

av dem är egentligen 3 månader, dvs. 3+3 ska bli 9!

Minimitiden för psykiatri är 3 månader och min uppfattning är att *det blir 3 månader* som AT-läkaren tjänstgör inom psykiatri medan kirurgi- och medicinplaceringen kan lätt bli kirurgi- och medicinåret. Jag hade själv ett sånt AT-block med 1 års kirurgi-medicin. Vilken signal sänder detta?

Ett ytterligare exempel är att det har funnits en period då det inte har varit obligatorisk för den blivande distriktsläkaren att sidoutbilda sig inom psykiatri! Tack och lov verkar det ha ändrats och de sidoutbildar sig nu hos oss i ungefär tre månader. Tre månader ska täcka den kunskap som krävs för 1/3 av deras patienter.

Vilken signal sände och sänder detta?

Hur viktig är psykiatrikunskapen? Hur rekryterar vi blivande psykiatrer? Genom att minimera psykiatritjänstgöringen? Hur behåller vi psykiatrerna sen? Genom att överbelasta dem och be dem att ställa upp och täcka på flera ställen samtidigt? Dags att agera nu!

Mona Soholat
Specialistläkare i vuxenpsykiatri
Överläkare och klinikstudierektor
Psykiatrisk akut- och heldygn
Region Örebro län
mona.soholat@regionorebrolan.se



Centralstimulantia har ingen bevisad effekt vid ADHD enligt Cochrane

MTA-studien hade ingen placeboarm¹.

SBU angav 2012 sex placebokontrollerade studier som visade effekt men bara undersökt till 6 månader, oftast 4-12 veckor².

Jag väckte då i SP frågan³ om man använt aktiv placebo, dvs. som ger samma biverkningar som farmaka, vilket krävs då biverkningarna annars lätt avslöjas att man fått farmaka.

Nu bedömer Cochrane-institutet att det inte finns någon tillräckligt bra lång studie med placebo. Studierna antyder effekt men studiernas låga kvalitet gör att man inte kan dra någon säker slutsats om effektens styrka. Och inga studier har gjorts med aktiv placebo.⁴

Det pågår en kraftig ökning av förskrivningen av centralstimulantia som alltså inte har säkerställd effekt, där vi inte känner till långtidsbiverkningar och risken för beroendeutveckling² och det forskas inte heller på detta. Det prioriteras inte och ges inga pengar⁵. Fast läkemedelsindustrin gör storvinster på centralstimulantia.

När kommer myndigheterna ta sitt ansvar?

Vad gör barnpsykiatriska föreningen?

Varje läkare har också sitt individuella etiska ansvar. Då det inte heller finns någon vetenskaplig grund för att ADHD är "neuropsykiatri" utan tvärtom att ADHD bäst förklaras med stress-sårbarhet⁶, menar jag att detta måste innebära kraftigt minskad förskrivning av CS och fokusering på annan behandling, som biofeedback⁷ och kognitiv beteendeterapi och ACT och familjeterapi⁸, samt att verka för mer forskning om och åtgärdande av psykosociala och socioekonomiska orsaker till ADHD⁹.

Jan Pilotti
Pensionerad ungdomspsykiater
Fil. kand. matematik, teoretisk fysik

Referenser

(övriga på <http://www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html>)

4. Storebø O J, Ramstad E, Krogh H B, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009885.pub2/abstract;jsessionid=A680C2D6BF>

Referenser till Centralstimulantia har ingen bevisad effekt vid ADHD enligt Cochrane institutet

1. Jensen P S, Arnold LE, Swanson J M, et al. 3-Year Follow-up of the NIMH MTA Study
J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2007;46(8): 989-1002.
[http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)61550-1/abstract?cc=y=](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)61550-1/abstract?cc=y=)
2. 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 i Diagnostik och behandling av ADHD autismspektrumtillstånd finns på länken ovan.
3. Pilotti, J. (2012a) ADHD koloss på lerfötter. Tidskriften Svensk Psykiatri nr 3 s .38-40
4. Storebø O J, Ramstad E, Krogh H B, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26599576>
5. Jacobsson L. ordförande i SBU:s expertgrupp om ADHD Vetenskapsradion 2015
<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=406&artikel=6243774>
6. Ljungberg, T. AD/HD i nytt ljus. 2008 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
- Pilotti, J. (2012a) not 2
- Pilotti, J. (2012b) Till kritiken av en felaktig och förenklad bild av ADHD 2012b
<http://www.drpilotti.info/adhd.html>
7. Hasslinger, J., Bölte, S. (2015). Neurofeedbackträning vid ADHD. Tidskriften Svensk Psykiatri nr 3
8. 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>
9. Socialstyrelsen (2015) Användningen av centralstimulantia vid adhd. Utvecklingen regionalt och i riket. s.15
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19821/2015-5-12.pdf>
särskilt
- Hjern A, Weitoft GR, Lindblad F. (2010) Social adversity predicts ADHD-medication in school children –a national cohort study. Acta Pædiatrica 2010; 99:920–924