

Till IVO avdelning Öst

Begäran om tillsyn av sjukvården, innefattande BUP, Barn- och Ungdomsmedicin, skolhälsovård, BVC för barn i Nykvarn gällande diagnostik och behandling av ADHD. Begäran gäller granskning enligt Patientsäkerhetslagen

I TV-programmet Första Hjälpens avsnitt 5 SVT 24 nov

<http://www.svtplay.se/video/4962946/forsta-hjalpen/forsta-hjalpen-avsnitt-5?start=auto>

Sägs 01:50 ”I Nykvarn skrivs ut mest ADHD medicin till unga pojkar i hela landet.”

08:50 ”I Nykvarn får så många som 12% av alla pojkar mellan 10-17 år ADHD medicin utskrivna. Det är mest i hela Sverige”

Det framgår i programmet inte vilken typ av medicin men det är så pass hög förskrivning och enligt programmet mest i Sverige att det måste ges en rimlig förklaring.

Anna-Karin Söderström, barn- och skolläkare som medverkar i programmet får frågan om orsaken till just Nykvarn ligger så högt i ADHD-statistiken. Hon menar att det 18:20.”Dels faktiskt varit duktiga under lång tid hitta dom här barnen för att just ge tidiga insatser, det handlar inte bara om medicinering. Det kan också vara så att när man haft den här stora utredningsboomen nu så har man haft svårt att riktigt sätta gränsen i landstinget i utredningsteamet så man även fångat en subklinisk grupp med väldigt lindriga symtom.” Hon tillägger klokt att hon ”hoppas att det är på det sättet.”

Detta förefaller mycket anmärkningsvärt. Prevalensen för ADHD är 3-5% bland barn, och högre för pojkar¹ men varför så många just i Nykvarn? Om, vilket tyvärr felaktigt påstås se nedan, ADHD hade hög ärftlighet, är det snarast en genetisk sensation med en sådan ansamling. Sannolikt är det andra yttre omständigheter och framförallt överdiagnostik, då även subkliniska fall med lite symtom, som dr Söderström säger, men då ska de definitivt inte ha medicin! Medicin vars effekt är osäker och skadeverkningar på lång sikt inte undersökta, se nedan. Det kan därför inte vara förenligt med patientsäkerheten med överdiagnostik och övermedicinering varför denna begäran att IVO undersöker detta i enlighet med FN:s barnrättskommittés förslag:

Sverige har i februari 2015 fått skarp kritik för överdiagnostik och övermedicinering av ADHD av FN:s barnrättskommitté

”42. The Committee notes with concern:

(a) The significant increase in the number of children diagnosed with so-called learning or behavioural disorders, in particular Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD); and

(b) The rise in the prescription of amphetamine and amphetamine-like psychostimulant drugs, mostly in form of methylphenidate, without proper consideration to their secondary effects and the addiction resulting from these drugs.

43. The Committee urges the State party to establish a system of independent expert monitoring of the diagnosis of

ADHD and other behavioural specificities, and of the use of drug treatments for these children; and to:

(a) Undertake independent research on diagnosis methods used in the determination of child mental health problems; and

(b) Ensure that appropriate and scientifically-based psychological counselling and specialised support for children, their parents and teachers is given priority over the prescription of drugs in addressing ADHD and other behavioural specificities.

44. The Committee is concerned that while the rates of mental health and psychosocial disorders are high among young people, school health services are under-resourced to address them in a timely and appropriate manner and that access to school psychologists and the psychosocial support system involves a long waiting period.

45. The Committee recommends that the State party increase the resources available for school health services to ensure that children have access to and receive appropriate psychosocial and mental-health support and psychiatric health care in a timely manner, as already recommended by the CRPD (CRPD/C/SWE/CO/1, para. 18).” p. 9-10 (Kan laddas ned från <https://blog.unicef.se/2015/02/04/fn-kraver-att-sverige-lever-upp-till-barnkonventionen/>)

Även EU:s parlamentariska församling tar upp problemet med överdiagnostik och övermedicinering och uppmanar WHO till striktare diagnoskriterier.
<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=21596&lang=en>

FN:s barnrättskommitté har fog för sin kritik.

Det saknas vetenskapligt underlag för att benämna ADHD för ett ”neuropsykiatriskt funktionshinder”, utan den modell som bäst kan förklara uppkomsten av ADHD är en stress-sårbarhetsmodell².

ADHD påstås helt felaktigt ha hög ärftlighet 80%.

För det första har originalartiklarna siffror på 40-80%, medan neuropsykiatriförespråkare konsekvent väljer den högre siffran och mot originalförfattarnas egen bedömning³.

För det andra är det *heritabilitet* man visat, vilket är något helt annat än ärftlighet vilket lätt förstås av att TBC också har en heritabilitet på 80 %, fast vi vet att TBC orsakas av en bakterie. Heritabilitet är ett mått på hur mycket av **variansen i en population** som beror på gener. Det betyder **inte** att 40-80% av orsaken är genetisk!⁴ En varians som när det gäller TBC handlar om motståndskraft. Men utan bakterie ingen TBC. Så med stor sannolikhet samma med ADHD - utan miljöpåverkan ingen eller mycket sällan ADHD.

För det tredje har det nu på senaste åren visats att det finns en ospecifik ärftlighet, dvs. för olika psykiska tillstånd, men endast 15 %, vilket helt stödjer just en stress sårbarhetsmodell och inte “neuropsykiatri”⁵.

SBU⁶ visar att vi inte vet om medicinering bidrar till ökat missbruk och förordar mer forskning. Lars Jacobsson ordförande i SBU:s expertgrupp om ADHD sade i vetenskapsradion att det inte heller ges pengar till någon forskning på långtidseffekter⁷ fast det enligt SBU bara finns studier som talar för effekt i 6 mån vid medicinsk behandling av ADHD⁸.

I den stora MTA studien som låg till grund för att behandla ADHD med centralstimulantia (CS) fanns ingen placeboarm⁹ ! Man visade att farmaka+ beteendeterapi var bättre än beteendeterapi men undersökte inte placebo + beteendeterapi ! Med den massiva marknadsföringen av ADHD som ”neuropsykiatri” med biologisk orsak kan man förvänta sig en mycket stor placeboeffekt med biologisk/farmakologisk behandling.

SBU anger *sex korta (4-12v)* kontrollerade studier med totalt runt 500 patienter där farmaka ≥ placebo.

Vid en helt ny genomgång 2015 vid Cochrane Institutet¹⁰ dras slutsatsen att man inte kan vara säker på någon positiv effekten på livskvaliteten av CS pga. studiernas bristande kvalitet Det finns inga riktigt långa studier med placebo (1- 425 dar, medel 75 dar). Och inga studier med aktiv placebo, dvs. som ger samma biverkningar som farmaka, vilket krävs då biverkningarna annars lätt avslöjar att man fått farmaka och blindheten bryts.

Mot bakgrund av uppgifterna om att 12 % av alla pojkar mellan 10-17 år i Nykvarn medicinerar med ADHD medicin vars effekt och risker enligt ovan är dåligt undersökta är det en fråga om patientsäkerheten i Nykvarn åsidosätts, vilket jag begär att IVO granskar.

Örebro 151130

Jan Pilotti
leg läkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri,
pensionär f.d. överläkare Universitetssjukhuset i Örebro

Pilotti Läkande Lärande
Ormesta 521
705 95 Örebro

dr.pilotti@telia.com

Pilotti Science&Art
www.drpilotti.info/eng

Referenser

¹Studier visar stor variation men ”I manualen till DSM-IV anges som sammanfattning att 3–5 procent av alla barn i skolåldern har ADHD (APA, 1994), vilket är en uppgift som utgår från konsensus bland experter.” s. 47 i ADHD hos barn och Vuxna Socialstyrelsen 2002 https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10942/2002-110-16_200211017.pdf där olikheter i prevalensstudier utförligt diskuteras. Där skrivs även s.47 ”Prevalensen för ADHD hos pojkar har i olika populationsstudier visat sig vara 3 till 6 gånger högre än hos flickor (Szatmari m.fl., 1989c).” och den studien visar enl. tabellen s.43 prevalens för flickor 3,3 % och för pojkar 9 % hos barn 4-16 åringar enl. DSM III. DSM-IV ger enligt andra studier större förekomst än DSM III R s. 45. Men på andra sidan lägre prevalens hos tonåringar enl. s. 45 Så det är svårt att få någon ”sann” siffra för prevalens men att Nykvarn har högst förskrivning av ADHD medicin bör ändå undersökas och förklaras.

² Ljungberg, T. (2008) AD/HD i nytt ljus. Exiris

Timimi S. and 33 co-endorsers (2004). A critique of the international consensus Statement on ADHD. Clinical Child and Family Psychology Review 7, 59-63 citerad från Timimi & Leo eds. Rethinking ADHD, from brain to culture. Palgrave Macmillan 2009. p. 79

Kihlbom, M. (2011) Etiologi och behandling vid ADHD. Glöm inte faktorerna omognad och psykosociala svårigheter. Läkartidningen nr 1–2 volym 108, s 34-35.
<http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=15792>

Pilotti, J. (2012a) ADHD koloss på lerfötter Tidskriften Svensk Psykiatri nr 3 s .38-39
<http://www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html>

Pilotti, J. (2012b) Till kritiken av en felaktig och förenklad bild av ADHD 2012b
<http://www.drpilotti.info/adhd.html>

³ Se not 1 Ljungberg, T. s 53- 88 särskilt 69ff

⁴ Se not 1 Ljungberg, T. s. 58-63 not 1 Pilotti, J. 2012a,b

” Heritability estimates reflect the amount of variation in genotypic effects compared to variation in environmental effects. Heritability estimates are often misinterpreted if it is not understood that they refer to the proportion of variation between individuals in a population that is influenced by genetic factors. Heritability describes the population, not individuals within that population. For example, it is incorrect to say that since the heritability of a personality trait is about 0,6, that means that 60% of your personality is inherited from your parents and 40% comes from the environment” <http://en.wikipedia.org/wiki/Heritability> Exempel. I en värld där alla rökte 20 cigaretter om dagen skulle heritabiliteten för lungcancer bli nära 1 för alla är utsatta för orsaken och genetisk variationen i motståndskraft förklarar helt varför vissa blir sjuka. Däremot är heritabiliteten för antal fingrar låg fast ärftligheten för 5 fingrar är mycket hög. Variationen i antalet fingrar beror mest på olyckshändelser och inte gener. Se även <http://plato.stanford.edu/entries/heredity/>

⁵ Ljungberg, T. 2015 Personlig kommunikation

⁶ . SBU 2013 <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/ADHD---diagnostik-och-behandling-vardens-organisation-och-patientens-delaktighet/>

⁷ Jacobsson L. 2015 <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=406&artikel=6243774>
31 aug 2015

⁸ < 6 mån effekt: SBU 2012 <http://www.sbu.se/sv/Press/Arkiv/Pressmeddelande/ADHD/>

“De studier som inkluderats har alla varit dubbelblinda, randomiserade och placebokontrollerade. Dessa studier är överlag korta (ofta 4 –12 veckor) och flertalet har läkemedlets effekt i fokus. s. 88

http://www.sbu.se/upload/psykiatrirapport_regeringen120111/Diagnostik%20och%20behandling%20av%20ADHD%20och%20autismspektrumtillst%C3%A5nd.pdf

⁹ Jensen P. S., et al. 3-Year Follow-up of the NIMH MTA Study J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2007;46(8) 989-1002. Som också visar att den positiva effekten av medicin inte fanns kvar efter 36 månader. <http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2809%2961550-1/abstract?cc=y=>

¹⁰ Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009885.pub2/abstract;jsessionid=A680C2D6FBAD097157D06161F46D509.f03t03>

se även <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=406&artikel=6310080>