

ADHD - ADD

Hitta i dokumentet

[Bakgrund](#)
[Definition av diagnosgrupp](#)
[Diagnosen](#)
[Samsjuklighet](#)
[Vårdprocessen](#)
[Vårdplan](#)
[Genomförandeplan](#)
[Remiss](#)
[Diagnostisk utredning](#)
[Komplettera vid behov till exempel med:](#)
[Dokumenterad drogfrihet under utredning](#)
[Nivåbaserad utredningsmodell](#)
[Behandling/Åtgärder](#)
[Psykoedukation](#)

[Farmakologisk behandling](#)
[Graviditet och amning](#)
[Psykosociala insatser](#)
[Aktivitetsbedömning](#)
[Psykologisk behandling](#)
[Fysioterapeutiska åtgärder](#)
[Behandling vid samsjuklighet](#)
[Intyg](#)
[Bilaga 1: Självsfattningsskala ASRS](#)
[Bilaga 2: Diagnostisk intervju vuxna - DIVA](#)
[Bilaga 3: ADHD - Remissmall](#)
[Bilaga 4. WFIRS-S](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Bakgrund

Denna vårdriktlinje är en vidareutveckling av det tidigare "Vårdprogram för vuxna patienter med neuropsykiatriska funktionshinder" som publicerades 2011. Det finns några avgörande skillnader jämfört med det tidigare dokumentet:

- Istället för området "neuropsykiatri" är detta dokument riktat mot diagnosområdet ADHD. Denna förändring sker av flera skäl varav det viktigaste är att framförallt behandling och i viss mån utredning, skiljer sig på avgörande sätt. Ett angränsande skäl är att en vuxenhabiliterande verksamhet har utökats och fått ett större ansvar för åtgärder inom diagnosområdet autismspektrumstörningar.
- Istället för ett "vårdprogram" är detta dokument utformat som vårdriktlinje. Det är i enlighet med aktuell begreppsapparat inom Region Halland. Begreppet vårdriktlinje tydliggör att dokumentet inte inbegriper en omfattande genomgång av befintlig forskning, utan fokuserar mer uttalat på vad som ska göras i den praktiskt kliniska verksamheten.

Vårdriktlinjerna riktas till psykiatrisk personal som möter vuxna individer inom den vuxenpsykiatriska verksamheten. Dokumentet kan emellertid också vara värdefullt för andra vårdgivare som möter dessa individer inom ramarna för annan vård, t ex primärvård eller icke-psykiatrisk sjukhusvård. Även personal i andra verksamheter utanför hälso- och sjukvården kan ha nytta av att känna till de principer och metoder som styr arbetet med diagnosgruppen ADHD. Slutligen ska våra brukare ha möjlighet till insyn i vår verksamhet för

att kunna tillgodogöra sig vården på bästa sätt, och även komma med synpunkter för att vi ska kunna utveckla verksamheten.

Definition av diagnosgrupp

Diagnosgruppen ADHD inom vuxenpsykiatri i Halland inbegriper samtliga individer över 18 år som innefattas av diagnoskoderna F 90.

Diagnosen

Diagnosen ADHD beskriver ett psykiatriskt tillstånd som definieras utifrån de formella symtom- och funktionskriterier som finns i de internationella diagnosmanualerna ICD-10 och DSM 5. Även om ICD-systemet betraktas som det officiella svenska systemet används DSM-systemet i klinisk praxis. DSM-systemet har ett vidare perspektiv, accepterar vissa samexisterande psykiatriska tillstånd och delar upp ADHD i olika undergrupper. Idag används ibland begreppet ADD för diagnosen ADHD, huvudsakligen med ouppmärksamhet. Detta innebär att individen inte uppfyller tillräckliga kriterier för hyperaktivitet/impulsivitet. Inför DSM 5 diskuterades att införa ADD för att beskriva ett kliniskt relevant tillstånd där nästan ingen hyperaktivitet/impulsivitet kunde identifieras. Detta genomfördes dock inte, vilket innebär att diagnosen ADD inte formellt existerar i någon av de vedertagna diagnostiska manualerna. Därför kommer inte heller ADD begreppet att användas i dessa riktlinjer.

De centrala svårigheterna hos individer med ADHD är uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter, rastlöshet och motorisk oro samt bristande impulskontroll. Det är vanligt med exekutiva brister som t ex svårigheter med planering, igångsättning och affektreglering. ADHD förekommer enligt SBU:s genomgång hos ungefär 3-4 % av den vuxna befolkningen. Förekomsten i den psykiatriska vården är betydligt högre.

Det finns inga enhetliga eller tydliga orsaksfaktorer för ADHD. Aktuell forskning visar emellertid på en stark ärftlig komponent. Diagnosen kan ta många olika beteckningar och vara olika funktionshämmande för olika individer och även i olika situationer. Det innebär att såväl diagnos som behandling kan variera och även att vare sig behandling eller diagnos kan ses som permanenta, beständiga över tid.

En funktionsnedsättning som ADHD leder till, påverkar oftast hela individens psykosociala sammanhang och individen kan uppleva svårigheter inom flera viktiga livsområden. Det finns emellertid idag inte någon tydlig gräns för funktionsnedsättning. Det är alltid en klinisk bedömning av vad som är tydligt avvikande från förväntad livsfunktion.

ADHD bör betraktas ur ett stress-, sårbarhets- och utvecklingsperspektiv. När belastningen är större ökar symtomen och under stabila perioder kan symtomen avta. Detta kan vara under perioder utan utbildningskrav och innan krav på organisering som ansvar för familjeliv och komplex privatekonomi. När sedan livet blir mer komplext och med ökande krav vad gäller självständig organisering, prioritering och "hålla många bollar i luften", kan svårigheter återigen öka. Därför bör diagnosticering beakta detta förhållande och även att behandling är

flexibel så att åtgärder snabbt sätts in i perioder av ökad belastning och utvärderas för att ta ställning till om de ska sättas ut under stabila perioder.

Samsjuklighet

Det är vanligt att vuxna individer som får diagnosen ADHD också har andra psykiatriska besvär, i synnerhet ångesttillstånd, tvångssyndrom och depression, men även förekomst av personlighetsstörningar, missbruk, autismspektrumstörning och bipolär sjukdom är högre än i normalpopulationen. Det är emellertid viktigt att notera att den individuella variationen när det gäller psykiatrisk samsjuklighet är mycket stor. Andra psykiatriska svårigheter kan förstärka ADHD-relaterade svårigheter som koncentration och igångsättning, men också misstolkas som ADHD symptom.

Vårdprocessen

"Kunskapsläget idag talar för att diagnostik, behandling och uppföljning av ADHD tillsvidare bör ligga kvar inom den specialiserade vården. Det behövs studier av hur vårdens och samhällets insatser bäst bör organiseras och samordnas för individer med ADHD. De diagnostiska instrument som används för att ställa diagnosen ADHD behöver undersökas bättre. Det är också viktigt att läkemedelsbehandling följs upp för att ha kontroll på effekter och biverkningar, samt för att minimera risken för spridning av läkemedlen utanför patientgruppen. Sammantaget gör detta att diagnostik, behandling och uppföljning av ADHD tillsvidare bör ligga kvar inom den specialiserade vården." (SBU, 2012)

Vårdprocessen inleds vanligtvis med en screening av individer där ADHD misstänks föreligga. Därefter följer en utredningsprocess där begreppet "tillräcklig diagnostisk säkerhet" är vägledande för hur omfattande denna process är. Begreppet "diagnostisk säkerhet" kommer att beskrivas mer utförligt under rubriken *Diagnostisk utredning*. Det innebär att vissa individer kan utredas relativt snabbt och andra utredningar tar mer tid. Därefter följer en behandlingsprocess som för vuxna individer oftast innefattar farmakologisk behandling.

Läkemedelsbehandling ska enligt nationella riktlinjer alltid kompletteras med annan behandling eller andra åtgärder, exempelvis psykoedukation eller kognitiva hjälpmedel. All behandling utvärderas regelbundet och justeras vid behov. Enligt läkemedelsverkets riktlinjer från 2009 ska behovet av läkemedelsbehandling omprövas varje år. Vid utebliven effekt av behandlingsinsatser, såväl farmakologiska som icke-farmakologiska, ska diagnosen omprövas.

Vårdplan

Liksom alla andra psykiatriska patienter ska en vårdplan upprättas för patienter med frågeställning eller diagnos ADHD. Denna ska utvärderas och justeras löpande under vårdprocessen.

Genomförandeplan

Den viktigaste delen i genomförandet ligger på varje team eller mottagning. Där bör en översyn av den diagnostiska processen och åtgärds- och behandlingsutbud göras. Den tvärprofessionella och geografiska fördelningen av arbetsgruppen innebär också ett implementeringsansvar att fånga upp lokala behov av genomgång av vårdriktlinjer, utbildningsbehov och anskaffande av material.

Ett informationsmaterial om vårdriktlinjer för ADHD kommer att tas fram av arbetsgruppen. Representanter i arbetsgruppen presenterar vårdriktlinjer i sina respektive lokala eller yrkesmässiga sammanhang, förslagsvis vid arbetsplatsträffar eller yrkesmöten. Efter att ha påbörjat arbete med vårdriktlinjer ska eventuella kunskaps- och kompetensbehov identifieras och inventeras lokalt.

Remiss

Remisser till specialistpsykiatri med frågeställning ADHD ska göras med följande utgångspunkter [ADHD - remissmall](#)

- Klinisk bild som överensstämmer med *ADHD symtomatologi*. [Självskattning ASRS](#) ska användas i detta syfte.
- Bedömning av att det finns en tydlig *funktionsnedsättning* relaterade till ovanstående symtompresentation.
- Bedömning att dessa svårigheter funnits sedan *barndomen*.
- Kartlägga eventuellt *missbruk*. Bifoga svar på drogscreening (se remissmall).
- Utesluta *somatiska orsaker* till ADHD symtom.

Diagnostisk utredning

Sammanfattning:

- *Diagnostisk utredning* innehåller fastställande eller uteslutande av diagnos med relevant differentialdiagnostik. Denna insats är alltså skild från bedömning inför specifik behandling.
- *Läkare och psykolog* har huvudansvar för diagnostisk utredning.
- *Psykologiska tester* används i hypotesstärkande syfte.
- Begreppet *tillräcklig diagnostisk säkerhet* är vägledande i den diagnostiska processen. Det innebär att utredning ske på olika *nivåer* av insatser.
- *Skattningsskalor* ska användas för att minska risk för bias.
- *Information ifrån andra källor* än patienten ska i möjligaste mån inhämtas.
- *Svårighetsnivåerna lindrig, måttlig och svår* ADHD ska alltid beaktas och dokumenteras.
- Noggranna anamnestiska uppgifter ses som centrala och avgörande för diagnostiken.

Vi har valt att använda begreppet *diagnostisk utredning* för att tydliggöra syftet med denna utredning och för att skilja den från de bedömningar som sker inför en åtgärd eller behandling och som också används för att löpande utvärdera dessa. Dessa senare

bedömningar inför planerad behandling utförs naturligtvis av den profession som kommer att erbjuda behandlingen eller annan åtgärd.

Diagnostisk utredning av ADHD görs i första hand av läkare och psykolog, men på deras initiativ kan utredningen kompletteras av annan yrkesgrupp, till exempel kurator, sjuksköterska, arbetsterapeut, skötare och fysioterapeut.

All diagnostisk utredning sker på ett hypotesprövande och genomtänkt tillvägagångssätt. Målet är att inte utreda mer än nödvändigt. När man anser sig ha uppnått *tillräcklig säkerhet* för att slå fast eller avfärda en diagnos, avslutas utredningen. Kan man inte uppnå tillräcklig säkerhet, till exempel på grund av bristfällig, otillräcklig eller osäker information, dokumenteras det som "bristfällig information", vilket innebär att utredningen avstannar till dess att det framkommer ytterligare relevant information.

Den diagnostiska processen är, liksom all psykiatrisk diagnostik i nuläget, slutligen en *klinisk bedömning*. Däremot ses användning av laborietester, hjärnabbildningar, strukturerade skattningsskalor, strukturerade intervjuer och psykologiska tester som värdefulla, när de används på ett genomtänkt och hypotesprövande sätt. Skattningsskalor ses som ett minimikrav för att kompensera för bedömningsbias.

Testning av patienter ska ske på ett genomtänkt och hypotesprövande sätt, inte som ett rutinbetonat inslag i utredningsprocessen. Resultat på tester ska ses som en ögonblicksbild av en persons kognitiva funktion och måste alltid jämföras med historisk vardagsfunktion för att betraktas som tillförlitligt. Eftersom kognitiva svårigheter är vanliga i den psykiatriska populationen kan prestations-nedsättningar som återfinns i tester inte specifikt indikera närvaro/frånvaro av ADHD.

För att säkerställa en viss samsyn och likriktning ska ett begränsat antal skattningsskalor och strukturerade intervjuer användas i regionen. Dessa ska uppfylla rimliga vetenskapliga krav. Det är emellertid alltid klinikerns bedömning om dessa ska kompletteras med ytterligare instrument.

"De enskilda diagnostiska instrumenten utgör inte ensamma tillräckligt underlag för diagnos, utan ska alltid vägas ihop med övriga utredningsresultat i en konsensusdiagnos (kan också benämnas LEAD; Longitudinal Observation by Experts using All Data)." (SBU, 2013)

Metoder och instrument som ska ingå:

- Noggrann *anamnestisk intervju* med patient och i möjligaste mån närstående (partner, förälder syskon etcetera). *En klinisk bedömning av kognitiva funktioner* sker med utgångspunkt bland annat i utbildningsanamnes för ställningstagande till behov av senare formaliserad testning med WAIS IV.
- Skattningsskala symtomkriterier – [ASRS](#), utan skuggning. Beakta särskilt de 6 kriterier i del A. Dessa är mer viktade vad gäller ADHD diagnos än övriga 12 i del B

- Skattningsskalor funktion – förslagsvis [WFIRS-S](#) Denna är ännu inte validerat instrument, men bedöms som nödvändig för att understryka vikten av systematiserad funktionsbedömning.
- Sammanvägd *differentialdiagnostisk bedömning* i tvärprofessionell dialog.

Komplettera vid behov till exempel med:

- Strukturerad intervju [DIVA](#) – denna är inte heller validerad i dagsläget, men arbete pågår. Används för att säkerställa tillförlitlighet av diagnostiska kriterier.
- Datoriserat uppmärksamhetstest av *CPT-typ* – detta kan inte ses som avgörande, men är användbart på grund av dess korta administrationstid.
- *Psykologiskt testbatteri WAIS IV* – används huvudsakligen för att bedöma begåvningsnivå, men kan även förstärka uppgifter vad gäller arbetsminnessvårigheter eller andra exekutiva svårigheter.
- Andra professioners bedömningskompetens - ska alltid beaktas vid mer komplicerade ärenden (se andra stycket ovan samt nivåbaserad utredningsmodell nedan).

I förekommande fall och med stark indikation eller oklarhet kan ytterligare lämpliga och riktade psykologiska test användas. Det kan även vara aktuellt med olika typer av hjärnabbildningar, endokrinologiska konsultationer etc. Detta ska emellertid noggrant motiveras i varje enskilt fall.

För de patienter som har andra psykiatriska tillstånd och/eller somatiska tillstånd där patienterna medicinerar ska ställningstagande göras i vilken omfattning denna påverkar utredningens tillförlitlighet.

Drogfrihet under utredning

Diagnostik av adhd vid samtidigt skadligt bruk bör göras när individen är drogfri. Delar av utredningen kan genomföras redan innan drogfrihet etablerats. Viss tid av drogfrihet rekommenderas inför vissa moment och tester där tillförlitligheten kan påverkas. När drogfrihet är svårt att uppnå kan man behöva skraddarsy adhd-utredningen. Beslut kan ibland tas om att genomföra utredning utan att drogfrihet uppnåtts. Betoning läggs då på noggrann kartläggning och anamnesupptagning.

Nivåbaserad utredningsmodell

För att tydliggöra att olika patienter kräver olika mycket utredningsinsatser för att kunna säkerställa tillräcklig diagnostisk säkerhet presenteras en nivåbaserad utredningsmodell. Denna ska inte sammanblandas med graden av svårigheter som patienten har i vardagen (se Sammanfattning Diagnostisk utredning ovan).

Bas

Vid tydliga symtom samt ingen eller välkontrollerad samsjuklighet och tydlig funktionsnedsättning kopplad till symtomen, krävs ingen omfattande utredning. För att fastställa diagnos med hög säkerhet måste uppgifter bedömas som klart tillförlitliga. Inte heller då det klart framgår att symtomatologin med största sannolikhet bättre kan förklaras av

någon annan psykiatrisk problematik, till exempel vid symtomdebut i medelåldern, då ju inte tillståndet kan anses vara utvecklingsrelaterat. Utredningen görs av läkare och psykolog där eventuellt behov av insatser ifrån andra yrkesgrupper avgörs i varje enskilt fall.

Medel

Patienter som uppvisar en mer komplex symtombild, till exempel med indikationer på andra psykiatriska tillstånd där symtom överlappar ADHD-relaterad symtomatologi eller psykosociala svårigheter, kan behöva en mer fördjupad utredning än vad som är möjligt på basnivå. Ofta behövs tydliga differentialdiagnostiska avvägningar. Utredning görs huvudsakligen av läkare och psykolog, men kan kräva klargörande utredningsinsatser av kurator, sjuksköterska, arbetsterapeut eller

Extra

Denna utredningsnivå gäller individer med en uttalad komplex problematik som kan omfatta svårbedömd samsjuklighet, uppmärksamhets- och inlärningsproblem samt begränsningar i begåvningsnivå. Även omfattande missbruk sedan tidig ålder som komplicerar bilden och där misstanke om pågående missbruk kan äventyra säkerheten i utredningen. Vid uttalad komplex problematik kan det krävas omfattande insatser av andra professioner, samarbete över förvaltnings- och myndighetsnivå och kanske även andra behandlingsinsatser innan en klarare bild framträder.

Behandling/Åtgärder

Målet med behandlingen är att reducera symtom och höja funktionsnivån hos individen som därigenom kan få en bättre livskvalitet. Behandlingen anpassas utifrån livssituation, symtombild, samsjuklighet och individuella förutsättningar.

För en del individer kan begränsade insatser vara tillräckliga för att tillfredsställande funktion och livskvalitet kan uppnås. För andra krävs omfattande behandling och åtgärder för att öka funktion och minska lidande.

Vid behandling av vuxna individer med ADHD så bör psykoedukation inleda insatserna följt av farmakologisk behandling och vid behov kompletteras med kognitiva hjälpmedel, psykosociala insatser och/eller behandling i grupp eller individuellt.

Ett nivåbaserat synsätt bör prägla behandlingen så att många individer erbjuds psykoedukation och farmakologisk behandling. Därefter bör ställningstagande göras i vilken mån övriga åtgärder eller behandlingsinsatser ska initieras. För rimlig resursanvändning bör *endast ett fåtal erhålla omfattande insatser ifrån flera professioner.*

Även vad gäller behandling och åtgärder uppmuntras användning av en tydliggörande modell i form av: *Bas*; *Medel*; och *Extra*, enligt ovan utredningsmodell. På grund av omfattande lokala skillnader i organisation och metodval bedöms det inte vara genomförbart att på regional nivå ha mer detaljerade rekommendationer.

Som för alla med kontakt med psykiatrin ska särskilt *minderåriga barn* uppmärksammas enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Patientsäkerhetslagen (PSL).

Psykoedukation

I dagsläget sker information och bearbetning av att få sin diagnos på olika sätt och i olika omfattning. Flera professioner informerar, diskuterar och stödjer patienter i individuella kontakter. På en del mottagningar finns det gruppverksamheter, men det kommer inte alla till del. Vi vill därför i detta dokument föra fram en ambition att erbjuda alla som får diagnosen ADHD en patient- och anhörigutbildning.

Farmakologisk behandling

”Läkemedelsbehandling av ADHD ska ses som en del i ett behandlingsprogram.

- Individuellt anpassade behandlingsmål ska beskrivas innan läkemedelsbehandlingen påbörjas.
- Innan läkemedelsbehandling inleds bör:
 - förutsättningarna för god följsamhet till behandlingen och behovet av stöd eller hjälpmedel beaktas
 - patient, och i förekommande fall, närstående och andra viktiga närstående, utbildas och informeras om läkemedelsbehandlingen
 - skattnings avseende tillståndets svårighetsgrad genomförs.”
(Läkemedelsverket, 2009)

Individualiserad behandling ska beslutas utifrån:

- Samsjuklighet, både somatisk och psykiatrisk
- Annan pågående medicinering
- Missbruk*
- Dygnsrytm
- Patientens egna önskemål
- Livsomständigheter: vilka krav finns med avseende på arbete, studier, familj
- *Fortsatt kontroll av missbruksfrihet. Drogskanning enligt intervall på ordination från läkare. Små recept med korta intervall kan med fördel ges; alternativt bör dispensering av läkemedel övervägas.

Rekommenderade läkemedel

Metylfenidat och atomoxetin är de läkemedel vi har som förstahandsalternativ.

Flertalet av de läkemedel som används för behandling av ADHD hos vuxna saknar vuxenindikation i Sverige. Var god se webbaserad FASS för aktuella uppgifter.

Långverkande substanser

- Metylfenidat
- Lisdexamfetamin
- Atomoxetin

Kortverkande substanser

- Metylfenidat
- Dextroamfetamin
- Amfetamin

Andra läkemedelsalternativ

Viktigt att notera:

Användning av nedanstående preparat används i andra länder och finns i deras nationella riktlinjer, men saknar indikation för ADHD i Sverige. De kan användas kliniskt, men förutsätter mycket god kunskap om ADHD och preparatens egenskaper.

- **Bupropion** är den substans som är mest beprövad i internationella sammanhang som alternativ och har i vissa fall har relativ god effekt dock ej i paritet med centralstimulantia och atomoxetin.
- **Modafinil** är ett vakenhetsreglerande läkemedel som använts vid narkolepsi och som kan användas till uppmärksamhetsstörning. Dokumentationen är dock bristfällig.
- **Klonidin** (alfa-agonist) kan vara ett alternativ hos patienter med ADHD där det föreligger uttalad hyperaktivitet eller individer med tics och allvarliga sömnstörningar.
- **Atypiska antipsykotika** (risperidon, quetiapin och aripiprazol) hos individer med samsjuklighet med avseende på autism och mental retardation kan dessa läkemedel ha en god effekt på kärnsymtomen vid ADHD.

Dosering

- **Metylfenidat.** Börja med låg dos och öka en gång i veckan. Morgondos ska vara optimerad innan eventuellt tillägg görs senare på dygnet. Varje metylfenidatpreparat ska prövas fullt ut innan byte genomförs. Viktigt med individuellt anpassad dosering. Målet är god effekt och så lite biverkningar som möjligt.
- **Atomoxetin.** Rekommenderad startdos är 40 mg, men i klinisk praxis brukar man börja med lägre dos, vilket minskar biverkningar. Individuellt anpassad doshöjning. Atomoxetin är att föredra vid komplicerad ångest, missbruksproblematik, tics, känd stabil psykosjukdom och svåra sömnstörningar.
- **Lisdexamfetamin.** Startdos 30 mg, maxdos 70 mg. Finns i styrkorna 30 mg, 50 mg och 70 mg.
- **Licenspreparat (t ex dextroamfetamin och amfetamin)**

Se behandlingsrekommendationer på Läkemedelsverkets hemsida: [Läkemedelsbehandling av ADHD](#)

Graviditet och amning

Nedanstående information har tagits ur FASS. Kompletterande obunden och aktuell information kan också hämtas ur Janusinfo: www.janusinfo.se/

Metylfenidat:

Graviditet

Det finns en begränsad mängd data från behandling av gravida kvinnor med metylfenidat. Fall av neonatal kardiorespiratorisk toxicitet, specifikt fetal takykardi och andnöd har rapporterats i spontana fallrapporter.

Djurstudier har endast gett bevis för reproduktionstoxikologiska effekter vid doser som är toxiska för modern.

Metylfenidat rekommenderas inte under graviditet om inte ett kliniskt beslut tas att senareläggning av behandlingen kan utgöra en större risk för graviditeten.

Amning

Metylfenidat har påvisats i bröstmjolk hos en kvinna som behandlats med metylfenidat.

Ett fall av ospecificerad viktnedgång under exponeringsperioden har rapporterats hos ett spädbarn, som dock hämtade sig och gick upp i vikt när modern avbröt behandlingen med metylfenidat.

En risk kan inte uteslutas för barn som ammas.

Ett beslut måste tas huruvida man ska avbryta amningen eller avbryta/avstå från behandling med metylfenidat med hänsyn taget till fördelen av amning för barnet och fördelen av behandling för kvinnan.

Atomoxetin

Graviditet

Djurstudier tyder inte på direkta skadliga effekter vad gäller graviditet, embryonal-fosterutveckling, förlossning eller utveckling efter födsel. Data från behandling av gravida kvinnor är begränsade. Data är otillräckliga för att indikera ett samband eller avsaknad av samband mellan atomoxetin och negativa utfall vid graviditet och/eller amning. Atomoxetin ska inte användas under graviditet såvida inte den eventuella nyttan överväger riskerna för fostret.

Amning

Atomoxetin och/eller dess metaboliter utsöndras i mjölk hos digivande råttor. Det är inte känt huruvida atomoxetin utsöndras i human modersmjölk. Eftersom data saknas bör användning av atomoxetin under amning undvikas

Uppföljning hos sjuksköterska vid farmakologisk behandling

Besök hos sjuksköterska innan insättning:

- Kontroll av blodtryck, puls och vikt.
- Övervakad drogscreening .
- Lab-prover enligt analyspaket **LANY** rekommenderas: LPK, EPK, TPK, EVF, MCV, MCHC, Kobalamin, Folat, Kalium, Kalcium, Natrium, ASAT, GT, Kreatinin, Hb, B-glukos, HbA1C, T4, T3, TSH, CDT, PETH.
- [ASRS](#) och [WFIRS-S](#) skickas ut med kallelse.

Läkarbesök ska ligga nära i tid efter sjuksköterskebesök, gärna sambokning, dvs sjuksköterska 30 min innan läkarbesök. Läkare tar ställning till insättning efter resultat av kontroller, provtagningar och screeningar.

Uppföljning hos sjuksköterska under och efter insättning, enligt läkemedelsverkets riktlinjer:

- En vecka efter insättning/dosjustering kontrollerar sjuksköterskan puls, blodtryck, vikt, eventuella biverkningar och effekt.
- Efter insättningsfasen följs patienten hos sjuksköterska var 3:e månad avseende puls, blodtryck, vikt, eventuella biverkningar och effekt det första halvåret.
- Fungerar medicineringen väl följs patientens kontroller sedan upp var 6:e månad.

Dosjusteringar via sjuksköterska görs i samråd med och på ordination av läkare.

Efter ett års behandling bör patienten bokas in hos läkare för utvärdering och bedömning av fortsatt medicinering.

Övrigt

- Patienter, framförallt de över 40 år, bör noggrant intervjuas avseende somatisk sjukdom. Läkare avgör vid första undersökningstillfället om kontakt ska tas med närsvård/somatisk vård.
- [Skattningsskalor ASRS](#), [WFIRS-S](#) bör användas i samband med uppföljning.

Psykosociala insatser

Social funktionsförmåga

Den sociala funktionsförmågan omfattar personens förmåga att fungera och vara i *social växelverkan* med andra. Den omfattar:

- relationer till närstående
- att ha ansvar för dem som står en nära
- fungerande sociala relationer (nätverk)
- delaktighet i samhället (bland annat fritid och fritidsintressen med andra individer)

Att ha en funktionsnedsättning som ADHD kan påverka en individs sociala situation och kan medföra att individen upplever ett försämrat psykiskt mående och upplevelse av försämrad livskvalitet. Detta perspektiv ska naturligtvis alla professioner beakta, samtidigt som kuratorn har ett särskilt ansvar att bevaka detta perspektiv

Psykosocial bedömning

En mer fördjupad bedömning bör göras av kurator då man upptäcker eller misstänker *omfattande* problem i nätverket runt en individ, oavsett om det berör patienten eller om man är närstående. Det kan exempelvis vara vid sorger och kriser, relationsproblematik, svårigheter på arbetsplatsen med arbetskamrater eller bristande samhällsstöd.

Tillsammans med en patient eller närstående görs en psykosocial bedömning av kurator. Den omfattar bland annat personens eller familjens tidigare och nuvarande situation samt framtidsperspektiv.

Psykosocial behandling

Behandlingen ges av kurator till patienter med ADHD, individuellt, i par, familj eller i grupp. Det kan röra sig om:

- motivationsarbete
- krissamtal
- psykosomatisk- stresshantering
- bearbetande samtal
- närståendesamtal

Behandlingen kan efter bedömning kombineras med:

- samhällsinformation
- sociala åtgärder
- rådgivning
- socialjuridisk information
- ekonomisk vägledning

Samverkan

Inom vården behöver vi samverka för att individer med diagnosen ADHD ska få en god behandling, även vid övergångarna från en vårdgivare till en annan. Detta gäller både vid utomlänspatienter som ska fortsätta behandling och vid övergångar som exempelvis från Barn och ungdomspsykiatri till Vuxenpsykiatri.

Varje vårdinstans bör ha rutiner för samverkan vid överremittering från en vårdinstans till en annan för att individens behandling ska kunna fortgå som tidigare utan avbrott. Alla yrkeskategorier på mottagningen hjälps åt med detta.

Vårdgrannar

- Närsjukvården, Handläggningsöverenskommelse (HÖK)
- Habiliteringen, övergripande överenskommelse
- BUP/UPM
- Heldygnsvården
- Privata vårdgivare

Samverkanspartners

- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Kommunerna
- Arbetsgivare
- Skola, skolhälsovård
- Individsamverkansteamet

Samordningsplan för stöd och rehabiliteringsinsatser

Region Halland och kommunerna i Halland har ett länsövergripande avtal om ansvarsfördelning och samordning av insatser till individer som behöver stöd från samhället på grund av sin psykiska funktionsnedsättning. Vid behov och om individen så önskar ska parterna, enligt lag, gemensamt upprätta en *Samordningsplan för stöd och rehabiliteringsinsatser*. Verktöget för detta är: *Samordnad individuell plan (SIP)*.

Aktivitetsbedömning

En arbetsterapeutisk bedömning kallas för *aktivitetsbedömning* och kartlägger helhetsbilden av patientens praktiska fungerande i vardagen och täcker områdena *personlig vård*, *boendeaktiviteter*, *arbete/sysselsättning/studier*, *fritid* och de *sociala komponenter* som ingår i alla ovan nämnda områden. Kartläggningen har som syfte att uppmärksamma vilka *funktionsnedsättningar*, *funktionshinder* och *omgivningsfaktorer* som förekommer; samt huruvida dessa orsakar *aktivitetsbegränsningar* och *delaktighetsinskränkningar*.

Funktionsnedsättning, funktionshinder, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkningar är några av de begrepp som ingår i *ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health*, på svenska *Klassifikation för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. ICF används internationellt och är ett komplement till diagnosklassifikationer där de funktionshinder som uppstår som en effekt av sjukdomstillstånd beskrivs.

Funktionsnedsättning används för att beskriva en nedsättning av fysisk, psykisk och intellektuell förmåga medan *funktionshinder* används för att beskriva den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. *Omgivningsfaktorer* utgörs av den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken individen lever och verkar. Begreppet *aktivitetsbegränsningar* används när individen har svårigheter med att utföra vardagliga uppgifter och handlingar. *Delaktighetsinskränkningar* är problem individen kan uppleva i engagemanget i livssituationer, när hon är hindrad i att delta i olika sammanhang och att inneha olika roller.

För patientgruppen ADHD observeras särskilt *kognitiva funktionshinder* vid *organisering*, *planering*, *tidsuppfattning*, *uppmärksamhet*, *arbetsminne* och *aktivitetsbalans* mellan arbete, vila och fritid. Bedömningen utförs genom självskattningsinstrument, intervju och observation i aktivitet. *Bedömningen* utgör framförallt grunden för den arbetsterapeutiska *behandlingen* och är i sig ingen diagnostisk utredning, men kan vid behov användas som *komplement* vid fördjupad diagnostik.

Arbetsterapeutiska behandlingar och åtgärder

Behandlingar och åtgärder utgörs av:

- hjälpmedel för kognitivt stöd
- färdighetsträning
- anpassning av omgivningsfaktorer

Hjälpmedel för kognitivt stöd har som syfte att underlätta planering, organisering och tidsuppfattning, allt för att vardagen ska flyta på så smidigt som möjligt. Hjälpmedel kan t ex vara elektroniska kalendrar, appar med kalenderfunktioner och planeringsverktyg, påminnelse-system, mindmaps och visuella timers. Vissa hjälpmedel som t ex förenklade manualer, checklistor och veckoscheman kan skapas av arbetsterapeuten tillsammans med patienten. Tyngdtäcken är hjälpmedel med rogivande syfte. De används till avspänning för

att lättare komma till ro, minska ångest och oro, till att förkorta insomningstiden och för att få en längre sammanhållande sömn.

Hjälpmiddel kombineras ofta med *färdighetsträning*. Det kan handla om att lära sig uppskatta och beräkna tid, att planera veckans dagar för att underlätta igångsättnings svårigheter och få en rimlig balans på aktiviteter, att lära sig strategier för att kunna skapa rutiner och behålla vardaglig struktur. Arbetsminnesträning kan erbjudas för att förbättra koncentration och minne i vardagen.

Anpassning av omgivningsfaktorer är också ett komplement. Där är det oftast hemmets miljö som är i fokus, att guida patienten till att skapa och behålla en bättre fysisk struktur i hemmet. Patienten lär sig hur hon kan använda checklistor och steg för steg instruktioner med syfte att göra vardagslivet mer hanterbart och mindre energikrävande.

Funktionen med arbetsterapi i teamet kan sammanfattas med att det *är länken mellan funktionshinder och ett aktivt fungerande vardagsliv*, att bistå patienten med att få de vardagliga aktiviteter och roller som patienten vill ha att fungera.

Psykologisk behandling

"Många olika insatser och behandlingar, förutom läkemedel, används idag, men kunskapen om deras nytta, risker och kostnader måste förbättras. Vi har identifierat 30 olika behandlingsmetoder som används vid ADHD. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekterna i samtliga fall. Kognitiv beteendeterapi kan ha effekt när det ges som tilläggsbehandling till vuxna med ADHD som har kvarstående symtom trots läkemedelsbehandling. Detta måste dock bekräftas i oberoende studier." (SBU, 2012)

Fram till nyligen har det funnits få psykologiska behandlingsmetoder särskilt utvecklade för denna grupp. I dag finns ett fåtal strukturerade behandlingsmodeller för vuxna med ADHD. Dessa har huvudsakligen kognitivt beteendeinriktade utgångspunkter och bedrivs både individuellt och i grupp. Genomförda studier visar goda resultat för flera av dessa modeller, men kan på grund av bristen på studier ännu inte betraktas som evidensbaserade.

Eftersom enbart farmakologisk behandling av ADHD ofta inte leder till tillräcklig symtomfrihet och funktionsökning, ska komplementära behandlingsmetoder utvecklas och utprövas i patientgruppen. Psykologisk behandling inriktas inte bara på kärnsymtomen i ADHD. Man behöver även arbeta med de svårigheter som finns samtidigt, i form av till exempel ångest och depression. De metoder som används för andra patientgrupper med dessa svårigheter kan behöva anpassas till de speciella förutsättningar som gäller för individer med ADHD.

Det är inte försvarbart ur ett prioriteringsperspektiv att samtliga individer som får diagnosen ADHD ska genomgå riktad psykologisk behandling. Erfarenheten av de senaste åren av psykologisk behandling av ADHD i regionen, visar också att det bör vara flera olika tillgängliga behandlingsmodeller.

Tillgängliga modeller bygger dels på kunskap om tillståndet ADHD; praktiskt konkreta strategier att träna organisering, tidsplanering, minska distraherbarhet mm; kombinerat med mer psykologiska strategier i form av kognitiv restrukturering, känslö- och impulsreglering och generellt ökad självkännet. De olika modellerna har olika inneboende skillnader vad gäller omfattning av olika moment och var tyngdpunkten ligger, men evidensläget är sådant att det inte går att favorisera någon modell framför någon annan.

Fysioterapeutiska åtgärder

Det har erfarenhetsmässigt visat sig att flera patienter med ADHD diagnos har varit mycket hjälpta av olika psykiatrisk fysioterapeutiska interventioner som t ex basal kroppskännet. Forskningsläget är emellertid bristfälligt och det finns inte heller några evidensbaserade metoder, särskilt utvecklade för ADHD. Däremot finns det kliniska erfarenheter att många med ADHD är hjälpta av insatser riktade mot att få ro i kroppen; få balans i det autonoma nervsystemet; samt att erövra aktivitetsförmåga. Detta görs genom rörelser och kontakt. Även när det gäller åtgärder inom detta område är det rimligt, med aktuell resursfördelning, att endast ett fåtal med diagnos ADHD bör beredas plats för fysioterapeutiska åtgärder och att det bör utvecklas fler gruppbaseade modeller.

Behandling vid samsjuklighet

Rubriken är gemensam för alla behandlingsinsatser och åtgärder. Generell princip bör vara att behandla det svåraste tillståndet först, vid psykos, missbruk, mani, svår depression, bipolär depression, varefter behandlingsbehov utvärderas för nytt ställningstagande. Emellertid kan man avvakta behandling av lättare ångesttillstånd eller nedstämdhet till dess att ADHD-specifik behandling har påbörjats och optimerats. I synnerhet när det gäller svårare tillstånd av ADHD. Det är inte säkert att komplementär behandling behöver genomföras efteråt, då självkänsla kan ha ökat, stabilare känsloreglering uppnåtts och rastlöshet minskat.

Eftersom flera andra psykiatriska tillstånd kan likna ADHD kan det också vara så att en behandling av ångest, depression eller stressrelaterade besvär kan minska koncentrationssvårigheter, rastlöshet och impulsivitet, varpå naturligtvis förnyat ställningstagande till ADHD diagnos bör göras.

Vad gäller behandling av individer med samsjuklighet av autismspektrumstörning eller begåvningsnedsättning så måste särskild hänsyn tas för att anpassa såväl farmakologisk som icke-farmakologisk behandling. När det gäller farmakologisk behandling så finns stora individuella skillnader när det gäller förhållandet effekt och biverkningar för individer med autismspektrumstörning. I synnerhet bör man vara observant på ökning av ritualiserat och stereotyp beteende. För bägge dessa grupper kan det vara svårt att utvärdera effekter i de fall det finns omfattande kommunikationssvårigheter.

Intyg

Nedanstående utdrag ifrån regionövergripande dokument [Intyg](#)

Åtgärder och undersökningar utan samband med sjukdom är åtgärder utanför Hälso- och sjukvårdslagen. Intyg är en sådan åtgärd. Denna typ av vård är inte subventionerad med offentliga medel till skillnad från den vård som regleras enligt Hälso- och sjukvårdslagen. I princip ska avgift för intyg tas ut med den faktiska kostnaden för åtgärden. Avgiften tas ut oavsett vilken yrkeskategori som utför åtgärden. Vid ett besök för att få ett intyg utskrivet tas bara avgift ut för intyget eftersom patienten inte söker för sjukdom.

Bilaga 1: [Självskattningsskala ASRS](#)

Bilaga 2: [Diagnostisk intervju vuxna - DIVA](#)

Bilaga 3: [ADHD - Remissmall](#)

Bilaga 4: [WFIRS-S](#)

Uppdaterat från föregående version

2024-01-03: Ny text och rubrik "Drogfrihet under utredning".

2015-02-20: Överfört och vidareutveckling av tidigare "Vårdprogram för vuxna patienter med neuropsykiatriska funktionshinder"