



Nationella riktlinjer 2024:

Adhd och autism

**Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser
i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten**

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN: 978-91-7555-629-1

Artikelnummer: 2024-3-8958

Foto: Copyright (c) Folio Images. Personerna på bilden har ingen koppling till innehållet.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2024

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård och stöd vid adhd och autism. Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Använd dem som underlag för öppna och systematiska prioriteringar: Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade insatser än till lågt prioriterade. Prioriteringen bygger på bästa tillgängliga kunskap, och när samma kunskap finns i hela landet blir insatserna mer jämlika. Ökad kunskap minskar också stigmatisering och ökar toleransen för olikheter i samhället.

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

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

Sjukvårdsregioner, enskilda regioner, kommuner, intresseorganisationer och andra har lämnat värdefulla synpunkter på den första versionen av riktlinjerna, som publicerades 2022. Vi har tagit hänsyn till alla synpunkter innan vi tagit ställning till den nuvarande versionen. I denna version har vi också lagt till rekommendationer om bland annat kognitivt och kommunikativt stöd samt positivt beteendestöd.

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

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Gör tidiga insatser – och utredningar som pekar framåt	6
Samordna de många kontakterna	6
Kombinera olika insatser	7
Prioritera utsatta grupper.....	7
Om de nationella riktlinjerna.....	9
Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare och chefer	9
Fokus på frågor som kräver särskild vägledning	10
Rekommendationer med olika prioritet	11
Socialstyrelsen utvärderar med indikatorer och målnivåer	13
Hänsyn till barns rättigheter	14
Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna	14
Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030	15
Utgångspunkt: dagens vård och stöd	16
Vad är adhd och autism?.....	16
Funktionsnedsättningarna är vanliga – och kunskapen ökar	17
Många har komplex problematik	18
Dagens vård och stöd vid adhd och autism	19
Rekommendationer.....	23
Huvudbudskap: individanpassade utredningar och insatser i rätt tid	24
Del 1: Organisation och samverkan	25
Del 2: Individanpassade insatser	38
Att implementera de nationella riktlinjerna	61
Att implementera effektivt.....	61
Exempel på risker och svåra frågor.....	63
Etiska principer för prioritering	64
Kompletterande stöd	66
Projektorganisation.....	72
Referenser	78
Bilaga 1. Översikt av rekommendationer.....	85
Bilaga 2. Översikt av indikatorer	103

Bilaga 3. Versionshistorik	107
Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben ...	108

Sammanfattning

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

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

Gör tidiga insatser – och utredningar som pekar framåt

En stödjande omgivning och tidiga insatser kan minska svårigheterna. Rätt insatser är också viktiga för att förebygga till exempel depression, skolfrånvaro, skadligt alkohol- och narkotikabruk och försämrad fysisk hälsa. Vänta därför inte på en neuropsykiatrisk utredning, utan ge stöd så snart som möjligt till dem som behöver det. För en del räcker anpassningar i vardagsmiljön eller skolan, men ofta behövs insatser från flera verksamheter i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Samtidigt är det viktigt att inte fördröja en neuropsykiatrisk utredning – den ökar chansen till rätt insatser. Du som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården behöver säkerställa att utredningarna följer vissa grundprinciper. De bör vara anpassade till individens behov och utföras av personal med adekvat kompetens och erfarenhet (minst en läkare och en psykolog). De bör utgå från individens styrkor, svårigheter och funktionsförmågor, och peka framåt mot de insatser som behövs.

Ibland räcker relativt avgränsade utredningar, medan större utredningar behövs när problematiken är mer komplex. Man behöver dock alltid vara öppen för flera möjliga diagnoser. Med hjälp av individanpassningen kan utredningarna förbättras och effektiviseras, så att fler får en korrekt diagnos och lämpliga insatser.

Samordna de många kontakterna

Insatserna för personer med adhd eller autism behöver hållas ihop och vara kontinuerliga – från misstanke om funktionsnedsättning till uppföljning. För detta behövs tydliga rutiner för samverkan mellan bland annat primärvården,

den specialiserade psykiatrin, beroendevården, habiliteringen, socialtjänsten, förskolan, skolan och elevhälsans medicinska och psykologiska insatser. Även kriminalvården och Statens institutionsstyrelse kan behöva delta i samverkan, som är särskilt viktig kring personer med komplexa behov.

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

Kombinera olika insatser

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

- **Kognitivt stöd** hjälper många med adhd eller autism att till exempel planera och genomföra aktiviteter. Detta är ofta aktuellt att pröva redan före en eventuell diagnos.
- Personer som har fått en diagnos eller deras vårdnadshavare bör få **psykoedukation** – utbildning för att hantera funktionsnedsättningen.
- **Positivt beteendestöd (PBS)** kan bidra till en positiv utveckling för personer med autism och utmanande beteende.
- **Kognitiv beteendeterapi (KBT)** kan hjälpa ungdomar och vuxna med adhd att hantera känslor och impulser. För personer med autism kan KBT framför allt lindra ångest.
- Både barn och vuxna med adhd kan ha stor nytta av **läkemedel** som förbättrar uppmärksamheten och koncentrationen. Adhd-läkemedel ska alltid kombineras med andra insatser och följas upp regelbundet.

Prioritera utsatta grupper

Du som beslutar om resurser behöver särskilt prioritera utsatta grupper, till exempel personer med intellektuell funktionsnedsättning, svåra psykiska sjukdomar eller annan komplex problematik. Fler personer med alkohol- och narkotikaproblem behöver också få neuropsykiatrisk utredning samt vård och stöd för adhd eller autism – även läkemedel när det är aktuellt.

Dessutom finns andra grupper där funktionsnedsättningarna ofta missas, såsom personer med annat förstaspråk än svenska, äldre och personer med adhd utan överaktivitet och impulsivitet (add). Fler skulle också kunna få bättre hjälp om socialtjänsten kunde uppmärksamma tecken på funktionsnedsättning mer, och anpassa sina insatser till det.

Vidare finns stora regionala skillnader i vården och stödet till personer med adhd och autism i Sverige. Många får till exempel vänta länge på tidiga insatser och på en neuropsykiatrisk utredning när det behövs.

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

Om de nationella riktlinjerna

Dessa riktlinjer gäller vård och stöd till barn och vuxna med adhd eller autism, eller en misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Du som beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att prioritera eller avveckla.

Det här dokumentet – *Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten* – innehåller följande delar:

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

Denna version ersätter riktlinjerna från 2022.

➔ **Läs mer:** På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande delar av riktlinjerna, bland annat en detaljerad rekommendationslista i Excelformat, kunskapsunderlaget för samtliga rekommendationer och en indikatorrapport. Se socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/adhd-autism. I riktlinjepaketet kommer även utvärdering och eventuellt nationella målnivåer att ingå framöver.

Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare och chefer

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

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

- primärvården (inklusive barnhälsovården, mödrahälsovården, ungdomsmottagningar och första linjens psykiatri)
- barn- och vuxenpsykiatri
- barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM)

- elevhälsans medicinska och psykologiska insatser
- habiliteringen
- individ- och familjeomsorgen
- funktionshinderomsorgen (inklusive socialpsykiatri)
- äldre vården och äldreomsorgen
- beroendevården
- kriminalvården
- Statens institutionsstyrelse (SiS).

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

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

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

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

Riktlinjerna kan också vägleda personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten i vården och stödet för enskilda personer. Personalen behöver dock även ta hänsyn till patientens eller brukarens särskilda önskemål och den egna professionella kunskapen.

Fokus på frågor som kräver särskild vägledning

Riktlinjerna tar upp ett urval av relevanta frågor för dig som beslutar om resurser. De kan kompletteras av flera andra kunskapsstöd, bland annat vård- och insatsprogram för adhd och olika typer av stödmaterial från Socialstyrelsen (se vidare kapitlet [Kompletterande stöd](#)). Vi har relevant material för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, även om inte allt gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar specifikt, utan till exempel utgår från behovet av olika sociala insatser.

Riktlinjerna är avgränsade till adhd och autism, eftersom allt fler får dessa diagnoser och vägledningsbehovet kring vård och stöd är stort [1-3]. En stor del av patienterna i psykiatri har till exempel någon av diagnoserna i dag.

Dessutom har många som kommer i kontakt med socialtjänsten den här typen av funktionsnedsättningar, med eller utan fastställd diagnos. Att vi ger rekommendationer om adhd och autism samlat beror på att symtomen ofta överlappar, och att samma vårdenheter ofta utreder båda funktionsnedsättningarna. Insatserna är också liknande, samtidigt som det finns viktiga skillnader. Riktlinjerna tar även upp insatser för personer med en misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, utan diagnos.

Vidare fokuserar vi på svårigheter och inte på styrkor vid adhd och autism, som de kommer till uttryck i samhället i dag. Vi fokuserar särskilt på frågor om sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning, effektiv samverkan och kompetensutveckling. Urvalet bygger bland annat på en behovsinventering, där många intressenter gav synpunkter och förslag på innehåll.

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

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

➔ **Läs mer** om hur vi har avgränsat riktlinjerna i webbilagan [Metodbeskrivning](#).

Rekommendationer med olika prioritet

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

Tabell 1. Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1-10	Insatser som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten bör eller kan erbjuda, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).

Typ av rekommendation	Beskrivning
FoU	Insatser som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap.
Icke-göra	Insatser som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten inte bör utföra alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

Effektiva insatser vid svåra hälsotillstånd prioriteras högst

Prioriteringen bygger på nyttan och riskerna med de olika insatserna på gruppnivå, enligt forskning och erfarenhet hos experter – den bästa tillgängliga kunskapen. Många viktiga insatser för personer med adhd och autism saknar tillräckligt forskningsstöd. Dessa riktlinjer bygger därför till stor del på erfarenhetsbaserad kunskap, som vi har samlat in genom en systematisk konsensusprocess med drygt 500 yrkesverksamma.¹

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

Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom eller funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet. Socialstyrelsen bedömer att adhd har *måttlig till stor svårighetsgrad*, medan autism har *stor svårighetsgrad*. En del har andra samtidiga svårigheter som höjer svårighetsgraden till *mycket stor*. Detta är dock generella bedömningar på gruppnivå, och svårighetsgraden påverkas samtidigt av individuella och sociala faktorer, liksom av samhällets krav och anpassningar. Både adhd och autism är funktionsnedsättningar som kommer till uttryck inom ett spektrum. Det behöver du ta hänsyn till när du läser våra rekommendationer, och generellt prioritera utsatta grupper med komplexa behov – även när en rekommendation gäller hela gruppen med adhd eller autism.

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

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

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

➔ **Läs mer:**

- I kapitlet Att implementera de nationella riktlinjerna finns mer information om prioriteringsprinciperna. Se avsnittet [Etiska principer för prioritering](#).
- I webbilagan [Metodbeskrivning](#) beskriver vi metoden för prioriteringsprocessen mer i detalj, och hur vi har bedömt svårighetsgraden för adhd och autism.

Socialstyrelsen utvärderar med indikatorer och målnivåer

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

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

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

Indikatorerna i denna version av riktlinjerna utgår från den första versionen från 2022, med hänsyn till de synpunkter som kommit in. För rekommendationer som är nya i denna version från 2023 finns ännu inga indikatorer, men vi planerar att lägga till dem i samband med utvärderingen.

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

➔ **Läs mer:**

- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna för adhd och autism.
- Indikatorerna redovisas mer utförligt i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Hänsyn till barns rättigheter

Barnkonventionen gäller som svensk lag,² och dess principer uttrycks i flera svenska författningar, bland annat i patientlagen (2014:821). Där finns till exempel bestämmelser om barnets bästa, skyldigheten att ge information och betydelsen av ett barns inställning till vård och behandling.

Barnperspektivet har genomsyrat arbetet med dessa riktlinjer, och experter med dokumenterad barnkompetens har deltagit i alla delar. Experterna har erfarenhet från olika verksamheter där barn med adhd eller autism kan få vård, till exempel elevhälsans medicinska och psykologiska insatser, barnhälsovården, habiliteringen och barn- och ungdomspsykiatrien.

Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen haft dialog med

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

Sjukvårdshuvudmännen och RSS har också nominerat experter till de olika sakkunniggrupperna i riktlinjearbetet. Dessutom har sakkunniga på Socialstyrelsen bidragit i riktlinjearbetet. Se vidare kapitlet [Projektorganisation](#).

² Se lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030

Socialstyrelsens arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. I vården och stödet vid adhd och autism är det tydligt att hälsa, jämlikhet och andra samhällsliga mål hänger ihop och är beroende av varandra. Dessa riktlinjer bidrar till att nå främst mål 3 (god hälsa och välbefinnande), mål 4 (god utbildning för alla) och mål 10 (minskad ojämlikhet) i Agenda 2030.

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

Utgångspunkt: dagens vård och stöd

Vad är adhd och autism?

Adhd och autism är funktionsnedsättningar som innebär olika typer av svårigheter i vardagen (se rutan). Hur hindrande funktionsnedsättningen blir för en enskild person beror dock på den omgivande miljön och dess krav, och på vilket stöd personen får. I ett samhälle som är inkluderande för alla behöver flera av svårigheterna inte uppstå, och individernas styrkor kan tas tillvara bättre. Adhd och autism tar sig olika uttryck i olika delar av livet, och graden av funktionsnedsättning kan variera stort.

Typiskt för adhd:

- svårigheter att fokusera och bibehålla uppmärksamheten
- svårigheter att hantera impulser
- överaktivitet.

Om överaktivitet och impulsivitet saknas kallas adhd också add, eller adhd, huvudsakligen uppmärksam form.

Typiskt för autism:

- begränsad förmåga till social kommunikation
- begränsade, repetitiva mönster i beteende, intressen eller aktiviteter.

Adhd och autism förekommer ofta samtidigt, och svårigheterna överlappar delvis. Samtidigt finns viktiga skillnader, och i vissa fall stora motsättningar. Till exempel kan personer med adhd söka extra stimulans från omgivningen, medan många med autism föredrar färre sinnesintryck och tydliga rutiner.

Både adhd och autism är *utvecklingsrelaterade* funktionsnedsättningar: de påverkar utvecklingen från barndomen och varar i allmänhet livet ut. I Sverige beskrivs funktionsnedsättningarna ofta också som *neuro-psykiatriska*, ett begrepp som även brukar inkludera till exempel tics och Tourettes syndrom, och ibland språkstörningar, läs- och skrivsvårigheter och intellektuell funktionsnedsättning.³

³ *Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar* motsvarar i princip engelskans *neurodevelopmental disorders*. Engelskans *neuropsychiatric disorders* är däremot ett vidare begrepp, som även kan inkludera till exempel demensjukdomar. Socialstyrelsen använder termen *neuropsykiatriska funktionsnedsättningar* i dessa riktlinjer eftersom den fortfarande är mest använd på svenska, även om begreppet saknar en enhetlig definition.

➔ **Läs mer:**

- Diagnosmanualen DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) listar diagnoskriterierna för adhd och autism [7]. I den senaste versionen, DSM-5, heter *autism spectrum disorder (ASD)* endast *autism* på svenska. I den tidigare versionen (DSM-IV) fanns flera diagnoser, bland annat Aspergers syndrom och autismliknande tillstånd, som nu är sammanförda till den övergripande diagnosen autism.
- Adhd och autism beskrivs närmare i flera tidigare rapporter från Socialstyrelsen [3, 8].

Funktionsnedsättningarna är vanliga – och kunskapen ökar

Adhd och autism är vanliga funktionsnedsättningar, som finns i alla delar av världen [9]. Orsakerna är inte helt kända, men både ärftliga faktorer och omgivningens krav och förväntningar spelar stor roll. Diagnoserna är väletablerade och har funnits i minst 30 år [10]. I världen beräknas att

- omkring 5–7 procent av alla barn har adhd [11-14]
- omkring 3 procent av alla vuxna har adhd (det är vanligare hos yngre än hos äldre) [15, 16]
- omkring 1–2 procent av alla barn och vuxna har autism [17, 18].

Allt fler har fått diagnosen adhd eller autism i Sverige det senaste decenniet [1, 2, 19]. Ökningen kan bero på ökad kunskap och medvetenhet, både i hälso- och sjukvården, i skolan och hos allmänheten. Diagnoskriterierna har delvis också breddats, så att fler omfattas [20, 21] och fler får en neuropsykiatrisk diagnos i stället för en annan diagnos. Symtomen på adhd och autism har däremot inte blivit vanligare [10, 20]. Samtidigt är det möjligt att både överdiagnostisering och underdiagnostisering förekommer.

Fortfarande finns också många ogrundade föreställningar om vad adhd och autism är, och vilken behandling som fungerar. En del har upplevt ett fördomsfullt bemötande från allmänheten och ibland från personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Sådana erfarenheter kan leda till att personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar undviker att söka vård och stöd.

- ➔ **Läs mer:** Diagnosernas historik beskrivs närmare i två konsensusuttalanden från internationella respektive europeiska experter [10, 22].

Många har komplex problematik

Vanligt med flera sjukdomar eller funktionsnedsättningar samtidigt

Det är mycket vanligt att personer med adhd eller autism samtidigt har andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Några exempel är

- adhd och autism i kombination⁴
- intellektuell funktionsnedsättning
- trotssyndrom
- andra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, som tics, Tourettes syndrom, dyslexi och språkstörning
- psykiatriska tillstånd, som depression, ångestsyndrom, tvångssyndrom, ätstörningar⁵ och psykos
- skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika (vanligast vid adhd)
- fysiska sjukdomar, som diabetes och obesitas
- motoriska svårigheter.

Detta ökar svårigheterna, och även insatserna blir mer komplexa. Ett barn som till exempel har både adhd och trotssyndrom med problemskapande beteenden, kan ha svårt att kommunicera sina behov och ta emot hjälp och stöd. Detta kan kräva fler insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Svårt att möta samhällets krav – utan rätt stöd kan hela livet påverkas

Kraven och de sociala normerna i dagens samhälle skapar ofta problem för personer med adhd och autism. Detta kan påverka familjelivet, andra relationer, skolgången och arbetslivet. Både skolan och arbetslivet ställer till exempel ofta krav på särskilda sociala förmågor, planeringsförmåga och flexibilitet.

Barn riskerar ökande svårigheter längre fram om de tidigt misslyckas i skolan, för att de inte fått tillräckliga anpassningar efter sina behov och styrkor. Skolinspektionen har konstaterat en hög skolfrånvaro bland barn med adhd eller autism [24], vilket även belyses i flera enkäter från Autism Sverige och Attention [25-27].

En bristfällig skolgång kan göra det svårt att ta sig in på arbetsmarknaden och att försörja sig själv som vuxen. Många med adhd eller autism har olika

⁴ Det är vanligare att enbart ha adhd än att enbart ha autism. Vid samtidig adhd och autism är add den vanligaste adhd-formen (gäller ej de minsta barnen, 5–9 år) [23].

⁵ Vid autism är särskilt selektiv ätstörning (ARFID) vanligt.

typer av svårigheter i arbetslivet [28-30], eller är beroende av ekonomiskt bistånd eller aktivitetsersättning [8, 31, 32].

Vidare påverkas vårdnadshavare, syskon och närstående, till exempel på grund av ständiga anpassningar och en konfliktfylld vardag [33, 34]. Många vårdnadshavare har också varit sjukskrivna till följd av sitt barns funktionsnedsättning [35]. På grund av ärftligheten har dessutom många föräldrar själva en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Personer med adhd eller autism riskerar ofta att hamna i oönskade eller farliga situationer. Personer med adhd och ett utmanande beteende är också överrepresenterade i brottsstatistiken [36, 37]. Dessutom är adhd och autism vanligt bland placerade på de särskilda ungdomshem där Statens institutionsstyrelse ger vård, och på hem för vård eller boende (HVB) [38, 39]. Även olyckor, förkortad livslängd och suicid är vanligare än i resten av befolkningen [40-42].

Adhd och autism kan alltså få allvarliga konsekvenser, socialt, psykiskt och fysiskt – även för närstående. Men sådana konsekvenser motverkas av en stödjande och anpassad omgivning, och av tidig upptäckt och behandling (se kapitlet [Rekommendationer](#)).

Dagens vård och stöd vid adhd och autism

Insatser från flera aktörer

Personer med adhd och autism kan ha olika behov av vård och stöd, och flera verksamheter och yrkesgrupper behöver samverka. Neuropsykiatrisk utredning och behandling för barn kan erbjudas i barn- och ungdomspsykiatri (BUP), på barnläkarmottagningar eller i habiliteringen. Vuxna utreds oftast på en psykiatrisk mottagning, och kan sedan få fortsatt stöd och behandling från till exempel psykiatri, primärvården, habiliteringen och socialtjänsten.

Ofta behövs stöd i hemmiljön, förskolan, skolan och arbetslivet. Skolan och arbetsgivaren har ett ansvar för att anpassa miljön så att den fungerar för personer med funktionsnedsättningar.⁶ Skolan har också stor betydelse för barns psykiska hälsa [43, 44].

⁶ Se 3 kap. 2–12 § skollagen (2010:800) och bland annat 2 kap. 1 § arbetsmiljölagen (1977:1160). Sedan 2 juli 2023 framgår det också av skollagen att elevhälsans arbete ska bedrivas på individ-, grupp- och skolenhetsnivå och ska ske i samverkan med lärare och övrig personal. Elevhälsan ska vara en del av skolans kvalitetsarbete. Vid behov ska elevhälsan samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten (2 kap. 25 § skollagen).

Socialtjänstens stödinsatser till personer med funktionsnedsättning kan beviljas enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. För att få insatser enligt SoL krävs ingen särskild diagnos, utan det är behovet som styr. Vanliga insatser är boendestöd och kontaktperson. För att få insatser enligt LSS behöver man däremot tillhöra LSS personkrets. Det gör alla med autism,⁷ medan personer med adhd kan göra det i vissa fall.⁸ Tio namngivna insatser kan beviljas enligt LSS, bland annat bostad med särskild service, ledsagarservice och korttidsvistelse.⁹ Kommunen gör en bedömning i varje enskilt fall när någon har ansökt om en SoL- eller LSS-insats.

När någon behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kommunen och regionen tillsammans upprätta en individuell plan, om personen samtycker till det.¹⁰ Den brukar kallas samordnad individuell plan (SIP).

➔ **Läs mer** om insatser enligt LSS på kunskapsguiden.se.

Långa väntetider och stora regionala skillnader

Köerna till både barn- och vuxenpsykiatri är ofta långa [45-47]. Allt fler får vård, men behovet ökar också, framför allt hos barn. Därför får många vänta länge på en neuropsykiatrisk utredning. Vården och stödet till personer med adhd och autism varierar dessutom stort mellan olika regioner, kommuner och vårdformer. Några exempel:

- **Första linjens verksamhet** ger ofta tidiga insatser till barn och unga med misstänkt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Men det finns stora variationer i tillgängliga insatser och kompetenser, och i samverkan med närliggande verksamheter [46].
- **De neuropsykiatriska utredningarna** går till på olika sätt. Många utredningar är till exempel tydligt inriktade på antingen adhd eller autism, trots att tillstånden ofta förekommer samtidigt. Det är viktigt med öppenhet för flera möjliga diagnoser.
- Det är ofta svårt att få lämpligt stöd för personer som har stora svårigheter men **inte uppfyller diagnoskriterierna** för till exempel adhd, autism eller intellektuell funktionsnedsättning. Hänvisningar från till exempel BUP till socialtjänsten kan brista när aktörerna inte känner till varandras uppdrag.

⁷ Se 1 § 1 LSS.

⁸ Se 1 och 7 § LSS. Personer med adhd kan ingå i grupp 3 i LSS personkrets, om vissa förutsättningar för funktionsnedsättningens varaktighet och svårighetsgrad är uppfyllda.

⁹ Se 9 § LSS.

¹⁰ Se 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I vissa fall kan det vara viktigt att involvera skolan eller Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Kriminalvården i samverkan. En sådan samverkan sker dock utanför SIP, som sker enligt SoL och HSL.

- Personer som behöver stöd av **socialtjänsten** riskerar att få fel typ av insatser på grund av okunskap om adhd och autism.¹¹ Till exempel uppfattar socialtjänsten inte alltid när olika sociala problem kan förklaras av adhd eller autism i kombination med ett bristande stöd [48].
 - Det finns brister i arbetet med **samverkan och SIP** i flera regioner och kommuner. Många vårdnadshavare efterfrågar till exempel en bättre samordning mellan olika vård- och omsorgsgivare, som ger en fungerande helhet för barnet och familjen.
 - **Elevhälsans medicinska och psykologiska insatser** skiljer sig mellan skolhuvudmännen, till exempel när det gäller samverkan med lärare och tvärprofessionella insatser. Samtalen till Bris om elevhälsan har ökat, och barn beskriver att de inte får rätt stöd där [3].
 - Personer med adhd som skrivs ut från **kriminalvården** får inte tillräckligt med fortsatt stöd i den öppna vården [49]. Samordning behövs även kring barn och ungdomar med adhd eller autism som skrivs ut från **SiS särskilda ungdomshem** och **HVB**.
 - Många med adhd eller autism behöver bättre stöd för att förebygga och följa upp **fysisk ohälsa** (även munhälsa). Personer med adhd och autism ingår i den grupp som oftare verkar utebli från nationell screening och rutinkontroller än andra, till exempel för bröstcancer [50].
- ➔ **Läs mer** i Socialstyrelsens behovsanalys från 2019 [3].

Mer systematisk uppföljning och forskning behövs

Det har hittills varit svårt att följa upp vården vid adhd och autism nationellt, eftersom det har funnits få kvalitetsregister. Barn- och ungdomspsykiatri kan mäta resultatet av sina insatser med hjälp av ett generellt kvalitetsregister, Q-bup. Alla regioner är inte anslutna till registret än, men om fler ansluter finns potential för nationell uppföljning i framtiden [51]. Insatser från läkare går också att följa upp med hjälp av till exempel patientregistret, men en stor del av insatserna görs av andra yrkesgrupper. Från och med 1 januari 2024 registreras dock även besök från alla yrkesgrupper i den psykiatriska öppna vården i patientregistret. Detta väntas främja enhetlig uppföljning, även om resultaten kan vara otillförlitliga till en början. En bättre uppföljning kan leda till insatser med högre kvalitet.

Lokalt skulle även socialtjänsten kunna förbättra uppföljningen, genom att systematisera och analysera data, för att få en mer kunskapsbaserad verksamhet.

Vidare saknas forskning på många områden, och viktiga perspektiv som livskvalitet och funktionsförmåga saknas ofta i forskningen. Särskilt behövs

¹¹ Även till exempel personer på Statens institutionsstyrelsens särskilda ungdomshem och HVB.

mer forskning och systematiska utvärderingar av vilka insatser från socialtjänsten som är lämpliga för personer med adhd eller autism. Det behövs också mer kunskap om adhd och autism i kombination med andra funktionsnedsättningar och sjukdomar (inklusive beroendeproblematik), om diagnostik, om långtidseffekter av olika behandlingar och om olika psykologiska behandlingar, till exempel behandling av sömnproblem. Även om erfarenheten av behandling med adhd-läkemedel är gedigen, behövs dessutom mer evidensbaserad kunskap och vägledning om vilka patienter behandlingen passar för, lämplig behandlingstid, optimal dosering med mera [21].

➔ **Läs mer:** I [bilaga 2](#) finns en översikt av Socialstyrelsens indikatorer för uppföljning av vården och stödet vid adhd och autism.

Rekommendationer

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer om vård och stöd vid adhd och autism. Vi tar upp ett urval av relevanta frågor för dig som beslutar om resurser. Många med adhd och framför allt autism får dessutom insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL).

Läshjälp: Rekommendationerna presenteras i två delar, som är indelade i följande avsnitt:

Del 1: Organisation och samverkan	Rekommendationer till hälso- och sjukvården	Rekommendationer till socialtjänsten
Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning	✓	
Effektiv samverkan	✓	✓
Kompetensutveckling i hälso- och sjukvården	✓	
Kompetensutveckling i socialtjänsten		✓
Del 2: Individanpassade insatser	Rekommendationer till hälso- och sjukvården	Rekommendationer till socialtjänsten
Tidiga insatser	✓	✓
Neuropsykiatrisk utredning	✓	
Kognitivt och kommunikativt stöd	✓	
Stöd för föräldraskap, arbete och boende	✓	✓
Psykologiska insatser	✓	✓
Sömnbehandling	✓	
Adhd-läkemedel	✓	

Varje avsnitt består i sin tur av följande textdelar:

Textdel	Innehåll
Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av området
Rekommendationer	Rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagorna <i>Rekommendationslista i Excelformat</i> och <i>Kunskapsunderlag</i>)
Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
Så påverkas hälso- och sjukvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
Så utvärderar vi hälso- och sjukvården och socialtjänsten	De indikatorer som Socialstyrelsen använder för utvärdering

➔ **Läs mer:**

- I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.
- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en detaljerad rekommendationslista i Excelformat, kunskapsunderlaget för samtliga rekommendationer, ett hälsoekonomiskt underlag, en metodbeskrivning och rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism*. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/adhd-autism.

Huvudbudskap: individanpassade utredningar och insatser i rätt tid

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

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

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

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

Tidiga insatser och utredningar kan förebygga större svårigheter för personer med adhd och autism längre fram. Samhället kan då göra stora besparingar på lång sikt, och individerna slipper onödigt lidande. Exempelvis skulle fler kunna gå klart skolan, och arbetslöshet och beroendeproblematik skulle kunna minska.

Del 1: Organisation och samverkan

Här ger vi rekommendationer om att organisera vården och stödet för personer med adhd eller autism på ett effektivt och sammanhållet sätt. För en god och jämlik vård och socialtjänst behövs också kompetensutveckling av stora personalgrupper.

Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning

Personer med adhd eller autism behöver ofta insatser från flera delar av hälso- och sjukvården.¹² Även personer med en misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning kan behöva många kontakter och insatser, liksom de som inte helt uppfyller diagnoskriterierna. Du som är beslutsfattare eller verksamhetschef bör säkerställa kontinuitet och sammanhållen hälso- och sjukvård trots de många kontakterna, från misstänkt funktionsnedsättning till uppföljning.

Även socialtjänsten behöver organiseras utifrån detta, för att tillgodose de samlade behoven. Målet är att personerna eller deras närstående inte behöver ta ett samordningsansvar själva (se vidare avsnittet [Effektiv samverkan](#)).

För att möta de samlade behoven hos dem som söker hälso- och sjukvård behövs också team som gör neuropsykiatriska utredningar för att ställa diagnos, erbjuder insatser och följer upp dem. Minst en läkare och en psykolog bör ingå i ett sådant team, och fler kompetenser vid behov.

¹² Inklusivt elevhälsans medicinska och psykologiska insatser.

Teamet bör i samråd bedöma vilka insatser som är lämpliga vid olika tidpunkter. Många gånger behövs en kombination (tidigare kallat multimodal inriktning). Om utredning och insatser inte erbjuds av ett team i samma verksamhet, är det viktigt att föra över erfarenheter och kunskaper mellan verksamheterna, om det är förenligt med bestämmelserna om sekretess.¹³ På så sätt utvecklas också personalen.

Insatserna behöver sedan följas upp strukturerat, till exempel enligt den åtgärdsplan som togs fram efter den neuropsykiatriska utredningen (se avsnittet [Neuropsykiatrisk utredning](#)).¹⁴

Rekommendationer om sammanhållen hälso- och sjukvård

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med ...	Arbeta så här:	Prioritet
O13	misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, eller fastställd adhd eller autism	Sätt ihop ett team med minst en läkare och en psykolog, som gör en neuropsykiatrisk utredning, erbjuder insatser och följer upp insatserna. Använd fler kompetenser vid behov (se rutan Kompetenser i ett neuropsykiatriskt team).	2
O1	misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, eller fastställd adhd eller autism	Håll samman bedömningen, diagnostiken, insatserna och uppföljningen genom hela vårdkedjan.	3
Fb1, fv1	adhd eller autism	Följ upp insatserna strukturerat (oftast minst en gång per år för barn).	3
O8	adhd eller autism	Uppmärksamma munhälsan vid besök i hälso- och sjukvården, till exempel med enkla frågor eller munbedömningsinstrument.* Remittera till tandvården vid behov.	3

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

¹³ Jfr 10 kap. 1 §, 12 kap. 3 § och 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

¹⁴ Jfr 3 kap. 3 § tredje stycket SoL och prop. 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken s. 119.

Kompetenser i ett neuropsykiatriskt team

Kompetenser som alltid bör ingå:

- legitimerad psykolog
- specialistläkare eller ST-läkare i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller barnmedicin (även barnneurolog).¹⁵

Exempel på kompetenser som bör kunna ingå efter behov:

- arbetsterapeut
- logoped
- läkare med erfarenhet av beroendesjukdomar
- socionom
- fysioterapeut
- specialpedagog
- kurator
- dietist
- specialistsjuksköterska (såsom barnmorska, barnsjuksköterska eller psykiatrisjuksköterska).

→ Läs mer om

- vikten av att arbeta tvärprofessionellt när man ställer diagnos i avsnittet [Neuropsykiatrisk utredning](#)
- insatser för god munhälsa i [Nationella riktlinjer för tandvård](#) [52]
- sekretessbestämmelser i Socialstyrelsens vägledning *Sekretess- och tystnadspliktsgränser* [53].



Så har vi prioriterat

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

¹⁵ Psykologer och läkare som gör neuropsykiatriska utredningar bör ha betydande erfarenhet av sådan utredning, eller få handledning av någon med sådan erfarenhet (exempelvis under praktisk tjänstgöring för psykologer).

Att uppmärksamma munhälsan vid hälso- och sjukvårdsbesök kan vidare få fler att söka tandvård och få behandling. En del personer med adhd och autism har svårt att ta hand om sin munhälsa [8].



Så påverkas hälso- och sjukvården

Din region behöver avsätta resurser om ni saknar ett tvärprofessionellt och teambaserat arbetssätt för personer med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller fastställd adhd eller autism. Vilken typ av resurser och hur stora beror på ert utgångsläge. Insatserna behöver fungera för hela spektrumet av patienter, från personer med intellektuell funktionsnedsättning eller andra komplexa svårigheter till personer med exempelvis autism och många kompenserande styrkor.

Rekommendationen om teamarbete kan innebära att ni behöver se över kompetensförsörjningen, och rekrytera mer personal med rätt kompetens eller samverka mer med andra vårdverksamheter. På lång sikt kan det teambaserade arbetssättet ge stora vinster, när ni bättre kan tillgodose patienternas samlade behov. Arbetssättet kan dessutom bidra till kortare utrednings- och behandlingstider.

Det kan också behövas mer resurser för att hålla samman bedömningen, diagnostiken, insatserna och uppföljningen genom hela vårdkedjan. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har visat på stora brister i samordningen av insatser för barns och ungas psykiska hälsa. Samordningen med skolan och elevhälsan tycks vara särskilt svår [43, 54]. Kring barn som placeras behövs dessutom samordning mellan olika regioner.¹⁶

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

Däremot väntas inga stora resurser krävas för att uppmärksamma personer med adhd eller autism på sin munhälsa vid hälso- och sjukvårdsbesök. Troligen räcker kort utbildning och vissa administrativa åtgärder.

¹⁶ Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen (se 8 kap. 1 § HSL). Det finns dock ett riksavtal för utomlänsvård som anger att personen som vårdas enligt bl.a. LVU och SoL ska erbjudas såväl omedelbar som icke-omedelbar hälso- och sjukvård i den region där personen vistas samt att hemregionen ska ersätta kostnaden för vården [55].



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

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

- andelen personer som får insatser för adhd eller autism och som får återkommande uppföljning i den specialiserade vården (även habiliteringen), med minst ett planerat besök per år under en treårsperiod efter diagnosen (indikator Fb1/Fv1).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Effektiv samverkan

Effektiv samverkan kring personer med adhd eller autism är centralt mellan flera verksamheter i hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan. Detta för att insatserna ska fungera väl och utan fördröjningar, så att personerna får en jämlik vård och omsorg oavsett förmåga till egen samordning. I vissa fall finns dessutom krav på samverkan i lagen (se stycket om samordnad individuell plan (SIP) i kapitlet [Utgångspunkt: dagens vård och stöd](#), avsnittet [Insatser från flera aktörer](#)). Observera också att närståendes insatser och delaktighet alltid bygger på frivillighet [56].

Effektiv samverkan är särskilt viktigt kring personer med komplex problematik – personer som har adhd eller autism och samtidigt något av följande:

- behov av insatser från många olika aktörer
- flera sjukdomar eller funktionsnedsättningar
- psykisk ohälsa
- social utsatthet [57].

För detta behövs rutiner för samarbete. Rutinerna kan bland annat ta upp vem som har huvudansvaret för vilka patienter, hur patienter bör remitteras och hur olika verksamheter kan konsultera varandra. Det är viktigt att ingen hänvisas runt i onödan. Det behövs också effektiva och säkra övergångar när nya aktörer ska ta över ansvaret för vården och stödet.

I vissa fall bör antingen hälso- och sjukvården eller socialtjänsten utse en vård- och stödsamordnare, för personer med komplexa behov som annars riskerar att inte få tillgång till insatser. Vård- och stödsamordnaren

samordnar kontakterna med myndigheter, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.¹⁷

Vidare bör den som har ansvarat för en neuropsykiatrisk utredning av ett barn säkerställa att förskolan eller skolan tar del av resultatet, så länge vårdnadshavarna och i vissa fall barnet samtycker till det.¹⁸ Utredningen ger viktig information om hur barnet fungerar, som kan behövas för nya eller justerade anpassningar. Även andra aktörer kan behöva informeras om det är förenligt med bestämmelserna om sekretess, till exempel socialtjänsten eller ett boende där barnet är placerat.

Särskild och tidig samordning behövs också kring barn i skolåldern som visar tecken på en ogynnsam utveckling, trots stödinsatser från enskilda aktörer. Det kan till exempel handla om att barnet slutar gå i skolan, har ett normbrytande beteende, har en trotsproblematik eller har begynnande psykisk ohälsa. Barnet behöver få bästa möjliga stöd, med rimliga förväntningar utifrån sin förmåga.

Rekommendationer om effektiv samverkan

Till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten

Id	För personer med ...	Arbeta så här:	Prioritet
Bb40, Bv40	adhd eller autism och komplexa behov	Utse en vård- och stödsamordnare som samordnar kontakterna med myndigheter, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.	2

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med adhd eller autism som ...	Samverka så här:	Prioritet
O5	behöver vård från flera instanser	Ta fram rutiner för samarbete och fördela ansvaret tydligt mellan primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården (inklusive habiliteringen).	1
R2	ska frigges från kriminalvården	Etablera en tidig kontakt mellan kriminalvården och öppenvårdspsykiatri, socialtjänsten eller beroendevården efter behov.	1

¹⁷ Funktionen kan benämnas olika i olika delar av landet, till exempel case manager, särskild samordnare eller koordinatorstöd.

¹⁸ Jfr 10 kap. 1 §, 12 kap. 3 § och 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Id	För barn som ...	Samverka så här:	Prioritet
O2	har adhd eller autism och ska fylla 18 år	Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxen-sjukvård.	3
Ob6	har gått igenom en neuropsykiatrisk utredning	Gå igenom utredningsresultaten tillsammans med förskolan eller skolan, inklusive elevhälsan – oavsett om barnet har fått en diagnos eller inte.	3
O6	har misstänkt eller fastställt adhd eller autism, är i skolåldern och visar tecken på en ogynnsam utveckling	Samordna era insatser tidigt med socialtjänsten och skolan, i dialog med barnet och barnets vårdnadshavare.	3

Till socialtjänsten

Id	För barn som ...	Samverka så här:	Prioritet
R1	har adhd eller autism och ska skrivas ut från hem för vård eller boende (HVB) eller Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem*	Etablera en tidig kontakt med andra delar av socialtjänsten, öppenvårdspsykiatri, beroendevården eller skolan.	1
O6	har misstänkt eller fastställt adhd eller autism, är i skolåldern och visar tecken på en ogynnsam utveckling	Samordna era insatser tidigt med hälso- och sjukvården och skolan, i dialog med barnet och barnets vårdnadshavare.	3

*Gäller ungdomar upp till 20 år.

→ Läs mer om

- avtalssamverkan för regioner och kommuner på [Sveriges Kommuner och Regioners \(SKR:s\) webbplats](#)
- koordinatorstöd (motsvarande vård- och stödsamordnare) för föräldrar till barn med funktionsnedsättning på [Nationellt kompetenscentrum för anhörigas webbplats](#)
- SIP i SKR:s rapport *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan* [58, 59]
- stöd till skolan och elevhälsan på [Specialpedagogiska skolmyndighetens webbplats](#)
- insatser för barn med en ogynnsam utveckling i *TSI-boken – Stöd i arbetet med tidiga och samordnade insatser för barn och unga* [60]
- barn med normbrytande beteende i Socialstyrelsens kunskapsstöd *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott* [61]
- placerade barn i Socialstyrelsens rapport *Placerade barns skolgång och hälsa* [62]

- samverkan vid utskrivning från sluten psykiatrisk vård i SKR:s rapport *God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi?* [63]
- sekretessbestämmelser i Socialstyrelsens vägledning *Sekretess- och tystnadspliktsgränser* [53].



Så har vi prioriterat

Alla samverkansinsatser har hög prioritet. Insatserna med prioritet 1–2 gäller samverkan kring personer vars hälsotillstånd totalt sett har en stor till mycket stor svårighetsgrad: de har adhd eller autism och oftast andra svårigheter, eller en utsatt social situation. Insatserna för dessa personer bidrar till en optimal vård utan dröjsmål. Samverkan kring personer som ska frigges från kriminalvården kan också minska risken för återfall i alkohol- eller narkotikabruk och brottslighet. Och samverkan kring barn som ska skrivas ut från HVB eller SiS särskilda ungdomshem ökar förutsättningarna för ett fungerande liv.

Övriga rekommendationer till hälso- och sjukvården gäller samverkan kring barn med ett hälsotillstånd som generellt har en måttlig till stor svårighetsgrad, och prioritet 3 är då högsta möjliga prioritet. Insatserna bidrar till kontinuitet och till att barnet får adekvat stöd utan dröjsmål. För barn som visar tecken på en ogynnsam utveckling kan samordnade insatser hindra utvecklingen, innan barnet får allvarigare problem.



Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Om din region eller kommun saknar en effektiv samverkan behöver ni se över och anpassa era rutiner på området tillsammans med andra vårdgivare, så att de som får insatser och deras närstående inte själva behöver ta ett samordningsansvar. För detta behöver ni avsätta tillräckligt med administrativa resurser, så att personal med lämplig kompetens kan arbeta med frågorna och samordna insatser från olika aktörer när det finns samtycke – i vissa fall även insatser från till exempel kriminalvården eller Statens institutionsstyrelse.

Ni behöver särskilt säkerställa att personer med komplex problematik får samordnade insatser. För att nå vissa grupper kan det behövas en uppsökande verksamhet, till exempel för hemlösa. En bristande samverkan behöver ställas i relation till de kostnader som uteblivna eller fördröjda insatser kan medföra.

En vård- och stödsamordnare är avgörande för många med adhd eller autism och komplexa behov, och ofta en förutsättning för att andra insatser ska göra nytta. Din kommun eller region kan behöva avsätta mer resurser för detta. Förutsättningarna skiljer sig över landet, och kommunen och regionen kan

behöva diskutera vem som ska erbjuda vård- och stödsamordnare. Ni kan utbilda befintlig personal eller anställa fler med lämplig kompetens.

Insatserna för en effektiv samverkan innebär därmed initiala kostnader, men på längre sikt väntas insatserna ge vinster i form av bättre vård och stöd samt mindre kostnader för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. På lång sikt finns också möjlighet till stora samhällsbesparingar, till exempel när en ogynnsam utveckling hos barn kan hindras tidigt. Skolresultat och arbetsmöjligheter kan förbättras. Återfallen i alkohol- och narkotikabruk och kriminalitet kan också minska om personer som ska frigets från kriminalvården får kontakt med öppenvårdspsykiatri, socialtjänsten eller beroendepsykiatri.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården och socialtjänsten

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

- andelen regioner och verksamheter i primärvården och den specialiserade psykiatri (inklusive habiliteringen) som har styrdokument och rutiner för en tydlig samverkan kring ansvarsfördelning (indikator O5)
- andelen verksamheter i kriminalvården och SiS som har rutiner för samverkan med öppenvårdspsykiatri, socialtjänsten och beroendevården inför frigivning av personer med adhd och autism (indikator R1/R2)
- andelen verksamheter i regionerna som har rutiner för att arbeta strukturerat när ungdomar med adhd eller autism ska gå över från barnsjukvård till vuxensjukvård (indikator O2)
- andelen ungdomar i den specialiserade psykiatri för barn och unga med läkemedelsbehandling för adhd som har fortsatt kontakt med den specialiserade psykiatri för vuxna när de fyllt 18 år (indikator O2:2)
- andelen regioner där den specialiserade psykiatri och socialtjänsten erbjuder vård- och stödsamordnare till personer med adhd eller autism som har komplexa behov (indikator Bd40/Bv40).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Kompetensutveckling i hälso- och sjukvården

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

Förutom generell kunskap om funktionsnedsättningarna och deras konsekvenser, behöver personalen kunskap om hur symtomen kan variera, till exempel mellan individer och mellan personer med olika samtidiga sjukdomar och funktionsnedsättningar. Exempelvis kan det vara svårt att sköta sin egenvård vid en sjukdom som diabetes.

Personalen behöver också känna till hur svårigheterna och stödbehoven kan förändras genom livet. Personer med adhd eller autism kan få större svårigheter vid olika livshändelser, såsom att få barn, gå igenom klimakteriet, gå i pension eller förlora en partner.

Dessutom behöver personalen kunna identifiera personer som utsätts för våld. Barn med funktionsnedsättningar löper 3–5 gånger större risk för det än andra barn [64].

Det behövs särskild kompetensutveckling i barnhälsovården om tidiga tecken på autism, eftersom barn med autism kan få en bättre utveckling och mindre framtida svårigheter om de får tidiga insatser [65]. Barnhälsovården följer utvecklingen hos de allra flesta barn i Sverige upp till skolåldern, så med mer kunskap kan de upptäcka fler barn. Även symtom som kan tyda på adhd är viktiga att upptäcka tidigt [66].

Särskild kompetensutveckling behövs också om adhd och autism hos äldre. Cirka 3 procent av de äldre (över 65 år) har troligen adhd eller autism [67], många utan att ha gått igenom en neuropsykiatrisk utredning. De kan ha haft långvarig kontakt med psykiatri och behandlats för andra tillstånd, men de skulle få bättre vård och bemötande om de diagnostiserades med adhd eller autism. Symtom på adhd eller autism kan även misstolkas som symtom på demens eller ångestsyndrom. Det finns alltså risk för felbehandling och onödiga biverkningar på grund av bristande kunskap om funktionsnedsättningarna.

Rekommendationer om kompetensutveckling i hälso- och sjukvården

Till hälso- och sjukvården

Id	För yrkesgrupper i ...	Erbjud kompetensutveckling om ...	Prioritet
B28	primärvården (även barnhälsovården), elevhälsans medicinska och psykologiska insatser samt den specialiserade hälso- och sjukvården (inklusive habiliteringen)	adhd och autism hos barn och vuxna.	3
B29	barnhälsovården	tidig upptäckt av autism.	3
R3	hela hälso- och sjukvården	adhd och autism hos äldre.	3

➔ **Läs mer:**

- Adhd och autism missas ofta hos äldre. Vi ger fler exempel på grupper där funktionsnedsättningarna ofta missas i avsnittet Tidiga insatser – se rutan [Risk att missa adhd och autism i vissa grupper](#).
- Riksförbundet Attention har genomfört projektet [Äldrelyftet – att åldras och må bra med adhd](#).

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



Så har vi prioriterat

Det finns ett stort behov av kompetensutveckling om adhd och autism i hälso- och sjukvården. Den är en förutsättning för bästa möjliga omhändertagande och bemötande av personer med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller fastställd adhd eller autism. Därför har kompetensutvecklingen hög prioritet.

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



Så påverkas hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården behöver avsätta resurser för att förbättra kunskapen om adhd och autism hos flera personalgrupper, till exempel

- på vårdcentraler
- i barnhälsovården
- i elevhälsans medicinska och psykologiska insatser
- på ungdomsmottagningar
- i den specialiserade hälso- och sjukvården
- i beroendevården.

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

Ni kan till exempel utgå från implementeringsstöd och utbildningsmaterial från Socialstyrelsen (se kapitlet [Kompletterande stöd](#)), och ta stöd från personer inom organisationen med rätt kunskap. Om ni har möjlighet kan ni också integrera kompetensutvecklingen i andra kompetenssatsningar.

I vissa högskoleutbildningar ingår vidare specifika kurser om neuropsykiatri, som man kan utgå från. Det finns dock generellt en brist på undervisning om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i dagens högskoleutbildningar för

olika yrken i hälso- och sjukvården. Oavsett utbildningens form är det viktigt att avsätta tillräckliga resurser för att de stora personalgrupperna ska få tillräckliga kunskaper.

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



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har inte tagit fram någon indikator för att följa upp området kompetensutveckling i hälso- och sjukvården.

Kompetensutveckling i socialtjänsten

Personal i socialtjänsten har ofta kontakt med personer som har adhd eller autism, med eller utan diagnos. Även personal på socialtjänstens olika boenden behöver tillräcklig kompetens för att bemöta och stödja på ett lämpligt sätt. Till exempel behövs kunskap om

- hur funktionsnedsättningarna kan påverka förmågan i olika åldrar, när det gäller skola, arbete, hushållsarbete, hälsosamma levnadsvanor, tandvård, ekonomi, sociala aktiviteter, föräldraskap med mera
- hur man kan anpassa sitt bemötande och sin kommunikation
- vikten av tidiga insatser, och hur de kan utformas
- vanliga samtida sjukdomar och funktionsnedsättningar.

Med rätt kunskap kan personalen också hjälpa dem som behöver det vidare till en neuropsykiatrisk utredning. Om personalen i socialtjänsten inte har tillräcklig kunskap om funktionsnedsättningarna kan konsekvenserna bli stora. Symtom på adhd eller autism kan till exempel misstolkas som ovilja eller bristande omsorg.

Personalen behöver också kunskap om hur adhd och autism kan påverka barn, syskon och vårdnadshavare. Till exempel påverkas ofta hela familjen när ett barn med adhd eller autism har ett utmanande beteende.

Dessutom behöver personalen kunna identifiera personer som utsätts för våld. Barn med funktionsnedsättningar löper 3–5 gånger större risk för det än andra barn [64].

Vidare behöver personal i socialtjänsten särskild kunskap om adhd och autism hos äldre. En del äldre förlorar sina stödinsatser trots att behoven kvarstår, vilket kan få stora negativa konsekvenser.

Rekommendationer om kompetensutveckling i socialtjänsten

Till socialtjänsten

Id	För yrkesgrupper i ...	Erbjud kompetensutveckling om ...	Prioritet
B30	hela socialtjänsten (inklusive personal på LSS-boenden, HVB och SiS olika hem)	adhd och autism hos barn och vuxna.	2
R3	hela socialtjänsten (exempelvis personal i äldreomsorgen)	adhd och autism hos äldre.	3

→ Läs mer:

- Adhd och autism missas ofta hos äldre. Vi ger fler exempel på grupper där funktionsnedsättningarna ofta missas i avsnittet Tidiga insatser – se rutan [Risk att missa adhd och autism i vissa grupper](#).
- Riksförbundet Attention har genomfört projektet [Äldrelyftet – att åldras och må bra med adhd](#).

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



Så har vi prioriterat

Det finns ett stort behov av kompetensutveckling om adhd och autism i socialtjänsten. En stor del av personalen har till exempel ingen eller endast lite kunskap om funktionsnedsättningarna med sig från sin utbildning. Kompetensutvecklingen är en förutsättning för bästa möjliga omhändertagande och bemötande, och den har därför hög prioritet.



Så påverkas socialtjänsten

Socialtjänsten behöver avsätta resurser för att förbättra kunskapen om adhd och autism hos flera personalgrupper, till exempel

- i individ- och familjeomsorgen
- i funktionshinderomsorgen (inklusive socialpsykiatri)
- i äldreården och äldreomsorgen
- hos socialsekreterare och LSS-handläggare
- på SiS särskilda ungdomshem och LVM-hem.

Socialtjänsten behöver också identifiera de verksamhetsområden där kunskapen om adhd och autism är minst, och säkerställa att all personal har en baskunskap. Det är särskilt viktigt med tillräcklig kunskap hos personal på socialtjänstens olika boenden, eftersom de boende är så beroende av personalen i sin dagliga livsföring [68].

Socialtjänsten behöver genomföra utbildningar, föreläsningar eller workshoppar (eventuellt digitalt). De kan gärna erbjudas flera personalgrupper gemensamt. Ni kan till exempel utgå från implementeringsstöd och utbildningsmaterial från Socialstyrelsen (se kapitlet [Kompletterande stöd](#)), och ta stöd från personer inom organisationen med rätt kunskap. Om ni har möjlighet kan ni också integrera kompetensutvecklingen i andra kompetenssatsningar, till exempel Yrkesresan. Det kan vara aktuellt att ställa krav i upphandlingar på att utförare har erbjudit sin personal kompetensutveckling.

I vissa högskoleutbildningar ingår vidare specifika kurser om neuropsykiatri, som man kan utgå från. Det finns dock generellt en brist på undervisning om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i dagens högskoleutbildningar för olika yrken i socialtjänsten. Oavsett utbildningens form är det viktigt att avsätta tillräckliga resurser för att de stora personalgrupperna ska få tillräckliga kunskaper.



Så utvärderar vi socialtjänsten

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

- andelen verksamheter i socialtjänsten med kompetensutvecklingsplaner som omfattar grundläggande kunskap om adhd och autism för personalen (indikator B30).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Del 2: Individanpassade insatser

Här ger vi rekommendationer om olika typer av vård och stöd för personer med adhd eller autism, och om neuropsykiatriska utredningar. Insatserna behöver alltid anpassas till individen och familjesituationen, och ofta behövs flera insatser i kombination. Många insatser kan erbjudas i primärvården eller socialtjänsten, medan andra ges i den specialiserade vården.

Tidiga insatser

Barn och vuxna behöver få tidiga insatser om de har svårigheter som misstänks bero på en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. De bör alltså få

insatserna nära i tiden efter att behovet har uppstått, och inte först behöva stå i kö till en neuropsykiatrisk utredning. Det är inte heller alltid möjligt eller önskvärt att först ställa en diagnos. Det kan vara viktigare att kartlägga funktionsförmågan i vardagen, och till exempel följa upp tidiga tecken på avvikelser i ett barns utveckling.¹⁹

Med tidiga insatser får en del tillräcklig hjälp att hantera sina svårigheter, och man behöver kanske inte längre misstänka en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Hos barn kan svårigheterna till exempel ha varit kopplade till en utvecklingsfas, en allvarlig livshändelse eller brister i omsorgen. Även en stökig omgivning kan ha bidragit.

Svårigheterna kan uppmärksammas i olika sammanhang, och vissa grupper kan behöva uppmärksammas särskilt (se rutan) [21, 70-72]. Förutom vårdnadshavarna är barnhälsovården och den övriga primärvården, förskolan, skolan, elevhälsan och socialtjänsten viktiga aktörer för att upptäcka svårigheterna tidigt.

Risk att missa adhd och autism i vissa grupper

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

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

¹⁹ *Essence* är en samlingsterm för tidiga utvecklingsneurologiska problem som till stor del överlappar. Termen introducerades 2010 för att bidra till tidig upptäckt och förståelse för ett barns hela fungerande i vardagen, utan fokus på specifika diagnoser. *Essence* står för "early symptomatic syndromes eliciting neuropsychiatric/neurodevelopmental clinical examinations" [69].

Tidiga insatser bör erbjudas efter behov. Exempel på tidiga insatser är stöd från förskolan och elevhälsan,²⁰ anpassning av vardagsmiljön och olika insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. [Kognitivt och kommunikativt stöd](#) är till exempel ofta aktuellt att pröva redan före en eventuell diagnos, för personer med nedsatt kognitiv eller kommunikativ förmåga. Fler insatser som kan övervägas beskrivs i avsnitten [Stöd för föräldraskap, arbete och boende](#), [Psykologiska insatser](#) och [Sömnbehandling](#). De som ger stöd behöver ta hänsyn till hela familjesituationen.

Samtidigt som tidiga insatser behövs direkt när behovet uppstår, är det viktigt att inte fördröja en neuropsykiatrisk utredning (se avsnittet [Neuropsykiatrisk utredning](#)). Den ökar chansen till rätt insatser. Insatser som inte fungerar kan bli kontraproduktiva och få allvarliga konsekvenser, till exempel depression och i värsta fall suicid [40, 41].

Rekommendation om tidiga insatser

Till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Id	För personer med ...	Erbjud ...	Prioritet
B23	misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	tidiga insatser efter behov, till exempel kognitivt eller kommunikativt stöd.	3

→ Läs mer:

- I avsnittet [Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till utredning](#) rekommenderar vi hälso- och sjukvården att arbeta tvärprofessionellt i både utredningar, insatser och uppföljning.
- I avsnittet [Neuropsykiatrisk utredning](#) rekommenderar vi hälso- och sjukvården att göra utredningar enligt fastställda grundprinciper när det finns en välgrundad misstanke om en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.
- I [Socialstyrelsens samlade stöd för patientsäkerhet](#) och på [Utbildningsportalen](#) finns material för hälso- och sjukvården om att förebygga suicid.
- På [Kunskapsguiden](#) och i [Utbildningsportalen](#) finns material för socialtjänsten om att förebygga suicid.
- I kapitlet [Kompletterande stöd](#) hänvisar vi till material från andra myndigheter om olika typer av tidiga insatser, och till material från Socialstyrelsen om bemötande av personer med adhd eller autism i socialtjänsten.

²⁰ Skolan har en skyldighet att erbjuda stöd efter behov, oavsett om eleven har en diagnos eller inte (se 3 kap. 2–12 § skollagen [2010:800]).



Så har vi prioriterat

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



Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Din region eller kommun kan behöva avsätta resurser och göra organisatoriska förändringar, för att kunna erbjuda tidiga insatser till barn och vuxna (även äldre) med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Detta kan öka kostnaderna på kort sikt, till exempel om ni anställer ny personal med kunskap om olika typer av tidiga insatser, såsom arbetsterapeuter, logoped, psykologer och socionomer. Samtidigt kan ni spara resurser genom att undvika neuropsykiatriska utredningar som inte behövs, för dem som får tillräcklig hjälp av de tidiga insatserna.

På lång sikt kan samhället också göra stora besparingar, till exempel om fler kan gå klart skolan, läsa vidare och få ett arbete. När familjer får insatser tidigt kan dessutom familjekonflikter och sjukskrivningar av vårdnadshavare minska.

Vidare kan ni behöva se över hur olika vårdavtal fungerar ihop och om de underlättar eller försvårar de tidiga insatserna, även före en eventuell diagnos.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården och socialtjänsten

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

- andelen verksamheter i den specialiserade psykiatrin, socialtjänsten och elevhälsan som har rutiner för att erbjuda tidiga insatser för personer med misstänkt eller fastställd adhd eller autism (indikator B23).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Neuropsykiatrisk utredning

En neuropsykiatrisk utredning som kan leda till en diagnos behövs när personal i hälso- och sjukvården²¹ eller socialtjänsten har en välgrundad misstanke om en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Det kan till exempel vara aktuellt när olika anpassningar inte har gett tillräcklig effekt. Då bör utredningen inte fördröjas.

Du som är beslutsfattare eller verksamhetschef i hälso- och sjukvården behöver se till att det finns rutiner för utredningar enligt fastställda grundprinciper (se rutan [Grundprinciper för neuropsykiatrisk utredning](#)). Socialtjänsten kan samtidigt behöva rutiner för att hänvisa till hälso- och sjukvården för neuropsykiatrisk utredning.

Det är viktigt att även personer med samtidiga alkohol- eller narkotikaproblem får tillgång till utredning. I vissa fall är det svårt att slutföra en utredning utan att samtidigt behandla andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar, till exempel olika typer av beroendeproblematik.

Rekommendationer om neuropsykiatrisk utredning

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med ...	Rekommendation	Prioritet
U1	misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	Erbjud en neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper.	1
U14	misstänkt adhd	Ställ inte diagnosen adhd utifrån enbart datoriserade uppmärksamhetstester.	Icke-göra

²¹ Inklusive elevhälsans medicinska och psykologiska insatser.

Grundprinciper för neuropsykiatrisk utredning

- Anpassa utredningen till **individens behov**, symtom och förutsättningar. Personalen ansvarar för att utreda så mycket eller lite som behövs.²²
- Ha en **bred diagnostisk ansats** och utgå från en fullständig anamnes (sjukdomshistoria). Red ut om några svårigheter eller symtom beror på en eller flera andra sjukdomar, funktionsnedsättningar eller genetiska syndrom, eller på en svår psykosocial situation. Särskilt intellektuell funktionsnedsättning och svag teoretisk begåvning kan behöva utredas samtidigt. För yngre barn behövs ofta upprepade bedömningar före en eventuell diagnos.
- Utred **tvärprofessionellt**, med hjälp av personal med adekvat kompetens.²³
- Utred **sammanhållet** och med kontinuitet i tid och plats.
- Inkludera en **funktions- och aktivitetsbedömning**: Kartlägg styrkor och svårigheter hos individen och omgivningen. Beskriv personens funktionstillstånd och identifiera lämpliga insatser.
- När utredningen avslutas: **Förklara resultatet** på ett begripligt sätt för den som har utretts och eventuellt för andra berörda, såsom vårdnadshavare och skolpersonal, om det är förenligt med bestämmelserna om sekretess.²⁴ Gör också en **åtgärdsplan** för insatser och uppföljning, oavsett om en diagnos har ställts eller inte. Även de som inte får en diagnos kan ha stort behov av fortsatt stöd.

→ Läs mer:

- I avsnittet [Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning](#) rekommenderar vi hälso- och sjukvården att arbeta tvärprofessionellt i både utredningar, insatser och uppföljning.
- I avsnittet [Effektiv samverkan](#) rekommenderar vi hälso- och sjukvården att gå igenom utredningsresultat för barn tillsammans med förskolan eller skolan.
- Information till en patient behöver anpassas så att patienten förstår den.²⁵

²² Utredningen kan vara relativt avgränsad när helhetsbilden pekar tydligt mot en specifik diagnos, medan den behöver vara större vid en komplex problematik.

²³ Utredningsteamet bör bestå av en legitimerad psykolog och en specialistläkare eller ST-läkare i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller barnmedicin. Båda bör delta aktivt och ha betydande erfarenhet av neuropsykiatrisk utredning, eller få handledning av någon med sådan erfarenhet. Även annan kompetens bör kunna ingå i teamet utifrån individens behov, till exempel logopedier och arbetsterapeuter (se fler exempel i avsnittet [Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning](#)).

²⁴ Jfr 10 kap. 1 §, 12 kap. 3 § och 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

²⁵ Se 3 kap. 6 § PL (2014:821).

- Socialtjänsten gör andra typer av utredningar än hälso- och sjukvården. Till exempel utreder socialtjänsten en persons behov oberoende av diagnos, och väljer insatser utifrån det. Socialstyrelsen ger stöd för detta genom arbetssätten [Individens behov i centrum \(IBIC\)](#) och [Barns behov i centrum \(BBIC\)](#).
- I funktions- och aktivitetsbedömningen kan [Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa \(ICF\)](#) vara ett stöd.



Så har vi prioriterat

En neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper ökar förutsättningarna för att patienten får en korrekt diagnos och lämpliga insatser utan onödigt lång väntan. Utredningen ger avgörande information för planeringen av fortsatt vård och stöd, och har högsta prioritet.

Hälsotillståndet hos personer med en misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har generellt en måttlig till stor svårighetsgrad. En del har dock samtidigt till exempel alkohol- eller narkotikaproblem, och därmed ett svårare hälsotillstånd.

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



Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationen om neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper väntas öka regionernas kostnader något på kort sikt. Framst behöver grundprinciperna för utredningen förankras i organisationerna. Din region kan till exempel behöva avsätta resurser för ett tvärprofessionellt arbetssätt (se avsnittet [Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning](#)). Ni behöver också säkerställa ett samarbete med aktörer som kan behöva kopplas in i utredningen, till exempel beroendevården eller enheter som behandlar olika typer av fysiska eller psykiatriska tillstånd.

Vidare kan ni behöva lägga mer tid på att anpassa informationen om utredningens resultat till mottagarens ålder, funktionsförmåga, språkkunskaper med mera. Dessutom behöver ni se till att patienterna får de remisser eller kontakter som behövs enligt den åtgärdsplan som togs fram efter utredningen.

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

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

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



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

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

- andelen neuropsykiatriska utredningar där en läkare och en psykolog har deltagit aktivt (indikator U1)
- andelen verksamheter som har i uppdrag att utreda personer med misstänkt adhd utifrån enbart datoriserade uppmärksamhetstester (indikator U14).

Eftersom endast vissa delar av en neuropsykiatrisk utredning är möjliga att följa upp med register, har vi valt att följa upp rekommendationen om neuropsykiatrisk utredning i sin helhet med hjälp av en enkät.

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Kognitivt och kommunikativt stöd

Många med adhd eller autism har svårt att ta in och bearbeta information – ofta kallat nedsatt kognitiv förmåga. Då kan olika typer av anpassningar i omgivningen vara aktuella, tillsammans med individanpassat stöd och träning i vardagsnära situationer. En typ av sådant stöd är **kognitivt stöd**, som ofta inkluderar hjälpmedel för att planera, hålla reda på tiden och få påminnelser.

Personer med autism kan också behöva **kommunikativt stöd**, eftersom de har olika begränsningar i sin kommunikation. Kommunikativt stöd innebär stöd för grundläggande kommunikativa färdigheter, såsom ömsesidig social imitation och delat uppmärksamhetsfokus.

Både den fysiska och den sociala miljön kring personen med adhd eller autism är avgörande för att det kognitiva eller kommunikativa stödet ska fungera. Personer i omgivningen kan till exempel anpassa sin kommunikation för att skapa tydlighet och struktur. Stödet kan också vara nödvändigt för att personen ska kunna påverka innehållet i beslut och ha inflytande på insatser från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

Både kognitivt och kommunikativt stöd kan erbjudas tidigt efter behov och efter en bedömning av funktionsförmågan i vardagen, till personer med nedsatt kognitiv eller kommunikativ förmåga. Detta oavsett om de har en diagnos eller inte (se avsnittet [Tidiga insatser](#)). Enbart personer som redan har en diagnos ingår dock i studierna som ligger till grund för rekommendationerna om kognitivt och kommunikativt stöd.

Vidare är en del med adhd eller autism överkänsliga eller underkänsliga för vissa sinnesintryck. När det blir problematiskt kan insatser för **sensorisk integration** vara aktuella.

Rekommendationer om kognitivt och kommunikativt stöd

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med ...	Erbjud ...	Prioritet
Bb47b, Bv47b, Bb4, Bv4	autism	kognitivt eller kommunikativt stöd.	2
Bb47a, Bv47a	adhd	kognitivt stöd.	3
B8	adhd eller autism	inom ramen för forskning och utveckling: sensorisk integration, enligt Ayres modell.	FoU

➔ Läs mer:

- Socialstyrelsen har gett ut rapporten *Föreskrivning av hjälpmedel – Stöd vid föreskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning* [73].
- Socialstyrelsen har föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.



Så har vi prioriterat

Kognitivt stöd har hög prioritet, eftersom det hjälper både barn och vuxna med adhd eller autism att vara mer aktiva och delaktiga i vardagen. Stödet kan också öka personernas självständighet och livskvalitet. För barn är stödet dessutom viktigt för att förebygga svårigheter längre fram. Kognitivt stöd har lite högre prioritet för personer med autism än för personer med adhd, eftersom autism generellt är en svårare funktionsnedsättning.

Även kommunikativt stöd för barn och vuxna med autism har hög prioritet. Det ökar personernas kommunikations- och interaktionsförmåga, och kan hjälpa dem att vara mer aktiva och delaktiga i vardagen. Dessutom kan

livskvaliteten förbättras. Möjligheten att kommunicera är en mänsklig rättighet,²⁶ och det finns få alternativa insatser för personerna.

Vidare saknas tillräckligt vetenskapligt stöd för behandling med sensorisk integration, men studier pågår. Socialstyrelsen rekommenderar därför detta stöd inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Rekommendationen gäller sensorisk integration enligt en specifik modell, Ayres modell, eftersom det framför allt är den som har undersökts i vetenskapliga studier.

➔ **Läs mer:** SBU har identifierat forskning om [sensorisk integration vid neuropsykiatrisk funktionsnedsättning](#) som en vetenskaplig kunskapslucka: det behövs en systematisk översikt av insatsernas effekt.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Din kommun eller region kan behöva mer personal som kan arbeta med kognitivt och kommunikativt stöd. Ni kan utbilda befintlig personal eller anställa fler med lämplig kompetens [73], oftast arbetsterapeuter och logopedier. Säkerställ att ni kan erbjuda stödet som en tidig insats till personer med behov, oavsett om de har en misstänkt eller fastställd adhd- eller autismdiagnos (se rekommendationen om [tidiga insatser](#)). För detta kan ni behöva se över vård- och omsorgsavtal, och säkerställa att era uppdragsbeskrivningar stödjer arbete med kognitivt och kommunikativt stöd.

Många kognitiva och kommunikativa hjälpmedel är kostnadsfria och behöver inte förskrivas. Du som ansvarar för hjälpmedelsutbudet i en region eller kommun kan ändå behöva säkerställa att det finns ett tillräckligt utbud av förskrivningsbara hjälpmedel. Det varierar vilka kognitiva och kommunikativa hjälpmedel man har möjlighet att förskriva utifrån sin roll. Eftersom regionerna och kommunerna delar på ansvaret för hjälpmedel till personer med funktionsnedsättningar, kan ni gemensamt behöva gå igenom utbudet.²⁷ Kostnaderna kan komma att öka om ert utbud i dag är litet. Vidare kan din region eller kommun starta lämpliga forsknings- och utvecklingsprojekt om sensorisk integration, eftersom mer kunskap behövs.

På sikt kan tillgången till kognitivt och kommunikativt stöd ge positiva samhällsekonomiska effekter, om fler får bättre förutsättningar för en fungerande vardag och delaktighet i samhället.

²⁶ Se bland annat artikel 19 i FN:s internationella konvention om medborgerliga och politiska rättigheter samt artikel 9 och 21 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

²⁷ Se 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § HSL.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har inte ännu tagit fram någon indikator för att följa upp området kognitivt och kommunikativt stöd, men vi planerar att göra det i samband med utvärderingen av vården och stödet vid adhd och autism.

Stöd för föräldraskap, arbete och boende

Det är en viktig förutsättning för god hälsa att kunna påverka sina livsvillkor och att kunna bidra till utvecklingen av samhället. Motsatsen kan bidra till utanförskap och maktlöshet. För många med adhd och autism är det utmanande att hantera vardagslivet, till exempel när det gäller föräldraskap, arbetsliv och vardagsrutiner. Olika insatser kan öka möjligheten att delta i samhället utifrån de egna förutsättningarna:

- **Boendestöd:** Vuxna med eget boende som har svårt att klara hemlivet och den dagliga livsföringen kan få boendestöd från socialtjänsten. De kan exempelvis få hjälp att planera hushållsarbetet eller sociala aktiviteter utanför hemmet. Boendestödet kan också förbättra möjligheten att delta i arbetslivet.
- **Individanpassat stöd till arbete** (IPS-modellen, individual placement and support) är stöd till personer som står långt från arbetsmarknaden. En arbetsspecialist hjälper personen att söka arbete, utan att först bedöma arbetsförmågan eller arbetsträna. Vid behov ger arbetsspecialisten också stöd efter att personen har fått ett arbete, och samordnar insatser med andra myndigheter. IPS är en variant av metoden Supported Employment.
- **Föräldraskapsstöd:** Föräldraskapet kan ställa stora krav på planerings- och organiseringsförmåga. Vårdnadshavare som själva har adhd eller autism kan få ett familjeorienterat stöd, bland annat med struktur och strategier för åtaganden till skolan och fritidsverksamheter.
- **Information till närstående:** Många närstående tar ett stort ansvar för att samordna och säkerställa vård och stöd, och de kan själva behöva stöd [56]. Hälso- och sjukvårdspersonal bör informera närstående till personer med adhd eller autism om stöd som erbjuds av andra huvudmän, till exempel föräldraskapsstöd och informationsträffar eller stödsamtal hos socialtjänsten,²⁸ skolan, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

²⁸ Socialtjänsten är dessutom skyldig att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som stödjer en närstående som har funktionshinder. Se 5 kap. 10 § socialtjänstlagen.

Rekommendationer om stöd för föräldraskap, arbete och boende

Till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten

Id	För personer med adhd eller autism som ...	Erbjud ...	Prioritet
B60	är vårdnadshavare	föräldraskapsstöd.*	3
Bv61	har ingen eller svag anknytning till arbetsmarknaden	individanpassat stöd till arbete (IPS-modellen).	3

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

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer som är ...	Informera om ...	Prioritet
B27	närstående till personer med adhd eller autism	stöd som erbjuds av andra huvudmän.	3

Till socialtjänsten

Id	För vuxna med adhd eller autism som ...	Erbjud ...	Prioritet
Bv63	har svårigheter att klara hemlivet (den dagliga livsföringen) utan stöd	boendestöd.*	2

*För personer med ett större behov av stöd är framför allt bostad med särskild service enligt SoL eller LSS aktuellt.

→ Läs mer:

- *IPS (Individanpassat stöd till arbete)* på [Socialstyrelsens webbplats](#)
- *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott [61]* – om föräldraskapsstöd och andra insatser när barn har ett normbrytande beteende
- *Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg [56]*
- *Integrera anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten – Att förstå och möta anhörigas situation och behov [74]*
- *Stöd för handläggare att uppmärksamma och involvera anhöriga [75].*



Så har vi prioriterat

Boendestöd har högst prioritet av insatserna på detta område. Stödet kan hjälpa personer med adhd eller autism som behöver det att självständigt klara sitt vardagsliv, och även öka deras livskvalitet. Stödet erbjuds av socialtjänsten, och ligger i linje med socialtjänstlagens mål om att främja

människors jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.²⁹

Högt prioriterat är även att erbjuda föräldraskapsstöd till vårdnadshavare som själva har adhd eller autism, och att hälso- och sjukvården informerar närstående till personer med adhd eller autism om stöd som erbjuds av andra huvudmän. Dessa två rekommendationer gäller personer och närstående till personer vars hälsotillstånd generellt har en måttlig till stor svårighetsgrad. Det har avgjort prioriteringen, i kombination med den nytta som insatserna kan göra. Föräldraskapsstödet kan till exempel förbättra föräldraförmågan och minska eventuell stress. Att informera närstående om stöd ökar förutsättningarna för sådant stöd. Både föräldraskapsstödet och informationsinsatsen kan dessutom förbättra livskvaliteten för personerna med adhd eller autism och de närstående.

Rekommendationen om stöd till arbete enligt IPS-modellen gäller personer vars hälsotillstånd totalt sett har en stor till mycket stor svårighetsgrad: de har adhd eller autism och saknar arbete. Stödet har stor effekt för personer med psykisk funktionsnedsättning generellt, men metoden har inte utvärderats för personer med adhd eller autism specifikt. Detta sänker prioriteten något. Enligt erfarenhetsbaserad kunskap har metoden dock troligen även effekt för dessa personer. Stöd till arbete är viktigt, eftersom många med adhd eller autism saknar arbete [8].



Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Det är troligt att din kommun behöver avsätta mer resurser till boendestöd. Det är redan en vanlig insats [76], men det är svårt att bedöma om alla med adhd och autism som behöver det får boendestöd i dag, i tillräcklig omfattning. Behovet antas dock öka, eftersom allt fler diagnostiseras med adhd eller autism. Dessutom har det totala antalet boendestödsinsatser enligt socialtjänstlagen ökat med cirka 60 procent sedan 2007. Ökningen kan bero på ökad psykisk ohälsa, men också på att kommunerna har blivit bättre på att tillgodose behoven hos personer med psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar [77]. För personer med ett stort behov av stöd och bostad som insats, är framför allt bostad med särskild service enligt SoL eller LSS aktuellt.

Däremot väntas inga stora resurser krävas för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna informera närstående om stöd från andra huvudmän. Troligen räcker kort utbildning och vissa administrativa åtgärder. Informationen kan bland annat förmedlas när patienter tar del av resultatet från en neuropsykiatrisk utredning och vid uppföljningsbesök. Behovet av stöd till närstående tycks dock vara stort, och socialtjänsten kommer att

²⁹ Se 1 kap. 1 § SoL.

påverkas om fler söker stöd efter att ha informerats i hälso- och sjukvården. I en medlemsenkät från Attention uppgav till exempel över hälften av 3 000 personer som hade barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (även vuxna barn) att de själva behövt stöd. Många hade också varit sjukskrivna till följd av barnets funktionsnedsättning [35].

Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan behöva avsätta mer resurser för föräldraskapsstöd till vårdnadshavare som själva har adhd eller autism. Sådant stöd leder troligen till långsiktiga besparingar på samhällsnivå, precis som andra typer av föräldraskapsstöd har gjort. De vanligaste föräldrastödsprogrammen i Sverige har uppskattats kosta 4 000–13 000 kronor per år (gäller då program för vårdnadshavare till barn med adhd, uppförandeproblem eller liknande svårigheter) [78]. Samtidigt visar en studie exempelvis att för varje investerad krona beräknas samhället kunna få 6,3 kronor tillbaka i form av mindre kostnader för hälso- och sjukvård och skolresurser, och för ökade inkomster [79].

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

➔ **Läs mer:** I [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd](#) [80] finns en utförligare konsekvensanalys av att arbeta enligt IPS-modellen. Se kapitlet Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser, avsnittet Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser.



Så utvärderar vi socialtjänsten

Socialstyrelsen har tagit fram ett centralt mått för att följa upp området stöd för föräldraskap, arbete och boende. Med det mäter vi

- andelen vuxna med adhd eller autism som får boendestöd i ordinärt boende (centralt mått Bv63).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Psykologiska insatser

Psykologisk behandling är förändringsarbete med beteenden, tankar, känslor, relationer och upplevelser. Flera insatser kan vara aktuella för personer med adhd eller autism, och för personer i deras omgivning. De är framför allt inriktade på beteendeförändring, acceptans och strategier för att hantera vardagen, och flera av insatserna utgår från inlärningsprinciper. Socialstyrelsen rekommenderar följande insatser:

- **Positivt beteendestöd (PBS)** är baserat på tillämpad beteendeanalys (TBA), och kan vara aktuellt för personer med autism och utmanande beteende. Man fokuserar på att förstärka positiva beteenden och förbättra livskvaliteten, och på en positiv utveckling för personen och omgivningen. PBS kan ges både individuellt och i grupp, i flera sammanhang och kontinuerligt över tid. Det kan till exempel vara aktuellt i skolmiljö eller på socialtjänstens olika boenden, såsom i en bostad med särskild service enligt LSS.
- Även **mångsidiga intensiva beteendeinsatser (EIBI)** utgår från TBA. Det är en behandling för barn upp till 5 år med autism, som ofta pågår under flera år. Barnet får träning i bland annat socialt samspel i sin vardagsmiljö, till exempel av en pedagog på förskolan som i sin tur får stöd av BUP eller habiliteringen.
- Personer med misstänkt eller fastställd adhd eller autism får ofta **psykoedukation**: en bred utbildning för att bättre förstå den aktuella funktionsnedsättningen, och strategier för att hantera vardagen. Ofta ingår [kognitivt och kommunikativt stöd](#).
- **Kognitiv beteendeterapi (KBT)** fokuserar på att förändra beteenden, tankar och känslor, och psykoedukation ingår. Ungdomar och vuxna med adhd kan få KBT för att till exempel hantera känslor och impulser bättre. Vid autism behandlar man framför allt ångestsyndrom och liknande problem, som ofta är en följd av funktionsnedsättningen.
- **Social färdighetsträning** kan hjälpa barn med adhd eller autism att förstå socialt samspel och förbättra sina sociala färdigheter. Behandlingen följer vanligen en manual och ges ofta i grupp. Även skolan kan involveras.

Rekommendationer om psykologiska insatser

Till hälso- och sjukvården

Id	För ...	Erbjud ...	Prioritet
Bb7, Bv7	personer med autism och utmanande beteende	positivt beteendestöd (PBS).	1
Bb52	barn i åldern 0–5 år med autism	mångsidiga intensiva beteendeinsatser (EIBI).	2
B15c	barn med autism och symtom på ångest	KBT anpassad till barn med autism.	2
Bb21 a–b, Bv21 a–b	personer med adhd eller autism	psykoedukation.	3
B15b	vuxna från 21 år med adhd	KBT inriktad på adhd-symtom.	4

Id	För ...	Erbjud ...	Prioritet
Bb53b	barn med adhd eller autism och nedsatt social samspelsförmåga, men ingen intellektuell funktionsnedsättning	social färdighetsträning (manualbaserad).	4
B15a	personer i åldern 14–21 år med adhd	KBT inriktad på adhd-symtom.	5

Till socialtjänsten

Id	För ...	Erbjud ...	Prioritet
Bb7, Bv7	personer med autism och utmanande beteende	positivt beteendestöd (PBS).	1

➔ **Läs mer** om behandling av depression och ångestsyndrom i [Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom](#) [81].



Så har vi prioriterat

Högst prioritet har positivt beteendestöd (PBS), som minskar utmanande beteenden hos både barn och vuxna med autism. De som är aktuella för insatsen har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad, och det finns få alternativa insatser. PBS kan också öka personernas funktion och livskvalitet.

Även mångsidiga intensiva beteendeinsatser (EIBI) har hög prioritet (2). Rekommendationen gäller barn vars hälsotillstånd har en stor till mycket stor svårighetsgrad: den grupp som får diagnosen autism i 0–5-årsåldern har ofta stora svårigheter, och många har samtidigt en intellektuell funktionsnedsättning. EIBI kan hjälpa barnen att träna upp väsentliga färdigheter och nå viktiga utvecklingssteg. En provperiod kan vara nödvändig, eftersom det är svårt att avgöra på förhand vilka barn som får nytta av EIBI, enligt klinisk erfarenhet.

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

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är förstahandsvalet för att behandla personer med ångestsyndrom eller mild till måttlig depression (se *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* [81], där KBT har hög prioritet). Detta gäller även personer med adhd eller autism, om de bedöms kunna tillgodogöra sig psykologisk behandling. Särskilt vid autism kan behandlingen dock behöva anpassas, till exempel enligt särskilda manualer för KBT vid autism. För barn med autism har sådan anpassad KBT tydlig effekt på ångestsymtom, och har därför hög prioritet.

För vuxna (över 21 år) med adhd finns vetenskapligt stöd för att KBT även minskar typiska adhd-symtom, såsom svårigheter med känsloreglering och impuls kontroll. Behandlingen minskar i sin tur även symtom på ångest och depression. Att behandla adhd-symtom med KBT har därför relativt hög prioritet för vuxna. För ungdomar (14–21 år) har sådan behandling något lägre prioritet, eftersom det endast finns vetenskapligt stöd för effekten på kärnsymtomen om patienten samtidigt behandlas med adhd-läkemedel.

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

Även social färdighetsträning har relativt hög prioritet (4). Den har en måttlig effekt på bland annat sociala färdigheter och funktion, och är aktuell för patienter som generellt har ett hälsotillstånd med en måttlig till stor svårighetsgrad.



Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Din region eller kommun behöver troligen avsätta mer resurser till positivt beteendestöd. Stödet kan vara aktuellt för en stor grupp, eftersom det kan ges i flera former och sammanhang – av både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dessutom är stödet inte tidsbegränsat, och personal kan behöva utbildning. Samtidigt är stödet avsett för dem med störst svårigheter, och en positiv utveckling kan hindra stora vård- och omsorgskostnader på sikt.

Även mångsidiga intensiva beteendeinsatser (EIBI) är tids- och resurskrävande, och tillgången varierar mellan regionerna. Din region kan därmed behöva avsätta mer resurser även för detta. Samtidigt visar studier att insatserna kan ge samhällsbesparingar på olika områden på lång sikt [82, 83]. Resurser som avsätts tidigt i vårdkedjan gör det möjligt att undvika stora kostnader längre fram.

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

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



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

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

- andelen personer med nydiagnostiserad adhd eller autism som har fått psykoedukation (indikator Bb21/Bv21)
- andelen barn med autism och ångestdiagnos som har fått KBT (indikator B15c).

Området psykologiska insatser är dock svårt att följa upp i nuläget, eftersom relevanta registerdata endast inkluderar läkarbesök. Men från och med 2024 inkluderas även besök hos andra yrkesgrupper, vilket kommer att underlätta uppföljningen.

Vi planerar också att ta fram indikatorer för att följa upp positivt beteendestöd och mångsidiga intensiva beteendeinsatser i samband med utvärderingen av vården och stödet vid adhd och autism.

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Sömnbehandling

Många med adhd och autism har sömnstörningar som kan påverka vardagen kraftigt, även för närstående [84]. Alla med sömnstörningar kan erbjudas stöd för goda sömnvanor, till exempel genom anpassningar i miljön. Behandlaren behöver då ofta kartlägga sömnproblemen och patientens levnadsvanor, till exempel med hjälp av en sömndagbok.

För de flesta räcker detta stöd. För personer med allvarlig sömnlöshet (insomni) kan även andra insatser bli aktuella, till exempel tyngdtäcke eller kognitiv beteendeterapi (KBT). Tyngdtäcke behöver provas ut för att passa individen.

Läkemedlet melatonin är också godkänt för att behandla insomni hos barn med adhd och autism. Staten subventionerar dock enbart melatonin för barn i åldern 6–17 år med adhd, som inte har fått tillräcklig effekt av stöd för goda sömnvanor. Därför ger Socialstyrelsen ingen rekommendation om melatonin för barn med autism – vi rekommenderar i regel enbart åtgärder som finansieras med allmänna medel.³⁰ För vuxna finns melatonin samtidigt receptfritt på apoteket (för behandling av jetlag), och bekostas då av patienterna själva. Vuxna kan dessutom få recept på långtidsverkande melatonin, men inte heller detta är subventionerat.

Sömnbehandlingen bör alltid följas upp och utvärderas.

³⁰ När Socialstyrelsen publicerar dessa riktlinjer ingår inte det melatoninläkemedel som är godkänt för barn med autism i den statliga läkemedelsförmånen. Vi inkluderar melatonin vid autism i nästa uppdatering av riktlinjerna, om det finns tillgängligt och subventioneras då.

Rekommendationer om sömnbehandling

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med allvarlig sömnlöshet (insomni) som har fått stöd för goda sömnvanor men inte fått tillräcklig effekt, och som ...	Erbjud ...	Prioritet
B3c	är barn med adhd, från 6 år	läkemedlet melatonin, i kombination med andra insatser.	3
Bv3b	är vuxna med autism	tyngdtäcke.*	3
Bv3a	är vuxna med adhd	tyngdtäcke.*	4
Id	För barn med allvarlig sömnlöshet (insomni) som ...	Erbjud ...	Prioritet
Bb3a, Bb3b	har adhd eller autism, har fyllt 5 år och har fått stöd för goda sömnvanor men inte fått tillräcklig effekt	inom ramen för forskning och utveckling: tyngdtäcke.*	FoU
B15e	har autism	inom ramen för forskning och utveckling: KBT anpassad till barn med autism.	FoU

*Rekommendationen gäller endast produkter med en vedertagen säkerhetsklassning, till exempel CE-märkning. Tyngdtäcken är oftast CE-märkta som medicinteknisk produktklass I.



Så har vi prioriterat

Melatonin förbättrar sömnen för barn med adhd som inte har fått tillräcklig effekt av stöd för goda sömnvanor, enligt vetenskapliga studier. Dessutom förbättras livskvaliteten och funktionsförmågan, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Behandlingen har därför hög prioritet. Melatonin har effekt även för barn med autism, men eftersom det inte ingår i den statliga läkemedelsförmånen ger vi ingen rekommendation i denna version av riktlinjerna. Det behövs också mer kunskap om effekten av en längre tids behandling med melatonin.

Vidare förbättrar tyngdtäcke sömnen för den mindre grupp vuxna med adhd eller autism som inte fått tillräcklig effekt av stöd för goda sömnvanor. Detta kan i sin tur förbättra funktionen och livskvaliteten. Även tyngdtäcke har därför hög prioritet för vuxna – lite högre för personer med autism eftersom den funktionsnedsättningen generellt är svårare än adhd. För barn pågår en studie om effekten av tyngdtäcke, och mer forskning behövs. Därför rekommenderar Socialstyrelsen tyngdtäcke för barn med adhd eller autism inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.

Det pågår också studier om effekten av KBT för barn med autism och insomni, och Socialstyrelsen rekommenderar även sådan behandling inom

ramen för forskning och utveckling. Det finns ett stort behov av behandlingsalternativ för denna grupp.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Melatonin mot insomni skrivs ofta ut tillsammans med adhd-läkemedel [85], och förskrivningen ökade kraftigt 2016–2020 [86, 87]. Användningen har varit störst i åldersgruppen 10–19 år (cirka 60 000 personer 2021). År 2021 minskade förskrivningen dock på grund av förändringar i tillgängligheten, men regionernas kostnader kan förväntas börja öka igen de närmaste åren [87]. På längre sikt skulle ökad melatoninbehandling till exempel kunna få fler att klara sin skolgång tack vare bättre funktionsförmåga, vilket kan ge samhällsbesparingar.

Vidare behöver din region se över möjligheten att erbjuda uppföljd behandling med tyngdtäcke för vuxna, och säkerställa att ni har tillräcklig kompetens för detta. Kostnaden kan öka, men behöver ställas i relation till effekten av behandlingen. Ett tyngdtäcke som inte har gett tillräcklig effekt kan också återanvändas av andra patienter. Ni kan dessutom starta lämpliga forsknings- och utvecklingsprojekt om behandling med tyngdtäcke för barn, eftersom mer kunskap behövs.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram ett centralt mått för att följa upp området sömnbehandling. Med det mäter vi

- andelen personer med adhd och insomni som har fått läkemedlet melatonin (centralt mått B3c).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Adhd-läkemedel

Adhd-läkemedel ska aldrig vara den enda eller första insatsen, men det kan vara ett viktigt komplement till annan behandling och stöd från till exempel skolan.³¹ Både barn och vuxna med adhd kan ha stor nytta av sådana läkemedel. De förbättrar uppmärksamheten och koncentrationen, samtidigt som de minskar impulsivitet och hyperaktivitet.³² En del kan också behöva adhd-läkemedel för att kunna tillgodogöra sig annan behandling. Teamet kring patienten kan bedöma vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som är

³¹ Enligt produktresumén för de godkända adhd-läkemedlen ska läkemedelsbehandling vara en del av ett omfattande behandlingsprogram med psykologiska och psykosociala insatser.

³² För tillfället finns 5 godkända läkemedelssubstanser i Sverige för behandling av adhd hos personer över 6 år: de centralstimulerande substanserna metylfenidat, dexamfetamin och lisdexamfetamin samt de icke-centralstimulerande substanserna atomoxetin och guanfacin. Dexamfetamin och guanfacin är endast godkända för behandling av barn och ungdomar med adhd. De centralstimulerande substanserna är vanligast.

lämpliga vid olika tidpunkter, och regelbundet följa upp effekten av läkemedelsbehandlingen (se avsnittet [Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning](#)).

De centralstimulerande adhd-läkemedlen är narkotikaklassade och får bara skrivas ut av läkare med specialistkompetens i barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri, rättspsykiatri, neurologi eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering.³³ Det är viktigt att även vuxna och ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem får tillgång till adhd-läkemedelsbehandling efter behov och efter en individuell bedömning, samtidigt med annat stöd för både funktionsnedsättningen och beroendeproblematiken.³⁴

Det är inte tillåtet att rutinmässigt kräva till exempel saliv-, urin- eller blodprov från patienterna före behandling med centralstimulerande adhd-läkemedel för att säkerställa drogfrihet. Tre regioner har fått kritik för sina urinprovskontroller från Justitieombudsmannen (JO).³⁵ En läkare kan dock bedöma det som nödvändigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv att en patient tar ett prov, efter en individuell bedömning och ett informerat samtycke (till exempel om läkemedlet riskerar att användas på fel sätt).

Rekommendationer om adhd-läkemedel

Till hälso- och sjukvården

Id	För barn och vuxna med ...	I kombination med andra insatser: Erbjud regelbundet uppföljd behandling med ...	Prioritet
B13	adhd och substansbrukssyndrom*, från 13 år	adhd-läkemedel.	3
Bb5, Bv5	adhd, från 6 år	centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till 1 år.	3
Bb50, Bb6, Bv50, Bv6	adhd, från 6 år	centralstimulerande adhd-läkemedel i mer än 1 år, eller icke-centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till 1 år.	4
Bb51, Bv51	adhd, från 6 år	icke-centralstimulerande adhd-läkemedel i mer än 1 år.	5

*Kunskapsunderlaget för denna rekommendation bygger på studier av personer med adhd och det som motsvarar substansbrukssyndrom (gällande alkohol eller narkotika) i diagnosmanualen DSM-5. Substansbrukssyndrom är en sammanslagning av de tidigare diagnoserna missbruk och beroende.

³³ Se 1 § Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel. Läkemedelsverket kan besluta om undantag (dispens) från bestämmelserna i HSLF-FS 2017:74 om det finns särskilda skäl, se 6 §.

³⁴ Den förskrivande läkaren bör då ha kunskap om den aktuella samsjukligheten, enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer [88].

³⁵ JO har kritiserat tre regioner som haft rutiner för obligatoriska övervakade urinprovskontroller innan en patient kan få behandling med centralstimulerande läkemedel, eftersom det inte är förenligt med grundlagen (JO:s beslut den 4 juni 2020, dnr 2050–2018, 4579–2018 och 34–2019).

➔ **Läs mer:**

- Läkemedelsverket har behandlingsrekommendationer för läkare som skriver ut adhd-läkemedel – se lakemedelsverket.se.
- Det behövs mer kunskap om bland annat dosering – se kapitlet Utgångspunkt: dagens vård och stöd, avsnittet [Mer systematisk uppföljning och forskning behövs](#).
- I [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende](#) [89] finns bland annat rekommendationer om behandling av olika typer av beroendeproblematik hos personer med adhd.



Så har vi prioriterat

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

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

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

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



Så påverkas hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har prognostiserat att antalet adhd-diagnoser kommer att fortsätta öka, och därmed kommer fler att behöva läkemedelsbehandling [19]. År 2022 var regionernas totala kostnader för adhd-läkemedel 1,1 miljarder kronor, och de väntas öka till 1,5 miljarder kronor 2025 [90]. Även uppföljningen av läkemedelsbehandling behöver öka.

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

Vidare finns exempel på geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn, som tycks bero på praxisskillnader och inte enkelt kan förklaras av befolkningens sammansättning och risker för adhd [1].



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram två centrala mått för att följa upp området adhd-läkemedel. Med dem mäter vi

- andelen personer med nydiagnostiserad adhd som har hämtat ut centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till 1 år (centralt mått Bb5/Bv5)
- andelen personer från 13 år med adhd och substansbrukssyndrom som har hämtat ut adhd-läkemedel (centralt mått B13).

Socialstyrelsen följer också förskrivningen av adhd-läkemedel löpande.

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Att implementera de nationella riktlinjerna

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

➔ Läs mer

- i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [91], som detta kapitel bygger på
- i annat material från Socialstyrelsen som kan användas för implementering – se kapitlet [Kompletterande stöd](#)
- hos Nationellt prioriteringscentrum, som ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

➔ **Kommande publicering:** Socialstyrelsen arbetar också med ett stöd för implementering specifikt för dessa riktlinjer, med bland annat ett reflektionsmaterial för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Att implementera effektivt

Forskning visar att implementering kan ske planerat och framgångsrikt [91], och att ledarskapet är centralt i denna process [92]. Regionernas struktur för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården väntas bli ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå. Även de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) för kunskapsutveckling i socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård är betydelsefulla.

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

Analysera verksamheten

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

- Vad gör vi i dag? Vilka insatser erbjuder vi, och vilka saknas?
- Samverkar vi tillräckligt med andra verksamheter i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården), socialtjänsten och skolan? Får personer med adhd eller autism ett sammanhållet stöd, även med hänsyn till samtidiga

sjukdomar och funktionsnedsättningar? Finns det samverkansstrukturer att bygga vidare på?

- Vilka patient- eller brukargrupper ligger längst från det önskade läget? Vilka insatser är viktigast att införa?
- Gör vi insatser tillräckligt tidigt? Vad vill vi förebygga?
- Vad lägger medarbetarna mest tid på? Har de rätt förutsättningar att arbeta på nya sätt, i mötet med patienterna eller brukarna?
- Vad kan underlätta arbetet med att implementera riktlinjerna? Vad kan hindra det?
- Om du har ett övergripande regionalt eller kommunalt ansvar:
 - Hur kan hälso- och sjukvården anpassas för att bäst identifiera, utreda, behandla och följa upp personer med adhd och autism?
 - Hur kan socialtjänsten anpassa insatserna mer till personer med misstänkt eller fastställd adhd eller autism, och hjälpa dem att kompensera för funktionsnedsättningarna så att de får likvärdiga förutsättningar för trygghet, delaktighet och jämlikhet i sin livssituation?
 - Hur organiserar vi bäst kompetensutvecklingen i regionen eller kommunen?
 - Har vi vårdavtal i regionen som gör det möjligt för habiliteringen att arbeta med barn efter behov, eller har vi åldersgränser som behöver ses över? Hur fungerar olika vårdavtal ihop – underlättar eller försvårar de tidiga insatser, före en eventuell diagnos?

Sätt mål

Sätt upp tydliga mål för implementeringen av riktlinjerna som leder till att de med störst behov får företräde till vården, och till att insatserna blir så effektiva som möjligt.

Motivera medarbetarna

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

Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Medarbetare kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nytt material och tid för nya aktiviteter. Samtidigt kan ni spara resurser genom att

avveckla ineffektiva arbetssätt. Det är viktigt med samsyn om resurserna i hela verksamheten, och om en kultur som stödjer lärande och utveckling.

Håll liv i de nya arbetssätten

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

Exempel på risker och svåra frågor

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

Svårt att prioritera mellan riktlinjer

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

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

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

Forskning har till exempel synliggjort statusordningar för sjukdomar och medicinska specialiteter [93]. Statusordningarna påverkar det informella prioriteringssystemet i hälso- och sjukvården. Det kan även påverka forskningsläget och forskningsfinansieringen inom ett fält. Neurokirurgi och hjärtmedicin har till exempel hög status, medan äldrevård och psykiatri har låg. Statusen blir högre när en sjukdom är akut, har högteknologisk behandling och drabbar specifika organ. Låg status kan försvåra förändringsarbete, och fler insatser kan krävas för att implementera nya arbetssätt framgångsrikt.

Du som ska arbeta med implementering av dessa nationella riktlinjer behöver tänka på att funktionsnedsättningar som adhd och autism generellt

sett har låg status, liksom merparten av de hälsotillstånd och sociala situationer som psykiatri och socialtjänsten ansvarar för. Det finns till exempel sammanhang där funktionsnedsättningarna inte tas på allvar, och till och med ifrågasätts.

Svårt att värdera risker mot faktisk sjukdom

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

Enligt de etiska principerna för prioritering i hälso- och sjukvården nedan ses risk för sjukdom som mindre allvarligt än faktisk sjukdom [4]. Förebyggande insatser har därmed oftast något lägre prioritet i Socialstyrelsens rekommendationer till hälso- och sjukvården än andra insatser. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga.

Socialtjänsten har däremot i uppgift att främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden, och till exempel förebygga att barn och unga får illa.³⁶ Det finns ett stort behov av sådant arbete för personer med adhd och autism.

Etiska principer för prioritering

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

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** Resurserna bör fördelas utifrån behov. Den som behöver vården mest ska få företräde – den med svårast sjukdom och sämst livskvalitet [4].

³⁶ Se 3 kap. 1 § och 5 kap. 1 § SoL.

- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

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

Om du arbetar i socialtjänsten behöver ditt implementeringsarbete i stället utgå från de bärande principerna i socialtjänstlagen, såsom att socialtjänsten ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.³⁷ Personal i alla delar av socialtjänsten behöver vara observant på sådana behov som beskrivs i dessa riktlinjer, och kunna arbeta enligt bästa tillgängliga kunskap (forskning eller erfarenhetsbaserad kunskap). Behoven behöver fångas upp såväl i biståndsbedömningar och utredningar som i utförandet av insatser.

Hälsan och levnadsvillkoren i Sverige är ännu inte jämlika [47]. Det finns flera skillnader mellan olika grupper i dödlighet, vård och stöd [43]. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett verktyg för att minska sådana skillnader.

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

³⁷ Se 1 kap. 1 § SoL.

Kompletterande stöd

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

Andra nationella riktlinjer från Socialstyrelsen

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

➔ Läs mer:

- [Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor](#) [94] (uppdateras 2024)
- [Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom](#) [81]
- [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende](#) [89]
- [Nationella riktlinjer för tandvård](#)³⁸ [52]
- [Nationella riktlinjer för vård vid obesitas](#) [95].

➔ **Kommande publicering:** Nationella riktlinjer för vård vid ätstörningar publiceras under 2024.

Vård- och insatsprogram

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

³⁸ Tandvårdsriktlinjerna tar bland annat upp insatser för personer med ökad risk för dålig munhälsa, vilket personer med adhd eller autism generellt har.

Socialstyrelsen har haft en nära dialog med arbetsgruppen för vård- och insatsprogrammet för adhd, som publicerades 2021. Programmet uppdateras utifrån dessa nationella riktlinjer. Även ett vård- och insatsprogram för autism kommer att publiceras.

→ **Läs mer:** [Vård- och insatsprogram för adhd](#) [96].

Kunskapsstöd om vård och stöd till barn

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

→ **Läs mer:**

- *TSI-boken – stöd i arbetet med tidiga och samordnade insatser för barn och unga* [60]
- *Barn som utmanar – barn med ADHD och andra beteendeproblem* [97] – kunskapssammanfattning av Björn Kadesjö
- *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet* [98] – rekommendationer till chefer, verksamhetsansvariga och personal om att bemöta personer med intellektuell funktionsnedsättning för att undvika till exempel våld (kan vara relevant även utanför LSS-verksamheter)
- *Att möta föräldrar till barn med funktionsnedsättningar* [99] – stöd till framför allt barnhälsovårdssjuksköterskor
- *Att samtala med barn* [100] – stöd till alla som möter och samtalar med barn i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten, med särskilda avsnitt om barn med funktionsnedsättning
- *Bedöma barns mognad för delaktighet* [101] – stöd till personal i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten
- *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott* [61] – rekommendationer till handläggare och chefer i socialtjänsten om bland annat föräldraskapsstöd och KBT-baserade färdighetsträningsprogram
- *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning* [102] – handbok för framför allt handläggare och utförare av LSS-insatser, men också för beslutsfattare och chefer som planerar kommunala verksamheter
- *Barn och unga* – webbsida om barns rättigheter i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten, med länkar till stödmaterial, rapporter och regler, till exempel om barn som far illa – se socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga

- *Om barn med funktionsnedsättning i Sverige och deras utsatthet för våld och kränkningar* [64] – kunskapssammanställning om den ökade risken för våld, tillgången till stöd, rehabilitering och information samt kompetensen hos personal som möter barn med funktionsnedsättning
- *Prioriterade behov av kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård* – ett samverkansprojekt där Socialstyrelsen och SBU har identifierat viktiga utvecklingsbehov – se sbu.se/sv/publikationer.

Kunskapsstöd till skolan och elevhälsan

Skolan har stor betydelse för barns psykiska hälsa [43]. Det finns flera stöd för dig som möter barn med adhd eller autism i skolan.

➔ Läs mer:

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

Kartläggning av konsekvenser av adhd

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

➔ Läs mer: *Konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd* [8].

Utbildningsmaterial om alternativ och kompletterande kommunikation

Socialstyrelsen har en webbutbildning om alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) – en typ av kommunikativt stöd som ofta ges med

hjälp av tecken, bilder eller talande hjälpmedel. Utbildningen vänder sig framför allt till dig som är chef eller medarbetare i en LSS-verksamhet.

➔ **Läs mer:** *AKK som kommunikationsstöd* – se utbildning.socialstyrelsen.se.

Utbildningsmaterial från Kunskapsguiden

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

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

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

Utbildningsmaterial om psykisk ohälsa

Socialstyrelsen har två webbutbildningar om att bemöta personer med psykisk ohälsa och tankar om att ta sitt liv:

- *Förebygga suicid – om bemötande i socialtjänsten* vänder sig främst till dig som är chef, handläggare eller medarbetare i socialtjänsten.
- *Det vi inte ser – om bemötande av personer med psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården* vänder sig främst till dig som är chef eller medarbetare i hälso- och sjukvården.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se.

Utbildningsmaterial om adhd och autism för socialtjänsten

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

➔ **Läs mer:**

- *Att möta personer med adhd* – se utbildning.socialstyrelsen.se
- *Underlätta för personer med autism i möten med socialtjänsten* [103].

Nationell anhörigstrategi

År 2022 beslutade regeringen om Sveriges första nationella anhörigstrategi. Strategin ska hjälpa kommuner och regioner att stärka anhörigperspektivet i vården och omsorgen, och göra stödet till anhöriga mer likvärdigt över landet. Utgångspunkten är att anhörigas insatser och delaktighet alltid ska bygga på frivillighet.

➔ **Läs mer:** *Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg* [56].

Verktyg för samordnat stöd

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

➔ **Läs mer:**

- *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan – barn och unga 0–18 år* [58]
- *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan – för alla över 18 år, vuxna och äldre* [59]
- *God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi?* [63].

Verktyg för tillgänglighetsarbete

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

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

Rekommendationer om läkemedelsbehandling

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

➔ **Läs mer** på Läkemedelsverkets webbplats, lakemedelsverket.se.

Yrkesresan – kompetensutveckling i socialtjänsten

Yrkesresan är ett koncept för introduktion och kompetensutveckling i socialtjänsten, för att stärka kompetensen och yrkesstoltheten hos både medarbetare och chefer. Yrkesresan kan vara relevant att relatera till för dig som planerar kompetensutveckling om adhd och autism enligt dessa riktlinjer. Den är ett samarbete mellan SKR, Socialstyrelsen och de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS).

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

Handbok om fysisk aktivitet

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

➔ **Läs mer:** *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och behandling (FYSS)* [104]. Se särskilt kapitel 1.8 och 1.18.

Vägledning vid sjukskrivning

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

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

Projektorganisation

Projektledning – rekommendationer

Evelyn Andersson	projektledare och vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (från januari 2021)
Louise von Bahr	projektledare och vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Steve Berggren	legitimerad psykolog, specialist i neuropsykologi, medicine doktor, sektionschef för BUP Forsknings- och utvecklingscentrum, Region Stockholm, biträdande föreståndare för KIND (Center of Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet), Stockholm
Dan Edvinsson	prioriteringsordförande, medicine doktor, specialist i vuxenpsykiatri och allmänmedicin, överläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala
Linda Halldner Henriksson	medicine doktor, specialist i barn- och ungdomspsykiatri vid BUP Västerbotten, docent vid Umeå universitet
Olle Hollertz	specialist i vuxenpsykiatri, överläkare vid öppenvårdsmottagningen i Oskarshamn, Region Kalmar län (till oktober 2023)
Anna Ilar	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Ulrika Jarrolf	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Tomas Larson	medicine doktor, verksamhetsutvecklare, överpsykolog och forskningsledare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, specialist i neuropsykologi
Anna Mattsson	projektledare, Socialstyrelsen (till april 2021)
Fanny Sellberg	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (till hösten 2020)
Rasmus Sjögren	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen, till våren 2023)
Fredrik Tholander	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (sommaren 2020 till vintern 2021)
Anna Thomsson	legitimerad arbetsterapeut, handläggare vid Sveriges Kommuner och Regioner
Carina Wiström Bergstock	utredare, Socialstyrelsen (från hösten 2022)
Adjungerad: Ida Kåhlin	legitimerad arbetsterapeut, filosofie doktor, universitetslektor i arbetsterapi vid Linköpings universitet, ordförande för Sveriges Arbetsterapeuter

Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna

Socialstyrelsen

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

SBU

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

Prioritering av rekommendationerna

Hans Ackerot	överläkare vid Psykiatri Halland
Maria Askling	legitimerad psykolog vid Beroendemottagningen i Linköping, Psykiatriska kliniken, Region Östergötland
Annika Brar	psykiater, habiliteringsläkare vid Habilitering & Hälsa, Region Stockholm
Susanna Danielsson	medicine doktor, överläkare vid Habiliteringscentrum, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Adhd och autism

Eric Donell	patient- och brukarrepresentant, vice förbundsordförande för Riksförbundet Attention, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård
Dan Edvinsson	prioriteringsordförande, medicine doktor, specialist i psykiatri och allmänmedicin, överläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala
Kaj Ehlin	legitimerad psykolog, specialistpsykolog med inriktning mot neuropsykologi vid Vuxenhabilitering råd och stöd, Region Västerbotten
Irene Eriksson	logoped vid Habiliteringen Skåne
Maria Holknekt	legitimerad arbetsterapeut, utvecklingsamordnare vid Kommunförbundet Västernorrland
Selma Idring Nordström	medicine doktor, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, överläkare och processägare för adhd vid BUP Stockholm
Tobias Jacobsson	legitimerad arbetsterapeut vid Rehabiliteringsenheten vuxenpsykiatri, Region Kalmar
Mats Jansson	patient- och brukarrepresentant, sakkunnig utredare vid Autism Sverige
Christina Lans	sektionschef för Stöd och omsorg SoL och LSS, Falu kommun
Gerda Lindeblad	legitimerad psykolog, specialist i neuropsykologi vid Habilitering & Hälsa, Västra Götalandsregionen
Birgitta Nordström	PhD i fysioterapi, enhetschef för Vuxenhabiliteringen, Region Norrbotten
Lena Olsson	socionom, doktor i handikappvetenskap, f.d. enhetschef för biståndsenheten i Habo Kommun, universitetslektor i socialt arbete vid Hälsohögskolan, Jönköping University
Rebecka Persson	legitimerad psykolog, klinisk specialist i neuropsykologi, BUP:s slutenvårdsavdelning, Region Östergötland
Annika Vilhelmsson	avdelningschef vid centrala barn- och elevhälsan, Tanums kommun
Helen Westerlund	legitimerad hälso- och sjukvårdskurator vid Habiliteringsmottagningen Eskilstuna, Region Sörmland
Helka Widengren	specialist i skolhälsovård, skolläkare i Solna stad, vice ordförande för Svenska skolläkarföreningen

Projektledning – indikatorer

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

Andra medverkande

Martina Barnevik Olsson	medicinskt sakkunnig, Socialstyrelsen
Anders Bengtsson	enhetschef, Socialstyrelsen (till mars 2023)
Anders Berg	utredare, Socialstyrelsen
Kjerstin Bergman	utredare, Socialstyrelsen
Katti Björklund	webbredaktör, Socialstyrelsen (från januari 2024)
Ellinor Cronqvist	enhetskoordinator, Socialstyrelsen (från maj 2023)
Jan Ekman	pressekreterare
Karin Flyckt	samordnare av funktionshindersfrågor, Socialstyrelsen
Mattias Fredricson	enhetschef, Socialstyrelsen (till april 2023)
Ylva Ginsberg	medicinskt sakkunnig, docent i psykiatri, Socialstyrelsen
Tobias Gyllensvärd	utredare, Socialstyrelsen (från oktober 2023)
Marika Habbe	utredare, Socialstyrelsen
Karin Hermansson	utredare, Socialstyrelsen

Adhd och autism

Sanna Hiort	jurist, Socialstyrelsen
Åsa Isacsson	utredare, Socialstyrelsen (till oktober 2023)
Jenny Jakobsson	utredare, Socialstyrelsen
Hanna Jarvad	jurist, Socialstyrelsen
Tiina Laukkanen	produktionsledare, Socialstyrelsen (2022)
Peter Lundholm	odontologiskt sakkunnig, Socialstyrelsen
Konstantin Macheridis	utredare, Socialstyrelsen
Sofia von Malortie	enhetskoordinator (till april 2023), enhetschef (från maj 2023), Socialstyrelsen
Maria Nylén	produktionsledare, Socialstyrelsen (2024)
Louise Ohlén	webbredaktör, Socialstyrelsen
Helena Petersson	utredare, Socialstyrelsen
Peter Salmi	utredare, Socialstyrelsen
Marianne Segevall	utredare, Socialstyrelsen
Maria State	enhetschef, Socialstyrelsen (från april 2023)
Camilla Strandberg	jurist, Socialstyrelsen (från augusti 2023)
Sofie Sundholm	redaktör, Socialstyrelsen
Filippa Svensson	administratör, Socialstyrelsen
Kristina Swiech	jurist, Socialstyrelsen (till oktober 2022)
Magnus Wallinder	enhetschef, Socialstyrelsen
Harriet Wennberg	kommunikatör, Socialstyrelsen
Annika Öquist	enhetschef, Socialstyrelsen

Referenser

1. Socialstyrelsen. Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn; 2019.
2. Socialstyrelsen. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016; 2017.
3. Socialstyrelsen. Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar – Behovs- och problemanalys avseende god vård; 2019. Report No.: 2019-6-25.
4. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning: Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.
5. Socialstyrelsen. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård; 2012.
6. Regeringskansliet. Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling. Hämtad 2020-03-04 från:
<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, Va: American Psychiatric Association; 2013.
8. Socialstyrelsen. Konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd – Kartläggning och analys 2019. Hämtad 2022-03-10 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-21.pdf>
9. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol.* 2014; 43(2):434-42.
10. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021; 128:789-818.
11. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics.* 2012; 9(3):490-9.
12. Cortese S, Song M, Farhat LC, Yon DK, Lee SW, Kim MS, et al. Incidence, prevalence, and global burden of ADHD from 1990 to 2019 across 204 countries: data, with critical re-analysis, from the Global Burden of Disease study. *Mol Psychiatry.* 2023.
13. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics.* 2015; 135(4):e994-1001.
14. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr.* 2023; 49(1):48.
15. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2017; 9(1):47-65.

16. Song P, Zha M, Yang Q, Zhang Y, Li X, Rudan I. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2021; 11:04009.
17. Hossain MM, Khan N, Sultana A, Ma P, McKyer ELJ, Ahmed HU, et al. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res*. 2020; 287:112922.
18. Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *Lancet*. 2014; 383(9920):896-910.
19. Socialstyrelsen. Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd – Förekomst, trend och könsskillnader; 2023. Report No.: 2023-11-8862.
20. Lundstrom S, Reichenberg A, Anckarsater H, Lichtenstein P, Gillberg C. Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. *BMJ*. 2015; 350:h1961.
21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NICE Guideline, No. 87.) 2019.
22. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:67.
23. Socialstyrelsen. Opublicerade slutsatser som bygger på data från Socialstyrelsens rapport Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd – Förekomst, trend och könsskillnader (2023). Samtal med utredare Peter Salmi februari 2024.
24. Skolinspektionen. Omfattande ogiltig frånvaro i Sveriges grundskolor 2016.
25. Autism- och aspergerförbundet. Medlemsundersökning om skolgången; 2016.
26. Autism- och aspergerförbundet. Medlemsundersökning om skolgången; 2018.
27. Attention. Det finns så mycket kunskap om NPF, kan inte begripa varför den inte når ut till skolorna; 2017.
28. Attention. Attentions arbetsmarknadsrapport 2021 – Jobbar jag 100 % blir jag utbränd; 2021 2021-11-24.
29. Lallukka T, Mittendorfer-Rutz E, Ervasti J, Alexanderson K, Virtanen M. Unemployment Trajectories and the Early Risk of Disability Pension among Young People with and without Autism Spectrum Disorder: A Nationwide Study in Sweden. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(7).
30. Maslahati T, Bachmann CJ, Hofer J, Kupper C, Stroth S, Wolff N, et al. How Do Adults with Autism Spectrum Disorder Participate in the Labor Market? A German Multi-center Survey. *J Autism Dev Disord*. 2022; 52(3):1066-76.
31. Försäkringskassan. Försäkringskassans statistikdatabas. Hämtad 2024-01-10 från: <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk/sa-bestand-manad> och <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk/sa-bestand-diagnos>

32. Försäkringskassan. Statistik kring aktivitetsersättning för personer med adhd och autism, beställd från Socialstyrelsen. 2023.
33. DePape AM, Lindsay S. Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qual Health Res.* 2015; 25(4):569-83.
34. Barroso NE, Mendez L, Graziano PA, Bagner DM. Parenting Stress through the Lens of Different Clinical Groups: a Systematic Review & Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2018; 46(3):449-61.
35. Attention. Man får kämpa för varje åtgärd – trots att anhöriga har rätt till stöd – en undersökning om situationen för föräldrar som har barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF); 2019. Report No.: 019-06-10.
36. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry.* 2010; 10:112.
37. Retz W, Ginsberg Y, Turner D, Barra S, Retz-Junginger P, Larsson H, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), antisociality and delinquent behavior over the lifespan. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021; 120:236-48.
38. Socialstyrelsen. Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov – Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård; 2019. Report No.: 2019-2-12.
39. Jozefiak T, Kaye NS, Rimehaug T, Wormdal AK, Brubakk AM, Wichstrom L. Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016; 25(1):33-47.
40. Hirvikoski T, Boman M, Chen Q, D'Onofrio BM, Mittendorfer-Rutz E, Lichtenstein P, et al. Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study. *Psychol Med.* 2020; 50(9):1463-74.
41. Fitzgerald C, Dalsgaard S, Nordentoft M, Erlangsen A. Suicidal behaviour among persons with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry.* 2019; Vol 215(4):615-20.
42. Brunkhorst-Kanaan N, Libutzki B, Reif A, Larsson H, McNeill RV, Kittel-Schneider S. ADHD and accidents over the life span - A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021; 125:582-91.
43. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – lägesrapport 2022; 2022. Report No.: 2022-3-7750.
44. Skolverket och Socialstyrelsen. Vägledning för elevhälsan. 2023. Hämtad 2023-09-11 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/vagledning-for-elevhalsa/>
45. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – utvärdering 2019 – vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden; 2019.
46. Socialstyrelsen. Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa; 2021. Report No.: 2021-3-7284.
47. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020 – Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat; 2020.
48. Attention. Familjelyftets rapport 1; 2019.

49. Ginsberg Y, Langstrom N, Larsson H, Lindefors N. Long-Term Treatment Outcome in Adult Male Prisoners With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Three-Year Naturalistic Follow-Up of a 52-Week Methylphenidate Trial. *J Clin Psychopharmacol.* 2015; 35(5):535-43.
50. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Stockholm; 2011. Report No.: 2011-6-22.
51. Q-Bup – Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri. Årsrapport 2020; 2021.
52. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2021. Report No.: 2021-9-7549.
53. Socialstyrelsen. Sekretess- och tystnadspliktsgränser – I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården; 2012. Report No.: 2012-2-28.
54. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). De tar inte hand om hela mig – Samordning av insatser för barn med psykisk ohälsa behöver förbättras; 2021. Report No.: 2021-6.
55. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015; 2014.
56. Regeringskansliet. Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg; 2022.
57. Socialstyrelsen. Personcentrering vid komplex psykiatrisk problematik – Delredovisning av regeringsuppdraget att vidta insatser för att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik; 2023.
58. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Använd SIP – ett verktyg vid samverkan - Barn och unga 0-18 år; 2019.
59. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Använd SIP – ett verktyg vid samverkan. För alla över 18 år, vuxna och äldre. Version 3.0; 2018. Report No.: ISBN: 978-91-7585-765-7.
60. Skolverket och Socialstyrelsen. TSI-boken – Stöd i arbetet med tidiga och samordnade insatser för barn och unga; 2023.
61. Socialstyrelsen. Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott – Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6-17 år; 2021. Report No.: 2021-11-7626.
62. Skolverket och Socialstyrelsen. Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar; 2013. Report No.: 2013-1-2.
63. Sveriges Kommuner och Landsting (SKR). God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi?; 2019.
64. Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Barnafrid. Om barn med funktionsnedsättning i Sverige och deras utsatthet för våld och kränkningar. Stockholm; 2016.
65. Landa RJ. Efficacy of early interventions for infants and young children with, and at risk for, autism spectrum disorders. *Int Rev Psychiatry.* 2018; 30(1):25-39.
66. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Bilbow A, Buitelaar JK, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2018; 28(10):1059-88.

67. Kooij JJ, Michielsen M, Kruithof H, Bijlenga D. ADHD in old age: a review of the literature and proposal for assessment and treatment. *Expert Rev Neurother*. 2016; 16(12):1371-81.
68. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Att inte få rätten att leva som andra – Redovisning av den nationella tillsynen av gruppbofasta för vuxna enligt LSS; 2023. Report No.: IVO 2023-14.
69. Barnevik Olsson M. Autism spectrum disorders - first indicators and school age outcome. [Doktorsavhandling.]: Göteborgs universitet; 2016.
70. Kopp S, Kelly KB, Gillberg C. Girls with social and/or attention deficits: a descriptive study of 100 clinic attenders. *J Atten Disord*. 2010; 14(2):167-81.
71. Dobrosavljevic M, Solares C, Cortese S, Andershed H, Larsson H. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020; 118:282-9.
72. Skoglund C, Sundstrom Poromaa I, Leksell D, Ekholm Selling K, Cars T, Giacobini M, et al. Time after time: failure to identify and support females with ADHD - a Swedish population register study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2023.
73. Socialstyrelsen. Förskrivning av hjälpmedel – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning; 2021.
74. Socialstyrelsen. Integrera anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten – Att förstå och möta anhörigas situation och behov; 2023. Report No.: 2023-11-8815.
75. Socialstyrelsen. Stöd för handläggare att uppmärksamma och involvera anhöriga; 2023. Report No.: 2023-10-8805.
76. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2019; 2019. Report No.: 2019-3-7.
77. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2022; 2022. Report No.: 2022-3-7815.
78. Sampaio F, Enebrink P, Mihalopoulos C, Feldman I. Cost-Effectiveness of Four Parenting Programs and Bibliotherapy for Parents of Children with Conduct Problems. *J Ment Health Policy Econ*. 2016; 19(4):201-12.
79. Nystrand C, Hultkrantz L, Vimefall E, Feldman I. Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems. *Adm Policy Ment Health*. 2020; 47(2):300-15.
80. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2018. Report No.: 2018-9-6.
81. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2021. Report No.: 2021-4-7339.
82. Peters-Scheffer N, Didden R, Korzilius H, Matson J. Cost comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in The Netherlands. *Res Dev Disabil*. 2012; 33(6):1763-72.

83. Penner M, Rayar M, Bashir N, Roberts SW, Hancock-Howard RL, Coyte PC. Cost-Effectiveness Analysis Comparing Pre-diagnosis Autism Spectrum Disorder (ASD)-Targeted Intervention with Ontario's Autism Intervention Program. *J Autism Dev Disord.* 2015; 45(9):2833-47.
84. Lugo J, Fadeuilhe C, Gisbert L, Setien I, Delgado M, Corrales M, et al. Sleep in adults with autism spectrum disorder and attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2020; 38:1-24.
85. Läkemedelsverket. Kartläggning av melatoninanvändning hos barn och ungdomar – Rapport från Läkemedelsverket; 2019 2019-02-20. Report No.: Dnr: 1.1.2-2019-015448.
86. Tedroff K, von Euler M, Dahlen E. Melatonin usage in children and young adults, a registry-based cohort study. *Eur J Paediatr Neurol.* 2022; 39:30-4.
87. Socialstyrelsen. Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2022–2025; 2022.
88. Läkemedelsverket. Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation: Information från Läkemedelsverket 2016, uppdaterad 2020.
89. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2019. Report No.: 2019-1-16.
90. Socialstyrelsen. Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2023–2026 (PM); 2023.
91. Socialstyrelsen. Om implementering. 2012. Hämtad 2022-03-10 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>
92. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annu Rev Public Health.* 2014; 35:255-74.
93. Hofmann B. Biases distorting priority setting. *Health Policy.* 2020; 124(1):52-60.
94. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2018. Report No.: 2018-6-24.
95. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Stöd för styrning och ledning Stockholm; 2022. Report No.: 2022-4-7822.
96. Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. Vård- och insatsprogram Adhd. Hämtad 2022-09-23 från: <https://www.vardochinsats.se/adhd/>
97. Socialstyrelsen. Barn som utmanar – Barn med adhd och andra beteendeproblem. Stockholm; 2010. Report No.: 2010-3-6.
98. Socialstyrelsen. Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet – Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal. Stockholm; 2015. Report No.: 2015-12-3.
99. Socialstyrelsen. Att möta föräldrar till barn med funktionsnedsättning – Kunskapsstöd till barnhälsovården. Stockholm; 2017. Report No.: 2017-10-21.

100. Socialstyrelsen. Att samtala med barn – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. Stockholm; 2018. Report No.: 2018-11-14.
101. Socialstyrelsen. Bedöma barns mognad för delaktighet – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården. Stockholm; 2015. Report No.: 2015-12-22.
102. Socialstyrelsen. Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Handbok för handläggning och utförande av LSS-insatser. Stockholm; 2020. Report No.: 2020-10-7018.
103. Socialstyrelsen. Underlätta för personer med autism i möten med socialtjänsten. Stockholm; 2019. Report No.: 2019-12-6480.
104. Börjesson M, Dohrn I-M. FYSS 2021. Stockholm: Läkartidningens Förlag; 2021.
105. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna om adhd och autism innehåller 57 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet [Rekommendationer](#) ovan. Här ger vi en översikt av alla rekommendationer, med motiveringar. De är uppdelade i följande områden:

- **Del 1: Organisation och samverkan**
 - Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning
 - Effektiv samverkan
 - Kompetensutveckling i hälso- och sjukvården
 - Kompetensutveckling i socialtjänsten
 - **Del 2: Individanpassade insatser**
 - Tidiga insatser
 - Neuropsykiatrisk utredning
 - Kognitivt och kommunikativt stöd
 - Stöd för föräldraskap, arbete och boende
 - Psykologiska insatser
 - Sömnbehandling
 - Adhd-läkemedel.
- ➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i bilagan [Rekommendationslista i Excelformat](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Del 1: Organisation och samverkan

Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O13	<p>För personer med misstänkt neuro-psykiatrisk funktionsnedsättning, eller fastställd adhd eller autism:</p> <p>Sätt ihop ett team med minst en läkare och en psykolog, som gör en neuropsykiatrisk utredning, erbjuder insatser och följer upp insatserna. Använd fler kompetenser vid behov.</p>	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap är åtgärden en grundförutsättning för bättre vård och omsorg samt ökad livskvalitet för patienten.</p> <p>Tillståndets svårighetsgrad varierar stort i den aktuella patientgruppen.</p> <p>Kommentar: Kompetensen i det multiprofessionella teamet säkerställer en jämlik och effektiv vård och kan kompensera för olika utgångslägen.</p>	2
O1	<p>För personer med misstänkt neuro-psykiatrisk funktionsnedsättning, eller fastställd adhd eller autism:</p> <p>Håll samman bedömningen, diagnostiken, insatserna och uppföljningen genom hela vårdkedjan.</p>	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden förutsättningarna för en optimal vård.</p>	3
Fb1, fv1	<p>För personer med adhd eller autism:</p> <p>Följ upp insatserna strukturerat (oftast minst en gång per år för barn).</p>	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden förutsättningarna för en optimal vård.</p> <p>Kommentar: Uppföljningens frekvens bör anpassas till individens behov.</p>	3

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O8	<p>För personer med adhd eller autism:</p> <p>Uppmärksamma munhälsan vid besök i hälso- och sjukvården, till exempel med enkla frågor eller munbedömnings-instrument.*</p> <p>Remittera till tandvården vid behov.</p>	<p>Åtgärden är viktig eftersom munhälsan ofta är eftersatt hos personer med adhd eller autism. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap leder åtgärden till att fler personer med munhälsoproblem söker tandvård. Personerna får därmed möjlighet till adekvat behandling.</p>	3

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

Effektiv samverkan

Till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Bb40, Bv40	<p>För personer med adhd eller autism och komplexa behov:</p> <p>Utse en vård- och stödsamordnare som samordnar kontakterna med myndigheter, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.</p>	<p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden förutsättningarna för en optimal vård.</p> <p>Kommentar: Hos vuxna är behovet av åtgärden stort, eftersom många kan leva isolerat och ha begränsat stöd från närstående och omgivningen.</p>	2

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O5	<p>För personer med adhd eller autism som behöver vård från flera instanser:</p> <p>Ta fram rutiner för samarbete och fördela ansvaret tydligt mellan primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården (inklusive habiliteringen).</p>	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden förutsättningarna för en optimal vård av patienter med adhd eller autism som behöver vård från flera instanser. Patienterna har ett tillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Kommentar: Åtgärden väntas förkorta handläggningstiderna.</p>	1

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
R2	<p>För vuxna med adhd eller autism som ska frigges från kriminalvården:</p> <p>Etablera en tidig kontakt mellan kriminalvården och öppenvårdspsykiatri, socialtjänsten eller beroendevården efter behov.</p>	<p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap minskar åtgärden risken för återfall i alkohol- eller narkotikabruk, vilket ökar förutsättningarna för ett fungerande liv efter frigivningen från kriminalvården.</p>	1
O2	<p>För barn med adhd eller autism som ska fylla 18 år:</p> <p>Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård.</p>	<p>Åtgärden är viktig för en patientgrupp med skilda behov. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap underlättar åtgärden övergången till vuxensjukvården och ger förutsättningar för en god och kontinuerlig vård.</p>	3
Ob6	<p>För barn som har gått igenom en neuro-psykiatrisk utredning:</p> <p>Gå igenom utredningsresultaten tillsammans med förskolan eller skolan, inklusive elevhälsan – oavsett om barnet har fått en diagnos eller inte.</p>	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden barnets möjlighet att få adekvat stöd, utifrån en ökad förståelse för barnets funktionsbegränsningar.</p> <p>Kommentar: Åtgärden är essentiell för att barnet ska kunna tillgodogöra sig insatserna. Åtgärden ger även förutsättningar för fortsatt samarbete mellan hälso- och sjukvården och skolan eller förskolan.</p>	3
O6	<p>För barn i skolåldern med misstänkt eller fastställd adhd eller autism, som visar tecken på en ogynnsam utveckling:</p> <p>Samordna era insatser tidigt med socialtjänsten och skolan, i dialog med barnet och barnets vårdnadshavare.</p>	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap bidrar åtgärden till att barnet snabbare får adekvat stöd.</p> <p>Kommentar: Åtgärden minskar risken för en fortsatt ogynnsam utveckling och förbättrar därmed barnets förutsättningar i livet.</p>	3

Till socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
R1	För barn med adhd eller autism som ska skrivas ut från hem för vård eller boende (HVB) eller Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem*: Etablera en tidig kontakt med andra delar av socialtjänsten, öppenvårdspsykiatri, beroendevården eller skolan.	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden förutsättningarna för ett fungerande liv efter utskrivningen från HVB eller SiS-boende. Åtgärden kan också öka livskvaliteten för både barnet och de anhöriga.	1
O6	För barn i skolåldern med misstänkt eller fastställd adhd eller autism, som visar tecken på en ogynnsam utveckling: Samordna era insatser tidigt med hälso- och sjukvården och skolan, i dialog med barnet och barnets vårdnadshavare.	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap bidrar åtgärden till att barnet snabbare får adekvat stöd. Kommentar: Åtgärden minskar risken för en fortsatt ogynnsam utveckling och förbättrar därmed barnets förutsättningar i livet.	3

*Gäller ungdomar upp till 20 år.

Kompetensutveckling i hälso- och sjukvården**Till hälso- och sjukvården**

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B28	För yrkesgrupper i primärvården (även barnhälsovården), elevhälsans medicinska och psykologiska insatser samt den specialiserade hälso- och sjukvården (inklusive habiliteringen): Erbjud kompetensutveckling om adhd och autism hos barn och vuxna.	Det finns ett stort behov av kompetensutveckling om adhd och autism, som är tillstånd med en måttlig till stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap förbättrar åtgärden vården för personer med misstänkt eller fastställd adhd eller autism, och därmed även hälsan.	3

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B29	För yrkesgrupper i barnhälsovården: Erbjud kompetensutveckling om tidig upptäckt av autism.	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap leder åtgärden till att autism upptäcks tidigare. Barnen får därmed snabbare tillgång till adekvat vård och stöd, som kan förbättra deras hälsa och livskvalitet.	3
R3	För yrkesgrupper i hela hälso- och sjukvården: Erbjud kompetensutveckling om adhd och autism hos äldre.	Det finns ett stort behov av kompetensutveckling. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden förutsättningarna för att äldre med misstänkt eller fastställd adhd eller autism får adekvat vård.	3

Kompetensutveckling i socialtjänsten

Till socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B30	För yrkesgrupper i hela socialtjänsten (inklusive personal på LSS-boenden, HVB och SiS olika hem): Erbjud kompetensutveckling om adhd och autism hos barn och vuxna.	Det finns ett stort behov av åtgärden, och personalgruppen är heterogen. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap förbättrar åtgärden bemötandet av och förståelsen för personer med misstänkt eller fastställd adhd eller autism.	2
R3	För yrkesgrupper i hela socialtjänsten (exempelvis personal i äldreomsorgen): Erbjud kompetensutveckling om adhd och autism hos äldre.	Det finns ett stort behov av kompetensutveckling. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden förutsättningarna för att äldre med misstänkt eller fastställd adhd eller autism får adekvat omsorg.	3

Del 2: Individanpassade insatser

Tidiga insatser

Till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B23	För personer med misstänkt neuro-psykiatrisk funktionsnedsättning: Erbjud tidiga insatser efter behov, till exempel kognitivt eller kommunikativt stöd.	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap förbättrar åtgärden livskvaliteten och möjligheterna till ett fungerande liv för de aktuella personerna, som har vitt skilda behov och hälsotillstånd med varierande svårighetsgrad. Kommentar: Åtgärden är särskilt viktig inom första linjens psykiatri, och i väntan på eller under en utredning som tar lång tid. Vissa verksamheter kräver ett medicinskt utlåtande för att utföra åtgärden.	3

Neuropsykiatrisk utredning

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
U1	För personer med misstänkt neuro-psykiatrisk funktionsnedsättning: Erbjud en neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper.	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap är åtgärden en grundförutsättning för all fortsatt vård. Patientgruppen är mycket heterogen: den inkluderar både barn och vuxna med olika förutsättningar och olika svåra tillstånd, och det är vanligt med andra funktionsnedsättningar eller sjukdomar samtidigt (exempelvis skadligt alkohol- eller narkotika- bruk, intellektuell funktionsnedsättning eller trotssyndrom). Utredningen behöver därför individanpassas.	1
U14	För personer med misstänkt adhd: Ställ inte diagnosen adhd utifrån enbart datoriserade uppmärksamhetstester.	Metoden har inte tillräcklig precision.	Icke-göra

Kognitivt och kommunikativt stöd

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Bb47b, Bv47b	För personer med autism: Erbjud kognitivt stöd.	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden aktivitet och delaktighet i vardagen. Åtgärden kan också öka personernas självständighet och livskvalitet. Vidare har åtgärden god effekt enligt klinisk erfarenhet i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp, och det finns få alternativa åtgärder för patientgruppen.</p> <p>För barn är åtgärden dessutom viktig för att förebygga svårigheter längre fram. För vuxna är den viktig eftersom samhället ställer höga krav på exekutiva funktioner.</p>	2
Bb4, Bv4	För personer med autism: Erbjud kommunikativt stöd.	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad, och åtgärden har god effekt enligt klinisk erfarenhet i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp. Det finns få alternativa åtgärder för patientgruppen.</p> <p>För barn har åtgärden också måttlig effekt på förmågan att dela uppmärksamhetsfokus med andra ("joint attention" på engelska). Åtgärden är dessutom viktig för att förebygga svårigheter längre fram.</p> <p>För vuxna är det vetenskapliga underlaget otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden kommunikations- och interaktionsförmågan. Åtgärden kan också öka de vuxnas aktivitet, delaktighet och livskvalitet.</p> <p>Kommentar: Möjligheten att kommunicera är en mänsklig rättighet.</p>	2

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Bb47a, Bv47a	För personer med adhd: Erbjud kognitivt stöd.	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, och åtgärden har god effekt enligt klinisk erfarenhet i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp. Det finns få alternativa åtgärder utöver läkemedelsbehandling för patientgruppen. För barn har åtgärden också effekt på organisationsförmåga, ouppmärksamhet och tidshantering i vardagsaktiviteter. Åtgärden är dessutom viktig för att förebygga svårigheter längre fram. För vuxna är det vetenskapliga underlaget otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden aktivitet och delaktighet i vardagen. Åtgärden kan också öka de vuxnas självständighet och livskvalitet. Åtgärden är viktig, eftersom samhället ställer höga krav på exekutiva funktioner hos vuxna.	3
B8	För personer med adhd eller autism: Inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud sensorisk integration, enligt Ayres modell.	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det pågår studier på området.	FoU

Stöd för föräldraskap, arbete och boende

Till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B60	För vårdnadshavare med adhd eller autism: Erbjud föräldraskapsstöd.*	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap förbättrar åtgärden föräldraförmågan samt minskar stressen och förbättrar livskvaliteten för både vårdnadshavarna och deras barn. Kommentar: Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan erbjuda åtgärden gemensamt. Det är viktigt att informera vårdnadshavarna om att åtgärden finns.	3

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Bv61	För personer med adhd eller autism och ingen eller svag anknytning till arbetsmarknaden: Erbjud individanpassat stöd till arbete (IPS-modellen).	Det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden ökar möjligheten för personer med psykisk funktionsnedsättning att få en anställning på den öppna arbetsmarknaden. Det saknas dock vetenskapligt stöd för att åtgärden har effekt specifikt för personer med adhd eller autism, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden även dessa personers möjlighet till anställning. Kommentar: Socialtjänsten, hälso- och sjukvården och andra aktörer kan erbjuda åtgärden gemensamt.	3

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

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B27	För närstående till personer med adhd eller autism: Informera om stöd som erbjuds av andra huvudmän.	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden förutsättningarna för att stöd från andra huvudmän tas emot. Detta kan förbättra livskvaliteten för både de närstående och personerna med adhd eller autism. Kommentar: Informationen garanterar inte att personerna får stöd.	3

Till socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Bv63	För vuxna med adhd eller autism som har svårigheter att klara hemlivet (den dagliga livsföringen) utan stöd: Erbjud boendestöd.*	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar åtgärden de aktuella personernas förmåga att klara av sitt vardagsliv. Även livskvaliteten ökar. Kommentar: Det kan vara fördelaktigt om utföraren får kunskap om resultatet från personernas neuropsykiatriska utredning, inklusive funktions- och aktivitetsbedömningen.	2

*För personer med ett större behov av stöd är framför allt bostad med särskild service enligt SoL eller LSS aktuellt.

Psykologiska insatser

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Bb7, Bv7	För personer med autism och utmanande beteende: Erbjud positivt beteendestöd (PBS).	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap minskar åtgärden utmanande beteenden. Åtgärden kan också öka personernas funktion och livskvalitet. Kommentar: Att inte erbjuda åtgärden vore oetiskt, eftersom det finns få alternativa åtgärder.	1
Bb52	För barn i åldern 0–5 år med autism: Erbjud mångsidiga intensiva beteendainsatser (EIBI).	De minsta barnen med autism har ett tillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden förbättrar funktionen. Kommentar: Klinisk erfarenhet i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp talar för att det är svårt att avgöra vilka barn som har nytta av åtgärden. Därför kan en provperiod vara lämplig.	2
B15c	För barn med autism och symtom på ångest: Erbjud KBT anpassad till barn med autism.	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden minskar symtomen på ångest.	2
Bb21 a–b, Bv21 a–b	För personer med adhd eller autism: Erbjud psykoedukation.	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, och klinisk erfarenhet i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp talar för att åtgärden ger stor patientnytta. Det finns ett visst vetenskapligt stöd för att åtgärden minskar kärnsymtomen hos barn med adhd. I övrigt är det vetenskapliga underlaget otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap lägger åtgärden grunden för den fortsatta behandlingen, och ger ofta en direkt patientnytta – även för närstående till barn.	3

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B15b	För vuxna från 21 år med adhd: Erbjud KBT inriktad på adhd-symtom.	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, och åtgärden minskar både kärnsymtomen och samtidiga symtom på ångest och depression. Det saknas dock vetenskapligt stöd för andra viktiga effekter, såsom förbättrad sömn, funktion och livskvalitet.	4
Bb53b	För barn med adhd eller autism och nedsatt social samspelsförmåga, men ingen intellektuell funktionsnedsättning: Erbjud social färdighetsträning (manualbaserad).	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, och åtgärden har måttlig effekt på bland annat sociala färdigheter och funktion.	4
B15a	För personer i åldern 14–21 år med adhd: Erbjud KBT inriktad på adhd-symtom.	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, och åtgärden minskar adhd-symtom och symtomens svårighetsgrad. Det finns endast vetenskapligt underlag för effekt för personer som samtidigt behandlas med adhd-läkemedel.	5

Till socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Bb7, Bv7	För personer med autism och utmanande beteende: Erbjud positivt beteendestöd (PBS).	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap minskar åtgärden utmanande beteenden. Åtgärden kan också öka personernas funktion och livskvalitet. Kommentar: Att inte erbjuda åtgärden vore oetiskt, eftersom det finns få alternativa åtgärder.	1

Sömnbehandling

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B3c	<p>För barn från 6 år med adhd och insomni, som har fått stöd för goda sömnvanor men inte fått tillräcklig effekt:</p> <p>Erbjud läkemedlet melatonin, i kombination med andra insatser.</p>	<p>Åtgärden förbättrar sömnen, och enligt erfarenhetsbaserad kunskap förbättras även livskvaliteten och funktionen.</p>	3
Bv3b	<p>För vuxna med autism och insomni, som har fått stöd för goda sömnvanor men inte fått tillräcklig effekt:</p> <p>Erbjud tyngdtäcke.*</p>	<p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap förbättrar åtgärden sömnen. Detta kan i sin tur förbättra funktionen och livskvaliteten.</p> <p>Kommentar: Det är viktigt att prova ut tyngdtäcket så att det passar individen, och att följa upp åtgärden.</p>	3
Bv3a	<p>För vuxna med adhd och insomni, som har fått stöd för goda sömnvanor men inte fått tillräcklig effekt:</p> <p>Erbjud tyngdtäcke.*</p>	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap förbättrar åtgärden sömnen. Detta kan i sin tur förbättra funktionen och livskvaliteten.</p> <p>Kommentar: Det är viktigt att prova ut tyngdtäcket så att det passar individen, och att följa upp åtgärden.</p>	4
Bb3a, Bb3b	<p>För barn från 5 år med adhd eller autism och insomni, som har fått stöd för goda sömnvanor men inte fått tillräcklig effekt:</p> <p>Inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud tyngdtäcke.*</p>	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det pågår studier på området.</p>	FoU

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B15e	För barn med autism och insomni: Inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud KBT anpassad till barn med autism.	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det pågår studier på området.	FoU

*Rekommendationen gäller endast produkter med en vedertagen säkerhetsklassning, till exempel CE-märkning. Tyngdtäcken är oftast CE-märkta som medicinteknisk produktclass I.

Adhd-läkemedel

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
B13	För personer med adhd och substansbrukssyndrom*, från 13 år: Erbjud adhd-läkemedel, med regelbunden uppföljning.	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden minskar kärnsymtomen vid adhd. Kommentar: Behandlingen behöver alltid anpassas till patientens behov, typ av substansbruk och grad av substansbrukssyndrom. Patienten behöver samtidigt erbjudas behandling för substansbrukssyndromet.	3

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Bb5, Bv5	<p>För barn och vuxna från 6 år med adhd:</p> <p>Erbjud central-stimulerande adhd-läkemedel i upp till 1 år, med regelbunden uppföljning.</p>	<p>Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, och åtgärden har måttlig till stor effekt på kärnsymtomen vid adhd. För vuxna finns dessutom en visad effekt på funktion och livskvalitet. Klinisk erfarenhet i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp talar också för att åtgärden ger stor patientnytta.</p> <p>Kommentar: Läkemedlen för barn är godkända för barn från 6 år. Amfetaminpreparat ska dock prövas först efter att metylfenidat har funnits otillräckligt eller olämpligt, enligt den gällande subventionsbegränsningen.</p> <p>För läkemedlen för vuxna är säkerhetsdata bristfälliga, särskilt för de äldre patienterna. Lisdexamfetamin ska prövas först efter att metylfenidat har funnits otillräckligt eller olämpligt, enligt den gällande subventionsbegränsningen.</p> <p>Vidare ska nyttan av behandlingen alltid omvärderas regelbundet för både barn och vuxna, enligt det aktuella läkemedlets produktresumé.</p>	3

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Bb50, Bv50	<p>För vuxna och barn från 6 år med adhd:</p> <p>Erbjud central-stimulerande adhd-läkemedel i mer än 1 år, med regelbunden uppföljning.</p>	<p>Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för effekten på kärnsymtom, funktion och livskvalitet, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap överväger nyttan eventuella risker. Det finns också ett visst vetenskapligt stöd för att åtgärden minskar risken för skador som kräver vård hos barn, och det finns vetenskapligt stöd för minskad risk att vuxna blir dömda för brott. Vidare talar klinisk erfarenhet i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp för att åtgärden gör stor nytta för vissa patienter, men effekten och biverkningarna är osäkrare vid långtidsbehandling än vid korttidsbehandling.</p> <p>Kommentar: Läkemedlen för barn är godkända för barn från 6 år. Amfetaminpreparat ska dock prövas först efter att metylfenidat har funnits otillräckligt eller olämpligt, enligt den gällande subventionsbegränsningen.</p> <p>För läkemedlen för vuxna är säkerhetsdata bristfälliga, särskilt för de äldre patienterna. Lisdexamfetamin ska prövas först efter att metylfenidat har funnits otillräckligt eller olämpligt, enligt den gällande subventionsbegränsningen.</p> <p>Vidare ska nyttan av behandlingen alltid omvärderas regelbundet för både barn och vuxna, enligt det aktuella läkemedlets produktresumé.</p>	4

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Bb6, Bv6	<p>För vuxna och barn från 6 år med adhd:</p> <p>Erbjud icke-centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till 1 år, med regelbunden uppföljning.</p>	<p>Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på kärnsymtom hos barn, och effekt på kärnsymtom, funktion och livskvalitet hos vuxna. Den är ett viktigt alternativ till centralstimulerande läkemedel. Klinisk erfarenhet i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp talar också för att åtgärdens nytta överväger eventuella risker, men erfarenheten är mer begränsad än för centralstimulerande läkemedel.</p> <p>Kommentar: Läkemedlen för barn är godkända för barn från 6 år. Guanfacin ska dock prövas först efter att atomoxetin eller centralstimulerande adhd-läkemedel har funnits otillräckliga eller olämpliga, enligt den gällande subventionsbegränsningen.</p> <p>För läkemedlen för vuxna är säkerhetsdata bristfälliga, särskilt för de äldre patienterna. Det enda godkända icke-centralstimulerande adhd-läkemedlet för vuxna innehåller substansen atomoxetin, som har en generell subvention.</p> <p>Vidare ska nyttan av behandlingen alltid omvärderas regelbundet för både barn och vuxna, enligt läkemedlets produktresumé.</p>	4

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Bb51, Bv51	<p>För vuxna och barn från 6 år med adhd:</p> <p>Erbjud icke-centralstimulerande adhd-läkemedel i mer än 1 år, med regelbunden uppföljning.</p>	<p>Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men enligt erfarenhetsbaserad kunskap överväger nyttan eventuella risker. Klinisk erfarenhet i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp talar också för att åtgärden gör nytta för vissa patienter. Erfarenheten är dock kortare än för centralstimulerande läkemedel. För vuxna finns också vetenskapligt stöd för att åtgärden minskar risken att bli dömd för brott.</p> <p>Kommentar: Läkemedlen för barn är godkända för barn från 6 år. Guanfacin ska dock prövas först efter att atomoxetin eller centralstimulerande adhd-läkemedel har funnits otillräckliga eller olämpliga, enligt den gällande subventionsbegränsningen.</p> <p>För läkemedlen för vuxna är säkerhetsdata bristfälliga, särskilt för de äldre patienterna. Det enda godkända icke-centralstimulerande adhd-läkemedlet för vuxna innehåller substansen atomoxetin, som har en generell subvention.</p> <p>Vidare ska nyttan av behandlingen alltid omvärderas regelbundet för både barn och vuxna, enligt läkemedlets produktresumé.</p>	5

*Kunskapsunderlaget för denna rekommendation bygger på studier av personer med adhd och det som motsvarar substansbrukssyndrom (gällande alkohol eller narkotika) i diagnosmanualen DSM-5. Substansbrukssyndrom är en sammanslagning av de tidigare diagnoserna missbruk och beroende.

Bilaga 2. Översikt av indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för ett urval av rekommendationerna i dessa nationella riktlinjer, framför allt för rekommendationer med hög prioritet (se tabell 1–9).

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

➔ **Läs mer:** Indikatorerna redovisas mer utförligt i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism

Här presenteras indikatorerna för vård och stöd vid adhd och autism. Presentationen följer strukturen i kapitlet [Rekommendationer](#) ovan.

För rekommendationer som är nya i denna riktlinjeversion från 2023 finns ännu inga indikatorer, men vi planerar att lägga till dem i samband med utvärderingen av vården och stödet. Det gäller indikatorer för kognitivt och kommunikativt stöd, positivt beteendestöd och mångsidiga intensiva beteendeinsatser.

Del 1: Organisation och samverkan

Tabell 1. Indikatorer för sammanhållen hälso- och sjukvård - från misstanke till uppföljning

Id	Namn
Fb1/Fv1	Strukturerad och regelbunden uppföljning av insatser i den specialiserade vården.

Tabell 2. Indikatorer för effektiv samverkan

Id	Namn
O5	Tydliggjord ansvarsfördelning och rutiner mellan primärvården och den specialiserade psykiatrin (inklusive habiliteringen)
R1/R2	Samverkan mellan kriminalvården eller Statens institutionsstyrelse (SiS) och öppenvårdpsykiatrin, socialtjänsten och beroendevården
O2	Övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård

Id	Namn
O2:2	Övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård för personer med läkemedelsbehandling för adhd
Bd40/Bv40	Vård- och stödsamordnare till personer med adhd eller autism som har komplexa behov

Tabell 3. Indikator för kompetensutveckling i socialtjänsten

Id	Namn
B30	Kompetensutvecklingsplan om adhd och autism för personal i socialtjänsten

Del 2: Individanpassade insatser

Tabell 4. Indikator för tidiga insatser

Id	Namn
B23	Tidiga insatser vid misstänkt adhd eller autism i den specialiserade vården, socialtjänsten och elevhälsan

Tabell 5. Indikatorer för neuropsykiatrisk utredning

Id	Namn
U1	Neuropsykiatriska utredningar där en läkare och en psykolog har deltagit aktivt
U14	Utredning av adhd utifrån enbart datoriserade uppmärksamhetstester (icke-göra)

Tabell 6. Indikator för stöd för föräldraskap, arbete och boende

Id	Namn
Bv63	Boendestöd i ordinärt boende*

*Centralt mått, dvs. anger inte om höga eller låga värden är eftersträvnsvärda.

Tabell 7. Indikatorer för psykologiska insatser

Id	Namn
Bb21/Bv21	Psykoedukation i samband med diagnostisering av adhd eller autism
B15c	KBT för barn med autism och ångestdiagnos

Tabell 8. Indikator för sömnbehandling

Id	Namn
B3c	Läkemedlet melatonin vid adhd och insomni*

*Centralt mått, dvs. anger inte om höga eller låga värden är eftersträvnsvärda.

Tabell 9. Indikatorer för adhd-läkemedel

Id	Namn
Bb5/Bv5	Centralstimulerande adhd-läkemedel i upp till 1 år till personer med nydiagnostiserad adhd*
B13	Adhd-läkemedel till vuxna med adhd och substansbrukssyndrom*

*Centralt mått, dvs. anger inte om höga eller låga värden är eftersträvansvärda.

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [105]. En indikator för god vård och omsorg ska

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

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

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

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

Enkäter för att följa upp organisatoriska insatser – men störst fokus på andra insatser

I dessa nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism finns ett stort fokus på organisation och samverkan. Den typen av insatser följer vi huvudsakligen upp med hjälp av enkäter. Detta eftersom insatserna oftast inte är tydligt avgränsade till sådant som kan dokumenteras i till exempel register. Enkäter gör det dock svårare att fånga upp alla aspekter av en rekommendation.

Vi har därför valt att lägga tyngdpunkten på indikatorer som tydligare mäter vad rekommendationen avser, det vill säga indikatorer som utgår från

tydliga, mätbara insatser för en avgränsad grupp av patienter eller brukare – till exempel psykologiska insatser och läkemedelsbehandling.

I utvärderingen av vården och stödet vid adhd och autism kommer vi dock att ta hänsyn till alla rekommendationer, även dem som vi inte har tagit fram indikatorer för. Dessutom utvärderar vi området mer övergripande, med fokus på fler faktorer som är viktiga för vården och stödet.

Observera också att det är rekommendationerna som hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör utgå från, och inte bara de rekommendationer som är möjliga att följa upp med indikatorer.

Bilaga 3. Versionshistorik

De nationella riktlinjerna om adhd och autism har uppdaterats en gång sedan de först publicerades. Se tabell 1.

Tabell 1. Versionshistorik för nationella riktlinjer om adhd och autism

Publiceringsår	Aktivitet
2022	Riktlinjerna publicerades i en första version.
2024	<p>Riktlinjerna publicerades i den nuvarande versionen. Vi har lagt till rekommendationer om bland annat kognitivt och kommunikativt stöd, sensorisk integration enligt Ayres modell och positivt beteendestöd.</p> <p>Vi har också justerat prioriteten för vissa rekommendationer, till exempel om tyngdtäcke för vuxna.</p> <p>Vidare har vi gjort flera justeringar efter synpunkter på riktlinjernas första version från regioner, kommuner, intresseorganisationer, myndigheter och andra intressenter.</p>

Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- [Rekommendationslista i Excelformat](#)
- [Kunskapsunderlag](#)
- [Hälsoekonomiskt underlag](#)
- [Metodbeskrivning](#).

Indikatorerna redovisas i sin helhet i rapporten:

- [Indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism](#).

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

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård och stöd vid adhd och autism. Vi analyserar också rekommendationernas konsekvenser för hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och redovisar indikatorer för uppföljning och utvärdering. Riktlinjerna vänder sig till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker.



Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism (artikelnr 2024-3-8958)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.