

Kliniska riktlinjer - adhd

(Arbetsgrupp psykolog Jan Johansson, ST-läkare Nina Delling och överläkare PeO Andersson samt referensgrupp psykolog Bengt Andersson, överläkare Anna Santesson och chefsöverläkare Håkan Jarbin). Fastställda av chefsöverläkare 2012-02-10 och uppdaterade av Jan Johansson och chöf 2014-08-01.

SYFTE

Kliniska riktlinjer för de större diagnos/patientgrupperna syftar till att säkra att det diagnostiska tänkandet är tillräckligt brett och noggrant samt att de behandlande insatserna är relevanta och evidensbaserade men även kostnadseffektiva och rimliga med hänsyn tagen till diagnos/problematik och resurser. Riktlinjerna kan inte alltid genomföras fullt ut till en början utan sätter då ett mål för utbildning och utvecklingsarbete. Dessa riktlinjer för adhd lyfter fram behovet av:

- en *bred diagnostik* både vad gäller psykiatriska symptom, funktion och livssituation, med mål att förstå barnets specifika svårigheter och barnets och föräldrarnas uppfattning om dessa.
- att alla ska erbjudas *psykopedagogik och föräldrautbildning samt skolinsatser* som basen i behandlingen.
- ett längre tidsperspektiv med fokus på att minska symtombördan, förbättra funktionen och öka livskvaliteten. Insatserna ska *utvärderas* brett och tydligt *minst varje år*.

Riktlinjerna är indelade i basnivå (Bas=ska övervägas eller erbjudas till alla patienter och vetenskapligt stöd eller konsensus är mycket stark), medelnivå (Medel= ska erbjudas många patienter och vetenskapligt stöd/konsensus är god), extra insatser (Extra=kan erbjudas till vissa patienter och det vetenskapliga stödet/konsensus är svagare eller är endast tillämpligt på en mindre subgrupp).

GENOMFÖRANDEPLAN

Den viktigaste delen i genomförandet ligger hos ansvarig överläkare och team. Uppföljning av diagnostiken och framför allt av den multimodala behandlingen bör ske på teamnivå och för varje patient inom tre månader efter bedömningen. På kliniknivå erbjuds årligen internutbildning om adhd. Dessa riktlinjer är basen i den utbildningen. **Förbättrade rutiner för journaldokumentation är klara under 2014 och stöder arbetet med att implementera riktlinjer för adhd. Kvalitetsindikatorerna kommer att användas som stöd vid teamkonferenser.**

KLINISK BILD

Adhd (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet) är ett brett begrepp som innefattar allt från svår adhd med kraftig symtombörda och stor påverkan på funktionsnivå och livskvalitet till lindrigare besvär. Diagnosen ställs utifrån symptomkriterier inom de

två huvudområdena *ouppmärksamhet* och *hyperaktivitet/impulsivitet*. Diagnos kräver även att besvären varit långvariga och medför **funktionsnedsättande** svårigheter både i skolan och hemma eller bland kamrater. Adhd har en stark ärftlig komponent. Då någon förälder ofta själv är drabbad påverkar detta även barnets miljö via föräldrafunktion och andra stressfaktorer. Livssituationen orsakar i sig inte adhd men kan bidra till att symtomen och prognosen förvärras. Adhd förekommer hos c:a 5 % av barn och unga och de flesta har fortsatta svårigheter upp i vuxen ålder. Inom BUP Halland har **drygt** hälften av patienterna adhd-diagnos.

Symtomen vid adhd är normalfördelade utan någon tydlig "tröskel" mellan de som uppfyller diagnoskriterierna och de som inte gör det. I DSM-5 görs, som inte har gjorts tidigare, en indelning i lindrig, medelsvår och svår adhd. I dessa riktlinjer görs, med utgångspunkt ifrån detta, en indelning i *Lindrig-medelsvår* adhd och *Medelsvår-svår* adhd. Vid Lindrig-medelsvår adhd är besvären mindre tydliga och framträder främst, men inte enbart, i skolan eller hemma samt är ofta av typen enbart ouppmärksamhet eller enbart hyperaktivitet. *Medelsvår-svår* adhd är ofta av kombinerad (ouppmärksam + hyperaktiv) typ, drabbar livet både i skola och hemma och medför en påtagligt sänkt funktionsnivå med C-GAS <50. Då uppfylls oftast även kriterierna för *hyperkinetic disorder* (HKD) enligt ICD-10. HKD kräver att kriterierna uppfylls i flera situationer och i högre grad än vid adhd. Samsjuklighet med annan psykiatrisk störning är då vanlig. Medelsvår-svår adhd har stor påverkan på barnets/tonåringens och på familjens liv. Svårigheter påverkar både inläring, socialt samspel med jämnåriga och för att klara vardagslivet hemma behövs ofta mycket stöd av förälder.

Samsjuklighet är vanlig och då särskilt trotsyndrom och uppförandestörning (30-50 %) men även risken för missbruk, depression, ångestsyndrom (20-30 % samsjuklighet) är klart förhöjd. Depression och ångest leder till försämrad koncentration och ofta rastlöshet, vilket både kan förvärra adhd bilden eller misstolkas som adhd. Språkstörningar, generella inläringssvårigheter, läs- och skrivsvårigheter och perceptuella och motoriska problem är ofta samtidigt förekommande med adhd. Kombinationen av adhd och dessa svårigheter gör att barnet kan ha mycket stora problem, inte minst i skolsituationen. adhd har dessutom stor påverkan på livskvalitet för barn och familj samt ökar risken för fetma, missbruk, personlighetsstörning och antisocialt beteende längre fram i livet.

En väl fungerande behandling kan höja livskvaliteten till normala nivåer och minska risken för samsjuklighet och komplikationer.

De kriterier som gäller idag passar bäst in på pojkar i åldern 7-12 år. När man diagnostiserar flickor, yngre barn och äldre ungdomar bör man därför anpassa sina frågor då symtomen delvis påverkas av ålder och kön. Flickor ska jämföras med flickor av samma ålder och inte med pojkar. Flickor har oftare enbart uppmärksamhetsstörning, vilket ofta medför senare upptäckt och samsjuklighet inom ångest och depression kan då ha hunnit utvecklas. Pojkar som uppvisar mer hyperaktivitet och beteendestörningar diagnostiseras tidigare.

Diagnos kräver att minst sex (av nio) kriterier antingen under ouppmärksamhet eller under hyperaktivitet, föreligger de flesta dagar och i sådan grad att de ställer till med någon form av problem inom minst två områden. Tänk därför på att fråga om både hur ofta och i vilka miljöer symptomet uppträder och hur mycket det besväras. Tänk även på att ta hänsyn till ålder, mognad och livssituationen. Riktigt små barn har normalt svårt att bibehålla uppmärksamhet och vara still.

Diagnostiken i förskoleperioden är därför särskilt grannlaga. Adhd symptom bör vara tydliga även i perioder av mindre yttre stress eller besvär från andra tillstånd som depression eller kroppslig sjukdom.

Ouppmärksamhet

- **Ouppmärksam på detaljer.** Gör slarvfel i skolarbetet. Läser inte igenom frågor ordentligt. Behöver mycket tid för att avsluta detaljerade uppgifter.
- **Svårt att bibehålla uppmärksamheten.** Tröttnar snabbt på aktiviteter. Har svårt att hålla uppmärksamheten på lektioner och i samtal. Byter sysselsättning hemma och på fritid.
- **Verkar inte lyssna.** Dagdrömmar. Frågor behöver upprepas. Lyssnar först vid ögonkontakt eller höjd röst.
- **Svårt att följa instruktioner och fullfölja arbetsuppgifter.** Gör inte klart läxor. Har svårt att följa instruktioner i flera led. Klarar bara att få en instruktion åt gången.
- **Problem med att organisera.** Stökigt rum eller skolbänk. Dålig tidsuppfattning. Gör saker huller om buller.
- **Undviker uppgifter som kräver långvarig mental ansträngning.** Undviker och skjuter upp koncentrationskrävande uppgifter som läxor och inlämningsuppgifter trots att de inte är för svåra.
- **Tappar bort saker.** Tappar bort mobil, gypskläder etc. Ägnar mycket tid åt att leta efter saker. Får ofta kommentarer från andra om borttappade saker.
- **Lättdistraherad.** Distraheras lätt av ljud eller händelser. Har svårt att hitta tråden efter att ha blivit distraherad.
- **Glömsk under vardagliga aktiviteter.** Glömmer avtalade möten. Glömmer kvar saker hos kompisar eller i skolan. Behöver ofta påminnas.

Hyperaktivitet/Impulsivitet

- **Svårt att vara still med händer och fötter eller sitta still på stolen.** Gungar med benen. Knackar med pennan. Tvinnar håret.
- **Lämnar ofta sin plats.** Hittar på ursäkter för att gå omkring. Går ofta runt i klassrummet. Reser sig under måltider.
- **Springer, klänger, klättrar.** Springer ofta omkring. Klättrar på allting. För äldre; upplever inre rastlöshet.
- **Svårt att leka lugnt och stilla.** Högljudd under lek och i klassrummet. Blir lätt våldsamt i leken. Blir kaxig bland andra.
- **"På språng", "på högvarv".** Överenergisk. Är upptagen hela tiden. Det ska alltid hända något.
- **Pratar överdrivet mycket.** "Pratkvarn". Ger inte utrymme för andra i samtal. Hindrar andra i skolarbetet genom att prata mycket.
- **Kastar ur sig svar.** Säger saker utan att tänka först. Avbryter andra. Svarar utan ha blivit ombedd.
- **Svårt att vänta på sin tur.** Blir snabbt otålig. Svårt med turtagning i sällskapsspel. Tränger sig före.
- **Avbryter och inkräktar på andra.** Avbryter samtal. Bryter in i andras lek. Säger direkt vad man tycker om andra.

DSM-5 delar in adhd i tre olika typer:

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, i kombination (ICD-10 kod: F90.0B) – Minst sex kriterier från vardera Ouppmärksamhet respektive Hyperaktivitet/Impulsivitet.

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen bristande uppmärksamhet (ICD-10 kod: F90.0C) – Minst sex kriterier från Ouppmärksamhet.

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet (ICD-10 kod: F90.0B)– Minst sex kriterier från Hyperaktivitet/Impulsivitet.

Vissa symtom ska ha funnits **före tolv års ålder**. Funktionsnedsättning orsakad av symtomen ska finnas inom minst två områden (t.ex. i skolan och i hemmet) och vara kliniskt signifikant (antalet kriterier behöver dock inte vara uppfyllt i mer än ett område). Det innebär en funktionsnivå på C-GAS < 60. Hos tonåringar avtar ofta symtom på hyperaktivitet men man anger diagnos efter symtombild när den var som tydligast (oftast i lågstadieålder). Exempelvis anges kombinerad typ även om "tröskelvärdet" för hyperaktivitet inte överskrids i dagsläget men har överskridits tidigare.

Ospecificerad Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (ICD-10 kod: F90.9) kan anges som diagnos om man ser en tydlig bild av adhd problematik med funktionsnedsättning men symptomkriterierna är inte tillräckligt många eller symtom sågs inte före 12 års ålder.

UTREDNING

Alla patienter som kommer till BUP ska screenas (ställ riktade frågor!) vad gäller kärnsymtom för adhd, **d.v.s. svårigheter med att kunna bibehålla uppmärksamhet, distraherbarhet, svårigheter med att kunna sitta still i skola och vid måltid samt impulsivitet**. Om barnet/tonåringen har svårigheter som stör det vardagliga livet, i skola, familj eller med kamrater går man vidare med utredning.

Adhd-diagnosen är baserad på klinisk bedömning. Den grundar sig på information som inhämtas från olika källor, oftast barnet/tonåringen, föräldrar och skola. Syftet med utredningen är att bekräfta eller utesluta diagnosen adhd eller värdera om besvären bättre förklaras av andra diagnoser eller livsomständigheter. Familjekonflikter, mobbning eller övergrepp kan ge adhd-liknande symtom. Det är dock ofta så att detta är faktorer som förstärker symtomen på den adhd som redan finns. Tänk på att adhd-symtom ska vara genomgripande både över tid och i olika situationer samt brukar förbättras i lugna, strukturerade och omväxlande situationer och vid aktiviteter som fångar barnets intresse.

Utredningen inleds med information till barn och föräldrar om skälen till utredningen, hur den kommer att göras och att adhd finns med som en diagnostisk frågeställning. Under intervjun är det viktigt att även prata med barnet/tonåringen och föräldrarna var för sig. Intervjudelen med barnet/tonåringen är viktig för att skapa allians och få en uppfattning om hur han/hon upplever sin vardag hemma och i skolan och vad han/hon själv vill ha hjälp med. Man bör också gå igenom, framför allt med tonåringar, samsjuklighet som depressivitet, självskadebeteende, suicidalitet och missbruk. Adhd-symtom fångas dock ofta bättre av de som observerar barnet/tonåringen utifrån, t.ex. föräldrar och lärare. Många med adhd har förmåga att kontrollera sig en stund och behöver inte uppvisa så mycket symtom i rummet. *Avsaknad av symtom i rummet utesluter inte diagnos!*

Utredning basnivå

Klinisk diagnostik inklusive samsjuklighet, differentialdiagnostik och funktionsnivå samt inhämtande av skolinformation.

- a) Etablera förtroendefull relation.
- b) Kartläggning motsvarande **Nybesök i Rutin Journal**.
- c) Inhämta skattningsformulär (SNAP IV, ADHD-RS (exkluderar trots)) från föräldrar och **ibland ADHD-RS från äldre barn och tonåringar**
- d) **Inhämta skolans allsidiga elevkartläggning, utvärderade åtgärdsprogram och skattningsformulär från lärare (SNAP IV, ADHD-RS)**

Strukturerad intervju motsvarande Nybesök i Rutin Journal

I vilken ordning informationen inhämtas anpassas efter situation. Lämpligen frågar man kring adhd-symtom relativt tidigt under intervjun men det förs in under Psykiatrisk sjukhistoria. Under intervjun inhämtas information angående:

Ärftlighet. Psykiatriska tillstånd inkl. missbruk hos 1:a- och 2:a-gradssläktingar d.v.s. föräldrar, syskon, syskon till föräldrar och far och morföräldrar. Information om hjärtsjukdom (framför allt rytmrubbningar och tidig död) samt epilepsi efterfrågas inför behandling med centralstimulantia.

Graviditet. Graviditetslängd. Mammans hälsa inklusive diabetes, havandeskapsförgiftning, alkohol, rökning, droger och medicinering under graviditeten. Fostrets hälsa och tillväxt.

Förlossning. Förlossningsmetod, födelsevikt och längd, eventuella komplikationer som syrebrist, gulsot, prematurförlossning.

Utveckling. Uppfödning; amning/ersättning, social interaktion med tidig blickkontakt, visat intresse för omvärlden, jollerkontakt. Psykomotorisk utveckling med gångdebut, simma, cykla (grovmotorik); klippa, klistra (finmotorik); talutveckling. Personlighet inklusive temperament, kognitiv stil, frustrationstålighet, aggressivitet, impulsivitet, lättkränkthet, ångestbenägenhet.

Socialt

- *Aktuell familjesituation*; syskon, vårdnadshavare, föräldrars arbete och omsorgsförmåga, sömnstörning, depression, adhd, missbruk eller annan psykisk störning hos förälder, socialt nätverk.
- *Hemliv*; dagliga rutiner för mat o sömn, fysisk aktivitet, förmåga att följa regler, bråk med allvarsgrad o frekvens, personlig vård (ADL), behov av föräldrastöd i vardagen och förmåga att hjälpa till hemma med enklare sysslor.
- *Skolsituation*; inlärningssvårigheter, inskolning, betyg/resultat, trivsel och beteende i skolan, skolbyten, stödinsatser.
- *Kamrater*; kamrater på skoltid respektive på fritiden, initiativ till kontakt, jämnåriga eller yngre respektive äldre kamrater, relationernas kvalitet och vad som ev. stör
- *Fritid*; aktiviteter och intressen

Hälso- och sjukdomshistoria. Tidigare kontakt med sjukvården, pågående vårdkontakt. Syn och hörselundersökning, t.ex. via BVC (dålig syn och hörsel kan för lärare te sig som rastlöshet). Olycksfall, frakturer. Viktigt att fråga om hjärtsjukdom och tecken på odiagnostiserad hjärtarytmi inför eventuell senare behandling med centralstimulantia **eller atomoxetin**.

Levnadshistoria. Trauma, övergrepp, skilsmässa, flyttningar. Tidig svår deprivation, t.ex. lång tids vistelse på barnhem med bristande omsorg (kan leda till adhd-liknande symtom).

Psykiatrisk sjukhistoria. Under tydliga rubriker och med tidpunkter för symtom på adhd men även på depression, ångestsyndrom, självmordshandlingar, självskadebeteende, trots, uppförandestörning och tics som innebär fokus både på **differentialdiagnostik och samsjuklighet**. För att värdera om symtom är kliniskt viktiga gäller att både jämföra med barn i samma ålder (exempelvis kamrater) och grad av besvär. Vid depression ses en förändring i stämningsläge/irritabilitet jämfört med normalläge. Livslinjen kan då vara till hjälp. Barn med adhd har en ökad risk att även ha motoriska och verbala tics under tidiga skolår. Det är dock viktigt att inte mistolka störande hyperaktivitet och överskottsenergi som tics. När barn med adhd visar symtom inom autismspektrat bör man värdera om problemen främst kan förstås som drivna av hyperaktivitet och impulsivitet eller om det finns en grundläggande funktionsnedsättning när det gäller att förstå socialt samspel och att kommunicera. Tänk på att barn med autism kan uppvisa extrem hyperaktivitet redan i tidiga förskoleår men även att svår uppmärksamhetsstörning kan likna autism. Det är inte ovanligt med adhd i kombination med bristande flexibilitet. Denna kombination ger ofta svår funktionsnedsättning men behöver inte innebära att det finns andra svårigheter inom autismspektrat. Vid adhd är det vanligt med affektlabilitet och bilden kan då i vissa fall likna symtom på bipolär sjukdom, "adhd-turbo". **Då det finns en påtaglig irritabilitet och kraftiga vredsutbrott bör den nya diagnosen Disruptive Mood Dysregulation Disorder i DSM-5 (ICD-10 F34.8) övervägas.** Adhd kan i enstaka fall finnas parallellt med en bipolär sjukdom med tydliga och avgränsade maniska episoder.

Salutogena faktorer. (dikteras under **Utveckling;temperament/personlighet respektive Socialt;fritid**) Copingstrategier, självkänsla, självständighet. Aktivitets- och energinivå, locus of control (upplevd kontroll över sitt liv inom eller utanför sig själv), problemlösningsförmåga, social kapacitet, fysisk aktivitet, fritidsaktiviteter, hobbyer.

Aktuella symtom och förhållanden som föranlett kontakten. Ta enbart med senaste veckan - månaden och var noga med hur symtomen påverkar funktionen i vardag och i skola, **vardagsrutiner, stressfaktorer och konflikter**. Undvik att upprepa information som finns under Psykiatrisk sjukhistoria. Fokusera på det aktuella läget.

Missbruk. Alkohol, tobak och andra droger. Debutålder, frekvens, mängd.

Läkemedel, läkemedelshistoria. Tidigare och nuvarande läkemedel inklusive dos, effekt och biverkningar.

Psykiatriskt status

Kontakt, ögonkontakt, blick, mimik och medverkan. Sinnesstämning, Tankeinhåll. Språklig förmåga, t.ex. förmåga att åldersadekvat berätta en historia. Variation i tonläget, flyt i talet.

Aktivitetsgrad, uthållighet och koncentrationsförmåga. Tics, stereotypier. Självmordstankar, suicidalitet Psykostecken. Inställning till vård.

C-GAS baserat på funktionsnivå avseende familj, skola, fritid och kamrater

Frågeformulär, skattningsformulär

Skattningsformulär till både skola/lärare och föräldrar. I basnivå används SNAP-IV till föräldrar och skola. För tonåringar kan ADHD-RS användas.

Bedömning

- En kärnfull sammanfattning av hur man uppfattar problematiken diagnostiskt inklusive samsjuklighet och differentialdiagnostik, viktigaste påverkande faktorer samt behandlingsalternativ.
- Värdering av kognitiv funktion (mental retardation? Generella och specifika inlärningssvårigheter?) för att bedöma om svårigheter med uppmärksamhet bättre kan förklaras av andra faktorer än adhd.
- Missbruksrisk.
- Svårighetsgrad; lindrig-måttlig eller måttlig-svår.
- Diagnos-(er) enligt ICD-10.
- Aktuell C-GAS.

Åtgärd

- Obligatorisk genomgång med patient och föräldrar av vad behandlaren har kommit fram till och vad som ska ske innan vårdplan upprättas (helst skriftligt).
- Alltid psykopedagogik om adhd och genomgång av olika evidensbaserade behandlingsalternativ.
- Skriftlig information om adhd (klinikens broschyr) och eventuellt om farmaka (klinikens broschyrer).
- Information om eventuell samsjuklighet och hur den ska infogas i vårdplan. Se bl.a. kliniska riktlinjer för Depression (2013).

Att diagnosen ställs under utredning på basnivå utesluter inte fortsatt utredning på medelnivå. Om basutredning inte tillräckligt kan förklara inlärningssvårigheter, funktionssvårigheter och symtom eller det finns tydlig diskrepans mellan beskrivning från skola, föräldrar och andra informanter bör utredningen fördjupas.

Utredning medelnivå

Skolinformation

Vid framträdande skol-, språk- och inlärningsproblem är fördjupad skolinformation av allra största vikt och basen för detta är att säkerställa att skolans allsidiga elevkartläggning samt utvärderade

åtgärdsprogram inhämtats. En direktkontakt med lärare, oftast via telefon tas också för intervju angående aktuell information som:

- Adhd-symtom i skolmiljö
- Barnets sociala fungerande i skolan
- Barnets förmåga till inläring
- Barnets utveckling och mognad
- Behov av stödundervisning
- Förmåga att interagera med lärare, lyssna på auktoriteter respektive trotsa

Neurologiskt status om anamnes ger tecken på sådana svårigheter och för att värdera om **behov av** eventuell remiss till barnneurolog. Ögonrörelser (somatisk differentialdiagnos), extremitetsreflexer. Grovmotorik med t.ex. tå-hälgång, hoppasteg, balans - stå på ett ben, kraft-huksittande, hoppa på ett ben, diadokokinesi, finger-näs. Finmotorik med t.ex. manipulation av små föremål som trä pärlor, penna-pappersövningar, härma miner.

Utesluta missbruk hos tonåringar där anamnes och status inte har kunnat utesluta detta. Utoxscreening övervakat. Ett positivt urinprov vid drogscreening med "sticka" bör följas upp med att samma urinprov analyseras för verifikation på kem lab. Ett säkerställt och då verifierat positivt urinprov bör föranleda anmälan till socialförvaltning och samverkan där BUP behåller ansvaret för psykiatriska insatser. Svar från kem lab dröjer några dagar. Vid positiv urinscreening bör tonåring och föräldrar få ny tid inom några dagar för beskedet angående utfall av verifikationsprovet och för information om anmälningsskyldigheten och samråd kring fortsatt stöd.

Psykologisk utredning. För att få en bättre bild av barnets/tonåringens mående, utveckling och funktionsnivå inom olika områden kan kompletteringar inom nedanstående områden behöva genomföras. **Psykologisk utredning av tonåring bör föregås av övervakad drogscreening för att säkerställa att de kognitiva bristerna inte beror på eller förvärras av ett pågående substansmissbruk.**

- Begåvningsstest (t.ex. WISC-IV, WPPSI-III). Vid betydande inlärningssvårigheter och misstankar om ojämn begåvningsprofil eller svagbegåvning bör testning av begåvning göras och ansvaret för detta vilar i normalfallet på skolan.
- Continuous Performance Test (t.ex. QB-test) med och utan metylfenidat kan vara av värde:
 - Om barnet eller föräldrarna är tveksamma till diagnos.
 - Om man är tveksam till om symtomen beror på adhd eller samsjuklighet
 - För att motivera barnet/tonåringen till medicinering
- **Skattningsskalor.** BRIEF (självskattnings- (ungdomar) föräldra- o lärarformulär om exekutiv funktion), 5-15 (föräldra- o lärarformulär om utvecklingsneurologiska funktionsproblem), ABAS (föräldra- o lärarformulär om adaptiv förmåga), Browns ADD-skala (självskattnings- (ungdomar), föräldra- och lärarformulär om adhd-symtom).

Arbets terapeutisk utredning bör övervägas vid påtagligt nedsatt funktionsnivå innefattande barnets aktivitetsförmåga i hem, skola och på fritid. Utredning kan värdera tidsuppfattning och finmotorik och tar ställning till behov av kognitiva och sensomotoriska hjälpmedel.

Utredning extranivå

- **Skolobservation.** Vid tveksam bild eller diskrepans i symtombildsrapport från skola och föräldrar är skolobservation av värde. Specialpedagog bedömer och kartlägger barnets beteende och förmågor ute i skolmiljön. Observationen innefattar överaktivitet, impulsivitet och förmåga till koncentration. Vidare observeras kommunikation och interaktion med lärare och andra barn, trots eller förmåga att lyssna till läraren utan att säga emot, förmåga att leka med andra barn.
- Utredning av **samsjuklighet** i form av t.ex. svårigheter inom autismspektrat, mani, psykos etc. med K-SADS-PL eller annan riktad utredning.
- **Utvidgad neuropsykologisk utredning** (t.ex. CANTAB, NEPSY, D-KEFS, TEACH). När begåvningsutredning t.ex. givit ett mycket ojämnt resultat.
- **Familjeutredning.** Psykisk störning hos förälder exempelvis depression, missbruk eller adhd undersöks för att vara grund för eventuell remiss till vårdcentral eller vuxenpsykiatri. Om det under utredning i basnivån framkommit t.ex. betydande relationsproblem i familjen kan det finnas behov av kompletterande utredning av t.ex. kommunikations- och samspelsmönster via orosanmälan till socialtjänsten, som grund för vidare insatser för familjen därifrån.
- **EKG** om oklara svimningar, yrsel eller plötslig matthet vid fysisk ansträngning förekommit.
- **EEG** vid misstanke om kramper eller absenser.
- **Labstatus.** För att utesluta somatisk orsaker t.ex. hypertyreos, anemi, glutenintolerans, HB, EVF, MCHC, MCV, B-12. Folat, S-Ca, B-glukos elektrolyter, leverprover, TSH (T3 och T4) och transglutaminas via bakt lab. Kromosomtestning vid misstanke om syndrom.
- **Utesluta missbruk** hos tonåringar där anamnes och status inte har kunnat utesluta detta. U-toxscreening övervakat.

BEHANDLING

Målet med behandlingen är att reducera symtom, höja funktionsnivå, öka livskvalitet samt förändra miljön kring patienten och då se till att barnet/tonåringen får ett adekvat stöd både i skolan och hemma.

Basen i behandlingen är psykopedagogiska insatser. Vid lindrig-medelsvår adhd är dessa insatser ibland tillräckliga. Efter att möjliga förbättringar gjorts vad gäller skolsituation, hemsituation och

andra viktiga sociala situationer kan farmakologisk behandling bli aktuell om funktionsnivån är fortsatt tydligt påverkad. Vid medelsvår-svår adhd (framför allt kombinerad typ med tydlig funktionsnedsättning i flera sammanhang) bör farmakologisk behandling övervägas i ett tidigare skede.

Behandlingen inriktas på att bemästra kärnsymtomen hemma och i skolan men även på samsjuklighet och livskvalitet. Alla insatser ska vara väl förankrade hos barnet/tonåringen och föräldrarna och vara integrerade i en vårdplan. Detta förutsätter en god arbetsallians. Det är angeläget att behandlingen utvärderas kontinuerligt så att insatserna är adekvata och effektiva.

Behandling av lindrig-medelsvår adhd

Basnivå

Inledande psykopedagogik, föräldrautbildning och skolinsatser under 8-12 v

Grunden för behandlingen är en korrekt ställd diagnos. Efter diagnos återges information om vad adhd är och behandlingsalternativ. Här lyfts familj och skola fram som viktiga resurser som tillsammans med barnet/tonåringen ska jobba mot behandlingsmålen.

Psykopedagogik

Psykopedagogik genomförs vanligen av Fast Vårdkontakt och riktas till barnet självt, föräldrar och skolpersonal. Informationen som ges ska beröra alla områden, speciellt symtom, etiologi, förlopp, prognos och behandling. Informationen till barnet/tonåringen ska vara anpassad till utvecklingsnivå. Informationen till föräldrar och lärare ska anpassas till de kunskaper och föreställningar som de aktuella personerna har.

Symtomen vid adhd ökar i ostrukturerade situationer och när personen själv ska planera och styra upp sin vardag. Man bör betona att unga med adhd fungerar bäst i strukturerad, förutsägbar och konsekvent miljö där regler, förväntningar, belöningar och konsekvenser är tydliga. Mat, sömn, fysisk aktivitet och sociala relationer är basen i vardagen. Tänk på att barn behöver föräldrastöd utifrån sin funktionsförmåga snarare än utifrån sin kronologiska ålder. De behöver hjälp med att på ett positivt sätt reglera sin aktivitetsnivå och få stegvisa instruktioner. Det lönar sig att förekomma (proaktiv) snarare än att behöva reagera på nästa misslyckande (reaktiv). Omedelbar monitorering med snabb uppmuntran och konsekvens ger bäst resultat. Viktigt är att arbeta med något eller några beteenden åt gången men inte för många. Ofta kan skriftliga påminnelser hemma om vad som nu är i fokus, daglig uppmuntran när saker fungerar och variation i belöningar öka effektiviteten i hemuppgifter. Man bör undvika konsekvenser som kan upplevas bestraffande utan istället betona att bra beteende ger möjlighet till något önskvärt direkt efteråt. Tänk på att inte ha för höga krav på fungerande efter en jobbig skoldag. Föräldrar behöver ofta även fånga upp och stödja barnet i kompisrelationer då hyperaktivitet och impulsivitet kan störa på sätt som barnet inte själv tänker på. Andra områden som kräver extra assistans är läsläsning. Tonåringar behöver stöd att kunna hålla reda på sitt dagsschema. En s.k. smart telefon med påminnefunktioner kan vara en bra hjälp som samtidigt har hög acceptans. För att de psykopedagogiska insatserna ska vara effektiva krävs att den som står för

insatserna både har goda kunskaper om adhd och har goda kunskaper om det enskilda barnets svårigheter och styrkor.

Checklista för psykopedagogiken:

- Diagnos/svårigheter (generellt och individuellt)
 - Funktionsnedsättning – inte sjukdom
 - Ärftlighet
 - Prognos, olika skepnad över livet; möjligheter och risker
 - Sårbarhet och försämring vid stress/belastning
 - Hur de olika symtomen tar sig uttryck i vardagen
 - Ev. sömnstörning, inlärningssvårigheter, besvärligt temperament
 - Ev. samsjuklighet
- Struktur
 - Sanera stressorer
 - Rutiner i vardagen
 - Scheman, bilder
 - Förutsägbarhet
- Bemötande
 - Skapa förutsättningar för positiv samvaro
 - Mycket beröm
 - Ögonkontakt
 - Se till att man har barnets uppmärksamhet innan man ger instruktion/information
 - Lågaaffektivt bemötande
 - Undvika upptrappning av konflikter

Föräldrautbildning

Efter diagnos och enskild psykopedagogik ska föräldrar och ungdomar med adhd erbjudas utbildning, gärna i grupp. Utbildningen *Strategi*, som är framtagen av ADHD-center i Stockholm, är ett exempel på en sådan utbildning riktad till föräldrar. *Strategi* omfattar fem tillfällen med tre timmar per tillfälle och ger grundläggande kunskaper om diagnosen, möjlighet till diskussioner om förhållningssätt och strategier och information om rätten till olika typer av insatser från olika instanser.

Insatser i förhållande till skolan

Informationen ges i första hand av Fast Vårdkontakt och **syftar till** stödinsatser i skolan. Insatserna från BUP ska ske i samråd med skolan och skolans elevvårds/resursteam. Insatser på basnivå bör kunna genomföras av skolans personal. Eftersom skolanpassning och en fungerande skolgång har så stor betydelse för effekten av behandlingen behöver BUP dock i många fall finnas med för att uppmuntra och följa upp. **Det är viktigt att förmedla utredningens bedömning och barnets särskilda behov samt behovet av psykopedagogiska insatser. Särskilt behöver belysas att en fungerande skolgång med anpassning och stöd har stor betydelse för barnets utveckling, beteende och livskvalitet. Dessa insatser är också en grund för att möjliggöra effektiv behandling på BUP.** Insatserna i skolan är dels metoder där man arbetar med hela klassrumssituationen, dels metoder som är mer inriktade på den enskilde elevens behov.

Checklista för skolanpassning:

- Anpassa uppgifterna till det enskilda barnets förmåga
- Möjlighet att sitta själv, ha hörlurar eller skärm för att minska distraktion
- Variera sättet att presentera uppgifter och det material man använder för att upprätthålla motivation och intresse
- Kortfattade instruktioner till uppgifter som ges en i taget
- Intresseväckande men ändå uppgiftsfokuserade presentationer med möjlighet till frekvent och aktiv elevmedverkan
- Växla mellan perioder av studier och korta perioder med fysisk aktivitet
- Huvudsakligen förlägga de mer teoretiska ämnena till morgonen och förmiddagen
- Förkorta de skriftliga uppgifterna
- Tillåta längre tid för skriftliga prov
- Kontaktbok mellan hem och skola
- Råd om att främst fokusera och ge uppmärksamhet till att man gör sina uppgifter och är en bra kompis

Skolan förvaltar och för självständigt vidare kunskapen om barnet till ny personal och förändrar insatser i takt med barnets utveckling och mognad.

I vilken grad BUP ska vara involverade i insatserna i skolan bör diskuteras lokalt. T.ex. kan de som har deltagit i utredningen av barnet arbeta konsultativt i förhållande till skolan. Om en psykologisk utredning är genomförd är det av stor vikt att resultatet av denna kan återföras till skolan av utredande psykolog. BUP:s specialpedagoger har en viktig uppgift i förhållande till skolan då de dels har kunskap om skolans verksamhet, dels har barnpsykiatrisk kompetens.

Information om annat stöd och bidrag

Föräldrar ska informeras av Fast Vårdkontakt om möjlighet att söka vårdbidrag för extrakostnader. Broschyrer och information om anhörigorganisationer som Attention och hänvisning till bra hemsidor som www.sjalvhalppavagen ska lämnas.

Checklista för inledande behandling

- Gå igenom diagnosen/erna
- Upprätta vårdplan
- Psykopedagogik om adhd
- ..och om strategier i vardagen
- Gruppinformation för tonåringar och föräldrar
- Skolkontakt inklusive uppföljning
- Information om t.ex. ekonomiskt stöd (vårdbidrag) och hjälpmedel
- Skriftligt material inklusive tips om hemsidor

Medelnivå

Farmakologisk behandling

Starta med metylfenidat (Concerta, Ritalin, Medikinet, Equasym).

Metylfenidat har i ett flertal studier visat sig vara mycket effektivt som behandling av adhd och betydligt effektivare än psykosociala insatser på kort sikt. Det har effekt både mot kärnsymtomen men även mot aggressivitet och förebygger utveckling av missbruk. I förskoleålder ska farmakologisk behandling vara betydligt mer restriktiv och i ett lägre dosintervall. Biverkningar är mer besvärande hos förskolebarn. Vid mental retardation eller samtidig autism är effekten sämre men metylfenidat kan provas. Vid samtidig depression och adhd kan man farmakologiskt välja endera algoritm. Adhd-behandling är att föredra som förstahandsval om depressionsbesvären kan förstås som uppgivenhet p.g.a. obehandlad adhd. Vid en tydligt episodisk depression bör behandlingen inledas enligt denna algoritm. Behandling av ångestsyndrom med KBT vid exempelvis tvångssyndrom är ofta inte meningsfull att påbörja och ger inte effekt om adhd symtomen är framträdande. Då bör adhd omgående behandlas med farmaka för att möjliggöra KBT riktad mot ångestbesvären i nästa steg. Vid missbruk ska man undvika metylfenidat och använda atomoxetin som förstahandsmedel.

- Före insatt behandling ges muntlig och skriftlig information om;
 - 1) Preparatets verkningsmekanism
 - 2) Biverkningsprofil
 - 3) Kontraindikationer
 - 4) Hur och när effekten beräknas komma och hur lång effektid man kan förvänta sig av de olika preparaten.
 - 5) Risk för beroende
- Viktigt att före behandling gå igenom ärftlighet och sjukdomshistoria för epilepsi, hjärt/kärl sjukdomar, allvarlig psykisk sjukdom t.ex. psykosjukdom, bipolär sjukdom, tidigare eller pågående alkohol eller drogmissbruk och tics.
- Doseringen är individuell men medeldosen för skolbarn 1 mg/kg o dygn med dosintervallet 0.5-2 mg/kg/dygn. Högre eller lägre dos kan användas i speciella fall. Vid behandling med höga doser är det särskilt viktigt att följa upp biverkningar. **Längden ska noggrant mätas och utvärderas mot tillväxtkurvan där avvikelse på upp till 0,5 sd accepteras. Vikt och BMI ska också följas upp mot tillväxtkurvan. Aptiten minskar och man bör tänka på både bra frukost och att tillåta flera mål på kvällen när effekten gått ur. Pulsen ökar och i vissa fall även blodtrycket. Hårt idrottande bör undvikas med maxnivå av metylfenidat i kroppen. Sömnbesvär, dysfori och ökande tics är också vanliga biverkningar. När effekten släpper kan man uppleva en obehaglig "rebound" under någon timme med ökad irritabilitet och trötthet.**
- **Preparatval. Metylfenidat finns i flera olika beredningar. Det finns kortverkande tablett Ritalin och Medikinet, som verkar i c:a 3 timmar. Det finns också beredningar som är långtidsverkande. Kapsel Ritalin, Medikinet och Equasym verkar ungefär 7-8 timmar och kan delas och strös på mat. Concerta verkar i 11-12 timmar och måste sväljas hela. Kapsel Medikinet måste tas tillsammans med mat för att fördelningen 50% direkt frisättning och 50% frisättning 4 timmar senare skall möjliggöras. Taget på fastande mage blir absorptionen snabbare med risk för förhöjda plasmakoncentrationer initialt och försämrad frisättning under dagen. Kapsel Ritalin har en neutral fördelning (50% + 50%) under 7-8 timmar medan kapsel Equasym släpper ut lite mindre del av sin verksamma substans (30%) direkt och resterande 70% några timmar senare. Depottablett Concerta ger bara 22 % av metylfenidat under de första tre timmarna och bäst effekt under resten av dagen. Tips: Ekvipotent dos kan anses vara kortverkande metylfenidat 5 mg, kapsel Ritalin/Medikinet/Equasym 10 mg samt Concerta 18 mg. Det brukar vara startdos. För barn före puberteten brukar man starta med**

ritalin/medikinet/equasym och före skolålder kanske bara med kortverkande tablett medan tonåringar brukar starta med Concerta. Man får sedan skraddarsy preparat och dos utifrån när under dagen som effekt behövs respektive när ev. biverkningar ska undvikas.

- Uppföljning av effekt, biverkningar och följsamhet till ordinationen utvärderas med hjälp av uppgifter från barn, föräldrar och skola samt ifyllande av beteendeformulär (SNAP-IV, ADHD-RS) av föräldrar och skola. Gå igenom kärnsymtomen, psykiatriska symtom samt humörreglering. Viktigt att efterfråga om barnet märker när medicineffekten går ur. Adekvat dos brukar motsvaras av förväntad duration, exempelvis Concerta 10-11 timmar, såväl vad gäller effekt och biverkningar som aptitnedsättning.

(V.g. se PMcentralstimulantia.)

Atomoxetin (Strattera)

Atomoxetin har god effekt för patienter med adhd och samtidig ångeststörning men sannolikt lägre effektstorlek på kärnsymtomen än metylfenidat. Det kan väljas som förstahandspreparat om barnet har en samtidig GAD (generaliserat ångestsyndrom) men också vid drogberoende. Preparatet kan också användas om centralstimulantia inte har gett önskad effekt, vid biverkningar av centralstimulantia och då särskilt sömnsvårigheter, humörsvängningar, irritabilitet, tics, ångest och depression. Atomoxetin kan även användas som tillägg till metylfenidat både för att öka effekt och ge stöd sena kvällar och tidiga morgnar.

- Före insättande av preparat information samt kontroll av ärftlighet och sjukhistoria som för metylfenidat
- Dosering med startdos 0.5mg/kg/dygn, upptrappning till i första hand 1.2 mg/kg/dygn. Maxdos 1.8mg/kg/dag kan vara aktuell vid svår adhd med trotssyndrom. Upptrappning görs tidigast efter 7 dagar och kan ske i flera 7 dagars steg beroende på kliniskt svar och tolerans.
- Utvärdera effekt efter fyra veckor på måldos
- Uppföljning som vid metylfenidat (se PMcentralstimulantia)

Lisdexamfetamin (Elvanse) är ett långverkande amfetaminpreparat med liknande, men något starkare, effekt än metylfenidat. Det är särskilt lämpligt för patienter som haft god nytta av metylfenidat vad gäller koncentration och hyperaktivitet, men drabbats av ångest och dysfori som biverkan. Då måste man ofta sätta ut metylfenidat och amfetamin ger i dessa lägen ofta fullgod effekt, men sällan obehagliga psykiska biverkningarna. Startdosen Elvanse är alltid 30 mg. Dosen kan höjas veckovis med 20 mg i taget. Högsta rekommenderade dos är 70 mg. Missbruksrisken är låg pga beredningsformen. Uppföljning och övriga biverkningar som vid metylfenidat men rebound på eftermiddagen blir mindre uttalad medan risken för sömnstörning är större då amfetamin har en längre halveringstid än metylfenidat.

Amfetamin (Amfetamin, metamina) finns fortsatt som licenspreparat. De har en kortare halveringstid och kan vara ett alternativ om Elvanse ger svår sömnstörning eller aptitnedsättning. Amfetamin doseras 0.2-1.5 mg/kg o dygn, metamina 0,1-0,75 mg/kg o dygn. Missbruksrisken är troligen förhöjd jämfört med metylfenidat.

Melatonin (Melatonin, Circadin) kan användas som insomningsmedel när sömnråd givits (kvällsrutin, nedvarvningstid, fysisk aktivitet på dagen etc) och goda sömnrutiner införts i hemmet men där allvarlig sömnstörning kvarstår. K Circadin 2mg finns inregistrerat för geriatriskt bruk som depotpreparat. Den kan delas eller krossas för snabbare effekt, som är önskvärd vid insomningsproblem. Tyvärr är Circadin inte rabattberättigat och kan ge morgontrötthet om den sväljs hel. T Melatonin 3 mg kan fås på licens. Indikationer för att bli beviljad licens kan vara morgontrötthet eller otillräcklig effekt vad gäller insomning av Circadin.

Föräldraträning

Efter inledande föräldrautbildning om hur koncentrationssvårigheterna och hyperaktiviteten kan bemästras kan många föräldrar vara i behov av ytterligare hjälp om adhd-besvären är mer komplexa och t.ex. kompliceras av beteendestörningar. Föräldraträning förbättrar föräldrafunktionen och minskar beteendeproblematik och har även viss effekt på kärnsymtomen. Denna hjälp ska bygga på de principer som finns i olika föräldraträningsprogram i grupp (t.ex. De otroliga åren, Komet och Cope). Samma principer går att tillämpa i kontakter med enskilda föräldrar/föräldrapar. På denna nivå kan det vara lämpligt att erbjuda utbildning/träning i mindre grupper. Föräldrarna har tidigare fått generell utbildning om adhd i större grupp. Utbildningen/träningen kan nu vara mer fokuserad på specifika problemområden. Denna typ av insats kan också ha positiva effekter genom att föräldrarna kan dela varandras erfarenheter och lära av varandra. För en del föräldrar kan det dock vara indicerat med mer individualiserade insatser. För barn under 6 år är föräldraträning förstahandsinsats medan farmakologisk behandling ger betydligt större effekt än föräldraträning på kärnsymtomen hos skolbarn.

Viktiga beståndsdelar i beteendearikad föräldraträning:

- Identifiering av specifika problemsituationer och specifika beteendeproblem.
- Tillsammans med föräldrarna analysera positiva och negativa konsekvenser av lämpliga beteenden respektive problembeteenden.
- Om negativa och destruktiva samspelsmönster ofta uppstår mellan föräldrar och barn och positiva samspelsmönster är sällsynta bör man försöka förstärka föräldrarnas förmåga till aktiv närvaro genom att t.ex. föreslå lekstunder i hemmet där barnet bestämmer innehållet och föräldern intresserar sig för leken utan att styra den.
- Lära föräldrarna effektiva metoder för att ge uppmaningar, formulera regler och för att ge positiv uppmärksamhet när barnet lyder.
- Använda teckenekonomi för att förstärka lämpliga beteenden i specifika situationer.
- Tillsammans med föräldrarna utveckla lämpliga milda negativa konsekvenser för problembeteenden. Dessa konsekvenser ska vara tydligt och nära kopplade till beteendeproblemet.
- Vid stora beteendeproblem utveckla säkerhetsplaner för situationer där t.ex. våld förekommer.

Arbetsterapeutiska insatser

Barn och ungdomar med adhd kan ha god nytta av kognitiva hjälpmedel, t.ex. tids- och planeringshjälpmedel och sensomotoriska hjälpmedel. Det bör finnas möjlighet att erbjuda kognitiva hjälpmedel och strategier efter utredning hos arbetsterapeut.

Extranivå

Individuell behandling

Efter de inledande psykopedagogiska insatserna individuellt och helst också i grupp kan barnet och, framför allt, tonåringen ha nytta av fortsatta individuella samtal, vid enstaka tillfällen eller mer regelbundet, för att få fortsatt hjälp med att förstå sina svårigheter och hantera vardagen. Det finns viss men svag evidens för att individuella insatser till det enskilda barnet kan ge positiva effekter. En kombination av träning av sociala färdigheter och kognitiv beteendeterapi (KBT) kan hjälpa barnet att hantera sina adhd-symtom och främst beteendeproblem. För äldre tonåringar kan program utprovade för vuxna med adhd (t.ex. Safren m.fl., "KBT vid ADHD") vara tillämpliga men stödet för detta är ännu relativt svagt. Social färdighetsträning bör inkludera samverkan med föräldrar och lärare för att kontinuerligt förstärka ett positivt beteende i vardagen.

Farmakologisk behandling

Omega-3 fettsyror(Eye Q) har i studier visat sig ha liten effekt på adhd-symtom. Då dessa preparat i princip inte har några bieffekter kan de provas om föräldrarna motsätter sig annan effektivare farmakologisk behandling men de ska inte undantränga effektivare medicinering.

Behandling av medelsvår-svår adhd

Basnivå

Inledande psykopedagogik, föräldrautbildning, insatser i skolan.

Inled behandling som vid lindrig-medelsvår adhd, d.v.s. med psykopedagogik, föräldrautbildning och återgivning till skolan (se behandling basnivå lindrig-medelsvår adhd). Förbered direkt för farmakologisk behandling. De inledande psykopedagogiska insatserna är väsentliga för att ge bättre förutsättningar för farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling inleds så snart basal psykopedagogik, information om medicineringen och vårdplanering genomförts. **Metylfenidat** ska erbjudas som förstahandsmedel. Vid mer uttalade symtom kan man behöva gå högre upp i dosintervallet och titrera lite snabbare då för låga doser ibland ger paradoxal stegring av irritabilitet. **Atomoxetin** ges vid kontraindikationer mot metylfenidat eller samtidig GAD (se behandling medelnivå lindrig-medelsvår adhd). **Metylfenidat kombinerat med atomoxetin** kan vara ett bra alternativ vid partiellt svar på metylfenidat. Atomoxetin eller metylfenidat doseras då något lägre.

Om en patient inte svarat alls på metylfenidat eller atomoxetin trots adekvat behandling i dosnivå och tid bör man utvärdera om diagnosen är korrekt samt om det föreligger missad samsjuklighet t.ex. affektiva sjukdomstillstånd, ångestsyndrom, utvecklingsstörning eller sociala faktorer som påverkar behandlingseffekten. Hos tonåringar ska ett pågående substansmissbruk uteslutas inte enbart med riktade frågor utan även med övervakad urinprov för drogscreening (v.g. se under utredning medelnivå) före nästa steg i farmakologisk behandling.

Medelnivå

Föräldraträning

Se behandling medelnivå lindrig-medelsvår adhd. Då svår adhd ofta har samtidiga beteendestörningar är åldersanpassat beteendeinriktat arbete via föräldrar av stor vikt.

Insatser i förhållande till skolan

Se behandling medelnivå lindrig-medelsvår adhd.

Farmakologisk behandling

α -agonister (klonidin och guanfacin) ges framförallt till patienter med adhd och uttalad hyperaktivitet eller i kombination med betydande humörregleringsproblem, tics eller svåra sömnstörningar. Dokumentation är nu ganska god och effekten i nivå med atomoxetin eller bättre vad gäller hyperaktivitet och aggressivitet. Dessa medel bör nu ganska ofta övervägas men kräver individuell licensansökan. Vid sömnstörning och adhd med hyperaktivitet är klonidin (catapresan 75 μ g) det effektivaste alternativet. Ibland behöver det ges i två doser, exempelvis kl. 17 och sedan en något större dos kl. 19 för hjälp med nedvarvning. OBS stegvis utsättning p.g.a. risk för rebound högt blodtryck och man bör vara uppmärksam på att klonidin kan ge depression och dagtrötthet som biverkan. Blodtrycket bör kontrolleras. Guanfacin (Intuniv 1,2,3,4 mg) har nu snabbt vunnit större plats då man ofta uppnår effekt som vid klonidin, men med mindre sedation och blodtrycksfall. Det kan ges som engångsdos i depotform (Intuniv) och har då dygnseffekt. Insomningshjälpen är då inte lika tydlig. Dos 1-4 mg/dygn med veckovis titrering och man hamnar ofta uppemot 3-4 mg på skolbarn över 30 kg.

Arbetsterapeutiska insatser

Se behandling medelnivå lindrig-medelsvår adhd.

Extranivå

Vid allvarliga och omfattande adhd-symtom med tillkommande svåra problemskapande beteenden, krävs ofta mer direkta och intensiva insatser riktade till föräldrar. Dessa ärenden kräver också oftast samverkan och samordnade insatser med skola, socialtjänst och andra vårdgivare (habilitering, LSS-verksamheter) i respektive kommun (Se Samordnad Individuell Plan (SIP) nedan). Remiss till Intensiv öppenvård bör övervägas.

Insatser på denna nivå bör fokusera på att skapa en förståelse för de problem som föräldrar upplever kring barnets beteende, på en bemötandeförändring från vuxna som finns kring barnet samt anpassning av barnets vardagliga miljö. Målet med insatserna är att minska problembeteenden/symtom med metoder som individanpassad struktur, kravanpassning, sanering av stressorer och lågaffektivt bemötande.

Individuell behandling

Se behandling medelnivå lindrig-medelsvår adhd.

Farmakologisk behandling

Bupropion är ett dopaminergt antidepressivum. Doseras 3-6 mg/kg eller 150-300 mg dagligen, kontraindicerat vid krampsjukdom och effekten vid adhd är oftast inte särskilt tydlig.

Tricykliska antidepressiva (Saroten, Tryptizol, Sensaval) provas någon gång på patienter med adhd i kombination med aggressivitet, ångest-depression, enures, insomningssvårigheter, migrän, Tourettes syndrom eller neuropati. Användningen har minskat p.g.a. potentiellt allvarliga biverkningar framför allt i form av hjärtrytmrubbningar, risk för plötslig död och hög dödlighet vid intoxicationer, men också p.g.a. besvärande antikolinerga biverkningar med muntorrhet, förstoppning och synsvårigheter. Upptitreras långsamt och EKG bör kontrolleras.

Modafinil är ett vakenhetsreglerande medel som används vid narkolepsi och som använts mot uppmärksamhetsproblem hos vuxna. Dokumentationen bristfällig och effekten sämre än för metylfenidat och amfetamin.

Psykosmedel (främst risperidon, aripiprazol och quetiapin) är effektiva mot irritabilitet och aggressivitet samt vad gäller quetiapin för sömn men man riskerar besvärande metabola bieffekter och viktökning, sedation och akatysi. Aggressivitet ska först behandlas med tänkbara alternativ riktade mot adhd (centralstimulerare, alfa adrenerga agonister och atomoxetin) samt beteendemässigt före psykosmedel övervägs. Vid autism och mental retardation har atypiska psykosmedel en större roll och kan även påverka kärnsymtomen vid adhd. OBS uppföljning enligt PMneuroleptika.

Omega-3 fettsyror (Eye Q) har i studier visat sig ha liten, men signifikant effekt på adhd-symtom. Då dessa preparat i princip inte har några bieffekter kan de provas framför allt om föräldrarna motsätter sig annan effektivare farmakologisk behandling men de ska inte undantränga effektivare medicinering.

VÅRDPLAN

En vårdplan ska alltid upprättas. Fast VårdKontakt ansvarar för att vårdplanen blir upprättad. I inledningsskedet av behandlingen är det angeläget att vårdplanen följs upp inom 8-12 veckor, för att utvärdera effekten av insatserna och se om patientens och familjens behov har förändrats.

Vårdplanen ska beskriva symtom och funktionsproblem i vardagen, resurser och psykiatrisk(a) diagnos(er). Det övergripande målet får gärna vara visionärt medan delmålen ska vara kopplade till de beskrivna svårigheterna, d.v.s. både symtom och funktion, mätbara och möjliga att uppnå. De planerade åtgärderna ska stå i relation till uppsatta delmål och vara i samklang med vårdprogram. Skriv dem i listform och ta upp både det som behandlare, patient och föräldrar ska göra för att målen ska nås exempelvis fortsatt utredning, psykopedagogiska insatser, livsstilsändringar, föräldraträning, skolmöten, riktade samtal, medicinering etc. Listan ska vara mycket konkret, om möjligt med datum, klockslag etc.

Då flera instanser, t.ex. skola och socialtjänst, är inblandade kan det finnas behov av att en Samordnad Individuell Plan (SIP) upprättas för att det tydligare ska framgå hur ansvaret är fördelat

och vem som ska göra vad. Initiativ till att en SIP upprättas kan tas av vem som helst av de inblandade professionella. Initiativet ska alltid förankras hos vårdnadshavare.

UTVÄRDERING

Adhd bör betraktas ur ett stress-sårbarhets- och utvecklingsperspektiv. När belastningen är större ökar symtomen och under stabila perioder kan symtomen avta. Barn och tonåringar som fått god effekt av behandling kan ha en god funktionsnivå och bra livskvalitet under lång tid. I samband med förändringar, t.ex. skolbyten och flyttningar, kan belastningen och därmed symtomen öka. Det är då väsentligt att familjen relativt snabbt kan få kontakt för bedömning av vilka insatser som kan vara aktuella. När barnet blir tonåring ifrågasätter de ofta medicineringen och de psykopedagogiska momenten behöver tas om igen. Nu kan tonåringen resonera och vilja veta om adhd på ett mer moget sätt. Man kan även göra utsättningsförsök för att gemensamt värdera nytta och bieffekter av medicineringen.

- Efter insatt behandling utvärderas förändring av kärnsymtom kontinuerligt i samband med besök.
- **Efter 8-12 veckor** görs mer noggrann genomgång av Fast VårdKontakt. Utöver utvärdering av förändring av symtom och funktionsnivå undersöker man då hur barnet/tonåringen och föräldrarna uppfattar diagnosen och hur de ser på behandlingen.
- **Årligen** görs mer noggrann genomgång av Fast VårdKontakt eller av läkare om endast medicinering pågår som behandlingsinsats.
- Farmakologisk behandling följs därutöver upp enligt rutiner i aktuella PM. Tänk på att göra utsättningsförsök om det råder någon tveksamhet om nyttan med medicineringen.

Varje uppföljning innefattar:

- Kärnsymtomen
- Gärna SNAP-IV
- Funktionsförmåga C-GAS
- Adekvata stödinsatser hemma?
- Adekvata stödinsatser i skola?
- Adekvat psykopedagogik och kunskap om adhd?
- Eget missbruk hos ungdom? Övervakat urinprov vid misstanke!

Om otillräcklig effekt/resultat:

- Är diagnosen rätt?
- Missad samsjuklighet?
- Missade kognitiva svårigheter?
- Adekvata stödinsatser i skola?
- Föräldrafunktionen tillräcklig?

- Depression eller missbruk hos förälder?
- Adekvat medicinering?
- Eget missbruk hos ungdom? Övervakat urinprov vid misstanke!

KVALITETSINDIKATORER

Utredning

- Ärftlighet (Adhd hos förälder)
- Screeningsymtom på adhd vid samtliga bedömningar (bibehålla uppmärksamhet, distraherbarhet, sitta still, impulsivitet)
- Symptomlista enl DSM-5 vid adhd-diagnos
- Funktionsnivå C-GAS
- Samsjuklighet (beteendestörning, ångestsyndrom, depression, missbruk)
- SNAP-IV
- Kognitiv nivå värderad

Behandling

- Psykopedagogik enskilt
- Skriftlig info (klinikens broschyr)
- Återgivning till skolan
- Föräldrautbildning i grupp

Utvärdering efter tre månader

- C-GAS
- SNAP-IV
- Symtomnivå på adhd och samsjuklighet
- Adekvata stödinsatser hemma? I skola?
- Eget missbruk (om tonåring)?

Vid medicinering

- Skriftlig info (klinikens broschyrer)
- Utvärdering 3 månader och minst årligen (effekt inkl. duration, biverkningar, längd och vikt normerat enl. BVCKurva, puls och BT)

REFERENSER

AACAP (2007): Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7)

Arbejdsgruppe nedsat af BUP-DK (2008): *Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD*

Banaschewski, T. et.al (2010): *ADHD and Hyperkinetic Disorder*, Oxford Psychiatry Library, Oxford

Chronis, AM. et.al. (2006): Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Clinical Psychology Review*, 26(4)

Laver-Bradbury, C. et.al. (2010): *Step by step help for children with ADHD – A self-help manual for parents*, Jessica Kingsley Publishers, London

National Collaboration Centre for Mental Health (2009): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder – The NICE Guideline on Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults*, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, London

Socialstyrelsen (2002): *ADHD hos barn och vuxna*, Socialstyrelsen, Stockholm