

Utredning och insatser för patienter med ADHD, lindrig utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd och samtidigt missbruk eller beroende

– lokal instruktion

2012-08-06

Mikael Gubi, processledare (red.).

Medförfattare och arbetsgrupp: My Frankl (författare till avsnittet om Färdighetsträning i grupp för patienter med uppmärksamhetsstörning), Margareta Gard-Hedander, Jeanette Gueorguieva, Eva Heijbel, Sandor Kadas, Anita Lindgren, Anna Persson, Harriet Rasmusson, Maija Segle-Konstenius.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BEROENDECENTRUMS VERKSAMHET FÖR UTVECKLINGSRELATERADE KOGNITIVA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR.....	4
2. KUNSKAPSÖVERSIKT	5
2.1 ADHD	5
2.2 Utvecklingsstörning.....	6
2.3 Svag begåvning	7
2.4 Störning i utvecklingen av kommunikation/språk och tal.....	7
2.5 Autismspektrumtillstånd	8
2.6 Autismspektrumtillstånd i kombination med utvecklingsstörning.....	9
2.7 UKF inom BCS.....	10
3. RUTINER.....	10
3.1 Möta.....	10
3.1.1 Remiss utredning.....	11
3.1.2 Utredningsteam	12
3.2 Utredda	12
3.2.1 Screening.....	13
3.2.2 Fortsatt utredning	13
3.2.3 Fördjupad utredning.....	15
3.2.4 Hur dokumenteras utredningen inom BCS.....	15
3.2.5 Remiss för second opinion.....	16
3.2.6 Remiss för behandling	16
3.3 Behandla.....	17
3.3.1 Farmakologisk behandling av ADHD	17
3.3.2 Varningar och försiktighet!.....	19
3.3.3 Checklista inför och under behandling	19
3.3.4 Färdighetsträning i grupp för patienter med uppmärksamhetsstörning	22
3.3.5 Arbetsminnesträning	24
3.3.6 Psykoterapi.....	24
3.3.7 Informationskvällar	24
3.3.8 Kognitivt stöd inklusive hjälpmedel.....	24
3.3.9 Övrigt stöd.....	25
3.4 Behandling vid specifika tillstånd.....	25

3.4.1 Lindrig utvecklingsstörning	25
3.4.2 Autismspektrumtillstånd	27
3.4.3 Autismspektrumtillstånd tillsammans med utvecklingsstörning	28
3.4.4 Möta och behandla personer med UKF – bra att veta!	29
3.5 Förbättra	29
4. FÖRKORTNINGAR	30
5. REFERENSER	31
6. BILAGOR	36
Bilaga 1. Remissunderlag för neuropsykiatrisk utredning	1
Bilaga 2. Sammanfattade riktlinjer och rekommendationer för utredning och insatser för vuxna	2
Bilaga 3. Exempel på frågeformulär som finns tillgängliga på svenska	4
Bilaga 4. Checklista för effektutvärdering vid läkemedelsbehandling ADHD ..	8
Bilaga 5. Biverkningsformulär vid läkemedelsbehandling ADHD	9
Bilaga 6. Kvalitetsindikatorer	10
Bilaga 7. Neuropsykologisk bedömning	11
Bilaga 8. Arbetsterapeutisk bedömning	12
Bilaga 9. Registrering av Neuropsykiatriska utredningar	13

1. BEROENDECENTRUMS VERKSAMHET FÖR UTVECKLINGSRELATERADE KOGNITIVA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR

Den här instruktionen beskriver Beroendecentrum Stockholms (BCS:s) verksamhet relaterad till utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsnedsättningar, även kallad BCS:s neuropsykiatriska verksamhet. Denna omfattar den vård och behandling som BCS erbjuder människor med missbruk eller beroende och samtidig ADHD, lindrig utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd. ADHD, lindrig utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd benämns sammanfattningsvis utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsnedsättningar (hädanefter används förkortningen UKF). ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd förekommer ofta samtidigt. BCS har i uppdrag att tillhandahålla adekvat vård för patienter med missbruk eller beroende i kombination med UKF. Syftet med den vården är att möjliggöra förbättrad psykisk hälsa samt stabil frihet från missbruk av alkohol, droger och läkemedel för berörda patienter.

Neuropsykiatrisk utredning och diagnostik i allmänhet bedrivs i första hand av specialistläkare och psykolog. Inom BCS pågår neuropsykiatrisk verksamhet inom lokal öppenvård och inom vissa högspecialiserade verksamheter (specialiserad öppenvård). Dessutom finns en specifik enhet för neuropsykiatrisk utredning och behandling (Neuropsykiatriska mottagningen, NPM). Följaktligen innehåller detta dokument en beskrivning av processen för neuropsykiatrisk verksamhet inom:

- lokal öppen beroendevård
- högspecialiserad vård för läkemedelsberoende patienter
- högspecialiserad vård för opiatberoende patienter
- övrig högspecialiserad öppenvård.

NPM är en självständig mottagning som organisatoriskt tillhör Sektionen för specialiserad öppenvård. Mottagningen ska fungera som en stödresurs för klinikens övriga mottagningar. Dess verksamhet beskrivs i den aktuella sektionens processmanual.

Utgångspunkten för den neuropsykiatriska verksamheten är att successivt implementera det regionala vårdprogram som har tagits fram via det medicinska programarbetet inom Medicinskt Kunskapscentrum (Stockholms läns landsting, 2010). Syftet är att förbättra och säkerställa kvaliteten i utredning/diagnostik och behandling vid UKF med eller utan psykiatrisk samsjuklighet samt att tillgodose de krav på redovisning av vårdinnehåll och resultat som ställs av beställare av vård. En utökning av antalet utredningar av UKF/neuropsykiatriska tillstånd har de senaste åren prioriterats från Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) vilket också kommer att leda till ett ökat antal patienter med behov av behandling. Såväl farmakologiska behandlingar som psykosociala behandlingsprogram och förskrivning av hjälpmedel kommer att efterfrågas.

Sektions/enhetschef inom öppen och sluten vård ansvarar tillsammans med medicinskt ansvarig läkare för att vårdprogrammets riktlinjer efterlevs samt att medarbetare och nyanställd personal känner till och tar del av det regionala vårdprogrammet. Verksamhetschef utser vårdprogramskoordinator för kliniken, som tillsammans med sektionschef aktivt arbetar med införande och tillämpning av vårdprogrammets riktlinjer och rekommendationer. För att tillgodose

målgruppernas behov krävs en hög grad av samverkan med andra aktörer inom landstinget, de olika kommunerna samt Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan et cetera.

2. KUNSKAPSÖVERSIKT

2.1 ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) är en utvecklingsrelaterad kognitiv funktionsnedsättning som medför koncentrations-/uppmärksamhetssvårigheter och/eller överaktivitet/impulsivitet.

- *Uppmärksamhetsproblemen* tar sig uttryck i svårigheter att vara ändamålsenligt uppmärksam och uthållig. Glömska, distraherbarhet, att snabbt tröttna och att göra slarvfel ingår.
- *Hyperaktiviteten* visar sig i stora svårigheter att sitta stilla när så krävs. Rastlösheten är framför allt subjektiv, men kan också ta sig uttryck i att personen rör på händer och fötter, klottrar, plockar och pillar. Hyperaktiviteten är inte sällan verbal.
- *Impulsiviteten* vid ADHD kan göra det svårt att vänta med en reaktion i ord eller handling, personen blir otålig och riskerar att utsätta sig för farliga situationer. Vissa råkar ständigt i konflikt, har kort stubin och agerar impulsivt i sociala sammanhang (Socialstyrelsen, 2002).

Många personer med ADHD har stora svårigheter att få sin vardag att fungera när det gäller att planera, passa tider, komma ihåg överenskommelser, sköta hem och ekonomi. Många har levt ett brokigt liv med många byten av arbete, bostad eller partner eller avhopp från utbildningar. Sekundära problem som beroende, missbruk, kriminalitet, psykisk ohälsa, social problematik och ekonomiska svårigheter är vanliga bland vuxna med ADHD.

2,5 procent av den vuxna befolkningen antas ha ADHD, enligt en aktuell metaanalys av prevalensstudier (Simon, et al., 2009). Bland personer med beroende eller missbruk har så många som 20–30 procent ADHD enligt vissa uppgifter (Modigh et al. 1998). Det finns studier som pekar på att risken för att utveckla drogmissbruk och beroende inte är en följd av själva ADHD-tillståndet utan medieras av den förhöjda risken att utveckla även trotsyndrom och uppförandestörning, conduct disorder (Brook et al., 2010).

Bakgrunden till ADHD är multifaktoriell, det vill säga en samverkan av flera riskfaktorer, där genetiska faktorer är den främsta orsaken till uppkomsten av ADHD.

Många individer med ADHD har inlärningssvårigheter, generella som vid svagbegåvning eller mer specifika som vid dyslexi och dyskalkyli. Kognitiva svårigheter är mer förknippade med uppmärksamhetsstörning (ADD) än med hyperaktivitet.

ADHD medför funktionsnedsättningar som kan vara mer eller mindre funktionshinder bland annat beroende på tillståndets svårighetsgrad, personens resurser i övrigt, till exempel begåvningsnivå, vilka krav som ställs i miljön och vilka hjälpmedel personen har tillgång till. Individer med ADHD har ett funktionshinder som kommer att ha fortsatt betydelse om än med mycket varierande uttryckssätt hos olika personer. Därför måste planeringen av insatserna efter en

diagnostisk utredning ha ett långsiktigt perspektiv. För att underlätta för personer med ADHD behöver man anpassa både den fysiska miljön där de vistas, kravnivå och omgivningens bemötande.

Generellt måste insatserna för vuxna med UKF såsom ADHD ha både en habiliterande och en behandlande strategi. Det vill säga att det behövs insatser för att hitta konstruktiva lösningar för hur individen ska kunna utforma sitt liv utifrån sina förutsättningar och, i vissa fall, hur omgivningen kan anpassas till individen snarare än åtgärder för att "förändra" individen. De stödformer som väljs måste utgå från förståelse för individens förutsättningar och grundläggande problem. Medicinering kan bidra till att ADHD-symtomen minskar.

2.2 Utvecklingsstörning

Diagnosen utvecklingsstörning kan ställas om en person får resultat under normalområdet vid ett allsidigt sammansatt begåvningsstest och dessutom har nedsatt adaptiv förmåga.

Huvudsymtomet vid utvecklingsstörning är svårigheter med det abstrakta/logiska tänkandet. Detta ger såväl påtagliga inlärningssvårigheter som brister i förmågan att självständigt klara anpassning i vardagslivet. I de flesta fall har personen också svårigheter med exekutiva funktioner som till exempel planering, organisering, flexibilitet, arbetsminne och känslan för tid. Symtom som vid ADHD kan förekomma och måste värderas i förhållande till personens begåvningsnivå.

- *Adaptiva färdigheter* är de praktiska och vardagliga färdigheter en individ behöver för att kunna anpassa sig till de krav omgivningen ställer, inklusive förmåga att ta hand om sig själv och samspela med andra.
- Utvecklingsstörning medför rätt till anpassad skolgång inom särskola och rätt till insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (Socialdepartementet 1993:387)
- IK 50–70 benämns Lindrig psykisk utvecklingsstörning i diagnoskriterierna (Mild Mental Retardation, MMR). IK <50 kan delas upp i flera nivåer, men kallas sammanfattningsvis Svår psykisk utvecklingsstörning (Severe Mental Retardation, SMR). I dessa lokala instruktioner behandlas huvudsakligen lindrig utvecklingsstörning.

Epidemiologiska studier i de nordiska länderna indikerar att mellan 0,5 och 1,5 procent av befolkningen uppfyller diagnoskraven för utvecklingsstörning. Ett medeltal kan beräknas vara ca 1 procent, varav cirka 7 av 10 har en lindrig utvecklingsstörning (Fernell, 1996; Strømme & Valvatne, 1998). Det förefaller som om vuxna med nedsatt kognitiv förmåga är mindre benägna att utveckla missbruk/beroende än friska (Didden et al., 2009). Tillgänglig statistik visar att bland patienter med diagnosen mental retardation uppfyller ungefär 10 procent kriterierna för beroendetillstånd (Ståhlberg et al., 2010).

Det finns många olika orsaker till utvecklingsstörning (Aicardi, 1998; Anderlid, 2002; Landgren et al., 2006; Strømme, 2000). Bland dem finns genetiska faktorer, arv och miljö i samverkan, näringsbrist, jodbrist, bruk av alkohol eller andra droger under graviditeten, inverkan av läkemedel, prenatal infektion, svår syrebrist under förlossningen, perinatal encephalit eller cerebralt blodning samt förvärvad hjärnskada.

Lindrig utvecklingsstörning innebär en bestående funktionsnedsättning. Utvecklingsstörningen som sådan ändras inte mycket över tid, men med en lagom stimulerande miljö, anpassat kommunikativt stöd och pedagogiska insatser från omgivningen kan personer med utvecklingsstörning tillägna sig nya färdigheter efter hand. Många kan ges förutsättningar att leva ett gott liv.

2.3 Svag begåvning

Vissa personer har en begåvning i nedre delen av normalvariationen. Statistiskt och psykometriskt utgör gruppen cirka 14 procent av befolkningen, beräknat efter att svag begåvning skulle motsvara IK-intervallet ca 70–85, alltså området mellan -2 och -1 standardavvikelse från medelvärdet. Ibland kommer hälso- och sjukvården i kontakt med vuxna som har allvarliga psykosociala problem men där någon psykiatrisk diagnos inte kan ställas. Sannolikt är det inte ovanligt att dessa personer har kognitiva svårigheter som innebär en försämrad förmåga till anpassning i dagens komplicerade samhälle. Några har en normal men låg begåvningsnivå. Många har själva sökt hjälp, andra har blivit föremål för ingripanden från myndigheter, men vårdverksamheter och myndigheter har haft svårt att ge fungerande stöd. För många av dessa personer skulle en tydlig och noggrann bedömning av svårigheterna, inklusive en kognitiv bedömning, kunna vara av värde för insatsplanering. Det handlar om komplicerade samspel mellan omgivningens krav och individens förmågor, där kraven till sin art eller grad överstiger de förmågor som individen har tillgång till inom sig eller i sin omgivning. Om dessa vuxna får förståelse och anpassat stöd bör prognosen kunna förbättras.

Med stor sannolikhet finns också en del personer med svag begåvning, och därav följande svårigheter att tillgodogöra sig vård, bland de vuxna som behandlas för olika psykiska sjukdomar. Sjukvården behöver anpassa behandlingen efter personernas förmåga att bearbeta information (Koenen et al., 2009). Begåvningsnivå under genomsnittet har visats medföra ökad risk för insjuknande i schizofreni, depression respektive ångestsjukdomar i vuxen ålder (Adolfsson, et al., 2002; Koenen et al., 2009).

2.4 Störning i utvecklingen av kommunikation/språk och tal

Språkstörning är en vanlig funktionsnedsättning som kan finnas isolerad men också tillsammans med de svårigheter som de lokala instruktionerna behandlar. Andra vanliga problem är specifika inlärningssvårigheter som dyslexi (specifika läs- och skrivsvårigheter) och dyskalkyli (specifika räkningsvårigheter). Språk är en kognitiv funktion och tal en motorisk. Språk kan också uttryckas med skrift eller tecken. Kommunikation kan utvecklas väl och avancerat såväl med tecken som med tal. Språk och tal kan beskrivas som tre olika områden:

- form eller språkstruktur som innefattar språkljud (fonologi) och grammatik
- innehåll som innefattar förståelse, ordförråd (semantik och lexikon) och omvärldskunskap
- funktion som innefattar användandet och tillämpningen av språket (samtalsregler, turtagning och så vidare), (Sjöberg, 2007).

Avvikelser inom dessa tre områden förekommer i varierande grad och i olika kombinationer. En vanlig indelning av språkliga avvikelser är expressiv språkstörning (förmågan att uttrycka sig med tal är drabbad; detta är sällsynt i isolerad form), generell språkstörning (där både språkförståelsen

och uttrycksförmågan är avvikande/försenad) och pragmatisk språkstörning (där funktionen eller tillämpningen av språket i sociala sammanhang är påverkad). Den senare typen av språkstörning är ofta förknippad med andra beteendeavvikelser som gör att en diagnos inom autismspektrum stämmer in. Svårigheter med språket kan ge svårigheter med läsning och skrivning samt påverka den intellektuella utvecklingen negativt. En språkstörning blir en kognitiv störning. För ett mer komplext och abstrakt tänkande krävs ett språk som bas (Bruce, 2007).

2.5 Autismspektrumtillstånd

Autismspektrumtillstånd (AST) är en paraplyterm, som innefattar en grupp besläktade men heterogena beteendeavvikelser (autism i barndomen, Aspergers syndrom, atypisk autism, genomgripande störning i utvecklingen ospecificerad och desintegrativ störning, enligt ICD-10). Det finns stor variation i symtombild och svårighetsgrad. I diagnoskriterier för autismspektrumtillstånd beskrivs begränsningar inom tre områden:

- nedsatt förmåga till ömsesidig social interaktion
- nedsatt förmåga till ömsesidig kommunikation
- begränsade och repetitiva beteendemönster

För att kunna ställa en annan diagnos inom autismspektrum måste kriterier för begränsad social interaktionsförmåga vara uppfyllda, medan det inte alltid är lika tydliga begränsningar inom de övriga två områdena. Personer med autism har oftast kvar symtomen långt upp i vuxen ålder. Problemen kan ha tagit sig något olika uttryck under årens lopp men innebär en tydlig, genomgripande funktionsnedsättning. Uppföljning till vuxen ålder/medelålder med symtomskattningar har visat att kommunikation är det symptom som förbättras mest, medan nedsatt förmåga till ömsesidig social interaktion oftast är kvarstående (Seltzer et al., 2003).

Det finns också stor variation vad gäller den adaptiva förmågan. Många stöter på stora svårigheter i arbetslivet, både när det gäller att få och behålla ett arbete. Svårigheterna handlar framför allt om brister i förmåga till socialt samspel och flexibilitet. Hos en del personer med autism och normal begåvningsnivå eller Aspergers syndrom kan problemen minska över tid. Det finns arbeten där en sådan persons förmåga att uppmärksamma detaljer, noggrannhet och uthållighet med rutinarbete är en tillgång. LSS ger personer med ”autism och autismliknande tillstånd” rätt till vissa insatser om de har behov av dem.

Resultat från epidemiologiska studier i Nordamerika och Europa har visat en prevalens av autismspektrumtillstånd på ca 1 procent (Baron-Cohen et al., 2009; Fombonne, 2003). Epidemiologiska studier när det gäller vuxna saknas, men uppföljningsstudier visar att vissa autismspektrumtillstånd finns i nästan samma omfattning bland vuxna som bland barn. Tidigare har det ofta framförts att personer med AST sällan har problem med missbruk men varje år diagnostiseras ett trettio-tal patienter med AST inom BCS. Förekomsten av alkoholmissbruk bland patienter med AST ter sig ungefär lika stor som bland allmänpsykiatriska patienter (Sizoo et al., 2010).

En studie har visat att förekomsten av missbruk/beroende varierar mellan olika AST: missbruk/beroende var vanligast bland personer med atypisk autism och minst vanligt bland personer med Aspergers syndrom (Hofvander et al., 2009). Kliniska erfarenheter talar för att missbruk ibland kan vara relativt lätt att bryta i denna grupp om personen med

autismspektrumtillstånd kan erbjudas stöd och hjälp till ett begripligt och meningsfullt sammanhang (Stockholms läns landsting, 2010)). Samtidigt finns erfarenhet av att AST kan komplicera beroendevård. Många behandlingsprogram baseras på gruppbehandling vilket kan innebära svårigheter för en person som har problem med socialt samspel och kommunikation. I de fall där gruppbehandling, till exempel återfallsprevention i grupp, bedöms olämplig kan samma program genomföras med individuella samtal. Gruppbehandling kan dock fungera bra i vissa fall och bryta den sociala isolering som personer med AST lätt hamnar i.

Autismspektrumtillstånd är utvecklingsavvikelser med neurobiologisk grund. I många fall finns en stark genetisk komponent men också skade- eller omgivningsfaktorer kan inverka.

Vikten av en god överlämning av utredningsresultat till personer i patientens omgivning, till exempel anhöriga, omvårdnadspersonal och socialtjänst, kan inte nog framhållas. Det finns stor praktisk erfarenhet av att anpassad miljö med rätt hjälpmedel bidrar till god livskvalitet. Vid uppföljning bör livskvalitet bedömas ur individens perspektiv – och inte enbart utifrån standardmått på till exempel grad av självständighet. Individuell anpassning av miljön samt stöd och utbildning för föräldrar, närstående och först lärare, sedan arbetsgivare/personal behövs genom hela livet. Meningsfull sysselsättning förhindrar uppkomsten av sekundära psykosociala problem.

2.6 Autismspektrumtillstånd i kombination med utvecklingsstörning

Autismspektrumtillstånd i kombination med utvecklingsstörning innebär att personen har två svåra funktionsnedsättningstillstånd samtidigt. Detta är inte ovanligt. Autism hos en person med utvecklingsstörning innebär att han/hon har ännu större svårigheter med ömsesidigt socialt samspel och ömsesidig kommunikation än vad enbart den kognitiva utvecklingsnivån medför, och att han/hon har ett starkt behov av tydlighet och konstans i omgivningen. Personer med både autism och utvecklingsstörning är mycket stresskänsliga och beroende av omgivningens förståelse och kunniga, pedagogiska stöd.

Bristande förståelse och icke-autismvänlig miljö kan bidra till svåra beteendeproblem. Personer med klassisk autism och utvecklingsstörning brukar ha extremt svårt att förstå att andra människor över huvud taget tänker och känner och ibland behandlar de människor som om de vore föremål. Kommunikationsförmågan är oftast mycket nedsatt, även den verbala. Många vuxna med autism och utvecklingsstörning talar inte alls eller har ett mycket torftigt talat språk. Språket är alltid under eller betydligt under den utifrån personens begåvning förväntade nivån.

Omkring 15 procent av alla med autismspektrumtillstånd beräknas ha utvecklingsstörning, andelen är högre i gruppen med klassisk autism/autistiskt syndrom. I vissa studier har man funnit att 10 – 30 procent av barn och ungdomar med utvecklingsstörning har autismspektrumtillstånd (Bryson, et al., 2008; Matson & Shoemaker, 2009) och detta gäller sannolikt också vuxna med utvecklingsstörning. Autismspektrumtillstånd är vanligare ju lägre kognitiv nivå personen har (Wing & Gould, 1979).

Autismspektrumtillstånd med utvecklingsstörning medför så gott som alltid ett livslångt funktionshinder. Personerna är beroende av andra i sin dagliga livsföring, och de flesta kan inte få något arbete. Många skulle behöva betydligt mer intensiva och stimulerande pedagogiska insatser för att inte deras förmågor ska försämrats ytterligare (Billstedt, Gillberg, & Gillberg, 2005). Prognosen på sikt påverkas av om personen har andra samtidigt funktionsnedsättningar eller sjukdomar. Det är viktigt att hitta behandlingsbara tillstånd. Många är utsatta för psykofarmakologisk polyfarmaci och för långvarig medicinering på bristande indikationer och med

bristande uppföljning (Esbensen et al., 2009; Oliver-Africano et al., 2009). En anpassning av miljön samt stöd och utbildning för föräldrar och närstående kan tillsammans med tidiga träningsinsatser bidra till en positiv utveckling.

2.7 UKF inom BCS

Följande siffror ska relateras till att BCS har ca 6 000 nya patienter per år. Antalet neuropsykiatriska utredningar och diagnostisering av UKF har ökat inom BCS. Knappt tvåhundra patienter per år utreddes mellan 2007 och 2009, medan år 2010 gjordes närmare trehundra utredningar. Behovet anses dock vara större och de närmaste åren förväntas utredningsvolymen öka med ytterligare ett hundratal utredningar.

Inom BCS fanns det år 2009 618 patienter med ADHD-diagnos, år 2010 var antalet 892, (diagnosen kan ha satts tidigare.) Det är en ökning med 44 procent.

2009 var det 32 personer som fått både ADHD- och Aspergers syndrom-diagnoser. Då var andelen patienter med diagnosen Aspergers syndrom runt fem procent av gruppen med diagnostiserad ADHD. 2010 hade 56 personer diagnosen ADHD och Aspergers syndrom, runt sex procent av patienterna med ADHD. Det motsvarar en ökning med 75 procent.

2009 fanns det sammanlagt 69 patienter med Aspergers syndrom (inklusive de nämnda 32) inom BCS. 2010 var antalet 100, en ökning med 45 procent. Ungefär hälften av dem som får diagnosen Aspergers syndrom får även ADHD-diagnos. Förekomsten av diagnosen lindrig mental retardation var 10 respektive 14 patienter år 2009 respektive 2010. Autism som separat diagnoskategori förekommer än mer sällan (fyra respektive fem patienter år 2009 respektive 2010). Även diagnoserna mental retardation och Aspergers syndrom/ADHD kombineras ibland.

3. RUTINER

Denna instruktion syftar till att utgöra en klinikgemensam grund för arbetet med diagnostik och behandling av beroendepatienter med UKF. Verksamheten bedriver vård för patienter med UKF och samtidig beroendeproblematik. Patienter med UKF i kombination med missbruk/beroende finns oftast inom den öppna beroendevården men förekommer även inom andra, mer specialiserade delar av verksamheten. Utredning och behandling av UKF ska vara densamma oavsett var patienten befinner sig inom verksamheten. Behandling av UKF ska alltid kombineras med patientens specifika beroendevård. Instruktionen utgår från det regionala vårdprogrammet, med anpassning till de förhållanden som råder inom BCS.

3.1 Möta

Till beroendevården kommer personer i första hand på grund av missbruk/beroende. I nybedömningen ingår alltid noggrann beroendeanamnes/bedömning, psykiatrisk anamnes och översiktlig bakgrundsanamnes avseende uppväxt, skolgång, familje- och sociala förhållanden. ADHD, utvecklingsstörning/svagbegåvning och autismspektrumtillstånd bör alltid finnas med som diagnostiska möjligheter, speciellt för patienter vars behandling inte gett

resultat. Screening av symtom i vuxen ålder och retrospektivt i barndomen ska göras (Screeningsinstrumenten beskrivs under ”utredning”).

Frågeställning avseende UKF kan väckas av patienten själv, anhöriga, vårdgrannar, socialtjänst m.fl. Utredning/diagnostik och behandling sker alltid på patientens eget uppdrag och efter diskussion om för- och nackdelar med utredning och eventuell diagnos för den enskilde patienten. Utgångspunkten bör alltid vara att patienten uppvisar symtom som inger misstankar om utvecklingsrelaterat tillstånd samt har ett eget lidande och/eller en funktionsnedsättning inom viktiga livsområden. Man bör dock beakta svårigheterna att särskilja framför allt ADHD-symtom från de effekter som kan ses under och efter användande av droger och/eller alkohol. Risk finns för såväl under- som överdiagnostik. Alkohol och narkotika påverkar personens neuropsykologiska funktioner. Den största återhämtningen av dessa funktioner tycks ske inom första månaden av drogfrihet, men subtila långsiktiga effekter kan finnas kvar betydligt längre och ibland vara permanenta. En noggrann klinisk genomgång av när symtomen börjat och om och hur de visat sig under tidigare drogfria perioder eller innan missbruket startade är det bästa sättet att avgöra om det handlar om primära svårigheter förknippade med ADHD eller annan kognitiv funktionsnedsättning, eller om något som är relaterat till missbruket (Fals-Stewart et al., 2003; Stockholms läns landsting, 2010).

Om misstankar om UKF kvarstår efter screening och beaktande av ovanstående skall patienten erbjudas Neuropsykiatrisk utredning.

3.1.1 Remiss utredning

Remiss för psykologbedömning/utredning (se bilaga 1) ska följa rekommendationer från det regionala vårdprogrammet (Stockholms läns landsting, 2010), men processen är anpassad till verksamhetens organisatoriska förutsättningar. Remiss för psykologbedömning/ neuropsykologisk utredning ställd till psykolog skrivs av specialistläkare inom BCS öppenvård (lokal eller specialiserad) i TC (Take Care). Remissen är en internremiss inom samma sektion. Remissen kan i vissa fall begränsas till att innehålla hänvisning till journalanteckningar inom TC.

Samtidigt med remissen upprättas inom enheten en väntelistpost i TC. Vederbörande psykolog ska meddelas genom TC:s meddelandefunktion om att en ny remiss är skriven. Psykologen ska bekräfta att remissen har mottagits. När patienten kallas till psykologutredning bokar psykologen besöket i sin TC-kalender utifrån väntelistposten (rutiner kring dokumentation se även senare).

Remissen kan i vissa fall gå vidare till NPM efter samråd mellan remitterade läkare och psykolog. Läkare och psykolog tillsammans bedömer att fallet är alltför komplicerat för utredning på lokal mottagning, till exempel då patienten har komplexa vårdbehov, allvarlig psykiatrisk samsjuklighet alternativt när patienten bedöms ha en så grav funktionsnedsättning att det finns behov av placering under utredningstiden.

Om patienten, på grund av återfall eller andra omständigheter, inte är tillgänglig för utredning ska man göra en avbokning i TC. Om patienten inte varit tillgänglig för utredning på mer än sex månader avskrivs remissen. Det är möjligt att på nytt remittera patienten för neuropsykologisk utredning.

3.1.2 Utredningsteam

Utredningsteamet består vanligtvis av läkare och psykolog men kan vid behov kompletteras med arbetsterapeut. Inom Beroendecentrumets lokala och specialiserade öppenvård ansvarar läkaren för, och behandlar, patienter med missbruks- och/eller beroendeproblem och varierande grad av samsjuklighet av olika slag. Detta ger andra förutsättningar att genomföra utredning inom rimlig tid, än i ett specialiserat neuropsykiatriskt team. Tiden för utredningen påverkas också av att många patienter återfaller i missbruk under längre eller kortare tid.

På sektionen anställda psykologer har ansvar för utredningar av patienter som går på någon av sektionens lokala mottagningar. Det finns således en gemensam kö till utredning per sektion. Psykologerna vid sektionen ansvarar för att obalanser i väntetid inte uppkommer i det fall att remisser kommer in i olika takt och mängd från olika mottagningar. Psykologer inom samma sektion har gemensamma remisskonferenser för att fördela utredningar mellan sig och försäkra att remitterade patienter utreds så snart som möjligt.

För närvarande finns arbetsterapeut enbart vid NPM, men behovet kommer sannolikt att öka i takt med antalet utredningar.

Utredningen kan i de allra flesta fall genomföras i öppenvård men ibland kan en hel eller kompletterande utredning behöva göras i heldygnsvård, inom annan hälso- och sjukvård, genom kommunens försorg eller inom kriminalvården.

3.2 Utreda

Utredning ska följa rekommendationer från det regionala vårdprogrammet (se bilaga 2). Syftet med utredningen är att identifiera, beskriva och (om tillämpligt) diagnostisera UKF. Utredning, diagnostik och behandling sker alltid på patientens uttryckliga uppdrag. Patienten avgör vem eller vilka närstående som ska medverka i utredningen.

Utredningsmetoderna är under ständig utveckling och området ska bevakas av de aktuella professionerna.

Innehållet i den neuropsykiatriska utredningen måste alltid individualiseras. För utredning och bedömning av ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd är det av stor vikt att utredaren har ett utvecklingsorienterat perspektiv. Barndomsanamnesen har oftast en avgörande betydelse för korrekt differentialdiagnostiskt övervägande. För att diagnostisera UKF med eller utan samsjuklighet behövs kartläggning av:

- aktuella symtom, beteende och fungerande inom olika livsområden
- utveckling, symtom, beteende och fungerande under barndomen
- kognitiv funktion (för att diagnostisera/utesluta utvecklingsstörning/svagbegåvning)
- psykiatriska differentialdiagnoser, samtidiga psykiatriska tillstånd
- somatiska differentialdiagnoser, eventuella bakomliggande tillstånd.

En central del i en utredning av ADHD är att analysera hur personen fungerar i sin vardag i arbete, studier, familjeliv, relationer et cetera och på vad sätt denne är påverkad av sina symtom, det vill säga personens funktionsförmåga.

Utredning steg för steg:

3.2.1 Screening

- Vid misstanke om ADHD kan screeninginstrumentet ASRS användas.

ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale) (Kessler et al, 2005): Enkel självskattningsskala framtagen av WHO för skattning av ADHD-symtom hos vuxna innehåller totalt 18 frågor varav de första 6 kan användas som en enkel screening. Skalan avser att ge en uppfattning om både symtombelastningen och frekvens av symtom. Används även för utvärdering av behandlingsresultat. Skalan finns tillgänglig på Internet på en rad olika språk: <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/18Q-Swedish%20FINAL.pdf>

- Huvudkraven för diagnos är att ADHD-symptomen debuterat under barndomen och att de typiska symptomen har fortsatt att finnas med hela livet fram till tidpunkten för den aktuella bedömningen.

Vid misstanke om ADHD kan screeninginstrumentet Wender Utah Rating Scale (WURS) användas

WURS är ett retrospektivt självskattningsformulär med 61 påståenden som fångar upp ADHD-symtom i barndomen (Ward et al., 1993; McCann et al., 2000). Det finns också i kortversion med 25 frågor. Formuläret består av 61 items och ifyllandet har ingen tidsbegränsning. Patienterna skattar sin egen barndomsproblematik genom att kryssa för de svarsalternativ han/hon anser stämmer bäst överens med sin egen barndom. Svarsalternativen är ”inget/lite”, ”lite grann”, ”måttligt”, ”en hel del” samt ”mycket” där ”inget/lite” gav noll poäng till att ”mycket” ger fyra poäng.

Gränsvärdet för att identifiera förekomst av ADHD från barndomen är 36 poäng. Medelvärdet på WURS för normalpopulationen är 16,8 poäng.

Om screeningsresultatet visar att det inte finns hållpunkter för UKF och därmed för fortsatt utredning, avslutas utredningen.

3.2.2 Fortsatt utredning

Om screeningsresultatet ger hållpunkter för UKF, gör läkare och psykolog tillsammans en bedömning av hur omfattande utredningen behöver vara för att besvara den frågeställning som formulerats (Stockholms Läns Landsting, 2010). Utredningen bör innefatta psykiatrisk differentialdiagnostik och neuropsykologisk bedömning (utvecklingsanamnes) samt kartläggning av patientens övrig funktionsnivå. En medicinsk bedömning kan behövas för att undersöka om det finns något pågående behandlingsbart medicinskt tillstånd som ligger bakom eller bidrar till symtomen

- *Medicinsk/somatisk bedömning* ingår i utredningen för att utesluta somatiska orsaker till symtomen (t.ex. cerebral tumör, anfallssjukdom eller annan CNS-sjukdom, thyroideasjukdom etc). och för att hitta samtidiga somatiska tillstånd som bör

utredas/behandlas. Patienten kan behöva hjälp med remiss/hänvisning.

- *Psykiatrisk differentialdiagnostik*

Psykiatrisk differentialdiagnostik och bedömning av psykiatrisk samsjuklighet är en permanent del av beroendevården och föregår eller pågår parallellt med den neuropsykiatriska utredningsprocessen. Den diagnostiska processen bär innehålla anamnestiskt samtal där läkaren eller psykologen tillsammans med patienten belyser såväl sociala som psykologiska och biologiska aspekter på symtom och besvär. Strukturerade diagnostiska intervjuer och frågeformulär för symtom- och funktionsskattning kan vara hjälpmedel i processen. Utöver den breda, kliniska intervjun är M.I.N.I. och/eller SCID-I vanliga hjälpmedel för screening och diagnostik av psykiatriska tillstånd. De bör vid behov kompletteras med andra skattningsskalor specifikt riktade mot misstänkt UKF (se bilaga 3).

Vid misstanke om personlighetsproblematik av klinisk betydelse kan screening ev. följt av intervju enligt SCID-II övervägas. Man bör dock alltid ta ställning till om patienten bedöms ha nytta av en personlighetsstörningsdiagnos, och om denna påverkar valet av behandling och stöd

- *Neuropsykologisk bedömning och utvecklingsanamnes*

Eftersom ADHD hos vuxna är en livslång funktionsstörning med debut i barndomen är det nödvändigt att, bland annat, med en retrospektiv intervju avseende beteende, utvärdera symptom, förlopp och vilken grad av funktionsnedsättning detta lett fram till under barndomen. Informationen bör inte enbart inhämtas ifrån patienten, utan om möjligt även ifrån närstående som känt vederbörande som barn (vanligen förälder eller andra närstående) Den neuropsykologiska utredningen/testningen påbörjas tidigast efter fyra veckors drogfrihet/nykterhet alternativt sex veckors drog-/läkemedelsfrihet vid missbruk eller beroende av cannabis eller bensodiazepiner. Dessförinnan kan till exempel anamnes tas upp av patient och anhöriga. Kompletterande dokumentation i form av tidigare journaler och eventuella utredningar (till exempel från BVC/skolhälsovård, BUP, barnmedicinsk/neurologisk klinik, dyslexiutredning, psykiatrisk vård) rekvideras med patientens skriftliga godkännande om detta inte har gjorts tidigare eller om komplettering behövs.

Ibland är det så uppenbart genom studie- och yrkesframgång att personen har goda intellektuella förutsättningar att kännedom om det är tillräckligt för att ge utredaren en acceptabel uppfattning om individens intellektuella grundförutsättningar. Långvarigt missbruk av alkohol och droger kan dock medföra kognitiv funktionsnedsättning. Evidensbaserade testbatterier och kortversioner av dem används i syfte att kartlägga patientens "neuropsykologiska profil". (För översiktlig beskrivning av neuropsykologiska metoder se bilaga 7. En utförlig vägledning till val av testbatteri finns i Klaradokumentet, (Stockholms läns sjukvårdsområde, 2009). Inom beroendevården gör möjlig förekomst av drog- eller alkoholrelaterade kognitiva störningar det oftast motiverat att genomföra neuropsykologisk screening (jämför med "nivå I" bedömning Klaradokumentet).

- *Bedömning av funktionsnivå*

En central del i en utredning av ADHD är att analysera hur personen fungerar i sin vardag i arbete, studier, familjeliv, relationer etc. och på vad sätt denne är påverkad av sina symtom d.v.s. personens funktionsförmåga. Intervju, frågeformulär och skattningsskalor utöver de som använts i screeningsyfte, med uppgifter om patientens symtom och förmåga att klara

olika aktiviteter och miljöer dels som barn, dels i vuxen ålder (se bilaga 3) kan lämnas till patienten och involverade närstående efter den inledande bedömningen.

Efter utredningen tas ställning till om det finns hållpunkter för UKF och därmed för diagnos, annars avslutas utredningen. Utifrån behov hänvisas patienten då till fortsatt beroende- eller annan vård.

3.2.3 Fördjupad utredning

Fördjupad utredning kan behövas när patientens kognitiva och exekutiva svårigheter är mer omfattande. Inom beroendevården kan behovet av fördjupade utredningar vara mer regel än undantag p.g.a. att man oftare stöter på nödvändiga differentialdiagnostiska ställningstaganden. Droger kan ha akuta och kroniska effekter som liknar ADHD-symtom. Abstinens efter långvarig användning av alkohol, sedativa, cannabis och nikotin ge rastlöshet och agitation eller problem med uppmärksamhet. Läkare och psykolog samråder med patienten kring den fortsatta utredningen.

- Hos en del av patienter föreligger svagbegåvning/kognitiva svårigheter, d.v.s. en otillräcklig, eller problematiskt ojämn, kognitiv nivå (jämför ”nivå II” och ”nivå III” bedömning i Klaradokumentet, Stockholms läns sjukvårdsområde, 2009). Observera att det hos beroendepatienter kan vara svårt att skilja svagbegåvning från missbruks- och/eller abstinensorsakad kognitiv nedsättning och att noggrann kartläggning av den kognitiva funktionen med hjälp av psykolog kan bidra till att förklara patientens anpassningssvårigheter.
- Den fördjupade utredningen innehåller bredare neuropsykologisk testning av den allmänintellektuella förmågan och den övriga kognitiva funktionsförmågan samt testning och bedömning av den exekutiva och adaptiva förmågan. Psykologen bedömer vilka funktioner som behöver testas och med vilka metoder detta skall göras för att kunna besvara frågeställningen.
- Funktionsbedömning i vardagsnära aktivitet genomförs vid behov. Utredande läkare och psykolog avgör i samråd med patienten om en arbetsterapeutisk funktionsbedömning ska genomföras. Läkaren remitterar i så fall patienten till arbetsterapeut på NPM eller hos vårdgranne. Då antalet neuropsykiatriska utredningar kommer att öka, kommer det finnas behov av att förstärka de arbetsterapeutiska resurserna inom BCS. En arbetsterapeutisk funktionsbedömning kan ge värdefull information om patientens fungerande i vardagen och behov av stödinsatser. Bedömningen är ett komplement eller ett alternativ till den neuropsykologiska funktionsbedömningen, som sker inom ramen för en mer strukturerad testsituation. *Dokumentationen* av den arbetsterapeutiska utredningen kan utgöra en värdefull grund för stöd och hjälpmedel i hemmet, på arbetsplatsen m.m. (Metoder som kan användas vid arbetsterapeutisk bedömning se bilaga 8.).

3.2.4 Hur dokumenteras utredningen inom BCS

Samtliga bedömningar och dess underlag inklusive screening ska noggrant dokumenteras i patientjournalen.

- I samband med att beslut fattas att inleda utredning ska väntelistpost ”neuropsykiatrisk utredning (U)” under besöksorsak i TC upprättas för patienten. Beslutet fattas av läkare. Psykologen gör besöksbokningen från väntelistposten (i TC ”neuropsykiatrisk utredning återbesök” under besökstyp). Rutinen kring detta se i bilaga 9: Registrering av Neuropsykiatriska utredningar. Vårdplan ska skrivas att utredning är planerad eller inlett.
- Psykologutlåtandet som följer den neuropsykologiska utredningen redovisar resultat och tolkningar av dessa. Resultaten sätts i sitt sammanhang vilket utmynnar inte enbart i eventuell diagnos utan framför allt i en beskrivning av patientens begränsningar och tillgångar i olika avseenden samt rekommendationer om bemötande, behandling och stöd. Psykologutlåtandet kan ha funktionen som självständigt neuropsykiatriskt utlåtande eller vara en del i ett gemensamt neuropsykiatrisk utlåtande skrivet av läkare och psykolog tillsammans.
- Läkaren sammanställer resultat av läkarundersökning och bedömning, inkl ev. psykiatrisk och/eller somatisk samsjuklighet.
- Om arbetsterapeutisk funktionsbedömning gjorts ska den läggas till sammanställningen.
- Ett sammanfattande neuropsykiatrisk utlåtande skrivs av läkaren eller psykologen var för sig eller i ett gemensamt utlåtande.
- Eventuella diagnoser fastställs av läkaren när utredningen är klar.
- Vårdplan ska skrivas utifrån utredningens rekommendationer.

3.2.5 Remiss för second opinion

Det regionala vårdprogrammet innehåller en stark rekommendation om att ”varje verksamhet ska ha en tydlig struktur för second opinion och fortlöpande kvalitetsgranskning av bedömningar”. För BCS är det NPM som fyller den rollen. Om patienten, utredande psykolog eller läkare vill ha en second opinion så kan läkaren remittera patienten till NPM för en sådan. För information om second opinion för de patienter som utretts på NPM, se motsvarande processmanual.

3.2.6 Remiss för behandling

- Remiss för farmakologisk inställning/behandling/justering ställd till NPM skrivs av specialistläkare inom BCS lokala eller specialiserade öppenvård (se avsnittet om behandling nedan).
- Remiss för färdighetsträning – specifik ADHD – gruppbehandling – ställd till NPM skrivs av specialistläkare inom BCS lokala eller specialiserade öppenvård (se avsnittet om behandling nedan). Specifika färdighetsträningsprogram kan erbjudas på patientens lokala mottagning om det finns behov av detta och resurser för det. Remiss skrivs även då av specialistläkare inom BCS.
- Remiss för Cogmed Arbetsminnesträning skrivs av specialistläkare inom BCS lokala eller specialiserade öppenvård. Remissen ställs till NPM.
- Remiss till arbetsterapeut, för funktionsbedömning, bedömning av behov av hjälpmedel och förskrivning av sådana samt strukturstöd avseende vardagssituation eller arbetssituation,

skrivs av specialistläkare inom BCS lokala eller specialiserade öppenvård. Remissen ställs till NPM.

3.3 Behandla

Alla insatser måste anpassas efter patientens individuella behov och önskemål. Behoven varierar mer mellan olika patienter med samma diagnos än mellan diagnoserna. Utbudet av behandling och stöd är dock olika för de olika diagnosgrupperna. Både internationellt och i Sverige pågår ett intensivt utvecklingsarbete för att ta fram nya behandlingsmetoder och anpassa tidigare evidensbaserade behandlingsmetoder och stödinsatser till patientgruppen med UKF. Verksamheten/den relevanta professionen är ansvarig för att bevaka området och tillämpa relevanta förbättringar i sitt eget utvecklingsarbete.

BCS erbjuder patienter med ADHD och andra UKF följande insatser:

Remisser för dessa insatser/behandlingar utfärdas av specialistläkare inom BCS:s lokala eller specialiserade öppenvård.

- *Farmakologisk behandling*
Vid behov (se under *Farmakologisk beh*) kan patienten remitteras till NPM för läkemedelsinställning/behandling/justering.
- *Psykoedukativa åtgärder för grupper – färdighetsträning*
Remiss för färdighetsträning – specifik ADHD – gruppbehandling – ställs till NPM. (se avsnittet om sådan behandling nedan). Specifika färdighetsträningsprogram kan erbjudas på patientens lokala mottagning om det finns behov av detta och resurser för det.
- *Arbetsminnesträning*
Remiss för Cogmed Arbetsminnesträning ställs till NPM.
- *Kognitivt stöd inklusive hjälpmedel*
Remiss till arbetsterapeut för funktionsbedömning, bedömning av behov av hjälpmedel och förskrivning av sådana samt strukturstöd avseende vardagssituation eller arbetssituation ställs till NPM.
- *Psykoterapi* erbjuds inom BCS psykoterapinätverk (se BCS processmanual för psykoterapi). Remissen ska följa Psykoterapienhetens anvisningar.
- *Informationskvällar* om neuropsykiatriska tillstånd för patienter och deras anhöriga. Neuropsykiatriska mottagningen ger varje termin en föreläsningsserie om ADHD och andra neuropsykiatriska tillstånd för patienter med sådana tillstånd inom BCS och deras anhöriga. Remiss behövs inte.

3.3.1 Farmakologisk behandling av ADHD

Det finns två grupper läkemedel med indikation farmakologisk behandling vid ADHD: centralstimulerande och icke-centralstimulerande preparat. Inget av dessa preparat är idag godkänt i

Sverige för behandling av vuxna utan enbart av barn (6 år och äldre) och ungdomar. Mångårig beprövad erfarenhet har dock visat goda resultat även vid behandling av vuxna.

Centralstimulerande läkemedel är förstahandsmedel och har effekt på flera av de symtom som kännetecknar ADHD (s.k. kärnsymtom). Cirka 70 procent av patienterna uppvisar god effekt i kortare studier. I de få långtidsstudier som finns är den främsta enskilda orsaken till avbrott att patienten helt enkelt inte kommer till uppföljningar snarare än bristande effekt (Beijerot, 2010)

Patientens missbruk bör vara under kontroll innan man initierar läkemedelsbehandling. Samtidigt måste hänsyn tas till att alltför höga krav på längden av inledande drogfrihet kan motverka sitt syfte. Även patientens synpunkter ska vägas in vid valet av läkemedel.

Centralstimulantia

- Kortverkande: har kort verkningsstid och rekommenderas inte i beroendevården p.g.a. deras missbrukspotential
 - Metylfenidat i tablettform: Ritalin 10 mg, Medikinet 5, 10 och 20 mg, Equasym 5, 10 och 20 mg
 - Dexamfetamin i tablettform (endast licensförskrivning): Metamina 5 mg och Amfetamin 5 mg.
- Medellångverkande med modifierad frisättning
 - Metylfenidat i kapselform: Ritalin kaps 10, 20, 30 och 40 mg (50 % av den aktiva substansen frisätts initialt, resterande under de följande timmarna, effekten varar ca 6-8 timmar), Medikinet depotkaps 10, 20, 30 och 40 mg, Equasym Depot 10, 20 och 30 mg (30 % frisätts initialt)
- Långtidsverkande
 - Concerta depottablett 18, 27, 36 och 54 mg: använder OROS teknologi där 22 procent av innehållet frisätts initialt och ger en koncentrationstopp efter ca 1-2 timmar, resten frisätts gradvis under resterande tid, effekten varar i ca 8-12 timmar (hos barn och ungdomar).

Medel- och långverkande preparat har sannolikt lägre missbrukspotential. Långverkande metylfenidat har i undersökningar visat mindre droglik effekt jämfört med kortverkande och är dessutom något svårare att använda annat än oralt vilket minskar risken för illegal användning.

Icke-centralstimulerande

Atomoxetin (Strattera) kaps. 10, 18, 25, 40, 60 och 80 mg: är ett icke-narkotikaklassat läkemedel. Preparatet kan användas om metylfenidat inte har tillräcklig effekt och/eller när det inte är lämpligt att använda centralstimulerande medel, t.ex. vid svåra tics, allvarlig sömnstörning, behov av effekt över hela dygnet, okontrollerat missbruk/risk för missbruk eller annan felaktig användning av centralstimulantia. Atomoxetin har inte satts i samband med missbruk (Läkemedelsverket, 2009). Effekt uppnås efter ca 4-6 v. Atomoxetin kan kombineras med centralstimulantia och har visat god effekt vid insomningsproblem om det ges på kvällen.

Andra läkemedel: Det finns en rad andra preparat som inte har godkänd indikation ADHD och där evidensläget är mycket bristfälligt, men som i enskilda fall kan ha viss effekt på ADHD-symptom. Kontakt med läkare på NPM rekommenderas i sådana fall.

3.3.2 Varningar och försiktighet!

Hjärtsjukdom: Både centralstimulantia och atomoxetin tenderar att öka hjärtfrekvensen och kan ge en marginell blodtryckshöjning. Om sådana biverkningar kvarstår i betydande grad bör detta diskuteras med kardiolog/internmedicinare.

Psykossjukdom: Manifesta icke-kontrollerade psykossymtom utgör en absolut kontraindikation för behandling med centralstimulantia. Tidigare, övergående missbruksinducerade psykosor är inte kontraindikation men föranleder försiktighet.

Depression: Centralstimulantia och atomoxetin ska ges med försiktighet till patienter med depression, svår ångest eller med aktuella suicidtankar, eftersom det kan finnas risk för försämring av dessa tillstånd.

Bipolär sjukdom: För behandling med centralstimulantia eller atomoxetin vid samtidig ADHD och bipolär sjukdom krävs att patienten har en väl inställd behandling med stämningsstabiliserande läkemedel. Även då krävs försiktighet och tätare kontroller, särskilt under de första månaderna, då läkemedel mot ADHD ibland kan försämra den bipolära sjukdomen.

Epilepsi: Vid behandling av vuxna med epilepsi, hjärnskada eller CNS-sjukdom är det tillrådligt med försiktighet vid behandling med centralstimulantia och atomoxetin.

Tics: Centralstimulerande läkemedel kan öka befintliga motoriska och verbala tics och dyskinesier eller utlösa dem. I vissa fall motiverar detta dosreduktion eller att man avbryter behandlingen. Ibland kan minskade tics ses vid behandling, vilket sannolikt beror på minskad stress.

Biverkningar: de vanligaste biverkningar är minskad aptit, sömnproblem, huvudvärk, yrsel, takykardi, blodtrycksstegring, ångest, muntorrhet, hudutslag. För detaljerad information om varje preparat se FASS.

3.3.3 Checklista inför och under behandling

Före insättning

1. Allmänt

a. Neuropsykiatrisk utredning och diagnos ska vara dokumenterade. Om utredningen har utförts av annan vårdgivare ska den rekvireras och utvärderas samt vid behov kompletteras, innan beslut tas om behandling.

b. Behandlingen bör initieras i lokal öppenvård om lämplig kompetens finns för detta.

I annat fall, eller om patienten av annan orsak bedöms olämplig för insättning på ordinarie mottagning, kan remiss sändas till NPM. Välinställd patient som behandlas inom NPM överförs till lokal mottagning så fort det är möjligt. Eventuell överföring ska vara planerad och ske i samråd med den lokala mottagningens läkare. Normalt bör patienten ha samma hämtningsfrekvens som

han/hon haft på NPM.

- c. Vårdplanering görs tillsammans med den lokala mottagningen och eventuellt med socialtjänsten om behov finns.
- d. Patienten ges skriftlig information om behandlingen inklusive kravet på drogfrihet (Bilaga patientinformation) och ger sitt skriftliga samtycke till vårdplanen. Behandlingskontrakt skrivs. Vårdplaneringen ska göras i TC under motsvarande rubrik. Det ska tydligt framgå vilka andra behandlingsinslag (utöver läkemedel) och sociala insatser som planeras.
- e. Om utredningen visar på samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd/sjukdomar, bör man noggrant bedöma vilket tillstånd ska prioriteras för behandling.

2. Undersökningar

- a. Ingångsprover tas för blodstatus, leverstatus, njurstatus, tyroideastatus, eventuellt CDT och för kvinnor graviditetstester.
- b. Hjärtauskultation.
- c. Puls och blodtryck.
- d. Vikt.
- e. Sömnanamnes.
- f. Eventuella övriga undersökningar efter klinisk bedömning. Patienter med riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom (hypertoni, rytmrubbningar, hereditet för hjärtkärlsjukdom et cetera) ska först bedömas av hjärtspecialist. Patienter med diabetes ska bedömas av distriktsläkare.

Insättning

1. Dos

- a. Insättningen sker gradvis och planeras så att den infaller vid annan tidpunkt än under semestertid och jul- och nyårshelgerna.
- b. Dosen anpassas individuellt och höjs tills optimalt behandlingsresultat uppnåtts utan utveckling av biverkningar och kan fördelas i flera dosintag (bilaga 4. Checklista för effektutvärdering vid läkemedelsbehandling ADHD och bilaga 5. Biverkningsformulär vid läkemedelsbehandling av ADHD kan användas). De i FASS angivna rekommenderade doser gäller barn och ungdomar. Det finns stora dos-effektvariationer mellan olika individer vilket resulterar i att vissa patienter får tillfredsställande effekt av relativt låga doser medan andra behöver betydligt högre doser. Beroendepatienter tycks generellt kräva högre doser. Det saknas systematiska kliniska studier som belyser orsaken till det. Vid högre doser (över 160 mg) ska läkare på NPM tillfrågas.

2. Drogscreening

- a. Drogscreening två gånger i veckan, u-EtG en gång i veckan (på måndagar) under insättning. Urinprov ska alltid övervakas för att upprätthålla kvalitet i analysen.
- b. Eventuellt kontroll av MCV eller CDT en gång per månad.

Underhållsbehandling

1. Rutiner vid medicinhämtning

Läkemedlet förvaras på mottagningen. Patienten hämtar läkemedel dagligen den första tiden, och efter läkarbedömning även under helger. När stabil dos uppnåtts och patienten också i övrigt bedöms stabil samt efter fastställd tid kan hämtning ske mindre ofta (se schema nedan). Nedan följer riktlinjer för behandling. Avsteg från dessa motiveras och journalförs av behandlande läkare.

- Månad 1 sker daglig hämtning av medicin, vid behov med hjälp av Helgmottagningen (vid Beroendeakuten, S:t Görans sjukhus) under helgen.
- Månad 2 sker daglig hämtning av medicin måndag-fredag. Patienten får med sig medicinen för helgen - lördagar och söndagar.
- Månad 3-6 sker hämtning av medicin två gånger i veckan under överenskomna dagar.
- Månad 7-12 sker hämtning av medicin en gång i veckan under överenskomna dagar.
- Efter ett år sker utglesning av hämtning av medicin till en gång varannan vecka. Hämtningsrutinerna kan beslutas av läkare på mottagningen.
- Efter två års god compliance kan patienten överföras till allmän psykiatri alt. själv kunna hämta läkemedlet på apoteket.

Vid återfall eller annat avsteg från behandlingens villkor ska hämtningsfrekvensen ökas (se nedan under Hantering av avsteg).

2. Drogscreening

- Drogscreening de första sex månaderna följer hämtningsfrekvensen. Positiva prover skickas för verifikation.
- Efter sex månader beslutar ansvarig läkare om fortsatt drogscreeningsfrekvens efter individuell bedömning. En möjlighet kan vara att kalla in patienten för slumpmässiga prover per telefon med kort varsel (24 timmar).
- Kontrollera gärna att patienten inte har stickmärken, t.ex. i samband med blodtrycksmätning.
- Det kan vara av värde att kontrollera urinprover på metylfenidat, för att säkerställa följsamhet.
- Alkoholmarkörer (till exempel MCV, CDT, EtG) kontrolleras enligt behov.

3. Undersökningar

- a. Biverkningar ska dokumenteras noggrant och kan medföra dosminskning eller preparatbyte (se bilaga 4). Stora resp. oväntade biverkningar rapporteras enl. rutin till Läkemedelsverket.
- b. Puls och blodtryck kontrolleras varje vecka första månaden (metylfenidat kan höja blodtrycket)., därefter puls, blodtryck, vikt och blodprov (samma prover som vid insättningen) var tredje månad.
- c. Viktkontroll efter en månad (metylfenidat kan minska aptiten).
- d. Under behandlingen föreslås strukturerad utvärdering av behandlingen med lämpligt test, t.ex. ASRS.

4. Semester, utlandsresor

Vid planerad resa (som kan vara aktuell först månad 4) på upp till en vecka skall patienten informera mottagningen i god tid före resan, varvid medicindelning för att täcka behovet under resan kan medges vid behov. Om det rör sig om en nöjesresa, semester et cetera ska behovet av medicinering noga bedömas, och vid behov och i samförstånd med patienten kan dosen under resperioden justeras neråt, eller möjligen doser hoppas över, om det står klart att medicineringens enda eller huvudsakliga syfte är att möjliggöra för patienten att med avseende på uppmärksamhetsstörningen fungera i till exempel ett arbete eller i en utbildningsmiljö. Dylåka korta ändringar i dosering skall dokumenteras i datajournalen.

Behandlingsåtagandet från BCS sida medger inte utlandsresor under behandlingens första sex månader. Därefter kan de ske efter överenskommelse med läkare. Patienten skall uppmanas att konsultera respektive ambassad för att få aktuell och gärna skriftlig information om gällande regler

för införsel av narkotikaklassat läkemedel. Patienten skall senast två veckor före avresa visa upp biljett, giltigt pass samt den information som han eller hon har fått från ambassaden, för att kunna få ett skriftligt läkarintyg i tid före avresan och för att hinna få hem nödvändig mängd medicin.

Hantering av avsteg

1. Återfall i alkohol- eller drogmisbruk hanteras enligt följande

- a. Återfall och andra problem i behandlingen registreras och diskuteras med patienten, på behandlingskonferenser och nätverksmöten.
- b. Återfall är en del av beroendesjukdomens naturliga förlopp, men upprepade återfall måste alltid leda till att behandlingen omprövas. Vid upprepade återfall trots återfallspreventionsinsatser kan behandlingen avbrytas tillfälligt och återinsättning villkoras med dokumenterad drogfrihet.
- c. Besök skall göras varje dag för medicinutdelning och urinprovskontroller samt samtalsstöd

2. Återgång till läkemedelsbehandling sker i samråd med behandlingsansvarig läkare

Vid förekomst av positiv urinscreening avseende illegala droger eller narkotikaklassade läkemedel som inte har ordinerats av behandlingsansvarig läkare, avbryts behandlingen med följande planering:

- a. Patienten får återgå i behandling så snart urinproverna visar negativt efter första återfallet.
- b. Från och med andra återfallet får patienten återgå i läkemedelsbehandling en vecka efter urinscreenad drogfrihet. Vid upprepade, längre återfall tas en diskussion med patienten och till exempel MI kan användas.
- c. Patientens behandling får backa ett steg i läkemedelsadministrationen och urinscreening vid varje återfall. Detta innebär att om patienten återfaller för andra gången, får hans eller hennes behandling backa två steg och så vidare. Även här kan MI användas.

3. Läkemedelsbehandlingen avbryts vid följande situationer

- a. Då patienten har dömts för vålds- eller narkotikabrott, begånget efter påbörjad behandling, enligt en dom som har vunnit laga kraft.
- b. Upprepade återfall och andra avsteg (om patienten inte följer läkarordination eller uppvisar allmän misskötsamhet, exempelvis tar läkemedel utskrivet av annan läkare utan mottagningens läkares samtycke) diskuteras mellan vårdplanens kontrahenter på nätverksmöte som ska äga rum så snart som möjligt. Inför och vid nätverksmötet ska läkemedelsbehandlingen omprövas.
- c. Vid försäljning, överlåtelse eller innehav av narkotikaklassade läkemedel/ narkotika.
- d. Vid upprepat fusk med urinscreeningen.
- e. Vid uppvisande av våldsbenäget beteende eller hotfullhet mot personal eller medpatienter.
- f. Då patienten inte har medverkat i behandling under längre tid än en vecka utom vid laga förfall, vilket skall intygas.
- g. Avsiktlig överdosering.
- h. Om ingen förbättring av symtomen skett efter tre till sex månaders behandling trots att olika beredningsformer och preparat har prövats.
- i. Om patienten upprepade gånger tappat bort sin medicin. Borttappade mediciner ersätts inte.

3.3.4 Färdighetsträning i grupp för patienter med uppmärksamhetsstörning

Den färdighetsträning i grupp som för närvarande bedrivs på NPM är en manualbaserad behandling för patienter med uppmärksamhetsstörning och missbruk inspirerad av dialektisk beteendeterapi (Nordell, et al., opubl.). Eftersom den riktas till patienter med missbruk har behandlingen även

inslag av återfallsprevention. Målet för färdighetsträning i grupp för patienter med ADHD är att öka patientens färdigheter att hantera symtom på uppmärksamhetsstörning istället för att vara underkastade dessa. Genom förståelse för hur ADHD-symtom påverkar såväl yttre vardagsliv som intrapsykiskt mående och genom att lära in nya strategier att hantera de problem som uppstår på grund av detta är det tänkt att individens välbefinnande och praktiska fungerande i vardagen ska öka. I kursen ingår därför att ge ökad kunskap om ADHD, beskriva och träna på att använda hjälpmedel och träna in nya beteenden och strategier, men framförallt att med praktiska övningsmoment träna på strategier som underlättar vardagen och minskar negativa symtom.

Behandlingen ges i grupp (om cirka 12 deltagare) med två kursledare. Deltagarna inkluderas i kursen genom ett första enskilt samtal med en av kursledarna. Gruppen träffas 11 gånger, en gång per vecka under 120 minuter. En längre fikapaus (15 minuter) samt en kortare bensträckare ingår. Varje session har ett specifikt tema. Dessa är:

- 1) ADHD - vad är det?
- 2) Medveten närvaro
- 3) Praktiska förhållningssätt att hantera det vardagliga livet 1
- 4) Praktiska förhållningssätt att hantera det vardagliga livet 2
- 5) Känslskola 1
- 6) Känslskola 2
- 7) Beteendeanalys
- 8) Risksituationer - att hantera risk för återfall i missbruk
- 9) Impulsivitet och bristande impuls kontroll
- 10) Självkontroll
- 11) Behovsanalys.

Varje tillfälle innehåller en teoretisk och en praktisk del. Strukturen för varje session är som följer:

1. Övning i medveten närvaro
2. Återkoppling till förra kurstillfället
3. Genomgång av förra veckans hemuppgift
4. Teori kopplad till dagens ämne
5. Kartläggning, övning, diskussion med mera
6. Ny hemuppgift. Att använda dagbok/veckoschema som minnesstöd samt göra övning i medveten närvaro är stående hemuppgifter vilka ska göras varje dag under hela kursen.
7. Övning i medveten närvaro

De praktiska övningarna fortsätter mellan kurstillfällena i form av konkreta hemuppgifter som integreras i vardagen kopplade till temat för veckans session. Två praktiska övningar/hemuppgifter löper genom hela kursen och ska genomföras varje dag respektive vecka. Övning i medveten närvaro ska göras varje dag av kursdeltagarna. Ett veckoschema ska göras varje vecka av kursdeltagarna.

Utvärdering kommer att ske i form av patientenkäter, dels för utvärdering av hur patienterna upplever behandlingen och dels för utvärdering av behandlingsresultat, det vill säga eventuell symtomlindring.

NPM rekommenderar att patienter som medicinerar sin ADHD är stabilt inställda på sin medicin innan färdighetsträningen påbörjas samt att de inte har alltför mycket på gång samtidigt, eftersom

det kan vara svårt att orka för dem. Patienter med olika diagnoser utöver sin ADHD kan beredas plats efter individuell bedömning. Pågående missbruk och IK under 70 är exklusionskriterier.

3.3.5 Arbetsminnesträning

Patienter på Beroendecentrum som fått ADHD-diagnos och ej påbörjat farmakologisk behandling eller är stabilt inställda på centralstimulantia och upplever att de har ett försämrat minne, kan remitteras till NPM för minnesträning. NPM har Cogmed:s minnesträningsprogram. Programmet ger ett förbättrat arbetsminne. Psykologerna på NPM är ansvariga för minnesträningen. Patienten kommer fem dagar i veckan i fem veckor och genomför ett datoriserat träningsprogram. Programmet ställer in sig på patientens prestation. Programmet ökar sedan kraven successivt i förhållande till hur patienten presterar. En gång i veckan görs en uppföljning och coaching med ansvarig psykolog. Ibland får patienten ytterligare stöd. 65 procent av patienter har fullföljt programmet och upplever ett förbättrat arbetsminne, vilket också är mätbart. QbTest-Plus görs för att utvärdera av minnesträningen. QbTest-Plus ger även ett baselinevärde och kan också användas för utvärdering av den farmakologiska behandlingen

3.3.6 Psykoterapi

Psykoterapi erbjuds inom BCS psykoterafinätverk (se BCS instruktion för psykoterapi).

3.3.7 Informationskvällar

NPM ger varje termin en föreläsningsserie om ADHD för patienter med ADHD inom BCS och deras anhöriga. Föreläsningarna handlar om symtombild, farmakologisk behandling, psykologisk behandling, strukturstöd i vardagen, missbruk/beroende, ekonomi, brukarföreningens verksamheter samt hur det är att leva med ADHD. Föreläsare är läkare, psykolog, arbetsterapeut, ekonomisk rådgivare, representant från Attention och patient med ADHD.

3.3.8 Kognitivt stöd inklusive hjälpmedel

Vuxna med ADHD har olika behov av miljöanpassning, strategier och hjälpmedel för att klara sitt dagliga liv i hemmet, på fritiden och i arbetslivet. Hjälpmedel och annat kognitivt stöd utvecklas kontinuerligt. För kartläggning av behov, förskrivning av hjälpmedel samt råd om miljöanpassning och strategier behövs kontakt med arbetsterapeut. Arbetsterapeut finns på NPM och tar emot remitterade patienter.

Personer med ADHD uttrycker ofta behov av hjälp med att förenkla och strukturera tillvaron samt med att få vardagsrutiner att fungera. Hemmiljön kring personen kan behöva anpassas med målet att minska onödiga stress- och störningsmoment, att strukturera och tydliggöra uppgifter för att göra tillvaron förutsägbar och att hitta fram till en ”lagom” arbetsinsats med rimliga förväntningar.

Hjälpmedelsförsörjningen i Sverige idag är inte enhetligt organiserad utan varierar stort mellan kommuner och landsting som enligt Hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för hjälpmedlen. Det är oftast en arbetsterapeut som förskriver dem men man behöver inte sällan en läkarremiss för att få tid hos arbetsterapeuten. Kunskapsnivån är på vissa håll låg när det gäller behoven hos personer med ADHD, vilket medför att det kan vara svårt att få tillgång till behövliga hjälpmedel. Inom vissa

landsting är det inte självklart att personer har rätt att få hjälpmedel. Sortiment och tillgång varierar i landet. För att ta reda på vad som gäller där man bor är det enklast att vända sig till en arbetsterapeut inom till exempel habiliteringen eller till en hjälpmedelscentral. På vissa hjälpmedelscentraler kan man få prova eller låna kognitiva hjälpmedel. Man kan inte överklaga beslut om avslag. Inom BCS finns arbetsterapeut vid NPM, som nämnts ovan.

3.3.9 Övrigt stöd

I vårdplaneringen för patienter med ADHD ingår att kartlägga behov av, initiera och länka till *stöd utanför* sjukvården, till exempel:

- **Stöd i hemmet:** konkret stöd i vardagssituationer; att komma igång med och hitta hållbara rutiner för vardagssysslor (kommunalt boendestöd, gärna med handledning av arbetsterapeut).
- **Stöd vid studier;** individuellt utformat stöd vid studier på högskola (www.studeramedfunktionshinder.nu), inom vuxenutbildningen eller på folkhögskola med speciell inriktning mot ADHD med mera (<http://www.folkhogskola.nu>).
- **Stöd i arbete;** hjälp att finna och behålla ett lämpligt yrkesarbete, ibland med visst stöd och anpassning. (Arbetsförmedlingen, AF Unga Funktionshindrade för personer mellan 24 och 29 år som har aktivitetsersättning; intyg om funktionsnedsättningen krävs).
- **Försörjningsstöd** (Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten eller Försäkringskassan).
- **Stöd till närstående;** stöd och avlastning för närstående, stöd i föräldrarollen (barn- och vuxenpsykiatri, eventuellt primärvård, BVC, förskola/skola samt kommunala stödpersoner).
- Patienter kan också tipsas om Riksförbundet Attention (www.attention-riks.se), som är en intresseorganisation för personer med ADHD och andra kognitiva funktionsnedsättningar, och om habiliteringens ADHD-center (www.habilitering.nu/adhd-center).

3.4 Behandling vid specifika tillstånd

3.4.1 Lindrig utvecklingsstörning

Alla med utvecklingsstörning behöver en medicinskt ansvarig läkare, i första hand inom primärvården. Personer med utvecklingsstörning och psykiatriska problem som inte kan hanteras inom primärvården behöver även en fast läkarkontakt inom psykiatri. Patienter med missbruk/beroende behöver en fast läkarkontakt inom BCS. Vid lindrig utvecklingsstörning finns ingen läkemedelsbehandling att tillgå, dock erbjuds patienterna förutom en medicinskt ansvarig läkare också insatser från landstingets habiliteringsverksamhet. På habiliteringens webbplats www.habilitering.nu finns information med anknytning till funktionsnedsättningar.

Problembeteenden såsom våldsamhet eller självskadebeteende hos personer med utvecklingsstörning hanteras i regel bäst genom ett samarbete mellan habilitering, kommunens personal, patienten och hans/hennes närstående, ibland med stöd från primärvård och/eller psykiatri. En kartläggning av tänkbara stressorer i vardagen samt ev. tecken på kroppslig sjukdom bör alltid

göras i ett tidigt skede. Vid svåra problemskapande beteenden finns möjlighet att remittera till VUB-teamet (Vuxna med Utvecklingsstörning och Beteendeproblem), som är ett utrednings- och behandlingsteam med konsultativt arbetssätt. Teamet är ett samarbete mellan psykiatri och habilitering inom SLSO. Psykiatrisk slutenvård bör om möjligt undvikas.

Övrigt stöd

I vårdplaneringen för vuxna med lindrig utvecklingsstörning ingår att kartlägga behov av, initiera och länka till *stöd utanför sjukvården*, till exempel:

- **Kommunala insatser enligt LSS**, till exempel daglig sysselsättning, boende med särskilt stöd. Behoven bedöms av kommunens LSS-handläggare. Den som får insatser enligt LSS har rätt att begära att en *individuell plan* upprättas. Denna ska omfatta beslutade och planerade insatser från kommun, landsting och andra stödjande instanser. Kommunen ska arbeta för att insatserna i planen samordnas.
- **Tandvård**; Personer som tillhör LSS:s personkrets har rätt till *utökat tandvårdsstöd*; avgiftsfri munvårdsbedömning, uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård inkl. behandling för en kostnad motsvarande öppen hälso- och sjukvård. Avgiften omfattas av högkostnadsskyddet. Kommunens LSS-handläggare utfärdar tandvårdsintyg. För den som bedömts tillhöra personkretsen men inte har pågående LSS-insatser kan t.ex. distriktssköterska utfärda intyget.
- **Stöd vid studier**; Sär vux inom kommunen; folkhögskolor med särskild inriktning mot personer med utvecklingsstörning med mera (<http://www.folkhogskola.nu>).
- **Stöd i arbete**; Hjälプ att finna och behålla ett lämpligt yrkesarbete, ibland med visst stöd och anpassning (Arbetsförmedlingen, AF Unga Funktionshindrade). Daglig sysselsättning enligt LSS kan vara ett alternativ eller ett steg på vägen mot arbete.
- **Försörjningsstöd**; Arbetsförmedlingen, socialtjänsten eller Försäkringskassan. För information om Försäkringskassans stöd till personer med funktionsnedsättning, se www.forsakringskassan.se
- **God man/förvaltare**; Ansökan till tingsrätten eller till kommunens överförmyndare.
- **Stöd till närstående**; Stöd och avlastning för anhöriga, stöd i föräldrarollen (samarbete BVC, förskola/skola, andra kommunala stödpersoner, primärvård, habilitering samt ibland barn- och/eller vuxenpsykiatri).
- Patienten kan också informeras om intresseorganisationen FUB Stockholm (www.fubstockholm.se) som erbjuder aktiviteter och bevakar gruppens intressen.

Både internationellt och i Sverige pågår ett intensivt utvecklingsarbete för att få fram nya psykosociala behandlingsprogram för patienter med ADHD.

3.4.2 Autismspektrumtillstånd

Det finns ingen botande behandling av autismspektrumtillstånd. Istället eftersträvas förståelse, anpassning av omgivningen samt stöd och hjälp med vanliga problem.

Vuxna med autismspektrumtillstånd behöver en fast läkarkontakt, t.ex. vid behov av intyg. En medicinskt ansvarig läkare inom psykiatri och/eller primärvård bör därför vara utsedd. Det är viktigt att den vårdpersonal som möter patienten har grundläggande kunskaper om autism, så att vårdssituationen kan anpassas efter de specifika behov som finns.

Många vuxna med autismspektrumtillstånd behöver behandling av samtidig psykisk sjukdom eller psykiatriska symtom. Psykiatrisk diagnostik i denna grupp kan vara svår, särskilt vid samtidig utvecklingsstörning. De som har stora problem med uppmärksamhetsstörning /ADHD kan ha nytta av medicinering mot denna, andra behöver läkemedelsbehandling för ångest eller depression. Vid psykossymtom som inte är utlösta av t.ex. förändringar i livssituationen och som inte går över inom några dagar behövs ställningstagande till antipsykotisk medicinering.

Autismspektrumtillstånd innebär ingen kontraindikation mot någon typ av medicinering, samtidigt som klinisk erfarenhet talar för att många är känsliga för mediciner. De kan få såväl effekt som biverkningar av lägre doser än de flesta, och kan reagera kraftigt på dosändring i någon riktning. Vissa patienter behöver psykologisk behandling inom psykiatrin, ofta med fokus på stärkt självkänsla efter många års sociala misslyckanden och kritik från omgivningen. Samtidiga psykiatriska tillstånd såsom depression och ångesttillstånd kan utgöra indikation för psykoterapi. Alla psykologiska behandlings- och stödinsatser måste ske med anpassning till den annorlunda kommunikationen och informationsbearbetningen hos personen med autismspektrumtillstånd.

Personer med autismspektrumtillstånd blir ibland aktuella inom psykiatrin på grund av problemskapande beteenden. Det är angeläget att psykiatrin, primärvården och habiliteringen samarbetar kring dessa patienter och även involverar kommunens personal/personliga assistenter och närstående. Beteendeinterventioner har i regel bättre effekt och mindre biverkningar än medicinering. Vid svåra problemskapande beteenden hos patienter med autism och utvecklingsstörning finns möjlighet att remittera till VUB-teamet (Vuxna med Utvecklingsstörning och Beteendeproblem). Vårdmiljön inom psykiatrisk slutenvård kan vara direkt olämplig för denna grupp.

Patienter med autismspektrumtillstånd erbjuds en medicinskt ansvarig läkare och psykoterapi vid behov. Habiliteringen (www.habilitering.nu) erbjuder också stöd till både patienter och deras anhöriga/närstående.

Övrigt stöd

I vårdplaneringen för vuxna med autismspektrumtillstånd ingår att kartlägga behov av, initiera och länka till *stöd utanför sjukvården*, till exempel:

- **Kommunala insatser enligt LSS**, till exempel daglig sysselsättning, boende med särskilt stöd. Diagnosen ger personkretstillhörigheten, behoven bedöms av kommunens LSS-handläggare. Den som får insatser enligt LSS har rätt att begära att en *individuell plan* upprättas. Denna ska omfatta beslutade och planerade insatser från kommun, landsting och

andra stödjande instanser. Kommunen ska arbeta för att insatserna i planen samordnas.

- **Tandvård;** Personer som tillhör LSS:s personkrets har rätt till *utökad tandvårdsstöd*; avgiftsfri munvårdsbedömning, uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård inkl. behandling för en kostnad motsvarande öppen hälso- och sjukvård. Avgiften omfattas av högkostnadsskyddet. Kommunens LSS-handläggare utfärdar tandvårdsintyg. För den som bedömts tillhöra personkretsen men inte har pågående LSS-insatser kan till exempel distriktssköterska utfärda intyget.
- **Stöd vid studier;** Individuellt utformat stöd på högskola (www.studeramedfunktionshinder.nu), inom vuxenutbildningen, Särvox inom kommunerna eller på folkhögskola med speciell inriktning mot autismspektrum med mera (www.folkhogskola.nu).
- **Stöd i arbete;** Hjälp att finna och behålla ett lämpligt yrkesarbete, ibland med visst stöd och anpassning. (Arbetsförmedlingen, AF Unga Funktionshindrade).
- **Försörjningsstöd;** Arbetsförmedlingen, socialtjänsten eller Försäkringskassan.
- **Stöd till närstående;** Stöd och avlastning för anhöriga, stöd i föräldrarollen (samarbete BVC, förskola/skola, andra kommunala stödpersoner, primärvård, habilitering samt ibland barn- och/eller vuxenpsykiatri).
- Övriga resurser finns i form av Aspergercenter i Stockholm och intresseorganisationen Autism- och Aspergerförbundet (www.autism.se). Information finns också på www.autismforum.se.

Både internationellt och i Sverige pågår ett intensivt utvecklingsarbete för att få fram nya psykosociala behandlingsprogram för patienter med Aspergers syndrom.

3.4.3 Autismspektrumtillstånd tillsammans med utvecklingsstörning

Vid autismspektrumtillstånd i kombination med utvecklingsstörning erbjuds patienterna en medicinskt ansvarig läkare. Ofta har andra instanser (till exempel Försäkringskassan, habiliteringsverksamhet eller kommunen) ansvar för insatser som är viktiga för patienter med autismspektrumtillstånd med eller utan utvecklingsstörning. BCS kan då ge utbildning och handledning. Samverkan med andra parter (till exempel habilitering, kommun, primärvård och psykiatri) förekommer vid behov. Habiliteringen erbjuder gruppen stöd både via lokala habiliteringscenter och via ett centralt Autismcenter för vuxna som riktar sig till personer med både autismspektrumtillstånd och utvecklingsstörning. Dessa personer har också rätt till stöd enligt LSS. Autism och Aspergerförbundet (www.autism.se) erbjuder både information och aktiviteter. Information finns också på www.autismforum.se och www.habilitering.nu.

Problem utan diagnos

Personer som har hjälpbehov men som inte uppfyller diagnoskriterierna för ADHD, lindrig utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd erbjuds de insatser de bedöms ha behov av.

3.4.4 Möta och behandla personer med UKF – bra att veta!

Allmänna råd om anpassning av vårdmiljö och bemötande:

- anpassa informationen efter personens begåvningsnivå och kommunikationsförmåga
- alltid skriftlig information (ordinationer, tider et cetera), helst i punktform
- påminnelser via SMS vid behov
- uppgifter med kortsiktiga och tydliga delmål, tät feedback
- tydlighet, struktur och förutsägbarhet vad gäller
 - yttre miljö (karta, avgränsning, lugn plats för samtal/vård)
 - personal (få inblandade personer, tydligt vem som är kontaktperson, när och hur denne kan kontaktas)
 - samtal/möte (med vilka, hur länge, innehåll/agenda)
 - aktiviteter (till exempel schema, även för ”fri tid”, eventuellt med bilder)
- ta hänsyn till perceptuella svårigheter
 - begränsa sinnesintryck (starkt ljus, ljud, kroppskontakt)
- respektera svårigheter, till exempel
 - att äta och delta i aktiviteter tillsammans med andra
 - med ögonkontakt
 - stereotypier och udda beteenden som inte är skadliga
- ta hjälp av anhöriga/närstående
- använd gärna ”Stöd vid möten” (www.autism.se).

3.5 Förbättra

1. Förbättringar sker kontinuerligt.
2. Neuropsykiatri är utsett som ett strategiskt utvecklingsområde (processområde) inom BCS, för vilket det framöver kommer att finnas en processledare och en referensgrupp. Detta kommer att resultera i en kunskapsöversikt som kontinuerligt uppdateras.
3. Processledare och ansvariga chefer inom BCS arbetar aktivt med införande och tillämpning av det regionala vårdprogrammets riktlinjer och rekommendationer.

4. FÖRKORTNINGAR

Se även förteckning över refererade test och andra instrument (Bilaga 3).

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AF	Arbetsförmedlingen
AST	Autismspektrumtillstånd
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
BVC	Barnvårdscentral
BCS	Beroendecentrum Stockholm
CDT	Carbohydrate-Deficient Transferrin (kolhydrat-fattigt transferrin) alkoholmarkör
CNS	Centrala nervsystemet
CPT	Conners' Continuous Performance Test
DBT	Dialektisk beteendeterapi
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EtG	Ethylglucuronid (alkoholmarkör)
FASS	Farmaceutiska specialiteter i Sverige
FUB	Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning
GAF	Global funktionskattningsskala
HBT	En i Sverige vedertagen akronym för homosexuella, bisexuella och transpersoner
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden
IK	Intelligenskvot
KBT	Kognitiv beteendeterapi
KVÅ	Klassifikation av vårdåtgärder
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrad
MCV	Mean Corpuscular Volume
MI	Motivational Interviewing (Motiverande samtal)
MMR	Mild Mental Retardation
NPM	Neuropsykologiska mottagningen, Sektionen för specialiserad öppenvård, Beroendecentrum Stockholm
SLSO	Stockholms läns sjukvårdsområde
SMR	Severe Mental Retardation
TC	Take Care, elektroniskt journalsystem
UKF	Utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsnedsättningar
VUB	Vuxna med utvecklingsstörning och beteendeproblem
WHO	World Health Organisation

5. REFERENSER

Adolfsson, I., Carlsson-Kendall, G., Dahlström, K., & Fernell, E. (2002). Svag begåvning – normalt, men inte problemfritt. *Läkartidningen*, 99,1820-22.

Aicardi, J. (1998). The etiology of developmental delay. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5, 15-20.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed., text rev.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Anderlid, B. M. (2002). *Cryptic chromosome abnormalities in idiopathic mental retardation*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Baron-Cohen, S., Scott, F. J., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews, F. E., & Brayne, C. (2009). Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *British Journal of Psychiatry*, 194, 500-509.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism spectrum quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5-17.

Bejerot, S., Nylander, L., & Lindstrom, E. (2001). Autistic traits in obsessive-compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 169-76.

Bejerot, S. (2010). Two-year outcome of treatment with central stimulant medication in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a prospective study. *Journal of clinical psychiatry*, 71, 1590-1597

Billstedt, E., Gillberg, C., & Gillberg, C. (2005). Autism and adolescence: population-based 13- to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 351-60.

Bodlund, O., Grann, M., Ottosson, H., & Svanborg, C. (1998). Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders: a comparison of three psychiatric samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 433-9.

Brook, D.W., Brook, J.S., Zhang, C., & Koppel, J. (2010). Association between attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence and substance use disorders in adulthood. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 164, 930-934. doi:10.1001/archpediatrics.2010.180

Bruce, B. *Problems of language and communication in children. Identification and intervention*. Department of Logopedics, Phoniatics and Audiology, Lunds universitet, 2007.

Bryson, S.E., Bradley, E.A., Thompson, A., & Wainwright, A. (2008). Prevalence of autism among adolescents with intellectual disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 449-59.

Didden, R., Embregts, P., van der Toorn, M., & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline

intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 927-932.

Ehlers, S., Gillberg, C., & Wing, L. (1999). A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 129-41.

Ekselius, L., Lindstrom, E., von Knorring, L., Bodlund, O., & Kullgren, G. (1994). SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 120-3.

Esbensen, A. J., Greenberg J. S., Seltzer, M. M., & Aman, M. G. (2009). A longitudinal investigation of psychotropic and non-psychotropic medication use among adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1339-49.

Fals-Stewart, W., Bates, A. M. (2003). The neuropsychological Test Performance of Drug-Abusing Patients: An examination of latent Cognitive Abilities and Associated Risk Factors. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11, 34-45.

Fernell, E. (1996). Mild mental retardation in schoolchildren in a Swedish suburban municipality: prevalence and diagnostic aspects. *Acta Paediatrica*, 85, 584-8.

Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 365–382.

Gillberg, C., Gillberg, C., Rastam, M., & Wentz, E. (2001). The Asperger syndrome (and high-functioning autism) diagnostic interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism*, 5, 57-66.

Gotham, K., Risi, S., Pickles, A., & Lord, C. (2007). The autism diagnostic observation schedule: revised algorithms for improved diagnostic validity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 613-27.

Gustavsson, J. P., Bergman, H., Edman, G., Ekselius, L., von Knorring, L., & Linder, J. (2000). Swedish universities scales of personality (SSP): construction, internal consistency and normative data. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 217-25.

Hirschfeld, R. M. A., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E. Jr., Lewis, L., McElroy, S. L., Post, R. M., Rappaport, D. J., Russell, J. M., Sachs, G. S., & Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1873-75.

Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M., & Leboyer, L. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9. doi:10.1186/1471-244X-9-35

Kadesjö, B., Janols, L. O., Korkman, M., Mickelsson, K., Strand, G., Trillingsgaard, A., & Gillberg, C. (2004). The FTF (five to fifteen): The development of a parent questionnaire for the assessment of ADHD and comorbid conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 3-13.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-56.

Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Roberts, A. L., Martin, L. T., Kubzansky, L., Harrington, H., Poulton, R., & Caspi, A. (2009). Childhood IQ and adult mental disorders: A test of the cognitive reserve hypothesis. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 50-57.

Landgren, M., Andersson Grönlund, M., Elfstrand, P. O., Simonsson, J. E., Svensson, L., & Strömblad, K. (2006). Health before and after adoption from Eastern Europe. *Acta Paediatrica*, 95, 720-5.

Leekam, S. R., Libby, S. J., Wing, L., Gould, J., & Taylor, C. (2002). The diagnostic interview for social and communication disorders: Algorithms for ICD-10 childhood autism and Wing and Gould autistic spectrum disorders. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 327-42.

Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H. Jr., Leventhal, B. L., DiLavore, P. C., Pickles, A., & Rutter M. (2000). The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 205-23.

Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-685.

Matson, J. L., & Shoemaker M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1107-14.

McCann, B.S., Leonard, S., Ward, N., & Roy-Byrne, P. (2000). Discriminant Validity of the Wender Utah Rating Scale for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Journal Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 12:240-245,

Modigh, K., Berggren, U., & Sehlin, S. (1998). Stor risk för DAMP/ADHD-barn att bli missbrukare senare i livet. *Läkartidningen*, 95, 5316-19.

Nationellt vägledningsdokument. Autismspektrumtillstånd hos vuxna.

Utarbetat av: Arbetsgruppen för nationell psykiatrisamordnings projekt "ADHD och autismspektrumtillstånd hos vuxna"

Nordell, M., Frankl, M., Heuchemer, B., & Konstenius, M. (opubl.). Manual för kursen "Att hantera ADHD. Färdighetsträning för personer med ADHD och missbruk."

Oliver-Africano, P., Murphy, D., & Tyrer, P. (2009). Aggressive behaviour in adults with intellectual disability: Defining the role of drug treatment. *CNS Drugs*, 23, 903-13.

Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., West, S. A., & Soni, P. (2005). Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological Psychiatry*, 58, 125-31.

Ritvo, R. A., Ritvo, E. R., Guthrie, D., Yuwiler, A., Ritvo, M. J., & Weisbender, L. A scale to assist the diagnosis of autism and Asperger's disorder in adults (RAADS): A pilot study. (2008). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 213-23.

Seltzer, M., Krauss, M. W., Shattuck, P. T., Orsmond, G., Swe, A., & Lord, C. (2003). The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 565-81.

Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A., & Bitter, L. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 204-11.

Sizoo, B., van den Brink, W., Koeter, M., Gorissen van Eeninge, M., van Wijngaarden-Cremers, P., & van der Gaag, R. J. (2010). Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid substance use disorder: Prevalence, risk factors and functional disability. *Drug and Alcohol Dependence*, 107, 44-50.

Sjöberg, M. (2007). *Ibland låtsas jag att jag förstår. En bok om elever med språkstörning*. Stockholm: Afasiförbundet i Sverige och Riksförbundet DHB.

Socialdepartementet, Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Socialstyrelsen (2002). ADHD hos barn och vuxna, kunskapsöversikt.

Stockholms läns landsting (2010). *Regionalt vårdprogram. ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd hos barn, ungdomar och vuxna*. Stockholm; SLL/Medicinskt kunskapscentrum.

Stockholms läns sjukvårdsområde (2009). *Klaradokumentet. Om nivå differentierad neuropsykiatrisk utredning*. SLSO: Vägledningsdokument inom Vuxenpsykiatri och Beroendecentrum Stockholm

Strømme, P. (2000). Aetiology in severe and mild mental retardation: a population-based study of Norwegian children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 76-86.

Strømme, P., & Valvatne, K. (1998). Mental retardation in Norway: prevalence and sub-classification in a cohort of 30 037 children born between 1980-1985. *Acta Paediatrica*, 87, 291-6.

Ståhlberg, O., Anckarsäter, H., & Nilsson, T. (2010). Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: Prevalences and treatment needs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 893-903.

Suhr, J., Zimak, E., Buelow, M., & Fox, L. (2009). Self-reported childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms are not specific to the disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 269-75.

Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah rating scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 885-90.

Wender, P. (1995). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*. Oxford: Oxford University press.

Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.

6. BILAGOR

1. Remissunderlag för neuropsykiatrisk utredning
2. Sammanfattade riktlinjer och rekommendationer för utredning och insatser för vuxna
3. Exempel på frågeformulär som finns tillgängliga på svenska
4. Checklista för effektutvärdering vid läkemedelsbehandling ADHD
5. Biverkningsformulär vid läkemedelsbehandling ADHD
6. Kvalitetsindikatorer
7. Neuropsykologisk bedömning
8. Arbetsterapeutisk bedömning
9. Registrering av Neuropsykiatriska utredningar

Bilaga 1. Remissunderlag för neuropsykiatrisk utredning

(Hämtat ur det regionala vårdprogrammet ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd hos barn, ungdomar och vuxna (Stockholms läns landsting, 2010)

Patientens namn:

adress:

tel nr:

e-post:

Patienten vill kallas per brev.....tel.....SMS.....e-post.....

Kopia av kallelse till anhörig/företrädare?

Frågeställning:

ADHD/ADD?

Autismspektrumtillstånd?

Utvecklingsstörning?

Annan fråga?

Initiativtagare till utredningen:

Symtom/problem som föranleder frågeställningen:

När började symtomen:

Före puberteten?

Före 7-årsåldern?

Före 3-årsåldern?

Annan ålder?

Tidigare vårdkontakter: BUP? Barnmedicin/barnneurologi? Barnhabilitering?

När?

Var?

Diagnos/er?

Mediciner?

Tidigare vuxenpsykiatrisk kontakt? Kontakt med habiliteringen?

När?

Var?

Diagnos/er?

Mediciner?

Har patienten genomgått kognitiv utredning/testning hos psykolog? När och var?

Somatisk sjukdom (t.ex. epilepsi)?

Beroende/missbruk?

Särskilda önskemål/hänsynstaganden?

Är patienten införstådd med remissen och dess syfte?

Bilaga 2. Sammanfattade riktlinjer och rekommendationer för utredning och insatser för vuxna

Nedanstående riktlinjer och rekommendationer utgår från tillgänglig evidens och/eller konsensus i programgruppen för det regionala vårdprogrammet ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd hos barn, ungdomar och vuxna (Stockholms läns landsting, 2010).

1. Vid alla bedömningar av nya patienter i psykiatrien bör en utvecklingsanamnes inhämtas. ADHD, utvecklingsstörning/svaghälsa och autismspektrumtillstånd bör alltid finnas med som diagnostiska möjligheter, speciellt för patienter vars behandling inte gett resultat.
2. Utredning, diagnostik och behandling som gäller ADHD, autismspektrumtillstånd eller andra utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsnedsättningar ska företas i samarbete med patienten och bör involvera familjen/närstående, under förutsättning att den vuxna patienten inte motsätter sig detta.
3. Remisser ska skickas rätt från början och innehålla den information som mottagande verksamhet behöver.
4. Psykiatrien inkl. BCS har ansvaret för utredning av misstänkt ADHD, utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd. Utredningens innehåll och omfattning bör individualiseras utifrån den formulerade frågeställningen och problematikens komplexitet.
5. Samverkan i utredningar ska planeras så att väntetider mellan de olika delarna minimeras. Organisation och rutiner ska utformas för att underlätta snabb och enkel informationshantering.
6. Kollegial kunskapsöverföring bör ske genom auskultation, seminarier, handledning och föreläsningar.
7. Varje verksamhet ska ha en tydlig struktur för second opinion och fortlöpande kvalitetsgranskning av bedömningar.
8. Personer med ADHD, utvecklingsstörning/svaghälsa eller autismspektrumtillstånd ska erbjudas stöd och behandling utifrån sina behov.
9. Mottagning för läkemedelsbehandling av ADHD ska finnas vid varje psykiatrisk klinik. Mottagningen bör vara bemannad med läkare och sjuksköterska med missbrukskunskap och ha tillgång till kurator och andra professionella vid behov.
10. Kognitivt stöd inklusive hjälpmedel ska erbjudas personer med ADHD, utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd vid behov.
11. Psykopedagogiska insatser bör erbjudas samtliga personer som fått diagnosen ADHD, utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd och deras närstående.
12. Patienten/brukaren, och de närstående, ska inte behöva möta mer än ett hanterligt antal vårdgivare/myndighetspersoner. De ska få klara besked om vilka ansvarsområden var och en har och om syftet med kontakten.

13. Varje person med ADHD, utvecklingsstörning/svagbegåvning eller autismspektrumtillstånd som får insatser bör ha en utsedd namngiven ansvarig för samordning och en upprättad samverkansplan.

14. Anhöriga/närstående till personer som behandlas/följs upp bör erbjudas anhörigstöd inom habilitering, psykiatri eller primärvård. Minderåriga barn ska speciellt uppmärksammas.

15. Specialteam för bedömning och inledande behandling av personer med utvecklingsstörning och allvarliga problemskapande beteenden ska finnas som en resurs för den psykiatriska vården, habiliteringen och primärvården.

16. Primärvård och andra remitterande och handläggande instanser bör informeras och erbjudas fortbildning om ADHD, utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd.

17. Information om ADHD, utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd, vart man kan vända sig för utredning samt möjligheter till behandling och stöd ska finnas lättillgänglig för allmänheten (www.vardguiden.se).

Bilaga 3. Exempel på frågeformulär som finns tillgängliga på svenska

(Hämtat ur det regionala vårdprogrammet ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd hos barn, ungdomar och vuxna (Stockholms läns landsting, 2010)

ABAS (Adaptive Behavior Assessment System). Anhörigskattning av adaptiva färdigheter hos barn och ungdom (5 – 21 år). Speciellt användbart vid utvecklingsstörning och andra kognitiva funktionsnedsättningar. 9 skalor och tre färdighetsområden: Kognitiva, sociala och praktiska. Övergripande mått på generell adaptiv färdighet, kan utgöra underlag för bedömning enligt ICF. Tidsåtgång ca 20 min. Copyrightskyddad, säljs via Pearson Assessment.

ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale) (Kessler et al., 2005). Enkel självskattningsskala framtagen av WHO för skattning av ADHD-symtom hos vuxna. Innehåller totalt 18 frågor varav de första 6 kan användas som en enkel screening. Skalan avser att ge en uppfattning om både symtombelastningen och frekvens av symtom. Används även för utvärdering av behandlingsresultat. Skalan finns tillgänglig på Internet på en rad olika språk:
<http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/18Q-Swedish%20FINAL.pdf>

ASSQ (Asperger Syndrome Screening Questionnaire). Screeninginstrument (Ehlers, Gillberg, & Wing, 1999). 27 frågor om personens beteende i 8 - 12-årsåldern, att besvaras av föräldrar eller lärare. Svaren skattas med 0, 1 eller 2 poäng (högre poäng = större avvikelse).

AQ (Autism Quotient) (Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin, & Clubley, 2001). Frågeformulär med 50 frågor om "autistiska drag", uppdelade i 5 kategorier, som personen fyller i själv. Kan användas som utgångspunkt i diskussion med personen snarare än som ett diagnostiskt instrument då det ger falskt negativa och falskt positiva svar. Formuläret är inte utvärderat för personer med annan diagnos än Aspergers syndrom.

Brown ADD-RS (Brown ADD Rating Scale). Skattningsskala som antingen kan användas som självskattningsskala eller i intervjuform. Kan också fyllas i av en närstående. Innefattar 40 items inom fem olika funktionsområden: a) organisation och prioritering, b) fokusering och uppmärksamhet c) aktivitetsnivå, d) frustrationstolerans och e) arbetsminne. Således ingår frågor om svårigheter som inte inkluderas i nuvarande diagnoskriterier för ADHD. Istället fokuseras frågorna på ADD, uppmärksamhetsstörning. Skalan är copyrightskyddad, säljs via Psykologiförlaget.

CAARS (Conners Adult ADHD Rating Scale). Självskattningsskala för vuxna som innefattar 30 frågor kring ADHD-symtom. För att använda skalan krävs licens.

5-15/FTF (Five To Fifteen) (Kadesjö et al., 2004). Nordiskt frågeformulär om beteende och utvecklingsavvikelse under uppväxten (5- till 15-årsåldern). Besvaras av föräldrar. Hjälper föräldrar att erinra sig hur personen fungerade under uppväxten inom områdena koncentration, samspel, psykisk hälsa, motorik, språk, inlärningsförmåga, minne och perception. Framtaget för att fånga upp aktuella problem hos ett barn, men kan användas retrospektivt vid bedömning av vuxna. Finns på www.5-15.org på flera språk.

RAADS (Ritvo Autism Asperger's Diagnostic Scale) (Ritvo et al., 2008). Självskattningsskala som innefattar 80 påståenden som graderas från 0-3. Högre än 77 poäng stödjer diagnos medan poäng under 64 talar för att diagnos är osannolik. Asterixförsedda frågor har omvänd poäng. Skalan utger sig inte för att vara ett diagnostiskt instrument. Finns att hämta på:

<http://www.slso.sll.se/upload/CePF/Neuropsykproj/RAADS%202007%20svenska,%20klinisk,%20kryss.pdf>

WRAADDS (Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale) (Reimherr et al., 2005) tidigare benämnd WRASS (Wender, 1995). Översatt och bearbetad av Sally Sehlin, har använts länge i Sverige. Kan användas både som intervju och som självskattningsskala, en version för anhöriga finns också. Frågorna utgår från de s.k. Utah-kriterierna för ADHD. Totalt ingår 35 frågor grupperade under följande områden: uppmärksamhetssvårigheter, hyperaktivitet/rastlöshet, affektiv labilitet, kort stubin, organisationssvårigheter, stresskänslighet och impulsivitet. Varje symtom graderas från 0–4. Skalan lämpar sig väl som underlag för en semistrukturerad intervju.

WURS (Wender Utah Rating Scale). Retrospektivt självskattningsformulär med 61 påståenden som fångar upp ADHD-symtom i barndomen (Ward, Wender, & Reimherr, 1993). Svaren på 25 utvalda frågor används vid poängberäkningen, där >44p bedöms som sannolik ADHD, >39p som trolig ADHD. Skalan har dock inte den sensitivitet och specificitet som man initialt hävdade (Suhr, Zimak, Buelow, & Fox, 2009) och överensstämmelsen i skattning mellan barndom och vuxen ålder brister.

OBSERVATIONSSKALOR

A&O (ADHD & Autismspektrumtillstånd – Observationshjälpmedel) innefattar 24 parametrar att bedöma på en visuell analogskala. Är tänkt som ett hjälpmedel för klinikern vid bedömning av patienter i psykiatrisk vård och svaren kan utgöra underlag för status. Finns som bilaga till det regionala vårdprogrammet (Stockholms läns landsting 2010).

HAGS (Högfungerande autism/Aspergers syndrom Global Skattningsskala) (Bejerot, Nylander, & Lindstrom, 2001) beskriver beteenden och förhållanden som kan tala för ett autismspektrumtillstånd. Kan laddas ned från <http://www.slpo.sll.se/upload/CePF/Neuropsykproj/HAGS%203%20sidor.pdf>

INTERVJUUNDERLAG

ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) (Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994). Omfattande formulär för strukturerad intervju av föräldrar. Barnets beteende från småbarnsålder går igenom utifrån diagnoskriterier för autism. Kräver goda kunskaper om autism, speciell utbildning och tar några timmar. Kan kombineras med ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) (Gotham, Risi, Pickles, & Lord, 2007; Lord et al., 2000), en strukturerad observationsmetod utarbetad i första hand för barn, som finns i fyra versioner utifrån verbal förmåga. Användande av ADI-R och ADOS kräver särskild utbildning.

ASDI (Aspergers Syndrom och Autismspektrum Diagnostisk Intervju) (Gillberg, Gillberg, Rastam, & Wentz, 2001). Intervjuchecklista som finns i en tonårs- och en föräldraversion. Frågorna bygger på diagnoskriterier för Aspergers syndrom enligt Gillberg & Gillberg. Frågorna ställs till personen respektive föräldrarna i en semistrukturerad intervju. Intervjuaren måste ha mycket goda kunskaper om Aspergers syndrom.

CARS (Childhood Autism Rating Scale). Används i intervju med föräldrar. Frågor om beteendeavvikelse i barndomen och dess svårighetsgrad. Förutsätter god kunskap om autism hos intervjuaren, och gott minne hos föräldrarna. Ger en poängsumma som översätts till ingen – lätt – måttlig – svår autism.

DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication disorders) (Leekam, Libby, Wing, Gould, & Taylor, 2002). Ett annat underlag för omfattande anhörigintervju. Är något bredare och fångar inte bara avvikelser typiska för autism utan också andra problem. Kräver goda kunskaper om autism, speciell utbildning och tar några timmar att genomföra.

AXEL I-DIAGNOSTIK/SCREENING

GAF (Global Assessment Functioning Scale). För generell bedömning av funktion och symtomtyngd. Kan fyllas i av både patient och kliniker var för sig men kräver viss utbildning för att ge en någorlunda ”korrekt” bild.

MINI (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju). Intervjubaserat instrument för differentialdiagnostik enligt DSM IV. Svensk reviderad version 5.0.0 (2006-04-05), går att ladda ner på följande adress: <http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/4382/MINI.pdf>

SCID I (Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I) Copyright-skyddad diagnostisk intervju för DSM-IV.

SCID I Screen Självskattningsinstrument som täcker in flertalet axel I-tillstånd på screeningnivå.

AXEL I-DIAGNOSTIK/FÖRDJUPNING

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Ett frågeformulär med särskilt fokus på att upptäcka tidigt riskbeteende med avseende på alkohol, utvecklat av WHO. Översatt och bearbetat av professor Hans Bergman, 1994, Karolinska Institutet, Stockholm. Kan hämtas till exempel från länk: <http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPPage1/9920.aspx> alternativt <http://www.slsso.sll.se/upload/Administrationen/AUDIT.pdf>

DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test). En strukturerad intervju med fokus på riskanvändning av andra droger än alkohol. Översatt av Ann H. Bergman, Hans Bergman, Tom Parmstierna & Hans Schlyter, version 2, 2002, 2005, Karolinska Institutet. Kan hämtas till exempel från länk: http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPPage1_9920.aspx alternativt <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/blankettarkiv/dudit.pdf>

BAI (Beck Anxiety Inventory). För bedömning av grad av ångest samt förändringar i ångesttillstånd. Kan beställas från Pearson Assessment.

BOCS (Brief Obsessive Compulsive Scale). Självskattningsinstrument för bedömning av förekomst och tyngd av OCD-symtom. Utgår från Y-BOCS och CY-BOCS. BOCS-skalan är mer användarvänlig och kan laddas ned på <http://www.ocdforbundet.se/PDF/sjalvskattningssskala.pdf>

MDQ (Mood Disorder Questionnaire) (Hirschfeld et al., 2000). Skattar förekomst av bipolaritet. Översatt av doktor Lars Häggström, Psykiatriska Kliniken i Halmstad, med tillstånd av författarna. Kan hämtas till exempel från länk: http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPPage1_9920.aspx

PHQ-9. Depressionsenkät. Översatt av Mats Adler, Affektiva mottagningen Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Skalan är tillgänglig för patientarbete och forskning, även som

elektroniskt formulär. Eftertryck för försäljning är förbjudet. Kan hämtas till exempel från länk:
http://www.sls.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1_9920.aspx

AXEL II-DIAGNOSTIK/SCREENING

DIP-Q (Bodlund, Grann, Ottosson, & Svanborg, 1998). Självsiktningsskala som ger personlighetsstörningsdiagnoser enligt både ICD-10 och DSM IV. Vid datainmatning får man en illustrativ bild i form av stapeldiagram som kan vara underlag för diskussion med patienten. Skalan är gratis.

SCID II (Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis II) är en strukturerad intervju som följer DSM-IV. Copyrightskyddad.

SCID II Screen. Självsiktningsskala som korrelerar hyggligt med den axel II-diagnostik som man får med en fullständig SCID II intervju (Ekselius, Lindstrom, von Knorring, Bodlund, & Kullgren, 1994).

SSP (Swedish Universities Scales of Personality). Självsiktningsskala som är utvecklade utifrån KSP (Karolinska Scales of Personality) och validerade i en svensk population (Gustavsson et al., 2000). Svaren matas in i en datafil och ger ett överskådligt stapeldiagram av olika personlighetsvariabler, väl lämpat som underlag i samtal med patienten. Områden som täcks in är: Misstro, Irritabilitet, Fysisk aggressivitet, Verbal Aggressivitet, Social konformism, Bitterhet, Social distans, Äventyrslystnad, Impulsivitet, Självhärdelseförmåga, Stresskänslighet, Psykisk och Somatisk ångestbenägenhet. Gratis.

Bilaga 4. Checklista för effektutvärdering vid läkemedelsbehandling ADHD



Checklista för effektutvärdering vid läkemedelsbehandling ADHD

- Tidpunkt för tablettintag och antal tillfällen
- När effekten kommer och går ur
- Saknas effekt vid någon del av dagen
- Koncentration/fokusering, både i tid och kvalitet
- Sortera bort annat som pågår runt omkring/distraherad
- Ta initiativ till tidigare tråkiga saker och göra dem
- Avsluta påbörjade uppgifter
- Humöret/irritabilitet/gladare
- Lugn i kroppen/rastlöshet
- Socialt samspel med andra
- Kommunikation med andra/avbryta
- Relationer
- Planering /organisering/strukturering
- Närvarande i situationer
- Kreativitet (försviner ibland vid behandling)
- Sömn
- Pigghet/energi
- Sug efter sötsaker/annat gott
- Sug efter alkohol/droger
- Impulsivitet
- Stress
- Minne
- Behov av ytterligare hjälp med strategier för strukturer
- Regelbundenhet avseende livsstil viktigt för utvärdering

Pröva Dig fram för att finna den individuella behandlingslösningen avseende preparatval, dosering, doseringstillfällen i kombination med annan behandling och omhändertagande!

Bilaga 5. Biverkningsformulär vid läkemedelsbehandling ADHD



STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Neuropsykiatriska enheten

BIVERKNINGSFORMULÄR VID LÄKEMEDELSBEHANDLING ADHD

Namn: _____ Personnr: _____ - _____ Preparat: _____

Symtom	Datum/ dos	Datum/ dos	Datum/ dos	Datum/ dos
Insomningssvårigheter				
Tidigt morgonuppvaknande				
Orolig sömn, vaknar nattetid				
Ökat sömnbehov				
Huvudvärk				
Buksmärtor				
Diarré				
Förstoppning				
Muntorrhet				
Tics				
Oro, ängslighet, nervositet				
Irritabilitet/ aggressivitet				
Nedstämdhet, dysfori				
Upprymdhet, hypomani				
Hjärtklappning				
Yrsel, ostadighetskänsla				
Minskad aptit				
Ökad aptit				
Impotens				
Minskad sexuell lust				
Svettningar				
Svårigheter vid vattenkastning				
Puls				
Blodtryck				
Vikt				

3 = ofta; 2 = då och då; 1 = enstaka ggr; 0 = aldrig

Bilaga 6. Kvalitetsindikatorer

1. Antal neuropsykiatriska utredningar som utförs per år
2. Antal patienter som köar/väntetid till psykologbedömning
3. Andel aktuella patienter med nydiagnostiserad UKF som har en uppdaterad vårdplan
4. Andel aktuella patienter med nydiagnostiserad UKF som erbjudits insatser (1. Psykopedagogiska insatser i form av färdighetsträning eller individuell KBT, 2. Kognitivt stöd inklusive hjälpmedel, 3. Fått information om LSS, habilitering et cetera) dokumenteras i vårdplan
5. Andel aktuella patienter med UKF som efter behandling/insatser skattar förbättrad GAF
6. Andel patienter med ADHD som efter behandling skattar förbättrats enligt skattning med CGI-S
7. Andel patienter med ADHD som efter behandling skattar lägre grad av symptom utifrån ASRS
8. Andel patienter med läkemedelsbehandling av ADHD med strukturerad uppföljning av effekt/biverkningar
9. Andel patienter som utreds avseende UKF där skattning med MINI eller SCID-I har dokumenterats i journalen under de första tre månaderna efter utredningens start.
10. Andel nya patienter med specifikt sökord för utvecklingsanamnes i journalen under de första tre månaderna under första besöket. Kvalitetsindikatorn ingår med förbehåll att sökordet ”Utvecklingsanamnes” läggs till i Take Care eller som kod i KVÅ.

Bilaga 7. Neuropsykologisk bedömning

- WECHSLER ADULT INTELLIGENCE SCALE - FOURTH EDITION WAIS-IV
Psykologiskt mätinstrument i som administreras i syfte att bedöma intellektuell kapacitet hos ungdomar och vuxna. WAIS-IV ger viktig kvalitativ och kvantitativ information om en individs kognitiva funktionsnivå. Den skandinaviska versionen av WAIS-IV utkom 2010. Tidigare version som fortfarande använts i stor utsträckning är WAIS-III och dess kortversioner (se Klaradokumentet s 18, Stockholms läns sjukvårdsområde 2009). För WAIS-IV har inte hunnit utvecklas i kliniskt bruk användbara och praktiska kortversioner.
- DELIS-KAPLAN EXECUTIVE FUNCTION SYSTEM – D-KEFS
D-KEFS är en uppsättning test avsedda att mäta exekutivt fungerande hos barn och vuxna.
- CONNERS' CONTINUOUS PERFORMANCE TEST II - CPT-II
CPT-II, är ett datoriserat neuropsykologiskt screeninginstrument som erbjuder utvärdering av uppmärksamhetsproblem hos barn och vuxna.
- REY COMPLEX FIGURE TEST AND RECOGNITION TRIAL – RCFT
RCFT används främst för bedömning av visuospatial konstruktionsförmåga och visuospatialt minne samt för att skilja mellan olika typer av störningar, som kan påverka det visuospatiala minnet.
- WISCONSIN CARD SORTING TEST – WCST
WCST kan anses mäta den högre verkställande och samordnande (exekutiv) funktion, som erfordras för att utveckla och bibehålla en problemlösningsstrategi när stimulusförhållandena ändras.
- WECHSLER MEMORY SCALE-III - WMS-III
WMS-III är ett test för bedömning av inlärning och minne.
- AUTISM DIAGNOSTIC INTERVIEW – REVISED - ADI-R
ADI-R är en strukturerad anhörigintervju som är inriktad på att ta fram beskrivningar av beteenden som är typiska för autism
- THE DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR SOCIAL AND COMMUNICATION DISORDERS - DISCO
DISCO är inriktad mot samtliga autismspektrumtillstånd.
- AUTISM DIAGNOSTIC OBSERVATION SCHEDULE - ADOS
ADOS är en halvstrukturerad metod för beteendeobservation och bedömning av kommunikation, social interaktion och lek/fantasi.

Bilaga 8. Arbetsterapeutisk bedömning

- *Intervju* om patientens resurser och begränsningar i aktivitet. Lämpliga instrument:
 - OCAIRS (Occupational Circumstance Assessment Interview and Rating Scale),
 - OSA (Occupational Self Assessment) eller
 - COPM (Canadian Occupational Performance Measure).
- *Observation* av patientens förmåga att utföra aktivitet
 - AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) och/eller
 - PRPP (Perceive, Recall, Plan and Perform).
- *Bedömningar i patientens hemmiljö eller i annan för patienten relevant miljö*
- *Bedömning av patientens färdigheter i arbetsituationen*
 - WRI (Worker Role Interview) eller
 - DOA (Dialog om aktivitetsförmåga på arbetet)
- *Bedömning av kommunikations- och interaktionsfärdigheter*
 - ACIS (Assessment of Communication and Interaction Skills)

Bilaga 9. Registrering av Neuropsykiatriska utredningar

För att kunna plocka ut rapporter ur TakeCare kring Neuropsykiatriska utredningar så är det nödvändigt att vi har en bra och enhetligt inmatnings/registreringsrutin.

Rapporterna som ska kunna plockas ut är följande

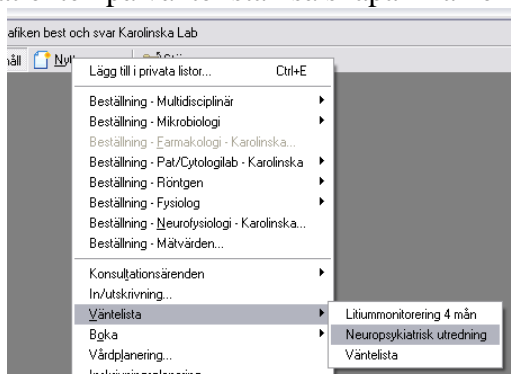
1. Antal pågående utredningar åå-mm-dd
2. Antal patienter i kö åå-mm-dd
3. Antal patienter som väntat mer än 90 dagar
4. Antal patienter som väntat mer än 90 dagar (patientvald väntan)
5. Antal nya patienter i kö/ tertial
6. Antal avslutade utredningar åå-mm-dd

Innehåll:

1. Placera på väntelista
2. Boka första besök från väntelista
3. Boka första besök direkt utan väntelista
4. Omboka första besök (patientvald väntan)
5. Boka återbesök
6. Slutregistrera behandlingen

1. Placera på väntelista

Om man efter avslutad screening bedömer att patienten ska genomgå en Neuropsykiatrisk utredning och vill placera patienten på väntelistan så skapar man en väntelistpost enligt bild.

A screenshot of a software application window titled "Bokningsunderlag - 2000-615217 Costner Kevin Testare". The window has a tab labeled "Övrigt" and a button labeled "Utomlänspatient". The form is divided into several sections: "Bokningsönskemål" with fields for "Önskat datum:" (2010-10-09), "Önskad resurs:" (marked with a yellow box and '1'), "Önskad tidstyp:", "Prioritet:" (Oprioriterad), and "Framflyttad pga:"; "Kontaktuppgifter" with fields for "Sektion (kassa)", "Besökstyp (kassa)", "Besöksorsak:" (Neuropsykiatrisk utredning* [U] marked with a yellow box and '2'), "Specialistvårdsrem:" (marking marked with a yellow box and '3'), "Kort varsel:", "Tolk önskas:", "Beslut om aktivitet:" (2010-09-09), "Forskning/studie:", and "Kommentar:"; "Kallelse" with fields for "Kallelsesätt:" and "Kallad:"; and "SMS-påminnelse" with a checkbox and a phone number field (07099999999). At the bottom, there are buttons for "Väntelista", "Åter väntelista", "Makulera", "Spara", and "Stäng".

Fyll i denna väntelistpost

1 Önskad resurs,(kan lämnas tom eller om man vet vem som ska utföra utredningen går det bra att markera den resursen).

2 Besöksorsak, välj **Neuropsykiatrisk utredning*** [U] för första besöket .

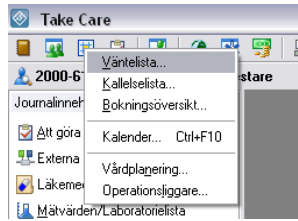
3. Fyll i datum för Beslut om aktivitet

Spara

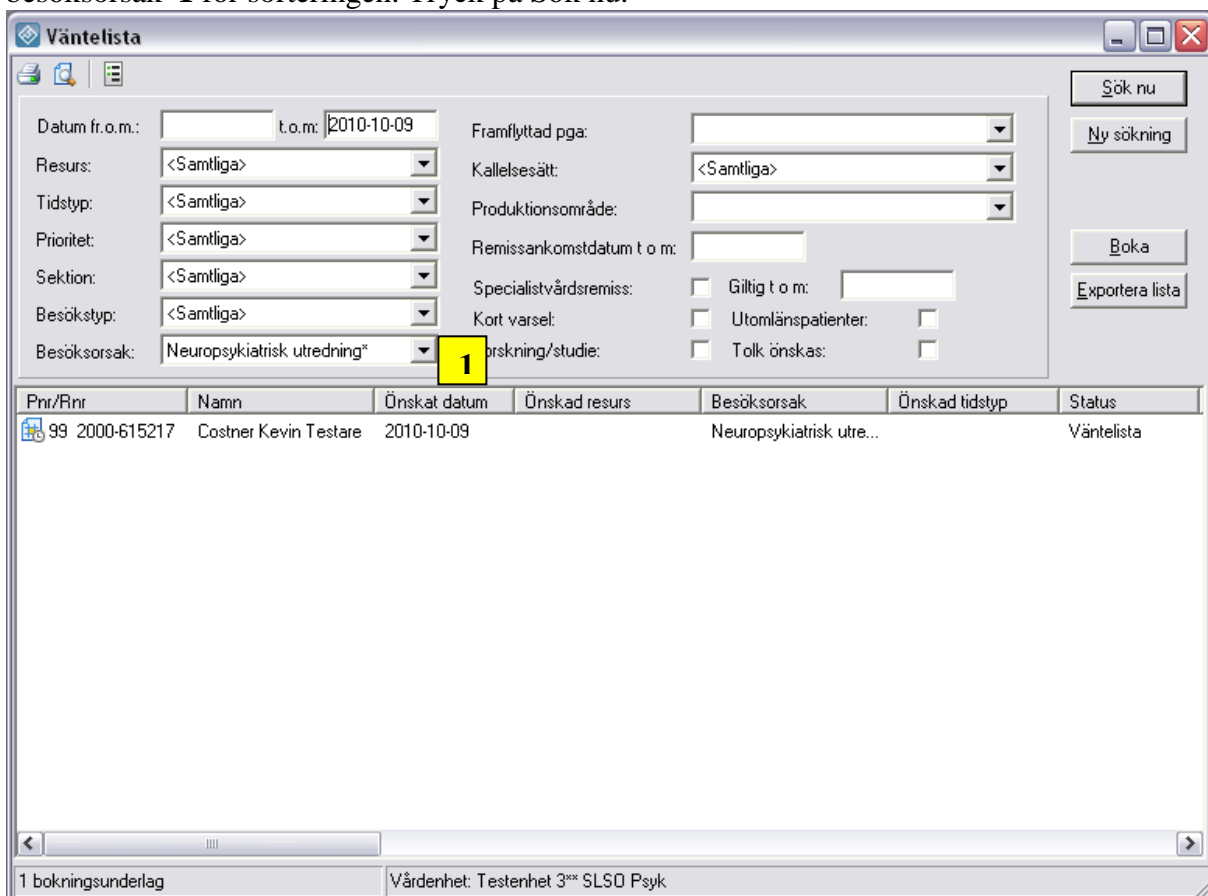
2. Boka första besök från väntelista

Det är viktigt att man gör besöksbokningen från väntelistposten, så att väntelistposten slutar att generera väntetid när patienten fått en tid för första besöket.

Öppna enhetens väntelista



Sortera fram de patienter som ska genomgå en Neuropsykiatrisk utredning genom att välja rätt besöksorsak **1** för sorteringen. Tryck på Sök nu.



The screenshot shows the 'Väntelista' application window. The search filters are as follows:

- Datum fr.o.m.: [] t.o.m.: 2010-10-09
- Resurs: <Samtliga>
- Tidstyp: <Samtliga>
- Prioritet: <Samtliga>
- Sektion: <Samtliga>
- Besökstyp: <Samtliga>
- Besöksorsak: Neuropsykiatrisk utredning* (highlighted with a yellow box and the number 1)
- Framflyttad pga: []
- Kallelsesätt: <Samtliga>
- Produktionsområde: []
- Remissankomstdatum t o m: []
- Specialistvårdsremiss: Giltig t o m: []
- Kort varsel: Utomlänspatienter:
- orskning/studie: Tolk önskas:

Buttons on the right: Sök nu, Ny sökning, Boka, Exportera lista.

Pnr./Rnr	Namn	Önskat datum	Önskad resurs	Besöksorsak	Önskad tidstyp	Status
99 2000-615217	Costner Kevin Testare	2010-10-09		Neuropsykiatrisk utre...		Väntelista

Bottom status bar: 1 bokningsunderlag | Vårdenhet: Testenhet 3** SLSO Psyk

Dubbelklicka på vald patient för att öppna väntelistposten.

Tryck på knappen **1** Boka

Bokningsunderlag - 2000-615217 Costner Kevin Testare

Bokningsuppgifter Övrigt **Utomlänspatient**

Bokningsönskemål

Önskat datum: 2010-06-29 **1** Boka...

Önskad resurs: Kjell Marmlind (sys.förv)

Önskad tidstyp:

Prioritet: Oprioriterad

Framflyttad pga:

Kontaktuppgifter

Besökstyp (kassa):

Besöksorsak: Neuropsykiatrisk utredning* (U)

Specialistvårdsrem: giltig t.o.m.:

Kort varsel:

Tolk önskas: språk: Franska

Beslut om aktivitet: 2010-06-15

Forskning/studie:

Kommentar:

Undersökning/förberedelse	Datum/tid
---------------------------	-----------

Lägg till... Ta bort Redigera...

Väntelista Åter väntelista Makulera Spara Stäng

Boka sedan på sedvanligt sätt i kalendern.

Bokningen ser då ut på följande sätt.

Tidsskillnaden mellan och **1. datum för beslut om aktivitet** och **2. bokad tid** blir då den faktiska väntetiden när besöket blivit kassaregistrerat

The screenshot shows a software window titled "Bokningsunderlag - 2000-615217 Costner Kevin Testare". The window is divided into several sections:

- Top Bar:** "Bokningsuppgifter" and "Övrigt" tabs. A "Utomlänspatient" button is visible on the right.
- Bokningar (Bookings):** A table with columns "Resurs" and "Bokad". One entry is visible: "Kjell Marmind (sys.förv)" with a booking date of "2010-07-01 12:00". A yellow box with the number "2" highlights this row.
- Kontaktuppgifter (Contact Information):** Fields for "Sektion (kassa)", "Besökstyp (kassa)", "Besöksorsak", "Specialistvårdsrem", "Kort varsel", "Tolk önskas", "Beslut om aktivitet", "Forskning/studie", and "Kommentar". The "Beslut om aktivitet" field contains "2010-06-15" and is highlighted with a yellow box and the number "1".
- Kallelse (Call):** Fields for "Kallelsesätt" (set to "Kallas via brev"), "Kallad", and "Dokument".
- Undersökning/förberedelse (Examination/Preparation):** A table with columns "Undersökning/förberedelse" and "Datum/tid".
- Bottom Bar:** A "Bokad" button on the left and "Åter väntelista", "Makulera", "Spara", and "Stäng" buttons on the right.

3. Boka första besök direkt utan väntelista

Om man vill boka in första besöket direkt så gör man en vanlig bokning direkt i kalendern
Och fyller i bokningsunderlaget enligt nedan

1. Besöksorsak, välj **Neuropsykiatrisk utredning*** [U] för första besöket .
2. Fyll i datum för Beslut om aktivitet

Bokningsunderlag - 2000-615217 Costner Kevin Testare

Bokningsuppgifter Övrigt **Utomlänspatient**

Bokningar

Resurs	Bokad	F
Kjell Marblind (sys.förv)	2010-07-01 12:00	K

Boka... Umboka Åvboka

Kallelse

Kallelsesätt: Kallas via brev

Kallad:

Dokument

Lägg till > Ta bort Redigera... Kalla

Kontaktuppgifter

Sektion (kassa):

Besökstyp (kassa): 0 Nybesök enskilt

Besöksorsak: 1 Neuropsykiatrisk utredning* (U)

Specialistvårdsrem: giltig t.o.m.:

Kort varsel:

Tolk önskas: språk: Franska

Beslut om aktivitet: 2 2010-06-15

Forskning/studie:

Kommentar:

Undersökning/förberedelse Datum/tid

Lägg till... Ta bort Redigera...

Bokad Åter väntelista Makulera Spara Stäng

Bokningen ser då ut på följande sätt.

Tidskillnaden mellan **1. datum för beslut om aktivitet** och **2. bokad tid** och blir då den faktiska väntetiden när besöket blivit kassaregistrerat

The screenshot shows a software window titled "Bokningsunderlag - 2000-615217 Costner Kevin Testare". The window is divided into several sections:

- Top Bar:** "Bokningsuppgifter" and "Övrigt" tabs, with "Utomlänspatient" highlighted in a green box.
- Bokningar (Bookings):** A table with columns "Resurs" and "Bokad". One entry is visible: "Kjell Mamlind (sys.förv)" with a booked time of "2010-07-01 12:00". A yellow box with the number "2" is placed over the "Bokad" column.
- Kontaktuppgifter (Contact Information):** A form with fields for "Sektion (kassa)", "Besökstyp (kassa)", "Besöksorsak", "Specialistvårdsrem", "Kort varsel", "Tolk önskas", "Beslut om aktivitet", "Forskning/studie", and "Kommentar". The "Beslut om aktivitet" field contains the date "2010-06-15" and is marked with a yellow box and the number "1".
- Kallelse (Call):** A section with a dropdown for "Kallelsesätt" (set to "Kallas via brev"), "Kallad" fields, and a "Dokument" area.
- Undersökning/förberedelse (Examination/Preparation):** A table with columns "Undersökning/förberedelse" and "Datum/tid".
- Bottom Bar:** A green "Bokad" button, and buttons for "Åter väntelista", "Makulera", "Spara", and "Stäng".

4. Omboka första besök (patientvald väntan)

Om en patient ej vill ha erbjuden tid så kan man göra en avbokning och placera patienten på väntelistan och där ange orsak till avbokning i fältet **1** Framflyttad pga.
(Se bild nedan)

The screenshot shows a software window titled "Bokningsunderlag - 2000-615217 Costner Kevin Testare". The window has two tabs: "Bokningsuppgifter" (selected) and "Övrigt". A "Utomlänspatient" button is visible in the top right. The "Bokningsuppgifter" section contains several fields: "Önskat datum:" with a date picker and a "Boka..." button; "Önskad resurs:" with a dropdown menu showing "Kjell Marmlind (sys.förv)"; "Önskad tidstyp:" with a dropdown menu showing "Lunch"; "Prioritet:" with a dropdown menu showing "Oprioriterad"; and "Framflyttad pga:" with a dropdown menu. A yellow box with the number "1" highlights the "Framflyttad pga:" dropdown, which is open and shows three options: "Medicinska skäl", "Privata skäl", and "Tid vid annat sjukhus har avböjts". To the right, the "Kontaktuppgifter" section includes fields for "Sektion (kassa)", "Besökstyp (kassa)", "Besöksorsak", "Specialistvårdsrem:" (with a checkbox for "giltig t.o.m." and a date picker), "Kort varsel:" (checkbox), "Tolk önskas:" (checkbox), "Beslut om aktivitet:" (with a date picker showing "2010-06-15"), "Forskning/studie:", and "Kommentar:". Below this is a table with columns "Undersökning/förberedelse" and "Datum/tid", which is currently empty. At the bottom of the table are buttons "Lägg till...", "Ta bort", and "Redigera...". The bottom of the window features a "Väntelista" button on the left and "Åter väntelista", "Makulera", "Spara", and "Stäng" buttons on the right.

Bokning görs sen från väntelistan. Se [Boka första besök från väntelista](#)

5. Boka återbesök

Alla återbesök under den Neuropsykiatriska utredningen ska anges med besöksorsak

1. Neuropsykiatrisk utredning, åter* [I]

The screenshot shows a software window titled "Bokningsunderlag - 2000-615217 Costner Kevin Testare". The interface is divided into several sections:

- Bokningsuppgifter**: Includes a "Bokningar" table with columns "Resurs" and "Bokad". One entry is visible: "Kjell Märlind (sys.förv)" booked for "2010-09-02 11:00".
- Kontaktuppgifter**: Contains fields for "Sektion (kassa)", "Besökstyp (kassa)" (set to "1 Återbesök enskilt"), and "Besöksorsak" (set to "1 Neuropsykiatrisk utredning, åter* [I]"). There are also checkboxes for "Specialistvårdsrem" and "Tolk önskas", and a "språk" field.
- Kallelse**: Includes a "Kallelsesätt" dropdown and "Kallad" input fields.
- Undersökning/förberedelse**: A table with columns "Undersökning/förberedelse" and "Datum/tid".
- SMS-påminnelse**: A checkbox "Patienten önskar SMS-påminnelse till:" followed by a phone number field containing "0709999999".

At the bottom of the window, there are buttons for "Bokad", "Åter väntelista", "Makulera", "Spara", and "Stäng".

6. Slutregistrera behandlingen

När en Neuropsykiatrisk utredning är klar (inklusive dokumentation) ska den alltid kassaregistreras med med besökstyp

I Neuropsykiatriska utredningar