

Årsrapport 2019

BUSA – behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD



Registerhållare Göran Rydén
Verksamhetschef, överläkare
Stockholms läns sjukvårdsområde, BUP Stockholm
Sachsgatan 10, 118 61 Stockholm

Biträdande registerhållare Lena Lundberg
Överläkare
Stockholms läns sjukvårdsområde, BUP Stockholm

Registerkoordinator Mikael Eklöf
Skötare
Stockholms läns sjukvårdsområde, Tantogatan 8, 118 67 Stockholm

Statistiker Jonas Hällgren
Stockholms läns sjukvårdsområde, Tantogatan 8, 118 67 Stockholm

Statistiker Ludwig Andersson
Registercentrum Västra Götaland, 413 45 Göteborg

Enhetschef statistik Peter Gidlund
Registercentrum Västra Götaland, 413 45 Göteborg

Utvecklingsledare Camilla Lansvén
Registercentrum Västra Götaland, 413 45 Göteborg

Huvudman
Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Box 45436, 104 31 Stockholm

Styrgrupp 2019

David Ardler
Lena Björklund-Olofsson
Gunilla Granholm
Linda Halldner Henriksson
Henrik Larsson
Affe Lindén

Tryckår 2021
Redaktör Lena Lundberg, lana.lundberg@sl.se
Omslagsfoto <https://pixabay.com/sv/>

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Inledning.....	4
Anslutning och täckning.....	4
Täckningsgradsanalys	7
Datakvalitet	9
Rapporteringsgrad	15
Diagnoser och behandling.....	16
Behandling	19
Behandlingsuppföljning och kvalitetsindikatorer	22
Bilaga 1 Frågeformulär BUSA 2.0.....	26

Sammanfattning

BUSA är ett kvalitetsregister för uppföljning av adhd-vården i Sverige.

Vårdenheter som behandlar patienter med diagnoser inom området uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet kan ansluta sig till BUSA. Registreringar kan göras oavsett om behandlingen omfattar läkemedelsförskrivning eller inte.

Både antalet registreringar och täckningsgrad har ökat 2019 jämfört med 2018. Den procentuella ökningen av antalet registreringar är störst i Region Kalmar län. Där har man nu en täckningsgrad på över 40 % efter införandet av automatisk dataöverföring till registret. För riket som helhet uppgick täckningsgraden till drygt 9 %. Det totala antalet registreringar i BUSA för 2019 uppgick till nästan 13 000, varav cirka 1 000 registreringar inkom efter att täckningsgradsanalysen gjordes.

Data visar som tidigare på en god följsamhet till riktlinjer för läkemedelsbehandling gällande uppföljning av puls och blodtryck samt längd och vikt hos växande individer. Däremot ses fortfarande stora regionala variationer i utfallet av andra processindikatorer, såsom andel patienter med vårdplan, strukturerad symtomskattning, multimodal behandling och screening för läkemedelsbiverkan.

Inledning

Allt fler personer söker vård och behandling för adhd. År 2019 hämtade nästan 132 000 individer i åldrarna 5-64 år ut minst ett recept på adhd-läkemedel, vilket är en ökning med 10 procent jämfört med 2018. Av dessa var 55 000 barn och ungdomar under 18 år. Eftersom behandlingen ofta börjar tidigt i livet och fortsätter under många år är det viktigt att den följs upp och håller god kvalitet.

Syftet med BUSA är att följa upp och bidra till kvalitetsutvecklingen av adhd-vården och att kunna tillhandahålla data för forskning. En del av de uppgifter som rapporteras in till BUSA finns också i andra register, så som uthämtade läkemedel och uppgifter om diagnoser. Utöver detta samlar BUSA in ytterligare uppgifter som är av betydelse för uppföljning och utvärdering av adhd-behandling. Exempel på sådana uppgifter är symtomskattning, icke-farmakologiska behandlingsinsatser, andra samtidiga psykiatriska och somatiska diagnoser, skolgång/förvärvsarbete och somatiska mätvärden (längd, vikt, puls och blodtryck).

Anslutning och täckning

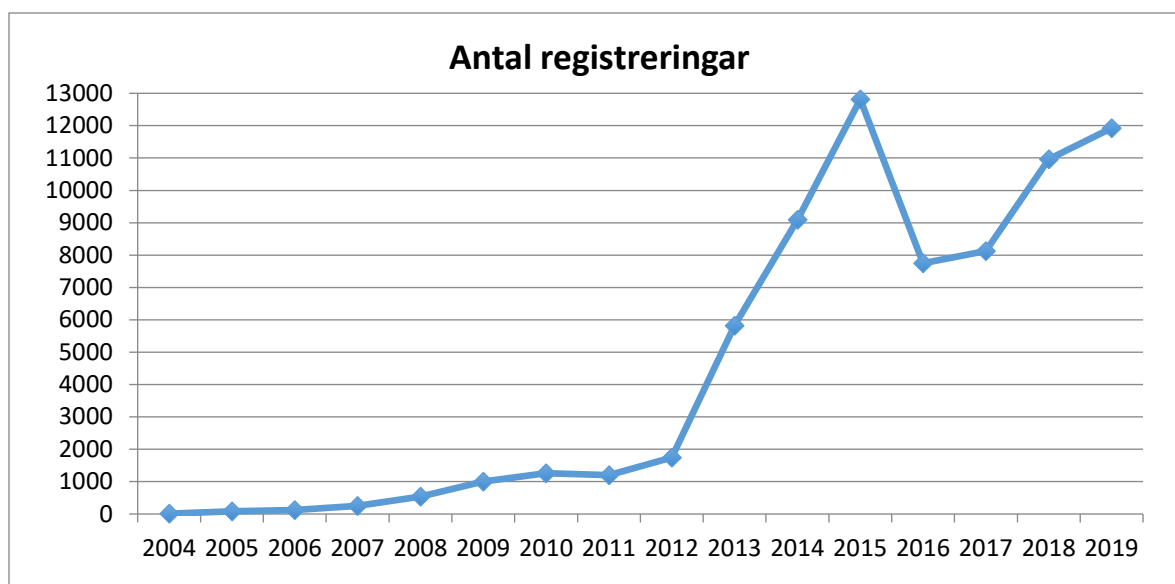
Adhd-behandling ges inom många olika verksamheter i landet. Barn och ungdomar under 18 år med adhd får vanligtvis behandling inom barn- och ungdomspsykiatri. Vuxna med adhd får vanligtvis behandling vid en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. Det finns också en del specialiserade mottagningar, både för unga och för vuxna, som erbjuder adhd-behandling. Det är svårt att få fram tillförlitliga uppgifter på antalet enheter som skulle kunna komma i fråga för anslutning till BUSA. Dessutom inkommer data från enstaka enheter till registret först lång tid efter att uppgifterna samlats in på enheten. Tabell 1 visar antalet enheter som i december 2020 hade rapporterat in data för 2018 respektive 2019.

Anslutningsgrad:

Region	Antal enheter som rapporterat data för 2018			Antal enheter som rapporterat data för 2019		
	Totalt	Vuxna ≥18 år	Unga <18 år	Totalt	Vuxna ≥18 år	Unga <18 år
Blekinge	0	0	0	0	0	0
Dalarna	5	5	0	5	5	0
Gotland	2	1	1	1	1	0
Gävleborg	0	0	0	0	0	0
Halland	1	1	0	2	2	0
Jämtland-Härjedalen	1	1	0	1	1	0
Jönköping	6	4	2	6	4	2
Kalmar	9	7	2	8	6	2
Kronoberg	0	0	0	0	0	0
Norrbotten	1	1	0	2	2	0
Skåne	13	4	9	11	4	7
Stockholm	61	41	20	64	45	19
Sörmland	3	3	0	1	1	0
Uppsala	2	2	0	0	0	0
Värmland	2	2	0	2	2	0
Västerbotten	1	1	0	0	0	0
Västernorrland	3	3	0	4	4	0
Västmanland	0	0	0	0	0	0
Västra Götaland	15	9	6	10	7	3
Örebro	5	4	1	3	2	1
Östergötland	2	2	0	3	3	0
Totalt för riket	132	91	41	123	89	34

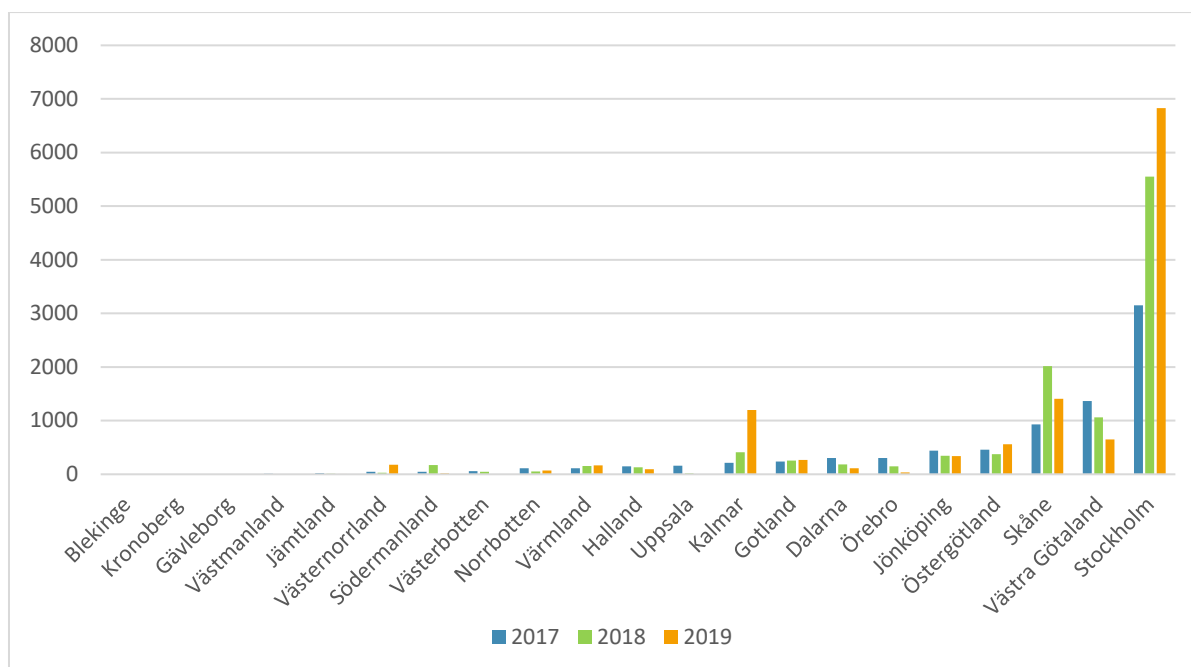
Tabell 1. Antal enheter som i december 2020 hade registrerat uppgifter i BUSA för 2018 respektive 2019, uppdelat på mottagningar för vuxna respektive för barn och ungdom.

Antalet registreringar som kommer in till registret per år har fortsatt att öka de senaste tre åren och är nu i samma nivå som år 2016, se Figur 1. För år 2019 hade kommit in 11 924 registreringar när täckningsgradsanalysen gjordes i juni 2020. Detta är en ökning med nästan 9 % jämfört med 2018.



Figur 1. Antal registreringar i BUSA per år från 2004 till 2019. Den kraftiga ökningen mellan 2012 och 2016 sammanfaller med den s.k. PRIO-satsningen.

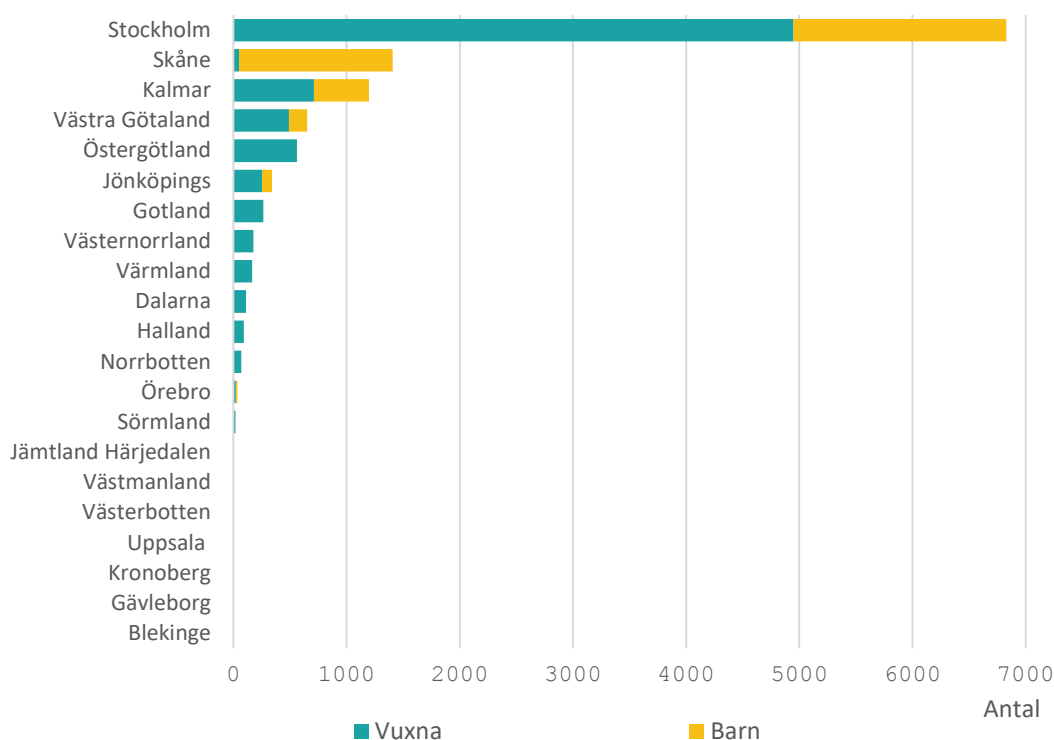
Den procentuella ökningen är störst i Region Kalmar län som införde automatisk dataöverföring under 2018. Även i Region Stockholm, som har automatisk dataöverföring sedan 2016, har antalet registreringar ökat något mellan 2018 och 2019. Se figur 2.



Figur 2. Antal registreringar i BUSA 2017, 2018 och 2019 per region.

Även om antalet registreringar för 2019 totalt sett har ökat så har antalet registreringar för barn och unga minskat med nästan 13 procent jämfört med 2018. Ökningen av antalet registreringar i BUSA år 2019 förklaras av en ökning på nästan 26 procent av antalet vuxna

jämfört med 2018. Under 2019 utgjorde andelen individer under 18 år endast 33 procent av totala antalet registreringar. Av rikets 21 regioner är det nu bara 6 regioner som rapporterar uppföljning av adhd-behandling för barn och unga till BUSA. Se figur 3.



Figur 3. Antalet registreringar i BUSA år 2019 per region, uppdelat på vuxna (grön stapel) och barn och ungdomar (orange stapel).

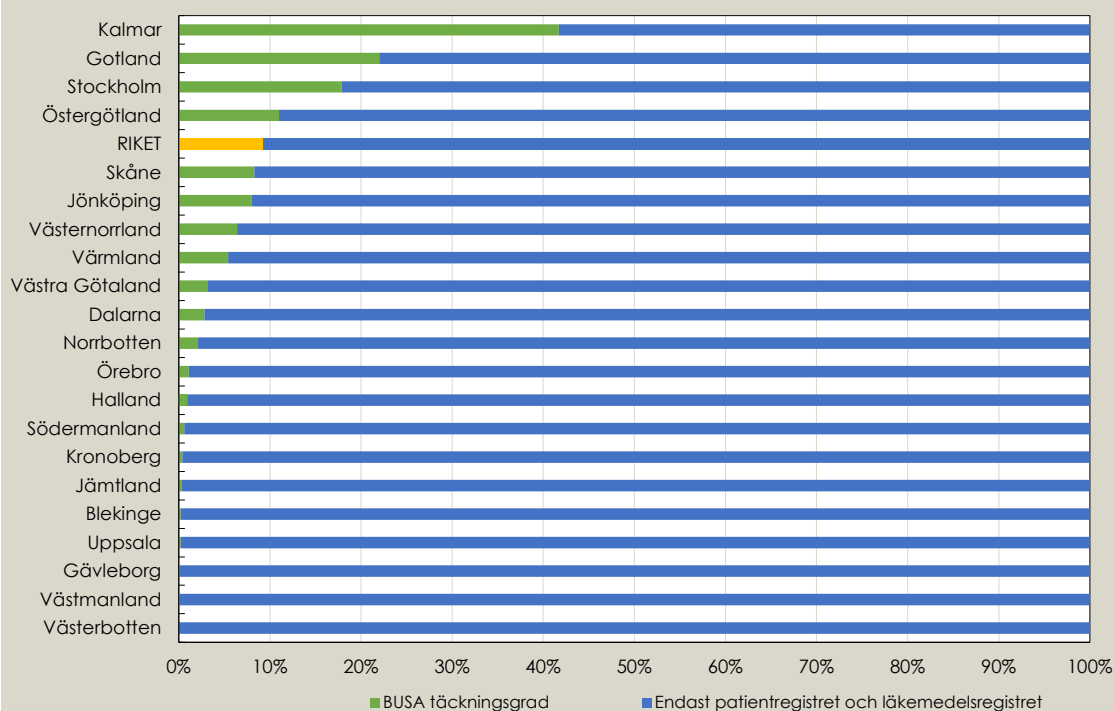
Täckningsgradsanalys

Täckningsgradsanalysen för BUSA har utförts av Registerservice på Socialstyrelsen. Analysen har gjorts på samma sätt som tidigare år genom en jämförelse mellan antalet registreringar i BUSA och i Socialstyrelsens hälsodataregister (patientregistret och läkemedelsregistret). Antalet individer med adhd-diagnos som har hämtat ut minst ett recept på adhd-läkemedel under 2019 har sammanställts ur patientregistret och läkemedelsregistret. Därefter har täckningsgraden för BUSA beräknats som den andel som också registrerades i BUSA under 2019.

Täckningsgraden för BUSA år 2019 uppgick till 9,3 procent för riket som helhet men variationen mellan de olika regionerna är stor. Se figur 4 och tabell 2. Täckningsgraden för riket som helhet fortsätter att öka. Se figur 5.

Täckningsgrad (%) BUSA och patientregistret och läkemedelsregistret

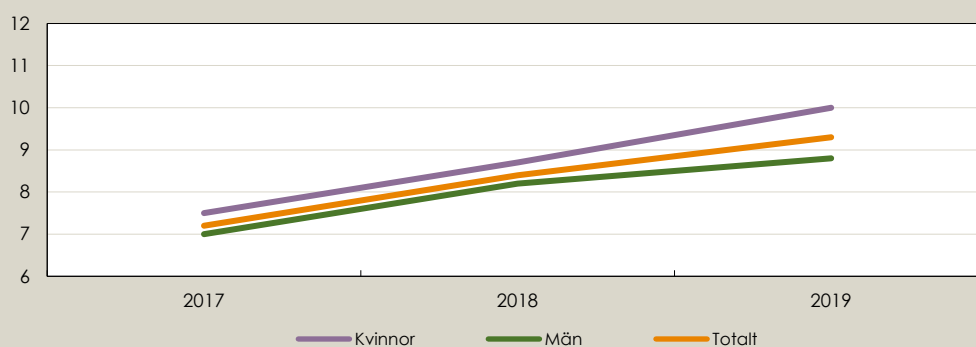
Individer med ADHD-behandling jämfört med patientregistret och läkemedelsregistret – 2019



Källa: BUSA, patientregistret och läkemedelsregistret

Figur 4. Resultat av täckningsgradsanalysen för 2019 uppdelat per region.

Täckningsgrad (%), översiktligt för BUSA



Källa: BUSA, patientregistret och läkemedelsregistret

Figur 5. Förändringen av täckningsgraden i BUSA för män respektive kvinnor och totalt under perioden 2017-2019.

Region	Totalt antal i patientregistret + läkemedelsregistret 2018	BUSA täckningsgrad 2018	Totalt antal i patientregistret + läkemedelsregistret 2019	BUSA täckningsgrad 2019
Blekinge	1 368	< 1	1 563	< 1
Dalarna	2 611	4	2 857	2,8
Gotland	912	23,8	1 060	22
Gävleborg	3 480	< 1	3 695	< 1
Halland	3 485	2,3	3 723	< 1
Jämtland	1 105	< 1	1 192	< 1
Jönköping	2 698	9,4	2 874	8
Kalmar	2 194	16,8	2 341	41,7
Kronoberg	1 286	< 1	1 354	< 1
Norrbottn	2 112	1,5	2 394	2,1
Skåne	5 433	12,9	6 011	8,3
Stockholm	29 039	14,7	31 849	17,9
Södermanland	2 401	5,7	2 655	< 1
Uppsala	3 286	< 1	3 622	< 1
Värmland	2 194	5,7	2 523	5,4
Västerbotten	2 549	< 1	2 676	< 1
Västernorrland	1 632	1,8	1 911	6,4
Västmanland	2 265	< 1	2 544	< 1
Västra Götaland	12 251	5,4	13 332	3,2
Örebro	1 914	4,7	2 163	1,1
Östergötland	3 086	8,3	3 276	11
Totalt för riket	87 301	8,4	95 615	9,3

Tabell 2. Resultat av täckningsgradsanalysen utförd 2020-09-03 för år 2018 respektive år 2019 uppdelat per region. Om täckningsgraden ligger under 1 procent så presenteras inte det exakta värdet.

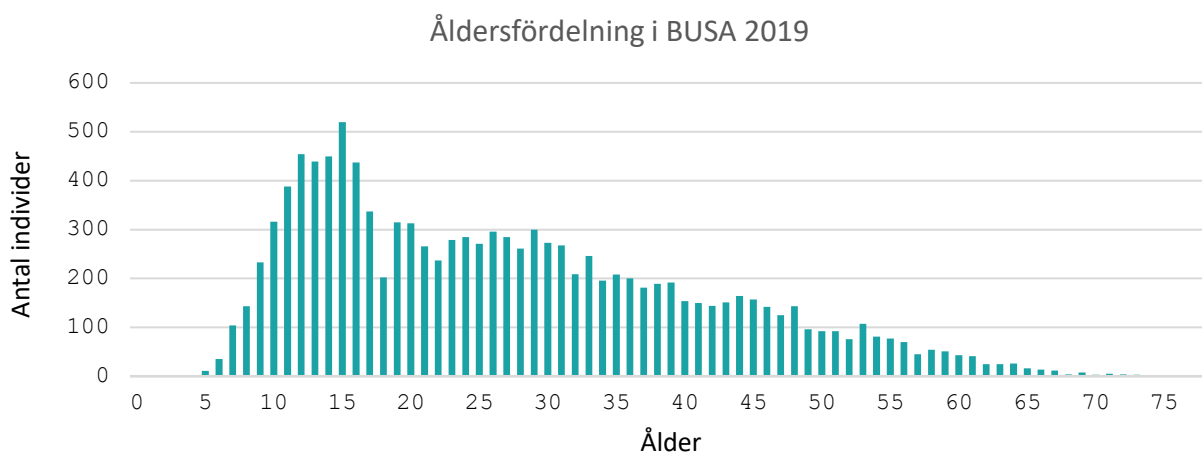
Datakvalitet

För att minska risken för att felaktiga värden registreras av misstag vid manuell inrapportering finns spärrar för uppenbart osannolika värden på mätdata såsom längd, vilopuls och blodtryck. Data granskas också i samband med att de sammanställs till Vården i Siffror och i

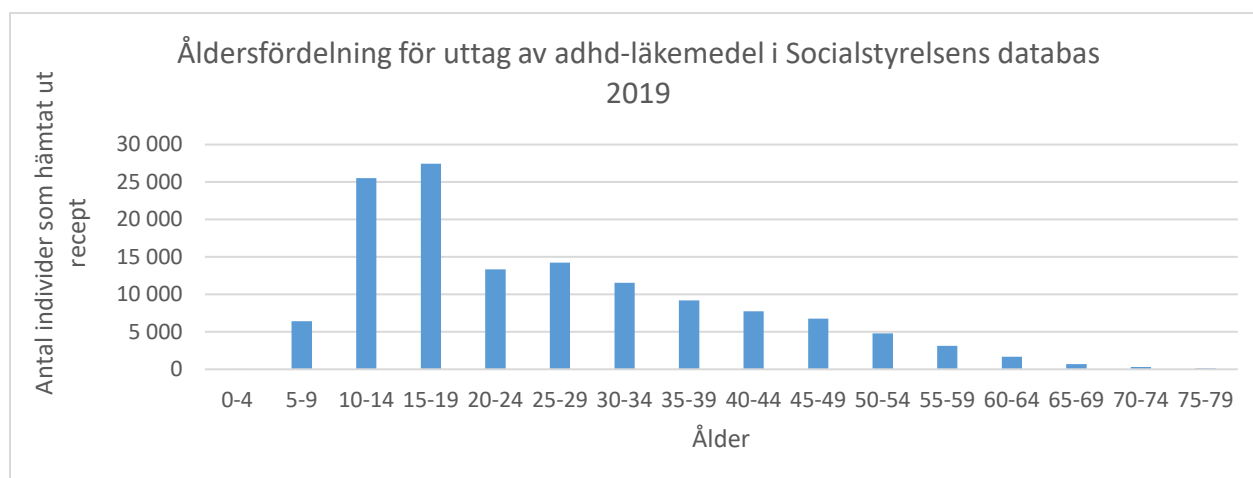
årsrapporten. Vid införande av automatisk överföring från datajournal till register görs omfattande kontroller av att systemet söker efter och hämta korrekta uppgifter från datajournalen.

Ålders- och könsfördelning liksom fördelning av förskrivna adhd-läkemedel i registret kan jämföras med uppgifter i Socialstyrelsens läkemedelsregister. Figur 6a och figur 6b visar åldersfördelningen i BUSA respektive i Socialstyrelsens statistikdatabas för läkemedel år 2019 (https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val.aspx).

Åldersfördelningen uppvisar ett tämligen likartat mönster i BUSA-registreringarna och i Socialstyrelsens statistikdatabas för uthämtade adhd-läkemedel. Den totala andelen barn och unga i BUSA-registreringarna år 2019 har dock minskat jämfört med 2018. År 2019 utgjorde andelen barn och unga 34 procent av det totala antalet registreringar, jämfört med 42 procent år 2018. I Socialstyrelsens statistikdatabas utgjorde andelen barn och unga 41 procent år 2019 och 42 procent år 2018, av totala antalet individer som hämtat ut adhd-läkemedel.

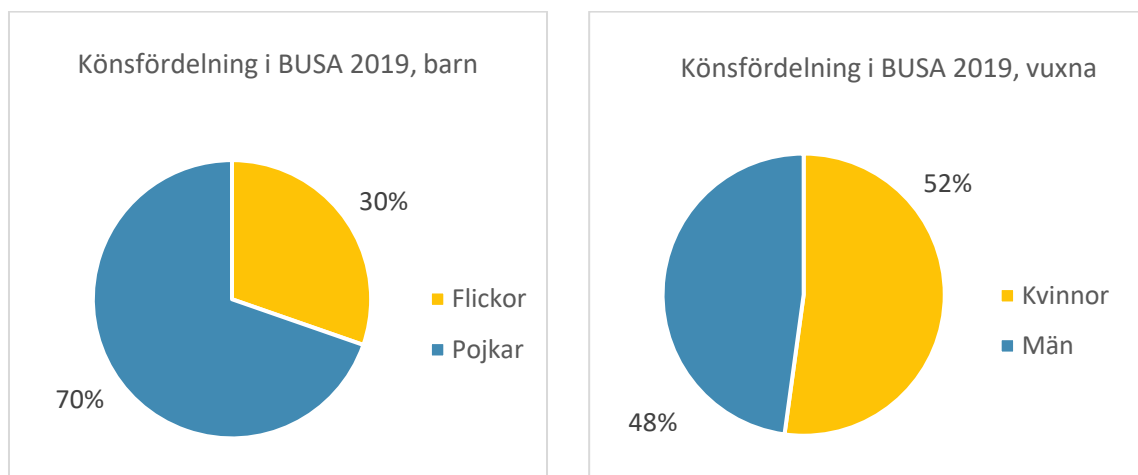


Figur 6a. Åldersfördelningen i BUSA-registreringarna år 2019. Totalt antal individer: 11 744.

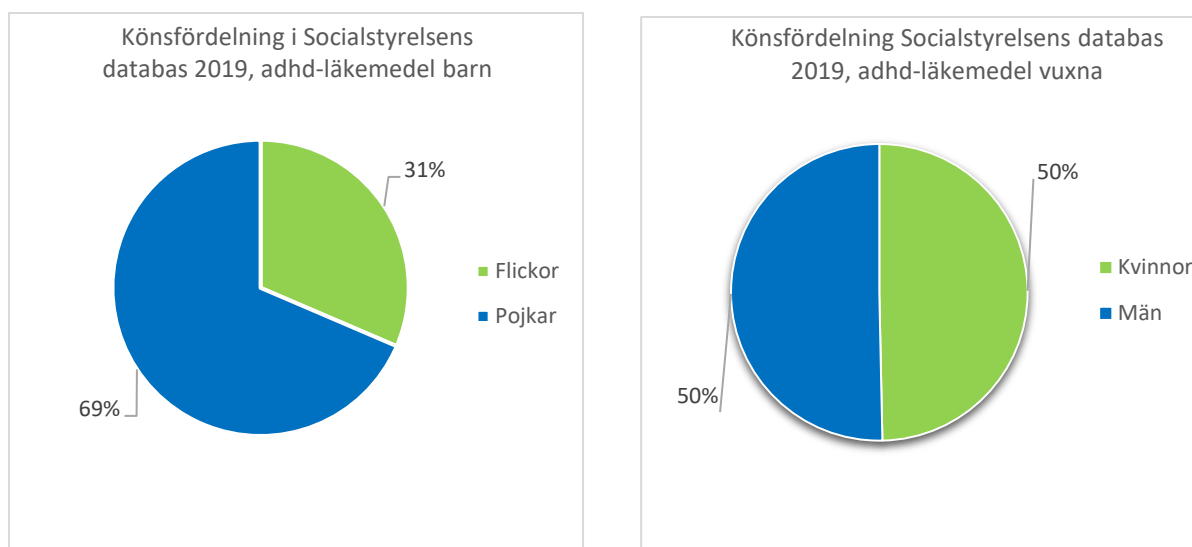


Figur 6b. Åldersfördelningen i Socialstyrelsens statistikdatabas, (https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val.aspx) för läkemedel med urvalet adhd-läkemedel, riket, båda könen, ålder 0-79 år, antal patienter, år 2019. Totalt antal individer: 132 985.

Könsfördelningen i BUSA-registreringarna (figur 7a) visar en likartad bild som könsfördelningen i Socialstyrelsens databas över uthämtade adhd-läkemedel 2019 (figur 7b).



Figur 7a. Könsfördelning i BUSA-registreringarna år 2019. Totalt antal individer: 11 744, varav 3937 individer yngre än 18 år (flickor och pojkar) och 7807 individer 18 år och äldre (kvinnor och män).



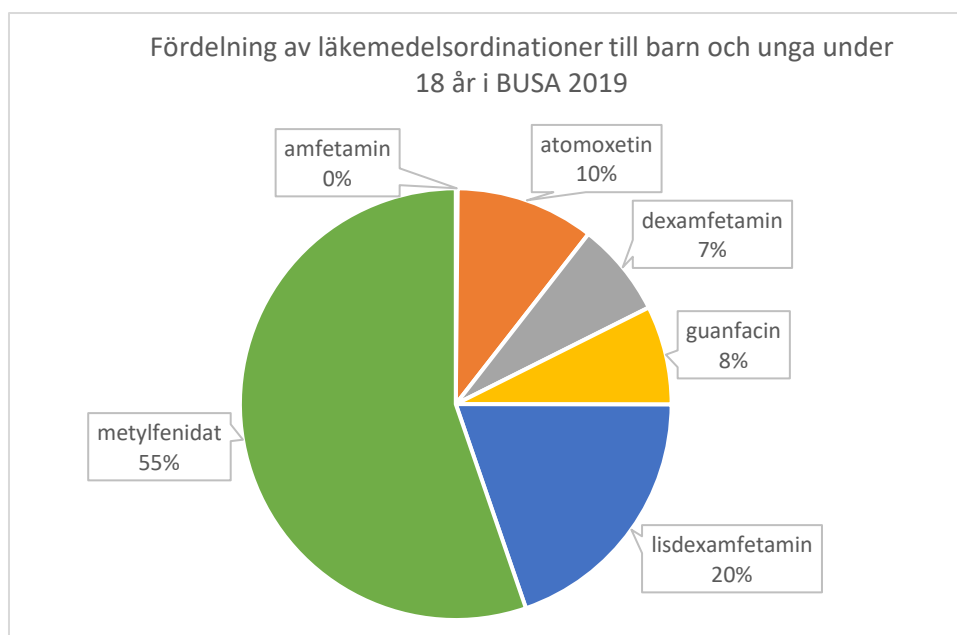
Figur 7b. Könsfördelningen i Socialstyrelsens statistikdatabas (https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val.aspx) för läkemedel med urvalet: adhd-läkemedel, riket, antal individer i ålder 0-17 år (för flickor och pojkar) och antal individer i ålder 18-79 år (för kvinnor och män), år 2019. Totalt antal individer: 132 985.

I figur 8a och 9a visas fördelningen av ordinerade läkemedel som registrerats i BUSA år 2019, för barn och unga respektive för vuxna. I figur 8b och 9b visas fördelning av uthämtade adhd-läkemedel under 2019 i Socialstyrelsens statistikdatabas, för individer upp till 20 år respektive över 20 år. Notera alltså att åldersintervallen skiljer sig något mellan figur 8a och 8b, respektive 9a och 9b. Det beror på att ålder bara kan väljas i förutbestämda 5-årsintervall i den delen av Socialstyrelsens publika statistikdatabas där läkemedel kan väljas efter ATC-kod.

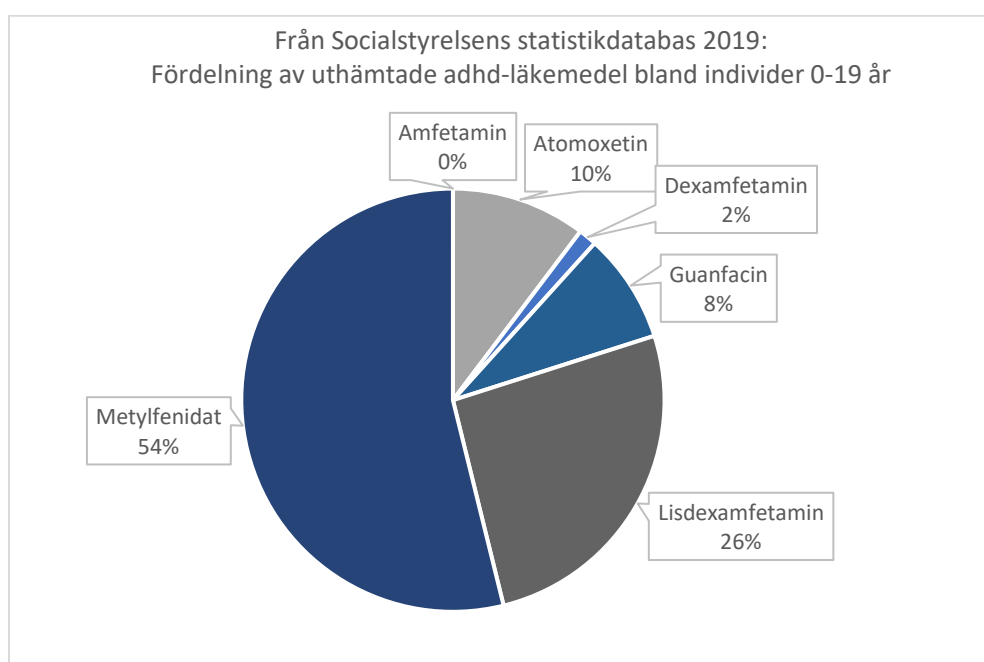
Fördelningen av ordinerade adhd-läkemedel som rapporteras till BUSA visar på en liknande bild som data för uthämtade adhd-läkemedel i Socialstyrelsens statistikdatabas. Ett undantag är dock att lisdexamfetamin och dexamfetamin. Lisdexamfetamin utgör en mindre andel och dexamfetamin en större andel i BUSA-registreringarna än i Socialstyrelsens statistikdatabas.

Metylfenidat är fortfarande den vanligaste läkemedelssubstansen både bland barn och vuxna. Lisdexamfetamin är det näst vanligaste läkemedlet. Jämfört med 2018 ser användning av lisdexamfetamin och dexamfetamin ut att ha ökat något bland vuxna, både i BUSA-registreringarna och i Socialstyrelsens databas. I BUSA-registreringar för år 2019 kan man se en liten ökning av användning av guanfacin och dexamfetamin, medan metylfenidat minskat något, jämfört med 2018.

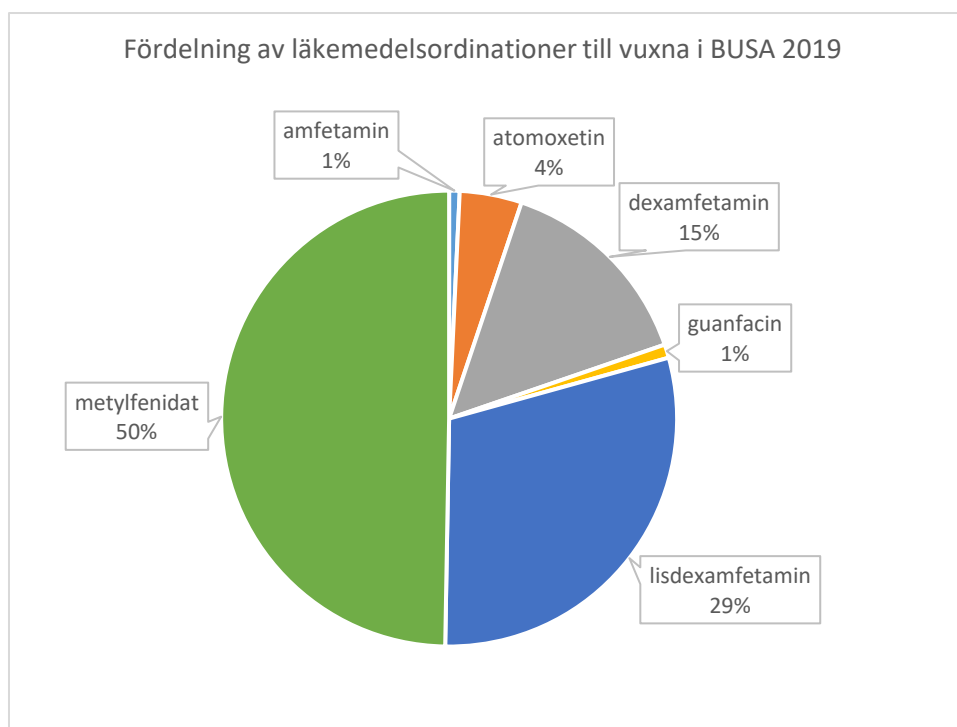
Liksom 2018 är atomoxetin är det tredje vanligaste läkemedlet till barn och unga, följt av dexamfetamin, medan det omvända gäller för vuxna. Dexamfetamin är dock enligt FASS endast avsett för barn och ungdomar 6 till 17 år med adhd (och när metylfenidat bedöms vara kliniskt otillräckligt).



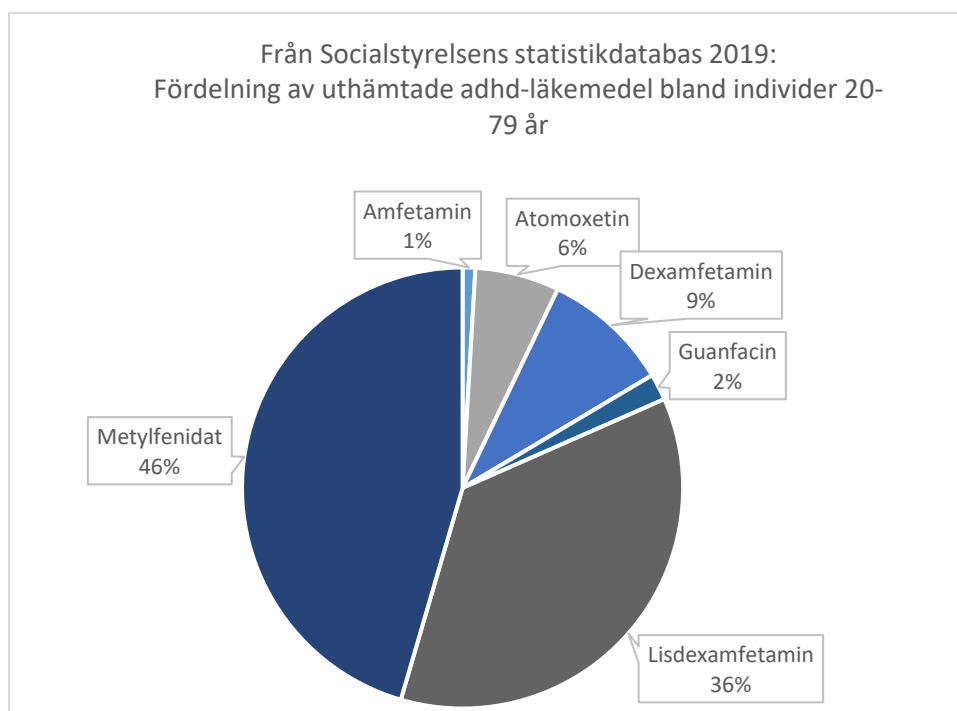
Figur 8a. Fördelning av läkemedelsordinationer hos barn och unga under 18 år i BUSA-registreringarna år 2019, där typ av läkemedel har angetts. En liten andel av dem som får läkemedelsbehandling mot adhd är ordinerade två eller flera olika läkemedelssubstanser. Andel i ovanstående figur motsvarar därför inte riktigt andelen individer med en viss typ av läkemedel. Uppgift om typ av läkemedel saknas i under 1 promille av registreringarna för barn och unga med uppgift om läkemedelsbehandling.



Figur 8b. Fördelningen av uthämtade adhd-läkemedel 2019 i Socialstyrelsens statistikdatabas (https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val.aspx) för läkemedel. Urval: Läkemedel som i figuren enligt ATC-koder, riket, ålder 0-19 år, båda könen, antal patienter.



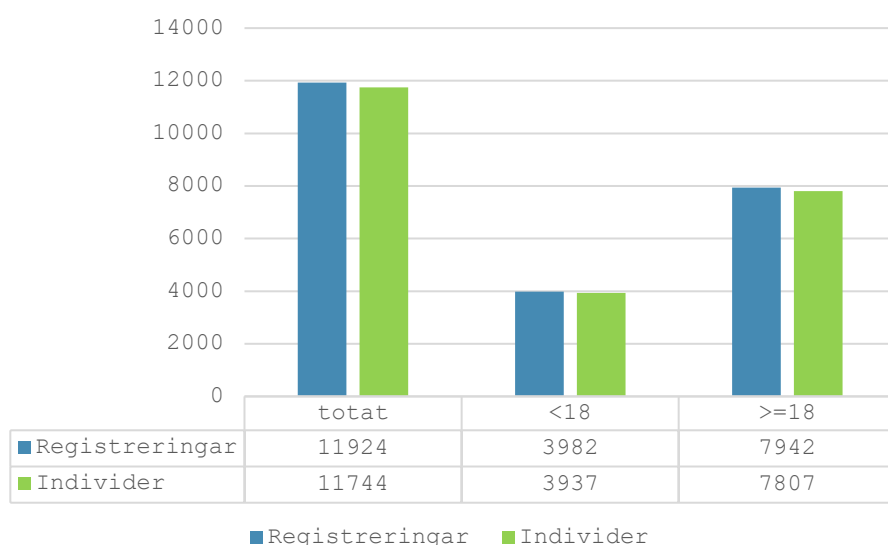
Figur 9a. Fördelning av läkemedelsordinationer hos vuxna, 18 år och äldre, i BUSA-registreringarna år 2019. En liten andel av dem som får läkemedelsbehandling mot adhd är ordinerade två eller flera olika läkemedelssubstanser. Andel i ovanstående figur motsvarar därför inte riktigt andelen individer med en viss typ av läkemedel. Uppgift om typ av läkemedel saknas i under 0,3 procent av registreringarna för vuxna med uppgift om läkemedelsbehandling.



Figur 9b. Fördelningen av uthämtade adhd-läkemedel 2019 i Socialstyrelsens statistikdatabas (https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val.aspx) för läkemedel. Urval: Läkemedel som i figuren enligt ATC-koder, riket, ålder 20-79 år, båda könen, antal patienter.

Rapporteringsgrad

Registreringen i BUSA är avsedd att göras en gång per år och individ. Vanligtvis görs den i samband med årsuppföljningen av adhd-behandlingen. Antalet registreringar är som tidigare år något högre än antalet unika individer (figur 10). Det kan t ex bero på att ny årsuppföljning hinner göras innan ett helt kalenderår har gått sedan den senaste årsuppföljningen.



Figur 10. Antalet registreringar (blå stapel) och antalet unika individer (grön stapel) som registrerats i BUSA under 2019, totalt och uppdelat på barn unga respektive vuxna.

Vid registreringen i BUSA samlas uppgifter in om typ av adhd, eventuell annan psykiatrisk och somatisk diagnos och vilken behandling som getts (läkemedel och/eller icke-farmakologisk behandling). I tillägg till det samlas uppgifter in som är av betydelse för behandlingsuppföljningen. Se vidare frågeformuläret BUSA 2.0 i bilaga 1.

Ifyllnadsgraden för de olika uppgifterna varierar. Högst ifyllnadsgrad har uppgiften om läkemedel mot adhd är ordinerat eller inte (nästan 100 procent). Uppgifter om puls och blodtryck vid läkemedelsbehandling har hög ifyllnadsgrad (över 90 procent) och används också som en kvalitetsindikator och visas kvartalsvis på Vården i Siffror. Detsamma gäller uppgifter om längd och vikt hos växande individer med läkemedel mot adhd. Övriga uppgifter har en varierande och ofta lägre ifyllnadsgrad.

Diagnoser och behandling

Inklusionskriteriet för registrering i kvalitetsregistret BUSA är att någon av diagnoserna nedan är fastställd. Den registrerande enheten ska också ha för avsikt att erbjuda behandling mot adhd.

Diagnoser enligt ICD10-SE, se även <https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/ICD10SE/>

F90.0: Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning

F90.0A: Dysfunction of Attention, Motor Control and Perception (damp)

F90.0B: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (adhd)

F90.0C: Attention Deficit Disorder (add)

F90.0X: Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning UNS

F90.1: Hyperaktiv beteendestörning

F90.8: Andra specificerade hyperaktivitetsstörningar

F90.9: Hyperaktivitetsstörning, ospecificerad

F98.8: andra specificerade beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid

Diagnoser enligt DSM:

-Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, i kombination

-Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen bristande uppmärksamhet

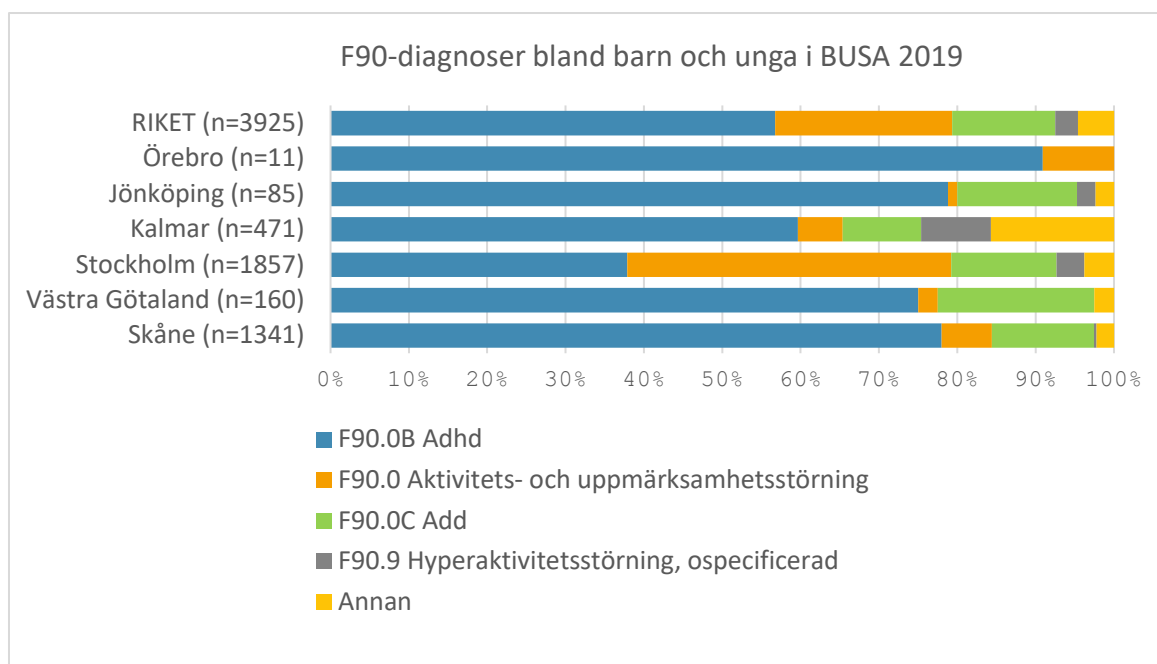
-Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet

-Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning UNS

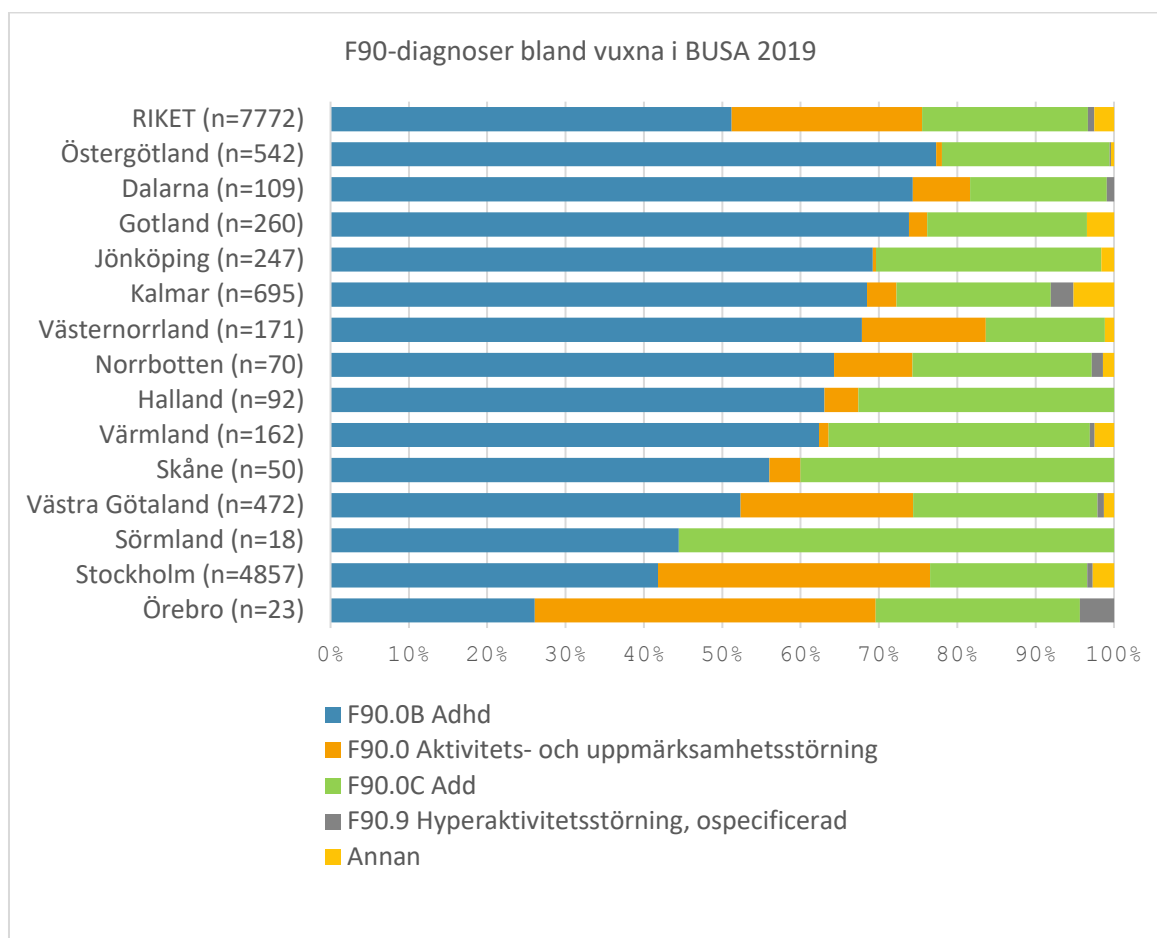
Vid utredning och diagnostik är det vanligt att man använder diagnoskriterierna i DSM-systemet. Om en DSM-diagnos är ställd kan även denna registreras i BUSA. Hur man översätter mellan ICD10-SE och DSM-diagnoserna i ett kliniskt sammanhang är troligen i viss mån godtyckligt och beroende på lokala traditioner.

Nästan alla individer som rapporteras till BUSA har diagnos enligt ICD10-SE. I många fall anges både ICD10-diagnos och DSM-diagnos. I enstaka fall anges endast DSM-diagnos. I 2019 års registreringar saknades ICD10-diagnos för 12 individer bland barn och unga och för 35 individer bland vuxna.

Figur 11a och 11b visar fördelningen av F90-diagnoser enligt ICD10-SE i BUSA under 2019. Som framgår av figurena är adhd-diagnosen (F90.0B och F90.0) betydligt vanligare än add-diagnosen (F90.0C), både bland barn och unga och bland vuxna.

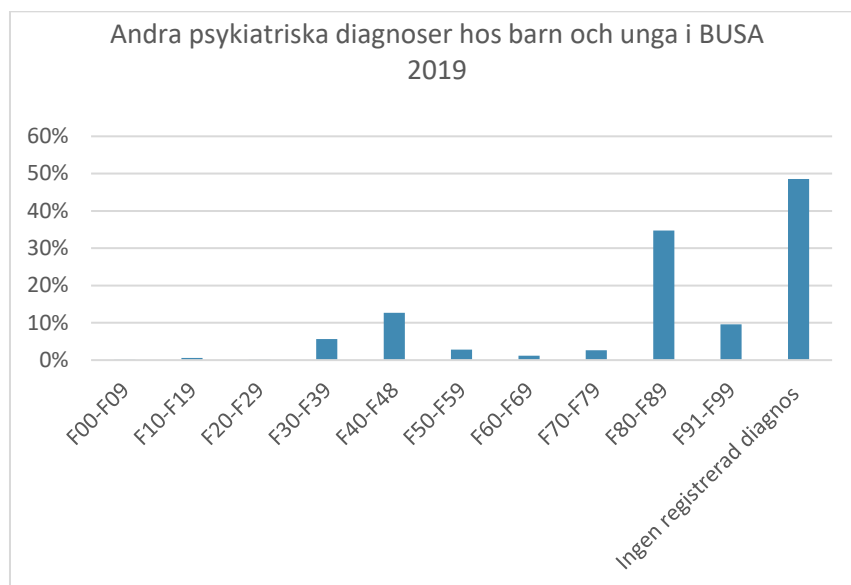


Figur 11a. Fördelningen av F90-diagnoserna enligt ICD10-SE för barn och unga (< 18 år) i BUSA år 2019. Totala antalet rapporterade individer med ICD10-diagnos anges inom parentes för respektive region och för riket som helhet. Av totalt 3937 rapporterade individer saknade 12 individer diagnoskod enligt ICD10-SE.

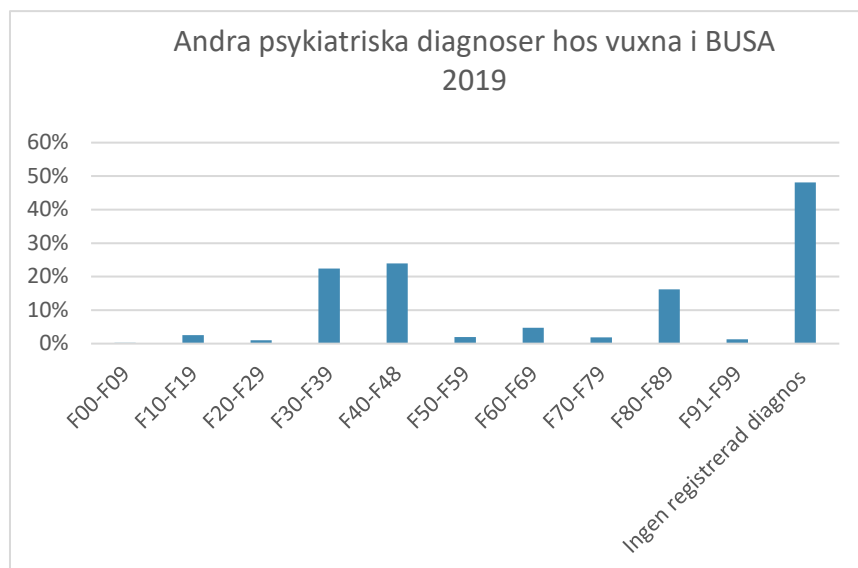


Figur 11b. Fördelningen av F90-diagnoser enligt ICD10-SE för vuxna i BUSA år 2019 bland 7772 vuxna individer där ICD10-diagnos registrerats. Totala antalet rapporterade individer med ICD10-diagnos anges inom parentes för respektive region och för riket som helhet. Regioner med 10 eller färre registreringar visas inte. Av totalt 7807 rapporterade individer saknade 35 individer diagnoskod enligt ICD10-SE. Regioner med 10 eller färre registreringar visas inte.

Vid registrering i BUSA är det möjligt att ange eventuell annan psykiatrisk och/eller somatisk diagnos. Figur 12a visar fördelningen av rapporterade psykiatriska diagnoser (enligt ICD10-SE koder) bland barn och unga i BUSA 2019. Figur 12b visar motsvarande för vuxna. I figur 13 visas fördelningen av de vanligaste somatiska diagnoserna som registrerats i BUSA 2019.



Figur 12a. Frekvensen av andra psykiatriska diagnoser hos 3937 barn och unga med adhd/add som registrerats i BUSA 2019. En individ kan ha flera diagnoser vilket gör att procentsumman överskrider 100.



Figur 12b. Frekvensen av andra psykiatriska diagnoser hos 7807 vuxna med adhd/add som registrerats i BUSA 2019. En individ kan ha flera diagnoser vilket gör att procentsumman överskrider 100.

F00-F09 Organiska psykiska störningar

F10-F19 Substanssyndrom

F20-F29 Schizofreni och vanföreställningssyndrom

F30-F39 Affektiva sjukdomar - Förstämmningssyndrom

F40-F48 Ångestsjukdomar och stressrelaterade tillstånd

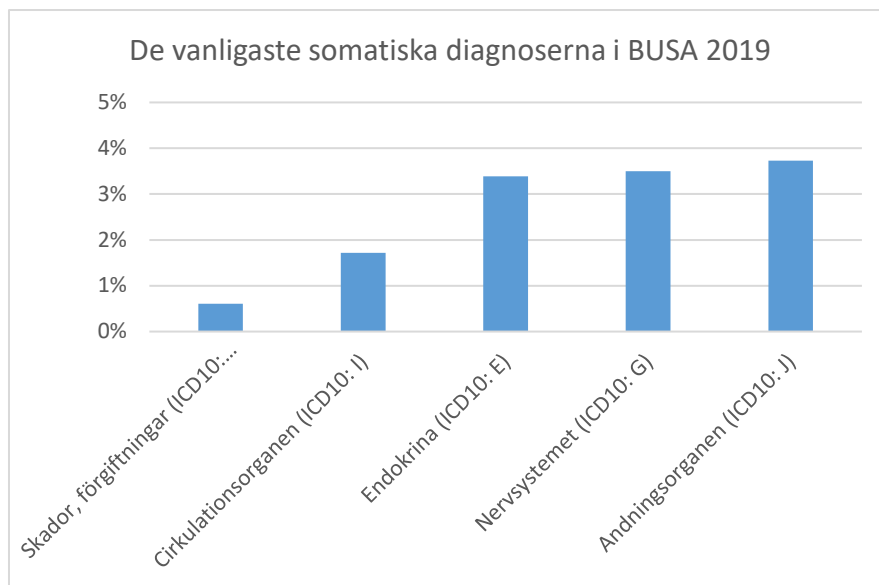
F50-F59 Beteendestörningar med fysiologiska rubbningar

F60-F69 Personlighetsyndrom

F70-F79 Psykisk utvecklingsstörning

F80-F89 Autismspektrumstörningar

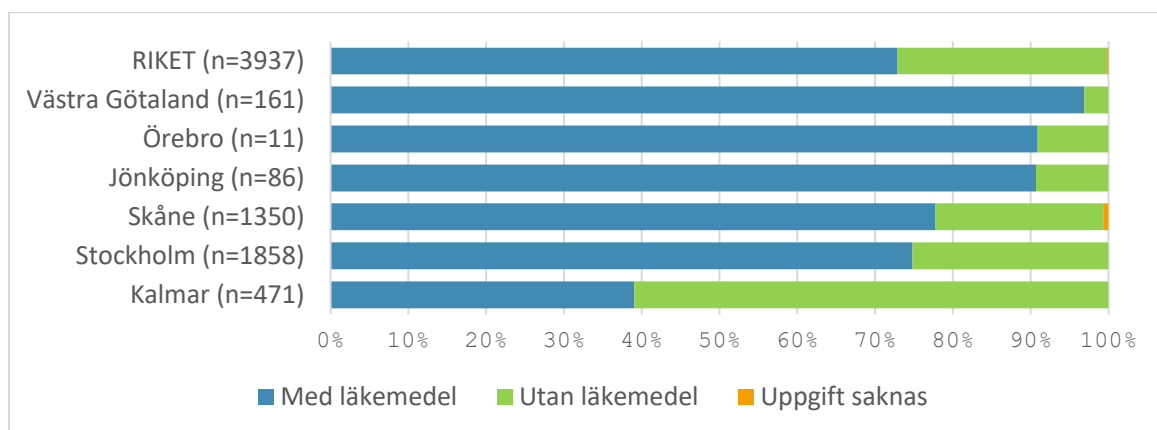
F91-F99 exkl. F98.8 Beteendestörningar andra än ADHD och ADD



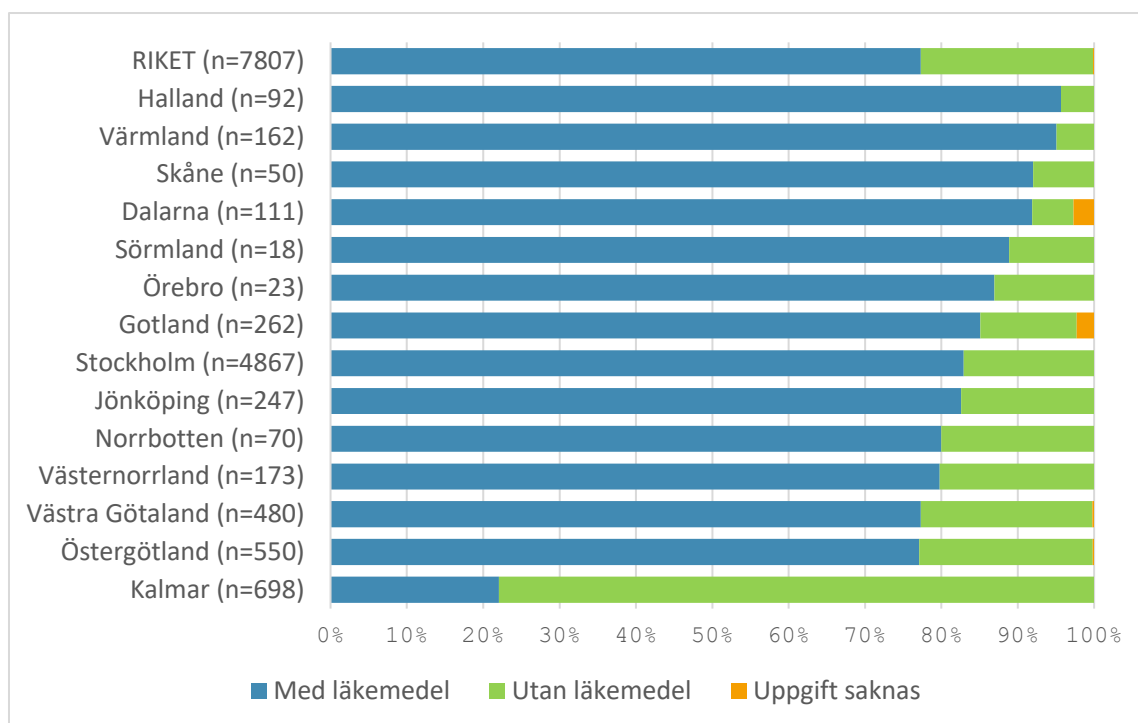
Figur 13: Frekvensen av de vanligaste rapporterade somatiska diagnosgrupperna enligt ICD10-SE i samtliga BUSA-registreringar 2019.

Behandling

De allra flesta som registreras i BUSA får läkemedelsbehandling mot adhd. Det beror förmodligen på att BUSA-registreringen bara görs i anslutning till att individen har kontakt med sjukvården. Kontakten med sjukvården avslutas vanligtvis när läkemedelsbehandlingen upphör. Det är också sannolikt att många av dem som registreras i BUSA utan läkemedelsbehandling har kommit för insättning av läkemedel mot adhd. Fördelningen i registret av andelen med respektive utan läkemedelsbehandling är likartad för barn och vuxna i respektive region, se figur 14a och 14b.

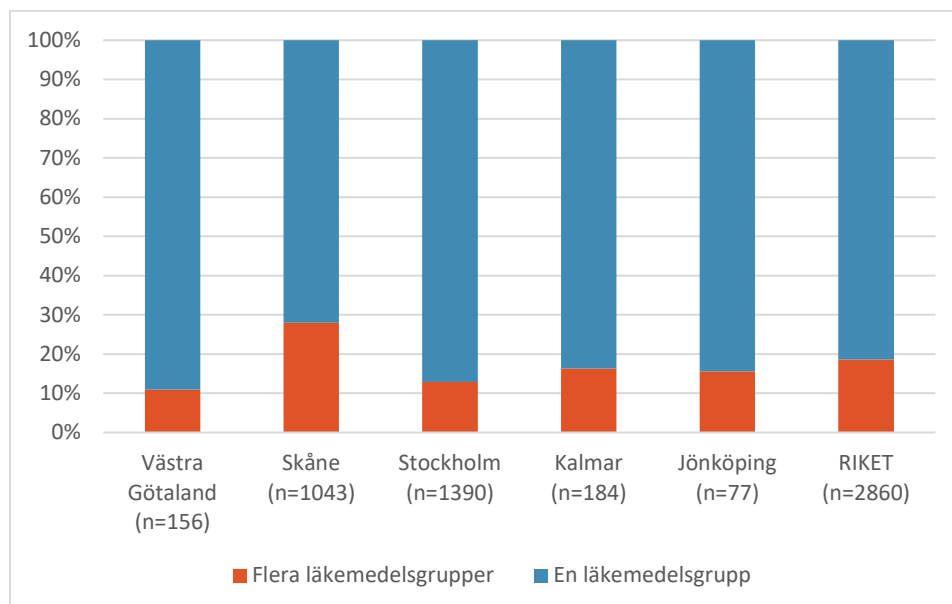


Figur 14a: Andel barn och unga med läkemedelsbehandling mot adhd/add i BUSA 2019 (blå stapel). Totalt antal rapporterade barn och unga för varje region och för riket som helhet anges inom parentes.

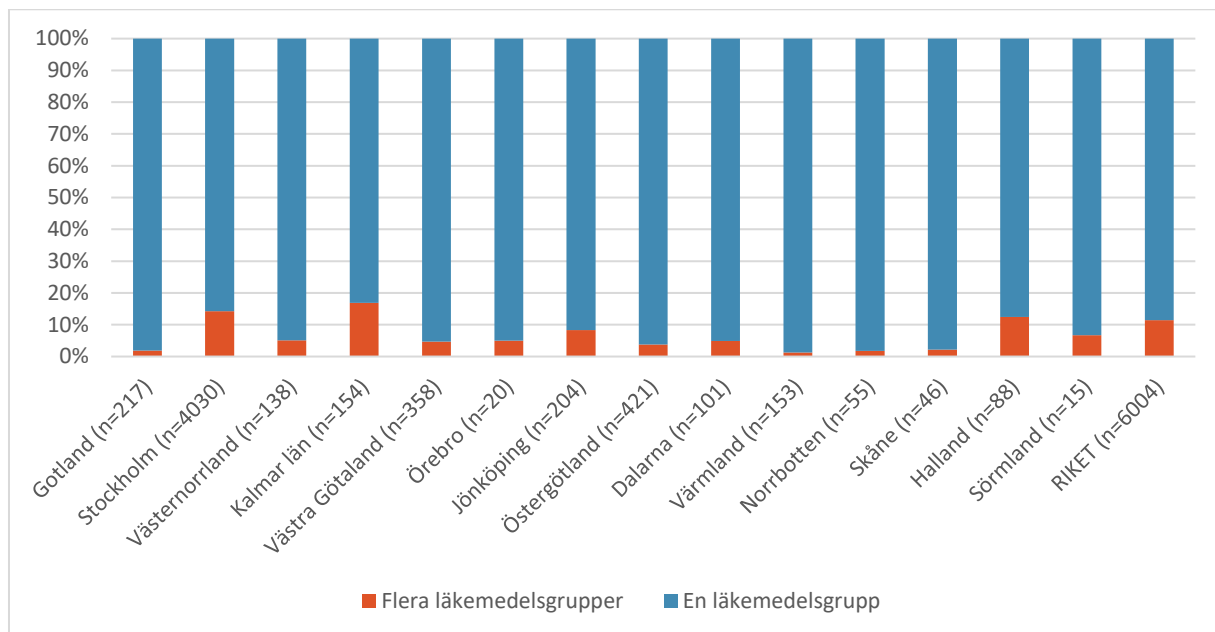


Figur 14b. Andel vuxna med läkemedelsbehandling mot adhd i BUSA 2019 (blå stapel). Totalt antal rapporterade vuxna för varje region och för riket som helhet anges inom parentes. Regioner med 10 eller färre registreringar visas inte.

Majoriteten av dem i BUSA som har läkemedelsbehandling mot adhd har läkemedel ur en och samma läkemedelsgrupp. Se figur 15a (barn och unga) och 15b (vuxna).



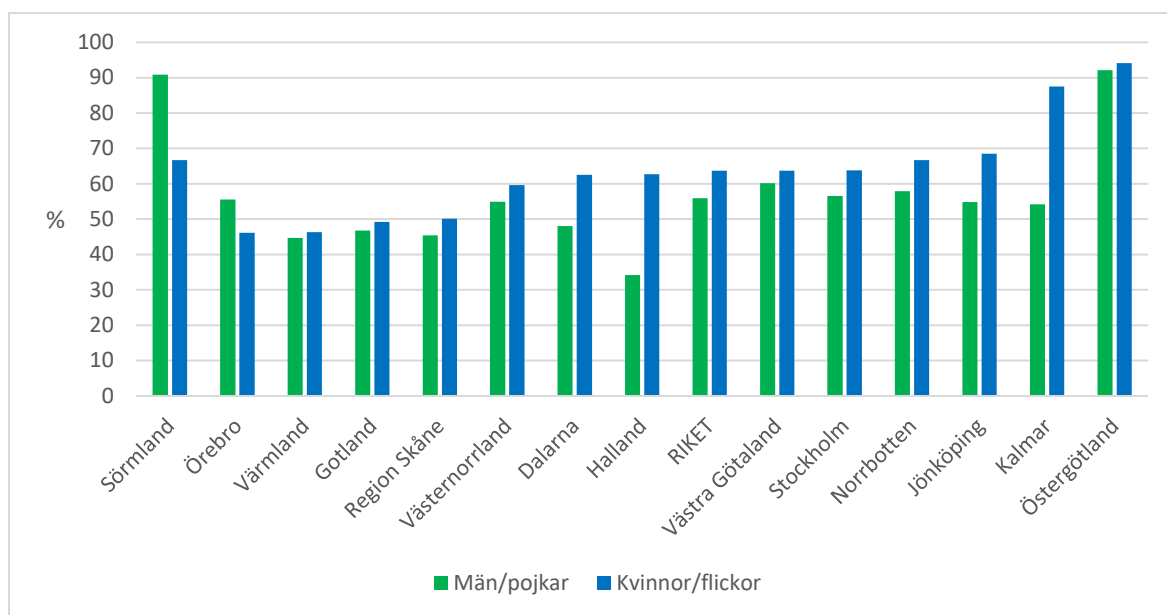
Figur 15a. Andel barn och unga (<18 år) med läkemedelsbehandling mot adhd som har läkemedel ur en och samma läkemedelsgrupp (blå stapel) eller läkemedel ur två eller flera olika läkemedelsgrupper (röd stapel). Totalt antal barn och unga där typ av läkemedel har rapporterats anges inom parentes. Regioner med 10 eller färre registreringar visas inte.



Figur 15b. Andel vuxna (≥ 18 år) med läkemedelsbehandling mot adhd som har läkemedel ur en och samma läkemedelsgrupp (blå stapel) eller läkemedel ur två eller flera olika läkemedelsgrupper (röd stapel). Totalt antal vuxna där typ av läkemedel har rapporterats anges inom parentes. Regioner med 10 eller färre registreringar visas inte.

Läkemedelsbehandlingen vid adhd ska erbjudas som en del i ett multimodalt behandlingsprogram, där också icke-farmakologiska insatser ingår. De icke-farmakologiska behandlingsinsatserna kan utgöras av bland annat utbildning om adhd, funktionsbedömning och utprovning av kognitiva hjälpmedel hos arbetsterapeut, strukturerade samtal om livsstilsfrågor eller psykoterapi.

I BUSA kan uppgifter om psykosociala och pedagogiska interventioner registreras liksom uppgifter om vilka behandlingskontakter individen har haft under året. I figur 16 visas andelen individer i BUSA som fått läkemedel mot adhd och där det dessutom har registrerats någon eller några andra strukturerade behandlingar, kontakt med arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Enbart stödjande samtal har inte inkluderats i begreppet "annan behandling". I sammanställningen har det inte gjorts någon uppdelning på barn/unga respektive vuxna. Genomsnittet för riket som helhet ligger på ungefär samma nivå 2019 som 2018.



Figur 16. Andel individer (barn och vuxna) som registrerats i BUSA under 2019 och som fått både läkemedelsbehandling och icke-farmakologisk behandling mot adhd, dvs multimodal behandling. Regioner med 10 eller färre registreringar visas inte.

Behandlingsuppföljning och kvalitetsindikatorer

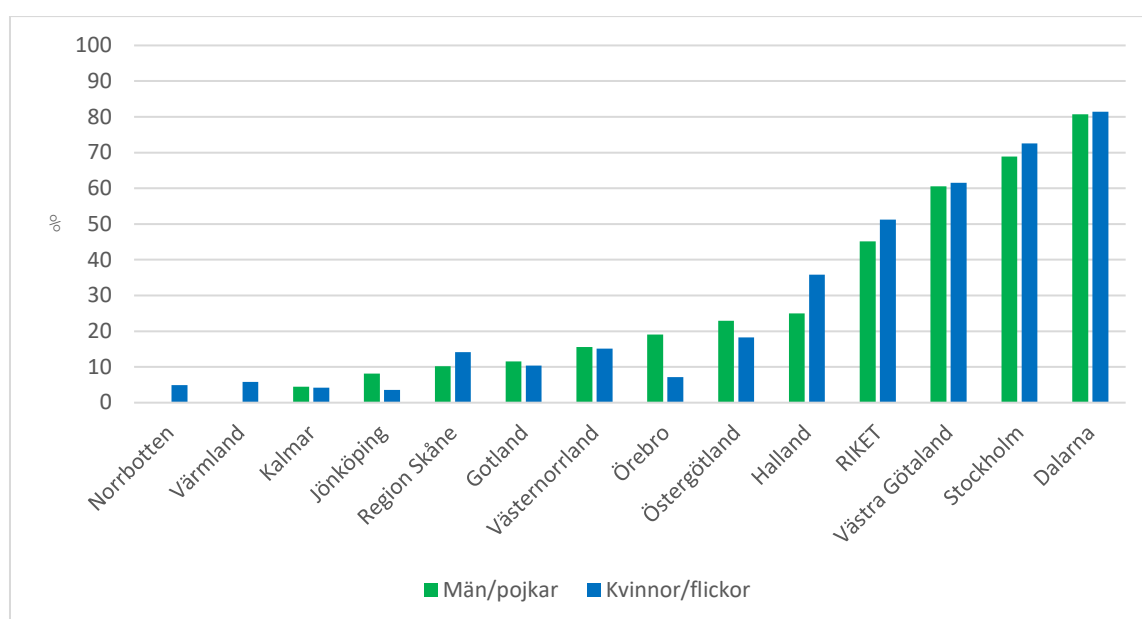
BUSA rapporterar kvartalsvis 6 kvalitetsindikatorer på Vården i Siffror (<https://vardenisiffror.se/>). Indikatorerna redovisas för riket som helhet, för varje region och för alla enheter som under perioden registrerat behandlingsuppföljning för fler än 10 unika individer. De 6 indikatorerna är:

- Andel barn och unga med läkemedel mot adhd där längd och vikt har kontrollerats
- Andel personer med läkemedel mot adhd där puls och blodtryck har kontrollerats
- Andel personer med adhd-behandling som har fått en vårdplan upprättad
- Andel personer med läkemedel mot adhd som också fått annan strukturerad icke-farmakologisk behandling (visas i figur 16 ovan)
- Andel personer med adhd-behandling där en strukturerad symtomskattning redovisats
- Andel personer med adhd-behandling där en skattning av funktionsförmågan har gjorts (CGAS för barn och ungdomar, GAF-funktion för vuxna).

Indikatorerna är av typen processindikatorer och är valda så att de ska spegla vad som anges i rekommendationer och riktlinjer för adhd-behandling. Indikatorerna för kontroll av längd och vikt hos barn med adhd-läkemedel och för puls och blodtryck hos alla med adhd-läkemedel visar över lag höga värden. Det talar för en generellt god följsamhet till behandlingsrekommendationer vad gäller läkemedelsuppföljning. För kunna utvärdera effekten av behandlingsinsatserna rekommenderas bland annat uppföljning med strukturerad egenskattning av symtom och screening för eventuell biverkan vid läkemedelsbehandling.

I BUSA kan man registrera vuxnas egenskattning av grad av adhd-symtom enligt skattningsformuläret ASRS-S. För barn och unga använder BUSA den strukturerade symtomskattning SNAP-IV som ska fyllas i av föräldrar och lärare. Frågorna i både ASRS och SNAP-IV utgår från diagnoskriterierna för adhd. I SNAP-IV ingår också frågor om symtom på trotssyndrom.

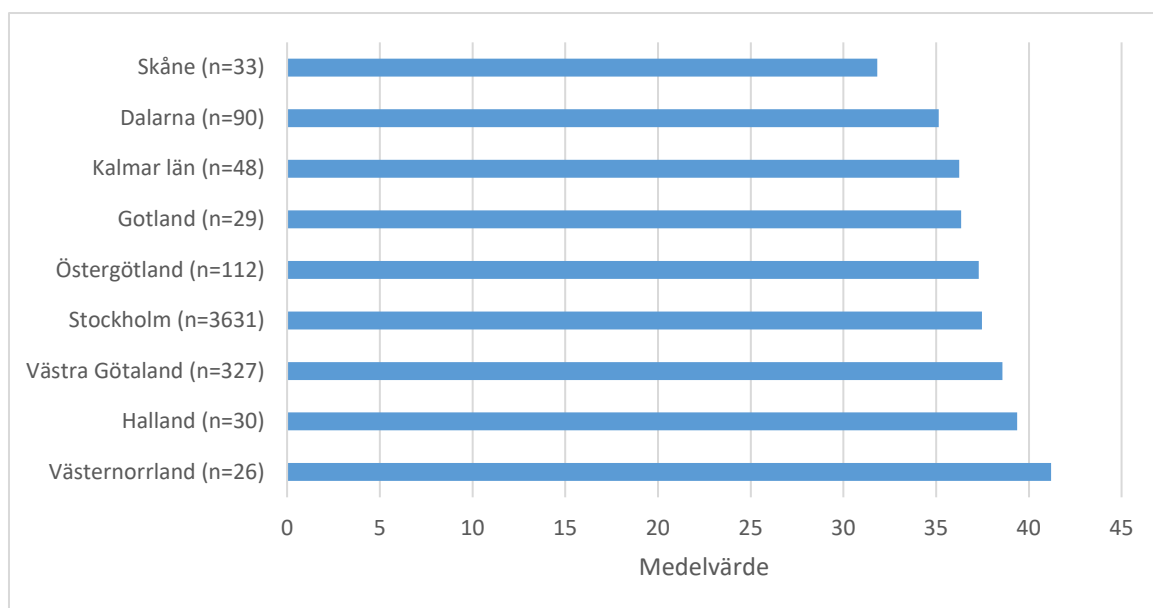
I figur 17 visas andelen registreringar där värden på ASRS-S eller SNAP-IV har rapporterats, för respektive region och för riket som helhet, uppdelat på män/pojkar respektive kvinnor/flickor. Som framgår av figuren är variationen mellan regionerna stor. En del av den regionala variationen kan eventuellt förklaras av att någon annan symtomskattningsskala än ASRS-S eller SNAP-IV har använts.



Figur 17. Andel registreringar år 2019 där det registrerats ett värde för en strukturerad symtomskattning (ASRS-S eller SNAP-IV) fördelade på regioner och för riket som helhet, för män/pojkar respektive kvinnor/flickor. Regioner med 10 eller färre registreringar för män/pojkar och/eller kvinnor/flickor visas inte.

Medelvärden på ASRS-S för respektive region visas i figur 18. Maxvärdet i skattning enligt ASRS-S är 72, vilket motsvarar att man svarat ”mycket ofta” på alla 18 frågorna. Värdet 36 kan t ex motsvara att man svarat ”ofta” på 12 frågor och ”aldrig” på 6 frågor.

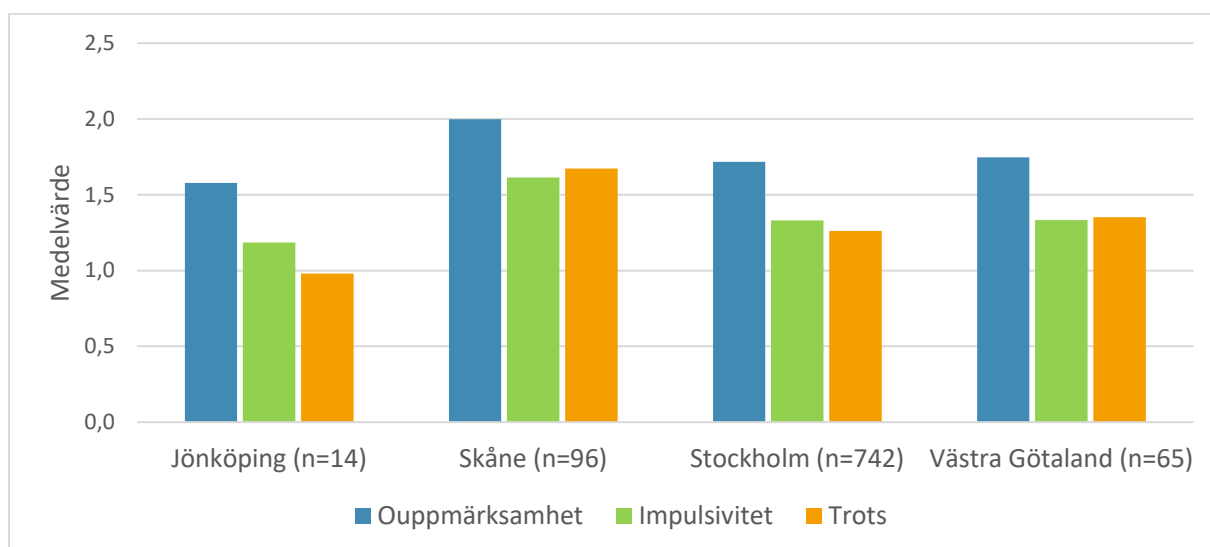
..



Figur 18. Medelvärden för ASRS-S i respektive region för registreringar under år 2019. Om en region har rapporterat färre än 10 skattningar redovisas inte medelvärdet för den regionen. Antal rapporterade ASRS-skattningar per region anges inom parentes.

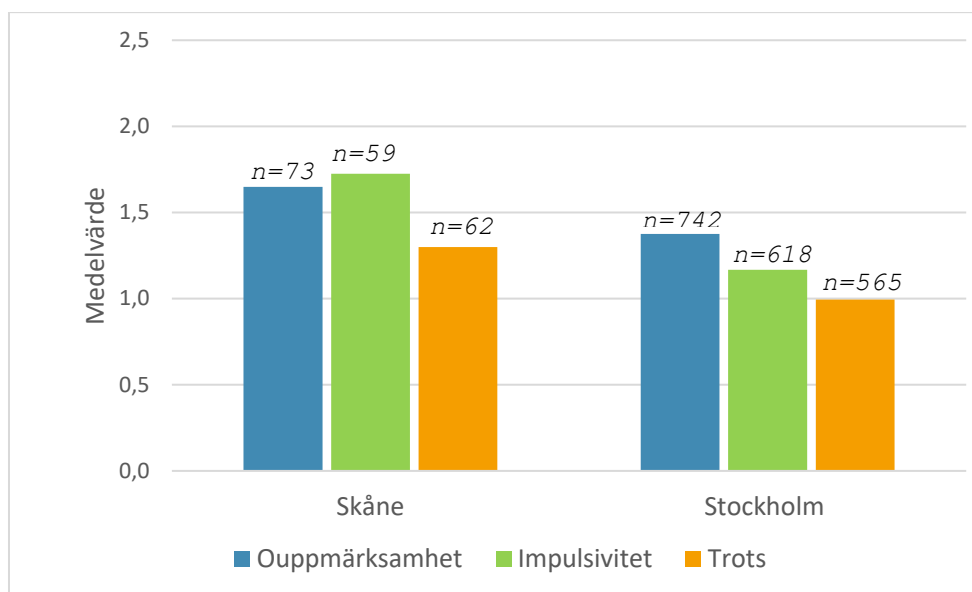
I figurerna 19a och 19b visas medelvärdena av föräldraskattningarna respektive lärarskattningarna i SNAP-IV-formuläret. Högsta möjliga medelvärde är 3, vilket motsvarar att alla symtom förekommer ”våldigt mycket”. Värdet 1 motsvarar ”bara lite” och värdet 2 motsvarar ”en hel del”.

Föräldraskattning:



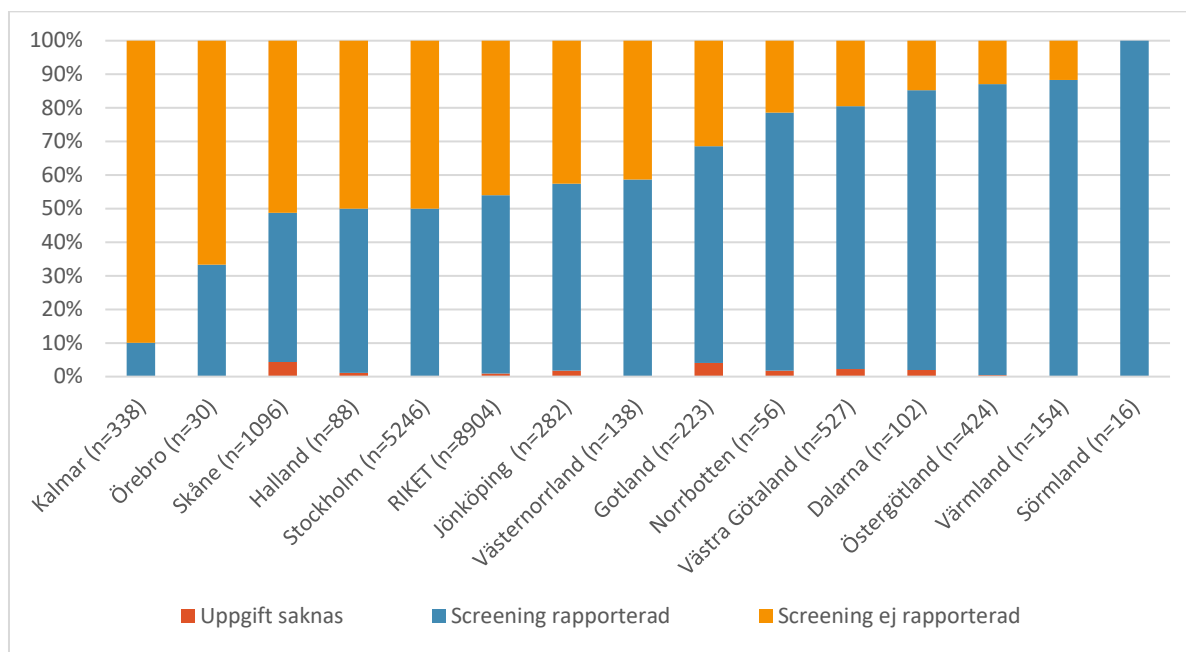
Figur 19a. SNAP-IV, föräldraskattning, medelvärden. Om en region har rapporterat färre än 10 skattningar redovisas inte medelvärdet för den regionen. Antal skattningar av symtom på ouppmärksamhet anges inom parentes.

Lärarskattning:



Figur 19b. SNAP-IV, lärarskattning, medelvärden. Antal rapporterade skattningar (n) av symptom inom respektive område anges ovanför motsvarande stapel. Om en region har rapporterat färre än 10 skattningar redovisas inte medelvärdet för den regionen.

I figur 20 visas andel personer med läkemedel mot adhd där screening för biverkan har rapporterats.



Figur 20. Andel barn och vuxna i BUSA 2019 med läkemedel mot adhd där det har rapporterats att screening för läkemedelsbiverkan har gjorts. Antal rapporterade barn och vuxna med läkemedel mot adhd anges inom parentes. Regioner som rapporterat färre än 10 individer med läkemedel mot adhd redovisas inte.

Bilaga 1 Frågeformulär BUSA 2.0

BUSA BehandlingsUppföljning Säkerställd ADHD

Alla frågor avser de senaste 12 månaderna

Personnummer - Informationsdatum

Diagnostik

1. ADHD-diagnos enligt ICD-10 F90.0 ☐ F90.0A ☐ F90.0B ☐ F90.0C ☐ F90.0X ☐ F90.1 ☐ F90.8 ☐ F90.9 ☐ F98.8 ☐
2. Diagnosår ICD-10
3. ADHD-diagnos enligt DSM Uppmärksamhetsstörning/ hyperaktivitet, i kombination ☐ Huvudsakligen bristande uppmärksamhet ☐
Huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet ☐ Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning UNS ☐
4. Övriga diagnoser enligt ICD-10, F-kapitlet
5. Somatiska diagnoser enligt ICD-10

Sysselsättning och försörjning

6. Studerar utan särskilt stöd eller anpassad studiegång Ja ☐ Nej ☐
7. Arbetar på den reguljära arbetsmarknaden Ja ☐ Nej ☐
8. Sjukersättning Ja ☐ Nej ☐

Somatisk och psykisk status

9. Gravid för närvarande Ja ☐ Nej ☐
10. Ammar för närvarande Ja ☐ Nej ☐
11. Självskadande handling utan suicidavsikt Ja ☐ Nej ☐
12. Suicidförsök Ja ☐ Nej ☐
13. Vårdats i psykiatrisk slutenvård Ja ☐ Nej ☐
14. Vårdplan Ja ☐ Nej ☐
15. SIP (Samordnad Individuell Plan) Ja ☐ Nej ☐
16. Drogsscreening med urinprov Ja ☐ Nej ☐
17. Utsatts för hot eller våldsam handling av en annan person Ja ☐ Nej ☐
18. Utfört en våldsam handling eller riktat ett allvarligt hot mot en annan person Ja ☐ Nej ☐
19. Längd cm
20. Vikt , kg
21. Puls slag/minut
22. Systoliskt blodtryck mmHg
23. Diastoliskt blodtryck mmHg

Pedagogiska och psykosociala interventioner

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 24. Systematisk psykologisk behandling individuellt | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 25. Systematisk psykologisk behandling i grupp | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 26. Systematisk psykologisk behandling med familj/anhörig | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 27. Individuell information och undervisning riktat till patient | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 28. Information och undervisning riktat till patient i grupp | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 29. Information och undervisning riktat till närstående | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 30. Hälsofrämjande insatser / levnadsvanor | Ja ☐ | Nej ☐ |

Kontakter senaste 12 månaderna

- | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 31. Arbetsterapeut individuellt | Ja ☐ | Nej ☐ | 35. Sjuksköterska | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 32. Arbetsterapeut i grupp | Ja ☐ | Nej ☐ | 36. Psykolog | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 33. Fysioterapeut | Ja ☐ | Nej ☐ | 37. Kurator/socionom | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 34. Läkare | Ja ☐ | Nej ☐ | | | |

Farmakologisk behandling

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 38. Läkemedel mot ADHD | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 39. Amfetamin | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 40. Atomoxetin | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 41. Dexamfetamin | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 42. Lisdexamfetamin | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 43. Metylfenidat | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 44. Guanfacin | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 45. Läkemedelsgenomgång av läkare | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 46. Systematisk undersökning/screening av läkemedelsbiverkan | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 47. Utsättning av läkemedel mot ADHD på grund av biverkan | Ja ☐ | Nej ☐ |

Behandlarbedömning och PROM

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 48. WHODAS 2.0 (12-60) | ☐ ☐ ☐ |
| 49. WHO-5 (0-100) | ☐ ☐ ☐ |
| 50. CGAS (0-100) | ☐ ☐ ☐ |
| 51. GAF funktion (0-100) | ☐ ☐ ☐ |
| 52. GAF symptom (0-100) | ☐ ☐ ☐ |
| 53. ASRS-v.1-1 Total poäng (0-72) | ☐ ☐ |

SNAP IV

- | | | | | |
|--|-----------------------|--|--------------------|--|
| SNAP IV uppmärksamhetsstörning (0-3) | 54. Föräldraskattning | ☐ , ☐ ☐ | 58. Lärarskattning | ☐ , ☐ ☐ |
| SNAP IV impulsivitet/överaktivitet (0-3) | 55. Föräldraskattning | ☐ , ☐ ☐ | 59. Lärarskattning | ☐ , ☐ ☐ |
| SNAP IV kombinerad (0-3) | 56. Föräldraskattning | ☐ , ☐ ☐ | 60. Lärarskattning | ☐ , ☐ ☐ |
| SNAP IV ODD(0-3) | 57. Föräldraskattning | ☐ , ☐ ☐ | 61. Lärarskattning | ☐ , ☐ ☐ |