

Vårdprogram ADHD

Vuxenpsykiatri Gävleborg

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	3
2.	Målgrupp	3
2.1.	Diagnoskoder i ICD-10 och hur de bör användas.....	3
2.2.	Svårighetsgrad.....	4
3.	Vårdbegäran, remittering och överföring	5
3.1.	Överföring mellan BUP och VUP	5
3.2.	Aktualisering till VUP	7
4.	Utredning	8
5.	Återbud och uteblivande	10
6.	Riskbruk eller substansbrukssyndrom	11
7.	Samverkan	13
8.	Sjukskrivning/rehabilitering	14
9.	Intyg	14
10.	Behandling	14
10.1.	Egenvård och stöd från samhället	15
10.2.	Psykopedagogisk intervention (PPI)/Digital patientutbildning.....	17
10.3.	Läkemedelsbehandling.....	20
10.4.	Psykoterapeutisk gruppbehandling.....	26
11.	Kvalitetsregister	29
12.	Dokumenthistorik	29
13.	Relevanta dokument	30
14.	Referenser	31
	Bilaga 1. Val av läkemedel	32

1. Syfte och omfattning

Syftet med detta vårdprogram är att ge klinisk vägledning i hur ADHD behandlas inom vuxenpsykiatri (VUP) Region Gävleborg. Det ska göra innehållet i vården tydligare för både personal och patienter. Vårdprogrammet gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal inom VUP. Riktlinjerna är baserade på bästa tillgängliga kunskap, beprövad erfarenhet och de förutsättningar som vi har i våra verksamheter. Riktlinjerna i vårdprogrammet ska följas för den absoluta majoriteten av patienterna, om inget annat sägs. Utifrån omsorgsfulla bedömningar finns alltid möjlighet att göra undantag vid speciella fall. Detta ska då dokumenteras och motiveras i journalen.

2. Målgrupp

Detta vårdprogram omfattar patienter med diagnos inom F90-gruppen enligt ICD-10. Här går vi igenom de olika diagnoserna och hur de ska användas. Inom psykiatrin utgår vi från DSM-5 som grund för att ställa diagnos, men i journalsystemet behöver diagnoskoderna registreras enligt ICD-10. För kompletta diagnoskriterier, se DSM-5.

2.1. Diagnoskoder i ICD-10 och hur de bör användas

Här följer en genomgång av de specifika diagnoser inom spektrat som finns i diagnossystemet ICD-10 som används för registrering av diagnoser i Sverige, och hur de bör eller inte bör användas.

F900A – DAMP

Kombination av ADHD och DCD. Diagnosen används inte i DSM-5 och bör inte heller användas i vår verksamhet. ADHD (F900B) i kombination med DCD (F820) används istället.

F900B – ADHD (Kombinerad)

Används när patient uppfyller minst sex av nio kriterier för ouppmärksamhet och minst sex av nio kriterier för hyperaktivitet. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symtomen.

F900C – ADHD (huvudsakligen ouppmärksamhet)

Används när patienten uppfyller minst sex av nio kriterier för ouppmärksamhet, men inte för hyperaktivitet. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symtomen.

F901 – ADHD (huvudsakligen hyperaktivitet/impulsivitet)

Används när patienten uppfyller minst sex av nio kriterier för hyperaktivitet, men inte för ouppmärksamhet. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symtomen.

F908 - Andra specificerade hyperaktivitetsstörningar (Specificerad ADHD)

Denna diagnos bör endast användas i de fall där patienten har tydliga symptom på ADHD som orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden, där symptomen ej kan förklaras av annan diagnos och där kriterierna för ADHD inte heller är helt uppfyllda.

Klinikern ska beskriva de specifika skälen till att den kliniska bilden inte motsvarar kriterierna för ADHD.

F909 - Hyperaktivitetsstörning, ospecificerad (Ospecificerad ADHD)

Precis som F908 men där klinikern av någon anledning inte har möjlighet att specificera varför ovanstående ADHD-diagnoser ej är aktuella. F908 är att föredra före F909, då vi eftersträvar en mer precis diagnossättning.

F900 - Aktivitets och uppmärksamhetsstörning**F900X - Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning UNS**

F900 och F900X bör ej användas inom vår verksamhet. Det är diagnoskoder som inte finns med i DSM-5, d v s det finns inga varianter av ouppmärksamhetsdiagnoser som enligt DSM-5 ska kodas på detta sätt. Det finns heller inga tydliga beskrivningar i ICD-10 av vad dessa koder innebär. Inte heller SFBUP har med dessa koder i sina riktlinjer för ADHD. Det finns med andra ord knappast något som talar för att använda dessa diagnoser. Tvärtom försvårar de kommunikationen mellan vårdpersonal och verksamheter och riskerar leda till förvirring. I de fall patienten inte uppfyller alla kriterier bör istället F908 alternativt F909 användas.

2.2. Svårighetsgrad

I enlighet med DSM-5 ska även aktuell svårighetsgrad för ADHD anges tillsammans med diagnosen enligt nedan. I DSM-5 finns endast vaga riktlinjer för vad dessa olika nivåer innebär. Svårighetsgraden påverkas både av graden av funktionsnedsättning och antalet uppfyllda kriterier. Vad gäller funktionsnedsättning är ADHD generellt sett associerat med sämre akademisk prestation, socialt utanförskap samt svårigheter i arbetslivet vad gäller både prestation, närvaro och förmåga att behålla sitt jobb. Individer med ADHD löper större risk att skadas i olyckor. Trafikförseelser och olyckor är vanligare.

Nedanstående är ett försök att ge exempel på hur svårighetsgraden skulle kunna bedömas i den kliniska vardagen.

Lindrig ADHD

Få, om ens några, symptom utöver de som krävs för diagnosen. Symptomen orsakar en lättare nedsättning av förmågan att fungera socialt eller i arbetslivet.

Patienten klarar av studier, arbete, socialt umgänge och andra viktiga aktiviteter även om hen har vissa svårigheter. Detta kan även innefatta patienter som lyckats hitta framgångsrika strategier, eller som befinner sig i en lämplig miljö där symptomen inte blir lika problematiska, och som därmed inte har något stort lidande av sina symptom.

Medelsvår ADHD

Symptomen eller funktionsnedsättningen ligger mellan nivåerna ”lindrig” och ”svår”.

Patienter med medelsvår nivå närmar sig gränsen för att överhuvudtaget kunna klara av arbete, socialt, osv. Klarar det tack vare stor ansträngning och anpassning. Här kan man finna patienter som utåt sett ter sig relativt välfungerande, men som närmar sig utmattningsdepression på grund av ansträngningen. OBS! I sådana fall är det viktigt att undersöka vad som är orsak till eventuell utmattning – det kan exempelvis handla om en patient med lindrig ADHD som på grund av en dålig arbetsmiljö eller skolsituation hamnat i en överkravssituation.

Svår ADHD

Många symptom utöver de som krävs för diagnosen, eller flera särskilt svåra symptom, eller symptomen orsakar en markant nedsättning av förmågan att fungera socialt eller i arbetslivet.

Patienten har grava uppmärksamhetssvårigheter, inte bara i utmanade situationer utan även i vardagliga situationer och vid enkla aktiviteter. Även sådant som är roligt är svårt för patienten att hålla fokus på. Ständigt rastlös, även motoriskt. Gör sig ovän med bekanta, klarar inte av skolan, förlorar arbete på grund av ADHD-symptomen. Har oftast behov av sociala insatser såsom boendestöd.

Bedömning av svårighetsgrad bör grundas på patientens funktionsnivå utan läkemedelsbehandling. Observera att svårighetsgraden ej nödvändigtvis är konstant utan kan förändras med tiden. Exempelvis är det vanligt att symptom på hyperaktivitet minskar med åldern, vilket kan minska funktionsnedsättningen. Man kan också tänka sig att en patient kan få ökade besvär på grund av förändringar i livssituationen.

3. Vårdbegäran, remittering och överföring

3.1. Överföring mellan BUP och VUP

För överföringar från BUP till VUP då en patient fyller 18 gäller den övergripande rutinen [Övergång vid 18 år från BUP till VUP](#). De centrala delarna sammanfattas nedan.

För att överföringen mellan BUP och VUP ska fungera så bra som möjligt för patienter med ADHD behöver patienten ha en tydlig diagnos som är grundad i strukturerad diagnostik. Effekten av nuvarande och tidigare behandlingar behöver vara väldokumenterad. Det måste vara tydligt att man undersökt alternativa förklaringar till patientens problematik och behandlat dessa om det finns sådana innan diagnos ADHD eller ADD har satts.

Observera att VUP från och med 2017 **enbart** tar emot patienter med specifik ADHD/ADD-diagnos (F900B, F900C) när det handlar om uppföljning av behandling med ADHD-läkemedel. Det vill säga **ej** patienter med diagnos F900, F900X, F908 eller F909. Dessa patienter kan självklart tas emot för behandling av andra eventuella psykiatriska tillstånd om dessa är av sådan grad att specialistpsykiatrisk behandling krävs, men ospecifika uppmärksamhets-svårigheter behandlas ej med ADHD-läkemedel inom VUP. Det krävs vidare att diagnosen är grundad i strukturerad diagnostik. Det krävs även att effekten av ADHD-läkemedel är konstaterat positivt utifrån en strukturerad utvärdering av detta.

Det är viktigt att remisserna innehåller den viktigaste informationen: diagnostik, status, förlopp, aktuella mediciner, eventuellt riskbruk eller substansbrukssyndrom, tidigare behandlingar och effekt av dessa.

BUP ska:

- Beakta om patientens problematik faller inom ramen för primärvårdens ansvar enligt avgränsningsavtalet mellan primärvård och VUP. Se [”Samverkan - Vuxenpsykiatri och Primärvård”](#).
- Beskriva patientens behov av och anhörigas önskemål om delaktighet i vården.
- Beakta om patienten har omfattande och **komplex problematik**, varvid särskilda riktlinjer gäller enligt rutinen ovan för övergång mellan BUP och VUP vid 18 år.
- Se till att patienten ges övergripande information om hur vårdprocessen kommer att se ut efter 18 års ålder. Patienten bör få ta del av VUP:s informationsbroschyr om ADHD.
- Skicka remiss till VUP senast 2 månader innan 18-årsdagen.
- Upprätthålla kontakten med patienten tills remissvar inkommit eller man på annat sätt kan säkerställa att patienten har haft ett besök på VUP

VUP ska:

- Överta patientansvaret när man har träffat patienten första gången, vilket ska ske inom tidsramen för vårdgarantins **2 månader**.
- Ta del av de bedömningar och behandlingar som genomförts av BUP via journalen
- Som minst låta patienten träffa en specialist för att bedöma huruvida behandling ska fortsätta på samma sätt som inom BUP eller om förändringar behövs. Vid väldokumenterad effekt av tidigare behandling bör den som regel fortsätta.

3.2. Aktualisering till VUP

Nya patienter aktualiseras oftast inom vuxenpsykiatri genom en vårdbegäran från primärvården eller från patienten själv. Om vårdbegäran är bristfällig bör man begära komplettering. Om patienten skickat en egen vårdbegäran behöver remisstteamet oftast kontakta patienten för att få tillräckligt med information att kunna ta ställning till, alternativt uppmana patienten att söka via primärvården istället. Även om frågeställningen i vårdbegäran självklart ska beaktas är det viktigt att man inte tidigt låser fast sig vid en tänkbar problematik, utan har ett öppet förhållningssätt i utredningen.

Vid **överföring** från annan vårdenhet eller vårdgivare ska tidigare utredning och patientens nuvarande tillstånd **alltid** bedömas innan fortsatt behandling med t ex ADHD-läkemedel kan bli aktuellt. För att göra ett grundat ställningstagande vid överföringar **ska** en sammanställning av tidigare utredningsinsatser, behandling och andra relevanta journalanteckningar göras. Därefter **ska** som minst en specialistläkare göra en bedömning av denna information.

Fyra faktorer är särskilt viktiga att ta ställning till:

- Har patienten genomgått en strukturerad utredning av hög kvalitet?
- Har patienten en specifik ADHD/ADD-diagnos?
- Har patienten haft god nytta av behandling med ADHD-läkemedel?
- Är andra faktorer som skulle kunna förklara patientens problem tillräckligt utredda och behandlade?

Har patienten genomgått en strukturerad utredning av hög kvalitet?

Kvaliteten och trovärdigheten i en utredning genomförd på annan enhet **ska** värderas. Om diagnosen enbart baseras på en klinisk bedömning och ej är tydligt motiverad i tidigare journalanteckningar kan validiteten ifrågasättas. I sådana fall behöver patienten sannolikt utredas på nytt hos VUP. Särskilt om patienten har fått en ospecifik diagnos eller om det finns tecken på annan problematik som skulle kunna förklara patientens symptom.

Har patienten en specifik ADHD/ADD-diagnos?

Om patienten inte har en specifik sådan diagnos, utan ”uppmärksamhetsstörning UNS” bör man försöka bedöma orsaken till detta. Är det för att patienten ej kunnat ge tillräckligt med information om symptom? Eller är det så att patienten faktiskt inte uppfyller diagnoskriterierna för ADHD? I sådana fall bör man överväga om det finns andra faktorer som bättre kan förklara patientens problem. **Som regel** behandlas **ej** diagnoserna F908, F909 eller F900X med insatserna i detta vårdprogram inom VUP.

Har patienten haft god nytta av behandling med ADHD-läkemedel?

Om det finns en **väldokumenterad** positiv effekt av tidigare behandling OCH man bedömer att en avbruten behandling skulle få stora negativa konsekvenser för patienten **kan** det av etiska skäl vara rimligt att fortsätta behandlingen, även om patienten t ex ej har en specifik diagnos. Om man bedömer att behandling med läkemedel inte är indicerad bör man om möjligt trappa ned läkemedlet i samråd med patienten.

Är andra faktorer som skulle kunna förklara patientens problem tillräckligt utredda eller behandlade?

Det är viktigt att bedöma om patienten problem kan tänkas bero på något annat än ADHD/ADD, särskilt om patienten har en ospecifik uppmärksamhetsstörning. Risken är annars att patienten får fel behandling och ett förlängt lidande. Finns det uppgifter i tidigare journal om till exempel ångestbesvär, trauman, lågbegåvning eller social problematik som skulle kunna ge upphov till denna typ av symptom?

Det krävs alltid ett individuellt ställningstagande för varje patient som överförs från annan enhet, och den bedömningen ska genomföras av **specialist eller team**. Man måste alltid överväga om utredning och behandling som utförts på tidigare enhet är korrekta och adekvata, och hur patientens situation och problematik är i nuläget. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv måste personal inom VUP alltid ta egen ställning till vilka insatser som ska ges inom VUP.

Samtidigt måste man också ta hänsyn till konsekvenserna för den individuella patienten av att avbryta en behandling. Även om tidigare diagnostik och behandling är tveksam kan det vara oetiskt att avbryta en behandling för en patient med påtagliga svårigheter som har god nytta av behandlingen. Då kan det vara bättre att fortsätta behandling med förskrivning av ADHD-läkemedel i väntan på andra insatser, såsom fördjupad utredning eller andra behandlingsinsatser. Om patienten har god funktionsförmåga och små bekymmer med behandling skall förnyad utredning bara ske om det kommer att konkret påverka behandlingen. Om man inte planerar att avbryta behandling, även om patienten ej uppfyller specifika kriterier, är förnyad utredning onödig. Det vill säga, ny utredning bör inte göras pro forma utan bara när den faktiskt kan förväntas påverka behandling.

4. Utredning

Nya patienter med frågeställning ADHD genomgår strukturerad diagnostisk utredning precis som alla patienter inom VUP. Även om en patient inkommer med en specifik frågeställning gällande ADHD bör en diagnostisk utredning ha en bred utgångspunkt för att undvika att man i ett alltför tidigt skede låser fast sig vid en viss förklaring.

Många personer kan känna igen sig i en förenklad beskrivning av symptomen på ADHD, såsom glömska och koncentrationssvårigheter. Det kan finnas en stark önskan från patient eller anhöriga att denna diagnos ska ge en förklaring till uppkomna svårigheter och problem. Diagnosen ADHD upplevs i många fall som

mer accepterad än till exempel lindrig utvecklingsstörning, även om det senare kan vara förklaringen till symptomen. Fel- eller överdiagnostik kan dock leda till felaktig behandling med onödiga risker. Det kan också leda till att en mer adekvat behandling eller insats inte kommer till stånd eller fördröjs.

En strukturerad utredning vid ADHD-problematik ska följa samma struktur som alla utredningar inom VUP gör i enlighet med vårdprogrammet, och därmed innefatta minst följande:

- **Basbedömning**
- **Närståendescreening** (om man intervjuar en närstående som känner patienten sedan barndomen kan man ställa de frågor i intervjumallen som rör symptom på ADHD och autism i tidig ålder. Om den sammantagna problembilden utifrån närståendescreening och MINI entydigt pekar på ADHD behöver man inte genomföra barndomsanamnesen)
- Diagnostisk intervju med **MINI** eller SCID-I
- **Fördjupad barndomsanamnes** genomförs för alla patienter där symptombilden inte entydigt pekar på ADHD och/eller där man inte tidigare har inhämtat information om patientens symptom i barndomen från en närstående.
- **DIVA**-intervju. Genomför gärna tillsammans med närstående.
- **WAIS**, om det finns indikation på att symptom kan förklaras av intellektuella svårigheter. WAIS kan dock ej används direkt för att ställa ADHD-diagnos.
- Uppmärksamhets och koncentrationstest såsom **QB** eller **CPT** kan användas, framför allt för att utesluta ADHD-diagnos. Vid komplex samsjuklighet bör man ej använda dessa tester då det inte finns någon möjlighet att särskilja olika kliniska grupper. Observera att det krävs god kunskap om testerna för att inte riskera att feltolka resultaten.
- Utifrån eventuella differentialdiagnostiska frågeställningar exempelvis **SCID-II** eller **IDA**.
- Specialistbedömning

En viktig del i utredningen är att slå fast om kliniskt signifikanta symptom på ADHD förelegat innan 12 års ålder. Det är inte ovanligt att det är svårt att få information om detta i vuxen ålder. Det kan bero på att det exempelvis inte finns anhöriga i livet. Detta utesluter **inte** att man kan ställa diagnos ADHD, men målet ska alltid vara att försöka få sådan information. Om det ej är möjligt bör det i sådana fall ske **en mycket noggrann** differentialdiagnostisk bedömning innan diagnos ställs. Exempelvis kan förloppet av symptomen på ADHD i vuxen ålder ge viktig information om huruvida symptom är av mer ihållande karaktär, eller snarare beroende på yttre omständigheter eller annan problematik. Patienter med stor social belastning kan exempelvis uppvisa symptom liknande ADHD.

Man måste även utesluta annan problematik som skulle kunna förklara symptomen såsom bipolär sjukdom, ångestsyndrom, låg begåvningsnivå, autism, etc. Viktigt är även att undersöka om symptomen leder till kliniskt signifikanta svårigheter inom minst två områden, så att det inte enbart är relaterat till exempelvis en destruktiv arbetsmiljö.

En del patienter med ADHD-problematik har även riskbruk- eller substansbrukssyndrom. Ibland kan detta vara hela förklaringen till symptomen. Se [kapitel 6](#) nedan för mer information om detta.

Om det finns andra möjliga förklaringar till problematiken bör man överväga att sätta in insatser för de mest aktuella problemen innan diagnos ADHD ställs. Det kan handla om insatser för att minska belastning i vardagen eller behandling av annan psykiatrisk problematik, exempelvis ångestsyndrom eller depression. Om symptomen kvarstår efter behandling av sådana tillstånd stärker det misstanken om ADHD.

Vid konstaterad ADHD-diagnos och misstanke om personlighetssyndrom rekommenderas dock att vänta med diagnostik av det senare tills efter behandling med ADHD-läkemedel, då problematik med grund i ADHD riskerar att tolkas som symptom på personlighetssyndrom.

Vid återkoppling av resultat från utredningen kan man med fördel använda sig av den broschyr om ADHD som VUP tagit fram om, och som bygger på Socialstyrelsens material. Oavsett hur återkopplingen sker är det viktigt att patienten får information om:

- Diagnos
- Behandlingsmöjligheter
- PPI
- Prognos
- Möjligheter till stöd via exempelvis intresseförbundet Attention

5. Återbud och uteblivande

På grund av svårigheter som är en del av ADHD-problematik kan patienterna utebli eller lämna sent återbud i högre utsträckning än andra patienter. Samtidigt är det viktigt att vara tydlig med vilka ramar som gäller eftersom erfarenheter visar att motivationen varierar även hos denna patientgrupp. Behandlingen blir mindre effektiv och i värsta fall meningslös om patienten inte kommer till inplanerade tider.

Det är viktigt att tidigt i kontakten informera och komma överens om vad som gäller vid återbud och uteblivande. För att minimera antalet uteblivanden och återbud bör samtliga patienter ha SMS-påminnelse aktiverat. Patienten och/eller dess närstående bör även uppmuntras att använda sig av egen kalender eller påminnelse i mobilen, påminnelser av anhöriga eller liknande metoder.

Sedvanliga rutiner för hantering av återbud och uteblivande gäller om inget annat sägs. Det innebär bland annat följande:

- Patient som lämnar återbud till två på rad erbjudna tider ska informeras att den tredje tiden blir den sista som erbjuds, såvida de båda senaste tiderna som erbjudits har anpassats efter patientens behov, samt att man också har provat stöd för att komma ihåg de erbjudna tiderna.
- Vid uteblivande vid återbesök ska patient kontaktas via telefon eller brev, och antingen erbjudas en ny tid eller uppmanas att själv ta kontakt med mottagningen inom en viss tid, annars kommer kontakten att avslutas.
- Viktigt är att observera om patientens uteblivande kan bero på försämrat mående, vilket kan kräva andra åtgärder.
- Läkemedelsbehandling: under insättningen kan kontakten komma att avslutas vid tre eller fler uteblivanden/sena återbud. Vid uppföljning hos läkare efter att patienten har satts in på en stabil dos gäller sedvanliga regler som för alla patienter.

6. Riskbruk eller Substansbruksyndrom

För att patienten ska få en korrekt bedömning och kunna tillgodogöra sig en behandling är det mycket viktigt att hantera riskbruk och Substansbruksyndrom på ett tydligt och konsekvent sätt.

Observera att vid behandling med ADHD-läkemedel ska drogscreening vara **övervakad**. För mer information se [vårdprogram för Substansbruksyndrom](#). För konkreta detaljer kring tillvägagångssättet vid drogscreening och hantering av riskbruk och Substansbruksyndrom, se den [regionala rutinen för drogscreening](#).

För information till patienten om syftet med drogscreening, se [Alkohol- och drogscreening, kommunikationsstöd patientversion, Vuxenpsykiatri](#)

Drogscreening bör övervägas:

- Om patienten rapporterar bruk av droger
- Vid yttre tecken på riskbruk eller Substansbruksyndrom, exempelvis om patienten ter sig påverkad under besöket
- Om patienten befinner sig i risksituationer för missbruk, exempelvis umgås i missbrukskretsar eller vid missbruk i hemmiljön
- Där anamnesen tyder på tidigare Substansbruksyndrom under de senaste två åren
- Vid utebliven förväntad effekt av behandlingar
- Vid tecken på överkonsumtion av andra läkemedel

Vid positivt resultat på drogscreening, eller då drogbruk/Substansbruksyndrom konstaterats på annat sätt:

- Avbryt behandling med ADHD-läkemedel
- Ta ställning till hela vårdplaneringen, överväg huruvida andra insatser bör avslutas och vilka alternativa insatser som skulle kunna ges.
- Ge enkla råd kompletterat med skriftlig information
- Remittera patienten till kontakt med beroendevården om patienten samtycker
- Om behov föreligger, initiera och motivera patienten till SIP

Om patienten nekar till drogbruk trots positivt resultat på drogscreening:

- Verifiera resultatet, se [vårdprogram för Substansbruksyndrom](#).

Om patienten inte medverkar till drogscreening:

- Avbryt behandling med ADHD-läkemedel
- Informera om syftet, motivera till drogscreening och erbjud ytterligare tillfällen för drogscreening
- Om patienten nekat till tre eller fler tillfällen till drogscreening, ta ställning till hela vårdplaneringen, överväg huruvida andra insatser bör avslutas och om alternativa insatser som skulle kunna ges

Återupptagande av behandling med ADHD-läkemedel:

- Viktigt är att göra en individuell bedömning om förutsättningarna för behandling är tillräckliga för ett nytt försök, utifrån tidigare erfarenheter och nuvarande omständigheter.
- I de fall man bedömer att det är viktigt att patienten snabbt får tillgång till behandling, exempelvis för att minska risken för återfall i missbruk, kan det vara motiverat att erbjuda återupptagande direkt efter ett visat negativt resultat på drogscreening.
- I andra fall bör återupptagande först bli aktuellt efter en månads dokumenterad drogfrihet, vilket visats med minst två screeningar.

Vid samsjuklighet med psykosjukdom eller svårbehandlad bipolär sjukdom typ 1 och konstaterat Substansbruksyndrom:

- Erbjud alltid motivationshöjande insatser samt farmakologisk behandling för de tillstånden
- Aktualisera alltid till SIP

Vid komplex problematik och konstaterat Substansbruksyndrom:

- Överväg att aktualisera patienten till samverkansteam

OBS!

Ovanstående ska följas för den absoluta majoriteten av patienterna, men det finns alltid möjlighet till undantag från ovanstående riktlinjer. Sådana ställningstaganden ska motiveras tydligt i journalen.

7. Samverkan

För att uppnå bästa behandlingsresultat är ofta samverkan mellan olika aktörer vara angeläget. Det ställer krav på samordning och samarbete. Vad gäller samverkan med primärvården kan man läsa följande i samverkansavtalet mellan VUP och primärvården gällande neuropsykiatriska tillstånd:

”Specialistpsykiatrien ansvarar för *utredning och diagnostik* av autisttillstånd samt ADHD/ADD. Vidare ansvarar specialistpsykiatrien för *farmakologisk behandling* av ADHD/ADD samt vid behov *samtidig behandling av depression under utredning och inställning av farmakologisk behandling av ADHD/ADD*.”

Efter insättning av läkemedel ansvarar primärvård för sedvanliga farmakologiska och psykosociala insatser för samtidig ångest och depression. Specialistpsykiatrien bistår med konsultativa insatser. ... *Övrig samsjuklighet behandlas inom respektive område, specialistvård/primärvård enligt samverkansavtalet.*”

Det utökade uppdraget som vuxenpsykiatrien fått sedan samverkansavtalet skrevs innebär att VUP sammantaget ansvarar för följande:

- Utredning och diagnostik
- Behandling med ADHD-läkemedel
- Behandling av samtidig depression under utredning och insättning av ADHD-läkemedel
- PPI
- Psykoterapeutisk gruppbehandling vid svår ADHD med kvarvarande symptom efter behandling med ADHD-läkemedel

Primärvården har alltså ansvar för behandling av följande *efter insättning av behandling med ADHD-läkemedel*:

- lindrig till måttlig depression
- ångestsyndrom
- psykosomatik
- lättare ätstörningar
- lindriga former av personlighetsstörningar
- Substansbruksyndrom, sköts via beroendemottagningarna. Undantaget är substitutionsbehandling. Stöd och sociala åtgärder vid Substansbruksyndrom är primärkommunens ansvar.
- komplexa psykosociala problem
- sömnsvårigheter (om sömnsvårigheterna är en biverkan av ADHD-läkemedel bör vi dock behandla dessa svårigheter själva)
- kriser

Primärvården har alltså ansvar för ovanstående *även* om patienten fortsättningsvis följs upp inom specialistpsykiatrien vad gäller ADHD-läkemedel. Detta kan jämföras med annan specialistvård där man sällan tar över all patientens vård, utan ansvarar för behandling av vissa tillstånd. Specialistpsykiatrien bör förstås

kommunicera med primärvården när det pågår parallella behandlingar, både somatiska eller psykiatriska, som kan påverka varandra.

Vad gäller samverkan i övrigt bör specialistpsykiatrien som regel *remittera* till andra vårdgivare och *inte bara hänvisa* patienten att själv söka. Vuxenpsykiatrien har en skyldighet att, precis som för alla andra patienter, vid behov ta initiativ till samordnad vårdplan, SIP. Detta bör hanteras av socionom eller rehabkoordinator på mottagningen, *ej* av samma person som sköter insättningen av ADHD-läkemedel.

8. Sjukskrivning/rehabilitering

Se Socialstyrelsens [beslutsstöd](#) för sjukskrivning vid ADHD. Där finns vägledning för sjukskrivning vid olika situationer (exempelvis olika nivåer av ADHD, med samsjuklighet osv.).

9. Intyg

En av de vanligaste typerna av intyg vid ADHD är till transportstyrelsen. För vägledning om hantering av sådana förfrågningar, se [Intyg till transportstyrelsen - vägledning vid förfrågningar](#).

10. Behandling

De patienter som är aktuella för behandling inom VUP utifrån detta vårdprogram är de som diagnosticerats med antingen F90.0B (ADHD) eller F90.0C (ADD).

Insatser för ADHD *kan även övervägas* vid autism med ouppmärksamhetsproblematik och svår funktionsnedsättning kopplad till just denna problematik. Detta mot bakgrund av att man i DSM-IV ej kan erhålla bägge diagnoser, vilket innebär att en person med autism mycket väl kan ha kliniskt signifikanta svårigheter med hyperaktivitet och ouppmärksamhet utan att ha fått en ADHD-diagnos. För att behandling utifrån detta vårdprogram ska bli aktuellt ska dessa svårigheter vara på sådan nivå att patienten skulle ha fått både diagnos ADHD och Autism enligt DSM-5. I dessa fall måste symptom på ADHD noggrant skiljas från symptom på Autism under diagnosticeringen. Autism i sig ska inte behandlas med insatser i detta vårdprogram.

Vården av patienter med samsjuklighet bör ske utifrån följande trappstegsmodell

1. Riskbruk eller Substansbruksyndrom, pågående trauman, psykoser, ätstörningar med undervikt/svält
2. Affektiv sjukdom
3. ADHD
4. Ängest och andra psykoterapikrävande tillstånd

Man bör vänta med att diagnosticera och behandla personlighetssyndrom tills efter avslutad insättning av ADHD-läkemedel för att undvika överdiagnostik av detta.

Följande behandlingsinsatser för ADHD erbjuds inom vuxenpsykiatri i Region Gävleborgs:

PPI – psykopedagogisk intervention / Digital patientutbildning

Erbjuds samtliga patienter med diagnos ADHD eller ADD. Ges med fördel efter läkemedelsinsättning, men om detta tar lång tid kan det vara rimligt att erbjuda PPI/digital patientutbildning tidigare. I första hand ges numera den digitala patientutbildningen (informationsfilmer) som utskick via 1177.

Behandling med centralstimulerande läkemedel

Erbjuds samtliga patienter med diagnos ADHD eller ADD som av läkare bedömts kunna tillgodogöra sig en sådan behandling och där inga avgörande kontraindikationer föreligger.

KBT-baserad gruppterapi

Erbjuds patienter med svår ADHD eller ADD (se nedan) och kvarstående kliniskt signifikanta symptom efter behandling med centralstimulerande läkemedel, samt patienter som av olika anledningar ej kan eller vill genomföra läkemedelsbehandling.

Insatserna ovan är de som vuxenpsykiatri i Region Gävleborg har fått uppdrag att genomföra och fått resurser för. Avgränsningen av uppdraget är baserat på vilka insatser som har vetenskapligt stöd vid behandling av ADHD. Utöver detta bör patienter även uppmuntras till egenvård om det bedöms att de har möjlighet till detta. Nedan följer mer detaljerade beskrivningar av de olika insatserna.

10.1. Egenvård och stöd från samhället

Alla patienter som får diagnos ADHD inom VUP bör få det informationsmaterial om ADHD som verksamheten har tagit fram, och som baseras på material från Socialstyrelsen. Där beskrivs både diagnosen, behandlingar som erbjuds inom VUP samt möjligheter till stöd i övrigt från samhället. Patienten bör uppmuntras att själv ta del av nedanstående för att skaffa sig bättre kunskap om sin problematik och få hjälp med att på olika sätt kunna hantera vardagen bättre.

Exempel på stöd från samhället som kan vara aktuella:

- Anpassning av arbetsplats
- Stöd i att söka lämpliga arbeten
- Stöd vid studier
- Behandling av eventuellt Substansbruksyndrom
- Boendestöd
- Arbetsförberedande insatser, såsom Treklövern

Exempel på litteratur som kan vara hjälpsam:

- Almer GM, Mandel Sneum M. ADHD hos barn och vuxna. Lund: Studentlitteratur; 2012.
- Beckman V. Vuxna med DAMP/ADHD. Lund: Studentlitteratur; 2012.

- Brar A. Från busfrö till brottsling. Stockholm: Gothia förlag; 2011.
- Hellström A. Vuxna med ADHD ur ett hjälpmedelsperspektiv. Hjälpmedelsinstitutet; 2006. www.hi.se.
- Naucmér M, Urbom P, Neuman H. Tio kvinnor med ADHD. Stockholm: Sigma förlag; 2008.
- Ranch M. red. Det finns alltid ett sätt – lösningsfokus och ADHD. Riksförbundet Attention. Stockholm: Gothia utbildning; 2013.

Information på nätet som kan vara hjälpsam:

- [ADHD-center](#)
- [Riksförbundet Attention](#)
- [Vårdguiden 1177](#)

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

10.2. Psykopedagogisk intervention (PPI)/Digital patientutbildning

10.2.1. Indikation

Samtliga patienter med diagnos ADHD eller ADD ska erbjudas åtminstone digital patientutbildning.

10.2.2. Kompetens

För digital patientutbildning: inga. Färdiga informationsfilmer skickas ut.

För PPI: Personal med pedagogiska färdigheter, antingen genom utbildning i PPI eller liknande modeller, eller genom sin grundutbildning. Två personal håller i varje PPI-grupp.

10.2.3. Upplägg

För digital patientutbildning: Länkar till informationsfilmer skickas till patienten via 1177, Mina vårdkontakter. Samtliga filmer ligger uppe som en färdig mall i Mina vårdkontakter. Med fördel skickas samtliga länkarna direkt efter avslut av diagnostik men det kan behövas "väntelista" i Elvis på vissa mottagningar för att underlätta administrering.

Innehållet är informationsmässigt i stora drag såsom det som patienten tar del av i PPI:

Innehåll

Film 1: [Introduktion ADHD/ADD](#)

Film 2: [Läkemedelsbehandling ADHD/ADD](#)

Film 3: [ADHD/ADD - vad du kan påverka](#)

Film 4: [Strategier och hjälpmedel vid ADHD/ADD](#)

Film 5: [ADHD/ADD och relationer](#)

Film 6: [ADHD/ADD och beroende](#)

Film 7: [Psykologisk behandling vid ADHD/ADD](#)

För PPI: Varje mottagning ska ha ett system med väntelista till PPI, och rutiner för hur patienter anmäler sig till detta. Med fördel ges PPI efter insättningen av centralstimulerande läkemedel, men eftersom väntetiderna kan vara långa kan det även ges innan eller parallellt med insättning.

Patienterna ska få information om vad PPI innebär inför deltagande och skriva på ett kort kontrakt (bilaga 9). Denna information kan lämpligen lämnas vid läkarbesök då patienten erhållit sin diagnos.

Psykopedagogisk intervention (PPI) erbjuder patienter och närstående kunskap om ADHD/ADD. Denna faktamässiga kunskap tillsammans med personlig reflektion i grupp, ger en möjlighet för så väl patienter som anhöriga att känna igen sig i textsymtombeskrivningar och lära sig strategier och möjligheter att komma vidare. Familjen får också lära sig hur de själv kan hantera och göra något åt sin situation. Patienten och anhöriga får verktyg så att patientens

funktionsnedsättning blir lättare att hantera i relationer och arbetsliv. Kostnaden för vården kan minskas tack vare att effektiva insatser kan erbjudas fler patienter och anhöriga. Det kan även leda till mindre behov av psykosociala insatser. Antalet anhöriga som kan delta bör begränsas så att grupperna ska vara av hanterbar storlek. Förslagsvis får max två anhöriga per patient delta.

Utbildningen är upplagd på sex tillfällen och tiden bör anpassas för att nå så många som möjligt. Upplägget är en 45-minuters föreläsning, fika och 45 minuter i grupper där närstående och patienter delas upp i olika grupper. Lämpligt antal i grupperna är fem till sju deltagare. I varje grupp ska det finnas en gruppleddare som har till syfte att se till att presentation sker, fördela tiden mellan deltagarna, lyfta upp ämnen från föreläsningen för att få i gång diskussion samt ta upp reglerna kring tystnadsplikten i grupperna. Gruppleddarens roll är att skapa en avspänd och tillåtande atmosfär. Det är ingen gruppterapi. Föreläsningarna om diagnos och läkemedelsbehandling kan med fördel hållas av läkare. Tillfälle två bör hållas av en person med kunskap om läkemedel och behandling. Vid tillfälle tre till fem kan läkare/psykolog/sjuksköterska/kurator eller skötare hålla i föreläsningarna.

Innehåll

- Tillfälle 1: Presentation av PPI. Om diagnosen ADHD/ADD.
- Tillfälle 2: Behandlingar av ADHD/ADD.
- Tillfälle 3: Stress och sårbarhetsmodellen. ADHD/ADD i relationer och arbetsliv.
- Tillfälle 4: Strategier och hjälpmedel.
- Tillfälle 5: Ökad förståelse ger möjligheter att komma vidare.
- Tillfälle 6: Information om stöd från samhället och brukarföreningen

10.2.4. Återbud och uteblivanden vid PPI

Om patienten uteblir från eller lämnar återbud till de första två sessionerna så får patienten avstå sin plats. Detta då deltagande inte blir meningsfullt om man missat de inledande träffarna. Om patienten fortfarande vill delta sätts denne sist på väntelistan till nästa omgång PPI.

10.2.5. Uppföljning och utvärdering

PPI ska utvärderas med ett frågeformulär riktat till både patient och närstående som deltagit i träffarna.

10.2.6. Administration

Digital patientutbildning vid ADHD registreras vid 1 tillfälle i Elvis och då som Brevkontakt. Koder enligt nedan:

Orsak:	Aktuellt team
Planerad åtgärd:	DIGIADHD
KVÅ:	GB009

Kontakterna inom ramen för *PPI* registreras enligt följande:

Orsak:	Aktuellt team
Planerad åtgärd:	PPIADHD
KVÅ:	GB009 (när patient deltar) GB010 (när närstående deltar)

För mer information om registrering av koder i Elvis, se [KVÅ och åtgärds-koder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri](#).

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

10.3. Läkemedelsbehandling

10.3.1. Indikation

Läkemedel bör erbjudas som förstahandsbehandling vid konstaterad ADHD.

10.3.2. Kompetens

Specialistläkare för ordinerings, receptförnyelse, utvärdering vid behov, årsbesök vid långtidsuppföljning och för konsultation för involverade sjuksköterskor.

Legitimerad sjuksköterska med kompetens vad gäller ADHD-läkemedel, för insättning och regelbunden uppföljning av biverkningar och effekt under insättningen och långtidsuppföljningen.

10.3.3. Upplägg

Behandling med ADHD-läkemedel vid ADHD ska i stort sett följa denna gång:

1. Läkarbedömning och ordination
2. Insättningen påbörjas
3. Uppföljning
4. Eventuella avbrott i insättningen
5. Eventuell omprovning av ordination
6. Avslut av insättning
7. Långtidsuppföljning

På nästföljande sida finns en bild som beskriver denna process på ett övergripande sätt.

1. Läkarbedömning och ordination

Läkares uppgift är att inledningsvis:

- Bedöma huruvida behandlingen är indicerad samt om det föreligger kontraindikationer, såsom Substansbruksyndrom eller sociala omständigheter som omöjliggör behandling. Se nedan.
- Kontrollera blodtryck och puls.
- Ordinera preparat, start och måldos. Prioriteringsordning för läkemedel:
 1. Concerta
 2. Elvanse (maxdos 100 mg)
 3. Annat metylfenidat-preparat
 4. Strattera
- Se till att överrapportering sker till CS-verksamhet med [överrapporteringsblanketten](#). Denna kommer inom kort finnas tillgänglig i korr intyg

Specialistläkare ansvarar för ordination, utvärdering och receptförnyelse av ADHD-läkemedel. Indikation för behandling med ADHD-läkemedel är diagnoserna ADHD samt ADD (F90.0B och C). Sådan behandling kan även övervägas vid autismspektrumtillstånd med ouppmärksamhetsproblematik och svår funktionsnedsättning som är kopplad till denna problematik.

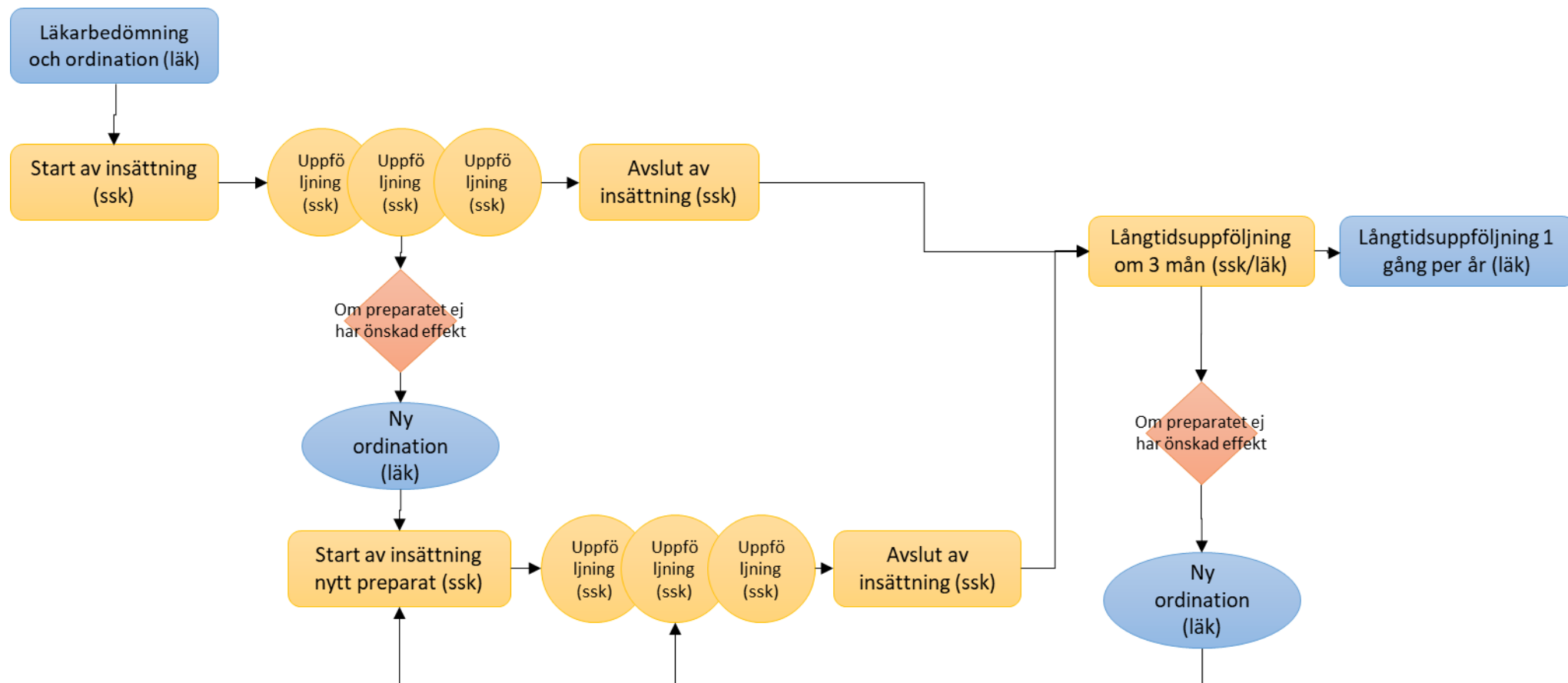


Fig. Övergripande beskrivning av flödet för läkemedelsbehandling vid ADHD

Efter att diagnos på ADHD har ställts och innan läkemedelsbehandlingen inleds bör:

- Förutsättningarna för god följsamhet till behandlingen bedömas och behovet av stöd eller hjälpmedel i detta avseende undersöks.
- Patient och i förekommande fall närstående informeras om läkemedelsbehandlingen.
- I förekommande fall samråd ske med experter inom andra områden såsom t ex neurologi, kardiologi och beroendevården
- Interaktionsrisk vid annan samtidig läkemedelsbehandling beaktas
- Ordinerande läkare anamnestiskt utesluta hjärtsjukdom, hereditet för plötslig hjärtdöd eller andra kontraindikationer samt inför behandlingsstart kontrollera blodtryck och puls. Vid undervikt och ätstörning kontrolleras vikt.

Relativa kontraindikationer för denna läkemedelsbehandling kan utgöras av ett flertal somatiska tillstånd, t ex:

- hjärt-kärlsjukdomar
- graviditet: Det saknas i skrivande stund nationella riktlinjer gällande centralstimulerande läkemedelsbehandling vid graviditet. Siffror från befolkningsregistret talar för att det kan finnas en viss ökad risk för hjärtmissbildningar hos barnet då mamman behandlas med centralstimulerande läkemedel, men ytterligare studier behövs gällande detta. Det saknas kunskap om hur användning av centralstimulerande läkemedel påverkar barnets utveckling på längre sikt.¹
Med tanke på riskerna och det oklara kunskapsläget behöver nackdelarna av att patienten ej är behandlad med centralstimulerande läkemedel vägas mot risk för fosterpåverkan.
- amning: Amning anses inte längre utgöra något problem för metylfenidatbehandling. Dock kvarstår tidigare rekommendation för amfetaminpreparat, d.v.s. detta ska undvikas under amning. Atomoxetin och Guanfacin rekommenderas fortsatt inte under amning p.g.a. oklara risker för barnet.
- psykiatrisk problematik i form av svåra tillstånd av depression, anorexia nervosa, psykotiska symtom eller suicidalitet, då dessa symtom kan förstärkas.
- En ytterligare kontraindikation utgörs av känt drogberoende eller alkoholism som kräver särskilda åtgärder.

Det möter inga hinder att behandla personer med epilepsi, förutsatt att de är välinställda på antiepileptika och symtomfria. Kvinnor i fertil ålder bör informeras om möjliga riskerna vid graviditet under pågående medicinering.

¹ Sammanfattning av forskningsläge genomförd vid ULIC (Uppsala Läkemedelsinformationscentral) 22-05-18 efter frågeställning från Vuxenpsykiatri Region Gävleborg.

Till de grundläggande förutsättningarna hör också att basala sociala behov som bostad, ordnad ekonomi samt gärna någon form av meningsfull sysselsättning och/eller annan ordnad tillvaro blivit tillgodosedda. Patienten skall ha varit drogfri i minst en månad innan CS-behandling startar. För mer detaljer om hantering av riskbruk och substansbrukssyndrom se punkt 5.3 ovan.

För fördjupning kring val av läkemedel, se bilaga 1. **Observera särskilt de strikta begränsningarna av förskrivning av Metamina/Attentin!**

2. Insättningen påbörjas

Insättningen ska inledas med ett första besök hos en **sjuusköterska** där följande punkter ska gås igenom.

- Genomgång av den aktuella situationen
- Information om effekt och biverkningar
- Information om drogscreening
- Kontraktsskrivning (se [Överenskommelse vid behandling med ADHD-läkemedel](#) alt. [ADHD- överenskommelse vid behandling - översättning engelska](#))
- Kontroll av puls, blodtryck och vid behov vikt
- Patient fyller i ASRS
- Patient får ett formulär med sig hem för att registrera effekten av läkemedlet ([Effektskattning](#))

3. Uppföljning

- **Sjuusköterska** ansvarar för titrering och utvärdering i samråd med specialistläkare.
- Uppföljningen bestäms individuellt efter komplexitet, svårighetsgrad, förmåga till samarbete och samsjuklighet
- Med fördel används checklistan för biverkningar för att följa upp detta på ett strukturerat sätt ([Checklista för biverkningar](#)).
- Blodtryck och puls regelbundet och skall vara normalt vid uppföljningens avslutande.

Under upptrappning följs patienten varje till varannan vecka med hänseende på effekt, biverkningar och följsamhet. Uppföljning kan ske via besök, telefon eller elektroniskt. Vid misstanke om missbruk genomförs även drogscreening. Uppföljning sker tills måldosen är nådd och BT /puls acceptabelt, det vill säga att ingen ytterligare dosjustering krävs. ASRS kan användas för att följa symtomen.

Ex på uppföljningsstrategier: (individuella varianter kan användas)

Pat utan missbruk och komorbiditet. Förväntat hygglig följsamhet:
Första personliga besök, därefter telefon avstämning med egenansvar för BT-kontroll. Avslutande personligt besök.

Pat utan missbruk men komorbiditet eller begränsad tillit till följsamheten:
Vartannat besök personligt och vartannat via telefoni. BT vid personliga besök.

Pat med remission av tidigare missbruk:
Personliga besök veckovis för medicindelning och drogtest.

Efter insättning följs pat årligen av läkare. Vid mer komplex bild kan återbesök krävas oftare, och ställningstagande till specialistbesök i högre grad. Recept kan med fördel skrivas för 6-månader vid okomplicerade ärenden, kortare vid mer komplicerade ärenden.

Mottagningen måste ha rutiner för uppföljning av biverkningar och för hur patienten kan få svar på sina frågor om medicinen. Risk kan finnas att patienter som väntar sig snabb effekt ger upp, då man inledningsvis kan uppleva biverkningar. Vanliga biverkningar är huvudvärk, aptitförlust med viktnedgång, magont, förvärrade muskelsmärter, insomningssvårigheter, nedstämdhet, irritation och humörsvängningar. Försämring i ångestsymtom är vanligt. Ofta lindras besvären efter en tids behandling. Blodtryck och puls kan öka något, värden som ökning med 4mm Hg för diastoliska blodtrycket samt pulsökning med 6 slag/min finns. Tics försämras ibland (eventuellt dosberoende). Ovanliga men allvarliga biverkningar är kramper, cerebral vaskulit, påverkan på blodbild (LPK, TPK). Hypertoni, palpitationer och takykardi kan behandlas med Metoprolol Depot i doser 25-50 mg. Om tillståndet är direkt relaterat till CS-behandlingen bör detta skötas av psykiatrin. Det gäller även sömnsvårigheter. Vid komplicerande tillstånd eller astma med mer uttalade besvär bör behandling ske hos kardiolog eller familjeläkare, alternativ bör utsättning övervägas.

Vad gäller interaktioner finns fallrapporter (obs! ej interaktionsstudier) att metylfenidat kan hämma nedbrytning av SSRI, tricykliska antidepressiva och vissa antiepileptika (ej Karbamazepin eller valproat, men väl Fenobarbital, Fenytoin, Lamotrigin och Primidon).

4. Eventuella avbrott i insättningen

Behandlingen avbryts vid följande situationer:

- Utebliven effekt trots att man uppnått måldos och har provat alla preparat.
- Ej acceptabla biverkningar.
- Positivt resultat på drogscreening eller på annat sätt konstaterat substansbrukssyndrom (se kap 6).
- Bristande följsamhet.
- Vid tre eller fler uteblivande eller sena återbud.

Beslut om avslut kan tas av läkare eller i team. Om behandlingen avbryts ska kontakten med CS-sköterskan avslutas. Om patienten har behov av andra insatser ska detta kommuniceras med SBAR till behandlingsteam, som får ta ställning till detta i sedvanlig ordning. En anledning till att behandlingen ej ger önskad effekt kan vara att patientens problem orsakas av något annat än ADHD. Vid sådana

misstankar bör mottagande teamet uppmärksammas på detta, och eventuellt bör patienten utredas på nytt.

5. Eventuell omprövning av ordination

Vid biverkningar eller utebliven effekt av det prövade preparatet:

- Sjuksköterska överlägger med läkare.
- Nytt läkemedel ordineras i enlighet med prioriteringsordningen:
 1. Concerta
 2. Elvanse
 3. Annat metylfenidat-preparat
 4. Stratterra
- Återgå till punkt 2, insättning av det nya preparatet.

6. Avslut av insättning

- Inträffar när patienten nått måldos och effekt på symptomen.
- Patienten får då fylla i ASRS för jämförelse med inledande skattning.

7. Långtidsuppföljning

- Återbesök efter tre månader till sjuksköterska/läkare efter avslutad inställning.
- Därefter återbesök enligt individualiserade intervall mellan var 3 – 12 månad hos sjuksköterska/läkare.
- Uppföljning hos läkare ska ske en gång per år.
- Om patienten har behov av andra insatser ska detta kommuniceras med SBAR till behandlingsteam som får ta ställning till detta i sedvanlig ordning. Uppdraget som CS-sköterska ska vara tydligt avgränsat.

10.3.4. Läkemedelshantering

Under upptrappningen har sjukvården med fördel hand om medicinen och delar den nya dosen vecka för vecka om följsamhetsproblem kan anas såsom vid tidigare Substansbruksyndrom eller impulsivitet. Då man kommit till rätt underhållsdos och behandlingssamarbetet fungerar kan patienten själv ha sina recept, max tre månader åt gången.

Som vid all förskrivning av narkotiska preparat måste en individuell prövning göras av långsiktig förskrivning, som varierar mellan korta recept med ett uttag till årslånga recept med itereringar. Patienter med tidigare eller förväntad misskötsamhet bör få korta recept medan stabila patienter med god följsamhet kan förskrivas för ett år i taget. Fördelen med itererade recept är att både patienten och mottagningen slipper lägga lika mycket tid på receptförnyelse. Om långa recept skrivs måste dock dessa makuleras om behandlingen avbryts, exempelvis på grund av Substansbruksyndrom. Den läkare som fattar beslut om att avbryta behandling ansvarar då för att makulering sker via telefoni till apoteket: 0771-210 210.

För patienter med större svårigheter kan apodos användas.

Vid behov ska man använda sig av **nationella receptregistret**, vilket patienten i den skriftliga överenskommelsen godkännt att vi tar del av. Exempelvis kan det

användas för att kontrollera huruvida uthämtningen av recept stämmer överens med vad patienten uppger, eller om patienten får läkemedel utskrivna, från andra vårdgivare, som kan tänkas interagera med behandlingen. Receptregistret kan man få tillgång till antingen via Mina Vårdkontakter, Pascal eller via Nationella Patient Översikten (NPÖ).

10.3.5. Avgränsning för CS-sköterska

Som påtalats ovan är det viktigt att uppdraget som CS-sköterskan har är tydligt både för personalen och för patienterna. Om behandlingen avslutas ska kontakten med CS-sköterskan avslutas. Om patienten har behov av andra insatser ska detta kommuniceras till behandlingsteam, som får ta ställning till detta i sedvanlig ordning, och avgöra vilken typ av insatser som patienten behöver och huruvida det är specialistpsykiatri, primärvården eller annan instans som ska ge dessa insatser. Risken är annars att CS-personal snabbt blir överbelastade, då många av patienterna kan ha andra behov.

10.3.6. Administration

Kontakterna inom ramen för läkemedelsinsättning registreras enligt följande:

Orsak:	Aktuellt team (Ofta CS-TEAM)
Planerad åtgärd:	CSBEH
KVÅ:	Ingen specifik, se listan nedan för generella koder som kan vara aktuella

För mer information om registrering av koder i Elvis, se [KVÅ och åtgärds-koder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri](#).

10.4. Psykoterapeutisk gruppbehandling

10.4.1. Indikation

Psykoterapeutisk gruppbehandling erbjuds patienter med diagnos F90.0B (ADHD) eller F90.0C (ADD) som har svåra symptom. Både patienter som provat läkemedelsbehandling samt de som ej har kunnat eller velat genomgå läkemedelsbehandling kan vara aktuella.

Om det på en enskild mottagning är svårt att få ihop tillräckligt många patienter för en grupp kan även patienter med måttliga symptom tas med, men patienter med störst svårigheter ska alltid prioriteras. Se ovan för definition av svår ADHD.

Patienten ska som regel ha genomgått PPI innan psykoterapeutisk gruppbehandling kan bli aktuellt. Detta för att säkerställa att patienten har fått grundläggande kunskap om sitt tillstånd inför gruppbehandlingen. Undantag kan göras om det finns särskilda skäl till att patienten inte har kunnat genomgå PPI.

I de fall man behöver prioritera bland patienter som är aktuella för psykoterapi bör man beakta följande:

- Patienter med hemmavarande barn under 18 år bör prioriteras.
- Patienter med högre grad av funktionsnedsättning bör prioriteras.
- Patienter som kan förväntas ha god nytta av psykoterapi bör prioriteras.
- Unga som fortfarande går i gymnasiet bör prioriteras

Inför behandling ska psykolog, psykoterapeut eller terapeut med grundläggande psykoterapiutbildning bedöma huruvida behandlingen är indicerad för patienten samt om det föreligger kontraindikationer såsom Substansbruksyndrom eller sociala omständigheter som omöjliggör behandling. Lämpligen görs bedömningen av samma personer som håller i gruppen. Utgångspunkten är att ett samtal ska vara tillräckligt för detta.

Följande lista kan användas som ett stöd för att avgöra om en patient kan vara aktuell för psykoterapeutisk gruppbehandling:

- Kvarstående svår funktionsnedsättning på grund av symptom på ouppmärksamhet och/eller hyperaktivitet efter insättning av läkemedelsbehandling, eller erbjudas de patienter som ej kan eller vill ha läkemedelsbehandling.
- ADHD är fortsatt den primära problematiken för patienten.
- Tillräckligt ordnade sociala förhållanden för att terapi ska kunna genomföras.
- Patienten bedöms ha intellektuella förutsättningar att ta till sig en psykoterapeutisk behandling, t ex kan reflektera kring sina egna handlingar och klarar av att läsa längre texter.
- Patienten bedöms kunna fungera socialt i gruppsammanhang.
- Patienten klarar av att komma på fasta tider.
- Patienten är motiverad.

10.4.2. Kompetens

Gruppledarna bör vara två stycken, varav åtminstone en ska vara psykoterapeut eller psykolog, gärna med erfarenhet av gruppbehandling. Kunskap om beteendeanalys/DBT är nödvändigt. Gruppledarna måste vara väl inlästa på behandlingsmanualen.

10.4.3. Upplägg

Om patienten bedöms kunna tillgodogöra sig behandling ska denne få information om behandlingens upplägg och ramar för kontakten, skriva på en överenskommelse där denna information finns skriftligt samt fylla i självskattningsskalor (se nedan under utvärdering). Överrapportering sker därefter till den personal som håller i gruppbehandling, om det ej är samma personer som gjort bedömningen.

Inom vuxenpsykiatri i Region Gävleborg använder vi oss av Hesslingers modell, som är en typ av färdighetsträning baserad på DBT. Till skillnad från vid vanlig DBT, som innehåller både färdighetsträning i grupp och individuell terapi, ingår i den aktuella behandlingen enbart färdighetsträning i grupp. Behandlingen har anpassats för svenska förhållanden och utvärderats i Sverige på en öppen psykiatrisk klinik.

Gruppen ska bestå av fem till tio patienter. Behandlingen består av fjorton sessioner a två timmar med olika teman. Det finns en officiell arbetsbok för behandlingen som innehåller den information som ges under sessionerna, samt bakgrundsinformation om behandlingen och diagnosen. Arbetsboken fungerar även som manual för terapeuterna. Boken kan endast inhandlas via Hogrefe Förlag av kliniken eller av enskilda psykologer, varför gruppdeltagarna inte själva kan införskaffa den, till skillnad från arbetsböcker till andra psykoterapeutiska behandlingar.

Verksamheten har genomfört ett projekt där alla deltagare har fått arbetsböckerna gratis och verksamheten stått för kostnaden. Utvärderingar har visat att detta har varit till nytta för patienten. Därför kommer projektet att förlängas under tre år. När man ska starta upp en grupp kan man vända sig till administrationen som kan skicka önskat antal arbetsböcker till mottagningen.

Deltagarna i gruppen får efter det första gruppmötet underteckna ett kontrakt (se bilaga 10) som innehåller den information om ramar för behandlingen som de tidigare fått i samband med bedömningssamtal. Behandlingskontraktet berör bland annat regler för uteblivande och återbud, samtycke till tystnadsplikt, arbete med hemuppgifter och terapistörande beteende.

Gruppledarna kan träffa varje patient individuellt vid ett tillfälle under behandlingen. I mitten av behandlingen kan man träffas för att stämma av de individuella målen. Man kan även ha ett individuellt avslutande samtal om det bedöms lämpligt.

10.4.4. Uppföljning och utvärdering

Alla psykoterapeutiska behandlingar ska utvärderas kvalitativt och kvantitativt. Det senare sker i enlighet med rutinen [Sammanställning av skattningsskalor för uppföljning av behandlingsutfall](#).

Före behandlingen, till exempel under det enskilda bedömningssamtalet, får patienten fylla i följande skattningsskalor:

- ASRS
- HAD
- BBQ
- WHODAS

Vid sista sessionen får patienten fylla i följande:

- ASRS

- HAD
- BBQ
- WHODAS
- Utvärderingsformuläret i arbetsboken

Tänk på att planera in tid för detta på sista sessionen. Dokumentera resultatet av skattningsskalor och den kvalitativa bedömningen i journalen vid avslutande session.

10.4.5. Administration

Kontakter inom ramen för psykoterapeutisk gruppbehandling av ADHD registreras på följande sätt:

Orsak:	Aktuellt team
Planerad åtgärd:	GRUPPADH
KVÅ:	DU011

För mer information om registrering av koder i Elvis, se [KVÅ och åtgärds-koder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri](#).

11. Kvalitetsregister

BUSA är ett kvalitetsregister som riktar sig mot patienter med ADHD och som kan användas både inom både för barn och vuxna. VUP Gävleborg har valt att inte delta i detta kvalitetsregister på grund av att nyttan bedöms liten i förhållande till resurserna som krävs.

12. Dokumenthistorik

VUP tog år 2014 fram ett nytt vårdprogram för ADHD. År 2017 togs ett gemensamt vårdprogram fram tillsammans med BUP för att förbättra samverkan mellan verksamheterna. Deltagande i den gruppen var följande:

Projektledare och författare

- Thomas Drost, vårdutvecklare VUP
- Elisabeth Präntare, vårdutvecklare BUP

Deltagare i arbetsgruppen

- Elisabeth Mickelsson, sjuksköterska BUP
- Alf Kågström, överläkare BUP
- Mats Rosengren, överläkare VUP
- Douglas Karlsson, psykolog BUP

Under arbetets gång fick alla berörda medarbetare i verksamheterna möjlighet att komma med synpunkter på materialet. Materialet för VUP utgick i hög grad från tidigare framtaget vårdprogram för ADHD.

År 2020 reviderades vårdprogrammet och delades in i två separata delar för BUP respektive VUP. Det bedömdes att samverkansvinsterna var uppnådda och att det nu istället skulle vara till fördel att dela upp programmen för att underlätta för klinikerna, då det gemensamma vårdprogrammet blev mycket omfattande. Involverade var vårdutvecklare Thomas Drost och Ulrika Mjöhagen samt tidigare medicinsk rådgivare Joel Oras. Mindre revideringar sker löpande, efter beslut av ledningsgrupp eller medicinsk rådgivare tillsammans med vårdutvecklare.

13. Relevanta dokument

Dokument för VUP	
Checklista för insatser vid ADHD	Platina
Samverkansavtal med primärvården	Platina
Överenskommelse vid behandling med ADHD-läkemedel	Platina
ADHD- överenskommelse vid behandling - översättning engelska	Platina
Överenskommelse vid PPI	Platina
Utvärdering av PPI	Platina
Överenskommelse vid Psykoterapi	Platina
Brevmall för uteblivande	Platina
Brevmall för återbud	Platina
Överrapporteringsblankett	Platina
ASRS	Platina
Effektskattning	Platina
Checklista för biverkningar	Platina
Alkohol- och drogscreening patientinformation	Platina
KVÅ och åtgärds-koder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri	Platina

14. Referenser

Hesslinger, Philipsen och Richter. (2010). *Psykoterasi för vuxna med ADHD – en arbetsbok*. Hogrefe.

Hirvikoski, T., et al. (2013). *Pegasus – kurs för vuxna med ADHD och deras närstående*. Hogrefe.

Hirvikoski, T. (2010). *Psykoterasi – ett komplement till läkemedel vid ADHD hos vuxna*. Läkartidningen.

Hirvikoski, T. (2013). *Psykologiska behandlingar för vuxna med ADHD*. Socialmedicinsk tidskrift.

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. Hämtad från <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72>.

SBU (2013). *ADHD – Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet. En systematisk litteratöröversikt*. Stockholm: Elanders. SBU-rapport nr 217.

Socialstyrelsen. (2013). [Psykologutredning i skolan](#). Artikelnr 2013-6-39.

Socialstyrelsen. (2014). *Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna - Stöd för beslut om behandling*. Artikelnummer 2015-4-14

Socialstyrelsen. (2014). *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd Ett kunskapsstöd*. Artikelnummer 2014-10-42.

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. (2016). [Riktlinjer ADHD](#).

Bilaga 1. Val av läkemedel

Metylfenidat (I första hand Concerta, i andra hand Ritalin, Equasym eller Medikinet) betraktas som förstahandspreparat vid ADHD utifrån effekt och tolerabilitet. Atomoxetin (Strattera) kan övervägas som förstahandspreparat under vissa omständigheter, exempelvis vid riskbruk eller Substansbruksyndrom eller annan felaktig användning i närmiljön, svåra tics, eller depression/ångest associerad med ADHD eller allvarlig sömnstörning. Vidare är det ett alternativ vid behov av effekt under hela dygnet som vid till exempel skiftarbete. Få preparat är godkända av läkemedelsverket för behandling av vuxna men omfattande internationella studier, praxis och erfarenhet stöder användningen. Dexamfetamin finns i depåform (Elvanse) vilket utgör ett gott alternativ till Metamina som ej längre skall nyinsättas då preparatet har betydande missbrukspotential. **Det enda användningsområdet** för det nyintroducerade preparatet Attentin (snabbverkande dexamfetamin) är som ersättning för Metamina hos patienter som sedan tidigare är ordinerade detta (se avsnittet nedan om Metamina och Attentin).

Inledning av behandlingen förutsätter att patienten är välinformerad och accepterar att underteckna ett individuellt behandlingskontrakt. Under insättningstiden är målet att titrera optimal dos, övervaka följsamhet och behandlingseffekt, följa eventuella biverkningar samt vid behov genomföra kontroll av drogfrihet. Drogscreening bedöms ur individperspektiv utifrån riktlinjerna ovan. Skattningsformulären utgör ett värdefullt stöd såväl för den initiala bedömningen som för titrering av optimal dos samt för långtidsuppföljningen.

Man bör inleda med **långtidsverkande metylfenidat-preparat** i låg morgondos som successivt trappas upp. Ökning en gång per vecka med samtidig utvärdering hos CS-sjuksköterska erbjuder god medicinsk och psykologisk trygghet. Man bör sträva efter så få ordinationstillfällen som möjligt. Vid otillräcklig effekt på eftermiddagen kan kortverkande tabletter läggas till.

Den slutliga doseringen är individuell. Studiemässigt har man dock sett att metylfenidat i doser upp till 1,3 mg/kg och dygn är medicinskt säkra. I praktiken ser man behov av högre doser t ex på beroendemottagningar där samtidig behandling av ADHD sker (troligen toleransutveckling vid just avslutat missbruk). Vid doser över 80-100 mg bör effekten utvärderas särskilt noggrant.

Vid otillräcklig effekt av Metylfenidat bör **Elvanse** provas som andrahandspreparat. Elvanse är i högre intervall mera effektivt än metylfenidat.

Vid behandling med Dexamfetamin är patienten positiv på amfetamin i urinprov. Sidomissbruk kan dock kontrolleras med blodprov för kiral analys av amfetamin som skickas till RMV Kemi, Artellerigatan 12, 587 58 Linköping. Sidomissbruk syns genom att patienten är positiv på Levoamfetamin som förekommer i gatuamfetamin men endast i små mängder i läkemedel. Således är regelbundet återkommande små mängder levoamfetamin i testresultaten snarast ett tecken på

att patienten har god följsamhet till behandlingen. Maxdosen av Elvanse är **100 mg** och vid otillräcklig effekt på eftermiddagen justeras detta i första hand med uppdelade doser, till exempel **50+20 mg** och i andra hand med tillägg av snabbverkande metylfenidat. Som regel bör **20-30 mg** metylfenidat vara tillräckligt i dessa fall.

I nästa steg kan **annat metylfenidatpreparat** provas. Om två sådana preparat prövats utan tillräckliga effekter bör byte ske till **Strattera**. Erfarenhet visar att Strattera är svårtolererat i de doser som FASS rekommenderar varför det är lämpligt att börja lägre, 10-25 mg och öka successivt, en gång per vecka, till 80-100 mg. På grund av kostnadsskäl bör preparaten ges i högsta tablettstyrka. Biverkningarna påminner om CS men effekten är ofta fördröjd i flera veckor vilket kan göra preparatet svåränvänt i ADHD-gruppen som ofta önskar snabb effekt. Strattera kan oftast ges i en-dos på morgonen eller kvällen, beroende på om det ger trötthet eller ej.

Samtidig behandling med bensodiazepiner, bensodiazepin-liknande såsom Stilnoct och Imovane, opiater och Lyrica inverkar negativt på effekten av CS-behandling, och kombinationen **ska om möjligt undvikas**. Dessa preparat har en effekt som motverkar ADHD-läkemedel och således försämrar effekten.

Endast ett fåtal studier har utvärderat kombinationer av olika ADHD-läkemedel. Enligt klinisk erfarenhet är det möjligt att kombinera CS-läkemedel med Strattera, långverkande metylfenidat-preparat eller Elvanse med lägre dos av kortverkande metylfenidat preparat på eftermiddagen. Risken för biverkningar måste beaktas särskilt noggrant i dessa situationer.

Metamina och Attentin

Metamina är ett licenspreparat med den verksamma substansen Dexamfetamin. Attentin är i stort sett samma preparat. De är korttidsverkande preparat som kräver hög följsamhet då de som regel ska tas 4 ggr om dagen, vilket får anses synnerligen olämpligt för just denna patientgrupp. Elvanse innehåller i stor sett samma substans men är långtidsverkande. Metamina/Attentin är ett preparat som är lätt att missbruka, till skillnad från Elvanse.

Det förekommer exempel på patienter som kommer till behandling med mål att få just Metamina/Attentin och på nätet finns utförliga instruktioner för hur man uppnår detta. Metamina/Attentin är attraktivt på den svarta marknaden då det är att jämställa med amfetamin av hög kvalitet.

Nackdelarna med Metamina/Attentin är alltså risk för att bidra till missbruk hos patienten, risk för spridning i samhället, höga krav på följsamhet och att det krävs licens för preparatet. Detta ska vägas mot fördelen att vissa patienter rapporterar en upplevelse av bättre effekt av Metamina/Attentin än Elvanse.

Mot bakgrund av detta har kliniken beslutat att **Metamina/Attentin inte ska förskrivas vid nyinsättning**.

De patienter som innan 2015 fått Metamina utskrivet av vuxenpsykiatri får dock fortsätta med detta om de så önskar. Det är dock lämpligt att dessa patienter motiveras till att övergå till Elvanse på sikt. Vid negativt resultat av Elvanse för just dessa patienter kan Attentin på nytt sättas in, som ersättning för Metamina. Vid kliniken **skall** Attentin **inte** användas på annat sätt än som ersättning för Metamina!

Om en patient med Metamina/Attentin-behandling brukar droger ska dock behandlingen avslutas och detta preparat EJ sättas in på nytt, även efter dokumenterad drogfrihet under en månad. Som alternativ finns då övriga preparat. Patienter som står på Metamina/Attentin i nuläget ska informeras om detta.

Patienter som fått Metamina förskrivet av BUP inom Region Gävleborg och nu överförs till VUP *kan* få fortsätta med detta, under samma förutsättningar som patienter som tidigare fått Metamina utskrivet hos oss (se ovan), efter bedömning av specialist.

Patienter som fått Metamina förskrivet av vårdgivare i annat landsting *innan* Elvanse introducerats, det vill säga före 2014, *kan* få fortsätta med detta, under samma förutsättningar som patienter som tidigare fått Metamina utskrivet hos oss (se ovan), efter bedömning av specialist.

Patienter som fått Metamina förskrivet av vårdgivare i annat landsting *efter* att Elvanse introducerats ska ej erbjudas fortsatt behandling med Metamina inom VUP, utan istället erbjudas Elvanse.

Ovanstående riktlinjer ska tillämpas strikt över hela verksamheten.