



SUNDHEDSMINISTERIET

Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundhedsudvalg

Dato: 09-06-2022
Enhed: PSYK
Sagsbeh.: SUMMSB
Sagsnr.: 2206470
Dok. nr.: 2279568

Folketingets Sundhedsudvalg har den 27. april 2022 stillet følgende spørgsmål nr. 706 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Trine Torp (SF).

Spørgsmål nr. 706:

”Hvad er ministerens kommentar til artiklen ”Kun ringe evidens for gavnlig effekt af Ritalin til voksne med ADHD” i Dagens Medicin den 14. april 2022, og vil ministeren især svare på:

- om der er stærkt fagligt belæg for at forstå ADHD som en udviklingsforstyrrelse?
- hvor i hjernen udviklingen forstyrres som følge af ADHD, og hvor solid evidens man har for dette forhold?
- hvad evidensen er for at ADHD skyldes neuroatypi, er medfødt og primært bør behandles medicinsk?
- hvordan det kan være, at ADHD diagnosticeres vidt forskelligt på tværs af de danske regioner?
- om diagnosen for ADHD er mangelfuldt defineret og dermed afgrænset fra andre forklaringsmodeller?
- om ikke man bør handle ud fra et forsigtighedsprincip, når tilgængelige langtidsstudier af anvendelsen af centralstimulanser over for børn tegner ”et broget billede”, og samtidig risikerer at vænne den udviklende hjerne hos børn til vedvarende påvirkning af amfetaminlignende stoffer?
- om der vil kunne anvendes bedre støtte og assistance til de børn, der oplever vanskeligheder, hvis der var alternativer til at diagnosticere dem på baggrund af en antagelse om neuroatypi med medfølgende centralstimulanser på recept?”

Svar:

Jeg har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet bidrag fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har bl.a. oplyst følgende:

”Der er udgivet to nationale kliniske retningslinjer inden for udredning og behandling af ADHD (attention deficit hyperaktive disorder). Retningslinjerne omfatter tilsammen 11 anbefalinger om udredning og behandling af voksne med ADHD, og 20 anbefalinger om udredning og behandling af børn og unge med ADHD.

Først i 2013 var ADHD hos voksne en sygdom, man først rigtig blev opmærksom på og begyndte at behandle. I 2001 var der stort set ingen voksne i Danmark, der havde diagnosen, mens tallet ti år senere var næsten 3000. Forbruget af ADHD-medicin var i samme periode stigende, og der sås betydelige regionale forskelle i udskrivningen af ADHD-medicin. På denne baggrund mente Sundhedsstyrelsen, at der var behov for at sikre, at udredningen og behandlingen hos voksne med ADHD foregik på et evidensbaseret grundlag og med høj faglig kvalitet.

Sundhedsstyrelsen fandt, at der var brug for initiativer, der kunne understøtte og sikre ensartet diagnostik og relevante behandlingstilbud, og derfor blev der udgivet en række kliniske anbefalinger inden for:

- afgrænsning af sygdommen
- afklaring af diagnosekriterier og indikationsstilling
- kriterier, indikationer og evidens for behandlingseffekt af forskellige tiltag – herunder effekten af medicinsk behandling (langtidseffekter og bivirkninger).

Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med de kliniske retningslinjer og behandlingsvejledninger om ADHD hos voksne fra Dansk Psykiatrisk Selskab og Medicinrådet.

I 2017 vurderede Sundhedsstyrelsen på baggrund af tilbagemeldinger fra de faglige selskaber samt en litteratursøgning, at der ikke på daværende tidspunkt var behov for en opdatering af den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af voksne med ADHD.

[....]

Anvendelsen af centralstimulerende medicin til børn og unge med ADHD

Farmakologisk behandling kan i visse tilfælde overvejes til børn og unge, hvor non-farmakologiske tiltag ikke har haft tilstrækkelig effekt. I Danmark er methylphenidat, atomoxetin, lisdexamfetamin og dexamfetamin godkendt til behandling af børn og unge i alderen 6-18-årige med ADHD.

Sundhedsstyrelsen anbefaler brugen af disse behandlingsformer. Men indsatsen til børn og unge er ikke i udgangspunktet primært medicinsk. Som beskrevet i forløbsprogram for børn og unge med ADHD, vil man anbefale graduerede indsatser og i første omgang ikke-farmakologiske tiltag (psykologiske, sociale og pædagogiske) og herefter evt. farmakologiske tiltag efter udredning i børne- og ungdomspsykiatrien.

Det er også beskrevet i den Nationale Kliniske Retningslinje for behandling af børn og unge med ADHD¹:

”Ved mindre funktionsnedsættelse anbefales der først at afprøve ikke-farmakologisk behandling, for at vurdere effekten af at inddrage barnets omgivelser i at afhjælpe og kompensere for barnets vanskeligheder. Ved større funktionsnedsættelser samt når der ikke findes tilstrækkelig effekt af de ikkefarmakologiske behandlinger, anbefales det at afprøve farmakologisk behandling. Denne opdeling i funktionsniveau vil være en klinisk vurdering på baggrund af god anamnese og diagnostik”.

Behandling af ADHD hos børn og unge starter altså med en non-farmakologisk intervention og dermed ikke med recept på centralstimulerende medicin. Såfremt man på et senere tidspunkt finder lægelig indikation for medicinsk behandling med centralstimulerende medicin, ofte i samarbejde med familien, vil den brede, tværsektorielle indsats, herunder den pædagogiske, sociale og psykologiske indsats fortsætte samtidigt.

¹ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR-ADHD-boern-og-unge/NKR-udredning-og-behandling-af-ADHD-hos-boern-og-unge.ashx>

Der er i formuleringen af anbefalingerne for de centralstimulerende midler lagt vægt på, at der ses en god klinisk effekt på ADHD's kernesymptomer og adfærdsvanskeligheder inden for en begrænset behandlingsperiode. Det er ud fra den sparsomme rapportering usikkert, hvorvidt centralstimulerende midler medfører alvorlige skadevirkninger. Det er ikke muligt at sige noget om langtidseffekter på ADHD kernesymptomer og langtidsbivirkninger ved brug af centralstimulerende midler til børn og unge med ADHD.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der umiddelbart ikke er nogen forskel i den kliniske effekt og bivirkningsprofil mellem central- og ikke centralstimulerende medicin, og derfor er der ikke grundlag for at anbefale det ene præparat frem for det andet. Valget vil bero på en individuel evaluering af den enkelte patient.

Arbejdsgruppen for den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge vurderer, at der er behov for forskning, der undersøger langtidseffekterne og potentielle bivirkninger af behandling med centralstimulerende midler.

Det er Sundhedsstyrelsen vurdering, at det er nødvendigt at se på vores aktuelle anbefalinger for farmakologisk behandling til børn, unge og voksne med ADHD. Dette for at kunne vurdere, om der er tilkommet ny viden, som medfører at de gældende anbefalinger skal ændres.

Forståelse af ADHD som en udviklingsforstyrrelse

ADHD er en medfødt lidelse og den hyppigste psykiatriske diagnose hos børn og unge. Symptomerne viser sig før 7-årsalderen og fortsætter for ca. halvdelen op i voksenalderen. ADHD er kendetegnet ved tre hovedsymptomer: koncentrationsvanskeligheder, hyperaktivitet og impulsivitet. Med den rette behandling kan de fleste leve et på mange områder normalt liv, men sygdommen medfører også øget risiko for at blive udsat for ulykker, at udvikle stofmisbrug og anden psykisk lidelse og blive involveret i kriminalitet².

Der er fagligt belæg og stor faglig enighed nationalt såvel som internationalt om, at ADHD er en udviklingsforstyrrelse³. Dvs. at ADHD skyldes, at hjernen har udviklet sig anderledes end hos personer, der ikke har ADHD. Dette er også vist videnskabeligt i en lang række tests og billedundersøgelser af hjernen⁵. Både arvelige faktorer og miljømæssige påvirkninger under moderens graviditet og spiller en væsentlig rolle for udviklingen af ADHD.

I de fleste tilfælde ses der hos personer med ADHD en dysregulation af funktionen i den del af hjernen der kaldes det frontal-subcortical-cerebellare netværk som blandt andet kontrollerer opmærksomhed, belønning, impulshæmning etc. En stor del af

² <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke-hos-boern/sygdomme/adhd/adhd-oversigt/>

³ Faraone et al. Attention deficits/hyperactivity disease; Nature reviews/Disease primers. 2015 august; 15020

⁴ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2017/Forloepsprogram-for-boern-og-unge-med-ADHD>

⁵ <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke-hos-boern/sygdomme/adhd/adhd-oversigt/>

børn med ADHD har således tegn på nedsat aktivitet i frontallappen, der er placeret forrest i hjernen (hypofrontalitet)⁶. Frontallapsregionen er center for styring af målrettet adfærd og planlægning (de eksekutive funktioner), og nedsat funktion her medfører øget impulsivitet og nedsat evne til refleksion. Der er evidens for, at flere typer af signalstoffer (neurotransmittere) er involveret⁷.

Generelt diagnosticerer man i Danmark sygdomme ud fra WHO's klassifikationssystem ICD-10. Her optræder ADHD ikke som en særskilt diagnose. I stedet anvendes overbegrebet "hyperkinetiske forstyrrelser" med blandt andet undergruppen "forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed", som dækker over ADHD.

I det nye klassifikationssystem ICD-11⁸ bliver det ændret. Fremover bliver gældende diagnosticering af ADHD placeret under "Neurodevelopmental disorders", hvor også autisme spektrum lidelser (gennemgribende udviklingsforstyrrelse) er placeret."

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Mie Saabye

⁶ Per Hove Thomsen et al (red.) Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. Kap. 7 – hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD s. 107-119.

⁷ <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f334423054>

⁸ <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f334423054>