

# ADHD

## Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet

---

En systematisk litteraturöversikt

September 2013

*(preliminär version webbpublicerad 13-06-11)*



---

SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering

*Swedish Council on Health Technology Assessment*

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens metoder.

SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

SBU ger ut flera rapportserier. I ”SBU Utvärderar” har SBU:s expertgrupper själva gjort den systematiska utvärderingen. Serien omfattar både etablerade metoder (gula rapporter) och nya metoder (Alert). ”SBU Kommenterar” sammanfattar och kommenterar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU svarar också på frågor direkt från beslutsfattare i vården via SBU:s Upplysningstjänst.

Välkommen att läsa mer om SBU:s rapporter och verksamhet på [www.sbu.se](http://www.sbu.se).

*Denna utvärdering publicerades år 2013. Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller begränsat.*

Denna rapport (nr 217) kan beställas från Strömberg distribution  
Telefon: 08-779 96 85 • Fax: 08-779 96 10 • E-post: [sbu@strd.se](mailto:sbu@strd.se)

Grafisk produktion av Anna Edling, SBU

Tryckt av Elanders, 2013

Rapportnr: 217 • ISBN 978-91-85413-58-4 • ISSN 1400-1403

Citera denna rapport: SBU. ADHD – Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 217. ISBN 91-85413-58-4.

# ADHD

## Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet

---

### En systematisk litteraturöversikt

#### Projektgrupper

##### **Diagnostik och behandling vid ADHD:**

Lars Jacobsson (ordförande), Maria Ahlberg (projektadministratör), Margareta Ahlström, Ylva Benderix, Bo Bergman, Eva Billstedt, Thomas Davidson (hälsoekonom), Stephan Ehlers, Jean-Luc af Geijerstam (biträdande projektledare), Martin Grann, Elisabeth Gustafsson (projektadministratör), Linda Halldner-Henriksson, Kickan Håkanson (projektadministratör), Ulf Jonsson, Rurik Löfmark, Ingegerd Mejåre, Vivianne Nordin, Anders Norlund (hälsoekonom), Hanna Olofsson (informationsspecialist), Sally Saad (informationsspecialist), Mikaela Starke, Bo Söderpalm, Margareta Söderström, Sofia Tranæus (biträdande projektledare), Anne-Liis von Knorring, Pernilla Östlund (projektledare)

##### **Vårdens organisation med fokus på ADHD:**

Nasim Farrokhnia (projektledare maj 2010–november 2010), Agneta Pettersson (projektledare november 2010–oktober 2012), Maria Ahlberg (projektadministratör), Derya Akcan (informationsspecialist), Thomas Davidson (hälsoekonom), Ingela Skärsäter, Gunilla Thernlund, Sofia Tranæus (biträdande projektledare), Ing-Marie Wieselgren

##### **Patientens delaktighet vid ADHD:**

Bengt Mattsson (ordförande), Elisabeth Gustafsson (projektadministratör), Svenny Kopp (t o m juli 2011), Lennart Lundin, Rurik Löfmark, Sofia Tranæus (biträdande projektledare), Sophie Werkö (projektledare)

#### Externa granskare

##### **Diagnostik och behandling vid ADHD:**

Anders Anell, Malin Broberg, Sven Bölte, Johan Franck, Bruno Hägglöf

##### **Vårdens organisation med fokus på ADHD:**

Mona Eklund, Lena Flyckt, Henrika Jormfeldt, Lars Hansson, Elisabeth Wentz

##### **Patientens delaktighet vid ADHD:**

Gunilla Thernlund, Susanna Danielsson, Anne-Charlotte Abrahamsson



# Innehåll

---

<b>SBU:s sammanfattning och slutsatser</b>	<b>7</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>39</b>
<b>2. Metodbeskrivning</b>	<b>55</b>
<b>3. Systematisk litteraturöversikt – Diagnostik och behandling vid ADHD</b>	<b>71</b>
3.1. Diagnosinstrument vid ADHD	73
3.2. Psykosociala, pedagogiska, psykoterapeutiska och andra icke-farmakologiska behandlingsmetoder vid ADHD	131
3.3. Läkemedelsbehandling vid ADHD	181
3.3.1 Effekter och biverkningar på kort sikt	183
3.3.2 Effekter och biverkningar på lång sikt	304
3.3.3 Samtidigt substansmissbruk eller substansberoende	326
3.3.4 Centralstimulerande läkemedel och risk för framtida substansmissbruk eller substansberoende	350
<b>4. Systematisk litteraturöversikt – Vårdens organisation med fokus på ADHD</b>	<b>377</b>
<b>5. Systematisk litteraturöversikt – Patients delaktighet vid ADHD</b>	<b>397</b>
<b>6. Etiska och sociala aspekter</b>	<b>453</b>
<b>7. Hälsoekonomiska aspekter</b>	<b>467</b>
<b>8. Praxisundersökning</b>	<b>479</b>
<b>9. Sammanfattande diskussion och konsekvensanalys</b>	<b>489</b>

<b>10. Kunskapsluckor och framtida forskning</b>	<b>499</b>
10.1 Diagnostik och behandling vid ADHD	499
10.2 Vårdens organisation med fokus på ADHD	502
10.3 Patientens delaktighet vid ADHD	505
<b>11. Ord- och förkortningslista</b>	<b>507</b>
<b>12. Projektgrupper, externa granskare, bindningar och jäv</b>	<b>519</b>

# SBU:s sammanfattning och slutsatser

---



---

SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering  
*Swedish Council on Health Technology Assessment*





# SBU:s sammanfattning och slutsatser

---

## ADHD

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) är ett tillstånd som inte brukar betecknas som en sjukdom utan som en funktionsnedsättning med debut i barnaåren. Kärnsymtomen karaktäriseras av uppmärksamhetsproblem, impulsivitet och hyperaktivitet. Tillståndet innebär i det typiska fallet betydande funktionsnedsättningar som oftast består livet ut. Det finns en stor spridning i såväl symtombild som svårighetsgrad och förloppet kan skifta över tid hos enskilda individer. I ett antal fall sker dock en normalisering eller mognadsprocess som kan leda till en relativt normal anpassning i vuxenlivet. Hos en del personer med ADHD förekommer samtidigt någon form av personlighetsstörning och/eller andra psykiska störningar, framför allt ångest- och depressionstillstånd. Ibland förekommer även psykotiska genombrott. Missbruk av alkohol och droger samt kriminalitet är en komplicerande problematik hos en del personer med ADHD.

Bland barn i skolåldern har prevalensen av ADHD uppskattats till 3–10 procent beroende på hur man tillämpar diagnostiken [1,2]. Pojkar får diagnosen ADHD betydligt oftare än flickor (3–5 gånger så ofta) även om tendensen under senare år har varit att fler flickor också får diagnosen. Cirka 3–4 procent av den vuxna befolkningen beräknas ha ADHD [2].

Inom psykiatrin finns två internationella diagnossystem, WHO:s klassifikationssystem International Classification of Diseases and Related Health Problems, version 10 (ICD-10) och Diagnostic and Statistical Manual, version IV, text revision (DSM-IV TR) som är utvecklat av Amerikanska Psykiatriska Föreningen (APA). DSM-5 publiceras år 2013 och ICD-11 planeras komma ut år 2015.

Den diagnostiska utredningen är ofta mycket omfattande, särskilt när det gäller barn och ungdomar, och det finns en rad olika diagnostiska instrument riktade till såväl dem med misstänkt ADHD som de närstående (Faktaruta 1).

Denna rapport är en del i ett regeringsuppdrag om utvärdering av diagnostik och behandling av psykiatriska tillstånd. Syftet var att gå igenom det vetenskapliga underlaget för de diagnostiska instrument och behandlingsinsatser som används för ADHD i Sverige. De enskilda diagnostiska instrumenten utgör inte ensamma tillräckligt underlag för diagnos, utan ska alltid vägas ihop med övriga utredningsresultat i en konsensusdiagnos (kan också benämnas LEAD – Longitudinal Observation by Experts using All Data). När det gäller insatser och behandling används ett stort antal metoder. Enligt behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket och olika regionala vårdprogram ska läkemedelsbehandling av ADHD ses som en del i ett behandlingsprogram, efter att stödåtgärder visat sig vara otillräckliga.

I rapporten ingår också avsnitt om den kunskap som finns om hur personer med dessa tillstånd upplever medverkan och delaktighet i utredning och behandling. Vi har även gått igenom litteraturen om organisatoriska, etiska och hälsoekonomiska aspekter på diagnostik och behandling av personer med ADHD.

## Faktaruta 1 Diagnostik vid ADHD.

Den diagnostiska utredningen är ofta mycket omfattande, särskilt när det gäller barn och ungdomar och det finns en rad olika diagnostiska instrument riktade till såväl personen med misstänkt ADHD som de närstående. Att ställa diagnosen ADHD innebär en bedömning av personens funktion och beteenden i olika miljöer, t ex i hemmet, i skolan eller på arbetet (för vuxna). Oftast sker detta arbete i team där läkare, psykolog och pedagog m fl ingår. Till sin hjälp har teamet diagnosinstrument som utgörs av skattningsskalor. Vilka skattningsskalor som används av teamen skiljer sig åt från en klinik (ett team) till en annan och från en ort till en annan i Sverige.

För att ställa diagnos behöver teamet träffa det berörda barnet, prata med föräldrar/vårdnadshavare och få information från barnets lärare. För vuxna med misstänkt ADHD är deras berättelse central. Det underlättar diagnostiken om det finns möjlighet att intervjua föräldrar eller andra anhöriga om den vuxnas symtom under barndomen. Diagnos ställs inte enbart på resultatet från en skattningsskala, utan praxis är att instrumenten är ett hjälpmedel i diagnostiken och att det avgörande för en diagnos är den kliniska värderingen. Det görs även en funktionsbedömning och/eller en neuropsykologisk bedömning där den intellektuella förmågan undersöks. Det görs också en allmän somatisk undersökning där t ex neurologiskt status samt puls- och blodtrycksmätning ingår. Den stora förekomsten av samsjuklighet vid ADHD komplicerar diagnostiken.

## SBU:s slutsatser

- **Instrumenten för diagnostik av ADHD bör undersökas bättre liksom hela den diagnostiska processen.** Användandet av diagnostiska instrument bör ske på ett strukturerat och utvärderingsbart sätt. Vi har utvärderat 15 diagnostiska instrument som används i Sverige för att identifiera ADHD. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för samtliga. Diagnostiska instrument tillsammans med övriga utredningsmetoder är en del i processen för att identifiera ADHD. Det finns inga studier som utvärderar hela den diagnostiska processen.

- ▶ **Kunskapsläget idag talar för att diagnostik, behandling och uppföljning av ADHD tillsvidare bör ligga kvar inom den specialiserade vården.** Det behövs studier av hur vårdens och samhällets insatser bäst bör organiseras och samordnas för personer med ADHD. De diagnostiska instrument som används för att ställa diagnosen ADHD behöver undersökas bättre. Det är också viktigt att läkemedelsbehandling följs upp för att ha kontroll på effekter och biverkningar, samt för att minimera risken för spridning av läkemedlen utanför patientgruppen. Sammantaget gör detta att diagnostik, behandling och uppföljning av ADHD tillsvidare bör ligga kvar inom den specialiserade vården.
- ▶ **Många olika insatser och behandlingar, förutom läkemedel, används idag, men kunskapen om deras nytta, risker och kostnader måste förbättras.** Vi har identifierat 30 olika behandlingsmetoder som används vid ADHD. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekterna i samtliga fall. Kognitiv beteendeterapi kan ha effekt när det ges som tilläggsbehandling till vuxna med ADHD som har kvarstående symtom trots läkemedelsbehandling. Detta måste dock bekräftas i oberoende studier.
- ▶ **Både metylfenidat och atomoxetin lindrar ADHD-symtom vid korttidsbehandling (3 veckor till 6 månader) av barn, ungdomar och vuxna med ADHD.** Men det går inte att bedöma nyttan vid längre tids behandling (>6 månader). För det behövs studier med långtidsuppföljning. Detsamma gäller för att kunna bedöma om risken för substansmissbruk i vuxen ålder påverkas hos personer som har behandlats med centralstimulerande ADHD-läkemedel som barn, och för att kunna besvara frågan om det går att läkemedelsbehandla ADHD hos personer med ett känt missbruk.
- ▶ **Vanliga biverkningar vid korttidsbehandling med atomoxetin, som rapporterats i kliniska prövningar, är illamående och nedsatt aptit.** För barn är viktminskning och pulsökning även vanliga biverkningar och för vuxna är det muntorrhet och erektil dysfunktion. För metylfenidat är biverkningarna framför allt nedsatt aptit. För barn är buksmärtor en vanlig biverkning och för vuxna är minskad aptit,

illamående, muntorrhet, sömnproblem, huvudvärk och viktnedgång vanliga biverkningar.

- ▶ Skolan och vården måste arbeta för ökad delaktighet och bättre stöd från omgivningen. Vilka åtgärder som krävs är inte vetenskapligt undersökt. Idag upplever dock både anhöriga till barn med ADHD och vuxna med ADHD utanförskap och bristfälligt socialt stöd. Föräldrar\* till barn med ADHD känner sig beroende av vårdpersonal, samtidigt som de kan känna tvivel kring insatserna och frustration över dåligt bemötande och bristande delaktighet.
- ▶ Både föräldrar\* och skolpersonal upplever att de är okunniga om ADHD, något som skulle kunna påverka deras inställning till och upplevelse av delaktighet. Att ge läkemedel till barn som har diagnosen medför känslor av både lättnad och tvivel hos föräldrarna\*. Vuxna med ADHD och föräldrar\* till barn med ADHD uttrycker att enbart medicinering inte är tillräckligt även om medicinerna har effekt.
- ▶ Det behövs bättre vetenskaplig kunskap om hur barn och vuxna med ADHD upplever vården och sina möjligheter att vara delaktiga.

## Uppdraget

Denna litteraturöversikt avser att granska det vetenskapliga underlaget för diagnostik och behandling vid ADHD avseende

- den diagnostiska tillförlitligheten för enskilda instrument som används vid utredning
- effekter och biverkningar av icke-farmakologiska behandlingsmetoder
- effekter och biverkningar av behandling med ADHD-läkemedel (atomoxetin och metylfenidat)
- hälsoekonomiska aspekter
- etiska och sociala aspekter
- organisation av vård och omsorg
- patientens delaktighet.

---

\* I huvudsak mödrar har studerats.

## Metod

Den systematiska översikten genomfördes i enlighet med SBU:s procedur. SBU har en noggrann och systematisk metodik där all relevant litteratur söks i tillgängliga databaser för den fråga som studeras. Varje inkluderad studie har kvalitetsgranskats och tabellerats enligt särskild metodik. Styrkan på det vetenskapliga underlaget bedömdes med hjälp av GRADE. Det innebär att granskningen omfattade en värdering av studiernas ämnesrelevans och metodologiska kvalitet, studiedesign och intern validitet (rimligt skydd mot systematiska fel) samt analys av resultat, statistisk styrka och generaliserbarhet.

Studier med kvalitativ metodik kvalitetsgranskades enligt ett särskilt protokoll. Resultaten i de utvalda studierna vägdes samman i en sekundär kvalitativ analys. Genom den fortsatta analysen sammanfördes data från studierna till flera teman, som redovisas som syntetiserade resultat.

### **Faktaruta 2** Mått på diagnostisk tillförlitlighet.

Relationen mellan testresultat och sjukdomsstatus kan uttryckas med olika mått. Vi uttrycker evidensstyrkan för de diagnostiska formulärens i form av sensitivitet och specificitet:

*Sensitivitet* anger sannolikheten för att sjuka får ett positivt testresultat.

*Specificitet* anger sannolikheten för att friska får ett negativt testresultat.

### Faktaruta 3 Studiekvalitet och evidensstyrka.

**Studiekvalitet** avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

**Evidensstyrkan** är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer såsom studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, t ex dos-respons-samband.

#### **Kvantitativ studiedesign**

Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer:

**Starkt vetenskapligt underlag** (⊕⊕⊕⊕). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

**Måttligt starkt vetenskapligt underlag** (⊕⊕⊕○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

**Begränsat vetenskapligt underlag** (⊕⊕○○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

**Otillräckligt vetenskapligt underlag** (⊕○○○). När vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller när studier av likartad kvalitet visar motsägande resultat, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens, desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom en överblickbar framtid.

#### **Kvalitativ studiedesign**

Evidensstyrkan i slutsatserna bedöms enligt följande:

**Det finns vetenskapligt stöd.** Slutsatser kan dras eftersom identifierade studier har tillräcklig kvalitet och relevans.

**Det vetenskapliga stödet är otillräckligt.** Inga slutsatser kan dras eftersom identifierade studier saknar tillräcklig kvalitet och relevans.

#### **Slutsatser**

I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.

# Evidensgraderade resultat

## Instrument för utredning av ADHD

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för samtliga utvärderade diagnostiska instrument.

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet per instrument) för att bedöma den diagnostiska tillförlitligheten för att identifiera ADHD hos följande instrument (⊕○○○):
  - Conners' Parent Rating Scale (CPRS)
  - Conners' Teacher Rating Scale (CTRS)
  - CPRS i kombination med CTRS
  - CPRS-revised (CPRS-R)
  - CTRS-revised (CTRS-R)
  - CTRS-R 28-item
  - Brown Attention Deficit Scale for Adults (Brown ADD för vuxna)
  - Brown ADD för barn och ungdomar
  - Wender Utah Rating Scale (WURS)
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (studier saknas) för att bedöma den diagnostiska tillförlitligheten för att identifiera ADHD hos följande instrument (⊕○○○):
  - Development and Well-Being Assessment (DAWBA)
  - The Yale Children's Inventory (YCI)
  - ADHD Rating Scale (ADHD-RS)
  - The WHO Adult Self-Report Scale (ASRS)
  - Kiddie-SADS
  - Wender Riktad ADHD Symtom Skala (WRASS)
  - Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire (SNAP)



## Psykosociala, pedagogiska, psykoterapeutiska och andra icke-farmakologiska behandlingsmetoder vid ADHD

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av alla de icke-farmakologiska metoder som har utvärderats.

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (två studier med brister i studiekvalitet och överensstämmelse) för att bedöma om neurofeedback ger bättre effekt än endast sedvanlig vård på kärnsymtom vid ADHD. Det går heller inte att uttala sig om risker och biverkningar (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet) för att bedöma om datorbaserade metoder för att förbättra arbetsminnet med en svårighetsnivå som är styrd av barnets prestationer, jämfört med datorbaserade metoder med svårighetsnivå på konstant låg nivå, ger bättre effekt på kärnsymtom vid ADHD. Det går heller inte att uttala sig om risker och biverkningar (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet, överförbarhet och precision) för att specialkost (ris, kött, grönsaker, päron och vatten) ger bättre effekt än hälsosam normalkost för barn med ADHD, mätt som kärnsymtom med ADHD Rating Scale (ADHD-RS) och Abbreviated Conners' Rating Scale (ACS). Det går heller inte att uttala sig om risker och biverkningar (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (två studier med brister i studiekvalitet, överförbarhet och överensstämmelse) för att bedöma om kognitiv beteendeterapi som tillägg till läkemedelsbehandling ger bättre effekt än endast läkemedel på kärnsymtom hos vuxna med ADHD. Det går heller inte att uttala sig om risker och biverkningar (⊕○○○).

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet, överförbarhet och precision) för att bedöma om omega-3-/omega-6-fettsyror ger bättre effekt än placebo på kärnsymtom vid ADHD. Det går heller inte att uttala sig om risker och biverkningar (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet, överförbarhet och precision) för att bedöma om kombinationen av social färdighetsträning och föräldraträning som tillägg till sedvanlig vård ger bättre effekt än endast sedvanlig vård på kärnsymtom vid ADHD. Det går heller inte att uttala sig om risker och biverkningar (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att bedöma om en kombination av beteendeterapi och läkemedelsbehandling (multimodal behandling) ger bättre effekt än beteendeterapi (utan läkemedelsbehandling) eller enbart läkemedelbehandling på kärnsymtom vid ADHD. Det går heller inte att uttala sig om risker och biverkningar (⊕○○○).
- Inga studier som uppfyllde inklusions- och kvalitetskriterierna kunde identifieras för nedanstående behandlingsmetoder för personer med ADHD. Det går därför inte att bedöma effekter eller risker och biverkningar (⊕○○○).
  - Aggression Replacement Training
  - Barnorienterad familjeterapi
  - Beteendeterapi
  - Biofeedback förutom neurofeedback
  - Dialektisk beteendeterapi
  - Familjeterapi
  - Kosttillskott: magnesium, vitamin B och vitamin D
  - Föräldrastödsprogram (COPE, Barkleys program, De otroliga åren/Webster-Stratton, Komet)
  - Holding
  - Livsstilsråd/miljöanpassning
  - Marte Meo (samspelebehandling)
  - Meditation

- Miljöterapi
- Nätverksbehandling
- Psykodrama
- Psykodynamisk psykoterapi
- Psykoedukativ behandling
- Stresshanteringsgrupp (enligt J Herlofsons modell)
- Strukturerade matscheman
- Stödsamtal
- Systemisk terapi
- Teacher support
- Time out
- Tomatismetoden
- Wirkbergs metoder i vardagen

## **Läkemedelsbehandling vid ADHD – effekter och biverkningar på kort sikt**

### **Behandling av barn med atomoxetin**

#### *Effekt*

- Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att medelhög dos av atomoxetin (0,5–1,5 mg/kg/dag) ger bättre effekt än placebo på ADHD-symtom vid korttidsbehandling av barn med ADHD mätt med ADHD-RS (⊕⊕⊕○).
- Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att hög dos av atomoxetin (>1,5 mg/kg/dag) ger bättre effekt än placebo på ADHD-symtom vid korttidsbehandling av barn med ADHD mätt med ADHD-RS (⊕⊕⊕○).

#### *Biverkningar*

- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att barn med ADHD som behandlas med atomoxetin får mer biverkningar i form av minskad aptit, trötthet, illamående, viktninskning och pulsökning än barn som behandlas med placebo (⊕⊕○○).

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag<sup>1</sup> för att avgöra om barn med ADHD som behandlas med atomoxetin får huvudvärk, buksmärta, blodtryckshöjning respektive humörpåverkan i större utsträckning än barn som behandlas med placebo (⊕○○○).

## Behandling av barn med metylfenidat

### Effekt

- Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att metylfenidat ger bättre effekt än placebo vid korttidsbehandling av barn med ADHD mätt som andelen som svarar på behandlingen enligt Clinical Global Impression (CGI) (⊕⊕⊕○).

### Biverkningar

- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att barn med ADHD som behandlas med metylfenidat får mer biverkningar i form av minskad aptit, buksmärta och ökad viktnedgång än barn som behandlas med placebo (⊕⊕○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag<sup>2</sup> för att avgöra om barn med ADHD som behandlas med metylfenidat får sömnstörningar, huvudvärk, illamående, humörpåverkan, pulsökning, blodtrycksökning och krampanfall i större utsträckning än barn som behandlas med placebo (⊕○○○).

## Direktjämförande studier av atomoxetin och metylfenidat hos barn

### Effekt

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (två studier med brister i studiekvalitet och överensstämmelse) för att bedöma om det finns en skillnad mellan atomoxetin och metylfenidat avseende effekt på ADHD-symtom hos barn med ADHD (⊕○○○).

---

<sup>1</sup> Huvudvärk och buksmärta: 13 studier med brister i studiekvalitet, överensstämmelse och precision. Höjning av blodtryck och humörpåverkan: studier saknas.

<sup>2</sup> Sömnlöshet: 3 studier med brister i studiekvalitet, överensstämmelse och precision. Huvudvärk: 5 studier med brister i studiekvalitet, överensstämmelse och precision. Illamående och humörpåverkan: 1 studie med brister i studiekvalitet, överensstämmelse och precision.

Pulsökning, blodtrycksökning och krampanfall: studier saknas.

## **Biverkningar**

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (två studier med brister i studiekvalitet och överensstämmelse) för att bedöma om det finns en skillnad mellan atomoxetin och metylfenidat avseende biverkningar vid behandling av barn med ADHD (⊕○○○).

## **Behandling av vuxna med atomoxetin**

### **Effekt**

- Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att atomoxetin ger bättre effekt än placebo på ADHD-symtom mätt med Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS) vid korttidsbehandling av vuxna med ADHD (⊕⊕⊕○).

## **Biverkningar**

- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att vuxna med ADHD som behandlas med atomoxetin får mer biverkningar i form av illamående, muntorrhet, minskad aptit och erektil dysfunktion än vuxna som behandlas med placebo (⊕⊕○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (tre studier med brister i studiekvalitet och precision) för att avgöra om vuxna med ADHD som behandlas med atomoxetin får sömnstörningar i större utsträckning än vuxna som behandlas med placebo (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (tre studier med brister i studiekvalitet och precision) för att avgöra om vuxna med ADHD som behandlas med atomoxetin får huvudvärk i större utsträckning än vuxna som behandlas med placebo (⊕○○○).

## **Behandling av vuxna med metylfenidat**

### **Effekt**

- Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att metylfenidat ger bättre effekt än placebo i andel som svarar på behandling mätt med ADHD Investigator Symptom Rating Scale (AISRS) och Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) vid korttidsbehandling av vuxna med ADHD (⊕⊕⊕○).

### *Biverkningar*

- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att vuxna med ADHD som behandlas med metylfenidat får mer biverkningar i form av minskad aptit, sömnstörningar, illamående (inklusive mag- och tarmbesvär), muntorrhet, huvudvärk och viktminskning än vuxna som behandlas med placebo (⊕⊕○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (fyra studier med brister i studiekvalitet och precision) för att avgöra om vuxna med ADHD som behandlas med metylfenidat i större utsträckning får ångest jämfört med vuxna som behandlas med placebo (⊕○○○).

### **Direktjämförande studier av atomoxetin och metylfenidat hos vuxna**

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (studier saknas) för att bedöma om det finns skillnader mellan atomoxetin och metylfenidat avseende effekt på ADHD-symtom hos vuxna med ADHD (⊕○○○).

### **Läkemedelsbehandling vid ADHD – effekter och biverkningar på lång sikt**

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma nytta och risk vid läkemedelsbehandling på lång sikt.

### **Behandling av barn med atomoxetin**

#### *Effekt*

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (studier saknas) för att avgöra om atomoxetin ger bättre effekt än placebo på ADHD-symtom vid långtidsbehandling av barn med ADHD (⊕○○○).

#### *Biverkningar*

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om atomoxetin ger mer biverkningar än placebo vid långtidsbehandling av barn med ADHD (⊕○○○).

## **Behandling av barn med metylfenidat**

### *Effekt*

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (studier saknas) för att avgöra om metylfenidat ger bättre effekt än placebo på ADHD-symtom vid långtidsbehandling av barn med ADHD (⊕○○○).

### *Biverkningar*

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om metylfenidat ger mer biverkningar än placebo vid långtidsbehandling av barn med ADHD (⊕○○○).

## **Behandling av vuxna med atomoxetin**

### *Effekt*

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (två studier med brister i studiekvalitet och precision) för att avgöra om atomoxetin ger bättre effekt än placebo på ADHD-symtom vid långtidsbehandling av vuxna med ADHD (⊕○○○).

### *Biverkningar*

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (två studier med brister i studiekvalitet och precision) för att avgöra om atomoxetin ger mer biverkningar än placebo vid långtidsbehandling av vuxna (⊕○○○).

## **Behandling av vuxna med metylfenidat**

### *Effekt*

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om metylfenidat ger bättre effekt än placebo på ADHD-symtom vid långtidsbehandling av vuxna med ADHD (⊕○○○).

### *Biverkningar*

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om metylfenidat ger mer biverkningar än placebo vid långtidsbehandling av vuxna med ADHD (⊕○○○).

## Läkemedelsbehandling vid ADHD – samtidigt substansmissbruk eller substansberoende

### Atomoxetin

#### Effekt på ADHD-symtom

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om atomoxetin i kombination med motiverande samtal/kognitiv beteendeterapi har bättre effekt än placebo i kombination med motiverande samtal/kognitiv beteendeterapi på ADHD-symtom mätt med Adolescent Report DSM-IV ADHD Symptom Checklist vid behandling av ungdomar (13–19 år) med samtidigt cannabismissbruk (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om atomoxetin har bättre effekt än placebo på ADHD-symtom mätt med AISRS vid behandling av vuxna med ADHD och alkoholmissbruk (⊕○○○).

#### Effekt på missbruk

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om atomoxetin i kombination med motiverande samtal/kognitiv beteendeterapi, jämfört med placebo i kombination med motiverande samtal/kognitiv beteendeterapi, påverkar cannabismissbruk/-beroende hos ungdomar (13–19 år) med ADHD och cannabismissbruk (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om atomoxetin, jämfört med placebo, påverkar alkoholkonsumtionen hos vuxna med ADHD och alkoholmissbruk/-beroende (⊕○○○).

#### Biverkningar

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (studier saknas) för att avgöra om atomoxetin ger mer biverkningar än placebo hos personer med ADHD med samtidigt missbruk/beroende av alkohol eller cannabis (⊕○○○).



## **Metylfenidat**

### *Effekt på ADHD-symtom*

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om metylfenidat i låga doser har bättre effekt än placebo på ADHD-symtom mätt med ADHD-RS hos vuxna med ADHD under pågående metadonbehandling för opiatberoende (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om metylfenidat i låga doser i kombination med kognitiv beteendeterapi har bättre effekt än placebo i kombination med kognitiv beteendeterapi på ADHD-symtom hos vuxna med ADHD och kokainberoende (⊕○○○).

### *Effekt på missbruk*

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om metylfenidat i låga doser, jämfört med placebo, påverkar droganvändning hos vuxna med ADHD och kokainmissbruk/-beroende under metadonbehandling för opiatberoende (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att avgöra om metylfenidat i låga doser i kombination med kognitiv beteendeterapi, jämfört med placebo i kombination med kognitiv beteendeterapi, påverkar kokainmissbruk hos vuxna med ADHD och kokainberoende (⊕○○○).

### *Biverkningar*

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för att avgöra om metylfenidat ger mer biverkningar än placebo hos personer med ADHD med samtidigt centralstimulantia- eller opiatberoende (⊕○○○).

## Läkemedelsbehandling vid ADHD – centralstimulerande läkemedel och risk för framtida substansmissbruk eller substansberoende

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (sex studier, olikheter i studiernas inbördes karaktär<sup>3</sup>) för att avgöra om det finns en ökad eller minskad risk för att senare i livet utveckla substansmissbruk/-beroende hos barn med ADHD som behandlas med centralstimulerande läkemedel, i jämförelse med dem som inte behandlas med centralstimulerande läkemedel (⊕○○○).

## Vårdens organisation med fokus på ADHD

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (studier saknas) för att bedöma om specialiserade team ger bättre resultat än multidisciplinära team i allmänhet för barn och vuxna med ADHD (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet) för att bedöma om primärvården/första linjens vård är likvärdig med vård inom den specialiserade psykiatrin för barn med ADHD (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (studier saknas) för att bedöma om primärvården/första linjens vård är likvärdig med vård inom den specialiserade psykiatrin för vuxna med ADHD (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (studier saknas) för att bedöma om specialiserade rehabiliterings-/habiliteringsverksamheter är bättre än rehabilitering/habilitering inom befintliga organisationsstrukturer för personer med ADHD (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (två studier med brister i studiekvalitet) för att bedöma om strukturerade insatser såsom utbildning och kompletterande stöd till en befintlig vårdorganisation

---

<sup>3</sup> Studierna skilde sig åt avseende typ av centralstimulerande läkemedel, behandlingstid och uppföljningstid. Det fanns även oklarheter om vilken dos som använts och om graden av följsamhet till behandling.

förbättrar diagnostik och behandling av personer med ADHD (⊕○○○).

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (studier saknas) för att bedöma om organisationsformer som aktivt använder kommunikation med modern teknik (datorer, mobiltelefon etc) är bättre än organisationsformer som inte bygger på sådan kommunikation för personer med ADHD (⊕○○○).

## Patientens delaktighet

I avsnittet om patientens delaktighet är nästan alla studier utförda med kvalitativ metodik. Evidensstyrkan bedöms då på annat sätt (Faktaruta 2.2).

- Det vetenskapliga stödet är otillräckligt (studier saknas) för att bedöma hur barn och vuxna med ADHD uppfattar sin samlade vård och sina möjligheter till delaktighet i utredning och behandling.
- Det finns vetenskapligt stöd för att föräldrar\* till barn med ADHD och vuxna med ADHD kan uppleva att läkemedelsbehandling har positiv effekt, men att det inte löser alla problem.
- Det finns vetenskapligt stöd för att föräldrar\* till barn med ADHD upplever återkommande stress och beslutsvånda över läkemedelsbehandling.
- Det finns vetenskapligt stöd för att föräldrar\* till barn med ADHD känner sig beroende av vårdpersonal, vilkas insatser de kan ogilla eller ta avstånd från.
- Det finns vetenskapligt stöd för att föräldrar\* till barn med ADHD och vuxna med ADHD, upplever att de uppfattas som annorlunda, samt blir utpekade och diskriminerade.

---

\* I huvudsak mödrar har studerats.

- Det finns vetenskapligt stöd för att föräldrar\* till barn med ADHD samt skolpersonal upplever sig sakna kunskap om ADHD. Det finns också vetenskapligt stöd för att föräldrar\* känner sig frustrerade över brister i bemötande, behandling samt delaktighet i familjens livssituation.

## Hälsoekonomi

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (två studier med brister i studiekvalitet och överförbarhet) för att bedöma om metylfenidat alternativt atomoxetin är kostnadseffektivt vid behandling av ADHD hos barn, ungdomar och vuxna (⊕○○○).

Eftersom det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekt av icke-farmakologiska insatser samt organisatoriska aspekter är otillräckligt betyder det även följande:

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (studier saknas) för att bedöma om icke-farmakologiska behandlingsmetoder är kostnadseffektiva vid behandling av ADHD hos barn, ungdomar och vuxna (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (studier saknas) för att bedöma kostnadseffektiviteten av olika organisatoriska aspekter vid behandling av personer med ADHD (⊕○○○).

## Kunskapsluckor

Inom ramen för denna genomgång har ett stort antal kunskapsluckor identifierats. Här följer några av de viktigaste:

- De diagnostiska instrument som används i Sverige idag för att ställa diagnosen ADHD är otillräckligt studerade.

---

\* I huvudsak mödrar har studerats.

- Evidensläget för effekt och biverkningar av icke-farmakologiska behandlingsmetoder vid ADHD är bristfälligt. Detta gäller även olika typer av kombinationsbehandlingar.
- Effekter och biverkningar av ADHD-läkemedel på lång sikt är otillräckligt studerat.
- Evidensen för läkemedelsbehandling vid ADHD med samtidigt substansmissbruk eller substansberoende är bristfällig.
- Evidensläget för läkemedelsbehandling vid ADHD med centralstimulerande läkemedel och risken för framtida substansmissbruk eller substansberoende är oklart.
- Studier om kostnadseffektivitet saknas för alla typer av interventioner vid ADHD.
- Organisationen i betydelsen hur vården och samhällets insatser är organiserade för personer med ADHD är i hög grad ett utforskat fält.
- Det saknas vetenskapligt underlag för hur personer med ADHD upplever sin samlade vård. Detta gäller för barn, vuxna och äldre.
- Det saknas vetenskapligt underlag för hur barn med ADHD upplever utredning och behandling.
- Det saknas i stor utsträckning studier om genusaspekter hos personer med ADHD, framför allt studier som beskriver flickors och fädernas upplevelser och åsikter. En orsak till bristen på fäder i studierna är att de valt att inte delta, medan avsaknaden av flickor beror på att få flickor utreds. Det behövs också svenska studier.
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma delaktighetens effekter på behandlingen samt för att visa vad som kan främja medverkan och delaktighet för personer med ADHD och deras närstående.

# Sammanfattande diskussion och konsekvensanalys

## Diagnostik

Denna systematiska översikt stödjer indirekt den praxis som redan finns när det gäller diagnostik av ADHD, nämligen att det är en specialist-uppgift som kräver en specialutbildad läkare (barnpsykiater, barnneurolog eller barnläkare med särskild kompetens inom området) och en psykolog med särskild utbildning inom området. Oftast sker detta arbete i team där även en pedagog ingår. Risken för såväl över- som underdiagnostik minimeras sannolikt av att diagnostiken sköts av ett specialistteam.

Vår utvärdering har visat att de enskilda diagnostiska instrumenten inte är tillräckligt undersökta. Inget diagnostiskt instrument kan ensamt ersätta en samlad bild av information från föräldrar, närstående och andra i personens närhet såsom förskollärare och lärare, samt en klinisk bedömning. Det finns ett behov av forskning som ser på ett samlat batteri av undersökningsmetoder och hur tillförlitligt ett sådant batteri är vad gäller diagnostiken.

Inom all medicinsk verksamhet pågår hela tiden en utveckling av den diagnostiska processen för såväl definitioner, avgränsningar av sjukdomstillstånd som teknik för att ställa diagnos. Detta gäller även för ADHD. De två internationellt använda diagnostiska systemen, WHO:s klassifikationssystem ICD och det amerikanska DSM, kommer med nya versioner år 2015 respektive år 2013. Dessa nya versioner förväntas dock inte ha väsentligt annorlunda kriterier för ADHD-diagnosen.

Tidig och adekvat diagnostik innebär i första hand en ökad medvetenhet om svagheter och begränsningar, men också om förmågor och styrkor. Det kräver olika typer av anpassningsstrategier. I slutänden kan det leda till att en mer individualiserad behandling kan sättas in. Det skulle sannolikt kunna minska risken för misslyckanden i skolan, social isolering, svårigheter med sociala kontakter och problem med vardagslivet, och så småningom svårigheter att ta sig in i arbetslivet. Det skulle också kunna reducera risken att hamna i missbruk och kriminalitet pga självmedicinering med centralstimulerande läkemedel och påföljande missbruks-

utveckling, liksom risken att hamna i kriminalitet pga brister i impuls-kontroll och missbruk. Framför allt skulle en mer individuell behandling innebära betydande vinster på det personliga planet för den enskilda individen liksom för föräldrar och familjen i stort samt i ett vidare samhällsperspektiv.

Det finns en oro för att fel- eller överdiagnostik av ADHD kan ske av olika skäl. Ett kan vara en önskan från enskilda personer och kanske från föräldrar att få en diagnos som förklarar uppkomna svårigheter och problem och därmed reducerar det personliga ansvaret för en situation. Ett annat kan vara att en diagnos öppnar möjligheten för att få insatser från skolans sida och från samhället i övrigt.

Fel- eller överdiagnostik kan leda till felaktig behandling med onödiga risker. Det kan också leda till att en mer adekvat behandling eller insats inte kommer till stånd eller fördröjs. Av fel- eller överdiagnostik kan onödiga kostnader uppstå för såväl patient som samhälle pga onödig, olämplig eller felaktig behandling. Det kan leda till produktionsbortfall pga nedsatt arbetsförmåga, missbruksutveckling och kriminalitet.

Det finns också risker med en underdiagnostik som kan förekomma av flera olika skäl. Ett kan vara att varken personen ifråga, de närstående, skolan eller sjukvården uppmärksammar problemen och att en diagnostisk process inte genomförs. Det kan också vara brist på resurser för diagnostik eller att diagnostiken genomförs av personer eller institutioner/organisationer som inte har tillräcklig kompetens. Underdiagnostik kan leda till att personen inte får den behandling och det stöd som han eller hon skulle kunnat få. Det i sin tur leder till ett onödigt lidande, förlust av livschanser och inkomstbortfall samt i särskilt ogynnsamma fall missbruk och kriminalitet.

Det finns en överrepresentation av ADHD-problematik bland personer med missbruksproblem liksom inom kriminalvården. Det gör att diagnostiken och omhändertagandet kompliceras i dessa grupper. Missbruksvården och kriminalvården måste kunna identifiera ADHD och sätta in adekvat behandling, vilket ställer särskilda krav. Det skulle bli en minskad risk för återfall i kriminalitet.

ADHD-symtomen kan minska under uppväxten och in i vuxen ålder. Det kan antingen bero på en mognadsprocess eller på en gynnsam effekt av behandling. Det gör att det kan finnas anledning att ompröva diagnosen i sena tonår eller i vuxen ålder. Det bör därför finnas en beredskap inom vuxenpsykiatri för denna typ av diagnostik.

De stora olikheter i hur diagnosen ställs på olika kliniker och enheter i landet behöver i sig inte innebära ett problem – det viktiga är att diagnosen blir rätt. Med tanke på att diagnosen ändå är ifrågasatt och med tanke på resursutnyttjandet finns anledning att försöka få till stånd en utvärderingsbar diagnostisk process. Det är därför viktigt att de kvalitetsregister som finns används, och det är i första hand en uppgift för sjukvårdshuvudmännen och Socialstyrelsen.

## Behandling

Behandling med psykoterapeutiska, psykopedagogiska och andra metoder har svagt vetenskapligt underlag. Effekterna av de olika metoderna har i studier ofta utvärderats med en metodik som inte tillåter säkra slutsatser. När det gäller behandling med ADHD-läkemedel (atomoxetin och metylfenidat) finns flera randomiserade kontrollerade studier som styrker effekten. Biverkningarna är också väl kända, även om det finns få långtidsstudier. Det finns dock fortfarande en hel del oklarheter kring nytta och risker med användningen av ADHD-läkemedel under ett livslångt perspektiv. Kontroll och uppföljning är särskilt viktigt med tanke på eventuella somatiska komplikationer. Här finns också en risk för fel- och överanvändning. I en rapport från Socialstyrelsen har man funnit att en betydande del av den vuxna populationen som får behandling med metylfenidat samtidigt använder en rad olika narkotikaklassade läkemedel, framför allt sömnmedel i form av bensodiazepiner [3].

Det finns behov av att kunna behandla missbrukare med ADHD med centralstimulerande läkemedel. Likaså finns behov av att behandla personer som är omhändertagna inom kriminalvården och som ofta har en missbruksproblematik. Behandlingen av dessa kategorier kräver särskilda hänsyn och insatser.



Eftersom centralstimulerande läkemedel är begärliga ur missbrukssynpunkt är det viktigt att patienter som behandlas med dessa medel följs upp med särskild hänsyn till risken för att förskrivna centralstimulerande läkemedel sprids till andra personer. Det finns anledning att utreda hur man inom rutinsjukvården ska kunna ha tillräcklig kontroll över följsamheten till behandlingen. Det kan kräva särskilda rutiner för uppföljning.

## **Organisation av diagnostik och behandling**

Organisation av vården för personer med ADHD är i hög grad ett utforskat fält. Endast tre studier har adekvat design och kvalitet och samtliga gäller barn med ADHD. Studierna är dessutom genomförda under förhållanden som inte helt kan överföras till Sverige och därför är det svårt att dra några egentliga slutsatser av dem.

## **Patientens delaktighet**

Studierna i detta kapitel beskriver i stort sett bara pojkars och mödrars situation. Flickor diagnostiseras med ADHD i lägre utsträckning än pojkar. En orsak till bristen på fäder i studierna är att de valt att inte delta, medan avsaknaden av flickor beror på att få flickor utreds. De studier som inkluderats om utredningar och behandlingar är antingen från USA eller Storbritannien. Där är det vanligen barnläkare, och sällan barnpsykiatriker som i Sverige, som ansvarar för omhändertagandet av dessa tillstånd.

Det saknas studier som beskriver barnens egna upplevelser av att leva med och behandlas för ADHD. Vuxna personer med ADHD beskriver ofta en utanförkänsla från tidig barndom. De minns att de upplevt negativa omdömen och att de varit ensamma. De har både positiva och negativa erfarenheter av diagnos och läkemedelsbehandling, men tycker också att dessa inte löst alla problem.

Föräldrar upplever att problemen började vid skolstarten, även om de redan tidigare märkt att något varit avvikande. Att behöva ta ställning till långsiktig läkemedelsbehandling orsakar stor tveksamhet hos föräld-

rarna. De märker att behandlingen har positiv effekt, men de vill inte riskera att göra sina barn läkemedelsberoende. De beskriver att vården och skolan har bristande kunskap om ADHD och upplever ibland ett ointresse av att ge ett bra stöd. Det finns ett missnöje med diagnostik, information och allmänt omhändertagande. Föräldrarna upplever att läkemedelsbehandling tycks vara vårdens patentlösning och ser ett stort utbildningsbehov hos såväl skol- och vårdpersonal som befolkningen i övrigt.

Studierna visar också att läkare och lärare anser att de behöver bättre kunskap och mer resurser för att kunna stödja och hjälpa barn med ADHD. Sjuksköterskorna ser sig själva som en intresserad och viktig resurs.

## **Etiska och sociala aspekter**

Viktiga aspekter som framkommit:

- Personer med ADHD är en sårbar grupp med i många fall begränsad autonomi. De riskerar att få nedsatt funktion vad gäller socialt samspel, utbildning och yrkesliv och därigenom hamna i ett socialt utanförskap. En tidig diagnos skapar förutsättningar för individuellt anpassade stöd- och behandlingsinsatser. Det kan minska risken för problem senare i livet.
- Hälso- och sjukvården är bara en av flera inblandade huvudmän omkring personer med ADHD. Huvudmännen har ett stort ansvar för att skapa bättre samsyn och samarbete. Skola, socialtjänst och arbetsmarknad är andra viktiga aktörer.
- Behandling med centralstimulerande läkemedel är kontroversiellt. Många frågar sig om behandling med centralstimulerande läkemedel av barn, ungdomar och vuxna med ADHD på sikt kan leda till ett missbruk samt om behandling kan vara till hjälp för dem med ett samtidigt missbruk av alkohol och narkotika. Denna grupp, som även inkluderar personer inom kriminalvården, tillhör den mest marginaliserade och svårbehandlade i vårt samhälle. Det finns

också en risk för illegal spridning av förskrivna centralstimulerande läkemedel. Det vetenskapliga underlaget för att svara på dessa frågor är otillräckligt.

- Kunskapsluckorna är många både när det gäller diagnostik och behandling. Långtidskonsekvenserna av behandling med ADHD-läkemedel, t ex risken för biverkningar, är otillräckligt studerade.

## Praxisundersökning

Syftet med enkäten var att klargöra hur utredning och behandling inom vuxenpsykiatri organiseras, vad som ingår och hur långa vänte- och utredningstiderna är. En särskild fråga gällde erfarenheten av att patienter delar med sig eller säljer tabletter till andra. Svarsfrekvensen var 77 procent. Viktiga fynd som framkommit:

- Cirka hälften av klinikerna har specialiserade team för personer med neuropsykiatriska tillstånd.
- Hos en majoritet av klinikerna ingår psykologutredning, föräldra-/anhörigintervju och sedvanlig klinisk anamnes i utredningen. Flera angav också att drogscreening ingår.
- Cirka en tredjedel har längre väntetid än 6 månader, med en utredningstid på över 20 timmar.
- De enheter som angav kortaste väntetiden, upp till 3 månader, hade också den största andelen av relativt korta utredningar, 1–10 timmar.
- De flesta kliniker har särskilda riktlinjer eller vårdprogram och drygt hälften har läkare och sjuksköterskor som specialiserat sig på behandling med centralstimulerande läkemedel.
- En majoritet av enheterna erbjuder psykoterapeutisk, psykopedagogisk eller annan icke-farmakologisk behandling.

- Cirka en tredjedel av enheterna har inte särskilda rutiner för uppföljning.
- En tiondel av enheterna anser att det är vanligt att patienter delar med sig eller säljer tabletter. Cirka hälften anser att det är ovanligt men att det förekommer.

## Referenser

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The world-wide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942-8.
2. Simon V, Czobor P, Balint S, Meszaros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009;194:204-11.
3. Socialstyrelsen. Förskrivning av centralstimulerande läkemedel vid adhd. 2012.