

Stöd för prioritering, vårdnivåbedömning och stegvis vård, vuxna med ADHD

Vårdnivå och remiss

ADHD är ett heterogent tillstånd. Individer som söker vård för svårigheter att styra och reglera uppmärksamhet, aktivitetsnivå och impulser kan ha problem i varierande grad, från vanliga, vardagliga utmaningar till mycket svåra funktionsnedsättningar. Behovet av stöd skiljer sig mellan individer och kan förändras för samma individ över tid. Det betyder att sjukvården behöver identifiera och kontinuerligt omvärdera vilka som behöver vård och på vilken vårdnivå, och vilka som kan klara sig utan insatser från sjukvården.

Vården organiseras så att de insatser som ges inte är mer omfattande än vad som krävs för att möta patientens behov. Vården utreder i den utsträckning som behövs för att kunna ge rätt insatser. Det är behov och funktion som styr, inte diagnos i sig. Insatser kan ges på primärvårds- och specialistnivå och de mest specialiserade insatserna ska prioriteras för individer med störst behov.

Symtombilden och graden av funktionspåverkan styr behovet av insatser och vilken vårdnivå som bäst möter behoven. Med ett gemensamt stöd för att bedöma funktionsförmåga i primärvård och specialistvård ökar förutsättningarna för jämlik vård.

Principer för prioriteringar

- Stegvis vård utgår från patientens symtom, funktion och behov där insatserna efter bedömning dimensioneras stegvis på den mest resurseffektiva vårdnivån: egenvård, primärvård eller specialistvård. De största resurserna prioriteras för patienter med störst behov.
- Tidiga insatser i form av rådgivning, kognitiv och psykosocial behandling bör erbjudas direkt när behov identifierats och kan vara tillräcklig, så att det inte behövs någon utredning eller behandling på specialistnivå.
- Primärvården ansvarar för lindriga och måttliga tillstånd, lindrig samsjuklighet och stabilt tillstånd.
- Patienter med omfattande funktionsnedsättning, komplex samsjuklighet eller risk remitteras till specialistvård.
- Likvärdighet och transparens – matrisbaserad bedömning minskar variationer och ökar rättvisan i prioriteringar.
- Efter utredning kan fortsatt behandling ges på primärvårdsnivå, specialistnivå och/eller i samverkan med andra verksamheter beroende på behovet och graden av funktionspåverkan.

Matrisbaserad bedömning:

Kriterium	Beskrivning	Primärvårdsnivå	Specialistnivå
Symtomets svårighetsgrad	Kärnsymtom som hyperaktivitet, impulsivitet, uppmärksamhet bedöms tillsammans med vardagskonsekvenser som svårigheter att behålla arbete, genomföra studier, sköta ekonomi, relationer och upprätthålla personlig hygien.	Svårigheter vid enstaka områden, individen fungerar i stort sett ganska väl.	Vid omfattande nedsättning pga symtomen inom flera livsområden
Funktionsnedsättning	Omfattar påverkan på arbete (t.ex. sjukskrivningar, arbetslöshet), vardagsstruktur (t.ex. tidsplanering, ekonomi, boende) och social funktion (t.ex. relationer, isolering).	Svårigheter vid enstaka områden, individen fungerar i stort sett ganska väl.	Vid omfattande nedsättning av funktionsförmågan inom flera livsområden
Komorbiditet	Samsjuklighet som depression, ångestsyndrom, bipolär sjukdom eller beroendeproblematik. Ju mer komplexa tillstånd, desto större behov av specialistinsatser.	Psykiatrisk samsjuklighet vårdnivå bedöms utifrån övriga FAKTA dokument.	Psykiatrisk samsjuklighet vårdnivå bedöms utifrån övriga FAKTA dokument.
Behandlingsbehov	Behandling utgår från patientens behov och funktionsnedsättning i vardagen: egenvård, tidiga insatser, medicinering eller kombinerad behandling.	Egenvård och tidiga insatser samt behandling vid lindrig samsjuklighet.	Vid omfattande funktionsnedsättning och komplex samsjuklighet.
Psykosociala faktorer	Belastningar som bostadsosäkerhet, ekonomiska problem eller social utsatthet kan påverka hälsa och behandling.		Faktorer som ökar behovet av specialistnivå om de är allvarliga.

Självskade- /suicidrisk	Risk för självskada eller suicid.	Lindrig självskada tex skador som ej kräver medicinsk vård och med låg frekvens	Risk som kräver omedelbar insats på specialistnivå.
Stöd och nätverk	Tillgång till stöd från familj, vänner, arbetsplats eller andra nätverk. Social isolering och frånvaro av stöd ökar risken för försämrad prognos.	Vid fungerande nätverk.	Vid betydande isolering.
Riskbruk, beroende och/eller kriminalitet	Aktivt beroende eller kriminalitet kan försämra behandlingseffekten och vardagsfunktion.	Delat ansvar vid lindrig/måttlig Bedömning av risknivå avgör ansvarsfördelning.	Vid hög risk

Diagnostik och utredning

Initial kartläggning på primärvårdsnivå:

Den initiala kartläggningen görs för att bedöma problematiken, ta ställning till om det finns behov av fortsatta eller tidiga insatser och om man bör gå vidare med en diagnostisk utredning.

Om det finns behov av insatser ska de ges så snart som möjligt. I vissa fall kan tidiga insatser vara tillräckliga och då behövs inte någon utredning. Ibland behöver man först pröva olika insatser för att kunna ta ställning till behovet av en diagnostisk utredning. Vid uttalade och ihållande svårigheter med koncentration, och/eller motorisk rastlöshet och impulsivitet inom flera livsområden behövs ställningstagande i vilken grad symtomen leder till

funktionspåverkan. Kartlägg på vilket sätt symtomen stör eller försämrar kvaliteten i funktionsförmågan, socialt, i studier eller arbete och om svårigheterna kan bero på något neuropsykiatriskt tillstånd som behöver utredas vidare. Om kartläggningen visar att det finns tecken på andra psykiska problem eller tillstånd ska de tas om hand.

Diagnostisk utredning på specialistnivå

Om de tidiga insatserna inte är tillräckliga och vid uttalad funktionsnedsättning, komplex samsjuklighet/beroende eller hög risk och oklar differentialdiagnostik remitterar primärvården till specialistvården för ställningstagande till insats.

I väntan på ställningstagande till insats, specialistbesök och/eller utredning vänder sig patienten till primärvården för vård och behandling om tillståndet inte är akut.

Innehåll remiss från primärvård till specialistpsykiatri vid frågeställning neuropsykiatrisk funktionsnedsättning:

- **Kärnsymtom och vardagspåverkan:** kort beskrivning av uppmärksamhet/impulsivitet/hyperaktivitet och *konkreta konsekvenser* i arbete/studier/ekonomi/relationer/vardag.
- **Funktionsnedsättning:** sammanfattning och *bedömning av graden* av nedsättning av funktionsförmågan inom flera livsområden.
- **Samsjuklighet och risk:** depression/ångest/trauma, beroende/riskbruk, autismspektrum; explicit suicidrisk/självskada.
- **Genomförda insatser och resultat:** till exempel stöd till livsstilsförändring, arbetsterapeutiska insatser, stöd för sömnproblem, stresshantering eller farmakologisk- och psykologisk behandling – vad, hur länge och effekt.
- **Behov av specialistinsats:** frågeställning (t.ex. utredning, läkemedel, komplex behandling).
- **Somatisk bedömning ska alltid övervägas:** aktuell somatisk anamnes och status (BT, hjärt-/neurologstatus) samt relevanta prover; ok att hänvisa/länka till senaste läkarundersökning.
- **Skattningsskalor vid behov:** sömn, stress, beroende m.m.
- **Beskrivning av stöd/nätverk och social situation:** såsom boende/ekonomi/arbetsplats/arbetssituation.

Tidiga insatser och behandling

Vid lindrigare svårigheter kan det vara en tillräcklig hjälp att förstå uppvisade symtom och ge råd för vardagen.

Vid mer omfattande svårigheter kan psykosociala och/eller behandlande insatser behövas. Med sådana insatser får en del tillräcklig hjälp att hantera sina svårigheter och då behövs inte någon utredning eller behandling på specialistnivå.

Rekommenderad egenvård

Enbart egenvård och stöd till livsstilsförändring rekommenderas vid lättare svårigheter att styra och reglera uppmärksamhet, aktivitetsnivå och impulser. Det kan vara en tillräcklig hjälp att förmedla att symtomen kan vara reaktioner på livshändelser, bero på stress eller oro, och ge råd för att underlätta vardagen.

Stöd för prioritering:

Egenvård är motiverat när individen har lindriga eller tillfälliga svårigheter. Vissa känslomässiga problem kan förekomma som reaktion på stressframkallande livshändelser,

men dessa är kortvariga och funktionssvårigheterna är övergående. Utåt sett förefaller inte individen ha några svårigheter.

Insatser på primärvårdsnivå

Målgrupp: Lindrig eller måttlig funktionsnedsättning med lindrig/måttlig samsjuklighet, god funktion i vardagen, stabil läkemedelsbehandling och/eller skadligt bruk.

Insatser i primärvård omfattar initial kartläggning av psykisk ohälsa och bidragande orsaker och tidiga insatser, till exempel stöd till livsstilsförändring, arbetsterapeutiska insatser, stöd för sömnproblem eller stresshantering eller psykologisk behandling. Insatser kan ges individuellt, digitalt eller på plats alternativt i grupp. Innan remiss övervägs för målgruppen ska tidiga insatser inom ovanstående områden prövats och utvärderats.

Kodning:

- Huvuddiagnos: R418, Andra och icke specificerade symtom och sjukdomstecken som engagerar uppfattningsförmåga och varseblivning
- Andra relevanta koder som bidiagnoser och åtgärds-koder utifrån individuella fallet

Stöd för prioritering:

Insatser på primärvårdsnivå är motiverade när det finns svårigheter inom ett enstaka område, men individen allmänt sett fungerar ganska väl och har meningsfulla relationer. De flesta personer som inte känner individen väl uppfattar inte några svårigheter, men de som känner individen väl kan uttrycka oro. Det kan också röra sig om varierande funktionsförmåga med tillfälliga eller återkommande svårigheter eller symtom inom flera, men inte alla, områden. Problemen är då uppenbara för dem som träffar individen i ett utmanande sammanhang eller vid en dysfunktionell tidpunkt, men inte för dem som ser individen i andra sammanhang.

Insatser på specialistnivå

Målgrupp: Svår funktionsnedsättning, komplex samsjuklighet (suicidrisk, svår depression, bipolär sjukdom, beroendeproblematik med hög risk), uttalade psykosociala svårigheter eller risk för allvarliga konsekvenser.

Insatser på specialistnivå omfattar utredning för att bedöma problematiken och få underlag för rekommendationer om fortsatta insatser, till exempel psykoedukation för att öka individens kunskap diagnos, orsaker och prognos, arbetsterapeutiska insatser, läkemedelsbehandling (centralstimulantia), psykologisk behandling och behandling för andra samtidiga psykiatriska tillstånd respektive behandling vid komplexa behov.

Stöd för prioritering:

Insatser på specialistnivå är motiverade när individen har en måttlig eller betydande nedsättning av funktionsförmågan inom flera livsområden eller oförmåga att fungera inom ett eller flera av dessa områden. Problemen är uppenbara för alla som träffar individen, i de flesta sammanhang och oavsett tillfälle.

Uppföljning och intyg

Psykiatrisk samsjuklighet och vårdnivå bedöms utifrån struktur i FAKTA dokument. Först vid mer omfattande funktionsnedsättning, komplex samsjuklighet eller behandlingsbehov som inte är inom primärvårdens uppdrag som specialistpsykiatrisk insats är aktuell.

Uppföljning inom primärvård

Uppföljningen inom primärvården ska säkerställa kontinuitet, kvalitet och trygg övergång mellan vårdnivåer. Den omfattar både utvärdering av behandlingseffekt och planering för fortsatt stöd på rätt vårdnivå.

Uppföljning fokuserar på:

- Bedömning av behandlingseffekt och funktionsnivå.
- Planering för egenvård, fortsatta insatser via primärvården eller ställningstagande till remiss för bedömning inom specialistvård.

Vid avslutande från specialistvård och ny kontakt med primärvård vid upplevelse av stora svårigheter att klara vardagen görs ny bedömning. Är svårigheterna på primärvårdsnivå ges insatser som utvärderas på denna instans.

Är funktionsnedsättningen och/eller samsjukligheten av den svårighetsgraden att den inte kan hanteras i primärvården återremitteras patient till specialist psykiatri enligt matrisbaserad bedömning.

Uppföljning inom specialistpsykiatri

Uppföljningen inom specialistpsykiatri ska säkerställa kontinuitet, kvalitet och trygg övergång mellan vårdnivåer. Den omfattar både utvärdering av behandlingseffekt och planering för fortsatt stöd på rätt vårdnivå.

Uppföljningen fokuserar på:

- Bedömning av behandlingseffekt, biverkningar och funktionsnivå
- Identifiering och hantering av riskfaktorer som suicidrisk, samsjuklighet och beroende
- Planering för avslut, återremiss eller fortsatt specialistvård

2026-03-24

LPO psykisk hälsa, vuxna

Dokumentet är beslutat, men datum för när

LAG ADHD

det ska tas i bruk är ännu inte fastställt

Uppföljning sker under den tid som krävs för stabilisering, behandlingsjustering och etablering av fungerande stöd i vardagen.

När tillståndet bedöms stabilt avslutas patienten i specialistvården. Vid pågående behandling med centralstimulantia kvarstår förskrivningsansvaret i specialistpsykiatri. Överföring till primärvård kan ske först när sådan behandling avslutats eller om annan överenskommen lösning finns.

Finns behov av uppföljning av samsjuklighet via primärvården, sker återremiss med strukturerad överlämning/remiss.

Vid återremittering ska dokumentationen innehålla:

- Sammanfattning av diagnos och genomförda insatser.
- Rekommendationer för fortsatt behandling och uppföljningsintervall.

Specialistpsykiatri kan även ge konsultativt stöd till primärvården efter återremiss för att bevara vårdkvalitet och förebygga återinsjuknande.

Målet är en sammanhållen vårdkedja där uppföljningsansvaret följer patientens aktuella behov och sker på lägsta effektiva vårdnivå.