

ADHD

Svakt kunnskapsgrunnlag og tilfeldig oppfølging

Per Olav Solberg
redaksjonssjef

Barn som går på ADHD-medisiner, får ingen fast oppfølging fra fastlege eller helsevesenet for øvrig. – Dette er urovekkende, særlig når vi vet så lite om langtidseffektene, sier BUP-lege Charlotte Lunde.

– Flere og flere barn får ADHD-diagnosen, og den desidert vanligste behandlingen er medikamenter. Hvorfor er det grunn til å slå alarm nå?

– Hovedgrunnen er nye studier som har sett på effektene av medisiner over lang tid. Disse studiene avdekker helt andre sultater enn korttidsstudiene. I sum dokumenterer disse kunnskapsoppsummeringene at effekten av medisiner avtar svært mye etter 14 måneders bruk. Selv om noen pasienter forteller at de erfarer effekt over tid, viser ikke langtidsstudier på gruppenivå at det er noen effekt. Dette burde få konsekvenser for hvordan helsevesenet følger opp disse barna.

– I 2004 var det rundt 9000 barn og unge under 19 år som hadde ADHD-diagnosen. I 2016 var dette tallet økt til 18 500. Det er en økning på over 100 prosent. Av dem fikk hele 89 prosent medisiner. Hvis det du sier er riktig, da lukter det vel en helsepolitisk skandale her?

– Jeg tenker at man skal ha en nyansert tilnærming til dette feltet. For noen vil nok medikamenter ha god virkning, også over tid, særlig i kombinasjon med annen type behandling. Men den nye kunnskapen om langtidsvirkninger bør få konsekvenser for hva slags behandling man i utgangspunktet tilbyr. Jeg tror mange barn som opplever uro og oppmerksomhetsvansker, for raskt sluses inn i spesialisthelsetjenesten. Når du kommer dit, får du en diagnose, og da er veien til medisiner ofte kort, slik statistikken fra reseptregisteret viser.

– Hvor solid er den nye forskningen som betviler virkningen av ADHD-medisiner?

– Utgangspunktet er blant annet den såkalte MTA-studien fra 1994,¹ som er en svært kjent og stor studie innenfor ADHD-feltet. I denne studien fulgte man 579 ADHD-barn i 14 måneder. Man delte barna i fire grupper og ga ulik behandling til de fire gruppene. De to gruppene som fikk medikamentell behandling, opplevde langt større reduksjon i ADHD-symptomer enn de gruppene som fikk henholdsvis atferdsbehandling og «treatment as usual». Resultatet førte til stor medieoppmerksomhet og en omfattende medisineringspraksis utover på 2000-tallet, også i Norge. Det interessante er at oppfølgingsstudiene til den opprinnelige MTA-studien avdekker helt andre resultater. Oppfølgingsstudier både 8 og nå 16 år etter viser at det ikke går noe bedre med de som har fått medisiner, enn de som ikke har fått medisiner. Disse funnene har fått langt mindre oppmerksomhet enn de første funnene fra 1999. Når det er sagt: Jeg mener ikke at man skal frata barn som kan ha nytte av medisiner, muligheten til å få det, men vi er ikke der at vi kan forsvare medisineringen med at den retter opp en medfødt biokjemisk ubalanse i hjernen.

– Hva bør konsekvensene bli for ADHD-feltet hvis disse nye funnene er riktige?

– Jeg tenker at vi må bli langt mer forsiktige med å sette ADHD-diagnosen enn vi er i dag. For mye plasseres under denne merkelappen, og man har fortsatt ikke klart å finne noen entydig biomedisinsk årsak til ADHD. Mange barn og unge strever med disse symptomene, men årsakene

¹. Multimodal Treatment Study of ADHD

er svært sammensatte. Førstevalget i behandling bør være en standardisert og kvalitetssikret foreldreveiledning, ikke medisiner. Flere BUP-er tilbyr slik veiledning i dag, men det er helt avhengig av hvor du bor i landet. For alle de barna som bruker medikamenter, burde det vært en årlig medikamentkontroll der effektene av medisinene vurderes. Slik systemet er i dag, er det helt tilfeldig hvorvidt denne oppfølgingen finner sted, selv om det i veilederen fra Helsedirektoratet står at disse barna bør få årlig oppfølging. Hvem som konkret skal stå for oppfølgingen, er ikke definert. I praksis er det opp til idealistiske fastleger om oppfølgingen skjer eller ikke. Dette blir for tilfeldig og personavhengig, og her bør noe skje. Jeg mener BUP burde ha et ansvar for at en slik årlig kontroll gjennomføres.

– I voksenpsykiatrien har man innført medikamentfrie tilbud som brukere kan velge hvis de ønsker det. Slik er det ikke i barnepsykiatrien.

– Det synes jeg er rart. Det betyr at du er svært prisgitt det behandleren tenker er best for ditt barn. Du skal være sterk som forelder for å stå imot hvis du ikke ønsker medikamentell behandling og behandler mener det er det beste. Jeg vil likevel understreke at mange barn også har nytte av disse medisinene og får en bedre funksjon. Mitt poeng er at ikke alle disse barna der skolen mistenker ADHD, nødvendigvis hører hjemme i spesialisthelsetjenesten. Hvordan et problem blir forstått, har betydning for hva slags hjelp man søker. Man bør ha større muligheter til å utforske hva dette handler om i skolen, før barna havner i helsevesenet.

– Dette er vel også en ressursdiskusjon. Medikamenter er en mindre ressurskrevende løsning enn å jobbe med psykososiale intervensjoner. Spiller det også inn?

– Ja, det har nok vært en driver. Og mange opplever effekt av medisiner, spesielt til å begynne med. Jeg tror likevel at svært mange foreldre har et ønske om å prøve noe annet først. Selv om veilederen også sier at andre tiltak skal forsøkes før medisiner, er mitt inntrykk at dette varierer mye fra kommune til kommune.

Hvorfor NÅ?

- Charlotte Lunde og Henrik Vogt skrev nylig en kronikk i Legetidsskriftet der de er kritiske til omfattende psykofarmakabruk i behandling av ADHD hos barn.
- Charlotte Lunde (f. 1971) er lege i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri ved Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus.