

Riktlinje adhd 2016

sfbup

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

Arbetsgrupp

Gunilla Granholm, leg psykolog

Marcus Westin, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, med dr

Kerstin Malmberg, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, med dr

För SFBUP

Håkan Jarbin, med dr, Maria Unenge Hallerbäck, med dr, Lars Joelsson, ordförande

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

Innehåll

Syfte.....	2	Behandling.....	10
Genomförandeplan.....	2	<i>Steg I</i>	12
Klinisk bild.....	3	<i>Steg II</i>	14
Utredning.....	6	<i>Steg III</i>	16
<i>Screening</i>	6	Uppföljning.....	18
<i>Steg I</i>	6	Kvalitetsindikatorer.....	20
<i>Steg II</i>	8	Referenser.....	20
<i>Steg III</i>	10		

Syfte

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av adhd (attention deficit hyperactivity disorder) har utarbetats på uppdrag av Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP). De syftar till att ge klinisk vägledning och fördjupad kunskap för medarbetare inom BUP. Riktlinjerna avser barn och ungdomar i åldersgruppen 3–17 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.
3. alla patienter med adhd och deras föräldrar erbjuds behandling som är likvärdig, verksam och säker. Den stora variationen vad gäller läkemedelsbehandling i Sverige 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, basnivån, ska erbjudas till alla patienter eftersom beprövad erfarenhet (good clinical practice) 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.

- SBU:s genomgång visar att adhd-diagnostik, behandling och vårdens organisation är otillräckligt studerat.

Dessa riktlinjer baseras på aktuella, regionala, nationella och internationella riktlinjer, SBU-rapporter och metaanalyser, inklusive Cochrane-översikter, samt väsentliga nytillkomna studier. Synpunkter på utkast har inhämtats genom ett remissförfarande i två steg. Svenska experter på området, medlemmar i SFBUP och medarbetare vid landets BUP-kliniker har gett synpunkter som har beaktats genom konsensusbeslut och legat till grund för revidering av texten.

Kärnan i riktlinjen utgörs av *Rekommendationer* till klinikern som anges i gröna rutor. Faktarutor underlättar användningen av riktlinjerna i den kliniska vardagen.

Genomförandeplan

En implementering av nationella riktlinjer borgar för god och jämlik vård för barn och ungdomar med adhd. En systematiskt utarbetad metodik med samstämmighet inom kliniker och nationellt ökar möjligheterna för regelbunden och systematisk utveckling, tillämpning och avveckling av metoder.

Gruppen utgör en stor andel av BUP:s patienter, varför en implementering av riktlinjerna gagnar många. Riktlinjerna kommer i ett första steg att presenteras på Svenska BUP-kongressen och vid möte med verksamhetschefer inom BUP.

De kommer därefter att göras tillgängliga på SFBUP:s hemsida, med adress www.svenskabupforeningen.se samt skickas till samarbetspartner inom vuxenpsykiatri, övrig sjukvård och skola.

■ 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 fem procent av barn och ungdomar över sju års ålder. Hälften bär med sig sin funktionsnedsättning in i vuxen ålder. Hos övriga kvarstår ofta svårigheter, fast i mindre omfattning. Förmågan till koncentration, uppmärksamhet och aktivitetsreglering är normalfördelad i populationen. Symtom och grad av funktionsnedsättning uppstår i samspel mellan förmågan och de krav som miljön i hem, skola och på fritiden ställer.

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, låg födelsevikt sett till vilken graviditetsvecka barnet är fött i, syrebrist vid födelsen, cerebrala infektioner tidigt i livet och trauma mot huvudet. Det finns inte stöd för födoämnen, tillsatser och dieter som förklaring men blyförgiftning kan någon gång orsaka en adhd-bild.

ADHD KAN KOMMA TILL UTTRYCK mycket tidigt i livet, exempelvis genom en uttalad hyperaktivitet, ökade krav på omedelbar behovstillfredsställelse samt förhöjd impulsivitet. Andra tydliga tidiga symtom är utbrott, svårigheter att lyssna och att leka koncentrerat. Det är många gånger svårt att tidigt differentiera ut adhd från andra utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser som autism, perceptionsstörningar, intellektuella begränsningar eller trotssyndrom.

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, uppmärksamhet, stereotypa drag, tvång och tics. Det gäller även sömnreglering och aptit. Hela gruppen med tidiga utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser refereras ofta till paraplybegreppet Essence (Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examination).

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 och

fokusering, uthållighet, planering och arbetsminne kvarstår ofta i vuxen ålder, inte sällan i fortsatt tydligt funktionsnedsättande grad.

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, och de lyckas ofta dölja sin uppmärksamhetsstörning och trötthet, vilket bidrar till att de inte upptäcks lika tidigt som pojkar. Flickors svårigheter märks först senare, ofta som skolsvårigheter, när kraven ökar i högre årskurser. 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 utvecklingsstörning 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 beteendestörningarna utvecklas till att motsvara diagnoserna trotssyndrom eller uppförandestörning. Det finns också en betydande överrepresentation av nikotinanvändning och skadligt bruk av droger hos ungdomar med adhd. Likaså en tydligt ökad risk för deltagande i kriminella aktiviteter. Tvångssyndrom, ångestsyndrom och depression är vanliga diagnoser hos barn och ungdomar med adhd.

ADHD INNEBÄR funktionsnedsättningar som medför svårigheter på ett flertal 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 skaffa 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. En tidig diagnostik är viktig för att minimera konsekvenserna av adhd. När svårigheterna med koncentration och hyperaktivitet samt funktionsnedsättning är lindrig kan insatser inom skolan och i första linjen vara adekvat.

■ 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 symptom har förelegat i minst sex 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 uppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skola, arbetsliv eller andra aktiviteter (t ex 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 längre stunder av läsning).
 - c. Verkar sällan lyssna på direkt tilltal (t ex ter sig frånvarande även utan någon uppenbar källa till distraktion).
 - d. Följer sällan givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (t ex påbörjar uppgifter, men tappar genast fokus och låter sig lätt distraheras).
 - e. Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter (t ex 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 (till exempel skolarbete eller läxor. För äldre tonåringar och vuxna: till exempel 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, nyck-

- lar, anteckningar, glasögon, mobiltelefoner).
 - h. Är ofta lätt distraherad av yttre stimuli (för äldre tonåringar och vuxna kan det inkludera ovidkommande tankar).
 - i. Glömsk i dagligt liv (t ex göra hemsysslor, gå ärenden; för äldre tonåringar och vuxna: t ex följa upp telefonmeddelanden, betala räkningar, komma till avtalade möten).
2. Hyperaktivitet och impulsivitet: Minst sex av följande symptom har förelegat i minst sex 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 (t ex 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. (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. Ofta "på språng", agerar "på högvarv" (t ex är oförmögen eller obekvämd 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: till exempel inkräktar i eller tar över andras aktiviteter.)

B Ett flertal symtom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet förelåg före tolv 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 Det 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 psykosjukdom 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 sex månaderna.
- F90.0C Huvudsakligen ouppmärksam form: Kriterium A1 (ouppmärksamhet) är uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet).
- F90.1 Huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv form: Kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet) är uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A1 (ouppmärksamhet).

Specificera om:

- I partiell remission: Kriterierna för diagnos har tidigare varit uppfyllda. Under de senaste sex 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 dem som krävs för diagnosen. Symtomen orsakar en lättare nedsättning av förmågan att fungera socialt eller i arbetslivet.
- **Medelsvår:** Symtom eller funktionsnedsättning ligger mellan nivåerna ”lindrig” och ”svår”.
- **Svår:** Många symtom utöver dem som krävs för diagnosen, eller flera särskilt svåra symtom, eller symtomen orsakar en markant nedsättning av förmågan att fungera socialt eller i arbetsliv.

F90.8 Annan specificerad adhd

- Den här kategorin används när den kliniska bilden präglas av symtom på adhd som orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden, men där kriterierna inte är helt uppfyllda för adhd eller för någon av de specificerade diagnoserna inom gruppen utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser.
- Kategorin annan specificerad adhd kan användas vid tillfällen då klinikern väljer att beskriva de specifika skälen till att den kliniska bilden inte motsvarar kriterierna för adhd eller för någon specifik utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse. Då anges ”annan specificerad adhd” åtföljt av det specifika skälet (till exempel ”med för få symtom på ouppmärksamhet”).

F90.9 Ospecificerad adhd

- Den här kategorin används när den kliniska bilden präglas av symtom på adhd som orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden, men där kriterierna inte är helt uppfyllda för adhd eller för någon av de specificerade diagnoserna inom gruppen utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser.
- Kategorin ospecificerad adhd kan användas vid tillfällen då klinikern väljer att inte beskriva de specifika skälen till att den kliniska bilden inte motsvarar kriterierna för adhd eller för någon specifik utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse. I den här kategorin inkluderas kliniska tillstånd där informationen är otillräcklig för att ställa en mer specifik diagnos.

Anmärkning: I diagnosmanualen ICD-10 är benämningen ”hyperkinetic disorder” (HKD) för det tillstånd som motsvarar adhd. HKD har en snävare definition än adhd och uppskattas omfatta 1–2 procent av alla barn. Kriterierna för HKD motsvarar till stora delar adhd av kombinerad typ, men detta gäller inte fullt

ut. Personer med i huvudsak uppmärksamhetsproblem respektive hyperaktivitet/impulsivitet omfattas således inte av HKD. Diagnosen HKD används numera relativt sällan kliniskt eller i vetenskapliga arbeten.

■ UTREDNING

Adhd fastställs genom en klinisk bedömning. Det finns ingen enskild metod för att fastställa om adhd föreligger. Utredningen syftar till att bedöma om funktionsnedsättningar föreligger och hur dessa kan förklaras.

Anslaget i utredningen måste vara tillräckligt brett för att kunna fånga alla olika möjliga förklaringar men ändå 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.

Det är viktigt att ta ställning till om andra tillstånd bör omhändertas först.

Har barnet/ungdomen ett pågående skadligt substansbruk ska detta omhändertas först, liksom sviter av allvarliga traumatiska händelser och genomgripande psykosocial svikt.

Screening

REKOMMENDATION

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

Adhd ökar risken för annan psykiatrisk samsjuklighet inklusive missbruk. 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 lätt distraherat, haft svårt att sitta still och varit impulsivt. Om symtomen är ihållande och påverkar barnets funktion i vardagen ska en fördjupad bedömning avseende adhd göras enligt steg I i utredning nedan.

■ Screeningfrågor

1. Uppmärksamhet på uppgifter och lek
2. Lätt distraherad
3. Sitta still
4. Impulsiv

Steg I

REKOMMENDATION

1. Ta noga reda på barnets 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 barnet 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 föreläggat över tid och i olika miljöer. Fråga efter barnets utvecklingssteg, begreppsutveckling, självständighet och beteenden fram till idag. Efterfråga särskilt uppmärksamhet, hyperaktivitet, impulsivitet, känslomässig reglering, sömn och aptit. Undersök sedan i vilken utsträckning symtom 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.

Barnets beteende i undersökningsrummet kan ge stöd för diagnos adhd med överaktivitet, medan adhd med övervägande koncentrationsstörning som 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 ångslighet inom en generaliserad ångeststörning, en låggradig men ihållande nedstämdhet eller upprepade trauman kan både likna och för-

värre 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 inom autism med brister i förmåga till social ömsesidighet och förmågan att uppfatta helhet och sammanhang. Det är viktigt att också ha i åtanke en eventuell nedsatt intellektuell förmåga, vilken liksom dyslexi och dyskalkyli kan förklara ett avvikande skolbeteende. Kontrollera att syn- och hörselundersökning har gjorts.

Vid trauma kan det vara svårt att skilja ut vad som är barnets reaktion på detta och vad som är egentliga funktionsnedsättningar. 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 förstås som en somatisk sjukdom. 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 somatisk orsak till symtom leder till somatisk utredning enligt utredning steg II, rekommendation nr 2.

REKOMMENDATION

4. Utredningen ska kartlägga ärftlighet.

Adhd har en stor ärftlig komponent. Förekomst av adhd hos förälder kan vara viktig information för planering av insatser inklusive eventuell remiss till vuxenpsykiatri. I ett diagnostiskt oklart läge kan ärftlighet styrka diagnosen adhd. Efterfråga därför skolfunktion och adhd hos samtliga första- och andragsradssläktingar.

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 störning 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 än hos genomsnittet och kan förvärra symtomen samt leda till allvarliga svårigheter. Om bruk förekommer, ta reda på debutålder, frekvens och mängd. Man bör fråga barnet och föräldrarna var för sig. När barnet/tonårningen i enrum medger bruk av droger är det en grannliga 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 barnet. Grundregeln är att vårdnadshavare ska informeras. Om det gäller bruk av illegala droger ska även socialförvaltningen kopplas in.

REKOMMENDATION

7. Utredningen ska innefatta en värdering av kognitiv funktion.

Barnets beteende måste bedömas i relation till begåvningsnivån. Frågor om inlärningsförmåga, betyg/omdömen och förmågan att kunna förstå uppgifter samt en pedagogisk kartläggning från skolan, kan vara grund i en värdering av kognitiv funktion. Man kan ibland rimligt utesluta en intellektuell funktionsnedsättning utifrån föräldraanamnesen och barnets sätt att samtala och beskriva sin vardag. Begåvningsnivån kan vara svårbedömd 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 samtidigt låg funktion leder till bedömning av kognitiv funktion enligt utredning steg II, rekommendation nr 4.

REKOMMENDATION

8. Information från (för-)skolan ska inhämtas för att bekräfta att symtom föreligger i skolmiljön.

Symtom på adhd ska föreligga i flera miljöer. Dessa symtom medför ofta svårigheter som påverkar prestation och allmänt beteende i skolmiljö.

Ett pedagogiskt utlåtande om hur barnet presterar i klassrummet och betar sig i skolan, eventuella läs- och skrivsvårigheter och hur barnets prestationer och beteenden påverkats av de anpassningar som redan gjorts i skolan kan underlätta diagnosen.

Ett frågeformulär om adhd-symtom eller motsvarande muntlig information från skolan ska ligga till grund för diagnostik. Ett screeningformulär med värden under så kallad cut-off utesluter dock inte att en diagnos av adhd kan vara korrekt.

Steg II

REKOMMENDATION

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

Annan psykiatrisk samsjuklighet, exempelvis ångest, depression, traumasyndrom och autism kan innebära att den diagnostiska utredningen behöver skärpas. Det är särskilt svårt med gränsen till autism. Adhd-symtom kan ge funktionsstörningar som påminner om autism men också medföra att symtombilden vid en underliggande autism blir mer svårtolkad. Ibland får förloppet och svaret på behandling av adhd ge vidare vägledning.

Utvecklingen av andra störningar såsom personlighetsyndrom eller psykossjukdom kan innefatta symtom som påminner om adhd men då med en tydlig försämring i tonåren. Bedömningen bör här göras av erfaren person och instrument såsom Kiddie-SADS-PL kan vara ett stöd.

REKOMMENDATION

2. Överväg vidare somatisk diagnostik, inklusive eventuell neuromotorisk diagnostik.

Vid anamnestiska uppgifter om motoriska, balans- eller koordinationssvårigheter skall utredningen omfatta en neuromotorisk bedömning.

Överväg labscreening med blodstatus inklusive ferritin och transferrin, thyreoideastatus vid misstanke om anemi eller sköldkörtelsjukdomar. Överväg provtagning för glutenintolerans vid mag- och tarmproblem.

Vid kromosomavvikelser behöver frågeställningen vara riktad. Klinefelters syndrom (47XXY) ger ökad längdtillväxt och gynekomasti efter puberteten. Det är den vanligaste (1/600 pojkar) kromosomavvikelsen med adhd-bild.

Överväg EEG-remiss vid uppgifter om frånvaroattacker. Kontrollera resultat från syn- och hörselundersökning i skolan. Ytterligare undersökning av hörsel och syn kan vara motiverad.

Vid koncentrationssvårigheter och tillbakagång i utveckling hos barn som inte är födda i Sverige: överväg provtagning för PKU.

REKOMMENDATION

3. Överväg ytterligare kartläggning av barnets funktion i skolan.

Om den kliniska bilden är oklar eller information från föräldrar och skola divergerar påtagligt bör man inhämta fördjupad information från skolan. Ofta finns anledning att i direkt dialog med barnets/ungdomens lärare/mentor inhämta kompletterande uppgifter – utöver det pedagogiska utlåtandet – om barnets beteende på lektioner, i friare sammanhang, vid övergångar mellan uppgifter och aktiviteter och med kamrater. Det sker lämpligast via telefon med berörd skolpersonal.

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 begåvningsstestning

ske. 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 samtidigt inte ovanligt att adhd ytterligare belastar unga med en kognitiv nivå inom nedre normalområdet.

Uttalat välbegåvade barn och ungdomar kan klara godkända betyg i skolan, men ändå uppfylla kriterier för adhd om funktionsnivån värderas mot bakgrund av barnets intellektuella förutsättningar. Begåvning mäts med Wechslerskala eller motsvarande.

Utgående från den aktuella symtombilden och resultat vid begåvningsstestning 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.

Om svårigheter kvarstår efter anpassning och psykopedagogik bör man göra en fördjupad bedömning av exekutiva funktioner. Exekutiva funktioner innefattar planeringsförmåga, uthållighet, flexibilitet och impulskontroll. Målet är att rikta anpassning, kompensatoriska åtgärder och stöd mot de specifika bristerna. Fördjupad bedömning kan också bidra till en mer nyanserad bild av barnets problematik och tydliggöra de styrkor som finns.

Samtal, psykologisk testning, beteendeobservation, föräldra- och lärarformulär samt intervjuer är olika verktyg som kan användas för att samla relevant information.

Exempel på test är olika varianter av datoriserade Continuous performance test (CPT) och Test of everyday attention for children – (TEA-Ch). Behavior rating inventory of executive function (BRIEF) och Adaptive behavior assessment system (ABAS) -II är instrument som fångar exekutiv respektive adaptiv funktion i vardagen.

REKOMMENDATION

6. Överväg fördjupad kartläggning av barnets aktivitetsutförande vid uttalade svårigheter i genomförande av 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 sina vardagsaktiviteter och är ett underlag för vilka insatser som kan vara aktuella för att nå ökat aktivitetsutförande och självständighet i vardagliga aktiviteter.

Exempel på bedömningsinstrument som kan användas på aktivitetsnivå är Canadian occupational performance measure (COPM), och ADL-taxonomin. Bedömningar av anpassningar i skolmiljön (BAS), Assessment of motor and process skill (AMPS) och Perceive, recall, plan and perform (PRPP).

REKOMMENDATION

7. Överväg ytterligare kartläggning av den psykosociala miljön.

Vid allvarliga samarbets svårigheter mellan föräldrar, om basala stödinsatser och medicinering inte ger förväntad effekt eller om misstankar uppkommer att barnet far illa bör den psykosociala miljön kartläggas i större detalj.

Det är inte ovanligt med en sviktande familjebild hos barn som visar symptom på adhd. Då bör man ställa frågor till barnet och till vardera föräldern i enrum både om trauma eller psykisk störning hos förälder. Vid misstanke om att barn far illa ska en anmälan enligt socialtjänstlagen göras. Om familjen har en pågående kontakt med socialtjänsten bör ett samarbete inledas.

REKOMMENDATION

8. Överväg vidare provtagning för screening av missbruk.

Tonåringar ska genomgå ett övervakat urinprov för droger innan de undersöks med psykologiska test. Med tanke på den höga samsjukligheten bör man

även överväga urinprov någon gång under behandling med centralstimulantia.

Legalt förskrivna läkemedel för adhd sprids otillgängligt och positiv urintestning kan utgöra en indikator på risk för att läkemedel kommer i orätta händer.

En mottagning för uppföljning av adhd hos tonåringar bör ha utrustning för att genomföra urinprov i samband med besöket. Vissa substanser, exempelvis nyutveckling av olika nätdroger, varianter av spice kan vara svåra att fånga på de vanligaste urinstickorna och på riktad misstanke får urinen då istället sändas till ackrediterade laboratorier.

Vid positiv screening med sticka ska provet skickas för utförlig analys på lab.

Steg III

REKOMMENDATION

1. Överväg en fördjupad bedömning av neuropsykologiska funktioner.

Fördjupad neuropsykologisk bedömning är ofta motiverad vid adhd-symtom med samtidig utvecklingsstörning och/eller autismspektrumtillstånd, vid neurologiska diagnoser, syndrom och förvärvad hjärnskada.

Bedömningen syftar till att beskriva barnets styrkor och svårigheter genom en funktionsbeskrivning. Funktionsbeskrivningen utgör grund för rekommendationer om anpassning och fortsatt stöd. 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 är därför av stor vikt.

Exempel på test att använda är deltest ur A developmental neuropsychological assessment (NEPSY-II) och Delis-Kaplan executive function system (D-KEFS). Vinelandintervjun är också användbar här.

REKOMMENDATION

2. Överväg observation av barnets funktion i skolan.

Vid påtagligt icke samstämmiga beskrivningar av barnet 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 utredningsvidgning. Det möjliggör att erfaren personal dels kan observera barnet i skolmiljön, men dels också diskutera barnet mer ingående med skolpersonal, såväl klassrumspedagoger som fritidspedagoger.

Undersök då också mer ingående i vilken utsträckning barnet har anpassning och stöd i skolmiljön för att värdera graden av funktionsnedsättning.

REKOMMENDATION

3. Överväg fördjupad arbetsterapeutisk bedömning på funktionsnivå.

Vid behov av fördjupad bedömning på funktionsnivå kan arbetsterapeutisk utredning göras med fokus på exempelvis tidsuppfattning, perception och finmotorik. Det görs med till exempel Kartläggning av tidsuppfattning (KaTid), Sensory processing measure (SPM), Sensory profile och finmotoriska delen av Bruininks-Oseretsky Test of motor proficiency – second edition (BOT-2).

■ BEHANDLING

Behandlingsinsatser vid adhd syftar till att minska symtom, höja funktionsnivån, öka livskvalitén och att förhindra pålagringar av funktionsnedsättningen. Att stärka självkänslan och hanterbarhet av vardagslivet 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. Beskedet om en adhd-diagnos kan leda till olika och blandade reaktioner hos barnet och föräldrarna.

I samband med beskedet är det viktigt att vara lyhörd för de känslor, tankar och frågor som väcks. Genom att ge utrymme för samtal om individuella reaktioner liksom att undersöka barnets och föräldrarnas förkunskaper och föreställningar om diagnosen, läggs grunden för en allians i den fortsatta behandlingskontakten.

REKOMMENDATION

1. Grunden i behandlingen är en gemensam överenskommelse med barn 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, eventuella biverkningar, liksom grad av vetenskapligt stöd för respektive metod.

Behandlingen bör individualiseras utifrån patientens och familjens behov och intensiteten i och utformningen av behandlingen kan variera under barnets uppväxt.

Många barn har växelvis boende och behoven kan se olika ut i respektive familj. Motivationen hos barn och föräldrar har stor betydelse för behandlingsframgång, varför målen för behandlingen måste kännas meningsfulla för dem som deltar. I vårdplanen anges mål och delmål med utgångspunkt i aktuell problematik. I vårdplanen tydliggörs hur uppföljning och utvärdering ska ske.

Vid planering av behandlingen bör tillståndets varaktighet beaktas, så att det finns en beredskap att öka intensiteten i stödsatser vid utvecklings- trösklar, 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.

Fast vårdkontakt ersätter patientansvarig läkare och regleras av § 29 a 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. Fast vårdkontakt ska fungera som spindeln i nätet. Det är särskilt viktigt i familjer där även föräldern har adhd.

REKOMMENDATION

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

Behandling av adhd syftar även till att minska risken för, och adekvat behandla, komplikationer och samsjuklighet. När det finns en annan samtidig diagnos, som till exempel depression eller ångestsyndrom, 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.

Om barnet/ungdomen har en medelsvår/svår depressionsepisod ska denna behandlas först.

Detsamma gäller för ätstörning med undervikt/svält, pågående trauma, psykos och mani.

Pågående skadligt substansbruk kräver särskild handläggning.

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 angeläget. Det ställer krav på samarbete och samordning av insatser. Ett samarbete med vuxenpsykiatri 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 om han eller hon är över 15 år.

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.

Steg I

REKOMMENDATION

1. Behandling ska alltid inledas med psykopedagogiska insatser.

Psykopedagogik utgör basen i all behandling och syftar till att ge barnet/ungdomen och anhöriga kunskap om diagnosen, orsaker, prognos och vad i miljön som kan försämrade och driva fram symtom. (Se faktaruta på sidan 13.)

Kunskap minskar risken för negativa reaktioner och negativa samspelelmönster. 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. *Strategi* är ett exempel på ett psykopedagogiskt, manualbaserat föräldra- och tonåringsprogram som ges vid många BUP-kliniker i landet. Det riktar sig specifikt till föräldrar och tonårningar och är avsett att användas i anslutning till att barnet diagnostiserats med adhd.

Syskons roll kan behöva lyftas specifikt och syskon kan med fördel erbjudas psykopedagogik i ett eget forum.

Kombinera alltid muntlig information med skriftligt underlag om diagnosen. Hänvisa till webb-länkar och patient- och anhörigföreningar, till exempel:

www.attention-riks.se

www.habilitering.nu/adhd-center

www.sjalvhalppavagen.se

www.mfd.se/valfardsteknologi/i-skolan/kognitions-simulatorn/

REKOMMENDATION

2. Ett samarbete med barnets skola bör etableras.

Resultaten av utredningen och den samlade bedömningen bör kommuniceras till barnets förskola/skola.

Stadiebyten, lärarbyten och andra övergångar är kritiska skeden och samverkan bör fokusera på förebyggande strategier med syfte 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 så att stödet är adekvat. 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 viktigt att påminna om funktionsnedsättningen. (Se faktaruta på sidan 13.)

Bestämmelser om stöd till elever med funktionsnedsättningar finns i 3 kapitlet i skollagen.

Barn som till följd av funktionsnedsättning har svårt att uppfylla kunskapskraven ska ges stöd som syftar till att så långt möjligt motverka konsekvenserna av funktionsnedsättningen.

REKOMMENDATION

3. Vid sömnstörning arbetar man i första hand med förstärkt sömnhygien.

Sömnpöblem är en vanlig samsjuklighet och leder till dagtrötthet som kan öka adhd-symtomen. (Se faktaruta på sidan 13.)

REKOMMENDATION

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

I samband med att barnet utreds för adhd eller när behandling inleds tar föräldrar ofta upp att de känner igen svårigheterna hos sig själva. Till exempel adhd eller depression hos föräldern påverkar ibland möjligheterna i behandlingen negativt och föräldern kan då behöva vägledas till egen hjälp.

Vid svåra konflikter i familjen, sviktande omsorgsförmåga hos föräldrar, missbruk, våld eller psykisk sjukdom hos förälder ska socialtjänsten involveras.

■ Psykopedagogik

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.

Psykopedagogiken bör innefatta:

- Information om adhd, förekomst, orsaker, prognos och variation över livet
- Information om symptomens uttryck i vardagen och exekutiva svårigheter
- Information om tilläggssvårigheter, exem-

pelvis sömnstörning, inlärningssvårigheter, besvärligt temperament

- Information om samsjuklighet
- Information om adhd i familjen, föräldraskap, syskons roll
- Råd avseende bemötande och anpassning av kravnivån
- Råd avseende sömnhygien, kost och motion
- Information om kompensatoriska strategier och kognitivt stöd, exempelvis tidshjälpmiddel, påminnelse-system, scheman
- Information om behandlingsalternativ
- Information om vårdbidrag

■ 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 före 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
- Uppmuntra att barnet vänjer sig vid att somna själv

Sovmiljö för god sömn

- Välkänt, lugnt, tyst och inte för varmt sovrum

- Sovmiljön får 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
- För lång eller för sen middagsömn
- 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 och så vidare, i sängen

■ Skolanpassning

- Visuellt stöd för överblick av dagens och lektionens struktur
- Kognitivt stöd i undervisningen, till exempel tids- och planeringshjälpmedel, kamera
- Förberedelse inför övergångar under dagen, vad göra på rasten etc.
- Anpassning av uppgifter till barnets förmåga
- Var är bästa placering i klassrummet?
- Möjlighet att sitta ensam, hörselkåpor och/eller skärm vid behov

- Anpassning av instruktioner, korta ner, dela upp, understöd visuellt
- Kortare uppgifter med variation, gärna tillägg av praktiskt material
- Tät och tydlig feedback
- Lågaffektivt bemötande
- Att barnet involveras i att hitta/skapa motivationshöjare i undervisningen
- Fokus på det som fungerar snarare än tvärtom
- Överenskommelse om formen för kontakt mellan skola och hem

REKOMMENDATION

5. Patienter i 6-17 års ålder med medelsvår eller svår adhd ska informeras om och föreslås farmakologisk behandling med metylfenidat.

Börja med låg dos och titrera mot måldos inom två-tre veckor. Under första året kan det behövas flera höjningar och dosjusteringar. Det är viktigt att nå optimal dos och följa de kliniska symtomen. Doseringen av metylfenidat, (Medikinet®, Ritalin®, Equasym®, Concerta®) varierar och är individuell, varje individ har sin *egen dos-responskurva*. Doseringsringarna varierar från 0,5 till 2 mg/kg/dag. För de flesta patienter hamnar man på ca 1 mg/kg/dygn för metylfenidat. En tumregel är att beredningsformen bör ge effekt under förväntad tid – 4, 8 eller 12 timmar. Man kan ofta behöva gå över rekommenderad maxdos (off-label-förskrivning). Detta ska motiveras i journalen.

Ibland kan byte till en mer kortverkande beredning löna sig vid biverkan i form av dysfori, sömnstörning eller nedsatt aptit. Kortverkande metylfenidat finns i tabletter på 5, 10 och 20 mg och kan vara ett alternativ om det långverkande metylfenidatet ger besvärande biverkningar eller om en extra dos tillfälligt behövs.

Var noga med att monitorera biverkningar och värdera dessa mot effekten. Vanligast är pulsstegring på cirka 10 slag/minut och aptitnedsättning men även längdtillväxt och blodtryck behöver kontrolleras. Jämför med åldersnormerade värden för blodtryck och längdtillväxt.

Steg II

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 tre-sex månader medan den för andra kan aktualiseras efter flera år exempelvis i samband med ökade yttre krav.

REKOMMENDATION

1. För barn under sex år med adhd ska föräldraträningsprogram erbjudas.

I åldrarna tre-sex år har föräldraträningsprogram

■ Checklista, behandling, steg I

Uppföljning ska innefatta:

- ✓ Information om diagnos/er: ge utrymme för samtal
- ✓ Information om behandlingsalternativ
- ✓ Vårdplan inklusive plan med tidpunkt för uppföljning upprättas
- ✓ Psykopedagogik 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
- ✓ Farmakologisk behandling vid medelsvår/svår adhd

i grupp som Cope, Komet, Connect och De otroliga åren starkast vetenskapligt stöd och ger effekt på såväl kärnsymtomen vid adhd som associerade beteendeproblem. De syftar till att stärka relationen mellan föräldrar och barn samt att åstadkomma beteendeförändring genom ökad problemlösningsförmåga hos föräldrarna och positiv förstärkning.

Behandlingsinsatser som stärker föräldrarnas 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 föräldraträning är det klokt att klargöra att barn med adhd ställer större krav på föräldrars förmåga än barn utan adhd. Det finns annars en risk att föräldern känner sig diskvalificerad, vilket påverkar utfallet av behandlingsinsatsen negativt. Om föräldern själv har adhd har föräldraträning visats ge sämre effekt.

REKOMMENDATION

2. För barn sex-tolv år med adhd kan föräldraträning läggas till efter genomgången psykopedagogik.

Föräldraträning i grupp har effekt till tolv års ålder.

När interventioner till barnet med utgångspunkt i kognitiv beteendeterapi eller färdighetsträning kombineras med föräldraträningsprogram blir effekten starkare.

Vid lindrig funktionsnedsättning kan föräldraträning i kombination med anpassning och beteendemodifierande inslag i klassrummet vara tillräckligt, men den dokumenterade effekten är större när dessa insatser kombineras med läkemedelsbehandling. För tonåringar har föräldraträning inte samma starka vetenskapliga stöd som för yngre barn.

REKOMMENDATION

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

Lisdexamfetamin (Elvanse®) kan användas om man inte får fullgod effekt av metylfenidat eller om biverkningar hindrar att man når adekvat dos. Börja med 30 mg som kan höjas med 20 mg varje vecka upp till 70 mg om så behövs.

Atomoxetin (Strattera®) kan vara förstahandsval under vissa omständigheter, såsom vid missbruk/risk för missbruk, vid svåra tics eller allvarlig sömnrörning. Dosering atomoxetin vid vikt under 70 kg: börja med 0,5 mg/kg/dag i 1–2 veckor, 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 1–2 veckor därefter 80 mg, som vid behov kan höjas till 100 mg.

Guanfacin (Intuniv®) är nyligen inregistrerat i Sverige. 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 högst 4–6 mg. Biverkningsbilderna är mildare än för övriga adhd-läkemedel och sedation är vanligast. OBS! Ska trappas ned under två veckor på grund av risk för högt blodtryck vid för snabb utsättning.

REKOMMENDATION

4. Överväg kognitivt stöd vid uttalade exekutiva svårigheter.

Utredning av funktionsnedsättning som gjorts av arbetsterapeut kan leda till arbetsterapeutiska insatser såsom information, kompensation eller trä-

■ Före insättning av centralstimulantia och atomoxetin, kontrollera för:

- Ärftlighet för plötsligt dödsfall <35 år eller hjärtattack <35 år, arytmier och annan hjärtsjukdom <35 år
- Somatisk sjukhistoria, medfött hjärtfel, upprepade svimningar och yrsel vid ansträngning, kramper
- Somatisk status med hjärtauskultation, blodtryck, puls, längd och vikt
- Aktuella läkemedel som skulle kunna interagera. Överväg dosjustering:
 - * MAO-hämmare interagerar kraftigt med metylfenidat, amfetaminer och atomoxetin och då krävs två veckors medicinfrött intervall
 - * Metylfenidat kan driva upp koncentrationen av fluoxetin och andra SSRI
 - * Fluoxetin driver upp koncentrationen av atomoxetin kraftigt
 - * Risperidon driver upp koncentrationen av atomoxetin något

■ Kardiologisk övervakning

- Blodtryck och puls ska följas regelbundet efter dosökning och minst var sjätte månad.
- Vårdprogram för barnkardiologisk övervakning vid läkemedelsbehandling av barn och ungdomar med adhd finns att hämta på www.blf.net/sites/web
Där finns klart angivet när det är indicerat att ta EKG och konsultremiss till barnkardiolog och när det föreligger kontraindikation för centralstimulantiabehandling.

ning för att förbättra aktivitetsutförande i vardagliga aktiviteter.

Kognitivt stöd kan innefatta nya rutiner och strategier, miljöanpassning, egenansvarsprodukter, förskrivningsbara kognitiva hjälpmedel samt sensoriska produkter.

Många hjälpmedel, till exempel almanackor och appar av olika slag, kan införskaffas enkelt medan andra endast kan förskrivas 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

5. 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 problem-beteenden. Aktuell forskning talar för att CPS kan förbättra problemskapande beteende hos barn med adhd och trotsyndrom samt att barn med svåra adhd-symtom kan förbättras med en kombination av CPS och läkemedelsbehandling.

REKOMMENDATION

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

Tyngdtäcken är en grupp rogivande sinnesstimulerande hjälpmedel som verkar lugnande och ökar kroppsmedvetenheten. Den kan minska sömnsvårigheter, genom exempelvis förkortad insomningstid och förbättrad sömnkvalitet samt verka lugnande dagtid. Riskerna och biverkningarna är mycket få. Arbetsterapeut kan prova ut och förskriva tyngd-

täcke utifrån gällande hjälpmedelsanvisning. Observera att hjälpmedelssortimentet och förskrivningsregler är olika över landet.

REKOMMENDATION

7. Vid otillräcklig effekt av sömnhygien och tyngdtäcke bör farmakologisk behandling med melatonin övervägas.

Sömnproblem finns ofta primärt vid adhd och kan dessutom förvärras under läkemedelsbehandling. Om sömnstörningen tillkommit under behandling bör man minska dos alternativt byta till ett preparat med kortare duration.

Om sömnstörningen inte blivit bättre efter sömnhygien och tyngdtäcke bör farmakologisk behandling med melatonin övervägas. För mer information hänvisas till Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för barn och sömn.

Melatonin kortverkande är förstahandsval. Formellt sett är situationen idag något komplicerad. Det registrerade melatoninpreparat är en depottablett (Circadin) men denna är mindre önskvärd på grund av beredningsformen. Förstahandsmedlet är idag Melatonin AGB som kan användas i doser från 1–10 mg till natten.

Steg III

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, socialtjänst och eventuellt LSS vara nödvändig.

När effekten av behandlingsinsatser och samverkan inte är tillräcklig kan en mer genomgripande anpassning bli nödvändig, till exempel genom resurskola med HVB och/eller insatser via LSS. 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 att bemöta barnet lågaffektivt.

REKOMMENDATION

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

I tonåren är motivationen till BUP-kontakt ofta svag och många tonåringar värjer sig mot att medicinera. Överväg därför noga hur behandlingsinsatser läggs upp och kombineras.

Från omkring tolv års ålder är stödet för enskilda metoder som baseras på KBT/BT och färdighetsträning relativt gott. Studier visar att beteendeterapeutiska interventioner och medicinering har likvärdiga effekter på symtomen hos tonåringar med adhd. Enbart beteendeterapi har emellertid visats ge övergripande effekter på funktionsnivån i vardagen som överträffar effekten av medicin. Enbart beteendeterapeutiska interventioner eller i kombination med läkemedelsbehandling kan därför övervägas för patienter i tonåren. Mest verksam blir beteendeterapi 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 barnet eller tonåringen med adhd. Behandlingen bör fokusera på 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.

Manualbaserad gruppbehandling på KBT-grund, framtagen av bland andra Hesslinger och Safren, har vetenskapligt stöd för vuxna med adhd och kan prövas till äldre tonåringar. Anpassade varianter för tonåringar ges på flera håll i landet. Utvärdering pågår.

REKOMMENDATION

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

Ibland kan man behöva kombinera centralstimulantia och atomoxetin eller guanfacin. Detta rekommenderas inte av Läkemedelsverket och är en off-label-behandling.

Kombinationen metylfenidat och guanfacin är godkänd i USA. Indikationen är otillräcklig effekt

på centralstimulantia eller när biverkningar gör att man inte kan öka till optimal dos för att få effekt på adhd-symtomen.

Centralstimulantia och atomoxetin respektive guanfacin har ingen interaktion och kan behandlas med fulldos samtidigt. Man bör dock noga kontrollera biverkningar som kan adderas vid kombinationsbehandling metylfenidat och atomoxetin. Biverkningsmässigt är kombinationen metylfenidat och guanfacin bättre. Det finns inte studier som visar att man kan kombinera guanfacin och atomoxetin och denna kombination är olämplig.

REKOMMENDATION

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

Klonidin har funnits länge och flera välgjorda studier stöder effekt på främst hyperaktivitet och impulsivitet. Biverkningar domineras av sedation, blodtrycksfall och viss eftertrötthet på morgonen. Detta kan i stället användas terapeutiskt vid uppvarvning kvällstid, när centralstimulantiaeffekten går ur, och för sömn. Ges då eventuellt kl 17 och sedan i större dos en timme före natten. 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 mcg och Kapsel Kapway®. Måldos T Catapresan brukar vara 2 tabletter à 0,075 mg till natten.

REKOMMENDATION

5. Kortverkande dexamfetamin kan användas som tilläggsdos till lisdex-amfetamin eller ensamt om kortare duration är nödvändigt.

Kortverkande dexamfetaminsulfat (Attentin®) finns i tabletter på 5 mg och kan vara ett alternativ om det långverkande amfetaminalternativet ger besvärande biverkningar eller om extra dos tillfälligt behövs.

Risken för missbruk är stor med detta preparat.

REKOMMENDATION

6. Vid extrem överaktivitet/impulsivitet hos barn under sex år kan farmakologisk behandling med metylfenidat övervägas.

Förskolebarn ska inte behandlas direkt med adhd-läkemedel. Här är det viktigt att pröva förskoleanpassning och föräldrastöd/utbildning i första hand. Om farmakologisk behandling övervägs bör dosen vara låg och titreringen ska ske långsammare. Indikationen är extrem överaktivitet och impulsivitet. Detta är en off-label-medicinering. Starta med Kapsel Medikinet® modifierad frisättning 5 mg eller T Medikinet® 5 mg ½ x 1 (kortverkande) och titrera upp långsamt. Här måste man vara extra observant på eventuell aptitnedsättning så att vikt och längd inte planar ut.

REKOMMENDATION

7. För barn med adhd och trotssyndrom eller uppförandestörning kan ytterligare tillägg av familjeinterventioner eller beteendeterapeutiska insatser övervägas.

Funktionell familjeterapi har vetenskapligt stöd vid trotssyndrom eller uppförandestörning i kombination med adhd.

Gruppbehandling *Stop now and plan* passar barn från 7–13 år med trotssyndrom och adhd. Den syftar till att lära deltagarna att kontrollera sin impulsivitet, förutse konsekvenser av sitt beteende och hitta alternativa, önskvärda beteenden.

I studier på barn med trotssyndrom har metoden visats ge effekt på barnets förmåga till impuls- och beteendekontroll.

Metoden är otillräckligt studerad på barn med enbart adhd, dock har ett flertal av deltagarna i studierna haft överlappande diagnoser med adhd och trotssyndrom i kombination.

REKOMMENDATION

8. Effekten av datorstödd träning av arbetsminne och uppmärksamhet är oklar, men kan eventuellt övervägas om patienten eller föräldrarna specifikt önskar prova.

Arbetsminnesträning ger specifik tränings effekt på kort sikt. Evidensen för generaliseringsgraden är

dock låg. Neurofeedback har i enstaka studier visats ha effekt på uppmärksamhet och överaktivitet, när metoden använts som tillägg till medicinering, psykosocialt stöd till föräldrar och stödinsatser i skolan. Det vetenskapliga stödet är dock otillräckligt för säkra slutsatser.

■ UPPFÖLJNING

Adhd är ett dynamiskt tillstånd: tyngdpunkten i problematiken tenderar att skifta i olika åldrar liksom att graden av symtom varierar med graden av yttre stress och belastning. Det gör 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.

REKOMMENDATION

1. Efter fyra-sex månader görs en strukturerad utvärdering för att värdera förbättring av symtom, funktion och livskvalitet.

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 patients och anhörigs 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 sex månaderna. Därefter minst 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. Frågeformulär om adhd-symtom (SNAP IV eller Conners) ska fyllas i av föräldrar och skola samt även en biverkningslista från föräldrar/ungdom före behandling och under behandling, framför allt första året. Om medicinen inte haft effekt eller om biverkningar övervägt, se faktarutan om terapivikt, sid 19. Årsvis bör man ta ställning till om medicinering ska fortgå 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 uppfölj-

■ Terapivikt

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 missbruk hos förälder?
- Adekvat medicinering?
- Missbruk hos ungdom?

ning 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.

REKOMMENDATION

4. Verksamheter anslutna till kvalitetsregistret Busa ska erbjuda deltagande i registret då diagnosen ställs. Patientens årsuppföljning kombineras lämpligen med årsuppföljning i registret.

Kvalitetsregistret Busa (Behandlingsuppföljning av säkerställd adhd) medför årlig, systematisk uppföljning av symtom, funktionsnivå, aktuella stöd- och behandlingsinsatser inom vård, skola och socialtjänst, liksom förekomst/behov av samverkan.

■ 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), Clinical Global Impression (CGI) eller annan skala
- ✓ Bedömning av om insatser i hem och skola är tillräckliga
- ✓ Bedömning av om patient och familj behöver ytterligare psykopedagogik
- ✓ Bedömning av missbruk hos ungdom
- ✓ Bedömning av biverkningar

■ KVALITETS- INDIKATORER

REKOMMENDATION

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

Utredning

- Ärftlighet
- Diagnos som baseras på kriterier
- Funktionsbedömning C-GAS
- Nikotin-, alkohol- och drogbruk
- Samsjuklighet

Behandling

- Psykopedagogisk genomgång; muntlig och skriftlig
- Anhörigutbildning
- Vårdplan där barn och föräldrar varit aktiva
- Samverkan med skolan
- Farmakologisk behandling

Utvärdering årligen

- Mål och delmål
- Funktionsbedömning C-GAS
- Biverkningar

Referenser

- European clinical guidelines for hyperkinetic disorder (2004)
- AACAP Official action, Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (2007) J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry;46(7):894-921.
- NHS (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of adhd in children, young people and adults. Nice clinical guideline 72
- Socialstyrelsen (2014) Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd. Ett kunskapsstöd.
- SKL Psyknprojektet (2014) Använd SIP - ett verktyg vid samverkan. Barn och unga 0-18 år.
- SBU (2013) Adhd, diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet. En systematisk litteraturöversikt
- SBU (2009) Datorstött träning för barn och ungdomar med adhd. Alert-rapport nr 2009-05.
www.sbu.se/alert
- www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Artikelsamlingar/Lista/adhd-och-behandling-med-centralstimulantia/
- www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Somnstorningar_hos_barn_bakgrundsdokument_webb.pdf
- www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Somnstorningar_hos_barn_kunskapsdokument_webb.pdf
- www.habilitering.nu/adhd-center
- www.habiliteringschefer.se/ebh/kognitivt/dokument/Metoder_for_kognitivt_stod-inkl_ref.pdf

sfbup

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

www.svenskabupforeningen.se

info@svenskabupforeningen.se