

Konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd

Kartläggning och analys

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

ISBN	978-91-7555-499-0
Artikelnummer	2019-6-21
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , juni 2019

Förord

Socialstyrelsen har fått ett uppdrag från regeringen att kartlägga och analysera konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd, exempelvis när det gäller förekomsten av sjukskrivningar och arbetslöshet.

Adhd är ett heterogent tillstånd, där symtombild och svårighetsgrad varierar såväl mellan personer med adhd som över tid och i olika situationer. I denna rapport vill Socialstyrelsen illustrera vilka konsekvenser diagnosen har när det gäller sjukskrivning och arbetslöshet. Rapporten syftar till att visa på diagnosens komplexitet. I myndighetens kartläggning framkommer att adhd medför ett funktionstillstånd som kräver en helhetssyn vid både utredning och insatser, samt ett beaktande av flera olika perspektiv parallellt. Myndigheten vill också visa att problemen kan kvarstå livet ut och att adhd även ska beaktas hos äldre personer.

Denna rapport vänder sig i första hand till beslutsfattare, vård- och omsorgspersonal samt till berörda intresseorganisationer, inklusive personer som själva har diagnosen adhd. Resultatet kan bidra till ökad kunskap om hur vuxna med adhd kan komma att påverkas av funktionsnedsättningen, exempelvis vad gäller försörjning, hälsa och delaktighet – såväl i samhället som i sociala sammanhang.

Projektledare har varit utredare Maria Bratt som har genomfört utredningen tillsammans med medicinskt sakkunnig inom psykiatri, odontologiskt sakkunnig samt statistiker, utredare och informationsspecialist från Socialstyrelsen. Ansvarig enhetschef har varit Birgitta Lindelius. Dan Edvinsson – överläkare och med. dr. på Neuropsykiatriska enheten för vuxna på Akademiska sjukhuset Uppsala – har deltagit som utomstående expert för att bistå med genomgång och värdering av den vetenskapliga litteraturen.

Vidare har uppdraget genomförts i samråd med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Riksförbundet Attention och andra berörda parter. Socialstyrelsen vill tacka de externa aktörer som medverkat i arbetet med denna rapport.

Olivia Wigzell
generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Hälsa, ekonomi och levnadsförhållanden	7
Ökande svårigheter utan rätt insatser	8
Behov av ökad förståelse	8
Uppdraget Kartläggning av vuxna med adhd och dess konsekvenser	9
Bakgrund	9
Uppdrag och genomförande	9
Agenda 2030	10
Inledning: vuxna med adhd utgör en heterogen grupp	11
Stöd och behandling av adhd	13
Konsekvenser av adhd – en analys av registerdata	14
Hög samsjuklighet	14
Skador	16
Förtida dödlighet	16
Ett fåtal har många vårdkontakter	17
Tandhälsa	18
Utbildningsnivåer, inkomster och inkomstkällor	21
Litteraturen om konsekvenser av adhd	24
Sjukskrivning, arbetslöshet och försörjningsstöd	24
Ekonomi	26
Studieprestationer	27
Könsskillnader	28
Adhd kan ge livslånga svårigheter	28
Psykiatrisk samsjuklighet	32
Somatisk samsjuklighet	33
Förtida dödlighet	33
Sämre tandhälsa	33
Levnadsvillkor	34
Föräldraförmågan kan påverkas	35
Adhd kan leda till extra krav och villkor	35
Myndighetskontakter	37
Delaktighet i samhällsfrågor	38
Slutsats och diskussion	39
Bilaga 1. Metodbeskrivning	43
Registerdata	43
Litteraturgenomgång	44

Extern samverkan	44
Bilaga 2. Dokumentation av informationssökning	45
Bilaga 3. Utveckling av Socialstyrelsens hälsodataregister	56
Referenser	57

Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att kartlägga och analysera konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd (attention deficit hyperactivity disorder) när det gäller exempelvis sjukskrivningar och arbetslöshet. Adhd är ett neuropsykiatriskt funktionshinder som ofta leder till ett ojämnt fungerande där vissa saker fungerar väldigt bra, till och med bättre än för många andra, samtidigt som annat kan vara mycket svårt, till exempel att skapa struktur i vardagen. Vad som är lätt respektive svårt skiljer sig åt mellan individer. Förekomsten av adhd beräknas till knappt 3 procent både hos män och kvinnor. Konsekvenserna för vuxna med adhd kan ses ur många olika perspektiv och inom olika faser av vuxenlivet.

En utgångspunkt i uppdraget är att adhd ett heterogent tillstånd där symtombild och svårighetsgrad varierar såväl mellan personer med diagnosen, över tid och i olika situationer. Problemen som följer med adhd kan kvarstå livet ut och diagnosen adhd förekommer i alla åldrar, även hos de allra äldsta.

En stödjande och anpassad omgivning kan förhindra att funktionsnedsättningen utvecklas till ett allvarligt funktionshinder.

Hälsa, ekonomi och levnadsförhållanden

Socialstyrelsens analys visar på stora konsekvenser för personer med adhd vad det gäller arbete och sjukskrivning.

En del av den fallgrupp som myndigheten har följt är beroende av inkomster från antingen sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd. Socialstyrelsen kan vid ett givet tillfälle (år fem av de fem år som studerats) konstatera att cirka 40 procent av männen och 36 procent av kvinnorna i fallgruppen med personer som är 31 år eller äldre har ett arbete, vilket ska jämföras med motsvarande kontrollgrupp där cirka 80 procent av männen och 74 procent av kvinnorna utan adhd har ett arbete. Skillnaden mellan fall- och kontrollgrupp också tydlig vad det gäller sjuk- och aktivitetsersättning, där i samma åldersgrupp cirka 24 procent av männen och cirka 29 procent av kvinnorna med adhd har sjuk- eller aktivitetsersättning, att jämföras med cirka 3 procent i kontrollgruppen. Den litteraturgenomgång Socialstyrelsen har genomfört bekräftar denna bild.

En mindre andel i fallgruppen har haft många vårdkontakter (det vill säga 100 besök eller mer) fem år från den första kontakten gällande adhd. Dessa personer har troligtvis – utöver sin adhd – en omfattande samsjuklighet.

Socialstyrelsen har genom registerdata kunnat visa på hög samsjuklighet hos vuxna med adhd. Det är sedan länge känt att adhd innebär en ökad risk för psykiatrisk samsjuklighet, däremot finns det mindre forskning om adhd och somatiska sjukdomar. Myndigheten har i detta uppdrag kunnat visa på samband mellan adhd och ett flertal somatiska sjukdomar.

Ökande svårigheter utan rätt insatser

Forskning visar att samsjuklighet och sociala konsekvenser riskerar att öka över tid för personer med adhd. Även närstående kan drabbas av sämre levnadsvillkor som en konsekvens av adhd. Det finns dessutom en hög grad av ärftlighet, vilket i sig kan bli en utmaning ifall flera personer i en och samma familj (både vuxna och barn) har liknande funktionsnedsättningar.

Behov av ökad förståelse

Adhd är ett komplext tillstånd som kräver en helhetssyn vid både utredning och insatser. Det behövs också ett beaktande av flera olika perspektiv parallellt – inte minst ett livslångt perspektiv, med förståelse för att adhd kan medföra ett livslångt funktionshinder. Därutöver behövs en förståelse för att det hos vuxna med adhd i de allra flesta fall även finns andra psykiatriska och somatiska sjukdomstillstånd, vilka alla riskerar bli mer uttalade med tiden. Konsekvenserna av adhd visar sig ofta inom de flesta av vardagslivets olika områden, exempelvis studier, arbetsliv, fritid, relationer och familjeliv.

Uppdraget Kartläggning av vuxna med adhd och dess konsekvenser

Bakgrund

Det är sedan tidigare känt att personer med funktionsnedsättningar har sämre levnadsförhållanden än befolkningen i övrigt [1, 2]. Av den vuxna befolkningen uppskattas omkring 3 procent ha adhd [3]. Av dessa är det många personer som genom åren utvecklar strategier för att hantera sina svårigheter.

Det finns kärnsymtom vid adhd som visar sig i form av regleringssvårigheter; svårigheter att reglera uppmärksamhet, impulser och aktivitetsgrad, men det finns en stor variation i hur symtomen visar sig hos olika individer. Den kliniska bilden ändras dessutom över tid.

Hos vuxna med adhd är det oftast de så kallade exekutiva svårigheterna – exempelvis att självständigt kunna planera och organisera sin vardag – som ställer till med störst besvär, särskilt i takt med ökande krav på självständigt agerande. Detta kan leda till utmaningar inom de flesta livsområden, såsom med att sköta vardagssysslor i hemmet, ekonomi, föräldraskap, studier, arbete, fritidsaktiviteter och bevarande av sociala relationer [4, 5]. Det finns som exempel risk att personer med adhd utestängs från arbetsmarknaden på grund av sina exekutiva svårigheter.

Med detta som bakgrund har denna kartläggning genomförts för att primärt bidra med en ökad förståelse för konsekvenser av diagnosen adhd för vuxna när det gäller sjukskrivning och arbetslöshet. Rapporten syftar även till att ge en ökad förståelse om diagnosens komplexitet.

Uppdrag och genomförande

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att kartlägga och analysera konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd när det gäller exempelvis sjukskrivningar och arbetslöshet. Uppdraget har genomförts i samråd med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Riksförbundet Attention och andra berörda parter.

Socialstyrelsen har genomfört uppdraget med kunskap hämtad framförallt från data från Socialstyrelsens och Statistiska centralbyråns (SCB:s) register, samt litteratur inom området.

Samråd

Socialstyrelsen har haft kontakter med bland andra Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Riksförbundet Attention. Myndigheten har också genomfört ett heldagsmöte för dialog kring uppdragets frågeställningar och preliminära resultat med forskare och yrkesverksamma inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (npf).

Rapportens upplägg

Denna rapport har följande disposition:

- Inledning
- Konsekvenser av adhd utifrån registerdata
- Konsekvenser av adhd utifrån en litteraturgenomgång
- Slutsats och diskussion

Agenda 2030

Agenda 2030 är en handlingsplan för människorna och planetens välbefinnande framtagen av FN.

Denna rapport berör framförallt globala mål 1 (Ingen fattigdom), 3 (Hälsa och välbefinnande), mål 4 (God utbildning för alla), mål 5 (Jämställdhet) och mål 10 (Minskad ojämlikhet) i Agenda 2030.

Inledning: vuxna med adhd utgör en heterogen grupp

Förekomst av adhd (attention deficit hyperactivity disorder)

Adhd beräknas förekomma hos 5-7 procent av **barn** och vara dubbelt så vanligt hos *pojkar* (5-9 procent) som hos *flickor* (3-5 procent). Hos **vuxna** beräknas adhd förekomma hos knappt 3 procent av både män och kvinnor. Som underlag har Socialstyrelsen utgått från tre internationella metaanalyser (referens 6-8). Det finns mindre forskning om förekomsten av adhd hos vuxna, varför även en större undersökning omfattande vuxna i 20 länder ingick i underlaget (referens 3).

Referenser: [6-8] samt [3]

Adhd präglas av symtom på ouppmärksamhet och/eller överaktivitet och impulsivitet som orsakar en märkbar funktionsnedsättning. Den psykiatriska diagnosmanualen DSM-5, publicerad 2013, definierar kriterierna för att få en adhd-diagnos i vuxen ålder, det vill säga vid 17 års ålder eller över. För diagnos krävs då att en person har minst fem av nio möjliga symtom på ouppmärksamhet respektive överaktivitet och/eller impulsivitet för att symtomkriteriet ska vara uppfyllt. Därutöver krävs att symtom ska ha förekommit före tolv års ålder samt vara förknippade med en märkbar funktionsnedsättning inom flera livsområden, såsom socialt liv, studier och yrkesliv [9].

Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD) är en av WHO:s huvudklassifikationer och har en snävare definition av adhd, som i ICD benämns "hyperkinetiskt syndrom". Sammanfattningsvis motsvarar detta adhd med både ouppmärksamhet och överaktivitet och impulsivitet alternativt enbart överaktivitet och impulsivitet. Det som i DSM-5 kallas adhd med huvudsakligen ouppmärksamhet, även benämnt add, saknas således i ICD-10 [10]. Det är också vanligt att emotionell instabilitet, vilket yttrar sig som svårigheter att kontrollera känslouttryck, förekommer tillsammans med adhd. Detta symtom ingår dock inte formellt i diagnoskriterierna i DSM-5 eller ICD-10. Däremot ingår det i de så kallade Wender Utah-kriterierna, vilket är viktigt eftersom just emotionell instabilitet har visat sig svara på behandling med adhd-läkemedel [11].

Orsaken till adhd är fortfarande till stora delar okänd, men det anses ha en avsevärt ärftlig komponent [12]. Det genetiska orsakssambandet har visat sig komplext och flera olika gener förefaller påverka orsaken till att adhd utvecklas. Gener som kodar för olika signalsubstansers receptorer och transportproteiner i hjärnan verkar vara en del av orsaken till symtomen och svårigheterna [13]. Även miljöfaktorer har satts i samband med adhd som exempelvis, låg födelsevikt, näringsfaktorer, tv-tittande och dataspel [14-17]. Resultaten är delvis motstridiga. Även om det går att se ett statistiskt samband behöver det inte betyda att det finns ett orsakssamband.

Två personer med adhd kan ha olika nivåer av funktionstillstånd

Traditionellt sett bedöms adhd utifrån symtom, samtidigt som forskning tydligt visar att adhd kan ses utifrån ett bredare perspektiv där hänsyn också tas till personens funktionstillstånd (individuella svårigheter och styrkor) [18, 19]. Ett sådant bredare perspektiv finns i Socialstyrelsens termbank, där det står att ”Hälsa är fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada”. Skrivningen baseras på WHO:s definition från 1948 [20].

ICD och DSM kan kompletteras med Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) för att se hälsa ur detta bredare perspektiv. ICF är en av WHO:s huvudklassifikationer och ger en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till ovanstående definition av hälsa [19, 21]. ICF kompletterar ICD-10, eftersom den gör det möjligt att visa att två personer med samma diagnos kan ha olika nivåer av funktionstillstånd. ICF kan användas som gemensamt språk och struktur för att beskriva funktionstillstånd, sätta mål, beskriva behov samt följa resultat utifrån en biopsykosocial modell. ICF:s biopsykosociala modell är en teoretisk modell för att förstå hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Modellen är en kombination av två modeller: dels en social modell som beskriver funktionshinder som ett socialt skapat problem, dels en medicinsk modell som beskriver funktionsnedsättning som ett problem hos individen som orsakats av sjukdom eller skada [19, 21, 22].

ICF ger olika aktörer, bland annat vård- och omsorgspersonal, möjlighet att ha ökat fokus på personens individuella förmågor och behov, grad av funktionsnedsättning samt hur omgivningen påverkar det individuella funktionstillståndet. Klassifikationen gör det därmed möjligt att fokusera på vad som bidrar till att bibehålla eller förbättra en individs hälsa och aktivitetsförmåga [19]. För den vuxna med adhd kan ökat fokus på funktionstillstånd upplevas som något positivt, då det också ger utrymme att beskriva personens styrkor och identifiera utmaningar i verkliga livet.

En svårighet när det gäller införande av ICF inom psykiatrin kan vara att ICF är mindre känd än DSM och ICD, som den kompletterar. Den kan också, på grund av sin omfattning, uppfattas som svår att använda i praktiken – vilket är skälet till att en kortlista med relevanta ICF-kategorier ("ICF Core Sets") har tagits fram i ett internationellt samarbete. Syftet med kategorierna är att möjliggöra en kombination av diagnostisk information och bedömning av funktionstillstånd, vilket kan bidra till en bättre förståelse för adhd och för hur diagnosen påverkar individens levnadsförhållanden [23, 24]. ICF kan användas inom all hälso- och sjukvård samt socialtjänst – och därmed också inom hela psykiatrin och vid adhd med samsjuklighet.

Just nu (2019) pågår en validering av WHODAS 2.0, som är ett bedömningsinstrument som kan användas för att mäta svårigheter i vardagen för personer med olika funktionstillstånd, bland annat adhd och autism [25]. WHODAS grundas på ICF:s konceptuella ramverk.

Stöd och behandling av adhd

Socialstyrelsen beskriver i kunskapsstödet Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd hur symtombild och svårighetsgrad skiljer sig åt mellan olika personer med adhd, vilket gör det nödvändigt med individanpassade insatser för ett optimalt resultat. Personer med adhd har ofta ett ojämnt fungerande: vissa saker fungerar väldigt bra, till och med bättre än för många andra, samtidigt som annat kan vara mycket svårt, till exempel att skapa struktur i vardagen. Vad som är lätt respektive svårt skiljer sig därmed åt mellan individer.

I kunskapsstödet framgår det att en individs fungerande även är situationsbundet: uppgifter som upplevs intressanta och stimulerande är lättare att utföra än sådant som upplevs ointressant. Så kan det givetvis vara för många – även för personer utan adhd – men för personer med adhd kan detta bli en så pass stor utmaning att uppgiften blir mycket svår – eller rentav omöjlig – att genomföra utan stöd [5].

Socialstyrelsen skriver i Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna - Stöd för beslut om behandling att det för vissa personer med adhd räcker med hjälp av stöd och icke-farmakologisk behandling för att hantera den funktionsnedsättning som följer av diagnosen. För andra personer räcker det inte med sådana insatser, vilket innebär att det också finns ett behov av läkemedelsbehandling. Läkemedel bör dock inte vara den enda behandlingen som en individ erbjuds, utan är en del i ett mer omfattande multidisciplinärt omhändertagande, alltså en kombination av farmakologiska och icke-farmakologiska insatser som utgår från den enskildes behov, förutsättningar och önskemål. I stödet står det att personer med adhd utan samsjuklighet bör ta ställning till om vederbörande vill pröva läkemedelsbehandling utöver andra stödjande och behandlande insatser.

I stödet framgår även att många vuxna med adhd samtidigt har någon annan psykiatrisk diagnos. I dessa fall kräver behandlingen ett noggrant övervägande av hur de respektive tillstånden ska hanteras i förhållande till varandra, alltså i vilken ordning behandlingen bör ske. Därför krävs en kvalificerad individuell bedömning utifrån vilken typ av samsjuklighet det gäller och vilket funktionstillstånd som bedöms som mest akut [26].

Stöd och övergång mellan livsfaser

Eftersom adhd många gånger är ett livslångt tillstånd kan stödsinsatser med fördel inriktas på att underlätta tillvaron för den som har adhd. Stödsinsatserna kan hjälpa den vuxna med adhd att förstå och hantera sin funktionsnedsättning samt hitta sätt att använda sina styrkor och hantera eller kompensera för sina svårigheter [4].

Det är också angeläget att öka omgivningens förståelse och skapa anpassningar i omgivningen som underlättar för vuxna med adhd. Stödet kan med fördel ges utifrån en helhetssyn på den vuxnes livssituation. Det kan handla om allt från att hitta ett passande arbete till att få privatlivet att fungera – med familj, relationer, ekonomi och skötsel av hemmet. De närstående kan också behöva involveras, eftersom de ofta har en viktig roll i att stödja individen [5].

Konsekvenser av adhd – en analys av registerdata

Socialstyrelsen har använt registerdata från Socialstyrelsens hälsodataregister (Patientregistret, Dödsorsaksregistret, Tandhälsoregistret samt Läkemedelsregistret), SCB:s register Mikrodata för Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAKS) samt Utbildningsregistret för att följa en fallgrupp och en matchad kontrollgrupp.

Urval fallgrupp och kontrollgrupp

Två grupper har jämförts, en grupp där personerna har adhd ("fallgruppen"), och en matchad kontrollgrupp där personer utan diagnosen adhd (under de fem år per individ som vi har tittat på) ingår. Fallgruppen identifierades i Socialstyrelsens patientregister utifrån diagnos och läkemedel (sluten-öppen-vård). Personerna i fallgruppen, som matchades mot aktuellt diagnosurval skulle utöver diagnosen ha ett giltigt personnummer, vara födda 1999 eller tidigare och dessutom ha vårdats efter 2006.

I fallgruppen ingår 30 767 personer, medan kontrollgruppen består av 153 825 individer. Kontrollgruppen består av fem gånger fler personer än gruppen med adhd, och identifierades i SCB:s utbildningsregister.

Mer information om metoden finns i bilaga 1.

Hög samsjuklighet

Psykiatrisk samsjuklighet

En hel del av den psykiatriska vården sker inom primärvården, som även brukar kallas första linjens psykiatri. Primärvården hanterar framförallt lindrigare fall av ångest, depression, stress och sömnsvårigheter, vilket innebär att svårare fall sköts av specialistpsykiatrisk vård (inklusive patienter med schizofreni och bipolärt syndrom). Socialstyrelsens patientregister har därför ett mörkertal, eftersom det idag saknas lagstöd att inhämta uppgifter från primärvården.

Data från Socialstyrelsens hälsodataregister visar att fallgruppen (med personer som har adhd) är klart överrepresenterad när det gäller psykiatrisk samsjuklighet i jämförelse med kontrollgruppen.

Bipolärt syndrom är sex till åtta gånger vanligare i fallgruppens olika åldersgrupper. Detsamma gäller **schizofreni** som är fyra till sex gånger vanligare i fallgruppen.

Emotionell instabilitet är vanligare hos kvinnor än hos män och det gäller både i fall- och kontrollgrupp. Gruppen med kvinnor under 30 år i fallgruppen är dock överrepresenterad gällande emotionell instabilitet, där det är cirka tio gånger vanligare än i kontrollgruppen.

I stället är **antisocialt personlighetssyndrom** vanligare hos männen, både i fall- och kontrollgrupp. Bland männen är det 13 till 17 gånger vanligare i fallgruppen än i kontrollgruppen.

Det är också vanligare med **ångest**, **depression** och **stress** i fallgruppen än i kontrollgruppen. Även **missbruk** är vanligare i adhd-gruppen, särskilt i åldrarna 30 år och uppåt där det är omkring tio–elva gånger vanligare med missbruk än i kontrollgruppen.

Vidare är det vanligare i fallgruppen att personer – utöver sin adhd-diagnos – också har diagnostiserad **autism**. I fallgruppen är autism omkring 10 till 19 gånger vanligare i åldersgruppen 18 till 30 år.

Somatisk samsjuklighet

Som tidigare nämnts sker det mesta av behandlingen inom primärvården, medan specialistvården behandlar mer komplicerade fall. Detta innebär att det finns ett mörkertal kring dessa uppgifter.

Socialstyrelsens patientregister visar på en tydlig skillnad vad det gäller **diabetes typ 2**, som är vanligare i adhd-gruppen än i kontrollgruppen. I fallgruppen var det minst en till två gånger ökad risk för diabetes typ 2, beroende på kön och åldersgrupp.

Underfunktion i sköldkörteln är vanligast i fallgruppen.

Vidare är **fetma** vanligare bland kvinnor än män, men vanligare hos kvinnor i fallgruppen jämfört med kvinnorna i kontrollgruppen.

Fibromyalgi är vanligast hos kvinnor över 30 år i både fall- och kontrollgrupp, men vanligast hos kvinnor med adhd.

Smärttillstånd är vanligare hos män och kvinnor med adhd, än hos kontrollerna och förekomsten av smärttillstånd ökar med stigande ålder hos dem med adhd.

Sömnsvårigheter är vanligare bland personer med adhd. I den yngsta åldersgruppen 18 till 24 år är detta särskilt tydligt.

Epilepsi är vanligare i adhd-gruppen, oavsett kön och ålder.

Migrän drabbar fler kvinnor än män och är något vanligare hos personer med adhd i jämförelse med kontrollgruppen.

Mer information tabell 1.

Tabell 1. Somatisk samsjuklighet

		18-24 år		25-30 år		31+	
		Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Diabetes typ2	Fall	0,3%	0,3%	0,9%	0,3%	1,6%	0,9%
	Kontroll	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,8%	0,4%
Underfunktion sköldkörtel	Fall	0,2%	0,6%	*	1,0%	0,2%	1,0%
	Kontroll	0,0%	0,2%	*	0,5%	0,1%	0,5%
Fetma	Fall	1,0%	4,3%	1,1%	5,6%	2,5%	7,4%
	Kontroll	0,3%	1,3%	0,5%	1,9%	0,9%	2,5%
Fibromyalgi	Fall	*	0,5%	*	0,7%	*	2,1%
	Kontroll	*	0,1%	*	0,2%	*	0,4%
Smärta	Fall	11,7%	13,0%	14,6%	15,8%	16,4%	19,4%
	Kontroll	5,8%	6,4%	6,3%	6,6%	8,0%	9,1%
Sömnsvårigheter	Fall	2,9%	2,7%	3,8%	2,6%	4,7%	3,4%
	Kontroll	0,4%	0,3%	0,8%	0,4%	1,8%	0,8%

		18-24 år		25-30 år		31+	
		Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Epilepsi	Fall	1,8%	1,2%	1,4%	1,2%	1,1%	1,0%
	Kontroll	0,3%	0,4%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
Migrän	Fall	0,7%	1,8%	0,9%	2,0%	0,8%	2,1%
	Kontroll	0,3%	1,1%	0,3%	1,3%	0,3%	1,1%

* inte signifikant

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen

Skador

De vuxna med adhd som ingår i fallgruppen har **självskadebeteende** i högre omfattning än kontrollgruppen, och det är i stort sett lika vanligt hos män som hos kvinnor med adhd. Självskadebeteende innebär att en person utför en avsiktligt självdestruktiv handling. Självmordsförsök räknas också som självskadebeteende. Självskador förekommer även i den äldsta åldersgruppen. Även överdosering av läkemedel och droger ingår i skadekategorin.

Med **övergrepp** menas här ”övergrepp av annan person med avsikt att skada eller döda” (i enlighet med ICD-10). Kvinnor med adhd utsätts oftare för övergrepp än kvinnorna i kontrollgruppen, där kvinnor i åldersgruppen 18 till 24 år löper nästan sex gånger högre risk att bli utsatta för övergrepp. Risken för övergrepp ökar med stigande ålder och är bland kvinnor 30 år och uppåt tio gånger högre i fallgruppen än i kontrollgruppen.

Män löper något mindre risk att bli utsatta för övergrepp, men i fallgruppen med adhd är det fortfarande mycket hög risk i jämförelse med kontrollgruppen: i fallgruppen löper män som mellan 18 och 24 år omkring tre gånger högre risk att utsättas för övergrepp än männen i motsvarande ålder i kontrollgruppen. Männen med adhd som är 31 år och äldre löper sju gånger högre risk att utsättas för övergrepp i jämförelse med motsvarande män i kontrollgruppen.

Även **sexuella övergrepp** är vanligare i fallgruppen än i kontrollgruppen. Bland kvinnorna med adhd i åldersgruppen 18 till 24 år är det sju gånger vanligare att utsättas för sexuella övergrepp än i motsvarande kontrollgrupp, medan det är elva gånger vanligare att kvinnor med adhd som är över 30 år blivit utsatta än i jämförbar kontrollgrupp. Bland män i åldersgruppen 18 till 24 år är det däremot få inrapporterade fall av sexuella övergrepp.

Adhd-gruppen är marginellt mer inblandad i **transportolyckor** än kontrollgruppen. En transportolycka är enligt ICD-10 ”varje olyckshändelse med fordon som primärt eller vid tiden för olyckan är avsett för att föra personer eller varor från en plats till en annan”. Inrapportering till Socialstyrelsens patientregister görs dock sällan på en detaljeringsnivå som gör det möjligt att bedöma om den skadade är förare, passagerare eller annat.

Förtida dödlighet

Fallgruppen har avsevärt fler dödsfall än kontrollgruppen under tidsperioden som motsvarar fem år efter att adhd-diagnosen sattes (tabell 2). Den största riskökningen för förtida död hos kvinnor i fallgruppen ses i åldersgruppen 18

till 30 år, i jämförelse med motsvarande kontrollgrupp. Män som är mellan 18 och 30 år löper högst risk för förtida död vid jämförelse med motsvarande kontrollgrupper

Även i åldersgruppen 31 år och äldre är det högre risk för förtida död hos både män och kvinnor med adhd, än i motsvarande kontrollgrupper.

Tabell 2. Avlidna inom 5 år

Ålder		Antal		Andel	
		Fall	Kontroll	Fall	Kontroll
18-24	Män	227	159	4,45%	0,62%
	Kvinnor	68	58	1,44%	0,25%
25-30	Män	190	92	5,61%	0,54%
	Kvinnor	55	38	2,27%	0,31%
31+	Män	653	774	7,84%	1,86%
	Kvinnor	239	460	3,50%	1,35%

Datakälla: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

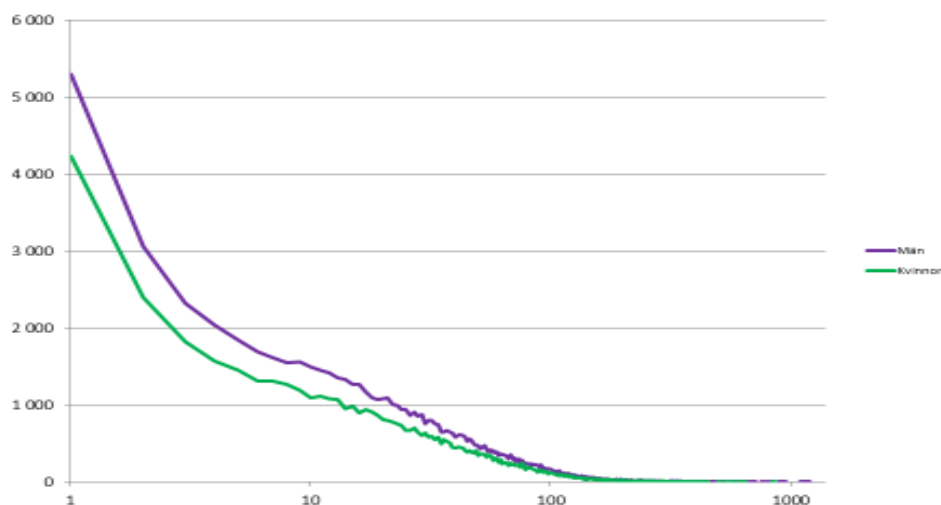
Orsakerna till förtida död hos personer med adhd kan bland annat förklaras av **förgiftningar** och **suicid**. Männen är överrepresenterade i både fall- och kontrollgrupp vad det gäller förgiftningar. Männen med adhd löper 13 till 36 gånger högre risk för död genom förgiftning (beroende på åldersgrupp), där risken ökar i takt med stigande ålder. Kvinnorna är betydligt färre till antalet, men även här finns en betydande riskökning i adhd-gruppen: 13 till 22 gånger högre risk (beroende på åldersgrupp).

I de yngre åldersgrupperna är suicid betydligt vanligare hos både män och kvinnor med adhd jämfört med kontrollgrupperna: sex till femton gånger vanligare. I den äldsta åldersgruppen (31 år och äldre) är det sju till nio gånger vanligare med suicid hos personer med adhd. I denna åldersgrupp är suicid vanligare bland männen med adhd och därmed finns en tydlig könsskillnad jämfört i de yngre åldersgrupperna.

Ett fåtal har många vårdkontakter

I fallgruppen har 30 procent av personerna totalt en till tio vårdkontakter under den aktuella femårsperioden, medan 10 procent har 100 besök eller mer under samma tidsperiod (figur 3).

Figur 3. Antal vårdkontakter per person



Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen

Tandhälsa

Registerdata om tandhälsa

Tandhälsans bestämningsfaktorer är nära kopplad till den allmänna hälsan, socioekonomi, var man bor och födelseland [27-29]. Målet för tandvården är en god tandhälsa, och en tandvård på lika villkor, för hela befolkningen.¹ God tandvård innebär bland annat att den ska tillgodose patientens behov av trygghet i vården och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Så långt det är möjligt ska vården utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska få information om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.²

Tandvårdsbesök

Tandvårdsbesök beskriver hur ofta personer besöker tandvård och är ett mått som regelbundet följs i befolkningen [28, 30, 31]. Att besöka tandvården ger förutsättningar för diagnostik och behandling av sjukdomstillstånd i munhålan och möjliggör förebyggande insatser för att främja tandhälsan. Förebyggande insatser som främjar en god utveckling av tandhälsan kan också påverka den allmänna hälsoutvecklingen för individen. Det kan röra sig om insatser mot tobak och ohälsosamma matvanor. Besöksfrekvensen för basundersökningar i befolkningen skiljer sig mellan kvinnor och män, utbildningsbakgrund och var i landet man bor.

Besök till tandvården för basundersökningar undersöktes under perioden 2013-2018. Figur 4 visar antal basundersökningar inom tandvården under en period om 6 år, i fall- och kontrollgrupper indelade i ålderskategorier efter

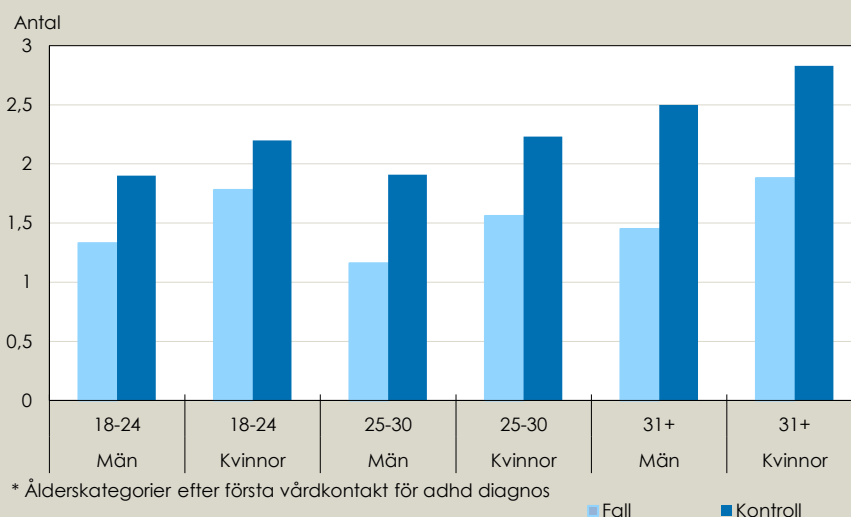
¹ 2 § tandvårdslagen (1985:125)

² 3-3b §§ tandvårdslagen (1985:125)

första vårdkontakt med adhd-diagnos. Personer med adhd besöker tandvården mer sällan än kontrollgruppen. Kvinnor besöker tandvård för basundersökningar oftare än män i både fall- och kontrollgruppen.

Figur 4. Antal basundersökningar i tandvården

Utförda basundersökningar per person under perioden 2013-2018*



Datakälla: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

I befolkningen över 22 års ålder är det 7 procent som endast besöker tandvården för akuta besvär [28]. Akuta besök är ett tecken på att man inte söker till tandvården för sina behandlingsbehov förrän vid akuta besvär. Män besöker tandvård endast för akutbesök i något större omfattning än kvinnor. Personer med adhd besöker tandvård endast vid akuta besvär i större utsträckning än kontrollgruppen och män gör det i större utsträckning än kvinnor med adhd (figur 5).

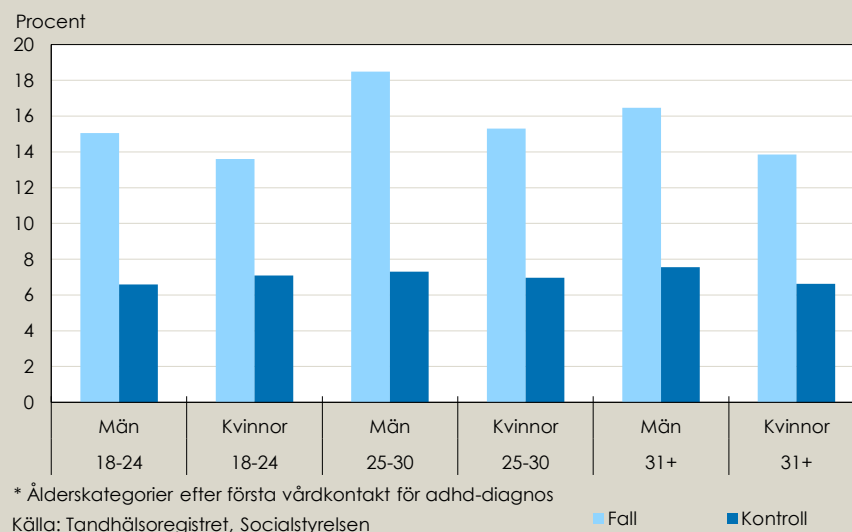
Tandhälsa

Antal kvarvarande tänder är ett övergripande mått på tandhälsa. Antal kvarvarande tänder har sedan 2009 ökat i befolkningen, framförallt bland personer 65 år och äldre [28].

Bland personer med adhd är medianen för antalet kvarvarande tänder densamma som kontrollgruppen för personer i åldrarna 18-30 år. För personer 31 år och äldre är skillnaderna på medianen 1 tand mindre för män och ingen skillnad för kvinnor med adhd, jämfört med kontrollgruppen.

För att närmare undersöka hur tandhälsan fördelar sig ibland fall- och kontrollgruppen utfördes en utökad analys av tandhälsan för olika åldersgrupper. Ålder vid det senaste inrapporterade värdet för antal kvarvarande tänder användes och åldersgrupperna delades in i fler kategorier (20-29 år, 30-39 år, 40-49 år och över 50 år). Det är större variation i tandhälsan bland gruppen med adhd än bland kontrollgruppen för personer över 40 års ålder.

Figur 5. Andel inom respektive grupp som endast besökt tandvården för akuta besvär, 2016-2018*



Datakälla: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Tandvårdsstöd

Tandvård för vuxna patienter finansieras av patienterna själva till stor del genom patientavgifter. Det är fri prissättning på tandvård i Sverige. Varje vårdgivare bestämmer därmed själv vilket pris man tar för den tandvård som utförs.

Det finns tandvårdsstöd som antingen är statligt finansierade eller finansierade av regionerna. Det stöd som är finansierat av regionerna vänder sig till vuxna med särskilda behov av tandvårdsinsatser medan det statliga tandvårdsstödet riktar sig till hela den vuxna befolkningen.

När det gäller stödet som är finansierat av regionerna kan exempelvis personer, som på grund av svår psykisk funktionsnedsättning har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling, omfattas av utökade tandvårdsstöd för sin tandvård.³ Kostnader för tandvård i dessa fall omfattas av hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård.⁴ Det är regionerna som beslutar om denna tandvård.

Personer med långvarig medicinering som orsakar muntorrhet kan i vissa fall omfattas av särskilt tandvårdsbidrag (STB), ett statligt tandvårdsstöd till personer med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar som riskerar att få försämrad tandhälsa.⁵ En del läkemedel som används vid behandling av adhd kan ha muntorrhet som biverkning [32]. Det särskilda tandvårdsbidraget är på

³Se 3 a § tandvårdsförordningen (1998:1338). I tandvårdsförordningen regleras vilken tandvård som ska omfattas av hälso- och sjukvårdsavgift. Socialstyrelsen har föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning som ska tillämpas vid bedömningen av om en person ska omfattas av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

⁴Se 1 § tandvårdsförordningen.

⁵STB regleras i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, och förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd. De sjukdomar och funktionsnedsättningar som kan ge rätt till STB anges i förordningen. Socialstyrelsen har föreskrifter (SOSFS 2012:16) om särskilt tandvårdsbidrag som ska användas vid bedömningen av om en patient har rätt till bidraget.

600 kronor per halvår och kan användas till förebyggande tandvårdsåtgärder, till exempel undersökning och tandrengöring. Det är Försäkringskassan som administrerar det statliga tandvårdsstödet [33].

Utbildningsnivåer, inkomster och inkomstkällor

Fallgruppen och kontrollgruppen skiljer sig mest åt på de högsta och lägsta utbildningsnivåerna. En stor andel av fallgruppen har endast grundskoleutbildning. De personer i adhd-gruppen som genomför en universitetsutbildning förefaller avsluta utbildningen två till fyra år senare än kontrollgruppen.

Andelen som har en högskoleutbildning över tre år ökar med stigande ålder i både fall- och kontrollgrupp, men i kontrollgruppen är det en avsevärt högre andel personer som är högskoleutbildade.

Inkomst och inkomstkällor

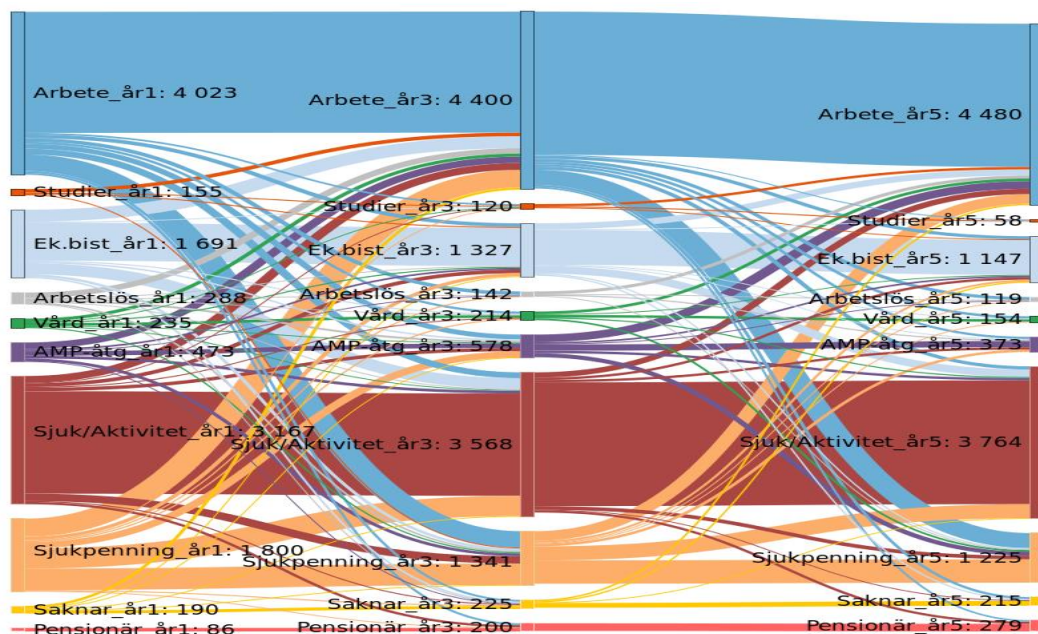
Den mest framträdande skillnaden mellan gruppen med adhd och kontrollgruppen gäller arbetsliv. En betydligt lägre andel personer med adhd får sin inkomst från arbete och det förefaller inte heller som om fallgruppen kommer ikapp kontrollgruppen vad gäller arbete efter fem års uppföljningstid.

Största skillnaden syns i gruppen som är 31 år och äldre vid år fem. Då har cirka 40 procent av männen och cirka 36 procent av kvinnorna i fallgruppen ett arbete, medan i kontrollgruppen cirka 80 procent av männen och 74 procent av kvinnorna har ett arbete. I samma åldersgrupp har cirka 24 procent av männen och cirka 29 procent av kvinnorna med adhd sjuk- eller aktivitetsersättning, att jämföras med cirka 3 procent i kontrollgruppen. Skillnaden är stor även när det gäller sjukpenning; cirka 6 procent av männen och cirka 9 procent av kvinnorna i fallgruppen över 31 år har sjukpenning, i jämförelse med 1-2 procent av kontrollgruppen. Slutligen har cirka 12 procent av männen och cirka 7 procent av kvinnorna i fallgruppen ekonomiskt bistånd i denna åldersgrupp och vid detta givna tillfälle, vilket motsvaras av cirka 1 procent i kontrollgruppen.

Vidare rör sig fallgruppen med adhd i större utsträckning mellan olika typer av försörjning över tid. En stor andel har sin försörjning genom ekonomiskt bistånd, vilket skiljer sig stort från kontrollgruppen. Över perioden syns att majoriteten av personerna som har sin försörjning genom ekonomiskt bistånd vid periodens början fortfarande har det vid periodens slut (efter fem år).

I fallgruppen finns det en grupp individer som rör sig mellan sjukpenning, arbetslöshet, ekonomiskt bistånd och sjuk- eller aktivitetsersättning. Vid år fem ökar andelen personer i gruppen med adhd som får sin inkomst från sjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning och likaså andelen som får ekonomiskt bistånd i takt med stigande ålder. Detta flöde visas i figur 6. Figur 6 (fallgrupp) och 7 (kontrollgrupp) illustrerar personer som förekommer vid samtliga tillfällen när vi studerar försörjningen år 1, 3 och 5.

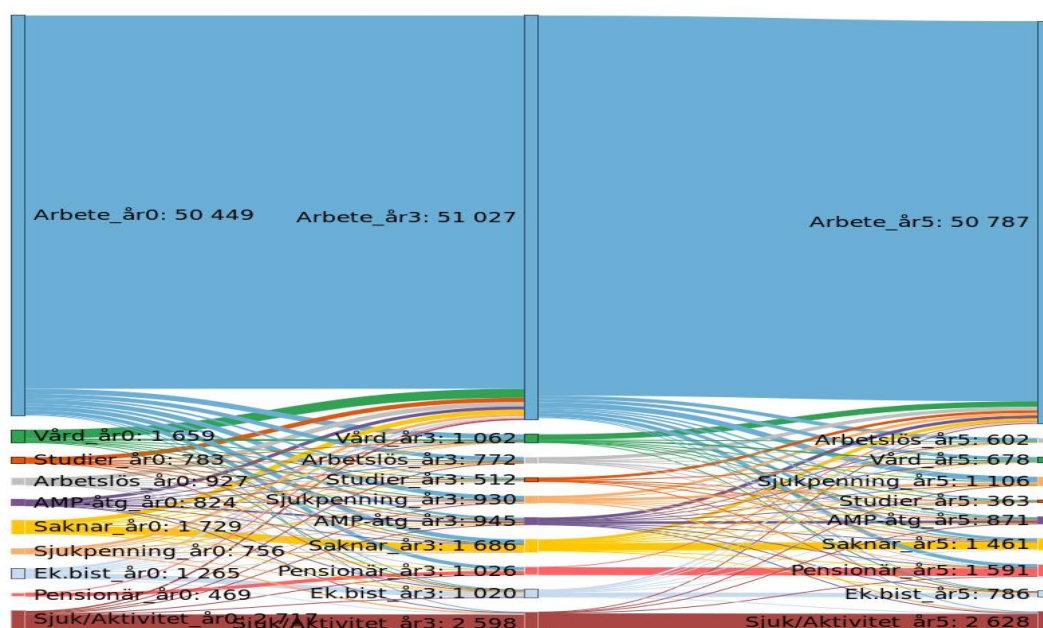
Figur 6. Fallgruppen med adhd – 31 år och äldre



Datakälla: RAKS, Statistiska centralbyrån

I kontrollgruppen har majoriteten av personerna som är 31 år och äldre i stället arbete som sin huvudsakliga försörjning över en femårsperiod. Nästan hela denna grupp har arbete vid periodens början och arbete vid periodens slut. En liten grupp (cirka 3 procent av kontrollgruppen) rör sig mellan de olika försörjningsalternativen. Detta flöde visas i figur 7.

Figur 7. Kontrollgruppen utan adhd – 31 år och äldre



Datakälla: RAKS, Statistiska centralbyrån

Inkomstnivåer

När Socialstyrelsen jämför fallgruppen och kontrollgruppen inkomstkälla mot inkomstkälla så finns ingen stor skillnad mellan grupperna. Däremot ser vi en tydlig skillnad i inkomst som helhet i gruppen, men detta beror på att en så stor del av gruppen med adhd inte har arbete. Vid denna jämförelse har männen i kontrollgruppen omkring 30 procent högre lön, medan kvinnorna i kontrollgruppen har omkring 20 procent högre lön än gruppen med adhd (medianlön år 5).

Litteraturen om konsekvenser av adhd

Även om personer med adhd kan påverkas inom många livsområden – exempelvis hälsa, relationer, ekonomi och fritid – är det stora individuella variationer i hur pass omfattande problemen är [5, 34].

Nedanstående redovisning av de genomgångna studierna bekräftar att vuxna med adhd i lägre omfattning är i sysselsättning jämfört med kontrollgrupper. Studierna bekräftar också att vuxna med adhd i betydligt högre grad är beroende av försörjningsstöd jämfört med kontrollgrupper.

Sedan tidigare är det väl känt att adhd innebär en ökad risk för psykiatrisk samsjuklighet. Under senare år har insikten även ökat om sambandet mellan adhd och ett flertal somatiska sjukdomar. Det finns dock avsevärt färre studier som ser på sambandet mellan adhd och somatiska sjukdomar. Socialstyrelsen har i detta uppdrag med hjälp av registerdata kunnat visa på samband mellan adhd hos vuxna och psykiatrisk och viss somatisk samsjuklighet. Resultaten ligger överlag i linje med nedanstående redovisning av publicerade studier.

Sjukskrivning, arbetslöshet och försörjningsstöd

Ett flertal studier har följt barn med adhd upp i vuxen ålder för att kartlägga förmågan till framtida arbete och försörjning samt vilka faktorer som påverkar till en positiv eller negativ utveckling. Merparten av studierna utgår från villkoren på arbetsmarknaden i USA. Det gör att resultaten inte automatiskt kan överföras till svenska förhållanden, men de ger ändå viktig information kring förutsättningarna till sysselsättning och egen försörjning i relation till diagnosen adhd.

En uppföljningsstudie visade att närmare 17 procent av personerna som haft adhd som barn varken var i arbete eller studier i åldersspannet 23 till 32 år, vilket kan jämföras med kontrollgruppen där motsvarande siffra var drygt 2 procent [35].

I en annan framåtblickande studie följdes barn med adhd under 16 år fram till i genomsnitt 25 års ålder. Man konstaterade även där en negativ koppling mellan kvarstående adhd och sysselsättning jämfört med en åldersmatchad kontrollgrupp. Därutöver noterades en betydligt högre grad av försörjningsstöd hos personer med adhd jämfört med kontrollgruppen [36].

Kvarstående adhd-symtom har redovisats som en negativ faktor till sysselsättning som vuxen i ett flertal studier [37-39]. I en norsk studie korrelerade kvarstående koncentrationssvårigheter men även ökad samtidig psykiatrisk samsjuklighet till nedsatt arbetsförmåga [40]. Inom gruppen med adhd som vuxen verkar även sociala faktorer vara av betydelse för att upprätthålla sysselsättning. Faktorer som manligt kön, vara sammanboende eller gift samt

förälder utgör positiva markörer för sysselsättning, medan samsjuklighet i form av tidigare depressionsepisoder förefaller vara kopplat till det motsatta [41].

Många med adhd som vuxen underpresterar på grund av sina svårigheter jämfört med sin faktiska intellektuella potential [42]. Som tidigare beskrivits är funktions- och prestationsnivån ofta ojämn hos personer med adhd. Exempelvis kan den logiska förmågan vara hög, men svårigheter med arbetsminnet gör att man inte kan utnyttja sina intellektuella resurser till fullo. Detta kan i sin tur skapa en känsla av otillfredsställelse och frustration. En förståelse hos omgivningen för individens unika svårigheter och styrkor har därför lyfts fram som en viktig del i att anpassa arbetslivet till diagnosen adhd som vuxen [43].

En stor norsk studie med självrapporterade symtom på psykiatriska störningar och arbetsnarkomani visade på ett statistiskt samband mellan så kallad arbetsnarkomani och samtidig adhd [44]. Data har rapporterats som talar för en kraftigt ökad förekomst av adhd hos långtidssjukskrivna. Sambandet mellan adhd och utmattningssyndrom och orsaksfaktorerna kring detta behöver därför undersökas närmare [45]. En delförklaring kan vara att vuxna med adhd kan ha svårt att ha en stabilitet i sina arbetsprestationer, vilket kan leda till en känsla av utmattning på grund av den koncentration som krävs för att klara av vissa arbetsuppgifter [46].

I en rapport som har tagits fram för den svenska funktionshinderrörelsen beskrivs arbetsmarknaden som en begränsad yta för arbetssökande, där endast 43 procent av jobben är tillgängliga. På arbetsmarknaden skapas arbetstillfällen ofta genom kontakter och handplockning, varvid enbart 22 procent av de lediga arbetena annonseras ut. Konsekvensen av detta system är att personer med nedsatt arbetsförmåga nästan alltid kommer vara ganska långt från att få lediga arbeten. Även den arbetssökandes egna kontakter har stor betydelse för möjligheten att bli kallad till intervju eller erbjudas ett arbete. Ny teknik (enligt vår tolkning Internet och exempelvis sociala medier) som gör det möjligt att i förväg söka fram information om en arbetssökande kan också skapa hinder för att komma till arbetsintervju [47].

En svensk studie har granskat sjukfrånvaro och arbetsförmåga hos unga personer med adhd med en etablerad kontakt inom den psykiatriska öppenvården i Göteborg. Medelåldern i gruppen var 23,9 år (totalt ingick 516 personer i studien). Den mest vanliga samsjukligheten var förstämningsyndrom, ångest och autism. Mer än hälften hade ingen sjukersättning, 4,5 procent hade sjukpenning och en tredjedel hade aktivitetsersättning. Av de 319 personer som inte fick sjukersättning hade 147 ett arbete, 74 studerade och 49 var arbetssökande. Det fanns emellertid inga uppgifter på yrkesstatus hos de återstående 28 personerna.

Enligt studien är sjukersättning generellt vanligare i fall med adhd som antingen primär eller sekundär diagnos, med över en tredjedel som har sjukersättning, jämfört med övriga befolkningen där endast 2,4 procent har sjukersättning. En av studiens slutsatser är att patienter med adhd är en heterogen grupp där det finns undergrupper med olika vårdbehov. Det är därför enligt

studien nödvändigt med individualiserad behandling som inkluderar både behandling av symtom samt insatser för att klara dagliga aktiviteter och kunna återgå till arbete [48].

En studierapport visar på ett samband mellan låg sysselsättning, ekonomisk utsatthet och högre risk för suicid i adhd-gruppen [49].

Arbetsförmedlingen har uppdrag att stärka möjligheterna för personer med funktionsnedsättningar att komma i arbete. Under 2018-2019 genomför myndigheten därför en större informationssatsning för att få fler arbetsgivare att anställa. Myndigheten genomför även mätningar av arbetsgivarnas attityder till att anställa dessa personer före, under och efter kampanjen.

Så här långt visar attitydmätningarna att tidigare erfarenhet av att ha medarbetare med en specifik funktionsnedsättning ökar viljan att anställa ytterligare personer med samma funktionsnedsättning. Neuropsykiatriska funktionshinder anser arbetsgivarna ger faktiska och användbara styrkor; kreativitet och energi. Yngre arbetsgivare visar sig i dessa mätningar vara mer positiva till att anställa personer med funktionshinder än äldre [50].

Ekonomi

Unga vuxna med adhd har i uppföljningsstudier visat sig vara till stor del beroende av både anhöriga och samhällsstöd för att upprätthålla sin ekonomi. Dessutom får unga vuxna med adhd lägre lön vid jämförelse med en kontrollgrupp. Följaktligen har den förväntade livslönen beräknats vara betydligt lägre för personer med adhd. Det har också rapporterats att en lägre andel med adhd arbetar heltid jämfört med kontrollgrupper [13].

En rapport som har publicerats av Lunds Universitet visar att personer med psykiska funktionsnedsättningar har lägre disponibel inkomst, är beroende av stöd och bidrag i större utsträckning än andra, har snävare marginaler och därmed även större svårigheter att hantera ekonomiska påfrestningar och som konsekvens oftare än andra hamnar i ekonomisk kris. Detta kan innebära en ökad risk att komma efter med hyra eller räkningar, eller att behöva ta lån eller hjälp från anhöriga för att klara sin ekonomi [51].

Ibland behöver vuxna med adhd söka hjälp från socialtjänsten på grund av sina ekonomiska svårigheter. Socialtjänsten ställer numera höga (exekutiva) krav vid ansökan om ekonomiskt bistånd: den sökande ska ha ordning på sina papper, själv betala sina räkningar och själv hålla kontakt med olika myndigheter och – inte minst – vara aktivt arbetssökande. Kraven kan innebära stora problem för personer med adhd som har exekutiva funktionsnedsättningar. I värsta fall kan kraven leda till att kontakten bryts, något som kan innebära betydande konsekvenser för personens ekonomi. För de vuxna med adhd som har problem att hålla ordning på ekonomin kan konsekvensen av en obetald hyra bli avhysning och hemlöshet [5].

Spelmissbruk och det ökade utbudet av internetspel har väckt tanken om ett möjligt samband mellan spelberoende och adhd. En metaanalys av 36 studier anger förekomsten av adhd hos personer som söker behandling för spelmissbruk till 9 procent, vilket är en överrepresentation i förhållande till övriga befolkningen [52]. En annan studieöversikt anger kopplingen mellan trotssyndrom i barndomen eller problematiska beteendeproblem i tonåren

(uppförandestörning) som en orsaksfaktor för att utveckla ett riskabelt spelande vid adhd [53].

Ytterligare en studie bekräftar kopplingen mellan adhd och problematiskt spelande och drar slutsatsen att det är nödvändigt att överväga huruvida adhd kan vara en del av problematiken vid förebyggande insatser och behandling av spelberoende [54]. Resultat från olika studier är delvis motstridiga. Även om det går att se ett statistiskt samband behöver det inte betyda att det finns ett orsakssamband.

Studieprestationer

En amerikansk studie på flickor som blev diagnostiserade med adhd mellan fem och 16 års ålder uppvisade även de stora studiesvårigheter jämfört med en kontrollgrupp när de kontaktades på nytt i sena tonår eller tidig vuxen ålder [55]. Ett flertal andra studier har redovisat liknande resultat [55-60]. Ett undantag är en israelisk studie där de som fått en adhd-diagnos i barndomen slutade på en utbildningsnivå motsvarande gymnasium i samma omfattning som befolkningen i stort [61].

En kanadensisk studie indikerar främst symtom på ouppmärksamhet, snarare än hyperaktivitet, som en markör för att inte ha slutfört gymnasieutbildning vid dryga 20 års ålder [62].

Adhd kvarstår således som en viktig faktor till försämrade studieprestationer även om man kontrollerar för samtidiga andra både personliga och miljömässiga påverkansfaktorer, såsom sociodemografi och storlek på skolan [63].

Det har också påvisats en koppling mellan adhd-symtom på ouppmärksamhet och sviktande studieprestationer hos studenter på högre postgymnasial utbildning [64]. Dessa svårigheter verkar inte vara kulturellt betingade, utan visar sig likartade när man jämför studenter i olika länder och utbildningssystem som exempelvis USA och Kina [65].

Uppskjutandebeteende (prokrastinering) har visat sig ha ett samband med ouppmärksamhetsdomänen hos personer med adhd. Det kan bland annat försvåra större självständiga studieprojekt såsom uppsatsskrivning, vilket är vanligt förekommande i samband med högre utbildning [66].

Därutöver har studenter med adhd en sämre förmåga till såväl prospektiv (framåtblickande) som retrospektiv (bakåtblickande) tidsuppfattning, vilket kan påverka såväl inläring som prestationer vid provtillfällen och examinationer [67]. En annan påverkansfaktor är dagtrötthet som hos studenter med adhd har påvisats som en kunna förutsäga såväl sämre studieprestationer som nedsatt allmän funktionstillstånd [67]. Studenter med adhd har också rapporterat sämre hälsa samt ett mer restriktivt ätande med åtföljande risk för hunger, vilket kan påverka studieresultaten [68].

Sammantaget har personer med adhd-diagnos på gruppnivå betydande svårigheter att prestera i utbildningssystemet jämfört med personer utan diagnos. Förutom kärnsymtomen vid adhd – och då särskilt koncentrations- och uppmärksamhetsproblem – framstår en rad andra faktorer som påverkar studieresultaten negativt.

Förutom adekvat utredning och efterföljande behandling krävs därför ett multidisciplinärt omhändertagande som inkluderar såväl pedagogiska insatser som arbetsterapeutiska interventioner och hjälpmedel [69-74].

Könsskillnader

Från att främst pojkarna tidigare uppmärksammats och diagnostiserats med adhd inom barnpsykiatri verkar det ske en könsmässig utjämning med stigande ålder, det vill säga att lika många eller fler kvinnor än män får diagnosen adhd som vuxen. Socialstyrelsens tidigare studier visar att det bland barnen är dubbelt så vanligt att pojkar har adhd-läkemedel, medan det bland vuxna inte finns någon sådan skillnad [75, 76].

Studier som undersökt hur kärnsymtomen vid adhd yttrar sig i vardagen påvisar små eller inga skillnader när man jämför kvinnor och män [77, 78]. Däremot förefaller kvinnor mer drabbade av nedsatt självkänsla, och en undersökning av kvinnliga universitetsstuderande med adhd rapporterar även ett försämrat fungerande inom ett flertal områden – såsom hemliv, umgänge, utbildning och ekonomi – i förhållande till sina manliga medstudenter med samma diagnos [79, 80].

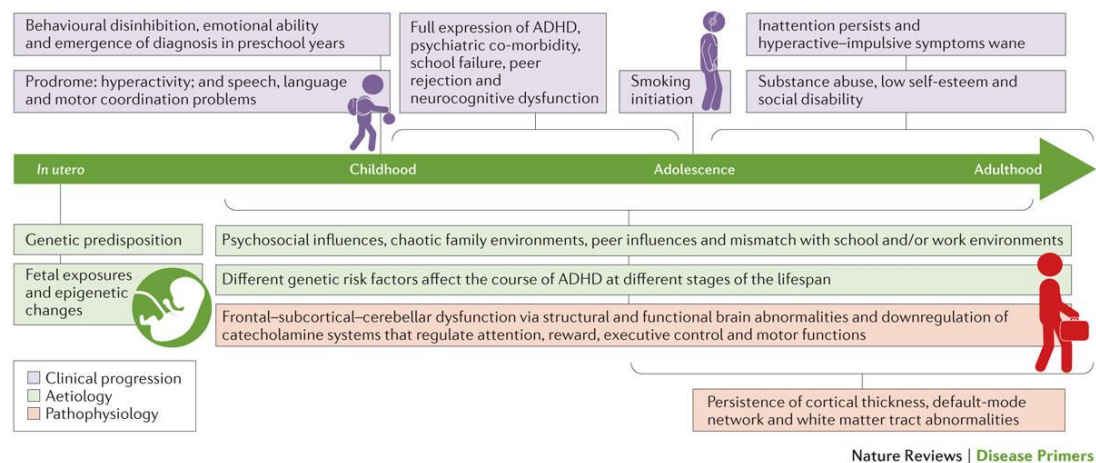
Generellt förefaller kvinnor ha en mer komplicerad klinisk bild med ett större inslag av känslomässiga symtom, något som kan dölja diagnosen adhd. Bedömningar av vuxna med adhd bör därför även inkludera känslomässiga symtom [81].

Problematiken präglas också av könsskillnader i förekomst av annan psykiatrisk samsjuklighet, där främst ångest och depression är vanligt hos kvinnor, medan männen oftare har substansmissbruk och utagerande beteende i form av exempelvis kriminalitet [82-84]. Det rapporterats en högre grad av suicidtankar och suicidalt beteende hos kvinnor med adhd jämfört med män [85, 86]. Adhd i kombination med ett utagerande beteende i barndomen förefaller hos flickor vara en högriskindikator för psykiatrisk vård som vuxen [87]. Vidare visar en SBU-rapport att det var fler pojkar än flickor med adhd-diagnos som fick behandling. Rapporten visar också att flickor har lika stora problem utifrån sin adhd som pojkar, även om symtomen kan skilja sig åt, men att lärare identifierar fler pojkar än flickor med adhd. Föräldrar identifierar dock i samma utsträckning adhd hos både flickor och pojkar [88]. En tänkbar förklaring till könsskillnader i diagnostiseringen av adhd kan vara att pojkar är mer utagerande, vilket gör det mer troligt att de drar till sig uppmärksamheten [89]. Det kan också finnas en manlig norm som leder till att flickor och kvinnor med adhd inte får rätt diagnos och behandling [90].

Adhd kan ge livslånga svårigheter

För många är adhd ett kroniskt funktionshinder som kan innebära återkommande svårigheter – även senare i livet. Det beräknas att cirka två tredjedelar av barnen fortsätter att ha adhd-relaterade svårigheter även som vuxna [4]. Nedanstående modell (figur 1) illustrerar hur svårigheter med koppling till adhd-diagnosen kan visa sig över olika delar av livet [91].

Figur 1. Utvecklingsförlopp vid kvarstående adhd

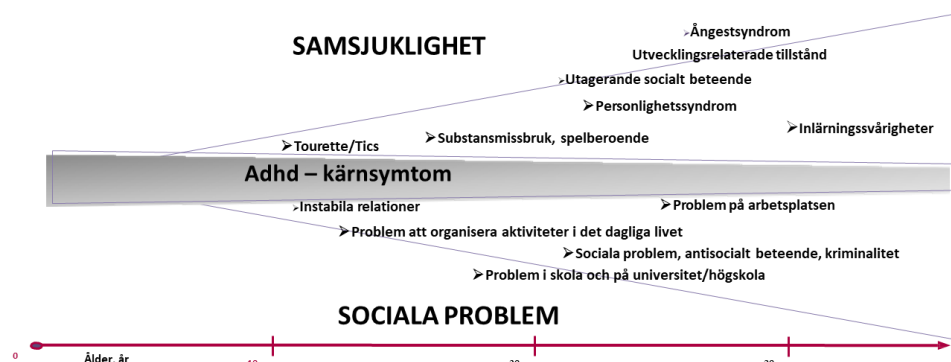


Källa: Faraone et al 2015, Attention-deficit/hyperactivity disorder *Nat. Rev. Dis. Primers*
doi:10.1038/nrdp.2015.20

Modellen ”Adhd över livsspannet” (figur 2) har tagits fram för att beskriva olika utvecklingsfaser i livet och perioder då omgivningens krav på individen förändras och förstärks. Även om inflytandet av kärnsymtomen vid adhd tenderar att minska med tiden så ökar samtidigt pålagringar i form av samsjuklighet och sociala problem, vilket gör att den totala symtombördan ökar över tid – särskilt om lämpliga insatser dröjer eller uteblir. Modellen är tänkt att tillhandahålla kriterier för att identifiera och kliniskt hantera adhd dels utifrån en persons livsspann, dels i relation till omgivningens krav på individuellt ansvarstagande.

Den kan således vara ett stöd för att bedöma under vilka perioder det kan finnas anledning att sätta in extra stödresurser. Symtomen på adhd ser olika ut i olika åldrar och utvecklingsstadier, och skiljer sig dessutom åt mellan personer med diagnosen adhd. Detta förutsätter individuella bedömningar av den enskildes aktuella stödbehov, i syfte att skraddarsy optimala individanpassade insatser [4, 92].

Figur 2. Adhd över livsspannet



Källa: Johannes Thome, Department of Psychiatry, Laboratory of Molecular Psychiatry, School of Medicine, University of Rostock, Rostock, Germany.

Den ökande insikten att adhd kvarstår under hela livet för två tredjedelar av fallen innebär att adhd kan ses som ett kroniskt funktionshinder. Samtidigt innebär det att en tredjedel av de personer som uppfyllt kriterierna för adhd som barn inte längre gör det i vuxen ålder, vilket framförallt antas bero på hjärnans mognad [93].

Precis som vid andra kroniska tillstånd som börjar i barndomen och ger fortsatta problem i vuxenlivet (exempelvis astma, diabetes och autism) så behövs en långsiktig och utvecklingsinriktad infallsvinkel för adhd. En sådan ansats skulle förhoppningsvis kunna förebygga att barn med adhd och störande beteende hamnar i ett antisocialt beteende som leder vidare till kriminalitet [94].

Övergång till vård och omsorg för vuxna

Adhd är den vanligaste diagnosen inom barnpsykiatri, med en beräknad förekomst någonstans mellan 5 och 7 procent bland barn i skolåldern [6-8]. Utmärkande för barn och unga med adhd är att de har genomgripande svårigheter i många olika situationer och att svårigheterna är bestående över tid.

Svårigheterna kan handla om koncentrationsförmåga och impulsivitet, samtidigt som barn med adhd kan ha förmåga att koncentrera sig när omgivningen och den egna motivationen är gynnsam.

I förskoleåldern är det hyperaktiviteten som är mest framträdande hos barn med adhd, medan det under skolåldern ofta är koncentrationsförmågan och uppmärksamhetsproblem som har negativ inverkan.

I ungdomsåren kan problemen snarare handla om rastlöshet, låg uthållighet och svårigheter att se konsekvenserna av sitt eget beteende. Under den här perioden kan svårigheterna att planera och ta ansvar för vardagsuppgifter vara de största problemen. Elever med adhd har ofta hög skolfrånvaro och svårt att slutföra studierna – något som gör det svårare för dem att sedan gå över till arbete eller högre studier [5].

Likasa kan övergången till vård och omsorg för vuxna innebära en påfrestning. Även relationen till föräldrarna kan utsättas för påfrestning eftersom

många unga vuxna med adhd – i större utsträckning än andra unga – är fortsatt beroende av sina föräldrar, både ekonomiskt och praktiskt [5].

En svensk avhandling har tittat närmare på hur unga vuxnas övergång från barn till vuxenpsykiatri ter sig utifrån den unga vuxnas, närståendes och personalens perspektiv.

Avhandlingen visar på en risk att den unga vuxna avbryter vården – trots att det även fortsatt finns ett behov. En tidig kontakt med vuxenpsykiatri har betydelse för att kunna skapa en relation *innan* vården inom barnpsykiatri avslutas [95].

Symtomen förändras med stigande ålder

Funktionsnedsättningarna vid adhd verkar kvarstå över flertalet områden – långt upp över pensionsåldern [96].

Adhd-symtomen förändras dock med stigande ålder. Exempelvis kan ouppmärksamhet, hyperaktivitet, impulsivitet och humörsvägningar bli mindre framträdande som vuxen. Vuxna med adhd kan i stället uppleva mer av en ”inre” hyperaktivitet, där man har svårt att slappna av och sitta stilla en längre stund. Impulsivitet hos vuxna med adhd kan också visa sig genom exempelvis utbrott av ilska och otålighet [4].

Omgivningens krav på individuellt ansvarstagande ökar under tonåren och under det tidiga vuxenlivet. Som en effekt av detta kan eventuella brister förknippade med uppmärksamhet och koncentrationsförmåga bli mer framträdande än vad de har varit under barnåren. Detta kan exempelvis visa sig genom att personen ständigt glömmer tider, åtaganden och deadlines, ignorerar viktiga uppgifter, har socialt olämpliga beteenden samt känner frustration över sin oförmåga att organisera sig [97].

Diagnostisk intervju för adhd hos vuxna (DIVA) har blivit ett standardinstrument, bland annat i Sverige, och används ofta som en del i utredningen av adhd hos en vuxen. DIVA går igenom symtom på adhd både som barn (retrospektivt) och aktuella symtom i vuxen ålder, och intervjun utgår från DSM-kriterierna. Vidare ges exempel på hur adhd-symtom kan yttra sig hos den vuxna, eftersom DSM-kriterierna i sig är barnkriterier.

Symtomen ska vara återkommande och ha funnits i minst sex månader för att kunna hänföras till adhd. Därefter kartläggs förekomsten av symtomrelaterade svårigheter (som barn och vuxen) inom olika områden i vardagen, till exempel studier, arbete, relationer och fritid. Förekomst av sådana funktionsnedsättningar inom minst två olika områden är en förutsättning för att uppfylla en adhd-diagnos, liksom att svårigheterna inte ska kunna förklaras bättre av något annat tillstånd [98].

Adhd förekommer även hos äldre

Adhd hos äldre har på senare år uppmärksammats i allt större omfattning, bland annat har en svensk avhandling belyst adhd som ett i vissa fall livslångt tillstånd. Inom avhandlingsarbetet genomfördes bland annat tre djupintervjuer med äldre som diagnostiserats med adhd i hög ålder för att få exempel på hur adhd kan påverka under ett liv. Personer som själva skattade fler adhd-symtom i barndomen hade upplevt fler svårigheter och fler psykiatriska problem under hela livsförloppet [99].

Det finns också en viss risk att adhd inte kan särskiljas från andra psykiatriska syndrom eller demenssjukdomar hos äldre [99]. Här finns därmed ett behov att utveckla bättre metoder. En slutsats är att adhd-utredning bör övervägas oavsett ålder för att undvika fortsatt lidande genom att tillhandahålla rätt professionell hjälp. Trenden går mot en alltmer åldrande befolkning, vilket kan bli en utmaning för hälso- och sjukvården om adhd ska ses och hanteras ur ett livsloppsperspektiv [99].

Adhd hos äldre har satts i samband med ökad ångest och depressivitet liksom andra svårigheter i vardagen, som exempelvis mental rastlöshet och impulsivitet [100, 101]. De screeninginstrument som idag används förefaller användbara även i en äldre population [102]. Behandlingsmässigt saknas dock i dag kontrollerade läkemedelsstudier av adhd som inkluderat äldre, vilket kan vara ett problem utifrån ett biverknings- och riskperspektiv med tilltagande kroppsliga sjukdomar till följd av stigande ålder. Detta utesluter dock inte att en noggrant utprövad och uppföljd läkemedelsbehandling kan vara av värde även bland äldre [103]. Det är också viktigt att påpeka att psykologisk behandling av typen kognitiv beteendeterapi (KBT) även är verksamt hos äldre med adhd [104].

Psykiatrisk samsjuklighet

Ett flertal studier har undersökt samtidig annan psykiatrisk sjuklighet hos vuxna med adhd och rapporterat en kraftigt ökad risk för detta. Data från Tyskland har påvisat en livstidsförekomst av annan psykiatrisk sjukdom till 77 procent jämfört med 46 procent i en jämförbar kontrollgrupp utan adhd [105]. En liknande studie från Kanada anger även den en kraftigt ökad risk för samtidig psykiatrisk sjuklighet, med motsvarande siffror på 47 respektive 27 procent [106].

En svensk studie på vuxna som diagnostiseras med adhd vid 34 års ålder i medeltal bekräftar även den en mycket hög livstidsrisk för psykiatrisk samsjuklighet: 95 procent hos kvinnor och 90 procent hos män, med ett sjukdomsmönster som i huvudsak följer den i allmänbefolkningen, med depression samt ätstörningar hos kvinnor och substansmissbruk hos män [107].

Vidare är adhd överrepresenterat inom ett antal psykiatriska diagnosgrupper såsom substansmissbruk, bipolärt syndrom, posttraumatiskt stressyndrom och emotionellt instabil- och antisocialt personlighetssyndrom [108-112]. Även sömnstörningar och en avvikande dygnsrytm är vanligt förekommande vid adhd [108-112].

Personer med adhd av kombinerad typ (med både ouppmärksamhet och överaktivitet samt impulsivitet) har rapporterats ha en högre andel samsjuklighet med bipolärt syndrom och psykos jämfört med de övriga undergrupperna av adhd [113]. En avhandling bekräftar att såväl personer med adhd som deras föräldrar och syskon har avsevärt ökad risk att även få bipolärt syndrom. Studien visar att detta är något som även gäller schizofreni, vilket kan tyda på att adhd är associerad med både bipolärt syndrom och schizofreni [114].

Somatisk samsjuklighet

Risken för kroppsliga (somatiska) sjukdomar hos vuxna med adhd är betydligt mindre studerat än risken för samtidiga psykiatriska sjukdomar, men kunskapsmängden är ständigt ökande. Generellt förefaller det finnas ett samband mellan symtombördan av adhd och risken att utveckla kroppslig sjukdom [115, 116].

En översikt över ett flertal studier rapporterar ett tydligt samband mellan adhd hos vuxna och fetma, sömnstörning och astma. Man såg även ett samband med migrän och celiaki. Slutligen såg man ett visst samband med bland annat Irritable Bowel Syndrome (IBS), Restless Legs Syndrome (RLS), epilepsi, kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi, medan något samband med hjärt- och kärlsjukdom inte kunde påvisas [117].

Generellt förefaller symptom på adhd vara korrelerade till en smärtproblematik, vilket ofta rapporteras vid Ehlers-Danlos syndrom (EDS) och hypermobilitetssyndrom. Det finns studier som tyder på ett samband mellan dessa syndrom och adhd [118].

Adhd-symtom verkar även förekomma i högre grad hos personer som söker vård för benbrott jämfört med kontrollgrupper [119].

En svensk befolkningsstudie visade på 2,4 gånger högre risk för typ-2 diabetes hos vuxna med adhd, jämfört med en matchad kontrollgrupp utan adhd [116].

En av få studier har visat att underfunktion i sköldkörteln var vanligare i en grupp vuxna med adhd i jämförelse med en matchad kontrollgrupp utan adhd [120].

Övergrepp

En amerikansk studie har granskat sexuella övergrepp och psykiskt våld bland universitetsstuderande. Förutom faktorer som att individer utsätter sig för riskfyllda situationer och umgås i kriminella kretsar togs också adhd in som en potentiell riskfaktor. Studien visar att personer med adhd löper ökad risk för att utsättas för såväl sexuella som fysiska övergrepp och att adhd därmed borde vägas in (tillsammans med andra riskfaktorer) vid förebyggande insatser mot sexuella övergrepp och psykiskt våld [121].

Förtida dödlighet

En dansk registerstudie visar att personer med adhd-diagnos löper nästan dubbelt så hög risk att dö i förtid jämfört med personer utan adhd. Detta gäller även efter justering för andra möjliga förklaringar, som exempelvis kön, ålder och andra psykiatriska diagnoser [122]. Forskningen bekräftar exempelvis att suicid är vanligare bland personer med adhd [123, 124].

Sämre tandhälsa

I en studie från Tjeckien rapporteras att ökande adhd-symtom korrelerar med en ohälsosam livsstil såsom bristande kosthållning och hög konsumtion av sötsaker [125].

En amerikansk studie om tandhälsa bland vuxna med adhd beskriver att det kan finnas en risk att munhälsa påverkas på grund av personernas funktionstillstånd och levnadsvanor. Studien lyfter också att tandläkare bör ha kunskap om de läkemedel som används i behandlingen av adhd, eftersom dessa läkemedel kan orsaka negativa reaktioner och påverka behandlingen, exempelvis genom muntorrhet [32].

Slutligen kunde en svensk studie visa på ett starkt samband mellan adhd och rädsla för att gå till tandläkare [126].

Levnadsvillkor

Personer som har ett arbete och en god ekonomi har också ett bättre skydd mot yttre påfrestningar [127]. De kognitiva begränsningar som adhd medför kan göra det svårare att skapa den struktur och överblick som behövs för att sköta sin privatekonomi. Lägre förväntad livslön har en stark negativ påverkan på stora delar av livet för dessa personer.

Vuxna med adhd har visat sig ha generellt lägre livskvalitet och produktivitet än allmänbefolkningen i stort [128]. En del av den försämrade livskvaliteten kan ha sin förklaring i avvikande personlighetsdrag som kan förekomma i samband med diagnosen adhd [107, 129]. En svensk studie påvisar att vuxna med adhd har en högre risk för försämrad hälsa samt ohälsosam livsstil med mindre regelbunden fysisk aktivitet [130]. Graden av adhd-symtom har även visat sig öka risken för känsla av ensamhet [131].

Många med adhd utvecklar olika former av kompensatoriska strategier för att kunna hantera sina symtom och funktionssvårigheter. En del av dessa kan vara maladaptiva, det vill säga är icke ändamålsenliga eller okonstruktiva, eftersom det är ett beteende som inte hjälper personen framåt. Maladaptiva kompensatoriska strategier ha sin grund i personens upplevelser av ständiga misslyckanden, en bristande självdisciplin och känsla av skam eller skuld, vilket i sig orsakar ytterligare stress i vardagliga situationer [132]. Andra kompensatoriska strategier kan vara mer konstruktiva och till stora delar dölja de synliga symtomen på adhd – i värsta fall med resultatet att diagnos och behandling fördröjs eller uteblir helt [133, 134]. Speciellt gäller detta intellektuellt och kognitivt högfungerande personer med adhd som trots sina möjligheter till kompensatoriska strategier rapporterar såväl sämre livskvalitet, sämre familj- och yrkesliv och andra negativa händelser såsom forkörningsböter, olyckor och arresteringar jämfört med högbegåvade utan diagnos [135].

En studie där vuxna med adhd jämfördes med vuxna med andra psykiska funktionsnedsättningar visade att adhd-gruppen hade större problem att klara av en utbildning och yrkesliv samt en ökad risk för kriminalitet. Slutsatsen från studien var att adhd hos vuxna leder till ett antal begränsningar i många delar av det dagliga livet vid jämförelse med andra psykiska funktionsnedsättningar [136].

En genomgång av ett stort antal studier tyder på att personer med adhd – oavsett kön eller övrig medicinsk historia – har sämre förutsättningar att klara av studier, arbete och karriär. Med adhd-diagnosen kan det därmed

följa ett antal ekonomiska utmaningar såsom lägre inkomster, ökat beroende av offentligt stöd och ökad risk för hemlöshet [137].

En amerikansk uppföljningsstudie visade på en avsevärt högre andel hemlösa i gruppen kaukasiska män med adhd än i en kontrollgrupp som hade jämförbar, exempelvis socioekonomisk, bakgrund [138].

Föräldraförmågan kan påverkas

Den ärftliga orsakskomponenten hos adhd är omfattande. En svensk registerstudie bekräftar en extremt hög samsjuklighet hos enäggstvillingar, vilken sedan avtar med minskat genetiskt släktskap [139]. Det är därför viktigt att komma ihåg att en person med diagnosen adhd ofta ingår i en miljö där flera andra närstående har liknande symtom och funktionssvårigheter. Detta innebär att familjer där förälder och barn har adhd interagerar utifrån sina specifika svårigheter och att detta kan påverka såväl föräldraskap som uppväxtmiljö på ett negativt sätt [140-144].

Risken för bristande anknytning mellan förälder och barn har i dessa fall påpekats som en potentiellt negativ faktor för den psykologiska utvecklingen och dessutom finns det risk för framtida problem i nära relationer [145-147]. Det har också påvisats att yngre personer med adhd löper en större risk för ett brett spektrum av negativa livshändelser i familjen under uppväxten såsom missbruk, kriminalitet, skilsmässa och behov av försörjningsstöd [148].

Föräldrar som behandlas med läkemedel mot adhd har uppvisat en förbättring i sin relation till sitt barn när även barnet har samma diagnos [149]. Förutom läkemedelsbehandling finns andra individuellt anpassade åtgärder, såsom psykoedukation, psykologiskt stöd samt beteendearbetade insatser tillgängliga för att funktion och kvalitet i familjelivet ska kunna optimeras [147, 150-152].

En studie har sammanställt kunskap om föräldrar som har adhd eller autismspektrumtillstånd, samt evidens för metoder som kan ge stöd i föräldraskapet. Den visar att det finns förhållandevis få forskningsstudier om föräldraskap om vuxna med adhd eller autismspektrumtillstånd. De tänkbara konsekvenser som studien beskriver utifrån en metaanalys handlar mest om negativt föräldraskap och bristande känsloreglering. Studien visar också att föräldrar med uttalade adhd-symtom riskerar att ha en oförutsägbar och motsägelsefull uppföstran som kan vara problematisk för barnet. Det behövs därför enligt studien mer uppmärksamhet kring frågor som rör själva funktionsnedsättningen i samband med föräldraskapet när professionella möter vuxna med adhd [153].

Adhd kan leda till extra krav och villkor

Intygskrav för körkort

Bilkörning i relation till adhd är i dag förenat med krav från Transportstyrelsen på ett läkarutlåtande gällande en persons lämplighet att få ta körkort. I läkarutlåtandet ska även eventuell förekomst av beroende, missbruk eller överkonsumtion av alkohol, narkotika eller annan substans som påverkar

förmågan att köra motordrivet fordon framgå, samt eventuell förekomst av kriminalitet [154].

Transportstyrelsen skriver på sin webbplats att det i regel inte är några problem att få körkortstillståndet beviljat för personer med adhd [155]. En genomgång av aktuella studier ger en svårtolkad bild av riskerna vid bilkörning. En metaanalys av 16 studier rapporterar att olycksrisken vid bilkörning vid adhd främst är kopplad till en historik av trotssyndrom i barndomen eller problematiska beteendeproblem i tonåren (uppförandestörning). Studien bekräftar dock ett samband mellan mer frekventa fortkörningsböter och adhd [156]. Många studier har varit små och bara omfattat unga förare [156, 157].

En annan genomgång av studier rapporterar en signifikant ökad risk vid bilkörning och att denna huvudsakligen orsakas av ouppmärksamhet men förbättras vid läkemedelsbehandling [158]. Förbättrad körförmåga vid samtidig läkemedelsbehandling bekräftas även av andra studier [158-160].

EU-kommissionen har låtit genomföra en studie av olika förhållningssätt till förarutbildningar, förartest och medicinsk lämplighet att köra fordon (även kommersiellt) inom EU. I studien betonas vikten av att riktlinjer kring bedömning av lämplighet ska ligga i linje med gällande lagstiftning kring funktionsnedsättningar och mänskliga rättigheter – och inte på ett orättfärdigt sätt vara diskriminerande mot personer med funktionsnedsättning. Författarna betonar också betydelsen av att riktlinjer och bedömningar grundas på gedigen vetenskaplig grund [161].

Medicinska krav kan påverka yrkesval

Det finns medicinska krav som utesluter personer med adhd från vissa yrken. Ett exempel är att personer med adhd eller annan neuropsykiatrisk diagnos inte kommer in på polisutbildningen [162]. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) beskriver att vissa funktionsnedsättningar, som exempelvis adhd, kan innebära att den sökande inte bedöms som fullt frisk [163].

Det finns flera aktörer med olika delansvar i bedömningen av vilka som är lämpliga för vissa yrken där det måste ställas högre, bland annat medicinska krav. Rekryteringsmyndigheten gör den medicinska bedömningen för sökande till bland annat polisutbildningen, militärutbildningen och utbildningen i Skydd mot olyckor (SMO) som leder till brandmannayrket. MSB ansvarar för utbildningen i Skydd mot olyckor, medan Arbetsmiljöverket ansvarar för att lagar om arbetsmiljö och arbetstider följs av företag och organisationer. En av de föreskrifter som har betydelse för bedömning av sökande till SMO-utbildningen är Arbetsmiljöverkets föreskrifter för rök- och kemdykning [164]. Rök- och kemdykning kan innebära stora risker, både för brandmannen själv och för dennes kollegor, men även för de personer som ska räddas ur en farlig situation.

De medicinska, liksom de fysiska och psykiska kraven på personer som ska arbeta med rök- och kemdykning är generellt mycket höga, något som innebär att det är många diagnosgrupper och individer som inte klarar de ingående testerna och exkluderas från antagning till utbildningen och därmed också från brandmannayrket [164].

Enligt Försvarsmaktens medicinska bedömningsgrunder kan inte personer med en adhd-diagnos få tjänst i försvaret. Orsaken till detta är att Försvarsmaktens utbildningssystem bygger på att rekryterna ska klara av krigets krav, det vill säga exempelvis klara av brist på mat, adhd-läkemedel och sömn.

Försvarsmakten har i dagsläget varken resurser eller kompetens för att kunna göra individuella prövningar, men har emellertid redan personal som fått diagnos som vuxna då de redan var anställda. Försvarsmakten understryker att dessa personer även fortsättningsvis ses som viktiga resurser inom försvaret. De medicinska bedömningsgrunderna revideras regelbundet, varvid en ny version ska publiceras under våren 2019.⁶

Myndighetskontakter

Det kan finnas risk för kulturkrockar när vuxna med adhd tar kontakt med myndigheter. Det är risk att myndighetspersonen tolkar den typ av beteenden som följer med adhd – till exempel att personen glömmer möten, kommer för sent, inte har med sig de dokument som förväntas – som bristande motivation eller nonchalans och ointresse, när det i stället handlar om bristande förmågor. Myndighetspersonen kan i dessa fall komma till slutsatsen att det inte är meningsfullt att arbeta vidare med personens ärende och stryka den vuxna med adhd från planerade insatser. Det är därför viktigt att de personer som ska arbeta med och möta denna grupp av människor förstår de problem och svårigheter som följer med funktionsnedsättningen [46].

Adhd är ett funktionshinder med hög ärftlighet, vilket innebär att det är vanligt att adhd finns hos flera personer inom en familj [165]. Inom projektet Familjelyftet frågade Riksförbundet Attention 1 084 personer, där både föräldrar och barn har (minst) en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, hur de uppfattar sina möten med socialtjänsten. I svaren framgår det bland annat att 47 procent inte anser att socialtjänsten har kunskap om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (npf) och att 27 procent inte alls känner sig delaktiga i besluten om stödinsatser.

Föräldrar med npf upplever dessutom att de riskerar att få ett sämre bemötande om de har en diagnos och menar att de – som följd av diagnosen – uppfattas som inkompetenta som föräldrar trots att det inte finns några brister att peka på. Samtidigt framgår det att socialtjänsten uppfattas som en ”livboj” för familjerna när livet har havererat [166].

Socialstyrelsen tog för några år sedan fram ett material om bemötande av personer med adhd inom socialtjänsten. Syftet med materialet är bland annat att öka förståelsen för att personer med adhd kan ha svårt att leva upp till de krav som ställs i mötet med myndigheten. Materialet kan även vara användbart för andra myndigheter och organisationer [167].

Socialstyrelsen har dessutom ett pågående uppdrag från regeringen att ta fram och sprida ett målgruppsanpassat utbildningsmaterial om bemötande i hälso- och sjukvården av patienter med psykisk ohälsa. Målet är att människor med psykisk ohälsa ska bemötas på bästa tänkbara sätt – oavsett var

⁶ Markus Karumo, stabläkare, Försvarsmakten, personlig kontakt

inom hälso- och sjukvården de söker stöd. Uppdraget ska slutrapporteras i november 2019.

Delaktighet i samhällsfrågor

Myndigheten för delaktighet (MFD) hade år 2016 ett regeringsuppdrag att kartlägga deltagande och delaktighet mellan de allmänna valen för personer med psykiska funktionsnedsättningar samt att beskriva de faktorer som påverkar delaktigheten. Myndigheten kom fram till att ojämlika levnadsvillkor innebär sämre möjlighet för demokratisk delaktighet inom denna grupp och att det finns ett antal hinder som utestänger dessa personer från möjlighet till inflytande över det politiska beslutsfattandet mellan de allmänna valen [168].

Statistiska centralbyrån (SCB) har på regeringens uppdrag genomfört en studie om valdeltagande bland personer med funktionsnedsättning. SCB påpekar i sin redovisning att gruppen med funktionsnedsättning är heterogen, men när valdeltagandet studeras är det några grupper som sticker ut, bland annat personer som har besvär av ängslan, oro eller ångest [169]. Dessa symptom är vanliga hos personer med adhd, vilket ökar sannolikheten att valdeltagandet kan vara lågt även i denna grupp.

Slutsats och diskussion

Socialstyrelsen har fått uppdraget att ”kartlägga och analysera vuxna med adhd och dess konsekvenser”, exempelvis vad det gäller sjukskrivning och arbetslöshet. En utgångspunkt i uppdraget har varit att adhd är ett heterogent tillstånd där symtombild och svårighetsgrad varierar mellan personer med adhd, inom den enskilde individen, liksom över tid och i olika situationer.

I detta uppdrag har Socialstyrelsen genom registerdata kunnat visa att vuxna med adhd i mindre omfattning än kontrollgrupper är yrkesaktiva. Myndigheten har också visat att vuxna med adhd i högre omfattning är beroende av inkomster från sjukskrivning, sjukersättning eller aktivitetsersättning. Socialstyrelsen har genomfört en litteraturgenomgång, där litteraturen bekräftar denna bild.

Exekutiva begränsningar, men stora individuella variationer

Exekutiva begränsningar (som exempelvis kan visa sig genom att personen ständigt glömmer tider, åtaganden och deadlines, ignorerar viktiga uppgifter, har socialt olämpliga beteenden samt känner frustration över sin oförmåga att organisera sig) kan ge konsekvenser i flertalet områden av livet för många vuxna med adhd. Till detta ska läggas att vuxna med adhd också ofta har en ojämn prestationsnivå med styrkor inom vissa områden, och uttalade svårigheter inom andra. Vuxna med adhd kan löpa ökad risk att bli utbrända på grund av den energi som krävs för att exempelvis klara av arbete och alla andra delar av livet som ställer krav på god exekutiv förmåga, men även på grund av svårigheter att reglera sin aktivitetsnivå. Personer med adhd som har svårt att reglera sin aktivitetsnivå tenderar ibland att arbeta för länge, särskilt om de är väldigt motiverade och hamnar i ett ”hyperfokus”. Detta kan leda till att personen glömmer tid och rum och arbetar på utan paus, något som över tid kan leda till risk för utbrändhet.

Det finns stora individuella variationer i hur adhd-symtomen yttrar sig, hur stora problemen är och inom vilka områden svårigheterna är som störst. Behovet av stöd och behandling varierar därför mellan olika individer med adhd. Det finns därför goda skäl till att basera långsiktiga och individuella stöd för att komma i sysselsättning på förståelse för att den typ av beteenden som följer med adhd (till exempel att personen glömmer möten och kommer för sent) ofta beror på bristande förmågor, inte nonchalans eller ointresse.

Hälsa och ekonomi

Socialstyrelsens genomgång av registerdata visar att vuxna med adhd som grupp har en sämre hälsa, en sämre ekonomi och riskerar sämre levnadsförhållanden i jämförelse med den matchade kontrollgruppen.

Den personliga fördel som vuxna med adhd kan få genom långsiktiga insatser kan därför inte underskattas. Då det finns en ärftlighet, och då konsekvenser av diagnosen även påverkar närstående, är detta något som många i personens nätverk kan ta del av.

Forskning visar att långsiktigt stöd även bli en samhällsekonomiskt mycket lönsam satsning.

Familjesystemet och relationer

Socialstyrelsen har i denna rapport beskrivit att det kan vara en stor belastning på familjesystemet när både föräldrar och barn har adhd, eller liknande diagnoser. Det är en utmaning att uppföstra ett barn med adhd även för föräldrar som inte har diagnosen, men det blir en än större utmaning när föräldern själv har adhd, särskilt om den är oupptäckt och/eller obehandlad.

Insatserna till barn med adhd utgår vanligtvis från att det är föräldrarna som ska stå för den struktur som barnet med adhd behöver och förmedla de kloka strategierna, något som blir en stor utmaning givet att föräldern har motsvarande exekutiva svårigheter som barnet. Till det ska läggas att unga vuxna med adhd är beroende av föräldrarnas stöd längre än andra, vilket gör att omgivningens krav på självständigt fungerande också blir ett krav på föräldrastödet som ges.

Myndigheten har även beskrivit hur nära relationer kan påverkas på olika sätt om en eller båda i en relation har adhd. Det behövs därför ett helhets- och familjeperspektiv vid behandling av adhd, för att säkerställa att hela familjen får det stöd och de insatser som behövs för att få vardagen att fungera.

Det finns en utsatt grupp

Det finns en grupp individer inom fallgruppen som har många vårdkontakter, som verkar bli kvar inom olika typer av försörjningsstöd och som har låg utbildning samt dålig inkomstutveckling.

Samsjuklighet och sociala problem riskerar att öka över tid för vuxna med adhd, vilket kan leda till en mycket omfattande problematik om lämpliga insatser dröjer eller uteblir. Om samhället tidigare kan sätta in ett långsiktigt stöd kan sannolikt mycket lidande minskas eller undvikas.

Många i fallgruppen har ett stort beroende av ekonomiskt bistånd, vilket är välfärdssystemens yttersta skyddsnät och ska vara en tillfällig lösning vid försörjningsproblem som inte kan tillgodoses på annat sätt. Ekonomiskt bistånd ska ge en skälig levnadsnivå, men ger i realiteten en låg ekonomisk standard.

Ansökan för ekonomiskt bistånd ska göras månadsvis och det ställs krav på noggrann redovisning av den enskildes eller hushållets ekonomi. Den sökande ska ha ordning på sina papper, själv betala sina räkningar och hålla kontakt med olika myndigheter. Detta är en exekutiv uppgift, vilket kan vara något som upplevs svårt för personer med adhd som, enligt vad myndigheten har beskrivit tidigare, ofta har just en exekutiv funktionsnedsättning.

Kraven kan leda till att kontakten med socialtjänsten bryts, vilket kan innebära betydande konsekvenser för personens ekonomi. I värsta fall kan en obetald hyra leda till vräkning och hemlöshet.

Tandhälsa vid adhd

Svårigheter att etablera regelbundna tandvårdskontakter och fler akuta tandvårdsbesök kan öka risken för försämrad munhälsa. Personer med adhd är en heterogen grupp och det är svårt att dra några generella slutsatser om tandhälsan från fall- och kontrollgrupperna.

Personer med adhd och psykisk funktionsnedsättning kan ha ökad risk för försämrad tandhälsa. Det kan röra sig om svårigheter att gå till tandvården och att upprätthålla goda egenvårdsinsatser. En ökad grad av tandvårdsrädsla kan också bidra till att personer med adhd undviker tandvård.

Kunskaper om kopplingen mellan tandhälsa och allmän hälsa behöver öka både inom tandvården och hälso- och sjukvården. En ökad samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård kan leda till att individens samlade behov tillgodoses på ett bättre sätt [170].

Ökat tryck på specialistpsykiatri?

Under Socialstyrelsens möte med forskare och personal verksamma inom det neuropsykiatriska området, framfördes en uppfattning att det generellt är ett stort inflöde av nydiagnostiserade adhd-patienter som inte verkar mattas av. Med tanke på att adhd i vissa fall medför en livslång funktionsnedsättning kan detta komma att innebära en mycket hög belastning på specialistpsykiatri då det idag inte finns någon utslussning till lägre vårdnivåer, exempelvis primärvård, för denna patientgrupp.

Det som anges som största hindret för utslussning till primärvården är de begränsningar som finns i förskrivningsrätten av flertalet adhd-läkemedel, då de bara får förskrivas av specialistläkare i psykiatriska specialiteter (och inte av underläkare/ST-läkare i psykiatri eller exempelvis specialister i allmänmedicin). Deltagarna menade att detta inte är bra ur ett patientperspektiv då vården riskerar att bli splittrad, eftersom primärvården är första linjens psykiatri och egentligen har ansvar för exempelvis behandling av lindrigare depression och ångestsyndrom. Det finns exempel från andra länder där primärvården kan ta över när adhd-patienten är insatt och välinställd på sin adhd-läkemedelsbehandling, något som avlastar specialistvården. Utifrån detta finns det önskemål om att ansvarsfördelningen utifrån förskrivningsrätten och en sammanhållen vård ses över.

Stöd och behandling

I denna kartläggning har det framkommit hur ett stöd till vuxna med adhd kan ges utifrån en helhetssyn på personens livssituation, vilket kan innebära att behoven kan se olika ut och variera över tid. Den vuxna med adhd ska enligt lag så långt som möjligt vara delaktig i sin egen vårdssituation, men för att stödinsatser ska bli effektiva krävs även att olika aktörer samverkar.

Internationella guidelines (riktlinjer)⁷ förordar att stöd och behandling av adhd bör vara multidisciplinärt och därmed bestå av en kombination av psykosociala och pedagogiska insatser som vid behov kombineras med läkemedel.

⁷ Till exempel NICE guidelines och European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD

I Socialstyrelsens kunskapsstöd framgår att eftersom vuxna med adhd är en heterogen grupp bör behandlingsplanerna individanpassas så att de både omfattar både

- behandling av symtom, och
- interventioner relaterade till att kompensera för funktionsbrister och därmed hjälpa individen att återgå i arbete och klara vardagliga aktiviteter [5].

Behov av mer kunskap

Socialstyrelsen kan slutligen konstatera att vuxna med adhd är en grupp som i hög grad påverkas av sin diagnos vad det gäller exempelvis sjuklighet, arbetslöshet, jämlikhet och levnadsvillkor. Gruppen är dock mycket heterogen, vilket innebär att detta kan se olika ut för olika individer.

Myndigheten har i denna kartläggning visat att det finns risk att vissa vuxna med adhd (exempelvis äldre personer) riskerar att undanhållas utredning och effektiv behandling. Under myndighetens möte med forskare och personal beskrevs erfarenheter av hur personer med annan kulturell bakgrund löper risk att inte få tillgång till rätt vård. En obehandlad eller odiagnostiserad alternativt felbehandlad eller feldiagnostiserad adhd kan leda till en negativ utveckling för dessa personer. Det finns också en manlig norm som kan leda till att kvinnor med adhd inte får rätt diagnos och behandling.

Bilaga 1. Metodbeskrivning

Registerdata

Urval

Urval fallgrupp (vuxna personer med adhd)

Socialstyrelsens patientregister (sluten-öppenvård)

Giltigt personnummer

Vuxen, arton år eller äldre vid första vårdkontakt

Första vårdkontakt 2006-2011, fem års uppföljning

Diagnosurval enligt nedan:

Huvud- eller biddiagnos:

F90.0 Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning

F90.1 Hyperaktiv beteendestörning

F90.8 Andra specificerade hyperaktivitetsstörningar

F90.9 Hyperaktivitetsstörning, ospecificerad

F98.8 Andra specificerade beteendestörningar

- kombinerat med uttag av ADHD-läkemedel enligt nedan
(DSM-IV Kodning av uppmärksamhetsstörning)

Urval ur Läkemedelsregistret

Urval från PAR matchas mot LKM och läkemedelsdata påförs

Guanfacin	C02AC02
-----------	---------

Amfetamin	N06BA01
-----------	---------

Dexamfetamin	N06BA02
--------------	---------

Metylfenidat	N06BA04
--------------	---------

Modafinil	N06BA07
-----------	---------

Atomoxetin	N06BA09
------------	---------

Dexmetylfenidat	N06BA11	(Finns ej i FASS)
-----------------	---------	-------------------

Lisdexamfetamin	N06BA12
-----------------	---------

Urval kontrollgrupp (vuxna personer utan adhd)

Hämtat ur SCB:s Utbildningsregister (UREG), undantaget fallgruppen

Slumpvis urval

Matchat på år för första vårdkontakt i fallgruppen

Matchat på ålder

Matchat på kön

Matchat på kommun

Storlek (5 x fall) Registerdata

Data ur Socialstyrelsens patientregister (PAR)

Huvuddiagnos

Antal vårdkontakter
Vårddatum
Vårdtid

Data ur Socialstyrelsens dödsorsaksregister (DOR)

Underliggande dödsorsak
Dödsdatum

Data ur Socialstyrelsens tandhälsoregister (THR)

Skillnader i basundersökning mellan adhd och kontrollgruppen
Skillnader i att endast besöka tandvården pga akuta besök
Saknade och ej intakta tänder.

Tandhälsoregistret från 2009-2018. Här har Socialstyrelsen snävat in på personer som var 20 år och äldre år 2009. Personer som har avlidit innan den 31/12 2018 har tagits bort.

Data ur Socialstyrelsens läkemedelsregister (LKM)

Typ av läkemedel
Dos
Antal uttag
Behandlingslängd

Data ur SCB:s Registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAKS)

Inkomst
Huvudsaklig inkomstkälla

Data ur SCB:s Utbildningsregister (UREG)

Högsta utbildningsnivå

Litteraturgenomgång

Inom ramen av projektet har det genomförts en informationssökning (se bilaga 2). En utomstående expert har därefter gått igenom och värderat den vetenskapliga litteraturen.

Extern samverkan

Projektet har under arbetet haft möten och kontakter med en rad externa aktörer. Två fysiska möten har genomförts med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Projektet har träffat Riksförbundet Attention vid ett tillfälle. Under våren genomfördes ett dialogmöte med 15 personer verksamma inom det neuropsykiatriska området för att diskutera preliminära projektresultat.

Bilaga 2. Dokumentation av informationssökning

Databas: PubMed Databasleverantör: nlm Datum: 2019-01-23

Ämne: ADHD och samsjuklighet, hälsotillstånd

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.		"Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[Majr] OR ADHD[tiab] OR Attention Deficit Disorder with Hyperactivity[tiab] OR Attention Deficit Hyperactivity disorder[tiab]	32564
2.		"Comorbidity"[Mesh] OR "Diagnosis, Dual (Psychiatry)"[Mesh] OR comorbid*[tiab] OR co-morbid*[tiab] OR multimorbid*[tiab] OR multi-morbid*[tiab] OR coexist*[tiab] OR co-exist*[tiab] OR concurrent[tiab] OR co-occurring[tiab] OR cooccurring[tiab] OR dual diagnos*[tiab] OR association between[tiab] OR associations between[tiab] OR association[ti]	
3.		"Sleep Wake Disorders"[Mesh] OR "Obesity"[Mesh] OR "Asthma"[Mesh] OR "Gastrointestinal Diseases"[Mesh] OR "Metabolic Diseases"[Mesh] OR "Skin Diseases"[Mesh] OR "Allergy and Immunology"[Mesh] OR "Hypersensitivity"[Mesh] OR sleep*[tiab] OR insomnia*[tiab] OR dysomnia*[tiab] OR obesity[tiab] OR overweight[tiab] OR eating disorder*[tiab] OR asthma[tiab] OR allerg*[tiab] OR restless legs[tiab] OR gastrointestinal[tiab] OR Somatic[ti] OR somatic disorder*[tiab] OR somatic problem*[tiab] OR somatic comorbidit*[tiab] OR medical condition*[tiab] OR medical disorder*[tiab] OR physical condition*[tiab] OR physical health[tiab] OR physical disorder*[tiab] OR neurologic disorder*[tiab] OR atopic[tiab]	3602519
4.		("Adult"[Mesh] OR adult*[TIAB] OR middle age*[tiab] OR working age[tiab] OR women[tiab] OR men[tiab] OR aged[tiab] OR elderly[tiab]) NOT (child*[ti] OR pediatric*[ti] OR paediatric[ti] OR preschool*[ti] OR school*[ti] NOT (adult*[ti]))	
5.		1 AND 3 AND 4	884
6.		Filters: Systematic Reviews	28 (5)
7.		"Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[Majr] OR ADHD[ti] OR Attention Deficit Disorder with Hyperactivity[ti] OR Attention Deficit Hyperactivity disorder[ti] OR Attention Deficit/Hyperactivity disorder[ti]	24649
8.		"Asthma"[Mesh] OR "Gastrointestinal Diseases"[Mesh] OR "Metabolic Diseases"[Mesh] OR "Skin Diseases"[Mesh] OR "Allergy and Immunology"[Mesh] OR "Hypersensitivity"[Mesh] OR asthma[tiab] OR allerg*[tiab] OR restless legs[tiab] OR gastrointestinal[tiab] OR Somatic[ti] OR somatic disorder*[tiab] OR somatic problem*[tiab] OR somatic comorbidit*[tiab] OR medical condition*[tiab] OR medical disorder*[tiab] OR physical condition*[tiab] OR physical health[tiab] OR physical disorder*[tiab] OR neurologic disorder*[tiab] OR atopic[tiab]	3213476
9.		4 AND 7 AND 8, English	149

ADHD hos äldre

10.	Aged[MAJR] OR elderly[ti] OR aging[ti] OR older adults[ti] OR older person*[ti] OR older people[ti] OR older women[ti] OR older men[ti]	
11.	1 AND 10, English 1995-2019	37

ADHD hos nysvenskar, flyktingar

12.	"Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "Refugees"[Mesh] or migrant*[tiab] or asylum[tiab] or asyl*[tiab] or refugees[tiab] or newly arriv*[tiab] OR new entrant*[tiab] OR new arriv*[tiab] OR immigrant*[tiab]	55581
13.	1 AND 4 AND 12	8

Könsskillnader

14.	Gender*[ti] OR sex difference*[ti] OR gender difference*[ti] OR ((girls[ti] OR women*[ti] OR female*[ti])) AND differenc*[ti]	55228
15.	4 AND 7 AND 15; English	79
16.		

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utsluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Databas: SocINDEX, CINAHL, PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE

Databasleverantör: EBSCO **Datum:** 2019-01-08

Ämne: ADHD hos vuxna

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Arbete, sjukskrivning			
1.	MH/DE	(MH "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity") OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR DE "ATTENTION-deficit hyperactivity disorder"	56579
2.	FT	TI ("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention deficit hyperactivity disorder" OR ADHD) OR AB ("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention deficit hyperactivity disorder" OR ADHD)	68242
3.		1 OR 2	82285
4.	MH/DE/FT	(MH "Work Capacity Evaluation") OR (MH "Work") OR (MH "Work Performance") OR (MH "Work Simplification") OR (MH "Workload") OR (MH "Employment") OR (MH "Employment, Supported")	335209

Databas: SocINDEX, CINAHL, PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE

Databasleverantör: EBSCO **Datum:** 2019-01-08

Ämne: ADHD hos vuxna

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

		OR (MH "Unemployment") OR DE "WORK" OR DE "ATTITUDES toward work" OR DE "JOB performance" OR DE "JOB stress" OR DE "OCCUPATIONAL achievement" OR DE "OCCUPATIONAL adaptation" OR DE "UNEMPLOYMENT" OR (MH "Absenteeism") OR (MH "Sick Leave") OR (MH "Cost of Illness") OR DE "Employee Absenteeism" OR DE "Employee Assistance Programs" OR DE "Employee Motivation" OR DE "Employee Productivity" OR (DE "SICK leave") OR (DE "JOB absenteeism" OR DE "PROBLEM employees")	
5.	FT	TI (Work OR workplace OR workload OR job OR occupation* OR employ* OR unemploy* OR "cost of illness") OR AB ("occupational activity" OR "occupational ability" OR "occupational capacity" OR occupational health" OR "work productivity" OR workload OR "work capacity" OR "work performance" OR "work ability" OR "work inability" OR "inability to work" OR "job adjustment" OR "job performance" OR "work adjustment" OR "work rehabilitation" OR employment OR employee* OR unemployment OR unemployed OR "work-related" OR "work participation" OR "working place" OR "work environment") OR TI (absenteeism OR "absence from work" OR "work absence" OR "sick leave" OR "sick day*" OR "illness day*" OR "sickness absence" OR "disability leave" OR "sick-list*" OR "days out of role" OR "absence day*" OR "part-time" OR "hours lost") OR AB (absenteeism OR "absence from work" OR "work absence" OR "sick leave" OR "sick day*" OR "illness day*" OR "sickness absence" OR "disability leave" OR "sick-list*" OR "days out of role" OR "absence day*" OR "part-time" OR "hours lost")	552787
6.		4 OR 5	766643
7.	MH/DE/FT	((MH "Adult") OR (MH "Young Adult") OR TI (adult OR adults OR adulthood OR "middle age*" OR "working age" OR women OR men) OR AB (adult OR adults OR adulthood OR "middle age*" OR "working age" OR women OR men) OR SU (adult OR adults OR adulthood OR "middle age*" OR "working age" OR women OR men)) NOT TI (child* OR pediatric* OR paediatric OR preschool* OR school*)	10110791
8.		3 AND 6 AND 7	320
9.		Published Date: 19950101-20191231 English, German, Swedish, Academic Journals	314
Utbildning (SocINDEX, CINAHL, PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE , ERIC)			
10.	DE	(MH "Educational Status") OR (MM "Education") OR ((DE "Educational Assessment" OR DE "Educational Attitudes" OR DE "Educational Background" OR DE "Educational Certificates") OR (DE "Academic Achievement")) OR (DE "Academic Degrees")	304175
11.	FT/TI, SU	TI ("educational status" OR "educational level" OR "educational failure" OR "educational background" OR "academic achievement*" OR "academic performance*" OR "academic impairment" OR "academic attainment*" OR "academic	283515

Databas: SocINDEX, CINAHL, PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE

Databasleverantör: EBSCO **Datum:** 2019-01-08

Ämne: ADHD hos vuxna

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

		functioning" OR "school performance*" OR "school achievement*" OR "school attainment*" OR "school outcome*" OR "school failure" OR "School dropout*" OR "School drop-out*") OR SU ("educational status" OR "educational level" OR "educational failure" OR "educational background" OR "academic achievement*" OR "academic performance*" OR "academic impairment" OR "academic attainment*" OR "school performance*" OR "school achievement*" OR "school attainment*" OR "school outcome*" OR "school failure" OR "School dropout*" OR "School drop-out*")	
12.		10 OR 11	344892
13.	FT/TI, AB, SU	TI ("functional ability" OR "functional inability" OR "cognitive function" OR "cognitive dysfunction" OR "cognitive impairment" OR "executive function*" OR "executive dysfunction*" OR attention* OR inattention* OR "working memory" OR planning OR "inhibitory control" OR drop-out* OR dropout* OR "learning disability*" OR "learning impairment") OR AB ("functional ability" OR "functional inability" OR "cognitive function" OR "cognitive dysfunction" OR "cognitive impairment" OR "executive function*" OR "executive dysfunction*" OR attention* OR inattention* OR "working memory" OR planning OR "inhibitory control" OR drop-out* OR dropout* OR "learning disability*" OR "learning impairment") OR SU ("functional ability" OR "functional inability" OR "cognitive function" OR "cognitive dysfunction" OR "cognitive impairment" OR "executive function*" OR "executive dysfunction*" OR attention* OR inattention* OR "working memory" OR planning OR "inhibitory control" OR drop-out* OR dropout* OR "learning disability*" OR "learning impairment")	1965563
14.		TI (adult* OR women OR men) OR AB (adult* OR women OR men) OR SU (adult OR adulthood OR adults)	8992216
15.		3 AND 12 AND 13 NOT (TI ((children OR adolescen*) NOT (childhood))) Published Date: 19950101-20191231 English	259
Svårigheter i vardagslivet (skuldsättning, spelmissbruk, relationer, vardagsliv mm)			
Föräldraskap			
16.	DE/MH	(DE "Parent Child Communication") OR (DE "Parent Child Relations" OR DE "Family Relations" OR DE "Parenting" OR DE "Father Child Relations" OR DE "Mother Child Relations" OR DE "Family Conflict" OR DE "Parental Role" OR DE "Parenting Skills") OR (MH "Parenting") OR (MH "Parent-Child Relations") OR (MH "Parents") OR (DE "PARENTING" OR DE "PARENTHOOD") OR (DE "ATTENTION-deficit-disordered parents")	326120
17.	FT/TI	TI Mother* OR father* OR parenting OR mother* OR father* OR parents OR "family relation*" OR "family conflict*" OR "Mother-Child Relation*" OR "Father-child relation*" OR "parental ADHD" OR "maternal ADHD" OR "paternal ADHD"	275216
18.		16 OR 17	491869

Databas: SocINDEX, CINAHL, PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE

Databasleverantör: EBSCO Datum: 2019-01-08

Ämne: ADHD hos vuxna

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

19.		3 AND 7 AND 18 English, Academic Journals	670 (41)
Familje- och andra relationer			
20.	DE	DE "Family Crises" OR DE "Family Relations" OR DE "Couples" OR DE "Cohabitation" OR (DE "Significant Others") OR (DE "Friendship") OR (DE "Interpersonal Relationships" OR DE "Peer Relations" OR DE "Relationship Quality" OR DE "Relationship Satisfaction") OR (DE "Interpersonal Compatibility") OR (DE "Family Conflict" OR DE "Divorce" OR DE "Dysfunctional Family" OR DE "Family Background" OR DE "Marital Separation" OR DE "Marital Status")	204780
21.	FT/TI	TI (Family OR marriage* OR divorce* OR marital OR couple* OR interpersonal OR friends OR friendship OR romantic OR spouse* OR "significant others" OR social) AND (functioning OR relation* OR attachment OR interaction* OR problem* OR conflict* OR crisis OR satisfaction)	133944
22.		20 OR 21	309648
23.		3 AND 7 AND 22 Published Date: 19950101-20191231, English	191
Vardagsliv			
24.	DE/FT/TI	(DE "Quality of Life") OR (DE "Lifestyle") OR (MH "Quality of Life") OR (DE "EVERYDAY life") OR (DE "ACTIVITIES of daily living" OR DE "QUALITY of life") OR DE "Activities of Daily Living" OR TI ("Everyday life" OR "everyday living" OR "quality of life" OR lifestyle OR "daily living" OR "daily activit*" OR "home context" OR household*)	446604
25.	DE/FT/TI	((MH "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity") OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR DE "ATTENTION-deficit hyperactivity disorder") OR (TI ("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention deficit hyperactivity disorder" OR ADHD))	67413
26.	FT/TI	TI (function* OR inabilit* OR abilit* OR dysfunction* OR impairment OR executive OR "working memory" OR planning OR "inhibitory control" OR impulsivity) OR AB (function* OR inabilit* OR abilit* OR dysfunction* OR impairment OR executive OR "working memory" OR planning OR "inhibitory control" OR impulsivity)	6964088
27.		24-26 AND English, Danish	170
Spelmissbruk, skulder, riskbeteende			
28.	DE/FT/TI, AB	(MH "Risk-Taking") OR (MH "Gambling") OR (DE "Gambling") OR (DE "Risk Taking") OR (DE "COMPULSIVE gambling" OR DE "GAMBLING behavior" OR DE "COMPULSIVE gamblers") OR (DE "RISK-taking behavior") OR (DE "DEBT") OR (DE "CONSUMER credit" OR DE "LOANS") OR	104140

Databas: SocINDEX, CINAHL, PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE

Databasleverantör: EBSCO **Datum:** 2019-01-08

Ämne: ADHD hos vuxna

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

		TI (Debts OR gambl* OR "economic burden" OR "financial burden") OR AB (Debts OR gambl* OR "economic burden" OR "financial burden") OR SU (Debts OR gambl* OR "economic burden" OR "financial burden")	
29.		3 AND 29	667
30.		30 AND ("systematic review" or meta-analysis or "literature review")	16 (6)
Bilkörning			
31.	DE/FT/TI, AB	(MH "Automobile Driving+") OR ((DE "DRUGGED driving") OR (DE "DRUNK driving")) OR (DE "AGGRESSIVE driving") OR DE "Driving Behavior" OR DE "Drivers" OR DE "Motor Traffic Accidents" OR TI (driving OR driver*) OR AB (driving OR driver*)	202790
32.		3 AND 32	583
33.		33 AND ("systematic review" or meta-analysis or "literature review")	29 (8)
Strategier att hantera symtom			
34.	FT/TI, SU, AB	TI ("Coping strateg*" OR "managing of symtom*" OR "symtom management" OR "get organized" OR "compensation strateg*" OR "compensatory strateg*") OR SU ("Coping strateg*" OR "managing of symtom*" OR "symtom management" OR "get organized" OR "compensation strateg*" OR "compensatory strateg*") OR AB ("Coping strateg*" OR "managing of symtom*" OR "symtom management" OR "get organized" OR "compensation strateg*" OR "compensatory strateg*")	57535
35.		3 AND 7 AND 34, English	92 (28)
Samsjuklighet			
36.	DE/FT/TI, AB	(MH "Comorbidity") OR DE "Comorbidity" OR DE "Dual Diagnosis" OR TI (comorbid* OR co-morbid* OR multimorbid* OR multi-morbid* OR coexist* OR co-exist* OR concurrent OR co-occurring OR cooccurring OR "dual diagnos*") OR AB (comorbid* OR co-morbid* OR multimorbid* OR multi-morbid* OR coexist* OR co-exist* OR concurrent OR co-occurring OR cooccurring OR "dual diagnos*")	638725
37.		3 AND 7 AND 36	5117
38.		37 AND (systematic review OR meta-analysis OR literature review)	347 (64)
ADHD hos äldre			
39.	FT/TI	TI (elderly OR aging OR "older adult*" OR "older person*" OR "older people" OR "older women" OR "older men" OR "old age")	200062
40.		3 AND 39	45
ADHD hos migranter			
41.	DE/FT/TI, AB	(DE "Refugees") OR (DE "Asylum Seeking") or DE "REFUGEES" OR DE "IMMIGRANTS" OR DE "UNDOCUMENTED immigrants" OR TI (migrant* or	123005

Databas: SocINDEX, CINAHL, PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE

Databasleverantör: EBSCO Datum: 2019-01-08

Ämne: ADHD hos vuxna

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

		asylum or asyl* or refugees or "newly arriv*" OR immigrant*) OR AB (migrant* or asylum or asyl* or refugees or "newly arriv*" OR immigrant*)	
42.		3 AND 7 AND 41	10
Könsskillnader (PsycInfo, PsycArticles, SocIndex)			
43.	FT/TI	TI (Gender* OR "sex difference*" OR ((girls OR women* OR female*) AND differenc*))	128177
44.		7 AND 25 AND 43 English	73
45.		7 AND 43 AND (systematic review or meta-analysis or literature review)	4
Kriminalitet			
46.	DE/FT/TI	(DE "Criminals") OR (DE "Criminal Behavior" OR DE "Crime" OR DE "Gangs") OR (DE "Prisoners") OR (DE "CRIMINALS" OR DE "DELINQUENT youths" OR DE "DRUG dealers" OR DE "GANGS" OR DE "MALE offenders" OR DE "RECIDIVISTS" OR DE "WOMEN criminals" OR DE "CRIMINAL behavior" OR DE "PRISONERS") OR (DE "PRISONERS") OR (MH "Criminals") OR (MH "Criminal Behavior") OR (MH "Prisoners") OR TI (Criminals OR criminal OR criminality OR delinquen* OR prisoner* OR "prison inmates" OR imprisoned OR incarcerated OR offender* OR gang* OR "antisocial behavior*" OR recidivism OR recidivists)	254379
47.		7 AND 46 AND (systematic review or meta-analysis or literature review)	27 (9)
48.		7 AND 25 AND 46 English	220
HBTQ			
49.	DE	(DE "Homosexuality" OR DE "Sexual Orientation" OR DE "Lesbianism" OR DE "Male Homosexuality" OR DE "Homosexuality (Attitudes Toward)" OR DE "Same Sex Couples" OR DE "Same Sex Marriage" OR DE "Transsexualism" OR DE "Transvestism") OR (DE "Bisexuality") OR DE "HOMOSEXUALITY" OR DE "SEXUAL orientation" OR DE "BISEXUALITY" OR DE "GAY people" OR DE "TRANSGENDERISM" OR DE "SEXUAL minorities" OR DE "FEMALE-to-male transsexuals" OR DE "MEN who have sex with men" OR DE "TRANSEXUALISM" OR DE "GENDER identity" OR DE "GENDER transition" OR (MH "Sexual and Gender Minorities") OR (MH "Homosexuality") OR (MH "Bisexuality") OR (MH "Sexual and Gender Minorities") OR (MH "Gender Dysphoria") OR (MH "Gender Identity") OR (MH "Transgender Persons")	114143
50.	FI/TI, AB	TI (Homosexual* OR bisexual* OR lesbian* OR gay* OR "sexual orientation" OR LGBT OR "gender identity" OR "gender dysphoria*" OR transsexual* OR transgender* OR "same sex coupl*" OR "men who have sex with men" OR "women who have sex with women") OR AB (Homosexual* OR bisexual* OR lesbian* OR gay* OR "sexual orientation" OR LGBT OR "gender identity" OR "gender dysphoria*" OR transsexual* OR transgender* OR "same sex coupl*" OR "men who have sex with men" OR "women who have sex with women")	135952

Databas: SocINDEX, CINAHL, PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE
Databasleverantör: EBSCO **Datum:** 2019-01-08
Ämne: ADHD hos vuxna
Sökning gjord av: Natalia Berg
På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

51.	49 OR 50	181413
52.	3 AND 51	105
53.	Publication year: 19950101-20181231, English	

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Criminology Collection, IBSS, Social Science Database, Sociology Collection
Databasleverantör: ProQuest **Datum:** 2019-01-08
Ämne: ADHD hos vuxna
Sökning gjord av: Natalia Berg
På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Arbetsrelaterad funktionsnedsättning, sjukskrivning			
54.	DE/FT	MAINSUBJECT.EXACT("Attention deficit hyperactivity disorder") OR noft("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention deficit hyperactivity disorder" OR ADHD) ti(Work OR workplace OR workload OR job OR occupation* OR employ* OR unemploy* OR "cost of illness" OR absenteeism OR "absence from work" OR "work absence" OR "sick leave" OR "sick day*" OR "illness day*" OR "sickness absence" OR "disability leave" OR "sick-list*" OR "days out of role" OR "absence day*" OR "part-time" OR "hours lost") OR ab("occupational activity" OR "occupational ability" OR "occupational capacity" OR "occupational health" OR "work productivity" OR workload OR "work capacity" OR "work performance" OR "work ability" OR "work inability" OR "inability to work" OR "job adjustment" OR "job performance" OR "work adjustment" OR "work rehabilitation" OR employment OR employee* OR unemployment OR unemployed OR "work-related" OR "work participation" OR "working place" OR "work environment" OR OR absenteeism OR "absence from work" OR "work absence" OR "sick leave" OR "sick day*" OR "illness day*" OR "sickness absence" OR "disability leave" OR "sick-list*" OR "days out of role" OR "absence day*" OR "part-time" OR "hours lost") OR su("occupational activity" OR "occupational ability" OR "occupational capacity" OR "occupational health" OR "work productivity" OR workload OR "work capacity" OR	11120
55.	FT		592808

Databas: Criminology Collection, IBSS, Social Science Database, Sociology Collection
Databasleverantör: ProQuest **Datum:** 2019-01-08
Ämne: ADHD hos vuxna
Sökning gjord av: Natalia Berg
På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

		"work performance" OR "work ability" OR "work inability" OR "inability to work" OR "job adjustment" OR "job performance" OR "work adjustment" OR "work rehabilitation" OR employment OR employee* OR unemployment OR unemployed OR "work-related" OR "work participation" OR "working place" OR "work environment" OR OR absenteeism OR "absence from work" OR "work absence" OR "sick leave" OR "sick day*" OR "illness day*" OR "sickness absence" OR "disability leave" OR "sick-list*" OR "days out of role" OR "absence day*" OR "part-time" OR "hours lost")	
56.	DE/FT	(MAINSUBJECT.EXACT("Adulthood") OR MAINSUBJECT.EXACT("Adults")) OR ti(adult OR adults OR adulthood OR "middle age*" OR "working age" OR women OR men) OR ab(adult OR adults OR adulthood OR "middle age*" OR "working age" OR women OR men) OR su(adult OR adults OR adulthood OR "middle age*" OR "working age" OR women OR men)	1017141
57.		1 AND 2 AND 3	85
Utbildning			
58.	FT	ti("educational status" OR "educational level" OR "educational failure" OR "educational background" OR "academic achievement*" OR "academic performance*" OR "academic impairment" OR "academic attainment*" OR "academic functioning" OR "school performance*" OR "school achievement*" OR "school attainment*" OR "school outcome*" OR "school failure" OR "School dropout*" OR "School drop-out*") OR ab("educational status" OR "educational level" OR "educational failure" OR "educational background" OR "academic achievement*" OR "academic performance*" OR "academic impairment" OR "academic attainment*" OR "academic functioning" OR "school performance*" OR "school achievement*" OR "school attainment*" OR "school outcome*" OR "school failure" OR "School dropout*" OR "School drop-out*") OR mainsubject("educational status" OR "educational level" OR "educational failure" OR "educational background" OR "academic achievement*" OR "academic performance*" OR "academic impairment" OR "academic attainment*" OR "academic functioning" OR "school performance*" OR "school achievement*" OR "school attainment*" OR "school outcome*" OR "school failure" OR "School dropout*" OR "School drop-out*")	185922
59.	FT	ti("functional ability" OR "functional inability" OR "cognitive function" OR "cognitive dysfunction" OR "cognitive impairment" OR "executive function*" OR "executive dysfunction*" OR attention* OR inattention* OR "working memory" OR planning OR "inhibitory control" OR drop-out* OR dropout* OR "learning disability*" OR "learning impairment") OR ab("functional ability" OR "functional inability" OR "cognitive function" OR "cognitive dysfunction" OR "cognitive impairment" OR "executive function*" OR	755563

Databas: Criminology Collection, IBSS, Social Science Database, Sociology Collection
Databasleverantör: ProQuest **Datum:** 2019-01-08

Ämne: ADHD hos vuxna

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

60. "executive dysfunction*" OR attention* OR inattention* OR "working memory" OR planning OR "inhibitory control" OR drop-out* OR dropout* OR "learning disability*" OR "learning impairment") OR mainsubject("functional ability" OR "functional inability" OR "cognitive function" OR "cognitive dysfunction" OR "cognitive impairment" OR "executive function*" OR "executive dysfunction*" OR attention* OR inattention* OR "working memory" OR planning OR "inhibitory control" OR drop-out* OR dropout* OR "learning disability*" OR "learning impairment")
- 1 AND 3 AND 5 AND 6 NOT ti((children OR adolescen*) NOT (childhood)))
- Scholarly Journals; english
- 85**

Svårigheter i vardagslivet

61. FT ti("Everyday life" OR "everyday living" OR "quality of life" OR lifestyle OR "daily living" OR "daily activity*" OR "home context" OR "Coping strategy*" OR "managing of symptom*" OR "symptom management" OR "get organized" OR "compensation strategy*" OR "compensatory strategy*") OR su("Everyday life" OR "everyday living" OR "quality of life" OR lifestyle OR "daily living" OR "daily activity*" OR "home context" OR "Coping strategy*" OR "managing of symptom*" OR "symptom management" OR "get organized" OR "compensation strategy*" OR "compensatory strategy*")
62. 1 AND 3 AND 8
- 50 (3)**

Kriminalitet (Criminology Collection, Sociology Collection)

63. DE/FT ((MAINSUBJECT.EXACT("Adulthood") OR MAINSUBJECT.EXACT("Adults")) OR ti(adult OR adults OR adulthood OR "middle age*" OR "working age" OR women OR men) OR ab(adult OR adults OR adulthood OR "middle age*" OR "working age" OR women OR men) OR su(adult OR adults OR adulthood OR "middle age*" OR "working age" OR women OR men)) AND ti("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention deficit hyperactivity disorder" OR ADHD) AND ti(Criminals OR criminal OR criminality OR delinquen* OR prisoner* OR "prison inmates" OR imprisoned OR incarcerated OR offender* OR gang* OR "antisocial behavior*" OR recidivism OR recidivists)
- 31**

HBTQ

64. FT ti("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention deficit hyperactivity disorder" OR ADHD) AND (ti(Homosexual* OR bisexual* OR lesbian* OR gay* OR "sexual orientation" OR LGBT OR "gender identity" OR "gender dysphoria*" OR transsexual* OR transgender* OR "same sex couple*" OR "men who have sex with men" OR "women who have sex with women") OR ab(Homosexual* OR bisexual* OR lesbian* OR gay* OR "sexual orientation" OR LGBT OR "gender identity" OR "gender dysphoria*" OR transsexual* OR transgender* OR "same sex couple*")
- 2**

Databas: Criminology Collection, IBSS, Social Science Database, Sociology Collection
Databasleverantör: ProQuest **Datum:** 2019-01-08
Ämne: ADHD hos vuxna
Sökning gjord av: Natalia Berg
På uppdrag av: Maria Bratt, ÖJ1

OR "men who have sex with men" OR "women who have sex with women"))

ASSIA:

*)

DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus

KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten

FT = Fritextterm/er

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Bilaga 3. Utveckling av Socialstyrelsens hälsodataregister

Regeringen har beslutat att personuppgifter som rör patienter inom den psykiatriska öppenvården, som behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare, ska få behandlas i Socialstyrelsens patientregister. Förordningsändringen trädde i kraft den 15 mars 2017. Socialstyrelsen arbetar nu med att fram nya rutiner och göra ändringar i föreskrifterna. I avvaktan på att detta är klart gäller nuvarande sätt att rapportera in till patientregistret. När fler yrkesgruppers insatser kan rapporteras till patientregistret så kan Socialstyrelsen bättre beskriva, genomlys och utvärdera den psykiatriska vården i Sverige. Myndigheten kan då också ge en mer korrekt bild av utbudet av multidisciplinär psykiatrisk vård och vårdkonsumtion.

Nuförtiden vårdas patienter i oftare i öppen vård jämfört med sluten vård, detta gäller även patienter med allvarliga tillstånd. Detta skifte från sluten till öppenvård gör att det är särskilt angeläget att kunna samla in uppgifter om vård som ges fler yrkesgrupper än läkare för att inte i framtiden tappa viktig kunskap om den psykiatriska vården [225].

Dessa förändringar kommer att göra det enklare att följa upp i vilken grad rekommendationer om multidisciplinär (multimodal behandling) följs av vården (vilket ger förutsättningar för indikatorbaserad utvärdering). Detta har stor betydelse, särskilt som täckningsgraden av kvalitetsregistret BUSA ännu är låg.

Referenser

1. Alltjämt ojämlikt! [Elektronisk resurs]: levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
2. Bergnéhr D, Enell S. Ungdomars och unga vuxnas levnadsvillkor i Sverige [Elektronisk resurs] en kunskapsöversikt med fokus på ojämlikhet. Stockholm: Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2018.
3. 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.
4. Turgay A, Goodman DW, Asherson P, Lasser RA, Babcock TF, Pucci ML, et al. Lifespan persistence of ADHD: The life transition model and its application. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2012; 73(2):192-201.
5. Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
6. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros Á, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2009; 194(3):204-11.
7. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*. 2015; 135(4):e 994.
8. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6):942-8.
9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5; American Psychiatric Association (APA). 2013.
10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10). Geneva: World Health Organization (WHO); 1992.
11. Reimherr FW, Marchant BK, Gift TE, Steans TA, Wender PH. Types of adult attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): baseline characteristics, initial response, and long-term response to treatment with methylphenidate. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2015; 7(2):115-28.
12. Larsson H, Lichtenstein P, Larsson J-O. Genetic Contributions to the Development of ADHD Subtypes from Childhood to Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45(8):973-81.
13. Nigg JT. Future directions in ADHD etiology research. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology: The Official Journal For The Society Of Clinical Child And Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*. 2012; 41(4):524-33.
14. Ferguson CJ. The influence of television and video game use on attention and school problems: A multivariate analysis with other risk factors controlled. *J Psychiatr Res*. 2011; 45(6):808-13.
15. Swing EL, Gentile DA, Anderson CA, Walsh DA. Television and video game exposure and the development of attention problems. *Pediatrics*. 2010; 126(2):214-21.
16. Hultman CM, Torráng A, Tuvblad C, Cnattingius S, Larsson J-O, Lichtenstein P. Birth Weight and Attention-Deficit/Hyperactivity

- Symptoms in Childhood and Early Adolescence: A Prospective Swedish Twin Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(3):370-7.
17. Rucklidge JJ, Frampton CM, Gorman B, Boggis A. Vitamin–mineral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in adults: Double-blind randomised placebo-controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2014; 204(4):306-15.
 18. Bölte S, Mahdi S, Coghill D, Gau SS-F, Granlund M, Holtmann M, et al. Standardised assessment of functioning in ADHD: consensus on the ICF Core Sets for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 27(10):1261-81.
 19. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: barn- och ungdomsversion [ICF-CY]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
 20. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2019 03-26 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=64&SrcLang=sv>
 21. Gemensamt språk för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation: slutrapport för delprojektet Gemensamt språk. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
 22. Hur kan ICF användas? en manual för användning av Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
 23. Towards an ICF core set for ADHD: a worldwide expert survey on ability and disability. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015; (12):1509.
 24. Mahdi S, Ronzano N, Knüppel A, Dias JC, Albdah A, Chien-Ho L, et al. An international clinical study of ability and disability in ADHD using the WHO-ICF framework. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 27(10):1305-19.
 25. Översättning och validering av den svenska versionen av World Health Organization - Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 2019. Örebro: Örebro Universitet. Hämtad 2019 06-12 från: <https://www.oru.se/forskning/forskningsprojekt/fp/?rdb=p1867>
 26. Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna – Stöd för beslut om behandling [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
 27. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård : lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 28. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård : lägesrapport 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
 29. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård - Lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
 30. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat: öppna jämförelser 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
 31. Statistik om tandhälsa 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 32. Friedlander AH, Yagiela JA, Mahler ME, Rubin R. The pathophysiology, medical management and dental implications of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Of The American Dental Association* (1939). 2007; 138(4):475.
 33. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 34. Brown TE, Romero B, Sarocco P, Atkins N, Schwartz EJ, Rhoten S. The Patient Perspective: Unmet Treatment Needs in Adults With Attention-

- Deficit/Hyperactivity Disorder. Prim Care Companion CNS Disord. 2019; 21(3).
35. Kuriyan AB, Pelham WE, Jr., Molina BSG, Waschbusch DA, Gnagy EM, Sibley MH, et al. Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; 41(1):27-41.
 36. Hechtman L, Rohde, LA. Predictors of Adult Outcome in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55(10).
 37. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry*. 2002; 63 Suppl 12:10-5.
 38. Selke JH. Adults with ADHD in the workplace: A descriptive analysis and evaluation of the workplace and job satisfaction. Dissertation. University of California; 2000.
 39. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young Adult Outcome of Hyperactive Children: Adaptive Functioning in Major Life Activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45(2):192-202.
 40. Fredriksen M, Dahl AA, Martinsen EW, Klungsoyr O, Faraone SV, Peleikis DE. Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2014; 6(2):87-99.
 41. Anker E, Halmøy A, Heir T. Work participation in ADHD and associations with social characteristics, education, lifetime depression, and ADHD symptom severity. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2019; 11(2):159-165
 42. Biederman J, Petty CR, Fried R, Kaiser R, Dolan CR, Schoenfeld S, et al. Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. *The Journal Of Clinical Psychiatry*. 2008; 69(8):1217-22.
 43. Asherson P, Akehurst R, Kooij JJS, Huss M, Beusterien K, Sasané R, et al. Under diagnosis of adult ADHD: cultural influences and societal burden. *Journal Of Attention Disorders*. 2012; 16(5 Suppl):20S-38S.
 44. Andreassen CS, Griffiths MD, Sinha R, Hetland J, Pallesen S. The Relationships between Workaholism and Symptoms of Psychiatric Disorders: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 2016; 11(5):e0152978.
 45. Brattberg G. PTSD and ADHD: underlying factors in many cases of burnout. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2006; 22(5):305-13.
 46. Så här kan man göra... Vägledningsdokument ADHD hos vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
 47. Andersson D. Dörrarna stängs innan alla fått plats [Elektronisk resurs] : rapport för den svenska funktionshindersrörelsen sommaren 2012. Sundbyberg: Handikappförbunden; 2012.
 48. Trantou A, Carlsen HK, Anderson C, Steingrimsson S. Sickness Absence Recommendation Among Outpatients With ADHD and Comorbidity: A Latent Class Analysis. *Journal Of Attention Disorders*. 2018;1087054718780338.
 49. Bos M, Beauchaine TP, Ben-David I. Financial Distress and Suicide over the Lifecyle for Individuals with ADHD: A Population Study I.

- Stockholm: Swedish House of Finance at the Stockholm School of Economics; 2019.
50. Vad tycker arbetsgivare? Synen på funktionsnedsatta. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2018.
 51. Levinsson H, Jiborn M. Minuskontot: Ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning. Lund: Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH); 2013.
 52. Dowling, NA, Cowlishaw, S, Jackson, AC, Merkouris, SS, Francis, KL, Christensen, DR. Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*. 2015; 49(6):519-39.
 53. Groen, Y, Gaastra, GF, Lewis-Evans, B, Tucha, O. Risky behavior in gambling tasks in individuals with ADHD--a systematic literature review. *PLoS One*. 2013; 8(9):e74909-e.
 54. Fatseas, M, Alexandre, J-M, Vénisse, J-L, Romo, L, Valleur, M, Magalon, D, et al. Gambling behaviors and psychopathology related to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in problem and non-problem adult gamblers. *Psychiatry Res*. 2016; 239:232-8.
 55. Babinski, DE, Pelham WE Jr, Molina BS, Gnagy EM, Waschbusch DA, Yu J, et al. Late Adolescent and Young Adult Outcomes of Girls Diagnosed with ADHD in Childhood: An Exploratory Investigation. *Journal of Attention Disorders*. 2011; 15(3):204-14.
 56. Voigt RG, Katusic SK, Colligan RC, Killian JM, Weaver AL, Barbaresi WJ. Academic Achievement in Adults with a History of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Population-Based Prospective Study. *Journal Of Developmental And Behavioral Pediatrics: JDBP*. 2017; 38(1):1-11.
 57. Biederman J, Fried R, Petty C, Mahoney L, Faraone SV, Biederman J, et al. An examination of the impact of attention-deficit hyperactivity disorder on IQ: a large controlled family-based analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2012; 57(10):608-16.
 58. Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Res*. 2010; 177(3):299-304.
 59. DuPaul GJ, Franklin MK, Pollack BL, Stack KS, Jaffe AR, Gormley MJ, et al. Predictors and Trajectories of Educational Functioning in College Students with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Postsecondary Education and Disability*. 2018; 31(2):161-78.
 60. Galéra C, Melchior M, Chastang JF, Bouvard MP, Fombonne E. Childhood and adolescent hyperactivity-inattention symptoms and academic achievement 8 years later: The GAZEL Youth study. *Psychol Med*. 2009; 39(11):1895-906.
 61. Jaber L, Kirsh D, Diamond G, Shuper A. Long-Term Functional Outcomes in Israeli Adults Diagnosed in Childhood with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*. 2015; 17(8):481-5.
 62. Pingault J-B, Tremblay RE, Vitaro F, Carbonneau R, Genolini C, Falissard B, et al. Childhood trajectories of inattention and hyperactivity and prediction of educational attainment in early adulthood: a 16-year

- longitudinal population-based study. *The American Journal Of Psychiatry*. 2011; 168(11):1164-70.
63. Martin AJ. The role of ADHD in academic adversity: Disentangling ADHD effects from other personal and contextual factors. *Sch Psychol Q*. 2014; 29(4):395-408.
 64. Norwalk K, Norvilitis JM, MacLean MG. ADHD symptomatology and its relationship to factors associated with college adjustment. *Journal of Attention Disorders*. 2009; 13(3):251-8.
 65. Norvilitis JM, Sun L, Zhang J. ADHD symptomatology and adjustment to college in China and the United States. *J Learn Disabil*. 2010; 43(1):86-94.
 66. Niermann HCM, Scheres A. The relation between procrastination and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in undergraduate students. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014; 23(4):411-21.
 67. Langberg JM, Dvorsky MR, Becker SP, Molitor SJ. The impact of daytime sleepiness on the school performance of college students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A prospective longitudinal study. *J Sleep Res*. 2014; 23(3):318-25.
 68. Merkt J, Gawrilow C. Health, dietary habits, and achievement motivation in college students with self-reported ADHD diagnosis. *Journal of Attention Disorders*. 2016; 20(9):727-40.
 69. Bolic V, Hellberg K, Kjellberg A, Hemmingsson H. Stöd för lärande – mer än bara pedagogiskt stöd : Elever med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. AT-forum 2013: Nationell konferens i arbetsterapi, 2013; 2013.
 70. Wolf LE, Simkowitz P, Carlson H. College students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2009; 11(5):415-21.
 71. Hellberg K, Kjellberg A. Övergångsprocessen från skola till vidare studier och arbete Intervjuer med unga vuxna med ADHD och Aspergers syndrom. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2012.
 72. Nylander E, Bernhard D, Rahm L, Andersson P. oLika TillSAMmanS En kartläggning av folkhögskolors lärmiljöer för deltagare med funktionsnedsättningar. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2015.
 73. Parker DR, Hoffman SF, Sawilowsky S, Rolands L. Self-control in postsecondary settings: Students' perceptions of ADHD college coaching. *Journal of Attention Disorders*. 2013; 17(3):215-32.
 74. Prevatt F, Young JL. Recognizing and treating attention-deficit/hyperactivity disorder in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*. 2014; 28(3):182-200.
 75. Huang CL, Weng SF, Ho CH. Gender ratios of administrative prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) across the lifespan: A nationwide population-based study in Taiwan. *Psychiatry Res*. 2016; 244:382-7.
 76. Förskrivning av adhd-läkemedel 2016 : utvecklingen av incidens och prevalens. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
 77. Cortese S, Faraone SV, Bernardi S, Wang S, Blanco C. Gender differences in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from

- the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2016; 77(4):e421-8.
78. Retz-Junginger P, Rosler M, Jacob C, Alm B, Retz W. Gender differences in self- and investigator-rated psychopathology in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2010; 2(2):93-101.
 79. Arcia E, Conners CK. Gender differences in ADHD? *J Dev Behav Pediatr*. 1998; 19(2):77-83.
 80. Fedele DA, Lefler EK, Hartung CM, Canu WH. Sex differences in the manifestation of ADHD in emerging adults. *J Atten Disord*. 2012; 16(2):109-17.
 81. Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, Faraone SV, Adler LA, West SA. Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(2):213-21.
 82. Rucklidge JJ. Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; 33(2):357-73.
 83. Katz LJ, Goldstein G, Geckle M. Neuropsychological and personality differences between men and women with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 1998; 2(4):239-47.
 84. Rasmussen K, Levander S. Untreated ADHD in adults: are there sex differences in symptoms, comorbidity, and impairment? *J Atten Disord*. 2009; 12(4):353-60.
 85. Kakuszi B, Bitter I, Czobor P. Suicidal ideation in adult ADHD: Gender difference with a specific psychopathological profile. *Compr Psychiatry*. 2018; 85:23-9.
 86. Fitzgerald C, Dalsgaard S, Nordentoft M, Erlangsen A. Suicidal behaviour among persons with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 1-6.
 87. Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, Thomsen PH. Conduct problems, gender and adult psychiatric outcome of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2002; 181:416-21.
 88. ADHD hos flickor. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: SBU; 2005.
 89. Kopp S. Girls with social and/or attention impairments. Gothenburg: Institute of Neuroscience and Physiology, Child and Adolescent Psychiatry. University of Gothenburg; 2010.
 90. Smirthwaite G, Tengelin E, Borrmann T, Björnström A. (O)jämslällldhet i hälsa och vård. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2014.
 91. Faraone SV. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Implications for theories of diagnosis. *Curr Dir Psychol Sci*. 2000; 9(1):33-6.
 92. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*. 2019:14.
 93. Ginsberg Y. Attention deficit hyperactivity disorder in prison inmates [Elektronisk resurs]. Stockholm: Karolinska institutet; 2012.
 94. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:112-.

95. Lindgren E. "It's all about survival": Young adults' transitions within psychiatric care from the perspective of young adults, relatives, and professionals [Doctoral Thesis]. Luleå: Luleå tekniska universitet; 2014.
96. Philipp-Wiegmann F, Retz-Junginger P, Retz W, Rösler M. The intraindividual impact of ADHD on the transition of adulthood to old age. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016; 266(4):367-71.
97. Searight HR, Burke JM, Rottnek F. Adult ADHD: evaluation and treatment in family medicine. *Am Fam Physician*. 2000; 62(9):2077.
98. Ginsberg Y, Kooij S, Edvinsson D. Diagnostisk intervju för ADHD hos vuxna (DIVA). Nederländerna: DIVA Foundation; 2010.
99. Guldborg-Kjär T. ADHD in Old Age: Self-rated Symptoms and Clinical Information from a Population-Based Swedish Sample Aged 65 and Older. Gothenburg: University of Gothenburg; 2013.
100. Michielsen M, Comijs HC, Semeijn EJ, Beekman AT, Deeg DJ, Kooij JJS. The comorbidity of anxiety and depressive symptoms in older adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a longitudinal study. *J Affect Disord*. 2013; 148(2-3):220-7.
101. Michielsen M, de Kruif J, Comijs HC, van Mierlo S, Semeijn EJ, Beekman ATF, et al. The Burden of ADHD in Older Adults: A Qualitative Study. *J Atten Disord*. 2018; 22(6):591-600.
102. Semeijn EJ, Michielsen M, Comijs HC, Deeg DJ, Beekman AT, Kooij JJS. Criterion validity of an Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) screening list for screening ADHD in older adults aged 60-94 years. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013; 21(7):631-5.
103. Torgersen T, Gjervan B, Lensing MB, Rasmussen K. Optimal management of ADHD in older adults. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12:79-87.
104. Solanto MV, Surman CB, Alvir MJ. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for older adults with ADHD: a randomized controlled trial. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2018; 10(3):223-35.
105. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007; 257(7):371-7.
106. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*. 2009; 54(10):673-83.
107. Edvinsson D, Lindstrom E, Bingeors K, Lewander T, Ekselius L. Gender differences of axis I and II comorbidity in subjects diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder as adults. *Acta Neuropsychiatr*. 2013; 25(3):165-74.
108. Lee D-Y, Lee C-S, Park C-S, Kim B-J, Cha B-S, Lee S-J, et al. Effect of symptoms of adult attention deficit hyperactivity disorder on symptoms of post traumatic stress disorder in Korean conscripts. *Psychiatry Investig*. 2012; 9(2):154-60.
109. Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 192(2):118-23.
110. Rydén E, Thase ME, Stråth D, Aberg-Wistedt A, Bejerot S, Landén M. history of childhood attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) impacts clinical outcome in adult bipolar patients regardless of current ADHD. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; (3):239.

111. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2012; 122(1-2):11-9.
112. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2006; 60(1):38-43.
113. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer, TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2009; 70(11):1557-62.
114. Rydén E. Attention-deficit hyperactivity disorder in bipolar disorder. [Doctoral Thesis]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
115. Stickley A, Koyanagi A, Takahashi H, Ruchkin V, Inoue Y, Kamio Y. Attention-deficit/hyperactivity disorder and physical multimorbidity: A population-based study. *Eur Psychiatry.* 2017; 45:227-34.
116. Chen Q, Hartman CA, Haavik J, Harro J, Klungsøyr K, Hegvik T-A, et al. Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cross-sectional study. *PLoS One.* 2018; 13(9):e0204516-e.
117. Instanes JT, Klungsøyr K, Halmøy A, Fasmer OB, Haavik J. Adult ADHD and comorbid somatic disease: A systematic literature review. *Journal of Attention Disorders.* 2018; 22(3):203-28.
118. Cederlöf M, Larsson H, Lichtenstein P, Almqvist C, Serlachius E, Ludvigsson JF. Nationwide population-based cohort study of psychiatric disorders in individuals with Ehlers–Danlos syndrome or hypermobility syndrome and their siblings. 2016; 16(1):207.
119. Komurcu E, Bilgic A, Herguner S. Relationship between extremity fractures and attention-deficit/hyperactivity disorder symptomatology in adults. *Int J Psychiatry Med.* 2014; 47(1):55-63.
120. Weiss RE, Stein MA, Trommer B, Refetoff S. Attention-deficit hyperactivity disorder and thyroid function. *The Journal Of Pediatrics.* 1993; 123(4):539-45.
121. Snyder JA. College Students with ADHD: Extending the Lifestyles/Routine Activities Framework to Predict Sexual Victimization and Physical Assault: University of Cincinnati; 2011.
122. Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet (London, England).* 2015; 385(9983):2190-6.
123. Balazs J, Keresztesy A. Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: A systematic review. *World Journal Of Psychiatry.* 2017; 7(1):44-59.
124. Balazs J, Gyori D, Horvath LO, Meszaros G, Szentivanyi D. Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry.* 2018; 18(1):34.
125. Weissenberger S, Ptacek R, Vnukova M, Raboch J, Klicperova-Baker M, Domkarova L, et al. ADHD and lifestyle habits in Czech adults, a national sample. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018; 14:293-9.

126. Carlsoosn V. Dental Anxiety in Adults - Psychosocial Aspects, Oral Health and Psychological Treatment. [Doctoral Thesis] Göteborg: Göteborgs Universitet; 2015.
127. Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
128. Pulay AJ, Bitter I, Papp S, Gulácsi L, Péntek M, Brodszky V, et al. Exploring the relationship between quality of life (EQ-5D) and clinical measures in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Applied Research in Quality of Life*. 2017; 12(2):409-24.
129. He JA, Antshel KM, Biederman J, Faraone SV. Do Personality Traits Predict Functional Impairment and Quality of Life in Adult ADHD? A Controlled Study. *Journal Of Attention Disorders*. 2015.
130. Björk A, Rönngren Y, Selander J, Vinberg S, Hellzen O, Olofsson N. Health, lifestyle habits, and physical fitness among adults with ADHD compared with a random sample of a Swedish general population. *Society, Health & Vulnerability*. 2018; 9(1):1-.
131. Stickley A, Koyanagi A, Takahashi H, Ruchkin V, Kamio Y. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and loneliness among adults in the general population. *Res Dev Disabil*. 2017; 62:115-23.
132. Miklósi M, Máté O, Somogyi K, Szabó M. Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms, Perceived Stress, and Well-Being: The Role of Early Maladaptive Schemata. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. 2016; 204(5):364-9.
133. Canel C, Buadze A, Dube A, Eich D, Liebreinz M. Skills and compensation strategies in adult ADHD—A qualitative study. *PLoS One*. 2017; 12(9).
134. Kysow K, Park J, Johnston C. The use of compensatory strategies in adults with ADHD symptoms. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017; 9(2):73-88.
135. Antshel KM, Faraone SV, Maglione K, Doyle A, Fried R, Seidman L, et al. Is adult attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ? *Psychol Med*. 2009; 39(8):1325-35.
136. Holst Y, Thorell LB. Functional impairments among adults with ADHD: A comparison with adults with other psychiatric disorders and links to executive deficits. *Appl Neuropsychol Adult*. 2019:1-13.
137. Gordon CT, Fabiano GA. The transition of youth with adhd into the workforce: Review and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2019.
138. García Murillo L, Ramos-Olazagasti MA, Mannuzza S, Castellanos FX, Klein RG. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and homelessness: A 33-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55(11):931-6.
139. Chen Q, Brikell I, Lichtenstein P, Serlachius E, Kuja-Halkola R, Sandin S, et al. Familial aggregation of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2017; 58(3):231-9.
140. Agha SS, Zammit S, Thapar A, Langley K. Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22(6):369-77.
141. Babinski DE, Pelham WE, Molina BSG, Gnagy EM, Waschbusch DA, Wymbs BT, et al. Maternal ADHD, Parenting, and Psychopathology

- Among Mothers of Adolescents With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2016; 20(5):458-68.
142. Miller RW, Gondoli DM, Gibson BS, Steeger CM, Morrissey RA. Contributions of Maternal Attention-Deficit Hyperactivity and Oppositional Defiant Disorder Symptoms to Parenting. *Parenting: Science & Practice*. 2017; 17(4):281-300.
 143. Park JL, Hudec KL, Johnston C. Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2017; 56:25-39.
 144. Wymbs BT, Wymbs FA, Dawson AE. Child ADHD and ODD behavior interacts with parent ADHD symptoms to worsen parenting and interparental communication. *J Abnorm Child Psychol*. 2015; 43(1):107-19.
 145. Edel M-A, Juckel G, Brüne M. Interaction of recalled parental ADHD symptoms and rearing behavior with current attachment and emotional dysfunction in adult offspring with ADHD. *Psychiatry Res*. 2010; 178(1):137-41.
 146. Koemans RG, van Vroenhoven S, Karreman A, Bekker MHJ. Attachment and autonomy problems in adults with ADHD. *Journal Of Attention Disorders*. 2015; 19(5):435-46.
 147. Syrjänen M, Hautamäki A, Pleshkova N, Maliniemi S. Adults with ADHD—A retrospective account of the family systems and attachment relationships. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. 2018; 15(2):123-31.
 148. Björkenstam E, Björkenstam C, Jablonska B, Kosidou K. Cumulative exposure to childhood adversity, and treated attention deficit/hyperactivity disorder: a cohort study of 543 650 adolescents and young adults in Sweden. *Psychol Med*. 2018; 48(3):498-507.
 149. Babinski DE, Waxmonsky JG, Waschbusch DA, Humphery H, Pelham WE Jr. Parent-Reported Improvements in Family Functioning in a Randomized Controlled Trial of Lisdexamfetamine for Treatment of Parental Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017; 27(3):250-7.
 150. Babinski DE, Waxmonsky JG, Pelham WE Jr. Treating parents with attention-deficit/hyperactivity disorder: the effects of behavioral parent training and acute stimulant medication treatment on parent-child interactions. *J Abnorm Child Psychol*. 2014; 42(7):1129-40.
 151. Chronis-Tuscano A, O'Brien KA, Johnston C, Jones HA, Clarke TL, Raggi VL, et al. The relation between maternal ADHD symptoms & improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by change in negative parenting. *J Abnorm Child Psychol*. 2011; 39(7):1047-57.
 152. Hirvikoski T, Lindström T, Carlsson J, Waaler E, Jokinen J, Bölte S. Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial. *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists*. 2017; 44:141-52.
 153. Gunnel Janeslätt, AHR. Föräldraskap hos vuxna med ADHD eller Autismspektrumtillstånd: Nka Linnéuniversitetet; 2015. Report No.: 2015:7.
 154. PM, läkarintyg för körkort vid ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd. Borlänge: Transportstyrelsen; 2011

155. Sjukdomar och medicinska förhållanden som kan kräva utredning. Borlänge: Transportstyrelsen; 2019. Hämtad 2019-05-22 från: <https://transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/Korkort/ta-korkort/medicinska-krav/>
156. Vaa T. ADHD and relative risk of accidents in road traffic: a meta-analysis. *Accident; Analysis And Prevention*. 2014; 62:415-25.
157. Vaa T, Elvebakk B, Fjellestad K. ADHD og risiko for ulykker i veitrafikk. Oslo: Transportøkonomisk institutt (TØI); 2008.
158. Jerome L, Habinski L, Segal A. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and driving risk: a review of the literature and a methodological critique. *Current Psychiatry Reports*. 2006; 8(5):416-26.
159. Gobbo MA, Louzã MR. Influence of stimulant and non-stimulant drug treatment on driving performance in patients with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *European Neuropsychopharmacology: The Journal Of The European College Of Neuropsychopharmacology*. 2014; 24(9):1425-43.
160. Chang Z. The origins and consequences of attention deficit hyperactivity disorder. Stockholm: Karolinska Institutet, Dept of Medical Epidemiology and Biostatistics; 2013.
161. Helman S, Vlakveld W, Fildes B, Oxley J, Fernández-Medina K, Weekley J. Study on driver training, testing and medical fitness. Directorate-General for Mobility and Transport (European Commission); 2016
162. Förklaring av antagningskrav. Polisen; Hämtad 2019-05-22 från: <https://polisen.se/om-polisen/bli-polis/ansoka-till-polisutbildningen/forklaring-av-antagningskrav-till-polisutbildningen/>
163. Information om hälsokrav för sökande till Skydd mot olyckor utbildningen. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB); 2019. Hämtad från: <https://www.msb.se/sv/Utbildning--ovning/Utbildning/Skydd-mot-olyckor/Antagning/Lakarundersokning/>
164. Farligt arbete – läkar- och hälsoundersökningar. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2018. Hämtad 2019-05-22 från: <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/lakar-och-halsundersokningar/farligt-arbete---lakar--och-halsundersokningar/>
165. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Spencer T, et al. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *The American Journal of Psychiatry*. 1995; 152(3):431-5.
166. Familjelyftets rapport: del 1 "Alla med NPF är ju så olika. Socialtjänsten har några verktyg som en hammare...Men ibland är ju mitt barn en skruv." Riksförbundet Attention Familjelyftet; 2019.
167. Bemötande. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Hämtad 2019-05-22 från: <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/adhd2014/Sidor/Bemotande.aspx>
168. Demokratisk delaktighet hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Stockholm: Myndigheten för delaktighet (MFD); 2016.
169. Valdeltagande bland personer med funktionsnedsättning [Elektronisk resurs]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2015.
170. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård - Delrapport 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.

