

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism

Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer
2022

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2022-10-8100

Omslagsfoto Folio, Masköt
Personerna på bilden har ingen koppling till innehållet.
Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2022

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård och stöd vid adhd och autism. Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården (inklusive elevhälsan) och socialtjänsten. Använd dem som underlag för öppna och systematiska prioriteringar: Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade insatser än till lågt prioriterade.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering, som utgår från rekommendationerna. Inom de närmaste åren planerar vi att utvärdera vården och stödet vid adhd och autism, med utgångspunkt i indikatorerna.

Riktlinjerna kompletteras även av andra kunskapsstöd, bland annat vård- och insatsprogram för adhd och olika typer av stödmaterial från Socialstyrelsen.

Efter publiceringen kommer Socialstyrelsen att medverka i ett antal regionala seminarier för beslutsfattare och andra berörda. Där kan din sjukvårdsregion, enskilda region eller kommun diskutera vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser riktlinjerna kommer att få för er. Diskussionen kan bidra till att fördjupa vår bedömning av konsekvenserna.

Du som arbetar för exempelvis en region, kommun, intresseorganisation, yrkesförening eller privat vård- eller omsorgsgivare kan också skicka skriftliga synpunkter på riktlinjerna, senast 20 januari 2023. Se instruktionerna på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/adhd-autism. Målet är sedan att publicera en uppdaterad version i slutet av 2023, där vi bland annat lägger till rekommendationer om kognitiva stöd och hjälpmedel.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunskande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Ge tidiga insatser och kontinuerligt stöd – vänta inte på diagnos	7
Gör individanpassade utredningar som pekar framåt	7
Satsa resurser på både läkemedel och annan behandling	8
Insatserna behöver bli mer jämlika – Socialstyrelsen utvärderar	8
Om de nationella riktlinjerna	9
Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare.....	9
Fokus på frågor som kräver särskild vägledning	10
Rekommendationer med olika prioritet.....	11
Socialstyrelsen utvärderar vården och stödet med hjälp av indikatorer och målnivåer	12
Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna	13
Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030.....	13
Om adhd och autism	15
Vad är adhd och autism?	15
Vård och stöd vid adhd och autism	16
Rekommendationer	21
Huvudbudskap: individanpassade utredningar och insatser i rätt tid.....	22
Tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning	22
Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning	26
Effektiv samverkan	28
Kompetensutveckling.....	31
Psykosociala insatser.....	34
Psykologiska insatser	37
Läkemedel och medicintekniska produkter	39
Att implementera de nationella riktlinjerna.....	44
Att implementera effektivt	44
Exempel på risker och svåra frågor	45
Etiska principer för prioritering	47
Kompletterande kunskapsstöd	48
Projektorganisation.....	53
Referenser	58
Bilaga 1. Översikt av rekommendationer	63
Bilaga 2. Översikt av indikatorer	68
Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben.....	71

Sammanfattning

Adhd och autism är funktionsnedsättningar som ger olika typer av svårigheter i vardagen. Personer med adhd har ofta svårt med uppmärksamhet och impuls kontroll, medan personer med autism har svårt med till exempel social kommunikation och att hantera förändringar. Funktionsnedsättningarna varar i allmänhet hela livet, men skiljer sig mycket mellan individer. Många behöver stöd för en komplex problematik.

Allt fler diagnostiseras med adhd och autism, bland annat på grund av ökad kunskap. Hela samhället behöver bli mer inkluderande för att dessa personer ska få bättre förutsättningar och livskvalitet. Socialstyrelsen fokuserar här på satsningar som behövs i hälso- och sjukvården (inklusive elevhälsan) och socialtjänsten.

Ge tidiga insatser och kontinuerligt stöd – vänta inte på diagnos

En stödjande omgivning och tidiga insatser kan minska svårigheterna. Rätt insatser är också viktiga för att förebygga allvarliga konsekvenser av adhd och autism, till exempel depression, skolfrånvaro, alkohol- och narkotika-problem och fysiska sjukdomar.

Därför är det viktigt att ge insatser så snart som möjligt till personer med misstänkt adhd, autism eller andra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (Socialstyrelsen använder termen neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eftersom den fortfarande är mest använd på svenska). För en del räcker anpassningar i vardagsmiljön eller skolan, men ofta behövs insatser från flera verksamheter i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Du som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården bör se till att insatserna där hålls ihop och är kontinuerliga – från misstanke om funktionsnedsättning till uppföljning. För detta behövs tydliga rutiner för samverkan mellan bland annat primärvården, den specialiserade psykiatrin, beroendevården, habiliteringen, socialtjänsten, förskolan, skolan och elevhälsan. Även kriminalvården och Statens institutionsstyrelse behöver delta i samverkan, som är särskilt viktigt kring personer med komplexa behov.

Som beslutsfattare i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten kan du också behöva erbjuda kompetensutveckling om adhd och autism för flera personalgrupper, till exempel för socialsekreterare, LSS-handläggare och personal i barnhälsovården, elevhälsan och beroendevården. Socialstyrelsen har mycket stödmaterial att utgå från.

Gör individanpassade utredningar som pekar framåt

Socialstyrelsen rekommenderar att neuropsykiatriska utredningar följer vissa grundprinciper. Du som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården behöver se

till att utredningarna är anpassade till individens behov och utförs av personal med adekvat kompetens och erfarenhet (minst en läkare och en psykolog). Utredarna bör utgå från individens styrkor och svagheter, och peka framåt mot de insatser som behövs. Man behöver också reda ut om svårigheterna beror på annat än den funktionsnedsättning som misstänks.

Ibland räcker relativt avgränsade utredningar, medan större utredningar behövs när problematiken är mer komplex. Med hjälp av individanpassningen kan hälso- och sjukvården förbättra och effektivisera utredningarna, så att fler får en korrekt diagnos och lämpliga insatser.

Vi ger inga specifika rekommendationer om utredningar i socialtjänsten, men även där behöver man givetvis bedöma individernas behov av stöd för att välja lämpliga insatser, till exempel med arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC).

Satsa resurser på både läkemedel och annan behandling

Socialstyrelsen rekommenderar flera typer av insatser för personer med adhd eller autism. Behoven skiljer sig mycket, och i hälso- och sjukvården behöver ofta flera yrkesgrupper samarbeta. Några exempel på insatser:

- Personer som har fått en diagnos eller deras vårdnadshavare bör få **psykoedukation** – utbildning för att hantera funktionsnedsättningen.
- **Kognitiv beteendeterapi (KBT)** kan hjälpa en del med adhd att hantera känslor och impulser bättre. För personer med autism kan KBT framför allt lindra ångest.
- Vuxna med adhd eller autism bör få **boendestöd** från socialtjänsten om de har svårt att klara sitt hemliv utan stöd.
- Både barn och vuxna med adhd kan ha stor nytta av **läkemedel** som förbättrar uppmärksamheten och koncentrationen. Det är viktigt att individuellt bedöma om även personer med alkohol- och narkotikaproblem kan ha nytta av läkemedelsbehandling, i kombination med andra insatser.

Insatserna behöver bli mer jämlika – Socialstyrelsen utvärderar

Det finns stora skillnader i vården och stödet till personer med adhd och autism i Sverige. Många får till exempel vänta länge på en neuropsykiatrisk utredning, och många verksamheter behöver samordna sitt stöd bättre. Dessutom finns grupper där funktionsnedsättningarna ofta missas, såsom personer med annat förstaspråk än svenska, personer med alkohol- och narkotikaproblem, äldre samt flickor och kvinnor. Fler skulle också kunna få bättre hjälp om socialtjänsten kunde uppmärksamma tecken på funktionsnedsättning mer, och anpassa sina insatser till det.

Med dessa riktlinjer vill Socialstyrelsen bidra till jämlika insatser med hög kvalitet. Vi rapporterar återkommande om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och kommer att utvärdera hur riktlinjerna följs.

Om de nationella riktlinjerna

Dessa riktlinjer gäller vård och stöd till barn (under 18 år) och vuxna (från 18 år) med fastställd adhd eller autism, eller en misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Du som beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att satsa på eller avveckla.

Det här dokumentet – *Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer* – innehåller följande delar:

- en översiktlig beskrivning av adhd och autism
- Socialstyrelsens rekommendationer om adhd och autism, med konsekvensanalyser och indikatorer för uppföljning och utvärdering
- en vägledning inför arbetet med att implementera rekommendationerna i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten
- en översikt av kunskapsstöd som kan komplettera riktlinjerna.

➔ **Läs mer:** *Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer* är endast en del av de fullständiga riktlinjerna – en huvudrapport för dig som är beslutsfattare. På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande delar, bland annat en detaljerad översikt av rekommendationerna (*Tillståndsoch åtgärdslista*), kunskapsunderlaget för samtliga 44 rekommendationer och en indikatorrapport. Se socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/adhd-autism. I riktlinjepaketet kommer även utvärdering och eventuellt nationella målnivåer att ingå framöver.

Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare

Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som har ett övergripande ansvar för att fördela resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Vi riktar oss därmed till beslutsfattare i verksamheter som möter personer med adhd eller autism utifrån olika uppdrag och perspektiv. Socialtjänsten möter till exempel inte personerna utifrån en viss diagnos eller funktionsnedsättning, men behöver kunskap om adhd och autism för att bedöma behov och anpassa insatser på bästa sätt.

Du som använder riktlinjerna kan arbeta på regional eller kommunal nivå, i privat eller offentlig regi, till exempel i

- primärvården (inklusive barnhälsovården och ungdomsmottagningar)
- barn- och vuxenpsykiatri
- barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM)
- elevhälsan
- habiliteringen
- individ- och familjeomsorgen
- funktionshinderomsorgen (inklusive socialpsykiatri)
- äldreården och äldreomsorgen

- beroendevården
- kriminalvården
- Statens institutionsstyrelse (SiS).

Flera rekommendationer gäller både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, medan andra är riktade till enbart hälso- och sjukvården och ett fåtal till enbart socialtjänsten. Riktlinjerna kan också ge relevant kunskap för dig som är beslutsfattare i skolan, förskolan eller andra verksamheter som behöver stödja personer med adhd och autism.

Riktlinjerna ska ge vägledning för beslut och prioriteringar på gruppnivå i styrnings- och ledningsfrågor. Du kan till exempel använda dem för att

- fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Dessutom ska riktlinjerna kunna vara ett underlag för kunskapsstöd som tas fram av regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Du som möter patienter eller brukare kan också få vägledning i beslut om enskilda personer. Men utöver riktlinjerna behöver du ta hänsyn till lagar och regler, individens särskilda förutsättningar och önskemål samt din egen professionella kunskap.

Fokus på frågor som kräver särskild vägledning

Riktlinjerna tar upp ett urval av relevanta frågor för beslutsfattare i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det kan handla om organisatoriska frågor, insatser där det finns praxisskillnader eller insatser inom områden som behöver kvalitetsutvecklas. Riktlinjerna kan kompletteras av flera andra kunskapsstöd, bland annat vård- och insatsprogram vid adhd och olika typer av stödmaterial från Socialstyrelsen (se vidare kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd*). Vi har relevant material för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, även om inte allt gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar specifikt, utan till exempel utgår från behovet av olika sociala insatser.

Riktlinjerna är avgränsade till adhd och autism, eftersom allt fler får dessa diagnoser och vägledningsbehovet kring vård och stöd är stort [1-3]. En stor del av patienterna i psykiatri har till exempel någon av diagnoserna i dag. Dessutom har många som kommer i kontakt med socialtjänsten den här typen av funktionsnedsättningar, med eller utan fastställd diagnos. Riktlinjerna tar även upp insatser för personer med en misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, utan diagnos.

Vidare fokuserar vi på svårigheter och inte på styrkor vid adhd och autism, som de kommer till uttryck i samhället i dag. I ett samhälle som är inkluderande för alla behöver flera av svårigheterna inte uppstå, och styrkorna kan tas tillvara bättre.

Vi fokuserar särskilt på frågor om effektiv samverkan, kompetensutveckling och sammanhållen hälso- och sjukvård, från misstanke till uppföljning. Urvalet bygger bland annat på en behovsinventering, där många intressenter gav synpunkter och förslag på innehåll.

Många med adhd eller autism har samtidigt en intellektuell funktionsnedsättning. Särskilt vid autism är detta vanligt, och spelar stor roll för vilka insatser som behövs. Vi ger inga specifika rekommendationer för gruppen med samtidig intellektuell funktionsnedsättning i dessa riktlinjer, men Socialstyrelsen har stödmaterial som kan vara relevant för verksamheter som möter den gruppen (se kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd*).

Enbart insatser som finansieras med allmänna medel ingår i riktlinjerna, eftersom de i första hand ska vara ett stöd för att fördela allmänna resurser. Socialstyrelsen ger därmed inga rekommendationer om till exempel läkemedel som inte subventioneras av staten.

När riktlinjerna uppdateras planerar vi bland annat att lägga till fler rekommendationer om sömn samt rekommendationer om kognitiva stöd och hjälpmedel.

➔ **Läs mer** om hur vi har avgränsat riktlinjerna i bilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/adhd-autism.

Rekommendationer med olika prioritet

Samhällets resurser räcker inte till alla insatser. Därför ger Socialstyrelsen rekommendationer med olika prioritet. Vi ger tre typer av rekommendationer (se tabell 1).

Tabell 1. Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Insatser som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten bör erbjuda, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).
FoU	Insatser som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap.
Icke-göra	Insatser som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten inte bör utföra alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

Effektiva insatser vid svåra hälsotillstånd prioriteras högst

Prioriteringen bygger på nyttan och riskerna med de olika insatserna, enligt forskning och erfarenhet hos experter – den bästa tillgängliga kunskapen. Många viktiga insatser för personer med adhd och autism saknar tillräckligt

forskningsstöd. Dessa riktlinjer bygger därför till stor del på erfarenhetsbaserad kunskap, som vi har samlat in genom en systematisk konsensusprocess med drygt 500 experter.¹

Högst prioriterar vi de insatser som gör störst nytta för patienterna eller brukarna. I rekommendationer till hälso- och sjukvården ger vi högst prioritet till insatserna med störst nytta för dem som har svårast hälsotillstånd. I rekommendationer till socialtjänsten bedömer vi däremot inte hälsotillståndens svårighetsgrad, eftersom det saknas lagstöd för sådan prioritering där.

Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom eller funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet. Socialstyrelsen bedömer att adhd har *måttlig till stor svårighetsgrad*, medan autism har *stor svårighetsgrad*. En del har andra samtidiga svårigheter som höjer svårighetsgraden till *mycket stor*. Detta är dock generella bedömningar på gruppnivå, och svårighetsgraden påverkas samtidigt av individuella och sociala faktorer, liksom av samhällets krav och anpassningar. Både adhd och autism är funktionsnedsättningar som kommer till uttryck inom ett spektrum.

När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en insats ger för patienten eller brukaren i förhållande till kostnaden.

Ytterst utgår prioriteringsarbetet från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [4]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

➔ **Läs mer:** I webbilagan *Metodbeskrivning* beskriver vi metoden för prioriteringsprocessen mer i detalj, och hur vi har bedömt svårighetsgraden för adhd och autism. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/adhd-autism.

Socialstyrelsen utvärderar vården och stödet med hjälp av indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen kommer att utvärdera hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Kunskapen används sedan när vi uppdaterar riktlinjerna. Utvärderingen kan till exempel visa om det finns samband mellan insatser som människor får och deras socioekonomiska status.

Utvärderingen utgår från indikatorerna i dessa riktlinjer, men vi belyser även andra aspekter av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Som beslutsfattare kan du också använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet

¹ Bland annat läkare, psykologer, arbetsterapeuter, socionomer och logopedier.

- följa upp och jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller nationellt
- förbättra insatsernas kvalitet och effektivitet.

Dessutom kommer vi att undersöka om det finns förutsättningar för nationella målnivåer, som anger hur stor andel av en patient- eller brukargrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåerna är alltså nivåer som hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör sträva efter att nå [5].

→ **Läs mer:**

- I **bilaga 2** finns en översikt av indikatorerna för adhd och autism.
- Indikatorerna redovisas mer utförligt i rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism* på Socialstyrelsens webbplats – se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/adhd-autism.

→ **Kommande publicering:**

- Socialstyrelsen kommer att börja utvärdera vården och stödet vid adhd och autism under de närmaste åren.

Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen samverkat med

- de nationella programområdena (NPO) för barn och ungdomars hälsa, psykisk hälsa respektive rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
- de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS), som stödjer samverkan både mellan kommunerna i ett län och mellan kommunerna och regionen
- Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S), som representerar kommunerna i Sverige
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), som har tagit fram kunskapsunderlag för en del av rekommendationerna
- andra myndigheter
- Riksförbundet Attention och Autism- och Aspergerförbundet.

Sjukvårdshuvudmännen och RSS har också nominerat experter till de olika sakkunniggrupperna i riktlinjearbetet, och förberett de regionala seminarier som ordnas efter publiceringen. Dessutom har sakkunniga på Socialstyrelsen bidragit i riktlinjearbetet. Många intressenter gav också synpunkter och förslag i Socialstyrelsens inledande behovsinventering.

Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030

Socialstyrelsens arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. I vården och stödet vid adhd och autism är det tydligt att hälsa, jämlikhet och andra samhällsrelaterade mål hänger ihop och är beroende av varandra. Dessa riktlinjer bidrar till att

nå främst mål 3 (god hälsa och välbefinnande), mål 4 (god utbildning för alla) och mål 10 (minskad ojämlikhet) i Agenda 2030.

➔ **Läs mer** om målen på regeringens webbplats [6].

Om adhd och autism

Vad är adhd och autism?

Adhd och autism är funktionsnedsättningar som påverkar den kognitiva förmågan och hur man fungerar i vardagen. Hur hindrande funktionsnedsättningen blir för en enskild person beror på den omgivande miljön och dess krav, och på vilket stöd personen får. I rutan beskrivs typiska svårigheter vid adhd och autism, även om svårigheterna kan variera stort.

Typiskt för adhd:

svårigheter att fokusera och bibehålla uppmärksamheten

- t.ex. svårigheter att komma ihåg långa instruktioner och fullfölja arbetsuppgifter

svårigheter att hantera impulser

- t.ex. svårigheter att hejda sig och att stänga ute ovidkommande intryck i miljön

överaktivitet

- t.ex. många tankar i huvudet och stort behov av att röra på sig och få stimulans (om överaktivitet saknas kallas adhd också add, eller adhd med i huvudsak uppmärksamhetssvårigheter).

Typiskt för autism:

begränsad förmåga till social kommunikation

- svårigheter med ömsesidighet och samspel

begränsade, repetitiva mönster i beteende, intressen eller aktiviteter

- t.ex. stort fokus på detaljer och intressen samt svårigheter att hantera förändringar och att växla mellan aktiviteter.

Adhd och autism är *utvecklingsrelaterade* funktionsnedsättningar: de påverkar utvecklingen från barndomen och varar i allmänhet livet ut. I Sverige beskrivs funktionsnedsättningarna ofta också som *neuropsykiatriska*, ett begrepp som även brukar inkludera till exempel tics och Tourettes syndrom, och ibland språkstörningar, läs- och skrivsvårigheter och intellektuell funktionsnedsättning.²

Adhd och autism tar sig olika uttryck i olika delar av livet, och graden av funktionsnedsättning kan variera stort – båda funktionsnedsättningarna kommer till uttryck inom ett spektrum. Symtomen kan också uttryckas olika hos flickor, pojkar, kvinnor och män. Diagnoserna baseras på observerade

² *Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar* motsvarar engelskans *neurodevelopmental disorders*. Engelskans *neuropsychiatric disorders* är däremot ett vidare begrepp, som även kan inkludera till exempel demenssjukdomar. Socialstyrelsen använder termen *neuropsykiatriska funktionsnedsättningar* i dessa riktlinjer eftersom den fortfarande är mest använd på svenska, även om begreppet saknar en enhetlig definition.

och rapporterade symtom och beteenden. Det finns alltså inga medicinska undersökningar som är avgörande för att ställa diagnos. Orsakerna till funktionsnedsättningarna är heller inte helt kända, men ärftliga faktorer spelar stor roll.

Tidigare var adhd och autism diagnoser som inte skulle ställas på samma individ. Men eftersom symptomen ofta överlappar har man justerat beskrivningen, och i dag får många båda diagnoserna [7, 8]. Det är också mycket vanligt att personer med adhd eller autism samtidigt har andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Några exempel är intellektuell funktionsnedsättning, depression, tvångssyndrom, diabetes och obesitas (fetma). Även ätstörningar, beroendeproblematik och sömnproblem är vanligt.

→ **Läs mer:**

- Diagnosmanualen DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) listar diagnoskriterierna för adhd och autism [9]. I den senaste versionen, DSM-5, heter *autism spectrum disorder (ASD)* endast *autism* på svenska. I den tidigare versionen (DSM-IV) fanns flera diagnoser, bland annat Aspergers syndrom, som nu är sammanförda till den övergripande diagnosen autism.
- Adhd och autism beskrivs närmare i flera tidigare rapporter från Socialstyrelsen [3, 7].

Vård och stöd vid adhd och autism

Funktionsnedsättningarna är vanliga

– och kunskapen ökar

Adhd och autism är vanliga funktionsnedsättningar, som finns i alla delar av världen [10]. Diagnoserna är väletablerade och har funnits i minst 30 år [11]. De är vanligare hos män än hos kvinnor. I världen beräknas att

- 5–7 procent av alla barn har adhd [12]
- cirka 3 procent av alla vuxna har adhd [13]
- 1–2 procent av alla barn och vuxna har autism [14, 15].

Allt fler har fått diagnosen adhd eller autism i Sverige det senaste decenniet [1, 2]. Ökningen kan bero på ökad kunskap och medvetenhet, både i hälso- och sjukvården, i skolan och hos allmänheten. Diagnoskriterierna har delvis också breddats, så att fler omfattas [16, 17] och fler får en neuropsykiatrisk diagnos i stället för en annan diagnos. Symtomen på adhd och autism har däremot inte blivit vanligare [11, 16].

Samtidigt är det möjligt att både överdiagnostisering och underdiagnostisering förekommer. En del får en diagnos som sedan behöver omprövas, medan andra inte söker vård för svårigheter som skulle leda till en diagnos.

Fortfarande finns också många ogrundade föreställningar om vad adhd och autism är, och vilken behandling som fungerar. En del har upplevt ett fördomsfullt bemötande från allmänheten och ibland från personal i hälso-

och sjukvården och socialtjänsten. Sådana erfarenheter kan leda till att personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar undviker att söka vård och stöd.

➔ **Läs mer:** Diagnosernas historik beskrivs närmare i två konsensusuttalanden från internationella respektive europeiska experter [11, 18].

Tidig upptäckt och en stödjande omgivning kan minska negativa konsekvenser

Det är viktigt att upptäcka svårigheter som kan bero på adhd eller autism tidigt, så att personerna snabbt kan få stöd och behandling. En stödjande och anpassad omgivning samt tidig upptäckt och behandling kan hindra att funktionsnedsättningarna får allvarliga konsekvenser, socialt, psykiskt eller fysiskt. Utan stöd och behandling har de till exempel visat sig kunna leda till ohälsosamma levnadsvanor, depression, relationsproblem, skolfrånvaro, arbetslöshet och alkohol- och narkotikaproblem. Även olyckor, förkortad livslängd och självmord är överrepresenterat [11].

Huvudsaken med tidig upptäckt behöver dock inte vara att snabbt ställa en viss diagnos, utan att kartlägga och till exempel följa upp tidiga tecken på avvikelser i ett barns utveckling.³ Det behövs ofta för att kunna ge individanpassat stöd.

Viktiga aktörer för att upptäcka svårigheterna tidigt är barnhälsovården, förskolan, skolan, elevhälsan, socialtjänsten och vårdnadshavare. Vissa grupper kan behöva uppmärksammas särskilt (se rutan) [17, 19, 20].

Risk att missa adhd och autism i vissa grupper

Följande grupper får ofta sina funktionsnedsättningar förbisedda, till exempel för att andra svårigheter syns tydligare, för att symtomen inte visar sig på ett typiskt sätt eller för att personerna inte söker vård:

- personer med ett annat förstaspråk än svenska eller med en annan kulturell bakgrund än svensk
- personer med depression, ångest eller bipolär sjukdom
- personer som är socioekonomiskt utsatta
- personer som får insatser från socialtjänsten
- personer med alkohol- eller narkotikaproblem
- personer som kommer i kontakt med rättsväsendet (både offer och förövare)
- flickor och kvinnor
- äldre personer
- personer med en förvärvad hjärnskada.

³ *Essence* är en samlingsterm för tidiga utvecklingsneurologiska problem som till stor del överlappar. Termen introducerades 2010 för att bidra till tidig upptäckt och förståelse för ett barns hela fungerande i vardagen, utan fokus på specifika diagnoser. Essence står för "early symptomatic syndromes eliciting neuropsychiatric/neurodevelopmental clinical examinations" [8].

Vård och stöd från flera aktörer – viktigt med samverkan

Personer med adhd och autism kan ha olika behov av vård och stöd, och flera verksamheter och yrkesgrupper behöver samverka. Barn brukar få neuropsykiatrisk utredning och behandling i barn- och ungdomspsykiatri (BUP), på barnläkarmottagningar eller i habiliteringen. Vuxna utreds oftast på en psykiatrisk mottagning, och kan sedan få fortsatt stöd och behandling från till exempel psykiatri, primärvården, habiliteringen och socialtjänsten. Adhd och autism är också vanligt bland placerade på de särskilda ungdomshem där Statens institutionsstyrelse ger vård [21], liksom adhd bland klienterna i kriminalvården [22, 23].

Många behöver kunskap för att förstå sin egen eller sitt barns funktionsnedsättning, och stöd för att hantera svårigheterna i vardagen. Behoven skiljer sig mycket, bland annat beroende på om personen samtidigt har en intellektuell funktionsnedsättning eller inte. Ofta behövs stöd i förskolan, skolan och arbetslivet samt i hemmet och i fritidsaktiviteter. Skolan och arbetsgivaren har ansvar för att anpassa miljön så att den fungerar för personer med funktionsnedsättningar,⁴ och skolan har stor betydelse för barns psykiska hälsa [24]. De som ger stöd behöver ta hänsyn till hela familjesituationen, och ofta har flera barn eller vuxna i familjen en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Många med en misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning får insatser från socialtjänsten enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, för olika sociala behov redan innan de eventuellt får en diagnos. Personer med bekräftad adhd eller autism kan dessutom få insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, utifrån sina funktionsnedsättningar.⁵ Det är dock ovanligt att personer med enbart adhd får LSS-insatser. Exempel på insatser enligt SoL och LSS är boendestöd och kontaktperson.

När någon behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kommunen och regionen tillsammans upprätta en individuell plan, om personen samtycker till det.⁶ Den brukar kallas samordnad individuell plan (SIP).

Långa väntetider och stora regionala skillnader

Köerna till både barn- och vuxenpsykiatri är ofta långa [25-27]. Allt fler får vård, men behovet ökar också, framför allt hos barn. Därför får många vänta länge på en neuropsykiatrisk utredning.

Vården och stödet till personer med adhd och autism varierar också stort mellan olika regioner, kommuner och vårdformer. Några exempel:

- **Första linjens verksamhet** ger ofta tidiga insatser till barn och unga med misstänkt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Men det finns stora

⁴ Se till exempel 3 kap. skollagen (2010:800) och 2 och 3 kap. arbetsmiljölagen (1977:1160).

⁵ För att ha rätt till insatser enligt LSS behöver man tillhöra någon av LSS personkretsar, se 1 och 7 § LSS. Personer med autism eller intellektuell funktionsnedsättning tillhör personkrets 1, och personer med adhd kan tillhöra personkrets 3. Kommunen gör en bedömning i varje enskilt fall när någon har ansökt om en LSS-insats.

⁶ Se 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

variationer i tillgängliga insatser och kompetenser, och i samverkan med närliggande verksamheter [26].

- **De neuropsykiatriska utredningarna** går till på olika sätt. Många utredningar är till exempel tydligt inriktade på antingen adhd eller autism, trots att symtomen överlappar och det är viktigt med öppenhet för flera möjliga diagnoser.
- Personer som behöver stöd av **socialtjänsten**⁷ riskerar att få fel typ av insatser på grund av okunskap om adhd och autism. Till exempel uppfattar socialtjänsten inte alltid när individer har dessa funktionsnedsättningar, som ihop med ett bristande stöd kan ha bidragit till olika sociala problem.
- Det finns brister i arbetet med **samverkan och SIP** i flera regioner och kommuner. Många vårdnadshavare efterfrågar till exempel en bättre samordning mellan olika vård- och omsorgsgivare, som ger en fungerande helhet för barnet och familjen.
- Insatserna från **elevhälsan** skiljer sig mellan skolhuvudmännen, till exempel när det gäller samverkan med lärare, tvärprofessionella insatser och tillgängliga yrkesgrupper. Samtalen till Bris om elevhälsan har ökat, och barn beskriver att de inte får rätt stöd där [3].
- Personer som skrivs ut från **kriminalvården** får inte tillräckligt med fortsatt stöd och behandling i den öppna vården [28].
- Det är ofta svårt att få lämpligt stöd för personer som har stora svårigheter men **inte uppfyller diagnoskriterierna** för till exempel adhd, autism eller intellektuell funktionsnedsättning. Hänvisningar från till exempel BUP till socialtjänsten kan brista när aktörerna inte känner till varandras uppdrag.
- Många med adhd eller autism behöver bättre stöd för att förebygga och följa upp **fysisk ohälsa** (även munhälsa). Personer med adhd och autism ingår i den grupp som oftare verkar utebli från nationell screening och rutinkontroller än andra, till exempel för bröstcancer [29].

➔ **Läs mer** i Socialstyrelsens behovsanalys från 2019 [3].

Mer systematisk uppföljning och forskning behövs

Det finns få kvalitetsregister för vården vid adhd och autism, som gör det möjligt att följa upp insatserna nationellt. Barn- och ungdomspsykiatri kan mäta resultatet av sina insatser med hjälp av ett generellt kvalitetsregister, Q-bup. Alla regioner är inte anslutna till registret än, men om fler ansluter finns potential för nationell uppföljning i framtiden [30]. Insatser från läkare går också att följa upp via till exempel patientregistret, men en stor del av insatserna görs av andra yrkesgrupper. Fler nationella kvalitetsregister på området är dock på gång, och de skulle kunna främja enhetlig uppföljning och insatser med högre kvalitet. Även socialtjänsten skulle kunna förbättras med hjälp av kvalitetsregister.

Det saknas dessutom forskning på många områden, och viktiga perspektiv som livskvalitet och funktionsförmåga saknas ofta i forskningen. Särskilt behövs mer forskning och systematiska utvärderingar av vilka insatser från socialtjänsten som är lämpliga för personer med adhd eller autism. Vidare

⁷ Även till exempel personer på Statens institutionsstyrelsens särskilda ungdomshem och hem för vård eller boende (HVB).

behövs mer kunskap om adhd och autism i kombination med andra funktionsnedsättningar och sjukdomar (inklusive beroendeproblematik), om diagnostik, om långtidseffekter av olika behandlingar och om olika psykologiska behandlingar, till exempel behandling av sömnproblem. Även om erfarenheten av behandling med adhd-läkemedel är gedigen, behövs också mer evidensbaserad kunskap och vägledning om

- vilka patienter som bör och inte bör behandlas med adhd-läkemedel
 - hur länge behandlingen bör pågå
 - hur läkemedlen bör doseras
 - vilka biverkningar som finns på lång sikt
 - hur läkemedlens effekt påverkas av andra läkemedel, som patienten tar samtidigt [17].
- **Läs mer:** I [bilaga 2](#) finns en översikt av Socialstyrelsens indikatorer för uppföljning av vården och stödet vid adhd och autism.





Rekommendationer

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer om vård och stöd vid adhd och autism. De olika insatserna behöver ofta kombineras. Vi beskriver också hur rekommendationerna väntas påverka hälso- och sjukvården och socialtjänsten ekonomiskt och organisatoriskt, och hur vi utvärderar vården och stödet med hjälp av indikatorer. När riktlinjerna uppdateras planerar vi att lägga till fler rekommendationer om sömn samt rekommendationer om kognitiva stöd och hjälpmedel.

Läshjälp: Rekommendationerna presenteras i följande delkapitel:

Delkapitel	Rekommendationer till ...	
	hälso- och sjukvården	socialtjänsten
Tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning	✓	✓
Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning	✓	
Effektiv samverkan	✓	✓
Kompetensutveckling	✓	✓
Psykosociala insatser	✓	✓
Psykologiska insatser	✓	
Läkemedel och medicintekniska produkter	✓	

Varje delkapitel består av fem textdelar:

Textdel	Innehåll
Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av det område som rekommendationerna gäller
 Rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten	Tabell med rekommendationer i prioritetsordning
 Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet (och id-nummer som även finns i webbilagan <i>Tillstånds- och åtgärdslista</i>)
 Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
 Så utvärderar vi hälso- och sjukvården och socialtjänsten	Beskrivning av de indikatorer som Socialstyrelsen använder för att utvärdera området

→ Läs mer:

- I *bilaga 1* finns en översikt av rekommendationerna.
- I *bilaga 2* finns en översikt av indikatorerna, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en mer detaljerad översikt av alla rekommendationer (bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*), kunskapsunderlaget för samtliga 44 rekommendationer, ett hälsoekonomiskt underlag och rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism*. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/adhd-autism.

Huvudbudskap: individanpassade utredningar och insatser i rätt tid

Det är viktigt att ge insatser efter behov så snart som möjligt till personer med svårigheter som kan bero på adhd, autism eller andra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Personerna bör inte först behöva vänta på en neuropsykiatrisk utredning.

Samtidigt bör inte en sådan diagnostisk utredning fördröjas – den ökar chansen till rätt insatser. Du som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården bör säkerställa att utredningarna anpassas till individens behov och pekar framåt mot lämpliga insatser. De bör utföras av personal med adekvat kompetens och erfarenhet (minst en läkare och en psykolog). Detta kan kräva extra resurser på kort sikt, men ni kan effektivisera utredningarna med hjälp av individanpassningen, så att ni varken utreder för mycket eller för lite.

Det finns flera typer av behandlingar och andra insatser för personer med adhd eller autism: psykologiska insatser, psykosociala insatser, kognitivt stöd och läkemedelsbehandling. Behoven skiljer sig mycket mellan individer.

Ofta behöver flera insatser kombineras. I hälso- och sjukvården bör ett team med minst en läkare och en psykolog bedöma vad som är lämpligt vid olika tidpunkter. För kontinuitet och insatser i rätt tid behövs tydliga rutiner för samverkan mellan bland annat primärvården, den specialiserade psykiatrin, habiliteringen, socialtjänsten och skolan. Även kriminalvården och Statens institutionsstyrelse behöver delta i samverkan.

Tidiga och effektiva satsningar och utredningar kan hindra större svårigheter för personer med adhd och autism längre fram. Samhället kan då göra stora besparingar på lång sikt. Exempelvis skulle fler kunna gå klart skolan, och arbetslöshet och beroendeproblematik skulle kunna minska.

Tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning

Barn och vuxna behöver få tidiga insatser om de har svårigheter som misstänks bero på en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.⁸ De bör alltså få insatserna nära i tiden efter att behovet har uppstått, och inte först behöva stå

⁸ Misstanken kan exempelvis uppstå i skolan, på en arbetsplats, i hemmet, i psykiatrin, i primärvården, i företagshälsovården, i socialtjänsten, på Statens institutionsstyrelsens särskilda ungdomshem eller i kriminalvården.

i kö till en neuropsykiatrisk utredning. Med tidiga insatser får en del tillräcklig hjälp att hantera sina svårigheter, och man behöver kanske inte längre misstänka en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Hos barn kan svårigheterna till exempel ha varit kopplade till en utvecklingsfas.

Svårigheterna kan uppmärksammas i olika sammanhang, och tidiga insatser syftar inte på specifika insatser, utan bör erbjudas efter behov. Exempel på tidiga insatser är stöd från elevhälsan⁹ eller arbetsgivaren, anpassning av vardagsmiljön samt föräldraskapsstöd och andra insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten (se även avsnitten *Psykosociala insatser* och *Psykologiska insatser*).

Samtidigt är det viktigt att inte fördröja en neuropsykiatrisk utredning, eftersom den ökar chansen till rätt insatser. Insatser som inte fungerar kan bli kontraproduktiva. När personal i hälso- och sjukvården (även elevhälsan) eller socialtjänsten har en välgrundad misstanke om en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, bör personen därför få gå igenom en utredning enligt fastställda grundprinciper och eventuellt få en diagnos (se rutan *Grundprinciper för neuropsykiatrisk utredning*). Du som är beslutsfattare eller verksamhetschef i hälso- och sjukvården behöver se till att det finns rutiner för utredningar enligt dessa principer. Socialtjänsten kan samtidigt behöva rutiner för att hänvisa till hälso- och sjukvården för neuropsykiatrisk utredning.

I vissa fall är det svårt att slutföra en utredning utan att samtidigt behandla andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar, till exempel olika typer av beroendeproblematik.

Rekommendationer: tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning

Till hälso- och sjukvården			
Id	För personer med ...	Erbjud ...	Prioritet
U1	misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	en neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper.	1
B23		tidiga insatser efter behov.	3
Id	För personer med ...	Ställ <u>inte</u> ...	Prioritet
U14	misstänkt adhd	diagnosen adhd utifrån enbart datoriserade uppmärksamhetstester.	icke-göra
Till socialtjänsten			
Id	För personer med ...	Erbjud ...	Prioritet
B23	misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	tidiga insatser efter behov.	3

⁹ Skolan har en skyldighet att erbjuda stöd efter behov, oavsett om eleven har en diagnos eller inte. Se 3 kap. 8 § skollagen.

Grundprinciper för neuropsykiatrisk utredning

- Anpassa utredningen till **individens behov**, symtom och förutsättningar. Personalen ansvarar för att utreda så mycket eller lite som behövs.*
- Utred **tvärprofessionellt**, med hjälp av personal med adekvat kompetens.**
- Utred **sammanhållet** och med kontinuitet i tid och plats.
- Ha en **bred diagnostisk ansats** och utgå från en fullständig anamnes (sjukdomshistoria). Det är viktigt att reda ut om några svårigheter eller symtom beror på en eller flera andra sjukdomar, funktionsnedsättningar eller genetiska syndrom, eller på en svår psykosocial situation.
- Inkludera en **funktions- och aktivitetsbedömning**: Kartlägg styrkor och svårigheter och identifiera lämpliga insatser.
- När utredningen avslutas: **Förklara resultatet** på ett begripligt sätt för den som har utretts och eventuellt för andra berörda, såsom vårdnadshavare och skolpersonal. Gör också en **åtgärdsplan** för insatser och uppföljning, oavsett om en diagnos har ställts eller inte.

* Utredningen kan vara relativt avgränsad när helhetsbilden pekar tydligt mot en specifik diagnos, medan den behöver vara större vid en komplex problematik.

**Utredningsteamet bör bestå av en legitimerad psykolog och en specialistläkare eller ST-läkare i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller barnmedicin. Båda bör delta aktivt och ha betydande erfarenhet av neuropsykiatrisk utredning, eller få handledning av någon med sådan erfarenhet. Även annan kompetens bör kunna ingå i teamet utifrån individens behov, till exempel logoped och arbetsterapeuter (se fler exempel i avsnittet *Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning*).

→ Läs mer:

- I avsnittet *Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning* rekommenderar vi hälso- och sjukvården att arbeta tvärprofessionellt i både utredningar, insatser och uppföljning.
- I avsnittet *Effektiv samverkan* rekommenderar vi hälso- och sjukvården att gå igenom utredningsresultat för barn tillsammans med förskolan eller skolan.
- Information till en patient behöver alltid anpassas så att patienten förstår den, enligt 3 kap. 6 § patientlagen (2014:821).
- Socialtjänsten gör andra typer av utredningar än hälso- och sjukvården, till exempel av en persons resurser och behov oberoende av diagnos, och väljer insatser utifrån det. Ett användbart arbetssätt är då Individens behov i centrum (IBIC). Socialstyrelsen har utbildningar om IBIC – se kunskapsguiden.se.
- I kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd* hänvisar vi till material från andra myndigheter om olika typer av tidiga insatser, och till material från Socialstyrelsen om bemötande av personer med adhd eller autism i socialtjänsten.

Så har vi prioriterat

En neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper ökar förutsättningarna för att patienten får en korrekt diagnos och lämpliga insatser utan onödigt lång väntan. Utredningen ger avgörande information för planeringen av fortsatt vård och stöd, och har högsta möjliga prioritet. Hälsotillståndet hos dem som bör erbjudas utredningen har generellt en måttlig till stor svårighetsgrad. En del har dock både en misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och till exempel alkohol- eller narkotikaproblem, och därmed ett svårare hälsotillstånd.

Även tidiga insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten har hög prioritet. Insatserna kan förbättra livskvaliteten och möjligheterna till ett fungerande liv för personer med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. För många kan insatserna dessutom förbättra den fortsatta utvecklingen.

Hälso- och sjukvården bör däremot inte alls ställa diagnosen adhd utifrån enbart datoriserade uppmärksamhetstester. Testerna är inte tillräckligt precisa för att diagnostiken ska bli rätt. De tar inte heller hänsyn till orsakerna till den uppmätta prestationen, såsom andra sjukdomar och funktionsnedsättningar än adhd.

Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Din region eller kommun kan behöva satsa resurser och göra organisatoriska förändringar, för att kunna erbjuda tidiga insatser till barn och vuxna (även äldre) med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Satsningen kan öka kostnaderna på kort sikt, till exempel för ny personal med kunskap om olika typer av tidiga insatser, såsom arbetsterapeuter, logoped och socionomer. Men samhället kan göra stora besparingar på lång sikt, till exempel om fler kan gå klart skolan, läsa vidare och få ett arbete. När familjer får insatser tidigt kan också familjekonflikter och sjukskrivningar av vårdnadshavare minska.

Även rekommendationen om neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper väntas öka kostnaderna något på kort sikt. Framst behöver grundprinciperna för utredningen förankras i organisationen. Din region kan till exempel behöva satsa resurser på ett tvärprofessionellt arbetssätt, om det saknas i dag (se avsnittet *Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning*). Ni behöver också säkerställa ett samarbete med aktörer som kan behöva kopplas in i utredningen, till exempel beroendevården när det är aktuellt. Vidare kan ni behöva avsätta mer tid för att anpassa informationen om utredningens resultat till mottagarens ålder, funktionsförmåga, språkkunskaper med mera. Dessutom behöver ni se till att patienterna får de remisser eller kontakter som behövs enligt den åtgärdsplan som togs fram efter utredningen.

Samtidigt effektiviseras utredningarna tack vare grundprincipen att individanpassa utredningens omfattning. De blir också effektiva om hälso- och sjukvårdspersonalen tar tillvara tidigare kartläggningar och material, från både vårdkontakter och exempelvis skolan eller förskolan. Material från en



specialpedagog eller annan skolpersonal med lämplig kompetens kan till exempel ligga till grund för en funktions- och aktivitetsbedömning.

Effektivare neuropsykiatriska utredningar kan förväntas plana ut eller minska kostnaderna på längre sikt. Väl utförda utredningar kan dessutom minska behovet av att göra om utredningar. De kan också bidra till att personer får vård och stöd direkt, i stället för att behöva vända sig till många aktörer.

Så utvärderar vi hälso- och sjukvården och socialtjänsten



Socialstyrelsen har tagit fram fyra indikatorer för att följa upp området tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning. Med dem mäter vi

- andelen verksamheter i den specialiserade vården som har rutiner för neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper (indikator 1)
- andelen neuropsykiatriska utredningar där en läkare och en psykolog har deltagit aktivt (indikator 2)
- andelen verksamheter i den specialiserade vården, socialtjänsten och elevhälsan som har rutiner för att erbjuda tidiga insatser för personer med misstänkt eller fastställd adhd eller autism (indikator 3)
- andelen verksamheter som har i uppdrag att utreda personer med misstänkt adhd utifrån enbart datoriserade uppmärksamhetstester (indikator 4).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism*.

Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning

Personer med adhd eller autism behöver ofta vård och stöd från flera olika enheter i hälso- och sjukvården (inklusive elevhälsan). Även personer med en misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning kan behöva många kontakter och insatser, liksom de som inte helt uppfyller diagnoskriterierna. Du som är beslutsfattare eller verksamhetschef i hälso- och sjukvården bör säkerställa kontinuitet och en sammanhållen vård trots de många kontakterna, från misstänkt funktionsnedsättning till uppföljning.

Även socialtjänsten behöver organiseras utifrån detta, så att personerna får sina samlade behov tillgodosedda. Målet är att personerna eller deras närstående inte behöver ta ett sådant samordningsansvar själva (se vidare avsnittet *Effektiv samverkan*). I detta avsnitt ger vi dock enbart rekommendationer till hälso- och sjukvården.

För att möta de samlade behoven hos dem som söker hälso- och sjukvård behövs team som gör neuropsykiatriska utredningar för att ställa diagnos, erbjuder insatser och följer upp dem. Ett sådant team bör bestå av en legitimerad psykolog och en specialistläkare eller ST-läkare i psykiatri, barn-

och ungdomspsykiatri eller barnmedicin.¹⁰ Även annan kompetens bör kunna ingå i teamet, utifrån individens behov.¹¹

Teamet bör bedöma vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som är lämpliga vid olika tidpunkter. Många gånger behövs en kombination av läkemedelsbehandling och andra insatser (tidigare kallat multimodal inriktning [31]). Om utredning och insatser inte erbjuds av ett team i samma verksamhet, är det viktigt att föra över erfarenheter och kunskaper mellan verksamheterna. På så sätt utvecklas också personalen.

Insatserna behöver sedan följas upp strukturerat, till exempel enligt den åtgärdsplan som togs fram efter den neuropsykiatriska utredningen (se avsnittet *Tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning*).¹²

Rekommendationer: sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning

Till hälso- och sjukvården			
Id	För personer med ...	Arbeta så här:	Prioritet
O13	<ul style="list-style-type: none"> • misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning <i>eller</i> • fastställd adhd eller autism 	Sätt ihop ett team med minst en läkare och en psykolog, som gör en neuropsykiatrisk utredning, erbjuder insatser och följer upp insatserna. Använd fler kompetenser vid behov.	2
O1		Håll samman bedömningen, diagnosen, insatserna och uppföljningen genom hela vårdkedjan.	3
Fb1, Fv1	adhd eller autism	Följ upp insatserna strukturerat (oftast minst en gång per år för barn).	3

➔ **Läs mer** om vikten av att arbeta tvärprofessionellt när man ställer diagnos i avsnittet *Tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning*.

Så har vi prioriterat

De rekommenderade insatserna i detta avsnitt ökar förutsättningarna för en optimal hälso- och sjukvård efter behov, från utredning till uppföljning. Misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning samt adhd och autism är generellt hälsotillstånd med en måttlig till stor svårighetsgrad, och Socialstyrelsens princip är då att ge insatserna högst prioritet 3. Att arbeta tvärprofessionellt i neuropsykiatriska utredningar, insatser och uppföljning har dock högre prioritet (2), eftersom detta är en grundförutsättning för en god vård och en god livskvalitet för patienterna. När yrkesgrupperna samarbetar blir det också möjligt att ge rätt insatser i rätt tid.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Din region behöver satsa resurser om ni saknar ett tvärprofessionellt och teambaserat arbetssätt för personer med misstänkt neuropsykiatrisk



¹⁰ Psykologer och läkare som gör neuropsykiatriska utredningar bör ha betydande erfarenhet av sådan utredning, eller få handledning av någon med sådan erfarenhet.

¹¹ Till exempel barnmedicinsk kompetens (inklusive barnneurolog), läkare med bred erfarenhet av beroendesjukdomar, arbetsterapeut, logoped, socionom, fysioterapeut, specialpedagog, kurator, dietist, specialistsjuksköterska (såsom bammorska, barnsjuksköterska eller psykiatrisjuksköterska) och vård- och stödsamordnare. Teamet bör alltså vara multiprofessionellt, med representanter för två yrkesgrupper eller fler.

¹² Jfr 3 kap. 3 § tredje stycket SoL och prop. 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken s. 119.

funktionsnedsättning eller fastställd adhd eller autism. Vilken typ av resurser och hur stora beror på ert utgångsläge. Insatserna behöver fungera för hela spektrumet av patienter och brukare, från personer med intellektuell funktionsnedsättning eller andra komplexa svårigheter till personer med exempelvis autism och många kompenserande styrkor.

Om ni inte har tillgång till rätt yrkesgrupper och kompetenser behöver ni se över kompetensförsörjningen, och rekrytera mer personal eller samverka mer med andra vårdverksamheter. På lång sikt kan det teambaserade arbetssättet ge stora vinster, när ni bättre kan tillgodose patienternas samlade behov. Arbetssättet kan dessutom bidra till kortare utrednings- och behandlingsprocesser.

Det kan också behövas mer resurser för att hålla samman bedömningen, diagnostiken, insatserna och uppföljningen genom hela vårdkedjan. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har visat på stora brister i samordningen av insatser för barns och ungas psykiska hälsa. Samordningen med elevhälsan och skolan tycks vara särskilt svår [24, 32].

Dessutom följer hälso- och sjukvården inte alltid upp sina insatser tillräckligt i dag. Rekommendationen om strukturerad och regelbunden uppföljning väntas därför påverka resursfördelningen något. Samtidigt kan satsningar på uppföljning spara resurser på lång sikt, om nya behov upptäcks tidigt och patienterna får insatser innan svårigheterna blir stora.

Så utvärderar vi hälso- och sjukvården



Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp området sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning. Med den mäter vi

- andelen personer som får insatser för adhd eller autism och som får återkommande uppföljning i den specialiserade vården (även rehabiliteringen), med minst ett planerat besök per år under en treårsperiod efter diagnosen (indikator 5).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism*.

Effektiv samverkan

Olika verksamheter behöver ofta samverka kring personer med adhd och autism. I vissa fall finns lagkrav på samverkan: när någon behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kommunen och regionen tillsammans upprätta en individuell plan, om personen samtycker till det.¹³ Planen brukar kallas samordnad individuell plan (SIP), och det är ofta viktigt att även involvera skolan eller Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i samverkan.

Men effektiv samverkan är centralt mellan flera verksamheter i hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan, för att insatserna ska fungera väl och utan fördröjningar. Detta är särskilt viktigt kring personer med komplex

¹³ Se 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

problematik, såsom samtidig neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, allvarlig psykisk sjukdom, alkohol- och narkotikaproblem och kriminalitet.

Det behövs också effektiva övergångar när nya aktörer ska ta över ansvaret för vården och stödet. Här ger vi rekommendationer om övergången från kriminalvården till andra verksamheter och från barnsjukvården till vuxensjukvården. Men effektiva övergångar är viktiga även när personer med adhd eller autism ska påbörja eller avsluta en placering i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB), inklusive SiS särskilda ungdomshem [33, 34].

Vidare bör den som har ansvarat för en neuropsykiatrisk utredning av ett barn säkerställa att förskolan eller skolan tar del av resultatet, så länge vårdnadshavarna och i vissa fall barnet godkänner det.¹⁴ Utredningen ger viktig information om hur barnet fungerar, som kan behövas för nya eller justerade anpassningar. Om barnet är placerat behöver också boendet informeras. Även här krävs samtycke från vårdnadshavarna och i vissa fall barnet.

Särskild samordning behövs för barn i skolåldern som visar tecken på en ogynnsam utveckling, trots stödinsatser från enskilda aktörer. Det kan till exempel handla om att barnet slutar gå i skolan, får sämre skolprestationer eller har begynnande psykisk ohälsa. Aktörerna behöver arbeta tillsammans tidigt, för att ge bästa möjliga stöd och se till att förväntningarna på barnet är rimliga utifrån förmågan.

Rekommendationer: effektiv samverkan

Till hälso- och sjukvården			
Id	För personer med adhd eller autism som ...	Samverka så här:	Prioritet
O5	behöver vård från flera instanser	Ta fram rutiner för samarbete och fördela ansvaret tydligt mellan primärvården, den specialiserade psykiatrin och habiliteringen.	1
R2	ska frigges från kriminalvården	Ta tidig kontakt från kriminalvården med öppenvårdspsykiatrin, socialtjänsten eller beroendevården efter behov.	1
Id	För barn som ...	Samverka så här:	Prioritet
O2	<ul style="list-style-type: none"> har adhd eller autism ska fylla 18 år 	Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård.	3
Ob6	har gått igenom en neuropsykiatrisk utredning	Gå igenom utredningsresultaten tillsammans med förskolan eller skolan, inklusive elevhälsan – oavsett om barnet har fått en diagnos eller inte.	3
O6	<ul style="list-style-type: none"> har misstänkt eller fastställd adhd eller autism är i skolåldern visar tecken på en ogynnsam utveckling 	Samordna era insatser med socialtjänsten och skolan, i dialog med barnet och barnets vårdnadshavare.	3

¹⁴ Jfr 10 kap. 1 §, 12 kap. 3 § och 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Till socialtjänsten			
Id	För barn som ...	Samverka så här:	Prioritet
O6	<ul style="list-style-type: none"> • har misstänkt eller fastställd adhd eller autism • är i skolåldern • visar tecken på en ogynnsam utveckling 	Samordna era insatser med hälso- och sjukvården och skolan, i dialog med barnet och barnets vårdnadshavare.	3

→ Läs mer om

- SIP i SKR:s rapport *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan* [35, 36]
- barn med normbrytande beteende i Socialstyrelsens kunskapsstöd *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott* [37]
- placerade barn i Socialstyrelsens rapport *Placerade barns skolgång och hälsa* [38]
- samverkan vid utskrivning från sluten psykiatrisk vård i SKR:s rapport *God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi?* [39]
- sekretessbestämmelser i Socialstyrelsens vägledning *Sekretess- och tystnadspliktsgränser* [40].

Så har vi prioriterat



Alla samverkansinsatser har hög prioritet. Insatserna med prioritet 1 gäller samverkan kring personer vars hälsotillstånd totalt sett har en mycket stor svårighetsgrad: de har adhd eller autism och dessutom andra svårigheter, eller en utsatt social situation. Insatserna för dessa personer bidrar till en optimal vård utan dröjsmål. Samverkan kring personer som ska frigges från kriminalvården kan också minska risken för återfall i alkohol- eller narkotikabruk och brottslighet.

Samverkansinsatserna för barn gäller hälsotillstånd med en måttlig till stor svårighetsgrad, och prioritet 3 är då högsta möjliga prioritet. Insatserna bidrar till att barnet får adekvat stöd utan dröjsmål och till kontinuitet. För barn som visar tecken på en ogynnsam utveckling kan samordnade insatser hindra utvecklingen, innan barnet får allvarigare problem.

Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten



Om din region eller kommun saknar en effektiv samverkan behöver ni se över och anpassa era rutiner på området, så att personer som får insatser och deras närstående inte själva behöver ta ett samordningsansvar. Om det inte är självklart bör ni också tillsammans reda ut vem som har huvudansvaret för en persons vård och stöd, så att personen inte hänvisas runt i onödan. För detta behöver ni avsätta tillräckligt med administrativa resurser, så att personal med lämplig kompetens kan arbeta med frågorna och samordna insatser från olika aktörer – även aktörer som de inte annars samverkar med, i vissa fall till exempel kriminalvården eller Statens institutionsstyrelse (med patientens samtycke). Ni behöver särskilt säkerställa att personer med komplex problematik får samordnade insatser. Exempelvis hade cirka 70 procent av

dem som vårdades vid SiS särskilda ungdomshem 2019 minst en fastställd psykiatrisk diagnos, och adhd var vanligast [21]. För att nå vissa grupper kan dessutom en uppsökande verksamhet vara aktuell, till exempel för hemlösa.

Insatserna för en effektiv samverkan innebär därmed initiala kostnader, men på längre sikt väntas insatserna ge vinster i form av bättre vård och stöd samt mindre kostnader för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

På lång sikt finns också möjlighet att spara stora samhällsresurser, till exempel när en ogynnsam utveckling hos barn kan hindras tidigt. Skolresultat och arbetsmöjligheter kan förbättras, och ångest, självskadebeteende, beroendeproblematik och kriminalitet kan minska. Återfallen i alkohol- och narkotikabruk och kriminalitet kan också minska om personer som ska frigges från kriminalvården får kontakt med öppenvårdspsykiatri, socialtjänsten eller beroendepsykiatri. Cirka 25 procent av alla i kriminalvården uppskattas ha adhd [23].

Flera regioner har redan former för effektiv samverkan kring psykisk ohälsa generellt, till exempel i kriminalvården, som skulle kunna tillämpas även för adhd och autism.

Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer för att följa upp området effektiv samverkan. Med dem mäter vi

- andelen regioner och verksamheter i primärvården, den specialiserade psykiatri och habiliteringen som har styrdokument och rutiner för en tydlig samverkan kring ansvarsfördelning (indikator 6)
- andelen verksamheter i kriminalvården som har rutiner för samverkan med öppenvårdspsykiatri, socialtjänsten och beroendevården inför frigivning av personer med adhd och autism (indikator 7)
- andelen verksamheter i regionerna som har rutiner för att arbeta strukturerat när ungdomar med adhd eller autism ska gå över från barnsjukvård till vuxensjukvård (indikator 8).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism*.

Kompetensutveckling

Personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver tillräcklig kompetens för att upptäcka, bemöta och stödja personer med misstänkt eller fastställd adhd eller autism på ett lämpligt sätt, till exempel om de har svårt med socialt samspel eller att passa mötestider. Med rätt kunskap kan personalen också hjälpa dem som behöver det vidare till en neuropsykiatrisk utredning.

Förutom generell kunskap om funktionsnedsättningarna och deras konsekvenser behöver personalen kunskap om hur symtomen kan variera, till exempel mellan individer och mellan personer med olika samtidiga sjukdomar och funktionsnedsättningar. Personalen behöver också känna till hur svårigheterna och stödbehoven kan förändras genom livet. Personer med adhd eller autism kan få större svårigheter vid olika livshändelser, såsom att få barn, gå igenom klimakteriet, gå i pension eller förlora en partner.

Dessutom behöver personalen kunna identifiera personer som utsätts för våld. Barn med funktionsnedsättningar löper till exempel 3–5 gånger större risk för det än andra barn [41].

Det behövs särskild kompetensutveckling i barnhälsovården om tidiga tecken på autism, eftersom barn med autism kan få en bättre utveckling och mindre framtida svårigheter om de får tidiga insatser [42]. Barnhälsovården följer utvecklingen hos de allra flesta barn i Sverige upp till skolåldern, så med mer kunskap kan de upptäcka fler barn. Även symtom som kan tyda på adhd är viktiga att upptäcka tidigt [42].

Särskild kompetensutveckling behövs också om adhd och autism hos äldre. Cirka 3 procent av de äldre (över 65 år) har troligen adhd eller autism [43], många utan att ha gått igenom en neuropsykiatrisk utredning. De kan ha haft långvarig kontakt med psykiatrik och behandlats för andra tillstånd, men de skulle få bättre stöd, behandling och bemötande om de diagnostiserades med adhd eller autism. Symtom på adhd eller autism kan även misstolkas som symtom på demens eller ångest. Det finns alltså risk för felbehandling och onödiga biverkningar på grund av bristande kunskap om funktionsnedsättningarna.

Rekommendationer: kompetensutveckling

Till hälso- och sjukvården			
Id	För yrkesgrupper i ...	Erbjud kompetensutveckling om ...	Prioritet
B28	<ul style="list-style-type: none"> primärvården (även barnhälsovården) elevhälsan 	adhd och autism hos barn och vuxna.	3
B29	barnhälsovården	tidig upptäckt av autism.	3
R3	hela hälso- och sjukvården	adhd och autism hos äldre.	3
Till socialtjänsten			
Id	För yrkesgrupper i ...	Erbjud kompetensutveckling om ...	Prioritet
B30	hela socialtjänsten (även t.ex. HVB och LSS-boenden)	adhd och autism hos barn och vuxna.	2
R3		adhd och autism hos äldre.	3

➔ **Läs mer:** Vi ger fler exempel på grupper där funktionsnedsättningarna ofta missas i kapitlet *Om adhd och autism*, avsnittet *Tidig upptäckt och en stödjande omgivning kan minska negativa konsekvenser*.

➔ **Kommande publicering:** Socialstyrelsen arbetar med ett implementeringsstöd för dessa riktlinjer, som kan användas för kompetensutveckling.

Så har vi prioriterat



Det finns ett stort behov av kompetensutveckling, och den är en förutsättning för bästa möjliga omhändertagande och bemötande av personer med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller fastställd adhd eller autism. Därför har kompetensutveckling om adhd och autism hög prioritet.

Funktionsnedsättningarna har generellt en måttlig till stor svårighetsgrad, och Socialstyrelsens princip är då att ge insatserna högst prioritet 3.

Kompetensutveckling för personal i socialtjänsten har dock högre prioritet (2), eftersom behovet är ännu större där. Många i socialtjänsten har till exempel ingen kunskap om adhd och autism med sig från sin utbildning.

Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver satsa på att förbättra kunskapen om adhd och autism hos flera personalgrupper, till exempel

- på vårdcentraler
- i barnhälsovården, i elevhälsan och på ungdomsmottagningar
- i beroendevården
- på hem för vård eller boende (HVB)
- i individ- och familjeomsorgen
- i funktionshinderomsorgen (inklusive socialpsykiatri)
- i äldrevården och äldreomsorgen
- hos socialsekreterare och LSS-handläggare
- på SiS särskilda ungdomshem.

Din kommun, skola eller region behöver genomföra utbildningar, föreläsningar eller workshoppar (eventuellt digitalt). De kan gärna erbjudas flera personalgrupper gemensamt.

Ni kan till exempel utgå från utbildningsmaterial från Socialstyrelsen (se kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd*) och ta stöd från personer inom organisationen med rätt kunskap. Om ni har möjlighet kan ni också integrera kompetensutvecklingen i andra kompetenssatsningar, till exempel Yrkesresan i socialtjänsten. I vissa högskoleutbildningar ingår vidare specifika kurser om neuropsykiatri, som man kan utgå från. Det finns dock generellt en brist på undervisning om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i dagens högskoleutbildningar för olika yrken i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Oavsett utbildningens form är det viktigt att avsätta tillräckliga resurser för att de stora personalgrupperna ska få tillräckliga kunskaper – många kommer i kontakt med adhd och autism i sin yrkesutövning.

När kunskapen om adhd och autism ökar kan också antalet vårdbegäranden om neuropsykiatriska utredningar i hälso- och sjukvården bli fler, särskilt från socialtjänsten. En fördel är att ökningen troligen främst gäller personer med komplexa behov som tidigare inte har fått rätt stöd för sina funktionsnedsättningar, till exempel personer med en svår psykosocial situation som har kontakt med både socialtjänsten och psykiatri.

Så utvärderar vi socialtjänsten

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp området kompetensutveckling. Med den mäter vi

- andelen verksamheter i socialtjänsten som erbjuder kompetensutveckling om adhd och autism (indikator 9).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism*.



Psykosociala insatser

För många med adhd eller autism är det utmanande att hantera vardagslivet. Det kan vara svårt med sociala kontakter och att planera och organisera aktiviteter – till exempel när det gäller utbildning och arbete, hemliv eller hälsosamma mat- och motionsvanor. Då kan olika psykosociala insatser vara aktuella: insatser som fokuserar på en persons sociala situation och sammanhang. De kan motverka negativa konsekvenser av funktionsnedsättningarna och underlätta delaktighet, på både kort och lång sikt.

Rekommendationer: psykosociala insatser

Till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten			
Id	För personer med adhd eller autism som ...	Arbeta så här:	Prioritet
Bb40, Bv40	har komplexa behov	Utse en vård- och stödsamordnare som samordnar kontakterna med myndigheter, hälso- och sjukvården och socialtjänsten, så att personen kan leva så självständigt som möjligt.	2
B60	är vårdnadshavare	Erbjud föräldraskapsstöd till vårdnadshavare som själva har adhd eller autism.* Ge till exempel hjälp med struktur och strategier för åtaganden till skolan och fritidsverksamheter.	3
Bv61	har ingen eller svag anknytning till arbetsmarknaden	Erbjud individanpassat stöd till arbete (IPS-modellen, individual placement and support). En arbetsspecialist hjälper då personen att söka arbete snabbt, utan att först bedöma arbetsförmågan.	4
Till hälso- och sjukvården			
Id	Arbeta så här:		Prioritet
O8	<ul style="list-style-type: none"> Uppmärksamma munhälsan när personer med adhd eller autism besöker hälso- och sjukvården, till exempel med enkla frågor eller munbedömningsinstrument.** Remittera till tandvården vid behov. 		3
B27	Informera närstående till personer med adhd eller autism om stöd som erbjuds av andra huvudmän, till exempel föräldraskapsstöd, informationsträffar eller stödsamtal hos socialtjänsten,*** skolan, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.		3
Till socialtjänsten			
Id	Arbeta så här:		Prioritet
Bv63	Erbjud boendestöd till vuxna med adhd eller autism som har svårt att klara hemlivet utan stöd, till exempel hjälp att planera hushållsarbete eller sociala aktiviteter utanför hemmet.		2

*När ett barn är placerat utanför hemmet, till exempel i familjehem eller HVB, är stöd till föräldrar och vårdnadshavare obligatoriskt enligt socialtjänstlagen (6 kap. 7 §).

**Personalen kan också informera om att patienterna kan ha rätt till tandvårdsstöd från regionen. Regionerna finansierar tandvårdsstöd till personer med risk för dålig munhälsa till följd av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, och till personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser eller som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

*** Socialtjänsten är dessutom skyldig att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som stödjer en närstående som har funktionshinder. Se 5 kap. 10 § socialtjänstlagen.

→ Läs mer om

- insatser för god munhälsa i *Nationella riktlinjer för tandvård* [45]
- IPS i *Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen – vägledning för arbetscoacher* [46]
- föräldraskapsstöd och andra insatser när barn har ett normbrytande beteende i Socialstyrelsens kunskapsstöd *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott* [37]
- närståendes behov i *Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg* [47].

Så har vi prioriterat

En vård- och stödsamordnare i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten kan öka förutsättningarna för optimala insatser för både barn och vuxna med adhd eller autism och komplexa behov. Dessa personer har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad, och att utse en vård- och stödsamordnare har hög prioritet.

Boendestöd från socialtjänsten har samma höga prioritet. Stödet kan hjälpa personer med adhd eller autism som behöver det att klara sitt hemliv, och därmed öka deras livskvalitet. Stödet erbjuds av socialtjänsten, och ligger i linje med socialtjänstlagens mål om att främja människors jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.

Högt prioriterat är även att erbjuda föräldraskapsstöd till vårdnadshavare som själva har adhd eller autism, att uppmärksamma munhälsa vid hälso- och sjukvårdsbesök och att hälso- och sjukvården informerar närstående till personer med adhd eller autism om stöd som erbjuds av andra huvudmän. Dessa tre rekommendationer gäller personer och närstående till personer vars hälsotillstånd generellt har en måttlig till stor svårighetsgrad. Det har avgjort prioriteringen, i kombination med den nytta som insatserna kan göra. Föräldraskapsstödet kan till exempel förbättra föräldraförmågan och minska eventuell stress. Att uppmärksamma munhälsan kan få fler att söka tandvård och få behandling – en del personer med adhd och autism har svårt att ta hand om sin munhälsa [7]. Slutligen, att informera närstående om stöd ökar förutsättningarna för sådant stöd. Både föräldraskapsstödet och informationsinsatsen kan dessutom förbättra livskvaliteten för personerna med adhd eller autism och de närstående.

Rekommendationen om stöd till arbete enligt IPS-modellen gäller personer vars hälsotillstånd totalt sett har en stor till mycket stor svårighetsgrad: de har adhd eller autism och saknar arbete. Stödet har stor effekt för personer med psykisk funktionsnedsättning generellt, men modellen har inte utvärderats för personer med adhd eller autism specifikt. Detta sänker prioriteten något. Enligt de drygt 500 experterna i Socialstyrelsens konsensuspanel har modellen dock troligen även effekt för dessa personer. Stöd till arbete är viktigt, eftersom många med adhd eller autism saknar arbete [7].

Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Din kommun eller region kan behöva satsa mer resurser på vård- och stödsamordnare, om tillgången inte är tillräcklig i dag. Ni kan utbilda



befintlig personal eller anställa fler med lämplig kompetens. Vård- och stödsamordnare är avgörande för många med adhd eller autism och komplexa behov, och ofta en förutsättning för att andra insatser ska göra nytta.

Boendestöd är redan en vanlig insats [48], men det är svårt att bedöma om alla med adhd och autism som behöver det får boendestöd i dag, i tillräcklig omfattning. Behovet antas dock öka, eftersom allt fler diagnostiseras med adhd eller autism. Dessutom har det totala antalet boendestödsinsatser enligt socialtjänstlagen ökat med cirka 60 procent sedan 2007. Ökningen kan bero på ökad psykisk ohälsa, men också på att kommunerna har blivit bättre på att tillgodose behoven hos personer med psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar [49]. Det är alltså troligt att din kommun behöver satsa mer resurser på boendestöd.

Däremot väntas inga stora resurser krävas för att hälso- och sjukvården ska kunna informera närstående om stöd från andra huvudmän, eller uppmärksamma personer med adhd eller autism på sin munhälsa. Troligen räcker kort utbildning och vissa administrativa åtgärder. Informationen kan bland annat förmedlas när patienter tar del av resultatet från en neuropsykiatrisk utredning och vid uppföljningsbesök. Behovet av stöd till närstående tycks dock vara stort, och socialtjänsten kommer att påverkas om fler söker stöd efter att ha informerats i hälso- och sjukvården. I en medlemsenkät från funktionsrättsorganisationen Attention uppgav till exempel över hälften av 3 000 personer som hade barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (även vuxna barn) att de själva behövt stöd. Många hade också varit sjukskrivna till följd av barnets funktionsnedsättning [50].

Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan också behöva satsa mer resurser på föräldraskapsstöd till vårdnadshavare som själva har adhd eller autism. Sådana satsningar leder troligen till långsiktiga besparingar på samhällsnivå, precis som andra typer av föräldraskapsstöd har gjort. De vanligaste föräldrastödsprogrammen i Sverige har uppskattats kosta 4 000–13 000 kronor per år (gäller då program för vårdnadshavare till barn med adhd, uppförandeproblem eller liknande svårigheter) [51]. Samtidigt visar en studie exempelvis att för varje investerad krona beräknas samhället kunna få 6,3 kronor tillbaka i form av mindre kostnader för hälso- och sjukvård och skolresurser, och för ökade inkomster [51].

Vidare kan din kommun eller region behöva satsa på stöd till arbete enligt IPS-modellen. Ni behöver arbetsspecialister som samordnar stödet från aktörer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen och arbetsgivaren. För bästa möjliga effekt behöver IPS-insatsen också länkas ihop med den psykiatriska behandlingen.

➔ **Läs mer:** I *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* [53] finns en utförligare konsekvensanalys av att arbeta enligt IPS-modellen. Se kapitlet *Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser*, avsnittet *Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser*.

Så utvärderar vi socialtjänsten

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp området psykosociala insatser. Med den mäter vi

- andelen vuxna med adhd eller autism som får boendestöd i ordinärt boende (indikator 10).

→ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism*.



Psykologiska insatser

Psykologisk behandling är förändringsarbete med beteenden, tankar, känslor, relationer och upplevelser. Det är ofta en psykolog eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som ger behandlingen, individuellt eller i grupp. Flera psykologiska insatser kan vara aktuella för personer med adhd eller autism. De är framför allt inriktade på acceptans och strategier för att hantera vardagen:

- Patienter som har gått igenom en neuropsykiatrisk utredning och deras närstående får ofta **psykoedukation**: utbildning för att bättre förstå den aktuella funktionsnedsättningen, och strategier för att hantera vardagen. Ofta ingår kognitivt stöd, som vi planerar att ge specifika rekommendationer om när riktlinjerna uppdateras.
- **Mångsidiga intensiva beteendeinsatser (EIBI)** är en behandling för barn upp till 5 år med autism, som ofta pågår under flera år. Barnet får träning i bland annat socialt samspel i sin vardagsmiljö, till exempel av en pedagog på förskolan som i sin tur får stöd av BUP eller habiliteringen.
- **Social färdighetsträning** kan hjälpa barn med adhd eller autism att förstå socialt samspel och förbättra sina sociala färdigheter. Behandlingen följer vanligen en manual och ges ofta i grupp. Även skolan kan involveras.
- **Kognitiv beteendeterapi (KBT)** fokuserar på att förändra beteenden, tankar och känslor, och psykoedukation ingår. En del personer med adhd kan få KBT för att till exempel hantera känslor och impulser bättre. Vid autism behandlar man framför allt ångest och liknande problem, som ofta är en följd av funktionsnedsättningen.

Rekommendationer: psykologiska insatser

Till hälso- och sjukvården			
Id	Erbjud personer som ...	insatsen ...	Prioritet
Bb21 a-b, Bv21 a-b	har adhd eller autism	psykoedukation.	3
Bb52	<ul style="list-style-type: none"> • har autism • är 0–5 år 	mångsidiga intensiva beteendeinsatser (EIBI).	3
B15c	<ul style="list-style-type: none"> • har autism • är barn • har ångest 	KBT anpassad till barn med autism.	3
B15b	<ul style="list-style-type: none"> • har adhd • är vuxna 	KBT inriktad på adhd-symtom.	4
Bb53b	<ul style="list-style-type: none"> • har adhd eller autism • har nedsatt social samspeleffektivitet men ingen intellektuell funktionsnedsättning • är barn 	social färdighetsträning (manualbaserad).	5
B15a	<ul style="list-style-type: none"> • har adhd • är barn 	KBT inriktad på adhd-symtom.	7
Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud barn som ...	insatsen ...	Prioritet
B15e	<ul style="list-style-type: none"> • har autism • har allvarlig sömnlöshet (insomni) 	KBT anpassad till barn med autism.	FoU

➔ **Läs mer** om behandling av depression och ångest i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* [54].

Så har vi prioriterat



Psykoedukation är grunden för all fortsatt behandling, och ger ofta en direkt nytta för både patienten och de närstående. Insatsen har därför högsta möjliga prioritet (3) utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad, som generellt är måttlig till stor vid adhd och stor vid autism.

Även mångsidiga intensiva beteendeinsatser (EIBI) har prioritet 3. Rekommendationen gäller barn vars hälsotillstånd har en stor till mycket stor svårighetsgrad: den lilla grupp som får diagnosen autism i 0–5-årsåldern har ofta stora svårigheter, och många har samtidigt en intellektuell funktionsnedsättning. Det finns dock bara ett visst vetenskapligt stöd för insatsernas effekt, vilket påverkar prioriteten. En provperiod kan vara nödvändig, eftersom det är svårt att avgöra på förhand vilka barn som får nytta av EIBI, enligt klinisk erfarenhet.

Social färdighetsträning har endast en måttlig effekt på gruppnivå och därför lägre prioritet. Träningen är dock effektiv för dem som kan tillgodogöra sig den.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är vidare förstahandsvalet för att behandla personer med ångestsyndrom eller mild till måttlig depression (se *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* [54] där KBT har hög

prioritet). Detta gäller även personer med adhd eller autism, om de bedöms kunna tillgodogöra sig psykologisk behandling. Särskilt vid autism kan behandlingen dock behöva anpassas, till exempel enligt särskilda manualer för KBT vid autism. För barn med autism har sådan anpassad KBT tydlig effekt på ångest, och har därför hög prioritet. Studier pågår också om effekten för barn med autism och insomni, och Socialstyrelsen rekommenderar sådan behandling inom ramen för forskning och utveckling. Det finns ett stort behov av behandlingsalternativ för denna grupp.

För vuxna (över 21 år) med adhd finns vetenskapligt stöd för att KBT även minskar typiska adhd-symtom, såsom svårigheter med känsloreglering och impuls kontroll. Behandlingen minskar i sin tur även ångest. Att behandla adhd-symtom med KBT har därför relativt hög prioritet för vuxna. För barn har sådan behandling lägre prioritet, eftersom det bara finns ett svagt vetenskapligt stöd för effekten på kärnsymtomen.

KBT syftar till att ge bestående beteendeförändringar, men det är ovanligt att mäta effekten på lång sikt (mer än 1–2 år) i vetenskapliga studier.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Psykoedukation är en väl etablerad verksamhet i de flesta regioner, ofta generellt utformad. Rekommendationen om psykoedukation väntas därför inte påverka hälso- och sjukvårdens ekonomi eller organisation nämnvärt.

Mångsidiga intensiva beteendeinsatser (EIBI) är däremot tids- och resurskrävande, och tillgången varierar mellan regionerna. Din region kan därmed behöva satsa mer på detta. Samtidigt visar studier att insatserna kan ge samhällsbesparingar på olika områden på lång sikt [54, 55]. Resurser som satsas tidigt i vårdkedjan gör det möjligt att undvika stora kostnader längre fram.

KBT och social färdighetsträning bör finnas tillgängligt för dem som kan tillgodogöra sig insatserna, så din region behöver se över kompetensförsörjningen om ni inte erbjuder dem i dag. Ni kan till exempel behöva anställa behandlare med KBT-kompetens.

Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer för att följa upp området psykologiska insatser. Med dem mäter vi

- andelen personer med nydiagnostiserad adhd eller autism som har fått psykoedukation (indikator 11)
- andelen barn med autism och ångestdiagnos som har fått KBT (indikator 12).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism*.

Läkemedel och medicintekniska produkter

Både barn och vuxna med adhd kan ha stor nytta av läkemedel som förbättrar uppmärksamheten och koncentrationen, samtidigt som de minskar

impulsivitet och hyperaktivitet.¹⁵ För kärnsymtomen vid autism finns inga läkemedel, men en del personer med autism får läkemedel som dämpar utbrott, ångest, sömnsvårigheter med mera. De som samtidigt har en adhd-diagnos kan också få adhd-läkemedel.

Adhd-läkemedel kan vara ett viktigt komplement till annan behandling och stödinsatser från till exempel skolan.¹⁶ En del kan också behöva läkemedel för att kunna tillgodogöra sig annan behandling. Läkemedlen är generellt säkra och välbeprövade, men sammanhanget är viktigt: patienten behöver stöd under behandlingstiden för att få bästa möjliga effekt, och för att kunna ta emot andra insatser om läkemedelsbehandlingen avslutas (se avsnitten *Psykosociala insatser* och *Psykologiska insatser*). Teamet kring patienten kan bedöma vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som är lämpliga vid olika tidpunkter (se avsnittet *Sammanhållen vård – från misstanke till uppföljning*). Behandlingen behöver också följas upp regelbundet.

De centralstimulerande adhd-läkemedlen är narkotikaklassade och får bara skrivas ut av läkare med specialistbehörighet i barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri, rättspsykiatri eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering.¹⁷ Det är viktigt att även vuxna och ungdomar med alkohol- eller narkotika-problem får tillgång till adhd-läkemedelsbehandling efter behov och efter en individuell bedömning, samtidigt med annat stöd för både funktionsnedsättningen och beroendeproblematiken.¹⁸ Det är inte tillåtet att rutinemässigt kräva till exempel saliv-, urin- eller blodprov från patienterna före behandling med centralstimulerande adhd-läkemedel för att säkerställa drogfrihet. En läkare kan dock kräva att en patient tar ett sådant prov efter en individuell bedömning och ett informerat samtycke, om det är nödvändigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv (till exempel om läkemedlet riskerar att användas på fel sätt).¹⁹

Vidare har många med adhd och autism sömnstörningar [57], som bland annat kan behandlas med KBT (se avsnittet *Psykologiska insatser*). Läkemedlet melatonin är också godkänt för att behandla allvarlig sömnlöshet (insomni) hos barn med adhd och autism. Melatonin ingår dock enbart i högkostnadsskyddet för barn i åldern 6–17 år med adhd, som inte har fått tillräcklig effekt av stöd för goda sömnvanor. Därför ger Socialstyrelsen ingen rekommendation om melatonin för barn med autism – vi rekommenderar i regel enbart åtgärder som finansieras av allmänna medel.²⁰

¹⁵ För tillfället finns fem godkända läkemedelssubstanter i Sverige för behandling av adhd hos personer över sex år: de centralstimulerande substanserna metylfenidat, dexamfetamin och lisdexamfetamin samt de icke-centralstimulerande substanserna atomoxetin och guanfacin. Dexamfetamin och guanfacin är endast godkända för behandling av barn och ungdomar med adhd. De centralstimulerande substanserna är vanligast.

¹⁶ Enligt produktresumén för de godkända adhd-läkemedlen ska läkemedelsbehandling vara en del av ett omfattande behandlingsprogram med psykologiska och psykosociala insatser.

¹⁷ Läkemedelsverket kan besluta om dispens från dessa bestämmelser, så att även läkare med andra specialistkompetenser får förskrivningsrätt efter en särskild prövning (se Läkemedelsverkets ändringsföreskrift LVFS 2008:11).

¹⁸ Den förskrivande läkaren bör då ha kunskap om den aktuella samsjukligheten, enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer [57].

¹⁹ Justitieombudsmannen har kritiserat tre regioner som har rutiner för obligatoriska övervakade urinprovskontroller innan en patient kan få behandling med centralstimulerande läkemedel, eftersom det inte är förenligt med grundlagen (JO:s beslut den 4 juni 2020, dnr 2050-2018, 4579-2018 och 34-2019).

²⁰ När Socialstyrelsen publicerar dessa riktlinjer ingår inte det melatoninläkemedel som är godkänt för barn med autism i läkemedelsförmånen. Vi inkluderar melatonin vid autism i nästa uppdatering av riktlinjerna, om det finns tillgängligt och subventioneras då.

För vuxna finns melatonin samtidigt receptfritt på apoteket (för behandling av jetlag), och bekostas då av patienterna själva. Vuxna kan dessutom få recept på långtidsverkande melatonin, men inte heller detta är subventionerat.

Sömnstörningar behandlas också med tyngdtäcke, men det saknas tillräcklig kunskap om effekterna.

Rekommendationer: läkemedel och medicintekniska produkter

Till hälso- och sjukvården			
Id	I kombination med andra insatser: Erbjud personer som ...	regelbundet uppföljd behandling med ...	Prioritet
B13	<ul style="list-style-type: none"> har adhd har substansbruks-syndrom* 	adhd-läkemedel.	3
B3c	<ul style="list-style-type: none"> har adhd är barn har allvarlig sömnlöshet (insomni) har fått stöd för goda sömnvanor men inte fått tillräcklig effekt 	läkemedlet melatonin.	3
Bb5, Bv5	har adhd	centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till 1 år.	3
Bb50, Bb6, Bv50, Bv6		<ul style="list-style-type: none"> centralstimulerande adhd-läkemedel i mer än 1 år <i>eller</i> icke-centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till 1 år. 	4
Bb51, Bv51		icke-centralstimulerande adhd-läkemedel i mer än 1 år.	5
Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud personer som ...	behandling med ...	Prioritet
B3ad	<ul style="list-style-type: none"> har adhd eller autism har allvarlig sömnlöshet (insomni) har fått stöd för goda sömnvanor men inte fått tillräcklig effekt 	tyngdtäcke.	FoU

*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.

→ Läs mer:

- Läkemedelsverket har behandlingsrekommendationer för dig som skriver ut adhd-läkemedel [57].
- Det behövs mer kunskap om bland annat dosering – se kapitlet *Om adhd och autism*, avsnittet *Mer systematisk uppföljning och forskning behövs*.
- I *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [59] finns bland annat rekommendationer om behandling av olika typer av beroendeproblematik hos personer med adhd.



Så har vi prioriterat

Centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till ett år har en måttlig till stor effekt för både barn och vuxna med adhd, och lång klinisk erfarenhet i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp talar för en stor patientnytta. Behandlingen har därför högsta möjliga prioritet (3), utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad som generellt är måttlig till stor.

Icke-centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till ett år har en något lägre prioritet. Behandlingen har inte lika stor effekt, och den kliniska erfarenheten är mer begränsad. Den är dock ett viktigt alternativ, till exempel för personer som inte kan behandlas med centralstimulerande läkemedel.

En längre tids behandling (mer än ett år) med centralstimulerande eller icke-centralstimulerande adhd-läkemedel har vidare en lägre prioritet än korttidsbehandlingen, för både barn och vuxna. Detta eftersom det saknas vetenskapligt stöd för att behandlingen har effekt på till exempel kärnsymtom vid adhd. Forskning om biverkningar på lång sikt saknas också i stor utsträckning, även om den kliniska erfarenheten är stor och biverkningarna oftast är lindriga på kort sikt. De drygt 500 experterna i Socialstyrelsens konsensuspanel är överens om att nyttan av långtidsbehandling överväger eventuella risker. För centralstimulerande läkemedel tyder även den kliniska erfarenheten i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp på stor patientnytta.

Vuxna med adhd och substansbrukssyndrom har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Adhd-läkemedel har en hög prioritet även för denna grupp. Behandlingen minskar symtomen på adhd, men det saknas vetenskapligt stöd för att den får personerna att till exempel avstå från narkotika. Därför har den inte högsta möjliga prioritet.

Melatonin förbättrar vidare sömnen för barn med adhd som inte har fått tillräcklig effekt av stöd för goda sömnvanor, enligt vetenskapliga studier. Dessutom förbättras livskvaliteten och funktionsförmågan, enligt Socialstyrelsens konsensuspanel. Behandlingen har därför hög prioritet. Melatonin har effekt även för barn med autism, men eftersom det inte subventioneras ger vi ingen rekommendation i denna version av riktlinjerna.

För alla de rekommenderade läkemedlen behövs mer kunskap om effekten av en längre tids behandling. Vidare finns inte tillräckligt vetenskapligt underlag för behandling med tyngdtäcke, men studier pågår. Vi rekommenderar därför endast denna behandling inom ramen för forskning och utveckling.²¹



Så påverkas hälso- och sjukvården

Flera regioner behöver satsa mer resurser på läkemedelsbehandling av barn och vuxna med adhd. Det finns till exempel geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn, som tycks bero på praxis-skillnader och inte enkelt kan förklaras av befolkningens sammansättning och risker för adhd [1].

²¹ MTP-rådet gav 2021 en rekommendation om att enbart förskriva tyngdtäcken inom ramen för vetenskapliga studier. Socialstyrelsens rekommendation är i linje med MTP-rådets.

Socialstyrelsen har prognostiserat att regionernas kostnader för adhd-läkemedel inom läkemedelsförmånen kommer att öka med i genomsnitt runt 5 procent per år under 2022–2024 på nationell nivå, framför allt eftersom allt fler behandlas. År 2022 var regionernas totala kostnader för adhd-läkemedel 1,1 miljarder kronor, och de väntas öka till 1,3 miljarder kronor 2024 [60].

Det är tänkbart att kostnaderna ökar ytterligare, om fler vuxna med alkohol- eller narkotikaproblem utreds och får diagnosen adhd, och därefter adhd-läkemedel. Troligen finns en underbehandling i denna grupp i dag. På sikt skulle en sådan praxisändring kunna ge stora vinster, om personerna får minskade adhd-symtom. Regioner kan också frigöra tid om de i dag kräver drogprovtagning av alla patienter inför behandling med centralstimulerande läkemedel, när de slutar med sådana otillåtna generella kontroller. Samtidigt kan beroendevården behöva förstärkas, särskilt för ungdomar, eftersom de som får läkemedelsbehandling också behöver behandling för beroendeproblematiken. I dag finns stora geografiska skillnader i tillgången till denna vård.

Melatonin mot insomni skrivs ofta ut tillsammans med adhd-läkemedel [61], och förskrivningen ökade kraftigt 2016–2020 [59, 61]. Användningen har varit störst i åldersgruppen 10–19 år (cirka 60 000 personer 2021). År 2021 minskade förskrivningen dock på grund av förändringar i tillgängligheten, men regionernas kostnader kan förväntas börja öka igen de närmaste åren [60]. På längre sikt skulle ökad melatoninbehandling till exempel kunna få fler att klara sin skolgång tack vare bättre funktionsförmåga, vilket kan ge samhällsbesparingar.

Vidare kan din region satsa resurser på lämpliga forsknings- och utvecklingsprojekt om tyngdtäcken och andra sömnbehandlingar utöver läkemedelsbehandling, eftersom mer kunskap behövs. Det är svårt att jämföra regionernas kostnader för tyngdtäcken i dag, eftersom förskrivningsrutiner och ersättningsmodeller skiljer sig. Skillnaderna är dock stora [63].

Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer och centrala mått för att följa upp området läkemedel och medicintekniska produkter. Med dem mäter vi

- andelen personer med adhd och insomni som har fått läkemedlet melatonin (indikator 13)
- andelen personer med nydiagnostiserad adhd som har hämtat ut centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till ett år (indikator 14)
- andelen vuxna med adhd och alkohol- och narkotikaproblem som har hämtat ut adhd-läkemedel (indikator 15).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism*.



Att implementera de nationella riktlinjerna

I det här kapitlet får du som beslutsfattare vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i till exempel en verksamhet eller en region eller kommun. En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika insatser och patient- eller brukargrupper.

→ Läs mer

- i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [64], som detta kapitel bygger på
- i annat material från Socialstyrelsen som kan användas för implementering – se kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd*
- hos Nationellt prioriteringscentrum, som ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

→ **Kommande publicering:** Socialstyrelsen arbetar också med ett implementeringsstöd specifikt för dessa riktlinjer. Vi tar bland annat fram en webbutbildning, ett reflektionsmaterial om neuropsykiatriska utredningar och ett stöd för gapanalyser.

Att implementera effektivt

Forskning visar att implementering kan ske planerat och framgångsrikt [64], och att ledarskapet är centralt i denna process [65]. Regionernas nya struktur för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården väntas bli ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå. Även de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) är betydelsefulla.

Här följer några viktiga steg i processen att implementera de nationella riktlinjerna om adhd och autism.

Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, och gör gärna gemensamma analyser med andra verksamheter. Utgå från de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi i dag? Vilka insatser erbjuder vi, och vilka saknas?
- Samverkar vi tillräckligt med andra verksamheter i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården), socialtjänsten och skolan? Får personer med adhd eller autism ett sammanhållet stöd, även med hänsyn till samtidiga sjukdomar och funktionsnedsättningar? Finns det samverkansstrukturer att bygga vidare på?
- Vilka patient- eller brukargrupper ligger längst från det önskade läget? Vilka insatser är viktigast att införa?
- Gör vi insatser tillräckligt tidigt? Vad vill vi förebygga?

- Vad lägger medarbetarna mest tid på? Har de rätt förutsättningar att arbeta på nya sätt, i mötet med patienterna eller brukarna?
- Vad kan underlätta arbetet med att implementera riktlinjerna? Vad kan hindra det?
- Om du har ett övergripande regionalt eller kommunalt ansvar:
 - Hur kan hälso- och sjukvården anpassas för att bäst identifiera, utreda, behandla och följa upp personer med adhd och autism?
 - Hur kan socialtjänsten anpassa sina insatser mer till personer med misstänkt eller fastställd adhd eller autism, och hjälpa dem att kompensera för funktionsnedsättningarna så att de får likvärdiga förutsättningar för trygghet, delaktighet och jämlikhet i sin livssituation?
 - Hur organiserar vi bäst kompetensutvecklingen i regionen eller kommunen?

Sätt mål

Sätt upp tydliga mål för implementeringen av riktlinjerna. Målen ska leda till att de med störst behov får företräde till hälso- och sjukvården, och till att insatserna blir så effektiva som möjligt. Arbetet kan till exempel leda till att ni i verksamheten verkar för politiska beslut i frågor där det behövs för att åstadkomma en förändring.

Motivera medarbetarna

En viktig framgångsfaktor för implementering är att medarbetarna förstår nyttan. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva ge stöd och återkoppling, och vara en förebild i förändringsarbetet. Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda, och ibland hos andra organisationer.

Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Medarbetare kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nytt material och tid för nya aktiviteter. Samtidigt kan ni spara resurser genom att avveckla ineffektiva arbetssätt. Det är viktigt med samsyn om resurserna i hela verksamheten, och om en kultur som stödjer lärande och utveckling.

Håll liv i de nya arbetssätten

Man kan säga att ett nytt arbetssätt är implementerat när mer än hälften av medarbetarna använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de utmaningar som uppstår.

Exempel på risker och svåra frågor

Här följer några exempel på risker och svåra frågor i arbetet med att prioritera och implementera de nationella riktlinjerna. Vi har hämtat exemplen från diskussioner med användare av olika riktlinjer.

Svårt att prioritera mellan riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer publiceras vid olika tidpunkter, och kan vara svåra att värdera mot varandra. Det är därför riskabelt att tänka: ”Vi implementerar alla insatser med prioritet 1–3 från alla riktlinjer.” I stället behöver du analysera vilka patient- eller brukargrupper som ligger längst från det önskade läget i din verksamhet eller inom ditt ansvarsområde, och fördela mer resurser till dem.

Vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar har lägre status än andra – till exempel adhd och autism

Som beslutsfattare i hälso- och sjukvården behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i vårdssystemet – och kompensera för dem när nya behandlingar, organisationssätt och metoder ska implementeras.

Forskning har till exempel synliggjort statusordningar för sjukdomar och medicinska specialiteter [66]. Statusordningarna påverkar det informella prioriteringssystemet i hälso- och sjukvården. Det kan även påverka forskningsläget och forskningsfinansieringen inom ett fält. Neurokirurgi och hjärtmedicin har till exempel hög status, medan äldrevård och psykiatri har låg. Statusen blir högre när en sjukdom är akut, har högteknologisk behandling och drabbar män eller behandlas av män. Låg status kan försvåra förändringsarbete, och fler insatser kan krävas för att implementera nya arbetssätt framgångsrikt.

Du som ska implementera dessa nationella riktlinjer behöver tänka på att adhd och autism är funktionsnedsättningar med generellt låg status, liksom merparten av de hälsotillstånd och sociala situationer som psykiatri och socialtjänsten ansvarar för. Det finns till exempel sammanhang där funktionsnedsättningarna inte tas på allvar, och till och med ifrågasätts.

Svårt att värdera risker mot faktisk sjukdom

Rekommendationer om förebyggande insatser får ofta stå tillbaka för rekommendationer som gäller redan etablerade problem. Samtidigt finns det mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser, till exempel tidiga insatser till familjer. Det är inte resurseffektivt att vänta tills personer får allvarliga problem och först då prioritera dem högt.

Enligt de etiska principerna för prioritering i hälso- och sjukvården nedan ses risk för sjukdom som mindre allvarligt än faktisk sjukdom. Förebyggande insatser har därmed oftast något lägre prioritet i Socialstyrelsens rekommendationer till hälso- och sjukvården än andra insatser. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga.

Socialtjänsten har däremot i uppgift att främja förutsättningarna för goda levnadsvillkoren, och till exempel förebygga att barn och unga far illa.²² Det finns ett stort behov av sådant arbete för personer med adhd och autism.

²² Se 3 kap. 1 § och 5 kap. 1 § socialtjänstlagen.

Etiska principer för prioritering

Om du arbetar i hälso- och sjukvården behöver ditt praktiska implementeringsarbete ytterst utgå från en etisk plattform, som har beslutats av riksdagen (prop. 1996/97:60). Det gäller både regional och kommunal hälso- och sjukvård. Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [4]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från när vi ger rekommendationer till hälso- och sjukvården med olika prioritet – och när vi väljer vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Vården ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, religion med mera.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** De som behöver vården mest ska få företräde – patienterna med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Det ska finnas en rimlig relation mellan kostnaden och effekten av en behandling. Om till exempel två behandlingar har samma effekt så bör man välja den som kostar mindre.

Alla beslutsfattande nivåer i hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen och ska bland annat bidra till en jämlik vård.

Om du arbetar i socialtjänsten behöver ditt implementeringsarbete i stället utgå från de bärande principerna i socialtjänstlagen, såsom att socialtjänsten ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.²³ Personal i alla delar av socialtjänsten behöver vara observant på sådana behov som beskrivs i dessa riktlinjer, och kunna arbeta enligt bästa tillgängliga kunskap (forskning eller beprövad erfarenhet). Behoven behöver fångas upp såväl i biståndsbedömningar och utredningar som i utförandet av insatser.

Hälsan och levnadsvillkoren i Sverige är ännu inte jämlika [27]. Det finns flera skillnader mellan olika grupper i dödlighet, vård och stöd [24]. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett verktyg för att minska sådana skillnader.

- ➔ **Läs mer:** Nationellt prioriteringscentrum ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

²³ Se 1 kap. 1 § SoL.

Kompletterande kunskapsstöd

Du som planerar och beslutar om vård och stöd vid adhd och autism behöver ta hänsyn till riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna och brukarna ska få den vård och det stöd de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtida sjukdomar. I det här kapitlet hänvisar vi till ett urval av sådant material.

Andra nationella riktlinjer från Socialstyrelsen

Personer med adhd eller autism har mycket ofta andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar samtidigt, både fysiska och psykiska. Detta kan komplicera vården och stödet. Olika vårdområden och verksamheter behöver samverka, och använda gemensamma kompetenser och resurser. Socialstyrelsen har nationella riktlinjer för flera av de sjukdomar och funktionsnedsättningar som är överrepresenterade hos personer med adhd och autism.

→ Läs mer:

- *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [67]
- *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* [54]
- *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [59]
- *Nationella riktlinjer för tandvård*²⁴ [45]
- *Nationella riktlinjer för vård vid obesitas (fetma)* [68].

Vård- och insatsprogram

Det finns vård- och insatsprogram för adhd och några andra områden inom psykisk ohälsa. De riktar sig till dig som möter personer med adhd och andra tillstånd i den specialiserade psykiatrin, primärvården, socialtjänsten och skolan. Syftet är att öka användningen av evidensbaserad kunskap i mötet mellan personal och individ. Vård- och insatsprogrammen tas fram av en nationell arbetsgrupp och fastställs av Nationellt programområde psykisk hälsa.

Socialstyrelsen har haft en nära dialog med arbetsgruppen för vård- och insatsprogrammet för adhd, som publicerades 2021. Programmet uppdateras utifrån dessa nationella riktlinjer.

→ Läs mer: *Vård- och insatsprogram för adhd* [69].

²⁴ Tandvårdsriktlinjerna tar bland annat upp insatser för personer med ökad risk för dålig munhälsa, vilket personer med adhd eller autism generellt har.

Kunskapsstöd om vård och stöd till barn

Socialstyrelsen har publicerat flera rapporter och annat stödmaterial om barn, som kan vara relevant för dig som beslutar om resurser för vård och stöd till barn med adhd och autism, eller för dig som möter barnen i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

→ Läs mer:

- *Barn som utmanar – barn med ADHD och andra beteendeproblem* [70] – kunskapssammanfattning av Björn Kadesjö
- *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet* [71] – rekommendationer till chefer, verksamhetsansvariga och personal om att bemöta personer med intellektuell funktionsnedsättning för att undvika till exempel våld (kan vara relevant även utanför LSS-verksamheter)
- *Att möta föräldrar till barn med funktionsnedsättningar* [72] – stöd till framför allt barnhälsovårdssjuksköterskor
- *Att samtala med barn* [73] – stöd till alla som möter och samtalar med barn i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten, med särskilda avsnitt om barn med funktionsnedsättning
- *Bedöma barns mognad för delaktighet* [74] – stöd till personal i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten
- *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott* [37] – rekommendationer till handläggare och chefer i socialtjänsten om bland annat föräldraskapsstöd och KBT-baserade färdighetsträningsprogram
- *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning* [75] – handbok för framför allt handläggare och utförare av LSS-insatser, men också för beslutsfattare och chefer som planerar kommunala verksamheter
- *Barn och unga* – webbsida om barns rättigheter i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten, med länkar till stödmaterial, rapporter och regler, till exempel om barn som far illa – se socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga
- *Om barn med funktionsnedsättning i Sverige och deras utsatthet för våld och kränkningar* [41] – kunskapssammanställning om den ökade risken för våld, tillgången till stöd, rehabilitering och information samt kompetensen hos personal som möter barn med funktionsnedsättning
- *Prioriterade behov av kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård* – ett samverkansprojekt där Socialstyrelsen och SBU har identifierat viktiga utvecklingsbehov – se sbu.se/sv/publikationer.

Kunskapsstöd till skolan och elevhälsan

Skolan har stor betydelse för barns psykiska hälsa [24]. Det finns flera stöd för dig som möter barn med adhd eller autism i skolan.

→ **Läs mer:**

- *Vägledning för elevhälsan* [76] – gemensam vägledning från Socialstyrelsen och Skolverket för personal och verksamhetschefer i elevhälsan, rektorer, vårdgivare och skolhuvudmän
- stödmaterial från Specialpedagogiska skolmyndigheten för skolan och elevhälsan om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, till exempel allmän information, ett studiepaket och råd om anpassad måltidsmiljö – se spsm.se/funktionsnedsattningar/neuropsykiatriska-funktionsnedsattningar-npf.

Kartläggning av konsekvenser av adhd

Socialstyrelsen har kartlagt hur vuxnas försörjning, hälsa med mera kan påverkas av att de har adhd. Kartläggningen riktar sig till dig som är beslutsfattare eller personal i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, och till intresseorganisationer.

→ **Läs mer:** *Konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd* [7].

Utbildningsmaterial från Kunskapsguiden

På webbplatsen Kunskapsguiden finns mycket material och webbaserade utbildningar som är relevanta för dig som möter personer med adhd och autism i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Materialet kommer från både Socialstyrelsen och andra myndigheter och aktörer som kan ge stöd till personal.

→ **Läs mer:** På kunskapsguiden.se finns till exempel sidor om

- autism
- adhd
- alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)
- tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)
- samtal med barn
- placerade barn och unga
- våld mot barn med funktionsnedsättning
- omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete på HVB.

Utbildningsmaterial om psykisk ohälsa

Socialstyrelsen har ett webbaserat utbildningsmaterial om psykisk ohälsa som påverkar kommunikations- och funktionsförmågan: *Det vi inte ser*. Det riktar sig till dig som möter patienter i hälso- och sjukvården.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/det-vi-inte-ser.

Utbildningsmaterial om adhd och autism för socialtjänsten

Socialstyrelsen har fyra webbaserade utbildningar för dig som möter personer med adhd i socialtjänsten. Vi har också konkreta råd och checklistor om att möta personer med autism som söker stöd från socialtjänsten på egen hand.

→ **Läs mer:**

- *Att möta personer med adhd* – se utbildning.socialstyrelsen.se
- *Underlätta för personer med autism i möten med socialtjänsten* [77].

Verktyg för samordnat stöd

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har handböcker för att arbeta med samordnad individuell plan (SIP) för barn respektive vuxna. SKR har också ett stöd för samverkan kring personer som ska skrivas ut från slutna psykiatrisk vård.

→ **Läs mer:**

- *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan – barn och unga 0–18 år* [35]
- *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan – för alla över 18 år, vuxna och äldre* [36]
- *God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi?* [39].

Verktyg för tillgänglighetsarbete

Du kan testa hur väl din region, kommun eller myndighet arbetar strategiskt med tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning, med hjälp av ett verktyg från Myndigheten för delaktighet. Du får också stöd för att komma vidare i tillgänglighetsarbetet.

- **Läs mer** på Myndigheten för delaktighets webbplats, mfd.se/verktyg/verktyg-for-tillganglighetsarbete.

Rekommendationer om läkemedelsbehandling

Läkemedelsverket ger behandlingsrekommendationer till dig som är förskrivande läkare om hur läkemedel bör användas i den kliniska vardagen för patienter med adhd.

- **Läs mer** på Läkemedelsverkets webbplats, lakemedelsverket.se [57].

Yrkesresan – kompetensutveckling i socialtjänsten

Yrkesresan är en satsning för att stärka kompetensen och yrkesstoltheten hos både medarbetare och chefer i socialtjänsten. De flesta kommuner har anslutit sig till satsningen, så den kan vara relevant att utgå från för dig som planerar kompetensutveckling om adhd och autism enligt dessa riktlinjer. Yrkesresan är ett samarbete mellan SKR, Socialstyrelsen och de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS).

→ **Läs mer** på SKR:s webbplats, skr.se.

Handbok om fysisk aktivitet

Personer med adhd eller autism kan behöva stöd kring fysisk aktivitet och stillasittande. I handboken *FYSS* finns särskilda rekommendationer om fysisk aktivitet för barn och ungdomar med sjukdomstillstånd, där adhd inkluderas. Ett särskilt kapitel gäller också personer med intellektuell funktionsnedsättning.

→ **Läs mer:** *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och behandling (FYSS)* [78]. Se särskilt kapitel 1.8 och 1.18.

Vägledning vid sjukskrivning

Socialstyrelsen har ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd för adhd. Beslutsstödet ska främst vägleda läkare i hälso- och sjukvården och handläggare på Försäkringskassan, när de bedömer behov av sjukskrivning. Beslutsstödet har två delar: dels övergripande principer för sjukskrivning, dels rekommendationer om bedömning av enskilda personers arbetsförmåga.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, roi.socialstyrelsen.se/fmb, under rubriken *Psykisk sjukdom*.

Projektorganisation

Projektledning – rekommendationer

Evelyn Andersson	projektledare och vetenskaplig projektledare (fr.o.m. januari 2021), Socialstyrelsen
Louise von Bahr	projektledare och vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Steve Berggren	legitimerad psykolog, specialist i neuropsykologi, medicine doktor, sektionschef för BUP Forsknings- och utvecklingscentrum, Region Stockholm, biträdande föreståndare för KIND (Center of Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet), Stockholm
Dan Edvinsson	prioriteringsordförande, medicine doktor, specialist i vuxenpsykiatri och allmänmedicin, överläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala
Linda Halldner Henriksson	medicine doktor, specialist i barn- och ungdomspsykiatri vid BUP Västerbotten, docent vid Umeå universitet
Olle Hollertz	specialist i vuxenpsykiatri, överläkare vid öppenvårdsmottagningen i Oskarshamn, Region Kalmar län
Anna Ilar	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Ulrika Jarroff	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Tomas Larson	medicine doktor, verksamhetsutvecklare, överpsykolog och forskningsledare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, specialist i neuropsykologi
Anna Mattsson	projektledare, Socialstyrelsen (t.o.m. april 2021)
Fanny Sellberg	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (t.o.m. hösten 2020)
Rasmus Sjögren	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Fredrik Tholander	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (sommaren 2020–vintern 2021)
Anna Thomsson	legitimerad arbetsterapeut, handläggare vid Sveriges Kommuner och Regioner
Carina Wiström Bergstock	utredare, Socialstyrelsen (fr.o.m. hösten 2022)
Adjungerad	
Ida Kåhlin	legitimerad arbetsterapeut, filosofie doktor, universitetslektor i arbetsterapi vid Linköpings universitet, ordförande för Sveriges arbetsterapeuter

Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna – Socialstyrelsen

Natalia Berg	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Inna Felman	hälsoekonom i forskargruppen CHAP – Barnhälsa och föräldraskap, Uppsala universitet
Lisa Keskitalo	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Ralf Kuja-Halkola	docent i epidemiologi vid Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska Institutet, Stockholm
Cecilia Mård Sterne	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Fritjof Norrelgen	legitimerad logoped, PhD, anknuten till Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm, anställd vid ME Logopedi, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Malin Rex	legitimerad sjuksköterska, specialist-sjuksköterska i psykiatri, doktorand vid Centrum för personcentrerad vård, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet, verksamhetsutvecklare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Filipa Sampaio	hälsoekonom i forskargruppen CHAP – Barnhälsa och föräldraskap, Uppsala universitet
Johanna Stålnacke	legitimerad psykolog, specialist i neuropsykologi, filosofie doktor i psykologi vid Stockholms universitet
Emilia Thorup	legitimerad psykolog, filosofie doktor, universitetslektor vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet
Birgitta Wennberg	medicine doktor, affilierad till Institutionen för biomedicinska och kliniska vetenskaper vid Linköpings universitet, legitimerad arbetsterapeut vid Habiliteringens resurscenter, Habilitering & Hälsa, Region Stockholm

Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna – SBU

Jonatan Alvan	projektledare, SBU
Göran Bertilsson	tillförordnad projektägande chef, SBU
Eva Billstedt	professor vid Göteborgs universitet, legitimerad psykolog vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus
Jessica Dagerhamn	projektledare, SBU
Peik Gustafsson	docent, universitetslektor vid Avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet, överläkare vid barn- och ungdomspsykiatri, Region Skåne

Johan Isaksson	legitimerad psykolog, docent vid Uppsala universitet, adjungerad universitetslektor vid Institutionen för medicinska vetenskaper, Barn- och ungdomspsykiatri, Akademiska sjukhuset i Uppsala
Ann Kristine Jonsson	informationsspecialist, SBU
Ulf Jonsson	docent i barn- och ungdomspsykiatrisk forskning vid Uppsala universitet, legitimerad psykolog vid BUP Forsknings- och utvecklingscentrum, Region Stockholm, och KIND (Center of Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet), Stockholm
Lina Leander	samordnande projektledare, SBU
Jan Liliemark	projektägande chef, SBU
Viviann Nordin	medicine doktor, f.d. överläkare inom barnmedicin med inriktning på barnneurologi och rehabilitering, affilierad till KIND (Center of Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet), Stockholm
Mikaela Starke	professor i socialt arbete vid Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet
Jenny Stenman	projektadministratör, SBU
Fredrik Tholander	projektledare, SBU

Prioritering av rekommendationerna

Hans Ackerot	överläkare vid Psykiatrin Halland
Maria Askling	legitimerad psykolog vid Beroendemottagningen i Linköping, Psykiatriska kliniken, Region Östergötland
Annika Brar	psykiater, rehabiliteringsläkare vid Rehabilitering & Hälsa, Region Stockholm
Susanna Danielsson	medicine doktor, överläkare vid Rehabiliteringscentrum, Länsjukhuset Ryhov, Jönköping
Eric Donell	patient- och brukarrepresentant, legitimerad sjuksköterska, vice förbundsordförande för Riksförbundet Attention
Dan Edvinsson	prioriteringsordförande, medicine doktor, specialist i psykiatri och allmänmedicin, överläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala
Kaj Ehlin	legitimerad psykolog, specialistpsykolog med inriktning neuropsykologi vid Vuxenhabilitering råd och stöd, Region Västerbotten
Irene Eriksson	logoped vid Rehabiliteringen Skåne
Maria Holknekt	legitimerad arbetsterapeut, utvecklings-samordnare vid Kommunförbundet Västernorrland
Selma Idring Nordström	medicine doktor, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, överläkare och processägare för adhd vid BUP Stockholm

Tobias Jacobsson	legitimerad arbetsterapeut vid Rehabiliteringsenheten vuxenpsykiatri, Region Kalmar
Mats Jansson	patient- och brukarrepresentant, sakkunnig utredare vid Autism- och Aspergerförbundet
Christina Lans	sektionschef för Stöd och omsorg SoL och LSS, Falu kommun
Gerda Lindeblad	legitimerad psykolog, specialist i neuropsykologi vid Rehabilitering & Hälsa, Västra Götalandsregionen
Birgitta Nordström	PhD i fysioterapi, enhetschef för Vuxenhabiliteringen, Region Norrbotten
Lena Olsson	socionom, doktor i handikappvetenskap, f.d. enhetschef för biståndsenheten i Habo Kommun, universitetslektor i socialt arbete vid Hälsohögskolan, Jönköping University
Rebecka Persson	legitimerad psykolog, klinisk specialist i neuropsykologi, BUP:s slutenvårdsavdelning, Region Östergötland
Annika Vilhelmsson	avdelningschef vid centrala barn- och elevhälsan, Tanums kommun
Helen Westerlund	legitimerad hälso- och sjukvårdskurator vid Rehabiliteringsmottagningen Eskilstuna, Region Sörmland
Helka Widengren	specialist i skolhälsovård, skolläkare i Solna stad, vice ordförande för Svenska skolläkarföreningen

Projektleddning – indikatorer

Petra Becker	legitimerad sjuksköterska, specialist-sjuksköterska i psykiatri, Region Kronoberg, doktorand vid Växjö universitet
Steve Berggren	legitimerad psykolog, specialist i neuropsykologi, medicine doktor, sektionschef för BUP Forsknings- och utvecklingscentrum, Region Stockholm, biträdande föreståndare för KIND (Center of Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet), Stockholm
Tobias Edbom	projektleddare, Socialstyrelsen
Dan Edvinsson	prioriteringsordförande, medicine doktor, specialist i psykiatri och allmänmedicin, överläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala
Peik Gustafsson	docent, universitetslektor vid Avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet, överläkare vid barn- och ungdomspsykiatri, Region Skåne
Olle Lindevall	registerhållare, QBUP
Lena Lundberg	medicine doktor, överläkare i Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

Andra medverkande

Martina Barnevik Olsson	medicinskt sakkunnig, Socialstyrelsen
Anders Bengtsson	enhetschef, Socialstyrelsen
Anders Berg	utredare, Socialstyrelsen
Kjerstin Bergman	utredare, Socialstyrelsen
Karin Flyckt	samordnare av funktionshindersfrågor, Socialstyrelsen
Mattias Fredricson	enhetschef, Socialstyrelsen
Ylva Ginsberg	medicinskt sakkunnig, Socialstyrelsen
Karin Hermansson	utredare, Socialstyrelsen
Sanna Hiort	jurist, Socialstyrelsen
Jenny Jakobsson	utredare, Socialstyrelsen
Hanna Jarvad	jurist, Socialstyrelsen
Tiina Laukkanen	produktionsledare, Socialstyrelsen
Peter Lundholm	odontologiskt sakkunnig, Socialstyrelsen
Konstantin Macheridis	utredare, Socialstyrelsen
Sofia von Malortie	gruppleddare, Socialstyrelsen
Louise Ohlén	webbredaktör, Socialstyrelsen
Peter Salmi	utredare, Socialstyrelsen
Marianne Segevall	utredare, Socialstyrelsen
Sofie Sundholm	redaktör, Socialstyrelsen
Filippa Svensson	administratör, Socialstyrelsen
Kristina Swiech	jurist, Socialstyrelsen
Magnus Wallinder	enhetschef, Socialstyrelsen
Harriet Wennberg	kommunikatör, Socialstyrelsen
Annika Öquist	enhetschef, Socialstyrelsen

Referenser

1. Socialstyrelsen. Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn; 2019.
2. Socialstyrelsen. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016; 2017.
3. Socialstyrelsen. Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar – Behovs- och problemanalys avseende god vård; 2019. Report No.: 2019-6-25.
4. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning; Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.
5. Socialstyrelsen. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård; 2012.
6. Regeringskansliet. Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling. Hämtad 2020-03-04 från:
<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>
7. Socialstyrelsen. Konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd – Kartläggning och analys 2019. Hämtad 2022-03-10 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-21.pdf>
8. Barnevik Olsson M. Autism spectrum disorders - first indicators and school age outcome. [Doktorsavhandling.]; Göteborgs universitet; 2016.
9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, Va: American Psychiatric Association; 2013.
10. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol.* 2014; 43(2):434-42.
11. Faraone SV, Banaschewski T, Coghil D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021; 128:789-818.
12. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics.* 2012; 9(3):490-9.
13. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2017; 9(1):47-65.
14. Hossain MM, Khan N, Sultana A, Ma P, McKyer ELJ, Ahmed HU, et al. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res.* 2020; 287:112922.
15. Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *Lancet.* 2014; 383(9920):896-910.
16. Lundstrom S, Reichenberg A, Anckarsater H, Lichtenstein P, Gillberg C. Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. *BMJ.* 2015; 350:h1961.

17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NICE Guideline, No. 87.) 2019:
18. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:67.
19. Kopp S, Kelly KB, Gillberg C. Girls with social and/or attention deficits: a descriptive study of 100 clinic attenders. *J Atten Disord*. 2010; 14(2):167-81.
20. Dobrosavljevic M, Solares C, Cortese S, Andershed H, Larsson H. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020; 118:282-9.
21. Socialstyrelsen. Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov - Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård; 2019. Report No.: 2019-2-12.
22. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindfors N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:112.
23. Retz W, Ginsberg Y, Turner D, Barra S, Retz-Junginger P, Larsson H, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), antisociality and delinquent behavior over the lifespan. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021; 120:236-48.
24. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård - lägesrapport 2022; 2022. Report No.: 2022-3-7750.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - utvärdering 2019 - vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden. ; 2019.
26. Socialstyrelsen. Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa; 2021. Report No.: 2021-3-7284.
27. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020 - Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat; 2020.
28. Ginsberg Y, Langstrom N, Larsson H, Lindfors N. Long-Term Treatment Outcome in Adult Male Prisoners With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Three-Year Naturalistic Follow-Up of a 52-Week Methylphenidate Trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2015; 35(5):535-43.
29. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - cancer. Stockholm; 2011. Report No.: 2011-6-22.
30. Q-Bup - Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri. Årsrapport 2020; 2021.
31. Socialstyrelsen. Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd - ett kunskapsstöd; 2014. Report No.: 2014-10-42.
32. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). De tar inte hand om hela mig - Samordning av insatser för barn med psykisk ohälsa behöver förbättras; 2021. Report No.: 2021-6.
33. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård - En systematisk

- litteraturoversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter; 2018. Report No.: 289/2018.
34. Hjern A, Vinnerljung B. Models of Child Health Appraised - Healthcare in Europe for Children in Societal Out-of-homecare; 2018.
 35. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Använd SIP – ett verktyg vid samverkan - Barn och unga 0-18 år; 2019.
 36. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Använd SIP - ett verktyg vid samverkan. För alla över 18 år, vuxna och äldre. Version 3.0; 2018. Report No.: ISBN: 978-91-7585-765-7.
 37. Socialstyrelsen. Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott - Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6-17 år; 2021. Report No.: 2021-11-7626.
 38. Skolverket och Socialstyrelsen. Placerade barns skolgång och hälsa - ett gemensamt ansvar; 2013. Report No.: 2013-1-2.
 39. Sveriges Kommuner och Landsting (SKR). God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi?; 2019.
 40. Socialstyrelsen. Sekretess- och tystnadspliktsgränser - I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården; 2012. Report No.: 2012-2-28.
 41. Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Barnafrid. Om barn med funktionsnedsättning i Sverige och deras utsatthet för våld och kränkningar. Stockholm; 2016.
 42. Landa RJ. Efficacy of early interventions for infants and young children with, and at risk for, autism spectrum disorders. *Int Rev Psychiatry*. 2018; 30(1):25-39.
 43. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Bilbow A, Buitelaar JK, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2018; 28(10):1059-88.
 44. Kooij JJ, Michielsen M, Kruithof H, Bijlenga D. ADHD in old age: a review of the literature and proposal for assessment and treatment. *Expert Rev Neurother*. 2016; 16(12):1371-81.
 45. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2021. Report No.: 2021-9-7549.
 46. Socialstyrelsen. Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen - vägledning för arbetscoacher. Stockholm; 2012. Report No.: 2012-8-5.
 47. Regeringskansliet. Nationell anhörigstrategi - inom hälso- och sjukvård och omsorg 2022:
 48. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2019; 2019. Report No.: 2019-3-7.
 49. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2022; 2022. Report No.: 2022-3-7815.
 50. Attention. Man får kämpa för varje åtgärd - trots att anhöriga har rätt till stöd - en undersökning om situationen för föräldrar som har barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF); 2019. Report No.: 019-06-10.
 51. Sampaio F, Enebrink P, Mihalopoulos C, Feldman I. Cost-Effectiveness of Four Parenting Programs and Bibliotherapy for Parents of Children with Conduct Problems. *J Ment Health Policy Econ*. 2016; 19(4):201-12.
 52. Nystrand C, Hultkrantz L, Vimefall E, Feldman I. Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child

- Externalising Behaviour Problems. *Adm Policy Ment Health*. 2020; 47(2):300-15.
53. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2018. Report No.: 2018-9-6.
 54. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2021. Report No.: 2021-4-7339
 55. Peters-Scheffer N, Didden R, Korzilius H, Matson J. Cost comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in The Netherlands. *Res Dev Disabil*. 2012; 33(6):1763-72.
 56. Penner M, Rayar M, Bashir N, Roberts SW, Hancock-Howard RL, Coyte PC. Cost-Effectiveness Analysis Comparing Pre-diagnosis Autism Spectrum Disorder (ASD)-Targeted Intervention with Ontario's Autism Intervention Program. *J Autism Dev Disord*. 2015; 45(9):2833-47.
 57. Läkemedelsverket. Läkemedel vid adhd - behandlingsrekommendation: Information från Läkemedelsverket 2016:
 58. Lugo J, Fadeuilhe C, Gisbert L, Setien I, Delgado M, Corrales M, et al. Sleep in adults with autism spectrum disorder and attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020; 38:1-24.
 59. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2019. Report No.: 2019-1-16.
 60. Socialstyrelsen. Läkemedelsförsäljning i Sverige - analys och prognos 2022-2025 2022:
 61. Läkemedelsverket. Kartläggning av melatoninanvändning hos barn och ungdomar - Rapport från Läkemedelsverket; 2019 2019-02-20. Report No.: Dnr: 1.1.2-2019-015448.
 62. Tedroff K, von Euler M, Dahlen E. Melatonin usage in children and young adults, a registry-based cohort study. *Eur J Paediatr Neurol*. 2022; 39:30-4.
 63. Medicintekniska produktrådet - regioner i samverkan. Produktgrupp tyngdtäcken vid sömnbesvär/sömnproblem - rekommendation. 2020. Hämtad 2022-09-05 från:
<https://www.janusinfo.se/download/18.6492c9ea1754f0d49f891c61/1603801795231/Tyngdt%C3%A4cken-201020.pdf>
 64. Socialstyrelsen. Om implementering. 2012. Hämtad 2022-03-10 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>
 65. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annu Rev Public Health*. 2014; 35:255-74.
 66. Hofmann B. Biases distorting priority setting. *Health Policy*. 2020; 124(1):52-60.
 67. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2018. Report No.: 2018-6-24.

68. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Stöd för styrning och ledning Stockholm; 2022. Report No.: 2022-4-7822.
69. Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. Vård- och insatsprogram Adhd. Hämtad 2022-09-23 från:
<https://www.vardochinsats.se/adhd/>
70. Socialstyrelsen. Barn som utmanar - Barn med adhd och andra beteendeproblem. Stockholm; 2010. Report No.: 2010-3-6.
71. Socialstyrelsen. Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet - Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal. Stockholm; 2015. Report No.: 2015-12-3.
72. Socialstyrelsen. Att möta föräldrar till barn med funktionsnedsättning - Kunskapsstöd till barnhälsovården. Stockholm; 2017. Report No.: 2017-10-21.
73. Socialstyrelsen. Att samtala med barn - Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. Stockholm; 2018. Report No.: 2018-11-14.
74. Socialstyrelsen. Bedöma barns mognad för delaktighet - Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården. Stockholm; 2015. Report No.: 2015-12-22.
75. Socialstyrelsen. Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning - Handbok för handläggning och utförande av LSS-insatser. Stockholm; 2020. Report No.: 2020-10-7018.
76. Skolverket och Socialstyrelsen. Vägledning för elevhälsan. Stockholm; 2016. Report No.: 2016-11-4.
77. Socialstyrelsen. Underlätta för personer med autism i möten med socialtjänsten. Stockholm; 2019. Report No.: 2019-12-6480.
78. Börjesson M, Dohrn I-M. FYSS 2021. Stockholm: Läkartidningens Förlag; 2021.
79. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid adhd och autism innehåller 44 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet *Rekommendationer* ovan. Här ger vi en översikt av alla rekommendationer. De är uppdelade i följande områden:

- tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning
- sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning
- effektiv samverkan
- kompetensutveckling
- psykosociala insatser
- psykologiska insatser
- läkemedel och medicintekniska produkter.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/adhd-autism. Där finns motiveringar till varje enskild rekommendation.

Tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning

Till hälso- och sjukvården			
Id	För personer med ...	Erbjud ...	Prioritet
U1	misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	en neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper.	1
B23		tidiga insatser efter behov.	3
Id	För personer med ...	Ställ <u>inte</u> ...	Prioritet
U14	misstänkt adhd	diagnosen adhd utifrån enbart datoriserade uppmärksamhetstester.	icke-göra
Till socialtjänsten			
Id	För personer med ...	Erbjud ...	Prioritet
B23	misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	tidiga insatser efter behov.	3

Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning

Till hälso- och sjukvården			
Id	För personer med ...	Arbeta så här:	Prioritet
O13	<ul style="list-style-type: none"> • misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller • fastställd adhd eller autism 	Sätt ihop ett team med minst en läkare och en psykolog, som gör en neuropsykiatrisk utredning, erbjuder insatser och följer upp insatserna. Använd fler kompetenser vid behov.	2
O1		Håll samman bedömningen, diagnosen, insatserna och uppföljningen genom hela vårdkedjan.	3
Fb1, Fv1	adhd eller autism	Följ upp insatserna strukturerat (oftast minst en gång per år för barn).	3

Effektiv samverkan

Till hälso- och sjukvården			
Id	För personer med adhd eller autism som ...	Samverka så här:	Prioritet
O5	behöver vård från flera instanser	Ta fram rutiner för samarbete och fördela ansvaret tydligt mellan primärvården, den specialiserade psykiatrin och habiliteringen.	1
R2	ska frigges från kriminalvården	Ta tidig kontakt från kriminalvården med öppenvårdspsykiatrin, socialtjänsten eller beroendevården efter behov.	1
Id	För barn som ...	Samverka så här:	Prioritet
O2	<ul style="list-style-type: none"> • har adhd eller autism • ska fylla 18 år 	Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård.	3
Ob6	har gått igenom en neuropsykiatrisk utredning	Gå igenom utredningsresultaten tillsammans med förskolan eller skolan, inklusive elevhälsan – oavsett om barnet har fått en diagnos eller inte.	3
O6	<ul style="list-style-type: none"> • har misstänkt eller fastställd adhd eller autism • är i skolåldern • visar tecken på en ogynnsam utveckling 	Samordna era insatser med socialtjänsten och skolan, i dialog med barnet och barnets vårdnadshavare.	3
Till socialtjänsten			
Id	För barn som ...	Samverka så här:	Prioritet
O6	<ul style="list-style-type: none"> • har misstänkt eller fastställd adhd eller autism • är i skolåldern • visar tecken på en ogynnsam utveckling 	Samordna era insatser med hälso- och sjukvården och skolan, i dialog med barnet och barnets vårdnadshavare.	3

Kompetensutveckling

Till hälso- och sjukvården			
Id	För yrkesgrupper i ...	Erbjud kompetensutveckling om ...	Prioritet
B28	<ul style="list-style-type: none"> primärvården (även barnhälsovården) elevhälsan 	adhd och autism hos barn och vuxna.	3
B29	barnhälsovården	tidig upptäckt av autism.	3
R3	hela hälso- och sjukvården	adhd och autism hos äldre.	3
Till socialtjänsten			
Id	För yrkesgrupper i ...	Erbjud kompetensutveckling om ...	Prioritet
B30	hela socialtjänsten (även t.ex. HVB och LSS-boenden)	adhd och autism hos barn och vuxna.	2
R3		adhd och autism hos äldre.	3

Psykosociala insatser

Till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten			
Id	För personer med adhd eller autism som ...	Arbeta så här:	Prioritet
Bb40, Bv40	har komplexa behov	Utse en vård- och stödsamordnare som samordnar kontakterna med myndigheter, hälso- och sjukvården och socialtjänsten, så att personen kan leva så självständigt som möjligt.	2
B60	är vårdnads-havare	Erbjud föräldraskapsstöd till vårdnadshavare som själva har adhd eller autism.* Ge till exempel hjälp med struktur och strategier för åtaganden till skolan och fritidsverksamheter.	3
Bv61	har ingen eller svag anknytning till arbetsmarknaden	Erbjud individanpassat stöd till arbete (IPS-modellen, individual placement and support). En arbetspecialist hjälper då personen att söka arbete snabbt, utan att först bedöma arbetsförmågan.	4
Till hälso- och sjukvården			
Id	Arbeta så här:		Prioritet
O8	<ul style="list-style-type: none"> Uppmärksamma munhälsan när personer med adhd eller autism besöker hälso- och sjukvården, till exempel med enkla frågor eller munbedömningsinstrument.** Remittera till tandvården vid behov. 		3
B27	Informera närstående till personer med adhd eller autism om stöd som erbjuds av andra huvudmän, till exempel föräldraskapsstöd, informationsträffar eller stödsamtal hos socialtjänsten,*** skolan, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.		3
Till socialtjänsten			
Id	Arbeta så här:		Prioritet
Bv63	Erbjud boendestöd till vuxna med adhd eller autism som har svårt att klara hemlivet utan stöd, till exempel hjälp att planera hushållsarbete eller sociala aktiviteter utanför hemmet.		2

*När ett barn är placerat utanför hemmet, till exempel i familjehem eller HVB, är stöd till föräldrar och vårdnadshavare obligatoriskt enligt socialtjänstlagen (6 kap. 7 §).

**Personalen kan också informera om att patienterna kan ha rätt till tandvårdsstöd från regionen. Regionerna finansierar tandvårdsstöd till personer med risk för dålig munhälsa till följd av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, och till personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård-

och omsorgsinsatser eller som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

*** Socialtjänsten är dessutom skyldig att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som stödjer en närstående som har funktionshinder. Se 5 kap. 10 § socialtjänstlagen.

Psykologiska insatser

Till hälso- och sjukvården			
Id	Erbjud personer som ...	insatsen ...	Prioritet
Bb21 a–b, Bv21 a–b	har adhd eller autism	psykoedukation.	3
Bb52	<ul style="list-style-type: none"> • har autism • är 0–5 år 	mångsidiga intensiva beteendeinsatser (EIBI).	3
B15c	<ul style="list-style-type: none"> • har autism • är barn • har ångest 	KBT anpassad till barn med autism.	3
B15b	<ul style="list-style-type: none"> • har adhd • är vuxna 	KBT inriktad på adhd-symtom.	4
Bb53b	<ul style="list-style-type: none"> • har adhd eller autism • har nedsatt social samspelsförmåga men ingen intellektuell funktionsnedsättning • är barn 	social färdighetsträning (manualbaserad).	5
B15a	<ul style="list-style-type: none"> • har adhd • är barn 	KBT inriktad på adhd-symtom.	7
Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud barn som ...	insatsen ...	Prioritet
B15e	<ul style="list-style-type: none"> • har autism • har allvarlig sömnlöshet (insomni) 	KBT anpassad till barn med autism.	FoU

Läkemedel och medicintekniska produkter

Till hälso- och sjukvården			
Id	I kombination med andra insatser: Erbjud personer som ...	regelbundet uppföljd behandling med ...	Prioritet
B13	<ul style="list-style-type: none"> • har adhd • har substansbruks-syndrom* 	adhd-läkemedel.	3
B3c	<ul style="list-style-type: none"> • har adhd • är barn • har allvarlig sömnlöshet (insomni) • har fått stöd för goda sömnvanor men inte fått tillräcklig effekt 	läkemedlet melatonin.	3
Bb5, Bv5	har adhd	centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till 1 år.	3
Bb50, Bb6, Bv50, Bv6		<ul style="list-style-type: none"> • centralstimulerande adhd-läkemedel i mer än 1 år <i>eller</i> • icke-centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till 1 år. 	4
Bb51, Bv51		icke-centralstimulerande adhd-läkemedel i mer än 1 år.	5
Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud personer som ...	behandling med ...	Prioritet
B3ad	<ul style="list-style-type: none"> • har adhd eller autism • har allvarlig sömnlöshet (insomni) • har fått stöd för goda sömnvanor men inte fått tillräcklig effekt 	tyngdtäcke.	FoU

*Kunskapsunderlaget för denna rekommendation bygger framför allt 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.

Bilaga 2. Översikt av indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för ett urval av rekommendationerna i dessa nationella riktlinjer, framför allt för rekommendationer med hög prioritet. Dessutom finns andra indikatorer med stor relevans för området. Alla indikatorer listas i tabell 1–8.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med detta menas att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorarbetet är en del av Socialstyrelsens uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Du som behöver det kan också använda indikatorerna för olika typer av uppföljningar.

De flesta av indikatorerna kan användas för uppföljningar med hjälp av befintliga datakällor. För flera indikatorer samlar vi dock in data via en enkät till vård- och omsorgsgivare, för att kunna få en nationell bild. Andra indikatorer är så kallade utvecklingsindikatorer, vilket innebär att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att indikatorerna ska kunna användas för uppföljning på nationell nivå. En del utvecklingsindikatorer kan ändå användas på lokal eller regional nivå.

➔ **Läs mer:** Alla indikatorer för adhd och autism redovisas mer utförligt i rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/adhd-autism.

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [79]. En indikator för god vård och omsorg ska

- baseras på vetenskap
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka
- ange en riktning, det vill säga ange om höga eller låga värden är eftersträvarvärda (när vi mäter något utan en sådan riktning använder vi uttrycket *centralt mått* i stället för indikator).

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

- vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor (såsom enkäter)
- gå att redovisa utifrån region, kön, ålder, socioekonomi och födelse-land så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården och omsorgen.

Vidare ska indikatorerna kunna användas för uppföljningar, jämförelser och förbättringar på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta nationella jämförelser.

Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer och centrala mått för vård och stöd vid adhd och autism.

Tabell 1. Indikatorer för tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning

Nr	Namn	Rekommendationens id
1	Verksamheter med rutiner för neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper	U1
2	Neuropsykiatriska utredningar där en läkare och en psykolog har deltagit aktivt	U1
3	Tidiga insatser vid misstänkt eller fastställd adhd eller autism i den specialiserade vården, socialtjänsten och elevhälsan	B23
4	Utredning av adhd utifrån enbart datoriserade uppmärksamhetstester	U14

Tabell 2. Indikatorer för sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning

Nr	Namn	Rekommendationens id
5	Strukturerad och regelbunden uppföljning av insatser i den specialiserade vården*	Fb1

*Utvecklingsindikator

Tabell 3. Indikatorer för effektiv samverkan

Nr	Namn	Rekommendationens id
6	Tydliggjord ansvarsfördelning och rutiner mellan primärvården, den specialiserade psykiatrin och habiliteringen	O5
7	Samverkan mellan kriminalvården, öppenvårdspsykiatrin, socialtjänsten och beroendevården	R2
8	Rutiner vid övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård	O2

Tabell 4. Indikatorer för kompetensutveckling

Nr	Namn	Rekommendationens id
9	Kompetensutveckling om adhd och autism för personal i socialtjänsten	B30

Tabell 5. Indikatorer för psykosociala insatser

Nr	Namn	Rekommendationens id
10	Boendestöd i ordinärt boende*	Bv63

*Centralt mått

Tabell 6. Indikatorer för psykologiska insatser

Nr	Namn	Rekommendationens id
11	Psykoedukation i samband med diagnostisering av adhd eller autism*	Bb21a–b, Bv21a–b
12	KBT i samband med autism och ångestdiagnos*	B15c

*Utvecklingsindikator

Tabell 7. Indikatorer för läkemedel och medicintekniska produkter

Nr	Namn	Rekommendationens id
13	Läkemedlet melatonin vid adhd och insomni*	B3C
14	Centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till ett år till personer med nydiagnostiserad adhd*	Bb5, Bv5
15	Behandling med adhd-läkemedel till vuxna med adhd och alkohol- och narkotikaproblem*	B13

*Centralt mått

Tabell 8. Övergripande indikatorer

Nr	Namn	Rekommendationens id
16	Läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare	–
17	Uppföljning av neuroleptikabehandling för personer med autism och komplexa behov*	–

*Utvecklingsindikator

Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- Tillstånds- och åtgärdslista
- Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag
- Hälsoekonomiskt underlag
- Metodbeskrivning.

Indikatorerna redovisas i sin helhet i rapporten:

- Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism.

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/adhd-autism.