

# Klaradokumentet

---

Om nivådifferentierad neuropsykiatrisk utredning  
Vägledningsdokument inom Vuxenpsykiatri och Beroendecentrum Stockholm -  
Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

---

2009-03-21

Klaradokumentet kan komma att genomgå viss revidering i samband med  
framtagandet av det regionala vårdprogrammet  
2009-06-04

## Innehåll

<b>OM NIVÅDIFFERENTIERAD NEUROPSYKIATRISK UTREDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>INNEHÅLL .....</b>	<b>2</b>
<b>BAKGRUND OCH UPPDRAG .....</b>	<b>5</b>
<b>VÄGLEDNINGSDOKUMENT .....</b>	<b>5</b>
<b>ARBETSGRUPPER.....</b>	<b>7</b>
Läkargruppen: .....	7
Psykologgruppen: .....	7
Arbetsterapeutgruppen: .....	8
<b>KÄLLDATA/UNDERLAG .....</b>	<b>9</b>
<b>EXEMPEL PÅ UTREDNINGSPROCESSEN .....</b>	<b>10</b>
Steg 1: Inledande anamnesupptagning .....	10
Steg 2: Professionsspecifika bedömningar.....	11
Steg 3: Diagnostisering.....	11
Steg 4: Slutsamtal .....	11
Steg 5: Uppföljande samtal med patient och/eller nätverk.....	11
<b>NIVÅDIFFERENTIERAD NEUROPSYKIATRISK UTREDNING ...</b>	<b>12</b>
<b>SAMMANFATTANDE TABELL ÖVER NIVÅER .....</b>	<b>13</b>
<b>PSYKIATER.....</b>	<b>14</b>
Nivå I .....	14
Observera .....	15
Särskilda ställningstaganden vid missbruk .....	15
Nivå II .....	16
Nivå III .....	16

<b>PSYKOLOG .....</b>	<b>17</b>
Neuropsykologisk bedömning.....	17
Allmänintellektuell förmåga .....	17
När räcker det med "Nivå I" bedömning?.....	19
Diagnostisk bedömning av utvecklingsstörning .....	19
Adaptiva beteenden.....	19
Exekutiva funktioner.....	20
Svårigheter att mäta exekutiva funktioner .....	21
Continuous Performance Test (CPT) .....	21
Förslag till nivågruppering: exekutiva funktioner .....	22
Vad mäter de olika exekutiva testerna? .....	23
Minne och inlärning .....	24
Minne och inlärning hos vuxna med ADHD .....	24
Minne och inlärning hos vuxna med autismspektrumtillstånd (AST) .....	25
Social kognition .....	26
Sammanfattande tabeller .....	27
<b>ARBETSTERAPEUT .....</b>	<b>29</b>
I vanliga fall gör arbetsterapeuter inga bedömningar för Nivå I patienter. ....	29
Nivå II .....	29
Nivå III .....	29
Nivå I .....	30
Nivå II-III .....	31
<b>BILAGA 1 .....</b>	<b>32</b>
Manual för neuropsykiatrisk anamnes/utvecklingshistoria.....	32
<b>BILAGA 2.....</b>	<b>37</b>
Neurologstatus (förslag).....	37
<b>BILAGA 3.....</b>	<b>38</b>
Stigmata.....	38

<b>BILAGA 4.....</b>	<b>39</b>
Skattningsskalor .....	39
<b>BILAGA 5.....</b>	<b>42</b>
Referenser – Neuropsykologi .....	42
Manualer .....	43
Elektroniska källor.....	43
<b>BILAGA 6.....</b>	<b>44</b>
Referenser – Arbetsterapi .....	44
<b>BILAGA 7.....</b>	<b>45</b>
Psykatri / Beroende – förslag till gränssnitt .....	45
Inledning .....	45
Uppdrag .....	45
<b>ÅTAGANDEN FÖR PSYKIATRIN RESPEKTIVE BEROENDECENTRUM .....</b>	<b>46</b>
Psykiatrin.....	46
Beroendecentrum Stockholm .....	46
Samverkansform.....	47
Ekonomi .....	47
Remiss .....	47
Samverkan/konsultation .....	47

## Bakgrund och uppdrag

Neuropsykiatrisk utredning och behandling av vuxna har bedrivits inom Stockholms Läns Landsting i många år. Verksamheten har vuxit i takt med att behoven synliggjorts. Det har på många sätt varit ett nytt verksamhetsfält inom vuxenpsykiatri. Det har skett särskilda satsningar för att utveckla kompetens och metoder. Detta har lett till att vissa enheter inom landstingen har större erfarenhet, vana och kunskap än andra med avseende på fältet. Dessa mottagningar möts ofta av frågor och önskemål om konkreta förslag på hur den neuropsykiatriska verksamheten skulle kunna se ut.

De tre mottagningar som satte igång arbetet med att söka samordna de interna riktlinjerna som fanns inom respektive mottagning för utredning och behandling hade samtliga sina verksamhetschefers uppdrag att söka ta fram en nivåbaserad utredningsmodell. Det föll sig då naturligt att försöka utarbeta ett förslag på en utredningsmodell som, i det fall det var möjligt, var enhetlig mellan klinikerna. Att tillämpandet av en sådan modell även har en terapeutisk effekt för den utredde och dennes eventuella anhöriga och därmed kan omnämnas som en viktig initial behandling utgör en samlad erfarenhet av tidigare tillämpade strukturerade utredningsmodeller inom området.

## Vägledningsdokument

Detta dokument är avsett att kunna användas som ett vägledningsinstrument gällande en nivådifferentierad neuropsykiatrisk utredning inom kliniker, såväl på öppenvårdsmottagningar/lokala mottagningar som på specialmottagningar.

Spin-off effekterna av en ökad enhetlighet gällande utredningarnas innehåll är stora. Det ger en tydlighet och ökad struktur, det blir klart på vilken nivå en utredning skett och på vilka grunder behandling initierats. Det blir också tydligt vad utredningen inkluderat och eventuellt bör kompletteras med ifall en rehabilitering kräver ett utökat underlag för behandlingsplanering. För patienter innebär dess tillämpning vetskapen att det finns en likhet mellan vad utredningen kan komma att rymma oavsett var detta sker bland länets kliniker. För beställarna uppnås större tydlighet kring vad som produceras i förhållande till vad som beställs. Utredningens innehåll och omfattning står i proportion till avsatta resurser och skall baseras på tillgänglig kunskap och, i den grad den står att finna, evidens inom området.

Evidens är ständigt stadd i utveckling utifrån en alltmer intensiv multidisciplinär forskning världen över kring utvecklingsrelaterade psykiska funktionshinder och dess uttryck från barndom till vuxen ålder. Vägledningsdokument är och bör därför vara föränderliga och rymma den grad av flexibilitet som behövs vid val av enskilda utredningsinstrument, formulär och test av vilka alternativa och ofta likvärdiga står att finna. Målsättningen vid framtagandet av vägledningsdokument inom området blir som konsekvens av detta att ge rekommendationer baserat på en urvalsprocess. Denna har ej skett slumpmässigt utan har baserats på tillgänglig erfarenhet, publicerade vetenskapliga studier och sammanvägning av för- och nackdelar vid jämförelser då alternativ föreläggat.

Viktigt att notera är att vägledningsdokumentet just skall uppfattas som rekommendationer och ej som absoluta riktlinjer från vilka avsteg i det enskilda fallet ej får, bör eller skall göras.

Riskerna med att använda en modell, ett system är att den kan utnyttjas t ex för att höja produktiviteten på bekostnad av patientnyttan, då utifrån ett ekonomiskt intresse alltför många skulle kunna pressas in i en lägsta utredningsnivå. Det har tidigare uttryckts farhågor att en nivåbaserad modell kan minska möjligheten till egna professionella bedömningar. I föreliggande modell finns därför brasklappen att nivån på utredningen i sista hand alltid är en individualiserad professionell bedömning. Teoretiskt kan det också finnas farhågor om att en modell som föreslår en konkret differentiering skulle kunna leda till att personer med otillräcklig kompetens genomför utredningar som sedan inte håller. Vägledningsdokumentet förutsätter att tillräcklig kompetens föreligger hos den personal som i sin profession tillämpar detta som stöd i sitt arbete. I det fall denna grundläggande förutsättning ej är uppfylld bör tillämpandet av vägledningsdokumentet föregås av erforderlig fortbildning, konsultativt stöd och handledning.

Vår bedömning är att nivåbaserade utredningar är nödvändiga av både resurs- och kvalitetsskäl. En samordning av hur nivåerna läggs och vad som minst ska göras inom respektive nivå förenklar fortsatt rehabilitering av patienten. En vägledning kring var nivåavgränsningarna bör göras är nödvändig för att skydda patienter från risken att ekonomiska incitament pressar fram alltför rudimentära utredningar.

Det tidiga arbetet med att ta fram en nivåbaserad utredningsmodell väckte kollegialt intresse och fler kliniker har anslutit sig efterhand. Tre arbetsgrupper har oberoende av varandra arbetat utifrån sin profession på förslag till nivåbaserad utredning. De tre grupperna har bestått av psykologer, arbetsterapeuter och läkare. Samtliga grupper har arbetat klinikövergripande. Vardera profession har lagt fram sitt förslag och de tre förslagen har gemensamt arbetats ihop till en helhet.

## Arbetsgrupper

Arbetsgruppen startade med tre kliniker, Norra Stockholms psykiatri, Psykiatri Sydväst och Beroendecentrum Stockholm. Omedelbart därefter anslöt sig Psykiatri Nordväst. I läkargruppen har de medicinska ansvariga psykiatrerna deltagit i arbetet. I psykolog- och arbetsterapigrupperna har en eller flera representanter för respektive klinik arbetat med ta fram ett förslag.

### Läkargruppen:

Bengt Andrée, Överläkare Spec. i psykiatri, Med. Dr., Leg. Psykoterapeut	Norra Stockholms Psykiatri Neuropsykiatriska enheten
Annika Brar, Överläkare Spec. i psykiatri	Psykiatri Nordväst Neuropsykiatriska enheten, Karolinska
Charlotta Munck, Överläkare Spec. i psykiatri	Psykiatri Nordväst Neuropsykiatriska enheten, Karolinska
Ylva Ginsberg, Överläkare Spec. i psykiatri	Psykiatri Sydväst
Marie Hagnell, Överläkare Spec. i allm. medicin, psykiatri, Leg. Psykoterapeut	Psykiatri Sydväst Neuropsykiatriska diagnosteamet
Mirjam Talvik, Överläkare Spec. i psykiatri., Med. Dr.	Beroendecentrum Stockholm Neuropsykiatriska mottagningen

### Psykologgruppen:

Anna Bergström, Leg. psykolog	Norra Stockholms Psykiatri Neuropsykiatriska enheten
Eva Björnstjerna, Leg. psykolog	Norra Stockholms Psykiatri Neuropsykiatriska enheten
Tatja Hirvikoski, Leg. psykolog Specialist i neuropsykologi	Psykiatri Nordväst Neuropsykiatriska enheten, Karolinska
Else Waaler, Leg. psykolog	Psykiatri Nordväst Neuropsykiatriska enheten, Karolinska
Anna Eriksson, Leg. psykolog	Psykiatri Sydväst
Katarina Granath, Leg. psykolog	Psykiatri Sydväst
Sylvia Mellfeldt Milchert, Leg. psykolog Spec. i neuropsykologi och handikappspsykologi	Psykiatri Sydväst Neuropsykiatriska diagnosteamet
My Frankl, Leg. psykolog	Beroende Centrum Stockholm Neuropsykiatriska mottagningen
Cecilia Haaparanta, Leg. psykolog	Beroende Centrum Stockholm Neuropsykiatriska mottagningen

*Arbetsterapeutgruppen:*

Yvonne Kvist, Leg. arbetsterapeut

Norra Stockholms Psykiatri

Fereshte Bagherpour, Leg. arbetsterapeut

Psykiatri Nordväst

Daniel Johansson, Leg. arbetsterapeut

Psykiatri Sydväst

Birgit Heuchemer, Leg. arbetsterapeut

Beroende Centrum Stockholm



## Källdata/Underlag

ADHD hos barn och vuxna  
 Socialstyrelsen, Kunskapsöversikt  
 ISBN: 91-7201-656-6  
 Artikelnummer: 2002-110-16  
 Publiceringsår: 2002

Så här kan man göra...

Vägledningsdokument Vuxna med ADHD

Björn Kadesjö, Susanne Bejerot, Ulla Carlshamre, Lena Nylander, Maria Råstam, Eva Saletti, Mikael Scharin, Anna Söderholm, Vanna Beckman

2007-08-09 <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/49C260C2-EAE4-4B34-BAE8-BD198D8B4AA3/0/R9VagledningsdokumentADHDslutversion.pdf>

Så här kan man göra...

Vägledningsdokument Autismspektrumstillstånd hos vuxna

Björn Kadesjö, Susanne Bejerot, Ulla Carlshamre, Lena Nylander, Maria Råstam, Eva Saletti, Mikael Scharin, Anna Söderholm, Vanna Beckman

2007-08-10 <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/D123307D-A6AA-4CF6-922E-EC485D22086/0R9VagledningsdokumentASTslutversion.pdf>

Utredning och diagnostik av ADHD hos vuxna

Tatja Hirvikoski, Else Waaler, Pernilla Bothén, Maija Konstenius, Marie Hagnell, Barry Karlsson, Gunilla Hellberg-Edström, Annie Matsson, Kerstin Malmberg, Ulla Åberg, Ylva Ginsberg, Erica Olsson, Eava Bergendal, Marianne Bondelind

Psykologförlaget Hogrefe AB  
 ISBN: 91-7418-335-4  
 Artikelnummer: 767-000  
 Publiceringsår: 2006

Utredningsmodeller hämtade från respektive neuropsykiatrisk specialmottagning vid SLSO

American Psychiatric Association APA (1994a). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition, Washington D.C.: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association APA (1994b). Quick Reference to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition, Washington D.C.: American Psychiatric Press. Svensk version: Mini-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Översättning: Jörgen Herlofson och Mats Landquist. Stockholm: Pilgrim Press 1995.

American Psychiatric Association APA (2001). Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition Text Revised. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

## Exempel på utredningsprocessen

Hur en neuropsykiatrisk utredning går till ser olika ut vid olika enheter både vad gäller personalsammansättning och de olika yrkesgruppernas roller. En i Sverige vanlig modell som här skall beskrivas är att man utreder i ett litet team bestående av läkare och psykolog och där arbetsterapeut tas in vid behov.

### *Steg 1: Inledande anamnesupptagning*

Patienten kallas till *ett första kartläggande samtal*. Detta samtal syftar till att klargöra om indikation föreligger för neuropsykiatrisk utredning. Det är en fördel att läkare och psykolog träffar patienten gemensamt vid detta besök så att utredarna har samma information som utgångspunkt för hur den vidare utredningen sen skall läggas upp. Samtalet sker i intervjuform och fokuserar patientens utveckling och aspekter av patientens anamnes som är av särskilt intresse utifrån frågeställning. I anslutning till detta samtal kan eventuellt även anhörig delta om patienten samtycker.

*Utvecklingsanamnes* kan tas av läkare eller psykolog, oftast görs detta gemensamt, men det kan underlätta för samtalets struktur om man på förhand kommer överens om vem som skall leda intervjun eller hur man kan turas om. Viktigast är att åtminstone en av intervjuarna är erfaren och väl insatt i vilka frågor som behöver ställas för att retrospektivt kunna undersöka just neuropsykiatriska tillstånd. Det rekommenderas därför att oerfarna utredare under upplärning (ex nya PTP-psykologer eller ST-läkare) får möjlighet att arbeta tillsammans med en mera erfaren utredare. Ett skriftligt intervjuunderlag med utvecklingsstolpar och relevanta frågor kan underlätta för samtalsstrukturen, se ex. i Bilaga 1.

I de fall där UKF kan avfärdas redan under första samtalet avslutas utredningen här, med rekommendationer hur patienten kan gå vidare med sina problem och/eller vart man kan remittera vidare.

När misstanke om UKF kvarstår samråder läkare och psykolog med patienten kring den fortsatta utredningen. Patienten ges information om utredningsprocessens olika delar, vem som utför vad och varför detta behöver göras. En *skriftlig sammanfattning* av detta hjälper patienten att komma ihåg vad som sägs. En *tidsplan över de kommande besöken* kan göras redan här och ges patienten i skriftlig form. På så vis får patienten en överblick och struktur på vad som skall ske framöver vilket ofta uppskattas.

*Barndomsanamnes genom anhörig* utgör ett centralt moment i utredningen. Denna förutsätter vanligen anhörigs medverkan och kan inhämtas via besök eller telefonsamtal. Anhöriga bör ha getts möjlighet att fylla i skattningsformulär inför besöket. Teamet gör en preliminär bedömning över hur omfattande utredning som behöver göras, dock kan denna behöva revideras under utredningens gång med ny information.

Före eller vid första samtalet *rekvireras med patientens medgivande relevanta handlingar* som t. ex. psykiatriska och medicinska journaler, resultat från ev. mönstring, skolhälsojournal och förlossningsjournal (för moderns förlossningsjournal krävs hennes medgivande om hon är i livet). Även skolbetyg kan samlas in.

### *Steg 2: Professionsspecifika bedömningar*

Ansvaret för nivåbestämning av utredningen åligger såväl psykiater som psykolog. Bedömningen ska grunda sig på den professionsspecifika kunskapen vilket någon gång kan leda till att patienten hamnar i olika nivåer. Det bör inte vara ett problem i praktiken men nivåerna är lagda så att vi har bedömt att de i huvudsak överensstämmer mellan professionerna. Har man alltså stora olikheter i sina bedömningar kan det vara värt att gemensamt diskutera grunderna för detta.

### *Steg 3: Diagnosticering*

Efter att allt utredningsunderlag samlats in förs en diagnosdiskussion mellan läkare och psykolog samt eventuell arbetsterapeut. Utöver att ta ställning till ev. neuropsykiatrisk diagnos diskuteras också förekomst av tilläggsproblematik och/eller psykiatrisk samsjuklighet, samt preliminär åtgärdsplan.

Psykologen har liksom läkaren skyldighet att ställa diagnos utifrån erfarenhet och kompetens. För PTP-psykologer gäller att de arbetar under eget yrkesansvar på samma sätt som en legitimerad psykolog (i enl med yrkesansvaret i 2 kap 5§ i LYHS). Skall PTP-psykologen ställa diagnos behöver den dock vidimeras av överordnad, t ex handledaren eller annan med kompetens inom området.

### *Steg 4: Slutsamtal*

Vid slutsamtalet presenteras resultatet av utredningen. Samtliga inblandade professioner deltar, och patienten uppmanas att ta med sig personer i sin närhet som kan ha intresse av att få information (t ex anhörig från startsamtalet). Information ges om diagnos har kunnat bekräftas eller ej, vad denna i så fall innebär, hur man kunnat fastställa diagnosen hos just denna individ och vilka åtgärder som kan vara aktuella. Information om diagnos och åtgärder skall helst också ges skriftligt. Samtalet skall ha en bearbetande karaktär och patienten skall ges utrymme att formulera och diskutera sina reaktioner på utredningen. Vid en mottagning med behandlingsmöjligheter tas ställning till vidare behandling, annars tas en diskussion kring lämplig remittering.

### *Steg 5: Uppföljande samtal med patient och/eller nätverk*

Efter ungefär en månad kallas patienten igen till ett uppföljande samtal där man stämmer av vad utredningen har resulterat i för honom eller henne, exempelvis om en fungerande medicinering eller olika stödinsatser kommit till stånd. Till samtalet erbjuds patienten att bjuda in andra av betydelse för den vidare uppföljningen. Detta kan t ex vara anhörig/vän, personal från psykiatrin, habiliteringen, socialtjänst, arbetsförmedlingen, försäkringskassa, skolpersonal eller arbetsgivare. Ibland kan det behövas ytterligare uppföljning om många frågetecken kvarstår.

## **Nivådifferentierad neuropsykiatrisk utredning**

Vi har valt en tredelad nivåindelning. Varje nivå kommenterar de olika professionernas insatser. Observera att beskrivningen avser det man minst gör i varje nivå. Därutöver krävs i varje enskilt fall en professionell bedömning och ställningstagande till eventuella tillägg. Detta innebär att det i praktiken kan förekomma att patienten bedöms tillhöra olika nivåer utifrån profession. Vår bedömning är dock att nivåerna i huvudsak sammanfaller.

Nivå I förväntas främst återfinnas inom psykiatrisk öppenvård eller motsvarande. Den bedöms utgöra en mindre del av den totala patientkategorin. Kategorin kännetecknas av tydliga symtom, relativt god funktion, samt ingen eller välkontrollerad komorbiditet.

Nästa nivå kännetecknas av mer omfattande problematik, med kvarstående frågeställning efter att nivå ett genomgått, alternativt att man redan före utredningen kan förutse mer komplex problematik. Den gruppen bedöms utgöra majoriteten av patientkategorin. Här krävs vanligen en mer omfattande diagnostisk utredning och funktionsbedömning för att dessa på ett effektivt sätt ska kunna ligga till grund för en behandlings/rehabiliteringsplan.

Nivå tre avser patienter med komplex problematik såsom omfattande komorbiditet, svåra inlärningsproblem och/eller svårt begränsad begåvningsnivå, allvarligt begränsad bakgrundsinformation eller andra försvårande omständigheter.

Den nivåbaserade utredningsmodellen är avsedd att utgöra en vägledning för effektivisering och för att förhindra slentrianmässiga val. Modellen är också avsedd att ge underlag för en gemensam kvalitet för utredningar men den kan aldrig ersätta utredarens egen kompetens och erfarenhet.

## Sammanfattande tabell över nivåer

Nedanstående tabell illustrerar principen för de olika professionernas insatser inom de olika nivåerna. Observera återigen att nivåerna inte varje gång överensstämmer mellan professionerna. Vissa uppgifter kan lika väl utföras av psykolog som psykiater, t ex vissa skattningar. Vissa uppgifter rekommenderas utföras gemensamt, se avsnitt om utredningsprocess.

För detaljerad information om de olika utredningsmomenten och diskussion kring detta hänvisas till respektive avsnitt under rubriken - Detaljerade anvisningar för respektive profession.

Nivå	Psykiater	Psykolog	Arbetsterapeut
I	Psykiatrisk basutredning Basal missbruksutredning Lab. och somatiskt status Riktade skattningsskalor (2-3) Riktad anamnes Anhöriganamnes	Psykologisk basutredning Utvecklingsrelaterad anamnes Anhöriganamnes Riktade skattningsskalor Inledande testning av allmänintellektuell förmåga, exekutiv funktion, inläring och minne	Vanligen ingen insats i denna grupp
II	Fördjupad differentialdiagnostik Fördjupad somatisk utredning Ev ADOS el DISCO	Fördjupad neuropsykologisk utredning Ev ADOS, DISCO	Intervjubaserade instrument för bedömning av vardagsfunktion Ev observationsbaserade instrument för bedömning av vardagsfunktion
III	Som ovan, ev inläggande utredning	Fortsatt fördjupad neuropsykologisk testning	Observationsbaserade instrument för bedömning av vardagsfunktion Ev. hembesök

## Detaljerade anvisningar för respektive profession

### Psykiater

#### Nivå I

Det är mycket viktigt att den del av den psykiatriska basutredningen som ska ligga till grund för en fortsatt neuropsykiatrisk utredning definieras och systematiseras. I anamnes ska relevanta neuropsykiatriska symtom definieras.

#### *Journaluppgifter rekommenderas inkludera*

- Kontaktväg och kontaktorsak
- Hereditet
- Utvecklingshistoria (grundläggande funktioner; symtom, beteende, fungerande under barndomen, Bilaga 1)
- Tidigare psykiatrisk anamnes
- Aktuell psykiatrisk anamnes
- Aktuella funktionsnedsättningar (studier/arbete, ekonomi, hem, fritid, relationer etc.)
- Tidigare somatisk anamnes
- Aktuell somatisk anamnes
- Psykiatriskt status
- Somatiskt status, med särskild observans på hjärtstatus och blodtryck, samt utvidgat neurologstatus (Bilaga 2 och 3).
- Drogsscreening, helst med provet insänt för analys till kem. lab.
- Njur-, blod och leverstatus, elektrolyter inkl Ca, tyroideastatus samt B12, folater. CDT rekommenderas
- Aktuell medicinering, behandlingsduration på aktuell dos
- Diagnostisk bedömning och neuropsykiatrisk frågeställning

#### *Kompletterande differentzialdiagnostik (skattningsskalor, Bilaga 4)*

1. M.I.N.I.
2. MDQ\*
3. PhQ9\*
4. BAI\*
5. GAF
6. AUDIT
7. DUDIT

\*ex. på komplement till MINI om riktad frågeställning föreligger.

### *Pågående behandlingsskontakter*

- Psykiatri
- Primärvård
- Somatisk vård
- Övriga behandlare
- Socialtjänst
- BUP (ev. barn)

### *Bakgrundsinformation*

1. Informerat samtycke inhämtas skriftligen
2. Insamling av bakgrundsmaterial såsom tidigare journaler och övriga relevanta handlingar
3. Social anamnes
4. Anhörigintervju

### *Riktade intervju- och skattningsformulär*

1. ASRS
2. WURS
3. 5-15 alternativt A-TAC
4. ASDI

### *Observera*

Insamlingen av vissa uppgifter, såsom de ovan nämnda samt vissa skattningar, kan utföras av psykiater eller psykolog men förutsätter att vederbörande utredare besitter erforderlig kompetens och erfarenhet för uppgiften för god reliabilitet. Så kan ske genom vidareutbildning och handledning till berörd personal. Det bör stå varje mottagning fritt att organisera/fördela dessa uppgifter.

Intervju- och skattningsformulär skall efter sammanställning ligga till grund för psykiaterns diagnostiska bedömning. Vid användning av skattningsformulär måste personens förmåga att förstå frågorna och insikt i den egna problematiken beaktas.

### *Särskilda ställningstaganden vid missbruk*

Samarbete ska etableras med Beroendeklinik. Se Bilaga 5 för ett konkret samarbetsförslag. Inom psykiatrin krävs ofta tre månaders drogfrihet. För patienter med etablerat beroende, svår ADHD eller annat neuropsykiatriskt funktionshinder kan den perioden bli för lång för att utredning ska kunna genomföras och inom Beroendecentrum Stockholm krävs därför endast sex veckors drogfrihet.

## Nivå II

Inom nivå två kan utredningen variera i omfattning eftersom denna grupp kan betraktas som störst och spänna mellan en diagnostisk bild som kan vara relativt klar till en som ligger på gränsen till nivå tre. Gemensamt i gruppen är anamnestiskt stora exekutiva svårigheter.

En mer grundlig funktionsbedömning blir här central. Dels krävs ofta en bedömning av aktivitetsutförande i det dagliga livet av arbetsterapeut, dels en kognitiv funktionsbedömning av psykolog, många gånger krävs båda bedömningarna parallellt. Nedanstående är en rekommendation på vad man minst bör göra i denna nivå, med samtidig maning att inte överarbeta utredningen.

- Överväg ytterliggare somatisk och psykiatrisk genomgång, riktad och baserad på redan framtaget material
- Överväg eventuell förekomst av andra utvecklingsrelaterade tillstånd, hereditära tillstånd med risk för kognitiv påverkan, kromosomavvikelse etc vilka kan föranleda kompletterande utredningar
- För läkemedelsbehandlade patienter, en genomgång av läkemedelslistan med fokus på kognitiva biverkningar
- Överväg dolt missbruk
- Utvidgad somatisk utredning såsom EEG, MR-hjärna eller genetisk utredning kan krävas
- Vid frågeställning autismspektrumstörning; ADOS, eventuellt DISCO/ADI-R

## Nivå III

Denna grupp är relativt liten och kännetecknas av komplexa, grava och/eller överlappande problem. I sällsynta fall är det inte möjligt att göra en adekvat utredning i öppenvård utan ärendet kan kräva inläggande vård.

- Överväg ytterliggare somatisk och psykiatrisk genomgång, riktad och baserad på redan framtaget material.
- Överväg ev förekomst av andra utvecklingsrelaterade tillstånd, hereditära tillstånd med risk för kognitiv påverkan eller kromosomavvikelse.
- För läkemedelsbehandlade patienter, en genomgång av läkemedelslistan med fokus på kognitiva biverkningar.
- Överväg dolt missbruk.
- Utvidgad somatisk utredning såsom EEG, MR-skalle eller genetisk utredning kan krävas
- Ev. ADOS, DISCO/ADI-R



## Psykolog

### *Neuropsykologisk bedömning*

Psykologen väljer testbatteri och gör en neuropsykologisk bedömning av patientens kognitiva funktioner. I bedömningsunderlaget ingår förutom patientens testresultat även beteendeobservationer och detta relateras sedan till den information psykologen har kunnat ta del av utifrån anamnes, tidigare journaler och frågeformulär. Den neuropsykologiska utredningen innefattar också en värdering av annat som kan påverka resultaten såsom depressivitet, ångest, motivation, trötthet, medicinbiverkningar etc. Bedömningen syftar till att ge en individualiserad beskrivning av patientens funktioner, oberoende av diagnos, och det är därför viktigt att patienternas starka såväl som svagare sidor lyftas fram. En bra funktionsbeskrivning som komplement till diagnos ger information för vidare insatser, och har dessutom visat sig öka patientens delaktighet vid behandling. En arbetsterapeutisk bedömning är ofta mycket värdefull för bedömning av exekutiva funktioner i vardagen.

När det gäller psykologens roll i utredningsprocessen finns det några saker man bör tänka på. Psykologen är den som tar ansvar för vilka funktioner som behöver testas och med vilka instrument. De instrument man använder bör i möjligaste mån vara utprovade för svensk vuxenpopulation eftersom det stärker testets psykometriska egenskaper. Psykologen bör eftersträva att skapa en atmosfär av öppenhet och delaktighet kring testningen och återkopplingen bör ges på en nivå som patienten kan ta till sig. Många patienter med UKF (utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsstörningar) har svårt med olika former av informationshantering, ex vis glömska, integrering av större informationsmängder, förståelse o d och återgivningen behöver anpassas till patientens förutsättningar. En enkelt formulerat skriftlig översikt som patienten får med sig är ofta användbart. Man kan också dela upp återgivningen i flera kortare pass, ge den fortlöpande under testningen eller ha med en anhörig som stöd.

Ett psykologutlåtande skall betraktas som färskvara och funktionsbedömningen kan därför behöva förnyas/göras om efter en tid. Detta gäller inte minst yngre personer där stora förändringar kan ske (både vad gäller generell funktionsnivå såväl som specifika styrkor och svagheter) bara under ett par år eftersom hjärnan, och därmed funktionerna, inte är färdigutvecklad.

Bedömning av individens allmänintellektuella förmåga utgör grunden för den neuropsykologiska bedömningen. De specifika funktionsnedsättningarna i t ex exekutiva funktioner, inlärning och minne eller i adaptiva beteenden relateras till estimationen av allmänintellektuell förmåga.

### *Allmänintellektuell förmåga*

WAIS-III är det vanligaste testbatteriet för att mäta allmänintellektuell förmåga hos vuxna. För individer som inte talar eller som har bristande kunskaper i svenska (och testning med tolk av någon anledning inte kommer i fråga), kan WAIS-III kompletteras med deltest ur Leiter-R batteriet.

WAIS-III innehåller sammanlagt 14 deltest (7 i den verbala skalan och 7 i performanceskalan). Olika kortversioner av Wechsler testbatterier (föregångare till WAIS-III) har funnits åtminstone sedan 60-talet och dessa har använts i både klinik och forskning. I klinisk verksamhet är det viktigt att en kortversion är praktiskt användbar och tidssparande. Kraven på kortversionens reliabilitet är olika beroende på om resultaten analyseras på gruppnivå (forskning) eller på individnivå (klinik). Kortversioner som bygger på enbart två deltest korrelerar 0.90 - 0.92 med HIK, men ca var tionde person faller längre bort än tio poäng ifrån sin aktuella HIK och därför anses dyadiska kortversioner vara osäkra för kliniskt bruk (Ringe et al., 2002), och oanvändbara för diagnostiskt bruk (ibid.).

En sju-deltest kortversion (Crawford, Allum & Kinion, 2008), som korrelerar 0.97 med HIK, ger estimation på samtliga fyra index utöver HIK, och som tillåter datoriserad beräkning av olika index-, diskrepans- och IK-mått. Genom att använda sju deltest i stället för fjorton (hela WAIS-III) åstadkoms en betydande tidsbesparing. Denna tid kan med fördel användas för bedömning av andra funktioner såsom exekutiva funktioner, minne- och inlärning, adaptiva beteenden och sociala kognition och annat som utredningen anser att belysa. Det datoriserade programmet laddas ner gratis från professor Crawford's hemsida under rubriken SF\_WAIS3.exe:

<http://www.abdn.ac.uk/~psy086/dept/psychom.htm>

Exempel på nivådifferentiering av IK -estimation beskrivs i tabell 1.

**Tabell 1.** Exempel på hur man kan variera längden på mätningen av allmänintellektuell förmåga med WAIS-III som instrument.

Nivå	Deltest (minst)	Vad estimeras?	När behövs mer?
I	Ordförråd+ Likheter+ Matriser+ Blockmönster+ Sifferrepetition+ Aritmetik+ Kodning (Crawford, Allum & Kinion, 2008)	HIK, VFI, POI, AMI, SI, diskrepansmått mellan olika index	HIK<85; när det finns oklarheter i bedömningen
II	<b>Som ovan</b> + Information+ Bildkomplettering+Bokstavs-sifferrepetition+Symbolletning =alla index	Såsom steg 1, och ytterligare information.	HIK<85; när det finns oklarheter i bedömningen
III	Hela WAIS-III (-NI)	Såsom steg 1 och 2, ytterligare information, övertid & flerval.	Vid diagnostisering av MR kan man administrera ytterligare ett IK-test såsom Ravens matriser.

HIK = helskale IK; VFI = verbal förståelse index; POI = perceptuell organisation index; AMI = arbetsminnesindex; SI = snabbhetsindex; MR = mental retardation.

### *När räcker det med "Nivå I" bedömning?*

Den utredande psykologen avgör vilken nivå bedömningen ska ligga på. Generellt kan dock sägas att Nivå I bedömning kan vara tillräckligt när:

- estimerad HIK ligger över 85 IK-poäng
- psykologen bedömer att estimationen verkar rimlig utifrån all annan information som framkommer i utredningen
- man bedömer även exekutiva funktioner, social kognition etc utifrån frågeställning (d.v.s. den kvantitativa bedömningen är bredare än estimation av IK enbart)
- annan noggrann diagnostik med strukturerade intervjuer genomförda av psykologen själv el någon annan i teamet, finns tillgänglig

### *Diagnostisk bedömning av utvecklingsstörning*

Vid diagnostisk bedömning av utvecklingsstörning är det viktigt att beakta att hela WAIS-III administreras (alternativt ett annat testbatteri som avser mäta allmänintellektuell förmåga). Vid bedömning av unga vuxna med låg funktionsnivå, kan bedömning med WISC-V kan vara ett bättre alternativ med tanke på s.k. golfeffekter som kan uppstå med WAIS. Generellt är det välkänt att den s.k. testprofilen vid utvecklingsstörning är relativt platt och mindre varierad än vid andra UKF eller vid normal begåvning (se WAIS manual för vidare information). Såsom beskrivs i de diagnostiska kriterierna för utvecklingsstörning, bedömer man aldrig allmänintellektuell förmåga enbart, utan kompletterar med bedömning av adaptiva beteenden/adaptiv funktionsförmåga; se nästa avsnitt.

### *Adaptiva beteenden*

Estimation av IK bör kompletteras med estimation av adaptiva beteenden. UKF är ofta förknippade med betydande funktionella nedsättningar i adaptiva beteenden, även när IK ligger inom s.k. normalområde. Estimation av adaptiva beteenden kan göras i form av föräldra- eller anhörigskattning genom att använda Adaptive Behavior Assessment System – II (ABAS)\*

\*säljs via Pearson (se <http://www.pearsonassessment.se/se/Hem/>).

Frågeformuläret kartlägger beteenden såsom: kommunikation; samhällsdelaktighet; kunskapstillämpning; hembeteende; hälsa och säkerhet; fritid; självomsorg; självstyrning; relationsförmåga. Dessa förmågor i sin tur kan med fördel utgöra ett underlag för användning av diagnoskriterierna i ICF.

## *Exekutiva funktioner*

Termen "exekutiva funktioner" är ett paraplybegrepp bestående av ett vidsträckt område av kognitiva processer och beteendepertoarer som inkluderar:

- ▶ Verbalt resonande, abstraktionsförmåga
- ▶ Problemlösning
- ▶ Planering
- ▶ Sekvensering
- ▶ Förmågan att upprätthålla uppmärksamheten
- ▶ Motstånd mot störningar
- ▶ Användande av feedback
- ▶ Impulsinhibition (kognitiv och beteendemässig)
- ▶ Hantering av många uppgifter i arbetsminnet
- ▶ Kognitiv flexibilitet
- ▶ Förmågan att hantera "nyheter"

Dessa funktioner har kallats för de "kalla" exekutiva komponenterna därför att deras motsvarande kognitiva processer inte tenderar att involvera så mycket emotionell arousal och är relativt mekaniska eller logiskt baserade (Chan, Shum, Toulopoulou, Chen; 2008). Det är huvudsakligen de "kalla" komponenterna som mäts med neuropsykologiska tester av exekutiva funktioner.

De exekutiva komponenter som involverar mer av känslor, tro eller önsknings har i stället kallats för "heta", till exempel upplevelsen av belöning och bestraffning, reglering av det egna sociala beteendet och beslutsfattande som involverar emotionella och personliga förklaringar eller tolkningar. För att estimeras de "heta" komponenterna kan utredningen kompletteras med frågeformulär (t ex DEX, se nedan).

AST och ADHD är utvecklingsrelaterade diagnoser kopplade till strukturella och funktionella fronto-striatala och fronto-parietala system i hjärnan som är viktiga för de exekutiva funktionerna (Sinzig et al. 2008). Flertalet studier har visat att symtom vid ADHD kan relateras till avvikelser på exekutiva test som ställer krav på impulsinhibition, arbetsminne och en generell svaghet gällande exekutiv kontroll (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone, & Pennington, 2005). För AST har man fram för allt funnit exekutiva svårigheterna när det ställs krav på planering i flera led, och kognitiv flexibilitet (Kleinhaus et al. 2005). De individuella variationerna är dock stora och det föreligger en överlappningen mellan diagnoserna.

Studier har också visat att svagheter när det gäller både de "kalla" och "heta" exekutiva komponenterna kan leda till förödande effekter på vardagsfungerandet; förmågan att arbeta och sköta skola, fungera oberoende i sitt eget hem eller att utveckla och behålla lämpliga sociala relationer. I en neuropsykologutredning är det därför oerhört viktigt att ta ställning till det exekutiva fungerandet.

Det ger inte bara en större förståelse för individens svårigheter utan säger även något om vilket behov av insatser som behövs och prognos.

### *Svårigheter att mäta exekutiva funktioner*

"Livet som helhet" är förstås alltid mer komplext än de test som bjuds under psykologtestningen och ibland kan en situation uppstå där patienten presterar väl i exekutiva test, men där det finns dokumenterade exekutiva svårigheter i vardagslivet. Testen kanske inte är tillräckligt "känsliga", har inte tillräcklig ekologisk validitet och därav inte fångar de exekutiva svårigheterna. Patienten kan vara klart behjälpt av de "optimala förhållanden" som råder under testsituationen, med tydlig struktur, stöd från testledaren och avsaknad av störningsmoment.

Det finns alltså situationer där goda resultat på exekutiva test inte är lika med ett gott exekutivt fungerande i vardagen. Viktigt att komma ihåg är att graden av funktionsnedsättning alltid bedöms utifrån graden av nedsättning av exekutiva funktioner i relation till HIK. Svaga resultat på exekutiva test kan också ha flera orsaker, då man tänker sig att de exekutiva funktionerna inbegriper en serie av förmågor för att uppnå något mål. Exekutiva test kan därför kompletteras med skattningsformulär som exempelvis DEX (Frågeformulär om exekutiva svårigheter ur BADS). BADS (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome) är ett testbatteri som avser att mäta en persons eventuella vardagliga problem som kan associeras med exekutiva störningar. Vid användning av skattningsformulär måste personens förmåga att förstå frågorna och insikt i den egna problematiken beaktas.

Det finns en mängd test som mäter olika aspekter av exekutivt fungerande. Kvalitativa exekutiva bedömningar görs även under hela testförloppet. Testbatteriet D-KEFS (Delis Kaplan Executive Funktion System) består av tre typer av test; a) helt nykonstruerade, b) modifieringar av test som använts länge i forskningssammanhang (men inte tidigare standardiserats), samt c) modifieringar av redan existerande test (Hirvikoski et al., 2006). Testbatteriet som sådant är relativt ungt, men de deltest som ryms under kategori b) och delvis även under c) finner man en del stöd för i forskningen. Det är främst de deltest där det finns förankring i aktuell forskning som omnämns som förslag på utredningsnivå 1. Det kommer att komma ny forskning som gör att det krävs revision av vilka test som kan vara aktuella vid utredning av UKF och därför bör dokumentet betraktas som "levande".

### *Continuous Performance Test (CPT)*

CPT är datoriserade test som syftar till att mäta en individs upprätthållande av uppmärksamhet, selektiv uppmärksamhet och impulsivitet. Olika varianter av CPT används frekvent inom klinisk verksamhet som ett differentialdiagnostiskt verktyg när ADHD frågeställning föreligger.

CPT används även för att uppskatta effekterna av metylfenidat hos barn och vuxna med ADHD (Barrilleaux & Advokat, 2008) samt som en del av större testbatteri vid neuropsykologisk utredning för att uppskatta en individs exekutiva förmåga. Aktuell forskning har, enligt Cohen & Shapiro (2007), genererat olika slutsatser gällande huruvida CPT är lämpligt som ett differentialdiagnostiskt instrument. Sammantaget anses dock CPT uppvisa en moderat styrka i att upptäcka frånvaron av uppmärksamhets- och impulsivitetssvårigheter, men sämre resultat gällande

identifiering och differentiering mellan olika störningar associerad med sådana svårigheter. Studier med frågeställning gruppsskillnader på neuropsykologiska test (Woods et.al. 2002) visade 12 av 13 studier på skillnader mellan ADHD och normalgrupp. 4 av 5 studier fann ingen skillnad mellan ADHD och psykiatriska patienter. 2 av 2 studier fann ingen skillnad mellan ADHD och neurologiskt skadade patienter

**Connors' Continuous Performance Test (Connors' CPT)** är ett av de mest använda testen för att mäta uppmärksamhet och impulsivitet (Riccio et al. 2001) och uppskattas besitta en moderat specifitet (ca 70-80 %) men svagt sensitivitet (ca 55 – 71 %). Om man använder Connors' CPT för att uppskatta behandlingseffekter (exempelvis av metylfenidat) är det rekommenderat att man administrera testet vid två tillfällen innan behandling, för att undvika regression mot medelvärdet. M.a.o. ger baselinemätning vid ett tillfälle enbart inte ett reliabelt resultat.

**ObTest-plus** är ett nyframtaget CPT (normerat på 136 vuxna) och ännu har inga vetenskapliga artiklar publicerats om dess differential diagnostiska egenskaper. Obtest skiljer sig från andra CPT genom att även mäta motorisk aktivitet.

**Test of Variables of Attentionär (TOVA)** ett DOS-baserat CPT, 22.5 min visuellt eller auditivt. Testet är välbeprövat och test/retest korrelationer visar snarare negativa korrelationer, vilket stärker testets användning i medicinutvärderingssyfte.

**Intermediate Visual and Auditory Continuous Performance Test (IVA)** är ett 13 minuter långt visuellt och auditivt CPT. Test/retest korrelation varierar mellan .37-.75. Manualen innehåller tre goda validitetsskalor som visar att testresultaten i grupper med ADHD inte har med vare sig motoriska svårigheter, trötthet eller slumpmässigt svarande. (Tinius, 2003).

### *Förslag till nivågruppering: exekutiva funktioner*

**Tabell 2.** Förslag på test för bedömning av exekutiva funktioner vid utredning av UKF.

Nivå	Deltest (minst)	Vad estimeras?	När behövs mer?
I	Trail Making Test, Verbalt flöde & Color-Word IT (D-KEFS)  RCFT – kopiering CPT- test (t.ex. Connors II)  DEX-formuläret (BADS)  Delar ur WAIS-III (arbetsminnesindex, snabbhetsindex)	Bl.a. perceptuell snabbhet, flexibilitet, initiering, inhibiering Planering, överblick, uppmärksamhet Impulsivitet, uppmärksamhet, vigilans Exekutiva fungerandet i vardagen Arbetsminne och bearbetningshastighet	När det fortfarande finns oklarheter i bedömningen
II	Tornet, Mönsterflöde och Sortering (D-KEFS)	Planering i flera led, feedback, inhibitorisk kontroll	När det fortfarande finns oklarheter i bedömningen
III	T.ex. BADS (delar ur, särskilt "sex uppgifter")	EF på aktivitetsnivå	

Color-Word IT = Color-Word Interference Test; RCFT = Rey Complex Figure Test; CPT = Continuous Performance Test; BADS = Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome.

## *Vad mäter de olika exekutiva testerna?*

- Trail Making Test:** Mäter förmåga till visuell avsökning, motorisk hastighet, förmåga till sekvensering, och tankeflexibilitet.
- Ordblöde:** Mäter förmåga att producera ord ur tre aspekter, fonemiskt, semantiskt och semantisk växling. Ger även möjlighet till tidsintervallanalyser.
- Color-Word Interference Test:** Mäter förmåga att inhibera automatiserade responser och kognitiv flexibilitet. Även basala färdigheter såsom att benämna färger och läsa färgnamn.
- Mönsterflöde:** Mäter förmåga att producera olika mönster (som inte är klotter) under givna betingelser. Ger även mått på förmåga att inhibera automatiserade responser och kognitiv flexibilitet. Kan visa på perseverativa tendenser.
- Tornet:** Förmåga till planering och problemlösning genom spatial planering, förmåga att upprätthålla ramar, impulshämning och inhibering av perseverativa felsvar. Kan påvisa perseverativa tendenser.
- Ordspråk:** Mäter förmåga till verbal abstraktionsförmåga. Flervalsalternativen kan även ge en uppfattning om förmåga till logiskt resonerande.
- Sortering:** Mäter förmåga till begreppsmässigt resonerande, verbal såväl som icke-verbal problemlösningsförmåga och förmåga till initiativ i problemlösande beteende.
- RCFT:** Kopieringsuppgiften ger information om strategi och förmåga att organisera, även uppmärksamhet och impulsivitet kan påverka resultatet.
- CPT:** Mäter förmåga till visuell eller auditiv uppmärksamhet, upprätthållande av uppmärksamhet och vakenhetsgrad, impulsivitet, reaktionstid samt variabilitet i reaktionstid.

Flera deltest ur WAIS-III ger också kvalitativt information om exekutivt fungerande. Personer med exekutiva svårigheter har till exempel oftare olika typer av fel i Symboler-kodning, att man tappar tillvägagångssättet eller förvränger symboler. Vidare så ställer uppgifterna i Blockmönster krav på exekutiva funktioner. Siffer- och blockrepetition ställer krav på förmågan att fokusera och bibehålla uppmärksamheten (arbetsminne), vilket även blir tydligt i Aritmetik. Bokstavs-siffer-serier prövar arbetsminnets exekutiva komponenter, även om andra faktorer också kan spela in. För mer information hänvisas till WAIS-III-NI manualen.

## *Minne och inläring*

Vid både ADHD och autismspektrumstörningar är det vanligt med komorbiditet i form av specifik eller generell inlärningsstörning. Minnes- och inlärningssvårigheter är även vanliga och till bekymmer bland patienter som inte uppfyller diagnostiska kriterier för någon inlärningsstörning.

Hur svårigheterna ser ut varierar för olika personer och olika funktionshinder, och det kan vara av vikt för patienten att få en individuell kartläggning av hur just dennes eventuella minnes- och inlärningssvårigheter påverkar arbetet, studier eller annat. Genom att testa för minne och inläring kan man få syn på svårigheter, *och* styrkor, som annars inte är uppenbara för patienten eller andra, inkl. psykologen. En kartläggning av minnessvårigheterna kan också ge information och vägledning för interventioner.

Testen som här skall presenteras är valda utifrån vissa överväganden. För det första har det eftersträvat att hitta test som har en teoretisk och empirisk förankring i aktuell forskning, även om det finns relativt få studier publicerade på minne hos vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder. För det andra har ambitionen varit att hitta test med en "ekologisk valid profil", dvs test med en typ av komplexitet som kan antas reflektera patienternas minnessvårigheter i vardagen. Bedömningens omfattning (nivå 0-3) skall anpassas patientens problembild och åtgärdsbehov, samt den utredande psykologens kompetens och erfarenhet.

Utifrån resonemangen ovan är de flesta test som presenterats hämtade ur WMS III (Wechsler Memory Scales III, 1997, svensk version 2008). WMS III är co-normerad med WAIS III, och resultaten skall bedömas i relation till IK. Ett resultat som ligger 1 standardavvikelse under patientens IK i WAIS III (dvs 15 skalpoäng) bedöms som en signifikant avvikelse. Resultaten skall tolkas i ett sammanhang (medicinskt och psykologiskt, ex hur motiverad är patienten?). Även RCFT (Rey Complex Figure Test) har visat sig kunna fånga minnessvårigheter vid högfungerande autism (Minshew & Goldstein, 2001), och har därför inkluderats i de förslagna testen.

## *Minne och inläring hos vuxna med ADHD*

Minnessvårigheter vid ADHD är främst svårigheter med de minnesfunktioner som involverar koncentration och fokuserad uppmärksamhet, dvs arbetsminne och korttidsminne (short-term-memory). Arbetsminne och korttidsminne är i sin tur centrala komponenter för episodiskt minne (Quinlan & Brown, 2003). Arbetsminnessvårigheter kan störa lagring i långtidsminnet. Rena långtidsminnesfunktioner är ett relativt starkt område hos vuxna med ADHD.



**Tabell 3.** Exempel på hur man kan variera längden på mätningen av minne och inläring vid ADHD med WMS-III som instrument.

Nivå	Deltest (Minimikrav)	Vad estimeras?	När behövs mer?
I	WMS III: LM I och II (Arbetsminne testas i WAIS III) Minnesdeltest ur RCFT	Verbalt episodiskt minne, omedelbart och fördröjt.	Misstänkt minnes- och inlärningsproblematik.
II	<b>Som ovan</b> + OL I och II, (ev. OP I och II), FB I och II	Verbalt och spatialt episodiskt minne, omedelbart och fördröjt. Verbal inläring.	Minnes- och inlärningsproblematik central del av funktionshindret.
III	<b>Som ovan</b> + OP I och II, A I och II. (ger 2 Primära index i WMS III, dock ej Arbetsminnesindex som testas i WAIS III). Ev. tillägg av MK.	Ger "minnesprofil" samt ytterligare information från extratestesten.	

LM=Logiskt minne, FB=Familjebilder, OL=Ordlista, OP=Ordpar, A=Ansikten, MK=Mental kontroll. I = Omedelbart minne, II=Fördröjt minne. RCFT = Rey Complex Figure Test

### *Minne och inläring hos vuxna med autismspektrumtillstånd (AST)*

Minnessvårigheter vid AST verkar vara svårigheter kopplade till *grad av komplexitet* och nödvändighet av *egen* organisering av materialet för att skapa struktur. Detta involverar problem med snabb och automatisk konceptualisering, svårigheter att initiera organiserande strategier vid nyinläring, och bristfällig användning av meningsbärande "cues" vid inkodning och återgivning (Minshew & Goldstein, 2001; Williams et al, 2005). Man har i studier sett att minnessvårigheterna vid ASD ökar med ökande komplexitet (Minshew et al, 2001). Även problem med personligt episodiskt minne är dokumenterat (Crane & Goddard, 2008) samt problem med ansiktsigenkänning (Williams et al, 2005). Starka sidor är ofta utantill-inläring ("plugg"), korttidsminne, associativt minne och semantiskt minne (Crane & Goddard, 2008; Minshew & Goldstein, 2001, Williams et al, 2005).

**Tabell 4.** Exempel på hur man kan variera längden på mätningen av minne och inläring vid AST med WMS-III och RCFT som instrument.

Nivå	Deltest (minimikrav)	Vad estimeras?	När behövs mer?
I	WMS III: FB I + II/(ev. LM I + II) Minnesdeltest ur RCFT.	Spatialt/(ev. verbalt) episodiskt minne, omedelbart och fördröjt.	Misstänkt minnes- och inlärningsproblematik.
II	<b>Som ovan</b> + LM I och II, A I och II	Spatialt och verbalt episodiskt minne, omedelbart och fördröjt. Ansiktsigenkänning.	Minnes- och inlärningsproblematik central del av funktionshindret.
III	<b>Som ovan</b> + OP I och II (ger 2 Primära index i WMS III, dock ej Arbetsminnesindex som testas i WAIS III), OL I och II.	Ger "minnesprofil" samt ytterligare information från extratestesten.	

WMS III=Wechsler Memory Scales III, LM=Logiskt minne, FB=Familjebilder, OL=Ordlista, OP=Ordpar, A=Ansikten, MK=Mental kontroll, RCFT=Rey Complex Figure Test. I = Omedelbart minne, II=Fördröjt minne.

## Social kognition

Vid autismspektrumtillstånd (AST) är det särskilt viktigt att bedöma social kognition. Bedömning av social kognition är också viktig när man ska differentiera mellan olika tillstånd som leder till svårigheter i socialt samspel, t ex är det inte ovanligt socialt omogna beteenden i samband med utvecklingsstörning, begåvning som ligger lågt eller inom nedre normalzon (dvs IK 70 – 85), och inte minst ADHD. De bakomliggande funktionsnedsättningarna, och behandlingsalternativen, skiljer sig dock mellan de olika diagnoserna.

En reliabel och valid bedömning av social kognition är en systematisk observation av de beteenden som de sociala samspelesvårigheterna beror på. Information från observationen kan användas till funktionell analys av svårigheterna i vardagen.

**Tabell 5.** Exempel på hur man kan variera längden på mätningen av social kognition.

Nivå	Deltest (minimikrav)	Vad estimeras?	När behövs mer?
I	ADOS (+ delar av ABAS formuläret)	Sociala och kommunikativa funktioner	Om oklarheter kvarstår
II	<b>Som ovan</b> + Bildarrangemang och Förståelse i WAIS, Kaland's Vardagshistorier	Sociala och kommunikativa funktioner	Om oklarheter kvarstår
III	(Ev ökad mängd tester och) informella situationer mellan testerna för observation	Sociala och kommunikativa funktioner	

ADOS = Autism Diagnostic Observation Schedule; ABAS = Adaptive Behavior Assessment System-II.

## Sammanfattande tabeller

**Tabell 6a.** Exempel på nivådifferentierad neuropsykologutredning vid NP-utredning med frågeställningen ADHD. Vid misstanke om samtidig AST se även sammanfattningstabell 6b.

Nivå	Deltest (minst)	Vad estimeras?	När behövs mer?
I	Ordförråd; Likheter; Matriser; Blockmönster; Sifferrepetition; Aritmetik; Kodning (WAIS-III) Trail Making Test, Verbalt flöde & Color-Word IT (D-KEFS); Blockrepetition (WAIS-III-NI); RCFT (kopiering); CPT- test; DEX-formuläret (BADS)  Logiskt minne I + II (WMS III); RCFT (minne)	<i>Allmänintellektuell förmåga;</i> HIK, VFI, POI. <i>Exekutiva fkt;</i> AMI, SI samt diskrepansmått <i>Exekutiva fkt;</i> flexibilitet, initiering, inhibiering; arbetsminne; planering, överblick; impulsivitet, vigilans, uppmärksamhet; exekutiva fungerandet i vardagen <i>Inläring och minne;</i> Verbalt och spatialt episodiskt minne, omedelbart och fördröjt	Estimerad HIK < 85; oklarheter i bedömningen; misstänkt minnes- & inlärningsprobl.
II	Som ovan + Information; Bildkomplettering; Bokstavssifferserier; Symbolletning (WAIS-III)  Som ovan + Tornet, Mönsterflöde och Sortering (D-KEFS) Som ovan + Ordlista I + II, ev. Ordpar I + II; Familjebilder I + II (WMS III)	<i>Allmänintellektuell förmåga;</i> ytterligare information beroende på frågeställning  <i>Exekutiva fkt;</i> Planering i flera led, feedback, inhibitorisk kontroll <i>Inläring och minne;</i> Verbalt och spatialt episodiskt minne, verbal inläring.	Estimerad HIK < 85; fortsatta oklarheter i bedömningen; minnes- och inlärningsvärigheter som central del av funktionshindret.
III	Hela WAIS-III (ev -NI)  + T.ex. BADS (delar ur, särskilt "Sex uppgifter" "Djurparken") Som ovan + Ordpar I och II, Ansikten I och II, ev Mental kontroll (WMS III)	<i>Allmänintellektuell förmåga;</i> ytterligare information, övertid & flerval <i>Exekutiva fkt;</i> På aktivitetsnivå <i>Inläring och minne;</i> "Minnesprofil".	

HIK = Helskale IK. VFI = Verbal förståelse index. POI = Perceptuell organisation index. AMI = arbetsminnesindex. SI = snabbhetsindex. RCFT = Rey Complex Figure Test. CPT = Continuous Performance Test. BADS = Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome. WMS III = Wechsler Memory Scales III; I = Omedelbart minne, II = Fördröjt minne. ADOS = Autism Diagnostic Observation Schedule; ABAS = Adaptive Behavior Assessment System-II.

**Tabell 6b.** Exempel på nivådifferentierad neuropsykologutredning med frågeställningen AST. Vid misstanke om samtidig ADHD, se även sammanfattningstabell 6a.

Nivå	Deltest (minst)	Vad estimeras?	När behövs mer?
I	Ordförråd; Likheter; Matriser; Blockmönster; Sifferrepetition; Aritmetik; Kodning (WAIS-III) Trail Making Test, Verbalt flöde & Color-Word IT (D-KEFS); RCFT (kopiering); DEX-formuläret (BADS)  Familjebilder I + II, Logiskt minne I + II (WMS III); RCFT (minne)  ADOS; delar ur ABAS	<i>Allmänintellektuell förmåga;</i> HIK, VFI, POI. <i>Exekutiva fkt;</i> AMI, SI samt diskrepansmått <i>Exekutiva fkt;</i> flexibilitet, initiering, inhibiering; planering, överblick; impulsivitet, vigilans, uppmärksamhet; exekutiva fungerandet i vardagen <i>Inläring och minne;</i> Verbalt och spatialt episodiskt minne, omedelbart och fördröjt <i>Sociala och kommunikativa funktioner</i>	Estimerad HIK < 85; oklarheter i bedömningen; misstänkt minnes- & inlärningsprobl.
II	Som ovan + Information; Bildkomplettering; Bokstavssifferserier; Symbolletning; Bildarrangemang; Förståelse (WAIS- III) Som ovan + Tornet, Mönsterflöde, Sortering och Ordspråk (D-KEFS)  Som ovan + Ordlista I + II, Ansikten I + II, ev. Ordpar I + II (WMS III) Som ovan + Bildarrangemang och Förståelse i WAIS-III, Vardagshistorier	<i>Allmänintellektuell förmåga;</i> ytterligare information beroende på frågeställning  <i>Exekutiva fkt;</i> Planering i flera led, feedback, inhibitorisk kontroll, abstraktion <i>Inläring och minne;</i> verbal inläring, ansiktsigenkänning <i>Sociala och kommunikativa funktioner</i>	Estimerad HIK < 85; fortsatta oklarheter i bedömningen; minnes- och inlärningsvärigheter som central del av funktionshindret.
III	Hela WAIS-III (-NI)  T.ex. BADS (delar ur, särskilt "sex uppgifter") Mental kontroll (WMS III) Flera informella situationer mellan testerna för observation	<i>Allmänintellektuell förmåga;</i> ytterligare information, övertid & flerval <i>Exekutiva fkt;</i> På aktivitetsnivå  <i>Inläring och minne</i> <i>Sociala och kommunikativa funktioner</i>	

HIK = Helskale IK. VFI = Verbal förståelse index. POI = Perceptuell organisation index. AMI = arbetsminnesindex. SI = snabbhetsindex. RCFT = Rey Complex Figure Test. CPT = Continuous Performance Test. BADS = Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome. WMS III = Wechsler Memory Scales III; I = Omedelbart minne, II = Fördröjt minne. ADOS = Autism Diagnostic Observation Schedule; ABAS = Adaptive Behavior Assessment System-II.

Referenser till avsnitt Neuropsykologi, v.g. se Bilaga 6.

## Arbetsterapeut

Avsikten med den arbetsterapeutiska delen av utredningen är att beskriva och kartlägga personers kognitiva och motoriska förutsättningar samt att analysera färdigheter/förmågor, resurser och begränsningar i personens *vardagliga aktivitetsutförande*. Denna funktionsbedömning utgör därvid ett värdefullt komplement till den neuropsykologiska funktionsbedömningen, som sker inom ramen för en mer strukturerad testsituation.

I vanliga fall gör arbetsterapeuter inga bedömningar för Nivå I patienter.

Följande bedömningar rekommenderas för Nivå II och III:

### Nivå II

- Insamling av information genom intervju om patientens resurser och begränsningar i aktivitet. Särskild uppmärksamhet i intervjuförloppet bör riktas bl.a. på patientens impulsivitet, perception, tids- och rumsuppfattning, sociala egenskaper, förmåga att utföra aktiviteter i sekvens, att upprätthålla/skapa rutiner, organisera, planera, aktivitetsreglering samt vakenhet. Rekommenderade instrument; OCAIRS (Occupational Circumstance Assessment Interview and Rating Scale), OSA (Occupational Self Assessment) eller COPM (Canadian Occupational Performance Measure)
- Observation av patientens förmåga att utföra aktivitet. Instrument rekommenderade i detta ändamål; AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) och/eller PRPP (Perceive, Recall, Plan and Perform). AMPS är ett bedömningsinstrument som används för att bedöma hur patientens motoriska färdigheter och processfärdigheter inverkar på förmåga att utföra vardagliga aktiviteter. PRPP är ett bedömningsinstrument som inriktar sig på patienten kognitiva färdigheter vid aktivitet. Den ger en strukturerad bedömning av kognitiva aspekter av aktivitetsutförande
- Bedömningar i patientens hemmiljö eller i annan relevant miljö för patienten kan utföras vid behov

### Nivå III

- Fördjupad bedömning av patientens aktivitetsförmåga med AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) och PRPP (Perceive, Recall, Plan and Perform)
- ACIS (Assessment of Communication and Interactions Skills). Ett arbetsterapeutiskt bedömningsinstrument som skattar en persons kommunikations- och interaktionsfärdigheter vid samspel med andra i någon form av aktivitet
- Om behov föreligger att bedöma patientens färdigheter i arbetssituationen under utredningsförloppet rekommenderas WRI (Worker Role Interview) eller DOA (Dialog om aktivitetsförmåga arbetet)
- Bedömningar i en för patienten van miljö rekommenderas (t.ex. hembesök)

## Efter avslutad utredning

### Nivå I

*För patient med klar ADHD, utan misstanke om begåvningshandikapp eller annat neuropsykiatriskt funktionshinder:*

- Noggrann information om diagnosen/-er, såväl muntligt som skriftligt (utlåtande)
- Planering av fortsatta insatser med ställningstagande till bl.a. farmakologisk behandling, utprovning av kognitiva hjälpmedel, arbetsminnesträning, KBT/KT, gruppbehandling för ADHD
- Information om Riksförbundet Attention (informationsbroschyr)
- Broschyr om ADHD (tex Novartis ADHD hos ungdomar och vuxna, preparatobunden)
- Om tillgängligt, erbjudande om patient/anhörigutbildning
- För patient under 25 år, information om Habiliteringens ADHD-Center
- Lista med starka sidor vid ADHD
- Information om "Att studera med funktionshinder"
- Lista med litteraturtips
- Information om kvalitetsregister BUSA (Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD, för enheter som valt att delta, [www.kpvcentrum.se/register/busa/busa.htm](http://www.kpvcentrum.se/register/busa/busa.htm))

*För patient med klar AST:*

- Noggrann information om diagnosen, såväl muntligt som skriftligt (utlåtande)
- Planering av fortsatta insatser med ställningstagande till bl.a. utprovning av kognitiva hjälpmedel, KBT/KT, ev god man, psykopedagogisk samtalskontakt
- Information om Riksföreningen Autism
- Information om Habiliteringscenter Autism resp. Asperger Center
- Brev till nydiagnosticerad (Gunnel Norrö)
- Information om "Att studera med funktionshinder"
- Lista på litteraturtips
- Skriftlig information om rättigheter enligt LSS

Neuropsykiatriskt utlåtande bör vara informativt, användarvänligt och begripligt för såväl patient som anhörig.

Vanligt är att utredningsresultat sammanställs i såväl ett mer utförligt neuropsykiatriskt som ett neuropsykologiskt utlåtande.

Patienten skall kunna erbjudas *ett förkortat utlåtande* med tyngdpunkt på diagnostik och funktionsbedömning där integritetskänslig information utesluts. Det förkortade utlåtandet kan tjäna som vägledning för planering av stödsatser och samordning med andra vårdgivare och myndigheter.

### Utlåtandet bör omfatta:

- Tidpunkt för utredningen
- Metoder
- Eventuellt kort bakgrund; Orsak, initiativtagare till utredningen
- Diagnos eventuellt med tillägg av funktionsbedömning enligt ICF inkluderande funktionsnedsättningens innebörd för patienten, svårighetsgrad. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: för information gällande ICF, v.g. se länk:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/klassifikationer/specnavigation/ICF/>
- Svaga resp. starka sidor hos patienten
- Behov av behandling, stöd, hjälpmedel, uppföljning (i samråd med patient/anhöriga)
- Utredares namn, profession

### Nivå II-III

*För patient med ADHD och stora exekutiva svårigheter:*

Utöver åtgärder enligt nivå I ovan bistås patienten till kontakt med kommunen för bedömning och ställningstagande till beviljande av t.ex. boendestöd och sysselsättning alternativt arbetsförberedande insatser; kontakt med Försäkringskassa, Arbetsförmedling, AMI m. fl.

*För patient med AST och stora exekutiva svårigheter samt för patient med mental retardation (MR):*

Som ovan med konkret bistånd t.ex. i form av nätverksmöten med LSS-handläggare, Handikapp & Habilitering, skola/arbetsplats, Försäkringskassa, Arbetsförmedling, AMI.

*För patient med psykiatrisk samsjuklighet:*

Planering av/ remittering för behandling inom psykiatrisk öppenvård.

## Bilaga 1.

### *Manual för neuropsykiatrisk anamnes/utvecklingshistoria*

*Efter bl.a. Annika Brar*

- Avsedd att användas som stöd för **barndomsanamnes genom anhörigintervju** vid neuropsykiatrisk utredning.
- Skriven med utgångspunkt från flera andra journalmallar för barn och vuxna.

Manualen kan användas i sin helhet eller i valda delar.

Den har inte ambitionen att vara heltäckande. Användaren kan med fördel göra ändringar, egna tillägg och på andra sätt bidra till manualens vidareutveckling.

Vid frågeställning ADHD- beakta speciellt rubrikerna

MOTORISK AKTIVITETSNIVÅ  
KONCENTRATIONSFÖRMÅGA  
MINNESFUNKTIONER  
TEMPERAMENT  
SJÄLVDESTR+FARLIGT+AGGRESSIVT BETEENDE

Vid frågeställn Autismspektrumstörning - beakta speciellt rubrikerna

SOCIAL UTVECKLING  
UTVECKLING AV KOMMUNIKATION  
PERCEPTION  
TICS  
FRITIDSINTRESSEN/ INTRESSEREPERTOAR

Under varje sökord finns förslag på detaljfrågor för att belysa det som sökordet avser.

#### A. GRAVIDITET

- Infektioner hos modern?
- Rökning?
- Intag av alkohol, narkotika, läkemedel?
- Fsisk/ psykisk stress, trauma?
- Hypertoni, blödningar, andra komplikationer?

#### B. FÖRLOSSNING

- Efter antal grav veckor?
- Utdraget förlopp, syrebrist?
- Andra komplikationer?
- Födelsevikt, längd?
- Apgar-poäng?
- Behov av särskild övervakning/ medicinska åtgärder i samband med förlossningen?



### C. NYFÖDDHETSPERIOD

- Medicinska problem hos barnet?
- Vårdtid på BB/ annan vårdavd?
- Amning, uppfödning?
- Tillväxt?
- Sömn?
- Lugn/ livlig som spädbarn?
- Skrikig, svårtröstad?
- Ögonkontakt, svarsleende?
- Tyckte om kroppskontakt, bli skött, buren?
- Muskeltonus; spänd/ slapp?

### D. MOTORISK UTVECKLING

- Grovmotorik; när kunde barnet krypa, gå utan stöd?
- Finmotorik; kunde barnet äta med bestick, knäppa knappar, knyta som jämnåriga?  
tyckte barnet om att rita, pyssla, bygga lego?  
fumlighet?
- Koordination, balans; när kunde barnet cykla, åka skridskor, simma?  
tyckte barnet om dans, gymnastik, bollspel? Klumpighet?

### E. MOTORISK AKTIVITETSNIVÅ

- Överaktivitet/ stort rörelsebehov?
- Underaktivitet?
- Växlande mellan över- och underaktivitet?
- Kunde sitta stilla vid matbordet en hel måltid? I samling? På lektionerna?
- "Pillighet"; ex med naglar, hår, klotterritande?

### F. KONCENTRATIONSFÖRMÅGA

- Hemma, i självvald aktivitet (ge ex.)
- I "tråkig", ej självvald aktivitet (ge ex.)
- I förskola/ skola; verkade lyssna, förstå muntliga instruktioner?
- Lättdistraherad av ljud, synintryck?
- Kunde fullfölja, avsluta innan ny aktivitet påbörjades?
- Svårt att komma igång med egen aktivitet?
- Svårt att avsluta/ tendens att fastna i aktivitet ?
- Fascination av detaljer, fixeringar?
- Behov av vuxenstöd, ex vid läsläsning?

### G. SOCIAL UTVECKLING

Under spädbarnstid-förskoleålder-skolålder-tonår:

- Tidig kontakt, samspel med föräldrar och syskon; ömsesidighet?
- Kontakt med andra vuxna; blyg, främlingsrädd/ distanslös?
- Kontakt med jämnåriga; tyckte om att leka med andra barn ?  
Vilka lekar? Rollekar, fantasilekar? TV-spel, dataspel?  
Initiativtagande, styrande? Passiv, lättledd?  
Kunde inordna sig under andras regler? Skapade egna regler?
- Föredrog att vara med äldre/ yngre barn?
- Föredrog ensamhet?
- Mobbade andra/ blev mobbad?

## H. UTVECKLING AV KOMMUNIKATION

- Jollrade under första året?
- Använde gester? pekade för att visa, dela upplevelser?
- Tyckte om tittulekar?
- När kom de första orden, meningarna?
- Hur var det första talet; barnspråk/ korrekt, vuxenligt?
- Språkutveckling därefter; lätt att förstå för andra?  
lätt att förstå vad andra menar? Undermeningar, "läsa mellan raderna"?  
nyanser, skämt? Tolkar saker bokstavligt?
- Icke verbal kommunikation; Ögonkontakt, mimik, gester, tonfall?
- Läs- och skrivförmåga; läsförståelse, kan skriva fritt (uppsats)?

## I. PERCEPTION

- Över/ underkänslighet för ljud (ex höll för öronen/ verkade inte höra)?  
synintryck (ex orolig i stökiga miljöer)?  
lukter, smaker (Matproblem, Känslig för konsistens)?  
kroppsberöring (känslig för kläder, kamning, tandborstning)?  
smärta, värme, kyla?

## J. KOGNITIVA FUNKTIONER

- Enl. anhörigas/ lärares uppfattning?
- Enl. tidigare tester, ex skolpsykolog, mönstring?

## K. INLÄRNINGSFÖRMÅGA

- Hemma, i praktiska sysslor?
- I fritidsaktivitet; lekar, spel, sport, hantverk?
- I skolan; kunde följa undervisningen?
- Kunde göra läxor självständigt?

## L. MINNESFUNKTIONER

- Arbetsminne; ex. tel nr, handla utan köplista?
- Långtidsminne; ex. händelser i det förflutna, bemarkedagar?
- Brukade glömma/ tappa bort saker?
- Tidsuppfattning; kunde passa tider? planera tidsåtgång?
- Rumsuppfattning; lokalsinne?
- Personminne; ansikte, namn, egenskaper?

## M. TICS

- Motoriska; ex. blinkningar, ryckningar, grimaser, handrörelser?
- Vokala; ex. ljud, fnysningar, hostningar, ord, uttryck?
- Andra stereotypa beteenden?
- Varaktighet? störande för pat/ för andra?

## N. FÖRSKOLA/DAGMAMMA

- Debutålder, verksamhet?
- Trivsel, allmänt fungerande enl föräldrarna? enl personalen? enl barnet själv?
- Problem med mat, vila, toalettbesök, annat?
- Fungerande i strukturerad aktivitet?
- Vid samling?
- I fri lek?
- Kamratrelationer
- Behov av extra stöd/ liten grupp?

## O. SKOLGÅNG

- Vilka skolor?
- Skolstarten; när? problem?
- Fungerande under lågstadiet; läs- och skrivinläring?  
mellanstadiet; inlärningsproblem? dyslexi?  
högstadiet; inläring, planeringsförmåga, resultat?
- Starkaste ämnena?
- Svagaste ämnena?
- Relationer med klasskamrater; konflikter? mobbing? utanförskap?
- Relationer med lärare; ansågs svårstyrd/ besvärlig?
- Trivsel, allmänt fungerande enl föräldrarna? enl lärarna?
- Elevvårdskonferenser, utredningar?
- Extra stödinsatser; ex. resurs, liten grupp, specialskola?
- Slutbetyg i grundskolan?
- Gymnasiestudier; vilken skola, program, slutbetyg?

*Frågor utöver sedvanlig psykiatrisk & somatisk anamnes; övr. sökord i journalen*

### 1. ÄRFTLIGHET

- Någon med liknande problem?
- Skolsvårigheter, problem på arbetsmarknaden?
- Svårigheter med sociala kontakter, familjebildning?
- Problem med koncentration, impulsivitet, hyperaktivitet?
- Förståndshandikapp?
- Missbruk, kriminalitet?

### 2. DROGANAMNES

- Debutålder för rökning, alkohol, narkotika
- Sedvanl. droganamnes!

### 3. KRIMINALITET

- Debutålder, ex. snatteri, andra småbrott?
- Polisingripanden, påföljder?
- Våldsbrott, fängelsestraff?
- Genomgått RPU?

### 4. SEXUALANAMNES

- Debutålder?
- Promiskuitet?
- Sexuellt ointresse?
- Tvångsmässigt sexuellt beteende?
- Andra sexuella avvikelser/ problem?

### 5. SOMATISKA SJUKDOMAR

- CNS-infektioner; meningit/ encefalit?
- Tidigare skalltrauma, ex. commotio-obs?
- Andra olycksfall; täta akutbesök?
- Medicinska problem under barndomen?
- Slutenvård/ öppenvård? Vilka kliniker?

## 6. TEMPERAMENT

Under spädbarnstiden-förskoleålder-skolålder-tonår:

- Humörsvägningar?
- Impulsivitet?
- Aggressioner, utbrott?

## 7. FRITIDSINTRESSEN

- Favoritintressen under barndomen?
- Bytt ofta/ tröttnat snabbt?
- Utpräglade specialintressen? vilka? tröttande för omgivningen?
- Avsaknad av intressen ?

## Bilaga 2.

### *Neurologstatus (förslag)*

#### ÖGON

- Ögonmotorik
  - Skelning
  - Sackader
  - Nystagmus

#### ÖRON

- Visktest (viska ett ord från 5 m håll)
- Webers test
  - Om sämre hörsel på en sida; stämgaffel mot pannan; om pat hör hör lika = perifer störning)

#### SENSORIK

- Stereognosi (känn på sak i påse)
- Spatial förmåga (hö/vä, över/under – säg: lägg pennan till höger om boken, under pappret)

#### PROPRIOCEPTION, BALANS & FINMOTORIK

- Rombergs tecken
- Grasset
- Finger/näs
- Knä/häl
- Fingeropposition
- Diadockokinesi

#### GROVMOTORIK

- Ansiktsmimik (rynka pannan, visa tänderna, lyft på ögonbrynen)
- Tå-häl gång
- Fogs test (gå på yttre fotranden)
- Stå på ett ben i 20 s, hoppa på ett ben i 20 s
- Växelhopp (‘skidhopp’)
- Sitta på huk, resa sig utan hjälp av händerna

### Bilaga 3.

#### *Stigmata*

(enl Waldrop och Halverson 1971, översättning Gillberg 1981)

1.	Huvudomfång (cm)	män 57,63 (SD2,16)	kvinnor 55,03 (SD 1,19)	
	Man	1 poäng = >57,63 <61,59	2 poäng = >61,6	
	Kvinna	1 poäng = >55,03 <56,8	2 poäng = >56,8	Antal poäng: _____
2.	Elektriskt hår – håret: snabbt rufsigt = 1, "hopplöst" = 2			_____
3.	Epicantus – antydd = 1, fullständigt veck = 2			_____
4.	Hypertelorism – antydd = 1, utpräglad = 2			_____
5.	Lågt sittande öron			
	tragus i nivå mellan näsa och mun	= 1		
	tragus i nivå med mun eller nedom	= 2		_____
6.	Örsnibbar			
	adherenta lätt trubbig vinkel	= 1		
	påtagligt spetsig vinkel	= 2		_____
7.	Assymetriska öron	= 1		_____
8.	Lätt missbildade öronmusslor	= 1		_____
9.	Gomtack			
	högt	= 1		
	"toppig", "spetsigt"	= 2		_____
10.	Djupa tungfårar	= 1		_____
11.	Kurverade lillfingerar			
	lätt	= 1		
	uttalat	= 2		_____
12.	Fyrfingerfåra	= 1		_____
13.	Lillfingerstump	= 1		_____
14.	Andra eller tredje tåns längd			
	når lika långt i frontalplanet som stortån	= 1		
	når längre	= 2		_____
15.	Tåsyndaktyli	= 1		_____
16.	Sandalgap	= 1		_____
	<b>Summa MPA-poäng</b>		<b>Antal poäng:</b>	_____

## Bilaga 4.

### Skattningssskalor

#### 1. ASRS - Adult ADHD Self-Report Scale.

Skalan är framtagen i samarbete mellan Världshälsoorganisationen (WHO) och en grupp amerikanska forskare (Kessler et al 2005). Den har en ckeckliste liknanden karaktär och består av en a- och en b-del. De sex första frågorna (del a) anses vara mer prediktiva för ADHD och har därför föreslagits att användas som screening. Minst fyra kryss i det skuggade fälten under a-delen bedöms innebära stor sannolikhet för ADHD. De resterande tolv kan fungera som en gott komplement särskilt med avseende på vardagsfunktion. Skalan används också för utvärdering av behandlingsresultat. Den finns också i en anhörigversion. För information om de svenska versionerna hänvisas till

<http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>

#### 2. WURS – Wender Utah Rating Scale (Wender 1995).

Frågeformulär som syftar till att beröra en vuxen persons ADHD-relaterade beteenden i barndomen. Baserar sig på de sk Utah-kriterierna. Cut-off >44 bedöms som sannolik ADHD, cut-off >39 som trolig ADHD.

#### 3. 5-15 – Nordiska frågeformuläret för utredning av barns utveckling och beteende (Kadesjö och Gillberg 2004).

Formuläret används som underlag för retrospektiv skattning och beteende i barndomen. Avser att belysa områden som har relevans i åldersperioden 5-15 år.

#### 4. A-TAC – alternativ till 5-15 (Kadesjö et al, Göteborgs universitet).

Belyser på ett detaljerat sätt färdigheter och beteendet under barndomen.

#### 5. ASDI –Asperger syndrom Diagnostic Interview (Gillberg et al.)..

Ett intervjubaserat instrument för bedömning av Aspergers syndrom.

The Asperger Syndrome (and High-Functioning Autism) Diagnostic Interview (ASDI): A Preliminary Study of a New Structured Clinical Interview, Autism, Vol. 5, No. 1, 57-66, 2001).

#### 6. M.I.N.I. – Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju.

Ett intervjubaserat instrument som för differentialdiagnostik enligt DSM IV (1994, 1998, 2000, 2001 Sheehan DV & Lecrubier Y, svensk version Allgulander et al).

Svensk reviderad version 5.0.0 (2006-04-05), går att ladda ner på följande adress:

<http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/4382/MINI.pdf>

#### 7. MDQ – the Mood Disorder Questionnaire. Skattar förekomst av bipolaritet.

Hirschfeld, R.M.A., Williams, J.B., Spitzer, R.L., Calabrese, J.R., Flynn, L., Keck, P.E. Jr., Lewis, L., McElroy, S.L., Post, R.M., Rapport, D.J., Russell, J.M., Sachs, G.S., Zajecka, J. (2000) "Development and Validation of a Screening. Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire", American Journal of Psychiatry 157(11): 1873-1875.

Översatt av Dr. Lars Häggström, Psykiatriska Kliniken i Halmstad, med tillstånd av författarna.

Kan hämtas t.ex. från länk: [http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1\\_9920.aspx](http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1_9920.aspx)

## 8. Suicidriskbedömning enligt MINI

Kan hämtas t.ex. från länk: [http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1\\_9920.aspx](http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1_9920.aspx)

## 9. PHQ-9 Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke och kollegor med ett utbildningsbidrag från Pfizer Inc.

Översättning av Mats Adler, Affektiva mottagningen Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Skalan är tillgänglig för patientarbete och forskning, även som elektroniskt formulär. Eftertryck för försäljning är förbjudet.

Kan hämtas t.ex. från länk: [http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1\\_9920.aspx](http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1_9920.aspx)

## 10. AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test (Utvecklat av WHO).

Ett frågeformulär med särskilt fokus på att upptäcka tidigt riskbeteende med avseende på alkohol. Översatt och bearbetat av Prof. Hans Bergman, 1994, Karolinska Institutet, Stockholm.

Kan hämtas t.ex. från länk: [http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1\\_9920.aspx](http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1_9920.aspx)  
Eller <http://www.slsso.sll.se/upload/Administrationen/AUDIT.pdf>.

## 11. DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test

En strukturerad intervju med fokus på riskanvändning av droger andra än alkohol. Översatt av Ann H. Bergman, Hans Bergman, Tom Parmstierna & Hans Schlyter, version 2, 2002, 2005, Karolinska Institutet.

Kan hämtas t.ex. från länk: [http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1\\_9920.aspx](http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1_9920.aspx)  
Eller <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/blankettarkiv/dudit.pdf>.

Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research*, 11(1), 22-31.).

## 12. DUDIT-E - Drug Use Disorders Identification Test

Frågor om droger. Översatt av Ann H. Bergman, Hans Bergman, Tom Parmstierna & Hans Schlyter, version 2, 2002, Karolinska Institutet

Kan hämtas t.ex. från länk: [http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1\\_9920.aspx](http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1_9920.aspx)

## 13. BAI - Beck Anxiety Inventory (Aaron T Beck och Robert A Steer, 1990).

Används för bedömning av grad av ångest samt förändringar i ångesttillstånd.. Kan beställas från Pearson Assessment.

## 14. GAF – Global Assessment of Functioning.

En funktionsskala som utgör axel V i DSM IV. Används för att mäta patientens globala psykiska ohälsa vid en given tidpunkt.

## 15. ADOS - Autism Diagnostic Observation Schedule.

En strukturerat och semistrukturerat bedömningsinstrument för autism, genomgripande störning i utvecklingen och språklig förmåga. (Lord C, Rutter M, Goode S et al. (1989). "Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior". *J Autism Dev Disord* 19 (2): 185–212)



#### 16. DISCO - Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders.

Ett omfattande intervjuformulär för diagnostik av neuropsykiatriska störningar, med speciellt fokus på autismspektrumtillstånd. Förälder eller annan närstående vårdgivare intervjuas. (The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. Wing L, Leekam SR, Libby SJ, Gould J, Larcombe M. J Child Psychol Psychiatry. 2002 Mar;43(3):307-25.)

#### 17. ADI-R – The Autism Diagnostic Interview Revised (Anne Le Couteur, Catherine Lord, Michael Rutter, Western Psychological Services, 2003.

Ett kliniskt diagnostiskt instrument för att skatta autism hos barn och vuxna. ADI-R erbjuder en algoritm för autism såsom det beskrivs i ICD-10 och DSM-IV.

För inhämtande av mer utförlig information, v.g. se ex. länk Autism Genetic Resource Exchange: <http://www.agre.org/program/aboutadi.cfm>

## Bilaga 5.

### *Referenser – Neuropsykologi*

Barrilleaux, K., Advokat, C. (2008). Attribution and Self-Evaluation of Continuous Performance Test Task Performance in Medicated and Unmedicated Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, Epub. Mars 6, 1-8.

Chan, R. C.K., Shum, D., Touloupoulou, T., & Chen, E. Y.H. (2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 201-216.

Cohen, A. L., Shapiro, S. K. (2007) Exploring the Performance Differences on the Flicker Task and the Conners' Continuous Performance Test in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11:49, 49-63.

Crane, L., & Goddard, L. (2008). Episodic and semantic autobiographical memory in adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 38, 498-506.  
Crawford, J.R., S. Allum, and J.E. Kinion, An index-based short form of the WAIS-III with accompanying analysis of reliability and abnormality of differences. *Br J Clin Psychol*, 2008. **47**(Pt 2): p. 215-37.

Hirvikoski T, Waaler E, Bothén P, Konstenius M, Hagnell M, Karlsson B, Hellberg-Edström G, Matsson A, Malmberg K, Åberg U, Ginsberg Y, Olsson E, Bergendal E & Bondelind M. (2006). *Utredning och diagnostik av ADHD hos vuxna*. Stockholm: Psykologiförlaget AB.

Kleinhans, N., Akshoomoff, N., Delis, D.C. (2005). Executive Functions in Autism and Asperger's Disorder: Flexibility, Fluency, and Inhibition. *Developmental neuropsychology*, 2:3, 379-401.

Minschew, N.J.&Goldstein, G. (2001). The pattern of intact and impaired memory functions in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 1095-1101.

Quinlan, D.M & Brown, T.E.(2003). Assessment of short-term memory impairments in adolescents and adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*; 6; 143.

Riccio, C. A., Waldrop, J. M., Reynolds, C. R., Lowe, P. (2001). Effects of Stimulants on the Continuous Performance Test (CPT): Implications for CPT Use and Interpretation. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 13:3, 326-335.

Ringe, W.K., et al., (2002). Dyadic short forms of the Wechsler Adult Intelligence Scale-III. *Assessment*, **9**(3): p. 254-260.

Sinzig, J., Morsch, D., Bruning, N., Schmidt, M. H., & Lehmkuhl, G. (2008). Inhibition, flexibility, working memory and planning in autism spectrum disorders with and without comorbid ADHD-symptoms. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2:4.

Tinius, T.P. The intermediate Visual and Auditory Continuous Performance Test as a neuropsychological measure (2003). *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 199-214.

Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry*, 57(11), 1336-1346.

Williams, D.L., Goldstein, G., & Minshew, N.J. (2005). Impaired memory for faces and social scenes in autism: Clinical implications of memory dysfunction. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20; 1-15.

Wood, S. P., Lovejoy, D. W., Ball, J. D. (2002). Neuropsychological Characteristics of Adults with ADHD: A Comprehensive Review of Initial Studies. *Clinical Neuropsychologist*, 16:1, 12-34.

## *Manualer*

Adaptive Behavior Assessment System – II (ABAS).

Delis, D. C., Kaplan, E., & Kramer, J. H. (2001). *The Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS). Technical Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. Meyers, J.E., & Meyers, K.R. (1995).

Meyers, J. E., & Meyers, K. R. (1995). *Rey Complex Figure Test and Recognition Trial. Professional Manual*. Odessa. : Psychological Assessment Resources, Inc.

WAIS III-WMS-III Technical Manual. (2002). The Psychological Corporation. USA.

WMS III (Wechsler Memory Scales III, 1997, svensk version 2008)

Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H., & Evans, J. J. (1996). *BADS Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome*. Suffolk: Thames Valley Test Company.

## *Elektroniska källor*

Computer Programs for Research and Practice in Neuropsychology / Clinical Psychology  
Länk:

<http://www.abdn.ac.uk/~psy086/dept/psychom.htm>

University of Aberdeen

## Bilaga 6.

### *Referenser – Arbetsterapi*

Chapparo, C., Ranka, J. (1997). Occupational Performance Modell (Australia) Monograph 1, 1997, ISBN: 0909353 95 6

Chapparo, C., Ranka, J. (2003). The PRPP system of Task Analysis. User training Manual- Reserach edition. University of Sydney

Elin, E., Haglund, L., L-H, Thorell. (2004). WRI-s, Worker Role Interview: Preliminary data on the predictive validity of return to work of clients after an insurance medicine investigation, Linköping University Psychiatry: Journal of Occupational Rehabilitation, vol 14 (2): (131—141)

Fisher AG. (1997). Assessment of Motor and process skills (2nd ed) Fort Collins, Co: Three Star Press

Fisher AG. (1995). AMPS- Bedömning av motoriska färdigheter och processfärdigheter. Colorado: Three Star Press; . Svensk översättning av Bernspång B. Umeå

Haglund, L. & Kjellberg, A. (2004). Bedömning av kommunikations- och interaktionsfärdigheter- ACIS-S Version 4. Hälsouniversitet, avdelningen för arbetsterapi, Linköpings Universitet.

Henriksson, C. & Haglund, L. (2005). Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale- OCAIRS-S version 4. Hälsouniversitetet, avdelningen för arbterpi, Linköpings universitet.

Hellsvik, E. M. (2000). Min Mening. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Törnqvist, K, Sonn U. Towards (1994). ADL- Taxonomy for occupatinoal Therapist. Scand J Occup The; 1 (2): 69-76.

Law, M.,Baptiste, S., Carswell, A.,McColl,M.A., Polatajko,h.,& Pollock,N. (1998). Canadian Occupational Performance Measure (2<sup>nd</sup> ed.). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Norrby, E., Lind Dahl, I. (2001). DOA, Dialog Om Aktivivtesförmåga mot arbete. Version 2. Förbundet Sverige Arbetsterapeuter

## Bilaga 7.

### Psykiatri / Beroende – förslag till gränssnitt

Misstanke om neuropsykiatrisk störning + drogpåverkan (styrkt eller anamnestic)

Kategori	A	B	C
Drogproblem	Positiv vid drogscreening	Drogmissbruk	Drogberoende
Obligatorisk drogscreening inför NP-utredning	NSP	NSP eller BC	BC
Åtgärd	Fortsatt drogscreening <i>min. 6 veckor</i> vid BC inför NP-utredning + återkoppling till NSP	Fortsatt drogscreening <i>min. 6 veckor</i> vid BC inför NP-utredning + återkoppling till NSP	Fortsatt drogscreening <i>min. 6 veckor</i> vid BC
Om styrkt drogfrihet minst 6 veckor	NP-utredning vid NSP	NP-utredning vid NSP	NP-utredning vid BC
Om AD/HD diagnos	Alternativ medicinering till CS eller CS-behandling genom NSP under fortsatt drogscreening vid BC under minst 3 månader	Alternativ medicinering till CS eller CS-behandling genom NSP under fortsatt drogscreening vid BC under minst 6 månader	Alternativ medicinering till CS eller CS-behandling genom BC under fortsatt drogscreening under minst 12 månader
Om AD/HD diagnos och recidiv av drogmisbruk/beroende	Remiss till BC för ställningstagande till behandling av beroende och av ADHD	Ställningstagande till behandling av beroende och av ADHD	Ställningstagande till behandling av beroende och av ADHD

### Inledning

Förekomst av dubbeldiagnos gällande drogmisbruk-/beroende och misstänkt neuropsykiatrisk problematik är relativt vanligt förekommande. Framtagandet av denna vårdöverenskommelse mellan Norra Stockholms Psykiatri (NSP) och Beroendecentrum Stockholm (BCS) baseras på behovet av vägledande rutiner för hur individer med olika grad av drogmisbruk skall kunna bistås och erhålla behandling för sin drogrelaterade respektive neuropsykiatriska problematik.

Gruppen av individer med beroendeproblematik kräver differentierade insatser. I vårdöverenskommelsen återspeglas detta i kategorierna A, B respektive C, v.g. se tabell.

### Uppdrag

Gemensamt för NSP respektive BCS är att bägge verksamheterna har ett utrednings- och behandlingsuppdrag gällande individer med neuropsykiatriska tillstånd. Beroendesjukdomar utgör en differentialdiagnostisk frågeställning inom allmänpsykiatrin. För utredning av neuropsykiatriska tillstånd ingår drogscreening och vid all behandling med centralstimulantia (CS) måste missbruk beaktas.

## Åtaganden för psykiatri respektive beroendecentrum

### *Psykiatri*

- Vid neuropsykiatrisk utredning genomförs inom NSP drogscreening och intervju enligt AUDIT och DUDIT-formulär. Vid positivt utfall skickas provet för verifikation. Verifierat positivt provsvar föranleder att standardiserad remiss skickas till lokal mottagning vid BCS tillsammans med förstämplade provtagningsremisser och kopia av AUDIT och DUDIT-interju. Basal provtagningsnivå innebär ett provtillfälle per vecka under screeningperioden, v.g. se tabell. Erhållna remiss- och provsvar till remittent från lokal beroendemottagning vid BCS ligger till grund för fortsatt utrednings- och behandlingsplanering inom NSP, alternativt överföring av patient till BCS för fortsatt handläggning.
- För patient med AD/HD och drogproblem som erbjuds behandling med CS skickas ny standardiserad remiss för drogkontroll till BCS. På remissen skall patientkategori (A eller B) och provtagningsperiod anges. Remissen skall åtföljas av förstämplade provtagningsremisser.
- Ovanstående provsvar meddelas den aktuella beroendemottagningen som underlag i missbruksutredningen.
- Patient med AD/HD och drogberoende i fullständig remission, som uppvisat drogfrihet i 12 månader, övertages av NSP efter remittering från BCS.
- Det åligger NSP att motivera patienten till att påbörja en missbruksutredning.

### *Beroendecentrum Stockholm*

- Missbruksrelaterat motivationsarbete under missbruksutredningen åligger BCS.
- För utredningspatient emottager lokal beroendemottagning vid BCS standardiserad remiss (bilaga 2), förstämplade provtagningsremisser samt kopia av ifyllt daterat AUDIT- respektive DUDIT-formulär och kallar därefter patienten för kompletterande missbruksutredning.
- Provsvar meddelas remittent enligt kombikakod, av lokal enhet vid BCS.
- Efter avslutad missbruksutredning återsänds den standardiserade remissen som svar till remittenten vid NSP med missbruksdiagnos ifylld. Patient som bedöms uppfylla kriterierna för beroende övertages för vidare utredning och handläggning inom BCS.
- För patient med AD/HD och drogproblem som inom NSP erbjuds behandling med CS och bedöms vara i behov av drogkontroller, skickas remiss till BCS för utförande av dessa kontroller. Förstämplade remisser skall vara bilagda. Tätare provtagning än en gång per vecka ordineras vid behov av läkare vid BCS. Total provtagningsperiod varierar med patientkategori, se tabell.

- För patientkategori C övergår utrednings- och behandlingsansvar till BCS.
- Patient med AD/HD och konstaterat beroende vårdas inom BCS tills denne bedöms vara i total remission, d.v.s. sedan 6 månader. Då patienter med AD/HD vanligen har särskilda svårigheter med konsistens, överremitteras denne till NSP först efter 12 månaders drogfrihet.

### *Samverkansform*

- NSP ansvarar för kontakttagande för återkoppling. BCS svarar för tillgänglighet för återkoppling.
- Vardera parten svarar för kontakttagande med respektive motpart vid eventuell psykisk förämring av patienten.

### *Ekonomi*

Förstämplade provtagningsremisser med kombikod för remitterande enhet tillämpas vid drogscreening. Kostnaden för analyserna debiteras därmed remitterande enhet vid NSP. Provtagning sker på lokal mottagning inom BCS och besöksersättning tillkommer därmed BCS.

### *Remiss*

En för ändamålet särskild remiss har framtagits för att underlätta informationsöverföringen, bilaga 2.

### *Samverkan/konsultation*

Mellan NSP och BCS föreligger vid behov möjlighet att remittera patient för konsultativ samverkan mellan remittent vid enskild mottagning inom NSP och handläggare vid lokal enhet inom BCS.