



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Klinisk handbok 2019

Neuropsykiatri

Utredning och behandling av vuxna

Denna handbok har utarbetats hösten 2015 av följande arbetsgrupp:

David Ardler, leg psykolog, Neuropsykiatriska mottagningen för vuxna

Tobias Eriksson, chefsöverläkare, Beroendemottagningen

Susanna Grund, leg psykolog, Bålsta psykiatrimottagning

Maria Markhed, överläkare, Neuropsykiatriska mottagningen för vuxna

Mattias Myrälff Westin, leg psykolog, Utvecklingsenheten

Claudia Ring, leg psykolog, Neuropsykiatriska mottagningen för vuxna

Niclas Tindberg, överläkare, Allmänpsykiatrisk mottagning Enköping

Marcus Westin, överläkare, Mottagningen för unga vuxna

Omfattande revidering utförd av Maria Markhed och Claudia Ring april 2019

Kontaktperson: David Ardler, tel 018-6112366 (växel), E-post David.ardler@akademiska.se

Förord

Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är ett tillstånd som ofta är medfött och livslångt och som kan påverka personens funktion inom flera olika områden i livet. De vanligaste diagnoserna är ADHD, autismspektrumstörning och Tourettes syndrom. Av dessa diagnoser har ADHD hos vuxna en prevalens på ca 2,8%. Prevalensen för autism ligger på ca 1 % och för Tourettes syndrom på ca 1 %. I gruppen av personer med psykiatriska problem som har kontakt med psykiatri antas förekomsten av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning vara betydligt högre än i genomsnittspopulationen. Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har ibland symtom och funktionsnedsättning som gör att de utan stöd och anpassning inte kan tillgodogöra sig gängse psykiatrisk behandling, vilket i sin tur kan förlänga och försvåra vårdförloppet. En bedömning och utredning tjänar flera syften, dels för att ställa diagnos och ge diagnosspecifik behandling och dels att beskriva och förklara hur patienten fungerar för att på så vis öka förståelse och möjliggöra anpassningar av behandling. En neuropsykiatrisk utredning förutsätter att ansvariga utredare har gedigen kunskap och erfarenhet av både patientgruppen och utredningsmetoderna.

Vårdkedjan

Verksamheter inom och utanför vården bör kunna uppmärksamma symtom på neuropsykiatri och utforma stödinsatser i närmiljön innan utredning initieras.

- Första linjens psykiatri är primärvården som erbjuder en första screening och bedömning av misstänkt neuropsykiatrisk problematik samt uteslutande av annan somatisk problematik.
- Närvårdsteamet för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är första linjen neuropsykiatri och erbjuder anpassat stöd i vardagen och samordning på basnivå.
- I specialistpsykiatri erbjuds utredning och behandling för personer med måttlig till svår funktionsnedsättning till följd av neuropsykiatriska symtom och där tidigare insatser på lägre vårdnivåer inte räckt till (se s.4). Parallellt med specialistpsykiatri finns Habilitering för barn och vuxna som vänder sig till personer med utvecklingsstörning, autism, rörelsehinder, flerfunktionshinder, förvärvad hjärnskada samt ADHD med tilläggsproblematik.

INNEHÅLL

Inledning	2
Kriterier för utredning	3
Processöversikt	5
Screening	6
Bedömning	7
Utredning	8
Neuropsykiatriskt utlåtande	13
Återkoppling	15
Behandling	16
Samsjuklighet	20
Sjukskrivning	20
Neuropsykiatri och samtidig beroendediagnos	21
Referenser	23
Bilagor	

Läsvärd information:

attention.se

lul.se/infoteket

1177.se

akademiska.se

habilitering.se

psykiatristod.se

Kriterier för neuropsykiatrisk utredning i specialistpsykiatri

Efterfrågan på neuropsykiatriska bedömningar och utredningar har ökat kraftigt under de senaste åren. För att säkerställa att befintliga resurser allokeras till patienter med störst behov, psykiatrisk samsjuklighet och/eller svår funktionsnedsättning krävs medicinska prioriteringar. Faller en och samma patient samtidigt inom flera av nedanstående kriterier skall detta särskilt beaktas som prioriteringsgrund för utredning.

Kriterier för neuropsykiatrisk utredning

Måttlig till svår funktionsnedsättning:

Exempelvis hemlöshet, skuldsanering, havererade gymnasiestudier eller oförmåga till egen försörjning trots upprepade försök.

Patienter med misstanke om svår ADHD enligt DSM-5. Svår ADHD innebär många symtom utöver de som krävs för diagnosen, eller flera särskilt svåra symtom, eller att symtomen orsakar markant nedsättning av förmågan att fungera socialt eller i arbetslivet.

Autismspektrumstörning på nivå 2-3 "kräver omfattande stöd" – "kräver mycket omfattande stöd" se DSM-5 för detaljerad beskrivning.

Tourettes syndrom som innebär frekventa och omfattande tics vilka medför tydligt lidande och nedsatt social funktion och där behov av medicinsk och/eller psykologisk behandling är indicerad till följd av detta.

Samsjuklighet utan tillräcklig behandlingseffekt:

Patienter som behandlas inom specialistpsykiatri med annan psykiatrisk diagnos där evidensbaserade behandlingsinsatser inte har haft tillräcklig eller utebliven effekt och det finns en allvarlig och **befogad** misstanke om underliggande neuropsykiatrisk problematik som orsak till detta.

Pågående beroendeproblematik:

Patienter med pågående beroendeproblematik (senaste återfall inom ett år alt nyutskrivna från behandlingshemsvistelse) där misstanke om neuropsykiatrisk funktionsnedsättning föreligger. Dock ska krav på verifierad drogfrihet under minst 6 veckor före utredning säkerställas.

Allvarlig somatisk sjukdom:

Patienter med allvarlig somatisk sjukdom/skada där obehandlad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning omöjliggör/försvårar adekvat behandling/omvårdnad av sjukdomstillståndet.

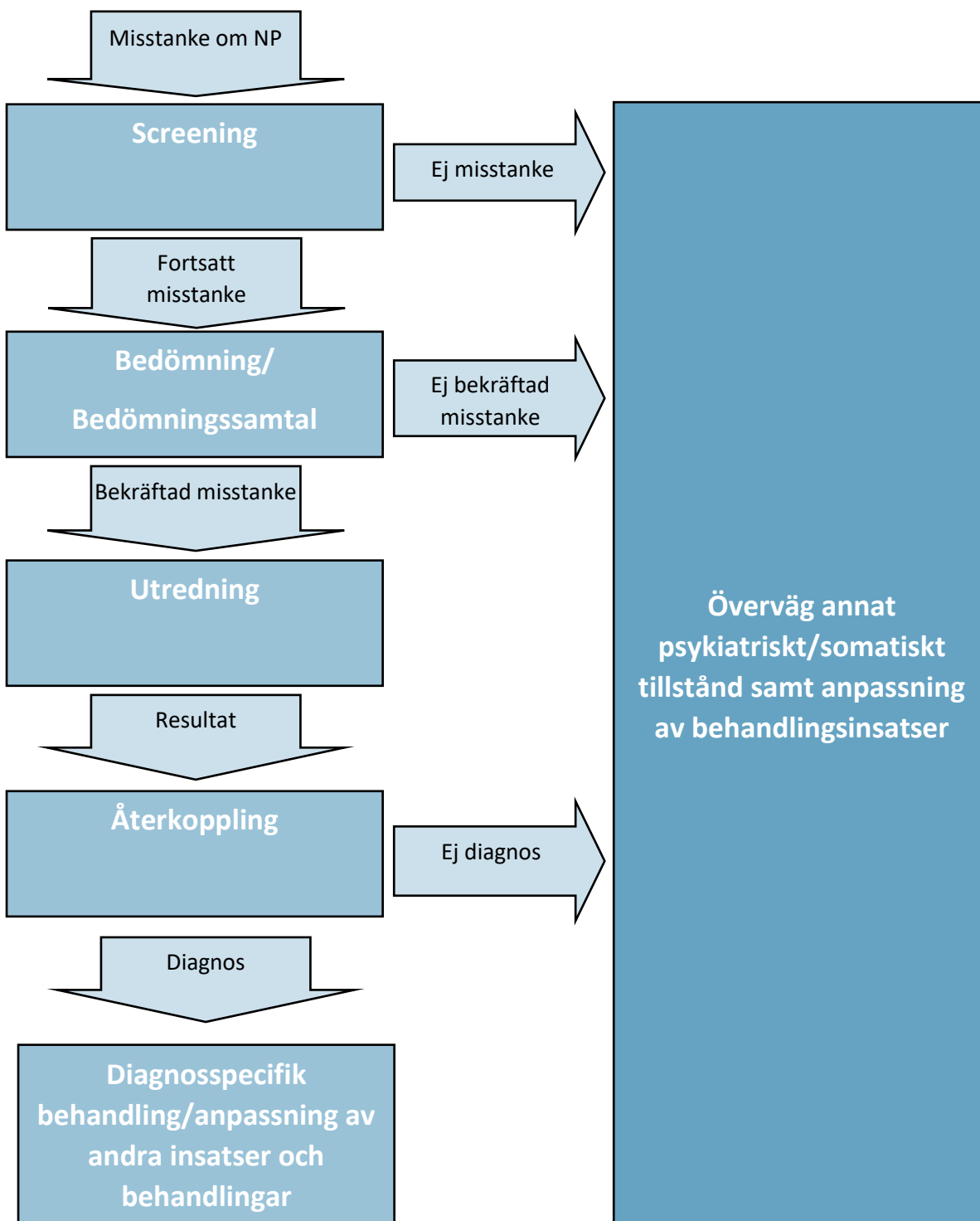
Där funktionsnedsättningen påverkar föräldraskapet

Föräldrar med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning där det befaras att funktionsnedsättningen påverkar förmågan till omhändertagandet av barnets grundläggande behov. För upplysningar avseende orosanmälan hänvisas till Socialstyrelsens hemsida.

Kriminalitet

Patienter som har kontakt med frivården och/eller kriminalvården. Det ska finnas en misstanke om en koppling mellan de kriminella handlingarna och den neuropsykiatriska funktionsnedsättningen. Patienten skall ingå i en vårdkedja.

Processöversikt för neuropsykiatrisk utredning



Screening

Syfte

Screening genomförs när en patient uppvisar symtom och funktionsnedsättning som kan misstänkas bero på neuropsykiatrisk problematik och bedöms uppfylla kriterier för utredning inom specialistpsykiatrin (se s.4).

Genomförande

- Screening för neuropsykiatrisk problematik ska alltid genomföras i informerat samförstånd med patienten.
- Patienten får fylla i screeninginstrument, se högerspalt för aktuella instrument.
- Anhöriga till patienten ombeds fylla i formulär NF5-15 i syfte att säkerställa symtom i barndomen samt involvera anhöriga inför en eventuell fortsatt utredning.
- Utredaren genomför en utförlig journalgranskning och genomgång av tidigare genomförda utredningar.
- Utifrån detta tar utredaren tillsammans med patienten ställning till om det finns anledning att gå vidare med ett bedömningsamtal.
- Drogscreening skall alltid genomföras innan fortsatt bedömning.
- Vid behov rekvirera journalhandlingar.

Var observant på vilket tillstånd patienten befinner sig i och vilka andra faktorer som kan antas inverka på screening, t ex svårare ångesttillstånd, pågående livskris, PTSD, depression, pågående beroendeproblematik, psykotiska symtom, vissa somatiska tillstånd etc.

Om inga hållpunkter framkommer för neuropsykiatriska tillstånd går man ej vidare till bedömningsamtal/utredning gällande denna typ av problematik utan då ska annat tillstånd övervägas.

Dokumentation

Resultatet från screeningen dokumenteras i sedvanlig journalanteckning. Bedömningsinstrument (skattningsskalor) scannas in till "Externt arkiv".

SCREENINGINSTRUMENT

AUDIT

DUDIT

ASRS

WURS

NF5-15

AQ/RAADS-14

WHODAS 2.0/WFIRS-S

<http://navet.lul.se/Organisation/Akademiska-sjukhuset-organisation/Allmanpsykiatri/skattningsskalor-1/>

<http://www1.psykiatristod.se/Psykiatristod/Psykiatriprogram/Bilagor/Bilagor/>

Bedömning

Syfte

Bedömningssamtalets syfte är att avgöra om patienten skall genomgå en neuropsykiatrisk utredning (i enlighet med kriterier för utredning se s.4). Bedömningssamtalet kan ge viktig information även om utfallet ej leder till vidare utredning. I bedömningssamtalet ingår även återkoppling av screeningresultat samt rekommendationer och information avseende utredning/andra insatser.

Genomförande

- Bedömningssamtalet bör följa rubrikerna i bedömningsmallen, se högerspalt samt bilaga 1.
- Utgår från screeningresultat.
- Utföres av behandlande läkare/psykolog.
- Var observant på vilket tillstånd patienten befinner sig i och vilka andra faktorer som kan antas inverka på bedömningen, t ex pågående livskris, depression, pågående beroendeproblematik, psykotiska symtom etc.
- Vid bedömning är det viktigt att säkerställa drogfrihet (även pågående medicinering som kan påverka patientens kognition bör utvärderas) inför en eventuell efterföljande utredning då det inverkar på utredningsresultatet. I dessa fall kan anhörigintervjuer vara lämplig utgångspunkt tills dess att drogfrihet säkerställs.
- Inhämta kontaktuppgifter till anhörig som kan delta i utredningen.
- Återkoppling till patient och aktuella vårdkontakter samt vidare rekommendationer.
- Suicidriskbedömning.

Dokumentation

Resultatet från screeningen dokumenteras enl sedvanlig journalanteckning samt scannas till "Externt arkiv".

MALL FÖR BEDÖMNINGSSAMTAL

Tid: Varierar beroende på tillstånd

Bedömningssamtalsmall

Syfte och patientens egen problembeskrivning

Aktuell social situation

Läkemedel tidigare/aktuella

Droger, alkohol, övrigt missbruk

Utsatthet för våld

kriminalitet

Psykiatrisk problematik aktuell och tidigare

Somatisk sjukhistoria från barndom till vuxen ålder inkl olycksfall/infektioner

Ärftlighet

Graviditet/förlossning/tidig utveckling

Symtom och funktionsnedsättning i barndomen

Symtom och funktionsnedsättning i vuxen ålder

Journalrekvisition + patientens medgivande.

Psykisk status inkl suicidrisk

Bedömning

Åtgärd/planering

Utredning

Syfte

Syftet med en neuropsykiatrisk utredning är att kartlägga och beskriva patientens tidigare och aktuella funktionsnivå, för att optimera och säkerställa att rätt typ av stöd-, och behandlingsinsatser ges. Utredningen syftar även till att fastställa eller avfärda neuropsykiatrisk diagnos. I denna handbok har vi utgått från ett förhållningssätt där utredningen ej enbart syftar till att ställa diagnos utan även syftar till att ge en funktionsbeskrivning av patienten. Det vi vet idag om neuropsykiatriska tillstånd är att förloppet oftast är livslångt och således att en rätt fastställd diagnos ger möjligheter till rätt stöd och insatser på adekvat nivå. Funktionsbeskrivningen är till för att vägleda framtida vårdgivare och att hjälpa patienten att förstå sina svårigheter och potentiella resurser.

Att beakta vid utredning av patienter med psykiatrisk samsjuklighet

Det är viktigt att vid en neuropsykiatrisk utredning där det finns en annan aktuell psykiatrisk samsjuklighet belägga att patientens neuropsykiatriska symtom och svårigheter förekom före debut av samsjuklighet (ofta i barndomen). Utredningen ska fokusera på patientens hela livshistoria och hur de neuropsykiatriska symtomen sett ut över tid och ej enbart i aktuell tidsperiod och barndom. Att symtomen innebär en funktionsnedsättning eller lidande för patienten ifråga är ett nödvändigt kriterium för att uppfylla en neuropsykiatrisk diagnos vilket gör det viktigt att under utredningen härleda i vilken grad patientens funktionsnedsättning faktiskt beror på de neuropsykiatriska symtomen till skillnad från funktionsnedsättning på grund av samsjukligheten. Neuropsykiatrisk utredning är en specialistpsykiatrisk angelägenhet vilket kräver goda kunskaper och erfarenhet inom området hos utredande yrkesgrupper.

Kontraindikationer mot utredning

Det är inte alltid rätt tidpunkt att genomföra en neuropsykiatrisk utredning trots misstanke om neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Det krävs då en mycket noggrann avvägning innan utredning. Exempel på detta är:

- Inneliggande patienter på slutenvård för svår affektiv problematik/suicidalitet
- Svår obehandlad axel-I problematik (exempelvis samtidig beroendeproblematik, akut krissituation, svåra ångesttillstånd, depression)
- Under tredje trimestern av graviditeten eller strax efter förlossning/vid amning
- Vid motivationsbrist hos patienter eller där de tydligt motsätter sig utredning

Dokumentation

Utredningen sammanställs både i journalanteckning och i blankett "Neuropsykiatriskt utlåtande" alternativt skrivs i Word-dokument med rubrikerna som återfinns på s 12. Utlåtandet ska undertecknas av ansvariga utredare. I de fall då vissa moment i utredningen genomförts av yrkeskategorier under utbildning (t ex PTP, läkarkandidater/psykologstudenter) ska även ansvarig handledare underteckna. Bedömningsinstrument scannas in i "Externt arkiv" under försättsbladet "mottagningsbesök". WAIS-IV och annat sekretesskyddat material scannas in under "Instrumentell sekretess" då enbart psykologer har tillstånd att ta del av detta material.

Utredning forts.

Genomförande

Var observant på vilket tillstånd patienten befinner sig i och vilka andra faktorer som kan antas inverka på utredningsresultatet, t ex pågående livskris, depression, pågående beroendeproblematik, psykotiska symtom etc.

Nedanstående innehåll i basutredning utgår från att patienten är obedömd sedan tidigare. Är patienten däremot känd/i pågående behandling kan resultat av tidigare genomförda utredningsmoment/bedömningar användas under förutsättning att de speglar patientens aktuella situation/status.

Innehåll basutredning vid ADHD-frågeställning

- Laboratorieprover inkl. drogscreening
- Skattningsskalor/screening (se avsnittet screening)
- Genomgång av tidigare journal/utredningar (såväl psykiatriska som somatiska)
- Psykiatrisk anamnes och bedömning av eventuell samsjuklighet och/eller differentialdiagnostik (MINI/SCID-I)
- DIVA med patient - kartläggning av symtom och funktion i barndom och vuxen ålder
- DIVA med anhörig eller annan vuxen som varit närvarande under patientens barndom samt utvecklingsanamnes
- WAIS-IV (samtliga ordinarie deltest) - kartläggning av kognitiv förmåga
- Medicinsk utredning; somatiskt inkl. neurologisk status (se högerspalt)

Tillägg vid behov

- DIVA med partner/nära vän angående
- Arbetsterapeutisk bedömning t ex PRPP, WCPA
- Psykiatrisk bedömning med SCID-II vid misstanke om personlighetssyndrom
- Utvidgad neuropsykologisk testning t ex med datoriserat uppmärksamhetstest, RCFT, WMS-III, D-KEFS
- Fysioterapeutisk bedömning vid misstanke om t ex motorik-/koordinationsstörning

MEDICINSK UTREDNING

Somatisk anamnes

Inhämtande av tidigare och nuvarande somatisk sjukhistoria

Somatisk status

Allmäntillstånd (kroppsbyggnad, stickmärke, tecken på våld, rörelsemönster, stigmata – se särskilt BILAGA 3)

Hjärta/kärl, puls, blåsljud, carotider, blodtryck

Lungor

Buk

Sköldkörtel

Nerv: ögonmotorik, reflexer, sensibilitet, vibration, motorik, soft neurological signs (koordination), hörsel (visk stämma 4 meter).

Labbsprovtagning (BILAGA 2)

Drogscreening, övervakat urinprov (om positivt utfall; ställningstagande till åtgärd. Vanligen 6 veckors verifierad drogfrihet innan utredning initieras)

Psykiatrisk anamnes

Psykiatrisk anamnes och bedömning. Genomförande av psykiatriska skattningar (MINI/SCID-I och DIVA. Kan även genomföras av psykolog)

Psykiskt status

Psykiskt status (orienteringsgrad, stämningsläge, formell och emotionell kontakt, tecken på NP-symtom såsom förhöjd aktivitetsnivå, uppmärksamhetssvårigheter, impulsivitet samt aktuell suicidrisk)

Innehåll basutredning vid autismspektrumfrågeställning

- Laboratorieprover inkl. drogscreening
- Skattningsskalor/screening (se avsnittet screening)
- Genomgång av tidigare journal/utredningar (såväl psykiatriska som somatiska)
- Psykiatrisk anamnes och bedömning av eventuell samsjuklighet och/eller differentialdiagnostik (MINI/SCID-I)
- IDA - Kartläggning av symtom och funktion i förhållande till diagnostiska kriterier enligt DSM-5
- ADI-R med anhörig/ eller annan vuxen som varit närvarande under patientens barndom samt utvecklingsanamnes
- WAIS-IV (samtliga ordinarie deltest) - kartläggning av kognitiv förmåga
- Medicinsk bedömning; somatiskt inkl. neurologisk status (vg se medicinsk utredning ADHD)

Tillägg vid behov

- Anhörigintervju med partner/vän
- Arbetsterapeutisk bedömning t ex PRPP, WCPA
- Psykiatrisk bedömning med SCID-II vid misstanke om personlighetssyndrom
- Utvidgad neuropsykologisk testning t ex med ADOS, DMASC-MC, RCFT, WMS-III, D-KEFS
- Fysioterapeutisk bedömning vid misstanke om t ex motorik-/koordinationsstörning

Planering av en neuropsykiatrisk utredning

- Utredningen bör vara sammanhållen i tid. För vissa patienter kan heldagsutredningar bokas in i de fall patienten bedöms klara av detta.
- Med fördel bokas utredningen med ett tydligt start- och slutdatum.
- I en utredning bör man vara minst två yrkeskategorier, vanligtvis en specialistläkare och en leg psykolog.
- Det är bra att utse en koordinator som ansvarar för utredningen.
- Involvera gärna patienten i utredningsplaneringen för att förhindra exempelvis uteblivanden och främja motivation.
- För en bra övergång från utredning till exempelvis medicinsk behandling bör sjuksköterska delta vid diagnosbesöket.

Utredning flödesschema

Observera att följande tidsuppskattningar förutsätter att utredande behandlare är bekant med instrument och moment i utredningen samt genomfört bedömningsamtal och har kartlagt patientens aktuella situation. Tidsangivelserna är uppskattad effektiv patienttid, tid för administration såsom journalskrivning/rättning av testresultat tillkommer.

Inför den neuropsykiatriska utredningen är det viktigt att ta hänsyn till vilka utredningsmoment som redan är genomförda, exempelvis screeningar och neuropsykologiska tester som WAIS-IV. Har WAIS-IV genomförts inom 2 år skall detta ej administreras.

Vid utredning av patienter med misstänkt neuropsykiatri och pågående beroendeproblematik börja med anhörigintervju DIVA/ADI-R och utvecklingsanamnes. Invänta 6 veckors drogfrihet innan utredningsmoment med patient påbörjas. Vid utredning av patienter med misstänkt neuropsykiatri samt pågående Axel-I problematik där den senare antas påverka möjligheten att tolka utredningsresultatet, bör utredningen inledas med anhörigintervju DIVA/ADI-R och utvecklingsanamnes. Utredningen kan vanligen fortsätta först efter att Axel-I tillståndet stabiliserats.

ADHD-utredning

Blodprov & urin-screen Ca 20 min SSK
Psykiatrisk anamnes och psykiskt status MINI/SCID-I ca 90 min LÄ/PS
Medicinsk bedömning: somatisk anamnes + somatiskt status ca 60 min LÄ
WAIS-IV Ca 120 min PS
DIVA med patient Ca 90 min Ps/LÄ
DIVA anhörigintervju och utvecklingsanamnes Ca 90 min LÄ/PS
Tillägg vid behov (se s. 9)
DIAGNOSKONFERENS Ca 30 min
DIAGNOSBESÖK Ca 45 min

Autism-utredning

Blodprov & urin-screen Ca 20 min SSK
Psykiatrisk anamnes och psykiskt status MINI/SCID-I ca 90 min LÄ/PS
Medicinsk bedömning: somatisk anamnes + somatiskt status ca 60 min LÄ
WAIS-IV Ca 120 min PS
IDA med patient Ca 120 min Ps/LÄ
ADI-R och utvecklingsanamnes Ca 180 min LÄ/PS
Tillägg vid behov (se s. 10)
DIAGNOSKONFERENS Ca 30 min
DIAGNOSBESÖK Ca 45 min

Neuropsykiatriskt utlåtande

Utlåtandet dokumenteras av ansvarig för utredningen. Följande rubriker kan med fördel användas i blanketten "Neuropsykiatriskt utlåtande" i Cosmic alternativt i Worddokument som bifogas journal/scannas in i "Externt arkiv". Se Bilaga 9 för ett exempelutlåtande med förslag på hur man kan skriva.

Namn och kontaktuppgifter

Patient Patientsson, 19XXXXXX-XXXX

Frågeställning

ADHD/ADD/Autism/Tourettes syndrom

Syfte med utredningen

Tydlig beskrivning av varför patienten se s. 4 avseende kriterier för utredning samt ev patientens mål med utredning.

Ansvariga utredare

Namn på de behandlare som varit delaktiga i den neuropsykiatriska utredningen och under vilken tidsperiod samt på vilken mottagning utredningen genomfördes.

Utredningsmetoder

Kort beskrivning av de moment och instrument som ingått i utredningen. För en tydligare redovisning kan detta avsnitt delas in i en medicinsk och en psykologisk del.

Resultatredovisning av rådata

Kortfattad beskrivning av resultatet på de instrument/moment som ingått i utredningen inkl ev cut off värden. Tolknings av resultaten sparas till senare delar av utlåtandet. Resultatdelen kan med fördel delas in i en medicinsk och en psykologisk del.

Skattningsskalor

Psykologtestning

Diagnostiska intervjuer

Beteende under utredningen

Utvecklingsanamnes och symtom i barndomen

Beskrivning av patientens uppväxtförhållanden. Information om utveckling, från graviditet till ca 18 års ålder. Även information om symtomatologin under barndomen i olika områden samt patientens skolgång. Information om ärftlighet för neuropsykiatriska tillstånd ska finnas här. (information inhämtas från intervju med patient och anhörig, strukturerade intervjuer som DIVA/ADI-R, skattningsskalor, tidigare journaler etc).

Aktuell funktionsbeskrivning

Beskrivning av patientens funktion. Under denna rubrik vägs alla utredningsfynd samman så som observationer, intervjumaterial, resultat, anhörigbeskrivning och patientens egen beskrivning till en samlad bild av hur patienten fungerar. Funktionsbeskrivningen skall sedan kunna användas av patienten själv, patientens anhöriga samt av vårdgivare och andra myndigheter och då fungera som underlag för individuella åtgärder och insatser. Viktigt att här inte enbart fokusera på symtom som finns, utan hur symtomen påverkar patientens funktion och omgivning.

Risk- och skyddsfaktorer

En kort beskrivning av de faktorer som framkommit i utredning som kan tänkas påverka patientens prognos gällande exempelvis behandlingsinsatser. Viktigt att lyfta fram både styrkor och svagheter.

Medicinsk bedömning

Provtagning

Somatiskt status inklusive neurologisk status

Somatisk anamnes

Psykiatrisk anamnes och psykiatrisk samsjuklighet

Psykiatrisk anamnes med beskrivning och bedömning av befintliga och misstänkta diagnoser (information inhämtas från exempelvis MINI/SCID-I/SCID-II).

Psykisk status

Sammanfattning och diskussion

Sammanställning av utredningen som utgår från konsensus vid diagnoskonferensen. Det resonemang som leder fram till diagnos eller ej och eventuella differentialdiagnostiska överväganden skall tydligt framgå av texten.

Diagnos

Huvuddiagnos samt eventuella bidiagnoser.

Rekommendationer

Konkret beskrivning av åtgärdsförslag som utgår från den inledande frågeställningen/problemformuleringen och som baseras på utredningsresultatet. Föreslagna åtgärder skall rangordnas och ha tydlig koppling till att höja patientens funktionsnivå utifrån individuella förutsättningar.

Namn, ort och datum

Underskrifter av ansvariga utredare, ort och datum.

Återkoppling/Diagnosbesök

Syfte

Diagnosbesöket tillsammans med patienten (och gärna anhörig) syftar till att sammanfatta den aktuella neuropsykiatriska utredningen och dess resultat.

En neuropsykiatrisk utredning är starten på en ofta livslång behandling för den enskilde patienten. Det innebär att göra patienten delaktig och ge förutsättningar för att ta eget ansvar för sin situation. Att stödja patienten till att bli kompetent i sitt funktionshinder för att själv kunna söka adekvat hjälp och stöd hos rätt instanser. Förhoppningen är att patienten ska kunna söka relevant hjälp vid behov. I förlängningen kan detta minska lidandet och förhindra pålagring av annan psykiatrisk samsjuklighet. Kunskap om sitt funktionshinder ger förutsättning för ökad förståelse för sin problematik, sina sårbarhetsfaktorer och hur symtomen påverkar ens vardagliga fungerande. I dagsläget är enda sättet att få denna kunskap genom en kartläggande utredning där funktionshindret undersöks genom strukturerade intervjuer, psykologisk testning och ibland kartläggning av arbetsterapeut. Kartläggning av styrkor/svagheter och en förståelse/acceptans av egna förutsättningarna är grundläggande för att en patient ska få möjlighet att hantera sitt liv och sin situation. Detta blir än viktigare vid samsjuklighet som är mer regel än undantag för denna patientgrupp. För att kunna tillgodogöra sig gängse behandlingar och för att förhindra ytterligare försämring och befästa en redan låg funktionsnivå behövs anpassningar utifrån det kognitiva funktionshindret.

Genomförande


- Återkopplingsamtalet kan med fördel ske tillsammans med den/de som kommer att vara delaktiga i patientens fortsatta vård/behandling på mottagningen, förslagsvis sjuksköterska
- Uppmuntra att anhörig medverkar
- Muntlig och skriftlig sammanfattning till patienten av hela utredningen och dess resultat
- Återgivningen kan med fördel innehålla visuella hjälpmedel (bilder, kurvor etc)
- Rekommendationer utifrån utredningsresultat
- Efter återkopplingsamtalet skall patienten få med sig det neuropsykiatriska utlåtandet och eventuella informationsblad från exempelvis infoteket
- Var observant på patientens psykiska status och hur utredningsresultatet emottas. Vid behov görs suicidriskbedömning då en neuropsykiatrisk diagnos eller dementi av diagnos kan leda till en akut krisreaktion
- Planera för eventuell uppföljning
- Upprätta vårdplan tillsammans med patienten (se bilaga 4)

Dokumentation


Dokumenteras i sedvanlig journalanteckning. Viktigt att i samband med besöket även sätta diagnoskod och upprätta/revidera vårdplan.

Behandling vid ADHD


Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är medfödda och problemen ofta livslånga. Behandlingen riktad till patienter med ADHD syftar till att öka patientens förmåga att kompensera för sin funktionsnedsättning, utifrån dennes individuella förutsättningar, samt till att minska symtom och öka funktion. Stegvis vård bör tillämpas och det är viktigt att patienten får stöd i att planera behandlingsinsatserna. Behandlingsinsatser bör också planeras utifrån patientens funktion och aktuella behov samt utgå från resultatet av den neuropsykiatriska utredningen. För behandlingsinsatser vid samsjuklighet se s. 20. Det är viktigt att involvera anhöriga i behandlingen av ADHD då detta ofta leder till bättre behandlingsresultat.



Öppna grupper med psykoedukativa insatser för baskunskap om ADHD, exempelvis "PADHDA"/ "PEGASUS"



Behandling och intervention i grupp, exempelvis "HA KOLL " och "HESSLINGER"



Individuella insatser, exempelvis psykologisk behandling "Safren",
Individuell arbetsterapi



Medicinering vid ADHD

Psykoedukativa insatser vid ADHD

För nydiagnosticerade patienter med ADHD rekommenderas någon av nedanstående psykoedukativa insatser som ett första behandlingssteg.

PADHDA: Kurs i gruppformat för vuxna patienter med ADHD och deras vuxna närstående.

Målgrupp: Alla som erhållit en ADHD-diagnos, exklusionskriterier pågående missbruk, suicidalitet.

Individuell komprimerad psykoedukation: Enskilda besök, ca 1-3 samtal.

Målgrupp: Individer som ej kan tillgodogöra sig information i grupp. Ska enbart ges efter bedömning av försvårande omständigheter.

Läkemedelsbehandling vid ADHD

Inför insättning

Vid insättning av centralstimulantia för ADHD-symtom bör man beakta psykiatrisk samsjuklighet såsom exempelvis psykosjukdom, bipolär sjukdom, pågående och tidigare beroendesjukdom, Tourettes syndrom samt somatisk samsjuklighet såsom hjärt- och kärlsjukdom, epilepsi. Samsjuklighet ska i allmänhet behandlas först och kontraindikationer uteslutas. Vid behov ska primärvård och specialistsjukvård konsulteras. Den medicinska behandlingen bör ske i tätt samarbete mellan läkare och sjuksköterska. För mer information se sid. 21.

- Ett kontrakt (överenskommelse) ska upprättas med patienten om hur genomförandet av läkemedelsbehandling ska ske (BILAGA 5)
- Checklista inför läkemedelsbehandling ska fyllas i (BILAGA 6). Överväg EKG och/eller kardiologkonsult vid avvikelser.

Frågor om hjärtsjukdomar inför läkemedelsbehandling vid ADHD:

- Har du någon hjärtsjukdom?
- Tar du någon medicin regelbundet?
- Har du svimmat plötsligt under *pågående* fysisk ansträngning?
- Har unga (< 35 år) i din familj drabbats av hjärtsjukdom?
- Finns det plötsliga oförklarade dödsfall hos unga (< 35 år) i din familj?

- Patientens eget mål för läkemedelsbehandling ska vara tydligt och gå att utvärdera (del i vårdplan som ska dokumenteras i journal)
- Inför insättning har sjuksköterskan en viktig roll gällande information och rådgivning kring livsstilsfaktorer. Sjuksköterskan kommer att inneha en viktig roll i insättning och uppföljning av läkemedelsbehandling.

Insättning av läkemedel

Insättning och uppföljning av läkemedelsbehandling vid ADHD ska endast skötas av sjukvårdspersonal med erfarenhet och specialistkompetens inom området. Före insättning av läkemedel skall drogscreening genomföras och negativt provsvar bör ej vara äldre än 4 veckor. Patienten ska erhålla såväl muntlig som skriftlig information om läkemedlets förväntade effekt och eventuella biverkningar. Använd gärna biverkningsformulär (BILAGA 9) innan insättning för senare utvärdering. Val av läkemedel är beroende på om patienten har en aktuell beroendeproblematik. Nedanstående förslag gäller för patienter utan beroendeproblematik (BILAGA 8). Val av preparat vid insättning bör följa nedan föreslagna ordning:

1. Långverkande metylfenidat (Concerta) och i vissa fall atomoxetin (Strattera)
2. Medellångverkande metylfenidat (Ritalin, Medikinet, Eqasym)
3. Lisdexamfetamin (Elvanse) kan väljas då metylfenidat eller atomoxetin i adekvata doser haft tydlig men otillräcklig effekt. Bör diskuteras med konsult.
4. Atomoxetin kan utgöra ett alternativ vid oacceptabla biverkningar av metylfenidat. Kan också utgöra ett alternativ vid beroendetillstånd eller samtidigt ångesttillstånd (se s. 21).
5. Dexamfetamin (Attentin) är endast godkänt för behandling av barn och ungdom. Det bör övervägas enbart i undantagsfall och diskuteras med konsult.
6. Guanfacin (Intuniv) är endast godkänt för behandling av barn och ungdom. Kan vara ett alternativ vid förhöjt blodtryck och/eller vid samtidigt tics. OBS! Iakttag försiktighet vid utsättning.

Endast ett fåtal studier har utvärderat effekten av kombinationsbehandling med olika ADHD-läkemedel.

Att beakta vid läkemedelsinsättning:

- Förskrivning av kortverkande metylfenidat bör undvikas.
- Dosering: initiering sker med låga doser.
- Frekvensen kardiovaskulära biverkningar är högre för dexamfetamin (Elvanse, Attentin) än för metylfenidat och atomoxetin.
- Doser ska titreras med en veckas intervall.
- Högre doser än 80 mg metylfenidat bör ej användas. Maxdos för atomoxetin är 100 mg och lisdexamfetamin är 70 mg.
- För kontraindikationer och försiktighet se bilaga 10.

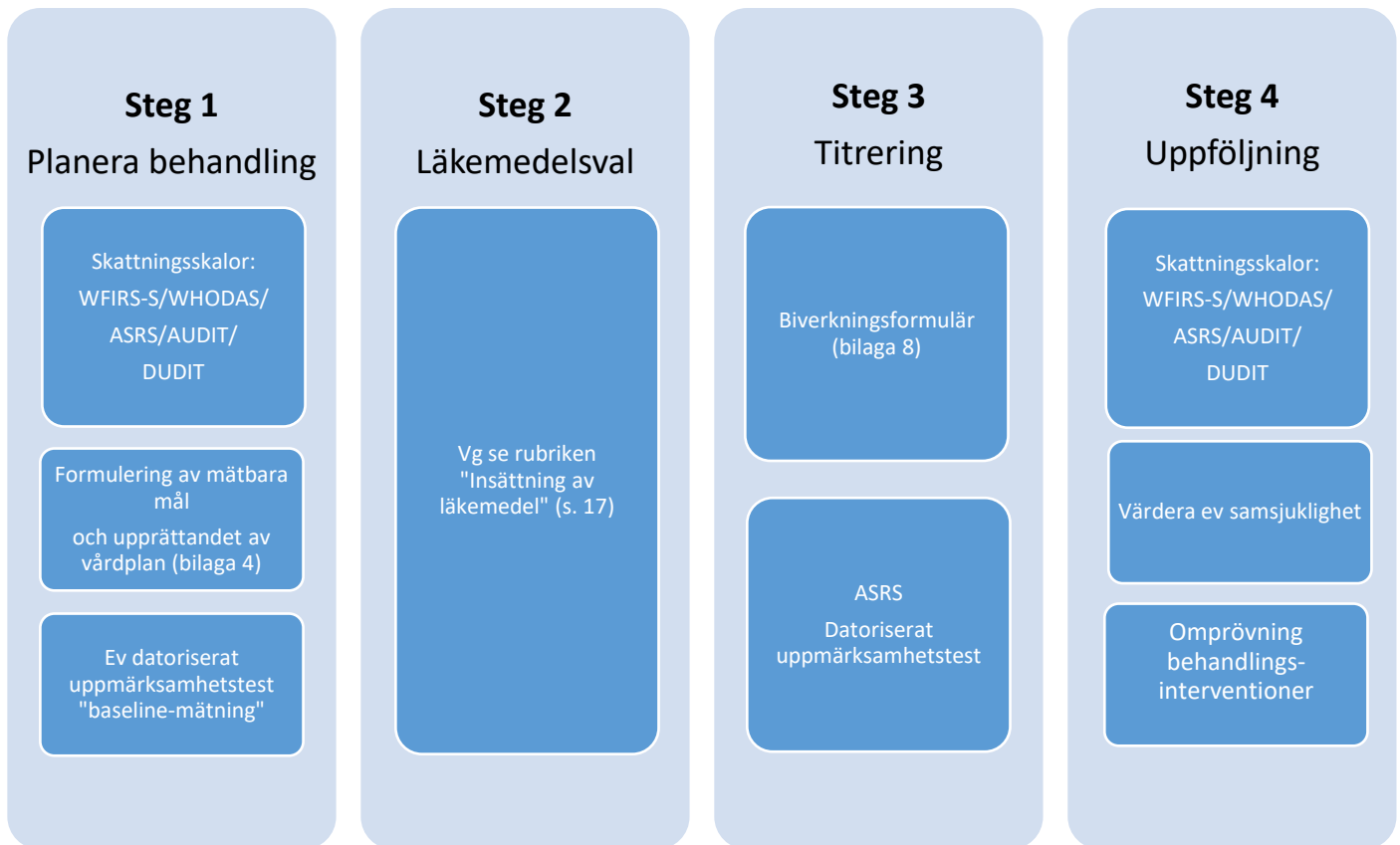
Utvärdering av läkemedelsbehandling

- Vid okomplicerad fortsatt läkemedelsbehandling sker uppföljning hos sjuksköterska minst var sjätte månad där puls, blodtryck och vikt kontrolleras samt behandlingseffekt och eventuella biverkningar (bilaga 6).
- En gång per år ska uppföljning ske hos läkare och sjuksköterska. Vid den årliga kontrollen görs ett somatiskt status samt labprovtagning (för rekommendationer se BILAGA 2) inkl drogscreen utförs. Under detta besök sker kvalitetsregistrering (BUSA).
- Exempel på instrument för utvärdering av behandlingseffekt: ASRS, WHODAS 2.0/WFIRS-S och eventuellt

Qb-test (viktigt med mätning vid "baseline" och vid läkemedelstitrering).

- Vid oklar behandlingseffekt bör utsättningsförsök göras.
- Ställningstagande till fortsatt läkemedelsbehandling skall ske inom ett år från insättning.

Flödesschema läkemedelsbehandling vid ADHD



Tillstånd som kan kräva särskild uppmärksamhet vid ADHD-behandling

Sömnpromblem

Sömnpromblem är vanliga bland patienter med ADHD. I första hand ska sömnpromblemens art klargöras. Om det bedöms vara uttryck för störd dygnsrytm vilket är vanligt vid ADHD kan detta hanteras enl följande:

- sömnhygieniska råd, inkl sömndagbok
- sömngrupp
- sömnhjälpmiddel (exempelvis tyngdtäcke)
- melatonin kan vara ett behandlingsalternativ
- förskrivning av beroendeframkallande sömnmedel ska ske i undantagsfall och vid särskilda indikationer

Graviditet och amning

Behandling med ADHD-läkemedel vid graviditet och amning bör undvikas då det är otillräckligt studerat och erfarenheten är begränsad.

Äldre patienter

Prevalensen av ADHD-syndrom för patienter över 65 år följer i stort prevalensen för ADHD i den vuxna befolkningen. Samma observans på förekomst av funktionsnedsättning ska således iakttas i denna grupp liksom för övriga vuxna. Effekt och säkerhet av ADHD-läkemedelsbehandling har ej studerats på personer över 65 år.

Sjukskrivning vid ADHD i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer

- ADHD i sig bör inte föranleda heltidssjukskrivning
- Deltidssjukskrivning kan behövas periodvis vid extra belastning, tills man har utrett vad som orsakar belastningen och vilken eventuell behandling och vilka stödåtgärder som kan behövas.
- Svår ADHD kan innebära permanent nedsatt arbetsförmåga
- Vid samsjuklighet bör arbetsförmågan bedömas utifrån rekommendation för det tillståndet, med beaktande av den belastning som ADHD i kombination med samsjuklighet innebär.

Körkort

Körkortsintyg för patienter med ADHD utfärdas endast för patienter som är i pågående behandling. Intyg får endast utfärdas av läkare med specialistkompetens.

Arbetsterapeutisk behandling vid ADHD

Arbetsterapeutisk behandling för patienter med neuropsykiatriska tillstånd syftar till ökad självständighet och delaktighet i vardagsaktivitet.

Individuell behandling:

- kartläggning, målformulering och uppföljning med hjälp av arbetsterapeutiska bedömningsinstrument (exempelvis COPM och ADL-taxonomin)
- vanliga insatser är träning i att utföra aktivitet, hjälpmedelsförskrivning, miljöanpassningar och handledning av boendestöd eller närstående
- arbetsterapeut inom specialistpsykiatri förskriver kognitiva hjälpmedel och sinnesstimulerande hjälpmedel

Gruppbehandling:

- Till exempel "Ha Koll!" Manualbaserad gruppbehandling, 10 sessioner. Syftar till att förbättra organisationsförmåga, tidsplanering och strukturering. Föregås av bedömningsamtal.
- Till exempel "Sömn och dygnsrytm". Workshop, 2 tillfällen.

Psykologisk behandling vid ADHD

Psykologisk behandling för patienter med ADHD syftar till att öka medvetenheten om symtomen och att ge verktyg för att öka patientens förmåga att hantera sin problematik. Ingående moment är exempelvis målformulering, medveten närvaro, beteendeanalys och regelbundna hemuppgifter för att använda sig av verktygen i vardagen.

- Individuell KBT för vuxna med ADHD till exempel enl. manual av Safren. Manualbaserad om 12 sessioner. Denna behandling ställer höga krav på närvaro, förmåga att tillgodogöra sig information samt genomföra hemuppgifter. Exklusionskriterier: pågående missbruk, akuta psykiatriska tillstånd och livskriser samt svår samsjuklighet.
- Gruppbehandling för vuxna med ADHD till exempel efter manual enl. Hesslinger. Manualiserad gruppbehandling KBT/DBT om 14 sessioner. Denna gruppbehandling ställer höga krav på närvaro, förmåga att tillgodogöra sig information samt genomföra hemuppgifter. Exklusionskriterier: pågående missbruk, akuta psykiatriska tillstånd, livskriser, svår samsjuklighet, autism.
- Behandling föregås alltid av bedömningssamtal där även hänsyn tas till patientens kognitiva förutsättningar att tillgodogöra sig behandlingen, motivation samt förutsättningar gällande behandlingsföljsamhet.

Psykologisk och läkemedelsbehandling vid Tourettes syndrom

Psykologisk behandling för patienter med Tourettes syndrom syftar till symtomreduktion av både motoriska och vokala tics samt i övrigt öka patientens förmåga att hantera sin problematik.

- Individuell KBT för vuxna med Tourettes syndrom enl. Woods (manualbaserad ca 8-10 sessioner) Behandling föregås alltid av bedömningssamtal.
- Symtomatisk läkemedelsbehandling vid tics kan övervägas.

För mer information om Tourettes syndrom och riktlinjer vid behandling, se handboken "Kliniska riktlinjer för Tourettes syndrom".

Anpassning av behandling utifrån kognitiva nedsättningar

Bedömning och behandling av psykiatrisk samsjuklighet kan försvåras av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Symtombild, förlopp, återhämtningsmöjligheter och sårbarheter kan ta sig andra uttryck hos denna patientgrupp.

I behandling kan detta ta sig uttryck i exempelvis svårigheter med följsamhet, utvärdering av behandlingsinsatser, utebliven effekt etc. Det är viktigt att ta hänsyn till dessa nedsättningar och anpassa gängse behandlingar utifrån patientens förutsättningar, snarare än exkludera denna patientgrupp från behandlingsutbudet.

Nedanstående kan vara viktigt att tänka på vid anpassning av befintliga behandlingsutbud gällande patienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Personer med neuropsykiatrisk problematik har ofta:

- förhöjt påslag/stress under sessionerna
- förhöjd perceptuell känslighet gällande exempelvis yttre stimuli
- annorlunda känslomedvetenhet
- bristande uthållighet (anpassa sessionslängd, ta kortare pauser under mötet)
- brister gällande minnesfunktioner (sammanfatta muntligt och skriftligt, ge påminnelser)
- nedsatt generaliseringsförmåga

Uppföljning och utvärdering av behandlingsinsatser

- Alla behandlingsinsatser skall följas upp och utvärderas med lämpliga metoder och instrument.
- Det är värdefullt att använda någon typ av kvalitetsregister såsom exempelvis BUSA vid både diagnosbesök och årsuppföljning.

Samsjuklighet

- Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt vid samtidig neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Huvudregeln är att det mest allvarliga tillståndet behandlas först.
- Psykiatrisk samsjuklighet så som exempelvis psykos, depression eller bipolär sjukdom ska vara adekvat medicinerade inför både utredning och behandling för neuropsykiatriska tillstånd.
- Patienter med somatisk samsjuklighet så som exempelvis diabetes och thyreoideasjukdom, ska ha ett gott allmäntillstånd och vara följsamma avseende somatisk läkemedelsbehandling.
- Kardiella komplikationer ska uteslutas före läkemedelsbehandling.
- Det är viktigt att vid utredning och behandling fråga efter missbruk såsom spel, sex, mat, shopping.

SUD (Substance use disorder):

ADHD och samtidig beroendeproblematik är vanligt. Risk för både över- och underdiagnostik finns i denna grupp. Prevalensen för samtidig ADHD hos personer med beroendeproblematik är ca 20-30%. Screening avseende neuropsykiatrisk problematik bör därför förekomma frekvent inom beroendevården. Utredningsgången följer i huvudsak den för ADHD utan SUD.

Om det vid bedömningssamtal beslutas att patienten ska utredas ska patienten genomgå regelbundna provtagningar för att säkerställa drogfrihet och nykterhet för att fortsatta bedömningar blir av god kvalitet och inte grumlans av återfall i substansbruk. Kravet på verifierad drogfrihet under minst 6 veckor gäller både narkotiska preparat och alkohol och ska verifieras med urinscreening respektive alkoholmarkören PEth. Det är angeläget att tidigt involvera nätverket och anhöriga för att motivera patienten till drogfrihet och nykterhet som möjliggör adekvat screening. Anhörigintervju och barndomsanamnes kan med fördel påbörjas innan 6-veckors drogfrihet hos patienten uppnåtts.

Efter avslutad utredning är det av stor vikt att vårdplan upprättas eller revideras (se bilaga 4) och att denna innehåller överenskommelse om vilka kontroller av drog- och alkoholfrihet som gäller framgent. Vårdplanen ska också innehålla information om lämpliga rutiner för läkemedelsutdelning och kontroller i samråd med patienten. Hämtningsrutiner ska vara tydligt nedskrivna och initialt hämtar patienten läkemedel på mottagningen.

Insättning av läkemedel

- Var uppmärksam på psykiatrisk- och somatisk samsjuklighet innan insättning av läkemedel. Somatiskt status ska göras.
- Bedöm eventuell interaktionsrisk mellan läkemedel.
- Uteslut kontraindikationer och konsultera somatisk kollega vid behov, när det gäller patienter med beroendediagnos ska det finnas ett aktuellt leverstatus inklusive PK och albumin.

- Finns det en känd Hepatit C skall infektionsläkare konsulteras då behandlingen av denna infektion med fördel kan samordnas med vår läkemedelsinsättning.
- Innan insättning av läkemedel skall blodprover enligt blodprovunderlaget "ADHD- behandling" i Cosmic vara tagna (Bilaga 2). samt att det ska finnas ett EKG som är mindre än tre månader gammalt.

Val av läkemedel

- Läkemedelsbehandling av patienter med aktuell beroendeproblematik bör i regel skötas av beroendemottagning eller personal med expertkunskap och erfarenhet av patienter med både ADHD och SUD.
- Förstahandsval utgörs av atomoxetin eller långverkande metylfenidat. Atomoxetin har ingen missbrukspotential och bör övervägas då risk för felaktig användning av centralstimulantia föreligger.
- Kortverkande centralstimulerande läkemedel bör undvikas då det har en högre missbrukspotential än medel- och långverkande preparat.
- I vissa fall kan patienter med beroendediagnos behöva högre doser än patienter utan SUD. Doser upp till 180 mg/d av långverkande metylfenidat har i studier visat minskade ADHD -symtom och bättre följsamhet i behandling.
- Lisdexamfetamin kan prövas om otillräcklig effekt av långverkande metylfenidat.
- Behandling av ADHD och SUD bör ske integrerat såväl vad gäller läkemedelsbehandling som psykologiska interventioner då detta visat på bättre effekt än enbart läkemedelsbehandling.
- Behandlingen följer i övrigt behandlingsinsatser för patienter med ADHD utan SUD.

Övriga behandlingsinsatser

- Arbetsterapeutisk- och psykologisk behandling är angelägen för denna patientgrupp och skiljer sig inte från annan neuropsykiatrisk verksamhet som beskrivs på sidan 19.
- Det är dock angeläget att redan under utredningen beskriva att dessa insatser finns och är viktiga för att undvika att allt fokus läggs på eventuell framtida medicinering.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). (2018): *Canadian ADHD Practice Guidelines*, Fourth Edition, Toronto ON; CADDRA.
- Crunelle, C.L., van den Brink, W., Moggi, F., Konstenius, M., Franck, J., Levin, F.R., ...Matthys, F. (2018) International consensus statement on screening, diagnosis, and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *Eur Addict Res*, 24 (1), 43–51. doi: 10.1159/000487767
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., & Lindefors, N. (2010) Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry* 2010;10:112. doi: 10.1186/1471-244X-10-112
- Gubi, M. red., (2012) *Utredning och insatser för patienter med ADHD, lindrig utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd och samtidigt missbruk eller beroende – lokal instruktion*. Beroendecentrum Stockholm, Stockholms läns landsting.
- White, S. (2016) *Ha koll! Manual för gruppintervention för att hantera tid och organisera aktiviteter (LGO-S)*, Sveriges Arbetsterapeuter.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindström, N., Guterstam J., Beck, O., Philips, B., Franck, J. (2014). Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction* 109(3), 440–9. doi: [10.1111/add.12369](https://doi.org/10.1111/add.12369)
- Kooij, J.J.S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., ... Asherson, P (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, Vol. 56, 14-34. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001
- Michielsen, M., Semeijn, E., Comijs, H.C., van de Ven, P., Beekman, AT., Deeg, D.J., & Kooij, JJ. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry* 201 (4), 298–305. doi: 10.1192/bjp.bp.111.101196
- NICE Clinical Guidelines, No. 72 (2009) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults*. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): British Psychological Society (UK).
- NICE Clinical Guidelines, No. 87 (2018) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: diagnosis and management*. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): British Psychological Society (UK).
- Nyman H, Bartfai A, editors. (2014) *Klinisk neuropsykologi. 2:a uppl.* Lund: Studentlitteratur
- Safren, S A., Perlman, C. A., Sprich, S., & Otto, M.W. (2005). *KBT vid ADHD: psykologisk behandling av vuxen-ADHD. Terapeutmanual*. Borås: Recito förlag.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *ADHD – Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), SBU-rapport nr 217.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *Autismspektrumtillstånd Diagnostik och insatser, vårdens organisation och patientens delaktighet, En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU-rapport nr 215.

Socialstyrelsen. (2014). *Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna*. Stöd för beslut om behandling. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014) *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med ADHD*. Socialstyrelsen.

Stockholms läns sjukvårdsområde (2009). Klaradokumentet. Om nivå differentierad neuropsykiatrisk utredning. SLSO: Vägledningsdokument inom Vuxenpsykiatri och Beroendecentrum Stockholm

Zulauf, C.A., Sprich, S.E., Safren, S.A., & Wilens, T.E. (2014). The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep* 16 (3), 436. doi: 10.1007/s11920-013-0436-6

Tid: ca 45-60 min + 30 min dokumentation.

Syfte och patientens egen problembeskrivning

Vilka är skälen till att göra en egen neuropsykiatrisk utredning och målet med sådan.

Aktuell social situation

Aktuell social situation, boendesituation, sysselsättning, försörjning, familj, myndighetskontakter.

Psykiatrisk problematik

Tidigare psykiatriska kontakter från barndom till vuxen ålder, diagnoser, tidigare utredningar och behandlingar.

Suicidrisk

Aktuell suicidriskbedömning.

Ärftlighet

Neuropsykiatriska tillstånd, psykiska problem, missbruk och somatisk sjukdom i familj/släkt.

Graviditet/förlossning/tidig utveckling

Komplikationer vid graviditet/förlossning, exempelvis rökning/alkohol under graviditet, låg födselvik, syrebrist, APGAR. Avvikelse i tidig utveckling gällande exempelvis motorik/språk.

Aktuell och tidigare somatisk sjukhistoria från barndom till vuxen ålder.

Pågående kroniska sjukdomar, tidigare sjukhusvård och olycksfall/skador samt tidigare utredning.

Läkemedel

Tidigare/aktuell läkemedelsbehandling samt överkänslighet.

Droger, alkohol, övrigt missbruk

Alkoholamnes, droganamnes, spel, mat, shopping, sex, kaffe.

Kriminalitet, våldsutsatt

Kriminalitet, påföljd men även om utsatt för våld.

Symtom och funktionsnedsättning i barndomen.

Neuropsykiatriska symtom under barndom och funktionsnedsättning t ex i förskola, grundskola, gymnasium, kamratrelationer, fritid, vardagsliv.

Symtom och funktionsnedsättning i vuxen ålder.

Neuropsykiatriska symtom under vuxenlivet och funktionsnedsättning t ex i vardagslivet, vid studier, arbetsliv, relationer, fritid, ekonomi, trafik/körkort, tidigare våld, kriminalitet.

Journalrequisition + patientens medgivande.

Medgivande till journalrequisition samt kontaktinformation och tillåtelse till anhörigintervju.

Psykisk status

Psykisk status.

Bedömning

Sammanfattande bedömning och ställningstagande till vidare åtgärd.

Åtgärd

Utredning JA/NEJ, ge muntlig information samt information om exempelvis vidare stödinsatser.

Neuropsykiatrisk utredning:

Blodstatus

P-CRP

P-Folat

P-Homocystein

B-SR

P-ALAT

P-Albumin

P-ASAT

P-Calcium

S-CDT, disialo

P-Ferritin

B-Fosfatidyletanol 16:0/18:1 (PEth)

P-Glutamyltransferas

B-HbA1c (IFCC)

P-Kreatinin

S-TSH

S-Tyroxin fritt (T4)

U-missbruksprofil

Årskontroll ADHD-medicin:

P-ALAT

P-ASAT

B-Fosfatidyletanol 16:0/18:1 (PEth)

P-Glutamyltransferas

P-Kreatinin

U-missbruksprofil

Bilaga 3 STIGMATA

STIGMATA. Minor Physical Anomalies, MPA (enl Waldrop och Halverson 1971)

		0	1	2
1. Huvudomfång	score = 1 1 < SD > 1,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	score = 2 > SD 1.5			
2. Elektriskt hår	score = 1 håret snabbt "rufsigt"...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	score = 2 håret hopplöst			
3. Epicanthus	score = 1 antydd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	score = 2 fullständigt veck			
4. Hypertelorism	score = 1 antydd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	score = 2 utpräglad			
5. Lågt sittande öron	score = 1 i nivå m näsa & mun.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	score = 2 mun eller nedom			
6. Örsnibbar adherenta	score = 1 lätt, trubbig vinkel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	score = 2 påtagligt, spetsig vinkel			
7. Asymetriska öron	score = 1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lätt missbildade öron- musslor	score = 1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gomtak	score = 1 högt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	score = 2 "toppig", "spetsigt"			
10. Djupa tungfåror	score = 1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kurverade lillfingrar	score = 1 lätt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	score = 2 uttalat			
12. Fyrfingerfåra	score = 1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lillfingerstump	score = 1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tredje andra tåns längd	score = 1 når lika långt i frontalplanet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	score = 2 når längre			
15. Tåsyndaktyli	score = 1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sandalgap	score = 1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vårdplan öppenvård Neuropsykiatriska mottagningen för vuxna

För- och efternamn

Personnummer

Datum för upprättande av vårdplan

Närvarande

Patientmedverkan Ja Nej

Anhörigmedverkan Ja Nej

Medgivande till informationsutbyte

med anhörig Ja Nej

Namn på anhörig och relation

.....

Social situation

Minderåriga barn Ja Nej

Partner Ja Nej

Socialt nätverk Ja Nej

Sysselsättning Ja Nej

Försörjning Ja Nej

Boende Ja Nej

Fritid Ja Nej

Vapeninnehav Ja Nej

Körkort Ja Nej

Övrigt Ja Nej

Om Ja,

Kommunala/övriga insatser

Samverkan Ja Nej

Personligt ombud Ja Nej

Kontakt med frivård Ja Nej

Kontaktperson Ja Nej

Boendestöd Ja Nej

God man Ja Nej

Förvaltare Ja Nej

Annat Ja Nej

Om Ja,

Behandlingsbakgrund

Diagnos (år) Adhd

Autismspektrum Tourette syndrom

..... Personlighetsyndrom

Psykiatrisk samsjuklighet

..... Missbruk/beroende

Tidigare suicidförsök Somatisk samsjuklighet

Annat

.....

Tidigare behandlingsinsatser

(gäller neuropsykiatriska diagnoser, ex adhd, add, Tourette syndrom)

Grupp Psykoedukation

Arbetsterapeutisk gruppbehandling

Psykologisk gruppbehandling

Annan gruppintervention

Individuellt

Läkemedel mot adhd

Concerta Elvanse Ritalin

..... Attentin

Equasym Stratterra

Medikinet Intuniv

Individuellt

Övriga behandlingar

Kurator

Psykolog

Arbetsterapeut

Annan individuell insats

Vad har fungerat/eller ej fungerat?

.....

Tidigare behandlingsinsatser

(annan psykiatrisk problematik)

Kurator

Psykolog

Läkemedel

Hur upplever du samarbetet med mottagningen? Ringa in 😊 ☹️

.....
.....

Aktuellt

Problemområden (utgå gärna från dina skattningsformulär)

1.

2.

3.

Mätbara mål utifrån behandlingsinsatser. Max 3 områden.

Arbeta enligt SMART!

1.

2.

3.

Planerade åtgärder (insatser/egenvård)

/Pågående till

1. /

2. /

3. /

Utvärdering aktuella insatser

ASRS	Förbättring <input type="checkbox"/>
WFIRS	Förbättring <input type="checkbox"/>
QB-test	Förbättring <input type="checkbox"/>
Övrigt	Förbättring <input type="checkbox"/>

Uppföljning hos

Datum och klockslag

<input type="checkbox"/> Läkare	
<input type="checkbox"/> Sjuksköterska	
<input type="checkbox"/> Psykolog	<input type="checkbox"/> Kurator
.....	<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut
.....	
<input type="checkbox"/> Skötare	
<input type="checkbox"/> Övrigt	

ÖVERENSKOMMELSE

Centralstimulerande läkemedel är narkotikaklassade.

Detta innebär att förskrivning av dessa är omgärdade av ett regelverk.

Därför förutsätter vi att:

- Du kommer till avtalade besök och avbokar i god tid om du får förhinder via telefon 018-611 XXXX.
- Du fullföljer din ordinerade provtagning
- Du förvarar dina läkemedel på ett säkert sätt. Borttappade läkemedel ersätts ej. Vid misstanke om stöld ska detta polisanmälas.
- Du inte använder illegala droger
- Du lämnar urinprov för drogscreening på uppmaning.

Jag har tagit del av ovanstående

Underskrift

Namnförtydligande

CHECKLISTA INNAN INSÄTTANDE AV CENTRALSTIMULANTIA

Namn	Personnummer	Datum

Finns något av följande hos patienten?	Ja	Nej
Medfött eller förvärvat hjärtfel?		
Tidigare svimningsattacker?		
Nuvarande svimningsattacker?		
Tidigare hjärklappningsattacker? (ej panikångest)		
Nuvarande hjärklappningsattacker? (ej panikångest)		

Finns något av följande i släkten?	Ja	Nej
Plötslig död innan 30 års ålder?		
Hjärtinfarkt innan 50 års ålder?		

Om någon fråga besvarats med **Ja** skall EKG utföras och behandlingsansvarig läkare konsulteras för eventuell ytterligare utredning innan läkemedlet sätts in. Innan behandling med Metamina utförs EKG, gäller samtliga patienter.

Ansvarig sjuksköterska (sign/klartext)

.....

LÄKEMEDELSVERKET

Viktiga nyheter sedan Läke-medelsverkets rekommendation om läke-medelsbehandling av adhd 2009.

I Information från Läke-medelsverket 1:2009 publicerades ett kunskapsdokument med rekommendationer för läke-medelsbehandling av adhd. I det ingick en kunskapsöversikt över vetenskapliga studier om effekt av substanser/beredningsformer för behandling av adhd hos vuxna.

De läke-medel som då var godkända i Sverige för behandling av adhd hos barn och ungdomar, både centralstimulerande och icke-centralstimulerande läke-medel, innehöll metylfenidat eller atomoxetin. Sedan dess har de godkända indikationerna utökats. Först godkändes fortsatt behandling av ungdomar in i vuxen ålder, därefter fick läke-medel som sedan tidigare varit godkända för behandling av barn med adhd godkänd indikation även för behandling av vuxna med adhd. Därtill har nya substanser godkänts för behandling av barn och ungdomar i åldrar 6–17 år.

Farmakologisk behandling av adhd hos barn och ungdomar

Som ett komplement till övriga behandlingsinsatser har även två nya substanser inom gruppen centralstimulantia godkänts för behandling av adhd hos barn och ungdomar.

Lisdexamfetamin (Elvanse) godkändes i juli 2013 för adhd-behandling av barn och ungdomar, samt för behandling av ungdomar vars symtom kvarstår in i vuxen ålder och när svar på tidigare behandling med metylfenidat bedöms vara klinisk otillräcklig. Substansen har annan verkningsmekanism än metylfenidat och läke-medlet innehåller en inaktiv modersubstans, så kallad *prodrug*. Frisättningen av den aktiva substansen dexamfetamin sker först efter det att ämnet passerat magtarmkanalen och metaboliserats i blodets röda blodkroppar, erytrocyterna. Elvanse har både långsamt anslag och lång effektduration och ges peroralt en gång dagligen på morgonen.

Dexamfetaminsulfat (Attentin) godkändes i oktober 2014 och är avsett för barn och ungdomar i åldern 6 till 17 år med adhd när svar på tidigare behandling med metylfenidat bedöms vara kliniskt otillräckligt. I motsats till Elvanse är Attentin ett snabb- och kortverkande centralstimulerande medel. I genomsnitt uppnås en koncentrationstopp 1,5 timmar efter intag och läke-medlet kan ges två gånger dagligen. Tidpunkten för den andra dosen anpassas så att sömnen inte störs. Kliniska studier har visat att om Attentin kombineras med läke-medel som innehåller metylfenidat kan de förstärka varandras effekter.

Fortsatt farmakologisk behandling av ungdomar i övergången till vuxenålder

Hos de ungdomar vars symtom och funktionsnedsättning kvarstår i vuxen ålder och som visat sig ha en klar nytta av behandlingen kan det vara kliniskt befogat att fortsätta behandlingen. Indikationen för mellanlångverkande och långverkande läke-medel som

innehåller metylfenidat (Concerta, Medikinet och Methylphenidate Sandoz) har utökats till att omfatta fortsatt behandling av ungdomar.

Farmakologisk behandling av vuxna med adhd

För substansen **atomoxetin** (Strattera) tillkom vuxendikationen juni 2013. Strattera är det första läkemedlet utan amfetaminliknande centralstimulerande effekt som godkänts för behandling av vuxna individer med adhd. Strattera innehåller en långverkande aktiv substans i den mening att läkemedlet vanligtvis ges som en enkeldos på morgonen och effekten varar hela dygnet.

Metylfenidat i beredningsformen hårda kapslar med modifierad frisättning (Ritalin) är sedan juni 2014 godkänt för nyinsatt behandling av vuxna individer och därmed också för fortsatt behandling av ungdomar som når vuxen ålder och som har klar nytta av behandlingen. Den aktiva substansen har en 50-procentig frisättning initialt och en resterande fördröjd frisättning under de följande timmarna, med en koncentrationstopp 5–7 timmar efter intag.

Vuxenindikationen för **lisdexamfetamin** (Elvanse Vuxen) tillkom i februari 2015

Ytterligare regulatoriskt arbete med nya läkemedel på området pågår. Läkemedelsverket har inlett arbetet med att anordna ett expertmöte i september 2015 med syfte att ta fram uppdaterade behandlingsrekommendationer. Se aktuella monografier: www.lv.se/ADHD

LAKEMEDELVERKET

Läkemedel för adhd-behandling (listan innehåller även läkemedel som kan förskrivas på licens).

Substans	Produkt	Godkännande	Indikation	lynsättning os vuxna
Centralstimulantia				
metylfenidat	Ritalin (tabl.)	2005	Barn och ungdomar 6 – 17 år	Förlängning av behandling till vuxen ålder
dexamfetamin	Medikinet (tabl.)	2006	+	
amfetamin	Amfetamin Recip	2014	+	
amfetamin, dexamfetamin	Adderall			
Medellångverkande				
metylfenidat	Ritalin (kaps.)	2005	+	
	Medikinet (kaps.)	2014		+
	Equasym Depot	2006		
	Adderall XR	2013		
amfetamin, dexamfetamin	Concerta	2007		
metylfenidat		2002		
	Methylphenidate Sandoz	2011		
		2013		
		2014		
		2013		
		2015		
lisdexamfetamin				
				+
icke centralstimulerande läkemedel				
atomoxetin	Strattera	2006		
		2013		+

Bilaga 8 BIVERKNINGSFORMULÄR

Utgångsvärde respektive uppföljningsfrågor till personer som får centralstimulerande läkemedel

Namn Personnummer

Dagens datum.....

Skattare.....

Sätt X i den svarsruta som passar. Gäller senaste månaden respektive sedan senaste utvärderingen.

Påstående	Aldrig/sällan ≤ 1-2 ggr/månad	Ibland 1-2 ggr/v	Ofta 3-6 ggr/v	Mycket ofta Dagl/alltid
Insomningssvårigheter				
Tidigt morgonuppvaknande				
Orolig sömn, vaknar nattetid				
Ökat sömnbehov				
Huvudvärk				
Buksmärtor				
Diarré				
Förstoppning				
Muntorrhet				
Illamående, kräkningar				
Minskad aptit				
Ökad aptit				
Oro, ängslighet, rastlöshet				
Nedstämdhet				
Upprymdhet, överaktivitet				
Irritabilitet				
Hjärklappning				
Yrsel, ostadighetskänsla				
Tics				
Darrighet/fumlighet i händer/fötter				
Svårigheter att kissa				
Problem med sexlust				
Problem med sexfunktion				
Underlivsbesvär, mensrubbnig				
Svettningar, värmekänsla i huden				
Kalla händer och/eller fötter				
Tycker du att fördelarna med medicineringen överväger				
Glömmer du att ta din medicin				

Andra misstänkta biverkningar

Aktuell cs-medicinering Övrig medicinering

Neuropsykiatriskt utlåtande

FIKTIVT PATIENTFALL

Syfte med utredningen

Pelle har genomgått flertalet evidensbaserade behandlingsinsatser, både medicinska och psykologiska gällande bland annat ångesthantering och social fobi utan förväntad effekt och uppvisar samtidiga symtom på neuropsykiatrisk problematik. Har den senaste två åren förvärrats i sin symtomatologi. Pelle uppfyller därför ett av kriterierna för neuropsykiatrisk utredning inom specialistpsykiatri. Pelle utreds med frågeställningen ADHD och autismspektrumtillstånd.

Ansvariga utredare

Läkare: XX

Psykolog: XX

Utredningen skedde på Affektiv mottagning 3 under perioden 2019XXXX-2019XXXX.

Utredningsmoment

Psykologisk utredning:

ASDI och DIVA - intervjuer med Pelle

Utvecklingsanames samt ADI-R med Pelles mamma

WAIS-IV

Skattningsskalor: AQ, ASRS, WURS, NF5-15, AUDIT, DUDIT

Medicinsk utredning:

Labprover inkl. drogscreening

Somatiskt status inklusive neurologisk status

Somatisk anamnes

Psykiatrisk anamnes och psykiatrisk samsjuklighet inkl SCID-I

Psykisk status

Resultatredovisning av rådata

Psykologisk del

ASDI-intervju med Pelle:

A Stora svårigheter i fråga om ömsesidig social interaktion; kriteriet uppfyllt.

B Monomana snäva intressen; kriteriet möjligen uppfyllt

C Tvingande behov av rutiner och intressen; Kriteriet uppfyllt

D Tal och språkproblem; kriteriet ej uppfyllt

E Icke verbala kommunikationsproblem: kriteriet uppfyllt

F. Motorisk klumpighet; kriteriet ej uppfyllt.

Sammantaget resultat som stödjer frågeställning autismspektrumtillstånd.

DIVA-intervju med Pelle: Uppfyller 3-4/9 kriterier i vuxen ålder gällande ouppmärksamhet och 4/9 i barndomen.

Uppfyller 2/9 kriterier i vuxen ålder gällande hyperaktivitet/impulsivitet och 3/9 i barndomen.

Ingen tydlig funktionsnedsättning framkommer utifrån de få uppfyllda kriterierna, vare sig i vuxen ålder eller i barndomen. På grund av detta genomförs ingen DIVA-intervju med anhörig. Sammantaget finns inget tydligt stöd för ADHD utifrån intervjun.

ADI-R - intervju med Pelle och hans mamma:

A Kvalitativ avvikelse i den reciproka sociala interaktionen: totalt: 11 (cut-off 10)

B Kvalitativ avvikelse i kommunikationen: totalt 7 (cut-off 8)

C: Begränsat, repetitivt och stereotyp beteendemönster: totalt 3 (cut-off 3)

D: Tecken på avvikelser i utvecklingen vid eller före 36 månaders ålder: total 1 (cut-off 1)

Sammantaget resultat som stödjer frågeställning autismspektrumtillstånd.

WAIS-IV (konfidensintervall)

Helskala: IK 102-114, Genomsnittligt

Verbal funktion: IK 98-108, Genomsnittligt

Perceptuell funktion: IK 105-116, Genomsnittets övre del

Arbetsminne: IK 102-117, Genomsnittets övre del

Snabbhet: IK 77-89, Klart under genomsnittet

Skattningsskalor

ASRS= 17/36 p på koncentrationssvårigheter, 10/36 på hyperaktivitet/impulsivitet. 17 p i någon av subskalorna indikerar att symtom på ADHD kan föreligga.

AQ= 32p, Cut-off 31p för autismspektrumproblematik

NF5-15: Pelles mamma skattar tydliga svårigheter i barndomen i följande områden: Exekutiva funktioner, Språk, Socialt och Psykiska symtom.

AUDIT= 9p, indikerar riskbruk

DUDIT= 0p

Medicinsk utredning

Provtagning: Labsvar och drogscreen utan anmärkning.

Somatiskt status inklusive neurologisk status: Blek och magerlagd. Finlemmad. Adherent örsnibbar. I övrigt huvudsakligen normalt somatiskt och neurologiskt status.

Somatisk anamnes: Magbesvär sedan tidig barndom. Misstanke fanns om glutenintolerans som avskrevs. Bilolycka i 5 års åldern varefter patienten observerades på misstanke om commotio. I övrigt inga kända sjukdomar eller olycksfall.

Psykiatrisk anamnes och psykiatrisk samsjuklighet

Pelle fick som tonåring kontakt med BUP på grund av nedstämdhet och social ångest. Intervju med SCID-I bekräftar tidigare ställda diagnoser; social fobi (måttlig), främst undvikandebeteenden. De symtom på social fobi som Pelle bejakar kan eventuellt även förklaras utifrån den aktuella utredningens frågeställning, autismspektrumtillstånd. Pelle uppfyller diagnoskriterierna för recidiverande depression, ej aktuell. Under intervjun framkommer att Pelle har många ospecifika ångestsymtom som negativt påverkar hans mående och vardagsfungerande. Pelle bedöms ha ett riskbruk gällande alkoholkonsumtion, då han dricker flera gånger i veckan i ångestlindrande syfte. Vid fråga om ärftlighet finns två kusiner på Pelles pappas sida med diagnoserna ADD och Aspergers syndrom. Hereditärt finns även hjärt- och kärlproblematik.

Psykisk status

Vaken och orienterad. Ger sparsam men adekvat formell kontakt. Emotionellt återhållen, ger dålig blickkontakt. Något sänkt grundstämning. Viss svarslatens noteras. Inget spontant tal svarar i huvudsak endast på frågor. Inget öppet psykotiskt framkommer. Ingen suicidal kommunikation.

Utvecklingsanamnes

Pelles mammas graviditet och förlossning var utan komplikationer. Pelle följde BVC:s längd- och viktkurvor väl och var som spädbarn extremt regelbunden gällande mat- och sovtider. Hans mamma beskriver att Pelle var något senare än jämnåriga gällande blickkontakt och svarsleende. Normal finmotorisk utveckling men svårt med viss grovmotorik såsom att koordinera armar och ben. Bedömdes behöva gå i specialgymnastik som barn (mellan 5-7 år) för att träna upp den grovmotoriska förmågan. Språkligt försenad men har ej haft logopedkontakt. När han började prata vid ca 2,5 års ålder beskrivs hans tal som mycket korrekt och "lillgammalt". Pelle var under barndomen perceptuellt känslig, hade svårt med kroppskontakt och klädesplagg som satt åt. Det var även svårt att få honom att

prova nya maträtter och han tyckte inte om viss typ av konsistens på mat. Mamman beskriver Pelle som rutinbunden och att han var beroende av struktur och förutsägbarhet. Han ville veta exakt vad som skulle hända, varför och hur länge. Hans föräldrar behövde förbereda honom ifall att rutiner skulle ändras, då han annars blev mycket ångestfylld. Pelle tyckte om att leka själv och kunde sitta i flera timmar och bygga världar av kartonger åt sina leksaksgubbar. Han kunde även leka med andra, gärna då i mindre grupp eller en-och-en men ville då leka enligt egna regler och det var viktigt för honom att få vara den som bestämde i leken. Han tyckte även mycket om rymden och kunde sitta i flera timmar om dagen och läsa böcker samt titta på videos om olika planeter och svarta hål i rymden. Pelles mamma beskriver att han haft svårt att tolka andra barn och vuxna i omgivningen. Han var ofta den som stod utanför vid aktiviteter och observerade. Han hade svårt att småprata med andra och dela andras intressen, aktiviteter och känslor. Pelle har även haft svårt med att hålla uppmärksamheten i skolan på sådant som inte intresserat honom och haft svårt att komma i tid till olika aktiviteter/möten. Har ofta fastnat i en aktivitet/detalj och haft svårt att på egen hand ta sig därifrån. Han har under barndomen behövt många påminnelser och hjälp med exempelvis läxläsning, då han haft svårt att förstå vissa instruktioner.

Funktionsbeskrivning

Pelles resultat på det allmänintellektuella testbatteriet WAIS-IV visar på en genomsnittlig begåvningsnivå. Enbart resultatet på snabbhetsindex befinner sig klart under genomsnittet och skiljer sig från de andra indexen. Ett lågt resultat på snabbhetsindex innebär att Pelle behöver längre tid på sig att ta in, processa och ge respons på (visuella) stimuli, dvs att han arbetar något långsammare än normgruppen. Detta är även någonting som Pelle bekräftar gällande studier, då han ofta behövt mer tid än sina jämnåriga klasskamrater. I intervjuer med Pelle och hans mamma framkommer svårigheter främst gällande sociala kontakter och interaktioner, men även begränsningar i beteende, rutiner och intressen. Pelle beskriver även svårigheter med exekutiva funktioner, såsom svårigheter att planera och strukturera sin vardag (gällande det som inte intresserar honom) samt bristande tidsuppfattning. Vid DIVA-intervjun med Pelle framkom inte tillräckligt många symtom på ADHD-problematik för att gå vidare gällande den frågeställningen (med exempelvis DIVA-intervju med Pelles mamma och uppmärksamhetstest). Pelle beskriver att hans svårigheter i sociala sammanhang handlar om svårigheter att initiera och fördjupa kontakter med andra, svårigheter att småprata och kommunicera med andra, särskilt om ämnet inte berör hans intresse- och kunskapsområden. Vid intervjuer med Pelles mamma framkommer det att Pelle har aktuella svårigheter att tolka andra, både vad andra säger och menar t ex "läsa mellan raderna", men även tolka andras kroppsspråk och mimik. Mamman beskriver även att Pelle är relativt neutral gällande den icke-verbala kommunikationen. Vid intervju med Pelle framkommer även en tydlig rutinbundenhet, där han har mycket svårt för förändringar i vardagen eller överraskningar. Han tycker inte om nya miljöer eller testa nya maträtter och är mycket perceptuellt känslig gällande visst vitt ljus och vissa ljud.

Ovanstående svårigheter har bidragit till att Pelle har svårt att vara i miljöer med mycket intryck. Under sina försök att komplettera gymnasiebetygen har han haft svårt att befinna sig i skolmiljön samt haft svårt att förstå instruktioner och då har tolkat dem bokstavligt. Detta har lett till att uppgifterna känts övermäktiga för honom, även om han vetat att han haft den intellektuella kapaciteten att klara av dem. Han har även haft svårt att beskriva för lärarna att han vill ha längre tid på sig att besvara exempelvis provfrågor. Pelle har de senaste åren undvikit alla situationer som inneburit att han riskerar att träffa nya personer då han i sociala situationer inte vetat hur han ska

bete sig och vad han ska säga. På arbetsplatser har han haft svårt att komma in i arbetsgruppen och även blivit uppsagd på grund av detta från sin tidigare arbetsplats som administratör på ett stort företag. Pelles bristande sociala och kommunikativa förmågor har gjort att han inte haft någon effekt av exponeringen i den sociala fobi-behandlingen han genomgått på mottagningen. Behandlingen har lett till känslor av skuld och misslyckande och han har efter den fått ökad ångest.

Beteende under utredningen

Genomgående har Pelle varit följsam och tillmötesgående under utredningen. Han har i samtal haft svårigheter att uttrycka sig verbalt och varit passiv i kontakten. Han har haft svårt med det kommunikativa samspelet, exempelvis turtagning och spontan vidareutveckling av sina svar. Det har varit viktigt för utredarna att ställa konkreta frågor till Pelle, då han annars haft svårt att förstå dem. Pelle har genomgående haft ögonkontakt, men ej använt denna för att initiera eller reglera samtalet, dvs kvaliteten har varit nedsatt. Pelle har använt sparsamt med icke-verbal kommunikation såsom gester och ansiktsmimik. Under WAIS-IV-testningen arbetade han motiverat och utan märkbara uppmärksamhetssvårigheter.

Risk- och skyddsfaktorer

Pelle har mycket goda egenskaper och bland dem så ingår (och är ej uteslutande) en god begåvningsnivå som ligger genomsnittligt. Han har även visat följsamhet och motivation under utredningen. Pelle har ett stabilt socialt nätverk bestående av båda föräldrarna, två syskon och deras respektive familjer. Han har få, men nära vänner som han främst har kontakt med över internet. De riskfaktorer som finns hos Pelle är hans återkommande depressioner samt hans ångestsymtom som bidrar till isolering och undvikandebeteende. Hans alkoholkonsumtion bedöms även ligga på gränsen till riskbruk, någonting som är viktigt att följa upp för att undvika konsumtionsökning.

Sammanfattande bedömning

Pelle är en XX-årig man som utreds enligt frågeställningarna ADHD och autismspektrumtillstånd. Utredningen har således kunnat konstatera att Pelle sedan tidig ålder haft svårigheter med socialt samspel, kommunikation samt haft begränsningar gällande intressen och beteenden. Svårigheterna, som bekräftas av Pelles mamma, har bidragit till ett psykiskt lidande för Pelle och varit funktionsnedsättande för honom inom flera områden i livet. Den information som framkommit i intervjuer, skattningsskalor och i mötet med Pelle under den aktuella utredningen stödjer frågeställningen autismspektrumtillstånd. Sammantaget bedöms svårigheterna inte kunna förklaras av hans kognitiva förmågor (begåvningsnivå) eller av annan psykiatrisk problematik. Pelle har tidigare uppfyllt diagnoskriterierna för social fobi, men då det under utredningens gång mer visat sig handla om bristande förmågor och därigenom undvikandebeteenden som bättre kan förklaras utifrån en autismspektrumproblematik, bedöms Pelle ej längre uppfylla diagnoskriterierna för social fobi. Pelle bedöms uppfylla diagnoskriterierna för Aspergers syndrom (autism nivå 1 enl DSM-5).

Pelles resultat på ASRS och hans svårigheter med exekutiva funktioner såsom struktur och tidspassning tydde på eventuell ADHD-problematik. Vid DIVA-intervju med Pelle blev det dock tydligt att han inte uppfyllde kärnsymtomen för denna typ av problematik, utan att de exekutiva svårigheterna bättre kunde förklaras av en

autismspektrumproblematik.

Diagnos enl ICD-10

F845 Aspergers syndrom (enl DSM-5: Autism, nivå 1)

F330 Recidiverande depression

F41.9 Ångesttillstånd, ospecificerat

Rekommendationer

- Pelle och hans anhöriga rekommenderas ansöka till Habiliteringen och deras kursutbud för bred information gällande hans autismspektrumdiagnos.
- Pelle rekommenderas arbetsterapeutisk bedömning för ev hjälp med att få till en fungerande vardag gällande struktur, ordning och rutiner. Även boendestöd rekommenderas (via LSS).
- Då tidigare diagnosspecifika KBT-behandlingar gällande social fobi ej gett förväntad effekt, rekommenderas ev fortsatt behandling med större fokus på social färdighetsträning. En lågintensiv men kontinuerlig kontakt är att rekommendera.
- Pelle rekommenderas söka särskilt stöd och anpassning av utbildningen för att kunna få fullständiga gymnasiebetyg. Vid eventuella fortsatta studier rekommenderas följande hemsida: www.studeramedfunktionshinder.se samt den aktuella högskolans/Universitetets hemsida för information om hur man kan anpassa studierna utifrån neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.
- Attention (www.attention-riks.se) är en väletablerad intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Namn, ort och datum

Läkare: XX

Psykolog: XX

Uppsala 201XXXX

Psychiatric and Medical Precautions or Contraindications

able 5.3 Psychiatric and Medical Contraindications and Precautions for ADHD Medications

ALL ADHD MEDICATIONS		
CONTRAINDICATIONS	PRECAUTIONS: Pre-existing conditions in patients	To be monitored during treatment
<ul style="list-style-type: none"> Known hypersensitivity or allergy to the products 	<ul style="list-style-type: none"> Cardiac disease Bipolar disorder Psychosis Pregnancy and lactation 	<ul style="list-style-type: none"> Height and weight in children New mood, anxiety, substance use disorder, psychotic or manic symptoms Suicidal behaviour or ideation Aggressive behaviour (new or worsening) Sleep, appetite Irritability / mood swings
SPECIFIC TO PSYCHOSTIMULANTS		
CONTRAINDICATIONS	PRECAUTIONS: Pre-existing conditions in patients	To be monitored during treatment
<ul style="list-style-type: none"> Treatment with MAOI and for up to 14 days after discontinuation. Glaucoma (narrow angle) Untreated hyperthyroidism Moderate to severe hypertension Pheochromocytoma Symptomatic cardiovascular disease History of mania or psychosis 	<ul style="list-style-type: none"> History of substance abuse Anxiety¹ Renal impairment Tic disorders² Epilepsy Peripheral vasculopathy including Raynaud’s Phenomenon 	<ul style="list-style-type: none"> BP, HR (may increase) Priapism Growth retardation Peripheral vasculopathy including Raynaud’s Phenomenon
SPECIFIC TO ATOMOXETINE		
CONTRAINDICATIONS	PRECAUTIONS: Pre-existing conditions in patients	To be monitored during treatment
<ul style="list-style-type: none"> Treatment with MAOI and for up to 14 days after discontinuation. Narrow angle glaucoma Uncontrolled hyperthyroidism Pheochromocytoma Moderate to severe hypertension Symptomatic cardiovascular disease Severe cardiovascular disorders Advanced arteriosclerosis 	<ul style="list-style-type: none"> Asthma³ CYP2D6 poor metabolizers Peripheral vasculopathy including Raynaud’s Phenomenon 	<ul style="list-style-type: none"> Priapism and urinary retention Signs / symptoms of liver injury Growth retardation Peripheral vasculopathy including Raynaud’s Phenomenon
SPECIFIC TO ALPHA-2 AGONISTS i.e. guanfacine, clonidine		
CONTRAINDICATIONS	PRECAUTIONS: Pre-existing conditions in patients	To be monitored during treatment
<p>Inability for parents or patients to ensure regular daily dosage (due to the risk of rebound hypertension when stopped abruptly)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hepatic impairment Kidney impairment 	<ul style="list-style-type: none"> Somnolence and sedation BP, risk of hypotension Bradycardia, syncope Elevated BP and HR upon abrupt discontinuation QTc interval (to be monitored if underlying conditions or other medication increase the risk of prolonged QTc interval)

MAOI = monoamine oxidase inhibitors; BP = blood pressure; HR = heart rate
¹ Psychostimulant medications are used cautiously in patients with anxiety disorders but the CADDRA ADHD Practice Guidelines Committee agrees that the benefits of psychostimulants to treat ADHD often exceeds the risk
² Psychostimulant medications are used cautiously in tic spectrum disorders but the Committee agrees that use can be indicated if there is sufficient impairment of the concurrent ADHD. In these cases, the medications for ADHD are often combined with other drugs for tics (e.g., atypical neuroleptics or alpha-2 agonists).
³ Atomoxetine may be used in combination with inhaled beta2 agonists like salbutamol, but should be used with caution in patients being treated with oral or intravenous beta2 agonists
 Note: This table summarizes key information and cannot be considered exhaustive. Physicians should refer to Product Monographs for complete prescribing information.

Nr 1. (se läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer)

Nyinsättning Concerta

Intervall	moment	Besökstyp	Behandlare
Vecka 1	Baseline, Kartläggning, Information, Provtagning*	Mottagningsbesök 45 min + Adm 45 min	ssk
Vecka 1	QB-test (Om äldre än 6 mån)	Mottagningsbesök 45 min	ssk
Vecka 2	Somatisk status Psykisk status Val av läkemedel utfärdande av recept**	Mottagningsbesök 45 min (Om äldre än 6 mån)	Lä
Vecka 2	Insättning T.Concerta 18 mg 1x1	Läkemedelsrond (Om läk.besök ej äldre än 6 mån)	Ssk+lä
Vecka 3	Utvärdering av läkemedelseffekt och ev. biverkningar. Ev dosökning till T.Concerta 18 mg 2x1 enligt skriftlig läk.ord.	Telefonuppföljning 15 min	ssk
Vecka 4	Utvärdering av läkemedelseffekt Puls och blodtryck biverkningar	Mottagningsbesök 30 min	ssk
Vecka 4	Eventuella avvikelser Individuell dosjustering, nytt recept	Läkemedelsrond	Ssk+lä
Vecka 4	Återkoppling till patienten från rond	Telefonuppföljning 15 min	ssk
Vecka 5	Utvärdering av läkemedelseffekt, biverkningar, puls och blodtryck	Mottagningsbesök 30 min	ssk
Vecka 5-12	Patienten diskuteras på läkemedelsrond, därefter individuell dosjustering	Läkemedelsrond	Ssk+lä
Vecka 12	Vid uppnådd måldos. Utvärdering av läkemedelseffekt med ASRS och QB-test. Puls och blodtryck, ev biverkningar. Nivåbedöm 1-3	1-2 mottagningsbesök 45min	ssk
6 månader	Halvårskontroll	Mottagningsbesök 45min	ssk
12 månader	Årskontroll	Mottagningsbesök 45min	Lä

* Vid förhöjt blodtryck hänvisas patienten till puls- och blodtryckskontroll på vårdcentral x3. Vid jakande svar på screeningformulär för hjärt- och kärlsjukdom skriver sjuksköterska remiss för EKG. Svar ställs till läkare och diskuteras sedan på rond.

**Höjning till 36 mg kan ske efter att sjuksköterska per telefon konstaterat att medicinen ej gett tillfredställande effekt samt att inga besvärande biverkningar uppstått. Denna ordination ska dock tydligt framgå i läkaranteckning.

Nr 2. se läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer

Nyinsättning Ritalin

Intervall	moment	Besökstyp	Behandlare
Vecka 1	Baseline, Kartläggning, Information, Provtagning*	Mottagningsbesök 45 min + Adm 45 min	ssk
Vecka 1	QB-test (Om äldre än 6 mån)	Mottagningsbesök 45 min	ssk
Vecka 2	Somatisk status Psyisk status Val av läkemedel utfärdande av recept**	Mottagningsbesök 45 min (Om äldre än 6 mån)	Lä
Vecka 2	Insättning K. Ritalin 20 mg 1x1.	Läkemedelsrond (Om läk.besök ej äldre än 6 mån)	Ssk+lä
Vecka 3	Utvärdering av läkemedelseffekt och ev. biverkningar. Ev dosökning till K. Ritalin 30 mg 1x1 enligt skriftlig läk.ord.	Telefonuppföljning 15 min	ssk
Vecka 4	Utvärdering av läkemedelseffekt Puls och blodtryck biverkningar	Mottagningsbesök 30 min	ssk
Vecka 4	Eventuella avvikelser Individuell dosjustering, nytt recept	Läkemedelsrond	Ssk +lä
Vecka 4	Återkoppling till patienten från rond	Telefonuppföljning 15 min	ssk
Vecka 5	Utvärdering av läkemedelseffekt Puls och blodtryck biverkningar	Mottagningsbesök 30 min	ssk
Vecka 5-12	Patienten diskuteras på läkemedelsrond, därefter individuell dosjustering	Läkemedelsrond	Ssk+lä
Vecka 12	Vid uppnådd måldos. Utvärdering av läkemedelseffekt med ASRS och QB-test. Puls och blodtryck, ev biverkningar. Nivåbedöm 1-3	1-2 mottagningsbesök 45min	ssk
6 månader	Halvårskontroll	Mottagningsbesök 45min	ssk
12 månader	Årskontroll	Mottagningsbesök 45min	Lä

* Vid förhöjt blodtryck hänvisas patienten till puls- och blodtryckskontroll på vårdcentral x3. Vid jakande svar på screeningformulär för hjärt- och kärlsjukdom skriver sjuksköterska remiss för EKG, svar ställs till läkare och diskuteras sedan på rond.

**Höjning till 36 mg kan ske efter att sjuksköterska per telefon konstaterat att medicinen ej gett tillfredställande effekt samt att inga besvärande biverkningar uppstått. Denna ordination ska dock tydligt framgå i läkaranteckning.

Nr 3. se läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer

Nyinsättning Elvanse

Intervall	moment	Besökstyp	Behandlare
Vecka 1	Baseline, Kartläggning, Information, Provtagning*	Mottagningsbesök 45 min + Adm 45 min	ssk
Vecka 1	QB-test (Om äldre än 6 mån)	Mottagningsbesök 45 min	ssk
Vecka 2	Somatisk status Psykisk status Val av läkemedel utfärdande av recept**	Mottagningsbesök 45 min (Om äldre än 6 mån)	Lä
Vecka 2	Insättning K. Elvanse 30 mg 1x1.	Läkemedelsrond (Om läk.besök ej äldre än 6 mån)	Ssk+lä
Vecka 3	Utvärdering av läkemedelseffekt Puls och blodtryck biverkningar	Mottagningsbesök 30 min	ssk
Vecka 3	Eventuella avvikelser	Läkemedelsrond	Ssk +lä
Vecka 3-6	Kontakt med patienten vid behov	Telefonuppföljning 15 min	ssk
Vecka 6	Eventuella avvikelser, doshöjning till K. Elvanse 50 mg 1x1, nytt recept	Läkemedelsrond	Ssk+lä
Vecka 6	Återkoppling till patienten från rond	Telefonuppföljning 15 min	ssk
Vecka 7	Utvärdering av läkemedelseffekt Puls och blodtryck biverkningar	Mottagningsbesök 30 min	ssk
Vecka 7	Eventuella avvikelser	Läkemedelsrond	Ssk +lä
Vecka 10	Eventuella avvikelser, doshöjning till K. Elvanse 70 mg 1x1, nytt recept	Läkemedelsrond	Ssk+lä
Vecka 11	Utvärdering av läkemedelseffekt Puls och blodtryck biverkningar	Mottagningsbesök 30 min	ssk
Vecka 14	Vid uppnådd måldos. Utvärdering av läkemedelseffekt med ASRS och QB-test. Puls och blodtryck, ev biverkningar. Nivåbedöm 1-3	1-2 mottagningsbesök 45min	ssk
6 månader	Halvårskontroll	Mottagningsbesök 45min	ssk
12 månader	Årskontroll	Mottagningsbesök 45min	Lä

* Vid förhöjt blodtryck hänvisas patienten till puls- och blodtryckskontroll på vårdcentral x3. Vid jakande svar på screeningformulär för hjärt- och kärlsjukdom skriver sjuksköterska remiss för EKG, svar ställs till läkare och diskuteras sedan på rondan.

**Höjning till 36 mg kan ske efter att sjuksköterska per telefon konstaterat att medicinen ej gett tillfredställande effekt samt att inga besvärande biverkningar uppstått. Denna ordination ska dock tydligt framgå i läkaranteckning.