

2006-02-23

2005 12 19  
Dnr. LS 0602-0438  
FIR

## Sammanställning av kriminalvårdsprojektens kostnader

Kriminalvården vill i samarbete med kommun och landsting göra tre olika projekt. Två av projekten handlar om utredning och behandling av personer med neuropsykiatriska svårigheter skrivna i Stockholm. På Norrtäljestalten, avd 12 ska patienter med ADHD problematik utredas och vid behov ställas in på centralstimulerande medicinering, Concerta. Utvärdering och jämförelse med kontrollgrupp sker. Håga-studien handlar om personer som i samband med frigivning utreds för ADHD och de som är i behov av medicinering randomiseras till en placebokontrollerad studie med Concerta för att se om detta påverkar återfall i missbruk.

### Norrtäljestudien:

Satsning särskilda medel

Utbildning av kriminalvårdens personal:

Psykiatrins kostnad 252 000 kr  
Kriminalvårdens kostnad 675 000 kr

Utvärdering 1 124 800 kr  
Summa: 2 051 800 kr

2 051 800 kr

Utredning o behandling vilket  
SLL bör betala 2 540 000

Totalkostnad: 4 591 800 kr

**Summa projektmedel:**

**2 051 800 kr**

Projektansvarig:

Kriminalvården  
Psykiatri, Stockholms läns landsting

Lena Karlsson och Inga Mellgren  
Gunnar Jacobsson och Nils Lindefors

### Hågastudien

Totalkostnad 4 378 000 kr  
SLL bör betala 1 378 000 kr

**Summa projektmedel:**

**3 000 000 kr**

Projektansvarig  
Kriminalvården  
Stockholms läns landsting

Lena Karlsson och Inga Mellgren  
Johan Frank

## ***Treklöver projektet***

Det tredje projektet omfattar tre delprojekt i tre olika regioner,

- region Väst (Västra Götaland),
- region Syd (Skåne-regionen) och
- region Mitt (Västmanland, Södermanland och Närke).

I varje region ska tre koordinators en från kriminalvården, en från de deltagande kommunerna och en från de deltagande landstingen tillsammans skapa förutsättningar för gemensamma arbetsformer som främjar samlade insatser till psykiskt sjuka lagöverträdare eller personer med psykisk sjukdom som är i riskzonen att begå brott.

För att skapa optimala förutsättningar i samband med utskrivning från LRV, psykiatriska utrednings- och behandlings insatser i fängelse eller för personer dömda till skyddstillsyn behövs en samordnad funktion som idag inte finns. I detta projekt ska de olika former som finns eller ska utvecklas i de tre regionerna jämföras för att ge kunskap till stöd för ett fortsatt utvecklingsarbete i hela Sverige.

Landstinget i Västmanlands län är värdlandsting för landstingens kostnader

Sala kommun är värdkommun för kommunernas kostnader.

Kriminalvården ansvarar för sina tre koordinators samt för den centrala övergripande projektledningen och har projektledaren Lena Carlsson anställd där.

### **Kostnader:**

Kriminalvården

1 central projektledare	850 000 kr	850 000 kr
3 koordinators	3 x 650 000 kr	1 950 000 kr
Omkostnader	425 000 kr	
<b>Summa</b>		<b>3 245 000 kr</b>

Kommunerna

3 koordinatorstjänster	3 x 650 000 kr	1 950 000 kr
Omkostnader	3 x 200 000 kr	600 000 kr
<b>Summa:</b>		<b>2 550 000 kr</b>

Landstingen

3 koordinatorstjänster	3 x 650 000 kr	1 950 000 kr
Omkostnader	3 x 200 000 kr	600 000 kr
<b>Summa:</b>		<b>2 550 000 kr</b>

**Summa hela Treklöver projektet**

**8 345 000 kr**

### **Delprojektansvariga:**

Kriminalvården  
Lars Nylén  
General direktör

Landstinget Västmanland  
Christina Jogér  
Psykiatrichef

Sala kommun  
Karin Bodlund  
Socialchef

### **Styrgrupp/referensgrupp**

En styr/referensgrupp bildas för alla dessa projekt gemensamt eftersom personer kommer att ingå i samma grupper.

I denna grupp ska brukarnätverkets representanter ingå. Lokalt i de olika delarna i treklöverprojektet bör även lokala brukarorganisationer delta i arbetet.

Deltagare i styrgrupp:

1 repr från Nationell psykiatrisamordning

1 repr från Socialstyrelsen

1 repr från Sveriges kommuner och landsting

3 repr från brukarnätverket

samt representanter från de olika projekten och huvudmännen

**Kostnader:**

Arvodet till styrgrupp och referensgrupper

100 000 kr

Resor och omkostnader

100 000 kr

**Summa styrgrupp:**

**200 000 kr**

Kriminalvården och central projektledare i Treklöverprojektet ansvarar för att sammankalla styrgrupp.

Medel för styrgruppen utbetalas till Kriminalvården.



2005-11-21

## **Behandling av ADHD hos amfetaminmissbrukande fängelsedömda**

### **"Håga-studien"**

Johan Franck  
Maija Konstenius

Beroendecentrum Stockholm

#### **Kortfattad bakgrund (för referenser, se protokollet)**

ADHD är ett utvecklingsrelaterad, i flera fall ett livslångt funktionshinder. ADHD karaktäriseras av uppmärksamhetsproblem, impulsivitet, hyperaktivitet och psykisk instabilitet, vilket innebär stora problem både i relationer och i arbetslivet. Flera studier visar att det finns ett starkt samband mellan ADHD, uppförandestörning, antisocial personlighetsstörning och kriminalitet i vuxen ålder. Ca 25 % av barn med ADHD fyller kriterierna för antisocial personlighetsstörning i vuxen ålder. I synnerhet barn med hyperaktivitet/impulsivitet löper större risk att hamna i missbruk och kriminalitet (Socialstyrelsen, 2001).

Undersökningar i Sverige och utomlands har visat att ca hälften av interner fyllde diagnoskriterierna för ADHD. Komorbiditet med ADHD och andra psykiatriska tillstånd och sociala svårigheter är också hög. Ängeststörningar och depression finns överrepresenterade både hos barn och vuxna med ADHD.

Det är lätt att se att problematik med låg impulsivitet, uppmärksamhetssvårigheter, stresskänslighet och eventuell upplevelse av att inte vara accepterad kan förstärka eventuella sociala svårigheter och i värsta fall leda till olika typer av kriminalitet. I dag har man även kunskap om att risken att utveckla missbruk vid ADHD, uppförandestörning och antisocial personlighetsstörning är förhöjd, vilket ibland kan betraktas som ett slags självmedicinering. Ett missbruk kan lätt leda till tillgreppsbrott, och drogpåverkan ökar risken för att tappa kontrollen över aggressiva impulser, vilket är allvarligt om personen sedan tidigare har en försvagad impulsivitet.

Behandling av ADHD med centralstimulantia (CS) är standard för barn och ungdomar, och används alltmer för vuxna. Det har funnits farhågor om att behandlingen skulle vara en inkörsport till framtida missbruk. Den senaste forskningen har dock visat ett motsatt förhållande, barn och tonåringar som behandlas med CS för sina ADHD-symtom löper *mindre* risk att utveckla beroende jämfört med dem med obehandlad ADHD (Biederman et al, 1999; Wilens et al.2003; Fischer et al., 2003; Barkley et al, 2003).

#### **Syfte**

Syftet med denna prövning är att undersöka huruvida långtidsverkande metylfenidat i kombination med psykosocial behandling (social färdighetsträning) mot ADHD-

symtom hos amfetaminberoende signifikant minskar risken för återfall i missbruk jämfört med placebo och samtalsbehandling. Som **primär utfallsvariabel** har valts *andel urinprover med spår av narkotika*. Prövningen inriktar sig mot vanekriminella och kommer därför även att utvärdera behandlingens effekt på *återfall i brott* vilket ofta är kopplat till missbruk. Det har aldrig tidigare genomförts en liknande behandlingsstudie i denna grupp.

### **Metod**

Efter informerat samtycke identifieras 40 individer med misstänkt ADHD bland intagna på Håga-anstalten, Södertälje. Varje presumtiv deltagare genomgår en neuropsykologisk utredning samt bedömning av en specialist i psykiatri. Socialtjänsten kopplas in för att förbereda frigivningen.

Deltagaren ska ha ett boende vid frigivningen som motsvarar lägst inackorderingshem.

Vid konstaterad ADHD, då inga medicinska kontraindikationer föreligger, randomiseras deltagaren till behandling med metylfenidat eller placebo som påbörjas i direkt anslutning till frigivningen (i normalfallet ca en vecka innan frigivning). Behandlingen pågår under 24 veckor och deltagaren ska under den tiden besöka mottagningen minst 2 gånger per vecka för att hämta studieläkemedlet och lämna urinprov.

Under de 24 veckorna får samtliga patienter individuell samtalsbehandling med inriktning på ADHD och missbruk en gång per vecka enligt en manual. Efter 24 veckor erbjuds deltagaren behandling med metylfenidat vid någon av Beroendecentrum Stockholms lokala mottagningar om Läkemedelsverkets föreskrifter är uppfyllda och inga kontraindikationer framkommit.

Prövningens utformning i detalj framgår av bifogat protokoll.

### **Organisation**

En styrgrupp för projektet bildas, med representanter från Kriminalvårdsverket och Beroendecentrum Stockholm.

### **Budget**

På Beroendecentrum finns ett team med 1,5 psykolog och 0,2 specialist i psykiatri för utredning av neuropsykiatriska funktionshinder, vilket i dagsläget innebär en väntetid på ca 1 år för utredning. För att kunna prioritera de intagna på den aktuella kriminalvårdanstalten bör en projektgrupp för detta knytas till det befintliga teamet vid Magnus Huss-mottagningen. Projektiden beräknas totalt till 2 år.

Tid för projektmöten, protokollskrivning, datainmatning, databearbetning och sammanställning av slutrapport inkluderas i budgeten.



**Karolinska  
Institutet**

## Projektbeskrivning

Projekttitel för utvärderingsprojekt

ADHD hos interner, diagnos och behandling – effekt på ADHD och återfall i brott

### Projektgrupp

Ylva Ginsberg, specialist i psykiatri, projektledare utvärderingsprojekt

Epost: Ylva Ginsberg [ylva.ginsberg@sl.l.se](mailto:ylva.ginsberg@sl.l.se)

Gunnar Jakobsson, specialist i psykiatri, ansvarig för diagnos och behandling

Epost: Gunnar Jakobsson [gunnar.jakobsson@sl.l.se](mailto:gunnar.jakobsson@sl.l.se)

Nils Lindefors, docent i psykiatri, projektansvarig

Epost: Nils Lindefors [nils.lindefors@sl.l.se](mailto:nils.lindefors@sl.l.se)

### Syfte

Att med vetenskaplig metodik utvärdera effekten av utredning, diagnostisering och behandling (farmakologisk + psykosocial) av en grupp vuxna interner med ADHD på Norrtäljeanstalten. Primärt utfall gäller grad av ADHD och sekundärt studeras återfall i brott efter frigivning.

### Bakgrund

ADHD är ett neurobiologiskt betingat funktionshinder som debuterar under barndomen och yttrar sig i form av kliniskt signifikanta svårigheter med uppmärksamhet, koncentration, överaktivitet och impulsivitet. Hos en del växer svårigheterna bort, men epidemiologiska studier visar att 2-4 % av befolkningen alltså uppfyller kriterierna för ADHD i vuxen ålder. ADHD är förenat med en kraftig överrisk att hamna i missbruk och kriminalitet, särskilt vid samtidig utveckling av trotssyndrom och uppförandestörning, vilka bägge ses som förelöpare till antisocial personlighetsstörning.

Studier har visat att cirka hälften av dem som uppfyller kriterierna för Antisocial personlighetsstörning (ASP) har, eller har haft, ADHD. Kombinationen av ADHD och ASP leder till en tidigare debut av kriminalitet och missbruk, ofta redan i de yngre tonåren.

Dalteg och medarbetare fann 1998 att 25% av internerna i fängelset på Gotland uppfyllde kriterierna för ADHD i vuxen ålder och att ytterligare 25% bedömdes ha uppfyllt dem tidigare i livet. Typiskt för dessa interner var en tidig kriminell debut och hög brottsintensitet med frekventa återfall.

En studie på Kumla visade att 55% av de grävsta våldsbrottslingarna i landet har haft ADHD i barndomen och att hälften av de nu livstidsdömda alltså uppfyller kriterierna för ADHD.

I årtionden har metylfenidat varit ett förstahandsmedel vid farmakologisk behandling av ADHD, framförallt i USA. Många studier har visat dess effekt vid behandling av ADHD hos barn, men det finns nu även studier som ger stöd för att metylfenidat har effekt vid behandling av ADHD hos vuxna. I en nyligen publicerad studie av Spencer och medarbetare kunde man

se att 76% av patienterna visade förbättring efter behandling med metylfenidat jämfört med 19% för placebo, när man använde dygnsdoser motsvarande i genomsnitt 1.1 mg/kg kroppsvikt. Studien visade att responsen var oberoende av socioekonomisk status, kön och historia av psykiatrisk samsjuklighet (däribland trotssyndrom och uppförandestörning).

### Studiedesign och metod

Vi avser att genomföra en s.k. *effectiveness*-studie där målsättningen är att studera om den effekt som ses hos övriga vuxna med ADHD (bl.a Spencer et al Biol Psychiatry 2005;57:456-463) kan replikeras hos populationen interner med ADHD. Noggrann ADHD diagnostik görs inkl. neurokognitiv funktionbedömning, samt egenbedömning av symtom och livskvalitet med hjälp av skattningsskalorna ASRS och QOLI. Då gruppen interner hypotetiskt har en förhöjd risk för återfall i brott som en konsekvens av sin ADHD är även eventuell minskning av återfall i brott till följd av behandlingen av stort intresse.

Allt deltagande i studien är frivilligt och intresserade deltagare får skriva under ett informerat samtycke. Vi önskar screena cirka 250 interner totalt på Norrtäljeanstalten med avseende på tidigare och aktuella ADHD-symtom med hjälp av skattningsskalorna WURS (ADHD-symtom i 5-10-årsåldern) samt ASRS (ADHD-symtom i vuxen ålder). Det finns skäl att tro att det är de med svårast ADHD som sitter på stödavdelningarna, eftersom de som finns på dessa avdelningar är de personer som är mest utagerande och bristande impuls kontroll är en central svårighet vid ADHD. Med tanke på ovan angivna siffror (25% av interner bedöms ha ADHD), kan man förmoda att det finns en inte obetydlig andel personer med ADHD även på andra avdelningar, men som inte är lika utagerande och därför inte märks på samma sätt. Deras av ADHD betingade svårigheter kan ändå vara betydande och det finns starka skäl att identifiera även dem, särskilt som man kan förmoda att behandlingstvinsterna kan vara stora i den gruppen.

De personer som faller ut positivt i screeningen kommer, om de är muntalsskrivna i Stockholms län att erbjudas en neuropsykiatrisk utredning. Med tanke på internernas strafflängd och begränsade permissionsmöjligheter torde det oftast bli svårt att genomföra utredningen i Neuropsykiatriska enhetens lokaler på Psykiatri Centrum Karolinska, varför vi får kalkylera med att läkare och psykolog måste utföra utredningen på plats på Norrtäljeanstalten.

Symtom- och funktionsskattning utförs av en oberoende skattare innan inledningen av den farmakologiska behandlingen och upprepas en gång i månaden första 2 månaderna, därefter en gång varannan månad fram till månad 6 och därefter var tredje månad fram till månad 12, samt 24 och 48 månader efter påbörjad behandling och använder sig då av skattningsinstrument som CGI-ADHD (Clinical Global Impression -ADHD) och CAARS vilka bägge är klinikerskattningar samt försökspersonen fyller i egenskattningsformulären ASRS och QOLI, formulär för livskvalitet. Det primära utfallsmåttet är förändring CAARS. Sekundära utfallsmått är förändring i CGI, ASRS, livskvalitet och återfall i brott som lett till rättslig påföljd följt via registerstudier.

Utredningsprocessen innefattar sedvanlig utredning med klinisk intervju och skattningsskalor som belyser den tidiga utvecklingen och aktuella svårigheter samt i möjligaste mån objektiv barndomsanamnes med hjälp av anhörigintervju. Inhämtande och genomgång av tidigare journaler från förlossning, BUP och skolhälsovård och vuxenpsykiatri samt ev. journaler från somatisk vård. Somatisk undersökning inklusive utvidgat neurologstatus och rutinblodprover ingår. Diagnostisering av ev. komorbid psykiatrisk sjuklighet med SCID-I-intervju ingår

---

Institutionen för Klinisk Neurovetenskap  
Sektionen för Psykiatri Karolinska  
Psykiatri Centrum Karolinska - Solna  
171 76 Stockholm



dessutom, liksom kartläggning av personlighetsdrag med SCID-II-screen eller DIP-Q. Den neuropsykologiska utredningen innefattar WAIS-III, CPT-test, arbetsminnestest och därtill mer riktade test utifrån vad psykologen anser behöver belysas ytterligare under utredningens gång. Vi får utgå från att denna studiepopulation kan ha en mer komplex problematik än den vi vanligen ser vid vår enhet, varför det kan bli nödvändigt med en mer omfattande neuropsykologisk utredning bl.a för att differentiera mot lindrig mental retardation och dyslexi som rapporterats vara vanligt förekommande hos interner och som är en känd vanlig komorbiditet till ADHD.

De personer som efter utredning bedöms uppfylla kriterier för ADHD i vuxen ålder och som uppfyller inklusionskriterier men ej exklusionskriterier definierade för studien, kommer att erbjudas medicinering med ett långverkande metylfenidat-preparat, Concerta. Målsättningen är att kunna behandla 30-40 patienter inom ramen för projektet.

Preparatet delas dagligen ut av sjuksköterska på anstalten (under helgdagar av därtill delegerad person) som även regelbundet kontrollerar puls, blodtryck och vikt samt screenar urinen för ev. sidomissbruk (vid permission eller om narkotika florerar på anstalten). Stickprov kan komma att göras för att undersöka plasmakoncentrationen av metylfenidat hos patienterna som ett mått på compliance till behandlingen. Metylfenidatdosen kommer att optimeras till de doser som använts i studien av Spencer (utgående från aktuell kroppsvikt) givetvis med hänsyn tagen till ev. biverkningar och effekt. Om det är många i populationen som är tidigare tunga missbrukare kan högre doser än 1.1 mg/kg kroppsvikt behöva användas (enligt erfarenheter från missbruksenheter som behandlar ADHD-patienter). Med jämna mellanrum kommer skattningen av biverkningar att ske liksom skattning av effekt och livskvalitet enligt de skattningsskalor som nämnts ovan.

Efter frigivningen planerar vi att fortsatt behandling sker på de lokala psykiatriska mottagningarna och, i förekommande fall, på de lokala beroendemottagningarna.

Vi avser att göra en (hypotesgenererande) uppföljning genom att undersöka återfallsfrekvensen i brott hos dem som behandlas, förslagsvis via registerstudier och där dels jämföra med den grupp interner som screenats positivt för ADHD och med motsvarande strafflängd, som inte genomgått utredning eller behandling för ADHD och dels låta de behandlade internerna fungera som sina egna kontroller där vi jämför tid till återfall i brott efter frigivning efter det aktuella frihetsberövandet jämfört med hur lång tid det tog förra gången (de flesta är återfallsförbrytare). Om återfallen förefaller minska i gruppen som genomgår utredning och i förekommande fall behandling för ADHD, jämfört med gruppen som inte genomgår utredning/behandling resp. om det tar längre tid till återfall i brott för personerna som får behandling jämfört med tid till återfall efter förra interneringen, kan det ge anledning att gå vidare med en annan studie där frågan om minskad återfallsfrekvens vid behandling kan bli föremål för en specifik systematisk undersökning.

### Eventuella etiska problem

Ett möjligt problem är att preparatet som används är narkotikaklassat och därmed har en potentiell missbruksrisk. Risken minimeras genom att medicindelning sker via sjuksköterska och personen därför inte själv handhar läkemedlet. Regelbunden urinscreening för att påvisa ev. sidomissbruk kommer att göras.

## Nytta och risker med utredning och behandling

Nytan med utredning och behandling består framför allt i att ohälsobördan minskar som resultat av adekvat behandling. Genom utredningen får personen möjlighet att systematiskt gå igenom sitt liv ditills och se såväl egna svagheter som styrkor och få en förståelse för sig själv som de ditills saknat. Man kan se en väl genomförd utredning som en "miniterapi" och ett avstamp inför framtiden. En person med AD/ID har genom livet blivit missförstådd, underpresterat och fått dålig självkänsla. Genom utredning och diagnos kan personen i bästa fall erbjudas verksam behandling och stödjande åtgärder som kan leda till ett bättre fungerande och livskvalitet.

Farmakologisk behandling med centralstimulantia är dokumenterat verksam vid ADHD och vår hypotes är att behandlingen även kommer att ha effekt i denna population. De effekter som är dokumenterade är förbättrad uppmärksamhet, koncentration förmåga, förbättrad impuls kontroll med minskad aggressivitet och minskad överaktivitet, d.v.s kärnsymtomen vid ADHD. ADHD medför ofta stora svårigheter i vardagen med exekutiva funktioner som att planera och organisera och med en bristande tidsuppfattning. Dessa svårigheter minskar vid respons på centralstimulantiabehandling. I en förlängning kan man tänka sig att personen kommer att fungera så pass mycket bättre, särskilt med kompletterande psykopedagogiska, psykosociala och yrkesinriktade insatser, att risken för återfall i missbruk och kriminalitet minskar med stora vinster både på det personliga och samhällsliga planet.

Det är slutligen en avgjord nytta om evidensbaserad behandling för vuxna med ADHD kan anpassas till användning för dömda interner, där sådant behandlingsbehov föreligger, och där vederbörande, efter sedvanlig utredning och under kontrollerade former får adekvat ADHD-behandling under fängelsevistelsen. På detta sätt kan i bästa fall vård av interner med ADHD ta ett stort steg framåt till gagn för samverkan mellan Kriminalvårdsverket och klinisk psykiatri.

Stockholm 2005-11-28

Nils Lindefors, överläkare, docent



## Läkemedelsbehandling av ADHD i häkte och anstalt (komplettering av Basläkemedel 2003-2006)

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) är ett neuropsykiatriskt funktionshinder som debuterar i barndomen, men som numera konstaterats kunna i stor omfattning kvarstå i vuxen ålder. Symptomen innebär fr.a. koncentrationssvårigheter och motorisk överaktivitet som i sin tur skapat anpassningsproblem i skola, familj och arbetsliv; samvariationen med kriminalitet anses stor.

I motsats till missbruk och beroende är ADHD ett funktionshinder vars symptom inte mildras eller försvinner i samband med fängelsevistelse. Det kan t.o.m. förvärras då patientens rörelsefrihet är begränsad.

Utredning, diagnos, behandlingsordination och uppföljning av patienter med ADHD är en specialistangelägenhet och förutsätter såväl medicinsktpsykiatriska, psykologiska, pedagogiska som sociala insatser. Den specifika farmakoterapi som finns tillgänglig utgörs av centralstimulerande medel, fr.a. metylfenidat (Concerta, Ritalin) och dextroamfetaminsulfat (Metamina). Dessa läkemedel är narkotikaklassade och får i enlighet med särskilda föreskrifter (LVFS 2002:7) endast förskrivas av läkare med viss specialistkompetens eller som prövats ha särskilda kunskaper på området.<sup>1</sup>

Intagna med misstänkt ADHD bör remitteras till lämplig enhet inom psykiatri/beroendevården, helst på hemorten, för utredning, diagnostik och behandlingsordination. Det är fel att inleda en behandling vars fortsättning efter villkorlig frigivning inte är säkerställd.

### Missbrukspotential

*Concerta*, metylfenidat, ordineras som en morgondos om 18 – 54 mg per dygn. Denna dos är mycket liten jämfört med missbruksdoser av amfetamin. 1 mg amfetamin motsvarar ca 2 mg metylfenidat. *Concerta* är en depotkapsel, där den aktiva substansen finns innesluten i ett skal, vilket försvårar missbruk. Missbrukspotentialen hos *Concerta* är mycket lägre än för amfetamin och ännu mycket lägre än för *Subutex*. Det finns dock rapporter om att metylfenidatbehandling framkallar sug efter amfetamin vilket i några fall varit skäl för att avstå från behandling.

### Behandling inom kriminalvården

Klinisk erfarenhet, även från kriminalvårdens sjukvårdsverksamhet, ger vid handen att moderna antidepressiva, särskilt sådana som påverkar både de serotonerga och de noradrener-

<sup>1</sup> De som i nuläget har förskrivningsrätt är specialister i barn- och ungdomspsykiatri, respektive barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Övriga specialister, t.ex. specialister i psykiatri kan beviljas förskrivningsrätt efter särskild ansökan till Läkemedelsverket. Dispensen är personlig och beviljas för 1 år i taget. Metamina kräver enskild licens (omfattas inte av dispensförfarandet enligt ovan). Atomoxetin (*Strattera*) är en selektiv noradrenalinåterupptagshämmare för behandling av ADHD. Den är inte narkotikaklassad och kan skrivas ut på licens. Läkemedelsföretaget ansöker om att *Strattera* ska registreras men det är inte klart i dagsläget.



ga centralnervösa signalsystemen, kan ha effekt mot ångest och depression som är vanliga vid ADHD och venlafaxin kan provas i väntan på specialistutredning.

Om adekvat utredning, diagnos och behandlingsordination skett och patienten är inställd på medicinering med Concerta bör medicineringen, om effekten varit god och det finns ett tydligt åtagande från patientens behandlande läkare utanför anstalten att behålla eller efter frigivningen återuppta ordinations- och behandlingsansvaret, under nedan angivna förutsättningar inte avbrytas under tid som patienten är intagen i häkte eller anstalt. Pga den betydligt lägre risken för missbruk skall normalt metylfenidat i form av Concerta användas.

## Häkte

Behandling med centralstimulerande läkemedel får fortsättas på häkte om

- Patienten avses fortsätta med behandlingen efter frigivningen från häktet eller när han kommer på anstalt.
- Patienten accepterar vårdplaneringen, vars minimikrav är dokumenterad drogfrihet under hela behandlingen.

## Anstalt

Intagna som behandlas med metylfenidat skall i första hand placeras på särskilt utsedda anstalter/avdelningar som har rutiner för behandling med droklassade läkemedel.

Drog- eller alkoholberoende är egentligen kontraindikationer för användning av metylfenidat. Under förutsättning av dokumenterad drogfrihet och nykterhet kan medlet dock användas även av dessa patientgrupper. Patienter med alkoholmissbruk i anamnesen skall ta Antabus i samband med eventuella permissioner - alkoholintag är kontraindicerat i samband med behandling med metylfenidat.

## Vidare skall

- Patienten acceptera och följa vårdplaneringen, vars minimikrav är dokumenterad drogfrihet under hela behandlingen samt deltagande i sysselsättning och psykosocial behandling.
- Övervakade urinprover i början av anstaltsvistelsen genomförs 3ggr/vecka. Vid dokumenterad drogfrihet kan antalet minska till 1 gång/vecka.
- Frigivningen planeras i god tid i samråd med patientens ordinarie läkare.
- Patienten ges individanpassad information om de beteenden som kan leda till omprövning av fortsatt medicineringen, t.ex.
  - urinprovsvägtran,
  - urinprovsfusk,
  - upprepade positiva urinprover,
  - hot eller våld (beroende på patientens funktionsnivå innan behandlingen),
  - försäljning eller smussel med tabletter,
  - vägran att följa vårdplanering.



## Referenser

FASS 2005

Adult attention deficit disorder in the United Kingdom,  
MW Riddall  
J Nerv Ment Dis 1996; 184: 257-258

Methylphenidate: a review of its neuropharmacological, neuropsychological and adverse clinical effects,  
B.E. Leonard, D.McCartan, J. White, D.J. King,  
Hum Psychopharmacol Clin Exp, 2004; 19: 151-180

Urinary screening for methylphenidate abuse: a comparison of liquid chromatography-tandem mass spectrometry, gas chromatography-mass spectrometry, and immunoassay methods  
J. Eichhorst, M.Fitter, J.Lepage, D.C.Lehotay  
Clinical Biochemistry 2004; 37: 175-183

Information från Janssen-Cilag

Pers medd från Beroendecentrum, Örebro

-----