

Regional medicinsk riktlinje

Adhd – upptäckt, utredning och behandling hos barn och ungdomar

Förändringar sedan föregående version

Riktlinjen har bytt namn från tidigare ”Attention deficit hyperactivity disorder (adhd) hos barn och ungdomar”. Innehållet är reviderat i relation till rapporten Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser barn och unga 0–17 år i VGR, VIP adhd samt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism. Centrala förändringar bygger på koncept för stegvis vård d.v.s. att insatser erbjuds på lägsta effektiva interventionsnivå utifrån patientens förutsättningar. Insatser kan ges på flera nivåer parallellt. (Se [RMR Barn och unga med tecken på psykisk ohälsa - omhändertagande inom vårdval vårdcentral och vårdval rehab](#))

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Innehållsförteckning	1
Syfte	2
Huvudbudskap	2
Vårdsnivå och samverkan	2
Bakgrund	2
Indikatorer och målvärden.....	3
Utredning.....	3
Behandling.....	5
Remissrutiner	6
Klinisk uppföljning	6
Patientmedverkan och kommunikation	6
Uppföljning av denna riktlinje	7

Innehållsansvarig	7
Referenser	7
Relaterade dokument	7
Bilaga 1: Utredning.....	8
Bilaga 2: Behandling.....	10
Bilaga 3: Adhd vid samtidigt skadligt bruk - beroende	13

Syfte

Att ge klinisk vägledning avseende initial kartläggning, tidiga insatser, utredning, diagnostik och behandling för barn och ungdomar med ett varaktigt mönster av bristande uppmärksamhet och/eller aktivitetsreglering som medför nedsatt funktion i vardagen. Att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård i hela Västra Götalandsregionen.

Huvudbudskap

- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (adhd) är en utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse där tidiga insatser har betydelse för framtida funktion.
- Samsjuklighet med andra tillstånd förekommer ofta.
- Insatser ska anpassas utifrån barnets behov, mognad och ålder.
- Samtidiga och samordnade insatser av psykoedukation, föräldrastöd, miljöanpassning och medicinering rekommenderas.
- Samverkan med familj, förskola/skola, och kommun är grundläggande.
- Vänta inte på utredning och diagnos, sätt in insatser när behov identifieras och fortsätt enligt stegvis modell.

Vårdnivå och samverkan

Det långsiktiga vårdbehovet för personer med adhd varierar. Ofta föreligger behov av insatser på flera områden och vårdnivåer utifrån principen om personcentrerad vård. Samverkan är avgörande liksom tillgången till en fast vårdkontakt. Samordning är särskilt viktigt då det finns samsjuklighet. [Regional riktlinje - Dokumenterad överenskommelse - Patientkontrakt inom hälso- och sjukvård](#)

Bakgrund

Diagnos

Diagnostisk bedömning görs enligt DSM-5. Klassifikation sker enligt ICD-10, se [VIP adhd barn och unga - Utredning](#)

Symtom

Adhd är en utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse som yttrar sig genom bristande förmåga att reglera uppmärksamhet, aktivitetsnivå och impulsivitet med hänsyn tagen till ålder, utvecklingsnivå och miljö. Symtom ska visa sig i olika sammanhang före 12 års ålder. De kan variera i uttryck och det är vanligt med associerade svårigheter avseende exekutiv funktion och känsloreglering. Adhd med enbart bristande uppmärksamhet tenderar att uppmärksammas senare om det inte finns andra samtidiga funktionsnedsättningar. Symtombilden kan variera över tid, men problem finns ofta kvar i vuxen ålder. Se även [VIP adhd - om tillståndet](#)

Samsjuklighet och differentialdiagnostik

Vid misstanke om adhd skall samsjuklighet och differentialdiagnostik bedömas.

Exempel på tillstånd som bör beaktas: inlärningssvårigheter (inklusive intellektuell funktionsnedsättning), språk- och kommunikationssvårigheter (inklusive dyslexi), somatiska tillstånd och syndrom, motoriska svårigheter, autismspektrumtillstånd, tics, trotssyndrom och uppförandestörning, tvång, depression, ångesttillstånd, traumarelaterade symptom, skadligt bruk och beroende [Bilaga 3: Adhd vid samtidigt skadligt bruk - beroende](#)(bilaga 3).

Indikatorer och målvärden

- Andel barn med diagnos F90 där barnet eller deras närstående under de senaste 12 månaderna har erhållit psykoedukativ behandling (DU023, DU028 och/eller GB010).
- Andel personer 0–18 år med diagnos F90 som under de senaste 12 månaderna erhållit läkemedel (NO6BA).
- Andel personer 0–18 år med diagnos F90 som under de senaste 12 månaderna erhållit SIP (AU124).

Utredning

Upptäckt och tidiga insatser

En initial kartläggning av barnets situation görs då svårigheter att reglera uppmärksamhet, aktivitetsnivå och impulsivitet uppmärksammas. Överväg även alternativa förklaringsmodeller till svårigheterna. För barn i förskoleålder beaktas särskilt att symtombilden för olika funktionsrelaterade utvecklingsavvikelser i hög grad överlappar. Grundläggande stödinsatser ska erbjudas och utvärderas ([bilaga 2](#)). Vid tydlig symtombild och hereditet för utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser bör remiss för vidare utredning övervägas parallellt med stödinsatser. Rekommenderade första insatser är anpassningar och stöd i hem, förskola och skola samt eventuell behandling vid lindrig psykisk ohälsa. Kognitiva hjälpmedel och strategier kan med fördel prövas. Samverkan mellan kommun och region genomförs utifrån behov. I de fall

adhd frågeställning kvarstår sammanställs kartläggningen som underlag för remiss till utredning.

[VIP adhd barn och unga-stegvis vård](#)

[Stöd vid remisskrivning till barn- och ungdomspsykiatri \(BUP\) för vårdgivare](#)

[Stöd vid remisskrivning till BUP vid NPF. Elevhälsan](#)

[VGR Barnuppdraget 0-17år](#)

Diagnostiska rekommendationer

Enheter som utreder adhd hos barn och ungdomar bör ha god kompetens inom barn- och ungdomspsykiatri, utvecklingspsykologi och neuropsykologisk testning. Vid bedömning av symtom hos förskolebarn och barn på tidig nivå måste hänsyn tas till barnets utvecklingsålder. Om barnet är under 5 år är diagnosen Uppmärksamhetsstörning UNS att föredra, med rekommendation om uppföljning runt skolstart om svårigheterna kvarstår.

Utredning genomförs i team av läkare och psykolog med relevant kompetens och erfarenhet. Beroende på frågeställning kan andra professioner behövas, t.ex. arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped, socionom och specialpedagog.

En utredning vid misstanke om adhd bör innehålla följande ([se även bilaga 1](#)):

- Genomgång av tidigare journaler och annat underlag
- Medicinsk utredning
- Kartläggning av tidigare och aktuella psykosociala omständigheter
- Utredning av barnets kognitiva förmågor och funktion i vardagen
- Kartläggning av historik och aktuell situation från förskola/skola
- Bedömning av eventuell psykiatrisk samsjuklighet
- Differentialdiagnostiskt övervägande
- Bedömning av svårighetsgrad
- Rekommendation av lämpliga insatser

Utredningen ska leda till en samlad bedömning av barnets symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå, livssituation och eventuell samsjuklighet. Vid diagnos beskrivs adhd i tre kategorier: huvudsakligen bristande uppmärksamhet, huvudsakligen hyperaktivitet/impulsivitet eller kombinerad form. Aktuell svårighetsgrad specificeras som lindrig, medelsvår eller svår. Utredningens olika delar journalförs i en skriftlig sammanfattning, som kan lämnas till föräldrar och inremitterande. Utredningen presenteras för patient, föräldrar och efter samtycke, för personal inom förskola/skola och andra relevanta verksamheter. Presentationen ska anpassas utifrån mottagarens förutsättningar. Rekommenderade åtgärder formuleras i en vårdplan så att de kan följas upp. [VIP adhd- utredning](#)

Åtgärds-koder vid utredning

AU006 Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik

AA085 Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument

AA060 Neuropsykologisk utredning

Behandling

Behandling för adhd planeras i samråd med patient och förälder. Individuell vårdplan upprättas och utvärderas regelbundet. Målsättningen är att utifrån barnets symtom och funktionsnedsättningar erbjuda behandlingsinsatser för att främja utvecklingen. Insatserna ska vara problem- och lösningsfokuserade, med psykoedukativ inriktning. Ofta behövs insatser från olika professioner som samverkar. Rekommenderade insatser för barn i förskoleålder är psykoedukation och stöd till föräldrar samt miljöanpassning. Barn i skolålder kan även behöva medicinering och individinriktade psykoedukativa insatser. Eftersom barn är under utveckling behöver åtgärder utvärderas och anpassas kontinuerligt.

Psykoedukation och föräldrautbildning

Grundläggande föräldrautbildning om diagnosen bör erbjudas efter utredning, individuellt eller i grupp. Psykoedukativ behandling kan även erbjudas för specifika beteendesvärigheter eller tilläggsproblematik. Föräldrar behöver fortsatt tillgång till råd och stöd under barnets uppväxt. Äldre barn/ungdomar bör erbjudas egna insatser. I skolan kan elevhälsoteam ge stöd att planera anpassningar och andra åtgärder. Se vidare [bilaga 2](#). och [VIP adhd-föräldrastödsprogram](#)

Läkemedelsbehandling

Vid medelsvår till svår adhd bör läkemedelsbehandling erbjudas parallellt med övriga insatser. Vid lindrig adhd bör läkemedel övervägas om övriga insatser inte medfört minskning av symtom. Av de läkemedel som är godkända för behandling av adhd är Metylfenidat förstahandsalternativ. Indikation finns för medicinsk behandling av barn och ungdomar 6–17 år, enligt FASS. Forskrivning utanför indikation bör handläggas av erfaren specialistläkare. Se vidare [bilaga 2](#).

[VIP adhd läkemedelsbehandling](#)

[Behandlings-rekommendation- Läkemedelsverket](#)

Kognitivt och praktiskt stöd

Barn med adhd har behov av olika insatser för att underlätta sin vardag exempelvis lämpligt stöd kring rutiner, dygnsrytm, tidshantering, fysisk aktivitet, minne, uppmärksamhet och miljöanpassningar. En arbetsterapeut kan vid behov förskriva kognitiva hjälpmedel. Föräldrar och andra berörda behöver vara delaktiga vid utprovning och inträning av hjälpmedel och strategier. Fysisk aktivitet kan minska hyperaktivitet samt öka koncentration och välbefinnande. Se vidare [bilaga 2](#). och [VIP adhd- Behandling och stöd](#)

Psykologisk behandling

Beroende på ålder och mognad kan psykologisk behandling till barnet vara aktuell, individuellt eller i grupp. Beteendeterapeutiska insatser vid adhd fokuserar på färdighetsträning, beteendeförändring, känsloreglering, hantering av vardagslivet samt problemlösning. Se vidare [bilaga 2](#) och [VIP adhd-Behandling](#)

Åtgärds-koder vid behandling

KVÅ: Information och undervisning

DU023	Psykopedagogisk behandling
GB009	Information och undervisning riktad till patient
GB010	Information och undervisning riktad till närstående
DU028	Föräldraträning utifrån manualiserad metod
DT026	Ordnation av läkemedel
DU011	Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Remissrutiner

”En väg in” (EVI) är ett kontaktcenter med uppgift att hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa att hitta rätt i vården. EVI bedömer remisser till barn- och ungdomspsykiatri i VGR. Invånarna kan nå EVI genom telefon eller meddelanden via 1177. Se även Regional medicinsk riktlinje - [Remiss inom hälso- och sjukvård \(vgregion.se\)](#)

Klinisk uppföljning

Riktlinjer för uppföljning av läkemedelsbehandling beskrivs i bilaga 2b. Uppföljning av övriga insatser sker kontinuerligt. Eftersom barn är under utveckling behöver diagnostisk bedömning enligt DSM-5 följas upp regelbundet.

Patientmedverkan och kommunikation

Personcentrering och Patientkontrakt

All sjukvård ska vara personcentrerad och bygga på delat beslutsfattande. Kommunikation ska utformas utifrån mottagarens förutsättningar. Se [Personcentrerat arbetssätt VGR](#) och [Patientkontrakt VGR](#)

Patientinformation

[Adhd - 1177](#)

[Hem - Riksförbundet Attention](#)

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](#)

Uppföljning av denna riktlinje

Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar i samverkan med enheten regional vårdanalys för uppföljning och återkopplar till berörda samordningsråd samt till primärvårdsrådet. Uppföljning sker via de indikatorer som finns beskrivna under riktlinjens rubrik: *Indikatorer och målvärden*.

Innehållsansvarig

Regionalt processteam adhd/AST och Kunskapsstöd för psykisk hälsa kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se har framtagit riktlinjen i samverkan med fleratalet inadjungerade representanter från bland annat primärvård.

Programområde barn och unga, processledare för uppdrag utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar 0–17 år samt representanter utsedda via Primärvårdsrådet, BUP:s Samordningsråd samt kommunal representation som har utgjort referensgrupp.

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2023-00559).

Referenser

[Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism - Socialstyrelsen](#)

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](#)

Socialstyrelsen [Stöd för beslut om läkemedelsbehandling vid adhd](#)

Läkemedelsverket [Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation](#)

Relaterade dokument

Regional rapport: [Sammanfattning slutrapport Uppdrag utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser barn och unga 0-17 år](#)

RMR: [Ansvarsfördelning och samverkan mellan, barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri samt barn- och ungdomshabilitering.pdf \(vgregion.se\)](#)

RMR: [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri.pdf \(vgregion.se\)](#)

RMR: [Barn och unga med tecken på psykisk ohälsa - omhändertagande inom vårdval vårdcentral och vårdval rehab.pdf \(vgregion.se\)](#)

RMR: [Autism Spectrum Disorder \(ASD\) hos barn och ungdomar \(vgregion.se\)](#)

Övriga RMR/regionala medicinska riktlinjer och rutiner Psykisk hälsa: [Psykisk hälsa - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)

Bilaga 1: Utredning

a) Upptäckt och tidiga insatser

I ett tidigt skede, då misstänkta adhd-symtom framkommit men ingen utredning har genomförts, är psykologisk behandling enligt modell för stegvis vård lämplig. De flesta barn med tidiga adhd-symtom har svårigheter med rastlöshet och oro, impulsivitet, självstyrning, koncentrationsförmåga och känsloreglering. Behandling som kan vara aktuell i tidigt skede inkluderar arbete med:

- Vardagliga rutiner och ramar
- Sömn
- Föräldrastöd
- Problemskapande beteenden
- Konflikthantering
- Oro, ångest och nedstämdhet
- Känsloreglering
- Kommunikation och nära relationer

Dessa interventioner har ofta effekt på barnets och familjens mående, även om kärnsymtomen kvarstår. Förälders medverkan är nödvändig avseende barn i alla åldrar, liksom samverkan med förskola/skola.

Symtom hos små barn överlappar mycket mellan olika utvecklingsrelaterade diagnoser, dvs det är svårt att avgöra om bristande aktivitetsreglering/uppmärksamhetssvårigheter verkligen är adhd (särskilt om barnet har svårigheter inom fler områden, kognitivt, språk, socialt, allmän daglig livsföring)

b) Medicinsk utredning

En medicinsk utredning syftar till att undersöka om de aktuella symtomen kan ha annan förklaring än adhd, och till att ta reda på eventuella bakomliggande orsaker. Den medicinska utredningen skall innehålla anamnes och undersökning av somatiskt status.

Anamnes: Anamnesen ska omfatta uppgifter om aktuella somatiska symtom samt ärftlighet, graviditet, förlossning, nyföddhetsperiod, psykomotorisk utveckling, sömn, nutrition, tidigare och nuvarande sjukdomar och vårdkontakter, aktuella läkemedel och eventuella tidigare utredningar. Även kontroll av resultat från undersökningar (exempelvis syn- och hörselundersökning samt tillväxtkurvor) som har genomförts inom barn- och skolhälsovården bör ingå.

Status: Basal undersökning av barnets allmänsomatiska status. I undersökningen ska motoriskt/neurologiskt status, hjärtstatus, längd och vikt ingå.

Beroende på vad som framkommer kan sedan ytterligare undersökningar bli aktuella. Fördjupad utredning bör genomföras i samråd med barnmedicinsk och/eller barnneurologisk kompetens, eller genom remiss till motsvarande enheter.

c) Psykosocial kartläggning

Den psykosociala kartläggningen syftar till att klargöra hur individens levnadsomständigheter har sett ut tidigare i livet och hur de ser ut vid tidpunkten för utredningen. Detta görs för att identifiera faktorer som kan bidra till bedömningen av individens symtom och tillstånd, underlätta differentialdiagnostik samt underlätta utformandet av insatser. Den psykosociala kartläggningen kan ofta till stor del baseras på redan insamlad dokumentation, vilken verifieras i samtal med förälder och barn. Genomgång av allvarligt psykiskt och fysiskt våld, omsorgssvikt samt omfattande skadligt bruk ingår här. I de flesta fall, när inga misstankar om allvarliga psykosociala belastningar föreligger, kan en översiktlig kartläggning vara tillräcklig.

d) Utredning av kognitiva förmågor och funktion i vardagen

Bedömning av kognitiva styrkor och utmaningar liksom av adaptiv funktion i vardagen är relevant vid adhd-utredning både utifrån differentialdiagnostiska överväganden, bedömning av eventuella samtidiga funktionshinder och för planering av vidare insatser.

Adhd förekommer vid alla begåvningsnivåer och det är vanligt med specifika inlärningssvårigheter. Svag teoretisk begåvning och andra inlärningssvårigheter kan också leda till adhd-liknande symtom, om barnet inte får tillräcklig anpassning och stöd. Kognitiva styrkor och utmaningar påverkar barnets motivation och hur symtom visar sig i vardagen. En kognitiv bedömning är därför av värde även i de fall då det inte föreligger misstanke om svag begåvning eller intellektuell funktionsnedsättning. En kognitiv utredning bör belysa:

- Intellektuell nivå
- Verbal förmåga
- Arbetsminne och minne över tid (auditivt och visuellt)
- Visuomotorisk förmåga
- Planering och problemlösningsförmåga
- Igångsättning och fullföljande av uppgifter
- Uppmärksamhet och impulskontroll
- Känsloregering och aktivitetsreglering
- Adaptiv funktion i vardagen (föräldraskattning eller -intervju)

Upplägg av kognitiv utredning bör utgå från vad som behöver kompletteras eller ytterligare verifieras utifrån information från skola och eventuella tidigare kartläggningar. En kognitiv utredning kan vara begränsad till ett fåtal test eller skattningsformulär, men kan också behöva utvidgas om resultaten ger upphov till nya frågeställningar.

Resultaten i den kognitiva utredningen skall bedömas i relation till barnets allmänna funktion i vardagen, i hem och förskola/skola.

Det finns inga enskilda diagnostiska instrument för adhd, men observation av hur barnet hanterar en strukturerad testsituation och dess olika delmoment ger viktig information både för att bedöma styrkor och utmaningar.

e) Information från förskola/skola

Adhd-problematik innebär stora utmaningar för barn i förskole- och skolmiljö, varför det är viktigt att inhämta information om hur barnet fungerar i dessa sammanhang. Informationen insamlas både i syfte att bidra till bedömningen och utredningen, och för att underlätta utformandet av insatser i skolmiljön. En direktkontakt med skolan under utredningen underlättar även fortsatt samverkan.

Informationen bör samlas in i nära anslutning till tidpunkten då utredningen genomförs för att vara aktuell. Information från tidigare förskola/skola inkluderas om möjligt. Följande bör beskrivas:

- Observerbara adhd-symtom eller andra särskiljande beteenden
- Hur barnet fungerar pedagogiskt och inlärningsmässigt
- Hur barnet fungerar i socialt samspel med vuxna och andra barn
- Hur barnet klarar av att anpassa sig till skolmiljön, inklusive raster och fritid
- Hur barnet utvecklas i förhållande till sina jämnåriga
- Åtgärder och anpassningar som har prövats och hur dessa fallit ut

Informationen insamlas genom intervju med eller skriftlig redogörelse från skolpersonal och kan kompletteras med skattningsformulär.

Bilaga 2: Behandling

a) Psykoedukation och föräldrastöd

Efter avslutad utredning och konstaterad diagnos rekommenderas psykoedukation avseende diagnosen och de möjligheter och svårigheter som adhd medför i vardagslivet, (t ex föräldrastödsprogrammet Strategi). Denna ligger till grund för fördjupande samtal där barnets och familjens specifika förutsättningar och behov diskuteras. Psykoedukation skall ges till både förälder/närstående och barnet. Den information som barnet får skall anpassas efter barnets ålder och mognad.

Förälder kan behöva ytterligare stöd för att hantera eventuellt problemskapande beteende och bryta negativa samspelsmönster i familjen, t ex Komet, De otroliga åren eller Collaborative and proactive solutions (CPS). När det gäller behov av praktiskt föräldrastöd rekommenderas samverkan via SIP, t ex med socialtjänst och skola.

b) Riktlinjer vid läkemedelsbehandling

Vid start av medicinsk behandling ska individuellt behandlingsmål formuleras tillsammans med barnet/ungdomen och förälder, vilket dokumenteras i en vårdplan. Första handsval av medicinering är Metylfenidat, andra godkända läkemedel är atomoxetin, lisdexamfetamin, dexamfetamin och guanfacin. Val av läkemedel görs utifrån individuell medicinsk bedömning enligt etablerad modell. Samtliga svårigheter och/ eller medicinska tillstånd vägs tillsammans med hänsyn till individens livssituation, i val av både administrationsform och preparat.

Förekomst av kontraindikationer skall bedömas, för centralstimulantia exempelvis obehandlad psykos/mani, hereditet för eller förekomst av allvarliga hjärtsjukdomar och okontrollerad epilepsi. Barn/ungdom med välkontrollerad epilepsi kan i regel erbjudas läkemedelsbehandling efter konsultation med vederbörande barnneurolog. Vid förekomst av substansbruk behöver en individuell bedömning göras, och medicinsk behandling bör övervägas även för ungdom med sådan samsjuklighet.

Vid samsjuklighet kan parallell behandling behövas, och i vissa fall är medicinsk behandling av adhd inte lämplig innan samsjuklighet har behandlats. Det vetenskapliga underlaget för parallell behandling är ofta begränsat, varför klinisk erfarenhet måste vara vägledande. Vid behov genomförs behandlingen i samråd med specialister inom andra områden, såsom barnneurologi, barnkardiologi eller beroendemedicin.

Anamnes och status inför start av läkemedelsbehandling bör omfatta:

- Aktuella och tidigare psykiatriska, utvecklingsrelaterade och medicinska tillstånd
- Aktuella läkemedel
- Skadligt bruk eller beroende
- Kardiovaskulär ärftlighet
- Kardiovaskulärt status
- Längd och vikt

Strukturerat skattningsformulär, (SNAP-IV eller motsvarande), till skola och förälder används som stöd vid insättning och utvärdering av läkemedelsbehandling. Vid medicinsk behandling rekommenderas gradvis doshöjning med fortlöpande utvärdering av effekt och biverkningar. Måldos kan variera, och den kliniska effekten i förhållande till förekomst av biverkningar bör vara vägledande.

När tillfredställande effekt uppnåtts, kan uppföljning övergå till regelbundna kontroller hos läkare respektive sjuksköterska minst var 6:e månad. Regelbundna läkemedelspauser rekommenderas på exempelvis längre skollov.

<https://www.vardochinsats.se/adhd/behandling-och-stoed/laekemedelsbehandling/>

c) Arbetsterapeutisk insats

Den arbetsterapeutiska insatsen syftar till att möta barnets behov av miljöanpassning, strategier samt olika former av kognitivt stöd och hjälpmedel för att klara av sina dagliga rutiner och få struktur på tillvaron. Målet är att barnet ska nå en så hög grad av självständighet och delaktighet som möjligt i sin vardag.

En kartläggning av barnets behov baseras på intervju (med individen och/eller närstående), skattningsformulär, observation och olika tester med syfte att ge svar på:

- Vilka aktiviteter som barnet vill och/eller behöver utföra, och vilka som är prioriterade
- Hur miljön ser ut där barnet ska utföra sina aktiviteter
- Vilka aktiviteter som fungerar bra eller är svåra
- Hur barnets och familjens levnadsvanor (sömn, mat och fysisk aktivitet) ser ut
- Vilka faktorer som möjliggör eller hindrar aktivitet och delaktighet

Kartläggningen kan med fördel göras i individens hemmiljö eller annan miljö, som t ex förskola/skola. För exempel se

<https://www.vardochinsats.se/adhd/kartlaeggning-och-utredning/arbetsterapeutisk-utredning/>

Underlaget kan användas vid ansökan om insatser från kommunen.

d) Psykologisk behandling

Efter genomförd psykoedukation kan andra behandlande insatser övervägas. Målsättning och val av behandlingsmetod sker i samråd mellan barn, behandlare och vid behov förälder. Alternativ finns för både gruppbehandling, individuell behandling och internetbehandling. Allt riktat behandlingsarbete till barnet måste utgå ifrån barnets upplevelse av svårigheterna och inställning till att delta i behandling. Evidens finns i nuläget för psykologiska behandlingar och interventioner som fokuserar på färdighetsträning och att höja individens funktionsnivå i vardagen, även om kärnsymtomen kvarstår. Dessa kan prövas avseende t ex problemskapande beteende, bristande impulskontroll och känsloreglering eller sociala samspelssvårigheter. Familjeterapeutisk behandling kan bli aktuell vid svåra psykosociala omständigheter. För riktade psykoterapeutiska behandlingsinsatser vid samsjuklighet, t ex vid samtidig depression eller ångest, hänvisas till respektive RMR. Anpassningar i behandlingsupplägg bör göras utifrån barnets adhd och eventuella ytterligare utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser, som t ex autism, språkstörning eller intellektuell funktionsnedsättning.

<https://www.vardochinsats.se/adhd/behandling-och-stoed/psykologisk-behandling-ungdomar-och-vuxna/>

Bilaga 3: Adhd vid samtidigt skadligt bruk - beroende

Personer med adhd har ökad risk för att utveckla substansbrukssyndrom. Riskökningen gäller i första hand obehandlad adhd. Adhd-behandling minskar risken för att senare utveckla beroendetillstånd. Som en följd av detta är det en betydligt större förekomst av adhd i gruppen med substansbruk än i befolkningen i övrigt. Samsjuklighet är en vanlig orsak till såväl fördröjd diagnos som försvårad behandling, förloppet blir ofta allvarligare och ger sämre livskvalitet.

Det finns ett stort omfång i allvarlighetsgrad. Bruket kan variera från enstaka och tillfälligt bruk utan negativa konsekvenser till svårartat bruk med risk för överdosering och allvarliga somatiska komplikationer. I dess mest allvarliga form kan substansbruket vara livshotande. Variationsbredden rör både val av substans och skäl till användande. Personer med adhd anger ofta att de kan kompensera sin funktion via intag av olika substanser, ofta söks en lugnande effekt.

Riskbeteende, svårigheter att reglera sitt stämningsläge, bristande impulskontroll och social normalisering kan också trigga bruk av både illegala droger och läkemedel. Substansintag påverkar alltid hjärnan och dess system på olika sätt men hur den enskilde individen påverkas är individuellt och ofta kopplat till dos och hur lång tid man har brukat drogen. Substanser påverkar specifikt hjärnans funktion akut men även kroniskt. Ibland kan substanser bidra till utveckling av adhd-liknande tillstånd medan andra droger kan dölja samtidig adhd. Vissa långtidseffekter kan vara reversibla men i tidsintervall som faller utanför vad som är rimligt att vänta ut inför neuropsykologisk utredning och behandling. Det är inte ovanligt med blandberoende i kombination med olika psykiatriska besvär, vilket ger en komplex bild med oklara orsakssamband och osäkerhet kring lämplig behandlingsstrategi. För mer information se [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](http://Nationella_vard-och_insatsprogram(vardochinsats.se))

Utredning

Utredning vid misstänkt adhd och samtidigt substansbrukssyndrom måste omfatta båda tillstånden parallellt. Aktivt substansbruk påverkar symptombild och utredningsresultat. En neuropsykiatrisk utredning förväntas uttala sig om en persons funktionsförmåga oberoende av substansbruket varför drogfrihet inför utredning bör vara norm. Drogfrihet är dock en behandlingsfråga och patienter kan inte avvisas från utredning med hänvisning till att uppnå drogfrihet på egen hand. När och hur utredning ska genomföras måste bedömas individuellt, framförallt när drogfrihet är svårt att uppnå. Det finns omständigheter där behandling av adhd och/eller andra psykiatriska tillstånd är en förutsättning för att man ska kunna behandla substansbruket och då man får acceptera en osäkrare diagnostik som kan behöva omprövas senare i förloppet.

- Påbörja utredningsmoment tidigt. Bjud in närstående i utredningsprocessen. Fokusera på anamnes, framför allt beskrivning av nyktra/drogröna perioder.

- Bedöm grad av substansbruk. Ge parallella insatser som stödjer nykterhet och drogfrihet.
- Särskild uppmärksamhet på dokumentation och anamnes från tiden innan substansbruksdebut.
- Erbjud substansanalys för större öppenhet i arbetet, provtagning kan vara motiverande och stärkande.
- Adhd diagnostik kräver inte alltid neuropsykologisk utredning men i synnerhet för patienter med flera diagnoser är kriteriebaserad diagnostik utan funktionell neuropsykologisk undersökning ofta otillräcklig för att ge en god bild av problem och förutsättningar för behandling.

Behandling

Obehandlad adhd komplicerar beroendetillstånd och hindrar ibland remission av substansbruk. Behandling bör bygga på multimodal behandling som parallellt integrerar läkemedelsbehandling med psykoedukation, psykoterapeutiska och stödjande insatser.

- Samtidigt substansbruk ökar osäkerheten och riskerna samt minskar den förväntade positiva effekten av behandling, varför drogfrihet bör vara norm men inte utan undantag.
- När substansbruk pågår och adhd-läkemedel ges samtidigt behöver bruket monitoreras noggrant.
- Personer med ADHD och beroendetillstånd bör i första hand behandlas med långtidsverkande preparat som har lägre risk för icke-medicinskt bruk.
- Enstaka återfall tillhör symptombilden för substansberoende och är inget skäl till att avbryta behandling.
- Patienter som återfaller i långvarigt substansbruk bör erbjudas insatser för sin beroendeproblematik och så snart som möjligt bli återinsatt på läkemedelsbehandling för adhd.
- Allvarligare återfall innebär i de flesta fall att läkemedelsbehandling pausas men undantag måste kunna göras. Kontakt med specialist i beroendemedicin rekommenderas för individuell bedömning.
- Personer som trots behandlingsinsatser inte når nykterhet/drogfrihet kan behöva förhöjd dos av adhd-medicinering. Behandlande läkare bör konsultera alternativt ha egen kompetens som specialist inom beroendemedicin.
- Uppmärksamma behov av eventuellt socialt stöd, erbjud samordnad individuell plan/SIP.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Tomas Alsiö, (thoal1), Psykolog
specialistfunktion

Granskad av: Martin Rödholt, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-829

Version: 1.0

Giltig från: 2025-02-12

Giltig till: 2027-02-08