

Nationell utvärdering av vård vid adhd och autism

Nationella riktlinjer 2026

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Produktionsledaren lägger in ev. ISBN-nummerArtikelnummer:
Produktionsledaren lägger in artikelnummer2026-3-10064

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, månad årmars 2026

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av vården och omsorgen vid adhd och autism. Utgångspunkten har varit de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid adhd och autism. Utvärderingen vänder sig till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regioner, kommuner och på nationell nivå, men den kan även vara till nytta för andra aktörer, såsom berörda yrkesgrupper, patientföreningar, allmänheten och medier. Projektledare för utvärderingen har varit Tobias Edbom, som tillsammans med Heval Beydogan, Annabell Hillblom och Riitta Sorsa har utgjort projektets arbetsgrupp. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Björn Eriksson
Generaldirektör
Socialstyrelsen

Innehåll

Nationell utvärdering av vård vid adhd och autism	1
Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning	5
Inledning	7
Metod.....	9
Om adhd och autism	12
Organisation av vården vid adhd och autism	14
Uppföljning	27
Samverkan om vården vid adhd och autism.....	37
Tidiga insatser och utredning vid adhd och autism.....	53
Individuella insatser	71
Läkemedelsbehandling.....	88
Skola, arbetsliv och hälsan påverkas av adhd och autism	102
Avslutande diskussion	112
Projektorganisation.....	116
Referenser.....	117

Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsen har cirka 5–7 procent av alla barn adhd, och omkring 3 procent av vuxna har samma diagnos. Autism förekommer hos omkring 1–2 procent av både barn och vuxna.

Socialstyrelsen har utvärderat vården vid adhd och autism utifrån de nationella riktlinjerna. Syftet har varit att undersöka hur väl vården följer dessa riktlinjer och att belysa regionala skillnader i kvalitet och tillgång till insatser. Resultaten visar att det finns utmaningar inom flera områden.

De nationella riktlinjerna betonar att insatser ska baseras på forskning och beprövad erfarenhet. Utvärderingen visar att det finns skillnader mellan regionerna, vilket i vissa fall innebär att patienters möjligheter till stöd och behandling varierar. Orsakerna kan vara olikheter i organisation, bristande personalresurser och oklar ansvarsfördelning.

Samverkan behöver utvecklas

Det finns otydlig ansvarsfördelning mellan psykiatri, habilitering, primärvård och verksamheter inom socialtjänst och stöd och service till personer med funktionsnedsättning vilket är ett av de största hindren för sammanhållen vård och omsorg. För att motverka att personer med adhd och autism faller mellan stolarna, behöver samverkan utvecklas både nationellt och regionalt för att bättre möta individers behov.

Tidiga insatser varierar

Utvärderingen visar att tidiga insatser skiljer sig mellan olika delar av landet och mellan verksamheter. För vuxna är möjligheten till tidigt stöd ofta begränsad, och insatser ges ofta först efter diagnos. Samverkan med andra aktörer är otillräcklig och insatserna saknar ofta en tydlig struktur.

Det råder oklarhet kring vad som avses med kognitivt och kommunikativt stöd. Sådana insatser kan ges tidigt till personer med misstanke om neuropsykiatrisk diagnos. Många verksamheter efterfrågar tydligare definitioner samt konkreta exempel på verktyg och metoder som kan användas både i undervisning och vardag. Detta bidrar till observerade regionala skillnader.

Tillgången till centralstimulerande läkemedel vid adhd är inte jämlik

Resultaten visar tydliga socioekonomiska skillnader i uthämtning av melatonin och centralstimulerande läkemedel vid adhd. Personer med adhd som bor i mer resursstarka områden hämtar oftare ut läkemedel mot adhd efter diagnos, vilket kan ge bättre förutsättningar för god hälsa.

Rapporten visar att det finns brister inom flera områden av vården vid adhd och autism. Riktlinjerna är ett viktigt stöd för regioner och kommuner vid prioritering, och arbetet med implementering av de nationella riktlinjerna behöver därför stärkas.

Inledning

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Myndigheten arbetar för att vård och stöd ska ges utifrån individens förutsättningar och behov.

I denna rapport utvärderas följsamheten till de nationella riktlinjer som gäller vård och stöd vid adhd och autism, vilka publicerades 2024 [1]. Rapporten redovisar utfall kopplat till dessa rekommendationer.

Syfte och avgränsning

Projektets övergripande syfte har varit att öppet jämföra och utvärdera regionala skillnader kopplade till aktuellt kunskapsläge, vilket utgör grunden i de nationella riktlinjerna samt vård- och insatsprogrammet vid adhd framtaget av NPO Psykisk hälsa inom SKR:s kunskapsstyrning [2].

Utvärderingen är tänkt som ett stöd i hälso- och sjukvårdens och kommunernas fortsatta förbättringsarbete för en mer kunskapsbaserad och likvärdig vård. Negativa utfall har analyserats utifrån deras konsekvenser, såsom ökade kostnader och ojämlikhet för patienten, verksamheten och regionerna.

Projektet har avgränsats till områden där tillförlitliga data och tydliga frågeställningar funnits. Rekommendationer i de nationella riktlinjerna har därmed belysts olika mycket beroende på tillgång till och kvalitet på data.

Nationell utvärdering

En systematisk utvärdering bidrar till att identifiera regionala skillnader avseende följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer för vård och stöd vid adhd eller autism. Dessa skillnader kan bero på flera faktorer, såsom lokala prioriteringar, resursallokering, kompetensförsörjning eller utmaningar i kommunikationen mellan aktörer. När hinder synliggörs är det möjligt att rikta insatser till specifika områden där förbättringar behövs, exempelvis genom att förstärka utbildningsinsatser eller förbättra informationsflödet mellan myndigheter och utförare. Vidare skapar kontinuerlig utvärdering en transparent och ansvarstagande kultur inom organisationer och myndigheter. När resultat och processer redovisas öppet ökar förtroendet hos både medarbetare och allmänhet.

Patient- och brukarrepresentanter har informerats om arbetet. Organisationerna har även haft möjlighet att lämna synpunkter på vilka områden som bör belysts särskilt i utvärderingen.

Barnrättsperspektivet

Barnperspektivet har genomsyrat arbetet med både riktlinjerna och utvärderingen, och experter med dokumenterad barnkompetens har deltagit i alla delar. Experterna har erfarenhet från olika verksamheter där barn med adhd eller autism kan få vård, till exempel elevhälsans medicinska och psykologiska insatser, barnhälsovården, habiliteringen och barn- och ungdomspsykiatri.

Metod

Indikatorer

Socialstyrelsen tar fram särskilda indikatorer för att följa hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis. Indikatorerna utgår främst från rekommendationerna, men omfattar även vårdresultat som är viktiga att följa över tid. De används för att följa utvecklingen av kvaliteten inom vård och omsorg.

- ➔ Läs mer om indikatorernas tekniska beskrivning på Socialstyrelsens webbplats.

Datakällor

Flera datakällor har samkörts för att besvara projektets frågeställningar. Innan insamling av data gjordes en genomgång av vilka variabler som behövdes och varför.

Register

Följande av Socialstyrelsens register har använts:

- Patientregistret (PAR) för läkarbesök och åtgärder i sluten och öppen specialiserad vård
 - Läkemedelsregistret (LMED) för alla läkemedel som hämtas ut mot recept
 - Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning
 - Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- ➔ Läs mer på Socialstyrelsens webbplats.

Följande av Statistiska centralbyråns register har använts:

- Regionala statistikområden (REGSO)
 - Registerbaserad aktivitetsstatistik (RAKS)
 - Grundskolan – Elever per 15 oktober Grundskola betyg åk 9
- ➔ Läs mer på Statistiska Centralbyråns webbplats.

Följande nationella kvalitetsregister har använts:

- Nationella Kvalitetsregistret för Cervixcancerprevention (NKCx).

Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention (NKCx) har använts för att analysera deltagande i screeningprogram bland personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

➔ Läs mer på NKCx:s hemsida.

Enkäter

Socialstyrelsen har genomfört nio enkätundersökningar riktade till hälso- och sjukvården, kommuner och kriminalvården (se tabell 1). Enkätfrågorna finns som bilaga.

Enkäterna har skickats till verksamhetschefer inom barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och habiliteringen, ett urval av primärvårdsenheter samt enheter med första linjen för barn och ungas psykiska ohälsa inom BUP. Dessutom har enkäter gått till elevhälsoteam i utvalda grund- och gymnasieskolor, socialchefer i utvalda kommuner samt till regionchefer och huvudkontoret inom kriminalvården (se tabell 2).

Tabell 1. Svarsfrekvens för Socialstyrelsens enkäter till hälso- och sjukvård, kommuner och kriminalvård.

Mottagare	Utskick	Inkomna svar	Svarsfrekvens (Procent)
Barn- och ungdomspsykiatri	27	22	81
Vuxenpsykiatri	46	33	72
Habilitering	28	24	86
Primärvård	570	222	39
Första linje inom BUP	10	7	70
Elevhälsa grundskola	1400	642	46
Elevhälsa gymnasieskola	560	264	47
Kommuner	150	74	49
Kriminalvård	7	6	86

Källa: Socialstyrelsens enkäter.

Tabell 2. Verksamheter som besvarade Socialstyrelsens enkät, uppdelat per region

Svarsfrekvenser av utskickade enkäter till hälso- och sjukvård, kommuner och kriminalvård.

Region	Barn- och ungdoms-psykiatri	Vuxen-psykiatri	Habilitering	Vårdcenter/BV C/1:linjen	Elevhälsa grundskola	Elevhälsa gymnasie-skola	Kommun/HVB/LSS
Blekinge	1	1	1	6	15	4	2
Dalarna	1	1	1	2	31	7	6
Gotland	1	0	1	2	7	3	0
Gävleborg	1	1	1	7	14	8	4
Halland	1	1	1	5	28	13	0
Jämtland Härjedalen	1	0	1	2	10	5	3
Jönköping	1	2	1	10	26	13	2
Kalmar	1	3	2	4	17	3	3
Kronoberg	1	1	1	2	22	6	2
Norrbottn	0	2	2	4	20	6	1
Skåne	1	3	1	34	68	29	11
Stockholm	2	6	1	62	84	42	7
Sörmland	1	1	1	8	12	6	2
Uppsala	1	1	1	7	14	1	3
Värmland	1	1	1	3	19	11	4
Västerbotten	1	2	1	6	26	8	5
Västernorrland	1	1	1	4	17	6	1
Västmanland	1	1	0	4	22	9	2
Västra Götaland	3	3	2	39	138	54	11
Örebro	1	1	2	3	19	10	4
Östergötland	0	1	1	8	33	20	1

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning.

Om adhd och autism

Adhd och autism är vanliga neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som förekommer globalt [4]. Orsakerna är fortfarande inte helt klarlagda, men både genetiska faktorer och miljö spelar stor roll [5]. Diagnoserna är väletablerade och har funnits i över 30 år [6].

Förekomst internationellt:

- 5–7 procent av alla barn har adhd
- 3 procent av vuxna har adhd (vanligare bland yngre)
- 1–2 procent av både barn och vuxna har autism

I Sverige har antalet personer med diagnoserna adhd eller autism ökat under de senaste tio åren. Denna ökning förklaras av bättre kunskap och medvetenhet inom vård, skola och hos allmänheten. Diagnoskriterierna har också breddats, vilket innebär att fler får en neuropsykiatrisk diagnos. Symtomen har dock inte blivit vanligare, och både överdiagnostik och underdiagnostik kan förekomma [7].

Det finns fortfarande många missuppfattningar om adhd och autism och om vilka behandlingar som är effektiva. Vissa personer har upplevt fördomar från både allmänheten och personal inom vård och socialtjänst. Detta kan göra att personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar undviker att söka stöd och hjälp.

Kunskapen om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har ökat i Sverige. Bättre diagnostiska metoder och ökad tillgång till utredning har bidragit till att fler får diagnos [1, 2]. Nationella riktlinjer och satsningar har införts för att förbättra tidig upptäckt och tillgång till stödinsatser inom skola, vård och socialtjänst [3, 4]. Trots framsteg kvarstår utmaningar, till exempel regionala skillnader i insatser och behov av bättre samverkan mellan olika aktörer [2, 4].

Enligt Socialstyrelsen hade 10,5 procent av pojkar och 6 procent av flickor i åldern 10–17 år en adhd-diagnos år 2022. Prognosen är att andelen ökar till 15 procent för pojkar och 11 procent för flickor innan utvecklingen stabiliseras. Autism förekommer hos cirka 1–2 procent av både barn och vuxna [6, 8].

Adhd och autism är utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar som påverkar vardagen på olika sätt. Vid adhd är kärnsymtomen svårigheter med uppmärksamhet, impulskontroll och överaktivitet. Om överaktivitet och impulsivitet saknas används ibland begreppet add, eller adhd huvudsakligen ouppmärksam form [5].

Autism innebär begränsad förmåga till social kommunikation och repetitiva beteendemönster. Personer med autism har ofta svårt för förändringar och

föredrar tydliga rutiner, medan personer med adhd ofta söker stimulans. Båda tillstånden är livslånga, men uttrycket och graden av funktionsnedsättning varierar mellan individer och över tid [1].

Internationell utblick

I Danmark, Norge, Finland och Island organiseras vården för adhd och autism inom offentlig hälso- och sjukvård, med stark koppling till skola och socialtjänst. Utredning och behandling sker ofta i multiprofessionella team och följer nationella riktlinjer eller kliniska vägledningar. Exempelvis har Danmark särskilda riktlinjer för utredning och behandling av adhd hos barn och unga, där läkemedelsbehandling kombineras med psykosociala insatser när det är lämpligt. Riktlinjerna betonar evidensbaserad och samordnad behandling.

Organisation av vården vid adhd och autism

Långa väntetider till utredning och utmaningar med remisshantering är vanliga hinder för personer med misstänkt adhd och autism. Patienter remitteras ofta från primärvård eller elevhälsa till specialistpsykiatri eller neuropsykiatriska team för utredning och diagnos. Dessa väntetider utgör ett betydande problem i vårdprocessen.

Utvärderingen analyserar hur rekommendationer om effektiv och sammanhållen organisation samt stöd till personer med adhd eller autism följs. För BUP finns det sedan 2011 en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Vid akuta tillstånd erbjuds vård snabbare, ofta inom 24 timmar.

I november hade 75 procent av barn och unga väntat mer än 30 dagar på utredning inom barn- och ungdomspsykiatri, och 65 procent på behandling. Inom vuxenpsykiatri hade 36 procent väntat mer än 90 dagar.¹

Arbetet med nationella riktlinjer i regioner och kommuner

Implementeringen av de nationella riktlinjerna för adhd och autism är viktig för att insatser ska hålla hög kvalitet och vara likvärdiga över hela landet. Regionala skillnader i vård och stöd gör att många får vänta länge på tidiga insatser och utredningar. Genom att använda riktlinjerna som grund för prioriteringar kan resurser fördelas mer rättvist och insatser bli mer jämförbara, oavsett bostadsort. Enhetliga arbetssätt och ökad kunskap minskar stigmatisering och främjar tolerans. Socialstyrelsen betonar att riktlinjerna är ett stöd för beslutsfattare på regional och kommunal nivå för att säkerställa att vård och stöd ges utifrån bästa tillgängliga kunskap och att insatserna utvärderas och utvecklas kontinuerligt.

Socialstyrelsens enkät visar att stora delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten har påbörjat implementeringen av de nationella riktlinjerna för adhd och autism. Inom barn- och ungdomspsykiatri har samtliga regioner påbörjat arbetet. Inom vuxenpsykiatri har de flesta regioner startat implementeringen, men i Dalarna, Halland och delar av Västra Götaland saknas handlingsplaner. Inom habiliteringen har majoriteten av regionerna (19 av 20) påbörjat arbete med implementering, men en region

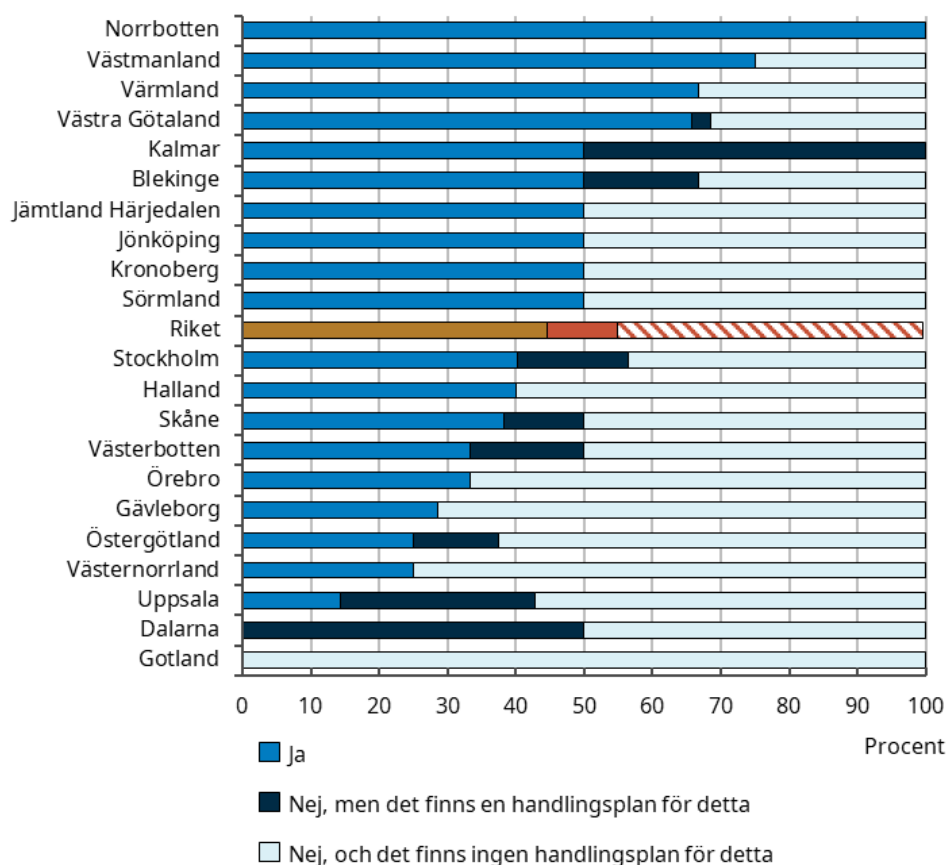
¹ <https://vardenisiffror.se/>

(Västernorrland) och delar av Örebroregionen har inte påbörjat arbetet och har ingen handlingsplan för detta.

Inom primärvården har 122 av 222 verksamheter (55 procent) påbörjat eller planerat att påbörja implementeringen av de nationella riktlinjerna. Nästan hälften, 44 procent, har inte påbörjat och har inte heller en handlingsplan för implementering av riktlinjerna (figur 1).

Figur 1. Påbörjad implementering av riktlinjer inom primärvård

Andel primärvårdsverksamheter som påbörjat implementering av de nationella riktlinjerna för vård vid adhd och autism, 2025.



Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården.

I primärvårdsverksamheter med barnavårdscentral eller uppdrag om första linjen för barn och ungas psykiska hälsa² har drygt hälften påbörjat implementeringen av riktlinjerna. För verksamheter med ett renodlat förstalinjeuppdrag inom BUP har samtliga startat implementeringen.

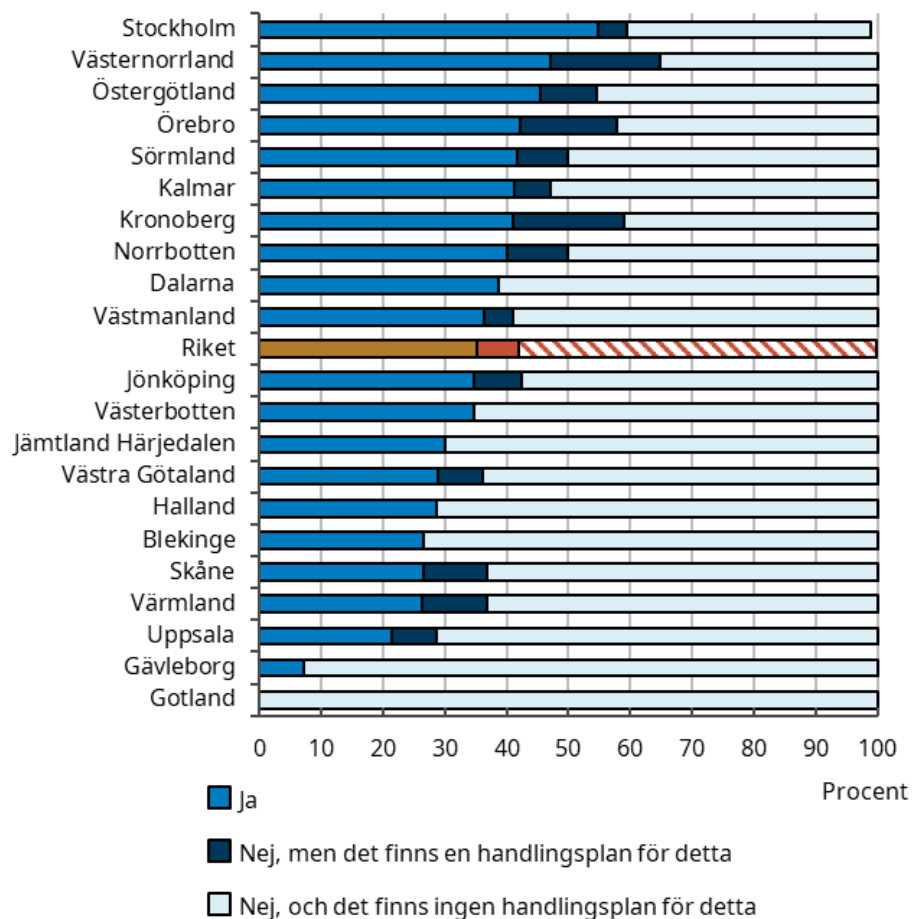
Inom elevhälsan är det drygt 40 procent av grundskolorna som påbörjat eller planerar att påbörja implementering av riktlinjerna. Det är stor variation, med upp till 50 procentenheters skillnad mellan den region som kommit

² Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa är en lättillgänglig, icke-specialiserad vårdnivå (ofta inom primärvård eller kommun) för barn upp till 18 år med mild till måttlig psykisk ohälsa.
<https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/>

längst respektive ligger lägst avseende implementering (figur 2). För gymnasieskolorna är motsvarande siffra 25 procent.

Figur 2. Påbörjad implementering av riktlinjer inom grundskolans elevhälsa

Andel elevhälsoteam som har påbörjat implementeringen av de nationella riktlinjerna för vård vid adhd och autism i grundskolan, 2025.

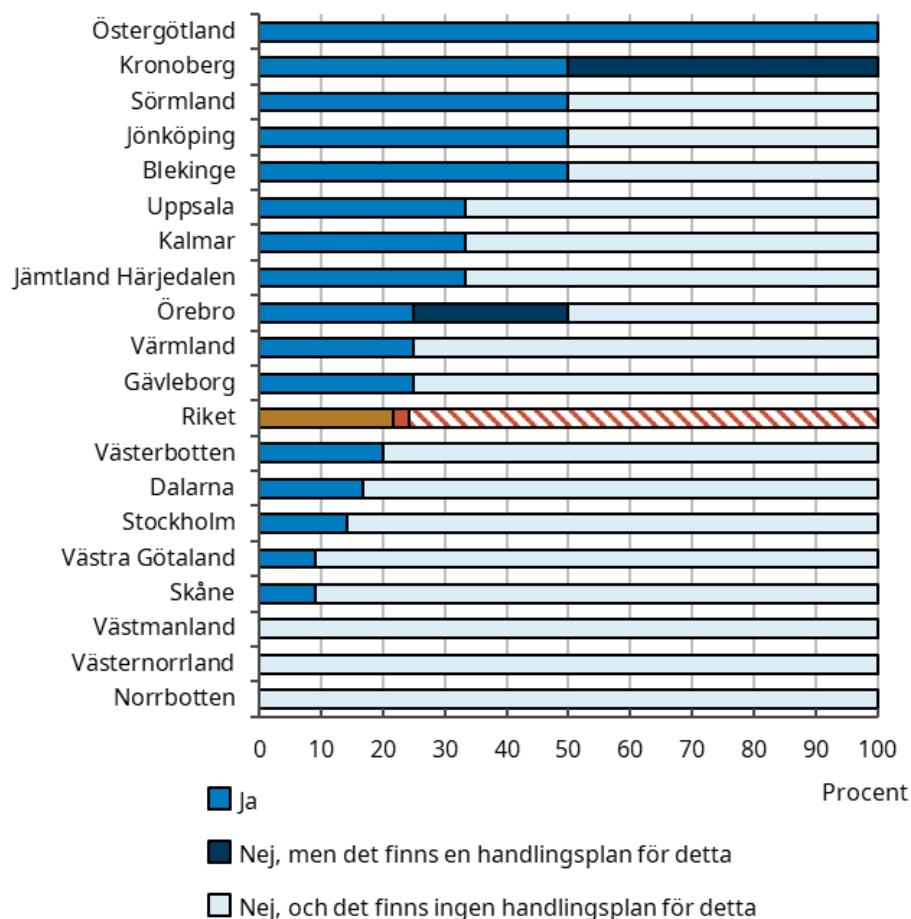


Källa: Socialstyrelsens enkät till grundskolor.

Inom socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, har 22 procent av verksamheterna påbörjat arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna. I två regioner har implementering inte påbörjats i någon kommun (figur 3).

Figur 3. Påbörjad implementering av riktlinjer inom socialtjänst och LSS-verksamhet

Andel verksamheter inom socialtjänst och LSS-verksamhet som har påbörjat implementeringen av de nationella riktlinjerna, 2025.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner.

Sammanhållen hälso- och sjukvård

O1. Rekommendation att hålla samman bedömning, diagnostik, insatser och uppföljning genom hela vårdkedjan

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

En sammanhållen vårdkedja innebär att insatser från olika aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samordnas så att patienten får kontinuerligt och adekvat stöd, utan att individen eller närstående själva behöver ta ansvar för samordningen. Detta är särskilt viktigt för personer med komplexa behov, som ofta behöver insatser från flera aktörer. En

sammanhållen vårdkedja bidrar till att insatser ges utan dröjsmål, att patienten slipper onödigt lidande och att resurser används effektivt.

Inom BUP uppger 16 regioner och 86 procent (19 av 22) av verksamheterna att de kan erbjuda en sammanhållen utredning, diagnostik, insatser och uppföljning för barn och unga med misstänkt eller fastställd adhd. För barn och unga med autism är motsvarande resultat 73 procent (16 av 22) verksamheter i 13 regioner. En orsak till att siffran är lägre för autism är att BUP ofta endast har uppdrag för adhd, medan ansvaret för autism ofta ligger hos habiliteringen. De verksamheter som har svårt att säkerställa en sammanhållen vårdkedja anger att hög arbetsbelastning leder till att delar av vårdkedjan outsourcas, vilket bryter kedjan och gör det svårare att säkerställa kontinuitet. Verksamheterna beskriver dessutom att utredningarna ibland blir onödigt omfattande. Samtidigt uttrycks ett behov av ökad samverkan mellan olika vårdnivåer för att säkerställa en sammanhållen vårdkedja (tabell 3).

Inom vuxenpsykiatri uppger 73 procent (24 av 33) av verksamheterna i 15 regioner att de kan erbjuda en sammanhållen vårdkedja för personer med adhd. För autism gäller detta för 67 procent (22 av 33) verksamheter i 13 regioner. De verksamheter som inte kan erbjuda en sammanhållen vårdkedja förklarar detta med att de endast bedriver slutenvård och akutpsykiatri, medan utredning och behandling sker i andra verksamheter.

Inom habiliteringen uppger 50 procent (12 av 24) av verksamheterna i 10 regioner att de kan erbjuda en sammanhållen bedömning, insats och uppföljning för patienter med autism. De verksamheter som inte kan erbjuda detta anger att utredningar ofta görs inom psykiatri, och att habiliteringen först ger insatser när diagnosen är fastställd (se tabell 3).

En välfungerande och sammanhållen vårdkedja är viktig för att personer med adhd och autism ska få rätt stöd i rätt tid. Brister i samordningen kan leda till att patienter faller mellan stolarna, att insatser fördröjs eller uteblir, och att ansvaret hamnar på individen eller närstående. För att säkerställa jämlik vård och stöd behövs tydliga rutiner, en tydlig ansvarsfördelning och ett nära samarbete mellan vårdnivåer, socialtjänst och andra aktörer (tabell 3).

Tabell 3. Sammanhållen vårdkedja

Antal verksamheter som rapporterar att de kan säkerställa en sammanhållen bedömning, diagnostik, insats och uppföljning genom hela vårdkedja för personer med misstänkt eller fastställd adhd eller autism.

Region	Barn- och ungdomspsykiatri				Vuxenpsykiatri				Habilitering	
	För adhd		För autism		För adhd		För autism		För autism	
	ja	nej	ja	nej	ja	nej	ja	nej	ja	nej
Blekinge	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1
Dalarna	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0
Gotland	1	0	1	0	*	*	*	*	0	1
Gävleborg	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0
Halland	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Jämtland Härjedalen	1	0	1	0	*	*	*	*	1	0
Jönköpings län	1	0	1	0	2	0	2	0	1	0
Kalmar	1	0	0	1	3	0	3	0	2	0
Kronoberg	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1
Norrbotten	*	*	*	*	1	1	1	1	2	0
Skåne	1	0	1	0	1	0	2	1	0	1
Stockholm	2	0	2	0	4	2	4	2	0	1
Sörmland	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Uppsala	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0
Värmland	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1
Västerbotten	1	0	1	0	1	1	2	0	0	1
Västernorrland	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0
Västmanland	1	0	1	0	1	0	0	1	*	*
Västra Götaland	3	0	3	0	2	1	2	1	0	2
Örebro	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2
Östergötland	*	*	*	*	1	0	1	0	1	0
Total	19	3	16	6	24	9	22	11	12	12

*Saknas svar.

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och habiliteringen.

Fast team för utredning, insatser och uppföljning

O13. Rekommendation att sätta ihop ett team med minst en läkare och psykolog, som gör en neuropsykiatrisk utredning, erbjuder insatser och följer upp.

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 2).

Bland verksamheter inom barn- och ungdomspsykiatri anger 15 av 22 (68 procent) i 13 regioner att de erbjuder ett fast team till alla, nästan alla eller fler än hälften av barn och ungdomar med misstänkt eller fastställd adhd (figur 4). Motsvarande andel gäller även för barn med misstänkt eller fastställd autism.

Inom vuxenpsykiatri anger 24 av 33 (73 procent) verksamheter att de erbjuder ett fast team till alla, nästan alla eller fler än hälften av personer med misstänkt eller fastställd adhd. För personer med misstänkt eller fastställd autism är motsvarande andel 63 procent.

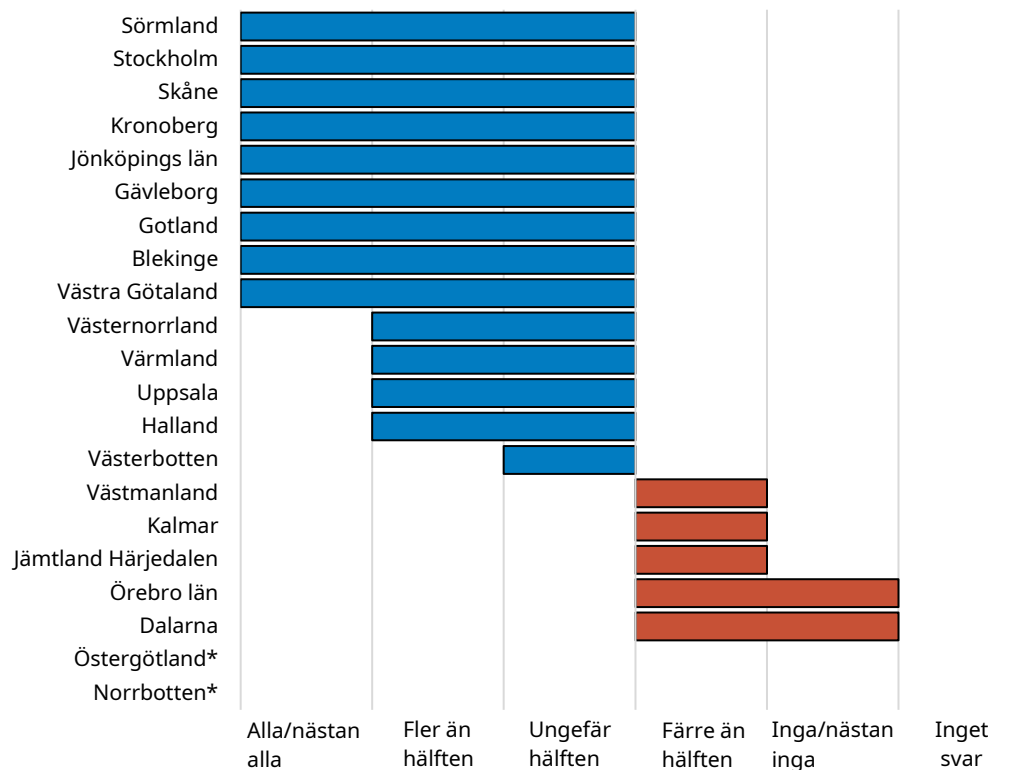
Flera verksamheter beskriver att organisationsstrukturer och resursbrist gör det svårt att samma team ansvarar för både utredning, insatser och uppföljning. Det höga inflödet av nya patienter innebär ofta särskilda interna team för utredningar, eller att utredningar görs av externa leverantörer med specifika krav på innehåll och sammansättning. De interna utredningsteamerna används främst för barn med komplexa symtom.

Behandling och insatser sker ofta i andra team, till exempel via öppenvård eller habilitering. Det är inte alltid samma personal som utreder patienten som är involverad i behandlingen. Mindre verksamheter har ofta inga fasta team, utan alla psykologer gör utredningar tillsammans med specialistläkare, eller så finns ett utredningsteam för alla psykiatriska diagnoser.

Bland habiliteringsverksamheter anger 58 procent (14 av 24) att alla, nästan alla eller fler än hälften med misstänkt eller fastställd autism erbjuds ett fast team. I många fall görs inte utredningar inom verksamheten, och ibland har en extern aktör uppdraget, vilket innebär att systemet från början saknar kontinuitet. När det gäller insatser och uppföljning får alla med diagnosen autism ett fast tvärprofessionellt team inom habiliteringen.

Figur 4. Fast team inom barn- och ungdomspsykiatrin

Regioner som kan sätta ihop ett team med minst en läkare och psykolog, som gör neuropsykiatrisk utredning vid misstänkt adhd, erbjuder insatser och följer upp insatser, 2025.



*ej besvarat enkäten

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomspsykiatrin.

Neuropsykiatriska utredningar där läkare och psykolog deltar

De nationella riktlinjerna rekommenderar att neuropsykiatriska utredningar av adhd och autism alltid genomförs av ett team med minst en legitimerad psykolog och en specialistläkare eller ST-läkare [1]. Med aktivt deltagande menas att dessa yrkesgrupper träffar patienten personligen och är direkt involverade i utredningen.

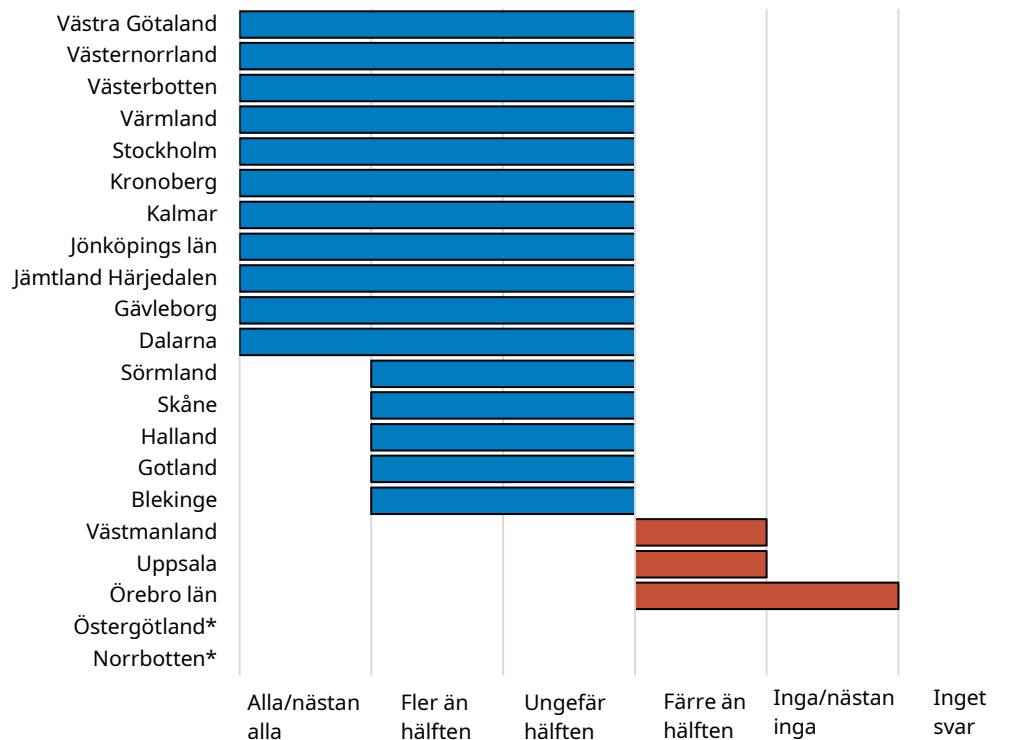
Inom barn- och ungdomspsykiatrin uppger 86 procent (19 av 22) verksamheter att både läkare och psykolog deltar aktivt i alla, nästan alla eller fler än hälften av utredningarna vid misstänkt adhd. Vid misstänkt autism är andelen 95 procent (21 av 22). 14 procent anger att båda yrkesgrupperna är med i färre än hälften av adhd-utredningarna (figur 5).

Inom vuxenpsykiatrin uppger 88 procent (29 av 33) verksamheter att läkare och psykolog deltar aktivt i alla, nästan alla eller fler än hälften av utredningarna vid misstänkt adhd. Vid misstänkt autism är andelen 80 procent (27 av 33).

Inom habiliteringen uppger 29 procent (7 av 24) verksamheter att de inte utför utredningar vid misstänkt autism, eftersom dessa görs inom barn- och ungdomspsykiatri. Av de 17 verksamheter som genomför utredningar anger 76 procent att läkare och psykolog är aktivt delaktiga i alla eller nästan alla utredningar.

Figur 5. Neuropsykiatriska utredningar vid misstänkt adhd inom barn- och ungdomspsykiatri där både läkare och psykolog aktivt deltar

Neuropsykiatriska utredningar inom barn- och ungdomspsykiatri med uppdrag att utreda misstänkt adhd där både läkare och psykolog aktivt deltar, år 2025.



Källa: Socialstyrelsen enkät till barn- och ungdomspsykiatri.

Andra funktioner aktuella inom neuropsykiatrisk utredning

Vid neuropsykiatriska utredningar är det viktigt att teamet har tillgång till flera olika kompetenser för att möta individens behov. Förutom läkare och psykolog kan även arbetsterapeut, logoped, socionom och fysioterapeut behövas beroende på patientens situation (tabell 4).

Socionomer deltar något oftare än andra yrkesgrupper vid neuropsykiatriska utredningar. Inom barn- och ungdomspsykiatri uppger 27 procent (6 av 22) verksamheter, inom vuxenpsykiatri 12 procent (4 av 33) och inom habiliteringen 24 procent (4 av 17) att socionomer medverkar i alla, nästan alla eller fler än hälften av utredningarna. Socionomens roll är ofta att göra social kartläggning inför utredningen.

Övriga yrkesgrupper, såsom kuratorer, sjuksköterskor, behandlingsassistenter och skötare, deltar i varierande utsträckning. Inom vuxenpsykiatrin är det främst sjuksköterskor som har en samordnande och stödjande funktion. Inom habiliteringen kan även specialpedagoger och sjuksköterskor delta.

Generellt anger många verksamheter att dessa yrkesgrupper inte alltid är aktuella att involvera i utredningar.

Tabell 4. Professioner som deltar i neuropsykiatriska utredningar

Deltagande av professioner i utredningsarbetet, 2025.

	BUP	Vuxenpsykiatrin	Habilitering*
Arbetsterapeut			
Alla/nästan alla	2 (9%)	6 (18%)	1 (6%)
Fler än hälften	0 (0%)	3 (9%)	1 (6%)
Ungefär hälften	1 (5%)	2(6%)	2 (8%)
Färre än hälften	7 (32%)	10 (30%)	4 (24%)
Inga/nästan inga	7 (32%)	10 (30%)	9 (76%)
Ej aktuell	5 (23%)	2(6%)	-
Logoped			
Alla/nästan alla	0 (0%)	1 (3%)	2 (12%)
Fler än hälften	1 (5%)	0	2 (12%)
Ungefär hälften	0 (0%)	0	2 (12%)
Färre än hälften	2 (9%)	0	4 (24%)
Inga/nästan inga	10 (45%)	12 (36%)	7 (65%)
Ej aktuell	9 (41%)	20 (61%)	-
Fysioterapeut			
Alla/nästan alla	0 (0%)	1(3%)	1 (6%)
Fler än hälften	0 (0%)	0	0
Ungefär hälften	1 (5%)	0	0
Färre än hälften	4 (18%)	3 (9%)	6 (35%)
Inga/nästan inga	8 (36%)	16 (48%)	10 (59%)
Ej aktuell	9 (41%)	13 (39%)	-
Socionom			
Alla/nästan alla	2 (9%)	3 (9%)	3 (18%)
Fler än hälften	4 (18%)	1 (3%)	1 (6%)

	BUP	Vuxenpsykiatri	Habilitering*
Ungefär hälften	0 (0%)	5 (15%)	0
Färre än hälften	8 (36%)	5 (15%)	4 (24%)
Inga/nästan inga	5 (23%)	14 (42%)	9 (76%)
Ej aktuell	3(14%)	5 (15%)	
Övriga			
Alla/nästan alla	0 (0%)	6 (18%)	4 (24%)
Fler än hälften	1 (5%)	4 (12%)	3 (18%)
Ungefär hälften	5 (23%)	2 (6%)	0
Färre än hälften	5 (23%)	3 (9%)	3 (18%)
Inga/nästan inga	2 (9%)	7 (21%)	7 (59%)
Ej aktuell	9(41%)	11 (33%)	-

*Endast verksamheter som har utredningsuppdrag.

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn-och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och habiliteringen.

Insatser och uppföljning av patienterna

Rekommendationen om ett fast team betonar vikten av flera olika kompetenser vid insatser och uppföljning. Inom barn- och ungdomspsykiatri har alla verksamheter (22 av 22) tillgång till läkare och specialistsjuksköterska. 91 procent (20 av 22) har tillgång till psykologer och arbetsterapeuter, och 41 procent (9 av 22) har tillgång till fysioterapeuter och logoped. 64 procent (14 av 22) har tillgång till övriga yrkesgrupper, såsom kurator, familjebehandlare, skötare, specialpedagog, socionom, behandlingsassistent eller psykoterapeut. Samtliga resurser kan användas vid behov, men alla yrkesgrupper finns inte alltid på plats. Fysioterapeut, logoped eller dietist nås ofta via habilitering eller rehabcentrum.

Alla verksamheter inom vuxenpsykiatri har tillgång till läkare. 97 procent (32 av 33) har tillgång till psykologer, och 91 procent (30 av 33) till arbetsterapeuter och socionomer. Fysioterapeuter finns i 52 procent (17 av 33) verksamheter, logoped saknas. 82 procent (27 av 33) har tillgång till övrig personal, till exempel sjuksköterskor, undersköterskor, behandlingsassistenter, case manager, beteendevetare, psykoterapeut eller specialpedagog. Sjuksköterskor är särskilt viktiga för uppföljning.

Alla verksamheter inom habiliteringen (24 av 24) har tillgång till psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och logoped. 88 procent (21 av 24) har tillgång till läkare och 67 procent (16 av 24) till specialistsjuksköterska inom psykiatri. I vissa regioner ingår läkare inte

alltid i teamet, men kan konsulteras vid behov. Inom vuxenhabilitering saknas ibland läkare, sjuksköterska eller specialpedagog.

Analys av resultat

Organisation och samverkan för vården vid adhd och autism

Analysen visar att arbetet med att införa de nationella riktlinjerna för adhd och autism har kommit olika långt i olika delar av landet och inom olika verksamheter. Detta gör att personer med adhd och autism har olika möjligheter till insatser och stöd beroende på bostadsort.

Låg grad av implementering inom BVC, förstalinjen för barn och ungas psykiska hälsa och socialtjänst och verksamhet enligt LSS är ett problem då det kan innebära att många med adhd eller autism riskerar att inte få de insatser de har rätt till. Även inom habilitering och elevhälsa varierar implementeringen, och i vissa regioner saknas handlingsplaner. Detta kan göra det svårt att ge tidiga och samordnade insatser, vilket är viktigt för att ge stöd i rätt tid.

För att förbättra situationen behöver regioner och kommuner arbeta mer aktivt med att införa och följa upp riktlinjerna. Det kräver tydliga mål, regelbunden utvärdering och en kultur som stödjer utveckling. Ett systematiskt förbättringsarbete är nödvändigt för att uppnå jämlik och högkvalitativ vård för personer med adhd och autism.

Sammanhållen hälso- och sjukvård

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri har i hög grad skapat sammanhållna vårdkedjor med fasta team för personer med adhd och autism. De flesta BUP-verksamheter kan erbjuda samordnad utredning, insats och uppföljning, särskilt vid adhd men även vid autism. Detta gör att många barn och unga får likvärdiga insatser oavsett var de bor. Vuxenpsykiatri visar samma mönster, även om andelen är något lägre för autism än för adhd.

Inom vuxenpsykiatri saknas ibland viktiga yrkesgrupper, särskilt logoped, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Detta kan göra att patienter med adhd och autism inte alltid får tillräckligt individanpassat stöd. Eftersom behoven varierar och olika yrkesgrupper är viktiga för olika personer, riskerar vården att inte kunna möta alla behov om teamen inte är tillräckligt tvärprofessionella.

Habiliteringen har större utmaningar. Bara hälften av habiliteringsverksamheterna bedömer att de kan erbjuda en sammanhållen

bedömning, insats och uppföljning för patienter med autism. Ofta görs utredningar inom psykiatri eller av externa aktörer, och habiliteringen ger insatser först när diagnosen är fastställd. Det innebär att patienter kan behöva möta flera olika team och att samordningsansvaret ofta hamnar på patienten eller närstående. För personer med komplexa behov är detta särskilt problematiskt, eftersom samordning är avgörande för att insatser ska fungera.

Tillgången till samordnade och kontinuerliga insatser varierar beroende på diagnos, region och verksamhet. Detta kan leda till att vissa grupper får sämre förutsättningar för delaktighet och trygghet. För att uppnå jämlik vård behöver habiliteringen utveckla arbetet med fasta team och se till att bedömning, insats och uppföljning hålls samman genom hela vårdkedjan. Det är också viktigt att ansvarsfördelningen mellan psykiatri och habilitering blir tydlig, och att rutiner för samverkan och övergångar förbättras.

Uppföljning

Fb1, Fv1. Rekommendation att följa upp insatser systematisk och strukturerat för personer med adhd eller autism.

Rekommendationen till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

Regelbunden och planerad uppföljning gör att vården kan upptäcka förändringar i funktionsförmåga, behov av nya insatser eller risk för försämring i tid. Strukturerad uppföljning ger bättre kontinuitet och trygghet för individen och underlättar samarbete mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola.

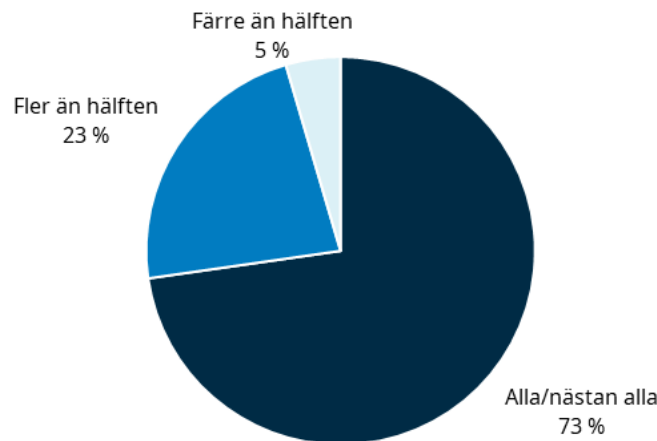
Inom barn- och ungdomspsykiatri följs främst personer med adhd upp, medan personer med autism oftast följs upp inom habiliteringen. Uppföljningen kan göras av olika yrkesgrupper, beroende på vilka insatser patienten får.

Neuroleptika är vanligt vid behandling av personer med autism som får insatser enligt LSS. De vanligaste läkemedlen är risperidon, olanzapin och aripiprazol. Dessa används ofta mot ångest och beteendesymtom, inte mot psykossjukdom eller bipolär sjukdom. Endast risperidon är godkänt för barn och unga med nedsatt intellektuell funktion. Rekommendationen är kort behandling (upp till 6 veckor), men många får behandling under längre tid. Eftersom neuroleptika kan ge biverkningar krävs noggrann och regelbunden uppföljning.[8].

Resultaten visar att BUP erbjuder uppföljning till alla eller nästan alla patienter med insatser i de flesta regioner (figur 6).

Figur 6. Andel verksamheter inom barn och ungdomspsykiatri som systematiskt följer upp patienter med adhd

Verksamheter inom BUP som systematiskt följer upp aktuella patienter med adhd diagnos. Uppföljningen utförs av olika professioner, 2025.



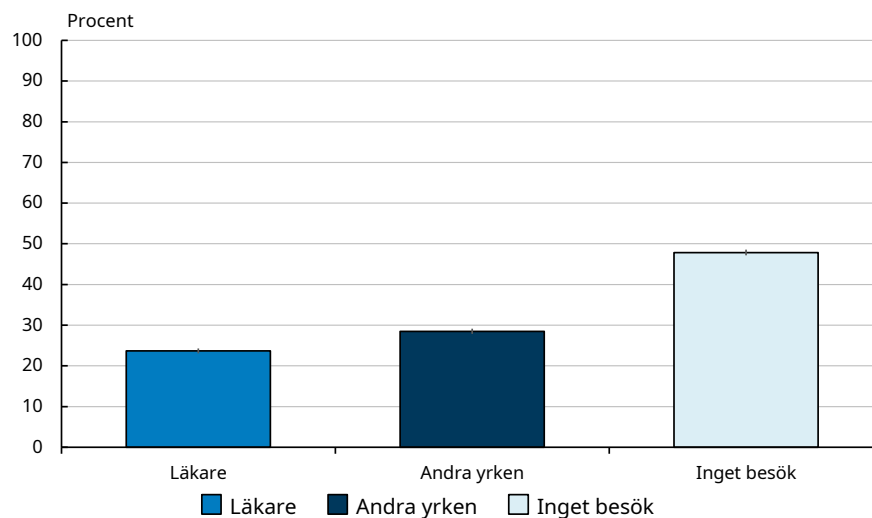
Källa: Socialstyrelsen enkät till barn- och ungdomspsykiatri.

Alla patienter med adhd som får läkemedelsbehandling ska ha regelbunden kontakt med läkare och sjuksköterska. Det är viktigt för att insatser och stöd ska vara anpassade efter individens behov och för att upptäcka förändringar eller biverkningar i tid.

Drygt hälften av personer med adhd som står på läkemedelsbehandling får uppföljning inom barn- och ungdomspsykiatri. Det är också något vanligare, fem procentenheter att uppföljningen utförs av annan personal än läkare, exempelvis sjuksköterskor (figur 7).

Figur 7. Andel barn och unga med adhd och läkemedel mot adhd som följts upp i specialistvården

Personer med adhd som behandlas med läkemedel som haft ett besök i den specialiserade psykiatri antingen av läkare eller annan personal, 2024.

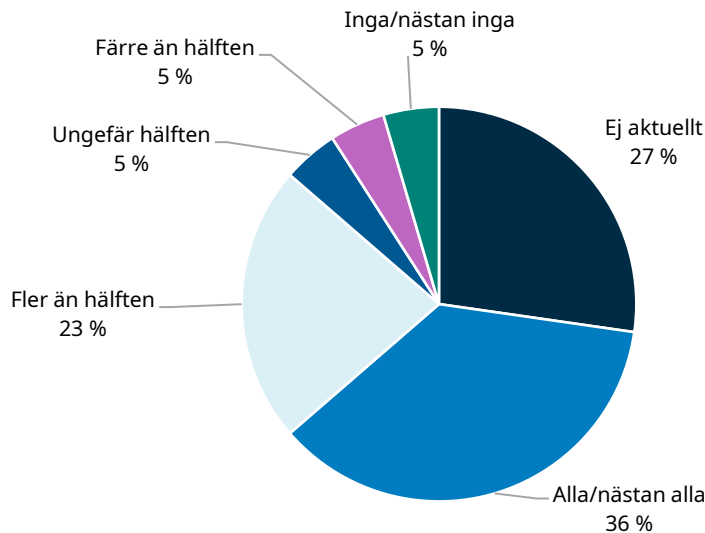


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

För barn och unga med autism visar resultaten att BUP erbjuder uppföljning till samtliga eller nästan samtliga patienter med autism i 36 procent av verksamheterna (figur 8).

Figur 8. Andel verksamheter inom barn och ungdomspsykiatri som systematiskt följer upp patienter med autism

Verksamheter inom BUP som systematiskt följer upp aktuella patienter med autism diagnos. Uppföljningen utförs av olika professioner, 2025.

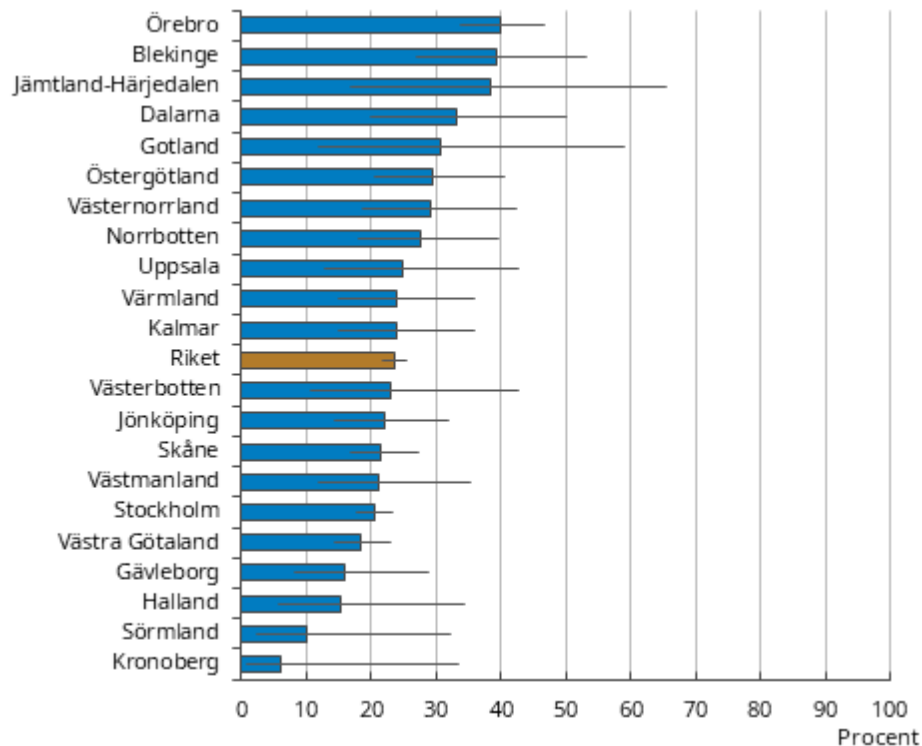


Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomspsykiatri.

Samsjuklighet kan öka behovet av strukturerad och regelbunden läkaruppföljning för att säkerställa att insatser och stöd anpassas efter individens aktuella behov och för att tidigt kunna identifiera förändringar eller risk för försämring. Dock är det knappt en fjärdedel av patienterna med autism som får ett årligt läkarbesök under de tre första åren efter diagnos. Det förekommer stora regionala skillnader, med upp till 25 procentenheters variation mellan vissa regioner (figur 9).

Figur 9. Andel barn och unga med autism som följts upp av läkare årligen upp till tre år efter diagnos

Verksamheter inom BUP som systematiskt följer upp aktuella patienter med autismdiagnos uppdelat på regioner. Uppföljningen utförs av läkare, 2023.



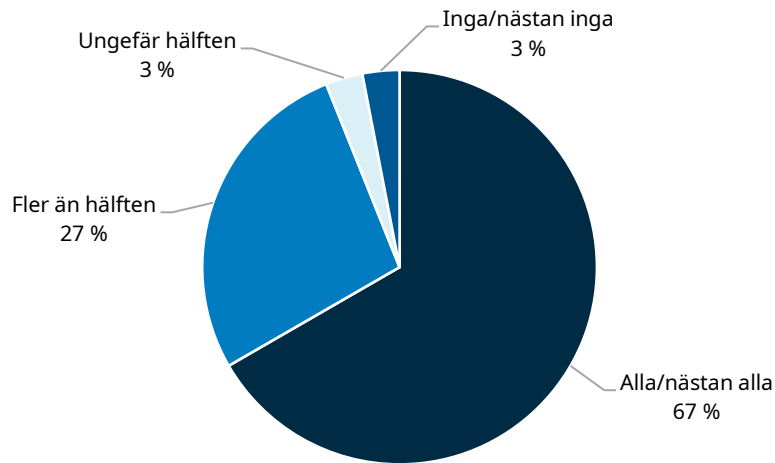
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Verksamheterna beskriver att vissa barn inte får uppföljning efter autismdiagnos eftersom ansvaret för uppföljning är fördelat mellan olika verksamheter. Barn med enbart autism remitteras ofta till habiliteringen efter utredning och följs inte längre upp av BUP, som har ansvar vid samtidig psykiatrisk problematik (exempelvis adhd, depression, ångest) eller vid behov av medicinering. Det innebär att barn med endast autism kan hamna mellan olika verksamheter, särskilt vid övergången mellan BUP och habiliteringen, vilket kan medföra att uppföljning uteblir eller fördröjs. Habiliteringen har ansvaret för uppföljning och insatser vid autism utan samsjuklighet, medan BUP följer upp barn med både autism och annan psykiatrisk diagnos. Ansvarsfördelning och rutiner varierar mellan regioner, vilket påverkar om barn får regelbunden uppföljning av insatser.

Inom vuxenpsykiatrien uppger 94 procent (31 av 33) av verksamheterna att alla, nästan alla eller fler än hälften av personerna med misstänkt eller fastställd adhd har fått återkommande uppföljning av insatser. En region rapporterar att inga patienter har fått sådan uppföljning (figur 10).

Figur 10. Andel verksamheter inom vuxenpsykiatri som systematiskt följer upp patienter med adhd

Verksamheter inom vuxenpsykiatri som systematiskt följer upp aktuella patienter med adhd diagnos. Uppföljningen utförs av olika professioner, 2025.

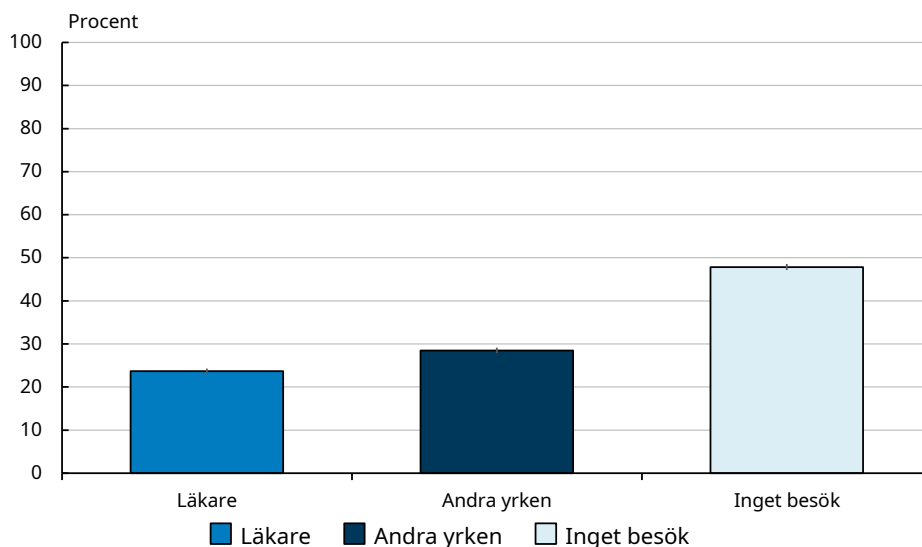


Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatri.

Det är knappt 60 procent av vuxna personer med adhd som står på läkemedelsbehandling får uppföljning inom vuxenpsykiatri. Det är också något vanligare, fem procentenheter att uppföljningen utförs av annan personal än läkare, exempelvis sjuksköterskor (figur 11).

Figur 11. Andel vuxna personer med adhd och läkemedel mot adhd som följs upp i specialistvården

Vuxna personer med adhd som behandlas med läkemedel som haft ett besök i vuxenpsykiatri antingen av läkare eller annan personal, 2024.

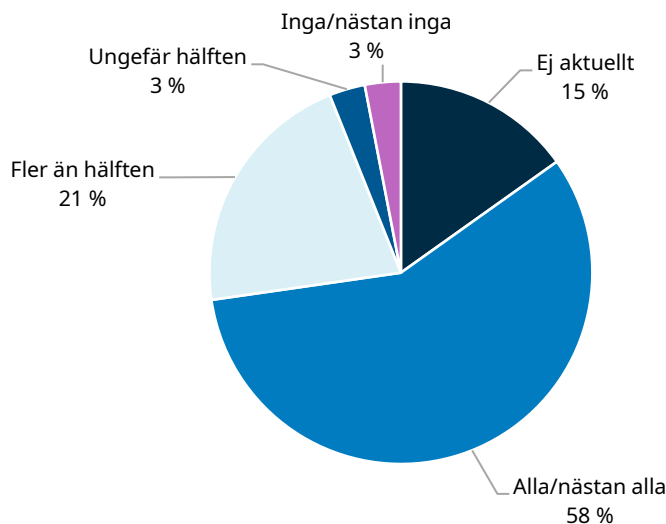


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

När det gäller misstänkt eller fastställd autism anger 26 verksamheter (79 procent) att alla, nästan alla eller fler än hälften har fått återkommande uppföljning av insatser (figur 12).

Figur 12. Andel verksamheter inom vuxenpsykiatri som systematiskt följer upp patienter med autism

Verksamheter inom vuxenpsykiatri som systematiskt följer upp aktuella patienter med autism diagnos. Uppföljningen utförs av olika professioner, 2025.



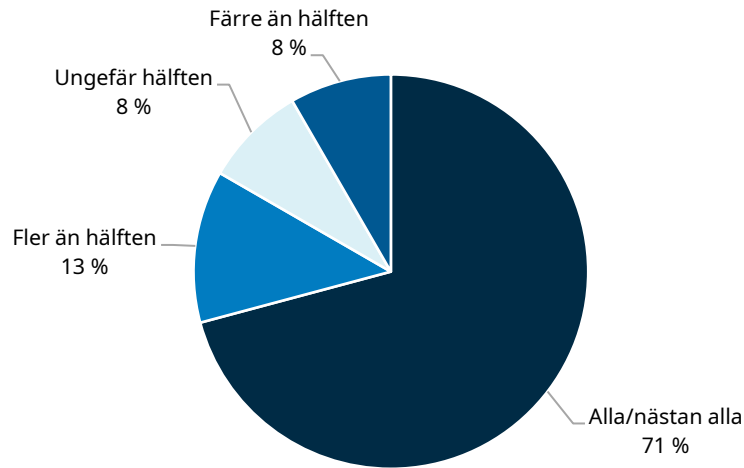
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatri.

Enligt enkätsvaren är målet att patienter med adhd eller autism ska ha minst en kontakt per år om tillståndet är stabilt. Årliga besök ges främst till personer med läkemedelsbehandling. Alla med fastställd funktionsnedsättning får uppföljning, och verksamheterna försöker kalla samtliga patienter. Begränsningar i kapacitet och resurser anges som anledning till att det inte alltid är möjligt att erbjuda årliga besök till alla. Verksamheterna bedömer att öppenvården för adhd och autism har mindre resurser jämfört med andra patientgrupper, vilket påverkar möjligheten till regelbunden uppföljning.

Inom habiliteringen uppger 20 av 24 verksamheter (83 procent) i 18 regioner att alla, nästan alla eller fler än hälften med misstänkt eller fastställd autism har fått återkommande uppföljning av insatser (figur 13).

Figur 13. Andel verksamheter inom habiliteringen som systematiskt följer upp patienter med autism

Verksamheter inom habilitering som systematiskt följer upp aktuella patienter med autism diagnos. Uppföljningen utförs av olika professioner, 2025.



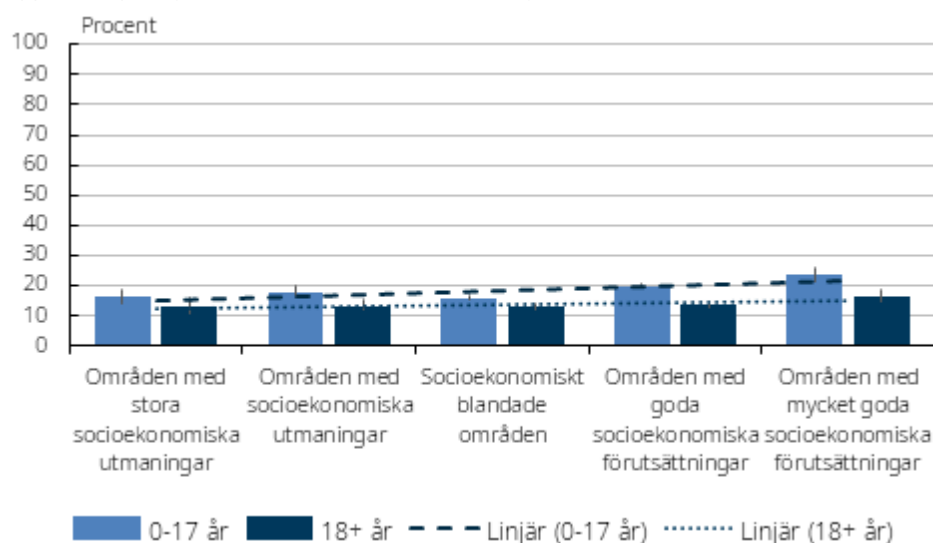
Källa: Socialstyrelsens enkät till habiliteringen.

Verksamheter inom habilitering uppger att de strävar efter att erbjuda årlig uppföljning, men detta är inte alltid möjligt eller önskat av alla patienter. Uppföljning av insatser sker för patienter med pågående insatser och omfattningen beror på individens och familjens behov, medan de som avslutats inte följs upp. För barn under 6 år sker generellt en årlig uppföljning.

Det finns skillnader i andelen personer med adhd som får läkarbesök beroende på socioekonomiskt område. Resultaten visar att andelen patienter med adhd som får uppföljande läkarbesök är högre i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (figur 14). För personer med autism är andelen mer jämnt fördelad mellan områden (figur 15).

Figur 14. Årliga läkarbesök efter adhd diagnos fördelat på regionala statistikområden 2020

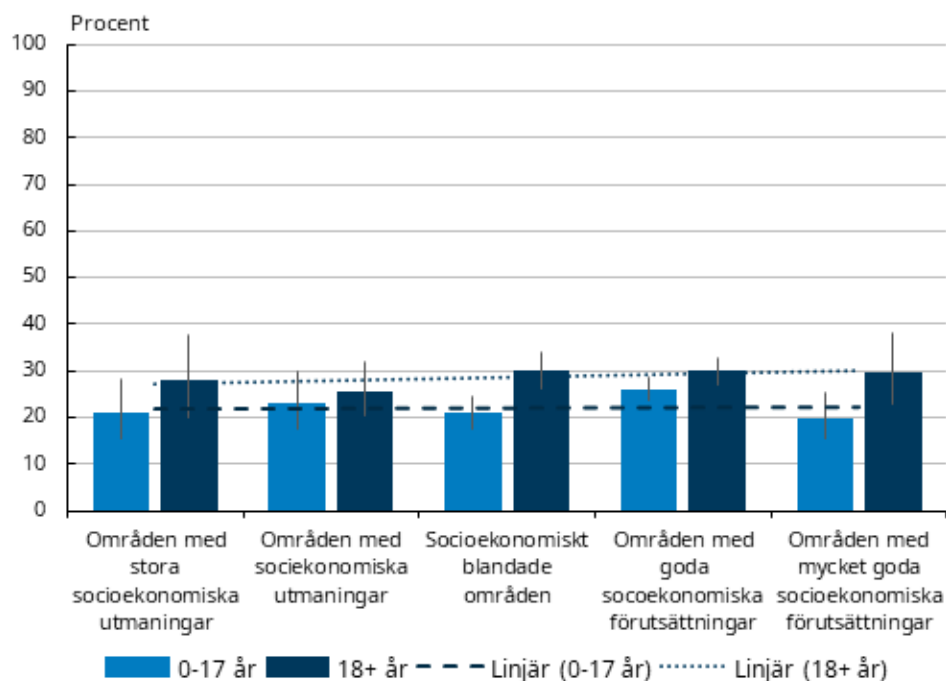
Andel patienter med adhd diagnos med årliga läkarbesök i under tre år efter diagnos uppdelade på regionala statistikområden under diagnosåret 2020.



Källa: Patientregistret vid Socialstyrelsen och regionala statistikområden, SCB.

Figur 15. Årliga läkarbesök efter autismdiagnos fördelat på regionala statistikområden 2020

Andel patienter med autism diagnos med årliga läkarbesök i under tre år efter diagnos uppdelade på regionala statistikområden under diagnosåret 2020.



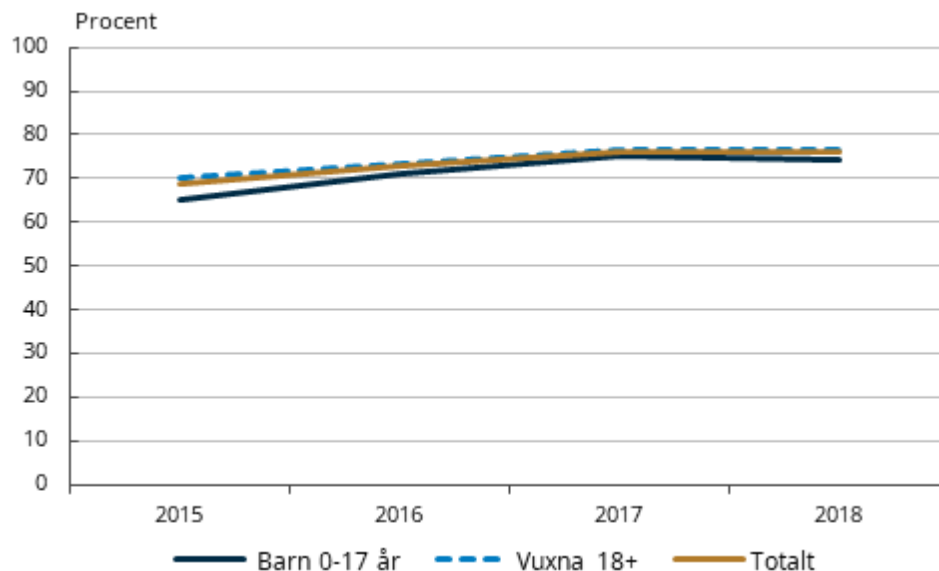
Källa: Patientregistret vid Socialstyrelsen och regionala statistikområden, SCB.

Uppföljning av läkare för patienter med autism och neuroleptikabehandling

Läkemedelsbehandling med neuroleptika hos patienter kräver noggrann monitorering då dessa läkemedel ger upphov till flertalet biverkningar. Resultaten visar att det är 75 procent av patienterna med autism som behandlas med neuroleptika som får denna uppföljning regelbundet under en period av tre år (figur 16).

Figur 16. Andelen personer med autism och samtidig läkemedelsbehandling med neuroleptika som får uppföljning av läkare

Andelen personer med autism som behandlas med läkemedel som får uppföljning av läkare under en period om tre år, uppdelat på ålder och år 2015-2018.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Analys av resultat

Systematisk och strukturerad uppföljning är viktig för att personer med adhd eller autism ska få insatser utifrån sina individuella behov och för att förändringar i tillståndet ska upptäckas tidigt. Nationella riktlinjer rekommenderar återkommande uppföljning och detta följs upp med särskilda indikatorer. Resultaten visar att uppföljning organiseras och genomförs på olika sätt i olika regioner.

I de flesta regioner uppger BUP att de erbjuder systematisk uppföljning till nästan alla patienter med adhd. För patienter som behandlas med läkemedel får endast hälften ett besök inom BUP, och knappt en fjärdedel träffar läkare. För patienter med autism är mönstret liknande, där endast en

mindre andel får årliga läkarbesök, särskilt om samsjuklighet saknas och patienten remitteras till habiliteringen. Det finns en risk att patienter hamnar mellan olika vårdgivare vid övergången, särskilt om ansvarsfördelningen varierar mellan regioner.

Inom vuxenpsykiatri och habiliteringen uppger verksamheterna att återkommande uppföljning av olika yrkesgrupper erbjuds till många, men att endast en mindre andel får årliga läkarbesök. För personer med adhd och läkemedelsbehandling får dock knappt en fjärdedel träffa läkare. Kapacitetsbrist och begränsade resurser uppges vara huvudorsaker till att inte alla kan erbjudas läkarkontakt, även om verksamheterna strävar efter detta. Socioekonomiska skillnader påverkar också tillgången till läkarbesök, särskilt för personer med adhd, där personer i områden med högre socioekonomisk status får fler uppföljningar.

Vid läkemedelsbehandling, särskilt med neuroleptika hos personer med autism, uppger verksamheterna att läkaruppföljning är vanligare men att tillgången fortfarande varierar. Sammanfattningsvis visar resultaten att systematisk uppföljning av olika yrkesgrupper fungerar i hela landet, men att det finns skillnader mellan regioner och socioekonomiska grupper i tillgången till läkarbesök. För att insatserna ska fungera likvärdigt krävs tydligare ansvarsfördelning, förstärkta resurser och gemensamma rutiner för uppföljning i hela landet, särskilt för grupper med läkemedelsbehandling.

Samverkan om vården vid adhd och autism

Samverkan kräver tydliga rutiner för ansvarsfördelning, remisser och konsultationer för att undvika osäkra övergångar och hänvisningar mellan verksamheter.

Effektiv samverkan

Samarbete mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och elevhälsa är viktigt för att insatser ska anpassas efter individens behov, särskilt för personer med sammansatta behov.

Vård-och stödsamordnare

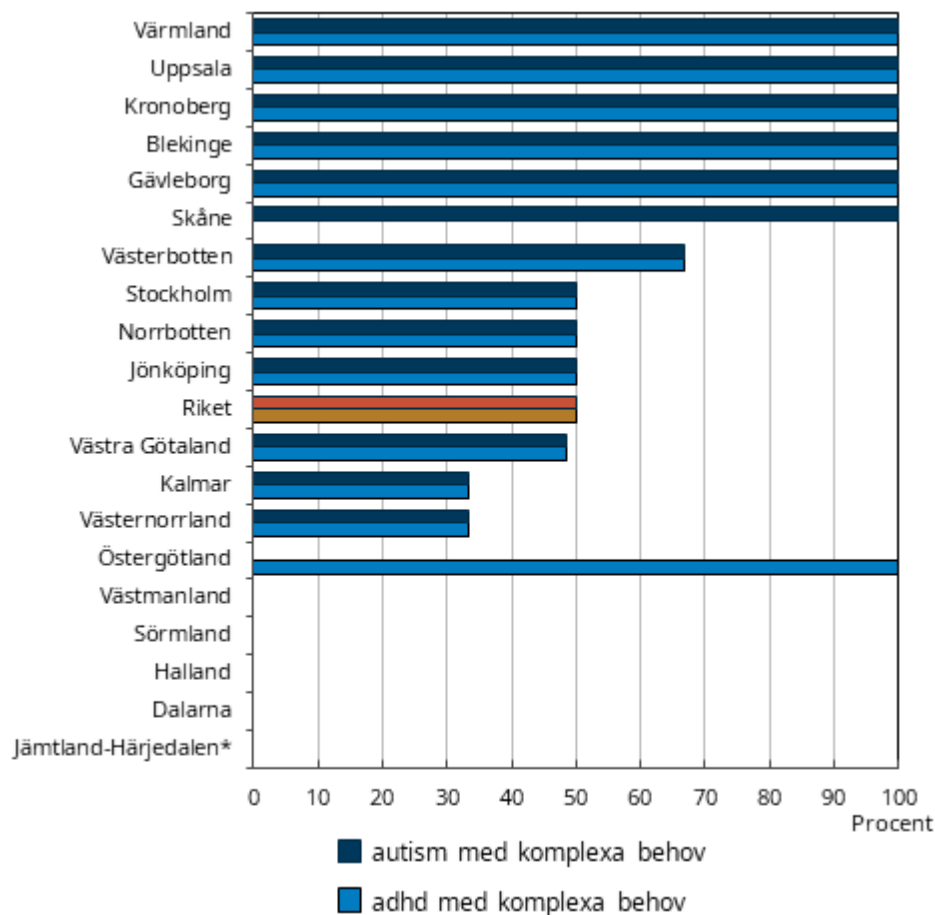
Bb40, Bv40. Rekommendation att utse en vård- och stödsamordnare till personer med komplex adhd eller autism som samordnar kontakterna med myndigheter, hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Rekommendationen till hälso- och sjukvård eller socialtjänst i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 1).

Mer än hälften av verksamheterna saknar skriftliga rutiner för att utse vård- och stödsamordnare för personer med adhd eller autism och komplexa behov. Inom barn- och ungdomspsykiatrien har 45 procent (10 av 22) av verksamheterna en sådan rutin för personer med adhd och komplexa behov, och 41 procent (9 av 22) för personer med autism och komplexa behov (figur 17).

Figur 17. Verksamheter inom barn och ungdomspsykiatri som har rutiner för att utse vård- och stödsamordnare

Verksamheter inom regionerna som har rutiner för att utse vård och stödsamordnare till personer med adhd och autism med komplexa behov, 2025.



*Inga svar inkommit.

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomspsykiatri.

Mer än hälften av verksamheterna saknar skriftliga rutiner för att utse vård- och stödsamordnare för personer med adhd eller autism och komplexa behov. Inom barn- och ungdomspsykiatri har 45 procent (10 av 22) av verksamheterna en sådan rutin för personer med adhd och komplexa behov, och 41 procent (9 av 22) för personer med autism och komplexa behov.

Personer som har fått en vård- och stödsamordnare under perioden 2022–2024

Personer som har fått en vård- och stödsamordnare under perioden 2022–2024

Användningen av vård- och stödsamordnare varierar mellan barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och habiliteringen. I barn- och ungdomspsykiatri har 45 procent (10 av 22) av verksamheterna gett vård-

och stödsamordnare till alla, nästan alla eller fler än hälften av barnen med adhd och komplexa behov; för barn med autism är motsvarande andel 36 procent. I vuxenpsykiatri har 48 procent (16 av 33) av verksamheterna gett vård- och stödsamordnare till alla, nästan alla eller fler än hälften av patienterna med adhd eller autism och komplexa behov under 2022–2024. Inom habiliteringen är andelen lägre; endast 17 procent (4 av 24) av verksamheterna har gett vård- och stödsamordnare till alla, nästan alla eller fler än hälften av personer med autism och komplexa behov, medan 79 procent anger att ingen fått sådan samordnare.

Det finns variationer mellan och inom regioner i hur vård- och stödsamordnare används. Begreppet vård- och stödsamordnare är inte etablerat; andra benämningar och yrkesroller används. I verksamheter med rutiner används ofta begrepp som fast vårdkontakt eller kontaktperson. Den fasta vårdkontakten samordnar insatser mellan vårdgivare och kommun och planerar vården. Där rutiner saknas har ofta sjuksköterska, behandlingsansvariga eller vårdkoordinatorer samordningsansvaret. Patienten kan också få stöd av kurator, och vid behov kallas till samordnad individuell planering (SIP). Vissa kommuner erbjuder även ”case manager” med liknande uppdrag.

Flera verksamheter beskriver samarbete med andra vårdgivare och kommuner, där en särskild ansvarig för barnets bästa kan utses. Det förekommer även samverkansdokument och gemensamma remissronder mellan primärvård, psykiatri och habilitering för att tydliggöra ansvar och underlätta samordning. Många verksamheter arbetar systematiskt, även om skriftliga rutiner saknas.

Utmaningar i arbetet med vård- och stödsamordnare handlar främst om bristande resurser och svårigheter att utse en specifik person för samordning. Antalet patienter har ökat, medan personalstyrkan ofta är oförändrad och kraven på verksamheten ökar. Flera verksamheter påtalar att förändringsarbete pågår, och att fler patienter kan få tillgång till samordningsfunktioner vid framtida organisationsförändringar.

Ansvarsfördelning och rutiner mellan primärvården, den specialiserade psykiatrin och habiliteringen

O5. Rekommendation att fram rutiner för samarbete och fördela ansvaret tydligt mellan primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården (inklusive habiliteringen) till personer med adhd eller autism som behöver vård från flera instanser.

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 1)

Inom barn- och ungdomspsykiatrin samarbetar 95 procent (21 av 22) av verksamheterna med habiliteringen, 86 procent (19 av 22) med primärvården och första linjen, samt 73 procent (16 av 22) med barnmedicin. Samverkan beskrivs som behovsstyrd och ofta fungerande, men det finns behov av vidareutveckling, särskilt för barn med neuropsykiatriska svårigheter. För vissa verksamheter är samarbetet med habiliteringen det viktigaste och flera har tagit fram processer för att systematisera samarbetet. Samverkan med primärvården och första linjen är vanligt, men utvecklingsbehov kvarstår. Samverkan med barnmedicin sker främst vid komplicerade somatiska tillstånd eller läkemedelsfrågor. Skolan, elevhälsan och socialtjänsten är också viktiga samarbetspartner.

Inom vuxenpsykiatrin samarbetar 97 procent (32 av 33) av verksamheterna med habilitering och kommunal hälso- och sjukvård, 91 procent (30 av 33) med primärvården och första linjen, samt 70 procent (23 av 33) med somatisk vård. Samverkan fungerar olika i olika regioner; vissa beskriver fungerande samarbete, andra ser utmaningar kring ansvarsfördelning och resurser. Ersättningsmodellen uppges inte gynna samverkan och samarbetet kräver ofta tid från andra arbetsuppgifter. I vissa regioner pågår projekt för att förbättra samverkan med statsbidrag. Samverkan med kommunal hälso- och sjukvård fungerar väl enligt flera verksamheter, och vissa har även samverkan med socialtjänst och skola. Samverkan med primärvården har utvecklingspotential, särskilt kring ansvarsfördelning, resurser och kunskap om neuropsykiatriska tillstånd.

De flesta verksamheter inom habilitering samarbetar med barn- och ungdomspsykiatrin (23 av 24, 96 procent), primärvården/första linjen (21 av 24, 88 procent), somatisk vård (17 av 24, 71 procent), kommunal hälso- och sjukvård (16 av 24, 67 procent) och vuxenpsykiatrin (16 av 24, 67 procent). Samverkan med vuxenpsykiatrin är lägre eftersom habiliteringen ibland bara ansvarar för patienter med autism upp till 17 år. Samverkan sker ofta genom remittering vid 18 år. Upplevelsen varierar; vissa tycker att samverkan

fungerar bra, andra ser utmaningar, särskilt när psykisk ohälsa hos personer med autism förklaras med autismdiagnosen. Det kan göra insatser från primärvård eller BUP svårare att få. Samverkan med primärvården/första linjen är mer begränsad eftersom primärvården upplever att det blir för komplext vid autism. Habiliteringen arbetar aktivt för att förbättra samverkan med BUP. Samverkan med kommuner fungerar väl tack vare etablerade kontakter. Vanliga samverkanspartner är också skolor, förskolor och socialtjänst.

Primärvården uppger att vuxenpsykiatri har långa väntetider, avslår remisser och har bristande resurser. Detta leder till att primärvården ofta får ta större ansvar än avtalat, särskilt för patienter med komplexa behov. Många verksamheter uttrycker frustration över att personer med adhd eller autism inte får utredning eller behandling trots tydliga behov. Resursbrist och otydlig ansvarsfördelning försvårar samarbete, och organisatoriska gränser gör att patienter bOLLAS mellan olika instanser. Det finns behov av bättre samverkan, tydligare ansvar och mer resurser, samt ökad kompetens inom primärvården för neuropsykiatriska utredningar och behandling. Samarbetet med skola och socialtjänst fungerar oftast bättre än med psykiatri, men även här finns utmaningar kring ansvar och resurser.

Elevhälsoteam i grundskolan uppger att de flesta samarbetar med barn- och ungdomspsykiatri (93 procent) och habilitering (84 procent), ungefär hälften med primärvården (49 procent), och färre med barnmedicin (26 procent). I gymnasieskolor samarbetar 94 procent med psykiatri eller habilitering, 56 procent med primärvården och 31 procent med barnmedicin. Samverkan mellan skola, BUP och habilitering varierar och är ofta beroende av enskilda personer. Skolan får ofta ta ett stort ansvar och samverkan sker främst på deras initiativ. Många efterfrågar bättre struktur och tätare samverkan, särskilt från vårdens sida. SIP-möten är viktiga men fungerar inte alltid optimalt. Samverkan med habilitering och socialtjänst beskrivs som mer fungerande än med BUP.

Det finns ett tydligt behov av att utveckla mer effektiv och individanpassad samverkan kring barn och unga som behöver stöd.

Övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård

O2. Rekommendation att arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård till personer som har adhd eller autism och ska fylla 18 år.

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

Det är viktigt att övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård för personer med adhd eller autism planeras och genomförs strukturerat. Erfarenhetsbaserad kunskap visar att en planerad övergång underlättar fortsatt vård och stöd. Vetenskapligt underlag är begränsat, men strukturerad övergång ger bättre förutsättningar för kontinuitet.

Övergången bör planeras i god tid, med förberedelse för den unge och familjen. För att det ska fungera på ett bra sätt är det viktigt att remisser med relevant information skrivs i tid. Byte av läkare eller vårdteam kan vara utmanande, och för personer som har svårt för förändringar kan ett överföringsmöte vara till hjälp.

Det finns rutiner för övergång från BUP till vuxenpsykiatri, men utvecklingsarbete pågår för att förbättra och förtydliga dessa. Vid behov sker överrapportering och gemensamma möten, särskilt i mer komplexa ärenden. I vissa fall behåller BUP vårdkontakten även efter 18-årsdagen om det bedöms bäst för patienten. Överföringssamtal och SIP-möten (samordnad individuell plan) erbjuds vid behov, särskilt vid mer komplicerade ärenden. SIP-möten ska erbjudas i alla ärenden, men brist på resurser gör att detta inte alltid är möjligt.

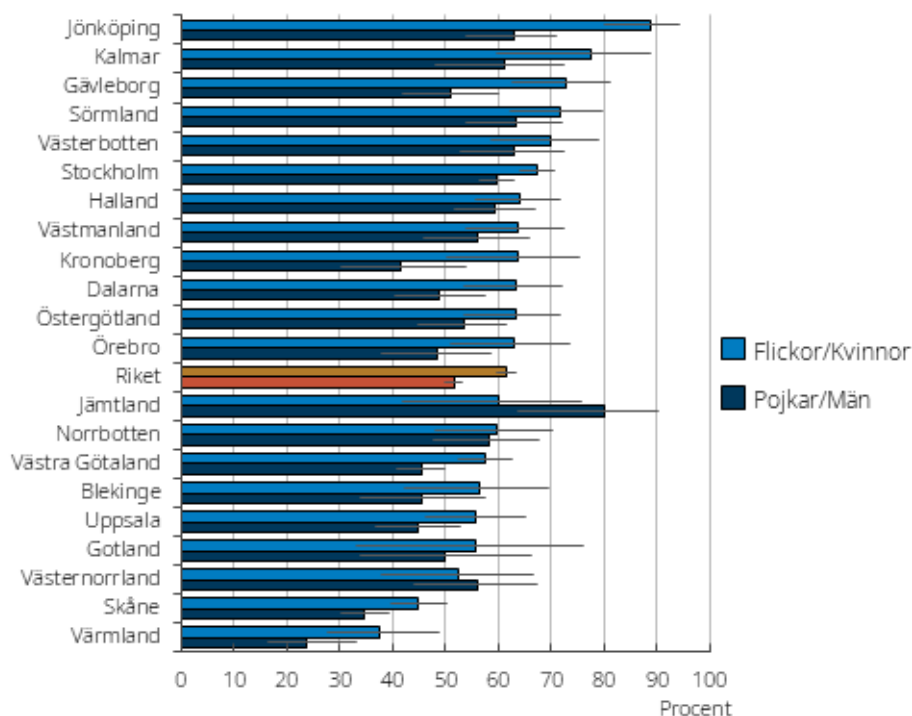
Majoriteten av verksamheterna inom barn- och ungdomspsykiatri (17 av 22, 77 procent) och vuxenpsykiatri (26 av 33, 79 procent) har ett strukturerat arbetssätt vid övergången mellan barn- och vuxensjukvård för personer med adhd. För personer med autism är andelen lägre: 68 procent (15 av 22) inom BUP, 67 procent (22 av 33) inom vuxenpsykiatri och 75 procent (18 av 24) inom habiliteringen.

Bland BUP-verksamheter med strukturerad övergång gör samtliga 17 verksamheter psykiatrisk bedömning vid adhd och 13 av 17 (76 procent) vid autism. Majoriteten (15 av 17, 88 procent) skriver utförlig remiss till vuxensjukvård vid adhd och 65 procent (11 av 17) vid autism. Ett överföringssamtal erbjuds av 6 av 17 (35 procent) vid adhd och 9 av 17 (53 procent) vid autism. Mer än hälften (10 av 17, 59 procent) ger information till ungdomen inför övergången vid adhd och 8 av 17 (47 procent) vid autism.

Registerdata visar att 60 procent av kvinnor och drygt 50 procent av män med adhd-diagnos och läkemedelsbehandling har haft minst ett besök i vuxenpsykiatri inom ett år efter övergången. Kvinnor följs upp i högre grad än män, med drygt 10 procentenheters skillnad mellan grupperna. Regionala skillnader kan vara upp till 40 procentenheter (figur 18).

Figur 18. Personer som behandlas med adhd-läkemedel inom BUP med besök i vuxenpsykiatri

Andelen personer som är 17 år och behandlas med adhd-läkemedel med minst ett besök i vuxenpsykiatri inom ett år efter personen har fyllt 18, år 2021.

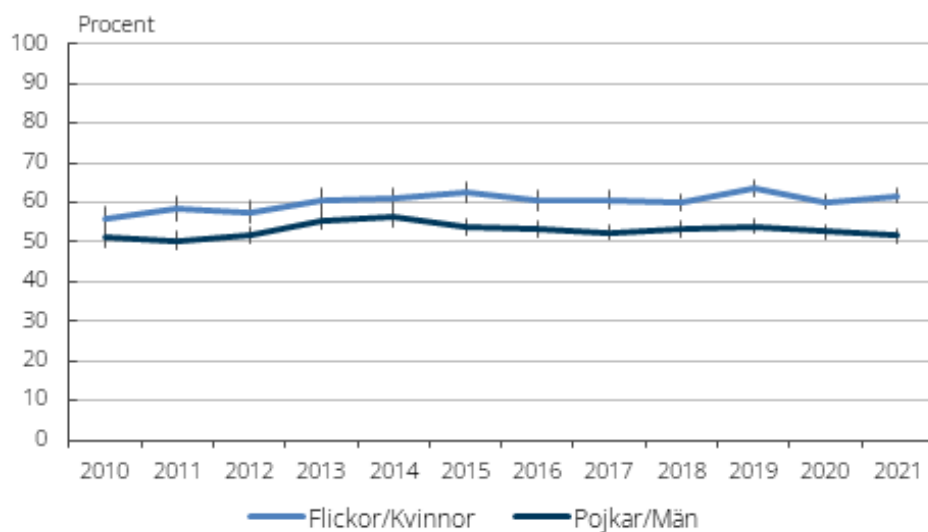


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Över tid har uppföljningen för flickor/kvinnor ökat marginellt, medan den för pojkar/män varit stabil under perioden 2015–2021 (figur 19).

Figur 19. Personer behandlade med läkemedel för adhd inom BUP med besök inom vuxenpsykiatri

Andelen personer som är 17 år och behandlas med adhd-läkemedel med minst ett besök i vuxenpsykiatri inom ett år efter personen har fyllt 18 under perioden 2010–2021.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Samordning mellan huvudmän för personer med adhd eller autism och ogynnsam utveckling

O6. Rekommendation att samordna era insatser tidigt med hälso- och sjukvården och skolan, i dialog med barnet och barnets vårdnadshavare för barn som har misstänkt eller fastställd adhd eller autism, är i skolåldern och visar tecken på en ogynnsam utveckling.

Rekommendation till hälso- och sjukvården och socialtjänst i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

De flesta verksamheter inom barn- och ungdomspsykiatri (86 procent, 19 av 22) samordnar tidiga insatser med socialtjänst och skola för barn och unga med misstänkt eller fastställd adhd och negativ utveckling.

Samordning mellan huvudmän sker oftast genom SIP-möten där barnet, vårdnadshavare och relevanta aktörer deltar. Regelbundna avstämningar med skolläkare förekommer. Socialtjänsten deltar i gemensamma projekt med psykiatri, till exempel FACT för patienter med kontakt med intensiv öppenvård och projekt för barn med normbrytande beteende.

I kommunenkäten uppger 76 procent (56 av 74) av kommunerna att de samordnar tidiga insatser med hälso- och sjukvård och skola/elevhälsa för barn med misstänkt eller fastställd adhd eller autism i skolåldern med tecken på negativ utveckling.

Vissa kommuner har rutiner eller överenskommelser för samordning, medan andra saknar fasta rutiner och arbetar mer situationsanpassat.

Kontaktpersoner är vanligt, och ibland finns särskilda samordnare, men organisationen är inte alltid systematisk.

Kommunerna beskriver att insatser samordnas genom teamarbete kring barn och unga med identifierade behov. SIP används ofta för att samordna vård- och stödinsatser, men tillämpningen varierar och fungerar bäst när alla parter deltar. Flera kommuner har modeller som HLT-team, skolsociala team, BUS-samverkan och TSI. Det finns även projekt för att stärka tidig samordning och ge skolor och förskolor möjlighet att ta initiativ till samordnade möten.

Samverkan sker på individnivå mellan socialtjänst, skola och ibland hälso- och sjukvård, men det kan vara en utmaning att få alla aktörer att delta. Skolan har ibland svårt att kalla till SIP, vilket gör att socialtjänsten behöver bli involverad för att samordning ska ske.

Genomgång av utredningsresultat med elevhälsan

Ob6. Rekommendation att gå igenom utredningsresultaten tillsammans med förskolan eller skolan, inklusive elevhälsan – oavsett om barnet har fått en diagnos eller inte för barn som har gått igenom en neuropsykiatrisk utredning.

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

Majoriteten av grundskolor (79 procent) och gymnasieskolor (72 procent) får återkoppling på neuropsykiatriska utredningar från BUP, men återkoppling från habiliteringen är mindre vanlig (73 procent för grundskola, 46 procent för gymnasieskola).

Verksamhetschefer från BUP uppger att de försöker ge skolan en förenklad återkoppling, men ofta har skolan redan identifierat problematiken. Återkoppling ges vid behov, antingen genom möten eller skriftligt. Elevhälsoteam beskriver att återkoppling från BUP och habilitering oftast sker om skolan har skickat remissen och vårdnadshavare godkänner det, särskilt om utredningen lett till diagnos. Om vårdnadshavare själva har sökt utredning, eller om ingen diagnos ställs, får skolan sällan återkoppling. Kvaliteten på återkopplingen varierar och beror ofta på personliga kontakter och samtycke. Skolorna efterfrågar bättre rutiner, mer automatisk återkoppling och konkreta råd för att kunna ge rätt stöd. Brister i sekretess, resurser och tydliga riktlinjer försvårar samverkan.

Återkoppling från BUP och habilitering till gymnasieskolan efter utredning sker oftast om utredningen lett till diagnos och skolan har skickat remiss, samt om vårdnadshavare eller elev ger sitt samtycke. Automatisk återkoppling är ovanlig och kvaliteten varierar. Skolan måste ofta aktivt efterfråga återkoppling, särskilt om utredningen har skett privat. Rutiner och samverkan skiljer sig mellan regioner, aktörer och skolformer. Skolan efterfrågar bättre, mer regelbunden och konkret återkoppling.

Information om diagnos vid inskrivning på HVB eller i kriminalvården

R1, R2. Etablera en tidig kontakt med andra delar av socialtjänsten, öppenvårdspsykiatri, beroendevården eller skolan för personer som har adhd eller autism och ska skrivas ut från hem för vård eller boende (HVB) eller Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem samt kriminalvården inför frigivning.

Rekommendation till hälso- och sjukvården och socialtjänst i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 1).

De flesta kommuner uppger att personal på HVB får information om diagnoser och behandling från hälso- och sjukvården vid inskrivning eller flytt till HVB, både vid adhd (84 procent, 62 av 74) och autism (85 procent, 63 av 74).

Vid placering i HVB genomförs ofta ett SIP-möte eller liknande för att dela information och planera insatser. Samordningen beror på lokala styrdokument och hur samarbetet mellan socialtjänst och sjukvård fungerar. Samtycke från personen krävs för att information ska delas.

Kriminalvårdens huvudkontor och tre av fem kriminalvårdsregioner uppger att de inte får information om klientens diagnoser och behandling från hälso- och sjukvården vid inskrivning. Vid den initiala undersökningen i häkte och anstalt informerar klienten själv om diagnos, och kriminalvården kan därefter begära tidigare journaler. Klienten måste godkänna att information hämtas från externa vårdgivare.

Samverkan vid utskrivning från HVB eller kriminalvården

61 procent (45 av 74) av kommunerna har rutiner för att etablera tidig kontakt med andra delar av socialtjänsten vid utskrivning från HVB för personer med adhd eller autism. Rutiner för kontakt med hälso- och sjukvården vid utskrivning finns hos 55 procent (41 av 74).

Vissa kommuner har rutiner för tidig kontakt innan flytt eller utskrivning, medan andra saknar sådana rutiner. Ofta görs en planering liknande SIP även innan utskrivning för att etablera kontakt med berörda aktörer.

Kriminalvårdens huvudkontor uppger att de har rutiner för att etablera tidig kontakt för klienter med adhd och autism mellan kriminalvården och psykiatri, socialtjänst, beroendevård och habilitering. Bland de fem

kriminalvårdsregioner som besvarade enkäten uppger alla att de har rutiner för kontakt med psykiatri vid autism och fyra (80 procent) vid adhd. Samtliga har rutiner för kontakt med beroendevård vid autism och 80 procent vid adhd. Tre verksamheter (60 procent) saknar rutiner för kontakt med socialtjänsten, både för adhd och autism. Majoriteten saknar rutiner för kontakt med habiliteringen vid autism.

Kommentarer visar att Kriminalvården har anvisningar för hälso- och sjukvård om att kontakt med externa aktörer ska etableras utifrån patientens behov och med samtycke. Kriminalvården ska ta ställning till om remiss ska skickas och remittera klienten fyra månader innan villkorlig frigivning. Utmaningar finns när klienter byter enhet eller region, eller placeras på behandlingshem på grund av platsbrist. Detta kan göra att hälso- och sjukvården inte alltid hinner initiera eller skicka ny remiss vid byte av region. Kontakten med socialtjänsten sker ofta via annan kriminalvårdspersonal, till exempel frivården.

Kompetens och fortbildning

B28, B29, R3. Rekommendationer om att erbjuda kompetensutveckling om adhd och autism hos barn, vuxna och äldre samt tidig upptäckt av autism för yrkesgrupper inom primärvården (även barnhälsovården), elevhälsans medicinska och psykologiska insatser samt den specialiserade hälso- och sjukvården (inklusive habiliteringen).

Rekommendation till hälso- och sjukvården och socialtjänsten i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

Regelbunden kompetensutveckling är nödvändig för att personal ska kunna ge ett gott bemötande och stöd till personer med misstänkt eller fastställd adhd eller autism. Ökad kunskap gör att fler personer med komplexa eller oupptäckta behov kan få rätt stöd. Det är viktigt att all personal har grundläggande kunskap, eftersom många med adhd och autism är beroende av personalens insatser i vardagen. Verksamheter behöver därför säkerställa att resurser avsätts för att stora personalgrupper får relevant utbildning och att fortbildning erbjuds regelbundet och anpassas efter behov.

Inom barn- och ungdomspsykiatri erbjuder 82 procent (18 av 22) av verksamheterna kompetensutveckling om adhd och autism en till två gånger per år. Kompetensutveckling ges på olika sätt, till exempel handledning för psykologer och seminarier för läkare och sjuksköterskor. Utbildning sker både internt och externt, men utbildningsstopp har förekommit i vissa regioner, vilket begränsat möjligheterna. Verksamhetschefer beskriver en

hög andel och strukturerad kompetensutveckling, men påverkas av regionala utbildningsstopp.

Inom vuxenpsykiatri erbjuder 58 procent (19 av 33) av verksamheterna kompetensutveckling en till två gånger per år. Utbildningsinsatser varierar och följs inte alltid upp strukturerat. Externa utbildningar har minskat på grund av besparingar, och kunskap sprids främst internt.

Inom habiliteringen erbjuder 71 procent (17 av 24) av verksamheterna kompetensutveckling en till två gånger per år. Utbildningen anpassas efter individuella behov och sker genom digitala föreläsningar, metodträffar och handledning. All personal får grundläggande utbildning, men omfattningen har minskat på grund av ekonomiska åtstramningar och utbildningsstopp.

I primärvården erbjuder 25 procent (55 av 222) av verksamheterna kompetensutveckling en till två gånger per år, medan 41 procent (92 av 222) gör det mer sällan än vartannat år. Utbildning varierar stort mellan vårdcentraler och yrkesgrupper, och prioriteras ofta lägre på grund av brett uppdrag och tidsbrist. Externa utbildningar begränsas av ekonomi och tid, och intern kunskapsöverföring är vanlig.

Elevhälsan i grundskolan rapporterar att 41 procent (266 av 642) erbjuder kompetensutveckling en till två gånger per år. För gymnasieskolan är motsvarande siffra 38 procent (101 av 264). Omfattning och innehåll varierar mellan skolor och yrkesgrupper. Specialpedagoger och skolpsykologer får oftare utbildning, medan övrig personal får förlita sig på intern handledning. Ekonomi, tid och personalomsättning påverkar möjligheten till kontinuerlig utbildning.

Inom kommunen sker kompetensutveckling mer sällan inom äldreomsorgen och styrs av brukarens behov och verksamhetens resurser. Inom funktionsstödsverksamhet och LSS-boenden sker utbildning vid behov, ofta genom särskilda satsningar. Socialtjänstens handläggare går utbildningar sporadiskt, och interna utbildningar samt kollegialt lärande förekommer. Kompetensutveckling varierar mellan kommuner och verksamheter (tabell 5).

Tabell 5. Verksamheter som erbjuder kompetensutveckling avseende adhd eller autism under perioden 2021–2024

Med kompetensutveckling menas här att vid ett eller flera tillfällen delta i utbildning såsom föreläsningar eller webbaserade utbildningar. Kompetensutvecklingen ska vara kostnadsfri för personalen samt ske på betald arbetstid.

Verksamhet	Två gånger per år	En gång per år	Vart annat år	Mer sällan	Vet inte
BUP	9 (41%)	9 (41%)	2 (9%)		2 (9%)
Vuxenpsykiatri	2 (6%)	17 (52%)	4 (12%)	6 (18%)	4 (12%)
Habilitering	10 (42%)	7 (29%)	0 (0%)	4 (17%)	3 (13%)

Verksamhet	Två gånger per år	En gång per år	Vart annat år	Mer sällan	Vet inte
Primärvård	16 (7%)	39 (18%)	21 (9%)	92 (41%)	54 (24%)
privat	8 (7%)	18 (16%)	7 (6%)	57 (50%)	25 (22%)
Region	8 (7%)	21 (20%)	14 (13%)	35 (33%)	29 (27%)
Primärvård med första linje	4 (7%)	10 (18%)	3 (5%)	23 (42%)	15 (27%)
Grundskola	116 (18%)	150 (23%)	86 (13%)	192 (30%)	98 (15%)
Gymnasieskola	37 (14%)	64 (24%)	36 (14%)	95 (36%)	32 (12%)
Kommun: HVB	2 (3%)	4 (5%)	1 (1%)	4 (5%)	63 (85%)
Kommun: LSS	16 (22%)	25 (34%)	6 (8%)	15 (20%)	12 (16%)
Kommun: äldreomsorg	1 (1%)	3 (4%)		35 (47%)	35 (47%)
Kommun: socialtjänst	9 (12%)	23 (31%)	8 (11%)	19 (26%)	15 (20%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till hälso- och sjukvården samt omsorgen.

Analys av resultat

Effektiv samverkan

Det finns betydande brister i möjligheten att erbjuda vård- och stödsamordnare till personer med adhd och autism och komplexa behov. Endast en minoritet av verksamheterna inom barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och habiliteringen har skriftliga rutiner för att utse vård- och stödsamordnare. Detta innebär att tillgången till samordning och stöd varierar beroende på var i landet personen bor och vilken verksamhet hen tillhör. Konsekvensen kan bli att många personer med stora samordningsbehov riskerar att inte få det stöd de behöver för att navigera mellan olika vård- och omsorgsgivare. Detta kan leda till att insatser fördröjs, att ansvarsfördelningen blir otydlig och att individen eller närstående själva får ta ett stort ansvar för samordningen. Begreppet ”vård- och stödsamordnare” används inte alltid och det råder oklarheter kring rollen och om andra funktioner och yrkesroller har denna roll.

Vidare finns det betydande brister i samordningen mellan primärvård, specialiserad psykiatri och habilitering för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar såsom adhd och autism. Även om samverkan ofta förekommer, varierar dess kvalitet och struktur mellan regioner och verksamheter. Det finns exempel på välfungerande samverkan, men i många fall beskrivs samverkan som bristfällig, personberoende och otillräcklig.

Dessa brister leder till att patienter riskerar att bollas mellan olika instanser, att ansvarsfördelningen blir otydlig och att insatser fördröjs eller uteblir. Primärvården får ofta ta ett större ansvar än avtalat, vilket kan innebära att patienter med komplexa behov inte får tillgång till specialistkompetens och insatser de behöver. Resursbrist inom psykiatri och habilitering är ett genomgående tema och påverkar både tillgänglighet och kvalitet på insatser. Dessutom försvåras samverkan av organisatoriska gränser, sekretess och hög personalomsättning.

Det finns etablerade rutiner för övergången mellan barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri, men dessa behöver fortsatt utvecklas och förtydligas. Uppföljningsdata visar att kontinuiteten i behandlingen efter övergången inte är jämlik och att vissa patienter riskerar att falla mellan stolarna och inte få fortsatt stöd. Övergången från barn- till vuxensjukvård för personer med adhd och autism sker oftast enligt strukturerade rutiner, men tillämpningen varierar. Gemensamma riktlinjer och samarbete mellan BUP, vuxenpsykiatri och habiliteringen förekommer, men utmaningar kvarstår kring ansvarsfördelning, resurser och att rutiner inte alltid följs. Arbetet med att förbättra och tydliggöra övergången pågår, men det finns fortsatt behov av utveckling för att säkerställa en trygg och smidig process för patienterna.

Samordningen mellan huvudmän är bristande och kan leda till ojämlik vård och ökar risken för att personer med adhd eller autism hamnar mellan stolarna. För att motverka detta krävs tydliga rutiner, gemensamma överenskommelser och en systematisk organisation av samordningsinsatser. Tidig och effektiv samordning kan förebygga större svårigheter, minska onödigt lidande och ge bättre förutsättningar för individens utveckling och delaktighet i samhället.

Samordning mellan huvudmän vid ogynnsam utveckling

Samordning mellan huvudmän – till exempel hälso- och sjukvård, socialtjänst och elevhälsa – är avgörande för att personer med adhd eller autism ska få rätt stöd och undvika att hamna mellan olika verksamheter. Resultaten visar att det finns medvetenhet om vikten av tidig och strukturerad samordning, men att det är stora variationer i hur väl detta fungerar i praktiken. Bristande samordning kan leda till att insatser sätts in för sent, ofta först när problem redan har uppstått, vilket försvårar möjligheten till tidig intervention och förebyggande arbete. Detta ökar risken för att barn och unga med adhd eller autism får fel typ av insatser, eller att deras behov inte uppmärksammas alls. Det är därför viktigt att barns delaktighet också beaktas.

Om samordningen brister kan patienter och deras närstående behöva ta ett stort eget ansvar för att koordinera insatser mellan olika verksamheter, vilket kan leda till att viktiga behov inte uppmärksammas. Det finns också risk att insatserna inte blir tillräckligt anpassade eller att information om diagnos och behov inte når fram till berörda aktörer, exempelvis vid övergångar mellan HVB, kriminalvård och öppenvård.

För att insatser ska fungera väl behöver rutiner för samordning och återkoppling vara tydliga och fungera likvärdigt oavsett region eller kommun. Resultaten visar att dessa rutiner varierar och att det ofta är personberoende om information om utredningar och diagnoser når fram till skolan eller andra aktörer. Skolan efterfrågar bättre och mer automatiska rutiner för återkoppling, vilket är viktigt för att kunna ge rätt stöd till eleverna.

Vid övergångar, till exempel vid utskrivning från HVB eller kriminalvården, saknas ofta rutiner för att etablera tidig kontakt med relevanta aktörer. Detta ökar risken för att personer med adhd eller autism inte får det stöd de behöver i rätt tid, och att de hamnar mellan olika verksamheter när ansvaret för insatserna är otydligt eller splittrat.

SIP (Samordnad Individuell Plan) används ofta för att samordna insatser, men tillämpningen varierar och fungerar bäst när alla parter deltar. Flera kommuner har utvecklat särskilda modeller för samordning, till exempel HLT-team, skolsociala team och BUS-samverkan, men dessa är inte alltid systematiskt organiserade och resurserna är ofta begränsade.

Kompetens och fortbildning

För att säkerställa en god och jämlik vård samt socialtjänst är det avgörande med adekvat kompetensutveckling. Genom att stärka kunskapen om adhd och För att säkerställa god vård och socialtjänst är det avgörande med adekvat kompetensutveckling. Genom att stärka kunskapen om adhd och autism inom vården och socialtjänsten kan insatserna bli mer inkluderande och anpassade för denna patientgrupp.

Resultaten visar att huvudmännen har en viktig roll för att säkerställa att personer med adhd och autism får tillgång till kompetent personal genom att erbjuda kompetensutveckling. Stora variationer i omfattning, innehåll och struktur för kompetensutveckling mellan regioner och kommuner innebär att personer med adhd och autism riskerar att få olika stöd och insatser beroende på var de bor. Bristande kompetensutveckling innebär att inte alla får tillgång till personal med tillräcklig kunskap, vilket kan leda till sämre bemötande och insatser för vissa grupper. Socialstyrelsen betonar att huvudmännen behöver avsätta resurser och organisera kompetensutveckling så att all personal får grundläggande kunskap om adhd och autism, särskilt inom verksamheter där kunskapen är låg. För att insatserna ska hålla hög

kvalitet behöver kompetensutveckling erbjudas regelbundet och anpassas efter verksamhetens behov, oavsett var i landet personen bor.

Tidiga insatser och utredning vid adhd och autism

Tidiga insatser

B23. Rekommendation att erbjuda tidiga insatser efter behov, till exempel kognitivt eller kommunikativt stöd till personer med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Rekommendation till hälso- och sjukvården och socialtjänsten i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3)

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som adhd och autism påverkar vardagen på flera sätt och kan medföra svårigheter med uppmärksamhet, impulskontroll, socialt samspel och kommunikation. Forskning och nationella riktlinjer betonar vikten av tidiga och anpassade insatser för att förbättra livskvaliteten och minska risken för psykisk ohälsa, skolsvårigheter och social isolering.

Tidiga insatser innebär att stöd ges redan innan en formell diagnos har fastställts, ofta i väntan på utredning. Syftet är att tidigt identifiera och möta behov hos barn eller vuxna, och därmed skapa bättre förutsättningar för en fungerande vardag. Insatserna kan till exempel vara stöd från elevhälsan till pedagogiska anpassningar i skolan, kognitiva och kommunikativa strategier samt stöd från primärvården eller första linjens psykiatri.

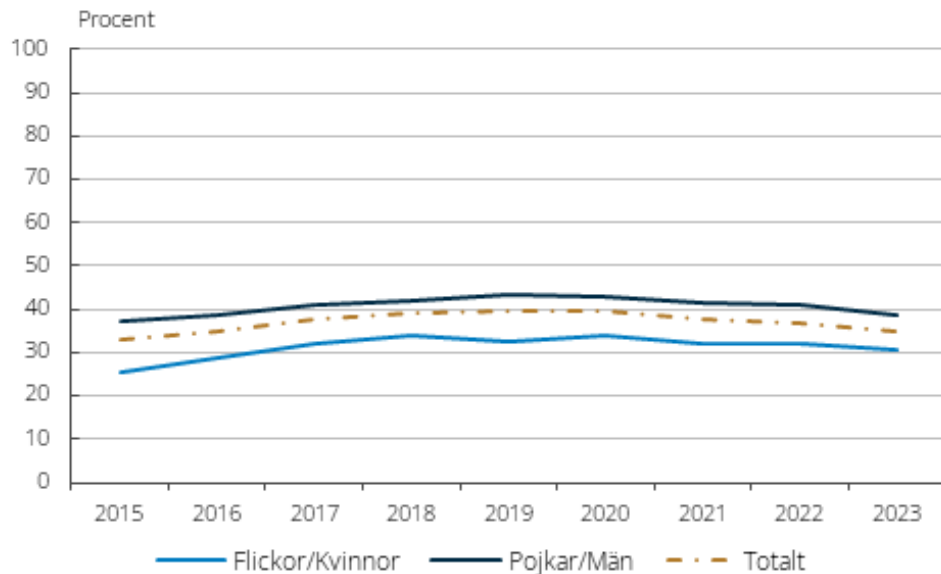
Nationella riktlinjer för vård vid adhd och autism rekommenderar att insatser ska påbörjas så snart svårigheter upptäcks, och inte vänta tills diagnos är ställd. Detta kräver samverkan mellan skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård, samt flexibilitet i utformningen av insatser utifrån individens behov [1].

Tidiga insatser i skolan

Registerundersökningen visar att 35 procent av elever i åldern 6–18 år som får insatser i skolan erhåller insatser innan en adhd diagnos har ställts. Siffran är relativt stabil över tid (figur 20). Observera dock att detta inte avser specifikt hälso- och sjukvårdsinsatser från elevhälsan, vilket är vad som omfattas av de nationella riktlinjerna på detta område.

Figur 20. Barn och unga med adhd diagnos som har fått insatser från skolan

Andel elever 6–18 år med adhd diagnos som har fått insatser i skolan innan diagnos. År 2015-2023 (avser inte specifikt insatser som omfattas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer).

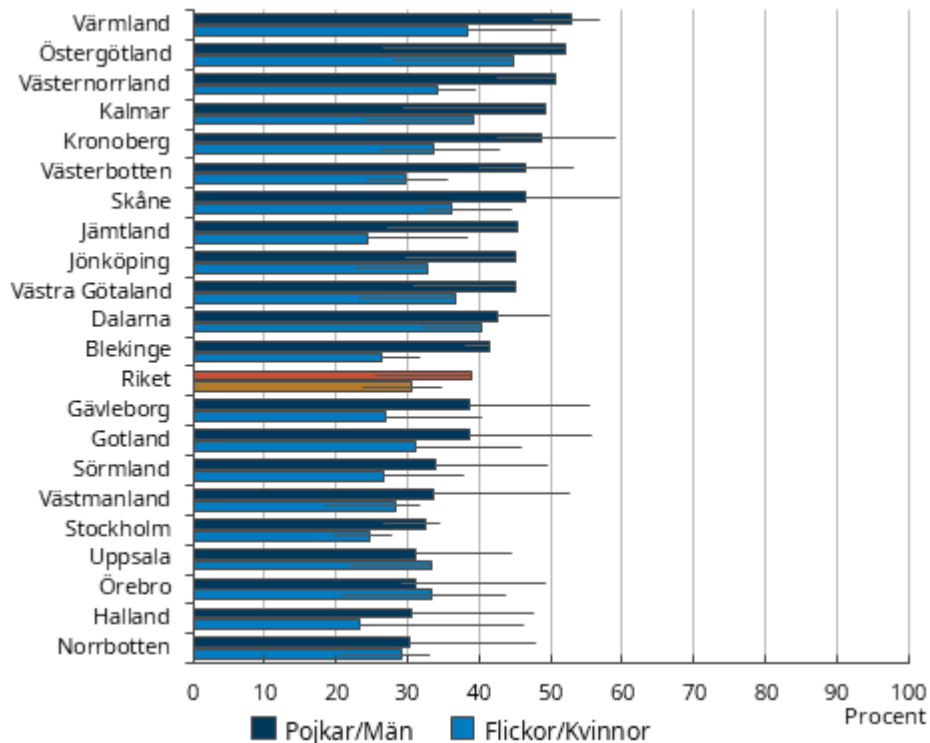


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Elevregistret, Skolverket

Det finns både köns- och regionala skillnader när det gäller insatser i skolan innan diagnos. Det skiljer nästan 10 procentenheter mellan könen, där pojkar i större utsträckning får insatser innan diagnos jämfört med flickor. Det finns även regionala skillnader på upp till 20 procentenheter mellan den region som ger störst andel insatser innan diagnos och den som ger lägst andel (figur 21).

Figur 21. Barn och unga med adhd diagnos som har fått insatser från skolan

Andel elever 6–18 år med adhd diagnos och insatser i grundskolan som fått insatser i skolan innan adhd diagnos. Uppdelat på regioner år 2023 (avser inte specifikt insatser som omfattas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer).

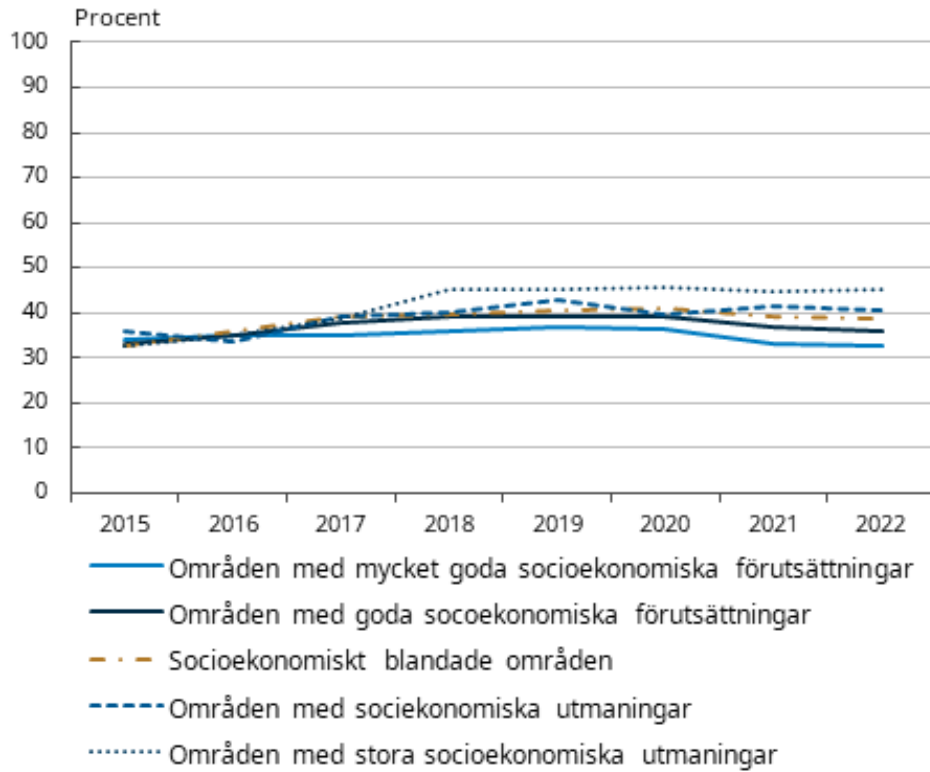


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Grundskola betyg åk 9, SCB

Resultaten visar att i områden med stora socioekonomiska utmaningar är det en större andel som får insatser innan diagnos jämfört med områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Fram till 2018, och i de flesta områden, har skillnaderna varit marginella. Det är framför allt i områden med stora socioekonomiska problem där fler barn och unga har fått insatser innan diagnos, medan i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar har färre barn fått insatser innan diagnos. Skillnaden mellan dessa olika områden är 13 procentenheter (figur 22).

Figur 22. Barn och unga med diagnos adhd, insatser från skolan och socioekonomi

Andel barn och unga ålder 6–18 år med adhd diagnos som har fått insatser i skolan innan adhd diagnos. Uppdelat på regionala statistikområden år 2015-2022 (avser inte specifikt insatser som omfattas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer).

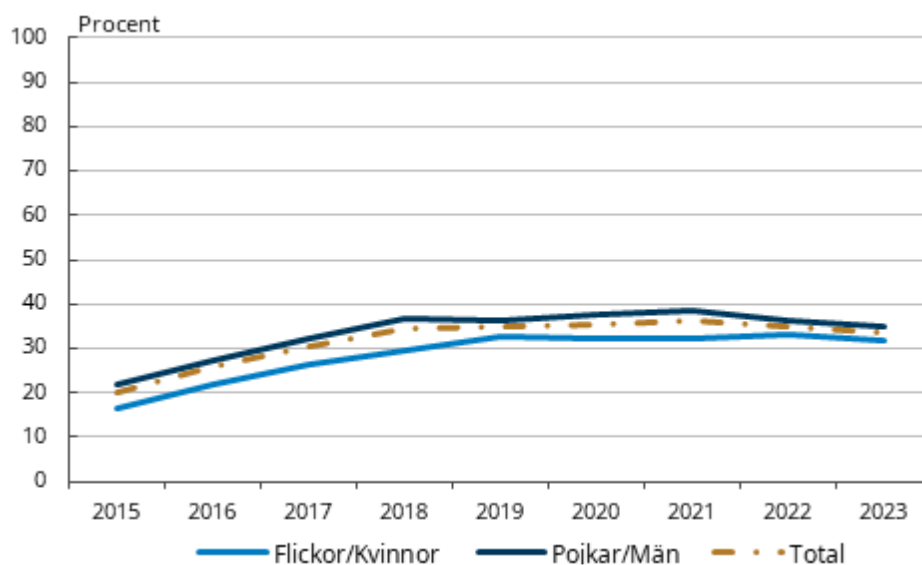


Källa: Patientregistret, Regionala statistikområden (REGSO) Socialstyrelsen och Elevregistret, Skolverket.

För elever med autism visar resultaten, liksom för elever med adhd, att fram till 2018 skedde en ökning som sedan stabiliserats, där en större andel barn och unga med autism har fått insatser innan diagnos. Ökningen motsvarar knappt 20 procentenheter, dock från redan låga nivåer (figur 23).

Figur 23. Barn och unga med autismdiagnos och insatser från skolan

Andel elever ålder 6–18 år med autismdiagnos som har fått insatser i skolan innan diagnosen. År 2015-2023 (avser inte specifikt insatser som omfattas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer).

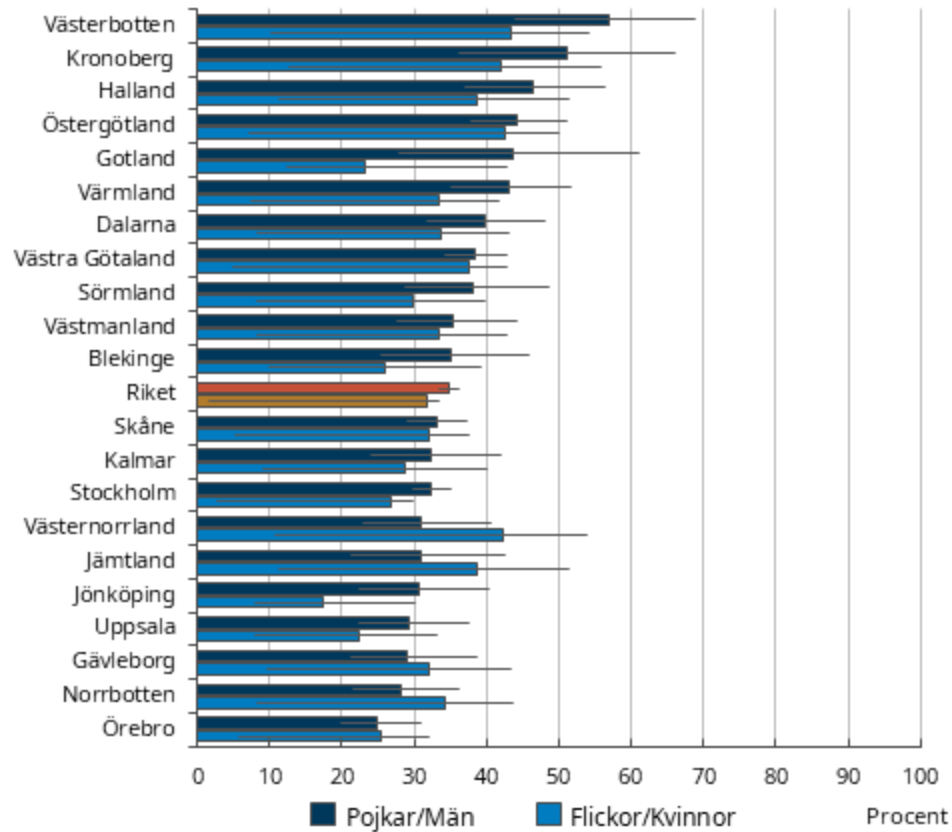


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Elevregistret, Skolverket.

Det finns regionala skillnader på upp till 30 procentenheter mellan den region med högst respektive lägst andel som gett insatser innan diagnos. Skillnaden mellan könen är för barn och unga med autism inte lika stor som vid adhd (figur 24).

Figur 24. Barn och unga med autismdiagnos som får insatser från skolan

Andel elever ålder 6–18 år med autismdiagnos som har fått insatser i skolan innan autismdiagnos. Uppdelat på regioner år 2023 (avser inte specifikt insatser som omfattas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer).

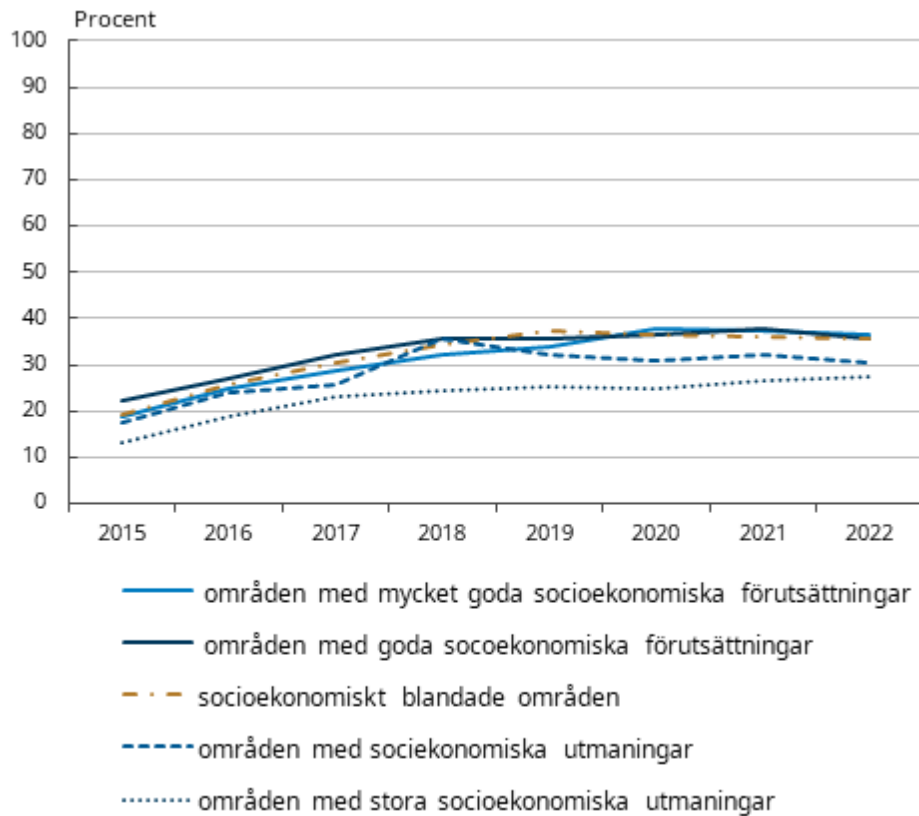


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Elevregistret, Skolverket.

I områden med socioekonomiska utmaningar får en lägre andel elever med autismdiagnos insatser från skolan innan diagnos. Det skiljer uppemot 10 procentenheter mellan grupperna 2023. Förändringen över tid är också marginell med en ökning om 10 procentenheter mellan 2015 och 2023 (figur 25).

Figur 25. Barn och unga med autismdiagnos, insatser från skolan innan diagnos och socioekonomi

Andel barn och unga 6–18 år med autism diagnos som fått insatser i grundskolan innan autismdiagnos har ställts. Uppdelat på regionala statistikområden år 2015-2022 (avser inte specifikt insatser som omfattas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer).



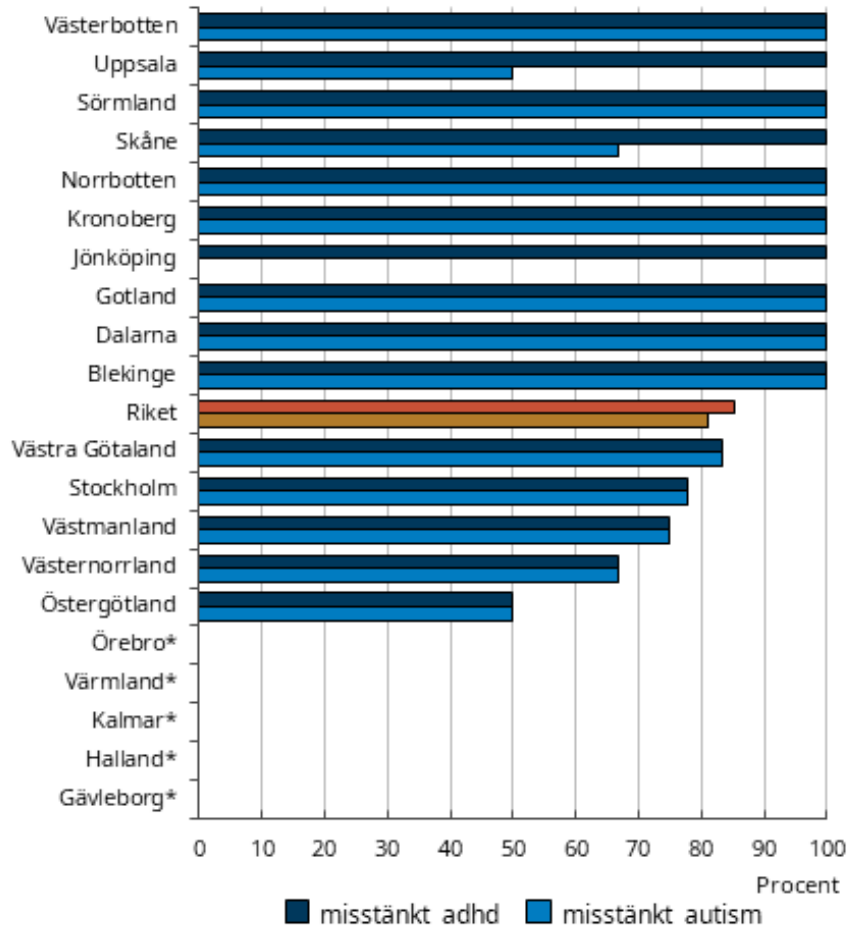
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Regionala statistikområden (REGSO) Socialstyrelsen och Elevregistret, Skolverket.

Tidiga insatser i primärvård/första linjens psykiatri

Enkätundersökningen visar att 85 procent (46 av 55) av primärvårdsverksamheter med uppdrag inom första linjen för barn och ungas psykiska hälsa erbjuder tidiga insatser till barn med misstänkt adhd. Det finns variation mellan regionerna, och det är vanligare att tidiga insatser ges vid misstänkt adhd än vid misstänkt autism (figur 26).

Figur 26. Tidiga insatser till barn och unga med misstänkt adhd eller autism i primärvård

Andel primärvårdsverksamheter med eget uppdrag om Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa som erbjuder tidiga insatser till barn och unga med misstänkt adhd eller autism, uppdelat på regioner 2025.



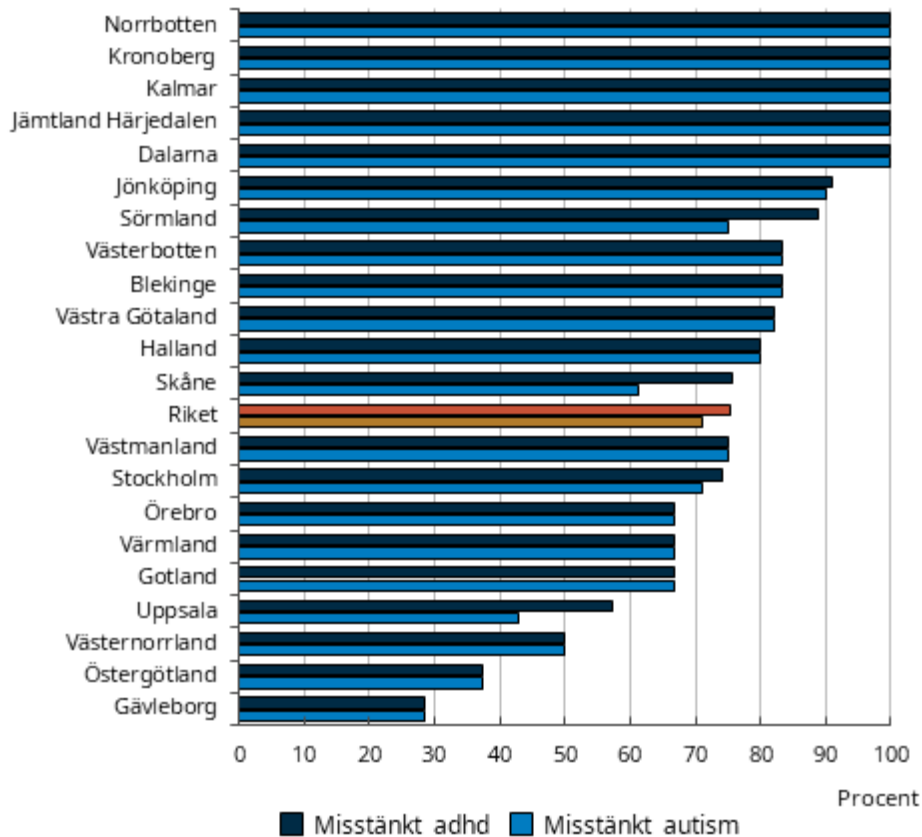
* Data ej inrapporterad

Källa: Socialstyrelsen enkät till primärvård och första linjens psykiatri.

För vuxna med misstänkt adhd eller autism uppger 75 procent av primärvårdens verksamheter att de erbjuder tidiga insatser. Även här varierar tillgången mellan regioner, och färre verksamheter erbjuder tidiga insatser vid misstänkt autism (figur 27).

Figur 27. Tidiga insatser till vuxna med misstänkt adhd eller autism i primärvård

Andel primärvårdsverksamheter med eget uppdrag om Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa som erbjuder tidiga insatser till vuxna med misstänkt adhd eller autism, uppdelat på regioner 2025.



Källa: Socialstyrelsen enkät till primärvård.

Verksamhetschefer beskriver att tidiga insatser ges i någon form till personer med misstänkt adhd eller autism, men omfattning och struktur varierar mellan enheter och målgrupper. Primärvården gör initiala bedömningar, kartläggningar och erbjuder stöd utifrån patientens behov, men saknar ofta specifika program för tidiga insatser innan diagnos. För barn sker ofta samverkan mellan BVC, förskola, socialtjänst och ibland habilitering, där insatser som stödsamtal, föräldrautbildning och viss psykologkontakt kan ges under väntan på utredning. För vuxna erbjuds stödinsatser via primärvårdsrehab, psykosociala team, kurator eller arbetsterapeut, till exempel samtalskontakt, vardagsstrukturering och ibland kbt. Gruppverksamheter, psykoedukation och digitala stödprogram förekommer också.

Flera verksamheter i primärvården anger att resurser och kompetens är begränsade, särskilt för vuxna, och att insatser ofta kräver diagnos innan mer omfattande stöd ges, särskilt från habilitering och socialtjänst. Långa väntetider till utredning och svårigheter med remisshantering är vanliga

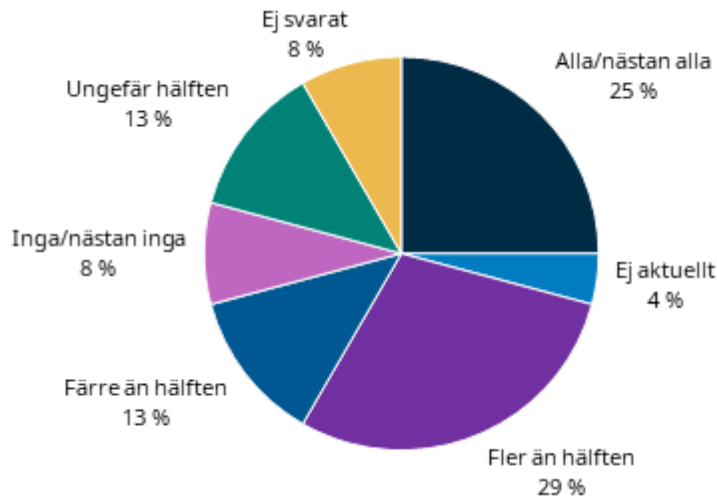
hinder. Samverkan med andra aktörer förekommer, men är inte alltid välfungerande eller tydligt organiserad. Primärvården har ett viktigt ansvar för vuxna med adhd eller autism, men ansvaret varierar beroende på region och individens behov. Ofta remitteras patienter vidare till specialistpsykiatri eller neuropsykiatriska team för utredning och diagnos.

Tidiga insatser inom barn- och ungdomspsykiatri

Alla verksamheter och regioner inom barn- och ungdomspsykiatri uppger att de erbjuder tidiga insatser till barn och unga med misstänkt adhd eller autism, i varierande omfattning (figur 28, 29). Regionerna beskriver att tidiga insatser ges både via skolan och inom vården. Alla som väntar på utredning ska erbjudas tidiga insatser, särskilt efter att nya rutiner införts under 2023–2024. Det finns utmaningar i att nå ut till alla, och inte alla tackar ja till insatserna. Samlad statistik om omfattningen saknas. Anpassningar görs ofta redan innan diagnos, men vissa grupper efterfrågar ytterligare insatser.

Figur 28. Antal barn och unga med misstänkt adhd som erbjuds tidiga insatser inom barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård

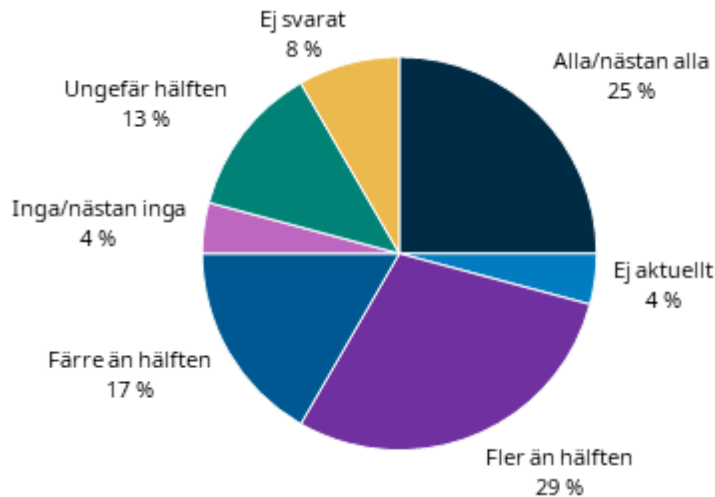
Antal patienter som inom regionernas barn- och ungdomspsykiatriska specialistverksamheter som erbjuds tidiga insatser till barn och ungdomar med misstänkt adhd, visat på riket år 2025



Källa: Socialstyrelsen enkät till barn- och ungdomspsykiatri.

Figur 29. Antal barn och unga med misstänkt autism som erbjuds tidiga insatser inom barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård

Antal patienter som inom regionernas barn- och ungdomspsykiatriska specialistverksamheter som erbjuds tidiga insatser till barn och ungdomar med misstänkt autism, visat på riket år 2025



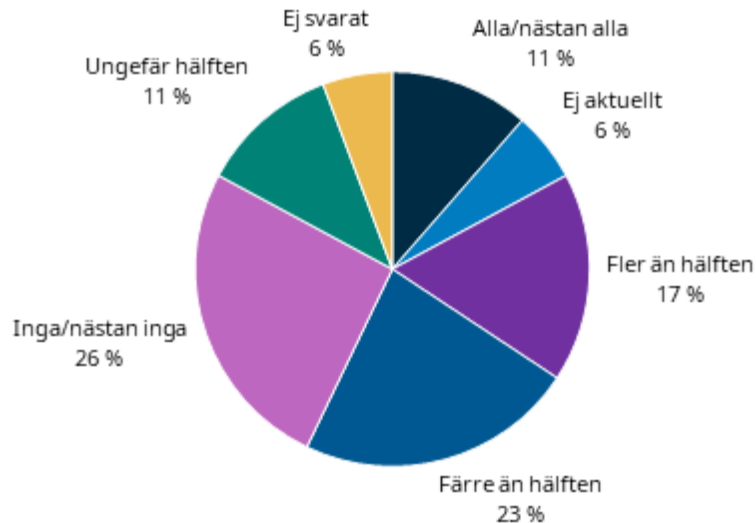
Källa: Socialstyrelsen enkät till barn- och ungdomspsykiatrin.

Tidiga insatser inom vuxenpsykiatrin

Tidiga insatser inom vuxenpsykiatrin innebär att ge individuellt anpassat stöd redan vid misstanke om adhd eller autism. Tidigt stöd kan förebygga allvarligare problem, öka livskvaliteten och ge bättre förutsättningar för fortsatt behandling och stöd. Tidiga insatser till personer med misstänkt adhd eller autism ges i begränsad omfattning inom vuxenpsykiatrin, och ansvaret ligger ofta hos primärvården. Det finns behov av förbättrad samverkan och ett förändrat arbetssätt kring att erbjuda insatser redan innan diagnos (figur 30,31).

Figur 30. Antal vuxna med misstänkt adhd som erbjuds tidiga insatser inom vuxenpsykiatrisk specialistvård

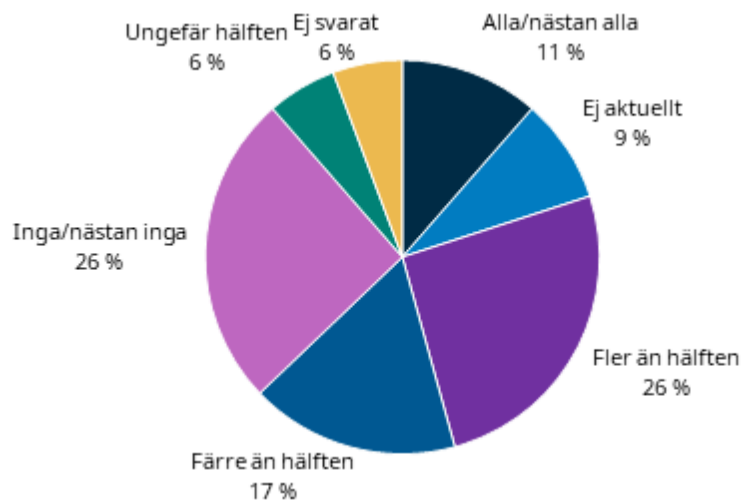
Antal patienter som inom regionernas vuxenpsykiatriska specialistverksamheter erbjuder tidiga insatser till personer med misstänkt adhd, visat på riket år 2025.



Källa: Socialstyrelsen enkät till vuxenpsykiatri.

Figur 31. Antal vuxna med misstänkt autism som erbjuds tidiga insatser inom vuxenpsykiatrisk specialistvård

Antal patienter som inom regionernas vuxenpsykiatriska specialistverksamheter erbjuder tidiga insatser till personer med misstänkt autism, visat på riket år 2025,



Källa: Socialstyrelsen enkät till vuxenpsykiatri.

Tidiga insatser i socialtjänst och LSS-verksamhet

Kommunerna uppger att insatser främst ges utifrån behov, inte diagnos. Flera kommuner betonar att stöd och insatser inom socialtjänst och öppenvård utgår från individens aktuella behov snarare än en fastställd

diagnos. Förebyggande insatser och föräldrastöd erbjuds till familjer och individer där behov finns, oavsett om diagnos är konstaterad eller inte.

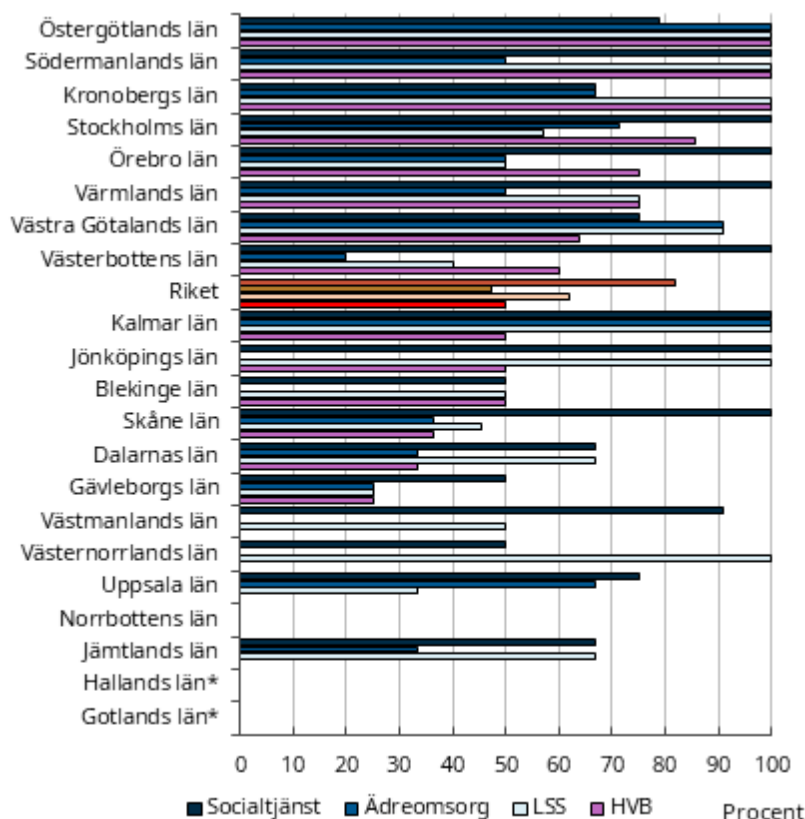
För att få plats på LSS-boende krävs vanligen en fastställd diagnos och personkretsutredning enligt LSS-lagen. Stödande insatser och anpassningar ges till boende med autism eller annan neuropsykiatrisk diagnos, men tidiga insatser före diagnos erbjuds inte systematiskt inom LSS-boenden.

Flera kommuner anger att ett systematiskt arbetssätt för tidiga insatser till personer med misstänkt adhd eller autism saknas. Insatser kan ges individuellt, men inte som generell rutin. Vissa kommuner har ingen egen HVB-verksamhet och kan därför inte svara på frågor om tidiga insatser där. Kommunerna erbjuder tidiga insatser utifrån behov snarare än diagnos, särskilt inom socialtjänsten. Enkätsvaren visar att samverkan mellan elevhälsan och region är en utmaning för att kunna ge tidiga insatser.

Enkätresultaten visar att det finns skillnader både mellan och inom län när det gäller kommuners möjlighet att erbjuda tidiga insatser (figur 32).

Figur 32. Andel kommuner som erbjuder tidiga insatser i socialtjänst och LSS-verksamhet efter behov till personer med misstänkt adhd eller autism innan eventuell neuropsykiatrisk utredning

Andel HVB verksamheter, LSS boende, övrig socialtjänst och äldreomsorg inom länet som erbjuder tidiga insatser till personer med misstänkt adhd eller autism.



*Verksamheter som inte besvarat enkäten

Källa: Socialstyrelsen enkät till kommuner.

Neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda principer

U1. Rekommendation att erbjuda neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper till misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 1).

Neuropsykiatrisk utredning för adhd och autism behövs när det finns välgrundad misstanke om funktionsnedsättning, till exempel när olika anpassningar inte har gett tillräcklig effekt. En bred diagnostisk ansats och fullständig anamnes krävs för att utesluta andra orsaker. Diagnos bör inte ställas enbart utifrån datoriserade uppmärksamhetstester, eftersom dessa inte är tillräckligt precisa. Syftet är att säkerställa korrekt diagnos och att individen får rätt insatser utan onödig väntan.

Alla verksamheter inom barn- och ungdomspsykiatri använder bred diagnostisk ansats och återkopplar resultatet till den som har utretts samt, vid behov och enligt sekretessregler, till vårdnadshavare och skolpersonal. Skolans beskrivning av individen är viktig vid diagnostik, men återkoppling till skolan sker främst kortfattat och skriftligt. Majoriteten (95 procent, 21 av 22) gör individanpassade, tvärprofessionella utredningar med kontinuitet i tid och plats, där diagnosen alltid ställs av psykolog och läkare. Funktions- och aktivitetsbedömning görs av 91 procent (20 av 22), ofta redan före utredning. Åtgärdsplaner upprättas av 86 procent (19 av 22), särskilt vid fortsatt kontakt. Verksamheterna arbetar aktivt med att utveckla principer för neuropsykiatriska utredningar (tabell 6).

Inom vuxenpsykiatri genomförde 97 procent (32 av 33) av verksamheterna individanpassade utredningar 2022–2024. Tvärprofessionella utredningar och återkoppling till den utredda och eventuellt andra berörda sker i 94 procent (31 av 33) av fallen. Åtgärdsplaner görs av 88 procent (29 av 33), men vissa patienter kan hamna i ett glapp med långa väntetider. Sammanhållen utredning och funktionsbedömning görs av 85 procent (28 av 33), men tidsaspekten kan variera. Vissa nej-svar beror på att grundprinciperna inte alltid följts, men arbete pågår för förbättring (tabell 6).

Samtliga habiliteringsverksamheter som gör utredningar arbetar individanpassat, med bred diagnostisk ansats och återkoppling. Sammanhållna utredningar och funktionsbedömningar görs av 94 procent (16 av 17), även om tillgängligheten ibland är begränsad. 82 procent (14 av 17) gör tvärprofessionella utredningar och 88 procent (15 av 17) tar fram

åtgärdsplaner. Om utredningen inte leder till diagnos inom habiliteringens ram görs ingen vidare uppföljning (tabell 6).

Fyra av fem kriminalvårdsregioner och huvudkontoret anger att de erbjuder neuropsykiatriska utredningar för adhd, tre regioner och huvudkontoret även för autism. Kriminalvården är vårdgivare men inte huvudman, och vissa klienter remitteras till regionerna. Utredningar görs endast på anstalter med psykolog, och dessa finns på klass 1- och 2-anstalter.

Tabell 6. Grundprinciper för neuropsykiatrisk utredning

Antal och andel verksamheter som genomför neuropsykiatriska utredningar enligt grundprinciper

Grundprincip	BUP	Vuxen-psykiatri	Habilitering*
Anpassad utredning med omfattning och innehåll efter individens behov, symtom och förutsättningar. Personalen ansvarar för att utreda så mycket eller så lite som behövs.	21 (95%)	32 (97%)	17 (100%)
Bred diagnostisk ansats som utgick från en fullständig anamnes (sjukdomshistoria) och inkluderade kartläggning av differentialdiagnoser samt eventuella bakomliggande eller samtidiga sjukdomar och funktionsnedsättningar	22 (100%)	32 (97%)	17 (100%)
Tvärprofessionell utredning, med hjälp av personal med adekvat kompetens.	21 (95%)	31 (94%)	14 (82%)
Sammanhållen utredning med kontinuitet i tid och plats	21 (95%)	28 (85%)	16 (94%)
Funktions- och aktivitetsbedömning som inkluderade styrkor och svårigheter hos individen och omgivningen, beskrivning av funktionstillståndet och identifiering av lämpliga insatser	20 (91%)	28 (85%)	16 (94%)
Återkoppling av resultat för den som har utretts och eventuellt för andra berörda, såsom vårdnadshavare och skolpersonal, om det är förenligt med bestämmelserna om sekretess.	22 (100%)	31 (94%)	17 (100%)
Åtgärdsplan för insatser och eventuell uppföljning, oavsett om en diagnos har ställts eller inte.	19 (86%)	29 (88%)	15 (88%)

* endast verksamheter som genomför utredningar

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och habiliteringen

Diagnos enbart med datoriserade uppmärksamhetstester

U14. Rekommendation att inte ställa diagnosen adhd utifrån enbart datoriserade uppmärksamhetstester till personer med misstänkt adhd

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med som Icke göra.

Enkätundersökningen till barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri visar att samtliga verksamheter säkerställer att datoriserade uppmärksamhetstester inte används som enda underlag för att diagnostisera adhd. Detta är en förbättring jämfört med resultaten från 2023, då drygt 90 procent uppgav att de aldrig gör utredningar på detta sätt.

Analys av resultat

Analysen visar att svensk vård och stöd till personer med adhd och autism har stora styrkor, särskilt när det gäller kompetens, individanpassning och tvärprofessionellt arbete. Samtidigt finns brister i tillgänglighet, systematik och likvärdighet. Skillnader mellan regioner, verksamheter och socioekonomiska grupper kvarstår och riskerar att förstärka befintliga klyftor.

För att vården och omsorgen ska vara jämlik krävs att behovsstyrda insatser blir norm, att samverkan mellan aktörer stärks, att ansvarsfördelningen tydliggörs och att kompetens och resurser fördelas utifrån faktiska behov. Nationella riktlinjer behöver följas upp och implementeras så att alla, oavsett bostadsort, ålder, kön eller socioekonomisk bakgrund, får tillgång till de insatser de behöver. På så sätt kan vården bidra till ett samhälle där alla ges lika möjligheter till hälsa, utveckling och delaktighet.

Tidiga insatser

Tidiga insatser är avgörande för att förebygga negativa konsekvenser och främja god utveckling för personer med adhd och autism. Forskning och nationella riktlinjer visar att tidigt stöd ökar möjligheten till delaktighet, självständighet och psykisk hälsa. I praktiken är dock tillgången till tidiga insatser långt ifrån likvärdig.

Analysen visar att det ofta krävs diagnos för att insatser ska ges i skolan innan formell utredning och diagnos, särskilt vid autism. Det innebär att barn och unga riskerar att stå utan stöd under utredningstiden. Denna

fördröjning är särskilt problematisk för barn i utsatta situationer, där tidigt stöd kan vara avgörande för skolframgång och psykisk hälsa.

Inom primärvården och första linjens psykiatri erbjuds tidiga insatser i varierande grad, men skillnaderna mellan regioner och enheter är stora. För vuxna är tillgången till tidiga insatser ännu mer begränsad. Ofta krävs diagnos för att få tillgång till stöd, och resurserna är otillräckliga. Samverkan mellan vård, skola och socialtjänst är bristfällig och saknar ofta struktur, vilket leder till fragmentisering och risk för att individen hamnar mellan olika verksamheter.

Specialistpsykiatri för barn och unga rapporterar att tidiga insatser ges i väntan på utredning, men svårigheter kvarstår att nå ut brett och systematiskt. För vuxna är ansvaret för tidiga insatser otydligt, och primärvården saknar ofta resurser och kompetens. Kommunala verksamheter, särskilt socialtjänst och socialpsykiatri, tenderar att ge stöd utifrån behov snarare än diagnos, men även här är insatserna sällan systematiska och beroende av lokala prioriteringar och resurser. LSS-boenden och äldreomsorg kräver ofta diagnos och erbjuder begränsat stöd, vilket ytterligare försämrar likvärdigheten.

Sammantaget är bristen på systematik, resurser och tydliga samverkansformer en central orsak till ojämlikheten i tidiga insatser. För att skapa likvärdig vård krävs att behovsstyrda insatser blir norm, att samverkan mellan aktörer stärks och att resurser fördelas utifrån faktiska behov snarare än administrativa gränser.

Utredning

Neuropsykiatriska utredningar är ofta första steget till samhällets stöd för personer med adhd och autism. Analysen visar att utredningsprocesserna generellt håller hög kvalitet, med individanpassning, tvärprofessionellt arbete och återkoppling som centrala delar. Detta gör att rätt stöd kan ges och att individens hela livssituation beaktas.

Trots styrkorna finns brister som påverkar likvärdigheten. Tvärprofessionella utredningar är mindre vanliga inom habiliteringen än inom psykiatri, vilket innebär att vissa patienter riskerar att inte få tillgång till all nödvändig kompetens. Åtgärdsplaner och uppföljning är också mindre vanligt inom habiliteringen, vilket kan innebära att vissa patienter inte får tillräckliga stödinsatser. Återkoppling till elevhälsan sker ofta skriftligt och sällan i dialog, vilket kan försvåra skolans möjligheter att anpassa undervisningen.

Särskilt allvarliga problem är långa väntetider och stora regionala skillnader i tillgång till utredning. Personer i vissa regioner får vänta länge på utredning, vilket fördröjer möjligheten till stöd och behandling.

Vuxenpsykiatri är särskilt drabbad, och många vuxna riskerar att hamna i ett glapp utan stöd.

Slutsatsen är att fortsatt arbete krävs för att säkerställa tvärprofessionell kompetens, likvärdig tillgång till utredning och systematisk uppföljning i hela landet.

Individuella insatser

Insatser på individuell nivå kan vara psykologiska, pedagogiska och psykosociala insatser för personer med adhd eller autism, till exempel kognitivt och kommunikativt stöd, psykologisk behandling och social färdighetsträning. Läkemedelsbehandling ingår också. Behoven varierar mellan individer och ofta behöver flera insatser kombineras. Syftet är att stärka individens förmåga att hantera vardagen, förbättra livskvaliteten och möjliggöra delaktighet i samhället.

Kognitivt eller kommunikativt stöd

Bb47a, Bv47a, Bb47b, Bv47b, Bb4, Bv4. Rekommendation att erbjuda kognitivt stöd till personer med adhd samt kognitivt eller kommunikativt stöd till personer med autism.

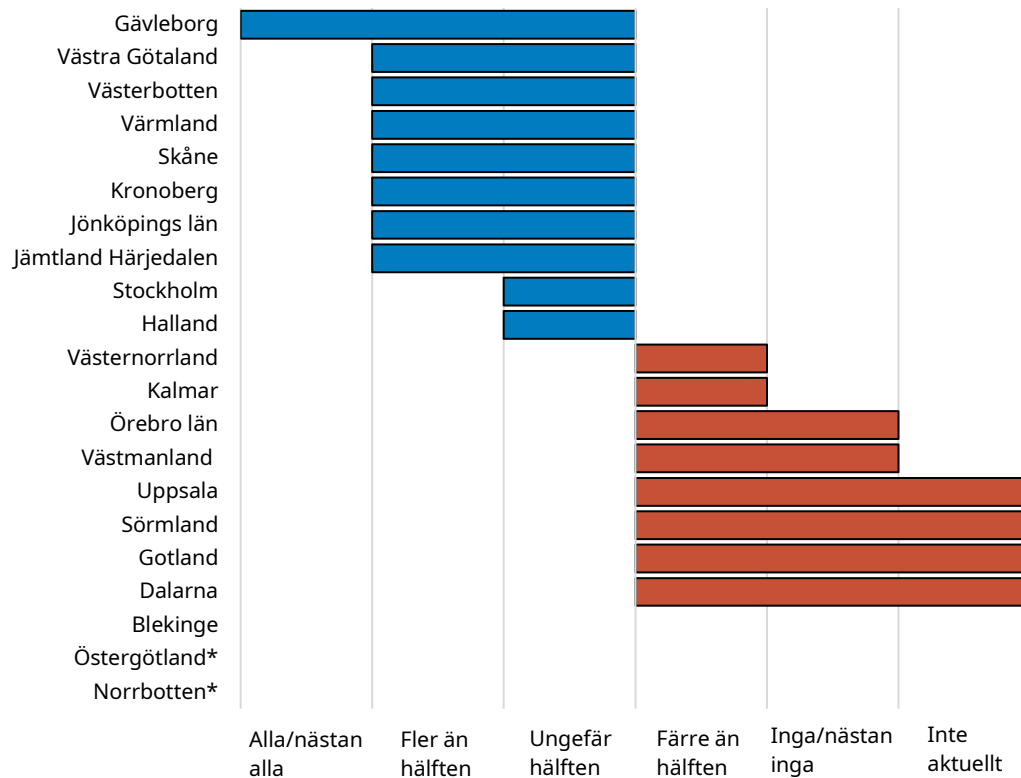
Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 2 och 3).

Inom barn- och ungdomspsykiatrien uppger 41 procent (9 av 22) av verksamheterna att kognitivt stöd erbjuds till samtliga, nästan samtliga eller fler än hälften av personerna med autism. Kommunikativt stöd erbjuds av 28 procent (6 av 22) till samtliga, nästan samtliga eller fler än hälften av personerna med autism. Kognitivt stöd har 41 procent (9 av 22) erbjudit till samtliga, nästan samtliga eller fler än hälften av personerna med adhd.

Enligt BUP-verksamheterna har habiliteringen huvudansvaret för insatser till barn med autism, vilket innebär att dessa insatser oftast inte ges inom BUP. Insatser till personer med adhd erbjuds ofta på en extern mottagning, till exempel adhd-center eller mottagning för tidiga insatser.

Figur33. Kognitiva stöd till barn och unga med autism inom barn- och ungdomspsykiatri

Andel personer med autism som har fått kognitivt stöd inom BUP, 2025.



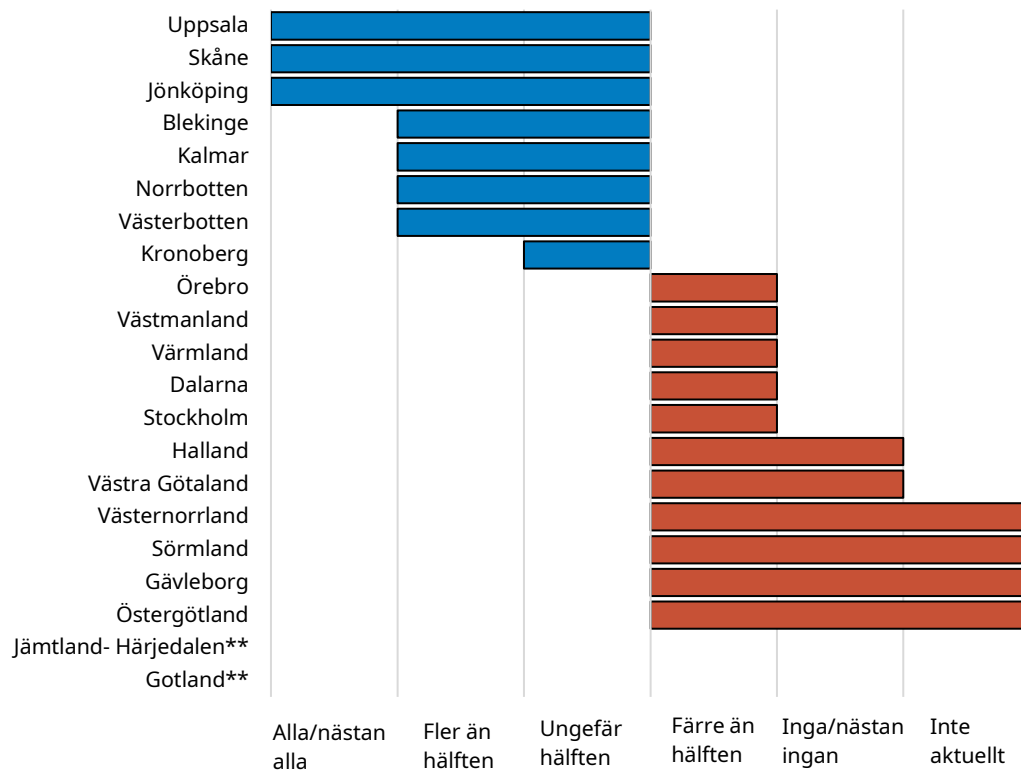
Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomspsykiatri.

Inom vuxenpsykiatri har 30 procent (10 av 33) av verksamheterna erbjudit kognitivt stöd och 21 procent (7 av 33) kommunikativt stöd till samtliga, nästan samtliga eller fler än hälften av personerna med autism. Vidare uppger 30 procent (10 av 33) att kognitivt stöd erbjuds till samtliga, nästan samtliga eller fler än hälften av personerna med adhd. Kognitivt och kommunikativt stöd ges när behov finns eller efterfrågas, utifrån individuell bedömning.

Både inom barn- och vuxenpsykiatri ges insatserna ofta i gruppformat snarare än individuellt. Många med identifierat behov erbjuds insatser, men inte alla väljer att ta del av erbjudandet (figur 34).

Figur 34. Kognitivt stöd till personer med autism inom vuxenpsykiatri

Andel personer med autism som har fått kognitivt stöd inom vuxenpsykiatri, 2025

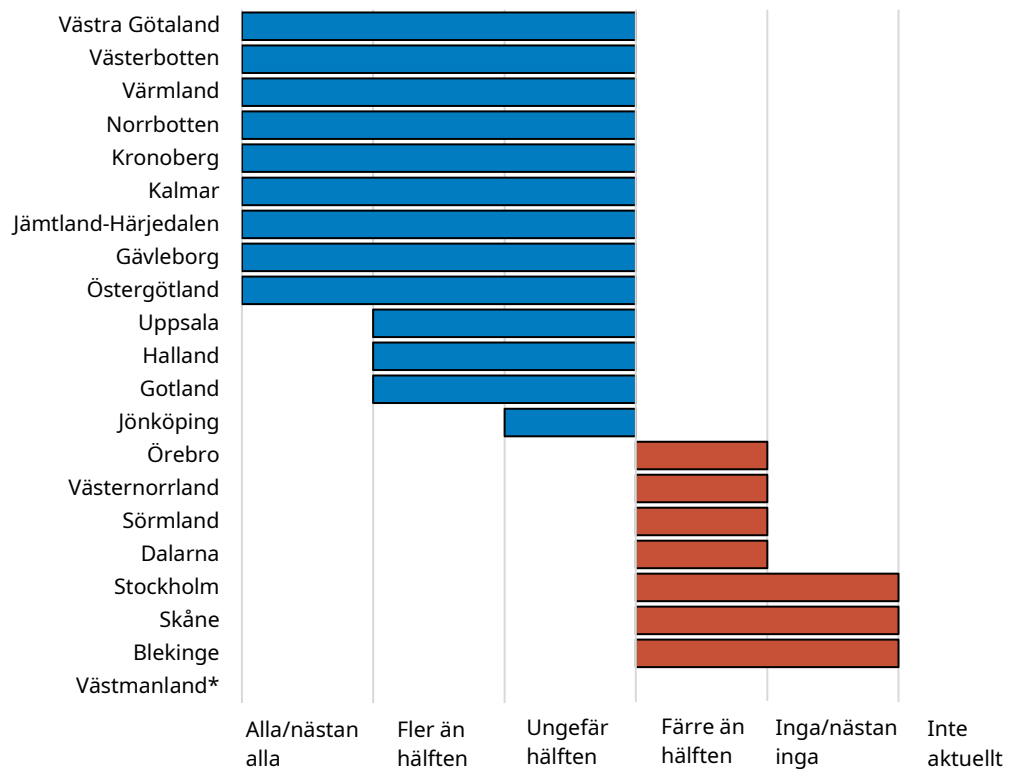


Källa: Socialstyrelsen enkät till vuxenpsykiatri.

Inom habiliteringen uppger 59 procent (14 av 24) av verksamheterna att kognitivt och kommunikativt stöd erbjuds till samtliga, nästan samtliga eller fler än hälften av personerna med autism (figur 35). Detta beror på att habiliteringen oftast har patienter med fastställd diagnos, och alla personer får insatser efter diagnos.

Figur 35. Kognitivt och kommunikativt stöd inom habiliteringen

Andel personer med autism som fått kognitivt stöd inom habiliteringen, 2025



Källa: Socialstyrelsens enkät till habiliteringen.

Enkätundersökningen visar att cirka 60 procent av primärvårdsverksamheterna inte har haft möjlighet att erbjuda kognitivt stöd (130 av 222) eller kommunikativt stöd (140 av 222) till personer med autism. När det gäller kognitivt stöd till personer med adhd har 55 procent (123 av 222) av verksamheterna inte kunnat erbjuda detta.

Bland verksamheter med uppdrag inom första linjen uppger 47 procent (26 av 55) att de inte har haft möjlighet att erbjuda kognitivt stöd och 53 procent (29 av 55) att de inte har kunnat erbjuda kommunikativt stöd till personer med autism. För kognitivt stöd till personer med adhd gäller att 45 procent (25 av 55) inte har haft möjlighet att erbjuda detta.

Huvudorsaken till att kognitivt eller kommunikativt stöd inte erbjuds inom primärvården är att dessa insatser ofta ges inom habiliteringen, specialistvården eller av andra primärvårdsorganisationer, till exempel primärvårdsrehabilitering.

De verksamheter som erbjuder kognitivt och kommunikativt stöd gör det ofta inom ramen för olika program eller terapier, till exempel adhd-hjälpen, ReDo (arbetsterapeutisk gruppmetod), KBT, grupputbildningar via psykosocialt team eller psykoedukation. Dessa insatser sker ofta i samverkan med specialistvård och kommun.

Bland verksamheter som uppger att de saknar möjlighet att erbjuda kognitivt och kommunikativt stöd finns det vissa som ändå kan erbjuda bedömningssamtal med psykolog eller psykoterapeut.

De främsta utmaningarna är brist på resurser och kompetens samt otydlig ansvarsfördelning och oklarhet kring vilken vårdnivå som ansvarar för patientgruppen. Flera verksamheter anser att ansvaret för dessa insatser bör ligga hos psykiatri och habiliteringen och att det inte ingår i primärvårdens uppdrag. Dessutom uppges efterfrågan från patienterna vara begränsad.

Inom förstalinjen som organiseras inom barn- och ungdomspsykiatri uppger ingen verksamhet att de erbjuder kognitivt eller kommunikativt stöd till personer med autism, eftersom ansvaret ligger på habiliteringen och verksamheterna enbart ansvarar för utredning. Kognitivt stöd till patienter med adhd erbjuds av 57 procent (4 av 7) av verksamheterna, där arbetsterapeuter är den huvudsakliga yrkesgruppen. Första linjens verksamheter ger stöd vid misstanke om adhd eller autism, men när diagnos har fastställts övergår ansvaret till barn- och ungdomspsykiatri.

När det gäller kognitivt och kommunikativt stöd inom elevhälsan uppger 96 procent (617 av 642) av grundskolorna att de har haft möjlighet att erbjuda kognitivt stöd till elever med adhd eller autism, och 88 procent (563 av 642) möjlighet att erbjuda kommunikativt stöd till elever med autism. För gymnasieskolor är motsvarande siffror 92 procent för kognitivt stöd och 88 procent för kommunikativt stöd till elever med autism.

Stöd för föräldraskap, arbete och boende

Möjligheten att påverka sina egna livsvillkor och vara delaktig i samhället är viktig för god hälsa. Om denna möjlighet saknas kan det leda till utanförskap och maktlöshet. För personer med adhd och autism kan det vara särskilt utmanande att hantera vardagens olika delar, som föräldraskap, arbete och dagliga rutiner. Olika insatser kan förbättra möjligheterna till delaktighet utifrån individens egna förutsättningar.

Boendestöd

Bv63. Rekommendation att erbjuda boendestöd till vuxna med adhd eller autism som har svårigheter att klara hemlivet (den dagliga livsföringen) utan stöd.

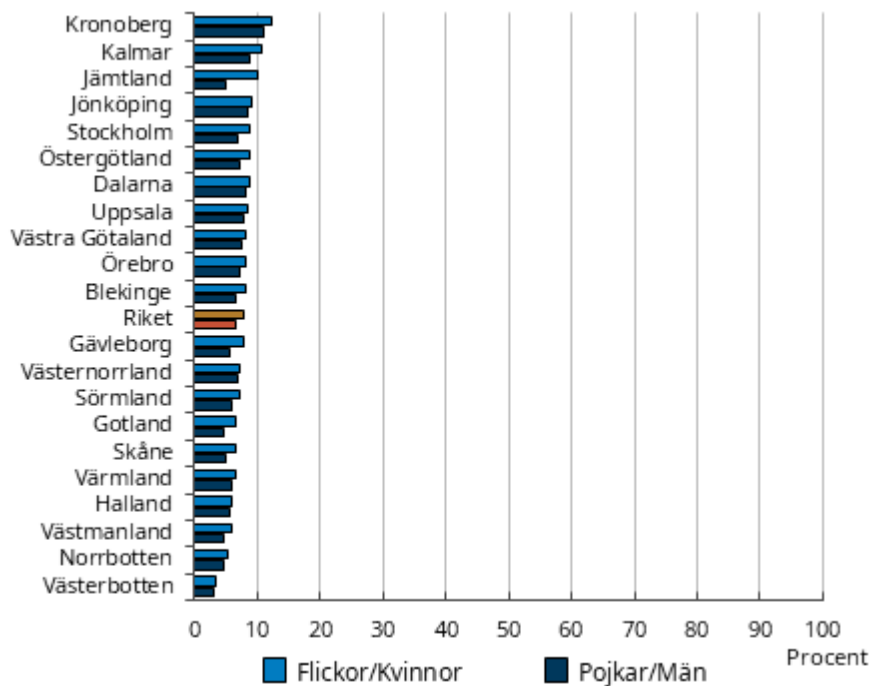
Rekommendation till socialtjänsten i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 2).

Boendestöd är en viktig insats för vuxna med adhd eller autism som har svårt att klara vardagen och det dagliga livet. Stödet ges av socialtjänsten och syftar till att stärka personens förmåga att hantera vardagsrutiner, planera hushållsarbete och delta i aktiviteter utanför hemmet. Boendestöd kan också öka möjligheten att delta i arbetslivet och bidra till ökad självständighet och livskvalitet. För personer med större behov kan bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen (2025:400) eller LSS vara aktuellt. Boendestöd är en insats med hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

Resultaten visar att knappt 10 procent av vuxna med adhd får boendestöd. Det skiljer drygt 10 procentenheter mellan den region med högst respektive lägst andel som får boendestöd (figur 36).

Figur 36. Andelen vuxna med adhd som får boendestöd

Andel personer med adhd diagnos som bor i ordinärt boende och får boendestöd, 2022

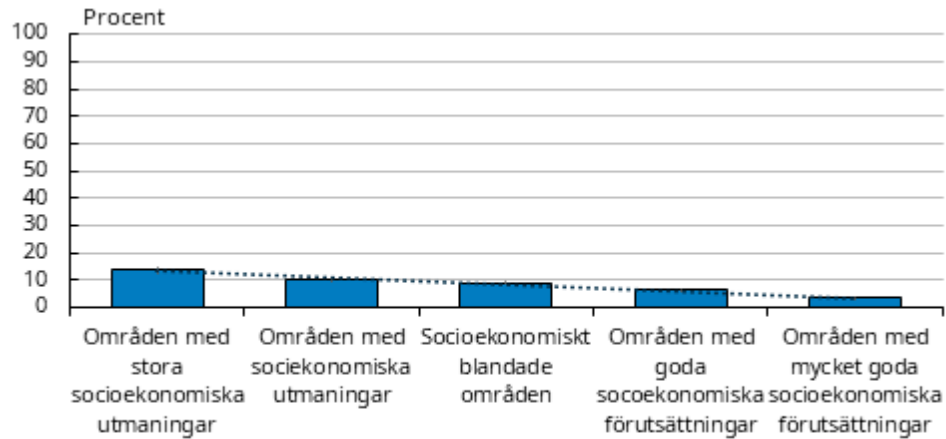


Källa: Patientregistret och LSS registret, Socialstyrelsen

Boendestöd till personer med adhd ges i större utsträckning till personer i socioekonomiskt utsatta områden. Det skiljer nästa 10 procentenheter mellan de området med störst utmaning och det områden med störst förutsättningar (figur 37).

Figur 37. Boendestöd till personer med adhd uppdelat på socioekonomiska statistikområden

Andel personer med adhd diagnos som bor i ordinärt boende och får boendestöd uppdelade på socioekonomiskt område, 2022

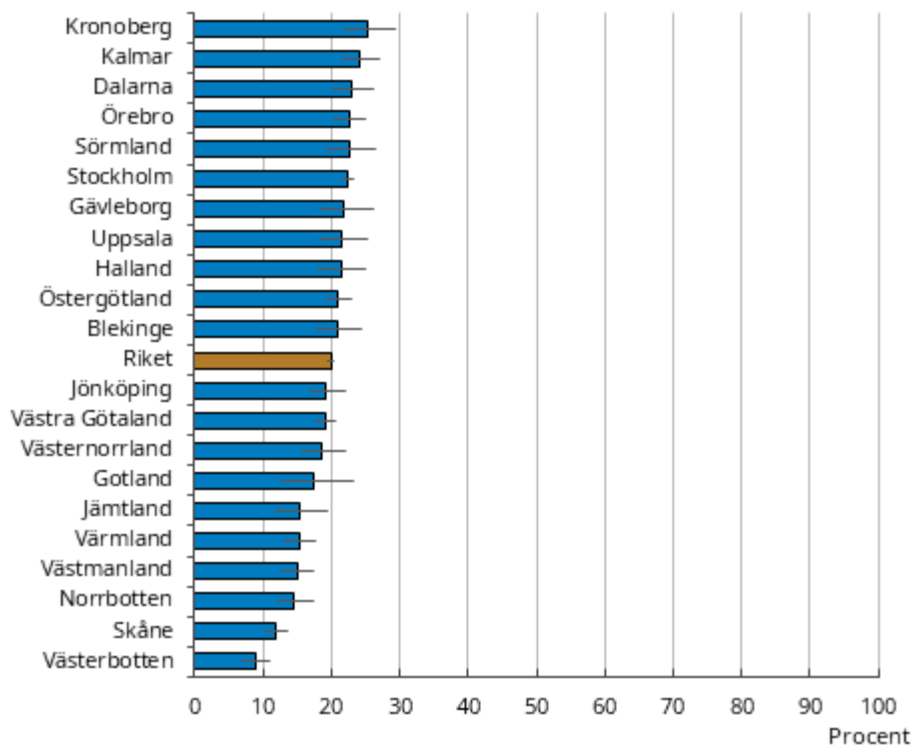


Källa: Patientregistret, LSS registret, socialstyrelsen samt REGSO, SCB.

Resultaten visar att knappt 20 procent av personer med autism får boendestöd. Det skiljer drygt 15 procentenheter mellan den region med högst respektive lägst andel som får boendestöd (figur 38).

Figur 38. Andelen vuxna med autism som får boendestöd i ordinärt boende.

Andel personer med autism diagnos som bor i ordinärt boende och får boendestöd, 2022.

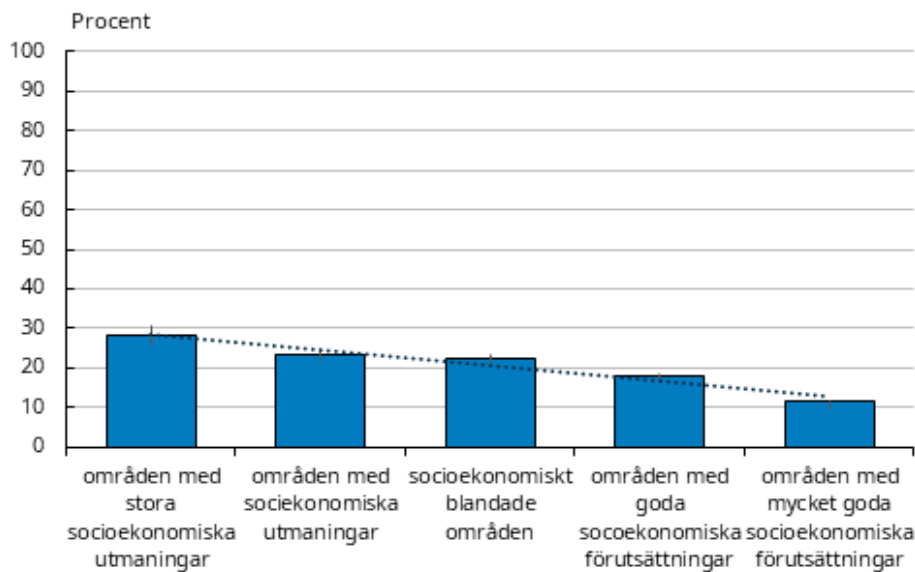


Källa: Patientregistret och LSS registret, Socialstyrelsen.

Boendestöd till personer med autism ges i större utsträckning till personer i socioekonomiskt utsatta områden. Det skiljer nästan 20 procentenheter mellan de områden med störst utmaning och de områden med störst förutsättningar (figur 39).

Figur 39. Boendestöd till personer med autism uppdelat på socioekonomiska statistikområden

Andel personer med autism diagnos som bor i ordinärt boende och får boendestöd uppdelade på socioekonomiskt område, 2022.



Källa: Patientregistret, LSS registret, Socialstyrelsen samt REGSO, SCB.

Föräldraskapsstöd

B60. Rekommendation att erbjuda föräldraskapsstöd till personer med adhd eller autism som är vårdnadshavare.

Rekommendation till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

Enkätundersökningen till vuxenpsykiatrien visar att 40 procent (13 av 33) av verksamheterna erbjuder föräldraskapsstöd till personer med adhd och 36 procent (12 av 33) till personer med autism. Även om föräldraskapsstöd inte erbjuds finns ofta möjlighet för patienten att bjuda in en anhörig för att ge information om diagnos och behandling.

I kommunerna erbjuder 77 procent (57 av 74) föräldraskapsstöd, men stödet är generellt och inte särskilt riktat till specifika diagnoser. I flera kommuner där föräldraskapsstöd inte erbjuds planeras utveckling av detta inom en snar framtid.

Individanpassat stöd till arbete

Bv61. Rekommendation om att erbjuda individanpassat stöd till arbete (IPS-modellen) till personer med adhd eller autism med ingen eller svag anknytning till arbetsmarknaden.

Rekommendation till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

Inom vuxenpsykiatri har 24 procent (8 av 33) av verksamheterna erbjudit individanpassat arbetsstöd till personer med adhd och 21 procent (7 av 33) till personer med autism. Bland kommunerna har 50 procent (37 av 74) erbjudit IPS.

IPS erbjuds inom psykiatri främst till patienter med psykossjukdom, men i vissa öppenvårdsenheter finns det även för personer med adhd och autism, även om det ännu inte är implementerat överallt. Det har också förekommit projekt i samarbete med kommunerna, till exempel genom samordningsförbund (FINSAM), och nya projekt planeras tillsammans med kommunerna.

På kommunal nivå sker samarbete mellan socialtjänsten och kommunala förvaltningar på arbetsmarknadsområdet och det finns initiativ för att ta fram modeller för arbetsstöd. IPS-modellen används även inom daglig verksamhet.

Psykologiska insatser

Positivt beteendestöd

Bb7, Bv7. Rekommendation att erbjuda positivt beteendestöd (PBS) för personer med autism och utmanande beteende.

Rekommendation till hälso- och sjukvården och socialtjänst i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 1).

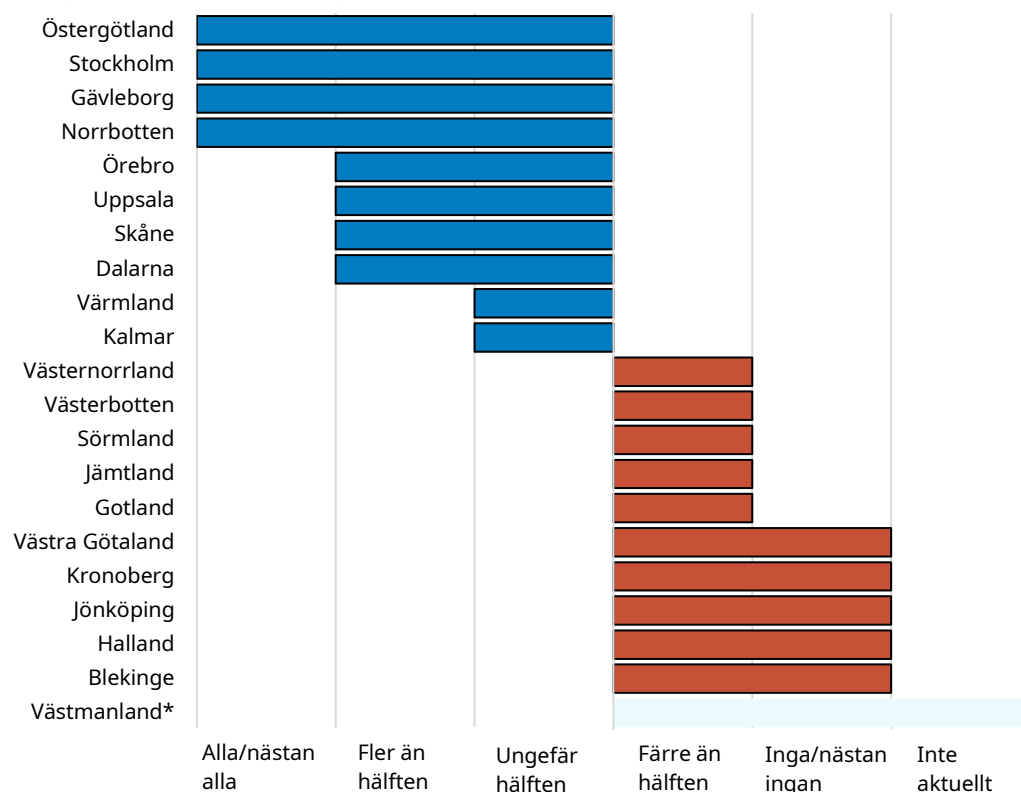
Positivt beteendestöd erbjuds till färre än hälften eller inga patienter med autism i 41 procent (9 av 22) av verksamheterna inom BUP, 54 procent (18 av 33) inom vuxenpsykiatri och 54 procent (13 av 24) inom habiliteringen (figur 42). Många verksamheter inom BUP (59 procent, 13 av 22) och vuxenpsykiatri (33 procent, 11 av 33) anger att PBS inte är aktuellt att erbjuda.

Orsaken kan vara brist på tillgänglig utbildning i metoden, vilket gör att verksamheterna inte kan erbjuda PBS. Inom habiliteringen ges PBS utifrån behov, inte till alla, och ofta i anpassad form. I vissa verksamheter är PBS inte känt som koncept, men man arbetar ändå med att förstärka positivt beteende genom andra metoder.

I kommunenkäten rapporterar 89 procent (66 av 74) att de inte erbjuder PBS. Kommentarer visar att en del har börjat införa metoden, men att den ännu inte är fullt implementerad. Vissa säger att PBS erbjuds, men behov finns av bättre samordning och utveckling av metoden.

Figur 40. Positiv beteendestöd till personer med autism

Antal personer med autism som positiv beteendestöd inom habiliteringen, 2022-2024.



Källa: Socialstyrelsen enkät till habiliteringen.

Mångsidiga intensiva beteendeinsatser (EIBI)

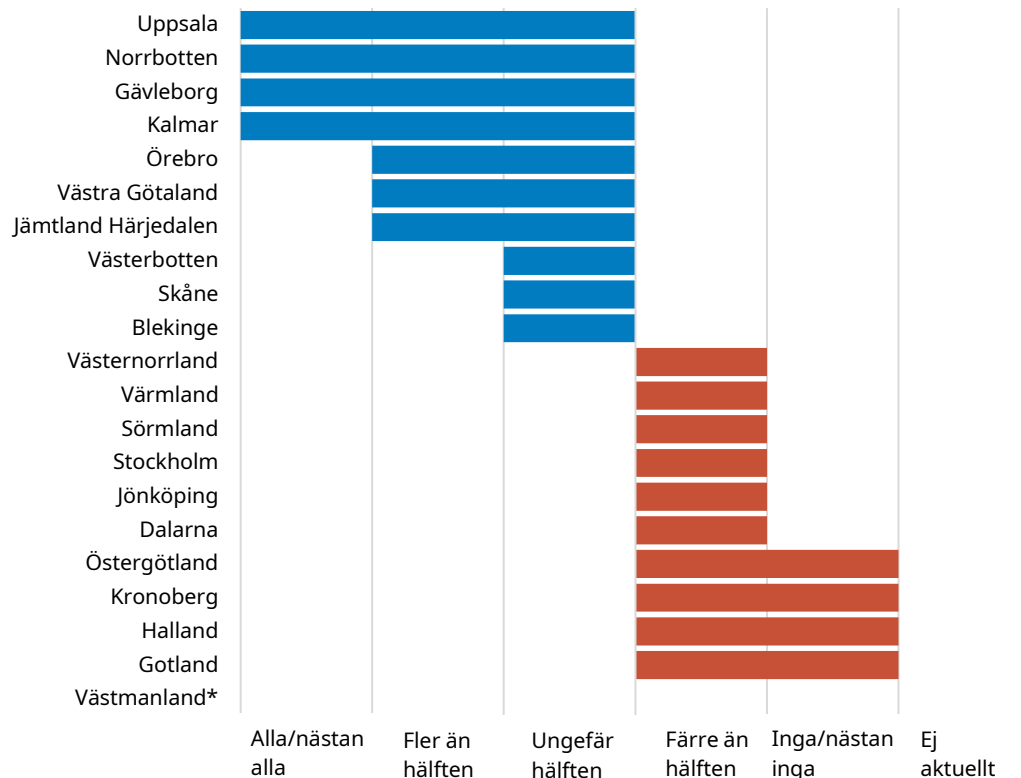
Bb52. Rekommendation att erbjuda mångsidiga intensiva beteendeinsatser (EIBI). för barn i åldern 0-5 år med autism.

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 2).

EIBI tillhandahålls inom barn- och ungdomspsykiatri av 14 procent (3 av 22) av verksamheterna och inom habiliteringen av 29 procent (7 av 24) till fler än hälften av patienterna med autism. En stor andel (73 procent, 16 av 22) av BUP-verksamheterna uppger att det inte är aktuellt att erbjuda EIBI. Mer än hälften av habiliteringsverksamheterna rapporterar att EIBI ges till färre än hälften av patienterna med autism (figur 41).

Figur 41. EIBI till barn- och unga med autism inom habiliteringen

Andel barn och unga med autism som har fått EIBI inom habiliteringen, 2025.



Källa: Socialstyrelsens enkät till habiliteringen

En bidragande orsak kan vara att barn- och ungdomspsykiatri ofta remitterar patienter till habiliteringen för insatser som EIBI, och enligt habiliteringsverksamheterna ges EIBI utifrån individuellt bedömt behov snarare än generellt till alla med autismdiagnos. De verksamheter som tillhandahåller EIBI följer inte programmet strikt, utan anpassar insatsen efter patientens svårigheter och förutsättningar i nätverket.

En utmaning är att vissa kommuner avböjer EIBI som metod, vilket gör att habiliteringen ibland erbjuder alternativa insatser i hemmiljö. En verksamhet framhåller att det finns resurser för att erbjuda EIBI till fler barn, men att bristande samverkan med vissa större kommuner utgör ett hinder för att barnen ska få insatsen i den omfattning som bedöms nödvändig.

KBT vid autism och symtom på ångest

Rekommendation att erbjuda KBT anpassad till barn med autism till barn med autism och symtom på ångest.

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 2).

Inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) uppger 36 procent (8 av 22) av verksamheterna att autismanpassad KBT har erbjudits till färre än hälften av barnen med autism och ångestsymtom. Vidare anger 45 procent (10 av 22) av BUP-verksamheterna att KBT till barn med autism inte är aktuell. Inom habiliteringen rapporterar 80 procent (19 av 24) av verksamheterna att autismanpassad KBT har erbjudits till inga, nästan inga eller färre än hälften av patienterna med autism. En verksamhet förklarar att habiliteringen inte har uppdraget att tillhandahålla KBT vid psykisk ohälsa, men att insatsen kan erbjudas vid behov om den psykiska ohälsan bedöms vara orsakad av funktionsnedsättningen. Inom primärvården rapporterar 85 procent (136 av 160) att de inte har haft möjlighet att erbjuda autismanpassad KBT.

KBT vid adhd

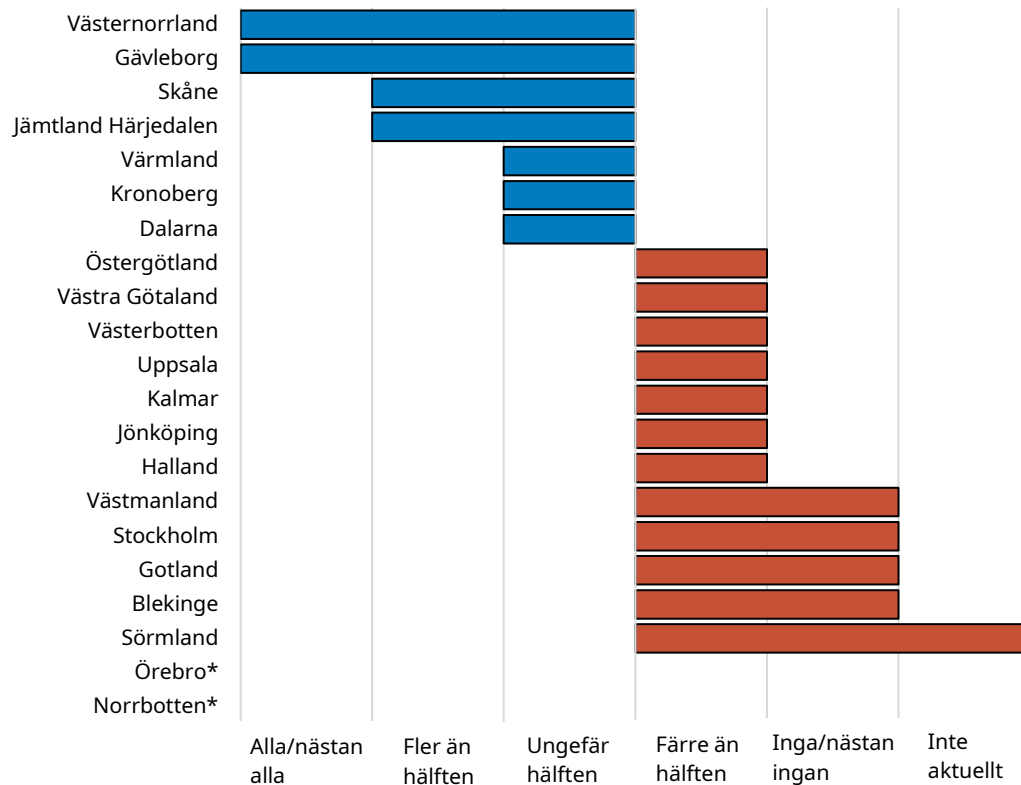
B15a, B15b. Rekommendation att erbjuda KBT inriktad på adhd-symtom till personer i åldern 14 år och uppåt med adhd.

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med prioritet (prioritet 4, 5).

Inom barn- och ungdomspsykiatri anger 64 procent (14 av 22) av verksamheterna att KBT har erbjudits till färre än hälften eller inga ungdomar med adhd (figur 44). Flera verksamheter uppger att KBT inte erbjuds till barn med adhd, med motiveringen att insatsen har begränsat forskningsstöd, är resurskrävande och därför endast ges vid annan samtidig indikation. KBT till vuxna med adhd erbjuds av 24 procent (8 av 33) av verksamheterna inom vuxenpsykiatri till alla, nästan alla eller fler än hälften, medan 58 procent (19 av 33) anger att KBT erbjuds till färre än hälften eller inga personer med adhd. Det framgår att KBT främst ges till personer med adhd som även har ångestproblematik eller depression. Bland primärvårdsverksamheter rapporterar 60–70 procent att de inte har möjlighet att erbjuda KBT till ungdomar eller vuxna med adhd.

Figur 42. KBT inriktad på adhd-symtom till ungdomar med ADHD

Andel barn och unga med adhd som fått KBT inriktad mot adhd symptom inom BUP, 2025.



*Ej svarat

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomspsykiatrien.

Psykoedukation

Bb21, Bv21. Rekommendation att erbjuda psykoedukation till personer med adhd eller autism.

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

Inom barn- och ungdomspsykiatrien uppger 86 procent (19 av 22) av verksamheterna att samtliga, nästan samtliga eller fler än hälften av barnen med adhd har erbjudits psykoedukation. Inom primärvården, där verksamheter har ett eget uppdrag inom Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa, uppger 60 procent (33 av 55) att de inte har haft möjlighet att erbjuda psykoedukation till barn med adhd. Av de verksamheter där Första linjen är organiserad inom barn- och ungdomspsykiatrien har 43 procent (3 av 7) rapporterat att de inte har haft möjlighet att erbjuda psykoedukation till barn med adhd.

När det gäller autism rapporterar 36 procent (8 av 22) av BUP-verksamheterna att psykoedukation har erbjudits till alla, nästan alla eller

fler än hälften av barn och unga med autism. Hälften av verksamheterna anger att psykoedukation för barn och unga med autism inte är aktuell eftersom ansvaret ligger i annan vårdform, framför allt habiliteringen.

Inom habiliteringsverksamheterna uppger 75 procent (18 av 24) att psykoedukation har erbjudits till samtliga, nästan samtliga eller fler än hälften av barn och unga med autism inom verksamheten. Majoriteten av primärvårdsverksamheter (80 procent, 129 av 160) rapporterar att de inte har haft möjlighet att erbjuda psykoedukation till barn och unga med autism.

Till vårdnadshavare till barn med adhd erbjuder samtliga verksamheter inom barn- och ungdomspsykiatri och 43 procent (3 av 7) av verksamheterna där Första linjen är organiserad inom barn- och ungdomspsykiatri psykoedukation. Inom habiliteringsverksamheterna har 84 procent (20 av 24) erbjudit psykoedukation till vårdnadshavare till barn med autism, medan motsvarande andel inom barn- och ungdomspsykiatri är 40 procent, avseende samtliga, nästan samtliga eller fler än hälften av målgruppen. Hälften (50 procent) av verksamheterna inom barn- och ungdomspsykiatri anger att det inte är aktuellt att erbjuda psykoedukation till vårdnadshavare till barn med autism.

Majoriteten (82 procent, 27 av 33) av verksamheterna inom vuxenpsykiatri har erbjudit psykoedukation till alla, nästan alla eller fler än hälften av patienter med adhd. I primärvården rapporterar 67 procent (149 av 222) att de inte har haft möjlighet att erbjuda psykoedukation till personer med adhd eller vårdnadshavare till barn med adhd.

Inom vuxenpsykiatri uppger 40 procent (15 av 33) av verksamheterna att psykoedukation har erbjudits till samtliga, nästan samtliga eller fler än hälften av patienterna med autism. 24 procent av verksamheterna anger att det inte är aktuellt att erbjuda psykoedukation. Verksamheterna uppger att personer som utreds för autism ges individuell återkoppling som inkluderar en kortare och behovsanpassad psykoedukation. Vissa verksamheter anger även att psykoedukation inom vuxenpsykiatri endast ges vid förekomst av samsjuklighet.

Inom habiliteringsverksamheterna rapporterar 54 procent (13 av 24) att psykoedukation har erbjudits till samtliga, nästan samtliga eller fler än hälften av patienterna med autism.

Inom primärvården rapporterar 66 procent (146 av 222) att de inte har möjlighet att erbjuda psykoedukation till vuxna med autism eller till vårdnadshavare till barn med autism. I de fall psykoedukation ges till vuxna eller vårdnadshavare sker det oftast i en mer begränsad och ostrukturerad form, och erbjuds då via första linjen eller i samband med läkarbesök.

Social färdighetsträning till barn

Bb53b Rekommendation att erbjuda social färdighetsträning (manualbaserad) till barn med adhd eller autism och nedsatt social samspelsförmåga, men ingen intellektuell funktionsnedsättning.

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 4).

Social färdighetsträning har erbjudits i barn- och ungdomspsykiatri till alla, nästan alla eller fler än hälften av patienterna med adhd (32 procent, 7 av 22) eller autism (10 procent, 2 av 24). Inom habilitering har 48 procent av verksamheterna erbjudit social färdighetsträning till alla, nästan alla eller fler än hälften av patienterna med autism.

I primärvården anger 85 procent (136 av 160) av verksamheterna att de inte har haft möjlighet att erbjuda social färdighetsträning.

Analys av resultat

Kognitivt och kommunikativt stöd

Kognitivt och kommunikativt stöd är avgörande för att personer med adhd och autism ska kunna delta i vardags- och samhällsliv. Trots detta präglas området av oklarheter, bristande samordning och varierande tillgång. Samverkan mellan aktörer förekommer, men är ofta otillräcklig och behöver stärkas för att individernas behov ska tillgodoses.

En återkommande utmaning är att definitioner och arbetssätt för kognitivt och kommunikativt stöd varierar stort mellan verksamheter. Många efterfrågar tydligare riktlinjer och konkreta exempel på metoder och verktyg. Detta leder till att kvalitet och tillgänglighet blir beroende av lokala resurser och kompetens, snarare än av individens behov.

Större delen av insatserna för barn med autism ges inom habiliteringen, medan BUP ofta inte ansvarar för sådana insatser. För vuxna ges stödet huvudsakligen via habiliteringen, och vuxenpsykiatri har en mycket begränsad roll. Habiliteringen har dock svårt att möta behoven hos alla patienter, särskilt vid högt patienttryck. Insatser ges utifrån bedömt behov, men inte till alla med diagnos, och vissa patienter eller närstående väljer själva att avstå.

Den bristande systematiken och otydligheten kring ansvarsfördelning leder till att många personer med adhd och autism inte får det stöd de behöver. För

att öka likvärdigheten krävs tydligare nationella riktlinjer, ökad kompetens och bättre samverkan mellan skola, vård och socialtjänst.

Stöd för föräldraskap, arbete och boende

Stöd för föräldraskap, arbete och boende är centrala faktorer för delaktighet och självständighet. Analysen visar tydliga regionala och socioekonomiska skillnader, särskilt i tillgången till boendestöd för vuxna med adhd och autism. För adhd är skillnaderna mellan regioner relativt små, men för autism är variationen större. Boendestöd ges i högre utsträckning till personer i utsatta områden, vilket kan tyda på att resurserna i viss mån når dem med störst behov. Samtidigt innebär detta att tillgången till stöd påverkas av bostadsort och socioekonomisk situation.

Den ojämlika resursfördelningen riskerar att förstärka social utsatthet och försvåra möjligheten till självständigt liv för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. För att motverka detta krävs fortsatt fokus på likvärdig resursfördelning och systematisk uppföljning av stödinsatsernas effekt i olika områden.

Psykologiska insatser

Tillgången till psykologiska insatser, såsom EIBI, KBT, psykoedukation och positivt beteendestöd, varierar kraftigt mellan regioner, verksamheter och diagnosgrupper (se figur 42–45). Detta skapar stora skillnader i möjligheten till behandling och stöd, och de som bor i resurssvaga områden eller tillhör grupper med låg prioritet riskerar att stå utan adekvat hjälp.

EIBI, som är högt prioriterat för barn med autism, erbjuds till färre än hälften av patienterna inom habiliteringen. Det innebär att många barn riskerar att gå miste om insatser som kan vara avgörande för deras utveckling och livskvalitet. Psykoedukation ges i olika omfattning beroende på diagnos och vårdform, där barn med adhd oftare får tillgång till insatsen än barn med autism. För vuxna är tillgången till psykoedukation särskilt låg för personer med autism.

KBT, som är evidensbaserad behandling för både adhd och autism med ångest, erbjuds endast till en minoritet av patienterna. Begränsningar motiveras ofta med resursbrist, bristande forskningsstöd eller att insatsen inte prioriteras vid enbart adhd. Detta leder till att många patienter inte får tillgång till rekommenderad behandling, vilket kan försämra funktion och livskvalitet.

Positivt beteendestöd (PBS) är ytterligare ett område där tillgången är mycket begränsad, särskilt inom socialtjänst och verksamhet enligt LSS. Brist på utbildning, metodstöd och samordning gör att insatsen inte når ut till

alla som behöver den, trots att det är en högt prioriterad åtgärd enligt riktlinjerna.

Slutsatsen är att tillgången till psykologiska insatser är ojämlik och ofta otillräcklig, vilket riskerar att förstärka psykisk ohälsa, försämrad funktion och social utsatthet. För att uppnå likvärdig vård krävs att rekommenderade insatser görs tillgängliga för alla, oavsett diagnos, ålder, bostadsort eller socioekonomisk bakgrund.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling vid adhd är en del av ett behandlingsprogram som även bör omfatta psykologiska och psykosociala insatser. Läkemedel kan förbättra uppmärksamhet och koncentration samt minska impulsivitet och hyperaktivitet hos både barn och vuxna med adhd. Läkemedelsbehandling bör inte vara den enda eller första insatsen, men kan vara ett komplement till annan behandling och stöd, till exempel från skolan. Behandlingen bör anpassas till individens behov och effekten följas upp regelbundet av vårdteamet [1].

Sömnbehandling

B3c. Rekommendation att erbjuda läkemedlet melatonin, i kombination med andra insatser till barn från 6 år med adhd och insomni, som har fått stöd för goda sömnvanor men inte fått tillräcklig effekt.

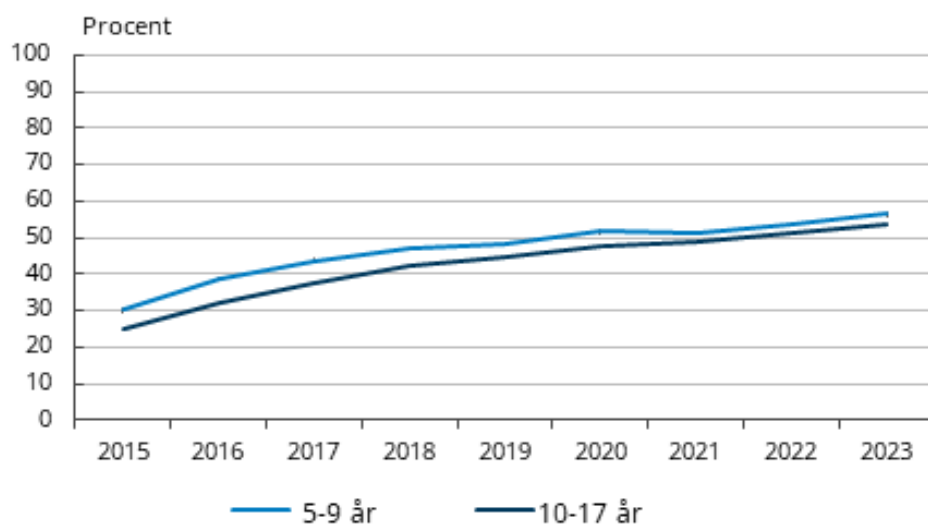
Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

Personer med adhd och autism drabbas ofta av sömnstörningar som kraftigt påverkar både deras och närståendes vardag. Därför erbjuds stöd för att etablera goda sömnvanor genom miljöanpassningar och noggrann kartläggning av sömnproblem och levnadsvanor, ofta med hjälp av en sömndagbok. För många räcker detta stöd, men vid allvarlig insomni kan ytterligare behandling behövas, såsom tyngdtäcke eller kognitiv beteendeterapi (KBT), där individuella anpassningar är avgörande. Läkemedlet Melatonin används vid behandling av insomni hos barn och vuxna med adhd och autism och har god effekt; subvention ges dock endast för barn med adhd i åldern 6–17 år med insomni som inte svarat på andra åtgärder. I Socialstyrelsens riktlinjer [1] prioriteras endast allmänt finansierade insatser och därför finns det ingen rekommendation om melatoninbehandling för barn med autism eller för vuxna med adhd eller autism. För vuxna finns melatonin tillgängligt receptfritt för jetlag eller via recept på långtidsverkande formuleringar, där kostnaden ofta faller på patienten. Behandlingen bör kontinuerligt följas upp och utvärderas.

Resultaten visar att för åldersgruppen 5 till 9 år har andelen barn med adhd som hämtat ut melatonin ökat med drygt 25 procentenheter från 2015 till 2023. För åldersgruppen 10–17 år är ökningen nästan 30 procentenheter från 25 procent 2015 till 54 procent 2025. Det är en större andel barn i den yngre åldersgruppen (5–9 år) med adhd som hämtar ut melatonin jämfört med den äldre åldersgruppen (10–17 år), skillnaden är tre procentenheter (figur 43).

Figur 43. Barn och unga med adhd som behandlats med melatonin

Barn och unga 5–17 år med diagnoserad adhd eller läkemedelsbehandlad för adhd som fått melatonin utskrivet .

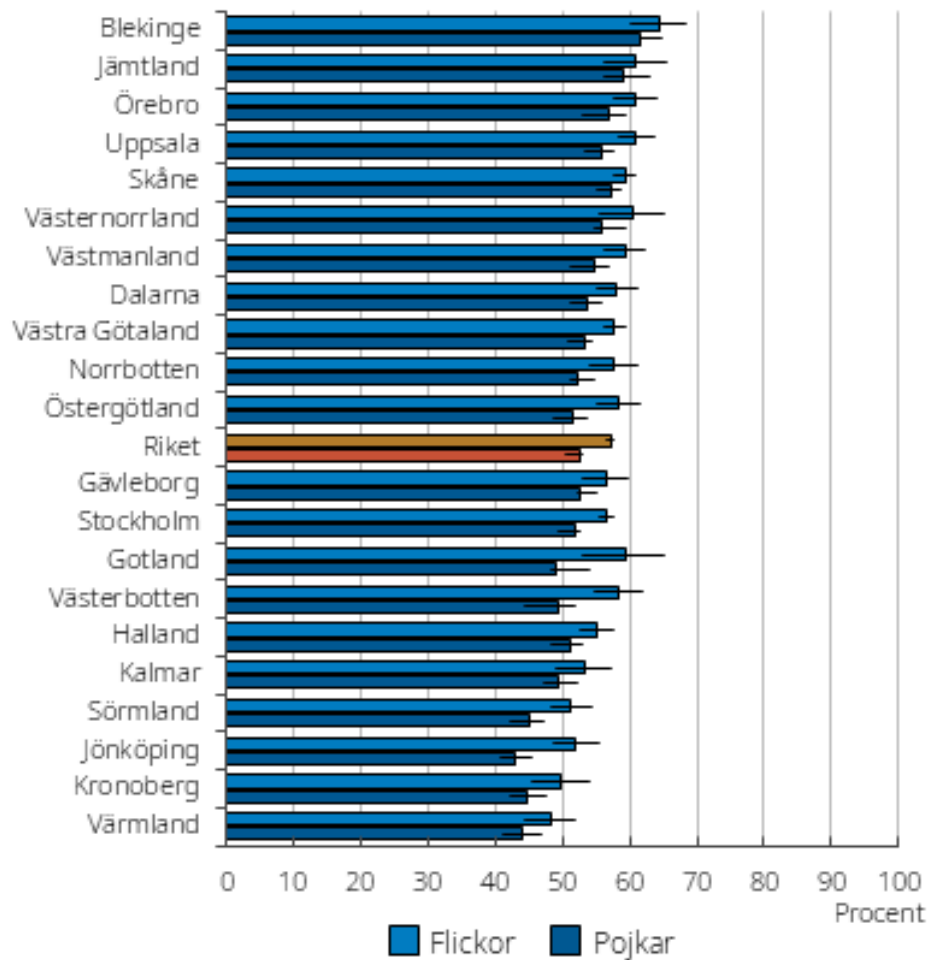


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det finns både könsskillnader och regionala skillnader i hur ofta barn och unga med adhd hämtar ut melatonin. Flickor med adhd hämtar ut melatonin oftare än pojkar. Regionala skillnader är stora: andelen barn och unga med adhd som hämtar ut melatonin är nästan 20 procentenheter högre i den regionen med högst andel jämfört med regionen med lägst andel (figur 44).

Figur 44. Pojkar och flickor med adhd som behandlats med melatonin

Barn och unga 5-17 år med adhd-diagnos eller läkemedelsbehandling för adhd som fått melatonin utskrivet uppdelat på kön och region år 2023.

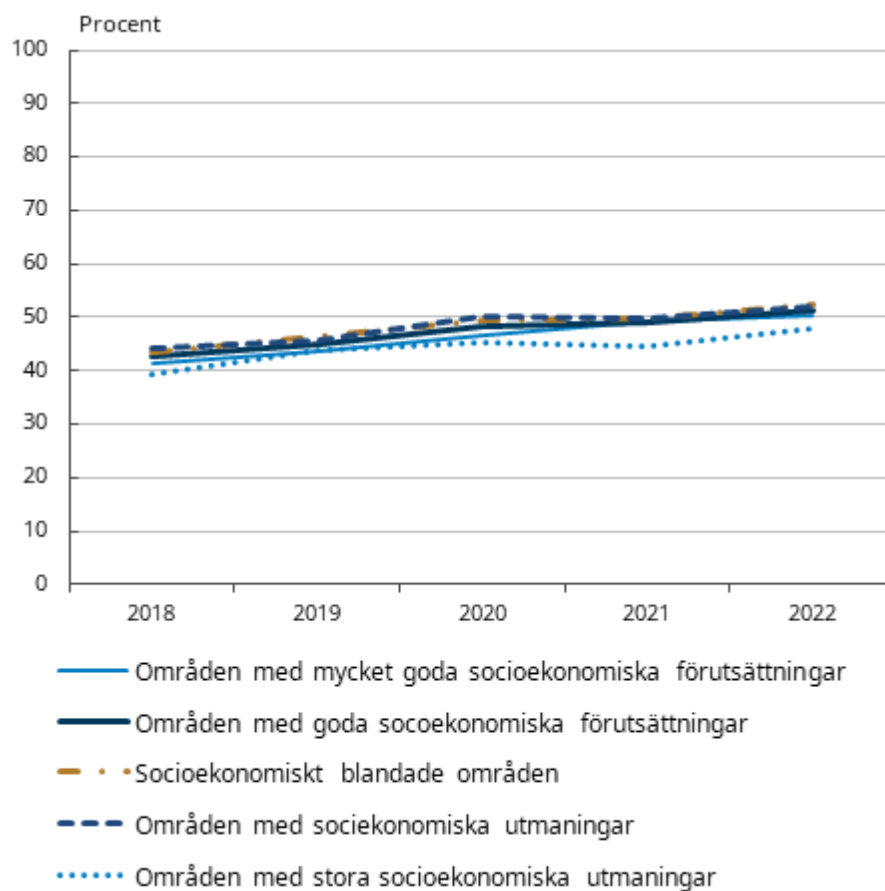


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Socioekonomiska skillnader när det gäller uthämtat melatonin är små. Sedan 2020 har en lägre andel personer med diagnos i områden med stora socioekonomiska utmaningar hämtat ut melatonin. Skillnaden är cirka fem procentenheter (figur 45).

Figur 45. Barn och unga med adhd som behandlats med melatonin

Barn och unga 5-17 år med adhd-diagnos eller läkemedelsbehandling för adhd som fått melatonin utskrivet uppdelat regionala sttistikområden (REGSO), 2018-2023.

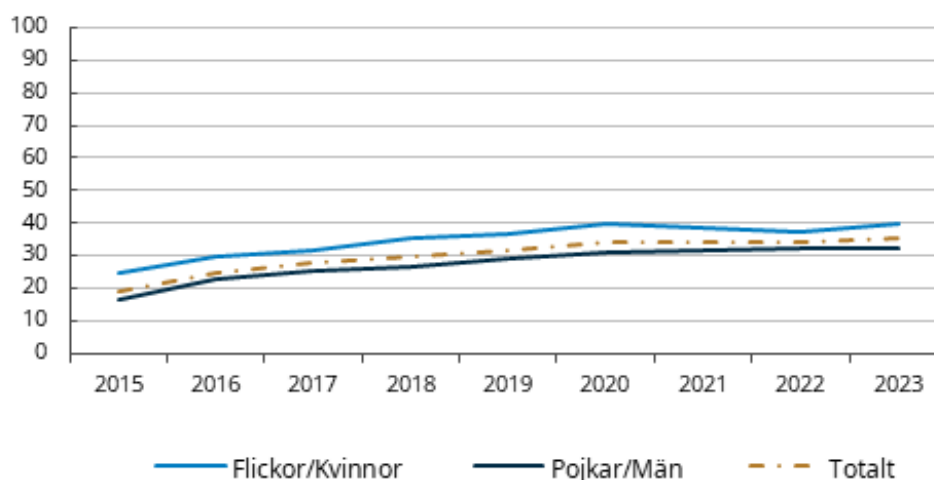


Källa: Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Regionala statistikområden, SCB.

Sedan 2015 har uthämtningen av melatonin bland patienter åldern 5–17 år med autism ökat successivt. Ökningen motsvarar drygt 10 procentenheter (figur 46).

Figur 46. Barn och unga med autism som behandlats med melatonin

Barn och unga 5–17 år med autism-diagnos som fått melatonin utskrivet (efter diagnostillfället/per kalenderår).

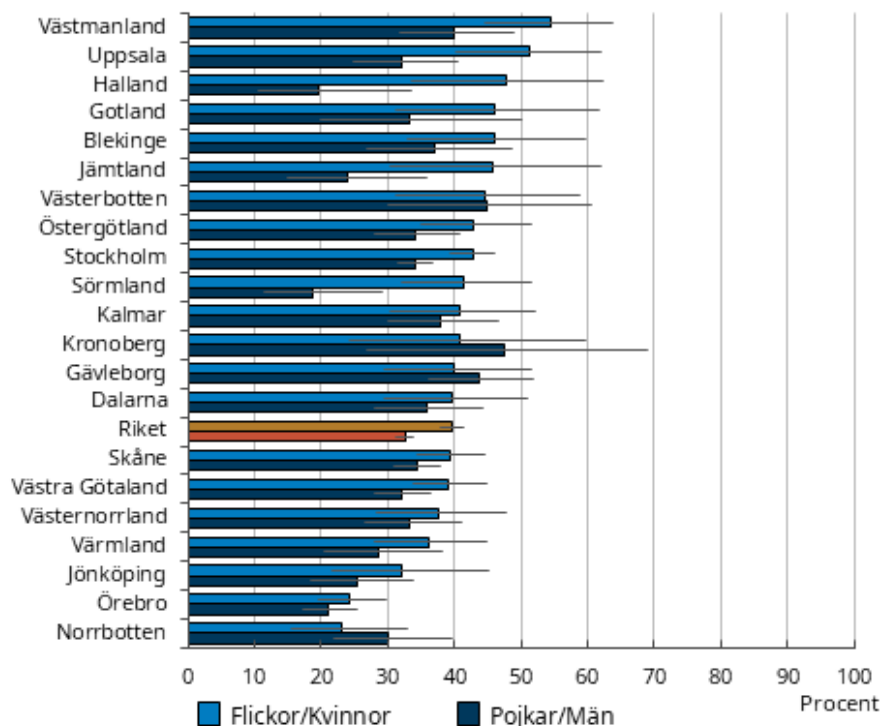


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det finns könsskillnader och regionala skillnader i hur ofta barn och unga med adhd hämtar ut melatonin. Flickor med adhd hämtar ut melatonin oftare än pojkar. Regionala skillnader är stora: andelen barn och unga med adhd som hämtar ut melatonin är nästan 20 procentenheter högre i den regionen med högst andel jämfört med den regionen med lägst andel (figur 47).

Figur 47. Barn och unga med autism som behandlats med melatonin

Barn och unga 5-17 år med autism som hämtat ut melatonin, uppdelat på kön och region, år 2023.

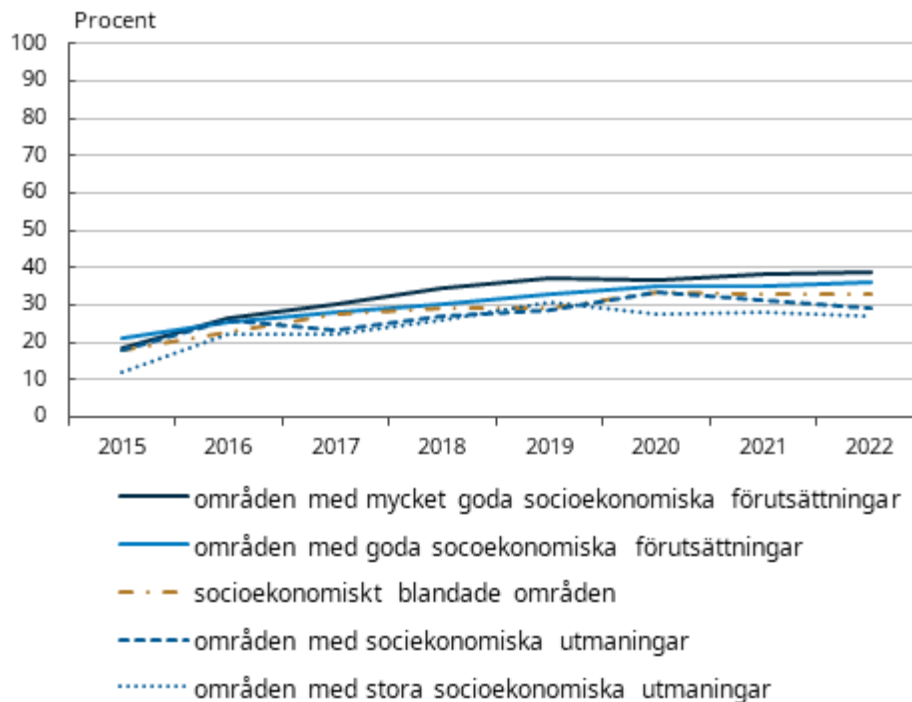


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Andelen barn och unga som hämtar ut melatonin skiljer sig mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar. I områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar är andelen nästan 10 procentenheter högre än i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Både den totala andelen uthämtat melatonin och skillnaderna mellan områden har ökat över tid, från 2015 och framåt (figur 48).

Figur 48. Barn och unga med autism som behandlats med melatonin

Barn och unga 5-17 år med autism utan co morbid adhd som fått melatonin utskrivet uppdelat regionala statistikområden (REGSO), 2015-2022.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Regionala statistikområden, SCB.

Läkemedelsbehandling vid adhd

Läkemedelsbehandling vid adhd bör kombineras med andra insatser och följas upp regelbundet. Den kan ingå i ett behandlingsprogram som omfattar psykologiska och psykosociala insatser. Behandling som pågår längre än ett år har lägre prioritet, eftersom det saknas vetenskapligt stöd för långtidseffekt.

Centralstimulerande läkemedel mot adhd

Bb5, Bv5. Rekommendation att erbjuda centralstimulerande adhdläkemedel i upp till 1 år, med regelbunden uppföljning till barn och vuxna från 6 år med adhd.

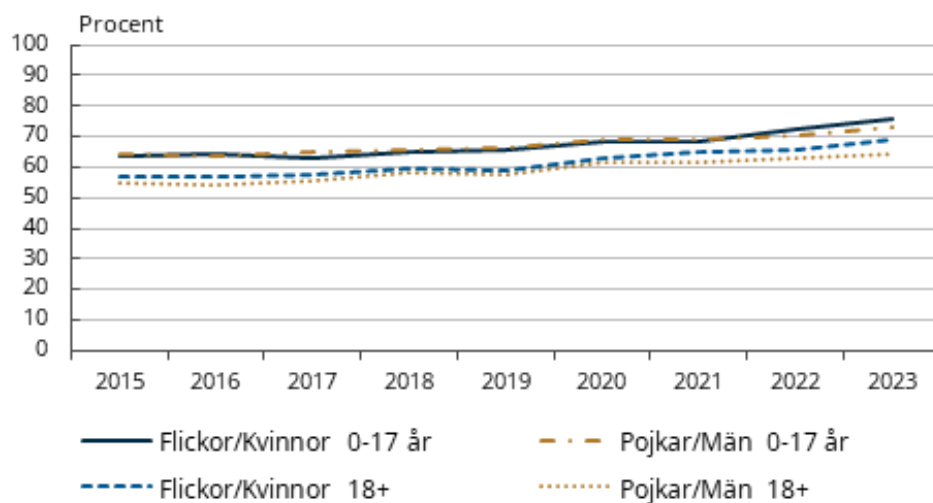
Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

Centralstimulerande läkemedel, såsom metylfenidat, dexamfetamin och lisdexamfetamin, används för både barn och vuxna med adhd och utgör en viktig del av behandlingen. Dessa läkemedel har visat måttlig till stor effekt på kärnsymtom vid adhd, såsom uppmärksamhetsproblem, impulsivitet och hyperaktivitet. Klinisk erfarenhet och forskning visar att centralstimulerande läkemedel kan ge stor nytta och bidra till förbättrad funktion och livskvalitet, särskilt hos vuxna. Behandlingen bör kombineras med andra insatser och följas upp regelbundet för att anpassas efter individens behov [1].

Resultaten visar att andelen personer med nydiagnostiserad adhd som hämtat ut centralstimulerande läkemedel under det första året har ökat med drygt tio procentenheter, från 64 procent 2015 till 75 procent 2023. År 2023 var andelen flickor som hämtade ut centralstimulerande läkemedel något högre än andelen pojkar. Bland nydiagnostiserade vuxna har mellan 50 och 60 procent hämtat ut centralstimulerande läkemedel under det första året med adhd-diagnos mellan 2015 och 2023 (figur 49).

Figur 49. Andel barn och vuxna med nydiagnostiserad adhd som hämtat ut centralstimulerande läkemedel under 1 års tid, 2015–2023.

Andel barn från sex år och vuxna med nydiagnostiserad adha som hämtat ut centralstimulantia uppdelat kön och ålder 2015-2023.

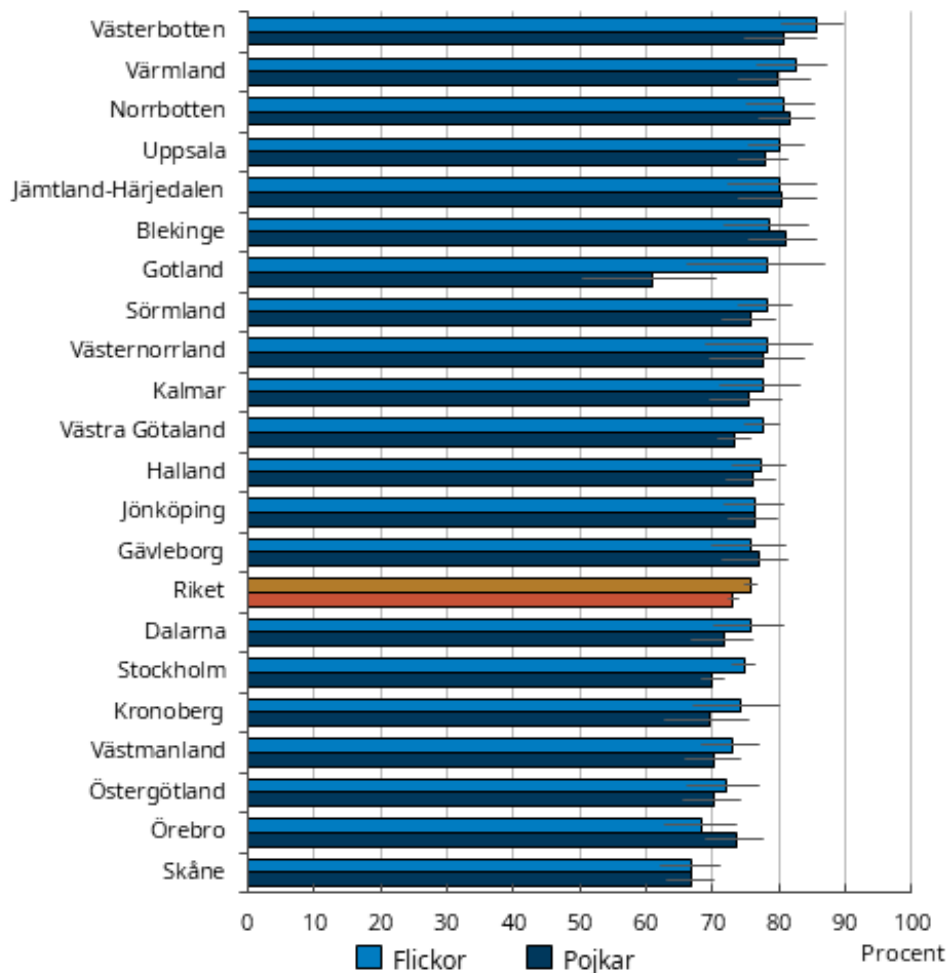


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Skillnaden mellan den region med högst och lägst andel barn från 6 år som hämtat ut centralstimulantia är drygt 10 procentenheter. Generellt är de geografiska skillnaderna mellan könen små i de flesta regioner (figur 50).

Figur 50. Andel barn med nydiagnostiserad adhd som hämtat ut centralstimulerande läkemedel fördelat på region, 2023.

Andel barn från sex år med nydiagnostiserad adhd som hämtat ut centralstimulantia under 1 års tid uppdelat kön och region 2023.

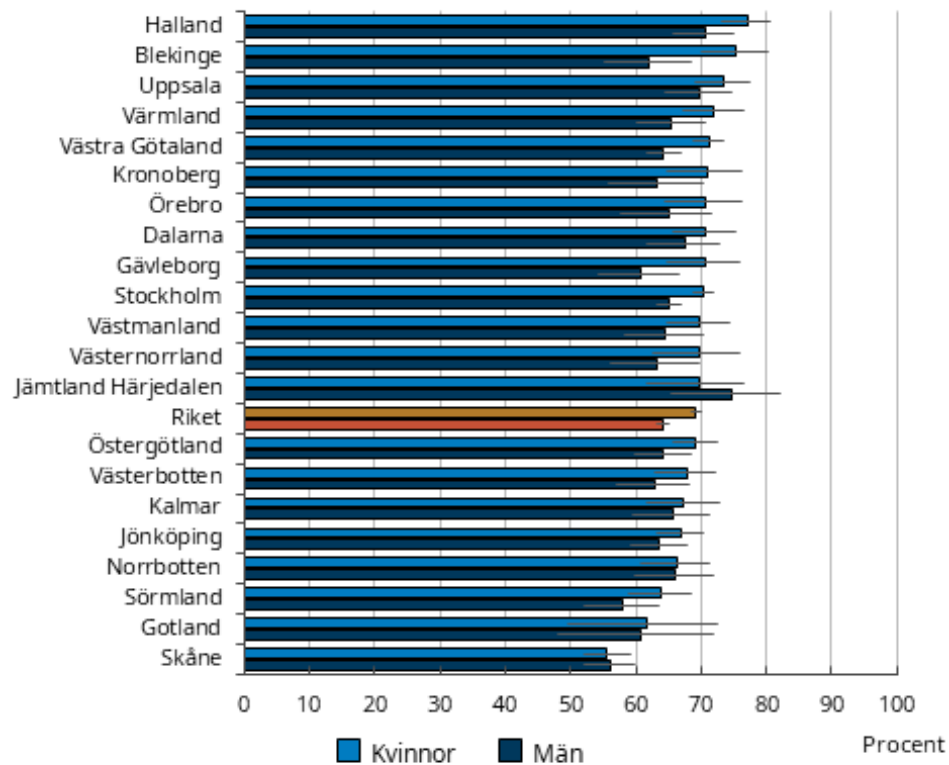


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bland vuxna med nydiagnostiserad adhd som hämtat ut centralstimulerande läkemedel inom ett år skiljer det ungefär 15 procentenheter mellan den regionen med högst andel (drygt 80 procent) och den med lägst andel (drygt 65 procent). I flera regioner finns variationer mellan könen (figur 51).

Figur 51. Andel vuxna med nydiagnostiserad adhd som hämtat ut centralstimulerande läkemedel under 1 års tid fördelat på region, 2023

Andel vuxna personer med nydiagnostiserad adhd som hämtat ut centralstimulantia under 1 års tid uppdelat kön och region 2023.

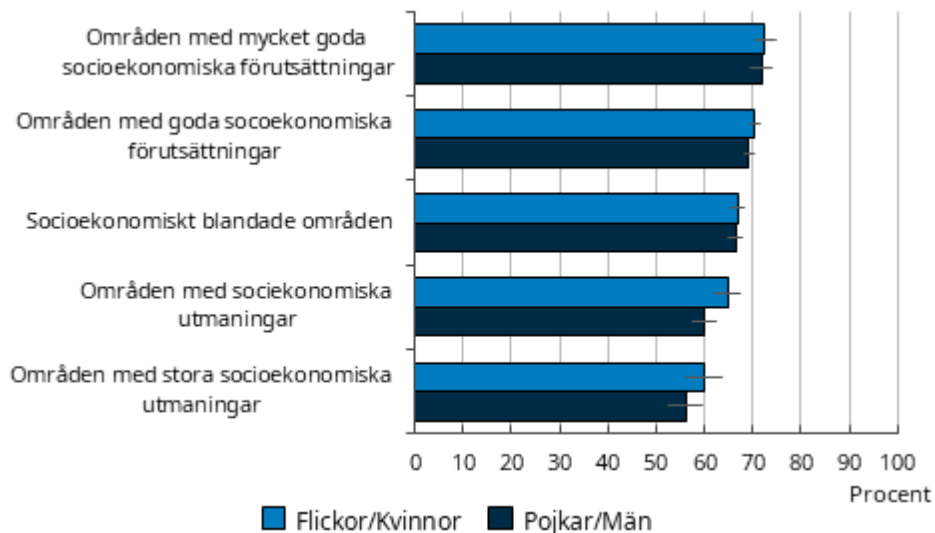


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Resultaten visar att det finns socioekonomiska skillnader i uthämtning av centralstimulerande läkemedel bland nydiagnostiserade personer med adhd. Andelen som hämtar ut centralstimulerande läkemedel är större i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (drygt 70 procent) jämfört med områden med stora socioekonomiska utmaningar (drygt 60 procent). Skillnaden mellan områdena är nästan 15 procentenheter (figur 52).

Figur 52. Andel barn från 6 år och vuxna med nydiagnostiserad adhd som hämtat ut centralstimulerande läkemedel under 1 års tid, fördelat på socioekonomiskt område 2022

Andel barn från 6 år och vuxna personer med nydiagnostiserad adhd som hämtat ut centralstimulantia under 1 års tid uppdelat regionala statistikområden (REGSO), 2022.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Regionala statistikområden, SCB.

Icke-centralstimulerande läkemedelsbehandling mot adhd

Bb6, Bv6 Rekommendation att erbjuda icke-centralstimulerande adhdläkemedel i upp till 1 år, med regelbunden uppföljning till vuxna och barn från 6 år med adhd

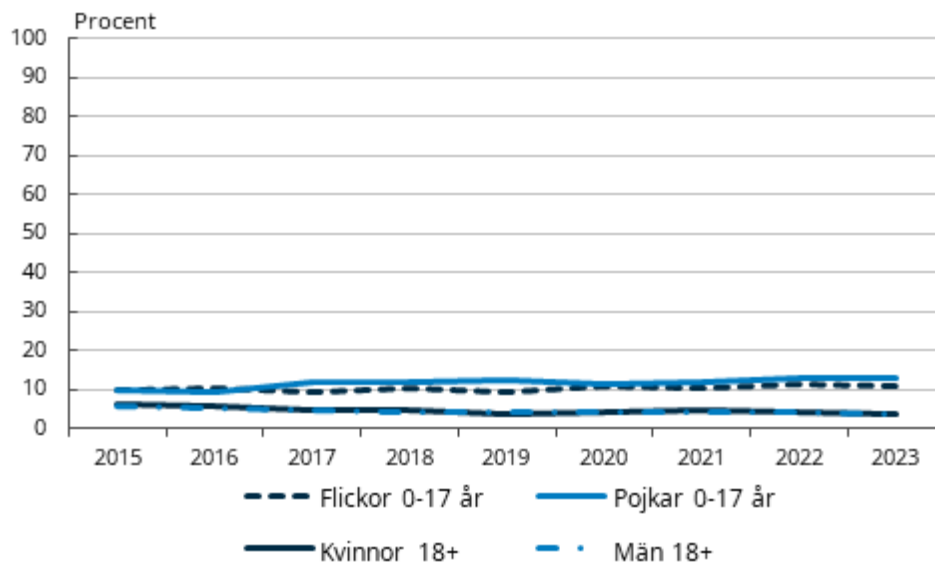
Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med prioritet (prioritet 4).

Icke-centralstimulerande läkemedel, som atomoxetin och guanfacin, är viktiga alternativ för barn och vuxna som inte kan använda centralstimulerande läkemedel. Dessa läkemedel erbjuds vanligtvis från 6 års ålder och används med regelbunden uppföljning. De har visat måttlig effekt på kärnsymtom hos barn samt effekt på kärnsymtom, funktion och livskvalitet hos vuxna. Icke-centralstimulerande läkemedel är särskilt betydelsefulla för patienter där centralstimulerande behandling inte är lämplig eller inte ger tillräcklig effekt. Klinisk erfarenhet talar för att nytta med dessa läkemedel överväger eventuella risker, även om erfarenheten är mer begränsad än för centralstimulerande läkemedel.

Resultaten visar att mellan fem och tio procent av barn och vuxna med adhd har hämtat ut icke-centralstimulerande läkemedel. Variationerna över tid är små (figur 53).

Figur 53. Andel barn och vuxna med adhd som hämtat ut icke-centralstimulerande läkemedel under 1 års tid, 2015–2023

Andel barn från sex år och vuxna med adhd som hämtat ut icke-centralstimulantia uppdelat kön och ålder 2015-2023.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Läkemedel mot adhd till personer med adhd och skadligt bruk eller beroende

B13. Rekommendation att erbjuda adhd-läkemedel, med regelbunden uppföljning till personer med adhd och substansbrukssyndrom³, från 13 år.

Rekommendation till hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjerna med hög prioritet (prioritet 3).

Personer med både adhd och skadligt bruk eller beroende har ofta en komplex klinisk bild. Adhd-symtom, såsom impulsivitet, koncentrationssvårigheter och inre oro, kan leda till självmedicinering med alkohol eller droger. Vissa kan behöva adhd-läkemedel för att tillgodogöra sig annan behandling. Centralstimulerande adhd-läkemedel är narkotikaklassade och får endast förskrivas av läkare med

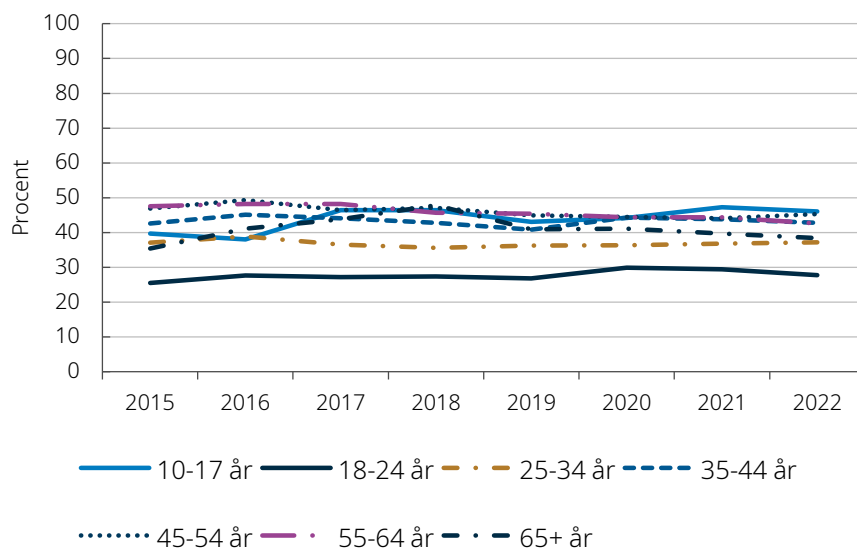
³ Kunskapsunderlaget för denna rekommendation bygger på studier av personer med adhd och det som motsvarar substansbrukssyndrom (gällande alkohol eller narkotika) i diagnosmanualen DSM-5. Substansbrukssyndrom är en sammanslagning av de tidigare diagnoserna missbruk och beroende.

specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri, rättspsykiatri, neurologi eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering.⁴ Det är viktigt att även vuxna och ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem får tillgång till läkemedelsbehandling av adhd vid behov och efter individuell bedömning, tillsammans med stöd riktat mot både funktionsnedsättningen och beroendeproblematiken.

Resultaten visar att mellan 27 och 45 procent av personer 13 år eller äldre, som vårdats med diagnos adhd och diagnoser relaterade till alkohol- eller narkotikamissbruk under samma tidsperiod, har hämtat ut centralstimulerande läkemedel minst två gånger inom 365 dagar efter senaste vårdtillfälle. Resultaten är stabila över tid med endast små variationer. Den största andelen finns i åldersgruppen 10–17 år, där 46 procent av personer med adhd och substansbrukssyndrom behandlas med adhd-läkemedel under 2022. I åldersgruppen 18–24 år är andelen 28 procent, vilket är den lägsta bland de olika åldersgrupperna (figur 54).

Figur 54. Behandling med adhd-läkemedel till personer med adhd och substansbrukssyndrom

Personer med adhd och samtidigt substansbrukssyndrom som behandlats med adhd-läkemedel uppdelat på åldersgrupper under perioden 2015 till 2022.



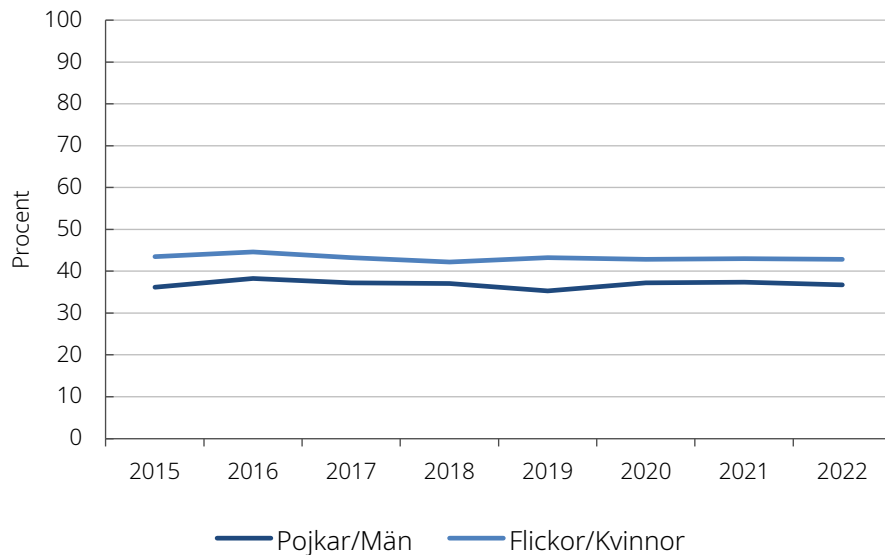
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Resultaten visar stabila men små könsskillnader över tid i hela gruppen. Andelen flickor och kvinnor som behandlas med adhd-läkemedel är cirka 6 procentenheter högre än bland pojkar och män (figur 55).

⁴ 1 § läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel.

Figur 55. Behandling med adhd-läkemedel till personer med adhd och substansbrukssyndrom uppdelat på kön

Personer 13 år eller äldre som vårdats med diagnosen adhd och alkohol- eller narkotikadiagnos som hämtat ut centralstimulerande läkemedel under perioden 2015-2022.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Analys av resultat

Sömnbehandling

Sömnproblem är vanligt vid adhd och autism, och behandling med melatonin är etablerad. Analysen visar dock betydande skillnader i tillgången till sömnbehandling mellan kön, regioner och socioekonomiska grupper. Flickor med adhd får oftare melatonin än pojkar, och regionala skillnader är stora. Det kan bero på olika behandlingsrutiner och tillgång till specialister. Socioekonomiska skillnader är mindre, men barn och unga i områden med goda ekonomiska förutsättningar får i högre grad melatonin än de som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar.

Förändringar i läkemedelsförmånen påverkar också tillgången. Endast barn mellan 6 och 17 år med adhd omfattas av subvention, medan barn med autism och vuxna inte gör det. Kostnaden kan därför bli ett hinder för vissa familjer, särskilt i områden med lägre socioekonomisk status. Sammantaget innebär detta att möjligheten till sömnbehandling påverkas av faktorer som inte är kopplade till individens behov.

Adhd-läkemedel

Uthämtning av centralstimulerande läkemedel vid adhd följer i huvudsak nationella rekommendationer, men även här finns tydliga socioekonomiska

skillnader. Personer i resursstarka områden hämtar oftare ut läkemedel än de i mer utsatta områden. Detta påverkar såväl barn som vuxna och innebär en risk för ojämlik vård och sämre hälsa för vissa grupper.

En särskilt utsatt grupp är personer med både adhd och substansbrukssyndrom, där en låg andel hämtar ut läkemedel trots att behovet är stort. Detta kan försvåra återhämtning och delaktighet i samhället. Små men stabila könsskillnader finns också, där flickor/kvinnor får behandling i något högre utsträckning än pojkar/män.

Slutsatsen är att uthämtning av läkemedel vid adhd inte är fullt ut jämlik, och att tillgången påverkas av faktorer som bostadsort, socioekonomi och kön. För att uppnå jämlik vård krävs att alla grupper får tillgång till behövlig behandling, oavsett bakgrund.

Skola, arbetsliv och hälsan påverkas av adhd och autism

Adhd och autism är neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som påverkar flera viktiga områden i livet, såsom skolgång, arbetsliv och hälsa. För många innebär funktionsnedsättningen svårigheter att nå utbildningsmål, etablera sig på arbetsmarknaden och ta del av förebyggande hälsoinsatser.

Begränsade resurser, brist på individuellt anpassat stöd och ojämlik tillgång till insatser bidrar till att personer med adhd och autism löper ökad risk för utanförskap och sämre hälsa. För att förbättra livsvillkoren för dessa grupper krävs tidiga insatser, kontinuerlig uppföljning och ett individanpassat stöd i både skola, arbetsliv och hälso- och sjukvård.

Skolprestationer hos ungdomar med adhd och autism

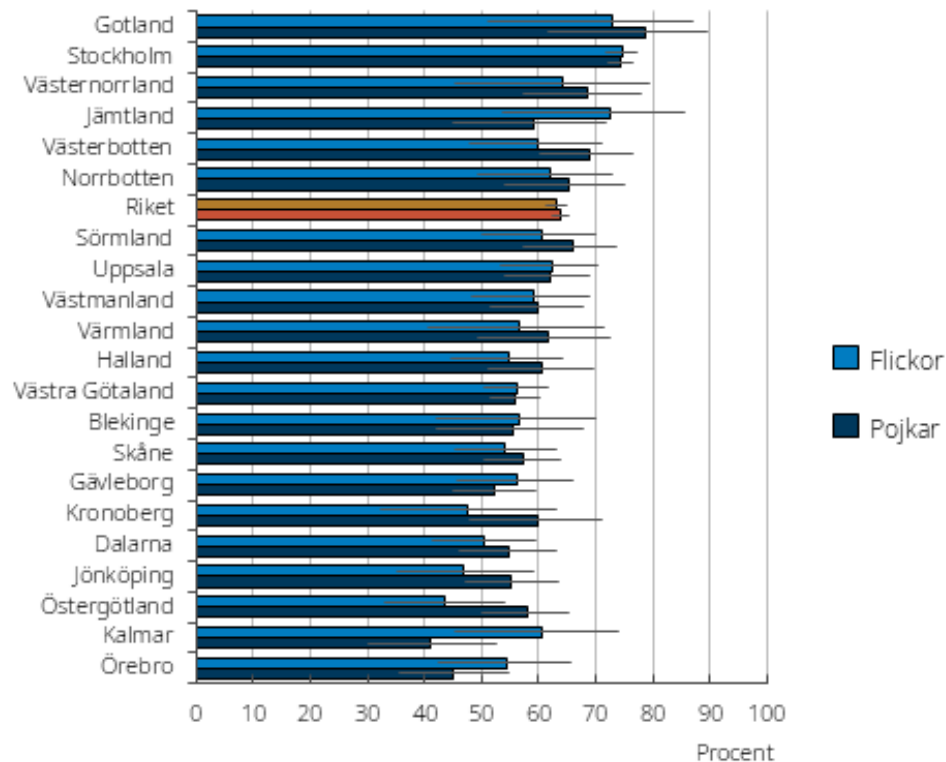
Alltför många elever lämnar grundskolan utan behörighet till ett yrkesprogram på gymnasiet. Våren 2024 var det totalt 19 900 elever som saknade denna behörighet. Dessutom lämnar var fjärde elev gymnasieskolan utan examen. De som inte har gymnasieexamen har sämre möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden, vilket medför en ökad risk för utanförskap, såsom lägre inkomst och sämre hälsa. Barn med adhd som får behandling klarar sig ofta bättre i skolan än de som inte får adekvat stöd. Behandlingen kan omfatta medicinering och psykosociala insatser, vilket hjälper barnen att hantera svårigheter med koncentration, impulsivitet och hyperaktivitet. Detta skapar bättre förutsättningar för lärande och social interaktion. Elever med adhd som får rätt stöd och anpassningar i skolan har större möjlighet att nå sina utbildningsmål. Vidare betonas vikten av tidiga insatser och kontinuerlig uppföljning för att säkerställa att behandlingen är effektiv och anpassad till individens behov. Det är dock viktigt att framgången beror på flera faktorer, såsom kvaliteten på stödet, tillgången till resurser och hur väl behandlingen är integrerad i skolans arbete.

Personer med autism möter ofta särskilda utmaningar i grundskolan, vilket påverkar deras möjligheter att nå godkända betyg. Den traditionella skolmiljön fokuserar på verbal kommunikation och social interaktion, områden där elever med autism kan ha svårigheter. Trots behov av individuellt anpassat stöd är resurserna ofta begränsade och undervisningsmetoderna är inte alltid utformade för att möta de specifika behoven hos elever med autism. Därför riskerar många att inte kunna visa sina faktiska kunskaper, vilket leder till lägre betyg och frustration över skolans system.

Resultaten visar att drygt 60 procent av flickor och pojkar med adhd går ut grundskolan med godkänd behörighet för yrkesgymnasium. Det finns regionala skillnader där det skiljer cirka 30 procentenheter mellan den region med högst respektive lägst andel ungdomar med adhd som klarar godkända betyg för yrkesgymnasium (figur 56).

Figur 56. Godkänd behörighet till yrkesgymnasium per region

Andelen pojkar och flickor med diagnos adhd år 2021 som klarat grundskolan med behörighet för minst yrkesgymnasium.

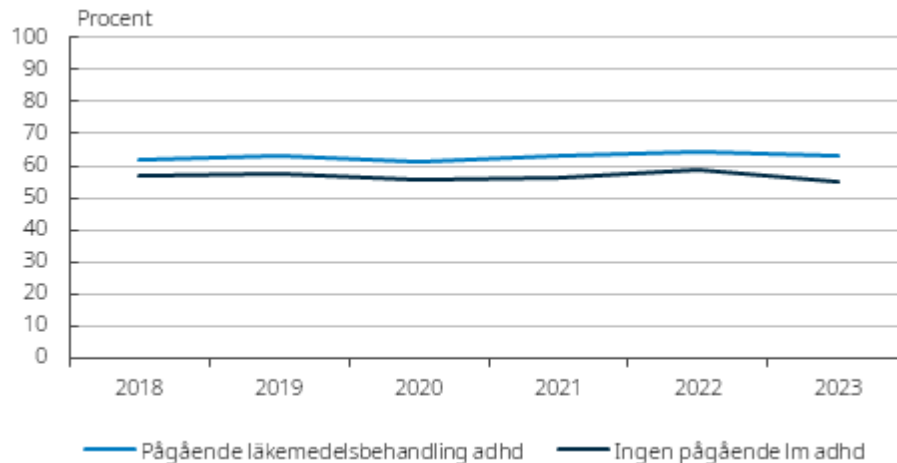


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och betygsregistret, Skolverket.

Vidare visar resultaten att det skiljer cirka 5 procentenheter mellan ungdomar med adhd som avslutade grundskolan med grundläggande behörighet till yrkesprogram på gymnasium och som sista året i grundskolan behandlades med adhd-läkemedel jämfört med ungdomar som inte behandlades med läkemedel mot adhd. år 2023 var skillnaden 8 procentenheter (figur 57). Detta kan jämföras med att av de elever i normalpopulationen som avslutade årskurs 9 våren 2024 var 84 procent av flickorna och 83 procent av pojkarna behöriga till ett nationellt program i gymnasieskolan.

Figur 57. Behörighet till yrkesgymnasium uppdelat efter läkemedelsbehandling

Andelen pojkar och flickor med adhd som klarat grundskolan med behörighet för yrkesgymnasium 2017–2021.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och betygsregistret, Skolverket.

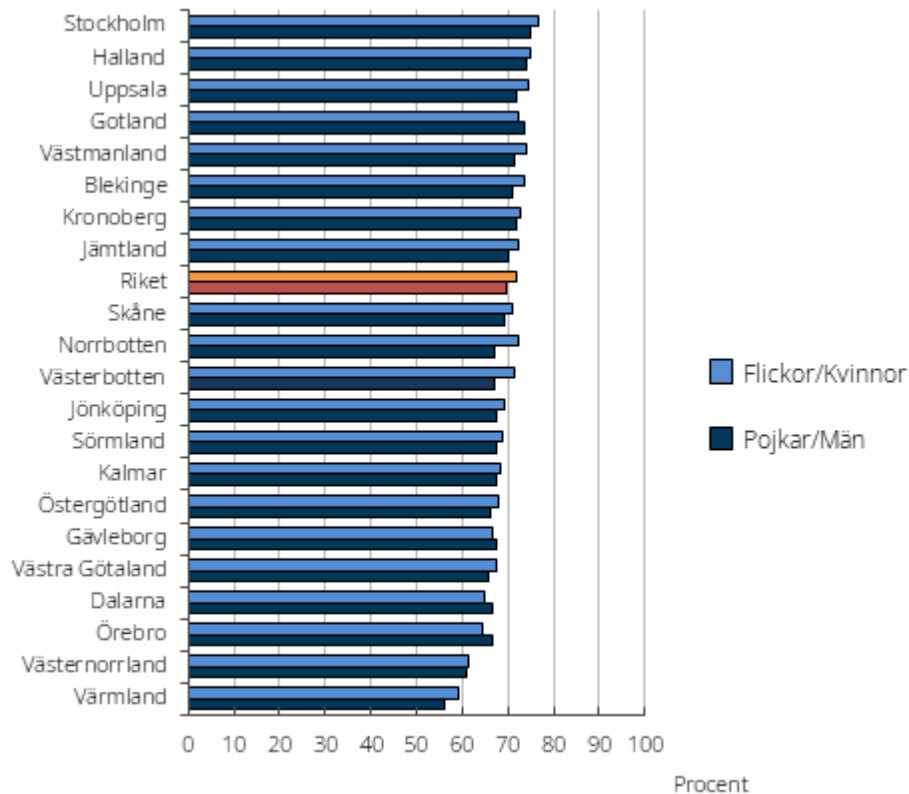
Sysselsättning hos personer med adhd och autism

Personer med adhd och autism möter ofta utmaningar på arbetsmarknaden, vilket kan påverka deras möjligheter att få och behålla ett arbete. Sysselsättningsgraden är lägre bland yngre personer med adhd, eftersom många fortfarande studerar eller har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden. Äldre personer med adhd kan uppleva utmaningar som arbetsrelaterad stress och svårigheter att hantera komplexa arbetsuppgifter, vilket påverkar deras sysselsättning. Det finns även tydliga skillnader mellan könen, där kvinnor med adhd ofta diagnostiseras senare än män.

För personer med autism är könsskillnader särskilt framträdande när det gäller att etablera sig på arbetsmarknaden. Kvinnor med autism riskerar att bli underdiagnostiserade, vilket kan leda till att deras behov inte upptäcks i tid. Både kvinnor och män med autism möter stora utmaningar vid etablering på arbetsmarknaden. Bristande förståelse kring social interaktion och kommunikation innebär att många kompetenta individer inte får möjlighet att visa sin förmåga. Resultaten visar att cirka 70 procent av personer med adhd i åldern 18–64 år har fått ersättning för arbete, drivit eget företag, mottagit studiestöd, haft inkomst för föräldraledighet eller vård av närstående. Skillnaden mellan den regionen med högst andel sysselsatta och den med lägst är knappt 10 procentenheter (figur 60).

Figur 60. Sysselsättning adhd

Andelen individer i åldern 18–65 med adhd som under året har erhållit ersättning för arbete, drivit eget företag, erhållit studiestöd eller erhållit inkomst för föräldraledighet eller vård av närstående uppdelat på regioner.

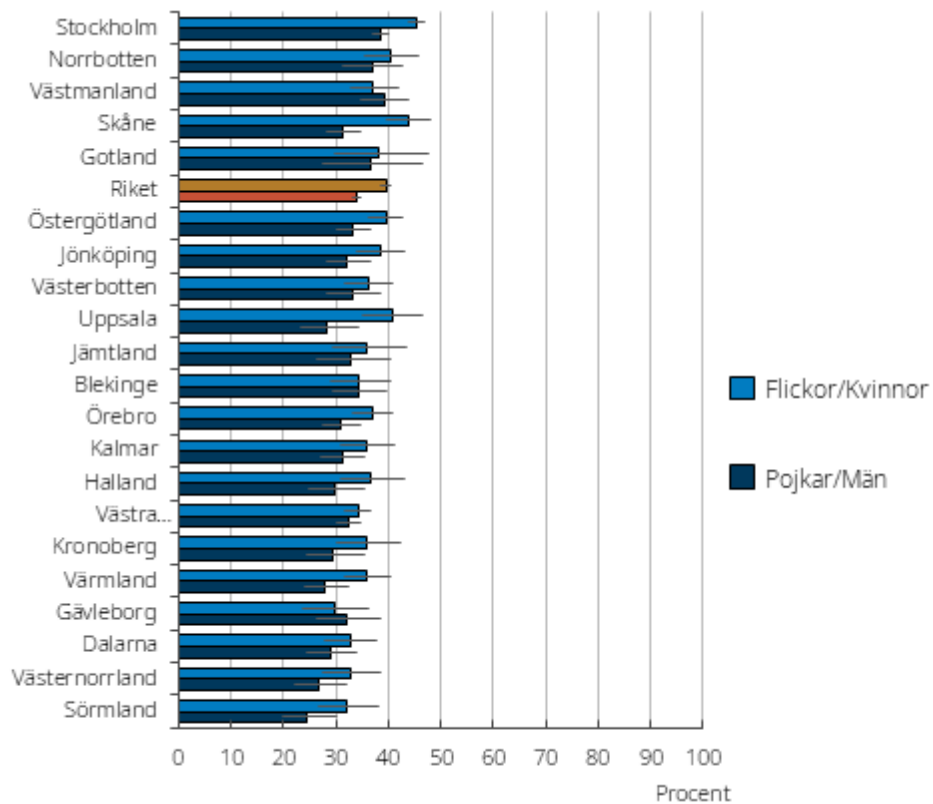


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen samt RAKS, SCB

För personer med autism är det mellan 30 och 40 procent som har sysselsättning enligt samma definition. Det är något fler flickor/kvinnor med autism som har sysselsättning jämfört med pojkar/män. Det skiljer 20 procentenheter mellan den region med störst andel personer med autism som har sysselsättning jämför med den regionen med lägst andel sysselsatta (figur 59).

Figur 59. Sysselsättning autism

Andelen individer i åldern 18–65 med autism utan intellektuell funktionsnedsättning som under året har erhållit ersättning för arbete, drivit eget företag, erhållit studiestöd eller erhållit inkomst för föräldraledighet eller vård av närstående uppdelat på regioner.

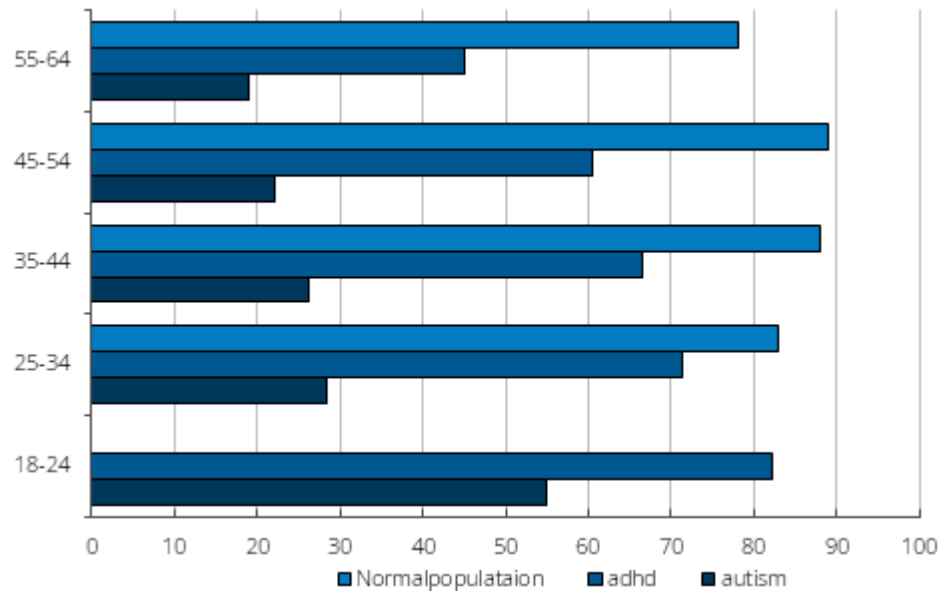


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen samt RAKS, SCB

Uppdelat på ålderskategorier är gruppen 18 till 24 år den åldersgruppen där högst andel har försörjning enligt definitionen bland personer med adhd eller autism (figur 60). Då det i definitionen ingår studieersättning blir andelen hög i denna åldersgrupp. För åldersgruppen 25 till 34 år ligger andelen med sysselsättning på drygt 70 procent för personer med adhd och knappt 30 procent för personer med autism. Det är stora skillnader mellan adhd och autism i alla åldersgrupper. I befolkningen är det i alla grupper en högre andel som har olika typer av sysselsättning. För åldersgruppen 18 – 24 redovisar vi inte resultat då det i SCB definition inte ingår studiemedel, vilket är en betydande inkomst för flertalet i denna åldersgrupp.

Figur 60. Sysselsättning adhd

Andelen individer med adhd eller autism utan intellektuell funktionsnedsättning uppdelad på åldersgrupper som under året har erhållit ersättning för arbete, drivit eget företag, erhållit studiestöd eller erhållit inkomst för föräldraledighet eller vård av närstående.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen samt RAKS, SCB

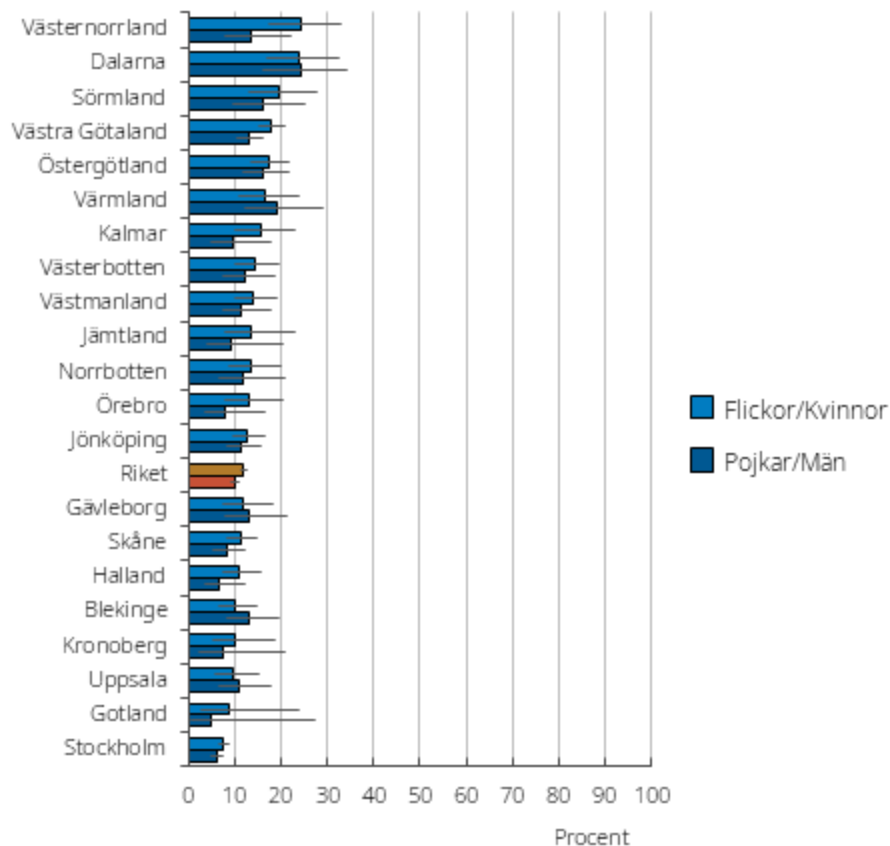
Sjukersättning hos personer med adhd och autism

Personer med adhd eller autism kan ofta erfara utmaningar i arbetslivet som är relaterade till deras funktionsnedsättning. Till följd av dessa svårigheter kan vissa individer med adhd eller autism vara i behov av delvis eller hel sjukersättning alternativt aktivitetsersättning. I Sverige administreras dessa ersättningar av Försäkringskassan, som gör en bedömning av arbetsförmågan utifrån individens medicinska tillstånd och funktionella begränsningar. Sjukersättning kan beviljas till personer med varaktigt nedsatt arbetsförmåga, medan aktivitetsersättning riktar sig till personer i åldern 19–29 år som har nedsatt förmåga att delta i arbetslivet eller utbildning.

Resultaten visar att drygt tio procent av personer med adhd har erhållit sjukersättning eller aktivitetsersättning, och att andelen är något högre bland kvinnor än bland män. Det föreligger regionala skillnader, med en variation på närmare 20 procentenheter mellan de regioner med högst respektive lägst andel personer som erhållit ersättning (figur 61).

Figur 61. Ersättningsformer adhd

Andel individer i åldern 18–65 med adhd som under året har fått ersättning för sjukdom eller aktivitetsersättning/sjukersättning på del- eller heltid, uppdelat på regioner.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och RAKS statistiska centralbyrån (SCB).

För personer med autism utan intellektuell funktionsnedsättning är det mellan 30 och 40 procent som erhåller ersättning. Dock är det stor spridning mellan regionerna på grund av relativt få individer, vilket påverkar resultatet.

Deltagande i screening för kvinnor med adhd eller autism

Personer med psykisk ohälsa deltar generellt i lägre utsträckning i screeningprogram, till exempel mammografi, gynekologisk cellprovtagning och tarmcancerscreening, jämfört med befolkningen i stort. Detta gäller särskilt personer med allvarliga psykiska sjukdomar, som schizofreni och bipolär sjukdom [9]. Studier visar att kvinnor med allvarlig psykisk sjukdom har 20–40 procent lägre deltagande i mammografi och gynekologisk cellprovtagning än andra kvinnor [10]. Liknande mönster ses vid tarmcancerscreening, där personer med depression och schizofreni har lägre deltagande än övriga befolkningen [9]. Orsaker till det minskade deltagandet är bland annat bristande tillgång till information, mindre kontakt med

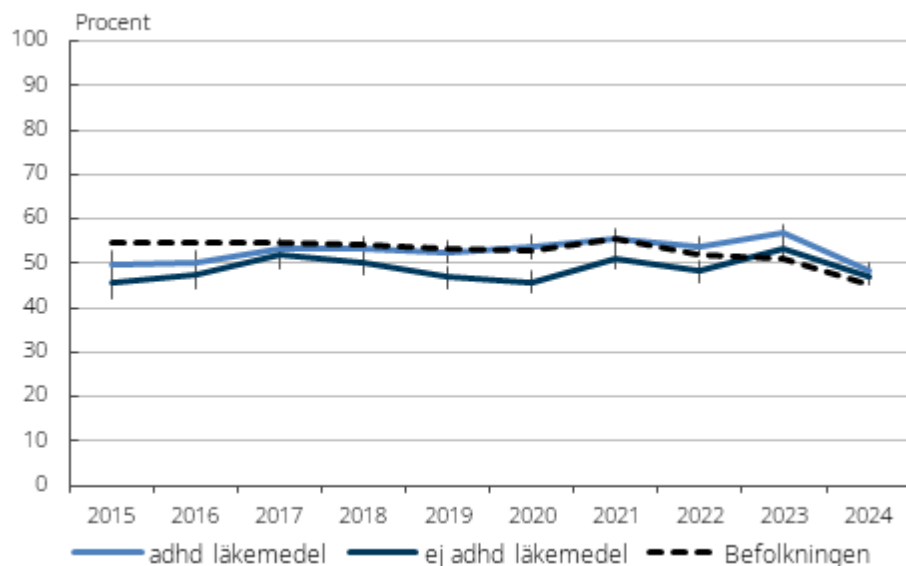
primärvården, stigma, praktiska hinder och symtom på psykisk ohälsa som kan påverka motivationen eller förmågan att prioritera sin hälsa [11]. Detta innebär att personer med psykisk ohälsa har ökad risk att få cancerdiagnoser och att cancer upptäcks i ett senare stadium, vilket kan försämra prognosen[12]. Det finns även viss evidens för att denna grupp får sämre uppföljning och behandling efter en cancerdiagnos [9]. Forskning visar att riktade insatser, som anpassad information, stöd via psykiatri och samverkan mellan olika vårdgivare, kan öka deltagandet i screening [11].

I det nationella screeningprogrammet för livmoderhalscancer erbjuds kvinnor sin första screening vid 23 års ålder, och därefter i olika intervaller upp till 70 års ålder [13].

Resultaten visar att kvinnor med adhd utan läkemedelsbehandling tidigare haft lägre deltagande i screening än kvinnor med läkemedelsbehandling och kvinnor utan adhd. Under 2024 har denna skillnad jämnats ut, och alla tre grupper har nu samma grad av deltagande vid screening för livmoderhalscancer vid 23 års ålder. Det senaste året har dock andelen kvinnor som deltagit i screening minskat med 10 procentenheter i samtliga grupper (figur 62).

Figur 62. Andel kvinnor med adhd som deltagit i livmoderhalsscreening vid 23 års ålder

Andelen kvinnor med adhd diagnos som deltagit i den första screeningen för livmoderhalscancer vid 23 års ålder uppdelat på diagnos med eller utan läkemedelsbehandling mot adhd.



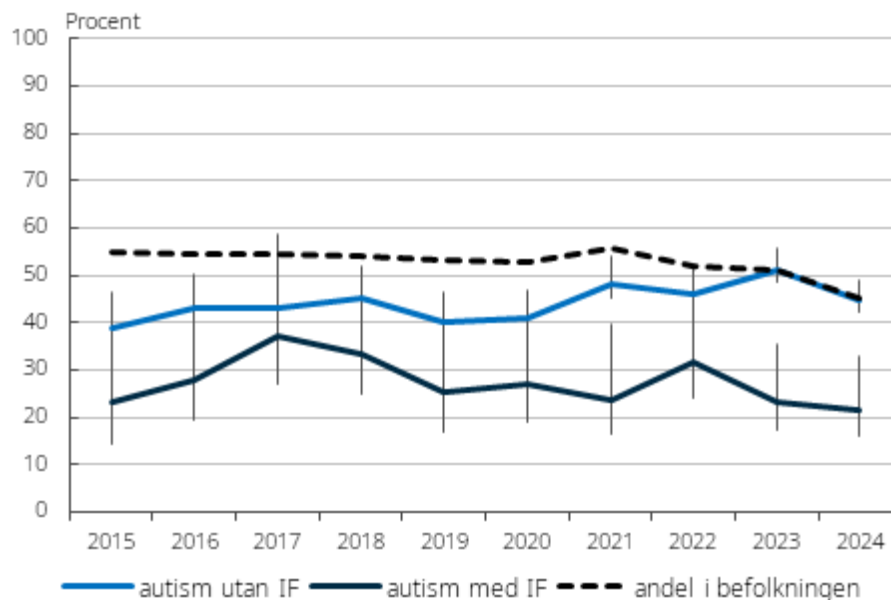
Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. NKCx.

För personer med autism delas populationen in i kvinnor med eller utan intellektuell funktionsnedsättning (IF). För kvinnor med autism utan IF har deltagandet länge varit lägre men året 2024 är det på samma nivå som

normalpopulationen. Däremot har kvinnor med autism och IF lägre deltagande än normalpopulationen och personer utan IF (figur 63).

Figur 63. Andel kvinnor med autism som deltagit i livmoderhalsscreening vid 23 års ålder

Andelen kvinnor med autism diagnos som deltagit i den första screeningen för livmoderhalscancer vid 23 års ålder uppdelat på autism med eller utan intellektuell funktionsnedsättning.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. NKCx.

Analys av resultat

Analysen visar att de nationella riktlinjerna har som mål att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård för personer med adhd och autism, genom att insatserna bygger på evidens och beprövad erfarenhet. Trots detta finns det stora skillnader mellan regionerna, vilket påverkar jämlikheten i vården och patienternas livsvillkor.

När det gäller skolprestationer har ungdomar med adhd och autism sämre förutsättningar att nå behörighet till yrkesprogram på gymnasiet jämfört med övriga elever. Behandling, särskilt med adhd-läkemedel, är kopplat till en högre andel godkända betyg. Det understryker vikten av tidiga och adekvata insatser samt kontinuerlig uppföljning. Begränsade resurser och brist på individuellt anpassat stöd i skolan riskerar att förstärka ojämlikheten och leda till sämre utbildningsresultat och framtidsutsikter för dessa grupper.

På arbetsmarknaden möter personer med adhd och autism stora utmaningar. Sysselsättningsgraden är lägre än i befolkningen i stort, särskilt för personer med autism. Könsskillnader är tydliga, där kvinnor ofta diagnostiseras senare och riskerar att bli underdiagnostiserade, särskilt vid autism. Detta påverkar möjligheterna till självförsörjning och delaktighet i samhället.

Behovet av ekonomiskt stöd är också större i dessa grupper. Drygt tio procent av personer med adhd har fått sjukersättning eller aktivitetsersättning, med regionala skillnader på upp till 20 procentenheter. För personer med autism är andelen ännu högre, men resultaten påverkas av små populationer i vissa regioner.

Trots att de nationella riktlinjerna syftar till jämlik vård och stöd, kvarstår stora skillnader i utfall beroende på region, kön och diagnos. Detta påverkar möjligheterna till utbildning, arbete och självständighet, och kan öka risken för utanförskap och sämre hälsa. Det är därför viktigt att fortsätta utveckla och följa upp insatsernas effekter, samt att säkerställa att resurser och stöd når de grupper och områden där behoven är störst.

Utvecklingen av deltagande i livmoderhalsscreening bland kvinnor med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) visar både framsteg och fortsatt ojämlikhet. Data från 2024 visar att kvinnor med adhd och kvinnor med autism utan intellektuell funktionsnedsättning (IF) nu har samma deltagande vid 23 års ålder som kvinnor utan dessa diagnoser. Detta är en tydlig förbättring jämfört med tidigare år. Den positiva utvecklingen kan förklaras av insatser som ökad kunskap och medvetenhet inom vården, individanpassat bemötande, digitalisering, förbättrad kommunikation och riktade folkhälsosatsningar. Dessa förändringar har bidragit till ökad jämlikhet i tillgången till förebyggande hälsovård och minskat risken för sena upptäckter av livmoderhalscancer.

Trots framstegen kvarstår betydande skillnader för kvinnor med både autism och intellektuell funktionsnedsättning. Deras deltagande i screening är fortsatt lågt och har inte förbättrats över tid. Orsakerna är komplexa och kan handla om större behov av stöd och anpassningar i kontakten med vården samt otillräckliga insatser riktade till denna särskilt utsatta grupp [14].

Utvecklingen visar att generella förbättringar inom vården kan ha stor effekt för vissa grupper med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Samtidigt riskerar de mest sårbara grupperna att hamna utanför. För att uppnå jämlik vård behövs både fortsatta generella satsningar och specifika, individanpassade åtgärder för kvinnor med både autism och intellektuell funktionsnedsättning. Det är viktigt att utveckla vårdens arbetssätt, förbättra tillgängligheten och erbjuda personligt stöd, så att alla kvinnor, oavsett funktionsnedsättning, får tillgång till förebyggande hälsovård.

Avslutande diskussion

Den nationella utvärderingen av vård vid adhd och autism visar sammantaget att det finns förutsättningar för svensk hälso- och sjukvård att utföra sitt uppdrag, men att det finns fortfarande utmaningar – både inom vården och i samhällets stödstrukturer för personer med adhd och autism. Trots nationella riktlinjer som syftar till jämlik vård och stöd kvarstår stora skillnader mellan regioner, områden med varierande socioekonomiska förutsättningar och mellan olika verksamheter. Dessa skillnader får påtagliga konsekvenser för individen, framför allt när det gäller utbildning, självständighet, hälsa och möjligheten till delaktighet i samhället.

Organisationen av vården och samverkan mellan olika aktörer är avgörande för att personer med adhd och autism ska få tillgång till rätt stöd i rätt tid. Utvärderingen visar att verksamheterna behöver arbeta vidare med implementeringen av de nationella riktlinjerna eftersom möjligheten att få likvärdiga insatser och stöd fortfarande varierar beroende på bostadsort. Särskilt inom primärvård, elevhälsa och socialtjänst och verksamhet enligt LSS finns betydande regionala skillnader, vilket direkt försvårar att målet om jämlik vård uppnås.

När samverkan och ansvarsfördelning brister, riskerar patienter med adhd och autism att hamna mellan ”stolarna”. Det innebär att viktiga insatser kan utebli eller fördröjas, vilket i sin tur kan leda till försämrad hälsa, ökad risk för utanförskap och sämre möjligheter till utbildning och arbete. För att motverka detta krävs tydliga rutiner, gemensamma överenskommelser och en systematisk organisation av samordningsinsatser. Samverkan mellan huvudmän, hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola är avgörande för att personer med adhd eller autism ska få jämlik vård.

Tillgången till uppföljning och anpassade insatser är ojämn. Barn och vuxna med adhd eller autism i socioekonomiskt utsatta områden riskerar att få sämre tillgång till årliga läkarbesök och därmed sämre möjligheter till anpassade insatser och stöd.

Systematisk uppföljning genomförda av olika professioner fungerar relativt väl nationellt, men det finns betydande regionala och socioekonomiska skillnader i tillgången till läkarbesök. För att uppnå jämlik vård behövs tydligare ansvarsfördelning, förstärkning av personalresurser och gemensamma uppföljningsrutiner över hela landet. Att patienter från socioekonomiskt starkare områden får fler uppföljande läkarbesök innebär att dessa grupper får bättre möjligheter till anpassad behandling och uppföljning, vilket kan leda till bättre hälsa. Samtidigt riskerar personer från utsatta områden att stå utan det stöd de behöver, vilket förstärker ojämlikheten.

Tidiga insatser är avgörande för att förebygga negativa konsekvenser och skapa bättre förutsättningar för individens utveckling och delaktighet i samhället. Trots detta är det svårt att säkerställa att personer med adhd och autism får tillgång till sådana insatser. En orsak är bristande samverkan och otydlig ansvarsfördelning mellan olika aktörer, vilket gör att insatser ibland uteblir eller inte samordnas på ett effektivt sätt.

Det finns otydligheter avseende att ge insatser tidigt. De kan handla om hur och när insatser ska erbjudas, exempelvis inom vården. Individuella insatser, som anpassas efter varje persons behov, är en grundbult i riktlinjerna för adhd och autism. Analysen visar att utredningsprocesserna ofta håller hög kvalitet, med individanpassning, tvärprofessionellt arbete och återkoppling som centrala komponenter. Detta bidrar till att rätt stöd kan ges och att individens hela livssituation beaktas vilket är en förutsättning för vård och omsorg av god kvalitet.

Trots dessa styrkor finns betydande brister som påverkar jämlikheten. Andelen tvärprofessionella utredningar är lägre inom habiliteringen än inom andra verksamheter, och tillgången till individuellt anpassade insatser varierar beroende på region och socioekonomi. Det innebär att individuella insatser inte alltid fungerar jämlikt och att vissa grupper får sämre stöd än andra.

Ett tydligt resultat som identifierats är att uthämtning av centralstimulerande läkemedel vid adhd inte är jämlik. Barn och vuxna i mer resursstarka områden hämtar i högre utsträckning läkemedel efter diagnos, vilket kan ge bättre hälsa och allmän funktionsförmåga. Resultaten visar att det finns tydliga socioekonomiska skillnader när det gäller uthämtning av centralstimulerande läkemedel vid adhd. Detta kan innebära att vissa grupper och personer inte får likvärdiga förutsättningar till behandling och därmed ökad risk för sämre hälsa.

Skolprestationer hos ungdomar med adhd och autism är generellt sämre än hos jämnåriga. Alltför många elever lämnar grundskolan utan behörighet till ett yrkesprogram på gymnasiet. Våren 2024 var det 19 900 elever som saknade denna behörighet. Dessutom lämnar var fjärde elev gymnasieskolan utan examen. De som inte har gymnasieexamen har sämre möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden och är oftare beroende av försörjningsstöd.

Dessa utbildningsrelaterade utmaningar får långsiktiga konsekvenser för individens självständighet, hälsa och delaktighet i samhället. Bristande utbildning och svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden ökar risken för utanförskap och psykisk ohälsa.

Vården och omsorgen vid adhd och autism behöver förbättras

De nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid adhd och autism har en viktig funktion genom att de tydligt identifierar var det finns brister i vården och omsorgen.

Utvärderingen visar att det finns svårigheter när det gäller att tolka på vilket sätt riktlinjerna ska användas i praktiken. Analysen visar att arbetet med att införa riktlinjerna har kommit olika långt i olika delar av landet och inom olika verksamheter. Detta innebär att möjligheten för personer med adhd och autism att få likvärdiga insatser och stöd varierar kraftigt beroende på var de bor. I vissa regioner saknas fortfarande handlingsplaner för hur riktlinjerna ska införas, vilket kan försvåra möjligheten att erbjuda tidiga och samordnade insatser. Endast drygt hälften av primärvårdsverksamheterna med BVC eller förstalinjeuppdrag för barn och ungas psykiska hälsa har påbörjat implementeringen av riktlinjerna, och för socialtjänst och verksamhet enligt LSS är siffran ännu lägre.

En konsekvens av dessa tolkningssvårigheter är att de områden som är svåra att konkretisera, såsom tidiga insatser, ofta blir eftersatta eller genomförs på olika sätt i olika regioner. Tidiga insatser är avgörande för att förebygga negativa konsekvenser och skapa bättre förutsättningar för individens utveckling och delaktighet i samhället, men det är svårt att säkerställa att alla får tillgång till sådana insatser. En orsak är bristande samverkan och otydlig ansvarsfördelning mellan olika aktörer, vilket gör att insatser ibland uteblir eller inte samordnas på ett effektivt sätt. Det har också visat sig att tidiga insatser ofta ges i större utsträckning i socioekonomiskt utsatta områden. Däremot ges mer tydligt definierade och konkreta insatser, såsom uthämtning av läkemedels, i högre utsträckning i socioekonomiskt starka områden.

Konsekvensen av denna ojämlika fördelning av insatser är att vården blir mindre jämlik. Personer i socioekonomiskt utsatta områden riskerar att inte få tillgång till de mest effektiva eller evidensbaserade insatserna, såsom uthämtning av läkemedel, vilket kan leda till sämre behandlingsresultat och sämre möjligheter till utbildning, arbete och självständighet.

För att uppnå jämlik vård krävs att evidens och behovsstyrda insatser blir norm, att samverkan mellan aktörer förstärks, att ansvarsfördelningen tydliggörs och att kompetens och resurser fördelas utifrån faktiska behov.

Nationella riktlinjer måste följas upp och implementeras på ett sätt som säkerställer att alla, oavsett bostadsort, ålder, kön eller socioekonomisk bakgrund, får tillgång till de insatser de behöver. Endast så kan vården och omsorgen leva upp till sitt uppdrag och bidra till ett samhälle där alla ges lika möjligheter till hälsa, utveckling och delaktighet.

Sammanfattningsvis kan konstateras att verksamheterna som arbetar med den aktuella gruppen har väl definierade och avgränsade uppdrag. Dock är det ingen verksamhet som deltog i utvärderingen som har angett att de har det övergripande ansvaret för patienten i hälso- och sjukvården. Svensk hälso- och sjukvård ska utgå från att det är primärvården som är navet för patienten. När det gäller adhd och autism behöver det definieras vilken aktör som bär huvudansvaret för patienten efter att diagnosen har ställts.

Projektorganisation

Projektledning

Tobias Edbom	projektledare
Heval Beydogan	statistiker
Annabell Hillblom	utredare
Riitta Sorsa	metodsakkunnig

Expertstöd

Annika Brar	psykiater, habiliteringsläkare vid Habilitering & Hälsa, Region Stockholm
Gunilla Granholm	specialistpsykolog, Region Skåne
Linda Kemi	arbetsterapeut, Region Västerbotten
Fanny Lauren	specialistpsykolog, Region Stockholm
Olle Lindevall	senior utvärderare, Region Stockholm
Roland Säll	divisionschef psykiatri, Region Uppsala
Maria Unenge-Hallerbäck	universitetslektor, överläkare, Region Värmland
Thomas Westerberg	Enhetschef i Förvaltningen för funktionsstöd, Göteborgs Stad

Projektägare

Maria State	enhetschef, Socialstyrelsen
-------------	-----------------------------

Projektmedarbetare

Christina Broman	enhetskoordinator
Louise Malcom	enkätstöd
Segen Mekonen	statistiker
Mikael Nyman	datahantering, diagramproduktion
Kajsa Mulder	produktionsledare

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism
Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården
eller socialtjänsten: Socialstyrelsen; 2024.
2. kunskapsstyrningssystemet N. Kunskapsstyrning psykisk hälsa. 2019.
Hämtad från:
[https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenoc
hsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npopsykiskhalsa/adhdoch
autism.56070.html](https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenoc
hsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npopsykiskhalsa/adhdoch
autism.56070.html)
3. Socialstyrelsen. Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism:
Socialstyrelsen; 2024.
4. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, et al. The World Federation of
ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based
conclusions about the disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews.
2021; 128:789–818.
5. Tick B, et al. Heritability of autism spectrum disorders: A meta-analysis of
twin studies. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2016;
57(5):585–95.
6. American Psychiatric A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders (DSM-5): American Psychiatric Publishing; 2013.
7. World Health O. Autism spectrum disorders, Fact Sheet, April 2023. 2023.
8. Socialstyrelsen. Läkemedelsanvändning hos personer som får insatser
enligt LSS: Socialstyrelsen; 2025. Report No.: 2025-1-9399.
9. Solmi M, Firth J, Miola A, Fornaro M, Frison E, Fusar-Poli P, et al.
Disparities in cancer screening in people with mental illness across the
world versus the general population: prevalence and comparative meta-
analysis including 4 717 839 people. Lancet Psychiatry. 2020; 7(1):52–63.
10. Mitchell AJ, Lawrence D, Refsum C, et al. Breast and cervical cancer
screening in women with mental illness: a meta-analysis. Psychiatric
Services. 2014; 65(10):1290–8.
11. Solmi F, Firth J, Miola A, et al. Disparities in cancer screening in people
with mental illness across Europe: from recommendations to practice.
Current Opinion in Psychiatry. 2020; 33(5):506–13.
12. Chang CK, Hayes RD, Broadbent M, et al. Life expectancy at birth for
people with serious mental illness and other major disorders from a
secondary mental health care case register in London. PLoS One. 2013;
8(5):e19590.
13. Socialstyrelsen. Screening för livmoderhalscancer. Rekommendation om
att erbjuda screening - Slutversion; 2022.

Baksidor – klicka här. Ta bort denna sida för att inte ha en baksida.



Nationell utvärdering av vård vid adhd och autism (artikelnr 2026-3-10064)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.