Riktlinje

Adhd

2025

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

Arbetsgrupp:
Gunilla Granholm, leg psykolog, specialist i neuropsykologi
Marcus Westin, med dr, specialist i barn- och ungdomspsykiatri
Kerstin Malmberg, med dr, specialist i barn- och ungdomspsykiatri
Linda Halldner Henriksson, docent, specialist i barn- och ungdomspsykiatri

För SFBUP:
Anne-Katrin Kantzer, med.dr
Maria Unenge-Hallerbäck, med dr

Tack till BUP Malmö, BUP Stockholm, BUP Västerbotten och BUP Uppsala för stödet till arbetsgruppen och till SFBUP!

Innehåll

Syfte 3

Klinisk bild 5

Utredning 8
- Steg I utredning 9
- Steg II utredning 10
- Steg III utredning 12

Behandling 13
- Steg I behandling 14
- Steg II behandling 19
- Steg III behandling 20
- Icke-göra 23

Uppföljning 23

Kvalitetsindikatorer 24

Referenser 25

SYFTE

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av adhd

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av adhd (attention deficit hyperactivity disorder) har utarbetats på uppdrag av svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri (SFBUP). Den första versionen av Riktlinje adhd fastställdes 2016. Riktlinjen har 2024 reviderats i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism (2024) samt Nationella vård- och insatsprogrammet (VIP) för adhd. Synpunkter har inhämtats genom ett remissförfarande. Svenska experter på området, medlemmar i SFBUP och medarbetare vid landets BUP-kliniker har gett synpunkter som beaktats genom konsensusbeslut och legat till grund för revidering av texten.

Riktlinjerna har målsättningen att ge klinisk vägledning och fördjupad kunskap för medarbetare inom BUP. Riktlinjerna avser barn och ungdomar till och med 17 år. Riktlinjerna syftar särskilt till att:

1. Alla patienter inom BUP screenas vid bedömningssamtal och vid behov även senare för kärnsymtomen på adhd – ouppmärksamhet, hyperaktivitet, impulsivitet – för att motverka underdiagnostik.

2. Säkra en bred diagnostik både vad gäller psykiska symtom, funktion och livssituation samt samsjuklighet, för att utgöra grund för rätt insatser och motverka överdiagnostik.

3. Alla patienter med adhd och deras föräldrar erbjuds behandling som är likvärdig, verksam och säker. De regionala variationerna vad gäller diagnostik och behandling bör minska.

4. Uppföljning och utvärdering av behandlingsinsatser genomförs strukturerat och kontinuerligt avseende symtom, funktion och livssituation.

Riktlinjerna är indelade i nivåer för stegvis vård.

- **Steg I är basnivån** och ska erbjudas till alla patienter då beprövad erfarenhet eller vetenskapligt stöd är starkt.
- **Steg II kan erbjudas** många patienter när utredning eller behandling enligt basnivån visat sig otillräcklig. Dessa insatser kan ha svagare vetenskapligt stöd.
- **Steg III kan erbjudas** till enstaka patienter när insatser enligt steg I+II visat sig otillräckliga. Vetenskapligt stöd är ofta bara tillämpligt för en mindre subgrupp, viss typ av samsjuklighet eller specifik åldersgrupp.

Principer för stegvis vård

Insatser kan och bör ges direkt när behov identifierats, redan innan en eventuell diagnos. Stödet ska utgå och anpassas utifrån behov, funktion och aktuella symtom. Med tidiga insatser får en del tillräcklig hjälp att hantera sina svårigheter och man behöver inte längre misstänka en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Om det finns en välgrundad misstanke om adhd bör tidiga insatser inte fördröja en utredning, oavsett svårighetsgrad. Det ökar möjligheten till att få rätt hjälp och stöd. Sårbara grupper och patienter med större svårighetsgrad bör prioriteras för utredning och insatser.

Stegvis vård förutsätter ett teambaserat arbetssätt där bedömning, diagnostik, behandlande insater och uppföljning hålls ihop genom hela vårdkedjan. Teamet bör bestå av personal med betydande erfarenhet, minst en läkare och en psykolog, samt andra kompetenser vid behov.

Insatser på högre steg bygger vidare på och innefattar insatser på föregående steg. Det innebär att det vid svårare tillstånd ibland kan vara motiverat att gå direkt till högre steg och att insatserna på lägre steg då ges integrerat. Stegvis vård förutsätter också att insatser kontinuerligt utvärderas och följs upp. Även om behandling pågår kan det ibland vara motiverat med en fördjupad utredningsinsats, till exempel vid otillräcklig effekt av behandling. Det innebär att utredning och behandling kan ske växelvis eller parallellt.

Kärnan i riktlinjen utgörs av Rekommendationer till klinikern som anges inom särskild markering i texten. Faktarutor underlättar användningen av riktlinjerna i den kliniska vardagen.

Patientsamverkan och delaktighet

I riktlinjen betonas patient- och närståendesamverkan och delaktighet. Att stärka barns rätt till hälsa och ökad delaktighet i vården är viktiga aspekter inom hälso- och sjukvården utifrån ett barnrättsperspektiv. Det innebär att det är viktigt att lyssna på barn och ungdomars egna önskemål om vård, samt att göra barn och ungdomar, liksom föräldrar delaktiga i den diagnostiska processen och i val av behandling. Det innebär vidare att patientens och närståendes upplevelse och erfarenheter av vården och behandlingsrelationen behöver ingå i de utvärderingar som genomförs i tillägg till utfallsmått avseende symtom och funktion.

KLINISK BILD

ADHD ÄR EN HETEROGEN funktionsnedsättning som kännetecknas av svårigheter med uppmärksamhet, koncentration, motorisk hyperaktivitet och impulsivitet. Tillståndet är vanligt och uppskattas drabba ungefär 5–7 procent av barn och ungdomar. Cirka 3 procent uppfyller diagnoskriterier i vuxen ålder. Hos övriga kvarstår ofta svårigheter, fast i mindre omfattning. Förmågorna till koncentration, uppmärksamhet och till aktivitetsreglering är normalfördelade i populationen. Symtom och grad av funktionsnedsättning uppstår i samspel mellan förmågan och de krav som miljön i hem, skola och fritid ställer. Symtom och svårigheter kommer därför att variera över tid.

DET FINNS EN TYDLIG och mycket väl dokumenterad ärftlig komponent även om det har varit svårt att hitta en gemensam genuppsättning eller genavvikelse som kan förklara ärftligheten. Detta speglar väl det heterogena uttrycket av adhd. Det finns miljöfaktorer som associerats till adhd som alkoholintag under graviditet, att vara mycket för tidigt född, född liten för tiden (dvs särskilt låg födelsevikt), syrebrist vid födelsen, cerebrala infektioner tidigt i livet och trauma mot huvudet. Det finns inte stöd för att födoämnen, tillsatser eller dieter orsakar adhd, men blyförgiftning kan någon gång orsaka en adhd-bild.

ADHD KAN KOMMA TILL UTTRYCK mycket tidigt i livet exempelvis genom en uttalad hyperaktivitet, ökat krav på omedelbar behovstillfredsställelse och förhöjd impulsivitet. Andra tydliga tidiga symtom är utbrott, svårigheter att lyssna och att leka koncentrerat. Det är många gånger svårt att tidigt särskilja adhd från andra utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar. Det beräknas att 85 procent av skolbarn med adhd har åtminstone en annan utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse. Det rör svårigheter som relaterar till den allmänna utvecklingen, kommunikation (inklusive språk), social interaktion, perception, motorik, aktivitetsnivå, emotionell reglering, stereotypa drag, tvång och tics. Det gäller även sömnreglering och aptit. Hela gruppen med tidiga symtom på utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar refereras ofta till paraplybegreppet ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examination).

De olika utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningarna varierar över tid vilket kan få till konsekvens att kriterier för diagnoser som ryms inom ESSENCE-begreppet endast tidvis är uppfyllda.

DEN KLINISKA BILDEN kan te sig olika i olika åldrar. Med stigande ålder kommer ofta den motoriska hyperaktiviteten och impulsiviteten att bli mindre framträdande. Svårigheter med uppmärksamhet, koncentration, uthållighet, planering och arbetsminne kvarstår ofta i vuxen ålder, inte sällan i fortsatt tydligt funktionsnedsättande grad.

Den kliniska bilden skiljer sig också mellan pojkar och flickor. Adhd hos pojkar är oftare kombinerat med utagerande beteende i framför allt skolmiljön. Flickors hyperaktiva beteende är inte alltid lika synligt, vilket sannolikt bidrar till att de inte upptäcks lika tidigt som pojkar. Flickor med adhd insjuknar i många fall med ångest eller depression innan deras adhd uppmärksammas.

Sömnstörningar är vanligt förekommande, inte sällan med en förskjuten dygnsrytm med dagtrötthet som följd, vilket ökar adhd-symtomen. Emotionell labilitet utgör också en betydande svårighet för många med adhd.

Den intellektuella nivån hos personer med adhd kan ligga inom hela spannet från intellektuell funktionsnedsättning till mycket hög begåvning. Hos en del ses en ojämn begåvningsprofil, medan ungefär hälften har en jämnt låg nivå. Ofta ligger den sammantagna begåvningsnivån inom området för svag teoretisk begåvning.

HOS BARN OCH UNGDOMAR MED ADHD finns en risk att beteendestörningar utvecklas till trotssyndrom eller uppförandestörning. Det finns också en betydande överrepresentation av nikotinanvändning och skadligt substansbruk hos ungdomar med adhd. Likaså en tydligt ökad risk för deltagande i kriminella aktiviteter. Tvångssyndrom, traumasyndrom, ångestsyndrom och depression är vanligt hos barn och ungdomar med adhd.

En del barn och ungdomar med adhd kan ha svårt att ta hand om sin munhälsa och munhälsan kan även påverkas av läkemedel.

ADHD INNEBÄR SVÅRIGHETER på flera områden och i flera miljöer. För en gynnsam utveckling krävs i regel anpassning i fråga om kravnivå och störningar i miljön. I skolan kan en nedsatt prestationsförmåga med svårigheter att följa undervisning noteras. Barn och ungdomar med adhd har svårare än andra att knyta meningsfulla kamratkontakter. Det finns en ökad risk för häftiga konflikter med föräldrar och syskon. Långsiktigt medför allt detta en ökad risk för utveckling av ångest, depression, beteendestörning och utanförskap.

Kriterier för adhd enligt DSM-5 (publiceras med tillstånd av förlaget Pilgrim Press)

A Ett varaktigt mönster av bristande uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet-impulsivitet som inverkar negativt på funktionsförmåga eller utveckling, vilket visar sig i (1) och/eller (2):

1. Ouppmärksamhet: Minst sex av följande symtom har förelegat i minst 6 månader till en grad som är oförenlig med utvecklingsnivån. Symtomen har en direkt negativ inverkan på sociala aktiviteter och aktiviteter inom studier/arbete.
   Obs: Symtomen utgör inte enbart manifestationer av oppositionellt beteende, trots, fientlighet eller bristande förmåga att förstå uppgifter eller instruktioner. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symtomen.
   a. Är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, arbetslivet eller andra aktiviteter (tex förbiser eller missar helt detaljer, slarvigt genomförda arbetsuppgifter).
   b. Har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar (t ex har svårt att bibehålla fokus under lektioner, samtal eller under längre stunder av läsning).
   c. Verkar sällan lyssna på direkt tilltal (tex ter sig frånvarande även utan någon uppenbar källa till distraktion).
   d. Följer sällan givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (tex påbörjar uppgifter, men tappar genast fokus och låter sig lätt distraheras).
   e. Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter (tex har svårt att klara av uppgifter i flera led; har svårt att hålla ordning på utensilier, redskap och tillhörigheter; arbetar rörigt och oorganiserat; har svårt att tidsplanera; kan inte hålla tidsramar).
   f. Undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (tex skolarbete eller läxor; för äldre tonåringar och vuxna: tex sammanställa rapporter, fylla i formulär, läsa längre artiklar).
   g. Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för uppgifter eller aktiviteter (skolmateriel, pennor, böcker, verktyg, plånböcker, nycklar, anteckningar, glasögon, mobiltelefoner).
   h. Är ofta lättdistraherad av yttre stimuli (för äldre tonåringar och vuxna kan det inkludera ovidkommande tankar).
   i. Är ofta glömsk i det dagliga livet (tex göra hemsysslor, gå ärenden; för äldre tonåringar och vuxna: tex följa upp telefonmeddelanden, betala räkningar, komma till avtalade möten).
2. Hyperaktivitet och impulsivitet: Minst sex av följande symtom har förelegat i minst 6 månader till en grad som är oförenlig med utvecklingsnivån. Symtomen har en direkt negativ inverkan på sociala aktiviteter och aktiviteter inom studier/arbete.
   Obs: Symtomen utgör inte enbart manifestationer av oppositionellt beteende, trots, fientlighet eller bristande förmåga att förstå uppgifter eller instruktioner. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symtomen.
   a. Har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still på stolen.
   b. Lämnar ofta sin plats i situationer då man förväntas sitta kvar en längre stund (tex lämnar sin plats i klassrummet, på kontoret eller andra arbetsplatser, eller i andra situationer där det krävs att man sitter kvar).
   c. Springer ofta omkring, klänger eller klättrar i situationer där det inte kan anses lämpligt. (Obs: hos ungdomar eller vuxna kan det vara begränsat till en känsla av rastlöshet.)
   d. Klarar sällan av att leka eller förströ sig lugnt och stilla.
   e. Är ofta ”på språng”, agerar ”på högvarv” (tex är oförmögen eller obekväm med att vara stilla en längre stund vid exempelvis restaurangbesök eller på möten; kan uppfattas av omgivningen som rastlös eller ha ett sådant tempo att andra har svårt att hänga med).

f. Pratar ofta överdrivet mycket.

g. Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren är färdig (t ex fyller i och avslutar andras meningar; oförmögen att vänta på sin tur i ett samtal).

h. Har ofta svårt att vänta på sin tur (t ex när man står i kö).

i. Avbryter eller inkräktar ofta på andra (t ex kastar sig in i andras samtal, lekar eller aktiviteter; använder andras saker utan att be om lov eller få tillåtelse; för ungdomar och vuxna: t ex inkräktar i eller tar över andras aktiviteter).

B Ett flertal symtom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet förelåg före 12 års ålder.

C Ett flertal symtom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet föreligger inom minst två olika områden (t ex i hemmet, i skolan eller på arbetet; i samvaron med vänner eller närstående; vid andra aktiviteter).

D et finns klara belägg för att symtomen stör eller försämrar kvaliteten i funktionsförmågan socialt, i studier eller i arbete.

E Symtomen förekommer inte enbart i samband med schizofreni eller någon annan psykossjukdom och förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa (t ex förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom, personlighetssyndrom, substansintoxikation eller substansabstinens).

Specificera form:

- **F90.0B Kombinerad form:** Både kriterium A1 (ouppmärksamhet) och kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet) är uppfyllda under de senaste 6 månaderna.
- **F90.0C Huvudsakligen ouppmärksam form:** Kriterium A1 (ouppmärksamhet) är uppfyllt under de senaste 6 månaderna, men inte kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet).
- **F90.1 Huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv form:** Kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet) är uppfyllt under de senaste 6 månaderna, men inte kriterium A1 (ouppmärksamhet).

Specificera om:

- **I partiell remission:** Kriterierna för diagnos har tidigare varit uppfyllda. Under de senaste 6 månaderna har kriterierna för diagnos inte varit helt uppfyllda, men symtomen medför fortfarande funktionsnedsättning socialt, i studier eller i arbete.

Specificera aktuell svårighetsgrad:

- **Lindrig:** Få, om ens några, symtom utöver de som krävs för diagnosen. Symtomen orsakar en lättare nedsättning av förmågan att fungera socialt eller i arbetslivet.
- **Medelsvår:** Symtomen eller funktionsnedsättningen ligger mellan nivåerna ”lindrig” och ”svår”.
- **Svår:** Många symtom utöver de som krävs för diagnosen, eller flera särskilt svåra symtom, eller symtomen orsakar en markant nedsättning av förmågan att fungera socialt eller i arbetslivet.

Anmärkning: *För klinisk diagnostik inom psykiatri används huvudsakligen DSM, som i många fall ger möjlighet till mer preciserade bedömningar av enskilda individer, men kodningen av diagnosen görs enligt ICD.*

UTREDNING

Adhd fastställs genom en klinisk bedömning. Det finns ingen enskild metod för att fastställa om adhd föreligger. Stegvis utredning innebär att man utreder så lite eller så mycket som behövs för att kunna ta ställning till vilka insatser som kan behövas och eventuell diagnos. Utredningen ska vara bred både vad gäller symtombild och livsomständigheter och utgå från avvikelser från barns normalt förväntade utveckling. Uppgifter inhämtas från flera olika uppgiftslämnare om barnets förmåga, beteende och svårigheter i olika åldrar och olika miljöer. Begränsningar i funktions- och aktivitetsförmåga och hur de kan förstås ska också bedömas.

Funktionsbeskrivningen utgör grund för rekommendationer om anpassning och fortsatt stöd. Notera att diagnostik av adhd bör göras av personal med betydande erfarenhet av utredning och diagnostik eller under handledning av någon med sådan erfarenhet.

Det är viktigt att ta ställning till vad barnet eller ungdomen behöver, om andra tillstånd bör omhändertas först, om andra insatser bör föregå utredning eller ges parallellt.

Har barnet eller ungdomen ett pågående skadligt substansbruk ska detta omhändertas omgående, men det utgör inte hinder för utredning. Detsamma gäller vid pågående traumatiska händelser och genomgripande psykosocial svikt.

Utredningen ska oavsett omfattning och oavsett om den mynnat ut i en diagnos sammanfattas både muntligt och skriftligt till patienten själv och till närstående. Informationen ska ges på ett sätt som är lättbegripligt för mottagarna. Använd ett enkelt språk även i skrift. Utredningsresultatet behöver delges kommande behandlare, skola, socialtjänst och andra som behöver resultatet för att ge ändamålsenliga insatser.

Screening och tidiga insatser

REKOMMENDATION

1. Samtliga patienter som bedöms på BUP ska screenas för adhd.

Adhd ökar risken för annan psykiatrisk samsjuklighet inklusive skadligt bruk och beroende. Det medför att annan problematik ibland skymmer en underliggande adhd. Det är vanligt att flickor söker hjälp för ångest och depression till följd av obehandlad adhd.

Samtliga bedömningar på BUP ska därför innefatta frågor om barnet genom uppväxten haft svårigheter att bibehålla uppmärksamhet på uppgifter eller lekar, varit lättdistraherat, haft svårt att sitta still och varit impulsivt.

Tidig upptäckt ger möjlighet att erbjuda tidiga insatser före eventuell utredning och diagnos. Svårigheter att styra och reglera uppmärksamhet, aktivitetsnivå och impulser hos barn kan ha många olika orsaker. Normalvariationen är stor och svårigheterna kan ta sig olika uttryck vid olika åldrar. Insatser bör ges så snart som ett behov har identifierats, och alltid följas upp.

Hos förskolebarn är det inte alltid möjligt eller mest hjälpsamt att ställa en diagnos. Diagnostiken blir ofta mer osäker eftersom variationen i den normala utvecklingen är stor och det kan vara svårt att skilja omognad från varaktiga funktionsnedsättande symtom. Samtidigt kan det vara till stor hjälp att tidigt upptäcka svårigheter. Då har man möjlighet att ge föräldrarna känslomässigt stöd, redskap för att hjälpa barnet och hjälp för att förstå.

REKOMMENDATION

2. Ge tidiga insatser efter behov.

Om det finns behov av insatser ska de ges så snart som möjligt. Stödet bör utgå och anpassas utifrån aktuella symtom, funktion och behov och förutsätter inte diagnos. Undersök alltid om stöd och anpassning i förskola eller skola är tillräckligt, i annat fall bör förskola eller skola uppmärksammas på behoven.

Tidiga insatser kan ges oberoende av vårdnivå. Vid mindre uttalade svårigheter kan det vara en tillräcklig hjälp att begripliggöra uppvisade symtom och ge råd för vardagen. Ibland behöver man först pröva olika insatser för att kunna ta ställning till behovet av fortsatt utredning. Om symtomen är ihållande och påverkar barnets funktion i vardagen ska insatserna inte fördröja utredning, de kan ges parallellt med att utredning görs enligt steg I, sidorna 9 –10.

Exempel på tidiga insatser:

- Kartlägg barnets funktionsförmåga och behov.
- Normalisera och begripliggör barns och ungdomars normala utveckling och reaktioner på livshändelser.
- Ge psykoedukation, råd om bemötande och anpassning av kravnivå.

- Ge råd om egenvård för bättre sömnhygien, kost och fysisk aktivitet.
- Informera om eller erbjud kognitivt stöd.
- Erbjud eller hänvisa till program för föräldraskapsstöd.
- Ge insatser vid sömnproblem.
- Vid psykisk ohälsa som påverkar föräldraförmågan bör man rekommendera att föräldern etablerar egen kontakt med sjukvård eller socialtjänst.

Steg I utredning

REKOMMENDATION

1. Ta noga reda på patientens och föräldrarnas önskemål om hjälp från sjukvården.

Utredning av psykiska besvär ska alltid ta utgångspunkt i de besvär patient och förälder önskar hjälp med. Var särskilt noga med att lyssna in deras beskrivning av svårigheterna, av livsomständigheter och de förklaringar som de som söker vård själva har. Man bör även tala med patienten enskilt under någon del av bedömningen. Det är lämpligt att tidigt förtydliga hur utredningen av besvären kommer att gå till och då motivera utredningens olika moment.

REKOMMENDATION

2. Utredningen ska utforska kriterier för adhd över livsloppet och i vilken grad dessa påverkar funktionsnivån.

Kartlägg i vilken utsträckning symtom på adhd förelegat över tid och i olika miljöer. Fråga efter barnets utvecklingssteg avseende motorik, språk, sensorik, beteenden och grad av självständighet fram till idag.

Efterfråga särskilt uppmärksamhet, hyperaktivitet, impulsivitet, känslomässig reglering, sömn och aptit. Undersök sedan i vilken utsträckning symtom och svårigheter påverkar förmågan att fungera åldersadekvat i vardagen, i lek och i nya situationer.

Situationer som brukar vara känsliga är restaurangbesök, kalas, lek med flera barn samtidigt, aktiviteter i grupp och då särskilt i skolmiljön på raster, i matkön och vid studiebesök. Patientens beteende i undersökningsrummet kan ge stöd för diagnos adhd med överaktivitet, medan adhd med övervägande koncentrationsstörning i regel inte syns alls under ett kort mottagningsbesök.

REKOMMENDATION

3. Utredningen ska kartlägga psykiatrisk och somatisk samsjuklighet.

Bedömaren ska överväga om besvären bättre kan förstås som del av annan psykiatrisk problematik. Allmän ängslighet inom en generaliserad ångeststörning, en låggradig men ihållande nedstämdhet eller effekter av trauma kan både likna och förvärra en adhd. Det är viktigt att analysera förloppet.

Adhd-symtom visar sig i regel tidigare än tecken på andra psykiatriska sjukdomstillstånd. Det är vanligt att det vid adhd också finns symtom på autism med brister i förmåga till social ömsesidighet och nedsatt flexibilitet. Det är viktigt att också ha i åtanke en eventuell generellt nedsatt intellektuell förmåga, vilken liksom dyslexi och dyskalkuli kan förklara ett avvikande skolbeteende. Det är inte ovanligt att traumasyndrom och adhd förekommer samtidigt. En annan vanlig samsjuklighet är övervikt och fetma med eller utan hetsätningsepisoder, ibland även bulimi.

Bedömaren bör överväga om besvären bättre kan förklaras av en somatisk sjukdom. Kontrollera alltid att syn- och hörselundersökning gjorts. Överväg epilepsi med frånvaroattacker, thyreoideasjukdom, postinfektiös hjärnpåverkan eller malignitet. Somatisk förklaring är ovanlig men ska övervägas främst när den kliniska bilden är atypisk. Misstanke om underliggande somatisk orsak som inte bedömts tidigare leder till somatisk utredning enligt utredning steg II rekommendation nr 2.

REKOMMENDATION

4. Utredningen ska kartlägga ärftlighet.

Adhd har en starkt ärftlig komponent, liksom dyslexi, begåvningsnivå och autism, vilka också kan förklara ett avvikande skolbeteende. Efterfråga därför skolfunktion och misstänkta eller fastställda utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar hos samtliga första- och andragradssläktingar.

REKOMMENDATION

5. Utredningen ska kartlägga den psykosociala miljön och förekomst av psykosociala stressorer.

Den psykosociala miljön har stor betydelse för graden av adhd-symtom. Kartlägg förekomst av konflikter eller våld, pågående psykisk ohälsa och missbruk

i familjen, ekonomisk utsatthet och andra tecken på hög familjestress. Kartlägg även stödjande faktorer som grad av värme och stöd i uppfostran, förekomst av rutiner och struktur i vardagen, fritidsaktiviteter, socialt nätverk och förhållanden i bostadsområdet. Svåra missförhållanden kan förvärra en adhd hos utsatta barn, men kan också i sig ge symtom som påminner om adhd.

REKOMMENDATION

6. Kartlägg alltid användning av nikotin, alkohol och illegala droger.

Bruk av substanser är vanligare hos ungdomar med adhd och kan förvärra symtomen samt leda till allvarliga svårigheter. Observera att skadligt substansbruk inte utgör hinder för utredning eller behandling av adhd. Ofta kan det i stället röra sig om patienter som bör prioriteras. Om bruk förekommer, ta reda på debutålder, frekvens och mängd. Man bör fråga patienten och föräldrarna var för sig. När patienten i enrum medger bruk av alkohol, nikotin och/eller droger är det en grannlaga uppgift att ta reda på mer och att i nästa steg informera föräldrar och eventuellt socialtjänst. Informationen bör så långt möjligt förmedlas vidare i samförstånd med patienten. Grundregeln är att vårdnadshavare ska informeras. Om det gäller bruk av illegala droger ska man göra en anmälan till socialtjänsten.

En bedömning av tidigare och aktuellt bruk av alkohol, droger eller beroendeframkallande läkemedel ska alltid göras. Utifrån individuell bedömning och med patientens samtycke kan man ta ett övervakat urinprov enligt utredning på steg II, rekommendation 8.

REKOMMENDATION

7. Utredningen ska innefatta en värdering av kognitiv funktion.

Patientens beteende måste bedömas i relation till kognitiv funktion. Frågor om inlärningsförmåga, betyg/omdömen, att kunna förstå uppgifter samt en pedagogisk kartläggning från skolan, kan vara grund i en värdering av kognitiv funktion. Föräldraanamnesen och patientens sätt att samtala och beskriva sin vardag ger också ett underlag för bedömning. Kognitiv funktion kan dock vara svårbedömt vid samtidig adhd-symtomatologi. Ett uttalande om att barnet ”följer sin årskurs” kan inte automatiskt tas som intäkt för att normalbegåvning föreligger. Misstanke om intellektuell funktionsnedsättning, andra kognitiva svårigheter eller uttalat hög begåvning och samtidig låg funktion leder till bedömning av kognitiv funktion enligt utredning steg II rekommendation nr 4.

REKOMMENDATION

8. Information från förskolan eller skolan ska inhämtas för att bekräfta att symtom föreligger i den miljön.

Symtom på adhd ska föreligga i flera miljöer och medför ofta svårigheter som påverkar prestation och allmänt beteende i skolmiljö. En beskrivning av patientens fungerande i skolmiljön, eventuella läs- och skrivsvårigheter och hur patientens prestationer och beteenden påverkats av de anpassningar som redan gjorts i skolan ska alltid värderas i diagnostiken. Här ska man hämta in förstahandsinformation från förskolan eller skolan.

Steg II utredning

REKOMMENDATION

1. Överväg fördjupad psykiatrisk diagnostik av mer erfaren kliniker om symtombilden inte är typisk för adhd eller samsjuklighet.

Annan psykiatrisk samsjuklighet, exempelvis ångestsyndrom, depression, traumasyndrom och autism kan innebära att den diagnostiska utredningen behöver skärpas. Det är särskilt svårt med gränsdragningen mot autism. Adhd-symtom kan ge funktionspåverkan som påminner om autism men kan också medföra att symtombilden vid en samtidig autism blir mer svårtolkad. Ibland får förloppet och svaret på behandling av adhd ge vidare vägledning. Utvecklingen av andra psykiatriska tillstånd såsom personlighetssyndrom eller psykossjukdom kan innefatta symtom som påminner om adhd men då med en tydlig försämring i tonåren. Bedömningen bör här göras av en erfaren kliniker. Strukturerade diagnostiska instrument såsom Kiddie-SADS-PL kan vara ett stöd.

REKOMMENDATION

2. Överväg vidare somatisk diagnostik inklusive ev. neuromotorisk diagnostik.

Vid anamnestiska uppgifter om motoriska, balans- eller koordinationssvårigheter skall utredningen

omfatta en neuromotorisk bedömning. Överväg labscreening vid misstanke om anemi eller sköldkörtelsjukdom. Överväg provtagning för glutenintolerans vid mag- och tarmproblem. Vid misstanke om kromosomavvikelser behöver frågeställningen vara underbyggd med kliniska fynd för remiss till klinisk genetik. Överväg EEG-remiss vid uppgifter om frånvaroattacker. Kontrollera resultat från syn- och hörselundersökning i skolan. Ytterligare undersökning av hörsel och syn kan vara motiverat. Vid koncentrationssvårigheter och tillbakagång i utveckling hos barn som inte är födda i Sverige bör man överväga provtagning för PKU.

REKOMMENDATION

3. Överväg ytterligare kartläggning av patientens funktion i skolan.

Om den kliniska bilden är oklar eller information från föräldrar och skola divergerar påtagligt bör fördjupad information från skolan inhämtas. Ofta finns anledning att i direkt dialog med patientens lärare inhämta kompletterande uppgifter, utöver dokumentation ur elevakten, om beteende på lektioner, i friare sammanhang, vid övergångar mellan uppgifter och aktiviteter och med kamrater.

REKOMMENDATION

4. Överväg bedömning av begåvning med psykologisk testning.

Vid indikationer på uttalat hög, svag eller ojämn begåvning, oförmåga att ta ett åldersadekvat ansvar för ADL, inlärnings- och visuella perceptionssvårigheter samt språkstörning ska begåvningstestning göras. Begåvningsfaktorer kan förklara symtombilden. Vid svag begåvning, intelligenskvot 70–85, kan ibland en tydlig och genomgripande skolanpassning göra att adhd-symtomatologi ej längre är tydlig eller funktionsnedsättande. Det är dock viktigt att tänka på att svag teoretisk begåvning inte utesluter adhd, utan tvärtom kan förstärka funktionsnedsättningen vid adhd.

Omvänt kan uttalat välbegåvade barn och ungdomar klara godkända betyg i skolan, men ändå uppfylla kriterier för adhd om funktionsnivån värderas mot bakgrund av de intellektuella förutsättningarna.

Begåvning mäts med Wechslerskala eller motsvarande.

Utgående från den aktuella symtombilden och resultat vid begåvningstestning kan utredningen kompletteras med ytterligare psykologiska tester som kan påvisa funktionsnedsättningar, till exempel beträffande perception, minne och språk, enligt utredning på steg III rekommendation nr 1.

Inlärningssvårigheter, dyslexi och språksvårigheter kan också behöva utredas ytterligare via specialpedagog eller logoped.

REKOMMENDATION

5. Överväg fördjupad bedömning av exekutiva funktioner.

Bedömning av exekutiva funktioner kan utgöra underlag för en mer nyanserad funktionsbedömning och planering av insatser. Exekutiva funktioner innefattar planeringsförmåga, uthållighet, flexibilitet och impulskontroll. Målet är att rikta anpassning, kompensatoriska åtgärder och stöd mot de specifika bristerna. Det kan också tydliggöra de styrkor som finns. Fördjupad bedömning bör övervägas vid misstanke om mer komplex problematik där anpassningar och stöd behöver skräddarsys. Samtal, psykologisk testning, beteendeobservation, föräldra- och lärarformulär samt intervjuer är olika verktyg som kan användas för att samla relevant information och bedöma olika funktioner.

REKOMMENDATION

6. Överväg fördjupad kartläggning av patientens aktivitetsutförande vid uttalade svårigheter i vardagliga aktiviteter.

Arbetsterapeutisk utredning bör övervägas vid påtagligt nedsatt funktionsnivå innefattande aktivitetsutförande i hem, skola och på fritiden.

Bedömning kan göras via intervju, skattningsformulär och/eller observation i aktivitetsutförande. Syftet är att få en fördjupad bild av hur barnet utför och upplever sina vardagsaktiviteter samt vilka insatser barnet behöver för att nå en så hög grad av självständighet och delaktighet som möjligt i sin vardag.

Exempelvis kan arbetsterapeuten kartlägga aktivitetsutförande och motivation till förändring i vardagliga aktiviteter, sensorisk bearbetning, energiåtgång, tidsuppfattning samt kommunikations- och interaktionsfärdigheter.

REKOMMENDATION

7. Överväg ytterligare kartläggning av den psykosociala miljön.

Den psykolsociala miljön bör kartläggas i större detalj vid allvarliga samarbetssvårigheter mellan föräldrar, om basala stödinsatser och medicinering inte ger förväntad effekt eller om misstankar om att barnet far illa uppkommer.

Det är inte ovanligt med en sviktande familjebild hos barn som visar symtom på adhd. Då bör man ställa frågor till barnet och till vardera föräldern i enrum om våld i hemmet och psykisk ohälsa hos förälder.

Vid misstanke om att barn far illa ska man göra en orosanmälan till socialtjänsten. Om familjen har en pågående kontakt med socialtjänsten bör ett samarbete inledas.

REKOMMENDATION

8. Överväg vidare provtagning för screening av alkohol och illegala droger.

När anamnesen ger indikationer på tidigare eller aktuellt substansbruk, vid oförklarlig eller oväntad försämring i funktion och beteende, vistelse i riskmiljöer eller otillräcklig effekt av behandling bör man med ungdomens samtycke överväga behovet av provtagning för screening av alkohol och illegala droger. Provtagning för droger bör också övervägas inför undersökning med psykologiska test.

En mottagning för uppföljning av adhd bör ha rutiner för att kunna genomföra urinprov i samband med besöket. Vissa substanser, exempelvis nyutvecklingar av olika nätdroger kan vara svåra att fånga på de vanligaste urinstickorna och på riktad misstanke får urinen då i stället sändas till ackrediterade laboratorier. Vid positiv screening med sticka ska provet skickas för verifiering på lab.

Steg III utredning

REKOMMENDATION

1. Överväg en fördjupad bedömning av neuropsykologiska funktioner.

Fördjupad neuropsykologisk bedömning är ofta motiverat vid adhd-symtom med samtidig intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism, vid neurologiska diagnoser, genetiska syndrom och förvärvad hjärnskada. Bedömningen syftar till att beskriva patientens styrkor och svårigheter genom en funktionsbeskrivning. På samma sätt som barns svårigheter varierar, skiftar även styrkor och förmågor. Att identifiera styrkor som kan användas för att träna olika färdigheter och utgöra möjliga vägar för barnet att kompensera för sina svårigheter kan därför vara av vikt inför planering av insatserna.

REKOMMENDATION

2. Överväg observation av patientens funktion i skolan.

Vid påtagligt icke samstämmiga beskrivningar av patienten i hem och skola eller vid uppenbara behov av att etablera ett samarbete mellan hem och skola, är en skolobservation ett lämpligt steg i en utredningsutvidgning. Det möjliggör att erfaren personal dels kan observera patienten i skolmiljön, men dels också diskutera patienten mer ingående med skolpersonal, såväl klassrumspedagoger som fritidspedagoger och eventuellt personal inom elevhälsan. Undersök då också mer ingående i vilken utsträckning patienten har anpassning och stöd i skolmiljön för att värdera graden av funktionsnedsättning.

BEHANDLING

Behandlingsinsatser vid adhd syftar till att minska symtom, höja funktionsnivån, öka livskvalitén och att minska risken för samsjuklighet och andra pålagringar av funktionsnedsättningen. Att stärka självkänsla och göra vardagslivet mer hanterbart utgör också viktiga mål. Vid planering av behandlingen är det viktigt att utgå från aktuell symtombild, grad av funktionsnedsättning, förekomst av samsjuklighet samt risk- och skyddsfaktorer i familjen, skolan och i den sociala miljön. Behandling av adhd bör innefatta flera kompletterande insatser som planeras och utförs av berörda aktörer, oftast sjukvården och skolan, i samverkan.

REKOMMENDATION

1. Grunden i behandlingen är en gemensam överenskommelse med patient och föräldrar (vårdplan).

Vårdplanen ska vara en överenskommelse med patienten och föräldrarna om behandlingen. Inventera problemområden tillsammans med familjen och ge information om de olika behandlingsalternativen. Klargör vilken effekt som kan förväntas och eventuella biverkningar.

Behandlingen bör individualiseras utifrån patientens och familjens behov och intensiteten i och utformningen av behandlingen kan variera under uppväxten. Många barn har växelvis boende och behoven kan se olika ut i respektive familj.

I vårdplanen anges mål och delmål med utgångspunkt i aktuell problematik. Motivation och tilltro till behandlingen kan ha betydelse för behandlingsframgång varför det är viktigt att målen för behandlingen känns meningsfulla för dem som deltar. I vårdplanen tydliggörs också hur uppföljning och utvärdering ska ske.

Vid planering av behandlingen bör tillståndets varaktighet beaktas, så att det finns en beredskap att öka intensiteten i stödinsatser vid utvecklingströsklar, till exempel övergången till tonåren och i händelse av yttre stressorer som stadiebyten eller skilsmässa.

Tonåringar, liksom föräldrar, är ibland hjälpta av ett stödjande samtal vid akut belastning. Övergången till vuxenpsykiatrin behöver förberedas så att den inte leder till ett avbrott i behandlingen.

Fast vårdkontakt ersätter patientansvarig läkare och regleras av paragraf 29a i hälso- och sjukvårdslagen.

Fast vårdkontakt ska utses till patienter med adhd då det nästan undantagslöst finns behov av samordning och uppföljning av insatser. En fast vårdkontakt ökar förutsättningarna för ett långsiktigt perspektiv och en kontinuitet i samarbetet med familjen. Det är särskilt viktigt i familjer där även föräldern har adhd.

Vid adhd och komplexa behov rekommenderas att också utse en vård- och stödsamordnare. En vård- och stödsamordnare samordnar insatser från olika aktörer vilket kan öka förutsättningarna för optimala insatser.

REKOMMENDATION

2. Tänk på att samsjuklighet kan behöva parallell behandling eller vara huvudfokus.

Behandling för adhd syftar även till att minska risken för samsjuklighet. Då annan samtidig diagnos föreligger, som till exempel depression, ångestsyndrom eller substansbruksyndrom, värderas på vilket sätt adhd–symtomen påverkar och påverkas av det andra tillståndet. Bedöms det andra tillståndet vara sekundärt till svårigheter associerade med adhd kan symtomen ofta förbättras genom behandling av adhd-problematiken.

I andra fall kan de båda tillstånden behöva behandlas parallellt. Behandling av adhd leder till förbättrade möjligheter för patienten att tillgodogöra sig annan behandling, till exempel att kunna genomföra hemarbete med exponering vid KBT för samtidig OCD.

Parallell behandling bör erbjudas också vid samtidigt substansbruksyndrom. Om patienten har en medelsvår–svår depressionsepisod ska denna behandlas först. Detsamma gäller för ätstörning med undervikt/svält, psykos och mani.

REKOMMENDATION

3. Samverkan och samordning av insatser i form av en samordnad individuell planering (SIP) bör övervägas när flera aktörer är inblandade.

Samverkan med andra aktörer, som förskola, skola och socialtjänst, är ofta angelägen. Det ställer krav på samarbete och samordning av insatser. Ett samarbete med vuxenpsykiatrin kan vara motiverat i de fall en förälder har egen problematik. När kompetens från flera verksamheter behövs och vid behov av samordning av insatser inhämtas vårdnadshavares samtycke

till upprättande av en samordnad individuell plan, SIP. Patienten bör också samtycka till SIP-möte och särskilt efter 15 år.

■ SIP

Samordnad individuell plan, SIP, är lagstadgad sedan 2010.

En SIP ska upprättas när någon har eller behöver insatser från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård och då dessa behöver samordnas. Planen ska upprättas utan dröjsmål, oavsett omfattning och typ av problematik så länge det finns behov av att insatserna samordnas.

SIP bidrar till att integrera insatser, att tydliggöra ansvarsfördelningen och de delmål och mål som eftersträvas.

Syftet med planen är att:

- Tidigt erbjuda samordnade insatser
- Identifiera vad barnet behöver
- Samordna insatser mellan verksamheter
- Försäkra sig om att såväl familj som verksamheter känner till vilka insatser som pågår eller planeras
- Lättare kunna följa barnets framsteg
- Säkerställa att barnets och familjens behov av stöd blir tillgodosett

Ur *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan*. Psynk.

Steg I behandling

REKOMMENDATION

1. Behandling ska alltid inledas med psykoedukativa insatser.

Psykoedukation utgör basen i behandlingen och syftar till att ge barnet/ungdomen och anhöriga kunskap om diagnosen, orsaker, prognos och vad i miljön som kan försämra och driva fram symptom. Kunskap minskar risken för negativa reaktioner och negativa samspelsmönster. Information ska anpassas till patientens utvecklingsnivå och föräldrars och lärares förkunskaper, utgå från patientens styrkor och svårigheter och kan behöva ges i flera steg. Informationstillfällen i grupp är kostnadseffektivt och bör erbjudas. Att träffas i grupp kan minska känslan av utanförskap och stigmatisering. Skills och STRATEGI är exempel på psykoedukativa program som ges vid många BUP-kliniker i landet. Syskons roll kan behöva lyftas specifikt och syskon kan med fördel erbjudas psykoedukation i ett eget forum. Kombinera alltid muntlig information med skriftligt underlag om diagnosen. Hänvisa till webb-länkar och patient- och anhörigföreningar, till exempel:

- Adhd – 1177
- Adhd – Umo
- Hem – Riksförbundet Attention
- Attention Ung
- Adhd-center (habilitering.se)
- Koncentrationsproblem, impulskontroll och adhd – Psykiatri Skåne (skane.se)
- Självhjälp på vägen

REKOMMENDATION

2. Diskutera alltid levnadsvanor och ge råd om fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet, träning, som utförs regelbundet, minst två gånger/vecka, kan medföra förbättringar avseende uppmärksamhets- och koncentrationsförmåga och exekutiva funktioner.

REKOMMENDATION

3. För patienter under 6 år med adhd ska program för föräldraskapsstöd erbjudas.

För patienter under 6 år har program för föräldraskapsstöd i grupp starkt vetenskapligt stöd och ger effekt på såväl kärnsymtomen vid adhd som associerade beteendeproblem. Exempel på program är COPE, KOMET och De otroliga åren. Programmen syftar till att stärka relationen mellan föräldrar och barn och att åstadkomma beteendeförändring genom positiv förstärkning och ökad problemlösningsförmåga hos föräldrarna. Genom att stärka förälderns förmåga att förstå och bemöta sitt barn minskar risken för negativa samspelsmönster mellan föräldrar och barn, något som i sig har positiv effekt på stressnivån i familjen.

När föräldern erbjuds att delta i ett program för föräldraskapsstöd bör man bekräfta att barn med

■ Psykoedukation

Kunskap om adhd leder till ökad känsla av hanterbarhet, ökade möjligheter för föräldrar och barn att förstå svårigheter, att förebygga problemsituationer och att ha tolerans för symtom. Psykoedukationen bör innefatta:

- Information om adhd, förekomst, orsaker, prognos och variation över livet
- Information om symtomens uttryck i vardagen och exekutiva svårigheter
- Information om tilläggssvårigheter, ex vis sömnstörning, inlärningssvårigheter, besvärligt temperament
- Information om samsjuklighet
- Information om adhd i familjen, föräldraskap, syskons roll
- Råd avseende bemötande och anpassning av kravnivå
- Råd avseende sömnhygien, kost och fysisk aktivitet
- Information om kompensatoriska strategier och kognitivt stöd, ex tidshjälpmedel, påminnelsesystem, scheman
- Information om behandlingsalternativ
- Information om omvårdnadsbidrag och merkostnadsersättning

beteendeproblem ställer större krav på föräldrarnas förmåga än barn utan motsvarande problematik, så att föräldern inte känner sig diskvalificerad. Hur programmet förmedlas påverkar hur föräldrar som själva har adhd kan tillgodogöra sig insatsen. När föräldrar har egna svårigheter som påverkar deras möjlighet att genomföra hemuppgifter och fullfölja strategier bör insatsen anpassas efter deras behov och förmåga. Den gruppbaserade insatsen kan då kompletteras med individuellt stöd eller ges helt individuellt.

REKOMMENDATION

4. Etablera ett samarbete med patientens skola.

Resultaten av utredningen och den samlade bedömningen bör kommuniceras till patientens förskola/skola. Stadiebyten, lärarbyten och andra övergångar är kritiska skeden och samverkan bör fokusera på förebyggande åtgärder för att förhindra att barnet går miste om stöd och anpassning. Samarbetet mellan skola och hem är centralt och i de fall det brister kan BUP behöva bidra till att främja kommunikationen runt barnet. En överenskommelse om hur och när kontakten mellan skola och hem ska ske gynnar ofta samarbetet.

Skolanpassning bör följas upp med föräldrarna vid återbesök för att undersöka att stödet är tillgodosett. Ibland finns en benägenhet att tänka att barnet efter en tid av anpassning och stöd ”borde ha lärt sig” varpå stödet tas bort och problemen ökar. Då är det

■ Skolanpassning

- Prioritera att etablera en relation med barnet, anpassat och lugnt bemötande.
- Fokus på det som fungerar snarare än tvärtom.
- Tät och tydlig feed-back för att öka barnets motivation.
- Förberedelse inför övergångar under dagen och visuellt stöd för överblick av dagens och lektionens struktur.
- Kognitivt stöd i undervisningen, ex tids- och planeringshjälpmedel, kamera.
- Anpassning av uppgifter och instruktioner till barnets förmåga, t ex genom att korta ned, dela upp, variera och understödja visuellt och med praktiskt material.
- Bästa möjliga placering i klassrummet, möjlighet att sitta ensam, bakom skärm, hörselkåpor vid behov.
- Överenskommelse om formen för kontakt mellan skola och hem.

viktigt att påminna om funktionsnedsättningen. Barn som till följd av funktionsnedsättning har svårt att uppfylla betygskriterier eller kriterier för bedömning ska ges stöd som syftar till att så långt möjligt motverka konsekvenserna av funktionsnedsättningen. Skolan har ett ansvar att ge stöd utifrån behov även om barnet inte har en diagnos. Bestämmelser om stöd till elever regleras i skollagens 3:e kapitel.

REKOMMENDATION

5. Vid sömnstörning ska man i första hand ge råd om förstärkt sömnhygien.

Sömnproblem är en vanlig samsjuklighet och leder till dagtrötthet som kan öka adhd-symtomen. Ge i första hand psykoedukation riktad mot sömnproblemen, se faktaruta sömnhygien.

REKOMMENDATION

6. Vid psykisk ohälsa som påverkar föräldraförmågan bör man se till att föräldern etablerar egen kontakt med sjukvård eller socialtjänst.

Om föräldern har egen psykisk ohälsa, till exempel adhd eller depression, kan det påverka möjligheterna i behandlingen och föräldern kan då behöva vägledas till egen hjälp. Vid svåra konflikter i familjen, sviktande omsorgsförmåga hos föräldrar, substansbruk, våld eller psykisk sjukdom hos förälder ska socialtjänsten involveras.

REKOMMENDATION

7. Ta ställning till farmakologisk behandling till patienter i åldrarna 6-17 år.

Läkemedel bör erbjudas när nödvändiga anpassningar och insatser inte medfört tillräcklig förbättring. Vid lindrig till medelsvår adhd är det ofta lämpligt att ta ställning till behovet av läkemedelsbehandling först efter att övriga insatser prövats och utvärderats, men det behöver bedömas individuellt.

Läkemedel ska ges i kombination med övriga relevanta insatser på steg I. Börja med låg dos medellång- eller långverkande metylfenidat och titrera med cirka 1 veckas-intervaller mot måldos inom ca 1 månad. Under första året kan det behövas flera höjningar och dosjusteringar. Det är viktigt att nå optimal dos utifrån patientens behov och att följa de kliniska symtomen och eventuella biverkningar. Doseringen av metylfenidat varierar och är individuell, varje individ har sin egen dos-responskurva. Doseringarna varierar från 0,5- 2 mg/kg/dag. För de flesta patienter hamnar man på ca 1 mg/kg/dygn för metylfenidat. Man kan

■ Sömnhygien

Rutiner kring sängdags

- Regelbundna tider för sängdags och uppstigning (inga stora avsteg till exempel under helger).
- Tid för sängdags och uppstigning anpassas till ålder och individuella behov.
- Lugn och ro minst en timme innan sängdags.
- Tydliga signaler för när det är dags att sova; till exempel nattkläder, tandborstning och sagostund.
- Koppla bort tv, dator, mobiltelefon och surfplattor i god tid.

Sovmiljö för god sömn

- Välkänt, lugnt, tyst och svalt sovrum.
- Sovmiljön bör inte vara associerad med negativa upplevelser (till exempel bestraffning).
- Mörkt (eventuell nattlampa) och skärmfritt sovrum.
- Bekväm säng anpassad till barnets ålder.

Faktorer som kan störa sömnen

- Träning eller annan kraftig fysisk aktivitet sent på kvällen.
- För mycket stillasittande inomhus under dagarna.
- Oregelbundna rutiner i vardagen
- För lång eller för sen middagssömn.
- Koffein (till exempel kaffe, cola och energidrycker).
- Rökning, alkohol och droger.
- Stora måltider och mycket dryck före sängdags (men även att gå till sängs hungrig).
- Spel, TV, sociala medier, sms etc. i sängen.

behöva gå över rekommenderad maxdos (off-label förskrivning). Detta ska motiveras i journalen.

Det är också viktigt att välja lämplig beredningsform baserat på patientens behov av läkemedel under dygnet. Om en medellång eller långverkande beredningsform ger påfallande kort effektduration är dosen sannolikt för låg. En tumregel är att beredningsformen bör ge effekt under förväntad tid för respektive preparat.

Var noga med att monitorera biverkningar och värdera dessa mot effekten. Vanliga biverkningar är pulsstegring på cirka 10 slag/minut, aptitnedsättning och viktpåverkan, sömnsvårigheter, nervositet, huvudvärk, men även blodtrycksstegring finns beskrivet. Ibland kan byte till en annan beredningsform med kortare duration löna sig vid biverkan i form av sömnstörning eller nedsatt aptit. Metylfenidat kan även ge biverkningar i form av ångestförstärkning eller minskad glädje/dysfori vilket enligt klinisk erfarenhet kan bli mindre uttalat med en beredningsform med kortare duration. Se flödesschema för farmakologisk behandling på sidan 18.

■ Checklista behandling steg I:

- ☑ Information om diagnos/er - ge utrymme för samtal
- ☑ Information om behandlingsalternativ
- ☑ Vårdplan inklusive plan med tidpunkt för uppföljning upprättas
- ☑ Psykoedukation ges först individuellt och sedan gärna i grupp
- ☑ Information till förskolan/skolan och vid behov samverkan med socialtjänsten
- ☑ Behandla eventuell sömnstörning
- ☑ Familjedynamiken uppmärksammas och föräldrar med egen problematik hänvisas till rätt instans
- ☑ Ställningstagande till farmakologisk behandling med adhd-läkemedel

■ Kardiologisk övervakning

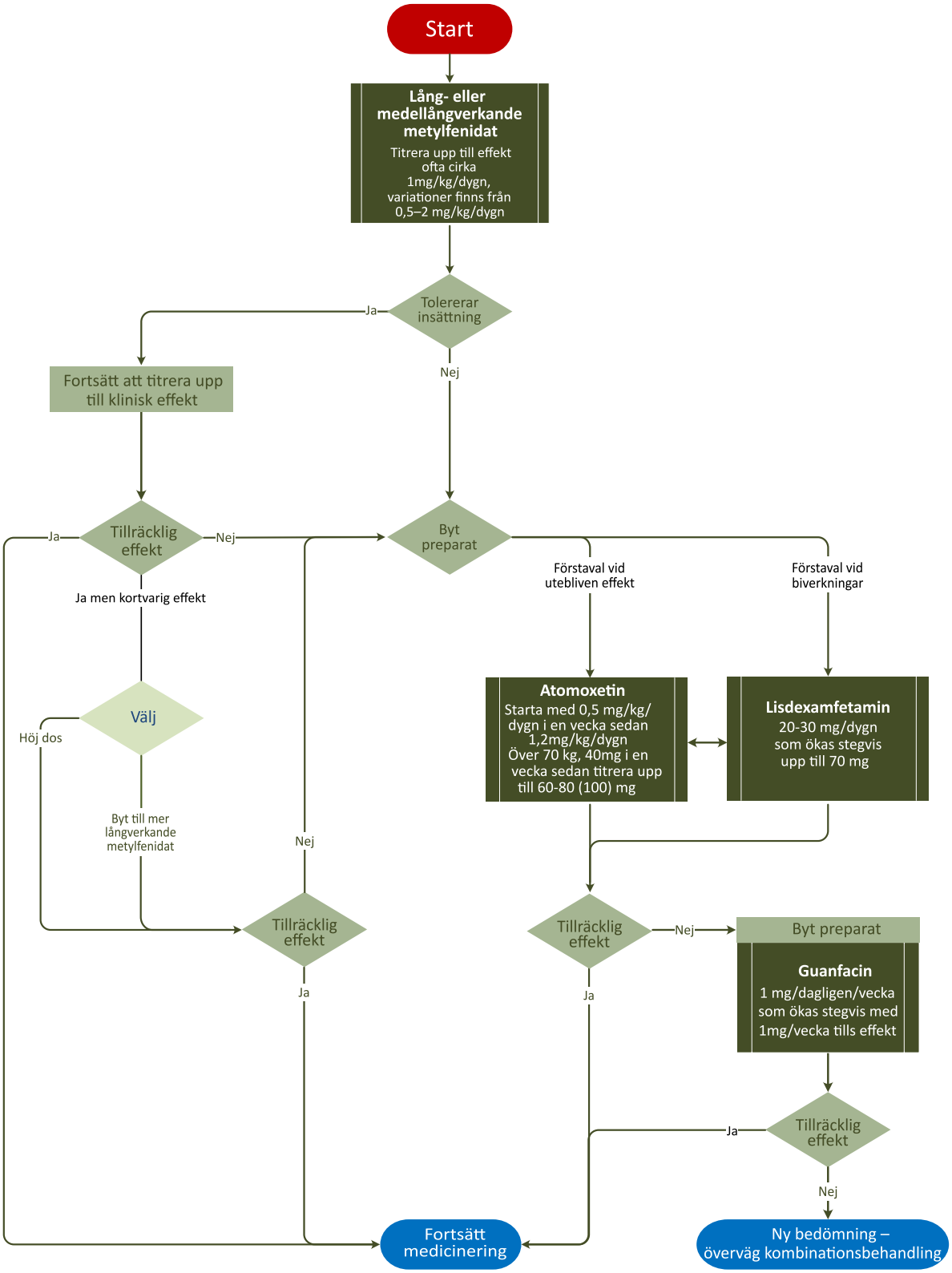
Blodtryck och puls bör följas efter dosökning och minst var sjätte månad, se Vårdprogram för barnkardiologisk övervakning vid läkemedelsbehandling av barn och ungdomar med adhd. Där finns klart angivet när det är indicerat att ta EKG och konsultremiss till barnkardiolog och när det föreligger kontraindikation för centralstimulantiabehandling.

Före insättandet av centralstimulantia, atomoxetin eller guanfacin ska man bedöma följande:

- ☑ Valid diagnos eller annat tillstånd som bör prioriteras?
- ☑ Somatisk status med hjärtauskultation, blodtryck, puls, längd och vikt.
- ☑ Somatisk sjukhistoria:
  - Medfödda hjärtfel?
  - Svimning under ansträngning?
  - Frånvaroattacker?
  - Kramper/epilepsi
- ☑ Hereditet för:
  - Hjärtrytmrubbningar (efterfråga t ex pacemaker)
  - Plötslig dödsfall < 35 år
  - Stroke < 35 år
  - Malign hypertoni
- ☑ Substansbruk i hemmet

Aktuella läkemedel som skulle kunna interagera med den substans som ska användas:

- MAO-hämmare interagerar kraftigt med centralstimulantia
- Metylfenidat kan driva upp koncentrationen av SSRI
- Fluoxetin interagerar med atomoxetin och då ska atomoxetindosen halveras
- Var försiktig med atomoxetin och guanfacin vid användning av andra läkemedel som kan förlänga QT-intervallet.



Flödesschema för val av farmakologisk behandling. Inför ställningstagande till preparatbyte ska man alltid överväga om farmakologisk behandling bör fortgå.

Steg II behandling

Grundregeln är att först genomföra insatserna inom steg I och utvärdera resultatet. Vid otillräckligt resultat kan utredningen behöva fördjupas eller insatser enligt steg II övervägas. För en del familjer blir behandling enligt steg II aktuell efter 3–6 månader medan den för andra kan aktualiseras efter flera år exempelvis i samband med ökade yttre krav.

REKOMMENDATION

1. För patienter i åldrarna 6-12 år med adhd kan program för föräldraskapsstöd läggas till efter genomgången psykoedukation.

Program för föräldraskapsstöd i grupp har effekt till omkring 12 års ålder. Vid lindrig funktionsnedsättning kan föräldraskapsstöd i kombination med anpassning och beteendemodifierande inslag i förskolan eller skolan vara tillräckligt, men effekten blir ofta bättre när dessa insatser kombineras med läkemedelsbehandling.

Det finns få program som är specifikt utvecklade och utvärderade för föräldrar till tonåringar, vilket gör evidensen mer osäker än för program för föräldrar till yngre barn. Samtidigt kan stöd till föräldrar under den känsliga tonårsperioden vara extra motiverat.

REKOMMENDATION

2. Överväg byte till lisdexamfetamin, atomoxetin eller guanfacin vid otillräcklig effekt eller besvärande biverkningar av metylfenidat.

Atomoxetin kan vara förstahandsval under vissa omständigheter, såsom vid skadligt substansbruk eller risk för spridning av centralstimulerande läkemedel, vid svåra tics eller allvarlig sömnstörning. Dosering atomoxetin vid vikt under 70 kg: börja med 0,5 mg/kg/dag i minst en vecka därefter höjs till 1,2 mg/kg/dag. Man kan dosera upp till 1,8 mg/kg men oftast vinner man inget på adhd-symtomen att gå över 1,2 mg/kg/dag. Dosering atomoxetin vid vikt över 70 kg: 40 mg i minst en vecka, därefter 80 mg, som vid behov kan höjas till 100 mg.

Lisdexamfetamin kan användas om man inte får fullgod effekt av metylfenidat eller om biverkningar hindrar att man når adekvat dos. Börja med 20-30 mg som kan höjas med 20 mg varje vecka upp till 70 mg om så behövs. Obs! Lisdexamfetamin är inte subventionerat om man inte tidigare provat metylfenidat med otillräcklig effekt eller oacceptabla biverkningar. I Sverige är guanfacin med modifierad frisättning rekommenderat som tredjehandsval vid adhd-behandling av barn och ungdomar upp till 18 år. Det har visat effekt i nivå med atomoxetin och då särskilt mot hyperaktivitet och impulsivitet. Finns i doser 1, 2, 3 och 4 mg. Börja med 1 mg dagligen och höj veckovis efter kliniska symtom till max 4 mg för barn och max 7 mg för tonåringar. Rekommenderad underhållsdos är 0,05-0,12 mg/kg. Notera att biverkningsbilden skiljer sig från övriga adhd-läkemedel. Sedation, sänkt blodtryck och sänkt puls är vanliga biverkningar. Vid biverkningar är det ofta lämpligt att avvakta upptrappning 2-3 veckor för att se om biverkningarna klingar av. Obs! Ska trappas ned med högst 1 mg var tredje till sjunde dag pga risk för högt blodtryck vid för snabb utsättning. Tabletterna får inte delas eller krossas. Se flödesschema för farmakologisk behandling).

REKOMMENDATION

3. Överväg kognitivt stöd vid uttalade exekutiva svårigheter

Utredning av funktionsnedsättning som gjorts av arbetsterapeut kan leda till arbetsterapeutiska insatser såsom information, kompensation och/eller träning för att förbättra aktivitetsutförande i vardagliga aktiviteter. Med kognitivt stöd menas det som gör det lättare att förstå, planera, komma ihåg och organisera vardagen. För att få vardagen att flyta på bättre kan insatserna handla om struktur och rutiner, dygnsrytm och rutiner för sömn, strategier för att hantera tid, för att komma ihåg, att upprätthålla motivation och koncentration, anpassning av miljö, förhållningssätt och bemötande samt kognitiva hjälpmedel. Många hjälpmedel, till exempel almanackor och appar av olika slag, kan införskaffas som konsumentprodukter medan andra endast kan förskrivas som hjälpmedel av arbetsterapeut. Observera att hjälpmedelssortimentet samt förskrivningsregler är olika över landet. En viktig del av de arbetsterapeutiska insatserna är uppföljning och anpassning av insatserna.

REKOMMENDATION

4. Insatser riktade mot familjen bör övervägas vid förhöjd konfliktnivå och negativa samspelsmönster i familjen.

Adhd hos barn utlöser oftare än annars en negativ föräldrastil med kritik och tjat, vilket leder till

ökade konflikter mellan förälder och barn. Barnets funktionsnedsättning medför en ökad belastning på föräldraskapet, något som i sin tur ökar risken för separation.

Dr Ross W Greenes metod ”Problemlösning i samförstånd” (Collaborative and proactive solutions, CPS) är användbar i alla åldrar vid beteendeproblem som har sin grund i bristande flexibilitet och låg frustrationstolerans. Metoden syftar till att hjälpa föräldrar och barn att hitta samarbetslösningar som minskar problembeteenden. Studier visar att CPS kan förbättra problemskapande beteende hos barn med adhd och trotssyndrom samt att barn med svåra adhd-symtom kan förbättras med en kombination av CPS och läkemedelsbehandling

REKOMMENDATION

5. Överväg tyngdtäcke vid långvariga och betydande sömnproblem och otillräcklig effekt av sömnhygien.

Tyngdtäcken är en grupp rogivande sinnesstimulerande hjälpmedel som verkar lugnande och ökar kroppsmedvetenheten. De kan minska sömnsvårigheter, genom exempelvis förkortad insomningstid och förbättrad sömnkvalitet samt verka lugnande dagtid. Informera om att tyngdtäcken finns att köpa eller tillverka själv då riskerna och biverkningarna är mycket få.

REKOMMENDATION

6. Vid långvariga och betydande sömnproblem och otillräcklig effekt av sömnhygien och andra ickefarmakologiska insatser kan farmakologisk behandling med melatonin övervägas.

Sömnproblem finns ofta primärt vid adhd och kan dessutom förvärras under läkemedelsbehandling. Om sömnstörningen tillkommit under behandling med centralstimulantia bör man minska dos alternativt byta till ett preparat med kortare duration. Om sömnstörningen inte blivit bättre efter sömnhygien och eventuellt tyngdtäcke kan farmakologisk behandling med melatonin övervägas. För mer information hänvisas till Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för barn och sömn. Melatonin för indikationen insomni ges 30–60 min före sänggåendet. Rekommenderad startdos är 1–2 mg. Dosen kan ökas med 1 mg per vecka upp till 5 mg. Om sömnsvårigheterna består av uppvakningar (snarare än insomningssvårigheter) kan behandling med depotberedning av melatonin (t ex Circadin, Mecastrin) övervägas, men dessa preparat är inte godkända för behandling av personer under 55 år och ingår inte heller i läkemedelsförmånen. Subventionering av kortverkande melatonin gäller enbart patienter med adhd i åldrarna 6–18 år. Det finns forskning och klinisk erfarenhet som visar att man vid otillräcklig effekt av melatonin kan vinna på att sätta ut melatonin under 1–2 veckor för att sedan återinsätta i lägre dos. Detta kan förstås utifrån att långsamma metaboliserare får ackumulerade melatoninnivåer så att systemet blir mättat och de naturliga dygnsfluktuationerna i melatoninnivån försvinner. Notera också att kombinerade p-piller innehållande östrogen kan hämma nedbrytningen av melatonin, vilket medför att melatonindosen kan behöva sänkas.

Steg III behandling

REKOMMENDATION

1. Vid svår problematik och otillräcklig effekt av insatser på steg I och II kan en mer genomgripande anpassning av miljön och intensifierad samverkan med skola och socialtjänst.

När effekten av behandlingsinsatser och samverkan inte är tillräcklig kan en mer genomgripande anpassning bli nödvändig, till exempel genom resursskola med HVB. BUP kan då bidra med kunskap om barnets problematik och ge rekommendationer om anpassning, bemötande och insatser i vardagsmiljön. Det kan till exempel röra sig om att öka och konkretisera strukturen för barnet i vardagen, minska på stressorer och anpassa bemötandet.

REKOMMENDATION

2. Utse en vård- och stödsamordnare som samordnar de många kontakterna.

En vård- och stödsamordnare bör utses för patienter med adhd och komplexa behov för att samordna kontakterna med myndigheter, övriga vården, skolan och socialtjänsten.

REKOMMENDATION

3. För tonåringar kan tillägg av KBT/BT-baserade behandlingsmetoder övervägas.

I tonåren är motivationen till BUP-kontakt ofta svag och många värjer sig mot att medicinera. Stödet för enskilda metoder som baseras på KBT/BT och färdighetsträning är relativt gott. Studier visar att beteendeterapeutiska interventioner kan ha effekt på både symtom och funktionsnivå, särskilt i kombination med läkemedelsbehandling, och kan därför övervägas för patienter i tonåren. Mest verksam blir behandlingen när den ges i samarbete med föräldrar och lärare, även vid relativt glesa och lågintensiva kontakter.

Färdighetsträning och KBT/BT-baserade metoder som involverar patienten själv, antingen i grupp eller individuellt, går ut på att stötta eller förbättra olika funktioner hos tonåringen med adhd. Behandlingen bör fokusera på olika områden som kan utgöra problem eller svårigheter, till exempel socialt samspel med jämnåriga, självkontroll, problemlösning, att lyssna, att handskas med och uttrycka känslor eller träning av acceptans av adhd-symtomen.

REKOMMENDATION

4. Farmakologisk kombinationsbehandling med centralstimulantia och atomoxetin eller centralstimulantia och guanfacin kan bli aktuell vid otillräcklig effekt av monoterapi.

Det är viktigt att alltid optimera behandling i endosförfarande innan man överväger flerdosförfarande eller kombinationer med andra läkemedelssubstanser. Kombinationsbehandling rekommenderas inte av Läkemedelsverket och är en off-label behandling. Kombinationen centralstimulerande läkemedel och guanfacin är godkänd i USA. Kombinationsbehandling kan övervägas vid otillräcklig effekt av centralstimulantia eller när biverkningar gör att man inte kan öka till optimal dos för att få effekt på adhd-symtomen.

Det finns god klinisk erfarenhet av att kombinera centralstimulerande läkemedel och atomoxetin. Centralstimulantia och atomoxetin respektive guanfacin har ingen interaktion och kan ges med fulldos samtidigt. Man bör dock noga kontrollera biverkningar som kan adderas vid kombinationsbehandling med centralstimulantia och atomoxetin. Biverkningsmässigt är kombinationen metylfenidat och guanfacin bättre, men man bör vara vaksam vid eventuell utsättning av endera preparatet då tidigare biverkningar kan ha maskerats (till exempel effekt på blodtryck). Det finns inte studier av kombinationsbehandlingen guanfacin och atomoxetin. Inga interaktioner finns rapporterade mellan dessa preparat, men risk för adderade biverkningar, exempelvis förlängd QT-tid, kan föreligga. Det finns i dagsläget begränsad erfarenhet av denna kombinationsbehandling varför sådan bör undvikas. Se flödesschema för farmakologisk behandling sidan 18.

REKOMMENDATION

5. Vid svårare sömnstörning som inte svarat på sömnhygien och melatonin kan klonidin användas.

Klonidin har funnits länge och flera välgjorda studier har visat effekt på främst hyperaktivitet och impulsivitet. Biverkningar domineras av sedation, blodtrycksfall och viss eftertrötthet på morgonen. Detta kan istället användas terapeutiskt vid uppvarvning kvällstid när effekten av centralstimulantia går ur och för sömn. Ges då eventuellt kl 17 och sedan i större dos en timme före insomnandet. Dostitrering krävs både uppåt och vid utsättning med dosjustering med 3–4 dagars mellanrum av blodtrycksskäl. Klonidin är licenspreparat och finns som T Catapresan 75 µg och som extended release-beredning Kapsel Kapvay. Det kan också förskrivas som ex tempore-beredning (Klonidin APL lösning 20 µg/ml). Måldos T Catapresan brukar vara 2 tabletter à 0,075 mg till natten.

REKOMMENDATION

6. Kortverkande dexamfetamin kan med försiktighet användas som tilläggsdos till lisdexamfetamin eller ensamt om kortare duration är nödvändigt, i undantagsfall.

Kortverkande dexamfetamin finns i tabletter på 5 mg och kan vara ett alternativ om det långverkande lisdexamfetamin-alternativet ger besvärande biverkningar eller om extra dos tillfälligt behövs. Pga risken för felanvändning och spridning av detta preparat bör detta undvikas. Vid behov av tilläggsdos (för tidigare effekt på morgonen eller för att tillfälligt förlänga effekten kvällstid) kan sannolikt motsvarande effekt erhållas genom tillägg av kortverkande metylfenidat till lisdexamfetamin-behandlingen. Det saknas studier av sådan kombinationsbehandling, men viss klinisk erfarenhet finns.

REKOMMENDATION

7. Vid adhd med svår överaktivitet/impulsivitet hos patienter under sex år kan farmakologisk behandling med metylfenidat övervägas.

Vid extrem överaktivitet och impulsivitet kan farmakologisk behandling övervägas i kombination med psykoedukation, föräldraskapsstöd och förskoleanpassning. Dosen bör i så fall vara låg och titreringen ska ske långsammare. Detta är en off-label förskrivning. Starta med metylfenidat modifierad frisättning (i dagsläget är det endast Medikinet som tillhandahåller dosen 5 mg) och titrera upp långsamt. Här måste man vara extra observant på eventuell aptitnedsättning så att vikt och längd inte planar ut.

REKOMMENDATION

8. För patienter med adhd och trotssyndrom, uppförandestörning eller utagerande beteende bör insatser riktas mot både adhd och beteendeproblematiken.

Vid samtidig adhd och trotssyndrom och/eller uppförandestörning bör adhd-behandling ske samtidigt med behandling för beteendeproblematiken. Behandling för adhd kan underlätta men inte ersätta behandling för trotssyndrom eller uppförandestörning, se *Riktlinje beteendesyndrom*.

Psykosocial behandling vid samtidig adhd och trotssyndrom har gott vetenskapligt stöd. Man bör alltid se över om den farmakologiska adhd-behandlingen kan optimeras. Centralstimulerande läkemedel har visat effekt även på aggressivitet och har relativt gynnsamma biverkningsprofiler. Risperidon är godkänt för korttidsbehandling (upp till 6 veckor) av ihållande aggressivitet vid uppförandestörning hos patienter från 5 år.

Med tanke på att effekten av neuroleptikabehandling endast är symptomatisk och biverkningarna ofta är omfattande bör man ha en kommunicerad plan för utsättning innan läkemedlet sätts in. Ordinarie riktlinjer kring uppföljning av neuroleptikabehandling gäller oavsett indikation, dvs utgångsvärden och uppföljning av blodprover, vikt, höft-midjemått etc. Starta med låg dos, förslagsvis 0.25 mg risperidon 1–2 x dagligen, och titrera upp successivt vid behov. Ett alternativ kan vara aripiprazol som Amerikanska FDA (the Food and Drug Administration) har godkänt för behandling av irritabilitet och aggressivitet vid autism.

UPPFÖLJNING

Adhd är ett dynamiskt tillstånd på så vis att tyngdpunkten i problematiken tenderar att skifta i olika åldrar liksom att graden av symtom varierar med graden av yttre stress och belastning. Det medför att behoven av insatser varierar för samma individ över tid. Vanliga stressorer som ökar symtom är förändringar som skolbyten och stadiebyten, medan stabila och gynnsamma perioder kan leda till att symtomen avtar. Vid övergången till tonåren ses ofta ett ifrågasättande av medicineringen och ett behov av att på nytt gå igenom vad diagnosen innebär. Genom att betrakta adhd ur ett stress-, sårbarhets- och utvecklingsperspektiv följer ett behov av systematisk uppföljning och en beredskap för att öka intensiteten i eller justera behandlingen i olika faser under uppväxten.

Åtskilliga studier har försökt hitta faktorer som ökar eller minskar chansen till effekt av olika behandlingsinsatser vid adhd. Inga sådana faktorer har identifierats hittills, inte ens svårighetsgrad av adhd. Således finns i dagsläget inget underlag för att prioritera olika patientgrupper till olika behandlingsinsatser. Det är därför angeläget att systematiskt följa upp och utvärdera effekten av de insatser som ges.

REKOMMENDATION

1. Efter 4-6 månader görs en strukturerad utvärdering för att värdera förbättring av symtom, funktion och livskvalitet och ta ställning till behovet av ytterligare insatser.

Behandlingsutvärderingen kan göras av fast vårdkontakt, som vid behov involverar eventuella övriga behandlare i ärendet. Utöver samtal och skattningar enligt checklista för uppföljning görs en utvärdering av om planerade insatser har genomförts, haft effekt och patientens och anhörigas synpunkter på insatserna. Ett möte med skolan kan i en del fall vara motiverat för att följa upp utvecklingen där. Vid otillräcklig effekt sker ställningstagande till kompletterande utredning, hänvisning eller tillägg av behandlingsinsatser. Vårdplanen revideras och en plan för fortsatta insatser upprättas.

REKOMMENDATION

2. Uppföljning av farmakologisk behandling bör ske tätare under de första 6 månaderna. Därefter cirka var sjätte månad.

Första året behöver man titrera upp dosen. Det innebär då att kontrollerna blir lite tätare. När man hittat optimal dos kan den framöver behöva korrigeras efter vikt vartefter barnet växer.

Kontrollera också om sömnen förbättrats eller försämrats. Effekt och biverkningar ska utvärderas systematiskt i samband med uppföljning, se checklista. Som stöd rekommenderas skattningsskala om adhd-symtom till föräldrar och skola (SNAP IV) och en biverkningslista från föräldrar/ungdom, före respektive under behandling. Om medicinen inte haft effekt eller om biverkningar övervägt, se faktaruta terapisvikt. Årsvis bör man ta ställning till om medicinering ska fortgå, till exempel genom utsättningsförsök, då behovet också styrs av de krav på uppmärksamhet som livet ställer.

REKOMMENDATION

3. Årsvis uppföljning ska erbjudas samtliga patienter med adhd.

Långt ifrån alla familjer tar själva kontakt vid ökad belastning varför en lägstanivå med årsvis uppföljning av samtliga patienter med adhd ska erbjudas. Årsvis uppföljning av patienter, även de som för tillfället inte står under behandling, ökar möjligheterna att i tid uppmärksamma patientens och familjens behov. Detta är särskilt viktigt för resurssvaga familjer.

Icke-göra

Diagnos adhd kan inte ställas utifrån enbart datoriserade uppmärksamhetstester eftersom metoden inte har tillräcklig precision.

■ Checklista uppföljning

Uppföljning ska innefatta:

- ☑ Samtal om aktuell situation, inklusive livshändelser, stressorer, livskvalité
- ☑ Skattning av kärnsymtomen, gärna med SNAP IV
- ☑ Skattning av funktionsnivå, använd Children-Global Assessment Scale (C-GAS) eller annan skala
- ☑ Bedömning av om insatser i hem och skola är tillräckliga
- ☑ Bedömning av om patient och familj behöver ytterligare psykoedukation
- ☑ Bedömning av substansbruk hos ungdom
- ☑ Bedömning av läkemedelseffekt och biverkningar

■ Checklista vid terapisvikt

Vid otillräcklig effekt av behandlingen undersök:

- ☑ Är diagnosen rätt?
- ☑ Missad samsjuklighet?
- ☑ Missade kognitiva svårigheter?
- ☑ Otillräckligt kartlagda exekutiva svårigheter?
- ☑ Bristande stöd i skolan?
- ☑ Otillräcklig föräldrafunktion?
- ☑ Psykisk störning eller beroende hos förälder?
- ☑ Adekvat medicinering?
- ☑ Påverkan av livsstilsfaktorer?
- ☑ Substansbruk hos ungdom?
- ☑ Bedömning av läkemedelseffekt och biverkningar

KVALITETSINDIKATORER

REKOMMENDATION

1. Följande parametrar bör kunna identifieras i journalen och stöder vård enligt riktlinje:

Utredning

- Ärftlighet
- Diagnos som baserad på strukturerad diagnostisk intervju inkluderande differentialdiagnostik
- Samsjuklighet
- Funktionsbedömning C-GAS

Behandling

- Psykoedukation
- Anhörigutbildning
- Vårdplan där patient och föräldrar varit aktiva
- Samverkan med skola och vårdgrannar
- Farmakologisk behandling

Utvärdering årligen

- Mål och delmål
- Funktionsbedömning C-GAS
- Biverkningar

REFERENSER

Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism
(socialstyrelsen.se)

Nationella vård- och insatsprogram
(vardochinsats.se)

Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation
Läkemedelsverket

Behandling av sömnstörningar hos barn och ungdomar – behandlingsrekommendation |
Läkemedelsverket (lakemedelsverket.se)

ADHD International Consensus Statement Swedish version.pdf
(adhd-federation.org)

McCabe SE, Dickinson K, West BT, Wilens TE. *Age of Onset, Duration, and Type of Medication Therapy for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use During Adolescence: A Multi-Cohort National Study.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016 Jun;55(6):479-86. doi: 10.1016/j.jaac.2016.03.011. Epub 2016 Apr 7. PMID: 27238066; PMCID: PMC4921895.
ScienceDirect

Länktips:

Webbadresser till hemsidor och material som nämns på sidan 14 och som patienter och anhöriga kan ha hjälp av.

Adhd – 1177
https://www.1177.se/Skane/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/neuropsykiatriska-funktionsnedsattningar/adhd/

Adhd – Umo
https://www.umo.se/jag/funktionsvariation/adhd/

Hem – Riksförbundet Attention
https://attention.se

Attention Ung
https://attentionung.se

Adhd-center (habilitering.se)
https://www.habilitering.se/adhd-center

Koncentrationsproblem, impulskontroll och adhd – Psykiatri Skåne (skane.se)
https://vard.skane.se/psykiatri-skane/for-barn-och-unga/tips-och-rad-till-dig-under-18-ar/koncentrationsproblem-och-adhd/

Självhjälp på vägen
https://www.sjalvhjalppavagen.se

I faktarutan på sidan 17 om kardiologisk övervakning nämns *”Vårdprogram för barnkardiologisk övervakning vid läkemedelsbehandling av barn och ungdomar med adhd”*.

https://slf.se/sfbup/app/uploads/2022/10/vp-adhd-beh-slutversion-1508173.pdf

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

www.sfbup.se
info@sfbup.se