

Förskrivningen av adhd-läkemedel fortsätter att öka

Andelen personer som diagnostiseras med adhd har ökat de senaste 15 åren¹. Bakom ökningen ryms flera aspekter men ett ökat kunskapsläge och en ökad medvetenhet om adhd inom profession, skola och allmänhet har väsentligen bidragit till utvecklingen². Samtidigt har resurser skjutits till och medfört ökad tillgänglighet till utredningar³. Kriterierna för att få diagnosen adhd har dessutom reviderats genom åren så att fler kan få diagnosen i dag⁴.

I takt med att allt fler diagnostiseras med adhd har även förskrivningen av adhd-läkemedel ökat. Det finns flera godkända läkemedel för behandling av adhd. Läkemedlen är viktiga som en del i ett behandlingsprogram då behovet finns och kompletterar då annan behandling och stödjande åtgärder i exempelvis skola.

Socialstyrelsen har i tidigare rapporter redovisat hur förskrivningen av adhd-läkemedel har utvecklats över tid. I det här faktabladet ges en uppdatering av utvecklingen till och med 2020. Resultaten bygger på individbaserade uppgifter om uthämtade läkemedel på recept. Uppgifterna inrapporteras regelbundet till myndighetens nationella läkemedelsregister.

Flera godkända läkemedel men olika förbehåll vid förskrivning

Det finns i dag flera godkända läkemedel som kan förskrivas vid adhd. De som framförallt förskrivas tillhör gruppen centralstimulantia som verkar genom att öka halterna av noradrenalin och dopamin där nervsignalering sker i hjärnan. Läkemedlen ökar uppmärksamheten och förbättrar förmågan till koncentration, samtidigt som de minskar impulsivitet och hyperaktivitet om dessa ingår i symtombilden. Centralstimulerande läkemedel är narkotikaklassade och förskrivnings-

¹ a) Fortsatt ökad användning av adhd-läkemedel 2017. Socialstyrelsen, 2018. b) Se också till exempel: Gulfeng X et al. Twenty-year trends in diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997-2016. JAMA Netw Open. 2018;1(4).

² CES faktablad 2017:1. SLL, 2017.

³ Som ovan, fotnot2.

⁴ Thomas R et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming? BMJ. 2013;347. Se också: Epstein JN and Loren ERA. Changes in the definition of ADHD in DSM-5: Subtle but important. Neuropsychiatry. 2013;3.

rätten är begränsad till läkare med specialistbehörighet i barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri, rättspsykiatri eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Det finns ytterligare två läkemedel vid adhd, atomoxetin och guanfacin. De tillhör inte gruppen centralstimulerande läkemedel och är inte heller narkotikaklassade.

Tabell 1 visar antalet och andelen barn och vuxna 5–64 år som hade minst ett uttag av något adhd-läkemedel under 2020. Även fördelning av uttag efter åldersgrupp inom respektive kön redovisas. Totalt hade 1,7 procent flickor och kvinnor respektive 2,1 procent pojkar och män i befolkningen uttag av adhd-läkemedel. Totalt var antalet drygt 146 000 personer 5–64 år som hämtade ut minst ett adhd-läkemedel under 2020.

Flest befintliga användare fanns bland flickor och pojkar 10–17 år, där 3,4 procent av flickor respektive 6,6 procent av pojkar hade uttag av adhd-läkemedel. Eftersom alla inte påbörjar läkemedelsbehandling efter adhd-diagnos innebär detta att fler har diagnosen. Socialstyrelsen uppskattar att 4,5 procent av flickor och nästan 9 procent av pojkar hade diagnosen 2020⁵.

Av tabell 1 framgår också att pojkar under 18 år stod för närmare 50 procent av uttagen i hela gruppen av pojkar och män. Flickor under 18 år stod däremot bara för knappt 30 procent av uttagen bland flickor och kvinnor. Detta innebär att flickor eller kvinnor förskrivs läkemedel senare i åldrarna än pojkar, vilket återspeglar att flickor med adhd diagnostiseras senare än pojkar. Studier har visat att flickor med adhd kan uppvisa en något annorlunda symtombild jämfört med pojkar och därför uppmärksammas i mindre utsträckning⁶.

⁵ Omkring 25 procent av pojkar och flickor 10-17 år påbörjar inte läkemedelsbehandling efter adhd-diagnos enligt tidigare analyser av Socialstyrelsen. Därmed kan myndigheten beräkna hur många som totalt har diagnos genom att använda sig av andelarna som har respektive inte har läkemedel bland pojkar och flickor.

⁶ Se till exempel: Kopp S et al. Girls With Social and/or Attention Deficits: A Descriptive Study of 100 Clinic Attenders. *Journal of Attention Disorders* 2010;14:167–181

Tabell 1. Barn och vuxna med uttag av adhd-läkemedel

Antalet och andelen barn och vuxna i befolkningen med minst ett uttaget adhd-läkemedel på recept 2020. Hur läkemedelsuttagen fördelar sig över åldersgrupperna visas också.

	Antal	Andel i befolkningen (%)	Andel per åldersgrupp (%)
Flickor/kvinnor (åldrar, år)			
5–9	1 480	0,5	2,4
10–17	15 945	3,4	25,6
18–24	12 017	3,2	19,3
25–34	14 614	2,1	23,4
35–44	9 248	1,5	14,8
45–54	6 473	1,0	10,4
55–64	2 608	0,4	4,2
Totalt	62 385	1,7	100
Pojkar/män (åldrar, år)			
5–9	5 506	1,7	6,6
10–17	33 138	6,6	39,5
18–24	12 272	2,9	14,6
25–34	14 452	1,9	17,2
35–44	9 532	1,4	11,4
45–54	6 190	0,9	7,4
55–64	2 794	0,5	3,3
Totalt	83 884	2,1	100

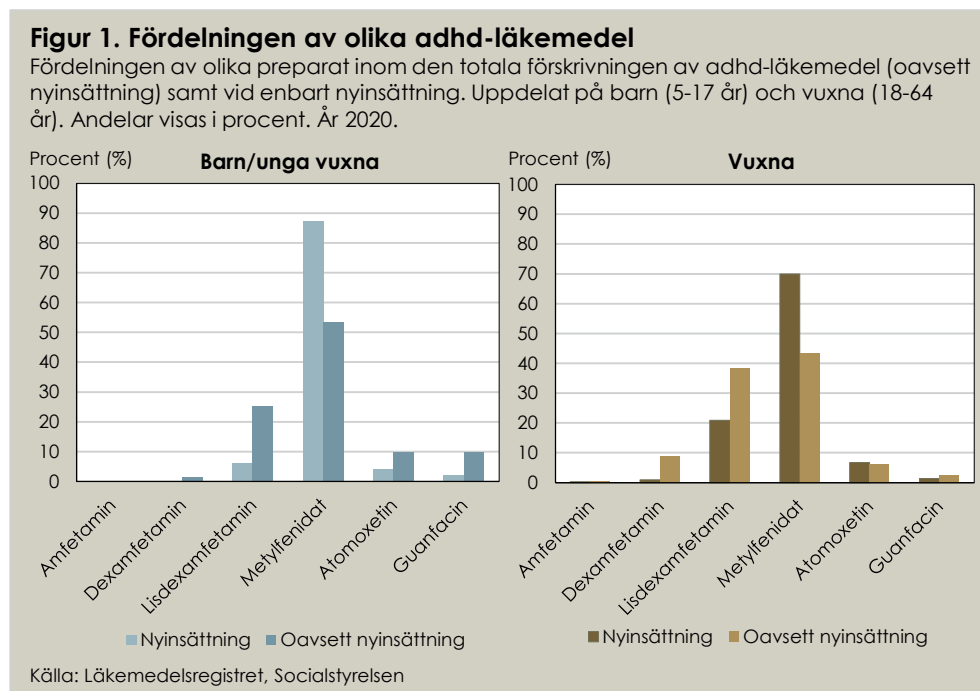
Figur 1 visar mer i detalj hur uttagen fördelades mellan olika adhd-läkemedel, dels vid nyinsättning dels utan hänsyn till om läkemedlet sattes in först eller inte. Exempelvis kan en person byta till ett annat läkemedel under året på grund av biverkningar eller otillräcklig effekt av det första läkemedlet. Vissa personer kan dessutom få ett ytterligare adhd-läkemedel som ett tillägg till det första i syfte att optimera en behandling. Det fanns inga könsskillnader avseende hur uttag av adhd-läkemedel fördelades, varken vid nyinsättning eller utan hänsyn till nyinsättning.

Behandling med adhd-läkemedel sker dessutom efter vissa rekommendationer som grundas på erfarenhet och vetenskapliga studier. Metylfenidat är förstahandsval för barn, ungdomar och vuxna. Atomoxetin kan vara förstahandsval i utvalda fall, exempelvis om samtidigt skadligt bruk eller beroende föreligger eller om risk därom finns. Lisdexamfetamin är andrahandsval för vuxna. Lisdexamfetamin och dexamfetamin, alternativt atomoxetin, är andrahandsval för barn och ungdomar medan guanfacin rekommenderas i tredje hand. För närmare information kring behandlingsrekommendationerna hänvisas till Läkemedelsverkets rekommendationer⁷.

⁷ Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket, 2016.

Av Figur 1 framgår att metylfenidat var det vanligaste läkemedlet vid nyinsättning både bland barn och vuxna vilket är i enlighet med att läkemedlet är förstahandsval. Om inte någon hänsyn tas till nyinsättning minskade metylfenidat i fördelningen mellan adhd-läkemedel 2020. Det framgår att minskningen framförallt skedde till förmån för lisdexamfetamin och dexamfetamin. Lisdexamfetamin har blivit allt vanligare att förskriva sedan det godkändes 2013. Resultaten indikerar således att många personer bytte från metylfenidat till lisdexamfetamin under 2020. Samtidigt skedde även nyinsättning av lisdexamfetamin hos nästan en av fyra vuxna, trots att läkemedlet inte är förstahandsmedel och dessutom inte ska subventioneras om inte metylfenidat prövats först⁸.

Figur 1 visar också att dexamfetamin, som blev godkänt för barn 2014, i mycket låg utsträckning förskrevs till barn. Däremot utgjorde förskrivningen av dexamfetamin (som inte är godkänt för vuxna) omkring 10 procent bland vuxna under 2020. Det var dock ovanligt att dexamfetamin användes vid nyinsättning bland vuxna.



Antalet nya användare av läkemedel har ökat successivt

Sedan 2006 har andelen nya användare av adhd-läkemedel ökat kontinuerligt. Ökningen är direkt förknippad med en ökad nydiagnostik av adhd både bland barn och vuxna. Figur 2 och Figur 3 visar utvecklingen av nya användare av adhd-läkemedel bland barn och vuxna till och med 2020. Hittills har ökningen av nya användare inte visat på någon märkbar avmattning. Av figurerna framgår att ökningen till och med har blivit mer framträdande på sistone. Under coronapandemin 2020 fortsatte till exempel utredningarna av adhd som vanligt, eller till och med ökade, med följd att förskrivningen av adhd-läkemedel ökade⁹. Detta var i motsats till exempelvis förskrivningen av antidepressiva läkemedel där nya

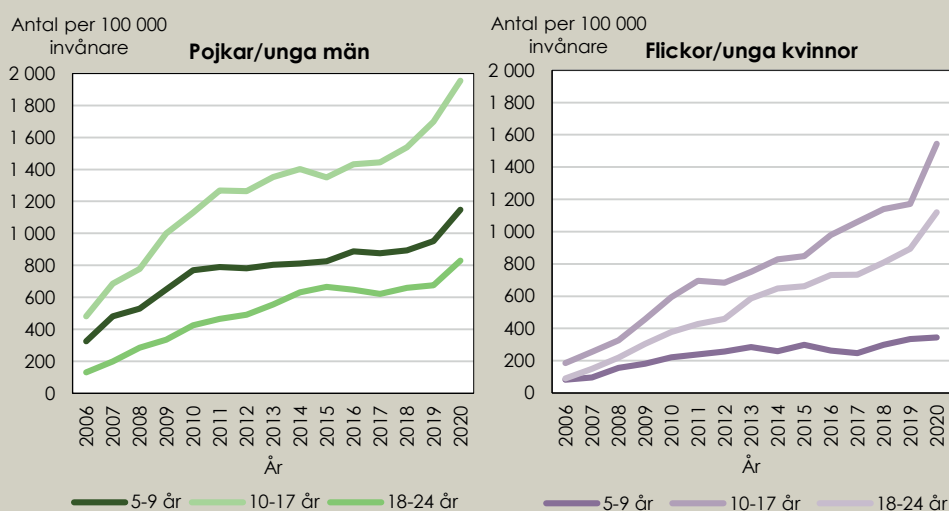
⁸ <https://www.tlv.se/download/18.467926b615d084471ac33595/1510316391004/bes150903-elvanse.pdf>

⁹ Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin. Socialstyrelsen, 2020.

användare minskade under coronapandemin, sannolikt på grund av att personer inte sökte vård på grund av oro för smitta eller för att inte belasta sjukvården. En förklaring till att nya fall av adhd fortsatte att öka under pandemin kan bero på att de neuropsykiatriska utredningarna fortsatte i och med att personer som stått länge i kö för utredning ogärna avbokade utredningen¹⁰.

Figur 2. Nya användare av adhd-läkemedel bland barn och unga vuxna

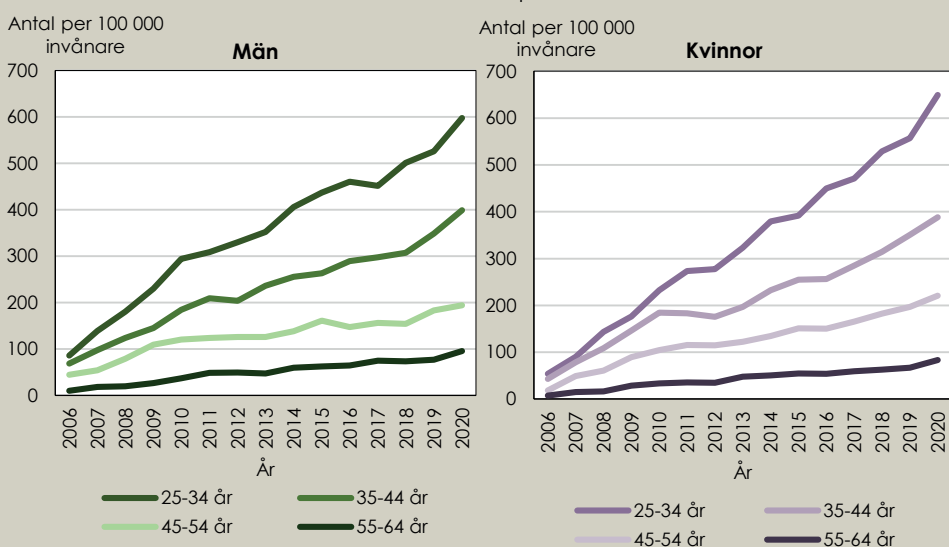
Utvecklingen av andelen barn/unga vuxna (5-24 år) som för första gången gör uttag av ett adhd-läkemedell 2006-2020. Andelarna visas som antal per 100 000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 3. Nya användare av adhd-läkemedel bland män och kvinnor

Utvecklingen av andelen vuxna (25-64 år) som för första gången gör uttag av ett adhd-läkemedell 2006-2020. Andelarna visas som antal per 100 000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

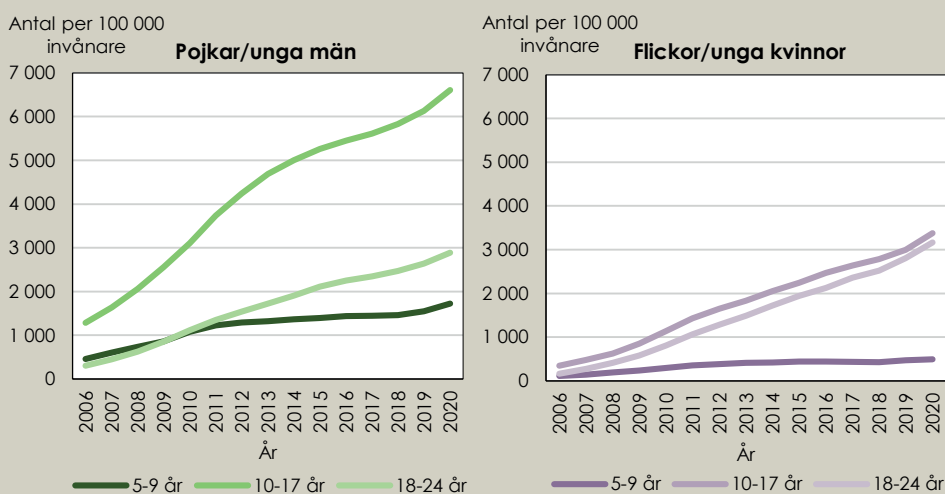
¹⁰ Som ovan, fotnot 4.

Förhållandet att de nya användarna ökar, samtidigt som många blir kvar i behandling över långa tidsperioder, utgör huvudsaklig orsak till att de befintliga användarna av adhd-läkemedel fortsätter att öka i befolkningen. Figur 4 och Figur 5 visar hur de befintliga användarna har ökat bland barn och vuxna sedan 2006. Som framgår av figurerna har ökningen skett i alla åldersgrupper och inom båda könen.

Det finns stora geografiska skillnader i landet avseende förskrivningen av adhd-läkemedel och Socialstyrelsen redovisar i anslutning till detta faktablad på hemsidan en bilaga över dessa skillnader.

Figur 4. Befintliga användare av adhd-läkemedel bland barn och unga vuxna

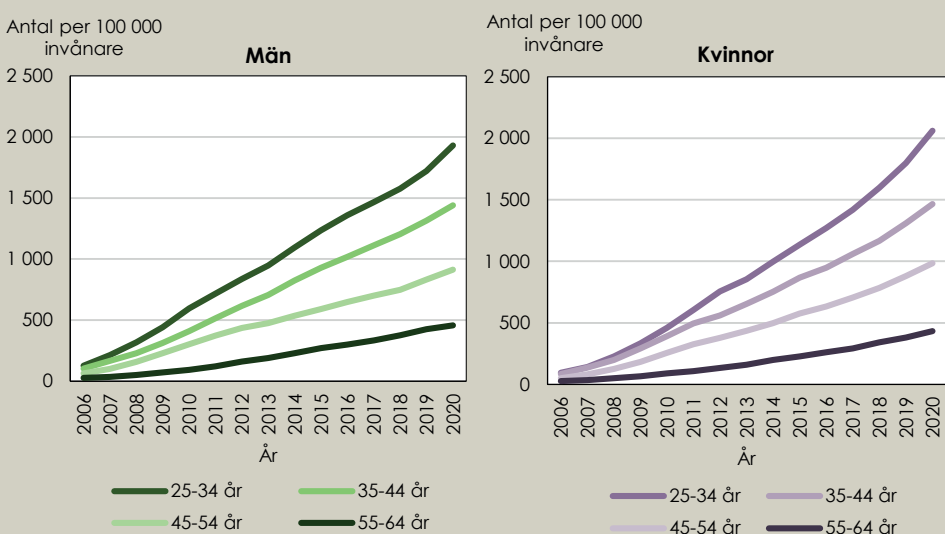
Uttag av minst ett adhd-läkemedel bland barn/unga vuxna (5-24 år) under 2006-2020. Andelar visas som antal per 100 000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 5. Befintliga användare av adhd-läkemedel bland män och kvinnor

Uttag av minst ett adhd-läkemedel bland män och kvinnor (25-64 år) under 2006-2020. Andelar visas som antal per 100 000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

När kommer ökningen att upphöra och plana ut?

Det finns i dag inget som talar för att adhd reellt ökar i befolkningen utan tillståndet, som har stark ärftlighet, anses vara konstant över tid utifrån ett stort antal vetenskapliga studier¹¹. Även om det kan vara så att samhällsliga förändringar exempelvis inom skolan gör att fler (som kanske tidigare inte var i behov av hjälp) i dag kan söka hjälp och få adhd-diagnos efter utredning tycks de specifika egenskaperna som utgör adhd vara konstanta över tid inom befolkningen. Rimligen innebär det att andelen personer som får diagnos (och adhd-läkemedel) så småningom kommer att återspeglas av hur många som faktiskt har adhd i befolkningen. När det uppstår kommer kurvan avseende de nya användarna av läkemedel att plana ut på en viss nivå och på sikt medföra att andelen som har läkemedel (och diagnos) varken ökar eller minskar utan ligger stabilt.

Som nämndes tidigare i det här faktabladet uppskattar Socialstyrelsen att 4,5 procent av flickor 10–17 år har adhd-diagnos medan motsvarande andel för pojkarna är 9 procent. Mot bakgrund av vetenskapligt publicerade metaanalyser är andelarna för flickor respektive pojkar rimliga i dag¹². Å andra sidan visar resultatet i detta faktablad att andelen nya fall av barn med uthämtade adhd-läkemedel fortsätter att öka. Om den trenden fortsätter kan andelen barn som har läkemedel (och diagnos) komma att betraktas som alltför hög utifrån de vetenskapliga studierna om förekomst. Då är det av vikt att närmare förstå orsakerna bakom en sådan eventuell utveckling.

Fortsatt arbete

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att ta fram Nationella riktlinjer för adhd och autism vilka bland annat vägleder hälso- och sjukvårdens verksamheter avseende olika behandlingar och metoder. Myndigheten tittar även närmare på köer och väntetider till barn- och ungdomspsykiatri och hur dessa eventuellt påverkats under coronapandemin.

Socialstyrelsen kommer dock även att fortsätta att följa utvecklingen av förskrivningen av adhd-läkemedel som den har redovisats i detta faktablad. En central fråga mot bakgrund av resultatet är om utvecklingen kan vara i en fas där en stabilisering av förskrivningen av adhd-läkemedel är förestående. Det skulle i så fall kunna återspeglas vid nästa uppföljning genom att andelen nya användare av adhd-läkemedel inte längre ökar eller till och med minskar.

Den förhållandevis stora ökningen på sistone, särskilt under coronapandemin 2020, kan tyckas större än förväntad, men skulle till exempel kunna förklaras av att långa köer för utredningar har varit möjliga att beta av med följd att fler har fått diagnos än normalt. Om så är fallet kan en slags korrigeringskomma avseende den fortsatta utvecklingen genom att ökningen mattas av.

¹¹ Se till exempel: Polanczyk GV et al. Adhd prevalence estimates across decade: an updated systemic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol* 2014;43: 434-442.

¹² Se till exempel: Thomas R et al. Prevalence of attentio-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015; 135.