

Fortsatt ökad användning av adhd-läkemedel 2017

Uttagen av adhd-läkemedel fortsätter att öka i befolkningen. I detta faktablad redovisar Socialstyrelsen den senaste utvecklingen. Resultaten är baserade på uppgifter som finns i myndighetens läkemedelsregister om uthämtade adhd-läkemedel på apotek till och med 2017.

Antalet personer i åldrarna 5–64 år som hade minst ett uttag av något adhd-läkemedel 2017 var 111 000 (tabell 1). Detta motsvarar en andel på 1,5 procent av befolkningen 5–64 år. I tabellen redovisas också fördelningen beträffande användningen av olika adhd-läkemedel. Sjuttio procent av personerna hade uttag av läkemedlet metylfenidat, vilket är det preparat som utgör förstahandsval vid behandling av adhd.

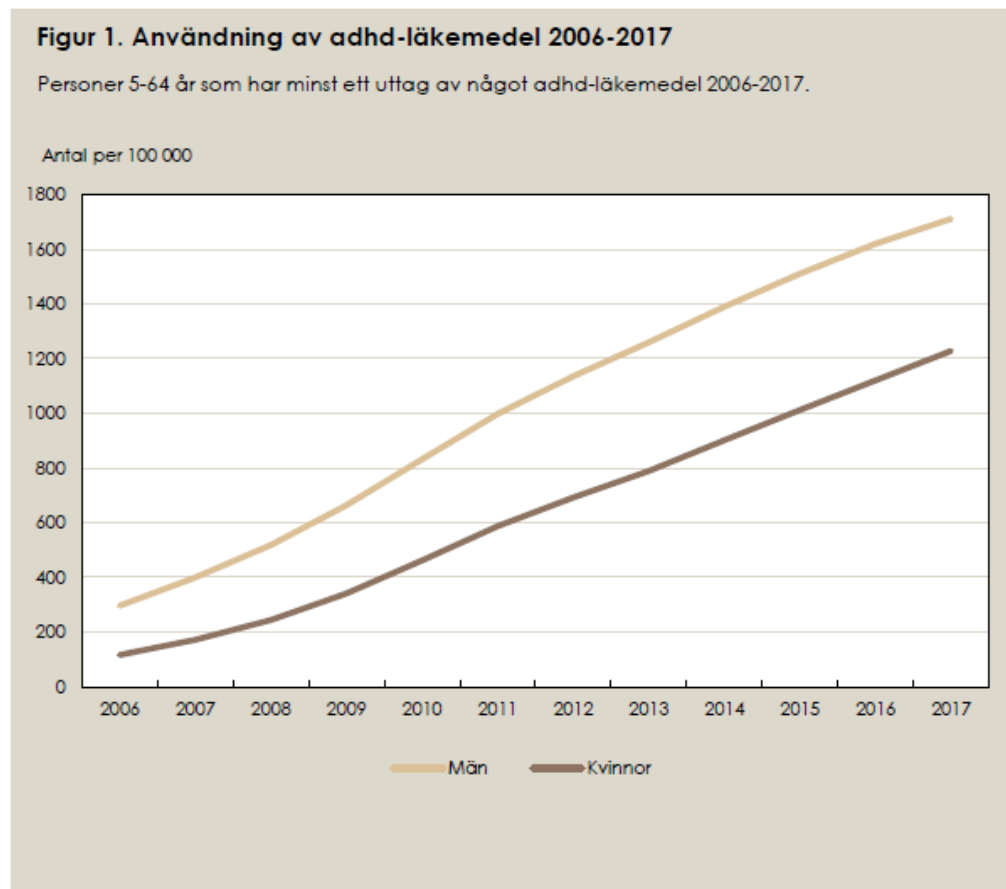
Tabell 1. Användning av adhd-läkemedel 2017.

Antal unika personer med minst ett uttag av något adhd-läkemedel 2017, samt hur användningen* fördelades mellan olika adhd-läkemedel (andel i procent).

	Antal personer	Amfetamin	Dexamfetamin	Lisdexamfetamin	Metylfenidat	Atomoxetin	Guanfacin
Män (åldersklasser)							
5–9	4 584	0,0	1,7	25,7	83,5	19,6	12,5
10–17	26 403	0,01	1,2	29,1	75,1	15,0	7,4
18–24	10 235	0,2	3,3	28,7	70,1	12,2	1,8
25–34	10 568	0,5	9,2	38,6	64,6	9,3	1,6
35–44	7 253	1,0	10,5	38,6	63,0	9,2	2,0
45–54	4 785	1,8	9,2	34,2	65,9	8,4	1,8
55–64	1 929	2,5	9,6	31,0	65,8	8,1	1,7
Kvinnor (åldersklasser)							
5–9	1 294	0,0	2,3	25,9	80,8	20,3	10,7
10–17	11 604	0,01	1,2	33,0	74,2	15,5	6,0
18–24	9 455	0,2	3,7	34,4	68,9	11,5	1,6
25–34	9 687	0,7	9,5	39,8	65,8	9,3	1,1
35–44	6 640	1,9	10,9	39,8	64,3	9,0	1,3
45–54	4 683	2,5	9,3	32,8	66,1	9,6	1,6
55–64	1 674	5,4	10,2	29,6	63,7	8,5	1,7
Totalt	110 794	0,6	5,3	33,3	70,1	12,2	4,0

*En person kan ha haft ett uttag av ett läkemedel men trots detta inte ha använt läkemedlet. Allmänt fungerar dock ett läkemedelsuttag på apotek som ett antagande, eller en proxy för, att läkemedlet kommer att användas. I tabellen kan en person ha haft uttag av olika adhd-läkemedel under året, exempelvis på grund av byte av ett läkemedel till ett annat eller på grund av samtidig behandling med två olika läkemedel (därför summeras radprocent till mer än 100 procent beträffande hur användningen fördelades mellan olika läkemedel).

Under perioden 2006–2017 har andelen personer med uttag av adhd-läkemedel ökat (figur 1). Barn 10–17 år har flest uttag, där andelen pojkar med uttag var 5,6 procent och andelen flickor 2,6 procent 2017 (redovisas inte i ett diagram).



Bland de som har uttag av adhd-läkemedel under ett givet kalenderår har andelen nya personer med läkemedelsuttag ökat under perioden 2006–2017 (figur 2). Att allt fler nya personer har uttag av adhd-läkemedel är en direkt konsekvens av att allt fler nydiagnostiseras med adhd¹.

Nya personer med uttag av adhd-läkemedel fortsätter ofta med uttag åren därpå med följd att antalet användare av adhd-läkemedel i befolkningen fortlöpande växer². På sikt förväntas dock ökningen av andelen nya personer med uttag av läkemedel att stabiliseras och andelen användare i befolkningen kommer därför att mattas av på en viss nivå³.

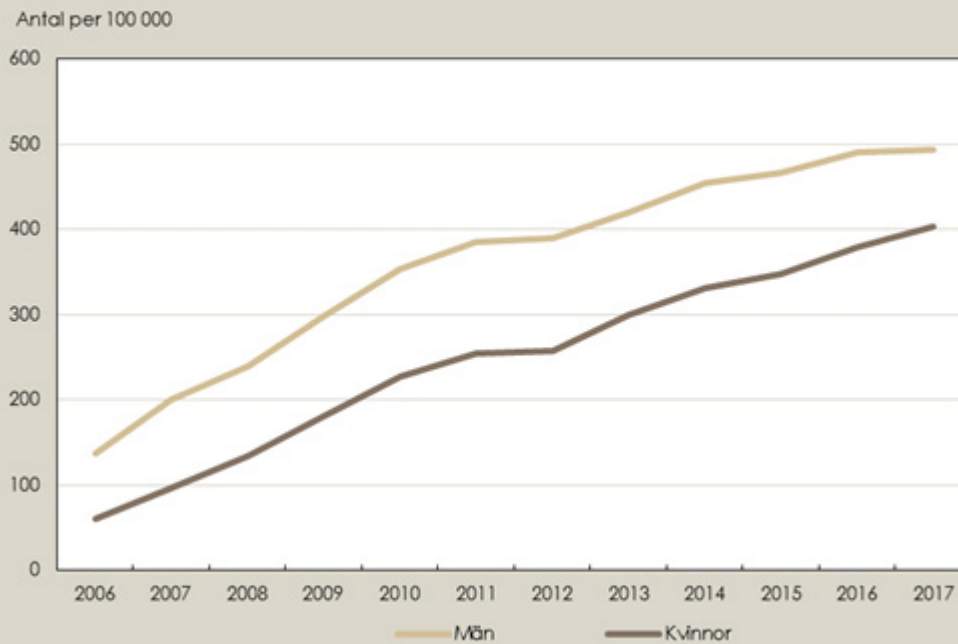
¹ Det har inte blivit vanligare i dag jämfört med tidigare att personer som diagnostiseras med adhd får adhd-läkemedel. Andelen personer som påbörjar läkemedel efter diagnos har varit konstant sedan 2006. För pojkar och flickor 10-17 år, exempelvis, har andelen som påbörjar läkemedelsbehandling efter diagnos varit omkring 75 % varje år. .

² Andelen personer med uttag av adhd-läkemedel som årligen lämnar populationen "läkemedelsanvändare" har varit konstant genom åren. Personer kan lämna populationen exempelvis på grund av att de slutar att använda läkemedel, flyttar utomlands eller avlider. Om andelen personer som lämnar populationen är oförändrad över tid, samtidigt som andelen personer som går in i populationen är ökande, kommer populationen av "läkemedelsanvändare" att växa (vilket är situationen i dag).

³ Eftersom andelen personer med tillståndet adhd i befolkningen antas vara konstant över tid förväntas också andelen personer med uttag av adhd-läkemedel bli konstant på sikt (förutsatt "allt annat lika" som exempelvis behandlingspraxis efter diagnos).

Figur 2. Nya personer med uttag av adhd-läkemedel 2006-2017

Nya personer* 5-64 år som har ett uttag av något adhd-läkemedel 2006-2017.



*Förekomsten av nya personer med läkemedelsuttag har beräknats med en väntefördelning, se Hallas med flera Epidemiology 1997; 8. The waiting time distribution as a graphical approach to epidemiologic measures of drug utilization.

Användningen av adhd-läkemedel varierar mellan landets kommuner. Om ett antagande görs att förekomsten av adhd är lika överallt i landet, samtidigt som det förväntas en viss nivå beträffande andelen personer som ska ha läkemedelsuttag⁴, uppstår frågan om kommuner som avviker från den förväntade nivån gör detta på grund av en statistisk osäkerhet (som ökar då det finns få barn i en kommun).

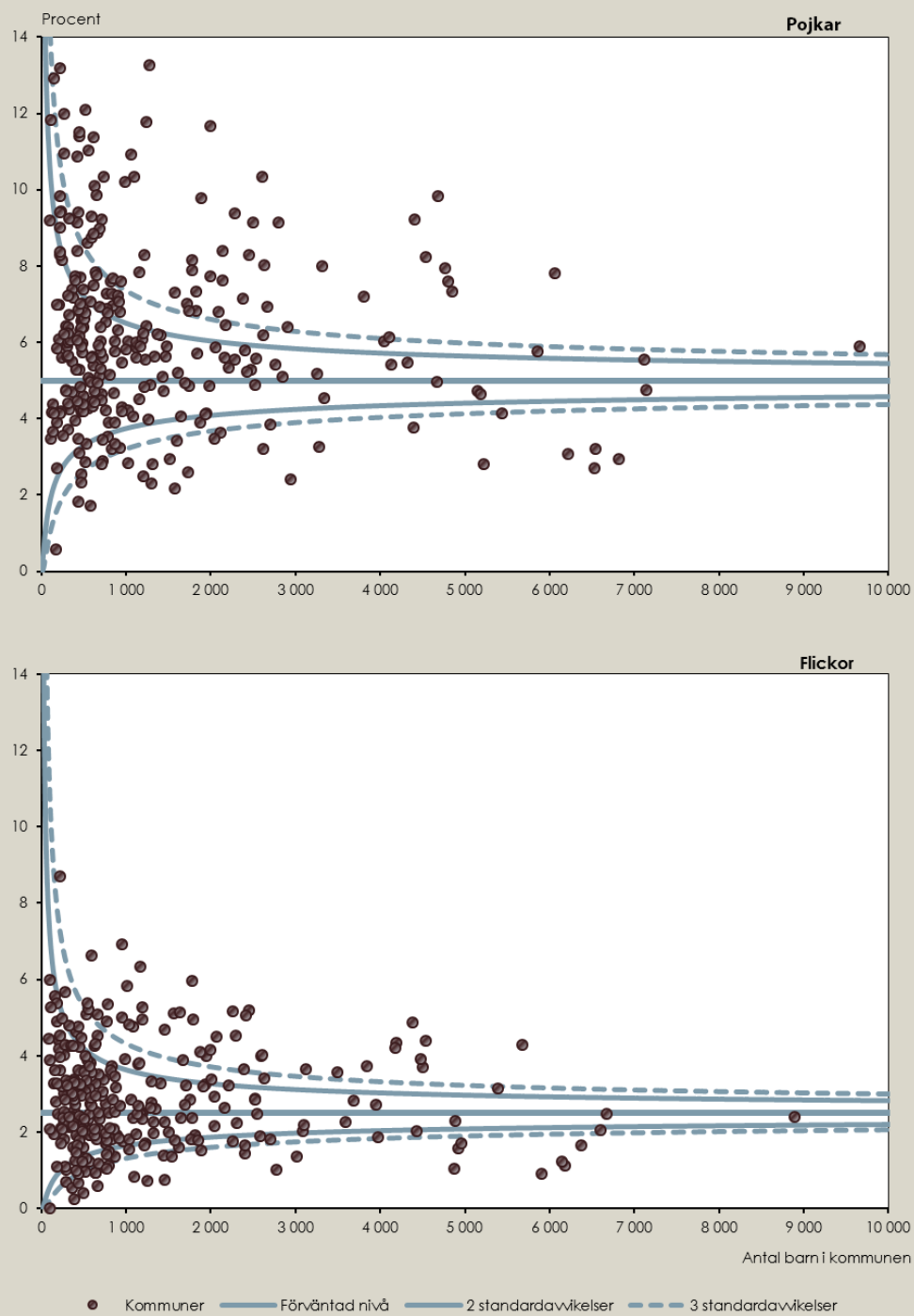
I figur 3 visas sambandet mellan läkemedelsuttag bland barn 10–17 år i landets kommuner och antalet barn i åldersgruppen i respektive kommun. Kommuner där läkemedelsuttagen ligger inom ”trattens” yttre kontrollgränser befinner sig på en förväntad nivå medan kommuner som ligger utanför avviker så pass mycket att de med hög sannolikhet inte avviker på grund av en tillfällighet⁵.

⁴ Andelen barn i befolkningen som förväntas ha uttag av adhd-läkemedel är enligt beräkning 5 procent bland pojkar och 2,5 procent bland flickor, se detaljer i rapporten Föreskrivning av adhd-läkemedel 2016, Socialstyrelsen 2017.

⁵ De stora kommunerna Malmö, Göteborg och Stockholm är exkluderade i figur 3 för att öka den grafiska representationen och göra den optimal. Malmö och Göteborg har i samma analys en lägre förekomst av läkemedelsuttag än den förväntade medan Stockholm har en högre. För detaljer kring metoden se Spiegelhalter DJ, Statist. Med. 2005;24, *Funnel plots for comparing institutional performance*.

Figur 3. Förekomst av adhd-läkemedel

Andel barn 10-17 år med uttag av adhd-läkemedel per kommun 2017



Varför vissa kommuner avviker från en förväntad användning av adhd-läkemedel är för närvarande inte utrett. Ett skäl kan vara att den faktiska förekomsten av adhd varierar mellan kommuner. Förekomsten av adhd-diagnos eller uttag av adhd-läkemedel är högre bland barn som har en påfrestande psykosocial eller socioekonomisk situation, vilket skulle kunna vara en faktor som förklarar skillnader mellan vissa kommuner⁶. Andra faktorer kan vara skillnader i tillgången till kompetens och resurser att utreda adhd, eller hur diagnostiken tillämpas i kommunerna.

Socialstyrelsen konstaterar att uttagen av adhd-läkemedel fortsätter att öka i befolkningen. En fråga att närmare analysera är de kommunala skillnaderna i användningen av läkemedel. Flera kommuner kan ligga såväl över som under den förväntade nivån. Utifrån myndighetens perspektiv, att vården ska vara patientsäker och jämlik, är det angeläget att öka kunskapen om varför uttagen av adhd-läkemedel skiljer sig åt mellan kommuner.

⁶ Se till exempel Hjern A med flera, *Acta Paediatrica* 2010;19, *Social adversity predicts adhd-medication in school children – a national cohort study*. och Rowland AS med flera *J Child Psychol Psychiatr* 2018;59, *Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): interaction between socioeconomic status and parental history of ADHD determines prevalence*.