

2007-08-09

Så här kan man göra ...

Vägledningsdokument

ADHD hos vuxna

Utarbetat av arbetsgruppen för Nationell psykiatrisamordnings projekt

”ADHD och autismspektrumtillstånd hos vuxna”

Björn Kadesjö, projektansvarig

Susanne Bejerot

Ulla Carlshamre

Lena Nylander

Maria Råstam

Eva Saletti

Mikael Scharin

Anna Söderholm

Vanna Beckman

Innehåll

Vägledningsdokument, bakgrund.....	3
Sammanfattning	4
Kapitel 1. Samhällets insatser för vuxna med ADHD	6
Mål	6
Psykiatrins och andra landstingsverksamheters ansvar för insatser till vuxna med ADHD ..	7
Andra verksamheters uppdrag.....	8
Insatser över tid	10
Kapitel 2. Diagnosen ADHD	11
ADHD-kriterierna i ett vuxenperspektiv.....	12
Andra vanliga symtom vid ADHD hos vuxna	15
Differentialdiagnostik och samsjuklighet.....	16
ADHD hos kvinnor	17
Kapitel 3. Bemötande och stöd	19
Psykosocialt inriktade åtgärder	19
Kapitel 4. Sjukvårdens uppgifter.....	32
Diagnostisk utredning	32
Psykiatrins fortsatta uppgifter	37
Primärvårdens uppgifter.....	38
Kapitel 5. Socialtjänsten.....	39
Lagstiftning	39
Socialtjänstens organisation	41
Stödet till grupper med stora sammansatta behov.....	45
Fördjupad utredning	47
Kapitel 6. Försäkringskassan.....	50
Kapitel 7. Arbetsförmedlingen.....	54
Kapitel 8. Vuxenhabiliteringen	59
ICF, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa	61
Kapitel 9. Teorier om kognitiva funktioner vid ADHD.....	63
Exekutiva funktioner	63
”The new theory of ADHD”	64
ADHD med i huvudsak uppmärksamhetssvårigheter	65
Kapitel 10. Utvecklingsbehov	67
Kvalitet, kunskap, kompetens	67
Behov av samverkan	68
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.....	69
Kontakter med vårdapparaten	70
Organisation av sjukvårdens insatser till vuxna med ADHD	70
Exempel på utvecklingsbehov.....	73
Litteratur.....	75
Appendix 1. Diagnoskriterier för ADHD.....	79
Kriterier för ADHD, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	79
Funktionsnedsättning	82
Appendix 2. Differentialdiagnostik och samsjuklighet.....	84
Appendix 3. Frågeformulär	87
Appendix 4. Psykologisk utredning	89
Appendix 5. Farmakologisk behandling av ADHD hos vuxna.....	91
Läkemedelsbehandling av ADHD vid missbruk.....	97

Vägledningsdokument, bakgrund

Nationell psykiatrisamordning initierade under sitt arbete ”riktade utvecklingsprojekt” inom områden som bedömdes vara särskilt angelägna. Ett av dessa projekt berör ADHD respektive autismspektrumtillstånd (fortsättningsvis förkortat AST) hos vuxna.

Bakgrunden till Nationell psykiatrisamordnings initiativ var den växande kunskapsutvecklingen inom området och en stor efterfrågan på hjälp och kunskap. Många barn har under senare år utretts och fått stödinsatser. I vuxen ålder behövs annan hjälp, men väntetiderna till utredning och stöd är ofta långa.

Vi vet idag att ADHD respektive AST kvarstår i vuxen ålder hos flertalet av dem som haft dessa svårigheter som barn. De är utvecklingsrelaterade funktionshinder, vilket innebär att en vuxen person med svårigheter har haft samma typ av problem sedan barndomen. Risken att också utveckla andra problem eller psykiska sjukdomar är stor. Många med AST eller ADHD har svårt att komma ut på arbetsmarknaden, och kan behöva stöd och service från olika myndigheter såsom socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan.

Projektet har med denna bakgrund getts i uppdrag att samla kunskap och erfarenhet om stöd till vuxna personer med AST eller ADHD, öka den allmänna kunskapsnivån och stödja utvecklings- och kvalitetsarbete inom området. En av huvuduppgifterna har varit att utifrån tillgänglig kunskap utarbeta underlag för ”vårdprogram” eller vad vi i projektet valt att kalla vägledningsdokument för insatser till vuxna med AST respektive ADHD.

Vägledningsdokumenten syftar till att ge ett praktiskt användbart underlag för hur olika verksamheter kan ge insatser till målgrupperna utifrån tillgänglig kunskap, och även orientera sig angående utbudet från vissa andra verksamheter, som en bas för samverkan. Kunskapsmängden inom neurovetenskaperna ökar snabbt, och vägledningsdokumentet kan därför inte göra anspråk på att vara heltäckande och ska inte heller vara en fullständig kunskapsöversikt. Innehållet utgår från beprövad praktisk erfarenhet och från forskningsrön som visat sig hållbara över tid.

Arbetsgruppen är sammansatt av personer med lång praktisk erfarenhet av vuxna med AST eller ADHD, inom sina respektive verksamhetsområden. Erfarenhet av klinisk forskning finns också i gruppen. En preliminär version av dokumentet har under en period varit tillgängligt via Internet och presenterats vid 5 konferenser som besöktes av sammanlagt 1500 anställda inom psykiatri, kriminalvården, socialtjänsten, arbetsförmedlingen, habiliteringen och privata vårdgivare. Värdefulla synpunkter från konferensdeltagarna har beaktats i färdigställandet liksom synpunkter från intresseföreningar, allmänhet och olika yrkesgrupper.

Uppdraget överlämnas härmed till Socialstyrelsen. Dokumentet har inte faktagranskats eller värderats av Socialstyrelsen och är därför inte att betrakta som publicerat, vägledande eller rekommenderande av myndigheten. Däremot kommer dokumentet att kunna ligga till grund för vidare utvecklingsinsatser inom området.

Arbetsgrupp:

Björn Kadesjö, projektansvarig, överläkare, Barnneuropsykiatri, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg
Susanne Bejerot, överläkare, Norra Stockholms psykiatri, Stockholm
Ulla Carlshamre, planeringsledare, stadskansliet, Göteborgs Stad
Lena Nylander, överläkare vid Autismmottagningen, Verksamhetsområde Psykiatri, Universitetssjukhuset, Lund
Maria Råstam, överläkare, Enheten för autism och ADHD. Psykiatriska kliniken Mölndal
Eva Saletti, verksamhetschef, Handikappomsorgen, Öckerö Kommun
Mikael Scharin, psykolog och enhetschef vid psykiatri Sahlgrenska, Göteborg
Anna Söderholm, koordinator, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg
Vanna Beckman, journalist och författare, Kungälv, har medverkat vid framtagandet av dokumenten.

Följande personer har bidraget med faktaunderlag och värdefulla synpunkter:

Birgit Fredriksson, Riksförbundet Attention
Eva Nordin- Olsson, Riksföreningen Autism
Anna Sjölund, Riksföreningen Autism
Anne Sjöberg, Riksförbundet Attention
Annika Sundqvist-Möller, Habiliteringen, Göteborg o Södra Bohuslän
Elisabeth Österberg, Försäkringskassan Västra Götaland, Länskontoret Borås
Gunilla Hellberg Edström, Arbetsmarkandsverket, Stockholm
Monica Rydén, Psykosvård och psykiatrisk rehabilitering och KogniTek, Uppsala
Inger Bergemo, Aspergercenter för vuxna inom Handikapp & Habilitering, Stockholm

Sammanfattning

De mest framträdande svårigheterna hos personer med ADHD är uppmärksamhetssvårigheter, koncentrationsproblem, intellektuell uttrötthet, rastlöshet, bristande impuls kontroll, och svårigheter att planera. De har ofta svårt att komma igång med, och sedan slutföra, vad de satt sig före. ADHD medför ofta en påtagligt försämrad livskvalitet, med bristande framgång i studier och yrkesliv, familjerelationsproblem och psykisk ohälsa. Många har också andra psykiatriska problem, såsom depression eller ångest. För somliga kan livet i stort fungera väl, men många har en stresskänslighet eller sårbarhet som gör att de lever på marginalen för vad den orkar.

Även om flertalet personer med ADHD har haft stora svårigheter under uppväxten har det inte alltid uppmärksamats då. Andra har haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri och senare med vuxenpsykiatri utan att deras problem blivit adekvat identifierade. Trots stora behov har vuxna personer med ADHD sällan tillgång till regelbundna uppföljande, behandlande eller habiliterande insatser.

Diagnoserna för dessa svårigheter ställs i regel efter utredning inom *vuxenpsykiatri*, ibland inom någon speciell utredningsverksamhet. Det är angeläget att utredare har kunskap om ADHD, god differentialdiagnostisk förmåga, och möjlighet att skapa sig en helhetsbild av personen med hjälp av personens anhöriga och sina medarbetare,. En psykologutredning av personens kognitiva funktioner är av stort värde men inte en förutsättning för att kunna ställa diagnosen ADHD. En anhörigintervju är väsentlig för kartläggningen av personens utveckling och eventuella tidiga avvikelser. Undersökning av hjärnan, blodprover eller liknande behövs

inte för konstatera diagnosen ADHD, men kan behövas om man misstänker att andra tillstånd orsakar symtomen.

Många personer med ADHD har andra samtidiga problem, exempelvis depression eller ångesttillstånd, och kan behöva behandling för detta. Vissa vuxna med ADHD har god hjälp av farmakologisk behandling av sina ADHD-symtom och flertalet har stor nytta av stödjande samtal och pedagogiska och/eller arbetsterapeutiska insatser. Dessa kan ibland ges som så kallat råd och stöd inom **vuxenhabiliteringen**, eller för andra inom psykiatrin.

Vissa vuxna med ADHD tillhör den personkrets som omfattas av LSS medan flertalet får söka insatser från **kommunen** enligt Socialtjänstlagen. Många vuxna med ADHD har – trots hjälpbehov på vissa livsområden – arbetsförmåga och en stark önskan att arbeta, varför de blir aktuella inom **Arbetsförmedlingen**. Eftersom de ofta har upplevt stora svårigheter under skoltiden kan de ha stor nytta av stödinsatser inom **Vuxenutbildningen** eller högre studier. Om arbetsförmågan är nedsatt under någon period eller i någon utsträckning blir personen aktuell hos **Försäkringskassan**, ibland för rehabilitering. Personer med ADHD har liksom andra då och då behov av **somatisk sjukvård**, och behöver där bemötande och förståelse utifrån sina förutsättningar. Omvärldens förståelse, anpassning av krav och miljö, samt tydlig individanpassad kommunikation är viktiga delar av stödet till personer med ADHD.

Kapitel 1. Samhällets insatser för vuxna med ADHD

Mål

Målet för samhällets insatser för en person med funktionshinder som ADHD är att skapa sådana förhållanden att individen kan leva ett liv med god livskvalitet, fungerande vardag och delaktighet i samhällsgemenskapen. Ingen samhällelig institution är ensamt ansvarig för personer med ADHD, utan varje samhällssektor som kommer i kontakt med individens behov har sitt ansvar. Det gör att det finns risk för att personer med behov av insatser från olika verksamheter "hamnar mellan stolarna" utan att någon tar ett övergripande ansvar. Idag händer det alltför ofta att en person med ADHD inte får det stöd eller hjälp som han/hon behöver och ibland har lagstadgad rätt till. Avsikten med detta vägledningsdokument är att tydliggöra hur olika verksamheter med delvis olika uppdrag i samverkan kan ge stöd till vuxna personer med ADHD.

Generellt måste insatserna för vuxna med utvecklingsrelaterade funktionshinder såsom ADHD ha en habiliterande snarare än en behandlande strategi. Det vill säga det behövs insatser för att hitta konstruktiva lösningar för hur individen skall kunna utforma sitt liv utifrån sina förutsättningar och, i vissa fall, hur omgivningen kan anpassas till individen snarare än åtgärder för att "förändra" individen. De stödformer som väljs måste utgå från förståelse för individens förutsättningar och grundläggande problem.

För att uppnå sådana förhållanden att en person med ett ADHD kan leva ett gott liv kan han/hon behöva hjälp med:

- Kartläggning av starka och svaga sidor för att få förståelse för sina egna förutsättningar så att han/hon, med kännedom om sina begränsningar kan utnyttja sina starka sidor, komma runt hinder och tackla svåra situationer samt veta vart man kan vända sig vid behov av hjälp.
- Anpassning av den fysiska och den psykosociala miljön i arbete, hem, studier och på fritid, till ens förutsättningar. En god närmiljö innefattar att man får omgivningens förståelse med rimliga förväntningar, lämpligt bemötande och acceptans för tillkortakommanden. Man behöver stöd för en positiv utveckling, och stöd för att minska risken för att funktionshindret blir handikappande.
- Stöd i vardagslivet av varierande grad. I vissa fall insatser i boende, arbete, sysselsättning, ekonomi, fritidsaktiviteter eller föräldrafunktionen genom samverkan mellan olika samhälleliga verksamheter.
- Insatser som förbättrar förmågor och lindrar symtom, såsom träning, medicinering, socialt stöd, kompensatoriska strategier, kognitiva hjälpmedel och/eller psykoterapeutiska insatser.
- Insatser till närstående med information, utbildning, fortlöpande stöd och erkännande för vad de gör.

Vissa personer med ADHD har så omfattande svårigheter att de mer eller mindre kontinuerligt har behov av samhällets stöd och hjälpanse insatser, medan andra endast behöver begränsade insatser eller inga alls.

Personer, som i sin yrkesroll möter och ger stöd till personer med ADHD, måste, utöver yrkesspecifik kompetens, också ha ingående kunskaper om vad ADHD innebär för en person. De behöver ständigt utöka sina kunskaper och erfarenheter för att förbättra kvaliteten i det uppdrag de har att utföra.

Psykiatrins och andra landstingsverksamheters ansvar för insatser till vuxna med ADHD

Utredning

En utredning av en person med problem som ger misstanke om ADHD ska skänka förståelse för symtom och hur de upplevs, ge underlag för utformning av stöd- och behandlingsåtgärder och innehålla en diagnostisk bedömning.

Problembild och problemens komplexitet varierar mycket hos dem som söker eller remitteras för utredning. Det innebär att utredningen måste anpassas till situationen för den person som utreds och får olika omfattning och innehåll för olika individer.

Stöd – behandling – anpassningsåtgärder

Personer med ADHD har ett funktionshinder som kan påverka de flesta livsområden – hälsa, sociala relationer, familjeförhållanden, arbete, utbildning, ekonomi, fritid. Stöd och behandling som erbjuds måste ha en bred inriktning och samtidigt vara individuellt anpassade. Då livssituationen, problemen och behoven varierar mycket mellan individer med samma diagnos, kommer utformningen och omfattningen av stöd och behandling att variera.

Planeringen av insatser skall värdera behov av följande, med prioritering av vad som är viktigast utifrån den aktuella situationen:

1. Information och rådgivning (psykopedagogik) till personen själv och de närstående. Förståelsen för diagnosen och för hur problemen påverkar individen är grunden för all hjälp och en förutsättning för att man ska kunna utveckla strategier som underlättar vardagen.

2. Insatser för samtidiga problem
Samtidigt som man planerar insatser för personens problem till följd av funktionshindret, måste man ta ställning till om det finns andra problemområden som personen behöver hjälp med, innan eller parallellt med åtgärder i relation till ADHD.

3. Medicinering
Efter att insatserna enligt punkt 1 och 2 ovan startats är det rimligt att analysera behov av medicinering för att reducera ADHD-symtomen.

4. Samtalskontakter/psykoterapi
Många personer uttrycker efter en diagnostisk utredning behov av samtal för att få hjälp att förstå vad funktionshindret inneburit för förhållandena under uppväxten och hur de påverkar den aktuella livssituationen men också terapeutiska insatser för att hitta vägar för att klara

påfrestningar i vardagen. En del personer behöver hjälp med att hantera ångest, depressiva känslor, tvång eller lättväckt ilska.

5. Vardagsstöd

Personer med ADHD uttrycker ofta behov av hjälp med att förenkla och strukturera tillvaron, få vardagsrutiner att fungera, hjälp i myndighetskontakter etc.

6. Miljöanpassning/hjälpmiddel

Anpassning av miljön kring personen (i hem, studier och på arbetsplats) med målet att minska onödiga stress- och störningsmoment, att strukturera och tydliggöra arbetsuppgifter för att göra tillvaron förutsägbar och att hitta fram till en ”lagom” arbetsinsats med rimliga förväntningar.

7. Insatser i samverkan mellan olika verksamheter

En del personer med ADHD har efter utredning föga behov av sjukvårdsinsatser men däremot oftast av annan habiliterande hjälp och stödjande service från många samhällssektorer. En viktig del efter utredning är att hjälpa personen att värdera vad han/hon kan behöva och ge information om vilka möjligheter som finns. Insatserna från olika verksamheter blir effektivare om de utgår från samsyn och gemensam planering.

Primärvården

Många med ADHD kommer i kontakt med primärvården för såväl kroppsliga som psykiatriska frågeställningar. Det krävs kunskap om ADHD och dess yttringar hos primärvårdens personal för att personerna ska bli bemötta på ett adekvat sätt och för att man inom primärvården ska ha möjlighet att uppmärksamma att det kan finnas ett funktionshinder bakom de problem som personen söker hjälp för. För den uppgiften är primärvården beroende av att kunna hänvisa patienten till utredning och ha möjlighet till konsultation. Det finns behov av lokala vårdprogram som tydliggör förutsättningarna för detta.

Vuxenhabiliteringen

Vuxenhabiliteringens uppgift är att möjliggöra att personer med varaktiga funktionshinder blir delaktiga i samhället, att stärka individens förmåga att leva ett gott och självständigt liv med inflytande i frågor som rör hans/hennes livssituation. Praxis har utvecklats olika över landet avseende vilka som erbjuds insatser från vuxenhabiliteringarna. Personer med autismspektrumtillstånd ingår alltid i den gruppen medan det på många håll endast är vissa personer med ADHD som ges sådana. Då är det vanligen personer som förutom ADHD har betydande tilläggsproblem som motoriska, perceptuella, språkliga eller kognitiva svårigheter, En viss utbyggnad av habiliteringsverksamheten även för personer med ADHD sker på några platser i landet.

Andra verksamheters uppdrag

Socialtjänsten

Många vuxna med ADHD har skäl att ha kontakt med socialtjänsten. En del hamnar i sociala och ekonomiska svårigheter genom att de aldrig fått fotfäste på arbetsmarknaden och blir beroende av socialhjälp i längre eller kortare perioder. Andra har behov av ekonomisk eller annan rådgivning, olika stödinsatser såsom ekonomiskt bistånd, missbruksvård, bostad med

särskild service, boendestöd, god man, ledsagarservice eller kontaktperson. Om personen har behov av hjälp som Socialtjänsten inte kan erbjuda har handläggaren inom Socialtjänsten ett ansvar för att hjälpa denne att komma till rätt instans.

Försäkringskassan

Försäkringskassan administrerar de försäkringar och bidrag som ingår i socialförsäkringen och som kan komma ifråga för en person med ett funktionshinder som ADHD. Det kan gälla aktivitetsersättning, sjukersättning, assistansersättning, handikappersättning, arbetshjälpmedel och hjälp med boendekostnader. Försäkringskassan har också ett ansvar för att arbetsrehabilitering kommer till stånd om en person har behov av det.

Arbetsförmedlingen

Att ha ett arbete eller en sysselsättning är en viktig förutsättning för att leva ett meningsfullt liv. Men många med ADHD har svårt att få och behålla ett arbete på en arbetsmarknad med hög arbetslöshet där arbetsgivare anställer de mest stresståliga, snabba och självgående personerna till sina verksamheter. Höga krav på samarbetsförmåga och förmåga att självständigt organisera och planera sitt arbete bidrar ytterligare till att personer med svårigheter till följd av ADHD har svårt att hävda sig på arbetsmarknaden. Samtidigt kan en person med ADHD i rätt miljö vara framgångsrik i sin yrkesutövning. I Arbetsförmedlingens uppdrag ingår att underlätta inträdet på arbetsmarknaden för utsatta grupper till exempel personer med funktionshinder som ADHD.

Missbrukarvården

Många ungdomar som har ADHD i kombination med stark konfliktbenägenhet och aggressivitet, får tidigt allvarliga sociala problem och löper kraftigt förhöjd risk att hamna i drogmissbruk. Forskning har visat att denna grupp har en tidig debut av sitt missbruk, och missbruksvården blir sällan framgångsrik när den psykiska sårbarhet som ADHD innebär inte uppmärksammas. För personer som har ADHD förutom sitt missbruk, kan utredning och diagnos ibland innebära en ökad insikt och en väg ut ur missbruket. Idag är möjligheten för ungdomar och vuxna med denna dubbla problematik att få adekvat stöd och behandling ofta bristfällig.

Kriminalvården

Många studier från olika delar av världen visar att ADHD är förenat med en förhöjd risk att hamna i missbruk och kriminalitet. De kan hamna i en ond cirkel med ett missbruk som de inte förmår att ta sig ur och kanske behöver finansiera genom kriminalitet. Minst ¼ av internerna på svenska fängelser beräknas ha ADHD. Kännedom om denna risk motiverar att samhället mycket aktivt uppmärksammar de utagerande barn med ADHD som i tonåren visar ett antisocialt beteende med skolk, stölder, allvarliga bråk och förstörelse, dvs de förstadier till en kriminell karriär som oftast finns. Förekomst av ADHD hos de unga lagöverträdare som dömts till vård inom Socialtjänsten eller placerats på SiS-institution eller som vuxna inom Kriminalvården motiverar speciella insatser, både för deras egen skull och av samhällsekonomiska skäl. Ibland erbjuder den hårt styrda och reglerade tillvaron på en anstalt bli en paus då personen med ADHD kan leva relativtvälanpassat. Den springande punkten är det mottagande och stöd som kan erbjudas personen efter avtjänat straff för att förhindra återfall.

Insatser över tid

Då man kommit fram till att en person har svårigheter till följd av ADHD har man samtidigt konstaterat att individen har ett funktionshinder som kommer att ha fortsatt betydelse om än med mycket varierande uttryckssätt hos olika personer. Därför måste planeringen av insatserna efter en diagnostisk utredning ha ett långsiktigt perspektiv. Det finns ofta behov av återkommande insatser i samband med nya påfrestningar i olika livsskeden. Det är önskvärt att varje person stora svårigheter till följd av ADHD har en samordnare inom någon relevant verksamhet. Istället för att vara tvungen att söka nya kontakter i en snårig vårdapparat när nya problem uppkommer, ska man veta vart man vänder sig för att få hjälp att lotsas vidare. Samordnaren är inte den som står för insatserna men som förhoppningsvis vet vart man kan vända sig.

Kapitel 2. Diagnosen ADHD

ADHD definieras i DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, dess fjärde upplaga från 1994), är en manual utformad av den amerikanska psykiatriska föreningen (American Psychiatric Association), för att definiera eller kategoriserar psykiska störningar och utvecklingsavvikelser. Den svenska översättningen av ADHD är *Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning*, men förkortningen ADHD har blivit vedertagen också i Sverige.

DSM-IV delar in ADHD i tre undergrupper, vilket förklarar att det riktiga skrivsättet av förkortningen är AD/HD:

ADHD av kombinerad typ, då personen har såväl stora uppmärksamhetsproblem som överaktivitet och impulsivitet.

ADHD med huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet vilket är ovanligt hos vuxna men ofta finns hos yngre barn med en genomgående hög aktivitetsnivå men som ändå klarar att vara uppmärksamma på viktiga saker omkring sig.

ADHD med huvudsakligen bristande uppmärksamhet beskriver hur en person har stora uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter men inte är överaktiv utan för omgivningen snarare ter sig passiv. Det kan tyckas motsägelsefullt att även individer som inte alls är överaktiva ändå benämns med en diagnosterm där ordet hyperaktiv ingår. Därför föredrar många att använda förkortningen ADD, Attention Deficit Disorder, för denna grupp.

I WHO's internationella klassifikationssystemet ICD-10 (International Classification of Diseases, tionde upplagan från 1993) motsvaras ADHD av benämningen "Hyperkinetic Disorder", (HKD), "Hyperaktivitetssyndrom". HKD har en snävare definition än ADHD och överensstämmer till stora delar med ADHD av kombinerad typ. Diagnosen HKD används sällan i vetenskapliga arbeten om vuxna. Däremot är de flesta kliniker inom sjukvården hänvisade till att registrera patientbesök enligt ICD-10. De flesta väljer att i den kliniska verksamheten definiera ADHD utifrån kriterierna i DSM-IV och sedan något oegentligt registrera med benämning HKD.

DSM-IV anger samma diagnostiska kriterier för ADHD oavsett ålder, vilket har varit föremål för diskussion. Även om definitionen av ADHD är den samma för vuxna som för barn präglas förstås yttringarna och konsekvenserna av ADHD hos den vuxne både av erfarenheterna under uppväxten och av de aktuella livsomständigheterna. Den kliniska bilden vid ADHD hos en vuxen blir därmed ännu mer varierande än hos barn. Man har uppskattat att minst hälften av dem som har ADHD i skolåldern har kvar betydande problem också som vuxna. Nu finns det några vetenskapliga studier som undersökt förekomst av ADHD-problem i stora befolkningsgrupper i USA och funnit att 2-4 % uppfyller de uppställda kriterierna för diagnosen ADHD i vuxen ålder. Orsakerna till ADHD är, liksom när det gäller flertalet psykiatriska diagnoser, inte fullt klarlagda men man vet att genetiska faktorer har stor betydelse.

ADHD medför funktionsnedsättningar som kan vara mer eller mindre funktionshindrande bland annat beroende på tillståndets svårighetsgrad, personens resurser i övrigt, till exempel begåvningsnivå, vilka krav som ställs i miljön och vilka hjälpmedel personen har tillgång till.

DAMP

I Sverige har benämningen DAMP använts parallellt med ADHD. Med DAMP avses betydelsefulla problem med uppmärksamhet och aktivitetskontroll samt motoriska och/eller perceptuella svårigheter (Dysfunction of Attention, Motor control and Perception). Benämningen DAMP skapades innan begreppet ADHD genom DSM-IV fick allmän spridning och acceptans i Sverige. I DSM-IV beskrivs motorikproblem under benämningen Developmental Coordination Disorder. Med en anpassning till definitionerna i DSM-IV definieras DAMP som ADHD + DCD, och DAMP är således en undergrupp till ADHD.

Vuxna med DAMP beskriver hur de, förutom problemen till följd av ADHD, ofta har haft en klumpig motorik under uppväxten och ett ointresse eller motvilja mot idrottsaktiviteter. Som vuxna har de flesta med DAMP en känsla av att vara klumpiga eller av att ha "tummen mitt i handen". Om de deltar i motionsaktiviteter som till exempel "Friskis och svettis" har de svårt att hänga med i ledarens rörelser, och närstående klagat ofta på att de är taffliga och "klantar till det". Skrivarbete kan vara mödosamt.

Begreppet DAMP har relevans, eftersom det vid uppföljningsstudier visar sig att personer med DAMP oftare har inlärningssvårigheter, framför allt läsproblem, och sociala interaktionssvårigheter än de som "bara" har ADHD.

ADHD-kriterierna i ett vuxenperspektiv

När kriterierna i DSM-IV en gång formulerades gjordes det utifrån vad som karakteriserar barn och egentligen vad som karakteriserar ADHD hos pojkar i skolåldern. Därför är det nödvändigt att beskriva hur kriterierna kan te sig hos en vuxen person. Följande genomgång utgår från hur kriterierna för ADHD är formulerade i DSM-IV.

Symtom på **ouppmärksamhet**

a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbete, yrkesliv eller andra aktiviteter

En vuxen person med ADHD har lätt att förbise detaljer i den uppgift han/hon håller på med och missar eller blandar ihop information. Uppgifter som kräver att man är noggrann upplevs lätt som stressande. Vissa kompenserar detta med att bli överdrivet noggranna och måste lägga ner orimligt lång tid på uppgifter eftersom man är rädd att missa viktiga detaljer. Svårigheterna kan också komma till uttryck i sociala relationer genom att delar av samtalet går dem förbi eller att de misstolkar sociala signaler. De ser inte en kommentar eller gest i sitt sammanhang och uppfattar därmed situationen annorlunda än vad andra avser.

b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter

Många vuxna med ADHD har svårt att upprätthålla uppmärksamheten på en uppgift om den inte är påtagligt intressant. Då man t.ex. skall lyssna på ett föredrag, följa en konversation, läsa en bok eller se en teaterföreställning bär tankarna iväg. Arbetsuppgifter blir kanske inte färdiga därför att man plötsligt kommit på något annat och startat något nytt. Spännande eller intressanta aktiviteter kan fungera bra, medan förmågan att hålla fast vid och slutföra mer tråkiga uppgifter är ofta mycket svårt.

c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal

Personer med ADHD får ofta kommentarer från sina närmaste för att de inte verkar lyssna eller för att det är svårt att fånga deras uppmärksamhet. Även när man tycks ha hört har

han/hon ändå inte riktigt tagit in vad som sagts eller exakt vad som skall göras. Det är som att personen inte är riktigt närvarande, inte på plats i rummet eller i situationen utan liksom ”avstängd” från omgivningen. Tankarna finns någon annan stans.

d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna)

För en person med ADHD är det ofta svårt att uppfatta och minnas längre instruktioner för att sedan hålla fast vid och följa dem. På samma sätt har många en oförmåga att fånga innehållet när de läser en instruktion till exempel i en manual utan de måste läsa texten gång på gång för att pränta in den. Det kan vara förklaringen till att överenskommelser och förpliktelser i hemmet inte blir utförda.

Att inte klara att leva upp till omgivningens förväntningar leder lätt till en känsla av utanförskap. Unga vuxna kan ta sin tillflykt till marginaliserade grupper med destruktivt beteende, vilket i förlängningen kan leda till missbruk och kriminalitet.

e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter

ADHD medför ofta svårigheter att organisera arbetsuppgifter och skaffa överblick eller struktur i vardagen. Följden blir inte sällan upprepade irritationsmoment genom att de kommer för sent, missar överenskommelser, inte kan hålla tider, påbörjar utan att slutföra och ofta får det rörligt omkring sig. En del löser detta genom att lämna över ansvaret för vardagens rutiner till någon i omgivningen såsom make/maka där hemma eller sekreteraren på jobbet. Andra kan upplevas som överdrivet noggranna eftersom ingenting går automatiskt. Uppgifter tar tid och utförandet blir omständligt. Till exempel kan det vara mycket svårt att skriva en uppsats där man ska organisera och sammanfatta mycket information.

f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor)

Saker blir inte utförda utan man skjuter upp det man borde ta itu med. Det är som att man inte kan mobilisera den energi som krävs för att utföra uppgifter som kräver mycket koncentration, uppmärksamhet och uthållighet, såsom att svara på brev, fylla i deklaraionsblanketten, betala räkningar, röja upp bland sina papper, städa eller tänka ut och genomföra matinköp.

g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t.ex. läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)

Det är vanligt att personer med ADHD tappar bort saker, förlägger plånboken, tappar nycklar eller anteckningar från jobbet, glömmer var de parkerade bilen och inte minns vilka verktyg de tog med sig till uppgiften.

h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli

En person med ADHD upplever sig ofta bli störd eller distraherad och beskriver hur det kan vara nästan omöjligt att bortse från störningsmoment som andra kanske inte ens märker. Många behöver till exempel ha det helt tyst omkring sig för att kunna utföra uppgifter, framför allt sådana som kräver tankeanstängning.

i) är ofta glömsk i det dagliga livet

Överenskommelser, tider, var man har lagt sina saker – allt sådant faller lätt ur minnet. När man kommer hem från affären upptäcker man att man har glömt hälften eller plockat på sig varor man inte behöver. Man ska sätta på en tvätt, har inget tvättmedel kvar, går ner för att handla, träffar en trevlig granne, kommer hem med diskmedel som också behövdes. Tvätten blir liggande till nästa dag. När många sådana händelser staplas på varann kan desperation och stress växa sig högt.

Symtom på **hyperaktivitet – impulsivitet:**

a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still

Svårigheten att vara stilla kan hos vuxna med ADHD visa sig i att de ständigt pillar med småsaker, plockar med händerna, fingrar på kläderna, vickar på ett knä, tvinnar en hårslinga, tuggar tuggummi eller ändrar sittställning. Särskilt tydligt blir det i situationer då det inte händer något särskilt.

b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund

Frustration och rastlöshet är vanligt när man inte är i rörelse eller håller på med någon fysisk aktivitet. Det kan till exempel vara svårt att sitta kvar vid matbordet när man ätit färdigt, eller behålla samma ställning när man samtalar, är på möten eller konferenser. Att sitta stilla och verkligen lyssna, särskilt om det är något svårtillgängligt, gör att det kryper i kroppen. Man ålar sig i stolen och ändrar oupphörligt ställning. Som barn hade man kanske hoppat upp och ner ur stolen men som vuxen kan man i de flesta fall ändå klara av att sitta kvar och lyssna. Men många har svårt att se en hel film utan att gå upp och kasta ut snuset eller gå på toaletten.

c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan det vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)

Många beskriver en ständig känsla av rastlöshet eller att man är jagad, de har svårt att slappna av och vantrivs när inget spännande händer. Känslan av otillfredsställelse infinner sig snabbt när de tvingas vänta på att andra i sällskapet ska bli färdiga eller måste stå och vänta i en busskö eller vid kassan i affären. De vill ständigt ha någonting på gång och känner sig uppåt först när något händer.

d) har ofta svårt att utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla

En person med ADHD beskriver ofta otrivsel eller tycker direkt illa om att bara vara hemma och inte ”göra något särskilt”. Att vara tvungen att göra något stillsamt ihop med familjen är inte roligt. Han/hon har behov av att alltid ha något i görningen, och inte sällan kallar man sig själv för ”arbetsnarkoman”.

e) verkar ofta vara ”på språng” eller ”gå på högvarv”

Närstående upplever ofta att en person med ADHD har ett så uppdrivet tempo eller gör uppgifter med sådan frenesi att andra inte hinner eller orkar med. Personen väntar sig samma tempo av omgivningen. Ledighet ger ingen vila. Det uppdrivna tempot bidrar till en ständig jakt efter nya upplevelser, gärna i utkanten av det tillåtna eller väluppfodrade. Risktagande och spänningssökande kan leda till missbruk och kriminalitet.

f) pratar ofta överdrivet mycket

Många pratar så mycket att andra tycker det är svårt att få till stånd en dialog med personen. Det kan av andra upplevas som pratande för pratandets egen skull mer än att förmedla något som för lyssnaren är viktigt. En stor och snabb associationsrikedom, skämtsamhet och slagfärdighet är för många en tillgång, men kan också göra att andra tycker att personen alltför mycket dominerar en samvaro.

g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt

Många vuxna med ADHD har en tendens att säga det som dyker upp i huvudet utan att tänka på om det är lämpligt tillfälle eller helt passande att säga det. De tycker ofta att andra människor pratar långsamt och omständligt och blir otåliga för att andra inte blir färdiga.

h) har ofta svårt vänta på sin tur

De blir lätt otåliga när något krånglar eller hakar upp sig, rulltrappan eller kön till bankomaten. Får de vänta länge på restaurangen smakar maten inte och kvällen blir förstörd. En del upplever att man måste anstränga sig för att stå ut med att vänta och några ser till att alltid ha med sig något att göra.

i) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar)

Personer med ADHD kan upplevas som socialt okänsliga eller påträngande genom att de agerar för snabbt och därför oövertänt. De har till exempel svårt att se någon annan fumla med en uppgift (t.ex. låsa upp en dörr) utan att själva rusa fram och ta över uppgiften.

Andra vanliga symtom vid ADHD hos vuxna

Det finns en rad symtom eller svårigheter som inte utgör diagnostiska kriterier, men som är vanligt förekommande vid ADHD och som kan vara viktiga att uppmärksamma i en utredning eftersom de kan ha stor betydelse för individens funktionsnivå.

- Förhållande. Uppgifter blir inte gjorda förrän de absolut måste. I vuxenlivet kan det få allvarliga konsekvenser om inte räkningar blir betalda eller svar på myndighetsbrev uteblir. Det kan få konsekvenser för hela familjen.
- Låg tolerans för frustrationer eller "känslolimpulsivitet". Man upplever sig ha "kort stubin", och småsaker kan få dramatiska konsekvenser ifall de förlorar kontrollen över sina reaktioner. Det händer lika väl hemma som på jobbet och kan därigenom påverka förhållandet till andra människor i arbetslivet och privat. Även om "hett" temperament är vanligt behöver det inte betyda att det leder till våld.
- Stämningslabilitet. De har ofta snabba skiftningar i sinnesstämningen från att vara "nere", uttråkade och otillfredsställda med vardagen till en nästan euforisk "uppåtkänsla" av att kunna klara allt. Dessa pendlingar blir ofta påfrestande.
- Lågt självförtroende och en återkommande känsla av osäkerhet med bristande tilltro till den egna förmågan. Det börjar ofta i barndomen och har en varaktig inverkan på självförtroende och ambitioner, till exempel i studier. Vuxna beskriver ofta att de under åren känt sig "dumma" eller "annorlunda" och oförmögna att klara vad andra tycker är enkelt. Även till synes framgångsrika personer beskriver inte sällan att de bär med sig en känsla av misslyckanden och en rädsla att "avslöjas"..
- Svårt med relationer till andra. Det finns bland vuxna personer med ADHD de som har svårt att etablera nära och varaktiga relationer till andra. De bär med sig en känsla av att vara annorlunda eftersom de hade svårt att få vänner under uppväxten. De kan ha

haft svårt att hänga med i samtal när det gått fort eller varit stimmigt, och kanske har de vantolkat sociala signaler och missat dolda budskap.

- Stresskänslighet. Många personer med ADHD har ständigt en känsla av att inte hinna eller orka, och mycket i vardagen blir ansträngande därför att det kräver extra tankemöda och planering. De har svårt att tåla vardagens vanliga stressmoment och beskriver sig ofta som utarbetade.
- Söker ständigt stimuli. Många tål inte att ha tråkigt. Vardagen upplevs som grå, inget spännande händer utan man måste hela tiden söka nya utmaningar och upplevelser (blir spänningssökande). Omgivningen kan tycka att de därför är spännande och initiativrika, men för personerna själva kan det vara trist och påfrestande att så lätt bli uttråkad och hela tiden tvingas söka nya stimuli utan att kunna ”vila i” att trivas, eller må bra med vad man håller på med för stunden.
- Sviktande arbetsprestationer. De upplever ofta deras arbetsuppgifter kräver så mycket koncentration och tar så mycket på krafterna att de tycker sig fungera ”på marginalen”, nära utmattningens gräns.
- Vardagsuppgifter blir inte gjorda. Sådant som att göra inköp, att handla, städa, hålla reda på sina kläder och pengar kräver mycket mer ansträngning än det gör för andra. Saker går sällan automatiskt. Det handlar inte om någon total oförmåga, men medför att vardagen blir komplicerad och ansträngande.
- Svårt att göra flera saker samtidigt, som man måste för att kunna fungera ändamålsenligt och effektivt både i hemarbete och i yrkesliv. Hos personer med ADHD är denna simultankapacitet ofta mycket begränsad.
- Bristande tidsuppfattning. Många personer med ADHD har bristande tidsuppfattning med dålig känsla för tidens gång. Det är en del av orsaken till att de ständigt kommer för sent (eller i vissa fall för tidigt), inte blir färdiga i tid, inte kan beräkna hur lång tid det tar att utföra saker, och ofta inte kan fördela tiden rimligt på de olika uppgifter man har att göra. Det skapar förstås irritation och frustration i ett samhälle som är så tidsstrukturerat som vårt.
- Svårt med organisation och planering. Många har svårt att hålla allt de borde minnas i huvudet, vilket gör att de ofta styrs av det som är mest påtagligt för stunden och saknar framförhållning. De överraskas av att det inte finns någon mat i kylskåpet eller att räkningarna redan borde ha varit betalda. Man får svårt att överblicka sin vardag.
- ”Gränslöshet”. Hos vissa personer finns ett slags gränslöshet som kanske är en del i ens rastlöshet eller bristande förmåga till impuls kontroll. De märker kanske inte när det är dags att avsluta ett samtal utan pratar på trots att personen de talar med gjort flera markeringar och börjar se lite trött ut. Gränslösheten kan också ta sig uttryck i att de handlar impulsivt, äter och dricker för mycket, surfar på nätet en hel natt eller spelar musik för högt så grannarna klagar. Det är som om de spärrar som fungerar för andra människor är försvagade.
- Perceptionssvårigheter innebär svårigheter att snabbt tolka och förstå vad olika intryck betyder som ljud, beröring, avstånd men också sociala signaler.

Differentialdiagnostik och samsjuklighet

Vuxna med ADHD har mycket ofta andra problem än de som förklaras av ADHD. Det är omvänt inte ovanligt att personer som söker hjälp för sociala eller psykiatriska problem har ADHD. Samsjuklighet hos vuxna med ADHD är således snarare regel än undantag och innebär också att det sannolikt är många patienter inom psykiatrin som har ADHD utan att det uppmärksammas i tidigare kontakter.

Ångestsyndrom, depression, bipolär sjukdom (manodepressivitet), personlighetsstörningar (främst borderlinestörning och antisocial personlighetsstörning), Tourettes syndrom, autismspektrumtillstånd, och missbruksproblem är vanligare hos individer med ADHD än i normalbefolkningen. Det är också vanligare med olika typer av inlärningsproblem, t.ex. dyslexi, vid ADHD. Att samsjuklighet är så vanligt förekommande och innefattar så många olika typer av tillstånd för med sig att problembilden vid ADHD är mycket varierande. Det ställer krav på att utredaren har god allmänpsykiatrisk kunskap förutom kännedom om vad som karakteriserar ADHD hos vuxna. (Se vidare appendix 2).

ADHD hos kvinnor

Grundproblemen hos kvinnor med ADHD är desamma som män har. Men de måste förstås i ett könsperspektiv och i relation till vilka förväntningar en kvinna har på sig själv och från omgivningen.

Bland barn och ungdomar är det fler pojkar än flickor som har identifierats ha ADHD. En förklaring till det kan vara att ADHD inte är lika lätt att känna igen hos flickor som hos pojkar. Men studier av flickor med ADHD visar att svårigheter får lika allvarliga konsekvenser för en flicka som för en pojke. De har minst lika ofta känslomässiga problem, svårigheter att få vänner och svårt med motoriken. Som grupp har flickor med ADHD däremot mindre utagerande och trotsigt beteende än pojkar, vilket kan vara en förklaring till att deras problem mer sällan uppmärksammas. Men flickor med ADHD förefaller behöva lika mycket hjälp som pojkar med ADHD för att klara sin tillvaro och utvecklas optimalt.

Den amerikanske forskaren Kathleen Nadeau har i boken *Understanding women with AD/HD* beskrivit flickor med ADHD och delat in dem i tre olika typer som beskrivs som "Pojkflickorna", "Dagdrömmarna", "Snackarna" och "De begåvade". Pojkflickorna är fysiskt aktiva och behöver röra sig, kanske rider de eller simmar. De är påtagligt oorganiserade men pluggar i skolan utan att nå upp till sin fulla potential. Gruppen som beskrivs som "dagdrömmarna" är främst ouppmärksamma, glömska, oorganiserade, ängsliga, blir lätt överlastade och är långsamma. De försöker låtsas som att de hänger med i skolarbete utan att göra det och uppfattas ha låg energinivå eller vara "lata". Flickorna som definieras som "snackarna" är hetsiga, humoristiska, överkänsliga, dramatiska och ofta störande i skolan. De är associationsrika, har svårt för att hålla tråden, och skiftar alltför lätt ämne i samtalet. I tonåren riskerar de att bli "översociala", börja röka, hamna i missbruk och ha oskyddat sex. Gruppen som definieras som "de begåvade" klarar skolan i lägre klasser, men koncentrationssvårigheterna blir uppenbara när ribban höjs. De har på högstadiet svårt för att organisera sitt arbete och blir inte färdiga med uppgifter på utsatt tid.

På en hemsida (<http://www.advance.com/help/women>) beskriver kvinnor med ADHD en påtaglig stresskänslighet och en känsla av att ständigt vara utarbetad och överbelastad på grund av omgivningens krav. De skildrar hur humöret karaktäriseras av snabba svängningar, irritabilitet och frustration och att de har lätt att bli distraherade. Många är besvikna eller bittra över hur livet utvecklats. Flera känner sig "annorlunda", beskriver sig själva som "en bluff" och upplever sin kompetens som skenbar. Många är glömska eller har en "vimsighet" som ökar under belastning. Samtidigt beskriver många att de också är kreativa, påhittiga och associationsrika.

Det är vanligt att kvinnor med ADHD också har andra problem eller psykiatriska diagnoser. Premenstruellt syndrom, depressivitet präglad av bristande självförtroende och självanklagelser, hetsätning, posttraumatiskt stressyndrom, oklara smärttillstånd och möjligen fibromyalgi är vanligare än förväntat i gruppen. Några har i kontakt med psykiatrin benämnts ha "borderline" eller andra personlighetsstörningar.

Kapitel 3. Bemötande och stöd

Personer med ADHD har funktionsnedsättningar som kan påverka många livsområden; hälsa, sociala relationer, familjesituation, arbete, utbildning, ekonomi, fritid. Men problemens art och omfattning varierar mycket mellan individer med samma diagnos. Det kan vara alltifrån en person med bristande autonomi och förmåga att leva ett självständigt vuxet liv till en person som är framgångsrik på många sätt.

En del personer med ADHD har fortsatt behov av kontakt med vuxenpsykiatri, till exempel för att få hjälp att bättre förstå sitt funktionshinder, att hitta vardagsstrategier eller pröva ut hjälpmedel, medan andra inte behöver några insatser från sjukvården efter att utredningen är genomförd. De kan istället behöva stöd från andra instanser till exempel för att klara sin utbildning, komma in på arbetsmarknaden eller få hjälp i sin föräldraroll. Behoven av stöd och behandling varierar således mellan individer med ADHD, men ändrar sig också under livet för en person beroende på livsomständigheterna.

Psykosocialt inriktade åtgärder

Diagnosens betydelse

En utredning som klarlägger att en persons svårigheter kan beskrivas genom en diagnos som ADHD ger förklaringar till betydelsefulla problem som man har i sin vardag, liksom till upplevelser av tillkortakommanden och misslyckanden man haft under olika skeden av livet. Det kan för många vara en lättnad och en behandlande åtgärd i sig. För en del personer med ADHD med goda resurser och någorlunda stabil livssituation och förmåga att på egen hand söka ytterligare kunskap kanske detta kan vara en tillräcklig åtgärd. För de flesta är dock diagnosen ett underlag som ökar möjligheter att framtida stöd är anpassat till personens behov och förutsättningar.

Även om det kan vara en lättnad att få veta att de svårigheter man upplever går att definiera och förklara, innebär det för de flesta en sorg att få veta att man har funktionsnedsättningar med bestående inverkan på ens livssituation och inte sällan en besvikelse att få veta detta först som vuxen.

En diagnos bör ses som en hjälp för en person att förstå mer om bakgrunden till de egna svårigheterna och hur dessa påverkar hur man fungerar. Den kan göra det möjligt att hitta vägar att bemästra eller komma runt det som hindrar en. Samtidigt är det självklart att en diagnos inte säger allt om en person. Man är en individ med personlighetsdrag och styrkor och tillkortakommanden som vilken människa som helst kan ha.

Information, råd, kunskapsutveckling; ”psykopedagogik”

Psykopedagogik innebär att hjälpa en person och dennes närstående att förstå vad en diagnos innebär och hur svårigheter som hänger samman med den påverkar honom/henne i olika vardagssituationer och livsskeden samt att utifrån sådan kunskap ge råd. Medan många har en viss kännedom om hur ADHD kommer till uttryck hos barn, är fortfarande kunskapen om ADHD hos vuxna bristfällig. Eftersom vuxnas problem på många sätt skiljer sig från barns är

det angeläget att klargöra detta inte bara för personen själv utan också för betydelsefulla personer i omgivningen.

Relevant informationsmaterial, som litteraturförslag, broschyrer, internetlänkar och information via intresseföreningar är en viktig del i att underlätta förståelsen.

Psykopedagogik innebär också att ge tips och råd om hur en person med funktionsnedsättningar kan hantera och lösa praktiska vardagsproblem, till exempel problem som diskuterats under en utredning. Man behöver få diskutera olika strategier för att kringgå eller kompensera för dem. Det kan handla både om känslor inför diagnosen och om färdigheter man behöver för att hantera sin vardag; sådant som andra kanske lärt sig automatiskt under uppväxten men som ens problem har gjort att man missat, alltifrån hur man fyller en diskmaskin till knep för att hålla rätt på tiden..

Allmänt om förhållningssätt till personer med ADHD inom olika verksamheter

Karakteristiskt för många personer med ADHD är deras motsägelsefulla sätt att fungera. Det är ofta personer som fungerar väl under vissa förhållanden och kan ha imponerande kunskaper och färdigheter, men som under andra förhållanden har stora svårigheter att genomföra uppgifter och få vardagsrutiner att fungera. Vid ett samtal med sin handläggare på kontoret kan en person med ADHD vara både insiktsfull och motiverad men i nästa skede ha påtagligt svårt att genomföra vad de kommit överens om. Det väcker kanske besvikelse och irritation hos handläggaren som förväntar sig att individen ”tar tag i” det man kommit överens om, eller som har uppfattningen att en person med ADHD ”skulle kunna om bara han/hon ville”. Det är risk för att personer med ADHD blir missförstådda och uppfattas som ovilliga, fastän oförmågan är ett uttryck för ens svårigheter.

Inte sällan blir det kulturkrockar i personernas möten med myndigheter. Det är risk att den typ av beteenden som följer av ens svårigheter, t.ex. att man glömmer ett möte, kommer för sent, inte har med sig det man förväntas ha, försover sig eller liknande, av handläggaren tolkas som att man är omotiverad. Han eller hon kan tycka att det inte är meningsfullt att arbeta vidare med ärendet, och man blir avförd från planerade insatser. Utan kunskap förstår inte handläggaren att problemen är en följd av funktionshindret.

”Funktionshindertänkande”

Det synsätt eller den uppfattning man som handläggare inom olika verksamheter har om svårigheter och tillkortakommanden hos personer med ADHD får konsekvenser för hur man uppfattar klientens livssituation. Det får betydelse för ens förhållningssätt till honom/henne, för hur man lägger upp kontakterna, hur man samtalar och vad man erbjuder som hjälp.

Om man uppfattar att bristande förmåga är en viktig orsak till personens funktionsnivå (”funktionshindertänkande”) blir uppgiften att analysera hur man kan underlätta eller hjälpa individen så att vardagen fungerar på ett bättre sätt. Om man istället anser att individens problem är en följd av oansvarighet och slarv, att personen inte lärt sig eller orkar bry sig (moraliska/attitydmässiga förhållanden) leder det snarast till ett auktoritärt förhållningssätt som präglas av att man önskar tala om för, uppfostra och mästra. Risken för det är särskilt stor då personen inte kan bidra till en emotionell allians med handläggaren och kanske inte visar ett respektfullt bemötande.

Ett "funktionshindertänkande" innebär att när man som handläggare ihop med den hjälpsökande utformar målsättningar och ambitionsnivåer så gör man det utifrån en värdering av vad som är möjligt för den enskilde. Då handlar det om att hjälpa en person med funktionshinder att stegvis ta makten över sitt eget liv.

Det terapeutiska mötet

Personer med ADHD möter terapeuter, kontaktpersoner och handläggare från många olika verksamheter. Oavsett var de har sin bas måste de vara förtrodda med vad ADHD innebär och förstå att misslyckanden, konflikter och problem i relationer snarare är en följd av funktionshindret än grundorsaken till det. Problemen kan inte förstås i termer av att klienten/patienten är ovillig, lat, oansvarig eller självupptagen.

Mötet med en person med ADHD bör ha en problemlösande approach och terapeuten måste vara aktiv och ge struktur till ett samtal. Det kan gälla att ge ramar med tider och med att i förväg prioritera vad som skall tas upp. Då personer med ADHD ofta får många tankar och associationer, kan sessionerna lätt bli kaotiska om samtalet utgår från vad klienten i stunden kommer att tänka på. I många typer av samtal använder en terapeut subtila signaler med gester, kroppsspråk och tonfall för att t.ex. uppmuntra och bekräfta. Då många personer med ADHD har svårt att uppfatta sådana måste terapeuten vara tydligare och med ord påpeka sådant som personen kanske aldrig tänkt på.

För andra med mer passiv form av ADHD ("ADD") kan det istället vara svårt att komma på vad man vill prata om, och det man funderat på hemma är avlägset när man sitter i samtal. Också för en sådan person blir kontakten mer meningsfull om man i förväg definierar vad samtalet ska beröra.

Personer med ADHD upplevs inte sällan som motsägelsefulla av sin omgivning. I ett avgränsat strukturerat samtal kring ett intresseväckande tema märks kanske ingenting av vad som under andra förhållanden är det svåra. Ofta är det personer med utstrålning och idérikedom som i stunden imponerar på sin omgivning. Då kan det vara svårt för terapeut eller handläggare att förstå hur vardagen kan innehålla så många frustrationer som den faktiskt gör för många med ADHD. Det kan tyckas vara en paradox att en person som har stora behov av återkommande stöd samtidigt kan vara framgångsrik i yrkeslivet.

Det måste poängteras att målsättningen med samtalen/kontakten måste utgå från den berördes önskemål och att man från början är överens om formerna.

"Empowerment"

Många personer med ADHD lever med en kamp mot kaos och negativism. Begreppet "empowerment" används ibland om en process som syftar till att hjälpa en person att utveckla makt och kontroll över sin livssituation med stärkt självförtroende. Det är ingen specifik terapiform utan snarare ett förhållningssätt där utgångspunkten är att alla människor har resurser och kapacitet att definiera sina egna problem och utveckla handlingsstrategier för att lösa dem. Även människor med funktionshinder är subjekt och personer som är kapabla att styra över sina egna liv och inte objekt för myndighetsutövning. Förhållningssättet till en på flera sätt resursstark person med ADHD bör ha "empowerment" som grund.

Samtalsstöd, psykoterapi

Många personer uttrycker efter en diagnostisk utredning att de behöver samtalsstöd eller ”terapi” för att få hjälp med att ta till sig vad diagnosen och ens svårigheter innebär idag, och vad den har inneburit för förhållandena under uppväxten. För att samtalen ska kunna tillgodose behoven måste förutsättningarna vara sådana som nämns ovan: att terapeuten har kunskap om funktionshindret, ger struktur till samtalet och fokuserar på problemlösning. Behovet av bearbetande samtal, liksom förmågan att tillgodogöra sig dem, ökar ofta i anslutning till medicinering.

Minnen av upplevelser och svårigheter under uppväxten, till exempel skoltiden som kan ha inneburit utanförskap, mobbing och lågt självförtroende, kan motivera psykoterapeutiska samtal. Olika specifika psykoterapimetoder har hittills prövats otillräckligt för att man skall kunna rekommendera en viss metod. Personer med ADHD har problem som motiverar olika infallsvinklar och inte en viss metod enbart på grund av diagnosen. Viktigt i alla samtalskontakter är bemötandet och terapeutens erfarenhet och trygghet i sin roll.

Praktiskt/pedagogiskt stöd, ”coach”

Många personer med ADHD behöver snarare hjälp av en ”coach” än en traditionell psykoterapeut. Begreppet ”coach” är hämtat från idrotten och företagsvärlden och som modebegrepp dyker det upp i en mängd sammanhang. Inom vården är det dåligt definierat men kan ses som en person som försöker förenkla och strukturera tillvaron. ”Coachen” är en rådgivare, ett bollplank, någon med vilken man kan resonera sig fram till lösningar och hitta strategier. Det kan t.ex. vara att förbättra planeringen i vardagslivet genom att begränsa mängden pågående aktiviteter, försöka hålla sig till en sak åt gången, att schemalägga viktiga aktiviteter och att prioritera vad som för stunden är det viktigaste. Konkreta mål ger en spärr mot känslor av meningslöshet. Den som ständigt glömmer sina mål kan inte sträva efter dem och får inte uppleva att man faktiskt lyckats.

Förmågan att kunna hantera stress central för många med ADHD. Det kan tyckas motsägelsefullt att personer med ADHD ofta säger sig behöva mycket stimulans och händelser samtidigt som de är känsliga för stress. Det som skapar stress är många gånger ansvarsförhållanden kring ekonomi, familj, arbetsliv, hälsa och relationer. När problem som måste lösas skjuts på framtiden och förblir olösta skapas ytterligare stress.

Man behöver inte bara hjälp i stunden för att reda upp en situation utan väl så mycket hjälp att utveckla ändamålsenliga vanor. För att kunna det behöver personen ihop med ”coachen” gå igenom detaljer i hur en situation blivit som den blivit och analysera vilka vanor som måste ändras. Det kan t.ex. vara att hitta bestämda, lättillgängliga platser för nycklar, barnens kläder, påminnelserappar om dagens viktiga åtaganden och att använda en kalender eller andra hjälpmedel för att underlätta tidsplanering. Men det räcker inte att besluta sig för att positivt handlande skall bli till etablerade vanor utan de måste läras in, repeteras och traggas innan de blir automatiserade och rutin i vardagen. Till detta skulle en person med ADHD ofta behöva en ”coach”.

Några exempel på teman att arbeta med:

Dags- och veckoplanering

strukturera och synliggöra aktiviteter och händelser
synliggöra och strukturera tiden
införa och följa rutiner
få saker uträttade i tid
organisera fasta ramar för den personliga ekonomin
beräkna tidsåtgång och passa tider
göra listor på ”att göra”
dela upp uppgifter i delmål som kan prickas av vartefter

Arbete och studier

sortera material och organisera kommande uppgifter
komma ihåg möten och åtaganden
komma igång med och avsluta uppgifter
prioritera och hushålla med tiden
göra en sak i taget
fokusera och avgränsa sig
korrekt uppfatta meddelanden, uppmaningar och instruktioner
utveckla studieteknik

Fritid och samhälle

orientera sig om utbudet av information
begränsa sig
komma sig för
komma ihåg vad man ska göra, när och var
hitta dit man ska
komma i tid

Att underlätta kontakten med vårdapparaten

En del personer med ADHD har en stor mängd vårdkontakter, inte minst om man dessutom har tilläggsproblem. I vissa fall behöver man hjälp med att reducera mängden kontakter t.ex. genom att någon får vara den man vänder sig till i första hand. Vissa personer med ADHD har svårt att ta tillvara sina rättigheter, ta och upprätthålla kontakt med myndigheter och själv initiera och samordna de stöd- eller rehabiliteringsinsatser man kan ha behov av. Många personer med ADHD kan ha behov av en ”kontaktperson” med uppgift att initiera eller samordna andra insatser.

Olika roller för stöd

Case manager (kallas ibland vårdsamordnare, lots, personlig utförare): en kontaktperson inom vården för att lotsa personen i vårdapparaten för att hitta rätt och få tillgång till olika insatser. En case manager kan ha ett bredare ansvar med planering, genomförande och uppföljning av stödinsatser, vara ombud för personen och hjälpa denne att bevaka sina rättigheter.

Personligt ombud: en kontakt utanför vårdapparaten som hjälper klienten att bevaka sina behov/rättigheter och som hjälper till i vård- och myndighetskontakter.

”*Coach*”: är ett nytt begrepp, utan någon klar definition, för någon, inom vården eller socialtjänsten, som hjälper till att hitta strategier och strukturer för att utveckla vardagsstöd.

Mentor: en stödperson, lärare, forskarstuderande etc inom högskola som hjälper till att planera och strukturera studier. En mentor kan i andra sammanhang vara en stödperson från någon brukarorganisation med egna erfarenheter av vad funktionshindret betyder.

Boendestöd: en insats som beviljas enligt socialtjänstlagen som kan inrymma allt från stöd i boendet till stöd i kontakten med myndigheter, sjukvården, ideella föreningar eller närstående.
Kontaktperson: enligt socialtjänstlagen en lekman som kan få i uppdrag att ge den enskilde stöd i personliga angelägenheter som att ge stöd i att boka läkarbesök, ordna utbildning, söka arbete eller skaffa bostad. Kontaktperson enligt LSS har ett annat uppdrag och ska fungera som en social kontakt och hjälpa den enskilde till fritidsaktiviteter och socialt umgänge.
God man: en av tingsrätten förordnad som har till uppgift att bevaka personens rätt, sörja för hans/hennes egendom och/eller sörja för hans/hennes person. Denne tar ofta ett ekonomiskt ansvar men kan egentligen ha ett större uppdrag än så.

Behov av stöd i privatlivet

Parrelation

För många vuxna med ADHD är parrelationer och familjeliv fyllt av irritationsmoment. Det är inte så konstigt att det är svårt att organisera hela familjens liv när man har svårt att ordna upp sitt eget. Om man är en person som glömmer överenskommelser, har svårt att förutse hur lång tid en uppgift tar, skjuter upp vad man har framför sig eller fastnar vid oväsentligheter väcker det förstås frustrationer hos de närmaste.

Inte sällan är parrelationen fylld av påfrestningar med missförstånd kring detaljer, eller besvikelser över missade överenskommelser. Partnern kanske upplever att den som har ADHD inte lyssnar, inte kommer hem till middagen i tid, inte tycks bry sig om barnens läxor, inte håller reda på föräldramöten etc. Den som har ADHD å andra sidan blir otålig på den andres långsammare tempo, att behöva vänta, att sitta kvar vid bordet och liknande.

Egenskaper som i förälskelsefasen av parrelationen varit charmiga kan efterhand bli en källa till irritation och konflikt. Konfliktfyllda parrelationer kan motivera familjerådgivning eller parterapi, men återigen krävs att den förmedlas med kunskap om vad ADHD kan betyda för en relation.

Om relationerna för en vuxen med ADHD är sådana som här beskrivits illustrerar det också hur betydelsefullt det är att information och kunskap om vad ADHD innebär inte bara når personen själv utan också dennes närstående.

Föräldraskap

Rollen som förälder är särskilt krävande om man har ADHD. Den ställer krav på att man kan organisera vardagen för andra, vara konsekvent och sätta rimliga sätta gränser för någon annan, skapa god stämning när små konflikter uppstår, snabbt hitta kompromisser i svåra situationer och kan uppfatta situationen ur barnets perspektiv. Många upplever att energin inte räcker och att man inte orkar ta itu med allt man borde. Hushållet blir dyrt pga. av alla sista-minuten-lösningar. Man går runt med ständigt dåligt samvete, och vardagen blir stressfylld.

Många föräldrar i denna situation önskar någon som kunde hjälpa en i kontakterna med myndigheter som försäkringskassa eller socialförvaltning, att ordna möten, hålla reda på tider, fixa ansökningar mm. Andra behöver ren avlastning i hemmet som hjälp med tvätt och städning, laga mat till matlådor för att frysa in eller annat.

För en förälder med ADHD som har barn med egna problem är inte sällan kontakten med dagis och skola särskilt svår. Om man själv framstår som slarvig och oorganiserad kan det

vara extra svårt att få skolan att förstå barnens problem. Det ligger nära till hands att personalen anser att barnets problem bottnar i familjeproblem.

Många kvinnor som har ADHD beskriver att rollen som förälder, med allt vad det i de flesta fall innebär av huvudansvar för hem och barn, är särskilt krävande. Det kan vara kvinnor som klarar ett avancerat arbete på en arbetsplats med tydlig struktur för vad de skall göra och fokusera på. Däremot innehåller familjelivet ständiga störningsmoment, avbrott, oväntade händelser och krav på att man sätter sig in i andras behov och är beredd att lösa andras problem. Detta skapar stress som blir övermäktig för vissa. Man skulle behöva en ”frizon”, där det är accepterat att bara tänka på sig själv. Något som kräver förstående familjemedlemmar.

Det händer att den vardagliga belastningen överskrider ens förmåga att hantera stress. Det gäller inte minst när man har barn med likartade problem. Om man är överväldigad av vardagens många stressmoment finns det risk att man inte tål frustrationerna av ett krånglande barn, utan tappar kontrollen över sina känslor och gör kränkande handlingar som man sedan ångrar. Föräldrar kan behöva hjälp med att bli medvetna om dessa risker, känna igen hur de uppkommer och hur man kan hitta strategier med att exempelvis gå undan när man är på väg att tappa kontrollen över sina känslor.

Många föräldrar med ADHD har behov av avlastning och stöd i hemmet. Man efterfrågar konkret hjälp med barnen eller hjälp med att städa, att få ordning på saker och liknande. Vissa föräldrar kan dra nytta av korta avgränsade stödinsatser men ofta finns behov av mer långsiktigt stöd. Är man förälder och har ADHD har man ofta ett särskilt stort behov av stöd.

Ungdomar med risktagande beteende

En leda vid det vardagliga och rutinmässiga, en svårighet att koncentrera sig och fokusera när belöningen ter sig avlägsen, och en ständig rastlöshet kan vara drag som bidrar till att många unga med ADHD tar allt större risker eller dras till det som är extra spännande. I barndomen genom att klättra högst i trädet och simma på djupaste vattnet, i ungdomen bryta mot vuxenvärldens regler, experimentera med droger och göra andra normbrott. Med tiden identifiera sig allt starkare med grupper i skolans och samhällets marginaler och våga sig allt längre ut på en kriminell bana eller riskera att fastna i livslångt missbruk.

Uppmärksamhet och stöd till de ungdomar som tenderar att hamna på den vägen är mycket angeläget. Med bättre vägledning kan de kanske kanalisera sitt risktagande beteende till framgångsrik företagsamhet, skapande verksamhet eller uppfinningsrikedom i yrkeslivet.

Boendestöd

Boendestöd är en insats som utvecklats för personer som av ”psykiska, fysiska eller andra skäl har betydande svårigheter i sin livsföring” och tar sikte på den funktionshindrades behov av att utveckla ett fungerande vardagsliv. Boendestödet är tänkt som ett pedagogiskt-praktiskt stöd med uppgift att stärka den enskildes praktiska förmåga att hantera vardagen, såväl inom som utanför bostaden. Syftet är att stödja funktionshindrade att så långt möjligt själva möta och hantera vardagslivets olika situationer.

En viktig aspekt av stödinsatserna är att boendestödjaren och personen som får insatsen gör olika saker tillsammans. Det kan handla om att gemensamt utföra olika sysslor i hemmet t ex

städning och matlagning, men också om att följa med till affären eller banken, gå på bio eller göra utflykter. Det kan också innebära att hjälpa till i kontakten med myndigheter. Boendestödet ska vara flexibelt och kunna utformas efter den enskildes skiftande behov och kunna variera från daglig tillsyn och hjälp till mer utspridda kontakter.

Det finns i dag alldeles för lite kunskap om effekterna av detta psykosociala stöd. En erfarenhet är att boendestödet inte alltid är så väl utformat utifrån behoven hos en person med ADHD varför arbetet för att hitta mer specialanpassade arbetssätt är viktigt.

Personer som beviljas boendestöd är tex personer som omfattas av LSS och idag alltför personer med ADHD.

Förändringar av den fysiska och psykiska miljön för att underlätta vardagen

Hem och hushållsarbete

Många personer med ADHD behöver i första hand hjälp att få ordning i hemmet. Om ”var sak får sin plats” reduceras mängden intryck och man får helt andra förutsättningar att se sina arbetsuppgifter och ta itu med dem. För att kunna hålla ihop och organisera familjens liv behövs struktur, kanske med tydliggörande av planeringen med hjälp av schema för dagens/veckans händelser eller andra tids- eller minnesstöd.

Det kan behövas hjälp att:

- hålla ordning och sortera och slänga saker
- organisera och genomföra inköp, matlagning, disk, städning, tvätt m.m.
- hitta lösningar så man vet var saker ligger
- komma sig för med att laga trasiga saker, göra förbättringar m.m.
- komma ihåg att stänga av plattor, strykjärn m.m.
- ta hand om sig själv när det gäller kost, motion, sömn, egenvård m.m.

Ekonomihantering:

- sortera räkningar och betala dem i tid
- skapa överblick över hur mycket pengar man har att spendera med enkel budget och föra kassabok
- hejda chockutgifter för mobiltelefon, impulsiva kontokortsköp m.m.

Arbetsplats

Det kan vara angeläget att försöka anpassa en eventuell arbetsplats till personens förutsättningar och att hitta fram till en ”lagom” arbetsinsats med rimliga förväntningar. Inte minst på ett nytt jobb för en person med ADHD som har haft svårt att etablera sig på arbetsmarknaden. Redan vid rådgivning kring val av yrke eller arbetsuppgifter behövs individuella överväganden för att undvika misslyckanden.

Frågor att ta ställning till och väga mot individens unika förutsättningar kan vara:

- Är arbetsuppgifterna väl definierade och avgränsade så att man kan undvika monotoni?
- Är arbetsplatsen stökig och alltför stimulansrik, eller är det just vad denna person behöver för att trivas och kunna upprätthålla motivationen?
- Behöver personen utrymme för egna initiativ och egen planering av arbetsuppgifterna?

- Eller är det tvärtom avgörande att alla val redan är gjorda, så att man vet vad man har att rätta sig efter?
- Arbetar man bäst under tidspress? Eller behöver man fasta, förutsägbara tidsramar?
- Kräver arbetet nära och långvarigt samarbete med andra, eller är de personliga kontakterna många och snabba? Det senare underlättar ofta för personer med ADHD.
- Är det klokt att redan från början sikta in sig på halvtidsjobb?

Ett problem för många med ADHD är att de snabbt blir entusiasmerade i en ny situation. Praktikarbeten och prova-på-perioder kanske utfaller lyckosamt, trots att arbetet i längden inte är särskilt passande. Ett annat kan vara att man kan behöva hjälp med att dra slutsatser av tidigare misslyckanden i arbetslivet, utan att för den skull bli pådyvld någon hämmande pessimism.

Det kan också vara angeläget att försöka anpassa den eventuella arbetsplatsen, med målet att eliminera onödiga störningsmoment. För vissa personer kan tekniska (t.ex. datorbaserade) hjälpmedel vara till stor hjälp.

En viktig och inte helt lätt fråga att ta ställning till är om arbetsledare och arbetskamrater skall informeras om personens funktionshinder och vad det betyder för hur han/hon fungerar på arbetsplatsen.

Vuxenutbildning

Många vuxna med ADHD har haft en problematisk skoltid. Få har tillägnat sig kunskap i relation till vad man har intellektuell kapacitet för. Påtagligt många har blivit mobbade, har upplevt sig utanför utan att kunna hävda sig i vare sig fritidsaktiviteter eller skolprestationer. Förutsättningarna för att som vuxen tillgodogöra sig utbildning på högre nivå kan vara goda rent intellektuellt, samtidigt som man kan behöva övervinna uppgivenhet och motstånd mot teoretisk utbildning som tidigare misslyckande fött. De flesta behöver ändå stöd för att strukturera och planera sina studier.

Förutsättningarna för att som vuxen kunna tillgodogöra sig utbildning kan ha ökat genom mognad och behandling. Vuxenutbildning kan ge möjlighet att kompensera brister i tidigare skolgång för dem som vågar göra ett nytt försök. Men utbildningen kan behöva anpassas till den studerandes speciella inlärningssvårigheter, kognitiva svårigheter, höga uttröttbarhet eller behov av vägledning. Då funktionshindret är osynligt har ofta omgivningen svårt att förstå hur stora svårigheter också en vuxen elev med ADHD faktiskt har, och denne kan ha svårt att få den hjälp som man behöver.

Funktionshindren kan påverka förmågan att ta tillvara den intellektuella kapaciteten. Vid studier behöver man därför ofta individuellt stöd och personligt utformade anpassningar. Svårigheter att organisera och planera inläringen och förmågan att sortera information kan påverka studietakten. Man behöver förståelse för att man inte klarar att hålla samma studietakt som andra och få möjlighet att studera i den takt som passar en. Studiemedel måste utgå på ett sådant sätt att studenten inte tvingas dra på sig stora studieskulder.

Ett antal folkhögskolor har idag utbildningar som tar särskild hänsyn till elever med funktionshinder av denna typ. Där kan avbrutna studier fullbordas, samtidigt som det kan bli en god hjälp att flytta hemifrån utan att bli ensam.

Exempel på olika former av stöd och anpassning i vuxenutbildning vid svårigheter som

Att göra flera saker samtidigt.

Det kan till exempel innebära att det är omöjligt att samtidigt lyssna på en föreläsning och anteckna eller ta emot information om arbetsuppgifter eller lokaländringar och samtidigt hinna skriva upp det.

Att strukturera och planera sina studier.

En mentor eller stödperson kan underlätta för studenten att lägga upp studierna genom att hjälpa till att överblicka och avgränsa arbetsuppgifter, att hitta en rimlig ambitionsnivå och att dela upp arbetsuppgifter i delar med tydlig tidsplanering. Studenten kan också behöva extra handledning vid praktik och uppsatsarbete.

Koncentrationssvårigheter.

Svårigheter att fokusera och hålla kvar uppmärksamheten kan medföra att tankarna glider iväg och att man som studerande missar delar av lektionsinnehållet. Att få spela in lektionerna kan vara en lösning. Långa undervisningspass eller långa skrivningar kanske måste undvikas.

Att utestänga ovidkommande sinnesintryck.

Svårigheten med att utestänga ovidkommande sinnesintryck gör att studenten blir trött och får ännu svårare att koncentrera sig. Den studerande behöver kanske till exempel hitta en lugn plats där man kan dra sig undan för att vila eller plugga, eller få göra sina tentor i lugn miljö.

Förändrad dygnsrytm

Personer med ADHD har ofta svårt att komma till ro på kvällen och somna och sedan att vakna på morgonen och komma i tid till skolan. En stödperson som hjälper till att skapa och upprätthålla rutiner för vardagen och som till exempel ger väckningshjälp, kan vara till stor nytta.

Trötthet.

Många personer med ADHD kan ha vant sig vid att vända på dygnet och tycker att de presterar bäst på kvällen och natten. De behöver särskild hjälp att hålla sig i gång på förmiddagen. Många studerande med ADHD måste anstränga sig för att kompensera för sina svårigheter, och sådant som andra inte alls upplever som ansträngande blir mycket tröttande, som t.ex. att vistas i uppehållsrum med mycket folk. Detta (och sömnbrist) ger trötthet som kan vara konstant under dagen eller komma som attacker. Ett vilrum eller annat tyst och avskilt ställe där man kan dra sig tillbaka kan vara till stor hjälp. Studenten kan behöva förlängd tid för inläsning av kursmaterial, en långsammare studietakt eller studier på deltid.

Att orientera sig och hitta rätt i nya okända miljöer.

Studenten kan behöva hjälp att tillsammans med en stödperson gå runt och lära känna området. Att vara osäker på hur man ska hitta skapar stress.

Högre studier

Det finns särskilda *samordnare* för studenter med funktionshinder på alla universitet och högskolor. Samordnarens uppgift är att organisera pedagogiskt stöd för de studenter som behöver det. Syftet med stödet är att kompensera för svårigheter som kan uppkomma i studiesituationen på grund av funktionshinder. En förutsättning för att få stöd är att man genom intyg, utredning eller motsvarande kan styrka att man har ett funktionshinder. Det är i samtal mellan student och samordnare som det pedagogiska stödet planeras. Samordnaren har tystnadsplikt.

Några exempel på pedagogiskt stöd som en studerande på högskolenivå kan få tillgång till:

- Alternativa tentamensförhållanden som förlängd tid för tentamen, muntlig i stället för skriftlig tentamen (eller tvärtom).
- Anteckningshjälp, som hjälp med minnesanteckningar vid föreläsningar.
- Mentor eller stödperson till exempel en forskarstuderande eller lärare som hjälper till att planera och strukturera studierna eller en person som kan ge stöd vid vissa utbildningsmoment, till exempel under en praktikperiod.
- Tekniska och kognitiva hjälpmedel som datorer med lämpliga programvaror som skanner med talsyntes för den som har stora lässvårigheter.
- Anpassning av medier och kurslitteratur. Talböcker går att söka i Talboks- och punktskriftsbibliotekets katalog på webbplatsen www.tpb.se. Man kan få hjälp med inläsning eller inskanning av kursmaterial. Studenter med läshinder kan få förlängd lånetid på högskolebibliotek.
- Anpassad tidsplan för studierna för att kunna studera i lugnare takt.

Se vidare "Möjligheter till högre studier – för studenter med psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder. En Guide". Utgiven av Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus), finns på www.sisus.se

Hjälpmedel

På grund av kognitiva svårigheter har personer med ADHD ofta svårt att hantera vardagslivets krav och omgivningens förväntningar. Det finns idag hjälpmedel som kan underlätta vardagen, som exempelvis gör det lättare att planera och organisera uppgifter och att minnas och vara uppmärksam på det som är viktigt i stunden.

Att ha en planering över veckan, vilka aktiviteter som ska ske och när, är viktigt för att överhuvudtaget få tillvaron att fungera. Olika produkter som tydliggör den planering man har framför sig, alltifrån enkla veckoscheman till handdatorer eller mobiltelefoner med kalenderfunktion, underlättar. Många upplever att de befinner sig i ett konstant stresstillstånd som minskar när de får hjälp med tidsplanering.

Så kallade "auditiva prompts" som exempelvis signaler från en handdator eller klocka kan påminna om när något ska ske. Man kan också lägga in en tidig påminnelse, så man är bättre förberedd på signalen om att tiden är inne. En kalendersignal som påminner om start- och stopptider för olika aktiviteter kan hjälpa en att komma igång, alternativt inte "fastna" i en uppgift.

Att organisera sitt hem brukar vara svårt och en del upplever att man ständigt har det rörigt omkring sig. Bostaden kan behöva anpassas på olika sätt. Att märka olika platser i hemmet med bilder, till exempel på köksskåp och garderober, gör det lättare att hålla ordning. Spisvakt kan installeras.

Det är idag svårt att finna produkter för ekonomihantering, så här finns ett stort utvecklingsbehov.

Administration av hjälpmedel

Vissa produkter räknas inte som kognitiva hjälpmedel och kan därför vara svåra att få förskrivna. Det kan till exempel vara "bolltäckan" som kan hjälpa en person med sömnproblem att sova bättre eller medicindosetter med påminnelser.

En förutsättning för att hjälpmedel och kognitivt stöd ska fungera är att personerna får den träning och inläring som de behöver och att det sker i de miljöer där hjälpmedlen används.

Det kan också vara svårt för en del att komma igång med att använda hjälpmedel, och att göra det i längden. Många tröttnar och återgår till det gamla vanliga. Vissa personer med ADHD revolterar mot en känsla av att bli styrda och reglerade, och har svårt att mobilisera det intresse och den entusiasm som behövs för att fortsätta använda hjälpmedlen. För vissa känns rutiner och scheman hämmande, och tillvaron upplevs som alltför inrutad. För andra är det gränslösheten som är påfrestande och de kan uppleva tidsplaneringen som befriande. Det behövs uppmuntran och feedback, liksom förnyade utvärderingar av vad som fungerar på sikt.

Hjälpmedelsförsörjningen i Sverige idag är inte enhetligt organiserad utan varierar stort mellan kommuner och landsting som enligt Hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för hjälpmedlen. Det är oftast en arbetsterapeut som förskriver dem men man behöver inte sällan en läkarremiss för att få tid hos arbetsterapeuten. Kunskapsnivån är på vissa håll låg när det gäller behoven hos en person med ADHD, vilket medför att det kan vara svårt att få tillgång till behövliga hjälpmedel. Inom vissa landsting är det inte självklart att personer har rätt att få hjälpmedel. Sortiment och tillgång varierar i landet.

För att ta reda på vad som gäller där man bor är det enklast att vända sig till en arbetsterapeut inom till exempel habiliteringen eller till en hjälpmedelscentral. På vissa hjälpmedelscentraler kan man få prova eller låna kognitiva hjälpmedel. Men man kan inte överklaga beslut om avslag.

Medicinering

I de fall då en person, trots adekvata anpassningsåtgärder, har kvarstående och begränsande ADHD-relaterade svårigheter bör läkemedelsbehandling övervägas.

Det finns flera vetenskapliga studier avseende effekter och biverkningar av läkemedelsbehandling av vuxna med ADHD, även om dokumentationen är långt mindre omfattande än för barn. Olika översikter anger att 50 - 75% av vuxna med ADHD har god effekt av medicinering, dvs. något färre jämfört med för barn. Effektstorleken, eller minskningen av symtomen, är inte heller lika hög som vid behandling av barn, även om den är hög om man jämför med effektstorlek vid behandling med andra psykofarmaka (se appendix 5).

Bilkörning

Det finns flera internationella vetenskapliga studier som visar att unga vuxna med ADHD oftare än andra råkar ut för olyckor vid bil- och motorcykelkörning. Samtidigt finns det många vuxna med ADHD som har körkort och klarar bilkörning bra och som även framgångsrikt arbetar som yrkeschaufförer. Det talar emot att diagnosen generellt skulle utgöra hinder för att kunna inneha körkort. De personer som råkar ut för olyckor i trafik liksom i andra sammanhang är de som genomgående är mycket impulsiva, splittrade, otåliga och som lätt blir stressade i kritiska situationer och då handlar mycket oöverlagt. Internationellt görs olika försök att testa personers körförmåga i körsimulatorer för att mer objektivt kunna värdera beteendet i trafiken. Det har dock varit svårt att översätta resultat från

simulatorkörning till vad det har för betydelse för körning under verkliga förhållanden så någon praktisk användning av detta finns ännu inte.

Vägverkets har i en författningssamling utfärdat *föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort*. Enligt dessa krävs att en person med ADHD eller DAMP som söker körkortstillstånd uppvisar intyg från läkare (i första hand den läkare som varit ansvarig för utredningen och eventuella uppföljningskontakter). Läkarens uppgift inför intygsskrivande är att värdera om personen har en "funktionsnedsättning som bedöms innebära en trafiksäkerhetsrisk" då det enligt föreskrifterna utgör hinder för innehav av körkort. En läkare har förstås svårt att uttala sig om hur en person uppträder i trafiken eller kommer att vara som blivande bilförare. Men läkarens uppgift är att bedöma graden av funktionsnedsättning i relation till vad som krävs i trafiken och värdera om den kan antas innebära en trafiksäkerhetsrisk. Resultaten från psykologiska test kan ibland ge vägledning. Sveriges neuropsykologer (www.neuropsykologi.org) har gett ut en skrift "Kognitiva bedömningar vid körkortsmedicinsk utredning" som ger mer information. För det absoluta flertalet vuxna personer med ADHD innebär inte deras funktionsnedsättning en sådan risk och de får körkortstillstånd efter prövning av länsstyrelsen.

De svårigheter som kan uppstå i trafiken hos ett fåtal personer med ADHD kan vara följande:
Mycket hög grad av impulsivitet och svårigheter att tygla känslomässiga reaktioner i stressmoment.

Mycket stor rastlöshet och otålighet

Stor rigiditet och bristande flexibilitet med benägenhet till att låsa sig i stressituationer.

Det finns idag körskolor som utvecklat särskilda erfarenheter av körkortsundervisning för personer med funktionshinder. Det är möjligt att få tillrättalagda förhållanden vid teoriprovet om man t.ex. har läs- och skrivsvårigheter.

Kapitel 4. Sjukvårdens uppgifter

Diagnostisk utredning

Motiv för genomförande av en diagnostisk utredning

Motivet för att utföra en diagnostisk utredning är att hjälpa en person att förstå de problem han/hon upplever i sin vardag, identifiera eventuella behov av anpassning, stöd och hjälp och ge underlag för att utforma behandlingsinsatser i samverkan med andra vårdgivare eller verksamheter.

Samtidigt är det viktigt att uppmärksamma att den som fått en diagnos som förklaring till sina svårigheter är inte sin diagnos, en ADHD-person, ett ADHD-barn, utan en *individ* med specifika svårigheter. Det finns en risk för och många exempel på att alla med samma diagnos dras över en kam, att man inte inser att de individuella skillnaderna mellan personer med samma diagnos kan vara lika stor som mellan en individ med diagnos och en utan.

Förutsättningar för utredningar av god kvalitet

Förutsättningen för en diagnostisk utredning är att personen själv önskar en sådan, eftersom man upplever sig ha problem som man vill få förklarade och hjälp med och som man önskar få ett namn, en diagnos, för.

För att genomföra en utredning av god kvalitet krävs utredare med erfarenhet av vuxenpsykiatri och kunskap om hur ADHD kommer till uttryck hos vuxna och om utredningsmetodik.

Innehåll i en utredning

Problembild och problemens komplexitet varierar mycket hos dem som söker eller remitteras för utredning. Det innebär att utredningen måste anpassas till situationen för den person som utreds, och får olika omfattning och innehåll för olika individer.

Följande moment ingår vanligtvis i en utredning för diagnostik och behovsbedömning:

1. analys av individens aktuella och tidigare problem för att fastställa om han/hon har symtom förenliga med vedertagna kriterier för diagnosen ADHD
2. differentialdiagnostiska överväganden, dvs. om det finns annan diagnos/annat tillstånd som bättre förklarar symtomen
3. kartläggning av om det finns andra betydelsefulla problem som kräver specifik behandling eller annan förståelse och hjälp
4. bedömning av individens funktionsförmåga inom olika områden, dvs. av hur individen faktiskt fungerar i olika vardagssituationer
5. bedömning av individens kognitiva eller intellektuella förutsättningar för förståelse av svårigheterna och för planering av stöd
6. undersökning av om det finns bakomliggande medicinska orsaksfaktorer
7. undersökning av risk- och skyddsfaktorer av betydelse för utformning av stöd och bedömning av prognos

8. presentation, förklaring och dokumentation av utredningsresultat och eventuell diagnos för att ge personen och dennes närstående förståelse för bakgrunden till upplevda svårigheter och underlag för att planera stöd.

Diagnostik

För att kunna ställa diagnosen ADHD krävs enligt DSM-IV, den diagnosmanual som vanligtvis används inom vuxenpsykiatri:

1. att personen har de symtom som definierar diagnosen
2. att problemen funnits sedan barndomen
3. att symtomen medför en betydelsefull funktionsnedsättning
4. att det inte finns något annat tillstånd som bättre förklarar symtomen

Det centrala i en diagnostisk utredning är en noggrann kartläggning av personens sätt att fungera (nu och under uppväxten), dvs om personen har de symtom som definierar ADHD. Intervjun med den person som ska utredas kan inte ersättas av något annat undersökningsmoment.

Intervjun kan kompletteras med att personen besvarar relevanta *frågeformulär*. För att kunna bedöma om personen som utreds har haft symtom tydande på ADHD i barndomen krävs ofta en *intervju med någon närstående*, helst med föräldrar eller någon annan som känt personen från tidig ålder. *Genomgång av journaler* från personens tidigare kontakter med sjukvården kan också ge utredaren underlag för att bedöma om symtom som tyder på ADHD funnits tidigt. Särskilt värdefulla är journaler från barn- och ungdomspsykiatri, barnhälsovård, barnmedicin, psykologutredningar, primärvård och skolhälsovård.

Anamnesupptagning (intervju) och psykiatrisk bedömning

Den psykiatriska anamnesen skall främst kartlägga aktuella och tidigare symtom, personens funktionsförmåga i vardagen, risk- och skyddsfaktorer, kroppslig hälsa och tidigare eller aktuella symtom på psykisk sjukdom.

För att identifiera om personen har de symtom som definierar en diagnos måste intervjun innehålla en noggrann genomgång av DSM-IV-kriterierna för ADHD med kunskap om hur symtomen ter sig både hos barn och vuxna.

För att kunna utföra en heltäckande anamnes krävs att utredaren har erfarenhet av att göra psykiatriska utredningar och kunskap om hur problemen hos en person med ADHD kommer till uttryck såväl under uppväxten som i vuxenlivet.

Frågeformulär

Frågeformulär (se vidare appendix 3) som besvaras av personen som utreds, och eventuellt av närstående, förbättrar kvalitén på intervjun. Om formuläret besvaras före en intervju kan den som utreds vara förberedd på frågor som utredaren är intresserad av och har ofta större beredskap fördjupa sina svar och att ge exempel som belyser frågeställningen. Frågeformulär kan också användas för att få kunskap om andra problemområden än de som direkt förknippas med en specifik diagnos, även sådana som är relativt ovanliga och som man lätt förbigår i en intervju. Frågeformulär kan ge kvantitativa data som möjliggör jämförelse med normerade

data. Däremot kan inte resultat i frågeformulär vara enda underlaget för en diagnostisk bedömning.

Intervju med föräldrar och andra närstående

En del personer med ADHD kanske inte reflekterar över eller är medvetna om sitt annorlunda sätt att fungera. Uppfattningen om individens symptom, funktion och funktionsförmåga kan skilja sig betydligt mellan den som utreds och dennes närstående. Det är därför en styrka om personen låter utredaren få intervjua någon som känner honom/henne väl (sambo, nära vän etc.). Som utredare måste man förstå att detta kan vara en grannliga uppgift.

I vissa fall kan personens egen beskrivning av förhållanden under uppväxten vara så detaljerad och informativ att det räcker för att förstå att han/hon haft betydelsefulla symtom under uppväxten. Men för att säkerställa eller validera en diagnos bör utredaren hämta information från någon anhörig (förälder, äldre syskon) eller annan närstående (engagerad lärare från tidigare skolgång).

Föräldraanamnesen kan förbättras om de anhöriga i förväg får besvara något frågeformulär som belyser förhållanden under personens uppväxt. Givetvis förutsätter alla dessa kontakter att personen själv är positiv till en dem och att även de närstående har en positiv inställning till att medverka i utredningen.

Differentialdiagnostik och undersökning av förekomst av samtidiga problem

Kartläggningen som beskrivits ovan skall också klarlägga om personen har någon annan diagnos eller annat tillstånd som bättre förklarar symtom, dvs. ta fram underlag för *differentialdiagnostiska* överväganden och eventuellt andra tillstånd/diagnoser (s.k. samsjuklighet) som kräver särskilda åtgärder.

Särskilt bör följande beaktas: (se vidare 2)

- Affektiva tillstånd; depression, bipolär sjukdom
- Ångesttillstånd
- Missbruk (alkohol, narkotika eller andra droger)
- Kriminalitet, asocialt beteende, antisocial personlighetsstörning
- Personlighetsstörning som borderlinestörning
- Autismspektrumtillstånd
- Inlärningssvårigheter som läs- och skrivsvårigheter, dyslexi eller generell utvecklingsstörning
- Tics, Tourettes syndrom
- Sömnstörningar

Funktionsförmåga, funktionsnedsättning

En central del i en utredning av ADHD är att analysera hur personen fungerar i sin vardag i arbete, studier, familjeliv, relationer etc. och på vad sätt denne är påverkad av sina symtom dvs personens *funktionsförmåga*. Det är denna som avgör inriktning och omfattning av stöd och behandling.

Kunskap för att bedöma denna får utredaren i första hand från personens egen beskrivning av hur han/hon fungerar i vardagen. Men det kan också krävas kompletterande information från närstående, psykologisk testning och observationer av personen i vardagen eller i samband med olika undersökningsmoment.

Psykologisk utredning

Ibland är det så uppenbart genom studie- och yrkesframgång att personen har goda intellektuella förutsättningar att kännedom om det är tillräckligt för att ge utredaren en acceptabel uppfattning om individens intellektuella grundförutsättningar. Men i många fall behövs *en psykologisk utredning* med i första hand en bedömning av personens allmänintellektuella nivå för att förstå personens förutsättningar. Speciellt gäller det personer som upplevt stora inlärningssvårigheter under sin skolgång eller senare i sitt arbetsliv.

Det kan ibland finnas behov av undersökning av mer specifika neuropsykologiska funktioner som exekutiva funktioner, arbetsminne och uppmärksamhetsförmåga för att förstå personens möjligheter. I många fall är samarbetet mellan läkare och psykolog en förutsättning för en god diagnostik. En psykologisk testning är däremot inte alltid är nödvändig för att kunna ställa en diagnos som ADHD, då det vare sig är enskilda symptom eller testresultat som är det avgörande för diagnosen utan den kliniska bilden (se appendix 4).

Observation i vardagsaktiviteter

Ett komplement till intervju, inte minst då det är svårt att på annat sätt få en bild av funktionsförmågan, är att någon medarbetare (arbetsterapeut, kurator, pedagog) besöker och observerar personen i hans/hennes vardagsmiljö eller att personen intervjuas i sitt hem. Vissa arbetsterapeuter har särskilda instrument och erfarenheter för att genomföra sådana bedömningar som kan ge fördjupad kunskap om hur personen är påverkad av sin funktionsnedsättning.

Observationer i samband med samtal och tester

En erfaren utredare kan få betydelsefull information genom de observationer av personens sätt att vara (personens psykiska status) som man gör i samband med olika undersökningsmoment. T.ex. om han/hon visar symptom på depression eller ångest eller uppträder som personer med en viss diagnos ofta gör. Samtidigt ska man vara medveten om att strukturerade situationer som vid utredningen passar många personer med ADHD, vilket kan innebära att svårigheter eller brister inte alls blir uppenbara under sådana förhållanden.

Några exempel på beteenden som kan finnas hos en person med ADHD i samtal eller i samband med undersökningar:

- Avbryter ofta, säger halva meningar, får snabba associationer, blir lätt uttråkad eller distraherad
- Påbörjar uppgiften utan att instruktionen är klar, behöver upprepningar av instruktioner för att de glömmer instruktioner mitt i en uppgift
- Har svårt att mobilisera energi i uppgifter som känns oinspirerande, blir stressad av att hålla flera saker i huvudet samtidigt, har svårt att fokusera på det som är relevant för uppgiften

- Blir oväntat långsam eller omständlig i uppgifter som kräver noggrannhet, eller vill ta sig igenom uppgifterna alltför snabbt
- Blir oväntat trött under arbete med uppgifter som kräver en längre stunds koncentration.

Medicinsk undersökning

Någon medicinsk utredning behövs inte för att ställa diagnosen ADHD. Men en medicinsk bedömning kan behövas för att undersöka om det finns något pågående behandlingsbart medicinskt tillstånd som ligger bakom eller bidrar till symtomen (t.ex. cerebral tumör, anfallssjukdom eller annan CNS-sjukdom, thyroideasjukdom, missbruk). Skälet kan också vara att undersöka om han/hon har ett syndrom t.ex. till följd av kromosomrubbing, där beteendeavvikelse är del i en större problembild eller om personen tidigare råkat ut för någon hjärnskada som kunnat påverka de kognitiva funktionerna. Även om det relativt sällan förekommer är det förstas mycket angeläget att en behandlingsbar sjukdom inte missas. Dessutom har personer som utreds mycket ofta egna frågor om presumtiva orsaker.

Medicinska undersökningar som kan vara motiverade

- Medicinsk anamnes kring kända komplikationer under graviditet och förlossning och symtom tydande på traumatiska hjärnskador, CNS-infektion, förgiftning (t.ex. genom arbete), missbruk, epilepsi.
- Kroppsundersökning för undersökning av tecken på pågående somatisk sjukdom som kan ge beteendesymtom eller påverkan på kognitiva funktioner. Undersökning av förekomst av små fysiska avvikelser som kan ge misstanke om syndrom som 22q11-deletionssyndrom, Fragil-X-syndrom eller andra kromosomala tillstånd.
- Neurologisk undersökning. Tecken tydande på CNS sjukdom (tidigare eller aktuell).
- Undersökning av motorik (ger underlag vid misstanke om DAMP).
- Hjärtundersökning med kontroll av blodtryck och puls (inför eventuell medicinering).
- Kromosomanalys. Utifrån somatiskt status, anamnes och hereditet görs en bedömning av behov av kromosomanalys. Diagnostik av kromosomavvikelse bör endast göras om patienten själv är intresserad av denna typ av diagnostik.
- EKG, EEG görs utifrån anamnes och status.
- MR, CT eller andra hjärnundersökningar är sällan indicerat.
- Laboratorieanalyser som kan vara motiverade är: rutinprover, thyroideaprover, drogscreening, leverstatus.

Kartläggning av risk- och skyddsfaktorer av betydelse för stöd och prognos

Omfattning och inriktning av stöd och behandlingsinsatser är i hög grad beroende på vilka skydds- och riskfaktorer individen har i sin omgivning. Kartläggning och värdering av dessa bör därför ingå i en utredning. Exempel på betydelsefulla faktorer:

- *Individfaktorer*
 - personlighet
- *Närmiljö/familj*
 - socialt nätverk med anhöriga och kamrater och deras inställning
 - väl fungerande familj respektive förekomst av familjepåfrestningar, familjekonflikter
 - psykisk hälsa hos anhöriga

- barn och hur de fungerar
- deltagande i föreningsliv med intressen/hobby
- *Arbete/studier*
 - arbete, annan meningsfull sysselsättning
 - framgång i studier
 - acceptans på arbetsplatsen
 - ekonomisk trygghet
 - professionellt nätverk, AF, FK, habilitering

Diagnos och presentation av utredningsresultat

Det diagnostiska ställningstagandet utgår från det samlade utredningsunderlaget. Det är önskvärt att detta sker i ett samtal där utredarna tillsammans går igenom det material man har och väger samman det till en gemensam diagnostisk bedömning.

En viktig del av en utredning är att sedan presentera utredningsresultaten för patienten och dennes närstående. Presentationen skall förklara den diagnostiska bedömningen samt motivera och ge en grund för åtgärdsplanering. En bra presentation ställer krav på att utredarna kan knyta an till hur personen själv upplever sina problem, och att de kan konkretisera utredningsresultaten så att de förklarar dessa svårigheter.

Återförandet skall innehålla:

- muntlig information om utredningsresultat inklusive diagnos samt en beskrivning av personens resurser och behov för att förklara rekommendationer om stöd och andra insatser
- skriftligt utlåtande som personen kan använda i kontakter med t.ex. myndigheter
- relevant informationsmaterial som litteraturförslag, broschyrer, internetlänkar, information om intresseföreningar.

Efter en utredning behöver många personer tid för att prata igenom sin diagnos och dess konsekvenser, varför det ofta är otillräckligt med presentation av utredningsresultaten vid endast ett tillfälle. Det är angeläget att också närstående, speciellt om de deltagit i utredningen, får ta del av utredningsresultatet. Ofta behövs insatser från andra verksamheter. Därför kan det efter en utredning vara motiverat att initiera en vårdplanering till vilken man inbjuder handläggare inom de verksamheter som kan vara berörda. Att inbjuda inremitterande eller den som ska upprätthålla en fortsatt behandlingskontakt är ofta lämpligt (om utredare och behandlare inte är identiska).

Ett skriftligt utlåtande efter utredning ska benämna funktionshindret och beskriva dess konsekvenser för individen samt ge basala rekommendationer om vilket stöd och andra insatser som är motiverade. De bör vara skrivna så att de kan förstås av personen själv liksom av personer som inte arbetar inom sjukvården. Hur utlåtanden utformas kan ha stor betydelse då olika verksamheters bedömning av vilka rättigheter och behov personen har många gånger baseras på dessa.

Psykiatrins fortsatta uppgifter

Behoven av fortsatta behandlings- eller stödåtgärder är mycket varierande bland personer som utretts och fått klarlagt att de har ADHD. För vissa är det kanske tillräckligt att få en förklaring till sitt sätt att fungera, medan andra har omfattande behov av hjälp. Insatser måste

förstås utgå från personens egna önskemål och målsättningar. Personens, närståendes och vårdpersonals syn på behoven kan skilja sig åt och personens självbestämmande och delaktighet måste respekteras med insikt om att inget är statiskt utan att personen efter en tid kanske uttrycker andra behov än från början.

Behandling med psykofarmaka: Kan vara aktuellt för behandling av ADHD symtomen eller av eventuella samtidigt psykiatriska symtom. (se vidare appendix 5)

Anda psykiatriska behandlingsinsatser: Fortsatt psykiatrisk behandling som kan vara aktuell kan vara någon form av psykoterapeutisk samtalskontakt eller psykopedagogiska insatser.

Intyg: Personer med ADHD behöver ofta läkarintyg som ska lämnas till olika myndigheter, till exempel för att få ersättning från Försäkringskassan, som underlag för behovsbedömning hos Socialtjänsten, lönebidrag från Arbetsförmedlingen, körkortstillstånd, god man mm.

Hänvisning: Efter en utredning skall sjukvården bedöma behov av hänvisning till annan verksamhet. Därför är det viktigt att utredare inom sjukvården håller sig ajour med andra verksamheters uppdrag och vilken typ av stöd de kan erbjuda. Då kan de motivera personen och dennes närstående till nya kontakter, även om de aldrig kan utlova tillgång till specifika insatser från andra instanser.

Stöd till närstående: En viktig uppgift efter utredning är att informera om möjlighet till stöd inom kommunen eller andra verksamheter.

Primärvårdens uppgifter

Med dagens kunskapsläge kan man inte räkna med att personal inom primärvården kan utreda och diagnostisera ADHD. Däremot är det angeläget att de känner till yttringarna av ADHD för att kunna möta dessa personer på ett adekvat sätt, tolka deras problembeskrivningar och erbjuda relevanta behandlingsinsatser.

Primärvården har ett brett åtagande som inbegriper att vara första instans vid psykiatriska sjukdomstillstånd. Depression, ångestsjukdomar, stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom är mycket vanligt förekommande hos patienter inom primärvården. Det är rimligt att anta att bland dessa finns åtskilliga som har ADHD utan att det är känt för individen. Därför är det i hög grad önskvärt att läkare, psykologer och andra inom primärvården känner till yttringarna av ADHD och vara vaksamma på att det finns sårbarhet i form av ADHD bakom de komplicerade problem som man ofta finner hos dem som söker kontakt med primärvården.

För att det ska vara möjligt måste kunskapsnivån hos medarbetarna inom primärvården om ADHD och liknade funktionshinder höjas. Men det krävs också att kontaktvägarna till psykiatri tydliggörs och att man utvecklar lokala vårdprogram där handläggningsrutiner tydliggörs.

För en person men ADHD är det ofta komplicerat att orientera sig i vårdapparaten. Tidsbeställning, telefontider och kontakt med en allmänläkarmottagning liksom att passa tider kan vara svårt. Många kan behöva hjälp av någon annan för att det inte skall bli oöverstigligt besvärligt.

Kapitel 5. Socialtjänsten

Socialtjänstens uppgift är att ge insatser till personer som behöver samhällets stöd för att klara sin livssituation. Det är den enskildes behov av stöd och service som avgör om insatser från socialtjänsten ska ges, inte benämningen på personens problem, personens diagnos. Däremot är det viktigt att handläggaren både har grundliga kunskaper om funktionshindret och har skaffat sig kännedom om och förståelse för personens specifika förutsättningar.

Människor som söker insatser från socialtjänsten har ofta sammansatta problem, inte minst gäller det personer med ADHD, som kräver insatser från flera myndigheter. Att socialtjänsten samverkar med andra myndigheter är i många fall en förutsättning för att den ska kunna utföra sitt uppdrag på ett tillfredsställande sätt och för att den enskilde ska kunna få den hjälp och det stöd som är nödvändigt.

Lagstiftning

Socialtjänstlagen (SoL)

Samhällets socialtjänst ska enligt SoL (2001:453) främja människornas ekonomiska och sociala trygghet och aktiva deltagande i samhällslivet. För personer med funktionshinder finns särskilda bestämmelser som slår fast att socialnämnden ska verka för att den som möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra (§ 5:7). Socialnämnden ska t.ex. medverka till att den enskilde med funktionshinder får meningsfull sysselsättning och att han eller hon får bo på ett sätt som är anpassat efter eventuellt behov av särskilt stöd.

Bestämmelserna i socialtjänstlagen är av ramlagskaraktär. Med detta menas att de inte i detalj föreskriver vilka insatser socialnämnden ska svara för, utan snarare vilka mål som ska uppnås med insatserna. Samtidigt anger lagen vissa skyldigheter för socialnämnden. En av de uppgifter som tydligt anges är att socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena för människor i kommunen som har psykiska funktionshinder (SoL § 5:8).

Tillsynsmyndigheterna (socialstyrelsen och länsstyrelserna) har påtalat att socialnämnden har ett ansvar att regelbundet inventera målgruppens behov och bedriva uppsökande verksamhet. Kommunen ska i planeringen av sina insatser till människor med funktionshinder samverka med landstinget samt andra myndigheter. Kommunens ansvar gentemot personer med psykiskt funktionshinder begränsas därför inte till bedömning av bistånd eller enskilda insatser som boende och sysselsättning. Ansvaret är mera övergripande och syftar till att människor som inte själva söker insatser eller tydligt formulerar sina behov ändå ska få sina behov tillgodosedda.

Socialtjänstlagen är delvis en rättighetslagstiftning eftersom det i 4 kap. 1 § står att den som inte själv kan tillgodose sina behov har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning eller för sin livsföring i övrigt, om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Den enskilde har alltid rätt att ansöka om bistånd oavsett vilken karaktär behovet har, och ett avslag kan överklagas till Länsrätten.

Rätten är inte lika stark som i LSS eftersom den enskilde inte kan kräva en specifik insats, utan kommunen kan erbjuda annat stöd om det kan anses tillgodose behovet (till exempel

hemtjänst i stället för bostad med särskild service). Kravet är att stödet skall ge den enskilde en skälig levnadsnivå. En fördel i SoL är att det finns utrymme för flexibla lösningar anpassade till individuella behov och förutsättningar.

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

LSS är i förhållande till socialtjänstlagen en ”pluslag” tillkommen för personer vars funktionshinder är stora och medför betydande svårigheter i vardagen med omfattande stödbehov.

Lagen omfattar tre olika personkretsar.

Personer

1. med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Den tredje personkretsen är således inte diagnosstyrd utan fokuserar på svårigheter i den dagliga livsföringen, där orsakerna är av underordnad betydelse.

De personer som omfattas av LSS personkrets, har inte automatiskt rätt till insatserna i LSS. Först måste det konstateras att den enskilde är i behov av insatsen och att behovet inte tillgodoses på annat sätt. Här räcker det inte, som i SoL, att behovet *kan* tillgodoses på annat sätt, utan behovet ska rent faktiskt vara tillgodosett på annat sätt. Vid bedömningen av den enskilds behov av insats ska jämförelse göras med den livsföring som anses normal för personer i samma ålder. Målet med LSS är att kompensera funktionshindret. Det ska inte vara någon skillnad i levnadsvillkoren för människor med eller utan funktionshinder.

LSS har delvis en högre ambitionsnivå än SoL. Den enskilde skall genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Kravet för bistånd enligt SoL är att stödet skall ge den enskilde en skälig levnadsnivå. Goda levnadsvillkor innebär en högre kvalitet än skälig levnadsnivå, även om skillnaderna inte är beskrivna närmare av lagstiftaren när det gäller insatser till funktionshindrade. Även enligt SoL (5 kap. 7 §). föreskrivs att socialnämnden ska verka för att funktionshindrade får möjlighet att ”leva som andra”. Normalitetsprincipen ska vara vägledande vilket innebär att bedömningen ske utifrån en jämförelse med den livsföring som kan anses normal för personer i samma ålder utan funktionshinder.

Alla som omfattas av LSS och är i behov av stöd ska i första hand få insatser enligt LSS, om insatsen regleras i denna lag, eftersom detta i allmänhet kan antas vara till fördel för den enskilde. Om en person inte bedöms omfattas av LSS personkrets, ska den enskilde erbjudas prövning enligt SoL. LSS inskränker inte rättigheter enligt en annan lag. Boendestöd och hemtjänst är exempel på sådana bistånd som inte ingår i LSS, utan får sökas som bistånd enligt SoL. Daglig verksamhet/samhällsstöd är en insats som i LSS enbart gäller första och andra personkretsen. För tredje personkretsen finns då en möjlighet att ansöka om sysselsättningsstöd enligt SoL.

Andra skillnader mellan bistånd enligt SoL respektive LSS är att insatser enligt LSS skall vara varaktiga, medan syftet med bistånd enligt SoL ofta anges vara att biståndet inte ska behövas i framtiden. Insatser enligt LSS är kostnadsfria, medan avgifter kan tas ut för annat bistånd. I

LSS är det ett krav att insatserna ska utformas tillsammans med den enskilde, medan det räcker om det görs så långt som möjligt vid insatser enligt SoL. I praktiken förefaller en generösare bedömning göras vid insatser enligt LSS, då insatser till högre kostnad och i betydligt större omfattning accepteras

I LSS ingår 10 insatser för särskilt stöd och service

1. Rådgivning och annat personligt stöd.

Det är landstinget som ansvarar för insatsen råd och stöd enligt LSS. Ofta ges insatsen på eller i anknytning till landstingens habiliteringscentra.

2. Personlig assistent eller ersättning för personlig assistent (LASS).

3. Ledsagarservice

4. Kontaktperson

5. Avlösarservice i hemmet så anhöriga kan få avkoppling och aktiviteter utanför hemmet.

6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

7. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet.

8. Familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar.

9. Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna

10. Daglig verksamhet för personer som saknar sysselsättning utanför hemmet

Gäller personer som tillhör personkrets 1 och 2 i LSS. Syftet är att ge stimulans, gemenskap och delaktighet i samhället.

Socialtjänstens organisation

Socialtjänsten har ett brett uppdrag och kommer i kontakt med människor med varierande livssituation och många olika problem varför verksamheten ofta är indelad i olika enheter. Det finns socialsekreterare som arbetar med särskild inriktning mot t.ex. barn, ungdomar och familjer, personer med missbruksproblem, familjerättsfrågor, ekonomiskt bistånd, socialpsykiatri och personer med funktionshinder. Hur kommunen har organiserat socialtjänsten i olika verksamhetsområden eller enheter ser olika ut i landet till följd av befolkningsstorlek m.m. Det betyder att en person med ADHD kan behöva vända sig till flera olika enheter och handläggare inom socialtjänsten. Socialtjänstens organisation får inte utgöra ett hinder för en person att få ett bistånd man har behov av vilket ställer krav på samarbete över organisationsgränser, och att vid behov lotsa den enskilde till rätt instans inom kommunen.

Många vuxna med ADHD beskriver att de upplevt att de själva måste klara ut vem de ska vända sig till, vilken insats de kan söka och i vilken omfattning, och kunna formulera detta skriftligt. Därför uttrycker en del att de skulle behöva ett personligt ombud för sin kontakt med myndigheter.

Mötet med socialtjänsten

Kontakten med handläggaren inom socialtjänsten får sannolikt olika utformning beroende på om den person som söker hjälp känner till att han/hon har problem till följd ADHD eller inte.

Personer utan diagnos vid kontakt med socialtjänsten

Handläggare inom socialtjänsten möter människor som uttrycker behov av hjälp med att klara sin livssituation. Det krävs kunskap om och förståelse för att det finns olika orsaker till en individs svårigheter. Handläggaren skall överväga om personens svårigheter kan bero på ett funktionshinder och i så fall ta upp det med den enskilde och föreslå åtgärder. Det ställer krav på att det finns rutiner och utarbetade lätt tillgängliga kanaler till kompetent utredning inom sjukvården. Samverkan mellan kommunen och sjukvården är en förutsättning för att detta skall fungera på ett för den enskilde optimalt sätt.

ADHD kan finnas hos personer med en ”trasslig” social situation som saknar fast förankring på arbetsmarknaden, som saknar sjukpenning, personer med misslyckad skolgång och utan yrkesutbildning. Ansökan om ekonomiskt bistånd kan vara den första kontakten med socialtjänsten.

Det händer ofta att ekonomiskt bistånd blir en permanent försörjningskälla för personer som inte kvalificerat sig till samhällets trygghetssystem i övrigt. Det finns risk att dessa personers komplexa livssituation inte utreds närmre utan de bemöts med ett ”socialadministrativt” förhållningssätt - pengar betalas ut och krav ställs på ett aktivt arbetssökande.

Även om socialtjänsten ska arbeta efter grundprincipen att ”inte utreda mer än nödvändigt” är det inte tillräckligt att enbart fokusera på det akuta behovet av ekonomiskt bistånd. Utredningen ska istället inriktas mot personens eller hushållets långsiktiga självförsörjning. Det kan i dessa möten bli uppenbart att klienten behöver insatser från andra verksamheter eller myndigheter.

Tillkortakommanden i föräldrarollen kan också vara en följd av ett funktionshinder som ADHD hos föräldern. Det kan vara skolan som aktualiserar en familjs behov av stöd, med till exempel avlastning då man sett att barnet inte får den vardagsomsorg det behöver, eller grannar som reagerar på föräldrarnas uppfostringsstil. Det kan vara föräldrar som själva söker hjälp för att hushållet har ekonomiska bekymmer och där man som handläggare förstår att de ekonomiska bekymren är underordnade att föräldern har svårt att skapa struktur i familjens liv och att få vardagen med barn och arbete att fungera.

Problem uppstår när socialsekreteraren och klienten har olika uppfattningar om problemens art. För att undvika att hamna i ett låst läge är det viktigt att tillämpa ett systematiskt arbetssätt och hela tiden ha en dialog med klienten. Handläggaren skall med ett respektfullt och pedagogiskt förhållningssätt utreda och tydliggöra personens resurser/svårigheter/behov, för att sedan erbjuda ett individuellt utformat stöd. Insatserna skall följas upp och utvärderas tillsammans med klienten vilket ger bäst förutsättningar att nå bra resultat.

Personer med diagnos vid kontakt med socialtjänsten

I och med ökad kännedom om att personer med ADHD har möjlighet att få stöd från socialtjänsten blir det allt vanligare att man söker stöd från socialtjänsten och talar om att man har fått en ADHD-diagnos. I optimala fall initieras kontakten genom en vårdplanering efter en genomförd utredning, men oftast tar den enskilde själv kontakt med socialtjänsten. Åter måste betonas att det är betydelsefullt att den handläggare som klienten möter har kunskap om

ADHD och vilka handikappande konsekvenser som diagnosen kan ha, för att den enskilde ska uppleva att han/hon blir lyssnad på och tagen på allvar.

Det är den enskildes behov av stöd som avgör om insatser ska ges, inte personens diagnos, vare sig det gäller prövning enligt LSS eller enligt SoL. Det är ändå självklart viktigt att handläggaren både har grundliga kunskaper om funktionshindret och har skaffat sig kännedom om och förståelse för personens specifika förutsättningar.

Insatser för personer med funktionshinder

Den inledande utredningen av individens situation, aktuella problem och förutsättningar, är avgörande för att man skall kunna erbjuda lämpligt stöd. Det är viktigt att socialtjänsten använder ett systematiskt arbetssätt och att man tar in underlag och intyg från sjukvården som beskriver individens funktionsnivå och behov av kompenserande stöd i hem och familj, fritiden, arbete/utbildning mm. Det finns bedömningsinstrument för ett systematiserat utredningsarbete, t ex DUR, ASI och DOK, som används i vissa kommuner (se nedan).

En person som söker någon form av insats på grund av sitt funktionshinder från socialtjänsten, möter ofta färdiga strukturer som boendestöd, kontaktfamilj, avlastning, daglig verksamhet - insatser som inte alltid tillgodoser vad man egentligen frågar efter.

Personer med ADHD kan ha problem med att klara ett eget boende. Man kan ha behov av att få vardagen att fungera med städning, tvätt och inköp etc. Det kan handla om insatser, som t.ex. hjälp att planera dagen, passa tider för läkarbesök, sköta vardagsekonomin, planera, strukturera, förbereda kommande uppgifter och att ta hand om allt hemarbete.

För någon kan det handla om svårigheter att fungera i det sociala sammanhang som en bostad i ett flerfamiljshus innebär. En boendestödjare kan vara den hjälp som personen behöver för att kunna bo kvar i den egna lägenheten.

Det finns personer med ADHD som arbetar och klarar sina arbetsuppgifter väl medan de upplever att familjesituationen med barn blir övermäktig. Socialtjänstens färdiga struktur är att erbjuda åtgärder som handlar om att lämna ifrån sig barnen (exempelvis stödfamilj eller avlösare) mer än att få tid och ork att vara tillsammans med dem. I en sådan situation kan behovet kanske bäst tillgodoses med stöd att strukturera, planera och till och med ge praktisk hjälp i hemmet.

Att erbjuda dessa familjer praktisk hjälp med städning och tvätt kanske skulle innebära att de fick mer ork och kraft för att ta hand om sina barn. Utifrån barnperspektivet är detta en rimlig bedömning men belyser samtidigt frågan om vad som är socialtjänstens roll. Är städhjälp socialtjänstens ansvar? Skall socialtjänsten tillhandahålla serviceinsatser åt personer med psykiska funktionsnedsättningar för att de skall klara av yrkesarbete och föräldraskap? Ännu mer tillspetsad blir frågan om det gäller en person utan barn, vars starkt nedsatta ork tvingar fram ett val mellan att klara att yrkesarbete och att själv sköta hemarbete med städning, tvätt och inhandling. Ser man i samhället olika på behov på grund av fysiska respektive psykiska funktionshinder?

Ensamhet

Personer med ADHD hamnar inte sällan i social isolering, bland annat på grund av svårigheter med att utifrån de egna förutsättningarna söka sig ut i samhällslivet eller få stöd att komma ut i verksamhet. Ensamheten kan ge otrygghet vilket genererar oro och ångest som

ökar behov av andra insatser, såväl medicinska som sociala. Därför behövs olika mötesplatser och organiserade aktiviteter som drivs av kommuner och frivilligorganisationer för att bryta den sociala isoleringen och som kan utgöra grunden för personens sociala kontakter.

Olika former av bistånd för stöd i boendet och sociala kontakter

”Hemtjänst” och ”boendestöd” är två insatser vars syfte är att underlätta boendet och som endast kan beviljas enligt SoL. ”Bostad med särskild service för vuxna funktionshindrade” innebär en högre grad av stöd och service och finns i olika former både inom SoL och LSS

”Ledsagarservice” och ”kontaktperson” är insatser som kan ges enligt både SoL och LSS. Bägge insatserna syftar till att bryta isolering genom social samvaro och genom hjälp till fritidsverksamhet anpassat efter den enskilde personens behov.

Hemtjänst

Socialtjänsten kan erbjuda hemtjänst till funktionshindrade som behöver service och/eller omvårdnad i det egna hemmet. Insatserna kan vara t.ex. hjälp med personlig hygien, klädsel, medicinering och annan omvårdnad men också städning, tvätt, inköp m.m. Personalen är ofta undersköterskor. Hemtjänst har alltmer utvecklats mot att tonvikten ligger på omvårdnad och servicedelen har minskat. Det pågår diskussioner om hemtjänstens innehåll och uppdrag. Det finns kommuner som anlitar städfirmor att utföra städning, fönstertvätt mm och andra som har särskilda grupper som arbetar med service medan andra ansvarar för omvårdnaden.

Boendestöd

Boendestöd är en insats som utvecklats för personer som av ”psykiska, fysiska eller andra skäl har betydande svårigheter i sin livsföring” och tar sikte på den funktionshindrades behov av att utveckla ett normalt vardagsliv. Boendestöd är en stödinsats för att stärka den enskildes förmåga att så långt som möjligt själva klara vardagslivets krav och rutiner. En viktig uppgift för boendestödjaren är att göra olika saker tillsammans med brukaren, som att gemensamt städa och laga mat eller gå till banken eller affären. Boendestöd kan innefatta såväl praktisk/pedagogiskt stöd som motiverande samtal. Uppgiften kan också vara att ge hjälp i kontakten med myndigheter.

Boendestödet ska vara flexibelt och utformas efter den enskildes skiftande behov. Det kan variera från daglig tillsyn och hjälp till mer utspridda kontakter. Boendestöd ges oftast på dagtid men vissa personer har större behov av stöd på kvällar och helger, tex för att man ska kunna sköta arbete och studier.

En grundförutsättning för rollen som boendestödjare är att man kan skapa en förtroendefull och lyhörd relation till den person man ska stödja och att man med kunskap om funktionshindret förstår vad personen behöver. Personal som arbetar som boendestödjare bör ha utbildning för uppgiften (socialpedagog, mentalskötare eller annan utbildning inom vård- och omsorgsområdet) och särskild kompetens och kunskap om de funktionshinder, som man arbetar med.

I vissa kommuner erbjuds barnfamiljer med funktionshindrade föräldrar boendestöd. Det sker då ofta i samarbete med individ- och familjeomsorgen. Inom socialtjänsten har det också utvecklats en rad olika ”påverkansprogram” av terapeutisk karaktär, t ex strukturerat samtalsstöd, föräldrastödsprogram, kvalificerat nätverksarbete och olika s.k. hemmaplanslösningar för barn och unga och deras familjer. En del av dessa program fungerar

bra för personer med ADHD eftersom de syftar till att bygga en struktur och planering kring den enskilde och/eller familjen

Bostad med särskild service för vuxna funktionshindrade enligt SoL eller LSS

Bostad med särskild service kan erbjudas personer med funktionshinder som inte klarar att bo i eget boende. Bostaden skall vara fullvärdig (enligt Boverkets normer). Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS kan vara gruppboende eller serviceboende. Den består vanligen av ett litet antal lägenheter grupperade runt gemensamma utrymmen för umgänge. Till den finns en fast personalgrupp som är tillgänglig i princip alla tider på dygnet för att ge det stöd och den omvårdnad den enskilde har behov av. Personalens uppgifter i särskilda boendeformer är i stort sett desamma som för boendestödare i eget boende.

Den enskilde kan även få en särskilt anpassad bostad. Behövligt stöd i anslutning till boendet kan då ges som personlig assistans och ledsagarservice.

De vanligaste boendena när bostad med särskild service beviljas enligt SoL är servicehus, gruppboende och sjukhem

Ledsagarservice

Syftet med ledsagarservice är att den enskilde skall få rekreation, delta i olika aktiviteter, ha möjlighet att göra utflykter, handla och få hjälp att komma ut bland andra människor, Ledsagarservice utförs av anställd personal.

Kontaktperson

En kontaktperson skall fungera som en medmänniska/vän och socialt stöd. Man kan träffas för att fika, gå på bio eller bara umgås hemma. En kontaktperson kan också hjälpa till att fylla i blanketter eller följa med till läkare eller myndigheter mm. Kontaktpersonen är inte anställd utan får ett arvode.

Stödet till grupper med stora sammansatta behov

Människor, vars stora funktionshinder inte har uppmärksamats och som inte har ett fungerande socialt nätverk, riskerar inte bara att hamna i långvarigt bidragsberoende utan till och med social utslagning. Andelen personer med ADHD tycks vara hög bland gruppen hemlösa.

Exempel på stöd till människor med stora sammansatta behov är; rådgivning, information, samordning av insatser, stödsamtal, utredning av arbetsförmåga och arbetsträning alternativt medverkan till att den enskilde får möjlighet till meningsfull sysselsättning och social samvaro och slutligen ett boende som är anpassat till personens behov.

Det finns olika sysselsättningsverksamheter i kommunerna, både öppna verksamheter och verksamheter som beviljas enligt SoL. Ett problem är att många av dessa framförallt riktar sig till andra grupper, vilket gör att personer med ADHD ofta inte känner sig hemma där och inte går dit. Det finns behov att utveckla sysselsättningsverksamheter riktade till personer med olika funktionshinder.

Missbruksvården

Socialtjänsten har ett långtgående ansvar för att stödja människor som har missbruksproblem. Ansvaret gäller både aktiva försök att komma i kontakt med personer med missbruksproblem för att motivera till vård och behandling och att se till att de får det stöd och den hjälp som behövs för att de ska komma bort från missbruket. Personer som utsätter sitt liv och sin hälsa för allvarlig fara genom missbruk och inte själva vill ha vård kan också omhändertas med tvång med stöd av ”Lagen om vård av missbrukare i vissa fall” (LVM).

Kritik har riktats mot bristande samarbete mellan kommuner och landsting när det gäller missbruksvården för personer med samtidig psykiatrisk problematik. Det finns nu exempel på enheter med blandad kompetens (socialtjänsten - hälso- och sjukvården/psykiatrin) vilket parterna anser vara en framgångsfaktor i missbruksarbetet.

God man/ Förvaltare

Personer med ADHD hamnar ibland i allvarliga ekonomiska trångmål. Det kan vara att de

- missar att betala räkningar, drar på sig inkassoavgifter som stiger till stora belopp, hamnar hos kronfogden,
- inte har koll på vad man har råd med och gör slut på pengarna långt innan de får mer, inte har pengar till mat eller viktiga räkningar som t.ex. hyra,
- missar att skicka in uppgifter till A-kassa eller F-kassa och får inte sina pengar,
- kanske tror sig lösa sin situation med att skaffa kreditkort/kortfristiga lån och sedan rullar det på.

För att slippa komma i sådana situationer kan man behöva stöd av en *god man*.

En god man kan fungera som ett stöd till en person som på grund av fysisk eller psykisk sjukdom eller försvagad hälsa behöver hjälp med att bevaka sina rättigheter eller stöd och hjälp att sköta sin ekonomi och sitt vardagliga liv. Den gode mannen ska bland annat se till att räkningar betalas och att den de hjälper får rätt vård och har ett anpassat boende. Han/hon ska också söka bidrag av olika slag som personen kan vara berättigad till. För att en god man skall kunna utses krävs att den hjälpbehövande själv ansöker om god man.

Socialtjänsten är skyldig att anmäla till överförmyndaren om en person kan anses ha behov av god man eller förvaltare. I regel skrivs då en social utredning. Anmälan och utredning kan också göras av sjukvården.

I vissa fall räcker inte det bistånd som ges av en god man. Då kan ett förvaltare aktualiseras. Förvaltare kan ses som ett slags förstärkt godmanskap där förvaltaren intar en mer självständig ställning jämfört med den gode mannen. Förvaltaren har större befogenheter att själv vidta åtgärder på huvudmannens vägnar, oavsett dennes uppfattning. En förvaltare är inom ramen för sitt uppdrag inte beroende av huvudmannens samtycke utan kan agera helt självständigt. Tanken är dock att förvaltare skall skräddarsys så att huvudmannen så långt det är möjligt behåller rätten att själv bestämma över sitt liv.

Det krävs inte samtycke från huvudmannen för att anordna ett förvaltare. Däremot krävs att det av läkarintyg eller annan utredning framgår att personen i fråga på grund av sitt tillstånd inte kan vårda sig eller sin egendom.

Tingsrätten beslutar om att förordna god man/förvaltare efter förslag från kommunens överförmyndare. En sådan skall inte utses om den hjälpbehövande kan få hjälp på något annat sätt, till exempel genom att han/hon utfärdar en fullmakt till någon som han/hon litar på.

Samverkan kring utredning och planering

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver (SoL 2 kap 2 §). Människor som hamnat i långvarigt bidragsberoende har ofta behov av insatser från flera myndigheters fackområden. Socialtjänsten har ett uttalat samordningsansvar för att människor i denna situation får del av nödvändiga rehabiliteringsinsatser. Socialsekreteraren ska därför ta ställning till behovet av att etablera samverkan med andra myndigheter inom trygghetssystemet, såsom sjukvården, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Sådan samverkan, med klienten själv som aktiv part, kan vara av avgörande betydelse för att kunna åstadkomma effektiva insatser för den enskilde.

Människor, inte minst personer med ADHD, som söker insatser från socialtjänsten har ofta sammansatta problem, som kräver insatser från flera myndigheter. Att socialtjänsten samverkar med andra myndigheter är i många fall en förutsättning för att den ska kunna utföra sitt uppdrag på ett tillfredsställande sätt och för att den enskilde ska kunna få den hjälp och det stöd som är nödvändigt.

Kommunen ska i planeringen av sina insatser till människor med funktionshinder samverka med landstinget samt andra myndigheter. Gemensamma bedömningsinstrument och gemensamma planer kan vara viktiga verktyg i en sådan samverkan.

Fördjupad utredning

För att kunna bedöma den enskildes behov och göra en korrekt helhetsbedömning i ett ärende kan handläggaren behöva samla in uppgifter om den enskilde på många olika sätt. Hur omfattande informationsinsamlingen behöver bli styrs av ärendets komplexitet. Den viktigaste informationskällan är förstås personliga samtal med den enskilde men även anhöriga och representanter för andra myndigheter (t.ex. hälso- och sjukvård och arbetsmarknadsmyndigheter) kan bidra med viktig information. Ofta är olika intyg och utredningsresultat mycket viktiga. Även observationer vid hembesök kan ge värdefull information.

I många fall krävs yttranden från experter inom andra yrkesområden. När man vill hämta in sådana är det viktigt att definiera vad man behöver experthjälp med. Det gäller att göra en tydlig beställning som utgår från syftet med utredningen och i vilka avseenden ens egen kompetens behöver kompletteras. För att få ta kontakt med utomstående, t.ex. anhöriga och andra myndigheter, i utredningar enligt LSS och enligt SoL krävs den enskildes samtycke till att kontakter tas.

För den enskilde som söker bistånd kan det ofta kännas påträngande att gång på gång bli föremål för utredning av olika myndigheter med ungefär samma frågeställningar. Sjukvården, psykiatrin, habiliteringen, socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsförmedlingen vill alla var för sig göra en bedömning av sådant som personens hälsa, behov av stöd och arbetsförmåga. Alla vill de också ha kopia på olika intyg och utredningar.

Inom olika myndigheter och verksamheter förekommer olika bedömningsinstrument för fördjupad utredning. Det finns standardiserade bedömningsinstrument för missbruksinsatser t ex ASI och DOK. För barn och ungdomar finns BBIC (Barns Behov i Centrum). ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) används ofta inom vuxenhabiliteringen. Mer information om dessa och andra bedömningsinstrument under utveckling finns att hämta på Socialstyrelsen, IMS hemsida <http://www.socialstyrelsen.se/IMS>. Sassam, som beskriver styrkor, svagheter, sociala förutsättningar, fritid och hälsa har tagits fram inom Försäkringskassan, och DUR (Dokumentation Utvärdering och Resultat) har arbetats fram i Göteborg och används också av några andra kommuner i Sverige. DUR utgår från klientens olika livsområden, t ex ekonomi, arbete och hälsa och används inom såväl enheter för ekonomiskt bistånd, barn och ungdomsvård samt missbruksenheter. Det finns delar som täcker psykisk hälsa och funktionshinder men detta behöver utvecklas mer. Ett arbete med att utveckla DUR för verksamhetsområdena funktionshinder och äldreomsorg pågår. Även frågor som berör funktionshinder som ADHD kommer att tas med i detta arbete. Mer om DUR finns på hemsidan <http://www.goteborg.se/dur>

Konsekvensen av att många olika utredningar utförs och olika bedömningsinstrument används är att mycket av den tid som avsätts för den enskilde går till utredning och betydligt mindre till att ge råd, hjälp och stöd. Att hitta former för att göra bedömningar som i tillämpliga delar kan vara gemensamma skulle vara av stort värde. Ett sådant samarbete skulle också underlätta möjligheterna att samverka runt gemensam individuell planering när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda, något som Nationell psykiatrisamordning föreslagit i sin slutrapport.

Olika former av planer

Individuell plan enligt LSS

Individuell plan är tänkt som "den enskildes individuella plan" som skapas på den enskildes egen begäran och upprättas och verkställs i samråd med henne/honom. Planen bör utgå från personens egna mål, intressen och önskemål. Den individuella planen ska garantera ett inflytande över och delaktighet i planeringen. Syftet med den individuella planen är också att ge den enskilde en samlad överblick över beslutade och planerade insatser och klarlägga vem som är ansvarig för de olika insatserna. Planen ska följas upp och omprövas fortlöpande.

Det är den enskilde som avgör planens omfattning och om uppgifter ska lämnas till andra myndigheter. Vid kontakt mellan olika myndigheter måste sekretesslagens bestämmelser iakttas. Tanken är dock att planen ska underlätta samordning mellan de olika organ som den enskilde får stöd av.

Individuell habiliterings- och rehabiliteringsplan enligt HSL

I en individuell habiliterings- och rehabiliteringsplan enligt hälso- och sjukvårdslagen ska planerade och beslutade insatser framgå. Den bör omfatta olika behov som kan tillgodoses genom insatser från flera kompetensområden och genom flera verksamheter, samt vara utformad så att den ger möjlighet till uppföljning, utvärdering och förändringar. Förutom inom vuxenhabilitering finns det på många håll inom vuxenpsykiatri erfarenheter av att upprätta individuella habiliterings-/rehabiliteringsplaner.

Planer enligt socialtjänstlagen

Personer som inte omfattas av LSS och som inte heller har kontakt med habilitering/rehabilitering saknar det rättsliga stöd som en individuell plan kan utgöra.

Däremot finns krav på samverkan mellan olika verksamheter vid insatser till enskilda förutom i LSS och HSL även i socialtjänstlagen (SoL). Enligt SoL skall planering och genomförande utformas tillsammans med den det berör. Detta skall dokumenteras för att man skall kunna följa upp och utvärdera insatserna.

Förslag från Nationell psykiatrisamordning

Behovet av gemensam individuell planering framkommer i olika utredningar. Utifrån att man uppmärksammat behovet att stärka formalia kring samverkan föreslår Nationell psykiatrisamordning i sitt slutbetänkande att landsting och kommuner ska vara skyldiga att tillsammans upprätta en individuell plan när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda.

Kapitel 6. Försäkringskassan

Försäkringskassan administrerar olika förmåner som personer med funktionshinder kan ha rätt till som sjukersättning, aktivitetsersättning, handikappersättning, arbetshjälpmedel, assistansersättning eller bostadstillägg. Personerna kan också få del av rehabilitering om behov av sådan finns.

Sjukersättning och aktivitetsersättning

Begreppen förtidspension och sjukbidrag finns inte längre kvar. Det har ersatts med sjukersättning eller aktivitetsersättning. Sjukersättning kan ges både tidsbegränsat och permanent. Aktivitetsersättningen gäller personer mellan 19 och 29 år, och ges under viss tid.

En försäkrad vars arbetsförmåga är varaktigt nedsatt på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den psykiska eller fysiska funktionsförmågan kan komma ifråga för aktivitetsersättning eller sjukersättning. Försäkringskassans socialförsäkringsnämnd avgör alla frågor om rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning på förslag av tjänstemän på Försäkringskassan.

Sjukersättning

Sjukersättning kan den som är mellan 30 år och 64 år få. Försäkringskassan kan besluta att byta ut en persons sjukpenning mot sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning när en person är långvarigt sjuk och Försäkringskassan bedömer att arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst ett år och att utlåtande från sjukskrivande läkare styrker detta. Sjukersättningen motsvarar ca 65 % av inkomsten medan sjukpenningen utgör ca 75 %.

Alla möjligheter för återgång i arbete eller studier ska vara prövade innan sjukersättning beviljas. Förmånen kan ges tidsbegränsat eller tills vidare. Om arbetsförmågan beräknas vara nedsatt under en begränsad tid kan tidsbegränsad sjukersättning ges, vanligen på ett eller två år.

Aktivitetsersättning

Aktivitetsersättningen ska ge unga med varaktigt nedsatt arbetsförmåga ekonomisk trygghet. Under tiden som man har aktivitetsersättning ska personen uppmuntras att delta i aktiviteter som syftar till att förbättra arbetsförmåga och utveckla olika förmågor, kunskaper och färdigheter. Man kan ansöka om ersättning för vissa kostnader i samband med aktiviteter. Exempel på tänkbara aktiviteter är kurser, föreningsverksamhet, hobby eller praktik. Ersättningen betalas ut i efterskott, under förutsättning att man i förväg kommit överens om aktiviteten. Handläggare vid Försäkringskassan har skyldighet att hjälpa till med ansökan om aktivitetsersättning.

Sjukersättning och aktivitetsersättning kan beviljas med 25%, 50 %, 75 % och 100 %. Många personer med neuropsykiatriska funktionshinder har behov av någon form av sådan ersättning på deltid, då man inte orkar arbeta eller studera på heltid.

Handikappersättning

Handikappersättning kan beviljas en person som behöver extra hjälp eller har merkostnader på grund av varaktig sjukdom eller funktionshinder. Förutsättningen är att man har behov av

tidskrävande hjälp av en annan person för att klara vardagliga behov, arbete eller studier eller att man har betydande merkostnader på grund av sjukdomen eller funktionshindret tex för att skaffa hjälpmedel. Behovet av hjälp ska vara direkt kopplat till funktionsnedsättningen och det ska vara fråga om hjälp med sådant som personen inte själv kan göra på grund av funktionshindret.

En läkare ska intyga att det finns en nedsättning av funktionsförmågan och vad den innebär för personens möjlighet att klara sin vardag. Det är inte graden av nedsättning av funktionsförmågan som är viktig utan vilket hjälpbehov och vilka kostnader man har till följd av det. För att komma ifråga för handikappersättning måste kostnaderna minst uppgå till ca. 15.000 kr per år.

Bostadstillägg

Bostadstillägg är ett inkomstprövat bidrag som kan komma ifråga för personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Assistansersättning

Kommunerna har det ekonomiska ansvaret för personlig assistans upp till 20 tim/vecka enligt LSS. Överstiger assistansbehovet 20 tim/vecka kan den funktionshindrade få rätt till statlig assistansersättning (LASS). Såväl den funktionshindrade som kommunen kan anmäla behovet av assistansersättning till Försäkringskassan, när man ser att behovet av assistans överstiger 20 timmar./v

På samma sätt som vid personlig assistans enligt LSS handlar det om ett personligt utformat stöd som ges i olika situationer av ett begränsat antal personer. Hjälpen avser personlig hygien, att klä på och av sig, att äta, att meddela sig med andra personer eller annan hjälp som kräver ingående kunskaper om funktionshindret och personens behov.

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Med arbetslivsinriktad rehabilitering menas det stöd och de åtgärder som en person behöver för att återfå eller behålla sin arbetsförmåga. För personer med aktivitets-/sjukersättning som inte har någon arbetsgivare och arbetslösa som blivit sjukskrivna ligger ansvaret för att utreda behovet av rehabiliteringsinsatser och samordna eventuella planerade insatser på Försäkringskassan, som ska göra detta i samarbete med den sjukskrivne. Under utredning kan Arbetsförmedlingen anlitas för att klargöra vilka resurser i form av vägledning, utbildning och arbetslivsinriktad rehabilitering som de kan erbjuda.

För att förbättra stödet till dessa grupper pågår försöksverksamhet med samordnad organisation mellan Arbetsmarknadsstyrelsen och Riksförsäkringsverket inom det så kallade FAROS-projekt (www.statskontoret.se). De resultat som man uppnår anses goda, men kravet är att de deltagande genom insatserna ska uppnå en arbetsförmåga motsvarande halvtid och att insatserna får pågå högst ett år. Det krävs också ofta att man ska anses ha hög motivation och god social förmåga. Detta är krav som personer med neuropsykiatriska funktionshinder kan ha svårt att uppnå. En specialsatsning inom FAROS-projekt just till denna grupp vore därför av stort värde.

För den som är anställd eller egen företagare ska Försäkringskassan göra en rehabiliteringsutredning senast efter åtta veckor från dagen för sjukanmälan. Om den försäkrade bedöms vara i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering ska en rehabiliteringsplan

upprättas. För personen med ADHD kan detta gälla då man tex ”gått in i väggen” pga. motgångar eller utmattning. Lämpliga åtgärder ska diskuteras med den försäkrade, arbetsgivare och eventuella övriga parter. Arbetsträning är den vanligaste arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärden och innebär att en försäkrad tränar på vissa arbetsuppgifter för att återfå arbetsförmåga. Träningen kan ske på den egna arbetsplatsen eller på annan arbetsplats. Arbetsträningen ska vara planerad och syfta till återgång i arbete.

Försäkringskassan har dessutom särskilda medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser, som bedöms vara nödvändiga för att återföra den försäkrade som har anställning i arbete. För en person med neuropsykiatriska funktionshinder kan det behövas att man ser över arbetsbelastning, arbetsmiljö, behov av hjälpmedel och arbetstider.

Under arbetslivsinriktad rehabilitering, som arbetsträning, utbildning mm har man rätt till rehabiliteringsersättning, som kan utgå under högst ett år. Tanken är att rehabiliteringen ska leda till att man återfår sin arbetsförmåga inom denna tid. Om bedömningen är att detta inte är möjligt ska personen istället få aktivitetsersättning eller sjukersättning.

Det är viktigt att uppmärksamma att det kan ta tid för en person med neuropsykiatriska funktionshinder att hitta rätt anpassningar och ansträngningsnivå och att det finns anledning att ha förståelse för behov av återkommande rehabiliteringsperioder

Arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och arbetshjälpmedel

Arbetsgivaren har det grundläggande ansvaret för att arbetsmiljön är anpassad till de anställdas förutsättningar och behov. Om det krävs hjälpmedel eller anpassning av arbetsplatsen som inte kan anses ingå i arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön, finns möjlighet att få bidrag från Försäkringskassan. En anställd som har en funktionsnedsättning som gör det svårt att klara av arbetet, eller som behöver hjälp för att kunna återgå i arbete, kan få bidrag till arbetshjälpmedel. Arbetsgivare kan få bidrag för anpassning av arbetsplatsen.

Arbetshjälpmedel är en samlingsbenämning för arbetstekniska hjälpmedel som kan vara personliga eller särskilda anordningar på arbetsplatsen och kan beviljas för en person som behöver det för att kunna arbeta. Bidrag till sådana hjälpmedel kan lämnas som ett led i rehabiliteringen av en förvärvsarbetande försäkrad. Det kan lämnas när det kan medföra att en längre tids sjukskrivning kan brytas och den försäkrade kan återgå i arbete. Försäkringskassan ansvarar också för bidrag till arbetshjälpmedel till egenföretagare och fria yrkesutövare som är etablerade på arbetsmarknaden.

Ansökan om bidrag till arbetshjälpmedel kan göras av såväl den försäkrade som av arbetsgivaren. Den försäkrade söker själv om bidrag till sådana hjälpmedel som är av individuell karaktär. Arbetsgivaren ansöker om bidrag till sådana hjälpmedel eller anordningar som innebär ingrepp i arbetsgivarens egendom, till exempel att en lokal eller maskin måste byggas om.

Kommentarer till försäkringskassans arbete

Försäkringshandläggare kan ha ett par hundra ärenden och måste naturligtvis prioritera bland dessa. Samtidigt finns det samhälleliga förväntningar på att sjukskrivningstalen måste minska. I arbetet med sjukskrivna som har anställning är det lättare att ordna med arbetsträning, anpassning av arbetsplatsen och av arbetsuppgifterna och att successivt trappa upp

arbetstiden. Rehabiliteringen går fortare och har större möjligheter att lyckas än för personer som är arbetslösa. Inom Försäkringskassan finns varken mycket pengar eller tid för att hjälpa denna grupp. Att hitta en arbetsplats där man kan arbetsträna är i princip något den sjukskrivne måste göra själv. Resurser har ofta också i första hand lagts på gruppen med anställning och från och med 2004 begränsades Försäkringskassans möjligheter att köpa ”arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder” som t.ex. utbildning eller arbetsträning, helt till att gälla sjukskrivna som har en arbetsgivare.

Kapitel 7. Arbetsförmedlingen

Arbetsmarknadsverket har ett särskilt ansvar för personer med funktionshinder genom att Arbetsmarknadsverket har i uppdrag att bedriva *arbetslivsinriktad rehabilitering* enligt en särskild förordning. Arbetsmarknadsverket består av Arbetsmarknadsstyrelsen, AMS, som är chefsmyndighet, 20 länsarbetsnämnder samt arbetsförmedlingar spridda över landet.

Bland arbetslösa är andelen personer med ADHD sannolikt större än generellt i befolkningen. En bidragande orsak kan vara att arbetsmarknaden drastiskt har förändrats under det senaste decenniet. Förmåga att kunna planera och organisera sina arbetsuppgifter, att arbeta i grupp samtidigt som man klarar att arbeta självständigt och flexibilitet är egenskaper som krävs inom de flesta områden i dagens arbetsliv. Enklare och mer strukturerade arbetsuppgifter har ofta rationaliserats bort. Sammantaget innebär detta svårigheter på arbetsmarknaden för personer med funktionshinder som ADHD.

Eftersom svårigheterna vid ADHD är osynliga kan det vara svårt för en handläggare att förstå att en person med en hög intellektuell kapacitet kan ha så svårt att planera och strukturera sitt arbete, liksom att en värtalig person med hög utbildning skulle kunna ha svårt att klara ett arbete på den öppna arbetsmarknaden.

Personer med ADHD kan ha behov av en stödperson i sina kontakter med myndigheter, som kan hjälpa till att förklara, när det finns bristande förståelse för funktionshindret eller när det uppstår missuppfattningar. Samtidigt är det viktigt att det inte blir för många personer inblandade utan helst endast en handläggare som personen och stödpersonen kan samtala med. Denne skulle sedan via någon slags fullmakt kunna sköta informationen mellan personen och andra berörda handläggare.

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Personer med ADHD har många gånger har svårt att komma in på arbetsmarknaden, samtidigt som deras funktionshinder för omgivningen inte alls är uppenbart. De behöver ofta kvalificerat stöd av personer som förstår vad funktionshindren innebär och vad organisationen kan erbjuda.

Ett antal av Arbetsförmedlingens insatser är reserverade för arbetssökande som har nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionshinder. De syftar till att ge dessa personer ett särskilt stöd för att på olika sätt kompensera nedsättningen av arbetsförmågan så att den sökande kan få och behålla ett arbete.

Arbetsgång

Arbetslivsinriktad rehabilitering ska genom ett individuellt anpassat stöd leda till att den sökande får ett arbete. För att hjälpa personer med särskilda behov att få arbete infördes 2006 en ny modell för insatser i tre steg.

I **första steget** bedöms behovet av stöd i rehabiliteringen. För de fortsatta insatserna är det viktigt att den sökandes arbetsförutsättningar klargörs tidigt, och det första steget syftar till att klargöra och pröva den arbetssökandes förutsättningar och möjligheter.

Andra steget består av mer aktiva insatser för att utveckla den sökandes arbetsförmåga och kompetens. Här kan ingå praktik, arbetsprövning, utbildning och olika insatser för att anpassa en framtida arbetsplats till den sökandes förutsättningar.

Tredje steget innebär insatser för att få till stånd en anställning. Det kan vara stöd för att söka arbete eller skaffa praktik och anställning och ibland även stöd på arbetsplatsen. Insatserna förutsätter aktiva kontakter med arbetsgivare. Man kan underlätta anställning genom olika former av anställningsstöd som ger arbetsgivaren ekonomisk kompensation.

Arbetsförmedlingen Rehabilitering (AF Rehab) är den enhet inom Arbetsförmedlingen som har speciell kompetens för att ge arbetslivsinriktad rehabilitering för personer med funktionshinder och arbetshandikapp. Inom AF Rehab finns arbetspsykologer, arbetsterapeuter, SIUS-konsulenter med flera yrkesgrupper. AF Rehab's organisation och service varierar över landet. I vissa län arbetar man som konsult till de lokala arbetsförmedlingarna, i andra län kan man finnas samlade i egna specialförmedlingar. En kontakt kan alltid förmedlas genom den lokala arbetsförmedlingen.

Exempel

I praktiken kan stödet till en funktionshindrad komma att utformas ungefär så här: Kontakten startar med ett inledande *vägledningssamtal* med arbetsförmedlaren där den arbetssökandes intressen och styrkor ringas in och kopplas till olika yrken som personen kan fundera vidare runt. Här kan personer inom AF Rehab engageras, till exempel socialkonsulent, arbetspsykolog eller SIUS-konsulent för att bistå handläggaren på AF. En *arbetspsykologisk utredning* kan komma till stånd och genom en *arbetsprövning* kan man undersöka hur det konkret fungerar för personen på en arbetsplats. Dessutom kan *hjälpmedel* prövas ut och testas redan under en period av arbetsprövning eller utbildning eller när anställningen kommit till stånd. Hjälpmedlen kan vara allt från anpassade möbler till datorer, både personliga och till arbetsgivaren.

Efter arbetsprövning och eventuell kompletterande utbildning och utprovning av hjälpmedel, tas förhoppningsvis beslut om någon form av anställning tillsammans med en arbetsgivare. Någon form av lönebidrag kan då bli aktuell.

Särskilda insatser för personer med funktionshinder

Följande former av särskilt stöd för att hjälpa funktionshindrade att komma ut i arbete finns:

-Fördjupad kartläggning och vägledning: Arbetssökande som är osäkra på sina förutsättningar och har behov av extra stöd i valet av yrke ska erbjudas fördjupad vägledning, få möjlighet att pröva på olika praktiska och teoretiska arbetsmoment och få en bedömning av framtida behov av arbetsplatsanpassning och/eller hjälpmedel. Tiden för detta får uppgå till längst 12 veckor. Detta stöd kan också ges till andra grupper dock först efter 20 års ålder

-Utvecklingsanställning: Personer med funktionshinder ska kunna erbjudas utvecklingsanställning som en möjlighet att få utveckla sin arbetsförmåga inför ett framtida arbete. Arbetet kan kombineras med vägledning, utbildningsinsatser och möjlighet att prova ut hjälpmedel. Utvecklingsanställningen är tidsbegränsad till 1 år och ekonomiskt stöd för utvecklingsanställningar utgår enligt samma villkor som stödet vid anställning med lönebidrag

-Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd – SIUS. En SIUS-konsulent kan hjälpa den arbetssökande att finna ett lämpligt arbete och sedan att anpassa arbetsplats och arbetsuppgifter. Det vanliga är att en SIUS-konsulent, som arbetar enligt metoden ”supported employment” kommer överens med en arbetsgivare om att anställa en person med

funktionshinder och sedan själv lär sig det arbete som personen ska utföra. Med hjälp av SIUS-konsulenterna kan den arbetsökande träna sig på arbetsuppgifter och annat som krävs i arbetssituationen och andra på arbetsplatsen kan få handledning. Stödet lämnas under 6 månader och följs sedan upp under ytterligare 6 månader.

-Stöd till hjälpmedel på arbetsplatsen: Stöd till hjälpmedel avser både individuella arbetshjälpmedel och särskilda anordningar på arbetsplatsen som beviljas arbetsgivaren. Stöd kan lämnas för behov som framkommer under anställningens första 12 månader. Därefter har arbetsgivaren och/eller Försäkringskassan ett särskilt ansvar. För den som har en anställning med lönebidrag, utvecklingsanställning, trygghetsanställning och offentligt skyddat arbete är det alltid Arbetsmarknadsverket som har ansvaret för arbetshjälpmedel.

-Stöd till personligt biträde: Arbetsgivare kan få bidrag för att kompensera merkostnader som uppstår i samband med att en person med funktionshinder får hjälp av ett arbetsbiträde på arbetsplatsen. Stöd till arbetsbiträde kan ges för anställd, företagare eller fri yrkesutövare eller vid deltagande i ett arbetsmarknadspolitiskt program. Stöd till personligt biträde får lämnas med högst 50 000 kronor per år (i vissa fall högst 100 000 kronor per år).

-Anställning med lönebidrag: En arbetsgivare, som anställer en person med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga, kan kompenseras ekonomiskt. Den anställde ska få den lön och andra anställningsförmåner som följer av kollektivavtal inom branschen. Bidrag lämnas för lön upp till 16 700 kronor (2007) plus sociala avgifter och andra omkostnader.

Lönebidragets syfte är att underlätta för personer med funktionshinder att få eller i vissa fall behålla en anställning. Ett krav är att anställningen utformas så att den enskildes kompetens och färdigheter tas tillvara. Ett annat krav är att arbetsgivaren skall kunna visa att hänsyn kommer att tas till den anställdes funktionshinder och nedsatta arbetsförmåga

Lönebidrag är tänkt att utgå i längst fyra år. Den anställdes arbetsförmåga tänks öka allt eftersom den anställde kommer in i arbetet, så att lönebidrag inte längre behövs utan successivt kan trappas ned. Ett första beslut om lönebidrag får omfatta längst ett år. Bidraget ska kunna följa en arbetstagare vid byte av arbetsgivare.

-Trygghetsanställning: En trygghetsanställning är en anställning med lönebidrag utan tidsbegränsning och är tänkt för personer med stort behov av stöd och anpassning i arbetet. Det ekonomiska stödet till arbetsgivaren och krav på anställningsvillkor är desamma som vid lönebidrag. Stödets storlek ställs i relation till den anställdes nedsatta arbetsförmåga och det arbete som ska utföras. Det ekonomiska stödet omprövas vart fjärde år. Arbetet ska utformas efter den anställdes särskilda förutsättningar och den anställde ska ha möjlighet att utvecklas och förbättra sin arbetsförmåga genom anställningen.

Stöd till en trygghetsanställning kan lämnas till alla arbetsgivare, som anställer en person med funktionshinder, som medför nedsatt arbetsförmåga och kan ses som ett alternativ till skyddat arbete hos Samhall.

-Skyddat arbete hos Samhall: Samhall är ett statligt bolag som har till uppgift att bereda arbete för personer med funktionshinder, vars behov av tillrättalagd arbetssituation inte kan tillgodoses på annat sätt. Samhall bedriver affärsmässig verksamhet inom såväl industriell verksamhet som service- och tjänstesektor. En anställning hos Samhall kommer till stånd efter anvisning från Arbetsförmedlingen.

-Skyddat arbete hos offentlig arbetsgivare - OSA: Skyddat arbete hos offentlig arbetsgivare ska erbjuda möjlighet till anställning med rehabiliterande inslag för arbetslösa med socialmedicinskt funktionshinder, långvarig svår psykisk sjukdom samt arbetslösa som omfattas av LSS (lagen om stöd och service till funktionshindrade). En OSA-anställning kommer till stånd efter anvisning från Arbetsförmedlingen. Även vid denna typ av anställning gäller samma anställningsvillkor som vid lönebidrag.

-Särskilt stöd vid start av näringsverksamhet: Särskilt stöd vid start av näringsverksamhet är bidrag till funktionshindrade som startar egen näringsverksamhet. Bidraget avser kostnader för arbetsmaskiner, verktyg och andra omkostnader för att börja verksamhet som egen företagare och är i dagsläget maximerat till 60 000 kr. Stödet kan kombineras med en 6 månaders period med ”starta-eget-bidrag”, vilket motsvarar arbetslöshetsersättningen. Möjlighet till förlängning av ”starta-eget-bidrag” ytterligare 6 månader finns.

Utredning och gruppering av funktionshinder

Innan arbetsförmedlingen beslutar om insatser för personer med funktionshinder krävs underlag som visar att den arbetssökande har ett funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga och är i behov av insats för att finna, få eller behålla ett arbete. För att få ett sådant underlag utreds den sökandes arbetsförutsättningar framför allt genom att utlåtanden från tex från läkare och psykolog inhämtas.

Personer som har ett funktionshinder har ofta svårt att få fäste på arbetsmarknaden och kan förgäves ha sökt arbete under lång tid. I en sådan situation kan arbetsförmedlaren ta initiativ till att man gör en arbetspsykologisk utredning för att närmare undersöka bakgrunden till svårigheterna. Arbetsförmedlingens utredning avser inte att leda fram till en diagnostisk bedömning, men om man under utredningen kommer fram till att den arbetssökande skulle ha fördel av en sådan kan den arbetssökande remitteras till en utredning inom någon Landstingsverksamhet.

En arbetspsykologisk utredning kan också underlätta för en arbetssökande som är osäker på sina förutsättningar att välja inriktning på studier eller yrke och bedöma såväl personens begränsningar i arbetslivet som vad det finns för möjligheter att kompensera dessa med hjälpmedel eller särskilda insatser på arbetsplatsen.

Inom Arbetsförmedlingen grupperas sedan funktionshindren i ett administrativt system. För personer med ADHD är det främst någon/några av följande grupper som kan bli aktuella:

- Specifika inlärningssvårigheter. Detta är den grupp dit personer med neuropsykiatriska funktionshinder vanligen förs. Andra funktionshinder som grupperas hit är till exempel dyslexi.

Finns även svårigheter av annat slag kan grupperingen istället bli:

- Generella inlärningssvårigheter (orsakat av begränsade begåvningsresurser)
- Socialmedicinskt funktionshinder
- Psykiskt funktionshinder

Det finns således ingen specifik gruppering för vare sig ADHD eller autismspektrumtillstånd. Detta innebär att personer med sådana funktionshinder kan placeras i olika grupper beroende på vilka andra svårigheter man också har, även om dessa är en följd av funktionshindret. Bakgrunden till svårigheterna hos personerna i den grupp där man placeras kan variera

mycket. Detta försvårar möjligheten att göra statistiska uppföljningar av Arbetsförmedlingens insatser för personer med ADHD, med risk för att kompetensuppbyggnaden uteblir. Arbetsförmedlingens gruppering av funktionshinder borde därför tas upp till diskussion.

Kapitel 8. Vuxenhabiliteringen

Vuxenhabiliteringens insatser ska bidra till att en person med funktionshinder ges möjlighet till god livskvalitet, delaktighet i samhället och inflytande i frågor som rör hans/hennes livssituation. Habiliteringens arbete sker i team. I de flesta team ingår arbetsterapeut, kurator, psykolog och ibland finns också andra yrkeskategorier som sjukgymnast, logoped, specialpedagog. Många team saknar däremot egen läkare.

Insatserna ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Vuxenhabiliteringens målgrupp

Det finns idag ingen enhetlig överenskommelse som gäller hela landet om vilka personer som kan få insatser från vuxenhabiliteringen, och olika praxis har utvecklats. Personer med autismspektrumtillstånd ingår alltid i den personkrets som har möjlighet att få insatser medan förhållanden för personer med ADHD ser olika ut över landet. Inom de flesta habiliteringsmottagningar ges endast insatser till personer med ADHD om de har tillägg av andra funktionsnedsättningar som uttalade kognitiva svårigheter eller motoriska problem.

Vuxenhabiliteringen har inget remisskrav. Däremot krävs intyg, från läkare eller psykolog, som bekräftar att personen tillhör habiliteringens målgrupp.

När en vuxen person remitteras till habiliteringen måste förstas personen själv önska kontakt. Det är bra om det i remissen finns en preliminär problemformulering eller beskrivning av skälet till att remissen skickas. Däremot kan inte remissen vara en beställning av en specifik tjänst från en viss yrkesprofession inom habiliteringen.

Habiliteringen ska ses som ett komplement till övrig vård. Den remitterande verksamheten behöver ofta finnas kvar kring individen för behov som inte habiliteringen kan tillgodose.

Behovsprövning

Den som tillhör habiliteringens målgrupp har alltid rätt till ett första samtal. Då ges möjlighet att beskriva (eventuell med stöd från en närstående eller stödperson) vilka problem man har i sin vardag och vilka insatser man har behov av och habiliteringens personal beskriver vad de kan erbjuda.

De personer som vuxenhabiliteringen beviljar insatser måste ha allvarliga och varaktiga svårigheter och därför behov av sådant stöd som habiliteringen kan erbjuda. Första steget är därför en *bedömning* för att kartlägga personens livssituation, hur funktionshindret kommer till uttryck och hur han/hon klarar praktiska uppgifter i sin vardag.

Utredningsplan

Om en behovsbedömning klarlagt att en person har rätt till och behöver insatser från habiliteringen tas ställning till vilka åtgärder som är de mest lämpliga. Habiliteringsteamet utför en *utredning* som ska svara på frågan på vilket sätt personens möjligheter att vara aktiv

och delaktig i samhället kan underlättas. I denna deltar teamets olika yrkeskategorier och den enskildes synpunkter vägs in.

De yrkesspecifika utredningarna sammanställs till en gemensam beskrivning och analys för att presenteras för den som utretts. Informationen måste ofta ges vid flera tillfällen för att personen ska ges möjlighet att förstå och vara delaktig i teamets ställningstaganden och förslag till olika åtgärder.

Personer i närmiljön är många gånger mycket viktiga för den hjälpsökande. Inte sällan backar de upp personen utan hon/hon är medveten om det (föräldrar lagar mat, betalar skulder, har kontroll på tider osv). Detta måste också beaktas i det arbete som rehabiliteringen gör, inte minst då man är beroende av de närstående för att nå fram med sina insatser. Det händer också att de närstående behöver få eget stöd, eftersom mångårigt slit kan ha lett till att de befinner sig på gränsen till ”utbrändhet”.

Habiliteringsplan och åtgärder

Efter utredningen tas beslut om fortsatta kontakter och i dialog med personen upprättas en *habiliteringsplan*. Den ska belysa personens problem, definiera vilka mål som skall nås och insatsernas utformning. Målen ska vara realistiska, utvärderingsbara och tidsbestämda.

Habiliteringsplanen ska beskriva *vad* som ska utföras, *hur* och av *vem*. Rehabiliteringen kan erbjuda en mängd insatser beroende på behov. Det kan vara insatser riktade såväl till personen som till dennes omgivning. Nedan följer exempel på åtgärder som kan ges inom vuxenhabiliteringen:

Psykosocialt stöd:

- Samtal kring diagnosen och vad den kan innebära
- Vägledning för att hitta rätt stöd i samhället, t.ex. kontaktperson, god man, ledsagare.
- Introduktion till fritidsaktiviteter, gruppverksamheter
- Stöd vid myndighetskontakt. Samhällsinformation
- Anhörigstöd

Habiliterande/behandlande insatser:

- Stöd till ökad delaktighet och självständighet
- Stöd i kommunikation och samspel
- Stöd i att se samband och identifiera upplevda problem
- Sjukgymnastiska insatser

Stöd för att underlätta vardagen och att utpröva hjälpmedel

- Bildstöd och schema
- Tids- och planeringshjälpmedel
- Pedagogiskt stöd för att hitta strategier att tackla vardagssituationer

Komplettering av tidigare utredning

- Kognitiv utredning
- Funktionell utredning
- Motorisk bedömning

Utvärdering av habiliteringsplanen

Utvärdering av önskad effekt d v s i vad mån målen som definierats i habiliteringsplanen uppfyllts görs i dialog med personen.

Utvärderingen ska besvara frågorna:

- har det gjorts som planerats?
- vad har fungerat bra/mindre bra?
- varför blev det som det blev?

När utvärderingen är klar förs en dialog om personens aktuella situation och om en eventuell omformulering av habiliteringsplanen utifrån aktuella behov.

Vuxenhabiliteringens roll

Vuxenhabiliteringen är en specialistverksamhet som vid behov kompletterar de resurser som kommuner och landsting erbjuder. Lagstiftningen i form av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL) reglerar det basstöd som, när så behövs, ges till alla personer i samhället.

Det lokala stödet i kommunen är grundläggande för att livssituationen ska fungera. Det kan handla om insatser som beviljats enligt LSS, stöd i boendet, kontaktperson, eller sysselsättning av något slag. Det är habiliteringens roll att vägleda eller vara konsult till närmiljön om hur de bäst kan stödja den vuxne. I detta är det viktigt att habiliteringens roll och ansvar i relation till kommunens, primärvårdens och den övriga sjukvårdens roller och ansvar är tydlig.

Att arbeta med en *individuell plan* enligt LSS är ett sätt att tydliggöra ansvar och öka begripligheten för brukaren. För att skapa en individuell plan träffas de verksamheter som är involverade i personens nätverk tillsammans med personen för att planera insatserna och hur man gemensamt tar ansvar för utförandet av åtgärderna. Ansvarsfördelningen mellan verksamheterna tydliggörs i planen.

ICF, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) har utvecklat ett klassifikationssystem ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) för att kunna klassificera funktioner och funktionshinder. ICF kan användas som ett komplement till DSM-IV eller ICD-10.

ICF har utformats för

- att skapa en vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa, behandlingsresultat och omgivningsfaktorers betydelse
- att vara ett kliniskt verktyg – vid bedömning av behov, vid arbetsbedömningar, habilitering och utvärdering av behandlingsresultat och verksamhetsutveckling
- att skapa ett gemensamt språk för att underlätta dialogen mellan brukare/patienter, personal inom olika verksamheter som vård, omsorg, utbildning och forskning.
- att möjliggöra jämförelser av data, socialt, psykologiskt och medicinskt över tid, mellan olika enheter och mellan olika länder.

ICF är inriktad på att beskriva människors fungerande och hälsa. ICF har fokus på den enskildes möjligheter till aktivitet och delaktighet och hur omgivningsfaktorer och personliga faktorer påverkar detta. Det handlar om hur människor kan leva sina liv med det hälsotillstånd de har, och hur det kan påverkas för att nå ett självständigt, delaktigt och aktivt liv. ICF förenar ett medicinskt, psykologiskt och socialt synsätt till en helhetssyn på en människa.

ICF utgår från fyra olika begrepp för att beskriva och förstå en persons hälsosituation:

Funktioner: kroppens fysiologiska och mentala funktioner. *Funktionsnedsättningar* är problem som ger en betydande avvikelse i eller förlust av en kroppsfunction.

Aktiviteter: hur en person genomför olika handlingar eller aktiviteter. *Aktivitetsbegränsningar* är svårigheter som en person kan ha vid genomförande av aktiviteter.

Delaktighet: en persons engagemang i sin livssituation. *Delaktighetsinskränkningar* är problem som en person kan ha för att vara delaktig i olika livssituationer.

Omgivningsfaktorer utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar.

Samspelet mellan ICF:s olika delar

Mellan ICF's delarna finns ett samspel så att insatser som görs inom ett område kan påverka ett eller flera andra. Modellen visar den roll omgivnings- och personliga faktorer spelar.

Delarna samspelar med personen och avgör den enskildes möjligheter/hinder för aktivitet och delaktighet.

Utveckling av ICF

ICF håller på att bli ett arbetsredskap inom många verksamheter, inte minst inom många vuxenhabiliteringar. Det ger ett nytt språk för att beskriva funktionshinder, en persons behov i ett helhetsperspektiv och för hur verksamheter kan arbeta. Idag uppfattar emellertid många som prövat ICF som arbetsredskap att det är tungrott och inte helt väl anpassat till personer med funktionshinder som ADHD.

Se vidare: <http://www.sos.se/epc/klassifi/icf.htm>

Kapitel 9. Teorier om kognitiva funktioner vid ADHD

Bakom symtomen vid ADHD finns förändrade kognitiva funktioner, det vill säga de hjärnfunktioner som gör det möjligt att tolka, bearbeta och hantera information, att tänka och lösa problem. Förståelsen av symtomen vid ADHD, liksom av hur en person med ADHD fungerar, underlättas om man har kunskap om dessa kognitiva funktioner. Även om man idag inte med säkerhet vet allt, finns det mycket psykologisk forskning om de kognitiva funktionerna vid ADHD och några välgrundade, delvis överlappande, teoribildningar har utvecklats.

Exekutiva funktioner

Det övergripande begrepp som bäst sammanfattar de förmågor som är påverkade vid ADHD är vad som brukar kallas hjärnans exekutiva funktioner. Det finns idag ett imponerande empiriskt stöd för dess betydelse vid ADHD. Trots att det är ett flitigt använt begrepp är inte teoretiker eller forskare inom området helt eniga om hur begreppet exakt skall definieras, och inte heller i detalj var i hjärnan funktionerna har sin bas. Men runt följande övergripande beskrivning finns en rimlig enighet.

De exekutiva funktionerna kan ses som de hjärnfunktioner som organiserar individens handlande över tid för att uppnå ett mål. Deras uppgift är att planera, prioritera, integrera och reglera andra cerebrala funktioner. De gör det möjligt för individen både att hålla fast vid målet för handlingen, upprätthålla energi och ansträngning för att verkligen genomföra den och ta hänsyn till de regler och begränsningar som finns knutna till situationen, samtidigt som man hämmar lockelsen att göra sådant som inte hör till den. De exekutiva funktionerna möjliggör att man efteråt kan värdera om resultatet blev som man från början avsåg, och är centralt för en människas handlande.

De exekutiva funktionerna kan ses som hjärnans kontrollfunktion som bland annat gör det möjligt för individen att hämma eller uppskjuta en benägenhet att reagera omedelbart. De ansvarar för att man kan organisera och planlägga sitt handlande, till exempel att anpassa sig till kraven i en social situation och reflektera och vara medveten om sig själv och sitt handlande. Det förklarar varför ADHD kan ha så stor inverkan också på en vuxen persons sätt att fungera.

Begreppet exekutiva funktioner kan ses som en paraplyterm för en rad delfunktioner. En sådan är arbetsminnet. Det kan beskrivas som en minnesfunktion som ser till att medvetandet har tillgång till den information som hjärnan nyligen registrerat, samtidigt med minnet av tidigare erfarenheter som är helt nödvändiga för att lösa en uppgift. Alla människor är starkt beroende av ett gott arbetsminne. Man måste kunna hålla ett telefonnummer i huvudet medan man slår det. Skall man berätta en historia måste man hålla det övergripande budskapet i huvudet samtidigt som man stegvis återger delarna. Skall man lösa en teoretisk uppgift måste man hålla varje dellösning i huvudet samtidigt med den ursprungliga frågeställningen för att kunna lösa uppgiften.

Man behöver ett fungerande arbetsminne för att vara medveten om vad det är som pågår, för att delta i ett samtal eller i diskussioner, läsa, genomföra räkneuppgifter eller akademiska uppgifter, kunna komma ihåg och använda sina tidigare erfarenheter när man jobbar med en uppgift.

Olika forskare har betonat andra aspekter eller delkomponenter av de exekutiva funktionerna när de förklarar olika typer av problembeteenden. Inom neuropsykologin används ett antal olika test för att mäta och bedöma dem. Men brister i de exekutiva funktionerna är inte specifikt för ADHD utan finns också vid en rad andra neuropsykiatriska tillstånd som till exempel autism och Tourettes syndrom. Tester som analyserar brister i exekutiva funktioner kan hjälpa en utredare att förstå en persons svårigheter även om de inte kan användas för att komma fram till en specifik diagnos.

Genom forskning vet man att goda exekutiva funktioner är beroende av att hjärnans pannlober är välfungerande. Brister i exekutiva funktioner betyder att pannloberna fungerar mindre väl, men är inte liktydigt med att man har en skada eller störning just där – störningar och skador av andra delar av hjärnan kan påverka pannlobernas funktion negativt.

”The new theory of ADHD”

Den amerikanske psykologen Russel Barkley har formulerat en övergripande teori för hur man kan förstå ADHD. (”ADHD and the nature of self-control”, Barkley, 1997). Teorin har snabbt fått stor betydelse för hur man kan förstå såväl ”ADHDs natur” som en enskild individs beteende liksom hur hjälp bör vara utformad för att vara framgångsrik.

Barkley menar att orsaken till de svårigheter, som är typiska för individer med ADHD med i huvudsak överaktivitet och impulsivitet, finns i en bristande förmåga att i stunden inhibera eller hämma benägenheten att omedelbart handla. Det gäller förmågan att fördröja det svar eller den reaktion som man direkt är beredd till när man upplever något, det ”prepotenta svaret”, eller att avbryta ett pågående svar om man märker att det är på väg att bli fel i förhållande till vad man avsett, liksom att skydda det pågående från att bli stört av något helt ovidkommande.

Man måste kunna införa en kort stunds betänketid mellan impuls och handling för att kunna behålla och använda en mental representation av en händelse, en inre bild av vad man just varit med om, så att man kan granska det som hände lite mer noggrant även efter händelsen. Då ges möjlighet att analysera nuet i relation till det förgångna, och därmed dess betydelse för framtiden. Det är förutsättningen för att svaret eller reaktionen skall vara adekvat för situationen, och ett uttryck för att man faktiskt förstått vad det var som hände. Men det är också förutsättningen för att man i sitt framtida handlande skall kunna ta hänsyn till vad man varit med om förut, dvs. att man kan förutse framtida konsekvenser så att de får betydelse i nuet, liksom att framtida belöningar blir viktigare än det som sker i stunden.

För att kunna skilja den känsla eller omedelbara affekt, som egentligen alltid väcks då man är med om något, från vad som faktiskt hände krävs att man kan hålla kvar nuet för en kort stunds reflektion. Man är inte utlämnad enbart till känslan som väcktes utan blir litet mer ”objektiv” i stunden, kan se på saken lite mer nyktert. Det är förutsättningen för att inte vara så självcentrerad eller egocentrisk som många med ADHD uppfattas vara med sitt känslostyrda sätt att reagera. Man behöver denna förmåga för sin självreglering; att vara medveten om sitt eget handlande i relation till vad som pågår omkring, vänta in det ”rätta ögonblicket”, till exempel när det är dags att korsa gatan eller vad man förväntas säga eller göra i en viss social situation.

Att kunna koppla samman nuet med det förgångna för att få överblick över framtiden är grunden för att ha en känsla för tid enligt Barkley. För att veta hur lång tid det tar att göra

färdigt uppgiften man har framför sig, att ta sig till bussen eller avsluta disken, måste man ha tillgång till erfarenheten av hur det brukar vara att utföra just den uppgiften. Många personer har även som vuxna en påtagligt bristande känsla för tid, och dålig tidsuppfattning kommer till uttryck i en mängd vardagssituationer.

Kan man inte behålla en mental representation av vad man just varit med om blir det svårt att resonera med sig själv om vad det var som hände och koppla ihop det med de regler man lärt eller instruktioner som är givna för situationen. Klarar man inte det verkar det som om man lever helt i nuet, oorganiserad, utan att planera sina uppgifter. Det blir svårt att låta de regler, som man egentligen känner till, styra sitt handlande, utan det styrs av ofta av vad som råkar ske i stunden. Det innebär att det inte i grunden är slarv eller bristande kunskaper om vad som är önskvärt” som gör att många med ADHD misslyckas, utan snarare att man har problem med att göra vad man vet borde göras.

ADHD med i huvudsak uppmärksamhetssvårigheter

Barkleys teori förklarar inte uppmärksamhetssvårigheterna hos den grupp med ADHD som inte är överaktiv utan snarare dagdrömmande, en person som ofta sitter i sina egna tankar, dvs har ADHD med i huvudsak uppmärksamhetsproblem (ADD). Barkley menar att deras uppmärksamhetssvårigheter har annan orsak än dem man ser vid ADHD av kombinerad typ och att de hänger samman med långsamhet i informationsbearbetningsprocessen eller en tendens att bli överfokuserad på de uppgifter man har framför sig. Han anser därför att man bör se ADHD med i huvudsak uppmärksamhetssvårigheter (ADD) som ett specifikt tillstånd som borde ha sin egen diagnostiska benämning.

Tomas Brown, en annan amerikansk psykolog, menar att det finns behov av att göra tillägg till Barkleys och andras teorier för att också karakterisera just de individer som har ADHD med i huvudsak uppmärksamhetsproblem. Browns förklaringsmodell utgår också från att uppmärksamhetssvårigheterna förklaras av brister i de exekutiva funktionerna framför allt arbetsminnet och förmågan att mobilisera mental energi inför en uppgift.

Om man har svårt att mobilisera mental energi inför en uppgift blir det svårt komma igång med den, och det mesta som inte omedelbart är intressant eller lustfyllt kan kännas oöverstigligt. Det krävs mycket mera av självövervinnelse och ansträngning för att utföra sådant som för andra går lätt. Därigenom får man inte bara svårt att komma igång utan också att bibehålla koncentrationen, och man tappar fokus på det man egentligen skulle arbeta med. Man blir lätt distraherad av allt annat runt omkring liksom av sina egna tankar, och man kan inte mobilisera den energi som skulle behövas för att hålla borta allt det som tränger sig på. I samtal kan det vara svårt att ha fokus på vad andra säger och man verkar distra. När man läser förmår man inte bibehålla uppmärksamheten utan måste läsa om texten gång på gång.

En person med sådana uppmärksamhetsproblem har svårt att komma ihåg vad man höll på med och också svårt att återuppta ett arbete eller en uppgift om man blev avbruten. För att klara det måste man hela tiden anstränga sig och mobilisera energi för uppgiften. Detta förklarar den trötthet som många personer med ADHD och stora koncentrationssvårigheter upplever efter att man genomfört ett mentalt krävande arbetspass. Man startar piggt men tröttheten tar överhanden om uppgiften inte är direkt ”belönande”.

Brown lyfter också fram att många personer med ADHD på samma sätt som de har svårt att planera sitt handlande också ofta har svårt att ”styra” sina känslor. Känslor av frustration, oro,

ilska eller sorgsenhet blir i stunden så starka att man har svårt att hantera dem och fortsätta med det man skulle.

Några personer med ADHD tycks påtagligt passiva. Hos dem tycks det som om de flesta "mentala processer" går långsamt. Det som kräver tankemöda tar mycket längre tid än det gör för andra och än vad personen egentligen har intellektuell kapacitet för. Att läsa och förstå innehållet i en text tar lång tid, när man skriver får man inget flyt i sitt skrivande och lösandet av testuppgifter går långsamt. Man är som en "långsam" dator. Det får personerna själva att känna sig frustrerade över sin oförmåga, de känner att deras kapacitet inte kommer till sin rätt, och gör att folk i omgivningen blir besvikna.

Nästan alla vuxna med ADHD har under hela sin uppväxt fått höra att "du kan om du bara vill" eller "skärp dig nu" som om de skulle kunna övervinna svårigheter om de bara bestämde sig för det. Men det är på detta sätt som de kognitiva funktionsnedsättningarna kommer till synligt uttryck och medför funktionshinder som inte bara kan önskas bort.

Kapitel 10. Utvecklingsbehov

Kvalitet, kunskap, kompetens

Kvalitetsutveckling

I all offentlig verksamhet, som hälso- och sjukvård, Socialtjänst, Försäkringskassa, Arbetsförmedling, habilitering - finns berättigade krav på redovisning och utveckling av verksamhetens kvalitet. En grundförutsättning för kvalitet är insyn och genomskinlighet, det vill säga att det som görs skall vara tydligt redovisat (utom då sekretessbestämmelser skyddar individer), bland annat för att medborgarna skall veta vad de betalar för med sina skattepengar.

Krav på insyn och redovisning gäller också verksamheter som arbetar med diagnostik, behandling och andra insatser åt personer med ADHD. Redovisningen av vad verksamheten utför bör innefatta tillgång på utbildad personal, beskrivning av insatser som erbjuds, verksamhetens kapacitet t.ex. när det gäller utredningar och vad som faktiskt utförts. Det bör finnas någon typ av kvalitetsmätning av brukarnas uppfattning av verksamhetens insatser. Ett bra kvalitetsarbete förutsätter att all personal är involverad och att det finns en verksamhetsplan att utgå från. Ytterligare ett kvalitetskrav är kontinuerlig samverkan med intresse-/brukarorganisationer.

Det bör på administrativ landstingsnivå finnas information att hämta om var kompetens finns inom landstinget, hur den ser ut och hur man når kontakt med den. Det kan inte enbart vara den enskilda verksamhetens ansvar att informera om vad man kan erbjuda.

Det finns behov av en kvalitetskontroll av de utbildningar som erbjuds anställda inom olika verksamheter.

Kunskapsutveckling

Medan det idag finns en relativt väl spridd kunskap om vad ADHD betyder för barn är allmänhetens kunskap när det gäller vuxna begränsad. Personer med dessa funktionshinder är i många sammanhang beroende av andra människors förståelse och därmed av att det finns grundläggande kunskap i samhället, inte minst hos offentliga myndigheter och beslutsfattare. På ett mer allmänt plan behövs medvetenhet om och acceptans för att vissa individer har begränsningar eller funktionsnedsättningar som gör dem sårbara för belastningar och försvårar deras möjlighet att fungera optimalt i samhället. Samhället har ansvar för att skapa goda/acceptabla förhållanden för alla.

De som möter människor i en utsatt situation behöver kunskap om ADHD för att kunna bemöta enskilda personer med svårigheter på ett adekvat vis och för att kunna utföra sitt professionella uppdrag på ett för individen optimalt sätt. Alltför ofta har brukare upplevt sig kränkta eller missförstådda av handläggare man mött, sannolikt framför allt till följd av bristande kunskap hos dessa.

Utbildning om ADHD måste ingå i alla grundutbildningar, likaväl inom läkar-, socionom-, psykolog, sjuksköterskeutbildning, som i utbildning av annan personal inom psykiatri, arbetsförmedlare, poliser och vårdpersonal inom kriminalvård osv.

Kompetensutveckling

I Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande "Ambition och ansvar" (SOU 2006:100) konstateras: "Det finns ett uppenbart behov av kompetensutveckling av personal inom både kommun och landsting. Detta gäller förhållningssätt och metoder såväl generellt kring psykisk ohälsa, som mer specifikt kring psykiska sjukdomar och psykiska funktionshinder."

Vidare beskrivs att en grundförutsättning för att vård, stöd och omsorg ska kunna samordnas är att olika aktiviteter har en gemensam kunskapsbas om psykisk ohälsa och samsyn kring innehållet och uppdraget i vård och stöd. Inte minst gäller detta vid ADHD. Därför är det önskvärt med gemensam kompetensutveckling för företrädare från olika verksamheter, vilket också kan öka medvetenheten om betydelsen av samverkan mellan olika aktörer och medvetenheten om olika aktörers uppdrag och möjligheter.

Idag är det brist på kompetent personal inom många verksamheter. Det måste bli högre krav på adekvat utbildning av personal inom alla de verksamheter som berörs i dokumentet. Detta gäller inte minst dem som arbetar närmast brukarna, såsom vårdpersonal och stödpersoner.

Handledning

Det finns behov av att utveckla möjligheterna för råd och handledning till dem som arbetar med personer med ADHD. Inte minst gäller det personal som har daglig närkontakt med den enskilde som t.ex. boendestödjare. Det behövs bland annat för att de ska orka med arbetet med bibehållet engagemang och för att höja kvalitén i det arbete man utför. Bra handledning förutsätter metodutveckling och dokumentation och utvärdering av vunna erfarenheter.

Behov av samverkan

Personer med ADHD kan behöva hjälp från många samhälleliga sektorer som socialtjänsten, arbetsförmedlingen, försäkringskassan, vuxenhabilitering, vuxenutbildning, psykiatri, m.fl. Insatserna som dessa förmedlar är till mycket större hjälp om de grundas i en samsyn om hjälptagarens svårigheter och sedan i en gemensam planering verksamheterna emellan.

Samverkansproblemen kring personer med funktionshinder har beskrivits i olika utredningar. I Nationell psykiatrisamordnings rapport 2006:3 (Långsiktighet, samordning och engagemang) påtalas att "verksamhetsföreträdarens utrymme för att själva tolka och avgränsa sitt uppdrag är stort när det gäller samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder". Det "leder i flera fall till att människor med behov av insatser på olika områden inte får dessa tillgodosedda därför att behoven inte passar in i den befintliga organisationsstrukturen" och istället "riskerar människor med sammansatta behov att hänvisas fram och tillbaka". Det leder också till att en verksamhet "väntar in" andras insatser istället för att ta ansvar för att tidigt samordna insatser. Rapporten påtalar nödvändigheten av utarbetade samverkansformer mellan olika aktörer.

Samverkan i ett enskilt ärende kan bestå i att olika aktörer tillför olika perspektiv för att komma fram till en helhetsbedömning av den enskildes behov. Samverkan kan också innebära att olika verksamheter tillsammans planerar samlade insatser där parterna tar ett gemensamt ansvar för den enskilde utifrån sina olika kompetenser och uppdrag. Samverkan underlättas av utveckling av samverkansrutiner, t.ex. inom formella samverkansorgan. Men brist på sådana får inte hindra konkret samverkan kring en enskild individs behov. Verksamheter måste vara varandra behjälpliga med att förmedla kunskaper och erfarenheter om den hjälpsökande och

hans/hennes behov. Det är angeläget att sekretessregler följs samtidigt som sådana inte får anges som hinder för att ”slippa” samverkan. Samtidigt måste samverkan utgå från respekt för att olika verksamheter har olika uppdrag och kompetens. En verksamhet kan inte beställa åtgärder från en annan eller styra dennes insatser.

Samverkan inom myndigheter och verksamheter

Samverkan kan också gälla inom verksamheter. En person kan t.ex. vara aktuell inom olika enheter inom socialtjänsten, individ och familjeomsorg, ekonomiskt stöd, missbruk etc. Det finns stort behov av samordning mellan enheter eller att kontakter underlättas för att förhindra att den enskilde ”hamnar mellan stolar”.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

Socialstyrelsens har nyligen (den 8 juni 2007) utfärdat föreskrifter för hur landstinget och kommunen gemensamt skall utarbeta rutiner för samordningen av insatser för enskildas habilitering, vilket bör få betydelsefulla konsekvenser för samarbetet kring personer med ADHD. Ur föreskrifterna kan följande sammanfattas:

Rutinerna skall utformas på ett enhetligt sätt inom ett län eller en region. De skall säkerställa att verksamheter som svarar för insatser skall erbjuda den enskilde samordning, om denne har behov av detta. Planeringen av samordningen skall genomföras tillsammans med den enskilde och med respekt för dennes självbestämmande och integritet. Den enskilde bestämmer om han eller hon vill att någon eller några närstående skall delta i planeringen av samordningen.

Den som har utsetts att ansvara för samordningen skall ansvara för att en plan för samordningen upprättas. Planen skall dokumenteras och skall innehålla

1. uppgifter om den enskildes behov, förutsättningar och intressen,
2. mål för de samordnade insatserna,
3. planerade och beslutade insatser,
4. uppgifter om vem eller vilka som skall genomföra insatserna,
5. en tidsplan för samordningen av insatserna, och
6. en beskrivning av hur och när punkterna 1 - 5 skall följas upp och utvärderas.

Även namnet på den person som utsetts att ansvara för samordningen, samt dennes adress och telefonnummer, skall framgå av planen.

Insatserna kan vara arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska och bör kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

Den personal från berörda enheter inom landstinget och kommunen som behövs för att genomföra beslutade insatser skall kallas att medverka i planeringen.

Planen som har upprättats skall lämnas till den enskilde. Vid behov skall planen kunna erbjudas i en annan form än skriftlig. En kopia av planen skall föras till patientjournalen. Om den enskilde får insatser med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, skall en kopia av planen också föras till motsvarande dokumentation enligt dessa lagar.

Kontakter med vårdapparaten

En del personer med ADHD har en stor mängd vårdkontakter, inte minst om de dessutom har barn med egna problem eller om man har tilläggsproblem. I Nationell psykiatrisamordnings rapport 2006:3 uppmärksammas att ”Vissa individer kan ha kontakt med ett stort antal professionella utan att dessa träffas eller i vissa fall ens vet om varandra”. Samverkans- eller nätverksmöten är ett sätt att motverka detta. Det är en arbetsform som i sig ställer krav på metodutveckling. Ett återkommande problem i planering av nätverksmöten idag är att det ofta finns behov av att psykiatrin med sin läkarbrist behöver finnas med. Formellt är det läkaren som inom psykiatrin har olika beslutsfunktioner, men med tanke på bristen på läkare inom psykiatrin måste andra yrkeskategorier få mandat att uttala sig och ta beslut. Det är inte heller alltid läkaren som har mest kunskap om den person det gäller.

Samordnare

Vissa personer med ADHD har svårt att tillvarata sina rättigheter, ta och upprätthålla kontakt med myndigheter och själv initiera och samordna de insatser de kan ha behov av. De kan ha behov av en ”kontaktperson” med uppgift att initiera eller samordna insatser. Det kan vara en case manager, personligt ombud eller samordnare med ansvar för samordning av insatser för enskildas habilitering enligt Socialstyrelsens föreskrifter som beskrivs ovan. Den som har ett sådant ansvar behöver ofta ha en relativt aktiv roll. I vissa fall behöver personer med ADHD hjälp med att reducera mängden kontakter t.ex. genom att någon får vara den som de alltid vänder sig till i första hand. Idag råder oklarhet om personer med ADHD och omfattande funktionshinder och komplexa behov av stöd och service kan få stöd av personligt ombud något som måste klaras ut.

Samlade utredningar

Personer med funktionshinder har påtalat att de upplever sig gång på gång bli föremål för utredningar och tycker med rätta att detta bör kunna förenklas så att mer tid och kraft läggs på stöd och behandling istället för på upprepade utredningar. I detta dokument har det också klarlagts hur varje verksamhet har behov av kartläggning/utredning av personen innan man erbjuder insats.

Utredning inom sjukvården syftar till en diagnostisk värdering och analys av stöd- och behandlingsbehov i relation till personens hälsa i vid mening. Utredningar inom andra verksamheter ska komplettera sjukvårdens utredning med en undersökning av funktionshindrets betydelse och individens hjälpbehov i relation till vad verksamheten kan erbjuda. Den analysen är nödvändig för att erbjuda insatser på ”rätt nivå” och att värdera framgång av insats i relation till vad som är rimligt att förvänta sig med tanke på personens förutsättningar.

Kanske det krävs samlokalisering för att påskynda sådant arbete. Om t.ex. socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling, vuxenhabilitering och psykiatri hade enheter för personer med funktionshinder som var samlokaliserade skulle det bli naturligt att arbeta fram gemensamma bedömningsinstrument. Sådana instrument skulle kunna ge möjlighet för analys av en individs funktionsförmåga ur olika aspekter. Samtidigt borde dagens kommunikationer göra att en geografisk samlokalisering inte skulle vara en förutsättning för verkliga samverkansrutiner.

Organisation av sjukvårdens insatser till vuxna med ADHD

Sjukvårdens insatser till de med ADHD måste ske på olika vårdnivåer.

1. Basnivå; allmänmedicin, företagshälsovård

Människor med ADHD kommer i kontakt med allmänmedicin utifrån olika frågeställningar och tillstånden finns inte sällan bland patienter med ospecifika psykiatriska symtom eller med svårförståelig problembild. Bland de personer som har kontakt med företagshälsovård på grund av arbetsrelaterad ohälsa t.ex. i form av utmattningssymtom eller långtidssjukskrivning, är det sannolikt flera som har svårt att klara sin arbetssituation på grund av ett funktionshinder. Det är angeläget att dessa personer blir igenkända, förstådda och hjälpta på ett adekvat sätt.

Detta ställer krav på att såväl läkare som annan personal på basnivån har kunskap om betydelsen av ADHD för en människas livssituation och hälsa och kan känna igen symtomen. Det krävs, förutom kunskap, att det finns upparbetade kanaler för remittering till psykiatri för utredning och konsultation. Det behöver skapas vårdprogram som klarlägger lokala ansvarsförhållanden och samverkansformer.

På samma sätt som allmänmedicin generellt fått större ansvar för basal behandling av människors psykiatriska problem, kommer intresserade allmänläkare på sikt att ha en viktig roll i uppföljningskontakter av personer som utretts. Inte minst då man har knutit psykologer och kuratorer till mottagningarna kan man ge psykosocialt stöd inom primärvården.

Många personer med ADHD är efter en diagnostisk utredning hänvisade till distriktsläkarmottagning för att få sina behov av läkarinsats tillgodosedda. Det gäller även personer som får andra insatser via habiliteringar då dessa ofta saknar egna läkare. Det kan gälla olika intyg liksom för bedömningar av tillkommande hälsoproblem. För att allmänläkaren ska kunna utföra dessa uppgifter på ett adekvat sätt krävs kunskap om funktionshinder och deras konsekvenser för hälsa och funktionsförmåga.

2. Psykiatri allmänt

Det är viktigt att man inom all vuxenpsykiatrisk verksamhet blir lika förtrogen med diagnoser som ADHD och inom autismspektrum som med andra psykiatriska diagnoser. Varje allmänpsykiatrisk mottagning måste kunna:

- känna igen symtom tydande på ADHD hos de patienter man möter
- värdera betydelse av sådana problem i relation till andra problemområden
- genomföra utredning och klarlägga diagnos där behov av diagnos finns
- inleda och ofta genomföra behandlingsinsatser.

ADHD finns hos patienter inom vuxenpsykiatri. Symtomen kan ha haft en betydelsefull roll för de problem som patienten söker för, liksom för långvarig psykiatrisk ohälsa. Om problem inte blir igenkända nås sällan framgång med konventionella behandlingsinsatser. Det är risk att personerna blir betraktade som ”terapiresistenta” utifrån andra diagnostiska bedömningar och även att de erbjuds ineffektiv, ibland kostsam, vård, liksom övermedicinering.

Idag anges förutom resursbrist också otillräcklig kompetens som skäl till att mottagningar inte anser sig kunna ta sig an dessa uppdrag. Läkare anser sig inte ha tillräcklig kunskap, psykologer med erfarenhet av testning saknas och man har inte rutiner i arbetslaget för att genomföra utredningar. Det finns ett stort behov av brett upplagda utbildningsprogram för att ge medarbetare inom psykiatri kunskap, samt av möjlighet för konsultationer av specialistteam inom området, se nedan.

3. Specialistteam inom psykiatri

Runt om i landet har det byggts upp speciella team, ”neuropsykiatriska utredningsteam” som har haft mycket stor betydelse för att de senaste årens kunskapsutveckling inom området. Det finns fortsatt behov av sådana specialistteam för att stimulera kunskaps- och erfarenhetsutveckling och för att fungera som bas och trygghet för utvecklingen av det lokala arbetet. Det kan gälla arbetsformer för utredning liksom av samverkansformer med andra verksamheter. De behövs också för konsultinsatser till de lokala teamen i öppenvårdspsykiatri, t.ex. för samråd i utredningsarbetet eller för att ge ”second opinion”.

De specialistteam som finns idag har i många fall endast i uppdrag att göra utredningar. För att påskynda utvecklingen av behandlingsformer måste teamen också ges sådant ansvar och tillräckliga resurser. Idag är det inte ovanligt att patienten efter utredning hänvisas till allmänpsykiatri, där den utredde kan bli avvisad, därför att personalen inte anser sig ha tillräckliga kunskaper eller resurser för att kunna ge insatser.

4. Kunskapscentrum; team på region-/universitetsnivå

I det omfattande utvecklingsskede där det stora kunskapsområdet befinner sig finns det starka skäl att skapa kunskapscentrum på region-/universitetsnivå. Sådana behövs för att ta ansvar för kunskaps- och metodutveckling och stimulera erfarenhetsutbyte mellan verksamheter och intresserade. En annan viktig uppgift är att utveckla patientnära forskning kring klinisk presentation, förlopp och behandlingsinsatser vid ADHD. Kunskapscentrumen bör också möta patienter och göra bedömningar och utredningar av komplicerade fall. Möjligheten att göra sådana bedömningar på konsultbas eller via handledning bör utvecklas. Dessutom behöver dessa kunskapscentrum ta ansvar för den nödvändiga vidareutbildningen av anställda inom psykiatri med olika yrkesbakgrund.

Psykiatrins dilemma

Det behov av utveckling som skissas kommer att kräva personella resurser. På många håll i landet råder det personalbrist, framför allt stor brist på psykiatrer. Denna brist har lett till att det på många håll i landet endast är personer med svår psykiatrisk sjuklighet som tas emot av de allmänpsykiatriska mottagningarna. Ärenden av mer ”lindrig” karaktär hänvisas till distriktsläkare. I det perspektivet blir det begripligt att många av de frågeställningar som idag riktas till allmänpsykiatri, t.ex. uppföljning av ungdomars medicinering, av ansvarig på den psykiatriska mottagningen ses som ärenden som hör hemma på distriktsläkarnivå. Först måste kompetensen dock utvecklas av allmänpsykiatriskt kunniga medarbetare inom psykiatri innan man kan diskutera om uppgifter kan delegeras till lägre nivåer.

Den enskilda mottagningens dilemma är att klara sitt ”basåtagande” samtidigt som man ska utveckla nya arbetsformer. Utvecklingen av kunskapsområdet kan inte vänta tills psykiatrins grundläggande problem lösts utan diskussionen om en framtida utveckling måste ske parallellt. Det kommer att krävas en övergripande planering som definierar ansvarsförhållanden och anger utvecklingsvägar.

Vuxenhabiliteringen.

Inom vuxenhabiliteringen finns omfattande erfarenhet av tvärprofessionella stödinsatser till personer med funktionshinder och habiliteringens insatser efterfrågas av många fler än de som idag får sådana. Men det är ofta oklart för andra verksamheter vilka personer som ingår i vuxenhabiliteringen målgrupp, och detta måste tydliggöras.

De flesta team inom vuxenhabiliteringen saknar läkare varför gruppens behov av läkare, framför allt med erfarenhet av psykiatri, måste uppmärksammas inom varje landsting. Det illustrerar att det finns ett behov av utvecklingsarbete på organisatorisk och strukturell nivå vad gäller ansvarsfördelning och samverkan mellan habilitering och psykiatri.

Exempel på utvecklingsbehov

Uppföljning av ungdomar som har utretts och diagnostiserats inom barnverksamheter

Idag saknas rutiner för överföring av behandlingsansvar från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri.

Antalet unga vuxna som i barnåren fått klarlagt att de har ADHD växer snabbt. Flertalet av dem som utretts och diagnostiserats saknar uppföljningskontakter under de kritiska åren av introduktion in i vuxenlivet.

Utformningen av stöd- och behandlingsinsatser till unga vuxna måste utvecklas. I yngre åldrar sker stödet i huvudsak genom att personer i barnets omgivning, framför allt föräldrar och lärare, får lära sig förhållningssätt till barnets svårigheter. Från ungdomsåren och uppåt innebär stöd allt mer att hjälpa den unga individen att själv förstå sitt sätt att fungera för att lära sig tackla svåra situationer och hitta sätt att klara familj, utbildning och arbetsliv.

Ett återkommande dilemma är att den unga människa som söker kontakt med en handläggare inom en vuxenverksamhet har svårt att "känna sig hemma" bland andra vuxna som söker hjälp.

Föräldrar till ungdomar med ADHD får inte sällan höra att de inte "släpper taget" om sitt barn. Handläggare som inte förstår funktionshindret tycker i all välmening att ungdomarna "måste lära sig ta ansvar" vilket är rimligt om man inte förstår dessa ungdomars ojämna utveckling. Russel Barkley, en inom området välkänd amerikansk psykolog, menar att ungdomar med ADHD i sin förmåga att planera och ta ansvar, och sin sociala mognad, är en tredjedel yngre än jämnåriga. Man kan säga att 18-åringen i sådana avseenden snarare fungerar som en 12-åring. Stödformer till unga bör utgå från detta. En del ungdomar har behov av någon form av övergångsboende som stöd på vägen ut i självständigt liv (särskilt boende i egen lägenhet – kollektivboende)

Möjligheterna att medicinera symtom vid ADHD har utvecklats de senaste åren. Men det är fortfarande få läkare inom vuxenpsykiatri som har erfarenhet när det gäller behandling av ADHD hos ungdomar och vuxna. På många håll saknas det rutiner för hur ansvaret för den medicinerings som initierats till ett barn kan överföras till vuxenpsykiatri.

Behov av diagnostisk utredning

Med ökande kunskap och medvetenhet om att ADHD också finns hos vuxna söker/remitteras allt fler personer för utredning. På många håll i landet är väntetiderna orimligt långa. Därigenom fördröjs också andra insatser som är beroende av att diagnos klarlagts. Samtidigt finns tyvärr en tendens att inte göra något, i avvaktan på diagnostisk utredning. Många insatser som kan underlätta en persons liv är inte egentligen diagnosberoende, och borde

kunna initieras utifrån en probleminventering snarare än utifrån diagnosen. Men fler enheter än idag måste enligt förslagen ovan ta ansvar för utredning av personer med misstanke om ADHD, och också ta ansvar för att, när detta är tydligt, kunna avfärda en misstanke om AST.

Långa väntetider till utredning har fått många läkare, psykologer och andra, att påtala att det måste vara möjligt att förenkla utredningsförfarandet. Här finns det viktiga avvägningar. Utredningar måste ske med krav på vetenskaplighet, och godtycklighet måste på alla sätt undvikas. Samtidigt måste det finnas balans mellan vad som är möjligt att i en utredning klarlägga av en persons förutsättningar och svårigheter och vad som sedan personen har glädje av att veta för att få vardagen att fungera och vad som behövs för att personen ska få adekvat hjälp. Allt som är möjligt att ta reda på om en person är inte praktiskt användbart. Den tid enheter lägger på utredning är många gånger mycket längre än den tid man erbjuder för hjälpinsatser. Det är tankeväckande.

Detta är ett relativt nytt kunskapsområde och det behövs kompetensutveckling för utredare. Skickligheten som utredare är beroende av erfarenhet. Det räcker inte med teoretisk utbildning utan man måste också se många patienter. Ju större erfarenhet man har desto säkrare kan man vara i sina bedömningar, också i att se det komplicerade. Innan en utredare fått stor erfarenhet måste man förlita sig på strukturerade program för utredningens genomförande vilket för den erfarna kan vara onödigt omständligt.

Stöd efter utredning

Det finns ett stort behov av att utveckla och kvalitetssäkra behandlingsprogram och stödinsatser till personer med ADHD. Idag är det vetenskapliga underlaget för att ta ställning till lämpliga behandlingsmetoder bristfälligt. För att på sikt uppnå kravet på att all offentlig vård ska vara evidensbaserad krävs omfattande metodutveckling med dokumentation och utvärdering. Detta gäller egentligen inom alla verksamheter som möter personer med dessa problem. För att påskynda sådan utveckling behövs de kunskapscentrum som nämnts ovan.

Det saknas ofta långsiktighet i planeringen av stöd och man glömmer att det handlar om funktionshinder som i de allra flesta fall kommer att följa individen livet ut.

ADHD finns ofta hos kriminalvårdens klienter liksom hos ungdomar som omhändertagits för institutionsvård. De behöver förståelse och hjälp utifrån sina funktionshinder, vilket kan innebära mindre avdelningar med väl strukturerad verksamhet, schemalagda aktiviteter, lugn miljö och tydliga gränser. Vid utveckling av behandlingsprogram på institutioner måste man ta hänsyn till den stora andel av klienterna som har ADHD. För dem är t.ex. samtal i grupp ofta otillräckligt, och de behöver också andra former av påverkansprogram.

Litteratur

- Beckman, Vanna (1999). Vuxna med DAMP/ADHD. Stockholm: Cura.
- Beckman, Vanna, red. (2004). ADHD/DAMP - En uppdatering
- Beckman, Vanna (2000). En väg till fängelset? Om hyperaktivitet och aggressivitet. Stockholm Cura
- Beckman, Vanna (2007). Strider under hjärnåldern. Om ADHD, biologism och sociologism. Stockholm. Pavus
- Bejerot, Susanne (2002). Tvångssyndrom - OCD : nycklar på bordet, Stockholm. Cura
- Hellström, Agneta (2006). Vuxna med ADHD ur ett hjälpmedelsperspektiv. Stockholm Hjälpmedelsinstitutet. www.hi.se
- Hirvikoski, Tatja med flera (2006). Utredning och diagnos av ADHD hos vuxna. Psykologiförlaget
- Hoem, S (2004). En handbok for voksne med ADHD. Oslo: Gyldendal förlag
- Gillberg, Christopher (2005). Ett barn i varje klass. Stockholm:Cura
- Greene, Ross (2003). Explosiva barn: ett nytt sätt att förstå och behandla barn som har svårt att tåla motgångar och förändringar. Stockholm: Cura
- Kadesjö, Björn (2002). Barn med koncentrationssvårigheter. Stockholm: Liber
- Kawalec, Krystian (2001). Cell C2. Gravander AB
- Kawalec, Krystian (2002). Andra boken. Gravander AB
- Lagerheim, Berit (1996). Att utvecklas med handikapp. Falköping: Almqvist&Wiksell.
- Lindqvist, Lennart (2004). Ensam på krokig väg. 10 undersökningar om vuxna och äldre med MBD/DAMP/ADHD, Aspergers syndrom och Tourettes syndrom. Kalmar: Lenanders Grafiska AB
- Nadeau, Kathleen G, Littman, Ellen B & Quinn, Patricia O. (2002). Flickor med ADHD. Studentlitteratur
- Printz, Anders (2004). Psykiskt funktionshindrades rättigheter: en handbok. Norstedts juridik: Riksförbundet för social och mental hälsa
- Ratey, J, Johnson Catherine (1997). Skuggsyndrom. Stockholm: Cura
- SBU (2005). ADHD hos flickor. En inventering av det vetenskapliga underlaget. (www.sbu.se)

Socialstyrelsen (2002). ADHD hos barn och vuxna. Stockholm: Modin-Tryck

Socialstyrelsen (2004). Kort om ADHD hos barn och vuxna

Sääf Göransson, Karin (2000). Vuxna med DAMP/ADHD. Dokumentation av ett projekt 1998-1999. Bosse Råd Stöd & Kunskapscenter

Tikkanen, Märta (1998). Sofia vuxen med sitt MBD. Tavastehus: Forum

Trillingsgaard, Anege (1995). Kun få vokser fra det. Vedbaek: Dansk Psykologisk forlag.

Ung med DAMP (2000). En skrift för dig som har DAMP, ADHD eller någon liknande diagnos. RBU

Öhlmér, Inger (1998). Rätt till en ljusnande framtid. Gymnasieelever med svårigheter av DAMP-karaktär. Västerås: RBU Västmanland.

Litteratur på engelska

Barkley RA (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Guilford Press

Barkley RA (2004) Driving impairments in teens and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder, review, Psychatr Clin North Am. 2004. 27, 233-60

Boyle BT (2006). Understanding and Treating Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, American Psychiatric Publishing, Washington

Brown, T (2005). Attention Deficit Disorder. The unfocused mind in children and adults. Yale University Press. New Haven

Brown T (2000). Attention Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults. Washington, DC: American Psychiatric Press

Conners K, Jett J (1999). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults, Adolescents, and Children. Kansas City, MO: Compact Clinicals

Denckla M (1996). A theory and model of executive function. Paul H Brookes Publishing

Everett C, Everett S (2001). Family therapy for ADHD: Treating children, adolescents and adults. Guilford Press

Harman PL ed. (2001). The CHADD Information and Resource Guide to AD/HD. Landover, Md: CHADD

Hartmann T (2000). Thom Hartmann's Complete Guide to ADHD. Grass Valley, CA: Underwood Books

Nadeau K (1995). A Comprehensive Guide to Attention Deficit Disorder in Adults. New York: Brunner/Mazel

Kolberg J, Nadeau K (2002). ADD-Friendly Ways To Organize Your Life. Brunner-Routledge, New York

Levy F, Hay D (2001). Attention, Genes and ADHD. Brunner-Routledge. Hove, East Sussex

Quinn P, Nadeau K (2002) Gender Issues and AD/HD. Advantage Books, Silver Springs

Solden S (2004). Journeys Through Adulthood. New York. NY: Walker & Company

Solden, S (1995). Women with attention deficit disorder. Underwood Books.

Wender PH (1995). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. New York: Oxford University Press Inc.

Weiss L, (2007). Finding Yourself as a Woman with ADHD, www.advance.com

Weiss M, Hechtman, L, Weiss G (2001). ADHD in Adulthood. A Guide to Current Theory, Diagnosis and Treatment. John Hopkins University Press. Baltimore

Zeigler D, Zeigler A (2003). A Bird's-Eye View of Life with ADD and ADHD: Advice from Young Survivors. Queensland, Australia: Cherish the Children

Internetadresser:

www.attention-riks.nu Riksförbundet Attention, Rikstäckande förbund i Sverige som arbetar för barn, ungdomar och vuxna med AD/HD, DAMP och närliggande funktionshinder.

www.chadd.org, www.add.org CHADD, Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, USA, resp. National Attention, Deficit Disorder Association, USA, amerikanska intresseorganisationer.

www.advance.com/help/women och www.ncgiadd.org Hemsidor för information om ADHD hos kvinnor.

www.adhdnorge.no, norska ADHD-föreningen.

www.adhd.dk, danska ADHD-föreningen.

Appendix 1. Diagnoskriterier för ADHD

När man i en utredning tar ställning till om en person uppfyller kriterierna för en diagnos som ADHD jämförs individens beteende eller sätt att fungera utifrån vad som kan förväntas med personens intellektuella förutsättningar och sociala och kulturella livsomständigheter som bakgrund med kriterierna i manualen (DSM-IV). För uppfyllande av diagnos krävs att symtomen är funktionshindrande och inte bättre förklaras av något annat kroppsligt eller psykiatriskt tillstånd.

Kriterier för ADHD, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

För diagnos ADHD krävs enligt den svenska översättningen av DSM-IV att:

A. antingen (1) eller (2):

(1) minst sex av följande symptom på **ouppmärksamhet** har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån

- a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbete, yrkesliv eller andra aktiviteter
- b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter
- c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal
- d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna)
- e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
- f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor)
- g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t.ex. läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)
- h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
- i) är ofta glömsk i det dagliga livet

(2) minst sex av följande symptom på **hyperaktivitet-impulsivitet** har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån

- a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still
- b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund
- c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan det vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)
- d) har ofta svårt att utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla
- e) verkar ofta vara ”på språng” eller ”gå på högvarv”
- f) pratar ofta överdrivet mycket
- g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt
- h) har ofta svårt vänta på sin tur
- i) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar)

B. Vissa funktionshinderande symptom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet skall ha funnits före sju års ålder.

C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symptomen föreligger inom minst två områden (t.ex. i skolan/på arbetet och i hemmet).

D. Det måste finnas klara belegg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.

E. Symptomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller något annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre av någon annan psykisk störning.

Undergrupper:

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, ADHD i kombination:

Båda kriterierna A1 och A2 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna.

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, ADHD, huvudsakligen bristande uppmärksamhet:

Kriterium A1 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A2.

(Ofta förekommer förkortningen **ADD, Attention Deficit Disorder** som diagnostisk benämning för denna grupp.)

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, ADHD, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet:

Kriterium A2 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A1.

För personer, i synnerhet vuxna och ungdomar, med symptom som inte längre helt uppfyller kriterierna skall "i partiell remission" också anges.

ADHD-kriteriernas validitet för vuxna

Vetenskapliga översikter över ADHD hos vuxna slår fast att ADHD är en diagnos som har "ekologisk validitet", dvs en diagnos som har stor betydelse för en drabbad individ. ADHD kan diagnostiseras reliabelt och diagnosen har prognostisk betydelse.

Däremot finns det mycket lite vetenskaplig dokumentation om validiteten av de diagnostiska kriterierna för vuxna. Det innebär att det ännu inte finns något vetenskapligt belegg för att DSM-IV-kriterierna är de som bäst ringar vad som experterna menar är karakteristiskt för diagnosen ADHD hos en vuxen person, dvs funktionsnedsättande uppmärksamhets- och/eller impulsivitets-/överaktivitetsproblem.

DSM-IV kriterierna har använts i många studier av ADHD hos vuxna och de personer som identifierats med kriterierna visar sig ha betydande funktionsnedsättningar. Men också andra kriterier har använts (t.ex. "Utah-kriterierna") vilket man skall vara medveten om då man jämför resultat från olika studier.

Några kommentarer till kriterierna A-E:

Kriterium A: Minst 6 av 9 kriterier för ouppmärksamhet respektive överaktivitet-impulsivitet.. Denna "cut off-gräns" för diagnos är baserad på fältförsök med barn och framför allt pojkar i åldern 4 till 17 år. Någon motsvarande undersökning är inte utförd på vuxna och det finns inget vetenskapligt underlag för att påstå att det är just sex av kriterierna som utgör gräns för

ADHD hos en vuxen person. Det går heller inte att påstå att det sätt som vart och ett av DSM-symtomen är formulerade på är det som bäst karakteriserar vuxna med ADHD. Några är t.o.m. formulerade på ett för vuxna inadekvat sätt (saknar "face validity") som "springer ofta omkring, klänger eller klättrar", "har ofta svårt att utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla". Kriterierna formulerade måste, som beskrivs ovan, översättas till vad som karakteriserar problemen hos vuxna.

Det finns flera forskare som vid genomgång av diagnoskriterier för ADHD för vuxna påvisar att ett betydande antal personer med ADHD inte uppnår gränsen 6 symtom även om de har betydande funktionsnedsättning av sina ADHD-symtom. Vissa forskare har föreslagit att utfall på minst fyra kriterier borde räcka som gräns för diagnos. Man sammanfattar att DSM-IV kriterierna är stränga och att de inte identifierar alla vuxna med uppenbar funktionsnedsättning till följd av ADHD symtom eller som har behov av behandling. Inte minst är det risk att kvinnor med betydande problem till följd av ADHD inte identifieras.

Kriterium B: Vissa funktionshindrande symptom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet skall ha funnits före sju års ålder.

Utgångspunkten för detta kriterium är att ADHD-symtom visar sig tidigt i barndomen och, om symtomen uppstår senare i livet finns det sannolikt andra orsaker till dem. Med flera studier av barn och ungdomar liksom "ADHD field trails" har inte kunnat visa förekomst av funktionshindrande svårigheter före sju år hos alla barn som faktiskt har ADHD. Ännu svårare har det varit då det gäller vuxna. Det finns flera skäl till detta. Till exempel att det kan vara svårt att få tillförlitliga uppgifter om förhållanden tillbaka i tiden. Personen själv liksom personer i omgivningen kan ha svårt att minnas detaljer långt tillbaka. Vissa experter föreslår därför en vidare åldersavgränsning, som förekomst av problem före 12 års ålder, eller mer allmänt, i "barndomen".

Kriterium C: Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symptomen föreligger inom minst två områden.

För barn utgår man från att symtomen skall visa sig i både i hemmet och i skolan (rapporteras av föräldrar och lärare). Vuxna är involverade i många fler sociala sammanhang än barn. Man har olika sociala ansvar, ekonomiska åtaganden, skall klara föräldraskap och barnuppfostran, äktenskap, bilkörning, varför bedömningen av funktion ska värderas i relation till detta.

Kriterium D: Ett centralt kriterium för diagnos är att det måste finnas klara belegg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning ("there must be clear evidence of clinically significant impairment") socialt eller i arbete eller studier. Koncentrationssvårigheterna vid ADHD är tex definitionsmässigt inte en reaktion på stressande livssituation eller tillfällig belastning utan innebär att individen har en funktionsnedsättning sedan lång tid tillbaka. Denna funktionsnedsättning skall värderas i relation till den potential individen bedöms ha. Men många vuxna med ADHD har anpassat sitt liv till sina svårigheter så att de inte ständigt påminns om att de faktiskt hindras att leva upp till sin förmåga (lever ensam, har få vänner, orkar inte med viss typ av arbetsuppgifter). Andra exempel är att vuxna med ADHD kan ha lågt självförtroende, lägre utbildningsnivå eller mindre kvalificerat arbete än vad de egentligen har kapacitet för, fungerar bristfälligt på jobbet eller har problem med bilkörning. En erfarenhet är en del personer med ADHD som trots att de är välutbildade har stora svårigheter att behålla ett arbete.

Kriterium E: Symptomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller något annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre av någon annan psykisk störning.

Kriterium E ska förstås som att ADHD kan förekomma hos en person med autism liksom hos en person med utvecklingsstörning såvida utredningen klarlägger att symtomen på ADHD, tex koncentrationssvårigheterna, inte förklaras av personens autism respektive utvecklingsstörning.

DSM-manualen accepterar samtidig förekomst av andra psykiatriska diagnoser eller psykiska problem som uppförandestörning, antisocial personlighetsstörning, missbruk liksom ångest, depression och andra affektiva störningar.

Subtyper av ADHD hos vuxna:

DSM-IV delar in ADHD i tre undergrupper:

ADHD av kombinerad typ, då personen har såväl stora uppmärksamhetsproblem som överaktivitet och impulsivitet.

ADHD med huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet vilket är mycket ovanligt hos vuxna utan finns nästan hos yngre barn med en genomgående hög aktivitetsnivå men som ändå klarar att vara uppmärksamma på viktiga saker omkring dom.

ADHD med huvudsakligen bristande uppmärksamhet som är benämning då en person har stora uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter men som inte är överaktiv utan kan för omgivningen till och med te sig passiv. Det kan tyckas motsägelsefullt att även individer som inte alls är överaktiva ändå benämns med en diagnosterm där ordet hyperaktiv ingår. Därför föredrar många att använda förkortningen ADD, Attention Deficit Disorder, för denna grupp.

Symtomen som hänger samman med överaktivitet/impulsivitet, framför allt de synliga, tenderar att minska med åren medan uppmärksamhetsproblemen oftast finns kvar. Inte sällan stämmer problembeskrivningen av en person som haft ADHD av kombinerad typ i barnaåren, med ADHD med i huvudsak uppmärksamhetsstörning när man är vuxen.

Vissa personer upplever att de själva känner igen sig i beskrivningarna av olika subtyper beroende på dagsform, situation och stressnivå och att man ibland tycker sig präglad av sin otålighet och impulsivitet medan man andra perioder snarare genomgående är trög/långsam.

Funktionsnedsättning

För att diagnos ADHD ska kunna ställas måste ADHD-symtomen ge en funktionsnedsättning, dvs medföra att ens förmåga och prestationer i vardagen inte motsvarar vad man har kapacitet för. Hos många vuxna personer med ADHD är denna funktionsnedsättning uppenbar då ADHD-symtomen påverkar dem i de flesta miljöer och vardagssammanhang. Men ibland är det inte helt lätt att bedöma om en person har vad som i DSM-manualen benämns en "kliniskt signifikant funktionsnedsättning". Hur är det till exempel med en person som har hittat strategier för att klara sin vardag, och som med socialt stöd och acceptans fungerar bättre än många andra? Kan man ändå säga att den personen har en betydande funktionsnedsättning?

En individs prestationer är så varierande och beroende av typ av uppgift och miljö, att gränsen för när man skall bedöma att en person har en "signifikant" funktionsnedsättning i DSM-manualens mening inte är självklar. Flertalet vuxna med ADHD kan till exempel upprätthålla

uppmärksamheten under åtminstone kortare perioder, om uppgiften väcker individens intresse och det är en lugn och strukturerad situation. Därför är det risk för att en sådan persons svårigheter inte bli tagna på allvar vid kortare kontakter, till exempel vid ett läkar- eller psykologbesök.

Med ”kliniskt signifikant” funktionsnedsättning avses att en individ i sin vardag inte når upp till prestationer i nivå med sina förutsättningar och vad som kan förväntas i ens sociala och kulturella sammanhang. För de flesta vuxna med ADHD är funktionsnedsättningen tydlig, medan det för andra mer handlar om en inverkan på livskvalitet som för individen kan vara mycket betydelsefull. Vissa resursstarka individer med ADHD har kanske inte en funktionsnedsättning i relation till hur många andra människor fungerar, men däremot i relation till sin egen potential. Det är därför viktigt att analysera hur en person fungerar i olika sociala situationer för att värdera hur denne är påverkad.

För att bedöma om en person har en funktionsnedsättning behövs en genomgång av hur olika moment i personens vardag fungerar. Några exempel på hur olika delar av vardagen kan vara påverkad då en person har ADHD:

- Familjelivet: En bristande förmåga att planera och orka medför konflikter, då man inte upplevs ta sin del av hemarbetet. Man får förebråelser för att man inte hinner inte med barnen som man borde, glömmer överenskommelser och verkar allmänt distra.
- Arbete: Framgången i arbetslivet är inte i nivå med ens intellektuella resurser eller utbildning. Personen kan klara viss typ av arbetsuppgifter men vid krav på att till exempel ta sig an nya uppgifter, eller då man själv önskar att utveckla sina arbetssituation, går det inte. Kanske tar koncentrationskrävande uppgifter så mycket kraft att man hela tiden upplever sig fungera ”på marginalen”. För andra har det varit komplicerat att efter utbildning klara det arbete man utbildat sig för, man har ofta bytt jobb, haft svårt med auktoriteter eller svårt att hålla tider eller komma ihåg instruktioner.
- Privata relationer: ADHD påverkar relationerna med andra människor, man har ofta dåligt självförtroende, blivit besviken under uppväxttiden och vet inte alltid hur man ska ta kontakt med andra. Vissa har svårt med intimitet. Man blir ensam eller väljer kanske ett ensamliv och accepterar det för att slippa fler besvikelser och konflikter.
- Utbildning: Vissa personer når inte den utbildningsnivå som motsvarar deras intellektuella kapacitet.
- ADL: Även högt fungerande individer med ADHD kan ha svårt att sköta hemsysslor som att diska, stryka, städa, göra inköp, planera och genomföra matlagning, kostvanor, betala räkningar, hålla ordning på papper etc. Det handlar inte om vad individen kan göra utan vad de faktiskt får gjort.
- ”Quality of life”: Vardagsuppgifter kräver så mycket ansträngning att man ständigt upplever sig som ”utarbetad” och inte har energi över till vardagens glädjemen.

Appendix 2. Differentialdiagnostik och samsjuklighet

Vuxna med ADHD har mycket ofta andra problem än de som sammanhänger med ADHD. Det är omvänt inte ovanligt att personer som söker hjälp för sociala eller psykiatriska problem har ADHD. Samsjuklighet hos vuxna med ADHD är således snarare regel än undantag och innebär också att det sannolikt är många patienter inom psykiatrin som har ADHD utan att det uppmärksammas i tidigare kontakter.

Ångestsyndrom, depression, bipolär sjukdom (manodepressivitet), personlighetsstörningar (främst borderlinestörning och antisocial personlighetsstörning), Tourettes syndrom, autismspektrumtillstånd, och missbruksproblem är vanligare hos individer med ADHD än i normalbefolkningen. Det är också vanligare med olika typer av inlärningsproblem, t.ex. dyslexi, vid ADHD. Att samsjuklighet är så vanligt förekommande och innefattar så många olika typer av tillstånd för med sig att problembilden vid ADHD är mycket varierande. Det ställer krav på att utredaren har god allmänpsykiatrisk kunskap förutom kännedom om vad som karakteriserar ADHD hos vuxna.

Affektiva tillstånd

Det är mycket vanligt att vuxna personer med ADHD har en påtaglig "affektabilitet" med snabba svängningar mellan att vara "deppig", "nere", "uttråkad" och känslor av att vara uppåt, euforisk eller exalterad. Många har ett häftigt humör med emotionell känslighet, snabba humörsvängningar och ibland en känsla av att "tappa" kontrollen som kan vara skrämmande och ställer till problem i relation till personer i omgivningen.

Mer uttalade affektiva tillstånd förekommer hos vuxna med ADHD. Det gäller både depressiva och bipolära störningar.

Depression

Anpassningssvårigheterna, relationsproblemen och motgångarna som ADHD kan föra med sig påverkar stämningläget. Många känner uppgivenhet inför svårigheter i vardagen som tycks oöverbärliga, och vissa är belastade av traumatiska minnen.

Nedstämdhet av mer djupgående karaktär som inte kan förklaras som en reaktion på livsomständigheterna är betydligt vanligare hos personer med ADHD än hos andra. Depressionerna är ofta återkommande och atypiska. En klinisk erfarenhet är att deprimerade personer med oupptäckt ADHD blir ofullständigt hjälpta om inte ADHD uppmärksammas. De kan återfinnas bland patienter som uppfattas som "terapiresistenta" av sin behandlare.

Bipolära syndrom

Bipolärt syndrom och ADHD bör övervägas både som samsjuklighet och som differentialdiagnoser. Symtombilderna överlappar varandra i viss mån även om de i de flesta fall är möjliga att särskilja. Förhöjt stämningläge, grandios självbild, stegrat associationsflöde och forcerad handlingsberedskap kännetecknar den maniska fasen vid bipolärt syndrom, men inte ADHD.

Bland dem som tidigt insjuknat i bipolärt syndrom har en stor andel ADHD. Bipolärt syndrom har visats vara särskilt vanligt hos ungdomar med ADHD och uppförandestörning. Sannolikt förekommer denna kombination också hos vuxna,

Ångestsyndrom

Flera studier har visat att det är vanligt att personer med ADHD har ett eller flera ångestsyndrom. Det gäller såväl generaliserad ångest som paniksyndrom, social ångest och tvångssyndrom.

Missbruk

Riskerna för att utveckla missbruk eller beroende av alkohol och droger är förhöjda hos personer med ADHD och gäller främst dem som tidigt visat uttalade sociala anpassningssvårigheter. Kombinationen ADHD och olika former av antisociala problem ökar risken för tidig debut och intensivt och mer svårbehandlat missbruk. Sambandet mellan ADHD och missbruk har dokumenterats både i studier av populationer som definierats utifrån ett manifest drogproblem och i prospektiva undersökningar av individer med diagnostiserad ADHD i barndomen.

Under pågående missbruk är det mycket svårt att särskilja om symtom som koncentrationssvårigheter förklaras av ADHD eller är följder av missbruket.

Allvarliga sociala problem; kriminalitet, antisocial personlighetsstörning

Utvecklingen mot antisocial personlighetsstörning går i de flesta fall att spåra tillbaka till barnaåren. Redan i förskoleåldern har dessa personer förutom ADHD visat en stark konfliktbenägenhet, trots och aggressivitet. Under ungdomsåren har de med sin impulsivitet svårt att planera och inse konsekvenser av sina handlingar. Efterhand har de ett mönster av lättväckt irritation, aggressivt präglad handlande i konfliktsituationer, de hamnar ofta i slagsmål, kränker andras rättigheter, nonchalerar såväl egen som andras säkerhet och visar inte sällan brist på ångerkänslor. Det är dock viktigt att påpeka att den stora huvuddelen av vuxna med ADHD varken är antisociala eller kriminella.

Personlighetsstörningar

Det är vanligt att personer med ADHD uppfyller kriterier för en eller flera personlighetsstörningar framför allt emotionellt instabil personlighetsstörning hos kvinnorna, vilka kan förklaras och förstås utifrån ADHD-diagnosen.

Autismspektrumtillstånd

Ibland kan en person med ADHD misstänkas ha ett autismspektrumtillstånd till följd av sin bristande uppmärksamhet och impulsivitet som gör att personen tycks okänslig för andras sociala signaler. Andra personer med ADHD som blir överdrivet noggranna och omständliga i sin ambition att kontrollera sin bristande uppmärksamhetsförmåga kan av sådana skäl uppfattas ha autismrelaterade svårigheter.

Samtidigt är det inte ovanligt att personer med svåra ADHD-problem också har mer eller mindre tydliga problem inom autismspektrum. Till exempel har barn och ungdomar med svår ADHD ofta vissa symtom som man kan känna igen som "autistiska drag", i form av sociala interaktionssvårigheter, motoriska stereotypier, tendens att fastna för speciella intresseområden eller avvikelser i språkanvändning. När de kommer upp i unga vuxenår är det många gånger dessa symtom som har störst betydelse för individens sätt att fungera.

Personer med ett autismspektrumtillstånd har ofta stora koncentrationssvårigheter. De är inte delaktiga i det som sker runt omkring dem och de förstår inte det sociala skeendet som pågår. De fastnar för oväsentliga detaljer eller har svårt att bli motiverad för uppgifter som andra uppskattar och uppfattas därför ha svårt att koncentrera sig. I dessa fall förklaras

uppmärksamhetsproblemen av personens autism och är då av en annan natur än hos en person med ADHD.

I andra fall är det klart att en person med ett autismspektrumtillstånd kan ha stora uppmärksamhets- eller överaktivitetsproblem och att dessa inte enbart kan förklaras av deras autismsassocierade svårigheter. Då är det rimligt att använda två diagnoser, till exempel Aspergers syndrom och ADHD, för att ringa in att personen behöver hjälp för båda problemområdena.

Utvecklingsstörning

Stora koncentrationssvårigheter som ger misstanke om ADHD kan ibland förklaras av att personen inte förstår och därför inte kan vara delaktig i det som sker omkring honom/henne på grund av en utvecklingsstörning. Det är angeläget att utvecklingsstörning som förklaring till stora koncentrationssvårigheter utesluts i utredning av en person som har haft stora skolsvårigheter under uppväxten.

Inlärningssvårigheter som läs- och skrivsvårigheter, dyslexi

Personer med ADHD nästan alltid presterat sämre i skolan än vad de har intellektuella förutsättningar för och når en lägre utbildningsnivå än man kan förvänta. De har haft behov av mycket extra hjälp, gått i specialklass, slutat skolan utan att gå färdigt sin utbildning etc.

Många har haft särskilt svårt med att lära sig läsa och stava och tycker fortfarande som vuxna att läsning är jobbigt och man undviker att läsa om man inte måste. Läsproblem och koncentrationssvårigheter fortsätter att påverka varandra ömsesidigt på ett negativt sett fortsatt i vuxen ålder.

Tourettes syndrom

Det är mycket vanligt att personer med Tourettes syndrom också har ADHD. Tourettes syndrom definieras av förekomst av olika former av besvärande tics, dvs. ofrivilliga rörelser eller ljud.

Appendix 3. Frågeformulär

Frågeformulär som besvaras av den som utreds eller närstående är värdefulla komplement till intervjuer. Frågeformulär kan ge kvantitativa data som möjliggör jämförelse med normerade data och kan ge en bild av problemutvecklingen över tid vid upprepade mätningar.

Frågeformulär kan däremot aldrig användas isolerat som diagnostiskt instrument. De har generellt alltför svag specificitet och sensitivitet för att det skall vara möjligt. Tolkning av utfall i frågeformulär ska ske med försiktighet och kräver klinisk erfarenhet liksom basala kunskaper om psykometri. Frågeformulär bör i första hand ses som underlag för att i intervju ytterligare belysa vad som framkommer i svaren på formulärets frågor.

Personer har olika benägenhet eller förmåga att skatta sitt eget beteende i relation till hur en fråga ställs i ett formulär. Vissa tenderar att överskatta/överdriva sina problem, t.ex. på grund av en i övrigt belastande situation, medan andra vill uttrycka sig försiktigt. Hur man tolkar ord som ”ofta” skiftar mycket (som formuleringen ”har ofta problem med ...”).

I ett internationellt perspektiv finns det många frågeformulär och skattningsskalor utarbetade för att användas vid psykiatriska utredningar. För att de skall vara användbara för jämförande bedömningar krävs att de psykometriska egenskaperna är väl utprovade och dokumenterade. De flesta formulär som är aktuella vid vuxenutredningar saknar auktoriserad översättning och normativa data för svenska förhållanden. Detta måste beaktas när man t.ex. jämför resultat med angivna normvärden från utprovning i annat land.

Som utredare ska man vara medveten om att förmågan att skatta sitt eget beteenden är låg hos vissa personer med ADHD.

Exempel på användbara frågeformulär vid misstanke om ADHD

ADHD skattningsskalor

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) (Kessler et al, 2005) är ett kortfattat screeninginstrument för självskattning framtagen av WHO för skattning av ADHD symptom hos vuxna. Den finns i två versioner, en för screening som innehåller 6 frågor och om dessa ger anledning till att misstänka ADHD finns ytterligare 12 fördjupningsfrågor.

Skalan har nu en officiell översättning och finns tillgänglig på Internet på en rad olika språk, inklusive svenska (<http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>).

Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS) är en självskattningsskala för vuxna innefattar 30 frågor som speglar hur ADHD symptom kommer till uttryck hos vuxna. Den har 4 svarsalternativ från inte alls till väldigt mycket. Den kan användas med licens. Skalan finns också i en version med 66 frågor som berör också andra problemområden som är vanliga vid ADHD.

WURS (Wender Utah Rating Scale) är ett självskattningsformulär som innehåller 61 påståenden och är ett hjälpmedel för en vuxen person att beskriva sitt beteende i barndomen. Den finns i en kortare version ”Wender riktad ADHD symptom skala” (WRASS) mer specifikt fångar ADHD symptom. WURS är utformat utifrån de diagnoskriterier för ADHD som Wender och medarbetare utformat (”Utah kriterierna”) och berör fler områden än de som utgör ADHD enligt DSM. Förutom uppmärksamhetsvårigheter och hyperaktivitet/rastlöshet

innehåller det också sådant som frågor om instabilt stämningsläge, temperamentsutbrott, stresskänslighet, beteendeproblem i hemmet, i skolan och på fritiden, inlärningssvårigheter och motorikproblem. Skalan finns också i en version att besvaras av förälder till en vuxen person.

Brown ADD skala (Brown, 1996). Det är en skattningsskala som antingen kan användas som ett självskattningsinstrument eller i intervjuform. Skalan kan också fyllas i av en närstående. Den innefattar 40 items inom fem olika funktionsområden: a) organisation och prioritering, b) fokusering och uppmärksamhet c) aktivitetsnivå, d) frustrationstolerans e) arbetsminne. Således ingår frågor om svårigheter som inte inkluderas i diagnoskriterierna för ADHD. Skalan säljs via från Psykologiförlaget AB.

Datoriserade test

Olika datoriserade test för att mäta uppmärksamhet och impulsivitet har utvecklats. De kallas gemensamt för Continuous Performance Test och ger ofta flera andra mått som reaktionstid och variabilitet i reaktionstid. De finns av olika fabrikat med något olika utformning och resultatredovisning (Qb-test, T.O.V.A (Test of variables of attention) och Conners' Continuous Performance Test. Den främsta användningen av testen är att värdera effekten av medicinering vid ADHD.

Barndomsanamnes

5 – 15 (fem till femton), nordiskt formulär för utredning av barns utveckling och beteende innefattar 180 frågor som besvaras av föräldrarna. Det avser belysa områden som är viktiga för ett barns utveckling och sätt att fungera i åldrarna 5-15 år som motorik, uppmärksamhet, impulsivitet, planering, perception, minne, språkutveckling, kommunikation, inlärningsförmåga, problemlösningsförmåga, social kompetens, psykiska symptom samt tvångssymtom och tics. Formuläret är utformat och validerat för användning vid utredning av barn i åldern 5-15 år vilket man ska ha i åtanke vid då man använder det för "retrospektiv" anamnes.

Appendix 4. Psykologisk utredning

Avsikten med en psykologisk utredning som del i en diagnostisk utredning är att beskriva personens intellektuella eller kognitiva förutsättningar och att analysera om personens svårigheter kan förklaras och förstås utifrån kännedom om bakomliggande kognitiva funktionsnedsättningar. Utredningen ska klarlägga personens generella kognitiva nivå och betydelsefulla specifika kognitiva styrkor och svagheter. Hur den som utreds uppträder i utredningssituationen liksom hur man utför eller tacklar olika testuppgifter, ger kunskap om personens sätt att vara, personens "kognitiva stil" och därmed diagnostisk vägledning.

Den psykologiska utredningen innebär en "på tu man hand-situation" med personen som utreds, där personens kognitiva förmågor undersöks under optimala förhållanden, där testpersonen inte störs av något ovidkommande och får personlig instruktion med varierande och tidsbegränsade uppgifter. Även om vissa personer kan uppleva testsituationen som pressande, till exempel moment med tidtagning, är det ändå en situation som oftast passar en person med ADHD. De kognitiva svårigheterna blir oftast mer framträdande i situationer och miljöer med flera människor, otydliga förväntningar, stress och många intryck och valmöjligheter. Detta måste man som utredare ha i åtanke vid tolkning av testresultat.

Ett och samma symtom kan ha olika bakgrund hos olika personer. Till exempel kan sociala samspelssvårigheter hos personer med autismspektrumtillstånd, social fobi och ADHD ha olika neuropsykologiska förklaringar. Flertalet avvikelser som identifieras i psykologiska test är inte specifika för en diagnos. Vid ADHD finns nästan alltid bristande exekutiva funktioner liksom nedsatt arbetsminne, vilket också finns vid flera andra diagnoser till exempel Aspergers syndrom. Det innebär att resultaten av den psykologiska testningen inte kan tolkas diagnostiskt. Likafullt kan testresultaten vara av stor betydelse för förståelsen av den person som testas och kan öka personens möjlighet att förstå sina förutsättningar för till exempel studier och arbete liksom bakgrunden till tillkortakommanden under åren.

Generell kognitiv nivå

ADHD finns hos personer på alla begåvningsnivåer. En persons generella begåvningsnivå har förstås stor betydelse för hur man fungerar i vardagen, tex för hur man under skolåren förmått följa och ta till sig skolundervisningen eller som vuxen kan koncentrera sig i teoretiska arbetsuppgifter. För den som upplevt många skolmisslyckanden kan testresultat innebära en positiv information. Får man å andra sidan veta att man har en svag begåvning eller till och med en utvecklingsstörning kan det vara en omtumlande information, inte minsta att man får veta det först som vuxen.

Specifika styrkor och svagheter

En psykologisk utredning kan ge information om personens specifika kognitiva styrkor och svagheter, vad som brukar kallas personens kognitiva profil. Vid diagnoser som ADHD är denna profil ofta ojämn, det vill säga det finns en diskrepans mellan deluppgifter som individen klarar bra och andra som han/hon klarar sämre. Vissa resultat eller profiler är på grupp-nivå vanligare än andra vid ADHD, men behöver inte vara det hos den enskilde individen. Det finns ingen specifik profil i resultaten efter testning med till exempel WAIS-III som skiljer mellan personer med respektive utan ADHD. Därför måste tolkningen av den så kallade kognitiva profilen göras med försiktighet i relation till diagnos. Även alltför vittgående slutsatser av betydelsen av små variationer i profiler måste undvikas då det saknas vetenskapligt underlag för att kunna göra det.

Förutom individens kognitiva förutsättningar påverkar också miljöfaktorer, som en bristfällig skolgång, prestationerna i olika deltest.

Det är vare sig enskilda symtom eller testresultat utan den kliniska bilden som är avgörande för diagnos.

Uppläggning av den psykologiska utredningen

Ofta är det lämpligt att starta en psykologisk utredning med att utföra testning med Wechsler skalan för vuxna (WAIS-III eller WAIS-N) som ger en god översikt över begåvningsnivå. Utifrån vad som framkommer i denna och i den övriga utredningen har psykologen att ta ställning till behov av kompletterande utredning. Det finns alltså inga specifika test för att avgöra om en person har ADHD utan val av test bestäms av man kommer fram till är av angeläget att kartlägga.

Några exempel på funktioner som det kan vara värdefullt att analysera i kompletterande tester:

- exekutiva funktioner, arbetsminne och uppmärksamhetsförmåga
- perceptuella förmågor (visuella, auditiva, spatiala)
- inlärning och minne av olika typer av material
- expressiv motorisk och språklig förmåga
- logisk abstrakt resonemangsförmåga

Psykologen ansvarar för val av testinstrument utifrån syftet med utredningen, aktuell frågeställning och de hypoteser som formats. För val av specifika test se "Utredning och diagnostik av ADHD hos vuxna", Psykologiförlaget, 2006 och Neuropsykologiska utredningar av barn med AD/HD/DAMP och autismspektrumstörningar, Monografi nr 1 2003 från Sveriges Neuropsykologers Förening.

Appendix 5. Farmakologisk behandling av ADHD hos vuxna

Medicinering

I de fall då en person, trots adekvata anpassningsåtgärder, har kvarstående och begränsande ADHD-relaterade svårigheter bör läkemedelsbehandling övervägas.

Det finns flera vetenskapliga studier avseende effekter och biverkningar av läkemedelsbehandling av vuxna med ADHD även om dokumentationen är långt mindre omfattande än den är för barn. Olika översikter anger att 50 - 75% av vuxna med ADHD har god effekt av medicinering, dvs. något färre jämfört med hur det är för barn med ADHD och effektstorleken, eller minskningen av symtomen, är inte heller lika hög som vid behandling av barn, även om den är hög jämfört med effektstorlek vid behandling med flera andra psykofarmaka.

Mottagningsrutiner

För att medicinering ska fungera för personer med ADHD krävs en stabil behandlingsallians mellan patient och behandlare och att behandlaren har god kännedom om patienten och hennes/hans livssituation. Ibland är det personer som är väl motiverade för att inleda behandlingen men som kan ha svårt att upprätthålla behandling lång tid. Man förväntas ta sin medicin varje dag med krav på viss regelbundenhet i livsföringen (t.ex. tid på dagen då medicinen ska tas) och måste ofta, i varje fall i starten, stå ut med vissa biverkningar vilket sammantaget inte alltid är så lätt för en person med ADHD. Därför behöver patienten ha tät kontakt med den mottagning som ansvarar för medicineringen för uppföljning av behandlingsresultat och eventuella biverkningar. För att skapa kontinuitet i dessa kontakter visar erfarenheter att det är en stor fördel att det är en sjuksköterska som är lätt nå som ansvarar för dessa.

Hanteringen av läkemedlen som är aktuella är relativt enkel jämfört med många andra psykofarmaka. Men för att utnyttja dess effekt optimalt och balansera eventuella biverkningar krävs att ansvarig läkare skaffar sig stor erfarenhet av de läkemedel som kommer ifråga.

Aktuella läkemedel

De läkemedel som i Sverige är godkända för behandling av ADHD hos barn och ungdomar är Metylfenidat (Concerta® och Ritalin®) och Atomoxetin (Strattera®).

Inget av dessa läkemedel är idag godkänt av Läkemedelsverket för att inleda behandling av vuxna. Även om läkare, med de inskränkningar som beskrivs nedan, har möjlighet förskriva läkemedlen till en vuxen person får avsaknaden av godkännande för behandling av vuxna konsekvenser för det praktiska arbetet. Läkemedelsföretagen informerar inte läkare om ett läkemedel som inte är godkänt för en viss behandling. Fass-texten handlar i huvudsak om barnbehandling och fabrikanter framställer inte informationsmaterial om en behandling som de inte har godkännande för. Men det finns omfattande erfarenhet av behandling med läkemedlen både från vetenskapliga studier och från de länder där de är godkända för vuxenbehandling.

Centralstimulantia

Centralstimulantia i form av metylfenidat och amfetamin har funnits länge. Benämningen centralstimulantia är något oegentlig då det inte är en generellt stimulerande verkan på olika hjärnfunktioner som är dess huvudsakliga effekt. Andra substanser som har just CNS-stimulerande effekt (som efedrin) har ingen eller föga effekt på ADHD symtom.

Kortverkande centralstimulantia

Metylfenidat: Ritalin® tablett, 10mg.

Dexamfetamin: Metamina® tablett, 5 mg och Amfetamin® tablett, 5 mg (finns endast för licensförskrivning).

Dessa läkemedel har kort verkningstid (ca 4 timmar, med stora individuella variationer) och därför måste de tas flera gånger per dag för att ge effekt under en hel arbetsdag. En fördel med den korta verkningstiden är att den möjliggör anpassning av dosen till den enskildes speciella behov. Nackdelen med den korta verkningstiden är att personer, vars problem ofta är notorisk glömska, ska komma ihåg att ta sin medicin flera gånger per dag. Ju fler tillfällen man ska ta medicinen ju större risk att man glömmer att ta den. Dessutom upplever inte minst unga människor att det är belastande att behöva ta medicin till exempel under skoldagen. Därför är det en fördel att det nu finns medicin med längre verkningstid.

Centralstimulantia med förlängd verkningstid

Idag finns långverkande metylfenidat i form av kapsel Concerta® och kapsel Ritalin®. Ett nytt läkemedel Equasym Depot® kommer att introduceras på den svenska marknaden under 2007.

Concerta® finns som depottablett, 18 mg, 36 mg och 54 mg. Concerta® utnyttjar så kallad OROS-teknologi som medför att kortverkande metylfenidat i kapselns ytterhölje löses upp och ger en första koncentrationstopp av läkemedlet efter 1–2 timmar. Innehållet i två inre läkemedelsdepåer frisätts gradvis under de närmaste timmarna och maximal plasmakoncentration (läkemedelstillgång i blod) uppnås efter 6–8 timmar, varefter plasmanivåerna av metylfenidat successivt sjunker. Effekten av medicinen varar ca 8-12 timmar.

Tekniken har utvecklats för att motsvara kortverkande metylfenidat som tas 3 gånger om dagen och samtidigt minimera de fluktuationer i plasmakoncentrationer som uppträder med detta. Läkemedlet bryts helt ner under natten.

Kapsel Ritalin® finns i kapslar om 20, 30 och 40 mg. Kapslarna innehåller korn av snabbverkande metylfenidat (50% av den totala mängden metylfenidat) och resten korn med ”modifierad frisättning”. Efter intag av Ritalin® kapseln upplöses de snabbverkande kornen i kapseln och ger en initial maximal koncentration efter 1-2 timmar. Det metylfenidat som ingår i de modifierade kornen löses upp efter några timmar och genererar en andra topp i plasmakoncentrationen 5-6 timmar efter administrering. Effekten varar ca 6-8 timmar. Tidskurvan för plasmakoncentrationen av metylfenidat vid intag av Ritalin® kapslar liknar den profil som påvisats efter det att två kortverkande Ritalin® tabletter intagits med 4 timmars intervall.

Equasym Depot®, kommer att finnas i kapslar om 10, 20 och 30 mg. De har likartad konstruktion som Ritalin® men innehåller 30% snabbverkande metylfenidat.

Allmänt om centralstimulantia

Det är stora variationer mellan hur olika personer reagerar på dessa läkemedel. Farmakokinetiken (upptag och nedbrytning av läkemedlen) varierar mellan olika individer varför vissa personer har god effekt av en liten dos metylfenidat medan andra kräver betydligt högre dos. I tidigare riktlinjer angavs ofta en ungefärlig dos i relation till kroppsvikt men det finns idag dokumentation som visar att såväl absorption som nedbrytning kan variera femfalt mellan olika personer. Därför måste man analysera den kliniska effekten under insättande av medicinen och sträva efter att uppnå optimal verkan med ett minimum av biverkningar i stället för att utgå från fasta ordinationer i relation till vikt.

Den huvudsakliga skillnaden mellan de tre läkemedlen Concerta®, Ritalin® och Equasym Depot® är att patienten får olika mängder snabbverkande metylfenidat (kapsel Ritalin® innehåller 50 % snabbverkande metylfenidat, Equasym® 30% och Concerta® 22%). OROS-tekniken vid Concerta® medför att utsöndringen av metylfenidat sker under längre tid och patienten har effekt av metylfenidat längre tid under eftermiddag/kväll. För att uppnå en förlängd effekt på eftermiddagen vid behandling med kapsel Ritalin® kan tillägg av tablett Ritalin® på eftermiddagen vara nödvändig.

Läkemedelstillverkarna rekommenderar 60 mg metylfenidat som högsta dygnsdos då man inte systematiskt har utprovat högre doser. Läkare med stor klinisk erfarenhet av behandling av vuxna har funnit att vissa patienter behöver en högre dos för att optimal verkan ska uppnås. Observans på biverkningar vid medicinering med högre doser är förstås angelägen.

Dosering

Läkemedlen Concerta® respektive Ritalin® titreras upp till minsta effektiva dos. Börja med lägsta dos, av Concerta® 18mg eller Ritalin® kapsel 20mg. Mängden snabbverkande metylfenidat blir med detta 4mg resp. 10mg. Öka sedan med ca en veckas intervall med samma mängd tills optimal effekt uppnås. För att kunna värdera medicineffekt och minska initiala biverkningar är det lämpligt att det får gå minst en vecka mellan dosjusteringarna.

I vissa fall kan det vara en fördel med att starta med kortverkande metylfenidat (tablett Ritalin®) med den större möjligheten att styra medicineringen som det innebär, för att sedan övergå till långverkande preparat.

Eftersom Concerta® och Ritalin® finns tillgängliga i Sverige bör något av dessa läkemedel väljas före ett amfetaminpreparat om det inte finns tydliga skäl till annat val. Metylfenidat och amfetamin har något olika farmakokinetik och verkningsmekanism. Studier har visat att om inte metylfenidat ger effekt så kan ibland amfetamin göra det och vice versa.

Strattera®

Atomoxetin (Strattera®) är godkänt i Sverige för behandling av barn med ADHD. Strattera® som verkar via återupptagshämning av noradrenalin har således annan verkningsmekanism än metylfenidat. Läkemedlet bedöms inte ha någon missbruksrisk. Strattera® tas som endos och har effekt över hela dygnet. Effekten kommer relativt långsamt och man kan inte vänta sig full verkan förrän efter ca 4-6 (8) veckor.

Dosering

Den rekommenderade startdosen är 40 mg/dygn (eller 0,5 mg/kg kroppsvikt) som behålls under minst sju dagar innan doshöjning görs. Detta för att minska risk för biverkningar och

för att se hur patienten reagerar på läkemedlet. Rekommenderad underhållsdos för en vuxen person är 80 mg/dygn (eller 1,2 – 1,5 mg/kg kroppsvikt). Effekt och säkerhet av högre doser än 120 mg har inte utvärderats systematiskt.

Andra läkemedel

Ett flertal andra läkemedel har visats kunna påverka symtomen vid ADHD men inget har sådan dokumenterad effekt att de kommer ifråga annat än i speciella fall vilka bör överlämnas till expert.

Biverkningar

Det är viktigt att innan behandlingen startar noggrant informera patienten (och eventuellt närstående) om vanliga biverkningar av läkemedlet. Mottagningen måste ha rutiner för uppföljning av biverkningar och för hur personen kan få svar på sina frågor om medicinen. Annars är det risk att otåliga personer som väntar sig snabb effekt ger upp då man i starten kanske mest upplever biverkningar och få positiva effekter.

Centralstimulantia

Biverkningar i form av magbesvär som minskad aptit, illamående, magont är vanligt framför allt under första veckornas behandling liksom negativ påverkan på sömn. Annat är huvudvärk, hjärtklappning och tics.

Lindriga psykiska biverkningar är relativt vanliga i ett inledande skede i form av sänkt sinnesstämning med gråtmildhet eller depressiva känslor men de brukar försvinna efter några veckor. Reboundfenomen, dvs att personen upplever trötthet blandat med irritabilitet och rastlöshet då medicinverkan försvinner på kvällen är inte ovanligt och kan av vissa personer upplevas obehagligt.

Oro, överaktivering, exaltation, förvirring förekommer i sällsynta fall. Dessa mer allvarliga psykiska biverkningar motiverar nära kontakt mellan patient och mottagning och kan hindra fortsatt medicinering.

Strattera®:

Vanligt i inledningen av behandlingen är trötthet, minskad aptit, ont i magen och illamående. I de flesta fall försvinner besvären efter en tids behandling. På samma sätt som för metylfenidat har Strattera® viss hjärtpåverkan och detta måste följas vid kontroller. Leverpåverkan har dokumenterats i några fall. Vid behandling av vuxna har svårigheter att kasta vatten och sexuella biverkningar förekommit.

Som för många andra psykofarmaka har olika psykiatriska biverkningar rapporterats som aggressivitet, emotionell labilitet och självmordsrelaterade beteenden (självmordsförsök och självmordstankar).

Handläggningsrutiner vid medicinering

Medicinska undersökningar innan behandlingsstart

Då aktuella läkemedel har viss hjärtpåverkan ska förskrivande läkare anamnestiskt utesluta hjärtsjukdom och hereditet för plötslig hjärtdöd samt inför behandlingsstart kontrollera blodtryck och vilopuls. Med tanke på aptitpåverkan är det lämpligt att kontrollera vikt vid behandlingsstart.

Målsättning med behandling

Målsättningen med läkemedelsbehandlingen är att uppnå maximal effekt av läkemedlet med så få biverkningar som möjligt. För att kunna värdera effekt och förekomst av biverkningar krävs nära kontakt mellan patient och förskrivande mottagning, både genom telefonkontakt och genom besök. Utvärdering av medicineffekt bör ske genom muntliga rapporter och svar på skattningsformulär.

Rutiner kring insättande/uppföljning

Förslag till uppföljningskontakter:

- Sjuksköterskekontakt en vecka efter varje dosjustering inför ställningstagande till ändrad dos.
- Mottagningsbesök med kontroll av blodtryck, puls och ev. vikt efter en vecka och efter 3 veckor. Kontroller därefter är beroende på initial effekt på nämnda parametrar.
- Återbesök hos läkare efter sex veckor och sedan var tredje månad. Vid stabil och okomplicerad behandling av patient som är noggrann med att sköta medicineringen kontroll (ev hos sjuksköterska) ungefär var sjätte månad. Då ska också kontroll av blodtryck och puls och bedömning av biverkningar göras.
- Senast efter två års medicinering ställningstagande till utsättning av medicinen för att värdera behov av fortsatt medicinering.

Kontraindikationer

Missbruk

I USA har det rapporterats att det inte är ovanligt att ungdomar experimenterar med ADHD-läkemedel för att uppnå någon form av berusning. Det beskrivs att man blandar läkemedlet med alkohol till en drog i berusningssyfte eller att man drar in krossade metylfenidat- och amfetamintabletter i näsan för att uppnå den euforiska effekt man inte får om man tar dem via munnen. Även om det sannolikt är få personer som missbrukar ADHD-läkemedel i egentlig mening, är vetskapen om att det förekommer att läkemedlen efterfrågas av missbrukare eller av personer som vill berusa sig, tillräckligt för att receptförskrivningen måste ske med ytterst noggrann uppföljning.

Det absolut vanligaste missbruket hos personer med ADHD är alkoholmissbruk. Det finns få vetenskapliga data eller rapporterade erfarenheter om vad det betyder om personer med pågående alkoholmissbruk behandlas med ADHD-läkemedel. Den faktor som är viktigast i denna situation är sannolikt den opålitlighet som en person med pågående missbruk har, och som gör att man tar sina mediciner på ett nyckfullt sätt när ”drogsug” uppstår. Därför måste utgångspunkten vara att behandling med centralstimulantia inte kan genomföras så länge personens missbruk är okontrollerat.

För individer som lyckats bemästra sitt missbruk hamnar behandlande läkare i en gränsdragningsproblematik t.ex. vad gäller hur länge man lyckats avhålla sig från missbruket. Många av dem som har störst problem, och som mest behöver aktiv behandling, har missbrukserfarenheter. Det finns idag erfarenheter av framgångsrik behandling med centralstimulantia under noggrant kontrollerade former av motiverade patienter med ADHD och missbruksproblem. För patienter som förmår uppfylla kraven på drogfrihet (vidimerat genom prover) kan läkemedelsbehandling förmodligen underlätta en fortsatt avhållsamhet från missbruk.

Hjärtsjukdom

Både centralstimulantia och Strattera® har en viss hjärtstimulerande verkan. Efter plötsliga dödsfall som drabbat några personer (barn och vuxna) som behandlats med ett amfetaminpreparat, Adderall®, är det inte längre tillgängligt i Kanada. Preparatet finns inte i Sverige men uppgifterna har ytterligare tydliggjort vikten av att vara noggrann med att ta anamnes på hjärtfunktion och ärftlighet för hjärtproblem (i första hand ”plötslig hjärtdöd”) och att kontrollera blodtryck före förskrivning av dessa läkemedel.

Psykosjukdom

Att amfetamin i höga doser kan utlösa psykoser är väl känt från missbruksvården. Det finns också rapporter om att centralstimulantia i terapeutiska doser har utlöst psykotiska symtom hos en psykosbenägen individ. Det innebär att manifesta psykossymtom bör ses som absolut kontraindikation för behandling med centralstimulantia. Tidigare psykoser t.ex. övergående missbruksinducerade psykoser, som ligger flera år bakåt i tiden, innebär avvägningsproblem, där försiktighet är på sin plats. Stabiliserad manodepressiv sjukdom utgör inte hinder för behandling med centralstimulantia.

Depression

Centralstimulantia och Strattera® skall ges med försiktighet till patienter med svår depression, svår ångest eller med aktuella suicidtankar, eftersom det kan finnas risk för försämring av dessa tillstånd.

Epilepsi

Det har funnits misstankar om att behandling med centralstimulantia sänker kramptröskeln och ökar risken för epileptiska anfall hos barn med kramphenägenhet. Därför har rådet varit försiktighet med denna medicinering till barn med epilepsi. Nyare studier har inte kunnat belägga dessa misstankar utan istället visat att barn med välinställd epilepsi och ADHD kan ha god effekt på ADHD-symtomen av behandling med centralstimulantia. Kunskapen om förhållanden hos vuxna med epilepsi eller annan hjärnskada eller CNS-sjukdom är mindre varför försiktighet måste tillrådas såväl vid medicinering med centralstimulantia som med Strattera®.

Tics.

Centralstimulerande läkemedel har satts i samband med uppkomst eller försvårande av motoriska och verbala tics. Utveckling av tics skall därför följas under behandlingen och utlösande/accentuerande av tics kan i vissa fall motivera dosreduktion eller behandlingens avbrytande. Vid behandling av barn med Strattera har studier visat minskning av tics.

Aktuella riktlinjer från Läkemedelsverket för behandling av vuxna med centralstimulantia

Det är endast läkare med specialistkompetens i barn- och ungdomspsykiatri eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering som idag kan förskriva Concerta® och Ritalin®. För andra läkare gäller antingen att läkaren kan beviljas individuell dispens efter ansökan till Läkemedelsverket eller att läkaren söker licens för att få behandla en aktuell patient. Vid behandling med amfetaminpreparat krävs att ansvarig läkare söker licens hos Läkemedelsverket för varje patient. Dessa inskränkningar gäller inte Strattera®.

I sin ansökan för att få individuell licens för medicinering av en bestämd patient ska läkaren dokumentera att diagnosen är välgrundad, att det föreligger en stark indikation för behandling, att man uteslutit kontraindikationer och att man som förskrivande läkare har möjlighet att kontrollera medicineringen.

Behandlingen skall påbörjas och följas upp av en specialist i allmän psykiatri med erfarenhet av ADHD. Om sådan erfarenhet saknas bör behandlingen initieras och följas upp i samråd med läkare (vuxen- eller barnpsykiater) med sådan erfarenhet. Om behandlingen inte genomförs vid psykiatrisk klinik ska den ske i samråd med specialist vid sådan klinik, som vid behov kan överta ansvaret för vården (receptförskrivning när mottagningen har stängt etc).

Läkemedelsbehandling av ADHD vid missbruk

Förekomst av ADHD bland missbrukare är högre än bland andra. Ungdomar med ADHD och allvarliga sociala problem under barndom och tonår löper förhöjd risk att hamna i alkohol- och narkotikamissbruk. Forskningen har visat att denna grupp har en tidigare debut av sitt missbruk. Det finns erfarenheter som visar att för individer med missbruk och beroende så innebär igenkännande, stöd och behandling av eventuella ADHD-problem större möjligheter att ta sig ur missbruket.

Förekomsten av betydande ADHD-problem bör undersökas inför behandlingsinsatser för en individ som har alkohol- eller narkotikaproblem. Inom den specialiserade beroendevården bör screening av ADHD ingå som en del av grundutredningen av nya patienter. Om screening ger misstanke om att patienten har ADHD bör en fullständig utredning alltid göras. Utredningen kan i de allra flesta fall genomföras i öppenvård men förutsättningen är att patienten är drogfri under utredningen. Det krävs för att rätt kunna bedöma personens symtom och funktionsnivå. Ibland lyckas personen trots ansträngningar inte helt avstå från droger, och i dessa fall kan det ibland behövas kompletterande utredning i sluten vård, antingen under en behandlingshemsvistelse eller under inläggning på en missbruksavdelning.

Kliniska erfarenheter av medicinering med metylfenidat (Concerta®, Ritalin®) och atomoxetin (Strattera®) är positiva och visar att många personer uppnår en drogfrihet för första gången på lång tid.

Insättande av läkemedel för en person med ADHD och missbruk kräver en tät kontakt med den aktuella mottagningen för medicinhämtning, drogkontroller och individuell dosanpassning. Lämpligast deponerar personen sin medicin på mottagningen för utdelning, till att börja med 2-3 ggr i veckan. Under insättningsfasen kan drogsug uppstå men risken för återfall kan ofta pareras av en tät kontakt med mottagningen. Insättningen följer i princip den som gäller för vuxna utan missbruk, men vanligen med något högre slutdos för personer med tidigare missbruk.

För att läkemedelsbehandling vid ADHD hos personer med alkohol- eller narkotikaberoende ska bli framgångsrik måste de ges tillsammans med psykosociala insatser, till exempel färdighetsträning och/eller återfallsprevention. Många har under lång tid behov av fortsatt stöd, i vissa fall ett omfattande sådant.