbox"/> Kartlegging av utviklingshistorie – bra og viktige kulepunkter <input type="checkbox"/> Kartlegging av symptomer <ul style="list-style-type: none"> -Lenke til Helsebiblioteket mangler? Lenke til psykttestbarn virker som om de bestemte skjemaene som kommer opp som er relevante, det nevnes ikke andre skjemaer her. Behov for mer konkrete anbefalinger, evt. at anbefalinger det legges til i et vedlegg (ressurser) -«Tolk resultater fra spørreskjema.....i en helhet da rapportering kan påvirkes av mange faktorer som f.eks....., samt at -Observasjoner f.eks i skole <p>Detaljerte underpunkter - vurdere om dette kan forkortes/slås sammen. Erstatt «ta seg sammen», med noen kan ha får symptomer på skolen pga f.eks.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kartlegging av samtidig/alternative vansker

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>-Kulepunkt 3 « Bruk strukturerte utredningsverktøy.....» flyttes opp som kulepunkt 2</p> <p>-Viser til tidligere kommentar om lenker – behov for mer konkrete anbefalinger evt. vise til en ressurside som er organisert/bygget opp mer hensiktsmessig</p> <p>Andre aktuelle undersøkelser</p> <p>Somatisk legeundersøkelse</p> <p>-Sørg for at legeundersøkelser alltid inngår i en utredning av ADHD, <i>før oppstart av behandling med legemiddel</i></p> <p>-Legeundersøkelse i spesialisthelsetjenesten lang setning – vil det være mulig å beskrive det som står der mer praktisk? Deler av det som står i setningen er mer en begrunnelse enn praktisk</p> <p>-Kulepunkt 3 «Spør om brå» bør flyttes opp som kulepunkt 2</p> <p><input type="checkbox"/> Kartlegging av eksekutive funksjoner</p> <p>-Gjennomfør som hovedregel..... ved hjelp av f.eks spørreskjema. <i>Hvilket skjema? Bør enten lenkes inn eller legges ved som vedlagt ressurs.</i></p> <p>-Evnetest. <i>Flere av punktene her er begrunnelse og ikke praktisk informasjon slik vi leser det?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nevropsykologisk kartlegging</p> <p>-Omformuleres setningsoppbygningen dersom de skal være «praktiske» Slik det er formulert nå er det mer begrunnelse slik vi leser det</p> <p>-CPT-tester – <i>bør skrive hva bokstavene CPT står for i parentes</i></p> <p>-Bra og viktig presisering mht. at slike tester kun brukes dersom inngående kjennskap</p> <p><input type="checkbox"/> Barn under 6 år</p> <p>-Prøv ut tiltak..... <i>Hvilke tiltak? Gi noen eksempler/eller beskrive?</i></p> <p>-Vær oppmerksom på at hos førskolebarn <i>(slik at pkt. blir praktisk)</i></p> <p>-Slik vi leser kulepunkt 4 og 6 er dette motstridende informasjon</p> <p>-Kulepunkt 6Innføre derfor tiltak så tidlig så mulig..... <i>Bekrive tiltak/forslag til tiltak i en lenke?</i></p> <p>Kulepunkt 6 er slik vi leser det en begrunnelse til det som står i kulepunkt 1</p> <p>Begrunnelse</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p><input type="checkbox"/> Evnetest – mer en «taglig diskusjon» enn en begrunnelse. Deler av begrunnelsen står allerede beskrevet under «praktisk»</p> <p><input type="checkbox"/> Under nevropsykologisk kartlegging, legeundersøkelse, utredning av eksekutive funksjoner og førerkort – står mer eller mindre det samme som står under de samme punktene på «praktisk» - <i>mulig å forkorte under praktisk? Eller tenke en litt annen struktur som tidligere nevnt for å unngå gjenntagelse?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Barn under 6 år - <i>Stiller spørsmålstegn ved om det som står her er en begrunnelse. Bør vel også begrunnes med det du ser i normal utvikling - som er beskrevet under «praktisk»</i></p> <p>Fordeler og ulemper</p> <p><input type="checkbox"/> 1. setning bør deles opp – lang å vanskelig å lese slik den står nå</p> <p><input type="checkbox"/> Anbefaler kulepunkt både på fordeler og ulemper</p> <p>Verdier og referanser</p> <p><input type="checkbox"/> Lange setninger – bør skrives om/forenkles</p> <p>Ressurshensyn</p> <p><input type="checkbox"/> Her skrives det «tiltaket» – <i>burde erstattes med anbefalingen/anbefalinger?</i></p>
<p>Anbefaling 3: Pasienter som blir utredet for ADHD bør få en vurdering av differensialdiagnoser og eventuelle samtidige tilstander.</p>	<p>Helse-Fonna HF: OK</p> <hr/> <p>Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Møre og Romsdal HF (Morten Hjelle & Manuela Strauss): Ja dette er viktig siden svært mange har en tilleggs-tilstand</p> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Vi opplever at misbruk av rusmidler ikke kommer tydelig nok frem som et kartleggingsområde og kan også fremheves mer under differensialdiagnostikk.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Norsk Ergoterapeutforbund: Her kunne det med fordel ha vært med punkter om motoriske vansker og sansereguleringsvansker som vi fra praksis vet kan gi symptomer lik ADHD. Det bør også stå noe om hvem som bør involveres i en slik utredning. Under dette punktet står det ingenting om at dette for eksempel også bør utredes i et tverrfaglig team. Siden et av målene med retningslinjen er å oppnå likere diagnostiseringspraksis i Norge. Bør det presiseres mer på hvilke yrkesgrupper som bør bidra inn i dette ikke bare vise til for eksempel Namsos modellen. Vi vet at Nordland er et av de fylkene med høyest andel av diagnostiserte med ADHD og samtidig har utredende instans her mangelfull tverrfaglighet eks på kropp og motorikk.</p> <p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling: Kapittelet er grundig, men bør gjennomgås med sikte på å kutte ned på unødvendige formuleringer. Det bør inntas hvilke konkrete instrumenter som skal/bør brukes i kartleggingen.</p> <p>Statped: <i>Utviklingsmessige språkforstyrrelser (DLD):</i> Man beveger seg fra “spesifikke språkvansker” til en mer utviklingsmessig forståelse av språkutvikling i språkvanskefeltet. Forskning viser at forsinkelse i utvikling av språk er tett knyttet opp til nevroutvikling: svært mange som har ADHD også har DLD. I tillegg til dette ser man ut til å bevege seg vekk fra kriteriet om at det er nødvendig med et skille mellom språklige evner og ferdigheter sammenlignet med evner til visuell resonnering for at man kan kunne kalle noe språkvansker. Dette medfører at det er en viss fare for at man i større grad vil kunne bruke språkvansker som årsaksforklaring på observert funksjon - når det samtidig kan foreligge ADHD eller generelle lærevansker. Dermed kunne det vært relevant å kartlegge språkfunksjon i en ADHD-utredning - både for å se om dette kan forklare grunnlag for henvisning, samt fordi det vil være viktig med tiltak for å både styrke språkutvikling, samt kompensere for manglende språklige ferdigheter. En WISC-test vil kunne gi indikasjoner på om det er sannsynlighet for sameksisterende vansker med språk eller ikke.</p> <p>Kilder: Language Impairments in Children With ADHD and in Children With Reading Disorder - PubMed (nih.gov), Exploring language profiles for children with ADHD and children with asperger syndrome - PubMed (nih.gov), (PDF) Language Profiles and Mental Health Problems in Children With Specific Language Impairment and Children With ADHD (researchgate.net), Language Impairment in the Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder Context - PubMed (nih.gov)</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Legge til <i>sensoriske vansker</i> i avsnittet "ADHD og samtidige tilstander". Begrunnelsen for at det er viktig å legge til er at det kan oppleves svært belastende for barnet å tolke sanseinntrykk på en annerledes måte sammenlignet med andre barn. Det opplever høyere grad av stress og ubehag i for eksempel klasserommet. Dette er en tilstand få kjenner til og bør være en del av utredningen av barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser.</p> <p>Autismeforeningen i Norge, Sentralt og faglig råd: Vi merker oss bruken av «bør» i stedet for må/skal. Valget av begrepet «bør» er gjerne valgt fordi det finnes tilfeller hvor pårørende ikke har oppdaget, eller har grunn til å mistenke, at differensialdiagnoser/ evt. samtidige diagnoser er til stede, og dermed kun har behov for spesifikk utredning av ADHD/ASD. Likevel, så er det vel sjelden forsvarlig å ikke gjøre en helhetlig vurdering av pasienten, slik at evt. tilleggslidelser kan avskrives eller oppdages, gjerne særlig avhengig av økende alder på pasient ved diagnostisering?</p> <p>Avsnittet ADHD og samtidige tilstander, beskriver tilstander som overlapper i stor grad med tilstander som opptrer samtidig som ASD. Ettersom ASD er et bredt spekter med stor variasjon innen kognitive evner og funksjonsnivå fordrer dette organisering av et helhetlig utredningstilbud for å kunne tilby mennesket et tilpasset helse- og opplæringstilbud.</p> <p>Mennesker med ASD er sårbare og har mye større sannsynlighet for psykiske lidelser som angst, depresjon, tvang, spiseforstyrrelser med flere (slik vi også ser hos dem med ADHD). Tidligere ble disse lidelsene gjerne forstått som symptomer på ASD, dette er ikke riktig. Årsakene til psykiske lidelser hos mennesker med ASD er like årsakene hos alle andre mennesker. Tilpasset behandling av psykiske tilleggslidelser hos mennesker med ASD har positiv effekt. Behandling og oppfølging må tilbys på lik linje som til mennesker uten ASD. Behandling må tilpasses den grunnleggende autismespekterdiagnosen, og dermed må man ha riktig kompetanse om autisme for å kunne tilpasse behandlingen.</p> <p>Kunnskapen og fagkompetansen vi trenger finnes, at den ikke er tilgjengelig for behandlere og pedagoger som skal videreformidle den til menneskene som trenger kunnskapen, er ikke en geografisk utfordring. Men, et problem som må løses på ledelsesnivå, som det også påpekes: «Veileder om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (hentet 18.01.2021) beskriver det som en lederoppgave å sørge for at ansvarlige utredere har kunnskap og kompetanse til å utføre jobben på en faglig forsvarlig og god måte». Det er behov for nasjonal styring og utforming av retningslinjer som gjelder alle kommuner i Norge, uavhengig av geografisk plassering eller tilgjengelig fagkompetanse i gjeldene</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>kommune. Kun på denne måten kan et ikke-diskriminerende tilbud som sikrer tilpasset hjelp og oppløsing tilbys menneskene som berøres av en autismespekterdiagnose.</p> <p>Kunnskap om autismespekterdiagnoser og psykisk helse finnes det mye av, men kompetansen synes ikke å være tilgjengelig i instansene mennesker med ASD og pårørende møter. Psykiske tilleggslidelser blir ikke imøtegått med et behandlingstilbud da lidelsen blir møtt med en forståelse av at «dette er en del av autismediagnosen». Ettersom mennesker med ASD også venter lengre enn andre med å søke om hjelp og behandling, og i tillegg da blir møtt med avslag, er konsekvensen for den lidende og de pårørende rundt katastrofale. I psykisk helsevern er det begrenset kunnskap om autisme, og i habiliteringstjenestene er det begrenset kunnskap om psykisk lidelse. Dermed så er dette en gruppe som systematisk faller mellom to stoler.</p> <p>Vi støtter, med dette i bakgrunn, i stor grad anbefalingen om at Pasienter som blir utredet for ADHD/hyperkinetisk forstyrrelser bør få en vurdering av differensialdiagnoser og eventuelle samtidige tilstander, og videre oppfølging av samtidige tilstander hos kompetent instans.</p> <p>Norsk psykologforening, fagpolitisk avdeling: Det er en styrke at behovet for en helhetlig tilnærming og dertil bred kompetanse fremheves</p> <p>Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Fellesenheten med innspill fra sentrene NevSom og Frambu: Anbefalingen støttes. I motsetning til anbefaling nr 2 som er detaljert og veiledende inneholder dette kapitlet i mindre grad konkret og veiledende informasjon. Anbefalingen er almen og gjelder alle diagnoser som utredes hos barn og unge</p> <p>Forandringsfabrikken: Vi viser til vår generelle kommentar om å se bak symptomer ovenfor.</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus: -Det anbefales at det vurderes om avsnittet «Beskrivelse av Kompetanse» bør flyttes til et innledende kapittel, og ikke være plassert under anbefalingen om vurdering av differensial diagnose. Nåværende plassering fremstår noe underlig. - Det anbefales at det vurderes om all teksten inkludert lenkene under avsnittet om kompetanse er hensiktsmessig i en nasjonal faglig retningslinje, eks henvisningen til Veileder om ledelse og kvalitetsforbedring og at Statsped har kurs om lærevansker ... kunne vært fjernet</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>ADHD Norge: Differensialdiagnoser er godt beskrevet, men vi savner fokus på tvangslidelser/OCD innenfor ADHD. Tvangslidelser er en del av bilde for mange, selv om det ikke nødvendigvis nok for å sette en egen diagnose, så kan symptomene være hemmende i hverdagen, og tilrettelegging/veiledning i skolen kan være nødvendig.</p> <p>Norsk Fysioterapeutforbund (NFF): Vi støtter anbefalingen.</p> <p>Brukerutvalget, Ahus: Differensialdiagnoser er godt beskrevet, men vi savner fokus på tvangslidelser/OCD innenfor ADHD. Tvangslidelser er en del av bilde for mange, selv om det ikke nødvendigvis er nok for å sette en egen diagnose, så kan symptomene være hemmende i hverdagen, og tilrettelegging/veiledning i skolen kan være nødvendig.</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Bra!</p> <p>Bodø kommune, Barne- og familieenheten: -Bra at kompetanse (fagutvikling og oppdatering) tas med under overskriften "praktisk" og at det presiseres at det er leders ansvar å legge til rette for at ansvarlige utreder har tilstrekkelig kunnskap til å utføre jobben -Viktig å presisere at diff.diagnostikk bør gjøres tverrfaglig i spesialisthelsetjenesten (jmf. Tekst i høringsuttalelsen for pakkeforløp- psykiske lidelser barn og unge s. 3/ 4) -Kartlegging av motorikk og evt. motoriske vansker foreslås tatt med under "Differensialdiagnostikk"</p> <p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Under «Differensialdiagnostikk» oppleves retningslinjen til å ha en klar slagside ved å fremheve ADHD diagnose som gyldig også ved samtidig psykososiale belastninger, traumer, følelsesmessige vansker eller annet. Det virker vanskelig å ekskludere ADHD. Når man velger å anbefale bruk av DSM-5 kriterier må man legge klar vekt på DSM sin klare formulering i kriterium «E» om at ADHD-diagnose ikke skal settes når tilstanden bedre forklares av annen tilstand (selv om begrunnet komorbiditet kan være riktig i noen tilfeller). Her er DSM tydeligere enn ICD-10 (som kun omtaler angst/depresjon som preferert diagnose ved samtidighet). Retningslinjen kan ikke slik den foreslås i dag vektlegge ADHD like sterkt som gyldig diagnose når andre sannsynlige forklaringer på uro/konsentrasjonsvansker foreligger. Trenden har vært en økning i ADHD diagnoser over tid som kan kanskje relateres til endret/utvidet definisjonen av / forståelse for diagnosen og sykliggjøring av normalvariasjon.</p> <p>Under «Utredning med fokus på utviklingshistorie...» savnes det en inkludering av kunnskap fra utviklingspsykologien, og refleksjoner rundt hvordan langvarige psykososiale belastninger påvirker funksjonen hos barn. Når vanskene «representerer et mer stabilt mønster, som ved ADHD» og det eneste alternativet som nevnes av belastninger er forbigående psykososiale belastninger, risikerer vi å glemme barna som lever under</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>store, langvarige belastninger og ikke får en normal utvikling av hjernen. Dette kan vise seg som symptomer som ligner på ADHD, og er viktig å ha med i vurderingen.</p> <p>Under «Ulemper» står det at «Brukt feil så kan komorbiditet bli et alibi for å unngå å sette en ADHD-diagnose ». Å ha et slikt argument i en nasjonal faglig retningslinje oppleves uprofesjonelt og usaklig, og antyder motvilje hos hjelpeapparatet til å sette diagnoser. Det er sannsynligvis sant som det står at brukt feil så kan man la være å sette en ADHD-diagnose når man burde ha gjort det. Men det er like sant at brukt feil så kan bruk av komorbiditet føre til at vi setter ADHD-diagnose når vi burde forstå vanskene i sin helhet som uttrykk for annen problematikk, og at begge forhold vil ha negative konsekvenser. Vi mener at utsagnet bør omformuleres og nyanseres, slik at man også har med refleksjoner rundt overforbruk av ADHD-diagnoser og risiko man løper ved dette. Alternativt kan ytringen om feil bruk strykes fra høringsutkastet.</p> <p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Støttes</p> <p>Kommentar til punkt 1 - 3: Tjenesten ønsker seg en standardisering av utredningsløp. Unngå ordlyd som «behandler bør». Dette kan føre til at man velger det bort. Det er ønske om tydelig krav til hva en standardisert basisutredning av ADHD skal inneholde.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU:</p> <p>Viktig at det her presiseres at differensialdiagnoser og samtidige tilstander vurderes og at det i noen tilfeller er aktuelt med tiltak også der disse vanskene ikke gir grunnlag for diagnose.</p> <p>Innspillene i høringsvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>PHA: Differensialdiagnostiske vurderinger inkluderer hovedsakelig vurderinger av barn. Ungdom bør løftes sterkere frem. Rusmiddelbruk bør ha eget kulepunkt, og ikke kun som noe som kan avdekkes ved legeundersøkelse. Personlighetsproblemer/forstyrrelser og bipolar lidelse bør inkluderes.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>RKI: Deler PHA sine innspill. I tillegg bekymring for at andre nevrouviklingsforstyrrelser er lite inkludert i forhold til hvilken kompetanse man da trenger i tillegg til kompetanse på ADHD. Hvordan utredning organiseres blir også da her viktig, f.eks nevropsykiatriske team osv.</p> <p>Mat og atferd, pasientorganisasjon: Vi støtter Anbefaling 3. Blant differensialdiagnoser kan det være ernæringsrelaterte problemer. Vi i M&A påpeker at det er individuelle medisiner for den enkelte pasient, dette er viktig ang ernæring, det er individuelt hva innen ernæring som er problemet. Våre kommentarer til punkt 2.10 som vises her, er grunnlaget for våre kommentarer i denne høringen.</p> <p>Fra 20.10:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alle punktene viser sitat: «<i>en liten, men positiv effekt hos noen barn</i>», med ofte kommentaren: «<i>Dette må eventuelt prøves ut i praksis</i>». Utprøving er meget viktig å få inn i ernæringsutredningen tidlig i utredningen. Det er viktig for dem der det gir effekt, og det kan gi betydelig redusert behov for hjelpetiltak og derved samfunnsøkonomisk effekt. Selv om ikke all forskning er av topp kvalitet, det gir grunn til norsk forskningstema. <input type="checkbox"/> De uthevede punkter er nevnt i 2.10: som kan utprøves i praksis gjelder for: <input type="checkbox"/> Fargestoffer, selv om de mest «uheldige» er lite brukt i Norge¹⁶. <input type="checkbox"/> Sukker, det er indikasjon på at dårlig kosthold er en risikofaktor for ADHD¹⁷ <input type="checkbox"/> «Few foods diet», der medisinske analyser allergi / antistoffer er aktuelt. Her er det viktig at brukerrettigheter blir ivaretatt. <input type="checkbox"/> Tilskudd av vitaminer / mineraler¹⁸. I denne referansen vises det at mange personer har et høyere behov, enn anbefalt inntak som er gjennomsnittsbehov + 2 SD. Det er heller ingen helseisiko ved å gi dobbelt anbefalt dose i en prøveperiode, de gir langt lavere inntak enn «megadoser». <input type="checkbox"/> Tilskudd av flerumettede fettsyrer, de reviderte retningslinjene skriver «tilskudd av omega-3/ omega-6 ga en signifikant reduksjon av symptomene». Dette kan også gis med uten risiko for overdosering. <p>I tillegg anbefaler vi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mage-tarm problemer¹⁹ som diaré, kan gi lavere opptak fra tarmen og behov for ernæringsstilskudd. Vurdering av tarmflora er viktig, uheldig tarmflora kan påvirke ved ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse²⁰. Dette kan diskuteres når mage-tarm problematikkk blir tatt opp ved utredning²¹. <p>Retningslinjene i 20.10:</p> <p>Sitat: «<i>Vi mangler studier som kan belyse om tilførsel av kombinasjon av vitaminer og mineraler kan ha signifikant, positivt effekt ved ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse hos barn, ungdom og voksne</i>». Tatt i betraktning den positive effekt det har for enkelte, må den muligheten bevisstgjøres hos helsepersonell ved</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>utredning og behandling, det må inn i Pakkeforløpet</p> <p>I dag har man inntrykk av at ernæring blir ignorert av helsepersonell. Det kan muligens skyldes at ernæring er lite vektlagt i deres utdanning. Organisasjonen DAM har en utredning om spiseforstyrrelser ved ADHD, der ernæring ikke er nevnt²².</p> <p>Det er nevnt «<i>brukerrettigheter</i>» og at pårørendes meninger skal ivaretas, men erfaringen viser at brukeres erfaringer ofte blir ignorert ved utredning, da er brukerrettigheter oversett. Uten ernæringsfaglig helsepersonell i starten av utredningen, er det lett å ignorere brukerrettighet på dette feltet. En viktig samtidig somatisk tilstand kan være ernæringsbegrunnet.</p> <p>Det nevnes under Praktisk, sitat: «<i>..at det skal være særlig forkus på ... ernæringsmessige mangeltilstander..</i>»</p> <p>Vi nevner igjen, det som er viktig å ta opp i det punktet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En kostholdsanalyse er grunnleggende del av utredningen og derav hjelpetiltak. <ul style="list-style-type: none"> o Blodverdier av homocystein, vitaminene Folsyre, pyridoksin, B12, vit C, D og gjerne flere o Blodverdi for fettsyrebalanse (omega-3/omega-6), mineralene Jern og sink o Blodverdi for antistoff mot kjente matallergener: melk, korn-varianter, egg (IgG) m fl. <input type="checkbox"/> Spørsmål om matallergier/intoleranser, matvaner, måltidsfrekvens og magetarmproblemer <input type="checkbox"/> I tillegg blodverdier av inflammasjonsmarkører. <p>Vi nevner inflammasjonsmarkører, da det er vist at de kan påvirke hjernens strukturer. Det ble vist under webinarret: «<i>Tarm-hjerne-aksen, Hvordan kan tarmen påvirke hjernen?</i>» arrangert av Nansen Neuroscience Network 16.mars 2021²³ og M&A.</p> <p>Pilar: Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør-RBUP:</p> <p>-Vi foreslår her å henvise til psykstestbarn.no og tiltakshandboka.no. Begge ressurser kan hjelpe klinikere til å kontinuerlig holde seg faglig oppdatert. Psykstestbarn bidrar med kunnskap om relevante måleinstrumenters psykometriske egenskaper, og i Tiltakshåndboka vil klinikere, pasienter og pårørende finne oppdatert informasjon om effekt av tiltak.</p> <p>-Under punktet Praktisk – kompetanse er det listet opp fagmiljøer som har kurs om ulike nevroutviklingsforstyrrelser. Vi ber om at RBUP Øst og sør inkluderes på denne listen, da vi har en egen utdanning om nevroutviklingsforstyrrelser (Tverrfaglig nevroutdanning) som starter høsten 2021. Vi har også åpne kurs om nettopp disse tilstandene.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>-Under ADHD og samtidige tilstander er ikke traumetilstander og dysleksi nevnt som tilstander som det er økt forekomst av hos pasienter med ADHD. Bør disse med på opprappingslisten?</p> <hr/> <p>Klinikk for barn, unge og rusavhengige, Helse Stavanger: Side 7 Dersom symptombildet er forenlig med ADHD og/eller andre nevroutviklingsforstyrrelser og lærevansker - bør lege undersøkelse, kartlegging av eksekutiv funksjon, og evne test være hovedregel men en kan tenke seg at dette kan utelates med en god begrunnelse i journalen</p> <hr/> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p> <p>-Innledende 6 kulepunkt. Veldig bra oppsummert der siste punkt er særlig viktig!</p> <p>Praktisk.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kompetanse - Trenger man å gjenta ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser i alle punktene? - Informasjon om kurs - bør R-BUP, RKBU også stå? <input type="checkbox"/> ADHD og samtidige tilstander <p>Bruk av kule punkter vil gjøre det mer leservennlig</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Differensial diagnostikk - Svært viktige punkter som er satt opp! - Legeundersøkelse enten i som bidrar til eller forklarer ADHD symptomer , som f.eks.... <i>Det må komme fram at listen som står ikke nødvendigvis er «utfyllende»</i> <input type="checkbox"/> Grupper med økt risiko for ADHD - Viktig informasjon som bør lenkes mot henvisningsanbefalingen!! <p>Begrunnelse/sammendrag</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Siste avsnitt – Endre til «Oppmerksomhet på interaksjonseffekter mellom ADHD og andre tilstander som traumer, tilknytning, depresjon kan forhindre at tilstander oversees»

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Fordeler og ulemper</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NB. Skriftype fordeler, ulemper og konklusjon <input type="checkbox"/> Formatering ADHD-diagnose <input type="checkbox"/> Ulemper <p>- Komorbiditet kan bli et alibi for å unngå å sette ADHD-diagnose. <i>Ta bort «Brukt feil»</i></p> <p>Verdier og preferanser</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mye ord – gjentakelser i innholdet – skrive om? <p>Ressurshensyn</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Omformulere setning «Hvis utredning av ADHD gjøres etter retningslinjer.....?» <p>Forslag Hvis ADHD retningslinjer gjennomføres av.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avsnitt 2: Lik tenkning rundt «<i>prosess demper, men opphever</i>»..... Uklart hva som menes her. Hvilken prosesshva menes med demper og opphever. <input type="checkbox"/> Avsnitt 3: Tilbakemelding fra arbeidsgruppen var Hva betyr egentlig dette. Slik vi leser dette står dette i motsetning til det dere har skrevet tidligere. <input type="checkbox"/> Tiltaket vurderes som gjennomførbart – <i>tiltaket eller anbefalingen?</i>
<p>Anbefaling 4: Kriterier fra DSM-5 bør brukes i diagnostisering av ADHD i Norge, selv om det skal kodes etter ICD-10</p>	<p>Helse-Fonna HF: OK</p> <hr/> <p>Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Møre og Romsdal HF (Morten Hjelle & Manuela Strauss): Ja -dette er også gjeldende klinisk praksis.</p> <hr/> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Dette kan være forvirrende spesielt for ferske behandlere i tjenesten, men antar at dette kun vil gjelde frem til innføring av ICD-11.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus: -Det anbefales at denne føringen begrunnes tydeligere, og det bør fremkomme om dette også gjøres i andre land i Norden/Europa Denne føring vil stille spørsmål i fagfeltet om dette skal overføres også til andre diagnoser, eks. Autismespekterforstyrrelse, eller om denne føringen bare gjelder for ADHD?</p> <p>Norsk Ergoterapeutforbund: Under verdi og preferanser på dette pkt. står det at bedre og likere diagnostiseringspraksis på tvers av regioner vil øke muligheten til å sette inn pasientrettede tiltak tidligere, noe som trolig også bedrer prognose. Dersom dette skal oppnås bør det henge sammen med en styrkning av kommunale ressurser og støttetjenester til barn og unge da de er ofte utførere/oppfølgere av tiltak. Og her er det store variasjoner i kommunene. Her bør det presiseres mer på hvilket ansvar kommunene har og hvilke tjenester som skal bidra inn i dette arbeidet.</p> <p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling: Kapittelet kunne beskrevet bakgrunnen for denne konkrete evalueringen, og det kunne være nyttig om ICD 11 kriteriene som vel løser noen av de problemene som ICD 10 har vært beheftet med, var nærmere gjort rede for, eventuelt som en tabell som viser DSM V, ICD 10, ICD 11 kriteriene opp mot hverandre. Innføring av ICD 11 må vel antas å skje også i Norge i denne retningslinjens levetid.</p> <p>Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Fellesenheten med innspill fra sentrene NevSom og Frambu: Anbefalingen støttes med forbehold. Generelt sett anbefales at DSM-5 forståelsen kan legges til grunn i den diagnostiske prosessen slik det har blitt praktisert ift DSM-IV (men da med utgangspunkt i en godkjent norsk oversettelse). Det er derimot særlig mtp en mer enhetlig og faglig sett forbedret diagnostisk praksis problematisk at det pt. ikke foreligger en godkjent norsk oversettelse av DSM-5. Helsemyndighetene har tidligere uttalt at oversettelse og implementering av ICD-11 vil være en prioritert oppgave framfor å bruke ressurser på oversettelse av DSM-5. Når man nå i retningslinjen anbefaler bruken av disse kriteriene, og som følge av dette mest sannsynlig også vil anbefale bruk av DSM-5 kriterier for andre diagnoser, hviler det er stort ansvar på Helsedirektoratet for å legge til rette for at målene med denne og andre retningslinjer kan nåes.</p> <p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Støttes Kommentar: For å sikre at en ikke overser andre forhold det pekes på i teksten bør en samspillsobservasjon og skoleobservasjon inngå i basisutredningen.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Norsk Fysioterapeutforbund (NFF): Det viktig å avdekke barnas vansker slik at de kan få bedre hjelp. Vi må gjøre oppmerksom på at dersom kriteriene fører til at flere blir diagnostisert, bør det utløse flere ressurser til oppfølging både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ellers kan dette føre til større frustrasjoner enn hva som allerede oppleves mht. antall diagnostiserte som opplever å få for liten oppfølging.</p> <p>Bodø kommune, Barne- og familieenheten: Noe mer oppklarende vedr.bruk av DSM V vs ICD 10, men ideelt sett burde kun et diagnosesystem være gjeldende.</p> <p>Forandringsfabrikken: Sett fra barn må det være mye viktigere at fokuset er på å nå inn til grunnene til at barn har det vondt eller strevsomt inni seg, enn om kriterier fra DSM-5 bør brukes i diagnostiseringen av ADHD. Uten at voksne i spesialisthelsetjenesten vet hva det vonde eller strevsomme inni barn egentlig handler om, har voksne lite sjans til å gi hjelp som gjør at barnet får det bedre inni seg. Nå som dere skal revidere denne retningslinjen og lage nytt pakkeforløp for ADHD, ber vi dere om å ha fokus på det som er grunnleggende viktig for barn. Derfor må retningslinjen tydelig vise at det aller viktigste er å nå inn til og gi hjelp til det bak smerteuttrykkene barn viser.</p> <p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Kriteriebasert diagnostikk forventes å bidra til større grad av enighet om diagnose mellom behandlere, og dermed større likhet (likeverdig diagnostikk). Grensetilfeller vil likevel kunne vurderes ulikt. Det savnes en omtale av «subterskel»-tilfeller (der f.eks. ett symptomkriterium mangler eller for sen debut av funksjonsnedsettende symptomer), og at det i klinisk sammenheng i noen tilfeller kan være færre symptomer enn DSM-5 krever, men profilen og graden/alvorligheten av symptomene og konsekvensene av dem (nedsatt funksjon og livskvalitet) kan likevel gi indikasjon på behandlingsbehov. ICD-10 har en mer tekstlig omtale av diagnosekrav. (Se også: Biederman J, Fitzgerald M, Kirova AM, Woodworth KY, Biederman I, Faraone SV. Further Evidence of Morbidity and Dysfunction Associated With Subsyndromal ADHD in Clinically Referred Children. J Clin Psychiatry. 2018 Aug 7;79(5):17m11870. doi: 10.4088/JCP.17m11870. PMID: 30086214.)</p> <p>Fra BUP kommenteres at henvisning i teksten til at man skal være varsom med å tolke DSM-5 kriteriums vektlegging av vansker på 2 arenaer bør strykes! Det er en svært viktig og sentral del av grunnlaget for å kunne konkludere med ADHD. Henvisning til erfaring i arbeidsgruppen om at skole eksempelvis ikke har fanget opp vansker kan ikke tas til inntekt for å stryke et så sentralt diagnostisk vurderingspunkt. Spesielt trekkes det i høringsutkastet frem at arbeidsgruppen erfarer ofte at barn tar seg sammen på skolen, slik at vanskene er mest synlige hjemme. Dette stemmer ikke overens med vår kliniske erfaring; ofte er det med</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>skolens krav til å følge undervisningen og reglene på skolen har som er mest utfordrende. Om vanskene er begrenset til ett enkelt område, bør man stille spørsmål om det er forhold ved dette enkelte området som gjør at barnet ikke trives / fungerer godt nok. Det menes at punktet om vansker på flere arenaer bør heller fremheves som viktig. Det er helt sentralt for at man kan våge å satse på at vansker ikke er kontekstavhengige.</p> <p>Under «Fordeler og ulemper» beskrives det at bruk av DSM-V kan gi mer riktig diagnostiseringspraksis og at flere med ADHD blir oppdaget og hjulpet. Dette forutsetter at beskrivelsen i DSM-V er bedre enn beskrivelsen i ICD-10, og dermed er mer «riktig». Denne forståelsen kan man ikke se er tilstrekkelig godt begrunnet. Videre vektlegges «riktig» hjelp. Vi savner refleksjoner rundt risiko for overdiagnostisering og dermed feilbehandling og potensiell negativ helseeffekt av dette. Dette vil særlig være gjeldende ved medisiner, som har usikker langtidseffekt, og ofte bivirkninger. Videre savner vi refleksjoner rundt økte kostnader ifm. støtteordninger ved økt bruk av diagnosen. Som eksempel nevnes bruk av grunnstønad, hvor NAV nå praktiserer at ADHD-diagnose i utgangspunktet gir rett til sats 1 (samtidig som de ber om at lege begrunner og beskriver), og at det i retningslinjen åpner for at i særskilte tilfeller kan det være aktuelt med pleiepenger.</p> <p>Det skrives under «Ressurshensyn» at: «Bruk av DSM-5 er praksis de fleste steder allerede, og det burde derfor være mulig å gjennomføre tiltaket innenfor dagens rammer.» Hvilket informasjonsgrunnlag er det basert på slik at man kan vurdere om det faktisk stemmer i kliniske miljøer? ICD-10 er det diagnosesystemet som skal brukes i Norge.</p> <p>ICD-11 er tilgjengelig på engelsk og dere skriver at «I ICD-11, som skal tas i bruk i Norge på sikt, ligger kriteriene tett opp til de som brukes i DSM-5.» Hvis DSM-5 samsvarer godt med ICD-11, hvorfor heller ikke bruke ICD-11 (ICD-11 - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (who.int) enn et annet system for diagnostikk av kun én diagnose (ADHD)? Dette virker uryddig og unødig komplisert.</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Generelt bra, men se kommentar under "Utredningskomponenter"</p> <p>Pilar: Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør-RBUP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se kommentar lenger opp vedrørende dette punktet.

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>• Tidlig står det følgende: «En ADHD-diagnose bør ikke medføre at forhold som samtidig omsorgssvikt og/eller traumatiske opplevelser overses, på samme måte som omsorgssvikt og/eller traumatiske opplevelser ikke bør hindre oppdagelse av samtidig ADHD.» Vi vil støtte dette og bemerke at det er viktig at dette tematiseres så konkret som det gjøres her.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU: Godt og nødvendig med denne avklaringen av diagnosekriteriene, og anbefalingen om å bruke DSM-5 støttes.</p> <p>Norsk psykologforening, Fagpolitisk avdeling: De fleste kartlegginger bruker amerikanske normer og er basert på DSM-5, men vi burde bruke Norges offisielle diagnosesystem, ICD. ICD-11 er tilgjengelig på engelsk. I anbefalingen heter det at «I ICD-11, som skal tas i bruk i Norge på sikt, ligger kriteriene tett opp til de som brukes i DSM-5.» Hvis DSM-5 samsvarer godt med ICD-11, hvorfor heller ikke bruke ICD-11 (ICD-11 - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (who.int) enn et annet system for diagnostikk av kun én diagnose (ADHD)? Dette virker uryddig og unødig komplisert.</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>PHA: Dette er forståelig ut fra et forskningssynspunkt, men forvirrende for klinikerne i og med at ICD-10 koder skal brukes i pasientjournal. Det er også forvirrende at det vises til ICD-10 under praktisk dersom diagnostikk skal gjøres ut fra DSM-5. Vi er enige i at DSM-5 er et godt diagnoseverktøy for diagnostisering, men ideelt sett bør vi benytte ICD-10.</p> <p>RKT: Kriteriebasert diagnostikk forventes å bidra til større grad av enighet om diagnose mellom behandlere, og dermed større likhet (likeverdig diagnostikk). Grensetilfeller vil likevel kunne vurderes ulikt. Det savnes en omtale av «subterskel»-tilfeller (der f.eks. ett symptomkriterium mangler eller for sen debut av funksjonsnedsettende symptomer), og at det i klinisk sammenheng i noen tilfeller kan være færre symptomer enn DSM- 5 krever, men profilen og graden/alvorligheten av symptomene og konsekvensene av dem (nedsatt funksjon og livskvalitet) kan likevel gi indikasjon på behandlingsbehov. ICD-10 har en mer tekstlig omtale av diagnosekrav. (Se også: Biederman J, Fitzgerald M, Kirova AM, Woodworth KY, Biederman I, Faraone SV. Further Evidence of Morbidity and Dysfunction Associated</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>With Subsyndromal ADHD in Clinically Referred Children. J Clin Psychiatry. 2018 Aug 7;79(5):17m11870. doi: 10.4088/JCP.17m11870. PMID: 30086214.)</p> <p>Klinikk for barn, unge og rusavhengige, Helse Stavanger: Det er ett moment som vi mener er svært viktig, og det er setningen som ligger om diagnostisering på side 19. «I tråd med DSM-5 diagnostiseres ikke ADHD dersom symptomene med stor sannsynlighet skyldes en annen diagnose eller tilstand. Dette begrunnes i journal.» Denne setningen er for åpen for tolkning, og bør presiseres. Utfordringen ligger i formuleringen «tilstand,» som både kan bety en tilstand folkelig sagt, men også i medisinske termer. Vi mener det heller burde vært «ADHD diagnostiseres ikke dersom symptomene med stor sannsynlighet kan forklares bedre av andre årsaker, diagnoser eller tilstander.» Vår bekymring at vi åpner opp for en praksis der man skal sette en ADHD diagnose hvis symptomene er tilstede, og de ikke forklares bedre av en annen diagnose. Her fremstår diagnosene som et sluttet deskriptivt system, og alt som er utenfor diagnosesystemet av faktorer inngår ikke i beslutningsprosessen hvis en ikke inkluderer «årsaker» mer vidt. Risikoen ved slike systematiske svakheter i normerende produkter er store, både mtp kvalitet og pasientsikkerhet i den enkelte tjeneste, men også for å sikre at psykisk helsevern for barn og unge ivaretar en helhetlig biopsykososiale forståelse av barn og unges vansker. Det er heller ikke diskutert eller presisert at psykisk helsevern for barn og unge opererer med en multiaksial diagnostikk i dette punktet. Det fire fallgruver i diagnostikk og forståelse av ADHD slik vi ser det i klinikken; underdiagnostisering, å ikke tenke på komorbiditet, å ikke tenke på faktorer utenfor diagnosesystemet/akse 1 og overdiagnostisering. Vi synes at faren for underdiagnostisering og komorbiditet er godt dekket av utkastet, men ikke faktorer utenfor diagnosesystemet/akse 1 og overdiagnostisering. Det er en stor og viktig risiko (som vi også ser i ulike klagesaker og o.l.= at barn og unge kan utsettes for overdiagnostisering, og dermed få feil behandling og medisineres for tilstander som er et direkte uttrykk for psykososiale belastninger.</p> <p>Side 10 – barn under 6 år. Vi ønsker at det skal komme mer tydelig frem at en ikke ønsker å diagnostisere ADHD under 6 år(før skolestart) da medisiner ikke har indikasjon før 6 års alder og at det skal være generelle tiltak som skal iverksettes</p> <p>Ola Homb, Sykehuset Innlandet HF, divisjon Psykisk helsevern, BUP Innlandet: Anbefaling om at kriterier fra DSM-5 ligger til grunn vil muligens ha en del implikasjoner. Fagmiljøene oppfatter DSM-kriteriene som mer presise og med den fordel at de omfatter målgruppen uten hyperaktivitet. Samtidig synes ADHD-begrepet med underkategoriene i DSM å inkludere en større populasjon enn ICD-10's F90.0 Hyperkinetisk forstyrrelse. En antar derfor at retningslinjen vil føre til at flere vil kunne få diagnosen F90.0 og bør følges opp i spesialisthelsetjenesten, noe som muligens vil kreve mer ressurser.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Om differensialdiagnostikk ligger fortsatt tankegangen om at symptomene ikke synes bedre forklart av annen psykisk lidelse. Denne formuleringen er relativt likt formulert i begge diagnosesystemer. I retningslinjene står det følgende:</p> <p><i>«I tråd med DSM-5 diagnostiseres ikke ADHD dersom symptomene med stor sannsynlighet skyldes en annen diagnose eller tilstand. Dette begrunnes i journal.»</i></p> <p>Formuleringen «med stor sannsynlighet» kan fortolkes som at man må tenke seg enda bedre om før man utelukker en ADHD-tilstand på bakgrunn av andre tilstander.</p> <p>Formuleringen er ikke forankret i noen av diagnosesystemene og synes unødig. Også i seksjonen som tar for seg differensialdiagnostiske tilstander kommer det gjentatte presiseringer om at man må tenke «både og» i stedet for «enten eller». Samlet inntrykket etter å ha lest retningslinjen er at differensialdiagnostisk perspektiv tones ned og at det foreligger et ønske om en mindre restriktiv utredningspraksis.</p> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, autisme, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p> <p><input type="checkbox"/> Kulepunkt 1. Ta ut «i Norge»</p> <p><input type="checkbox"/> Kulepunkt 3. I DSM-5, samt ICD-11 som en nevroutviklingsforstyrrelse, og kriteriene i ICD-11 stemmer overens med kriteriene i DSM-5</p> <p>Praktisk</p> <p><input type="checkbox"/> Ingen kommentarer</p> <p>Begrunnelse/sammendrag</p> <p><input type="checkbox"/> Avsnitt 3 siste setning - «I DSM-5 kalles subgruppene «presentasjon» i stedet for «type» (som i DSM-4) da <i>subgruppene</i> har vist liten stabilitet over tid»</p> <p><input type="checkbox"/> I National Instituteunderstrekes viktigheten av en bred utredning</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Viktig å ha med men hvorfor her? Bør også skrives om ifht. anbefaling 2</i></p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Fordeler og ulemper</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anbefaler bruk av kulepunkt – og vurdere mulighet for å komprimere tekst <p>Verdier og preferanser</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Det som står her var litt uklart. <p>Ressurshensyn</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Når anbefaling og når tiltak? Brukes litt «om hverandre»
<p>Anbefaling 5: Tilbakemelding etter utredning for ADHD bør inneholde informasjon om eventuell diagnose, samtidige eller alternative tilstander, funksjonsvansker i hverdagen, støtteordninger og tiltak, samt pasientens sterke sider.</p>	<p>Helse-Fonna HF: OK</p> <hr/> <p>Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Møre og Romsdal HF (Morten Hjelle & Manuela Strauss): Ja- dette støttes.</p> <hr/> <p>Folkehelseinstituttet FHI, Område for helsetjenester og område fysisk og psykisk helse, avdeling Barns helse og utvikling: I tilbakemeldingssamtalen er det nevnt at man tar opp spørsmål rundt førerkort – det er bra. Mange lurer også på dette med verneplikt. Informasjon om dette kan også vurderes å tas med. (Noen reagerer på at ADHD er avvisningsgrunn på generelt grunnlag og ikke gjenstand for individuell behandling/vurdering.)</p> <hr/> <p>Norsk Ergoterapeutforbund: Her kunne det vært presisert hvem som skal ta ansvar for at de nødvendige instanser blir involvert og sikret informasjon. I praksis oppleves det ikke alltid at dette skjer fra utredende instans. Mer at de kommunale støttetjenestene må etterspørre et slikt samarbeidsmøte. Her står også punkt om informasjon om rettigheter, her ville det vært bra med</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>et punkt om hjelpemidler og kanskje spesifisert ifht velferdsteknologi som bla ergoterapeuter vet har positiv effekt for selvstendighet og økt funksjon. Her nevnes også kun PPT som relevant instans ifht å sende rapport til. Med bakgrunn i tidligere kommentarer om at de ikke alltid er involvert burde det her ha stått – til relevante instanser eller til relevante støttetjenester til barn og unge.</p> <p>Bodø kommune, Barne- og familieenheten: -Muntlig informasjon om resultater fra utredningen og mulige tiltak SKAL gis til brukeren (ikke bør), også når brukeren er et barn. Fremhev gjerne også hvem som har ansvaret for det. Tilbakemeldinger må tilpasses brukerens kapasitet til å ta innover seg info, dvs. Gjerne konkretiseres, forenkles og/eller repeteres over tid- eks. Ettersom barnet blir eldre (andre behov, forstår ting på nye måter, trenger tilpasset info.). -Viktig at “relevante instanser” får kopi av epikriser, men gjerne føy til at dette kan være andre enn PPT</p> <p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling: Støttes slik det er beskrevet.</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus: - Muntlig tilbakemelding til fastlege er ikke realistisk / hensiktsmessig, trolig heller ikke ønskelig fra fastlege</p> <p>Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Fellesenheten med innspill fra sentrene NevSom og Frambu: Anbefalingen støttes</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Bra!</p> <p>Norsk psykologforening, Fagpolitisk avdeling: Vi mener disse anbefalingene er dekkende. Pluss for å ha med beskrivelse av barnets styrker ved tilbakemelding om diagnose.</p> <p>Forandringsfabrikken: Tilbakemelding etter utredning til barnet/ungdommen: Under generelle prinsipper for tilbakemelding etter utredning bør det legges til at barnet må få informasjon først, og trygt få si hva det tenker om det som kommer frem i tilbakemeldingen, før det deles videre til andre. Barn/ungdom må få vite hva som skrives i epikrisen, og få si sin mening om det før den sendes. Dersom barnet er uenig i noe av det som</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>kommer frem i epikrisen, ma også dette sta tydelig i epikrisen. Barnet/ungdommen ma også fa være med a vurdere om den ønsker en egen tilbakemelding uten andre instanser til stede. Dette må gjøres før foreldre, fastlege, henvisningsinstans og/eller andre får tilbakemelding. Her viser vi også til våre kommentarer under juridiske henvisninger og/eller redegjørelser for barns rettigheter i retningslinjen ovenfor.</p> <p>Kunnskap fra barn sier at en av hovedgrunnene til at barn mister tillit til voksne, er at de ikke får vite hva voksne gjør med det barn forteller til dem, eller får si noe om hva de tenker om at det de har sagt skal bli sagt videre og til hvem. Tillit betyr nesten alt når det handler om å hjelpe barn, det blir nesten umulig uten det. Mange barn slutter å fortelle når noe de har fortalt har gått videre uten at de har blitt snakket med først.</p> <p>Informasjon om eventuell legemiddelbehandling: I retningslinjen står det at foreldre og/eller pasient må få informasjon og diskuteres med dersom det er relevant med legemiddelbehandling. Barn/ungdom må alltid få denne informasjonen. Informasjonen må gis direkte til barnet, ikke gjennom foreldre eller andre voksne. Her viser vi også til våre kommentarer under juridiske henvisninger og/eller redegjørelser for barns rettigheter i retningslinjen ovenfor.</p> <p>Barn må få nok og ærlig informasjon om medisinen de skal gå på. De må få informasjon om hvorfor de skal gå på akkurat den medisinen, hva slags bivirkninger man kan få, at det kan være avhengighetsskapende, hva det kan hjelpe og ikke hjelpe for og hvor lenge det er tenkt at barnet skal gå på medisin. Når barn får nok informasjon slipper de å lure, bli utrygge og google det. For å vite hva de sier ja eller nei til om medisin, og for å kunne ta et reelt og fritt valg, må barn ha nok informasjon.</p> <p>Mange barn har manglet informasjon om hva ADHD-medisin kan gjøre med dem. De har fått for lite informasjon om medisinen, hvor lenge de skulle gå på den, bivirkninger eller hvorfor de skulle gå på medisinen. Det har gjort at de har trodd at det var normalt å være slapp og ikke være glad eller sint. Mange av barna opplevde at når de begynte å ta medisin, sluttet voksne å stille spørsmål om hvorfor de bråkte eller ikke konsentrerte seg, og om hvordan de hadde det. Før voksne gir medisiner til barn, må alt annet være prøvd. Voksne må gjøre det trygt nok til at barn kan fortelle det viktigste og det som ligger bak uttrykkene deres. Dette må voksne vite før de gir medisiner til barn.</p> <p>Formidle opplysninger og/eller informasjon videre:</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Under generelle prinsipper for tilbakemelding etter utredning bør det legges til at før informasjon og opplysninger deles videre, må barn/ungdom få vite hvem det ønskes at skal få informasjon/opplysninger og hvilken informasjon/opplysninger de skal få. Barnet/ungdommen må få uttale seg om dette, og deres mening må være med i vurderingen. Her viser vi også til våre kommentarer under juridiske henvisninger og/eller redegjørelser for barns rettigheter i retningslinjen ovenfor.</p> <p>Mange barn har opplevd at det de har fortalt til en voksen, har blitt fortalt videre til foreldre eller andre voksne, uten at barnet har fått vite det først eller sagt hva det tenker om at det skal fortelles videre. Da er det mange barn som har mistet tillit til og sluttet å stole på voksne. Mange har sluttet å fortelle viktige ting til voksne eller endret på det de har fortalt. Hvis barn ikke vet hva voksne kan gjøre med det barn forteller til dem, vil det for mange barn være så utrygt at de ikke forteller viktige ting. Derfor er det viktig at voksne alltid snakker med barnet før informasjon om barnet fortelles videre, og lar barnet få si hva det mener om det. Dette gjelder også når informasjon skal deles med foreldre.</p> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Vi ønsker at det fremkommer tydeligere at barn/ungdom og foreldre får tilbakemelding etter utredning først, deretter gis tilbakemelding til øvrige samarbeidende instanser. Dette er beskrevet på side 23 i høringsutkastet under «Hvordan gi informasjonen?», men vi ønsker at dette også blir fremhevet tidligere i denne anbefalingen.</p> <p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Støttes</p> <p>Kommentar til ulempe: Arbeidsmengden/kostnaden for det enkelte foretak vil muligens bli større, men den samfunnsøkonomiske kostnaden og den personlige vinningen for den enkelte pasient vil veie over dette.</p> <p>Norsk Fysioterapeutforbund (NFF): Vi støtter anbefalingen.</p> <p>Kommentar til anbefalingen: Det er ønskelig at fysioterapeut som følger opp barnet, får tilsendt epikrise fra spesialisthelsetjenesten. Ofte skjer ikke dette dessverre. Dette er uheldig for den videre oppfølgingen.</p> <p>Mat og atferd, pasientorganisasjon: Det er viktig at tilbakemelding inneholder informasjon også om ernæringstiltak i samarbeid med personen /pårørende. Hvis det må gjøres ernæringsintervensjoner, vil ernæringsfaglig helsepersonell gi kvalifiserte råd. Uten ernæring er utredet, og informasjon om det gitt, kan pårørende lett velge «alternativ helsehjelp» der kunnskapsnivå innen ernæringsbehandling kan være av varierende.</p> <p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Under «Praktisk», oppleves tekst repeterende mellom generelle prinsipper, hvem som informeres og hvordan man informerer. Korte ned for å øke lesbarhet.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Tilbakemelding der diagnose er gitt, bør tilbakemeldingen også inneholde opprettelse av behandlingsplan. Man vil da unngå et opphold mellom tilbakemelding og utarbeidelse av behandlingsplan. Pasienten bør få informasjon om andre og øvrige forhold vedr. konsekvenser om eventuell selvmedisinering, rusmisbruk og vilkår for førerkort.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU: Viktig presisering av at det er funksjonsnivå og ikke diagnosen alene som skal være styrende for tiltak.</p> <p>Pilar: Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør-RBUP:</p> <p>-I tilbakemeldingen skal utredning gi informasjon om relevante tiltak, rettigheter og støtteordninger. Vi skulle ønske at dette punktet ble utvidet med mer informasjon om hvilke tiltak som er mest aktuelle for diagnosegruppen som for eksempel foreldretreningsprogrammer, sosial ferdighetstrening, opplæring i organiseringsstrategier og tilrettelegging på ulike arenaer (se Tiltakshåndboka).</p> <p>-Vi stiller oss bak viktigheten av ekstra støtte i overganger i utdanningsløp og helsetjenester. Vi ønsker oss at "god planlegging" kommer tidligere i beskrivelsen, og at støtte "kan trengs" fra relevante instanser i kommune, fylkeskommune og helsetjeneste. Ofte vil PPT/OT, skolehelsetjeneste, skole og fastlege være mer aktuelle instanser enn spesialisthelsetjenesten.</p> <p>-Retningslinjen er opptatt av å gi foreldrene anerkjennelse for at det kan være krevende å oppdra barn med nevroutviklingsforstyrrelser og at det ikke er deres "feil". Vi er enige i viktigheten av å gi foreldrene støtte på de ekstra belastningene det er å ha et barn med særlige behov og foreslår å omformulere siste del av setningen til "Gi foreldrene økt kunnskap om diagnosen og om årsakssammenhenger."</p> <p>-I anbefalingen står det følgende om legemiddelbehandling: "Dersom relevant: Diskuter fordeler og ulemper ved legemiddelbehandling med foreldre og/eller pasient". Vi foreslår også å gi informasjon om at andre tiltak bør prøves før legemiddelbehandling vurderes.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>- I tiltakshandboka formidler kunnskap om tilstanden, tiltak, utredningsverktøy og relevante nettressurser og pasientforeninger. Utreder bør derfor gi foresatte og pasienter informasjon om nettstedet.</p> <p>-Hvem skal informeres ved en tilbakemelding? Retningslinjen nevner viktigheten av å gi muntlig informasjon til foreldre og pasienten selv, samt til relevante instanser som fastlege, skole, barnehage, barnevern og PPT. Søskene og andre nærstående, som besteforeldre, kan også ofte med fordel få informasjon. Vi savner i tillegg helsesykepleier/skolehelsetjenesten i denne lista.</p> <p>-Tre punkter omhandler tilbakemelding, og disse bør sammenstilles bedre. Vi vil foreslå å stryke punktet om at det kan vurderes å gi tilbakemelding til pasienten alene, med eller uten foreldre. På denne måten kommer det tydeligere frem at det skal deles i to: En tilbakemelding til pasient (med eller uten foreldre) og en til samarbeidende instanser.</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>PHA: Det bør avklares og foreligge skriftlig informasjon om hvilken instans som er ansvarlig for videre oppfølging, spesielt av medikamentoppfølging. Også hva som ligger i «oppfølging», og hva som tilsier behov for ny henvisning til spesialisthelsetjenesten bør skriftliggjøres.</p> <p>RKT: Det bør legges inn rett til psykoedukasjon etter slutført utredning/diagnostisering, og foreldreveiledningsprogram. Fastleger må ha lett tilgang på veiledning av spesialisthelsetjenesten i forhold til medisinske spørsmål. Støtter for øvrig PHA sine innspill</p> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p> <p>Praktisk/hvem informeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> De første to kulepunktene blir også nevnt i hovedteksten (generelle). Usikker på om det er behov for at det nevnes igjen <p>Begrunnelse/sammendrag:</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<input type="checkbox"/> Formateringsfeil i andre linje ved referansen (Evidence review, 2018) Begrunnelse/vurdering: <input type="checkbox"/> Ville vært mer hensiktsmessig å ha kulepunkter ved Fordeler og Ulemper
Kapittel om utredning av ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser i generelt pakkeforløp, psykiske lidelser, barn og unge	
Innledningstekst	<p>Helse-Fonna HF: OK</p> <p>ADHD Norge: Det er ikke godt nok opplyst for pasienter og pårørende at hvis de blir henvist til privatpraktiserende nevropsykolog/avtalespesialist for utredning, så må pasienten etter utredningen henvises på nytt til spesialisthelsetjenesten hvis diagnosen blir satt, og det ønskes oppstart av medisiner. Det tar dermed uforholdsmessig lang tid å få riktig behandling. Dette kan skape mye frustrasjon for denne pasientgruppen, spesielt hvis de ikke er informert om saksgangen i forkant.</p> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Ingen kommentarer</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>u.a.</p> <p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Støttes</p> <p>Norsk Ergoterapeutforbund:</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Det med lav terskel for utredning av ADHD oppleves ikke alltid i praksis. Samt at en del henviste saker sendes i retur uten vurderinger. Hvem skal ta ansvar for vurderinger av barn som ikke kommer over terskel ifht symptomer. Det står at tiltak kan være nødvendig for disse barna. Her bør stå hvem som er ansvarlig for vurderingen og oppfølgingen av barna som ikke kommer over terskel for ADHD, men som likevel har store vansker i sin hverdag.</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus: Kort og konsist</p> <p>Forandringsfabrikken: Vi viser til vår generelle kommentar ovenfor om å se bak symptomer. Dette bør komme tydelig fram i pakkeforløpet.</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Det har dere jo allerede spurt om 2 ganger allerede lenger oppe i skjemaet...</p> <p>Brukerutvalget, AHUS: Det er ikke godt nok opplyst for pasienter og pårørende at hvis de blir henvist til privatpraktiserende nevropsykolog/avtalespesialist for utredning, så må pasienten etter utredningen henvises på nytt til spesialisthelsetjenesten hvis diagnosen blir satt, og det ønskes oppstart av medisiner. Det tar dermed uforholdsmessig lang tid å få riktig behandling. Dette kan skape mye frustrasjon for denne pasientgruppen, spesielt hvis de ikke er informert om saksgangen i forkant.</p> <p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling: Godt innhold, men bør gjennomgås for å unngå overlapping</p> <p>Norsk psykologforening, Fagpolitisk avdeling: Vi vurderer det som positivt at det vises til en sammensatt forståelse av nevroutviklingslidelser, samt at brukerperspektivet vektlegges i innledningsteksten.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU: God!</p> <p>Norsk Sykepleierforbund (NSF): -Hovedinntrykket er at retningslinjen i stor grad ivaretar barnet, foreldrene og nærmeste pårørende godt. -Bra at det omtales hvem som bør få info og hva det er lurt å informere om. Kunnskap som er selvfølgelig for spesialisthelsetjenesten, er ikke alltid like klart for barn/unge, pårørende, skole og andre hjelpeinstanser.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>-Positivt at helsestasjon og skolehelsetjenesten er nevnt som en instans det skal være lav terskel for å ta kontakt med. -Bra det er inkludert at barnet/ungdommen skal få hjelp selv om de ikke får diagnosen. -Bra innhold i «Tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten». Spesielt positivt at barnet/ungdommen skal kunne få egen tilbakemelding uten andre til stede.</p> <p>Pilar: Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør-RBUP: RBUP stiller seg bak pakkeforløpets intensjon om å skape likere utredning på tvers av klinikere og regioner og å bidra til økt fokus på ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser.</p> <p>Norsk Fysioterapeutforbund (NFF): Nyttig informasjon.</p> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ser bra ut og har ingen kommentarer</p>
Kompetanse	<p>Helse-Fonna HF: Et nytt kulepunkt under relevante temaer: Aldersforskjeller i hvordan nevroutviklingsforstyrrelse kan komme til uttrykk. – Uvanlig setningsoppbygging, men vi fulgte mønsteret til setningsoppbyggingen over.</p> <p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Støttes</p> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Ingen kommentarer</p> <p>Norsk Fysioterapeutforbund (NFF): Erfaringer fra klinikk er at ikke alle som utreder ADHD har nok kompetanse på ADHD og samtidige lidelser, og at ADHD-diagnose derfor ikke settes til tross for store vansker. De har heller ikke nok kunnskap om de spesielle og betydelige motoriske reguleringsvanskene som personer med ADHD har, og som kan skape store problemer i dagliglivet, inkludert kroniske smerter.</p> <p>Norsk Ergoterapeutforbund:</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Kompetanse må sees i sammenheng med tidligere kommentarer vedr hvem som tar ansvar for hva. Se på mulighetene til å utnytte den kommunale kompetansen som allerede foreligger. For eksempel fra ergoterapeuter som allerede har gjort kartlegginger av feks sansereguleringsvansker og barnets funksjon på ulike arenaer.</p> <p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Veldig bra at dere tok med dette i siste avsnitt: «Siden symptomene er dimensjonale, er det mulig å ha høy grad av symptomer, men likevel være under terskel for diagnose. Tiltak kan være nødvendig også ved symptomer under terskel. Utred derfor bredt og beskriv pasientens funksjon med tanke på tiltak.» Mtp. ADHD må vi være forsiktig med overdiagnostisering grunnet tiltak som kan følge av det (f.eks. medisinsk tiltak).</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Ok</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus: - Forvirrende at det bare lenkes til kompetanse-kapittelet i retningslinjen for ADHD når kapittelet i pakkeforløpet omhandler hele spekteret av utviklingsforstyrrelse</p> <p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling: Under punktet om differensialdiagnostikk, innledes det som følger: <i>Legeundersøkelse enten i spesialisthelsetjeneste eller hos fastlege kan avdekke tilstander som bidrar til eller forklarer ADHD-symptomer, som bivirkning av legemidler, misbruk av rusmidler, ernæringsmessige mangeltilstander, epilepsi, progredierende sykdommer lidelser, uopptagede metabolske lidelser, søvnlidelser</i></p> <p>Vi forslår at denne setningen innledningsvis omformuleres til «<i>Barnepsykiatrisk legeundersøkelse bør gjennomføres i spesialisthelsetjenesten for å avdekke tilstander som bidrar til eller forklarer ADHD-symptomer</i>»</p> <p>Oslo kommune, Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester: Forslaget knyttet til utredningskompetanse, er i all hovedsak rettet mot spesialisthelsetjenesten. Oslo kommune støtter forslaget, men viser til punktet «kartlegging av symptomer i ulike settinger». Her fremgår det at det er nødvendig med innhenting av informasjon fra foreldre, skole/barnehage/andre aktuelle arenaer, samt eventuelt fra barnet/ungdommen gjennom samtaler og spørreskjemaer. Oslo kommune mener at dette fordrer en systematisk og obligatorisk kompetanseheving i kommunene, slik at informasjonen som gis er adekvat og av høy kvalitet. Dette bør sees i en tverrfaglig og tverrsektoriell sammenheng, gitt forventning om koordinerte og helhetlige tjenester. Videre kan det være hensiktsmessig å skissere en kompetansetrapp, der det fremkommer hvilken type kompetanse som anbefales på ulike nivåer i helse- og omsorgstjenestene. Sett fra en</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>kommunalt perspektiv, kan det bidra til at kompetanseheving i kommunen blir mer målrettet og effektiv. Det må imidlertid også her presiseres at med dette må det også medfølge ressurser som sikrer dette.</p> <p>Utvalget peker på at kommunene har ansvar for å følge opp personer i målgruppen, som har behov for ulike tjenester og tiltak. Sammensetning av tverrfaglige team, som også kan arbeide ambulant, støttes. I en nasjonal veileder bør det imidlertid fremkomme klare anbefalinger av hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten bør tilby i sine tjenester. Det er nødvendig å gi helse- og omsorgstjenestene flere forskningsbaserte- og virksomme verktøy og virkemidler, og sees i sammenheng med kompetanseheving i kommunene.</p> <p>Norsk Sykepleierforbund (NSF): Det er behov for god og bred tverrfaglig kompetanse under utredning, oppfølging og behandling i møte med barn og deres familie.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU: Det bør understrekes at det er nødvendig at en fagperson er ansvarlig for utredning.</p> <p>Norsk psykologforening, Fagpolitisk avdeling: En helhetlig tilnærming til spørsmål rundt differensialdiagnostikk og samtidige tiltak er en særlig forutsetning ved utredning av ADHD. Det er en stor styrke ved kapittelet at behovet for en slik helhetlig tilnærming og dertil bred kompetanse fremheves.</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>PHA: Se anbefaling 3: <i>Differensialdiagnostiske vurderinger inkluderer hovedsakelig vurderinger av barn. Ungdom bør løftes sterkere frem. Rusmiddelbruk bør ha eget kulepunkt, og ikke kun som noe som kan avdekkes ved legeundersøkelse. Personlighetsproblemer/forstyrrelser og bipolar lidelse bør inkluderes.</i></p> <p>RKT: Innføring av nye pakkeforløp/retningslinjer bør følges opp med en plan for kompetanseheving/bygging. Her vil kompetansetjenestene kunne få tildelt spesielt ansvar sammen med andre relevante instanser (RBUP f.eks)</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen: Ingen kommentarer utover det som allerede er gitt til anbefaling 3 i retningslinjene (se tidligere kommentar)</p>
Organisering av utredning	<p>Helse-Fonna HF: OK</p> <p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Støttes</p> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Ingen kommentarer</p> <p>Drammen kommune, plan og strategi ved/Deling Yang: Vi ser i utgangspunktet betydningen av utredning i tverrfaglige team. Under organisering av utredning legges det i utkastet opp til at PP-tjenesten skal involveres i både utredning og oppfølging av barn med ADHD. PP-tjenester har kompetanse til dette (og flere av de barna som henvises til BUP fanges opp av PP-tjenesten), men organiseringen av oppdraget slik det er beskrevet ovenfor, kan falle utenfor PP- tjenestens lovpålagte mandat. PP-tjenesten skal drive kompetanseheving og organisasjonsutvikling i barnehager og skoler. Den skal videre utføre sakkyndig vurdering der loven krever det. Formålet med PP-tjenestens utredning er tilrettelegging for inkludering, læring og utvikling, ikke primært å yte helsetjenester. PP-tjenesten er pr. i dag ikke dimensjonert for utvidede oppdrag rettet mot den organiseringen som er foreslått ovenfor.</p> <p>PP-tjenestens oppdrag har over flere år endret seg fra å ha tyngden av fokus på utredning og enkeltbarn til økt fokus på å bistå barnehagen og skolen med kompetanseheving og organisasjonsutvikling. Utredningen som danner grunnlag for den sakkyndige vurderingen skal primært si noe om elevens behov, organisering og innhold av undervisningen, og det er klare føringer på at færre elever skal ha individuelle tiltak om spesialundervisning (og dermed henvises til PP-tjenesten). Det betyr i praksis at det forventes at barnehager og skoler også skal kunne møte barn og elever med nevroutviklingsforstyrrelser med fleksible, tilpassede og forsterkede tiltak innenfor det ordinære tilbudet med evt. veiledning fra PP-tjenesten. Barn og elever som henvises til BUP for en ADHD-utredning blir derfor ikke henvist til PP-tjenesten hvis de har læringsutbytte innenfor det ordinære tilbudet.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Når prioriteringsveilederen uttaler seg så tydelig om tjenester som er organisert under opplæringsloven og som ikke er helsetjenester, bør den tverrfaglige forankringen hos Utdanningsdirektoratet komme tydeligere fram i veilederen.</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Ok</p> <p>Norsk ergoterapeutforbund: Lik praksis er svært ønskelig med en minimum standard ifht tverrfaglighet.</p> <p>Forandringsfabrikken: Se kommentar ovenfor om samarbeid, barnesamtale og samtale med foreldre, samt kommentarer under juridiske henvisninger og/eller redegjørelser for barns rettigheter i retningslinjene ovenfor.</p> <p>Den norske legeförening, Medisinsk fagavdeling: Vi anbefaler at dette punktet presiseres noe. Det anbefales intensivert teamutredning, men her mangler informasjon om hva dette konkret innebærer.</p> <p>Vedrørende underpunktet "Praktisk – slik kan anbefalingen følges"</p> <p>Samtale med barnet/ungdommen: Formulering bør endres fra «om mulig» til “bør gjennomføres”.</p> <p>Vedrørende underpunktet om evnetest. Det kan tydeliggjøres at en evnetest bør gjennomføres. Det bør dokumenteres i journal dersom den ikke gjennomføres.</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forvirrende at det bare lenkes til retningslinjen for ADHD når kapittelet i pakkeforløpet omhandler hele spekteret av utviklingsforstyrrelser - Positivt at helseforetaket selv kan velge modell for organisering <p>Norsk Fysioterapeutforbund (NFF): Kartlegging av samtidige/alternative vansker: Det står: Relevante faggrupper, som logoped, pedagoger, fysioterapeuter og ergoterapeuter, kan utrede vanskene innenfor sine ansvarsområder og inngår ideelt sett i tverrfaglig teamutredning. Anbefaler at kan endres til skal.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Begrunnelse for eksempel fysioterapeut: Svært mange med nevroutviklingsforstyrrelser, bl.a. de fleste med ADHD, har problemer med å regulere spenninger i muskulatur. Dette gjelder også barn som er flinke motoriske. Disse spenningene, som ofte ikke fanges opp av vanlige <i>soft signs</i> - undersøkelser, gir for mange seg utslag i store vansker. "Slurvete" og rotete skriftforming, kroppsure, dulting borti andre eller stadig nedglidning av stolen, evt. "henging" over pulten, samt klaging over andpustenhet og smerter ved løping i gymaktiviteter, blir svært ofte forstått som aktiv forstyrrelse eller som "dovenskap" og fører til stadig kritikk og mishagsytringer fra omgivelsene. Disse muskulære reguleringsvanskene bedres med sentralstimulerende medisin, men er i likhet med vansker med oppmerksomhets- og hyperaktivitet tilbake når medisinen er ute av kroppen (Stray et al 2009).</p> <p>Det er viktig at fysioterapeuter har kunnskap om at disse vanskene ikke avdekkes ved vanlige motoriske tester, men avdekkes ved repeterte bevegelser.</p> <p>Det at foreldre/lærere gjennom å være til stede under fysioterapiundersøkelse, ser disse muskulære reguleringsvanskene og får en forståelse for hvordan disse påvirker barnets hverdag, kan gi en endret forståelse av barnet. En ser ofte en umiddelbar endring i hvordan de voksne møter barnet.</p> <p>Stray, L. L. (2009). Motor problems in Children with ADHD and clinical effects of Methylphenidate as assessed with the MFNU (PhD). University of Stavanger: Stavanger.</p> <p>Stray, L. L., Kristensen, O., & Stray, T. (2014). Muskulære reguleringsvansker og smerter hos personer med ADHD. <i>BestPractice Psykiatri</i>, 17(Februar), 10-12.</p> <p>Stray, L. L., Stray, T., & Kristensen, O. (2015). Neuromuscular Regulation Problems in Attention Deficit Hyperactivity Disorder Assessed by the Motor Function Neurological Assessment <i>J Nov Physiother</i>, 255(5). doi:doi: 10.4172/2165-7025.1000255</p> <p>Norsk psykologforening, Fagpolitisk avdeling: Positivt at kartlegging av pasientens styrker og ressurser er inkludert.</p> <p>Angående følgende setning: <i>Kriterier fra DSM-5 bør brukes i diagnostisering av ADHD i Norge, selv om diagnosen kodes etter ICD-10 (se anbefaling om diagnostikk)</i>. Hvis DSM-5 samsvarer godt med ICD-11, hvorfor heller ikke bruke ICD-11 (ICD-11 - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (who.int) enn et annet system for diagnostikk av kun én diagnose (ADHD)?</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Vi har en viktig anmerkning til følgende setning om diagnostisering: «I tråd med DSM-5 diagnostiseres ikke ADHD dersom symptomene med stor sannsynlighet skyldes en annen diagnose eller tilstand. Dette begrunnes i journal.» Her vil vi heller anbefaler følgende formulering: «ADHD diagnostiseres ikke dersom symptomene med stor sannsynlighet kan forklares bedre av andre årsaker, diagnoser eller tilstander.»</p> <p>Bakgrunnen for forslaget til språklig endring er bekymring for at man med den opprinnelige formuleringen åpner opp for en praksis der man skal sette en ADHD diagnose hvis symptomene er tilstede, og de ikke forklares bedre av en annen diagnose. Det er slik vi ser det fire fallgruver her; underdiagnostisering, å ikke tenke på komorbiditet, å ikke tenke på faktorer utenfor diagnosesystemet og overdiagnostisering. Vi oppfatter at faren for underdiagnostisering og komorbiditet er godt dekket i utkastet, mens faktorer utenfor diagnosesystemet og potensiell overdiagnostisering er for lite tematisert.</p> <p>Norsk Sykepleierforbund (NSF): Det er behovet for en betydelig samhandling omkring barna. At ikke alle jobber på sine tuer.</p> <p>Innspillene i høringsvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>PHA: Det skisseres en omfattende og ressurskrevende utredning. Svært mange pasienter henvises med spørsmål om ADHD. Det kan med fordel differensierer mellom hva som, som et minimum, må ligge til grunn for faglig god vurdering etter basisutredning, og hva som bør gjennomføres i en ADHD-utredning.</p> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ved kartlegging av symptomer i ulike settinger bør lenke til Helsebiblioteket tilføyes <input type="checkbox"/> Se for øvrig kommentarer gitt til anbefaling 2 i retningslinjen (se tidligere kommentar)
Utredningsplan og dialog med barn og foreldre	<p>Helse-Fonna HF: OK</p> <p>ADHD Norge: Dette er grundig beskrevet og vi er positive til innholdet her.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Støttes</p>
	<p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Ingen kommentarer</p>
	<p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): <p>PHA: Vi støtter at inkludering av foreldre og barn i utarbeidelse av alle planer er eksplisitt formulert.</p>
	<p>Den norske legeforening, Medisinsk fagavdeling:</p> <p>Samtale med foreldre: Slik det står beskrevet nå, kan det tolkes dithen at man kun trenger å snakke med foreldrene én gang, dvs. i oppstarts samtalen. Dette fremstår noe uklart og bør omformuleres.</p>
	<p>Oslo kommune, Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester: Det er etablert noen ordninger på system- og individnivå som skal sikre at brukere og pårørendes erfaringer skal inngå i beslutninger om tildeling og utforming av tjenester. Som eksempel vises det til Oslo kommunes samarbeid med Pårørendesenteret i Oslo (PIO) våren 2020 Oslostandard for systematisk pårørendesamarbeid. Her står det:</p> <p><i>«Formålet med standarden er å bidra til at systematisk samarbeid med pårørende skal være en integrert og naturlig del av all tjenesteyting i disse tjenestene. Innbyggerne i Oslo skal møte helse-, omsorg- og velferdstjenester som tar utgangspunkt i deres behov. Innbyggerne og deres pårørende skal oppleve at det er lett å komme i kontakt med tjenestene, at de blir hørt og får medvirke».</i></p> <p>Standarden har etter Oslo kommunes vurdering overføringsverdi til andre tjenesteaktører.</p> <p>Oslo kommune anbefaler at erfaringskonsulenter engasjeres i foretakene for å sikre kvalitet på utredningene, og derigjennom tjenestene som tilbys målgruppen. Dette gjelder også områder som er knyttet til utvikling av kompetansehevede tiltak, og innen tjenesteutvikling.</p> <p>Brukere med utviklingsforstyrrelser har tradisjonelt sett vært underrepresentert i brukerråd og andre medvirkningsorganer. Vi anser det som viktig at både brukere og pårørende kommer til ordet og blir hørt i medvirkningsprosesser, både på system og individnivå.</p>
	<p>Brukerutvalget, Ahus: Dette er grundig beskrevet og vi er positive til innholdet her.</p>
	<p>Norsk Ergoterapeutforbund: Her kommer det et punkt vedr koordinere opplysninger og utredning med allerede foreliggende dokumentasjon. Dette kunne med fordel kommet tidligere i retningslinjen. Samt med tydelighet om hvem</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>som skal innhente hvilken informasjon og når. Å få frem barnestemmen er et eget punkt. Veldig positivt. Her kunne det også vært eksempler på verktøy som kunne vært egnet. Ergoterapeuter har egne verktøy for å få frem barnestemmen i sammenheng med barnets hverdagsaktiviteter og funksjon.</p>
	<p>Forandringsfabrikken: Det er bra at barnet må få mulighet til en egen samtale, men vi viser til tidligere kommentarer om samarbeid med barn, informasjon og muligheten til å uttale seg. Videre vises det til kommentarer under juridiske henvisninger og/eller redegjørelser for barns rettigheter i retningslinjene ovenfor.</p>
	<p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus: - Innholdet fremstår som nødvendig, fraviker lite fra generelt pakkeforløp</p>
	<p>Norsk psykologforening, Fagpolitisk avdeling: Oversiktlig og ryddig plan. Ellers ingen kommentarer til denne.</p>
	<p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Det vil ikke alltid være nødvendig å skrive en utvidet utredningsplan i disse saken (f.eks. ved ADHD som er en hyppig problemstilling i BUP og som kan oftest håndteres på en standardisert/strukturert måte, f.eks. med tverrfaglige halvdagsutredninger). Det bør ikke legges opp til krav om utvidet utredningsplan for alle pasienter, men heller på indikasjon.</p> <p>Det skrives «Gi barnet mulighet til en egen samtale». Samtale med barnet/ungdommen selv bør være obligatorisk (med mindre en sjelden omstendighet forekommer som gjør det umulig).</p> <p>Det skrives: «Sørg for at det er enkelt å ta kontakt per telefon eller mail underveis dersom spørsmål.» E-post er ikke et sikkert system og skal ikke brukes for kontakt med pasient/foresatte.</p>
	<p>Drammen kommune, plan og strategi ved/Deling Yang: Det er bra at retningslinjen legger vekt på at det enkelte barn eller voksne skal involveres i utviklingen av sin individuelle behandlingsplan, men det savnes et punkt der man refererer til hva barn og unge trenger når de skal ta imot psykiske helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Forandringsfabrikken kunnskapssenter har gjort forskning på dette sammen med flere kommuner. Her kommer det fram svært viktig kunnskap fra barn, og det anbefales at det også refereres til resultater fra dette i retningslinjen.</p>
	<p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Ok</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Norsk Sykepleierforbund (NSF): Helsesykepleierne er i dialog med barn og familie, og behov for å vite hvor de er i forløpet. At taushetsplikten ikke er til hinder for gode løsninger.</p> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen: <input type="checkbox"/> Synes avsnittet er fint strukturert, oversiktlig og informativt.</p>
Utredningskomponenter	<p>Helse-Fonna HF: Avsnitt «Kartlegging av symptomer i ulike settinger»: Det bør tas med en kartlegging av lekeatferd og evne til å leke. Alt annet OK.</p> <p>Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Møre og Romsdal HF (Morten Hjelle & Manuela Strauss): Viktig at det er tester;(evnetest , nevromotorisk test, oppmerksomhetstest; CPT) og ikke bare vektlagt undersøkelser og beskrivelser. Dette blir viktig når barnet /ungdommen mener det ikke lengre har tilstanden ved voksenalder og hvor man kan reteste for å se bedring.</p> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Ingen kommentarer</p> <p>Norsk Ergoterapeutforbund: Se tidligere kommentarer vedr sikring av lik praksis og en minimum standard for tverrfaglighet.</p> <p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Støttes, men i eget pakkeforløp</p> <p>Mat og atferd, pasientorganisasjon: Her er må dialogen inkludere tema om ernæring. Mat er et vanskelig punkt, alle vil gi god ernæring så langt det er mulig, og en diskusjon kan lett oppfattes som kritikk. Derfor må det gjøres av en ernæringsfaglig person som kan legge det frem profesjonelt.</p> <p>Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA): Mtp. det pedagogiske her: Man kan med fordel referere til anbefaling 2 i retningslinjen, slik som det gjøres med «Kompetanse» og «Organisering av utredning». Det er litt forvirrende at det står mye overlappende tekst fra anbefaling 2 fra retningslinjen uten at det er ordrett – man bruker en del tid å se på hva som er forskjellig (og lurer på begrunnelse for dette, f.eks. «Kartlegging av eksekutive funksjoner» finnes ikke her).</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Under «Kartlegging av symptomer i ulike settinger», er det skrevet «Innhent informasjon fra foreldre, skole/barnehage/andre aktuelle arenaer og eventuelt barnet/ungdommen...» Stryk « eventuelt» da barnet/ungdommen skal høres.</p> <p>Det oppfattes selvmotsigende at man i det ene punktet skriver at legeundersøkelse i en del tilfeller kan gjennomføres i sin helhet hos fastlege, og i det neste skriver «Gjennomfør legeundersøkelse i spesialisthelsetjenesten (...) dersom symptombildet er forenlig med ADHD og/eller andre nevrouviklingsforstyrrelser».</p> <p>Bra at «Kartlegging av eksekutive funksjoner» ble tatt ut.</p> <p>Under «Nevropsykologisk kartlegging» skrives det «Gode resultater på nevropsykologiske tester utelukker ikke nevrouviklingsforstyrrelser da testresultater ikke nødvendigvis er i tråd med dagliglivets fungering.» Man bør være varsom ved å antyde at det er mulig å prestere over faktisk evne-/ferdighetsnivå. Da er det andre faktorer som trekker ned funksjonsnivå i dagliglivet.</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Kartlegging av utviklingshistorie: Ok Kartlegging av symptomer i ulike settinger: Det er ønskelig med mer spesifikke anbefalinger av kartleggingsverktøy.</p> <p>Kartlegging av samtidige / alternative vansker: Det vises til Tiltakshåndboka for diagnostiske verktøy, men de finnes ikke der.</p> <p>Det er anbefalt at «Relevante faggrupper, som logoped, pedagoger, fysioterapeuter og ergoterapeuter, kan utrede vanskene innenfor sine ansvarsområder og inngår ideelt sett i tverrfaglig teamutredning.» Det vil lett kunne oppfattes som at de IKKE kan utrede vanskene utenfor sine ansvarsområder. I så fall, bør det komme tydeligere fram.</p> <p>Legeundersøkelse: Viser til kommentar lenger oppe i skjemaet mht når slik undersøkelse i sin helhet kan gjøres hos fast legen. Det vises til beskrivelse av legeundersøkelse i spesialisthelsetjenesten i basisutredning, men i den lenken finnes ingen spesifikke anbefalinger om hva undersøkelsen skal inneholde.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Nevropsykologisk kartlegging: Burde det stått «Annen nevropsykologisk kartlegging» siden en evnetest også vanligvis er en form for nevropsykologisk test?</p> <p>Vestre Viken HF, barne- og ungdomspsykiatrisk avd. (BUPA), Klinikk for psykisk helse og rus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innholdet fremstår som unødvendig, fraviker lite fra generelt pakkeforløp - Dette høringsutkastet er utydelig på når en legeundersøkelse skal gjennomføres. Legeressursen i BUP er en begrenset ressurs. Vår anbefaling er at i saker der det er sterk mistanke om ADHD / andre nevroutviklingsforstyrrelser, legges dette ansvaret primært til fastlege og at lege i spesialisthelsetjenesten har ansvar for å vurdere om det er behov for ytterligere somatisk undersøkelse og utredning. Med denne utydeligheten vil en for stor legeressurs brukes til å undersøke somatisk friske barn - Ikke helt samsvar mellom pakkeforløp og retningslinje vedrørende gjennomføring av evnetest - Kapittelet er mangelfullt vedrørende utredning av andre utviklingsforstyrrelser enn ADHD og blir dermed lite brukervennlig - Nasjonal retningslinje for Tourette skal angivelig være sendt på høring (per juni 2021). Hvis dette er korrekt, stusser vi over at ikke pakkeforløpet linker til denne <p>Norsk psykologforening, Fagpolitisk avdeling:</p> <p>Vi mener det er bra at «Kartlegging av eksekutive funksjoner» ble tatt ut som eget punkt her.</p> <p>Angående «Kartlegging av symptomer i ulike settinger»: Her refereres det til PsykTestBarn og Tiltakshåndboka for informasjon om skjemaer. Når de publiserte måleegenskaper for skjemaene anbefaler mer forskning grunnet mangler, hvordan har Helsedirektoratet/FHI tenkt å stimulere til slik forskning? Vi kan ikke uten videre lene oss på utenlandske normer og forvente valide resultater.</p> <p>Angående «Evnetest»: Evnetest bør gjennomføres i PPT før man vurderer henvisning til spesialisthelsetjenesten, for å utelukke andre årsaker til ADHD-lignende symptomer, som spesifikke lærevansker eller psykisk utviklingshemming. Man bør ikke bruke spesialisthelsetjenestens ressurser til en slik basal kartlegging.</p> <p>Under «Nevropsykologisk kartlegging» heter det; «Gode resultater på nevropsykologiske tester utelukker ikke nevroutviklingsforstyrrelser da testresultater ikke nødvendigvis er i tråd med dagliglivets fungering.» Vi mener man bør være varsom med å antyde at det er mulig å prestere over faktisk evne-/ferdighetsnivå. Hvis så, vil det være andre faktorer som heller trekker ned funksjonsnivå i dagliglivet.</p> <p>Den norske legeforening:</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>Legeforeningen mener at alle barn og ungdommer som henvises til BUP, bør avklares somatisk. Ved en utredning av ADHD bør barnepsykiatrisk legeundersøkelse gjennomføres, og den bør gjennomføres av spesialist i barne- og ungdomspsykiatri eller lege i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri.</p> <p>Pilar: Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør-RBUP:</p> <p>-Kartlegging av utviklingshistorie. Under punktet "status og historie når det gjelder fritidsaktiviteter, interesser, sosial fungering, familiesituasjon, samt fungering i barnehage, skole og eventuelt arbeid": Fungering i familie- og omsorgssituasjon, barnehage, skole og eventuelt arbeid bør komme først i denne setningen. Barn og unge er først og fremst en del av en familie, og dette bør komme før fritidsaktiviteter, interesser m.v. Deretter er de del av en barnehagegruppe, en klasse eller arbeidstakere. Barn og unge tilbringer mye tid på disse arenaene hvor de også omgir seg med profesjonelle som har et rikt sammenligningsgrunnlag til jevnaldrendes fungering. Vi anbefaler dessuten at familiesituasjon endres til familie- og omsorgssituasjon for å inkludere et bredere perspektiv, selv om utredningen ikke innebærer en vurdering av selve omsorgen.</p> <p>-Kartlegging av samtidige/ alternative vansker. Ved utredning av lærevansker er det nevnt at logoped, pedagog, fysioterapeuter og ergoterapeuter kan utrede vansker og ideelt sett inngå i tverrfaglig teamutredning i spesialisthelsetjenesten. Det er flott at tverrfaglighetens betydning løftes frem i pakkeforløpet. Vi stiller imidlertid spørsmål ved om dette punktet bør konkretiseres mer, siden mange av disse faggruppene som oftest ikke er representert i BUP, for utenom pedagog. Pedagoger inngår som oftest i et tverrfaglig team i kraft å være ansatt i BUP som spesialist i klinisk pedagogikk (med terapeutisk videreutdanning) eller som spesialpedagog (med master uten videreutdanning). De fleste pedagoger har språkutredningskompetanse, mens logoped beskjeftiger seg i tillegg med uttalevansker og større språkvansker. Særlige tiltak som innebærer logoped spesifikt, vil mest sannsynlig komme etter en ADHD-/ nevroutredning og foregå i tilknytning til kommunale tjenester/ PPT/ skole. Fysio- og ergoterapeuter vil også som oftest være ansatt i kommunen, og bør følgelig henvises til fra spesialisthelsetjenesten dersom pasienten har behov. Retningslinjen kan med fordel fremheve viktigheten av samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester.</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <p><input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA)</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p><input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT): PHA: Kartlegging og vurdering av rusmiddelbruk bør presiseres i egne kulepunkter.</p> <p>Selv om det er gjennomført legeundersøkelse hos fastlege ved henvisning, bør disse pasientene i regelen også få en barnepsykiatrisk undersøkelse for å danne seg et helhetsinntrykk av barnet. I en barnepsykiatrisk undersøkelse vil man i tillegg til somatiske forhold få et inntrykk av kontaktforhold, forståelse av instruksjoner, språk, nevrologiske forhold mm.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU: Bør det her gis tydelige anbefalinger på kartleggingsinstrument? Viktig at evnetest alltid inkluderes. Fin presisering av at ADHD kan foreligge også ved gode resultater på nevropsykologiske tester. For barn under 6 år, er det viktig at det står hvor lenge tiltak skal være prøvd ut før henvisning. (12 uker)</p> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fin struktur og ryddige kulepunkter <input type="checkbox"/> Savner henvisning til Helsebiblioteket under «Kartlegging av symptomer i ulike setninger» <input type="checkbox"/> Under legeundersøkelse første kulepunkt, kan det være hensiktsmessig å gi noen eksempler?
Tilbakemelding etter utredning	<p>Helse-Fonna HF: OK</p> <p>Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering Sykehuset Østfold (Ragnhild Tranøy, avdelingssjef): Støttes</p> <p>Sykehuset Telemark HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP): Ingen kommentarer</p> <p>Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Vest, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen:</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p><input type="checkbox"/> Viser til kommentarer gitt under anbefaling 5 i retningslinjen.(se over)</p> <p>Helse Bergen, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge: Ok</p> <p>Norsk Fysioterapeutforbund (NFF): Gunstig med informasjonsmøter.</p> <p>Norsk Ergoterapeutforbund: Som tidligere nevnt bør det spisses ifht hvem har ansvar for denne koordineringen vedr tilbakemelding etter endt utredning.</p> <p>Innspillene i høringssvaret er fra to fagmiljøer ved OUS:</p> <p><input type="checkbox"/> Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA)</p> <p><input type="checkbox"/> Barne- og ungdomsklinikken v/Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT):</p> <p>PHA: Se anbefaling 5: <i>Det bør avklares og foreligge skriftlig informasjon om hvilken instans som er ansvarlig for videre oppfølging, spesielt av medikamentoppfølging. Også hva som ligger i «oppfølging», og hva som tilsier behov for ny henvising til spesialisthelsetjenesten bør skriftliggjøres.</i></p> <p>RKT: Psykoedukasjonsprogram og foreldreveiledningsprogram tilbys alle</p> <p>Den norske legeförening, Medisinsk fagavdeling: Støttes slik det er beskrevet.</p> <p>Forandringsfabrikken: Se kommentarer under tilbakemeldinger til delen om tilbakemelding etter utredning i retningslinjen.</p> <p>Oslo kommune, Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester: Oslo kommune mener det er viktig å styrke lærings- og mestringstilbud rettet mot målgruppen. Det foreligger allerede retningslinjer som peker på gjensidig veiledningsplikt som også er forankret i samarbeidsavtaler, men for å lykkes med samordning fordrer det klare mandater og ansvarsområder. Med det følger også forpliktelser gjennom rammer i den enkelte organisasjon. Det er personer i målgruppen som mangler rettigheter til tjenester fra spesialisthelsetjenesten, parallelt med at de møter en kommunal helse- og omsorgstjeneste som ikke har tilstrekkelige rammer og kompetanse til å gi oppfølging. Dette er en gråsone der det er helt nødvendig å avklare ansvar mellom sektorene og tjenestenivåene, slik at disse personene ikke blir stående uten tilbud.</p> <p>Ola Homb, Sykehuset Innlandet HF, divisjon Psykisk helsevern, BUP Innlandet En støtter den grundige og konkret oppskriften om hva en tilbakemelding bør inneholde og hvordan den bør gis.</p>

Innhold i retningslinje/pakkeforløp	Høringsinstans sine kommentarer
	<p>En lurer på om «over 18 år» bør erstattes med «under 18 år» i formuleringen: «Gi informasjon om at ikke alle legemidler er forhåndsgodkjent for blåresept-refusjon for personer over 18 år....».</p> <p>Norsk psykologforening, Fagpolitisk avdeling: Positivt at tilbakemelding på barnets eller ungdommens sterke sider er inkludert på listen over tilbakemeldingspunkter. Det er viktig at omsorgspersoner får anerkjennelse for at det kan være krevende å oppdra barn med nevroutviklingsforstyrrelser og at det ikke er deres «feil» at barnet strever. Flott at dette er nevnt på lista over tilbakemeldingspunkter.</p> <p>Regionalt Fagmiljø for autisme, ADHD; Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) Midt Norge og Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt, Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU: Godt at det her understrekes at funksjonsnivå er svært viktig ved vurdering av tiltak, og ikke diagnosen alene.</p> <p>Statped: Det bør gis skriftlig og muntlig informasjon om utredning og tiltak til skole, barnehage og PPT. I tilbakemeldingen bør det særlig vektlegges forståelse av barnets utfordringer og tiltak som er viktig for barnets læring og utvikling i barnehage og skole.</p> <p>Mat og atferd, pasientorganisasjon: En tilbakemelding etter ernæringsarbeidet nevnt over, er meget viktig. Det å endre kostvaner krever mer enn bare en tilbakemelding, det krever god oppfølging av ernæringsfaglige personer over lang tid. Jo tidligere disse tiltakene blir tatt tak i, jo lettere kan det være å få til endringene.</p> <p>Det vil gi ernæringsfaglig hjelp, som vil erstatte alternative hjelpetilbud av varierende faglig kvalitet.</p>