

Socialstyrelsen

[NR-adhd-autism@socialstyrelsen.se](mailto:NR-adhd-autism@socialstyrelsen.se)

## Synpunkter på nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism

### 1. Synpunkter på Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer, rapport

#### 1a. Sammanfattning och inledande delar

När det gäller den grundsyn på ADHD som en livslång neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som nämns i riktlinjerna så är det vetenskapliga stödet för denna syn mycket begränsat, samtidigt som den neuropsykiatriska forskningen präglas av omfattande felkällor. I stället visar aktuella forskningsläget att de 'symtom' som ingår i diagnoskriterierna för ADHD bäst kan förklaras med hjälp av den så kallade stress-sårbarhetsmodellen och psykosociala förklaringsmodeller. Detta innebär att ADHD inte är att betrakta som ett neuropsykiatriskt fenomen så som beskrivs i riktlinjerna. Vi önskar därmed att beskrivningen av ADHD, genom hela dokumentet, revideras till att motsvara det aktuella forskningsläget.

I de delar av riktlinjerna där man nämner möjliga orsaker till den kraftiga ökningen av antalet människor med diagnoserna ADHD och autism anser vi att man också behöver nämna att den diagnostiska utvecklingen i påtaglig grad även drivs av de sänkta diagnoskriterierna som präglar varje ny upplaga av diagnosmanualen DSM.

Vidare ser vi det som relevant att förklara att DSM och de aktuella diagnoserna uteslutande bygger på symtombilder och subjektiva bedömningar av symtombildernas påverkan på individen i dess sociala och kulturella kontext. Det finns idag inga objektiva metoder, så som laboratorieprover, röntgenundersökningar eller neuropsykiatriska tester, för att ställa en diagnos. Det finns heller inga konstaterade biomarkörer kopplade till de symtom som i DSM kännetecknar diagnosen ADHD. Mot bakgrund av ovan uppstår DSM och de diagnoser som framkommer i den ingen validitet vad gäller orsaksbeskrivningarna bakom de aktuella svårigheterna. Även detta ser vi som viktigt att förtydliga i riktlinjerna.

#### 1b. Rekommendationer om tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning

Se även synpunkterna under rubriken *1a. Sammanfattning och inledande delar*.

Vi ser positivt på att behövande inte ska behöva vänta på en neuropsykiatrisk utredning innan möjlighet till stöd. Vi ser även odelat positivt på att insatserna till behövande ges utifrån de aktuella behoven så snart som möjligt.

I denna del av riktlinjerna ser vi att de resonemang som om ADHD och dess möjliga orsakssamband kännetecknas av ett så kallat cirkelresonemang. Att beskriva olika problem som tecken på ADHD samtidigt som man beskriver dessa problem vara konsekvenser av ADHD är ett tydligt exempel på detta. Vi ser heller inte det med vetenskapen överensstämmande att problemen som människor upplever beskrivs bero på ADHD som neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (även om diagnosen i sig kan ha en stigmatiserande effekt).

Beträffande rekommendationerna om neuropsykiatrisk utredning anser vi inte att detta ska vara en prioriterad rekommendation. Ser vi till diagnosen ADHD så är denna en renodlad symtomdiagnos som bygger på subjektiva beskrivningar och bedömningar av symtomkluster, gjorda i en social och kulturell kontext. Som det också nämns i riktlinjerna finns det idag inga objektiva tester eller undersökningar som kan göras i samband med en neuropsykiatrisk utredning eller för att ställa diagnoserna ADHD eller autism. Inte heller finns det några konstaterade biomarkörer som kan kopplas till diagnoserna.

Med tanke på denna diagnostiska osäkerhet och diagnosernas irrelevans för faktisk förståelse och bemötande av de aktuella svårigheterna anser vi heller inte att en neuropsykiatrisk diagnos kan ses som ett viktigt led i valet av insats. Vi ser inte heller att insatserna genom utredning och diagnos alltid leder till rätta insatser. Tvärtom ser vi att en analys gjord på bristande eller direkt felaktig grund försvårar/omöjliggör effektiv och rätt insats.

Istället för prioriteringen av en neuropsykiatrisk utredning anser vi att prioriteringen ska ligga på tvärvetenskapligt betraktande och bemötande av de svårigheterna som uppmärksammas av personalen inom hälso- och sjukvården (inkl. elevhälsan) och socialtjänsten. Ett sådant betraktande ska omfatta såväl de individuella och psykosociala som de samhälleliga/strukturella aspekterna av svårigheterna.

### **Grundprinciper för neuropsykiatrisk utredning**

Vi ser att utredningen/kartläggningen av individens svårigheter och deras orsakssamband snarare ska vara och benämnas som just en kartläggning i stället för en neuropsykiatrisk utredning. Detta då en renodlad neuropsykiatrisk utredning, som vi nämnt ovan, inte har förutsättningar att ge behövliga svar för relevant förståelse eller bemötande av individens svårigheter.

Vad gäller de grundprinciper för neuropsykiatrisk utredning, om nu sådan anses vara en nödvändig del av rekommendationerna (vilket vi enligt ovan inte anser), ser vi att en utredning alltid ska utgå från en helhetssyn på den unika individen och omfatta samtliga ovan nämnda aspekter av svårigheterna. Vi ser den individanpassning som riktlinjerna förespråkar skapa en ännu större diagnostisk osäkerhet och rättsosäkerhet, framför allt utifrån det som nämns i riktlinjerna om att ju tydligare 'symtombilden' är desto mer avgränsad kan utredningen vara.

Vi ser även att beskrivningen av det tvärprofessionella utredandet/kartläggandet behöver förtydligas. Ett sådant förtydligande anser vi ska bland annat omfatta ett krav på flera kompetenser än de nu nämnda (psykolog och läkare), däribland de som nämns i kapitlet *Sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning*: barnmedicinsk kompetens (inklusive barnneurolog), läkare med

bred erfarenhet av beroendesjukdomar, arbetsterapeut, logoped, socionom, fysioterapeut, specialpedagog, kurator, dietist, specialistsjuksköterska (såsom barnmorska, barnsjuksköterska eller psykiatrisjuksköterska) och vård- och stödsamordnare. Därmed ska det multiprofessionella teamet av utredare som nämns i riktlinjerna omfatta representanter från betydligt fler yrkesgrupper än två, så som rekommenderas nu. Vi anser även att individens egna sociala nätverk, när individen själv anser detta vara lämpligt, ska ingå som part i ett utrednings-/kartlägningsförfarande.

Vi ser det som positivt att en kartläggning av individens svårigheter och deras orsakssamband alltid ska utgå från en "bred diagnostisk ansats". Vi önskar dock här ett tillägg så att utgångspunkten vid utredning/kartläggning inte enbart ska vara "fullständig anamnes (sjukdomshistoria)" utan individens livsberättelse (där dock en fullständig anamnes kan utgöra en del av) samt kartläggning av de psykosociala och strukturella aspekterna av individens situation.

Vi ser positivt på att en utredning/kartläggning ska innehålla inventeringen av individens styrkor och resurser samt att det alltid, oavsett diagnos eller inte, görs en åtgärdsplan för insatser och uppföljning av individens situation.

### **Information**

Vi anser att innehållet på den information som enligt riktlinjerna ska lämnas till behövande och deras anhöriga behöver förtydligas. Vi ser en risk för att en information, allmänt beskrivet, kan bli felaktig eller missvisande, framför allt om utgångspunkten i informationen förväntas vara den (neuropsykiatriska) grundsyn på ADHD och autism som förmedlas i riktlinjerna.

### **Prioriteringsgrund för rekommendationerna om tidiga insatser och neuropsykiatrisk utredning**

En neuropsykiatrisk utredning enligt fastställda grundprinciper kan enbart i ringa omfattning "öka förutsättningarna för att patienten får en korrekt diagnos och lämpliga insatser". Detta bland annat utifrån den diagnostiska osäkerheten och avsaknaden av validitet gällande orsakerna till svårigheterna, som vi beskriver ovan. Vi önskar härmed, utifrån vad vi beskrivit ovan, en korrigering av denna formulering.

I riktlinjerna beskrivs att datoriserade uppmärksamhetstester inte är tillräckligt precisa för att diagnostiken ska bli rätt samt att sådana tester inte tar hänsyn till orsakerna till svårigheterna. Vi anser att denna beskrivning även behöver omfatta neuropsykiatriska utredningar som lider av samma brister som de datoriserade uppmärksamhetstesterna. Detta är också ett av huvudargumenten bakom varför vi anser att en neuropsykiatrisk utredning inte ska vara en prioriterad rekommendation i riktlinjerna.

### **Rekommendationernas påverkan på hälso- och sjukvården och socialtjänsten**

Då vi enligt ovan anser att en utredning/kartläggning alltid ska vara omfattande, genomföras av ett tvärvetenskapligt team, och utgå från en bred ansats för kartläggning, kommer utredningsförfarandet inte effektiviseras så som beskrivs i riktlinjerna. Tvärtom kommer den ökande diagnostiska säkerheten liksom ökande patient- och rättssäkerheten som våra synpunkter leder till kräva större ekonomiska och personella resurser framförallt på kort sikt.

Vi anser att riktlinjerna också behöver kompletteras med ett djupare resonemang om vad som kan ge anledning till personal inom hälso- och sjukvård (inklusive elevhälsan) och socialtjänst att misstänka ADHD. Detta utifrån aktuellt forskningsläge kring ADHD och dess ofta komplexa och multifaktoriella orsakssamband (se ovan).

### **1c. Rekommendationer om sammanhållen hälso- och sjukvård – från misstanke till uppföljning**

När det gäller riktlinjernas rekommendationer gällande sammanhållen hälso- och sjukvård så ser vi samverkan som en viktig faktor i effektiv vård och stöd. Dock ser vi inte en neuropsykiatrisk utredning på något sätt som förutsättning för sådan vård eller sådant stöd. Detta bland annat med hänvisning till det vi anger ovan om att svårigheterna som beskrivs kunna föranleda en utredning inte är att betrakta som neuropsykiatriska. Andra faktorer som motsäger neuropsykiatriska utredningars relevans och lämplighet är den rättsosäkerhet och godtycklighet som präglar själva utredningsförfarandet. Däremot är vi, som vi också nämner ovan, positiva till breda kartläggningar gjorda av tvärprofessionella team med holistisk syn på såväl barns och ungas som vuxnas svårigheter.

Vad gäller i riktlinjerna uttrycka behovet av kombination av läkemedelsbehandling och andra insatser så konstaterar vi att det inte finns något relevant vetenskapligt stöd för detta, särskilt när det gäller långtidsanvändning av ADHD-läkemedel.

### **1d. Rekommendationer om effektiv samverkan**

Vi ser behovet av olika verksamheters samverkan, som det nämns i riktlinjerna, viktigt för alla människor i behov av samhällets stöd. Då de svårigheter som nämns i riktlinjerna också (främst) förstås genom psykosociala förklaringsmodeller i stället för enbart psykopatologin så ser vi det inte som lämpligt att benämna människors problem som neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller psykiska sjukdomar (som för övrigt också är ett begrepp som till exempel Världshälsoorganisationen, WHO, avråder ifrån). Vi ser det medikaliserade språket som präglar stora delar av riktlinjerna som kontraproduktivt i sig för upprättande och samordnande av samhällets stöd till behövande.

### **1e. Rekommendation om kompetensutveckling**

I riktlinjerna efterlyses tillräcklig kompetens hos personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att upptäcka, bemöta och stödja personer med misstänkt eller fastställd ADHD eller autism. Förutom kunskap om funktionsnedsättningarna och deras konsekvenser behöver personalen enligt riktlinjerna kunskap om hur symtomen kan variera. Med tanke på det bristfälliga vetenskapliga stödet för synen på ADHD som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ser vi det som viktigt att man i riktlinjerna också redogör för det faktiska kunskapsläget gällande ADHD och autism. Ett kunskapsläge som i fallet ADHD visar starkast stöd för stress-sårbarhetsmodellen samt psykosociala förklaringsmodeller.

I riktlinjerna framkommer att personer med ADHD eller autism kan få större svårigheter vid olika livshändelser, såsom att få barn, gå igenom klimakteriet, gå i pension eller förlora en partner. Vidare framkommer det att barn med funktionsnedsättningar löper till exempel 3–5 gånger större risk för våld än andra barn. Med tanke på att till exempel svåra barndomserfarenheter/-trauma flerfaldigar risken för diagnosen ADHD, och att de symtom som ofta föranleder diagnosen också kan förstås som uttryck för svåra livsomständigheter, bör den efterfrågade kunskapen även omfatta kunskap om trauma och hur exponering för trauma tidigt i livet påverkar vår fysiska och psykiska hälsa genom livet.

Vi ser också gärna under denna punkt ett förtydligande om vilka tidiga insatser inom barnhälsovården som riktlinjerna syftar på som kan leda till bättre utveckling och mindre framtida svårigheter för barn "med autism".

För övrigt ser vi påpekan av avsaknaden av undervisning och specifika kurser i neuropsykiatri och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i dagens högskoleutbildningar för yrken i hälso- och sjukvården och socialtjänsten som irrelevant. Detta då ADHD, som ovan framkommer, inte bäst förstås som ett neuropsykiatriskt fenomen. Vi anser även här att informationen i detta stycke ska ersättas med aktuell kunskap om ADHD och dess möjliga orsakssamband (se ovan).

### **1f. Rekommendation om psykosociala insatser**

Vi ser de aktuella rekommendationerna av psykosociala insatser som gravt bristfälliga. Detta då det finns ett närmast oräknligt antal psykosociala insatser utöver de i riktlinjerna nämnda insatserna (vård- och stödsamordnare, föräldrastöd till vårdnadshavare som själva har ADHD eller autism, IPS, uppmärksammande av munhälsan och remiss till tandvården vid behov, samt boendestöd till vuxna med ADHD eller autism.).

Till ovan nämnda insatser som saknas i riktlinjerna kan bland annat räknas insatser som syftar till att främja en individs bostadssituation; fysiska, psykiska, sociala trygghet och säkerhet; vardagliga rutiner; samt hälsofrämjande levnadsvanor omfattande bland annat kosthållning, sömn och motion. Till insatserna kan också räknas interventioner som ökar en individs självmedvetenhet och självreglering samt strategier att hantera yttre påfrestningar och inre impulser som dessa kan frambringa. Vi anser även att psykosociala insatser som syftar till att stärka en individs känsla av mening och sammanhang, liksom stärka individens sociala engagemang, hopp och positiva livshållning bör inkluderas i de psykosociala insatserna i riktlinjerna.

Utöver ovan finns det även en uppsjö av både biomedicinska och psykosociala terapier som visat sig ha goda effekter på de symtom som inom svensk hälso- och sjukvård ofta föranleder diagnosen ADHD. Vi anser att dessa insatser behöver också inkluderas i riktlinjernas rekommendationer om insatser.

## **1g. Rekommendation om psykologiska insatser**

I riktlinjerna beskrivs flera psykologiska insatser som aktuella för personer med ADHD eller autism. Dessa är enligt riktlinjerna framför allt inriktade på acceptans och strategier för att hantera vardagen. Då det inte framkommer vad den nämnda acceptansen ska omfatta, eller vad individer som diagnostiserats med ADHD eller autism ska acceptera, önskar vi ett förtydligande av detta i riktlinjerna.

Riktlinjerna lyfter även upp psykoedukation som en prioriterad psykologisk insats. Vi är positiva till ökad medvetenhet om orsakssambanden till svårigheterna och hur vardagens problem bäst förstås och hanteras men ställer oss kritiska till rekommendationen om psykoedukationen i sammanhanget syftar till att förmedla mycket snäv (neuropsykiatrisk) kunskap om ADHD och dess orsakssamband.

En annan i riktlinjerna rekommenderat psykologisk insats är KBT som enligt riktlinjerna fokuserar på att förändra beteenden, tankar och känslor. Då de olika uttryck som inom svensk hälso- och sjukvård ofta föranleder diagnosen ADHD också kan ses som funktionella reaktioner på belastande psykosociala och strukturella livsomständigheter kan inte adekvata insatserna enbart fokusera på att förändra beteenden, tankar och känslor utan även omfatta strukturella åtgärder i barns och ungas uppväxtmiljöer liksom barns och vuxnas lär- och arbetsmiljöer. Vi anser att detta behöver inkluderas i riktlinjerna.

Då toxisk stress, orsakad av bland annat svåra barndomserfarenheter och hög psykosocial belastning, också är en viktig faktor i utvecklandet av de symtom som ofta föranleder diagnosen ADHD bör även insatser som syftar till att minska stress och öka hanteringen av densamma ingå i riktlinjernas rekommendationer om psykologiska insatser. Mot bakgrund av faktumet att exponering för barndomstrauma flerfaldigar risken för diagnosen ADHD ser vi även att olika typer av traumamedvetna insatser behöver ingå i rekommendationerna.

Vi ser även att det rekommenderade utbudet av psykologiska insatser behöver breddas med att även omfatta träning, terapi, strukturerade familjebehandlingsmetoder, liksom insatser som syftar till att stödja individer med vardagsstruktur och planering.

I riktlinjerna framkommer att de föreslagna och rekommenderade psykologiska behandlingarna bedöms vara effektiva för dem som kan tillgodogöra sig dessa. Vi ser detta som ett i sig självklart resonemang som även ska omfatta de övriga i riktlinjerna rekommenderade insatser vid ADHD och autism. Vi önskar att motsvarande resonemang även skrivs in i de andra rekommenderade vård- och stödinsatserna. Samtidigt ser vi i uttryck om individers förmåga att tillgodogöra sig en behandling en risk för ett skuldbeläggande av individen för ineffektiva insatser. Något som vi också ser med fördel kan inkluderas i de delar av riktlinjer där dessa uttryck framkommer.

## **1h. Rekommendationer om läkemedel och medicintekniska produkter**

Utifrån aktuella forskningsläget ser vi det som både relevant och viktigt att nyansera den information som riktlinjerna förmedlar om ADHD-läkemedlets faktiska effekter. Att benämna läkemedlen som

”generellt säkra och effektiva” kan för sig betraktas som en missvisande beskrivning. Detta då det också finns bred vetenskaplig bevisning för medicinernas negativa effekter, liksom ineffektivitet, framför allt på lång sikt.

Vi ser även att den i riktlinjerna efterfrågade uppföljningen av medicinsk behandling behöver skärpas och att detta också tydliggörs i riktlinjerna. Vi ser att sådana uppföljningar med fördel kan göras genom befintliga instrument för uppföljning av läkemedelsbiverkningar, där även vi framarbetat ett sådant byggande på Läkemedelsverkets motsvarande instrument. Vi ser också att uppföljningen och användningen av instrument för läkemedelsbiverkningar och -effekter ska vara en av indikatorerna för uppföljningen av läkemedelsbehandling vid ADHD (se även *Utvärdering av hälso- och sjukvården* nedan).

Med tanke på ADHD-läkemedlens beroendeframkallande egenskaper ser vi ett behov av fördjupat resonemang om riskerna med behandling med sådana preparat för människor som lider av beroendeproblematik. Vi ser inte heller att läkemedelsbehandling för denna grupp ska ha hög prioritet så som framkommer i riktlinjerna.

Vad gäller behandlingen med melatonin som också nämns i riktlinjerna ser vi även här ett behov av mer nyanserat och djupgående resonemang kring riskerna med sådan behandling, framför allt vid långtidsanvändning. Vi önskar även att information om olika metoder för behandling av sömnproblem ska utökas med det breda utbudet av evidensbaserade behandlingar och metoder som finns för nämnd problematik. Som enstaka exempel på sådana behandlingar och metoder kan bland annat nämnas olika stressreducerande metoder, avslappningsmetoder, fysisk aktivitet, liksom biomedicinska, psykosociala och symtomlindrande terapier.

När det gäller rekommendationerna om läkemedelsbehandling för övrigt så önskar vi att läkemedelsbehandling vid ADHD endast ska användas i sådana fall där andra åtgärder inte har varit tillräckliga. Detta i enlighet med internationella rekommendationer från bland annat Europarådet och FN:s barnrättskommitté, och i linje med vad som anges i FASS (läkemedelsbolagens informationstjänst om läkemedel).

Under rekommendationerna om läkemedel och medicintekniska produkter efterfrågar vi en definition och tydliggörande av den ”långa kliniska erfarenhet i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp” som talar för ”en stor patientnytta” av läkemedelsbehandling. Detta då det är denna erfarenhet som man refererar till i beslutet att rekommendera läkemedelsbehandling som högsta möjliga prioritet.

Vi önskar även en närmare presentation av ”de drygt 500 experterna i Socialstyrelsens konsensuspanel” som beskrivs vara överens om att ”nyttan med långtidsbehandling överväger eventuella risker”. Då aktuella forskningsläget inte ger något trovärdigt stöd för att en långtidsbehandling med ADHD-läkemedel skulle ha hållbar positiv effekt ser vi också det som viktigt att det vetenskapliga underlag som ligger till grund för de ”500 experternas” konsensusåsiikt presenteras i riktlinjerna. Vi önskar över lag en tydligare hänvisning till det vetenskapliga underlaget som föranleder läkemedelsbehandlingen som högst prioriterad bland behandlingarna i riktlinjerna.

## **Rekommendationernas påverkan på hälso- och sjukvården**

Vi önskar här ett förtydligande kring varför Socialstyrelsen anser att flera regioner behöver satsa mer resurser på läkemedelsbehandling av barn och vuxna med ADHD. Vi ser också utifrån aktuella kunskaps- och forskningsläget att andra insatser, däribland psykosociala sådana, ska ha högsta prioritet och att regionerna snarare ska satsa mer resurser på sådana insatser.

Även om drogprovtagning är en icke prioriterad fråga för oss ser vi inte att regionerna ska avrustas med de instrument som idag används för att uppmärksamma och följa upp eventuella beroende- och missbruksproblem.

## **Utvärdering av hälso- och sjukvården**

Vi ser enligt ovan att betydligt skarpare uppföljning av läkemedelsbehandling och biverkningar av sådan behandling ska inkluderas i Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering av hälso- och sjukvården. Vi ser även att enbart andelen personer med ADHD och insomni som har fått läkemedlet melatonin (indikator 13) är en direkt olämplig indikator. Detta gäller i allra högsta grad även andelen personer med nydiagnostiserad ADHD som hämtat ut centralstimulerande ADHD-läkemedel upp till ett år (indikator 14) samt andelen vuxna med ADHD och alkohol- och narkotikaproblem som har hämtat ut ADHD-läkemedel (indikator 15).

Vi ser indikatorer rörande psykosociala insatser, liksom insatser rörande hälsofrämjande livsstil, som både relevanta och viktiga att föra in i riktlinjerna.

### **1i. Övriga delar**

#### **Kompletterande kunskapsstöd**

Vi anser att denna del av riktlinjerna också kompletteras med rådande kunskap om betydelsen av svåra livsomständigheter och trauman, liksom hur samhälleliga faktorer som ekonomisk utsatthet, segregation, ojämlikhet och utanförskap påverkar mänskligt välbefinnande.

Vi anser också att denna del behöver omfatta aktuell kunskap om de evidensbaserade psykosociala psykologiska insatser, liksom livsstilsrelaterade insatser, som finns för behandling och hantering av de uttryck på svårigheter som idag betraktas som symptom på ADHD.

...

## **7. Övergripande synpunkter på hela riktlinjen**

Som framkommer vi i våra synpunkter ovan ser vi att den grundsyn om ADHD som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning behöver ändras till att vara mer med aktuella forskningsläget



överensstämmande. Detta innebär att vi ser det som mycket viktigt att vetenskaplig kunskap om att även stress, psykosocial belastning och trauman kan leda till ADHD-symptom också inkluderas och tydliggörs i riktlinjerna.

Att ADHD enligt aktuella forskningsläget bäst kan förstås genom den så kallade stress-sårbarhetsmodellen i stället för som neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller sjukdom gör det också enligt vår uppfattning olämpligt att prata om *personer med ADHD*. Ett bättre sätt att uttrycka sig i sammanhanget vore till exempel *personer med diagnosen ADHD* eller *personer som blivit diagnostiserade med ADHD*. Vi önskar därmed en revidering även på denna punkt genom hela dokumentet.

Under rubriken *Om adhd och autism; Vad är adhd och autism?* beskrivs att "Adhd och autism är utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar: de påverkar utvecklingen från barndomen och varar i allmänhet livet ut. I Sverige beskrivs funktionsnedsättningarna ofta också som neuropsykiatriska...". Vi ser det som anmärkningsvärt att man i Sverige, till skillnad från aktuella forskningsläget och stora delar av övriga världen, beskriver ADHD som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Mot bakgrund av detta anser vi att den beskrivning av ADHD som förmedlas i riktlinjerna är gravt bristfällig och missvisande. Vi ser det därför som nödvändigt att den i riktlinjerna nu förmedlade grundsyn revideras så att den motsvarar rådande forskningsläget. Detta genom hela dokumentet.

Referenser och vetenskapligt underlag för våra synpunkter kan erhållas efter önskemål.

Föreningen Alternativ till Psykofarmaka (FAP), genom

Lasse Mattila  
Ordförande