

## STÖRNINGEN

DET HÄR ÄR EN BOK FRÅN ORDFRONT FÖRLAG

Ordfront förlag är ett oberoende bokförlag som ger ut samhällsdebatt, historia, kulturhistoria, samt handböcker i skrivandets hantverk, demokrati och folkbildning – och högkvalitativ skönlitteratur.

Vi ansluter oss till en frihetlig, samhällskritisk och folkbildande tradition och samverkar med den oberoende kulturföreningen Ordfront som arbetar med yttrandefrihet, mänskliga rättigheter och demokrati.

Förutom delägare i Ordfront förlag är Föreningen Ordfront huvudmän bakom DemokratiAkademin, MR-dagarna och Ordfront magasin.

[www.ordfront.se](http://www.ordfront.se)

[www.ordfrontforlag.se](http://www.ordfrontforlag.se)

# **Störningen**

Adhd, pillren och det stressade samhället

**Katarina Bjärvall**

ORDFRONT STOCKHOLM 2019

Av Katarina Bjärvall har tidigare utgivits:  
*En gravad hund – det svenska språket i en mångkulturell vardag*  
(2001)  
*Vill ha mer – om barn, tid och konsumtion* (2005)  
*Undertiden* (2008)  
*Var är du? Människan och mobilen* (2011)  
*Yes! Därför köper vi det vi inte behöver* (2015)

Katarina Bjärvall: Störningen  
– adhd, pillren och det stressade samhället

Ordfront, Box 17506, 118 91 Stockholm  
www.ordfrontforlag.se    forlaget@ordfrontforlag.se

© Katarina Bjärvall 2018  
OMSLAG: Eric Thunfors  
GRAFISK FORM INLAGA: Eva Jais-Nielsen  
FÖRFATTARPORTRÄTT: Andreas Lübeck  
Satt med Eskorte Latin  
TRYCK: Scandbook UAB, Litauen 2019  
ISBN 978-91-7037-979-6



# Innehåll

HANNA: Jag ska utredas	8
Det störande	9
ANTON: Jag vill bara döda den som retar mig	13
Spektrumet	22
ALEX: Jag ville något bra med livet	26
Den stressade hjärnan	31
HANNA: Svårt att få ihop det	37
Den stressade hjärnans historia del 1	40
HANNA: Hoppsasteg på farfars begravning	50
Handboken	56
Den stressade hjärnans historia del 2	67
HANNA: Klockan fyra på morgonen med ångest	73
Att reda ut	77
En hyperaktiv bransch	85
HANNA: Jag känner mig skamsen	99
Behandlingen	103
Skolans initiativkraft	117
SOFIA: Jag har varit fattig hela mitt liv	128
Ojämligheten	132
Arbetslinjen	140
Skärmtiden	149
ROBIN: Det är fantastiskt, bara man vet vad man gör	161
Smartpiller och partypiller	166
ALEX: Mår jag skönt nu?	178
Reklamen	181

Läkarna 195  
Experterna 204  
Lobbyisterna 216  
Makthavarna 223  
HANNA: När man vet 236  
Det franska spåret 240  
Koncentrationen 250  
ALEX: Allt i balans 264

Tack 266  
Noter 267  
Källor 288  
Register 297

I took month-long vacations in the stratosphere  
and you know it's really hard to hold your breath  
I swear I lost everything I ever loved or feared  
I was the cosmic kid in full costume dress

Ur *Growin' up*,  
BRUCE SPRINGSTEEN

Inte rymde jag  
Inte sa jag emot  
Inte pratade jag för högt  
Inte smällde jag i deras dörr  
Inte stack jag kniven i hennes bröst  
Inte sköt jag honom med hans gevär  
Jag bara väntade väntade väntade

Inuti mig & här  
Men jag undrade en del:  
Varför är jag fel  
Blir aldrig hel

Ur *Nebraska Vällingby*,  
BODIL MALMSTEN

## Hanna: Jag ska utredas

**Det är eftermiddag**, vårvinter och en ny sol som får gruset att gnistra utanför fönstret i förorten. Jag sitter och jobbar. Skummar forskningsrapporter, skriver mejl till psykiatriker och författar spridda meningar i mitt manuskript.

Då ringer Hanna. Vi brukar höras ibland, för att prata om hur vi har det, jag med mannen och hon med hunden, om vad barnen har för sig ute i världen och om något tynger oss eller lättar upp. Och så pratar vi om min bok och om Hannas jobb eller sjukskrivning, beroende på läge.

Jag berättar att arbetet med boken knegar sig fram i en krokig uppförsbacke, runt kurva efter kurva.

»Skriver du om vuxna också?« frågar Hanna.

»Ja, absolut. Det är bland vuxna adhd ökar mest nu.«

»Bra. För jag ska utredas för adhd. Jag tänkte att du kanske vill följa med?«



# Det störande

**Den här boken** handlar om det störande. Om barn, ungdomar och vuxna som stör – som inte sitter still, som ofta avbryter och inte väntar på sin tur, som har svårt att koncentrera sig och att lyssna, som glömmer och tappar bort saker.

Men det är ännu mer en bok om de störande strukturerna: om ett samhälle där intryck och budskap kastas mot oss i ett allt intensivare tempo och om en skola, ett arbetsliv och ett vårdssystem som hetsar fram allt snabbare resultat, helst på flera fronter samtidigt.

Och framför allt är det en bok om ett fenomen, det brant stigande antalet adhd-diagnoser, som stör allt fler av dem som engagerar sig för hur människor faktiskt mår.

Den vanligaste förklaringen till den stora ökningen är att psykiatrin har blivit så mycket bättre på att identifiera adhd. Man hittar helt enkelt fler och fler av dem som har adhd. Men ett störande faktum är att barn födda sent på året löper mycket större risk än barn födda tidigt på året att få en adhd-diagnos. Hur kommer det sig att de nya effektiva diagnosmetoderna leder till att diagnosen så ofta ställs på barn födda i december?

Det ligger nära till hands att misstänka att man kan diagnostiseras med adhd för att man är mindre mogen än sina klasskamrater. Men inte heller den förklaringen räcker, bland annat eftersom adhd nu ökar så starkt bland vuxna män och kvinnor. Många av dem är i högsta grad mogna.

En nyckel är att adhd är en diagnos som i de flesta fall medicineras. Det ger en alldeles särskild dynamik.

Debatten om adhd-diagnosen och dess föregångare damp har tidvis varit hård. Enkelt uttryckt har den förts mellan två läger: de som har hävdad att koncentrationsproblemen och hyperaktiviteten framför allt bottnar i en medfödd, biologisk och ofta ärftlig nedsättning i hjärnans funktion och de som har hävdad att problemen till största delen beror på någon brist i personens familj. Idag är den etablerade vetenskapen enig om att huvudförklaringen är den biologiska.

Jag vill undersöka ett tredje spår som har att göra med förändringar i samhället. Det är en teori som kan överensstämma med de båda andra. De förändringar av hjärnans biologiska struktur som anses kännetecknande för adhd kan ge en särskild sårbarhet för stress och andra påfrestningar från omgivningen, en sårbarhet som kan ge det vi kallar adhd-symtom. Och eftersom hjärnan är plastisk och kan förändras under påverkan utifrån kan upptrappade krav i samhället gå att spåra i ändrade flöden av signalsubstanser och en ändrad hjärnstruktur. En del sådana förändringar kan också bli ärftliga, visar ett av vetenskapens nyaste fält, epigenetiken.<sup>1</sup> Och vad gäller familjen så tillhör den samhällskroppens kapillärsystem. Förändringar på samhällsnivå börjar så småningom pulsera i familjernas liv i fredagsmyssoffan.

I min familj, med man, två egna barn och fyra bonusbarn, finns ingen adhd, men här finns eller har funnits ett par andra psykiatriska diagnoser. Bland barnens vänner finns det naturligtvis ett antal som har en adhd-diagnos. I mitt yrke, som journalist fokuserad framför allt på samhällsfrågor som rör barn och ungdomar, har jag under årens lopp kommit att träffa allt fler som har adhd. Temat väcker stort engagemang hos till exempel lärare och annan skolpersonal. Det är detta som framför allt har varit min ingång till ämnet.

Den som vill förstå det mänskliga djupet, med dess svarta hål och ljusschakt, måste förstås samtala med människor. Det har

jag gjort i många timmar under arbetet med denna bok. Jag har träffat ett antal personer som själva har adhd eller vars barn har diagnosen. Genom samtal vid deras köksbord och på kaféer har jag fördjupat mig i deras erfarenheter. Det har blivit mycket personliga möten, så av hänsyn till deras integritet har jag ändrat personernas namn och en del andra uppgifter.

Det de här personerna har gemensamt är diagnosen, med allt vad den innebär i form av sår och ärr inombords, problem i skolan, smärtsamma relationer, en kamp med medicinerna, och ofta men inte alltid svårigheter i arbetslivet och i miljöer med starka intryck. De har också gemensamt att de är människor i Sverige idag, med höga prestationskrav i livets alla delar. Men bortsett från det är mina intervjuade personer just så olika som människor är när det gäller allt, från kön, ålder och bakgrund till förmåga att stå emot livets värsta påfrestningar och hitta livslusten trots allt. De har också olika erfarenheter av diagnosens betydelse och de har den i olika grad, från lindrig till svår.

För att utforska de kraftfält som påverkar människor räcker det inte med de personliga erfarenheterna, man måste också granska strukturerna. Det har jag gjort genom att läsa forskning, delvis svensk men ofta internationell, och genom att intervjua personer som arbetar med adhd från olika perspektiv – forskare, lärare, psykologer och psykiatriker; professionella inom privat och offentligt driven vård; företrädare för intresseorganisationer och tjänstemän på olika myndigheter, som Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Skolinspektionen, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket.

Grundfrågan om varför diagnoserna ökar väcker i sin tur andra frågor: Motsvarar ökningen en verklig ökning av adhd-problem? Eller är den en följd av en allt vidare definition av det som kallas adhd? Hur kommer det sig i så fall att definitionen har vidgats? Vilken roll spelar förändringar inom skola,

arbetsliv, sjukvård och digital teknik? Och vilken roll spelar läkemedelsbolagen?

Min avsikt är att gräva i dessa frågor på ett öppet och sökande sätt, med mesta möjliga respekt för alla de nyanser som gör ökningen av adhd-diagnoser till en komplicerad fråga.

Och samtidigt: Adhd finns. Den som tvivlar på det har inte träffat ett barn som Anton.

## Anton: Jag vill bara döda den som retar mig

**Ibland åker Anton** och hans mamma Anna ut och kör. Det kan hända sena kvällar när han slår över och blir nästan okontaktbar. Han kan välta ut mat, hälla ut hundarnas vatten, kasta fotbollen hej vilt och springa ut i trappuppgången. Om Anna försöker nå fram till honom blir han aggressiv, så för att inte väcka grannarna händer det då att hon tar med honom ut till deras lilla Golf. Hela vägen till bilen skriker han »håll käften« och »dra åt helvete«, men sedan lugnar han sig.

Anton får sitta fram och välja väg och så rullar de runt i Stockholms södra förortslandskap, helst på trånga krokiga villagator där de kan småprata om konstiga hus och roliga gatunamn. Brevbärrarbacken, var det en brevbärare som fastnade med bilen här en gång?

Om klockan inte har hunnit passera midnatt brukar de runda av med att köra till handelsområdet Kungens kurva, där parkeringsplatserna ligger öde i natten, och rulla fram till McDonald's beställningslucka och köpa varsin hamburgare. Maten och det monotona motorljudet lugnar och när de kommer hem är Anton så sömnig att han störtar ner i sängen.

Jag står i snålblåsten utanför Annas och Antons port och väntar på att de ska komma ner och öppna. Och där är de ju, på väg ut ur hissen – hon lugn och tillmötesgående, han brett leende med en blick som viker åt sidan genom glasögonen när jag söker

kontakt, men som hoppar nyfiket till mig så fort jag ser åt ett annat håll.

Jag har hittat Anna på ett internetforum för familjer med adhd. Vi har haft mejlkontakt i flera månader men har inte fått till en tid att träffas förrän nu. Bland annat eftersom Anton håller på att hitta rätt dos för en ny adhd-medicin och därför har haft många läkarbesök.

Anton är snart tio år och bor hos sin mamma på halvtid i ett kollektivhus. De delar sin tvåa med de båda hundarna som möter oss skällande i hallen. Anna stänger in dem i Antons rum och vi slår oss ner i det lilla köket.

Det är Anton som har köpt fika, säger Anna och sätter fram Ballerinakex och chokladfingrar.

Jag förklarar för Anton vem jag är och varför jag är här och sedan ber jag honom berätta lite om sig själv.

»Jag heter Anton och är nio år. Jag föddes den 13 februari klockan 13.13.«

»Oj, ett oturstal, har du mycket otur?«

»Nej, det är konstigt, det har jag inte. Jag har mycket tur. Jag hade tur när jag fick åka Insane fem gånger när vi var på Gröna Lund.«

Det visar sig att turen hade flera inslag. Dels att Anton äntligen hade blivit 140 centimeter lång och alltså uppnått den erforderliga höjden för att få borda denna nöjesfältets värsta berg-och-dalbana, dels att han och Anna slapp stå i den långa kön och istället kunde ta en genväg in, tack vare att Anton kunde visa upp papper på att han har adhd.

Det behöver inte vara tivoli för att Anton ska trivas. När jag frågar vad mer han gillar att göra rinner roligheterna ur honom:

»Leka. Kull och kurragömma. Och klättra och åka hoverboard. Och bada. Jag har tagit simborgarmärket fyra gånger. Det bästa jag vet är att simma klädsim.«

»Han har simmat sedan han var fyra år«, flickar Anna in.

»Vad är tråkigt att göra då?«

»Prata. Nej, jag menar lyssna! I skolan. Särskilt om det är engelska eller svenska. Och jag hatar att skriva«, säger Anton. Och så, med blicken på sin mamma: »Är det slut snart?«

Anna plockar tillbaka tråden och berättar att Anton läser bra men att han har svårt med skrivandet. Finmotoriken trasslar till det.

Det finns mer som Anton tycker är tråkigt.

»Sova.«

»Hur kan man veta att det är tråkigt att sova, när man sover så märker man ju inget?« frågar jag.

Anton tänker några sekunder och så säger han:

»Jag hatar att gå och lägga mig.«

»Att ha adhd då, hur är det?«

»Yksi, kaksi, kolme, jag vet inte, du får fråga mamma.«

Anna gör en ansats att svara, men innan hon hinner börjar Anton berätta:

»I skolan så kan de andra sitta still när fröken pratar. Det kan inte jag.«

Så slinker han iväg till sitt rum för att hämta en månbas. Astronauter i Nasa-mundering, en rymdfärja och en samling plastberg dukas upp intill assietten med kakor på köksbordet.

Anna plockar upp samtalstråden igen.

»Att äta i matsalen här i huset tycker du inte om.«

I kollektivhuset finns en gemensam matsal där det serveras middag alla vardagar och där varje familj lagar mat en gång i månaden.

»Där vet du inte riktigt var du ska sitta, det är mycket ljud och det kommer och går människor. Du vill bara äta där om Otto och Frank också är där.«

Otto och Frank är bröder och bor några trappor upp. Otto är äldst och jämn gammal med Anton.

Anton försöker landa rymdfärjan bredvid glaset med Fanta men noshjulet viker sig. Han bankar det hårt mot bordet för att få det att stanna utfällt.

Jag vill gärna koppla tillbaka till Antons upplevelser av skolan och frågar om det finns något han tycker är kul där.

»Skolan är ibland kul och ibland tråkig, jag hatälskar skolan.«

Anna nickar:

»Det är lite så för oss med adhd, det är hata eller älska. Lagom finns liksom inte, för det som är lagom blir snart jättetråkigt.«

»Matte är kul men gånger är tråkigt«, säger Anton.

»Du går i trean, eller hur?« frågar jag och han nickar.

»Då har du just börjat med gånger«, säger jag.

»Nä, jag går i sexan!« säger Anton och ler spjuveraktigt.

»Aha, du är en ovanligt kort pojke för att gå i sexan«, skojar jag och Anna kontrar:

»Om du går i sexan borde du kunna alla gångertabellerna!«

Anton svarar blixtnabbt:

»Nej, jag går i sexårs!«

Jag frågar om förskoletiden och hur Anton trivdes på förskolan.

»Jag älskade Guldgruvan! Man fick vila efter lunchen, det gillar jag.«

»Kan man inte få göra det i skolan?« undrar jag.

»Yksi, kaksi, kolme«, säger Anton och jag anar att det är hans sätt att svara att han inte vet.

Jag frågar Anton om vänner. Många barn med adhd har svårt med relationer, men Anton räknar upp en rad kompisar: Sune, Emil, Ludvig, Lasse, Irma, Elvira, David. Efter intervjun berättar Anna att det där bara är namn för honom, de enda han egentligen leker med utanför skolan är Otto och Frank. Sedan han själv hade födelsedagskalas för snart ett år sedan har han inte blivit bjuden på ett enda kalas.

Medan han pratar fortsätter han att kämpa med rymdfärjans noshjul och när det inte funkar som han vill börjar han slå sig själv med handflatan på kinden. Så hoppar han iväg till soffan i vardagsrummet.



Det har gått någon halvtimme sedan jag kom och samtalet är splittrat. Men jag vill gärna förstå hur det fungerar med Antons kompisar – bråkar han mycket med dem?

»Näe. Men om de retar mig i skolan så springer de för sina liv sen.«

Anton far fram och tillbaka mellan köksbordet, soffan och sitt eget rum medan han och Anna hakar i varandras repliker och nystar fram hans tillvaro i skolan, så som den var i ettan och tvåan, innan han fick sin personliga assistent Victor.

»Jag blev utslängd hela tiden. För jag störde hela tiden. Jag fick sitta i kapprummet.«

»Vad fick du göra där?«

»Jag fick titta och gå runt.«

»Det blev mycket bråk«, säger Anna.

»En gång bråkade jag med en sexa!« säger Anton, just som dörrklockan ringer och hundarna bryter ut i en skallkavalkad.

»Mina vänner är här!« ropar Anton.

Det är bara Otto och Anna ber honom komma tillbaka om en stund.

Samtalet börjar bli allt svårare att hålla i, det rycker och knycker och glider runt mellan rummen, men så får Anna hundarna att tystna och jag kan ta fatt i tråden igen: »Varför bråkade du med en sexa?«

»Jag var så arg så jag märkte inte att det var en stor person som jag bråkade med.«

»Du var arg hela tiden då, för att du inte fick någon hjälp utan bara skulle fungera som alla andra«, förklarar Anna.

»Ja, sexan undrade varför jag bråkade och då blev jag så arg så jag sprang efter den. Jag springer och vill bara döda den personen som retar mig. Och då springer fröken efter mig.«

Jag frågar hur detta började och Anton berättar att han kastade papper och pennor omkring sig i klassrummet.

»Alla klagade på mig. Och då blir jag arg.«

»Ja, då blir du arg«, säger Anna, »som du håller på att bli nu, bara du tänker på det som hände i skolan.«

Men Anton avstyr sin ilska genom att hämta en liten gulsvart fotboll i sitt rum och börja bolla med den.

»Vad brukar du och dina kompisar göra när ni ska ha kul?« frågar jag.

»Förut brukade vi spela killerball, fast nu får vi inte det längre, för fröken sa att det blev för våldsamt. Det hände tre gånger på samma vecka att folk slog varandra när vi spelade.«

Hur är det med datorer och surfplattor och mobiler och tevespel?

»Jag älskar Play Station! Och Youtube och Xbox och Iphone och Playbutiken. Och ibland Kunskapskanalen. Och Titanic-filmen älskar jag, fast jag brukar spola förbi när de pratar eller sätter sig för att äta middag.«

Just nu fungerar det ganska bra för Anton att hitta lekar utanför den digitala miljön, berättar Anna senare. Hon tror att det beror på den nya medicinen. Men när han har sämre perioder och inte orkar umgås flyr han till skärmarna. Då kan det bli konflikter. Det har hänt att Anna har tagit telefonen eller surfplattan, och då blir det, som hon säger, krig.

Anton kan slå sönder saker när han blir arg. Men han accepterar regeln att efter den sista hundpromenaden vid halv åtta ska mobil, surfplatta och dator vara avstängda.

Anton förklarar med stort engagemang detaljerna kring fartyget Titanics flytkapacitet och vad som gick fel när konstruktören beräknade den. Jag antecknar febrilt, men när jag hör både Anton och Anna gapskratta lyfter jag blicken – fotbollen har landat med ett plask i hundarnas vattenskål.

Det är rätt fantastiskt att Anna skrattar. Att hon inte ryter eller åtminstone suckar, som jag gör ibland när det stänker hemma hos oss. För hon har det tungt.

Hon har brottats med psykisk ohälsa i hela sitt liv, berättar

tar hon för mig senare. Redan som barn på den värmländska landsbygden kämpade hon för att förstå hur klasskamraterna kunde ha det så lätt – hur kom det sig att inte deras händer dröp av svett och att de inte kräktes när de skulle ha prov i skolan?

Även hemma var hennes tillvaro en kamp, med en pappa som hon berättar styrde allt genom sina raseriutbrott. Han borde ha haft flera diagnoser, både adhd och bipolaritet, menar Anna.

Första gången Anna var full var hon tretton. Mamman som var socialarbetare märkte inget eftersom hennes klienter hade det så mycket värre, som hon senare skulle förklara det för Anna.

Som ung provade Anna en rad olika yrken. Ena dagen var hon undersköterska, nästa egenföretagare i postbranschen, sedan var hon häktesvakt och spelade pingis med polismördarna från Malexander för att så plötsligt sitta och kartlägga bolagskoncerner åt ett annonssäljföretag.

Inte på något jobb stannade hon längre än ett år. Oftast sa hon upp sig för att hon var uttråkad och somnade på arbetstid. Den enda arbetsplats hon trivdes på var McDonald's, där hon var arbetsledare och där det fanns instruktioner för alla situationer. Men därifrån sa hon också upp sig för att jobbet var för stressigt.

Vid det laget hade hon flyttat till Stockholm med mannen som senare skulle bli Antons pappa. Hon hade ofta ångest som hon försökte hantera genom självskador. Först efter ett självmordsförsök fick hon vård och så småningom fick hon tre diagnoser: borderline, bipolär och adhd.

Tre psykiatriska diagnoser kan låta nattsvart, men gradvis blev hon bättre, mycket tack vare en ny människa.

»Det krävdes en Anton för att jag skulle börja leva«, skriver hon till mig i ett mejl.

När Anton började förskolan satsade Anna på att förverk-

liga en dröm och bli polis – det perfekta yrket om man har adhd eftersom det är så fyrkantigt, säger hon. Vid ansökan mörkade hon sin adhd, eftersom den som har diagnosen inte får bli polis.

Anna älskade studierna, men de långa skoldagarna på andra sidan stan och kraven på hård fysisk träning blev omöjliga att kombinera med tiderna på förskolan. Hon hoppade av.

Det var 2011. Sedan dess har hon varit sjukskriven nästan utan avbrott. Hon har provat i stort sett alla adhd-mediciner som finns, men de vanligaste har ingen effekt på henne och de andra, nyare har gett henne så svåra biverkningar att hon har tvingats sluta.

Anna och Antons pappa har separerat. Idag går hennes liv mycket ut på att vara, som hon säger, Antons traktor.

Jag frågar henne vad hon tror att det beror på att adhd-diagnoserna ökar.

»Jag tror att det beror på två saker«, säger hon. »Mycket handlar om adhd light och en sådan diagnos kan man få efter två timmar hos en psykolog. Sen är det samhällskraven och framför allt skolmiljön. Inget steg utanför ramen accepteras.«

Anton är angelägen om att få springa upp och leka med Otto, men innan han går skulle jag vilja höra vad han tänker om medicineringen. Han har provat en handfull olika adhd-läkemedel. Långtidsverkande Medikinet, som stimulerar det centrala nervsystemet och är narkotikaklassat, gjorde att han inte kunde somna på kvällen. Korttidsverkande Medikinet gjorde honom grinig när det gick ur kroppen på eftermiddagen. Och Equasym, också centralstimulerande och narkotikaklassat, fick honom att helt tappa aptiten.

Nu håller läkaren på att prova ut Strattera, som inte är centralstimulerande och inte narkotikaklassat. Det verkar hoppfullt, tycker Anna.

Anton tar medicinen i kombination med sömnhormonet

melatonin. Först fick han en version som gav honom överklighetskänslor. Han låg på golvet och skrek: »Jag försvinner, jag försvinner!«

Nu får han en annan variant av melatonin som fungerar bra om Anna bara tajmar den rätt. Ibland, när hon har tyckt att Anton har verkat ovanligt överaktiv, har hon gett honom sömnmedicinen för tidigt på kvällen, men då bjuder hela hans kropp motstånd mot tröttheten och aktiveras upp till en energinivå där den absolut inte kan gå ner i varv.

»Kan du berätta vad som händer då?« ber Anna honom.

Anton kommer fram och lägger sina armar mjukt runt hennes axlar.

»Vi åker ut och kör«, säger han.

Så flyger han mot ytterdörren.

»Hej då! Tack! Vi ses!« ropar han till mig innan han försvinner till Otto.

# Spektrumet

**Fler och fler** människor får en psykiatrisk diagnos. Det kan handla om olika varianter av autism, om dyslexi eller om sjukdomar som depression. Men adhd har en särställning. Det är en av de diagnoser som ökar allra mest.<sup>2</sup>

I Sverige beräknas andelen personer som har en adhd-diagnos ha mer än sjufaldigats sedan 2006.<sup>3</sup> Jag skriver beräknas, eftersom ingen vet säkert hur många som har diagnosen – siffrorna baseras på andelen personer som medicineras, med ett påslag för dem som bedöms ha diagnosen utan att ta medicin.<sup>4</sup> Ökningen förmodas fortsätta, men i lugnare takt, åtminstone de närmaste tio åren.<sup>5</sup>

Adhd är en så kallad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som gör det svårt att koncentrera sig och kontrollera sitt beteende och sin aktivitetsnivå. Orsakerna är till stora delar ärftliga, men faktorer i omgivningen kan förstärka eller mildra svårigheterna.

De egenskaper och beteenden som definierar adhd finns hos de allra flesta människor, i större eller mindre utsträckning. Symtomen fördelar sig alltså längs ett spektrum, från svåra till lindriga. För att en person ska få diagnosen måste symtomen ha funnits under barndomen, ha bestått under en längre tid och ha negativa effekter i flera sammanhang, till exempel både hemma och i skolan eller på jobbet.

Enligt officiella siffror har 7,5 procent av alla pojkar i ålderna tio–sjutton år i Sverige en adhd-diagnos, liksom 3,5 procent av flickorna<sup>6</sup> och 1,5 procent av de vuxna.<sup>7</sup>

Är det för många?

Ja, allt tyder på det. Även etablerade forskare börjar se bekymrat på siffrorna.<sup>8</sup> En studie från 2018 visar att symtom på adhd som föräldrar såg hos sina barn bara ökade marginellt under åren 2004-2014, samtidigt som andelen barn med en diagnos rusade i höjden. Förklaringarna som nämns av forskarna, bland dem etablissemangets nestor Christopher Gillberg, är »praktiska och politiska«, till exempel ändrade rutiner för diagnos och behandling, ökad medvetenhet bland läkare, föräldrar och lärare – och överdiagnostisering.<sup>9</sup>

Att adhd är överdiagnostiserat är problematiskt, av flera anledningar. Framför allt därför att värdet av diagnosen urholkas om den ställs på personer som bara har lindriga symtom. Vilket slår mot dem som har svår adhd.

Det finns också ett annat problem: underdiagnostisering. De långa köerna till psykiatrisk utredning och vård i Sverige, och bristen på kvalificerat yrkesfolk, har gjort att en del personer med svåra adhd-symtom inte får den hjälp de behöver. Många, sannolikt mest flickor och vuxna kvinnor och män, lever sitt liv med svåra påfrestningar utan diagnos och utan stöd. Underdiagnostiseringen har under årens lopp fått stor uppmärksamhet, och därför kommer jag inte att fördjupa mig i den.

Den här boken handlar om överdiagnostisering.

Ju senare på året ett barn föds, desto större risk att hon eller han får en adhd-diagnos. Och skillnaden är stor: Bland pojkar är risken att medicinera mot adhd 30 procent högre om de är födda i december jämfört med om de är födda elva månader tidigare, i januari samma år.<sup>10</sup>

Även om december präglas av mörker, kyla och julstress så är det orimligt att tänka sig att detta kan få sådana tydliga hälsoeffekter, särskilt med tanke på att januari är nästan lika mörk och oftare kallare. Nej, förklaringen till att december-

barn är särskilt i riskzonen är med all sannolikhet att de inte har samma skolmognad och koncentrationsförmåga som sina äldre klasskamrater.<sup>11</sup> Omognad misstas för en funktionsnedsättning.

Eller? Den förklaring som istället lyfts fram av en expert som jag frågar är att barn som är födda i januari kan vara underdiagnostiserade. Deras större mognad kanske gör att de kan maskera den funktionsnedsättning som adhd innebär, funderar han.

Det är en möjlighet som måste övervägas: Kan man tänka sig att en tiondel av alla barn, eller till och med fler, verkligen har adhd? Jag tar med mig frågan in i min research.

Om vi vill förstå de verkliga förklaringarna till ökningen av adhd-diagnoser måste även de mindre sannolika tankarna beaktas. På ett flyg nyligen satt jag bredvid en dansk läkare. När jag berättade att jag skrev en bok om adhd sa han att han visste varför diagnoserna ökar i Sverige: »Det beror på ordet hen. Pojkar får inte vara pojkar och därför blir de bråkiga och slåss.«

Den teorin faller på en rad fakta, till exempel att adhd-diagnoser är allra vanligast i de amerikanska sydstaterna, där någon motsvarighet till ordet hen inte finns och där feminismen inte är någon stark kraft. Teorin faller även på det faktum att adhd-diagnoserna nu ökar mycket starkt bland flickor och kvinnor.

FN:s barnrättskommitté kritiserade i sin rapport från 2015 Sverige inom en rad områden. Bland annat påpekade kommittén att elever med funktionsnedsättningar inte får alla sina rättigheter tillgodosedda i skolan och att de riskerar att diskrimineras, till exempel när skolor nekar dem plats. Men kommittén uppmärksammade också överdiagnostiseringen av adhd och skrev att man såg »med oro på den avsevärda ökningen av det antal barn i Sverige som diagnostiseras med så kallade inlärnings- och beteendestörningar, särskilt adhd«. Kommittén uppmanade regeringen att bland annat säkra att



psykologisk rådgivning prioriteras framför mediciner.<sup>12</sup> Regeringskansliet planerade att svara på kritiken år 2020.<sup>13</sup>

Att undersöka bakgrunden till det ökande antalet adhd-diagnoser är att ge sig ut på – vilken metafor ska jag använda, ett minfält, ett gungfly? En författarkollega varnar mig; han har skrivit en enda artikel om adhd och aldrig fått så mycket hat som då, säger han.

Runt om i Sverige finns många människor – personer som själva har en adhd-diagnos och deras föräldrar men också lärare, kuratorer, psykologer och läkare – som är djupt tack samma över att diagnosen finns och över att det finns effektiva mediciner mot de symtom som adhd ger. Det här är människor som har fått stor hjälp av diagnosen, antingen direkt och personligen eller indirekt och professionellt. En del av dem reagerar negativt när diagnostiseringen och medicineringen ifrågasätts.

Associationsbanan ser ut så här: Om det är för många som får en adhd-diagnos betyder det att en del av dem som har diagnosen egentligen inte har adhd, och då blir alla som har diagnosen ifrågasatta, även de som har mycket svåra problem.

Detta stämmer – men det är inget skäl att inte granska överdiagnostiseringen. Tvärtom, för om utvecklingen fortsätter och adhd blir ännu vanligare än idag kan diagnosen förlora sin betydelse. Då finns risken att de problem som drabbar personer med svår adhd inte tas på allvar. Därför måste vi sätta sökarljuset på nyanserna i adhd-diagnosen.

## Alex: Jag ville något bra med livet

**Han ville inte slåss**, men under åren hade han byggt upp ett rykte som bråkstake. Alkohol gjorde sitt till, och när det blev gruff på stan en fredagskväll visste han vad som förväntades av honom.

»Många gånger ville jag bara smita. Jag hade ofta sovit dåligt och var så trött och ville bara ligga under täcket och inte träffa någon. Men jag fick inte fega ur.«

Vändpunkten kom när Alex var trettio år och träffade Jenny. Det var hon som väckte tanken att han kanske hade adhd och föreslog att han skulle kontakta psykvården. Han fick en utredning, han fick sin diagnos och han fick medicin.

Men nu, några år senare, har han börjat undra om han verkligen har adhd.

Alex är 38 år och jobbar på lager i en mellanstor stad ett par mil från hemmet. Varje vardag mellan sju och fyra kör han runt stora stänger rostfritt stål. Men nu är det en gråljus söndagseftermiddag, och hemma i den ljusblå trävillan hos honom och Jenny springer fyraåringen runt med sin surfplatta medan Alex lotsar in mig till det vita bordet i den lilla matsalen med blommiga tapeter och stora fönster mot parkeringsplatsen och vägen.

Han har en frisyra med rakat bakhuvud som ger mig associationer till rasism, men lutad mot väggen står en tavla med

ett citat: »I think everybody should like everybody.« I all sin anspråkslöshet betryggande.

När Alex föddes var hans mamma tjugo år och redan mor till en tvååring. Strax därpå separerade föräldrarna. Det var ofta bråk mellan dem, på telefon eller hemma hos mamman där pappan stod i hallen och gormade.

Som riktigt liten var Alex ändå lycklig hela tiden, säger han. Han sprang runt på gården och sken och pratade med alla, även med sådana som han nu tycker att han skulle ha hållit sig ifrån.

Men när han började i förskolan blev han, som han säger, bråkig och hetlevrad.

»Jag kände att jag inte passade in i de vanliga grupperna. Jag kunde inte sitta still och inte få gehör för det jag ville.«

Redan då hade han koncentrationssvårigheter, säger han. Han hängde inte med i samtalen och hade svårt att fokusera till exempel på att spela spel.

»Jag satt med, men som i en bubbla utanför. När de pratade om något kom jag alltid in fel, jag var lite tyst och bakom. Så då gjorde jag utfall och bråkade med någon – och så såg alla det och då fick jag uppmärksamhet. De kompisar jag fick var av samma skrot och korn.«

När Alex skulle börja i skolan placerades han först på skoldaghem, en särskild verksamhet för barn med svårigheter att passa in. När han sedan började i tvåan var det i en ordinarie klass. Snart föll han in i sitt vanliga beteende.

Hejma var det oroligt. Mamman hade flera nya relationer, en del trygga, andra sämre. Hon orkade inte med Alex och fick hjälp med avlastning över helgerna, av en familj som bodde på landet.

Att åka hemifrån på fredagen var dubbelt för Alex. Han gillade att komma ut och få jobba med kroppen i skogen, hugga ved, köra moppe, bada i skogssjöar och umgås med familjens son. Men samtidigt kände han sig oönskad hemma, utkörd.

Han minns särskilt en helg när det skulle vara disco på skolan och han ville gå dit för att kanske få dansa med en särskild tjej. Men hans mamma och mammans kille tvingade med honom i bilen till den bensinmack halvvägs till avlastningsfamiljen där de skulle mötas. När Alex skulle byta bil försökte han först rymma och sträckte sig sedan in i bilen där mamman och hennes kille satt.

»Jag grät och sa 'mamma, jag vill vara med dig'. Men de bara åkte.«

På mellanstadiet började Alex få tics – han sprätte med ögonlocken, hade muskelsammandragningar i halsen och talade ibland osammanhängande. Han kände sig allt mindre trygg och på högstadiet började han ta spjörn mot vuxenvärldens gränser för att visa vem han kunde vara. Han och hans kompisar gjorde småinbrott och bråkade med folk.

»Jag rökte och jag hade snus inne på heltid. När man drack så drack man inte normala mängder. Och jag kom inte på lektionerna utan satt i 'hölet', kafeterian.«

Någon hjälp tycker han inte att han fick. Vid några tillfällen fick han prata med skolkuratoren, men det gav inte det han behövde.

I åttan toppade han sina betyg med 2,3 i genomsnitt. Att de inte var lägre berodde på att han hade treor i idrott och engelska – allmän kurs, är han noga med att påpeka. I nian föll betygen igen.

»Då var jag den värsta, herre på täppan.«

Han säger att det syns på bilder från den tiden att han inte mår bra – han är svart under ögonen och blek i ansiktet. När jag ber att få se en bild går han och frågar Jenny, men det kort han kommer tillbaka med visar ingen hållögd tonåring utan en liten kerub i treårsåldern som kiknar av skratt åt något av fotografens tricks.

En del av den charmen hade han kvar också på högstadiet.

»Jag mådde så dåligt på insidan, av detta att jag aldrig rodde

iland med något, men jag var snäll mot lärarna och gav aldrig något sken av att vilja bränna upp skolan eller så. Jag ville något bra med livet, jag ville aldrig göra något illa – när det hände fick jag otroliga skuldkänslor.«

Under gymnasiet saxade Alex mellan barn- och fritidsprogrammet och individuella programmet. Han tog aldrig studenten utan fick istället sitt första arbete, på kyrkogårdsförvaltningen.

»Jag jobbade så hårt att jag nästan tuppade av.«

Så fortsatte det med en rad olika industriarbeten, bland annat på en smedja där han, som han säger på sitt fackspråk, fluxade styrspindlar till lastbilar.

Han mådde inte alls bra och hade till exempel ett sätt att äta som gränsade till missbruk.

»En chokladkaka? Löjligt, man tar ju fem. Det var bulimivarning på det«, säger han.

I den hyresrätt han hade fått rådde ett växelspel mellan ordning och kaos. Drickandet med kompisar på helgerna genererade berg av disk som han tog itu med på söndagen eller måndagen. Då etablerade han en minutiös ordning – som sedan raserades av kompisarna till helgen.

Pengarna han tjänade gick till kläder, prylar och festande. Utseendet var viktigt.

»Många tjejer var intresserade, men jag träffade inte så många, jag smet. Självkänslan var för låg. Jag kunde inte riktigt med att någon tog i mig, jag fick kraftig prestationsångest av det.«

Den dubbelhet Alex känt som barn, då han inte ville göra någon illa men ändå alltid hamnade i bråk, eskalerade. Särskilt på stan på helgkvällar, då kompisarna väntade sig att han skulle visa hur tuff han var.

Under gymnasiet hade Alex testat att röka hasch och också tagit amfetamin. När han blev äldre började drogerna ta större

plats i hans liv. Han hade fått morfin utskrivet efter operationer av blindtarmen och åderbråck och märkt att om han tog högre doser än man skulle så kunde han känna lugn och välbefindande.

Efter en helg med amfetamin kunde det hända att han hade någon påse pulver kvar i fickan när arbetsveckan började.

»Det var svårt att hålla sig till helgerna. Jag märkte att jag kunde prata lugnare och tydligare när jag hade rökt på eller tagit något. Meningarna satt ihop bättre. Det fanns ingen som kunde misstänka något, jag kunde ha gått på släktkalas. Möjligtvis hade man kunnat se det på att pupillerna var stora.«

Så träffade Alex sin Jenny och hans liv förändrades. Jenny såg hela honom. Och det hon såg fick henne att tänka att han kanske hade adhd.

När han fick diagnosen var det först en lättnad.

»För mig var det en bekräftelse på varför jag gjort som jag gjort.«

Han tog också tacksamt emot den narkotikaklassade medicin som läkaren skrev ut.

Senare, när biverkningarna kom, skulle han tänka annorlunda.

# Den stressade hjärnan

**Emil i Lönneberga**, hade han adhd? Eller Tom Sawyer och Huckleberry Finn? Eller Bart Simpson? Dessa vilda småkillar är vanliga referenser när experter ska ringa in vad adhd är. De ställer dagligen till ett litet helvete för sin familj, sina lärare och sina grannar, oavsett om de presenteras i bokform eller på teve och oavsett om de är skapade på 1800-, 1900- eller 2000-talet. Men de har också ett gott hjärta.

Adhd är en störning, åtminstone om man ska tro den formella och vedertagna översättningen av *attention deficit hyperactivity disorder*: hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning. Vanligt är också att beskriva adhd som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Det kan tyckas okontroversiellt, men redan här börjar spänningarna göra sig gällande. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) menar till exempel att det är tveksamt om begreppet neuropsykiatrisk alls ska användas, eftersom det inte är belagt att de diagnoser som kallas så har en tydligare neurobiologisk bakgrund än till exempel schizofreni och bipolär sjukdom.<sup>14</sup>

Förhandlingar pågår alltså fortfarande om definitionen av adhd. Men de värsta svallvågorna i de debatter som har varit har lagt sig. Det är nu möjligt att ringa in vad adhd faktiskt är: en sårbarhet i hjärnan som till stora delar är medfödd och som kan förvärras, eller lindras, av faktorer i personens omgivning.

Modern forskning visar att hjärnans reaktioner hos personer som har adhd ofta är annorlunda än hos dem som inte har

diagnosen. Dessa skillnader är möjliga att studera, till exempel genom PET-skanning eller magnetkamera som visar vilka delar av hjärnan som triggas av olika aktiviteter eller sinnesintryck.

En förklaring till adhd-symtomen verkar finnas i hjärnans tillgång till signalsubstanser. Någon har liknat dessa kroppens egna smörjolja vid gudarna i en polyteistisk världsbild – det finns en för klokskapen och en annan för lusten, en för vreden och en för skrattet. Och kanske är det så att tron på hormoner och signalsubstansernas betydelse en gång, när neurovetenskapen har nått mycket längre än idag, kommer att förpassas till vidskeplighetens skräphög. Men det är i så fall långt dit; idag tillhör kunskapen om dopamin, noradrenalin, serotonin och deras släktingar forskningens framkant.

Dopamin utsöndras när vi upplever något lustfyllt. Det flödar från hjärncell till hjärncell via kopplingarna mellan cellerna, synapserna. Flödet smörjer kommunikationen mellan cellerna och stimulerar förmedlingen av lustkänslor.

Enligt den senaste och mest citerade forskningen är flödena av dopamin, och även av det närbesläktade noradrenalin, störda hos personer med adhd. Alltför mycket av signalsubstanserna rinner tillbaka in i den ursprungliga hjärncellen istället för att flöda vidare till nästa. Då kan inte substanserna ge den stimulans de ska ge, vilket gör att personer med adhd behöver fler och starkare kickar för att komma i närheten av den tillfredsställelse som andra kan känna av diskretare intryck.<sup>15 16</sup> Att lyssna på läraren räcker inte, man måste också vissla, fippla med mobilen och kittla en kompis.

Men det finns mer som utmärker hjärnan hos åtminstone barn med adhd-symtom. Flera delar av hjärnan, bland annat hippocampus som hanterar minne och amygdalan som styr rädsla, är något mindre.<sup>17</sup> Det visade en stor studie 2017 som bekräftade tidigare liknande forskningsrapporter.<sup>18</sup>

Studien visade också att det inte gick att se några skillna-



der i storleken på dessa delar av hjärnan hos vuxna med adhd jämfört med en kontrollgrupp. Det tyder på att skillnaderna i hjärnans storlek växer bort när barnet mognar och att adhd-symtomen alltså delvis är ett uttryck för omognad.<sup>19</sup>

Adhd är alltså biologiskt betingat, men det behöver inte alltid betyda att det är ärftligt. Det finns faktorer i ett barns miljö som kan påverka hjärnans biologi. En sådan är för tidig födsel. Risken att få en adhd-diagnos eller någon annan neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar avsevärt för barn som är födda för tidigt. Och antalet barn som överlever en för tidig födsel ökar, tack vare förbättrad neonatalvård. Detta är en liten komponent i ökningen av adhd-diagnoser.<sup>20</sup>

En annan liknande biologisk förklaring är med största sannolikhet D-vitaminbrist. Ju mer tid barn och unga tillbringar inomhus, desto mindre naturligt D-vitamin producerar deras kroppar. Och D-vitamin är nödvändigt för hjärnans utveckling.<sup>21</sup>

Ärftligheten är med andra ord inte absolut, det finns många barn som får en adhd-diagnos utan att någon annan i familjen har uttalade adhd-symtom. Och det finns föräldrar med adhd som får barn utan uppmärksamhets- och hyperaktivitetsproblem. Men den mest citerade forskningen visar ändå att ärftlighet kan förklara så mycket som 80 procent av adhd-diagnoserna på befolkningsnivå.<sup>22</sup>

Även om ärftligheten är stor, så finns det ingen gen som avslöjar att en person är bärare av adhd. Istället handlar det om många olika arvsanlag som samverkar och aktiveras över tid i samspel med omgivningen i familjen, skolan och arbetslivet. Amerikanerna Stephen Hinshaw och Richard Scheffler, professorer i psykologi respektive hälsoekonomi, har skrivit boken *The ADHD Explosion* som med hjälp av strikt vetenskap från båda deras discipliner kartlägger diagnosens ökning i USA. De jämför arvsanlagens betydelse för adhd med deras betydelse för kroppslängden. Människor i USA har under

det senaste århundradet blivit längre och längre, men trots att kroppslängd till stor del är ärftlig så beror inte den ökade längden på förändrade gener utan framför allt på att mathållningen har ändrats.<sup>23</sup>

Motsvarande gäller alltså sannolikt för adhd. Prestationstryck i skolan och arbetslivet, intensiv stimulans från medier och kraven på att klara av flera uppgifter samtidigt påverkar alla människor och får konsekvenser för vår förmåga att behålla uppmärksamheten och kontrollera våra impulser.<sup>24</sup>

Den som lever i en familj där någon har adhd – eller den som står nära en sådan familj, eller den som bara läser en sådan familjeskildring<sup>25</sup> – slås av hur livet präglas av tidspress, prestationshets, en oförstående och hård skola och en sjukvård besatt av kortsiktig effektivitet. Dessa problem, som kan sammanfattas under den symtomatiskt snabba och väsende beteckningen stress, präglar tillvaron för de flesta människor i västvärlden idag. Den som har en särskild biologisk sårbarhet i hjärnan reagerar på stress på ett sätt som gör det svårt att fungera, och de reaktionerna har fått namnet adhd. I ett annat samhälle, med större marginaler, skulle de egenskaper och beteenden som definierar adhd inte behöva vara problematiska.

Kunskaperna om att hjärnan reagerar annorlunda hos personer med adhd har inte kunnat omsättas i särskilt mycket klinisk psykiatri. För adhd, liksom för diagnoser som schizofreni och bipolär sjukdom, är det fortfarande inte möjligt att ta ett cellprov någonstans i hjärnan och undersöka det i ett laboratorium för att få ett utslag.<sup>26</sup> Inte heller kan man använda magnetkamera eller annan teknik, som används för statistiska studier av adhd-symtom, när man undersöker om en enskild person har adhd. Tekniken är helt enkelt alldeles för osäker på individnivå.<sup>27</sup>

Det är egentligen inte så märkligt. Med tanke på att hjärnan är det överlägset mest komplexa organet i människokrop-

pen, med 100 miljarder hjärnceller som var och en samspelar med de andra via upp till 10 000 synapser<sup>28</sup>, så kommer det att dröja ytterligare ett antal år innan hjärnforskningen kan ta fram laboratorietester som med säkerhet kan slå fast vem som meriterar sig för adhd eller någon annan psykiatrisk diagnos.<sup>29</sup>

Adhd och de flesta andra psykiatriska diagnoser är heller inte något man glasklart har eller inte har. De uttrycks, som vi har sett, längs ett spektrum. Det finns en gråzon där det är osäkert om en diagnos ska ställas eller inte.

Vilket för övrigt inte gäller bara psykiatriska diagnoser. Andelen personer med högt blodtryck i USA steg för några årtionden sedan dramatiskt när gränsen för vad som räknades som högt sänktes för att uppmuntra tidig behandling. Normal eller onormal – det kan vara en förhandlingsfråga.<sup>30</sup>

I de södra delarna av USA finns delstater där uppåt 30 procent av pojkarna tar adhd-medicin.<sup>31</sup> Men nu märks tecken på att adhd-diagnosen håller på att omvärderas av amerikanska experter. Det är framför allt två inflytelserika personers förtjänst: psykologiprofessorn Keith Conners, som har varit drivande när det gäller diagnostisering av adhd och som även medverkat till utvecklingen av flera storsäljande mediciner, och psykiatriprofessorn Allen Frances, som haft ansvar för flera upplagor av diagnosmanualen DSM.

Keith Conners har efter sin långa karriär i adhd-branschen vittnat i medierna om läkemedelsbolagens massiva påverkanskampanjer i samband med att diagnosen etablerades.<sup>32</sup> Och Allen Frances menar att diagnoskriterierna för adhd har utvidgats på ett sådant sätt att man nu sjukdomsklassar det som i praktiken är svårigheter att leva upp till samhällets förväntningar.<sup>33</sup> Båda menar att antalet personer som idag medicineras vida överstiger dem som har en så svår adhd-problematik att bara medicin hjälper.

Dessa auktoriteter har alltså rannsakat sig själva, satt sig över det vedertagna och gått i clinch med starka ekonomiska intressen inom läkemedelsindustrin. Deras förmåga att sätta fokus på samtidsproblem som tidspress och prestationshets sporrar mig att fördjupa mitt sökande kring samhällsutvecklingens betydelse för ökningen av adhd-diagnoser.

För att göra det är det nödvändigt att gå tillbaka i historien. Men först vill jag höra hur det går med Hannas utredning.

# Hanna: Svårt att få ihop det

**Hanna skickar över** den egenremiss som hon har lämnat till utredningsföretaget Cereb:

## **Svårigheter i vardagen?**

Har sedan 2003 inte jobbat heltid.

Återkommande depressioner och ångest.

Å ena sidan svårt att koncentrera mig, å den andra uppslukad av det jag gör, vilket periodvis gör mig utmattad.

Har svårt att ägna mig åt sådant som inte intresserar mig, det går ofta inte in eller blir inte av.

Svårt att ta till mig teoretisk skriftlig information och läser väldigt långsamt.

Väldigt kreativ i tanken, alltid flera projekt igång. Allt oftare blir de inte av eller så börjar jag arbeta med ngt men avslutar inte. Svårt att få ihop det.

Svårt att komma igång med saker och att ha rutiner.

Känslig för stress som bland annat ger återkommande migrän och yrsel.

Minns dåligt, tappar och förlägger saker.

Hittar inte ord eller säger fel ord.

## **Kontakter med psykiatrin?**

Ja, sedan länge.

...

**Psykiskt mående nu?**

Stark ångest, värst på morgnarna. Oro m.m.

Svårt att veta hur jag mår rent psykiskt eftersom jag har flera fysiska besvär nu och rörigt omkring mig.

Måendet växlar.

...

**Aktuell diagnos?**

Bipolär II. Migrän.

...

**Tidigare utredningar**

Diagnosen bipolär fick jag 2006.

*Skulle enligt journalanteckning också utredas för ADHD då. Blev aldrig av.*

Den där sista meningen har Hanna kursiverat, för att utredningsföretaget inte ska missa denna lilla men viktiga bit information.

Samtidigt som Hanna väntar på sin utredning har hon kontakt med en psykiatriker hos landstinget. Psykiatrikern tycker inte om att Hanna har bett om en adhd-utredning, berättar Hanna när hon ringer mig.

Varför inte, frågar jag.

»Hon tror inte att jag har adhd«, säger Hanna.

Jag kan inte låta bli att tänka att psykiatrikern har rätt. Hanna har psykiska problem, men några uttalade adhd-symtom har jag inte kunnat se hos henne.

Det säger jag inte. Hanna vet att jag skriver en granskande bok om överdiagnostiseringen av adhd. Ändå har hon tagit initiativet till att medverka i boken. Jag tror att hon gör det för att hon vill ha min kritiska blick på sina problem. Men jag vill inte ge henne den förrän hon ber om den. Tills vidare vill jag vara åskådare.

Och Hanna har bestämt sig för att hon vill ta reda på om hon har adhd. Hon refererar till det hon skrev i egenremissen: att

redan för elva år sedan menade en psykiatriker att hon borde utredas för adhd. Nu ska det bli gjort, säger hon.

»Det är inte för att jag vill ha medicinen, jag är trött på mediciner. Men jag vill ha hjälp av Arbetsförmedlingen, och det kan jag få om jag har adhd, för det räknas som en funktionsnedsättning.«

Det har gått några veckor sedan hon skickade remissen till Cereb. Än har de inte hörts av.

# Den stressade hjärnans historia del 1

**Har människor alltid** brottats med hyperaktivitet och koncentrationsproblem? De som företräder en uttalat medicinsk syn på adhd vill gärna hävda det. Läkemedelsbolaget Shire, som tillverkar adhd-medicin, citerar till exempel i en reklam-broschyr läkekonstens urfader Hippokrates som år 493 f Kr ska ha beskrivit patienter med »påskyndade reaktioner på sinnenas erfarenheter, men också minskad uthållighet eftersom själen förflyttar sig så hastigt till nästa intryck«.<sup>34</sup>

I annan historieskrivning är det slående hur rapporterna om det som idag kallas adhd sammanfaller med framväxten av en ny samhällsstruktur, baserad på kunskap, handel, klocktid, arbetsdelning och ett intensivt växelspel mellan produktion och konsumtion. Det är en struktur som ställer helt nya krav på människorna i form av koncentration och disciplin.

Många adhd-forskare daterar i sin historieskrivning de tidigaste observationerna av koncentrationsproblem och hyperaktivitet till slutet av 1700-talet. I en bok om psykiska sjukdomar från 1798 finns ett kapitel med titeln *On Attention and its Diseases* där den skotske läkaren Alexander Crichton beskriver en samling symtom som liknar dagens adhd: »I denna uppmärksamhetssjukdom, om det är riktigt att kalla den så, verkar varje intryck uppröra personen och ge honom eller henne en onaturlig grad av mental rastlöshet.«<sup>35</sup>

Det vanliga inom adhd-historiken är att göra ett nummer av



hur väl Crichtons observationer samspelar med dagens definition av adhd.<sup>36</sup> Och det gör de. Men de samspelar också med djupare samhällsförändringar under de sekel som har gått. Mest uppenbart är kanske samspelet med skolplikten.

Under 1800-talet infördes skolplikt i land efter land, i Sverige 1842. Med skolplikten följde nya förväntningar på att barn skulle sitta stilla, vara prydliga och rena, passa tider, hålla ordning och koncentrera sig på läsning, skrivande och räkning. Därmed uppmärksammades stökighet och koncentrationsproblem, inom medicinen men också i skönlitteraturen.

En milstolpe som brukar lyftas fram är den storsäljande barnboken *Pelle Snusk*. Den kom ut 1845 i Tyskland, där Preussen redan på 1700-talet varit först ut i Europa med att införa en modern skolplikt. Den första upplagan följdes snart av flera, med nya berättelser och bilder under ett par decennier.

Författare var läkaren Heinrich Hoffmann som skrev boken till sin lille son. Det är en tidstypisk sedelärande historia där en rad illbatteringar straffas grymt, ofta med döden, för de katastrofer de orsakar. Ibland styrs barnen bara av tanklöshet, som när Frans med blicken i det blå promenerar ut över kajkanten eller när Emma leker med ett elddon och futtar eld på sin klänning och brinner upp. Men ibland är de rent grymma, som när den lille Fredrik, »en riktig liten hustyrann«, slår sönder bord och stolar och plågar husdjur.<sup>37</sup>

Det avsnitt som mer än andra sägs illustrera adhd handlar om när Oskar stökar vid middagsbordet och till slut välter det över ända. Både läkemedelsbolag och forskare lyfter fram avsnittet som en träffsäker dokumentation av adhd-symtom.<sup>38</sup>

Runt sekelskiftet 1900 dokumenterade flera brittiska läkare patienter med adhd-liknande symtom. Mest inflytande fick George Frederic Still, vars föreläsningsserie i London 1902 sägs utgöra startpunkten för adhd-forskningen.<sup>39</sup> I sina föredrag, som ofta citeras av både läkemedelsbolag och forskare, diskuterar Still »en onormal defekt i moralkontroll hos

barn«. Dessa barn var normalbegåvade, men de var destruktiva och rastlösa och hade »starkt bristande förmåga till sammanhängande uppmärksamhet och därav följande svårigheter i skolan«, konstaterar Still.<sup>40</sup>

När läkemedelsbolag och forskare refererar till Still är det vanligt att de betonar att han observerade att svårigheterna var vanligare hos pojkar, vilket de är även idag, liksom att han lyfte fram att problemen vanligtvis uppstår före sju års ålder, vilket också har varit en tidsgräns inom adhd-diagnostisering.

Men den uttalade kopplingen till skolan är också värd att notera, liksom naturligtvis fokuset på »moral«. Detta var England under den viktoriaanska tidens sista år, en era som präglades av massiv industrialisering, teknologiska framsteg, höjd utbildningsnivå och en växande medelklass, men också av en strikt moralsyn, sträng uppfostran och, inom skolan, en pedagogik som av goda skäl har kallats svart.

När Still lyfts fram som en pionjär inom adhd-forskningen så är det för att han sägs ha identifierat grupper av barn med det som vi idag kallar adhd. Men vad han såg var också barn som bar på en sådan sårbarhet att de inte kunde anpassa sig efter tidens krav på stillasittande och strömlinjeformat uppförande.

Från första världskrigets slut och ett tiotal år framåt drabbades så många som 20 miljoner människor runtom i världen av en virusepidemi i form av hjärninflammation. Många av de sjuka dog, och de som överlevde fick ofta följsjukdomar, till exempel en sömnsjuka som kunde ge beteendestörningar som gjorde det svårt för de sjuka att kontrollera sin aktivitetsnivå och sina impulser. Vetenskapens slutsats blev att den sortens symtom berodde på skador i hjärnan, något som skulle få betydelse under resten av 1900-talet.<sup>41</sup>

Slumpen spelar ofta en viktig roll inom medicinsk historia. Så också när det gäller adhd.

I en samling röda tegelbyggnader från kolonialtiden i den amerikanska delstaten Rhode Island på östkusten ligger Bradley Hospital, USA:s äldsta barnpsykiatriska klinik. Den startades 1931 under namnet The Emma Pendleton Bradley Home och vårdade barn med psykiska sjukdomar, utvecklingsstörning och hjärnskador, men också barn med beteendeproblem.

Det var de senare som i mitten av trettioalet engagerade barnpsykiatrikern Charles Bradley, barnbarn till grundarens bror. Hans små patienter har beskrivits som ouppmärksamma, lynniga, hyperaktiva, impulsiva och glömska.<sup>42</sup> Han undersökte dem med bland annat röntgen av hjärnan och hjärnstammen, men den kontrastvätska som han då sprutade in i ryggmärgen gav svår huvudvärk.<sup>43</sup> För att försöka lindra smärtan bestämde sig Bradley för att prova det relativt nya amfetaminpreparatet Benzedrine. Det fanns receptfritt på marknaden i form av en nässprej som användes till exempel mot astma. Så småningom skulle det också, under smeknamnet *bennies*, etablera sig som den intellektuella elitens egen steroid för långa nätter vid skrivmaskinen eller i labbet.<sup>44 45</sup>

Amfetaminet hjälpte inte mot barnens huvudvärk, men Bradley upptäckte att det lugnade dem och gjorde det lättare för dem att koncentrera sig. Han genomförde då två systematiska studier, en på trettio barn och en senare på hundra barn, de flesta av dem pojkar mellan fem och fjorton år.

Efter en veckas behandling med Benzedrine uppvisade ungefär hälften av barnen det Bradley kallade för en »slående beteendeförändring«. Lika många blev också klart känslomässigt avtrubbade, vilket Bradley menade var en förbättring – de blev lugnare och mer lättsamma, men också mer intresserade av sin omgivning. Ett antal barn gav även uttryck för en känsla av välbefinnande som gränsade till eufori. Samtidigt reagerade några av barnen tvärtom och blev mer impulsstyrda och lätttrörda än utan medicinen.<sup>46</sup>

Men mest slående var barnens förändrade relation till sko-

lan. Lärare i alla skolämnen var överens om att ungefär hälften av barnen blev mycket mer intresserade av skolarbetet redan den första dagen. De fick ett inre driv att klara av så många uppgifter som möjligt, de fick lättare att förstå, de fick fler rätt på sina inlämnade uppgifter och de fortsatte frivilligt att plugga efter skoldagens slut.<sup>47</sup>

»Att se att en enda daglig dos Benzedrine kan förbättra skolprestationen mer än vad högst kapabel skolpersonal kan åstadkomma i den mest gynnsamma miljö skulle ha kunnat vara demoraliserande för lärarna, om inte förbättringen hade varit så tillfredsställande ur ett praktiskt perspektiv«, skrev Bradley.<sup>48</sup> Det är en formulering som säkerligen många av dagens lärare kan känna igen sig i när de ser effekten av adhd-medicin i sina klassrum.

Samtidigt var det alltså en stor del av barnen som inte presterade särskilt mycket bättre i klassrummet efter att de hade tagit medicinen. De skilda reaktionerna förbryllade Bradley och bidrog till att han drog slutsatsen att även andra faktorer än de biokemiska spelade roll för barnens beteende.

I slutet av sin studie höjer han ett varnande lillfinger för att medicinen kan vara så effektiv att den gör att orsakerna – etiologin – bakom barnens beteende ignoreras: »Urskillningslös användning av Benzedrine för att skapa symtomlätnader kan mycket väl dölja reaktioner av etiologisk betydelse som borde få tillbörlig uppmärksamhet i varje enskilt fall.«<sup>49</sup> Den varningen är ingenting som de bolag som tillverkar adhd-medicin citerar när de idag lyfter fram Bradleys studier som ett bevis på de centralstimulerande medlens gedigna vetenskapliga förankring.

Under åren närmast efter Bradleys upptäckt användes de centralstimulerande preparaten inte mot hyperaktivitet och koncentrationsproblem. Tillverkaren av Benzedrine, Smith, Kline & French, tyckte inte att Bradleys resultat var särskilt intressanta, eftersom studierna var gjorda på barn med mycket allvarliga

problem och företaget sökte efter en bredare målgrupp. Samtidigt uppmärksammade pressen att amfetamin missbrukades, vilket också bidrog till att tillverkaren låg lågt.<sup>50</sup> En annan faktor var den tidens stora intresse för psykoanalys som behandlingsmetod för ett brett spektrum av psykiska problem.<sup>51</sup>

Det preparat som så småningom skulle komma att utvecklas till en adhd-medicin var Ritalin. Det togs först fram år 1944 av kemisten Leandro Panizzon vid det schweiziska läkemedelsbolaget CIBA, numera Novartis. Den verksamma substansen fick namnet metylfenidat och själva medicinen döpte Panizzon efter sin fru Marguerite, med smeknamnet Rita. Hon tog den för att få upp sitt låga blodtryck inför tennismatcher.

Efter ett antal år av tester och utveckling började preparatet säljas 1957 och då för att användas mot framför allt kronisk trötthet och depression hos äldre.<sup>52</sup> Redan samma år godkändes det i Sverige<sup>53</sup>, och snart marknadsfördes det under olika märkesnamn världen över mot denna typ av problem.<sup>54</sup>

Medicinhistorikern Matthew Smith sätter i boken *Hyperactive* in adhd-diagnosens historik i ett internationellt politiskt sammanhang. Han visar hur fokuset på barns beteendeproblem i USA intensifierades under det kalla kriget och kampen med Sovjetunionen om ideologiskt och intellektuellt världsherravälde.

När Sovjetunionen sköt upp satelliten Sputnik 1957 blev amerikanerna djupt bekymrade och riktade blicken mot sin egen unga generation och deras skolprestationer. En slutsats som snabbt drogs var att om USA skulle ha en chans mot Sovjetunionen måste amerikanska kids gå i skolan längre.<sup>55</sup> Alla skulle gå ut high school, motsvarigheten till gymnasiet, och helst även skaffa sig någon form av högskoleutbildning.<sup>56</sup>

Skolans roll för adhd-diagnosens framväxt blir nu ännu tydligare. Högkonjunkturen efter andra världskriget skapa-

de en så kallad babyboom. Under åren 1946–1964 föddes 75 miljoner amerikanska barn som vällde in i skolorna, fyllde klassrummen till brädden och körde slut på sina lärare. Detta ökade risken för att barn skulle uppfattas som problematiska. En allt mer angelägen fråga blev hur dessa barn skulle kunna förmås att fullfölja sina studier.<sup>57</sup>

Ett svar på den frågan blev att ge svårigheterna ett namn. Diagnosen *minimal brain damage* (MBD) hade myntats på fyrtioalet för att beteckna svåra beteendestörningar som kunde drabba barn efter till exempel hjärninflammation, som den efter första världskriget.<sup>58</sup> När det visade sig att även barn som inte hade haft någon sådan sjukdom kunde få symtomen så ändrades diagnosen 1963 till *minimal brain dysfunction*.<sup>59</sup>

Diagnosen breddades också gradvis och omfattade så småningom ett stort antal olika symtom, bland dem många som hade att göra med hyperaktivitet och uppmärksamhetsproblem men också många andra.<sup>60</sup> Det bidrog till en minskad träffsäkerhet som gjorde MBD-diagnosen allt mindre användbar. Den ersattes därför av en ny term, hyperkinetisk impulsstörning.<sup>61</sup>

Denna nya diagnos myntades av några av Charles Bradleys lärjungar från Rhode Island, framför allt Maurice Laufer och Eric Denhoff. Deras definition omfattade ett brett spektrum av symtom, från hyperaktivitet, låg koncentrationsförmåga och impulsivitet till oförutsägbarhet och låga skolprestationer. Inte oväntat kunde forskarna konstatera att hyperkinetisk impulsstörning var »vanlig».<sup>62</sup>

Störningen var omöjlig för lärarna att hantera, skrev forskarna: »Med 45 barn i klassrummet kan det vara outhärdligt störande att bland dem ha ett barn som, trots av allt att döma god intelligens, inte kan sitta still, som inte kan koncentrera sig på sitt arbete, som ägnar sig åt andra elevers angelägenheter istället för åt sina egna, som nästan aldrig avslutar

ett arbete men som, oförutsägbart, kan lämna in en perfekt uppgift.«<sup>63</sup>

Laufer och Denhoff gjorde också experiment med amfetaminbehandling på barn. De konstaterade att även om det förekom biverkningar, som aptitlöshet och sömnproblem, så höjdes barnens koncentrationsförmåga generellt. Barnen blev också så pass mycket lättare att komma överens med att föräldrarnas och lärarnas attityd till dem ofta förändrades helt.<sup>64</sup>

Hyperkinetisk impulsstörning blev en populär diagnos i USA. Som Smith beskriver så gav den lärare, läkare och föräldrar en förhållandevis enkel förklaring till något komplext, och den gav också olika typer av läkare – pediatriker, psykiatriker, neurologer och allmänläkare – ett gemensamt språk som de kunde använda för att kommunicera med psykologer, pedagoger, socionomer och föräldrar.<sup>65</sup>

En dag 1962 anlände en ovanlig leverans till två forskare på Johns Hopkins Medical School i Baltimore: en tunna stor som ett oljefat fylld med över 100 000 små rosa kapslar. Kapslarna var Ritalin, som året före hade godkänts i USA för behandling av barn med antingen MBD eller hyperkinetisk impulsstörning.<sup>66</sup> Och forskarna var den etablerade psykiatrikern Leon Eisenberg och den unge men senare så inflytelserike psykologen Keith Conners. De hade bestämt sig för att försöka upprepa Bradleys experiment i en bättre kontrollerad studie.<sup>67</sup>

I en tid då de flesta forskare inom barnpsykiatri fortfarande förlitade sig på enskilda observationer och så kallad kvalitativ forskning var Eisenberg banbrytande med sitt fokus på det kvantitativa. »Äntligen en psykiatriker som kan räkna«, sa forskarkollegor på Johns Hopkins om honom.<sup>68</sup>

Eisenberg och Conners lät 78 barn äta piller i tio dagar, hälften av dem Ritalin och hälften placebo. Studien var dubbelblind, vilket betyder att varken barnen eller deras föräldrar el-

ler forskarna visste vilka barn som fick medicinen. Resultatet var glasklart: De som hade ätit medicinen blev mindre impulsiva och mer fokuserade, vilket ledde till att deras inlärnin-  
g förbättrades. Biverkningar förekom – många barn tappade  
aptiten eller hade svårt att sova och en del fick ångest – men  
det sågs som lindriga problem.<sup>69</sup>

Studien väckte läkemedelsbolaget CIBA:s intresse. Keith  
Conners har berättat hur han och Leon Eisenberg satt på sitt  
arbetsrum när det knackade på dörren och en ung represen-  
tant för bolaget steg in. Klädd i mörk kostym och slips över-  
lämnade han en check på 5 000 dollar – »för fortsatta stu-  
dier«. Eisenberg lade checken i en låda och varnade Conners:  
»Akta dig för de där killarna.« En varning som skulle visa sig  
lätt att glömma.<sup>70</sup>

Snart började CIBA på allvar lansera Ritalin (eller Ritalina,  
ett namn det också såldes under). Företaget marknadsförde  
begreppet *the MBD child*, sponsrade forskning och konferenser  
och producerade skrifter och filmer med föräldrar som mål-  
grupp.<sup>71</sup> Försäljningen av Ritalin sköt i höjden och preparatet  
blev en så kallad blockbuster som såldes till ett värde av över  
en miljard dollar om året.<sup>72</sup>

På 1960-talet förändrades psykiatrin världen över. Biologiska  
förklaringar betraktades alltmer som otidsenliga och när ett  
barn ansågs problematiskt sattes istället sökarmen på fa-  
miljen.<sup>73</sup> Discipliner som psykologi och sociologi stärktes. Att  
intresset för diagnoserna MBD och hyperkinetisk impulsstör-  
ning samtidigt växte var delvis en reaktion mot det, utifrån  
den skuld som kastades över många föräldrar.

I USA började Ritalin användas i allt större skala mot, som  
man nu ofta sa, hyperaktivitet. Överkonsumtion av Ritalin  
och andra centralstimulerande medel, till exempel Dexedrine  
som var en ny variant av Benzedrine, blev ett problem.<sup>74</sup>

Preparaten började användas också för narkotiska syften,



som prestationshöjare inom idrotten och som stimulans under kriget i Vietnam. Det var bakgrunden till att kontrollorganet International Narcotics Control Board år 1971 upprättade en konvention där de undertecknande länderna förband sig att övervaka produktionen av centralstimulerande medel och andra narkotikaklassade mediciner.<sup>75</sup> Ett av de länder som genast skrev under var Sverige.<sup>76</sup>

I Sverige hade Ritalin alltså använts för behandling av trötthet och nedstämdhet hos framför allt äldre, men ännu inte godkänts mot hyperaktivitet och koncentrationsproblem. Efter larm om missbruk av illegalt införd metylfenidat drogs preparatet in helt 1968. Sverige blev därmed ett av få länder där det inte fanns lagligt tillgängligt.

Samtidigt började barns hyperaktivitet debatteras. Läkarvärlden var splittrad, liksom svenska myndigheter – Skolöverstyrelsen ville satsa på MBD-forskning men Socialstyrelsen höll emot.<sup>77</sup>

Debatten hade sin klangbotten i den klyfta som växt fram mellan psykiatrin och sociologin. Och den skottlossning som nu började ljuda blev samtidigt en föraning, ett första slag i det perspektivkrig som runt millennieskiftet skulle skaka om alla som arbetade med barns psykiska hälsa i Sverige.

## Hanna: Hoppsasteg på farfars begravning

**Hanna ringer igen.** Det har gått några månader sedan hon skickade in sin egenremiss till utredningsföretaget Cereb och nu har de hört av sig och gett henne en tid. En återbudstid om bara några timmar – kan jag följa med?

Vi ses på Karlaplan i Stockholm, några minuters promenad från Cerebs mottagning.

Jag har två roller. Hanna bad mig att följa med för att jag skriver en bok om adhd, och i den rollen jobbar jag nu för-täckt. Men när Hanna och jag går Karlavägen fram, i mitt-strängen av boulevarden, känner jag att jag är här mer i rol-len som Hannas vän sedan trettio år tillbaka. Med våra dubbla uppsättningar sinnen kan vi se och höra mer av det som hän-der i detta första möte med en psykolog.

»Jag är så nervös att jag håller på att kräkas«, säger Hanna.

Sedan hennes psykiatriker hos landstinget berättade för henne om biverkningarna av adhd-medicin har hon nästan ångrat att hon bad om en utredning. Men bara nästan, hon vill fortfarande veta. Inte längre för att kunna få hjälp av Arbets-förmedlingen, för nu tror hon inte att hon klarar av ett jobb, utan framför allt för att förstå sig själv.

Cereb huserar på sjunde våningen i Garnisonen, som när det byggdes på sjuttioalet var norra Europas största kontors-hus. I väntrummet är en vägg täckt med barnteckningar, flera av dem med Cerebs logga fantasifullt utsmyckad. Här finns

ställ med livsstilsmagasin och en skvalradio står på i receptionen. Några andra personer väntar tillsammans med oss, alla vuxna.

En psykolog i chinos och ljusblå skjorta hämtar oss. Han skakar hand med Hanna och sedan med mig, presenterar sig med ett ohörbart namn och lotsar in oss i ett litet avskalat rum. En blank whiteboard, ett städat skrivbord, ett litet tomt bord under ett stort sepiatonat foto av en gammal brygga som leder ut i vattnet mot en ö. På den grå mattan under bordet har en gul gelégodis klabbat sig fast. Det har suttit barn här före oss.

Psykologen går igenom planen: Idag ska han intervjua Hanna om hennes bakgrund. På fredag får hon träffa en läkare, som ska undersöka henne bland annat för att utesluta att någon annan sjukdom orsakar hennes svårigheter. Sedan ska hon få komma tillbaka och göra ett test som ska visa hur bra hon kan koncentrera sig, och därefter kommer psykologen att meddela vad man har kommit fram till – »på telefon om det är okej?« – och även sammanfatta det skriftligt.

Psykologen frågar Hanna hur hon känner inför utredningen och Hanna berättar att hon tycker att situationen är jobbig. Han nickar kort, bekräftar, och förklarar att hon inte behöver svara om någon fråga känns obekväm.

Idag kommer vi att hålla på ungefär till klockan tre, säger han. Nu är klockan halv ett och Hanna spärrar upp ögonen. Både hon och jag hade trott att det här bara var ett kortare första möte.

Egenremissen som Hanna har skickat har psykologen inte lyckats läsa, hans dator trilskas, så Hanna läser upp den och psykologen ställer en del följdfrågor om den bipolära diagnos som hon har sedan många år.

»Varför har du begärt en utredning just nu?« frågar han sedan.

»Mitt liv är så ohanterligt. Jag blir inte frisk, trots att jag äter medicin mot bipolaritet. Och så när jag läste igenom mina

journaler från den förra utredningen så såg jag att det var tänkt då att jag skulle utredas för adhd, men det blev aldrig av. Då tänkte jag: Det kanske är det?»

»Känner du till vad adhd innebär?»

»Inte så mycket, bara att det är koncentrationssvårigheter. Och så hade jag mycket vredesutbrott som liten och det tänker jag kan vara något. Och en kille som jag känner som har adhd sa till mig att när han kommer in i ett rum så tar han in absolut allt – och det känner jag igen.»

Psykologen ställer en serie faktafrågor om Hannas livssituation, om familj, bostad, yrke, arbete, alkoholmissbruk och erfarenheter av terapeutisk behandling. Hanna nämner att båda hennes föräldrar och hennes bror har gått bort under det senaste året. Psykologen undslipper sig en deltagande blick men ställer inga följdfrågor om det, däremot undrar han vad det är för sorts hund hon har.

Han frågar om hennes symtom: stressreaktioner, glömska, svårigheter att minnas det som inte intresserar henne, problem att få tråkiga nödvändigheter gjorda, brister i organisation och struktur.

Hanna svarar, oftast lågmält, eftertänksamt och exakt. Psykologen antecknar i sitt A4-block och ställer följdfrågor, Hanna utvecklar och fördjupar. Ibland säger hon att hon inte vet.

Ångesten som väcker henne vid fyra på morgnarna intresserar psykologen, liksom de ständigt återkommande panikattackerna. Han ställer många följdfrågor om när de började och hur hon har hanterat dem.

Hanna berättar att hon ibland tar medicin mot ångesten men att hon tycker allt sämre om att göra det.

»Varifrån kommer det obehaget?» frågar psykologen.

»Det var mycket tabletter i min familj när jag var liten. Mina föräldrar sov aldrig utan sömntabletter. Och mamma tog Solbril och Treo Comp. Farfar tog också livet av sig med tabletter.»

Kort paus. Av receptionisten får Hanna en bunt papper som

hon ska fylla i hemma. Hon tar en tepåse från det lilla bordet i väntrummet och doppar den i en kopp varmt vatten ur en maskin. Jag tar snabbkaffe med vitt pulver i. Bland tidningarna hittar jag en blank broschyr om adhd hos vuxna, utgiven av läkemedelsbolaget Novartis som tillverkar Ritalin. Jag hinner inte läsa den innan det är dags att återvända till psykologen.

Nu inriktas samtalet på anamnes, sjukdomshistoria. Hanna får frågor om sin egen födelse, eventuella förlossningskomplikationer och sin utveckling som liten.

Det är mycket Hanna inte kommer ihåg, men det hon kan berätta handlar om hennes vredesutbrott, som hon har fått höra mycket om i efterhand och som hon också minns. En gång låg hon i ett dike för att hon var så arg, och när hon tittade upp hade familjen försvunnit.

Dagis? Ja, märkligt nog, fast det var sextiotial. Men bara sporadiskt. Lekte inte tillsammans med andra barn.

Skolan? Först, när familjen bodde utomlands, gick det strålande. Sedan, efter flytten hem när Hanna inte förstod koderna, vägrade hon gå till skolan under hela årskurs fyra.

Stökig? Bara på rasterna.

Dagdrömmar? Jättemycket.

Koncentrationssvårigheter? Stort rörelsebehov åtminstone. Tog hoppsasteg på farfars begravning. Men upptäckte tidigt att om man lyssnade på radio kunde man göra något annat samtidigt.

Svårt att hålla ordning? Ja, i alla fall i skolväskan, där var allt huller om buller. Men hemma hade familjen städhjälp.

Sömnsvårigheter? Nej, men litet sömnbehov.

Alkohol? Började dricka vid tretton års ålder. Fortsatte genom hela ungdomen – »jag drack för att bli normal, trots att jag ramlade och kräktes« – och som vuxen fram till för sjutton år sedan.

Övermodig? Ja, huvudet ut genom fönstret under tågloffandet.

De flesta av psykologens frågor kretsar kring klassiska adhd-symtom, men de är oftast neutralt ställda. Bara ibland blir de ledande, men då inte mot en diagnos utan snarare från en:

»Du har inte varit en sådan som gjort saker utan att tänka på konsekvenserna?«

Paus igen. Nu låter vi kaffemaskinen vara.

Frågorna tickar vidare lugnt och lågmält, nu med fokus på nu-tiden.

Lättdistraherad? Inte av ljud, men Hanna berättar att hon kan vara mycket intensivt inne i en aktivitet och så plötsligt tröttna eller bli avbruten av något inre, en tanke.

Struktur? Aldrig någonsin. Oordningen i hennes dator, där dokumentmapparna är ett virrvarr av olika viktiga versioner, stressar henne, liksom kartongerna med osorterade foton hemma.

Samarbetsproblem? Ja, Hanna tycker att det är svårt att laga mat ihop med andra.

»Om någon bara skär paprikan på andra hållet så tycker jag det är jättejobbigt«, säger hon och skrattar självironiskt.

»Man får knyta näven i fickan«, ler psykologen och något lättar i rummet.

Svårt att fokusera i samtal, tvungen att fråga om? Nej.

»Och själv då, du är ingen person som avbryter och inkräktar på andras samtal?«

»Nej, det tror jag inte«, säger Hanna och sedan vänder hon sig till mig: »Eller är jag det?«

För första gången öppnar jag munnen:

»Nej.«

Klockan närmar sig tre. Psykologen säger att det är några frågor som återstår, men för dem och testet får vi hitta en ny tid. Till dess ska Hanna också ha fyllt i pappren som hon fick av receptionisten, bland annat ett skattningsformulär.

»Och så det här«, säger psykologen och bläddrar i bunt

med papper. »Det är egentligen för anhöriga som har känt dig under barndomen, men du kan fylla i det själv.«

Så får Hanna en ny tid om en vecka. Men innan dess ska hon träffa läkaren.

# Handboken

**Omslagets kirurggröna** tryck är slitet, så att pappersfibrerna lyser igenom. Boken är välanvänd. Den är liten som en pocketbok, men med exklusivt papper som får de 374 sidorna att väga tungt i handen.

Grunden för en adhd-diagnos finns i DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), den handbok för diagnostisering som Amerikanska psykiatrförbundet<sup>78</sup> ger ut. Där finns kriterierna för de olika tester som används på psykiatriska kliniker i många länder för att fastställa om en person ska få en diagnos eller inte.

DSM är en kommersiell produkt som i den förkortade svenska versionen kostar 699 kronor. Jag cyklar till Socialhögskolan i Stockholm där biblioteket ligger inrymt i en gammal gymnastiksal i före detta Sveaplans gymnasium, och där, alldeles intill ribbstolarna, står den åtråvärda boken. Jag lånar hem den.

Den första upplagan av DSM publicerades 1952 och listade 106 diagnoser.<sup>79</sup> I den andra upplagan 1968 hade antalet ökat till 180. Dessa båda böcker var »olästa, oälskade och oanvända«, som psykiatrikern Allen Frances skriver om DSM:s utveckling.<sup>80</sup>

Bokens tredje upplaga 1980 blev kanske inte älskad och säkert inte heller alltid läst, men den blev i allra högsta grad använd. Den blev en bestseller. Och i och med att antalet diagnoser ökade till 292 ljöd startskottet för en diagnosinflation.<sup>81</sup>

Bakgrunden till DSM:s tredje och mer omfattande och



ambitiösa upplaga var den anarki som rådde på sjuttioalet när det gällde psykiatrisk diagnostisering. Diagnosernas brist på konsekvens och förutsägbarhet ställde till det, inte bara för patienter och sjukvård utan även för läkemedelsbolagen.

De hade börjat pumpa in pengar i psykiatrisk forskning, i syfte att få fram nya lönsamma mediciner. Men det var svårt att bearbeta marknaden när läkarna var osäkra på vad många av de psykiatriska begreppen innebar och vilka symtom och vilken behandling som kunde kopplas till vilken diagnos. En brittisk-amerikansk studie visade att psykiatriker på olika sidor av Atlanten ofta ställde helt olika diagnoser utifrån identiska symtom, till och med när de såg samma patienter på videoinspelningar.<sup>82</sup>

DSM:s andra upplaga hade präglats av ett psykodynamiskt förhållningssätt, alltså en grundtanke att psykiska problem är reaktioner på svårigheter i omgivningen.<sup>83</sup> Men den forskargrupp som arbetade fram den tredje upplagan släppte ambitionen att försöka förklara vad de olika diagnoserna hade för orsak. Bakgrunden var att det fortfarande fanns förhållandevis lite evidensbaserade förklaringar att grunda diagnoserna på, trots att läkemedelsindustrin hade börjat sponsra psykiatrisk forskning.<sup>84</sup>

Allen Frances ingick i arbetsgruppen som tog fram DSM:s tredje upplaga och ledde sedan arbetet med den fjärde upplagan. I sin bok *Saving Normal* gör han upp med den överdiagnostisering som han menar bland annat är resultatet av de vidgade kriterierna i DSM-systemet. Adhd är ett av de exempel han lyfter fram.

Hans bok, som är översatt till tolv språk men inte till svenska, har dubbla syften: att få människor som inte behöver behandling att slippa, och att samtidigt uppmana dem som behöver behandling att se till att få det. Frances vill med andra ord freda det normala från att diagnostiseras, men också freda psykiatrin från att ätas upp av diagnosinflationen. »Verkliga

psykiska sjukdomar behöver tydliga diagnoser och aktiv behandling«, skriver han.<sup>85</sup>

Allen Frances beskriver hur DSM:s tredje upplaga fokuserade helt på symtom. Projektgruppen jobbade utifrån tanken att symtom som försvann med en medicin räknades som en sjukdom. Att bocka av punkter på en checklista blev viktigare än att förstå patienten.<sup>86</sup>

I DSM:s första upplaga nämndes inget som hade med hyperaktivitet eller koncentrationsstörningar att göra. I den andra upplagan fanns en diagnos som inriktade sig på överdrivna kroppsrörelser och hyperaktivitet hos barn.<sup>87</sup> Den ströks sedan i tredje upplagan, och där vidgades fokuset till problem med koncentration och uppmärksamhet.<sup>88</sup> Diagnosen ADD, *attention deficit disorder*, gjorde entré med tillägget »med eller utan hyperaktivitet«.

Den tredje upplagan av DSM hade ambitionen av vara tydligare än de tidigare. För att diagnostisera ADD fanns tre separata listor med symtom för ouppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet.<sup>89</sup> Det kan tyckas som om den ökade precisionen skulle ha snävat in det antal barn och unga som kvalificerade sig för en diagnos, men så blev det inte. Symtomen var så pass vanliga att många barn omfattades.<sup>90</sup>

Dessutom överlappade symtomen. För exempelvis hyperaktivitet gällde att barnet:

- »(1) springer runt eller klättrar överdrivet mycket
- (2) har svårt att sitta still och fingrar på saker överdrivet mycket
- (3) har svårt att sitta kvar på sin plats
- (4) rör sig överdrivet mycket i sömnen
- (5) alltid är 'på väg' och verkar 'motordrivet'.«<sup>91</sup>

De allra flesta barn som har »svårt att sitta still« har också »svårt att sitta kvar på sin plats«, varmed två symtom var avböckade – och barnet därmed på god väg mot en ADD-diagnos.<sup>92</sup>

DSM:s tredje upplaga nådde stor spridning även utanför kåren av psykiatriker i USA. Det var också den första upplagan som översattes till svenska.

Som författaren Ingrid Carlberg har beskrivit i sin bok *Pillret* så gjordes översättningen av en grupp psykiatriker på Karolinska sjukhuset i Solna. Drivande var den internationellt erkända Marie Åsberg, som såg det naturvetenskapliga forskningsvärdet i DSM. Hon lanserade idén om en översättning i sjukhusets fikarum och bland dem som nappade fanns den då 34-årige läkaren Jörgen Herlofson. Han var ännu inte färdig psykiatriker och kände sig, som Carlberg beskriver, omotiverad på jobbet. Därför tackade han ja till att ingå i den grupp som i över ett år träffades på torsdagskvällarna och, över ärtsoppa, punsch och knäckebröd med västerbottensost, översatte den amerikanska manualen.<sup>93</sup>

Den första svenska upplagan kom ut 1984. Det blev Jörgen Herlofson som startade bokförlag och skaffade sig rättigheterna till den svenska utgivningen, något som knappast mötte motstånd eftersom utgivaren Amerikanska psykiatrförbundet var angelägen om att sprida sin manual över världen.

Frågan var hur boken skulle nå svensk sjukvård och forskning. Lösningen fanns hos det schweiziska läkemedelsbolag som nu hade bytt namn till CIBA-Geigy. Bolaget, som marknadsförde Ritalin så framgångsrikt i USA, hade en annan storsäljare i Sverige, den antidepressiva medicinen Anafranil, och förstod vad den svenska DSM kunde betyda för läkemedelsmarknaden.

CIBA-Geigy beställde snabbt en stor upplaga och betalade samtidigt för att skicka ut Jörgen Herlofson på en lång föreläsnings- och försäljningsturné inom den svenska sjukvården.

»Det är tack vare industrin som svenska psykiatriker har lärt sig DSM«, säger Jörgen Herlofson.<sup>94</sup>

DSM:s tredje upplaga publicerades alltså i USA och Sverige och i många andra länder i början av åttiotalet. Det var en tid då den nya hårdare form av kapitalism som kallades nyliberalism greppade världen. Margaret Thatcher hade börjat regera Storbritannien, Ronald Reagan var president i USA, och i land efter land lämnade den politiska makten nu över till den privata genom avregleringar av marknader, privatisering av offentligt ägd egendom, minskade offentliga investeringar och ökat spelrum för storföretag.

DSM:s genomslag i allt fler länder samspelade med denna nya världsordning, både direkt och indirekt. Genom att fler mänskliga egenheter nu sjukdomsförklarades och genom att sjukdomar som funnits sedan tidigare fragmentiserades i nya diagnoser så vidgades läkemedelsbolagens marknader. Det kunde de dra nytta av i den nya, avreglerade ekonomin.

Samtidigt ställde den nya ekonomin hårdare krav på människor i form av högre tempo i arbetslivet, ökad ekonomisk ojämlikhet, osäkrare anställningar och en alltmer konkurrensinriktad skola där risken att slås ut tilltog för många barn. Dessa rörelser hakade i och förstärkte varandra och bidrog till stress och en ökande psykisk ohälsa som lotsade in både barn och vuxna i de nya psykiatriska diagnoser som handboken presenterade.

År 1987 publicerades en reviderad version av handbokens tredje upplaga. Det var i den boken som diagnosen *attention deficit hyperactivity disorder*, adhd, först introducerades och ersatte ADD.<sup>95</sup> Nu samlades alla symtom, fjorton stycken, på en lista med en gemensam gräns. I praktiken innebar det att tröskeln för diagnosen sänktes.

I DSM från 1987 skapades också många andra nya diagnoser samtidigt som kriterierna vidgades för de gamla, enligt Allen Frances ofta baserat bara på vilken auktoritet som bäst lyckades göra sig hörd vid de möten där experterna bakom handboken diskuterade diagnoserna.<sup>96</sup> Exempelvis breddades krite-

rierna för *major depression disorder* (egentlig depression) så att många fler personer omfattades. Samtidigt, noterar Frances, släpptes den antidepressiva medicinen Prozac på marknaden. Han avstår från att skriva att det var läkemedelstillverkaren som drev igenom de nya kriterierna, men han noterar att marknaden för mediciner mot depression växte radikalt i och med denna version av DSM.<sup>97</sup>

Utvecklingen inom psykiatri gick mot ett allt större fokus på biologi, också det något som gynnade läkemedelsbranschen. När DSM 1994 kom i ännu en ny upplaga, nummer fyra, visade en granskning att fler än hälften av de experter som arbetade fram den hade finansiering av läkemedelsbolag.<sup>98</sup>

I DSM:s fjärde upplaga fick adhd de tre undertyper som diagnosen har än idag: en som domineras av ouppmärksamhet, en som domineras av hyperaktivitet-impulsivitet och en kombinerad typ.<sup>99</sup> Tanken var att på så vis råda bot på att vissa grupper var underdiagnostiserade, bland annat flickor. De hade oftare problem med uppmärksamhet och var mindre ofta hyperaktiva, menade experterna.<sup>100</sup>

Kriterielistan gjordes om så att nio kriterier som rörde ouppmärksamhet listades, liksom nio som rörde hyperaktivitet. För att få en diagnos krävdes att patienten matchade minst sex av kriterierna.

Det var alltså Allen Frances som ledde arbetet med DSM:s fjärde upplaga. I efterhand, när han såg den diagnosinflation som boken bidrog till, menar han att han och hans kollegor borde ha skärpt kriterierna för en rad diagnoser. De borde till exempel ha krävt fler symtom under längre tid och med kraftigare påverkan på patienten, menar han.

Så blev det alltså inte. Och de förändringar som infördes när det gällde adhd kom enligt Frances mycket lägligt för läkemedelsbolagen. Patenten på de adhd-mediciner som användes hade gått ut för länge sedan. Pillren kunde i form av generika köpas för några öre styck och var därför ointressanta för

industrin. Men från och med mitten av 1990-talet lanserades nya, patentskyddade och dyrare mediciner, och då var de vidgade kriterierna för adhd användbara.

Ytterligare en komponent spelade in i USA: »Genom en slump hade läkemedelsbolagen just fått rätt att rikta annonsering direkt till konsumenterna«, skriver Frances.<sup>101</sup> Det ledde till en helt ny tillväxt för både adhd-medicineringen och för hela diagnosen.

Så, 2013, kom den femte och senaste upplagan av DSM. För adhd ändrades kriterierna så att det skulle bli lättare att diagnostisera vuxna. Gränsen för hur många kriterier som måste uppfyllas för vuxna sänktes från sex till fem. Som Allen Frances skriver så leder en sådan sänkt tröskel till minskad underdiagnostisering, men samtidigt till ökad överdiagnostisering.<sup>102</sup>

Dessutom ändrades i femman kravet på vid vilken ålder symtomen på adhd först ska ha märkts. Tidigare krävdes symtom före sju års ålder, men nu räcker det att symtomen ska ha uppträtt innan barnet är tolv år. Det är en förändring som fångar upp många fler både tonåringar och vuxna, bland annat eftersom det är vanligt att man har glömt hur livet var när man var yngre än sju år.<sup>103</sup>

Själva kriterierna är däremot desamma som i den fjärde upplagan. De kriterier som siktar in sig på varianten med framför allt uppmärksamhetsproblem handlar om att patienten ofta är ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, arbetslivet eller i andra aktiviteter; ofta har svårt att hålla uppmärksamheten på uppgifter, lekar, lektioner, samtal eller läsning; sällan verkar lyssna på direkt tilltal; sällan följer instruktioner och ofta misslyckas med att genomföra uppgifter; ofta har svårt att organisera och tidsplanera uppgifter och aktiviteter; ofta undviker eller ogillar uppgifter som kräver mental uthållighet; ofta tappar bort saker; är lätt distraherad av yttre stimulans eller ovidkommande tankar samt ofta är glömsk.

Kriterierna som rör hyperaktivitet och impulsivitet handlar om att man ofta har svårt att hålla händer och fötter stilla; ofta lämnar sin plats i situationer då man förväntas sitta kvar; ofta springer omkring, klänger eller klättrar eller känner sig rastlös; sällan klarar att leka eller förströ sig lugnt; ofta agerar på höghvarv så att andra har svårt att hänga med; ofta pratar överdrivet mycket; ofta har svårt att vänta på sin tur i samtal och ofta kastar ur sig svar på frågor innan de har ställts; ofta har svårt att vänta till exempel i en kö samt ofta inkräktar på andras samtal, lekar eller andra aktiviteter och använder andras saker utan tillåtelse.

För att man ska få en adhd-diagnos krävs också att man har problem inom minst två olika områden – i hemmet, i skolan eller på jobbet, eller inom olika fritidsaktiviteter. Den som bara har problem i skolan men klarar sig fint i andra sammanhang ska alltså inte ha någon diagnos.

Slående är, liksom i tidigare upplagor, att kriterierna är något av en stilövning i synonymer: den som ofta är ouppmärksam på detaljer i skolarbetet har troligen ofta svårt att behålla uppmärksamheten på uppgifter, den som ofta pratar överdrivet mycket har, får man förmoda, också ofta svårt att vänta på sin tur i samtal och inkräktar också ofta på andras samtal. Det blir uppenbart att ett symptom gärna drar med sig flera andra.

Den som frågar sig vad det är som gör att en person har adhd riskerar också att konfronteras med ett cirkelresonemang: »Han har adhd eftersom han ofta är ouppmärksam, ofta har svårt att behålla uppmärksamheten, sällan verkar lyssna på direkt tilltal, sällan följer instruktioner, ofta har svårt att organisera sina uppgifter och ofta är lätt distraherad.« Faktum är att kriterierna inte tillför särskilt mycket utöver det som redan finns i diagnosens beteckning: hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning.

Psykiatriker och psykologer tar ändå i allmänhet manualen på stort allvar. Därför har förändringarna lett till att många fler adhd-diagnoser ställs.

Mycket kritik har under åren väckts mot DSM:s anspråk på att omsätta gränslöst mångdimensionella mänskliga reaktioner i mätbara enheter, kategorisera dem och slå fast exakt var gränsen går mellan det normala och det onormala. Kritiken har tilltagit för varje upplaga.

Många menar att de ändrade diagnoskriterierna är den allra största orsaken till att adhd-diagnoserna ökar.<sup>104</sup> Och DSM har betydelse inte bara för själva diagnostiserandet. Boken utgör också grunden för beräkningen av hur vanliga olika psykiatriska problem är, det som kallas prevalens. Prevalensen för adhd beräknas av svenska myndigheter vara 5–7 procent hos barn och ungdomar och 2–4 procent hos vuxna, »utifrån vedertagna diagnostiska metoder».<sup>105</sup> Den garderande formuleringen används eftersom prevalensen är beroende av just DSM:s kriterier. Tidigare, när kriterierna var snävare, beräknades prevalensen vara lägre.

I USA har debatten om adhd nu fördjupats. Om den tidigare, liksom i Sverige, var svårt polariserad och i huvudsak stod mellan ett medicinskt baserat läger och ett med rötterna inom socialvetenskap, så görs nu mer nyanserade analyser. Även läkare börjar ifrågasätta de många adhd-diagnoserna och menar att DSM får spela alltför stor roll.

Redan när DSM:s tredje upplaga publicerades ansåg Allen Frances att de psykiatriska diagnoserna hade blivit för många, för breda och för instabila. I nästa upplaga försökte han tygla den utvecklingen, men han menar att han misslyckades. Kriterierna i manualen lade, anser han, grunden för den explosionsartade ökningen av inte bara adhd utan också autism och bipolär sjukdom hos barn.<sup>106</sup> En del av ökningen representerade med all säkerhet verkliga fall som inte hade upptäckts tidigare, men det mesta handlar om överdiagnostisering, slår Allen Frances fast.<sup>107</sup>



Det finns ett alternativ till DSM: Världshälsoorganisationens ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*, som ingår i förkortad version på svenska i *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem*). I denna handbok finns de officiella klassifikationerna som ska användas inom svensk sjukvård. Det är också den manual som ligger till grund för statistisk rapportering, både mellan svenska myndigheter och internationellt. Men svensk psykiatri föredrar ändå DSM. Därför finns det översättningsmallar som används till exempel när psykiatrin rapporterar till Socialstyrelsen.

Motsvarigheten till adhd i ICD har gått under beteckningen *hyperkinetic disorder* och har haft snävare kriterier än DSM:s för adhd. En skillnad har länge varit att patienten måste ha symtom inom alla tre områdena bristande uppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet för att diagnostiseras. Enligt DSM räcker det ju med att man har problem med antingen uppmärksamhet eller hyperaktivitet och impulsivitet. En annan skillnad var att enligt ICD skulle symtomen ha märkts när patienten var sju år eller yngre, medan det enligt DSM:s femte upplaga alltså räcker med att symtomen har uppträtt innan patienten är tolv år.<sup>108</sup>

Sammantaget har detta gett DSM en större träffyta än ICD. Brittiska beräkningar visar att om DSM används får 3–9 procent av barnen en adhd-diagnos, att jämföra med 1–2 procent om ICD används.<sup>109</sup> ICD är också det system som dominerar i till exempel Frankrike, där adhd-diagnoserna, som vi ska se i slutet av boken, är förhållandevis få.

Men sommaren 2018 presenterades ICD:s nästa upplaga, ICD-11. Där kallas diagnosen *attention deficit hyperactivity disorder*, alltså adhd. Och nu heter det att symtomen ska ha uppträtt i början eller mitten av barndomen och att balansen mellan de tre symtomområdena kan variera mellan individer. Kriterierna närmar sig alltså DSM:s.<sup>110</sup>

Trots skillnaderna mellan diagnossystemen, och trots att det är vetenskapligt konstaterat att dessa skillnader får konsekvenser, vill man på den ansvariga myndigheten Socialstyrelsen inte säga något om vilken roll den utbredda användningen av DSM spelar för ökningen av adhd-diagnoser. När jag frågar får jag undvikande svar och hänvisas till en rapport. Där heter det att förklaringarna finns i vetenskaplig utveckling, ökad kunskap och medvetenhet och riktade resurser inom vården. Man hänvisar också till att skolans arbetssätt har förändrats så att elever även med lindrigare symtom behöver stöd och behandling för att hänga med. Dessutom skriver man att diagnoskriterierna tillämpas bredare.<sup>111</sup>

Allt detta är sant, men det räcker inte som förklaring. Det finns som vi har sett ytterligare en helt central faktor som Socialstyrelsen inte verkar kunna identifiera: att diagnoskriterierna har ändrats, i syfte att fånga in fler.

# Den stressade hjärnans historia del 2

**I redogörelser** för adhd-diagnosens historia finns det ofta referenser till historiska personer som sägs skulle ha fått diagnosen om de hade levt idag. Mozart, Abraham Lincoln, Lord Byron, Walt Disney, Winston Churchill, Albert Einstein och John F Kennedy nämns.<sup>112</sup> Deras symtom lyfts fram, dels för att visa på fördelarna med en hög energinivå, fria associationsbanor och en känslighet för intryck, men också för att leda i bevis att adhd alltid har funnits, oavsett historiskt sammanhang, och att ökningen bara beror på förbättrade diagnosmetoder.

Bakom den typen av listor ligger ofta aktörer i det som med fog kan kallas adhd-branschen. Den uppstod i USA i början av nittioalet, bland annat som en reaktion mot en kampanj som den religiösa sekten Scientologikyrkan drev mot diagnosen.<sup>113</sup> Kampanjen hade viss framgång under några år, och med god draghjälp från DSM mobiliserade adhd-branschen på flera fronter.

Läkemedelsbolagen satsade på så kallad *disease awareness*, alltså på att sprida kunskap och medvetenhet om adhd för att öka efterfrågan på medicin. Patientföreningen CHADD (*Children & Adults with ADHD*) ordnade informationsmöten runt om i USA och lobbade framgångsrikt för att adhd skulle få officiell status som funktionsnedsättning. Kliniker som diagnostiserade adhd köpte reklamplats i tidningar och kom-

mersiell radio för att nå ut till familjer. Massmedier rapporterade återkommande om barn vars adhd-symtom avhjälpes med Ritalin, i många fall med kommentarer från experter, till exempel psykologiprofessorn Russell Barkley vars forskning var finansierad av läkemedelsbolag.<sup>114</sup>

En viktig roll spelade också självhjälpsboken *Driven to Distraction* av de båda läkarna Edward Hallowell och John Ratey. Bokens uttalade syfte är att lyfta fram adhd-symtomens positiva sidor: energin, den intuitiva förmågan, entusiasmen och kreativiteten. Och det slog an, boken sägs ha sålts i över en miljon exemplar.<sup>115</sup> Många av läsarna hade naturligtvis redan en adhd-diagnos, och genom boken fick de hjälp att se mer positivt på sin situation. Men ett okänt antal tusen av läsarna var också personer utan någon diagnos som sedan kontaktade en läkare för att få en utredning.

Satsningarna fick effekt också på efterfrågan på medicin. Under fem år på nittioalet fördubblades den amerikanska produktionen av Ritalin i genomsnitt varje år.<sup>116</sup>

Adhd-diagnosen fick nu fäste även utanför USA, också här bland annat genom läkemedelsbolagens *disease awareness*-satsningar. I exempelvis Tyskland sponsrade bolagen föredragshållare, föräldraorganisationer och andra organ, varpå både antalet diagnoser och konsumtionen av medicin steg brant.<sup>117</sup>

I Sverige hade forskningen om det som nu internationellt kallades adhd utvecklats delvis längs ett annat spår. MBD-begreppet hängde kvar, men barn- och ungdomspsykiatrikern Christopher Gillberg och hans medarbetare hade arbetat fram en egen diagnosbeteckning, damp (*deficits in attention, motor control and perception*). Den hade det gemensamt med diagnoserna ADD och adhd att den fokuserade på symtomen och inte på problemens förklaring, men den lyfte fram patientens motoriska problem på ett sätt som MBD, ADD och adhd inte gjorde.

Dampdiagnosen fick stort genomslag bland biologiskt orienterade barnpsykiatriker i Sverige och de övriga nordiska länderna, men den väckte också kritik. Ja, mer än så, den ledde till den kanske mest aggressiva vetenskapliga striden någonsin i Sverige.

Gillberg lanserade teorin att runt 10 procent av alla barn hade en »betydande neuropsykiatrisk problematik«, då inte bara damp. Flera kritiker, bland dem främst sociologen och sjuksköterskan Eva Kärfve och barnläkaren Leif Elinder, ifrågasatte siffran. I sin bok *Hjärnspöken*, som kom ut år 2000, avfärdade Kärfve dampdiagnosen och kritiserade den biologiska människosyn som hon menade att Gillberg företrädde.<sup>118</sup> Debatten exploderade och fortplantade sig till dagspress och andra breda medier.

Den som i efterhand läser referat av striden slås av att kombattanterna i sak inte stod på riktigt så rak kollisionskurs som det framställdes. Gillberg betonade gång på gång att en grundorsak till barns överaktivitet och koncentrationsproblem fanns i skolan och att medicinering aldrig kunde vara den huvudsakliga lösningen. Kärfve å sin sida sa i en intervju att även hon skulle kunna överväga att låta sitt barn äta centralstimulerande medicin i en utsatt situation.<sup>119</sup>

Ändå haglade personangreppen. Kärfve och Elinder anmälde Gillberg för forskningsfusk och begärde ut underlaget till hans forskning. Det handlade om ett källmaterial om 141 personer, ungefär hälften med diagnosen damp, som Gillberg och hans team hade studerat på sjuttioalet och sedan återvänt till i djuplodande uppföljningar. Gillberg hade lovat deltagarna sekretess, men nu ville Kärfve ha hela materialet med hänvisning till offentlighetsprincipen.<sup>120</sup>

Gillberg förlorade i flera rättsliga instanser. Det som hände då var kanske det mest förbluffande i hela dramat: Gillbergs medarbetare förstörde källmaterialet. Tjugotvå hyllmeter papper strimlade de sönder en majhelg 2004.<sup>121</sup>

Gillberg dömdes för tjänstefel och vände sig senare till Europadomstolen för att få sin sak prövad, men 2012 förlorade han slutgiltigt även där.

DSM slog igenom, damp försvann som diagnos och ersattes av adhd. Gillberg och hans medarbetare förlorade på så vis striden, men den sida de företrädde, med ett fokus på biologiska och medicinska förklaringsmodeller, kom ändå snart att dominera fältet.

Parallellt med att dampstriden rasade ökade medicineringen mot adhd i Sverige. Läkare hade 1977 fått klartecken för att efter licens från Läkemedelsverket skriva ut centralstimulerande medicin mot överaktivitet och koncentrationsproblem.<sup>122</sup> Socialstyrelsen var restriktiv, under hela åttioalet beviljades bara 37 sådana licenser.<sup>123</sup> Men en läkare i Lund, Torkel Scholander, hade på försök behandlat tjugo överaktiva barn med ett amfetaminpreparat. Resultaten ansågs lovande och Scholander begärde att Socialstyrelsen skulle lätta på restriktionerna kring licensutskrivningen för de svåraste fallen.<sup>124</sup> Samtidigt visade svensk forskning, bland annat av Gillberg, att amfetamin var vida överlägset placebo.

Licenskravet luckrades gradvis upp och 1998 behandlades 1 750 svenska barn med metylfenidat.<sup>125</sup>

Och så, 2002, godkändes den första adhd-medicinen. Nu kunde alla barnpsykiatriker och vissa barnläkare, de med neurologisk utbildning, skriva ut centralstimulerande medicin till barn med adhd-symtom utan att först be Socialstyrelsen om lov.

Den adhd-medicin som först godkändes i Sverige hette Concerta och innehöll metylfenidat, samma substans som är verksam i Ritalin. Concerta var godkänd i USA sedan år 2000. Där hade den snabbt vunnit mark, tillsammans med en annan liknande medicin, Adderall.

Läkemedelsverket såg Concerta som en smal medicin.<sup>126</sup>

Verket slog fast att den bara fick användas på barn och endast när »stödjande åtgärder visat sig vara otillräckliga«. <sup>127</sup>

Men utskrivningen tog fart, samtidigt som allt fler rapporter om hur vanligt adhd var publicerades. Stort genomslag världen över fick en forskargrupp som hade räknat ut att 5,29 procent av världens barn hade tillräckliga adhd-symtom för en diagnos. <sup>128</sup> Studien hade delvis finansierats av läkemedelsbolaget Eli Lilly, som just hade börjat sälja sin medicin Strattera i Sverige. Tre av de fem medverkande forskarna hade också uppdrag inom läkemedelsindustrin. En av dem var amerikanen Joseph Biederman, som har varit starkt pådrivande för ett ökat antal diagnoser. <sup>129</sup>

I Sverige har andelen personer med adhd alltså mer än sju-faldigats sedan 2006. Under den första delen av den tidsperioden var ökningen störst bland pojkar, så följde flickorna och sedan några år är det nu bland vuxna som antalet diagnostiserade ökar mest.

Förskrivningen av mediciner har ökat i samma takt. Idag finns ett tiotal olika preparat på den svenska marknaden, flera av dem godkända för vuxna. <sup>130</sup>

En grupp där adhd nu ökar starkt är de äldre. Etablerade adhd-experter anser att det finns en stor underdiagnostisering i den gruppen. Det är alltså en lockande marknad för läkemedelsbolagen. <sup>131</sup>

En annan marknad som växer är den för småbarn. I USA har tiotusentals två- och treåringar fått en adhd-diagnos. <sup>132</sup> En fråga som återkommer i debatten är hur långt ner i åldrarna det är meningsfullt att ställa diagnosen. Kan en tvååring ha adhd? Symtomen är identiska med fullt normalt beteende hos små barn, till skillnad från vid exempelvis autism som ofta kan misstänkas tidigt när spädbarn inte vill bli hållna i famnen, ha ögonkontakt eller samspela med föräldern. Experiment med adhd-medicin har ändå gjorts på barn så unga som två och ett halvt år. <sup>133</sup>

Den själens hastiga förflyttning som Hippokrates skrev om blir ett alltmer påtagligt fenomen både i Sverige och resten av världen. Och i takt med att även andra psykiatriska diagnoser blir mer och mer utbredda så blir hela psykiatrin, med dess begrepp och associationer, alltmer närvarande i vårt språk och våra liv. Du är väl deprimerad, han är kanske bipolär, jag har en släng av Asperger – den typen av vardagsdiagnostiserande är idag vanligt, och även om det finns de som fortfarande uppfattar sådana kommentarer som kränkande så är de helt i linje med psykiatrins spridning. Filosofen Fredrik Svenaeus har dragit parallellen till hur Freuds teorier om sexualitet och omedvetna processer för hundra år sedan tog plats i det allmänna medvetandet, i form av idéer om kastrationsångest, penisavund, felsägningar och dödsdrift.<sup>134</sup>

Delvis var detta tokigt, men det bidrog också till att fler människor fick en ökad förståelse för det omedvetnas betydelse för vårt beteende. På motsvarande sätt är det kanske inte bara fel att psykiatrin tar plats i människors vardag och ger upphov till amatördiagnoser. Med tanke på att de psykiatriska diagnoserna ställs längs ett spektrum, där gränsen mellan sjukt och friskt är förhandlingsbar, så finns det många odiagnostiserade människor som skulle kvalificera sig för en diagnos och även ha nytta av den, åtminstone tidvis.

Liksom det finns många med en diagnos som skulle kunna leva gott – ja, godare – utan den.



## Hanna: Klockan fyra på morgonen med ångest

**Det är fredag förmiddag** och Hanna och jag är tillbaka hos Cereb. Psykiatrikern har inte stram vit rock utan kort randig trikåklänning och håret i en rufsigt tofs. Rummet hon visar in oss i är snarlikt psykologens, med den enda skillnaden att det står en kartong med pappersservetter på det lilla samtalsbordet och att fotot på väggen ovanför föreställer en orkidé istället för en brygga.

Undersökningen börjar med ett drogtest i form av ett urinprov. Sedan får Hanna kort på nytt redogöra för kärnan i sina problem – uppskjutandet och ångesten – innan psykiatrikern ber om en detaljerad redogörelse för hennes kontakter med psykiatrin genom livet. Från en läkare i England som skrev ut lugnande när hon var sexton till den så kallade affektiva mottagningen inom landstinget där hon nu har kontakt med en psykiatriker på grund av sin bipolaritet.

»Jag tvivlar på bipolariteten, det är bland annat därför jag är här«, säger Hanna.

»Det är typiskt för just bipolaritet att man har svårt att acceptera diagnosen. Det kan ta många många år«, säger psykiatrikern.

Hon ställer frågor för att ringa in familjens psykiska hälsotillstånd och Hanna berättar om broderns bipolaritet, om farfaderns självmord och om mammans oro för att spisplat-

torna inte skulle vara avstängda – tvångssyndrom, konstaterar psykiatrikern. Sedan kommer motsvarande genomgång av den fysiska ohälsan: brorsan dog av brusten aorta, pappan i sviterna av lunginflammation, morfar i hjärnblödning och en kusin dog som spädbarn, oklart av vad.

Störning av hjärtrytmen i släkten? Ja, brorsan hade arytmi. Vilken sorts? Hanna vet inte och psykiatrikern nämner namnet på en särskild hjärtsjukdom – »den är vi mest rädda för, med tanke på medicinering« – men Hanna känner inte igen namnet.

Mammans förlossning när Hanna föddes? Hon vet bara att den var lätt. Drack mamman? Nej. Tog droger eller läkemedel? Troligen.

Hannas egen situation: Relation? Nej.

Barn? Ja, två, födda på 90-talet.

Sysselsättning? Sjukskriven på 75 procent och arbetslös på 25. Jobbade senast i höstas.

Kroppslig ohälsa: migrän, kristallsjuka, tinnitus, eksem. Men inga hjärtproblem, ingen epilepsi, ingen diabetes, ingen sköldkörtelsjukdom och ingen hjärnskada. Tumör – ja, cellförändringar i livmodern för länge sedan, opererad. Och även opererad för blindtarmsinflammation.

Tobak, snus, e-cigarretter? Nej, nej, nej. Motion? Hundpromenader. Grav sömnrubbing? Ja, det är det där vaknandet klockan fyra på morgonen med ångest.

»Är du deprimerad nu?«

»Jag vet inte vad som är det och vad som är vanlig sorg. Båda mina föräldrar och min bror har ju dött.«

»Har du vaknat så här tidigare?«

»Så länge jag kan minnas.«

»Då är det inte sorg.«

Elementärt.

Och så en genomgång av Hannas mediciner.

»Den ångestdämpande är en väldigt bra medicin och du tar 25 milligram, det är ingenting«, säger psykiatrikern.

Så frågar hon om den psykiatriska intervjun är gjord. Man kunde ju tro att det var den som just pågick, men intervjun är något annat: ett schematiskt upplagt fråga-svar-formulär som ska ringa in alla tänkbara former av psykisk ohälsa.

»Är det hela den bibban?« säger Hanna förskräckt när psykiatrikern lyfter en bunt på kanske femton papper från bordet.

»Ja, och vi har lite risigt med tid, så jag kommer att vara effektiv. Så att du vet varför jag kanske avbryter dig – det är för att jag har förstått svaret.«

»Okej«, säger Hanna, »kan jag få hämta ett glas vatten först?«

På ungefär en halvtimme drar psykiatrikern igenom allt det värsta en människa kan uppleva i livet och en hel del av det som man kunde hoppas bara fanns i helvetet. Det handlar om sammanlagt hundratals symtom, från rastlöshet, retlighet och hypomani över dödslängtan, hallucinationer och vidskepliga ritualer till erfarenheter av terror, krig och närstående människors våldsamma död.

Ibland inflikar psykiatrikern en förklaring till frågorna – »jag är ute efter posttraumatisk stress« eller »det vi letar efter är generaliserad ångest, att man söker efter något som ångesten kan fästa vid, som när ett rådjur går genom ett kardborrefält« – men oftast hoppar hon bara från en tragedi till nästa. Och hela tiden svarar Hanna, lågmält, kort och snabbt.

Efteråt säger psykiatrikern:

»Du behöver inte tvivla på den bipolära diagnosen. Det är ingen som helst tvekan, den är rätt ställd.«

Till slut mäter psykiatrikern blodtryck och puls – »den är i nederkant, som om du var mycket vältränad, hundpromenaderna går raskare än du tror«. Hon lyssnar på Hannas hjärta med stetoskop och känner med varsamma fingrar på sköldkörteln på halsen. Även ett blodprov måste tas och Hanna får instruktioner att gå direkt till närmaste vårdcentral och bara visa sitt id-kort så ska remissen dyka upp där i datorn.

Psykiatrikern förklarar att hon kommer att ringa Hanna om något av proverna avviker, men att hon annars kommer att prata ihop sig med psykologen så att han kan meddela utredningens resultat.

När vi kommer ut upptäcker Hanna att hon har glömt plånboken med id-kortet hemma. Blodprovet får bli en annan dag.

## Att reda ut

**När etablerade experter** ska förklara varför adhd-diagnoserna ökar så är det korta svaret oftast att diagnostiseringen har blivit så mycket mer träffsäker. Och det har den blivit, men processen är fortfarande ett famlande i mörker med hockeyhandskar jämfört med diagnostisering av många kroppsliga sjukdomar, där läkaren tar några prover, skickar dem till labbet, får svaren och kan ställa diagnosen. Dessutom är det ett famlande under tidspress.

Svensk psykiatri är hårt pressad och det slår mot personer som har adhd eller adhd-symtom. När jag ställer frågor om utredningar till dem, i sociala medier eller i intervjuer i den verkliga verkligheten, får jag många svar som handlar om köerna till psykiatrin och om svårigheterna att få tid för utredning. Överbelastningen är med säkerhet en faktor bakom det faktum att det fortfarande finns personer med svåra adhd-symtom som ännu inte har fått någon diagnos. Men de pressade utredningssystemen är också en komponent som bidrar till att trappa upp antalet diagnoser.

Andelen personer som har adhd – eller som äter adhd-medicin, den statistiken är alltså säkrare – varierar stort över landet. När jag skriver detta är Gävleborg den region där högst andel barn medicinerar.<sup>135</sup> Det beror delvis på demografiska faktorer. Länet har förhållandevis låg utbildningsnivå, hög ungdomsarbetslöshet och höga ohälsotal. Det innebär, säger BUP-chefen Caroline Engberg i Gävleborg, att det finns för-

äldrar som inte mår så bra och som därför inte har förmågan att erbjuda ett barn med särskilda behov all den extra omsorg som barnet kräver och som i en del fall skulle kunna göra att barnet inte behövde medicin.

En annan förklaring till de höga adhd-talen i Gävleborg är att BUP där är ovanligt tillgängligt. Det finns inget remiss-tvång, utan de flesta barn kommer till mottagningarna efter det att deras föräldrar helt enkelt har ringt och bett om en utredning. Länets BUP-kliniker har också, till skillnad från andra, gott om läkare. Och det händer att de startar utredningar utan att först kolla att skolan verkligen har gjort allt den kan för att anpassa sig efter barnets behov, säger Caroline Engberg.

Men det finns ytterligare en förklaring till den höga förskrivningen av adhd-medicin i länet. En extern granskare har konstaterat att en del av barnen som har en adhd-diagnos sannolikt egentligen inte har adhd utan borde ha en diagnos »utan närmare specifikation« (UNS) och faktiskt är svagbegåvade.<sup>136</sup> Det stämmer med vad läkaren Mats Reimer har hävdad: att en förklaring till den nationella ökningen av adhd-diagnoser är att vården diagnostiserar svagbegåvning som adhd, eftersom det är ett mindre problematiskt besked att ge.<sup>137</sup>

När jag har kommit något år i min research börjar tips trilla in. En vän berättar om en kompis sambo som är psykolog på en utredningsenhet inom Stockholms läns landstings vuxenpsykiatri och som har något att berätta. Jag får hans telefonnummer mot löfte om att inte ringa på arbetstid eftersom ämnet är känsligt.

Psykologen – vi kan kalla honom Filip – ställer många frågor om mig och boken innan han vågar berätta om hur landstingets interna köp- och säljsystem driver upp antalet adhd-diagnoser.

Filips enhet jobbar med att utreda alla möjliga psykiatriska

diagnoser åt beställare inom landstinget. Utredningarna debiteras per styck. Utredarenheten kan debitera beställarenheten betydligt mer för en utredning som konstaterar adhd, autismspektrumstörning eller svagbegåvning än för andra diagnoser, som till exempel borderline. Därför finns det en risk att andra diagnoser blir styvmoderligt behandlade, menar Filip.

Utredningar som leder till ett positivt resultat, alltså en diagnos, är också mer lönsamma än de som leder till ett negativt resultat. Det beror på att de går snabbare. Ju tidigare under utredningen som diagnosen kan ställas, desto kvickare kan utredningen avslutas och desto fler utredningar kan enheten hinna med och fakturera. Hittar man däremot ingen snabb förklaring till patientens problem så måste man utforska varje tänkbart spår, enligt konstens alla regler, och det tar tid – och tid är som bekant pengar.

Dessutom berättar Filip att på utvecklingssamtalen brukar chefen fråga hur många neuropsykiatriska utredningar man har genomfört under det senaste året. Filips känsla är att antalet utredningar spelar roll för karriären.

Jag mejlar Anna Lazar, enhetschef inom vuxenpsykiatrien på Stockholms läns landsting. Hon svarar att hennes arbets-situation är så belastad att hon inte har tid med en intervju – »inga luckor inom överskådlig tid« – men hon besvarar ändå kort några av mina frågor via mejl.

Neuropsykiatriska problem är prioriterade, bekräftar hon.<sup>138</sup> I Stockholms län fungerar det så att hälso- och sjukvårdsförvaltningen beställer vårdinsatser av Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), den av landstingets enheter som ansvarar för det mesta av psykiatrien. En neuropsykiatrisk utredning, oavsett om den landar i en diagnos eller inte, interndebiteras med 8 553 kronor och det är mer än för någon annan typ av utredning.<sup>139</sup>

För att korta köerna har systemet dessutom fram till 2017 sporrats av ett vites- och bonussystem: SLSO har tvingats be-

tala böter på 4 250 kronor för varje utredning som inte utförts enligt beställningen och fått en bonus på 25 000 för varje utredning som utförts utöver de beställda.<sup>140</sup> Vites- och bonus-systemet har nu avskaffats.<sup>141</sup>

Man kan slentrianmässigt tänka att en byråkratisk intern-debiteringslista är en bagatell i sammanhanget. Men eftersom det ser ut på liknande sätt i andra landsting så är det inget tvivel om att systemet vrider på kranen så att flödet av diagnoser ökar.

Men varför är systemet riggat på det här viset? Jag frågar Anna Lazar och hon svarar bara kort att »vi är ju inte ensamma om detta i Sverige, se på utvecklingen i USA«. Så jag mejlar Filip och frågar vad han tror. Han svarar att ett skäl kan vara att det ju faktiskt finns gynnsam behandling för just adhd, vilket kan göra att den diagnosen är mer samhällsekonomiskt lönsam än andra.

Alla krafter inom psykiatrin samverkar alltså. Patienten har tagit kontakt med vården för att få en diagnos, läkaren och psykologen vill också styra ditåt eftersom det går snabbare och det gynnar karriären, utredningsenhetens ledning behöver de intäkter som just de neuropsykiatriska diagnoserna ger och beställaren blir nöjd eftersom den som har adhd kan medicineras och skrivas ut ur systemet. Dessutom uppfylls politikernas intentioner när fler personer kan bli funktionsdugliga på arbetsmarknaden.

För att diagnostisera adhd krävs formellt en omfattande utredning. Många landsting och regioner har sina egna riktlinjer för det. De bygger ofta på Socialstyrelsens kunskapsstöd i ämnet, men också på riktlinjer från Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP).

Båda instruktionerna citerar DSM över flera sidor. Sedan räknar de upp de beståndsdelar en utredning ska innehålla. Först och främst handlar det om en så kallad anamnes, alltså en intervju med patienten om utveckling, beteende, ärftlig-



het och sociala och medicinska förhållanden. När det gäller barn ska föräldrarna intervjuas och gärna även lärare. Även när det gäller vuxna bör föräldrar, ett syskon eller en vän som känt patienten länge intervjuas om förhållanden i barndomen. Sedan ska adhd-symtomen kartläggas med hjälp av något av de så kallade testinstrument som finns på marknaden (till exempel Connersskalorna) och därefter ska patienten testas för att man ska kunna utesluta andra diagnoser (till exempel autismspektrumstörning, utvecklingsstörning eller svagbegåvning). Patienten bör också genomgå en kroppslig medicinsk undersökning. Därpå samlas bedömningen i ett utlåtande som meddelas patienten vid ett möte som kallas återgivning.<sup>142 143</sup>

Socialstyrelsens kunskapsstöd och BUP-föreningens riktlinjer skiljer sig åt på några punkter som gör att BUP-föreningen får en bredare träffyta. Den viktigaste skillnaden är att föreningen anger att ett av syftena med riktlinjerna är att undvika underdiagnostisering. Av det skälet bör alla patienter som har kontakt med BUP screenas för adhd.<sup>144</sup> Det innebär en uppenbar risk: som man frågar får man svar.

Testinstrumenten spelar stor roll. Ordet instrument antyder något tekniskt, men vad det handlar om är frågeformulär där patienten, eller föräldrarna när det gäller barn, får svara på frågor om koncentrationsproblem, hyperaktivitet och bristande impulskontroll.

Instrumenten är subjektiva. De mäter inte patientens verkliga beteende utan uppfattningen om beteendet hos den som svarar på frågorna. Uppfattningen beror på hur hög toleransnivå den som tillfrågas har, vilket i sin tur beror på omgivningens förhållningssätt. Det är en uppenbar felkälla. Men det finns även andra problem.

Hela systemet för diagnostik och behandling av adhd har utretts av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

När det gäller diagnostiken granskade experterna femton test-instrument och fann att inget av dem bygger på ett tillräckligt vetenskapligt underlag. Instrumenten har bland annat brister när det gäller specificitet, alltså sannolikheten för att den som inte har adhd får ett negativt resultat. Det är en brist som måste kunna bidra till överdiagnostisering, tänker jag, och jag vill fråga granskaren om det.

Rätt person att intervjua är utredningens ordförande Lars Jacobsson, professor emeritus vid Umeå universitet och överläkare på psykiatriska kliniken vid Norrlands universitetssjukhus. Innan jag ringer honom gör jag en rutinmässig koll i Läke-medelsindustriföreningens databas för pengaöverföringar från läke-medelsföretag till vårdpersonal. Jag får träff: Lars Jacobsson har 2015 tagit emot 134 000 kronor från Eli Lilly, som säljer adhd-medicinen Strattera.<sup>145</sup>

Den informationen gör mig brydd, eftersom jag hade hoppats att en statlig granskare skulle vara objektiv. Men det är ändå Lars Jacobsson som är ansvarig för rapporten och det är till honom jag måste ställa mina frågor. Han svarar direkt när jag ringer upp.

Det faktum att testinstrumenten saknar vetenskaplig grund leder inte självklart till överdiagnostisering, menar Lars Jacobsson.

»Instrumenten behöver inte vara dåliga, det är bara det att de inte är utredda.«

Han säger att han överhuvudtaget inte ser bristfälliga utredningar som ett problem. Adhd är den diagnos som utreds mest av alla psykiatriska diagnoser, en del enheter lägger ner uppåt fyrtio timmar på varje utredning. Det kan vara motiverat för barn och ungdomar, eftersom utredaren måste tala med lärare och även utreda utvecklingsnivån och eventuell svagbegåvning, men inte för vuxna, menar han. Där räcker det ofta med några timmar.

När jag säger att mina källor menar att mer pressade

utredningar driver upp antalet diagnoser så håller Lars Jacobsson ändå med.

»Det är säkert så. Det finns förväntningar hos patienterna. En del vill gärna ha en sådan här diagnos eftersom det får gynnsamma konsekvenser framför allt i skolan. Så det finns ett tryck.«

Lars Jacobsson har själv gjort många adhd-utredningar och vet av egen erfarenhet hur svårt det kan vara att stå emot trycket.

»Är det gränsfall och man vet att det kan betyda väldigt mycket för ett barn eller en ungdom så får de diagnosen.«

Att landstingens köp- och säljsystem har slagit igenom på bred front, så att alltför utredningar sköts av särskilda enheter eller köps in från privata bolag, är problematiskt eftersom det leder till att kunskap går förlorad, menar Lars Jacobsson.

»Man har separerat diagnostiken från behandlingen för att man vill korta köerna. Det skapar interna problem – BUP och vuxenpsykiatrien förlorar resurser som går till enheter som inte behöver ta något ansvar för vad de kommer fram till. Man förlorar väldigt mycket information.«

Jag frågar om Lars Jacobsson ser en risk för överdiagnostisering.

»Den risken finns. Den stora farhågan när det gäller överdiagnostik är att basen för behandling är centralstimulantia.«

Så lägger han ut texten om riskerna med centralstimulerande mediciner. Min avsikt med intervjun är inte att diskutera mediciner, eller att granska medicintillverkarnas inflytande över forskningen och vården, men jag har ändå Lars Jacobssons samarbete med Eli Lilly i bakhuvudet. Bolagets medicin Strattera är den främsta konkurrenten till de centralstimulerande medicinerna. Till slut måste jag fråga om det.

»Det är väldigt enkelt«, säger Lars Jacobsson. »Under SBU-utredningen blev jag uppmärksam på att Strattera i princip har samma effekter som centralstimulantia. Därför tycker jag

att man borde börja med Strattera, för att slippa all den här oron för att centralstimulantia är narkotika och sådant. Så när jag blev tillfrågad om att åka runt och diskutera det så såg jag det som en möjlighet att propagera för att vi borde använda Strattera mer.«

Jag frågar om han tycker att det ska ställas krav på objektivitet på en person som är forskare och som har ansvarat för en statlig granskningsrapport. Men det tycker han inte.

»Jag ser inga problem alls. Det var en möjlighet för mig att få nå ut och diskutera de alternativ som finns. Objektiviteten tycker jag har gått alldeles för långt.«

Jag har ett myller av spår i min numera ganska störda hjärna. Vissa sammanfaller: Psykologen Filip som säger att systemet är riggat till fördel för fler diagnoser, eftersom alla inblandade – patienten, läkaren, psykologen, utredningsenheten, beställaren och politikerna – vill att en diagnos ställs. Lars Jacobsson som berättar om patienter som vill ha en diagnos för att få mer hjälp och om läkare som vill vara patienter till lags. Till det kommer BUP-föreningens utredningsriktlinjer, som ser ut att vara konstruerade för att ge fler diagnoser. Plus uppdelningen mellan utredning och behandling, som gör att kunskap går förlorad. Detta stämmer också med vad jag har hört från flera andra läkare och psykologer, att den som bara utreder adhd får ett tunnelseende där adhd-symtomen lyser klarast. Eller som en psykiatriker uttrycker det: Den som har en hammare ser spikar överallt.

Och de som verkligen har hammare i sin verktygslåda är de privata utredningsbolagen.

## En hyperaktiv bransch

**I takt med** att trycket på sjukvården ökar så växer den privata utredningsbranschen. De allra flesta svenska landsting och regioner köper utredningar av privata bolag.<sup>146</sup> Patienterna kommer till bolagens mottagningar på remiss, efter att ha genomgått en första kontroll hos någon landstingsenhet eller hos skolans elevhälsa. Många kommer även via en egenremiss, alltså en blankett som man själv fyller i och skickar in till bolaget varpå bolaget begär ett uppdrag från landstinget att göra en utredning.

En del patienter betalar också själva, om de har råd att köpa sig förbi kön. En utredning kan kosta mellan 28 000 och 42 500 kronor. Sedan tillkommer behandling för den som får en diagnos.

Utredningsbolagen är en del av det medicinindustriella komplex som i den internationella debatten kritiskt brukar kallas Big Pharma. I detta utgör läkemedelstillverkarna kärnan, men där ingår även försäkringsbolag, testlaboratorier, tillverkare av sjukvårdsutrustning och privata vårdföretag.<sup>147</sup>

Ett av dem är Utredningskompaniet, med mottagningar på tre håll i Mellansverige. Det är det företag som har gett Olle hans diagnoser, bland dem adhd.

Jag träffar Olle och hans föräldrar Ylva och Tomas hemma i deras radhus utanför en stad i Dalarna. En ensam gul ballong viftar i den grå vinden på uteplatsen och fler hänger inne i köket. Imorgon fyller Olle elva år och han har redan haft kalas för sina vänner.

Föräldrarna sitter med mig vid köksbordet medan Olle och hans kompis Dennis spelar dataspel och livesänder på Youtube på övervåningen. Då och då ropar Olle efter vatten eller glass och en gång kommer han ner och böjer sig mot Ylva, kramar henne och borrar in sitt ansikte mot hennes hals. Mig vill han inte prata med, han har haft tillräckligt med vuxna som har rotat i hans inre.

Olle hade inga koncentrationsproblem eller tendenser till hyperaktivitet som liten, berättar Ylva och Tomas. Han var glad och social och ville vara med på allt. Han kunde sitta länge och bygga med Lego, han tyckte om att ligga i sängen och lyssna på sagor och när han blev äldre även på kapitelböcker, och han åkte skidor, helst utför på vintrarna på skidanläggningen där Tomas jobbar med att sköta liftarna. På förskolan var han omtyckt av både personal och barn.

Nej, Olles problem var sömn och mat. Han hade svårt att komma till ro på kvällarna och kunde hålla föräldrarna vakna till framåt elva, oavsett hur trött han var.

Med maten var det ännu mer bekymmer. Som riktigt liten åt han allt, men gradvis började han vägra mat som han tidigare hade tyckt om.

Vid sex års ålder, i förskoleklassen, åt han bara pannkakor, färdigköpta köttbullar, makaroner, tacos, falukorv, rågkaka och morot. Några år senare var den menyn reducerad till glass, chips, godis och läsk.

Ylva och Tomas vet förstås vad jag undrar – om familjen kanske tycker att *junkfood* är okej. De har fått alla kritiska frågor många gånger förr, inte bara från vårdpersonal utan också från släkt och vänner, så Ylva svarar innan jag hinner fråga:

»Vi äter helt vanlig blandad kost. Under många år försökte vi truga. Vi sa att du får ingen annan mat idag. Men det som händer då är inte att han blir hungrig utan att han svälter. Så vi gav honom det han ville ha.«

Det var också det råd de så småningom fick av en psykolog

på BUP: Släpp alla tankar på vad andra äter och se till att han får i sig det han kan.

I skolmatsalen blev det strid när lärare försökte locka eller hota Olle att äta. Men annars klarade han skolan fint – tills familjen flyttade då Olle gick i tvåan. Han hamnade i en klass där lärarvikarierna avlöste varandra. På fritids var det fritt fram för alla att göra det de ville.

»Då går Olle till det han känner till, och det är tevespel«, säger Ylva.

När han kom hem orkade han inte mycket mer än att lägga sig på soffan. Försökte han leka med barnen i husen omkring blev han ofta arg, eftersom han missuppfattade situationer och trodde att ett barn menade illa när hon eller han bara lekte. Då kunde han komma inrusande i hallen, skrika, kasta saker och riva ner kläder från krokarna.

Familjens situation var nu svår. Både Ylva och Tomas jobbade heltid, hon inom IT och han som maskintekniker. De fick trixa med sina arbetstider för att hinna med vårdkontakterna. Socialt blev de alltmer isolerade. Lillasyster Elvira, fem år yngre, tog illa vid sig av alla konflikter. De kunde inte resa bort, eftersom det var svårt att hitta något som Olle åt. Dessutom var han för trött, trots att han hade fått sömnhormonet melatonin utskrivet och nu hade lättare att somna.

Besöken hos BUP var problematiska. Tanken var att Olle och hans föräldrar skulle prata med två psykologer om Olles problem med att äta, men Olle ville bara hem. Han skruvade sig under blicken från fyra bekymrade vuxna. Han fick tics och hade svårt att sitta still, han plockade med sin keps, han slet ut ludd ur fickorna på tröjan och drog blixtlåset upp och ner.

»Han var jättenervös. Det var ett helt nytt beteende för oss«, säger Ylva.

Det var vid ett sådant tillfälle en av psykologerna plötsligt nämnde att det kunde vara adhd. Tanken hade inte slagit Ylva och Tomas innan.

»Det kändes helt bakvänt«, säger Ylva.

BUP-kliniken hade ett par års kö till utredning, så familjen fick telefonnumret till Utredningskompaniet som just hade etablerat sig i Borlänge.

Tomas ringde dit och fick ett vänligt mottagande. Bolaget skickade hem två frågeformulär, ett till föräldrarna och ett till skolan. När de hade fyllt i dem blev de kallade till mottagningen.

Det var strax före midsommar och Olle hade just slutat trean. I maj hade han och hans klasskamrater skrivit nationella prov i svenska och matte. Klassen hade förberett sig sedan hösten, och Olle tyckte att det var skoj. Han fick sammanlagt tre fel på alla delprov – och tog ut sig helt, säger Ylva.

På skolavslutningsdagen bröt han ihop. Klassen hade övat på sina sånger länge och samtidigt fanns en oro i luften, eftersom klassen skulle splittras i fyran och det var oklart hur. Förväntningar och stress kolliderade.

Ylva hade fått Olle att ta på sig en skjorta på morgonen, men den ville han inte ha. Han sprang upp på sitt rum, lade sig på sin säng och grät och skrek: »Varför är jag inte som alla andra?! Jag orkar inte, jag vill men jag orkar inte!«

Familjen gick inte på skolavslutningen. De följande veckorna steg Olle knappt upp och han åt inte mycket annat än glass. Han hade också börjat återfå sina sömnproblem.

Olle var alltså i dålig form när han gjorde testerna hos Utredningskompaniet, men han klarade ändå av att genomföra dem medan föräldrarna fick svara på frågor i samtal med en psykolog.

Efteråt var Olle arg över att han hade tvingats gå igenom något som han tyckte var värre än nationella proven, men familjen tröstade sig genom att gå till ett köpcentrum och äta tacos. De köpte också ett par hörselskydd som Olle skulle ha för att inte bli störd i klassrummet till hösten.

När skolan började klarade Olle inte de förändringar som krävdes på mellanstadiet, med tre lärare i tre olika klassrum att hålla reda på. Efter några veckor vägrade han att gå dit.



I september blev familjen kallad till Utredningskompaniet för så kallad återgivning, alltså en presentation av utredningens resultat. Först skulle Olle mätas och vägas och sedan fick han träffa en läkare för att svara på frågor.

Läkaren bad Olle att gå ut till väntrummet medan han talade med Ylva och Tomas. Men Olle ville inte vara ensam och knackade snart på dörren.

»Då hade vi fått en förhandsglimt och förstått att det var både autism och adhd. Men mer hann läkaren inte berätta. Det kändes stressigt, tjopp-tjopp, så var det klart«, säger Tomas.

»De sa att 'nu kan ni skaffa adhd-medicin'. Och man tar ju varje litet strå man kan få«, säger Ylva.

»Vi var nog lite frågande«, säger Tomas, »men samtidigt så måste man ju acceptera saker. De är ju uttalade specialister.«

Familjen blev kallad till BUP för att diskutera diagnosen. Barnpsykiatrikern där, Sven Román, hade läst utredningen och berättade att han bedömde att adhd-diagnosen var felställd.

»Då tänkte vi till. Olle har aldrig haft något kryp i kroppen som liten. Autismdiagnosen förstod vi, men inte adhd«, berättar Tomas.

»Tänker ni inte att Olles utbrott kan vara en signal på adhd?« frågar jag.

»Nej, vi tänker att det beror på autismen. Han blir arg för att han missuppfattar situationer och inte kan läsa in hur andra människor tycker och tänker eller upplever saker.«

Ylva och Tomas tror inte att Olle har adhd, men de kommer inte att försöka häva diagnosen, det vore en alltför stor ansträngning. Istället vill de hjälpa Olle att komma över sina akuta problem, framför allt med mat, och så vill de förstå vad diagnosen »högfungerande autism« egentligen innebär.

Olle går fortfarande inte i skolan. En timme varje måndag kommer han dit och har en träslöjdslektion ensam med sin resursperson. Ytterligare två gånger i veckan träffar han resur-

sen – antingen hemma, kanske med någon skoluppgift, eller så besöker de en bondgård eller tar en fika på stan.

Ofta håller Olle sig på sitt rum och spelar dataspel, med Dennis eller på nätet med andra hemmasittare. Ylva har hittat dem åt honom, så att han inte ska behöva känna sig så ensam. Eller så ligger han i sin säng, som för att lugna honom är placerad i föräldrarnas sovrum mellan deras sängar, och tittar på Youtube på sin surfplatta.

Eller också går han ut och hoppar studsmatta. Han orkar inte så länge, utan sitter helst ned medan Tomas eller Ylva studsar upp honom, men att han faktiskt går ut och vill hoppa är en positiv vändning.

Utredningskompaniet startades 2015 och etablerade sig då i Karlstad. Valet av ort var ingen slump: I Karlstad var BUP i kris med över 800 barn i kö och där hade landstingets politiska ledning bestämt att kön skulle betas av genom att utredningarna lades ut på entreprenad. En handfull bolag upphandlades, bland dem Utredningskompaniet som snabbt öppnade en mottagning mittemot BUP-kliniken, på andra sidan Lagergrens gata.

Hösten 2016 hade de privata bolagen i Värmland avverkat drygt 500 utredningar och kön hade kortats avsevärt. Ungefär 90 procent av barnen som utreddes privat fick en diagnos, i de flesta fall adhd.<sup>148</sup> Det är högre än genomsnittet i landet, där enligt Socialstyrelsens uppskattning ungefär 75 procent av adhd-utredningarna utmynnar i en diagnos.<sup>149</sup>

Skillnaden förklaras delvis av att de barn som remitterades till bolagen hade sållats ut av BUP för att få just en neuropsykiatrisk utredning. Men av allt att döma är det inte den enda förklaringen.

Det bolag som fick flest utredningar remitterade till sig i Karlstad var Utredningskompaniet. Många familjer valde det bolaget, eftersom det var det första i Värmland och marknadsförde sig där.

Med ett pris på 42 500 kronor per utredning var bolaget samtidigt det dyraste, något BUP-chefen Maria Svensson i Värmland inte var helt nöjd med.<sup>150</sup> Ett annat problem var att resultaten ibland väckte missnöje hos de föräldrar vars barn utreddes. De flesta klagomål handlade inte om att barn hade fått en felaktig adhd-diagnos, utan tvärtom om att de inte hade fått en adhd-diagnos utan istället någon annan diagnos, till exempel autism. Ofta tyckte de att utredningen hade gått för snabbt.

Efter det att Utredningskompaniet hade etablerat sig i Karlstad öppnade företaget mottagningar också i Borlänge och Skövde. Inför de etableringarna annonserade man i lokalpressen och uppmanade familjer att utnyttja det fria vårdvalet för att få en adhd- eller autismutredning gjord. »Välkommen till oss«, står det i annonsen som jag hittar i en lång rad tidningar.<sup>151</sup>

Dalarnas läns barn- och ungdomspsykiatri är koncentrerad till BUP i Mora. Där menar barnpsykiatrikern Sven Román att många av Utredningskompaniets diagnoser är fel. Han har bland annat stött på flera fall som Olles, där bolaget felaktigt har gett barn med komplicerad problematik en adhd-diagnos, säger han.

Sven Román har anmält Utredningskompaniet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Han är kritisk till att bolagets utredare bara träffar barnen två gånger och till att resultatet meddelas redan vid det andra tillfället.

Maria Svensson instämmer, men påpekar att det uppdrivna tempot också gäller andra utredningsbolag, även om både de och Utredningskompaniet har följt träffade avtal och därmed inte gjort något formellt fel.

Utredningskompaniets vd heter Sebastian Cordova och är legitimerad psykolog. Jag ringer upp honom och han förklarar att även om utredningen klaras av på två besök så ingår alla nödvändiga moment och de genomförs av kvalificerade

psykiatriker och psykologer. Att man nöjer sig med två träffar beror på att man vill underlätta för familjerna, som ofta bor långt från mottagningen, så att de slipper resa dit onödigt många gånger. Dessutom bygger företagets verksamhet på att läkare och psykologer som bor på andra håll, till exempel i Stockholm, pendlar till de orter där mottagningarna finns för att då jobba intensiva perioder.

När jag berättar för Sebastian Cordova om Olle och hans familj säger han att det inte kan undvikas att det blir fel någon gång. Han betonar att även Utredningskompaniet ibland får ta emot familjer som vill ha en *second opinion* eftersom de upplever att BUP har ställt fel diagnos. Men precis som Maria Svensson säger han att fall som Olles, där familjen inte är nöjd med en adhd-diagnos, är ovanliga. Vanligare är att familjen är missnöjd om barnet inte har fått en adhd-diagnos utan en annan diagnos istället. Det kan vara en autismspektrumstörning eller en depression som familjen inte känner igen sig i. Inte sällan tror familjen att det istället kan vara just adhd.

Hur brukar det gå i de fallen? Sebastian Cordova berättar att det absolut vanligaste är att diagnosen ändras, utifrån de uppgifter som föräldrarna och barnet presenterar.

»Föräldrarna, eller tonåringen själv, har ju en önskan och kan berätta att de ser de här svårigheterna istället.«

Fram tills han var trettio år ville Sven Román bli operasångare. Det är en av de mest konkurrensinriktade yrkesbanor man kan tänka sig, och den som slår in där lär sig utan tvivel en hel del om vilka synliga och osynliga sprickbildningar som kan uppstå i människans sköra inre under hårt tryck. Med den erfarenheten började han på läkarutbildningen och specialiserade sig så småningom på barn- och ungdomspsykiatri. Idag är han oroad över att alltför många barn som inte har någon egentlig adhd-problematik får en adhd-diagnos.

Sven Román har arbetat flera år på BUP-kliniken i Stock-

holm, där slutenvården i Stockholms län finns, och även på en specialenhet för bipolär sjukdom och psykossjukdomar hos barn och ungdomar. Arbetsmiljön blev slitsam, med psykiatriker, psykologer och även annan personal som försvann, med en växande irritation hos dem som var kvar och så småningom med en upptrappad ångest i personalgruppen.

Då slutade Sven Román och startade eget som hyrläkare. Numera jobbar han en vecka på BUP i Mora och är sedan en vecka hemma i villan söder om Stockholm där tre av hans fyra barn fortfarande bor hemma. Äppelträden dignar i trädgården och vardagsrumsbordet täcks av ett tusenbitarspussel med motiv från Sixtinska kapellet.

Sedan Sven Román kom till Dalarna för tre och ett halvt år sedan har han träffat flera hundra barn och unga som har utretts för adhd. Dessutom har han genom sina yrkesnätverk fått en insikt i hur utredningarna fungerar på många andra håll i Sverige, både på BUP och på privata kliniker.

Sven Román menar att många barn och ungdomar som inte har några egentliga psykiatriska problem idag psykiatriseras. Det främsta skälet är, säger han, pressade utredningar och inhyrda psykologer.

»De är nischade på adhd och då ser de bara det.«

De bästa diagnosinstrumenten, som också är de mest tidskrävande, används inte alltid. Ofta avstår utredarna från att göra de tester som krävs för att utesluta utvecklingsstörning<sup>152</sup> och autismspektrumstörning. Inte heller testas barnens och ungdomarnas så kallade adaptiva förmåga, alltså deras kapacitet att fungera trots sina svårigheter.

Det händer också att inhyrda psykologer rekommenderar en adhd-diagnos trots att patienten har klarat ett så kallat uppmärksamhetstest, alltså ett test som är utformat för att vara så vansinnigt långtråkigt att de allra flesta människor har svårt att koncentrera sig på det och en person med adhd tappar greppet inom några minuter.

Sven Román håller två tankar i huvudet samtidigt. Det finns ingen annan medicin som han ser har så tydliga effekter som adhd-medicin – han har sett barn som har gått från att inte alls klara skolan till att få toppbetyg. Men samtidigt är han oroad över biverkningarna och över att barn som inte har någon uttalad adhd-problematik medicineras.

Och problemet är egentligen större än adhd, menar han.

»Det största framsteget BUP har gjort de senaste åren är att vi har identifierat allt fler av de barn som har adhd och autism. Men samtidigt måste man vara tveksam till den ökande medicineringen. Vi medicinerar ju allt utom autism, även bipolärt – det var en diagnos vi aldrig ställde på barn tidigare.«

Det är konferens och temat är adhd. Psykiatriker, psykologer och kuratorer minglar i marmorfoajén. Det är också ett tillfälle för läkemedelsföretag och andra i branschen att marknadsföra sig, så som de ofta gör i utbildningssammanhang. På borden längs ena väggen står kaffe och morotskaka framdukat, på borden mittemot har två stora läkemedelsbolag brett ut broschyrer som marknadsför adhd-medicin.

Konferensen är arrangerad av Cereb, det största av företagen i den svenska utredningsbranschen och det bolag som utreder Hanna. Den ingår i en serie som företaget kallar Adhd-veckan och som arrangeras varje år. När jag ringde företagets kontaktperson presenterade jag mig som en journalist med fokus på skolfrågor, vilket jag också är, och hälsades genast välkommen.

Vd:n Martin Hammarström möter mig i lobbyn. Glatt presenterar han sig och företaget – fyrtio anställda, avtal med många av Sveriges landsting och regioner och uppdrag även för de flesta andra.

För att hålla fast vid syftet vid min närvaro frågar jag Martin Hammarström om han är särskilt intresserad av skolan.

»Nej«, säger han, »jag är särskilt intresserad av att göra så

mycket nytta som möjligt överallt där jag kan. Och just nu är det framför allt inom skolan.«

I den första kaffepausen går jag fram till bordet där Shire, som säljer adhd-medicinerna Equasym och Elvanse, har lagt ut sitt material. Kvinnan som förestår bordet frågar vad jag jobbar med. När jag säger att jag är journalist brer hon beskyddande ut armarna över broschyrerna och böckerna och säger beklagande att jag inte kan få ta med någon, ja faktiskt inte ens titta.

»Lagen förbjuder marknadsföring till andra än vårdpersonal«, säger hon.

Det stämmer, men det utesluter inte bara mig från att titta på bordet utan också till exempel de kuratorer som deltar i konferensen. De ska kategoriseras som allmänhet och får enligt riktlinjerna inte vara målgrupp för marknadsföring.<sup>153</sup>

Shire och Novartis har liknats vid adhd-världens Pepsi och Coca-Cola, två giganter i envig. Och mycket riktigt, vid bordet intill har Novartis, som säljer Ritalin, sitt material. Bolagets representant har lämnat bordet oövakat, så därifrån tar jag med mig fyra broschyrer i glättat A4-format.

Alla har titeln »Vilja« och undertitlar som visar att de handlar om olika grupper med adhd: killar, tjejer, familjer och vuxna. Omslagen pryds av personer i färgstarka t-shirts och på sidorna flimrar bilder på unga människor förbi – en del av dem påtagligt vackra, andra mer alldagliga, men alla aktiva och i de flesta fall med breda leenden.

Det framgår av några rader på pärmens insida att texterna »bygger på typfall och inte direkta återgivningar av verkliga berättelser« och att »personerna ni ser på bilderna är modeller«. Tilltalet är direkt: »Skriften vänder sig till alla tjejer som känner sig berörda« och »lärare och kompisar får aldrig veta hur hårt de – NI! – sliter med koncentrationen«.

Och så är det elefanten i rummet. »Med en diagnos kan du få hjälp på ett bra sätt«, säger en intervjuad läkare, men vad hjälpen ska bestå i förklaras inte. Istället för att marknadsföra

Ritalin gör broschyrerna reklam för själva diagnosen: »Att få en diagnos är bra. Diagnos betyder ofta att det blir lättare att få hjälp och att kunna lära sig att hantera sin ADHD.« »Det var så skönt att få veta att jag har ADHD.«<sup>154</sup>

Efter konferensen kontaktar jag Martin Hammarström. Han svarar tillmötesgående på en rad faktafrågor om hur företaget arbetar. Frågorna är mestadels okritiska, jag har inte stött på några klagomål mot Cereb. Tvärtom verkar både patienter och landstingsdrivna kliniker generellt nöjda med företagets utredningar.

Men något som framstår som problematiskt är just Cerebs relation med läkemedelstillverkarna. Det gäller inte bara de båda bolag som stod i lobbyn på konferensen, annat samarbete har också förekommit.<sup>155</sup>

Jag frågar Martin Hammarström hur samarbetet ser ut med läkemedelsbolagen.

»Vi har inget speciellt samarbete alls«, säger han och nu är rösten vass och kort.

»Hur kommer det sig att de fanns i lobbyn på er konferens?«

»De vill visa upp sig för professionen.«

»Men de kan inte bara ha klivit in där utan att vara inbjudna?«

»För oss är det som att ha vilken sponsor som helst. Det var ett bemanningsföretag där också och tidigare har vi haft företag som producerar material för testning. Det är en finansieringsfråga, annars skulle vi aldrig kunna genomföra den här utbildningsinsatsen.«

»Ser du inga komplikationer med det?«

»Det är om vi skulle ha något tätare samarbete, utöver att de kommer dit och ger information. Men vi har inte det. Läkare skriver ut de läkemedel som de anser vara bra, och det är olika, för patienter svarar olika på olika läkemedel. Så det är upp till läkaren att vara oberoende.«



»Läkemedelsbolagen är ju beroende av att ni ställer många adhd-diagnoser så att många människor köper medicin. Tänker ni aldrig på det?«

»Nej, det kan jag säga att det tänker vi *aldrig* på. Att det skulle finnas en sådan intention från deras sida att vi skulle ställa fler diagnoser för deras skull – nej.«

»Men nu när jag frågar, vad tänker du då om det?«

»Det skulle tyda på en så hög grad av brist på professionalitet från vår sida så att – nej, helt osannolikt. *Not on my watch.*«

Men när Cereb nästa gång arrangerar sin Adhd-vecka ska det visa sig att läkemedelsbolagen inte längre finns med.

En annan faktor i detta komplexa system är tillgängligheten till egenpsykiatri. När jag googlar »har jag adhd?« får jag bland de tjugo första träffarna upp sex sajter där besökaren kan testa sig direkt. En av sajterna drivs av läkemedelsbolaget Janssen, en av ett utredningsbolag, en är en tidningssajt och de övriga är bloggar.

Andra sökfrågor ger snarlika träffar – det är lätt att hitta olika former av skattningsformulär, checklistor och tester som i många fall leder till att man uppmanas att ta kontakt med en läkare för att be om en adhd-utredning. Detta är ett eget spår som med största sannolikhet har sin lilla betydelse för ökningen av adhd-diagnoser.

Sammantaget kan jag efter mina turer i utrednings-Sverige se att de förändringar som svensk sjukvård har genomgått de senaste decennierna har bidragit till att antalet adhd-diagnoser har ökat. Styrning genom *new public management*, med köp- och-sälj-modeller, privatiseringar och konkurrens har stresat psykiatrin och samtidigt gjort sektorn till en marknad. Vårdpersonal får lägga alltmer tid på administration, för att uppfylla kvalitetskriterier som ofta inte är verklighetsbaserade. Läkemedelsbolagen har fått ökat spelrum. Och systemet

är, kanske oavsiktligt, riggat så att adhd-diagnoser blir en lönsam del av maskineriet.

Samtidigt har portarna öppnats för läkemedelsbolag och utredningsföretag som tjänar på krisen inom vården. Med krav på snabba slutsatser ökar risken att utredarna hittar just det de letar efter: adhd. Skulle de inte hitta det, utan något annat, börjar systemet gnissla – både patienten och beställaren blir missnöjda. Patienten kan be om en *second opinion* från en annan utredare. På så vis samverkar alla krafter för att fler adhd-diagnoser ställs.

## Hanna: Jag känner mig skamsen

**Hanna lutar sig bakåt** och tittar i taket medan en sköterska drar ut någon milliliter blod ur hennes vänstra armveck. När läkarbesöket är över och vi går nerför mottagningens trappor börjar Hanna gråta, men inte över blodprovet utan av skam.

Kvällen innan har hon kämpat för att fylla i en rad formulär med frågor kring sitt liv, och de har fått henne att ifrågasätta sig själv som mamma åt sina två barn.

Vi går till ett konditori och dricker kaffe. Hanna har fått för sig att hon inte har räckt till, men jag, som har känt henne sedan innan hennes barn föddes, kan uppriktigt lugna henne. Hon har varit och är en alldeles ovanligt engagerad och varm förälder som alltid har satt sina barn först.

Jag får titta på frågeformulären. Det första, som egentligen skulle ha fyllts i av en anhörig, omfattar arton frågor som motsvarar DSM-kriterierna för adhd och som ska besvaras på en skala från »mycket ofta« till »aldrig«.

Hanna har svarat »mycket ofta« bara på en fråga: »Hur ofta händer det att han/hon förlägger saker eller har svårt att hitta saker hemma eller på arbetet?« Hon har svarat »ofta« på sex frågor, »ibland« på sex och »sällan« på fyra. En fråga, »Hur ofta känner sig han/hon överaktiv och tvungen att hålla igång som om han/hon gick på högvarv?«, har hon inte besvarat för att hon tyckte att den var för svår.

Nästa formulär, om barndomen och ungdomstiden, omfat-

tar 181 påståenden som ska besvaras utifrån hur väl de stämmer. Påståendena spänner från DSM-kriterierna för adhd över motorik, minne, språkutveckling, skolkunskaper och social förmåga till olika former av psykisk ohälsa. Även detta formulär är konstruerat för att fyllas i av anhörig, uppenbarligen en förälder till ett barn. Hanna har lämnat många påståenden obesvarade, i de flesta fall eftersom bara någon som kände henne som liten har svaret.

Det sista formuläret handlar om »nuvarande livssituation« och vänder sig till en vuxen patient. Det formuläret har Hanna kunnat fylla i. Men det finns nästan inget där som psykologen eller psykiatrikern inte redan har frågat om.

Vi går ut, passerar Karlapansfontänen och promenerar bort till Cereb. Jag är orolig för att stöta ihop med Martin Hammarström. För att han inte omedelbart ska känna igen mig har jag satt upp håret i en konstig frisyra och klätt mig ljus istället för som vanligt mörkt. När Hanna skriver in sig i receptionen står jag vänd bort, ifall vd:n skulle komma släntrande genom korridoren.

Psykologen hämtar oss och för in oss i det lilla rummet med bordet under bryggan. Idag ska Hanna få göra ett begåvnings-test för att hennes kognitiva funktioner ska mätas, berättar psykologen.

»Nu blir jag jättenervös«, säger Hanna.

»Det blir många«, säger psykologen. Och så förklarar han att en del frågor är väldigt enkla medan andra är svåra. »Ingen får alla rätt.«

När han tar upp blocket med testet hinner jag se att det heter WAIS IV. Det står för Wechsler Adult Intelligence Scale och är ett av världens mest använda kognitiva tester som i sin första version togs i bruk redan på femtiotalet. I Sverige finns en särskild variant som används för neuropsykiatriska utredningar, möjligtvis är det just det som Hanna ska genomgå.

Psykologen säger inget mer om varför testet görs, men jag

vet att det är dels för att utesluta att patienten har någon typ av utvecklingsstörning, dels för att kartlägga hennes uthållighet och koncentrationsförmåga.

Testet börjar med ett moment som handlar om ordförståelse och allmänbildning: Till vad används en termometer? I vilken världsdel ligger Sahara? Vem var Katarina den stora?

»Bra! Det var lite uppvärmning«, säger psykologen.

»Jag känner mig skamsen«, säger Hanna trots att hon kunde nästan alla svar.

Nästa moment testar arbetsminnet. Hanna ska först repetera siffror i den ordning psykologen säger dem, med fler och fler i ett svep. Sedan följer andra siffror som hon ska repetera i omvänd ordning och därpå ytterligare andra som hon ska omplacera i nummerordning. Det klarar hon upp till och med fem siffror, men med sex börjar hon tveka.

Så följer ett moment som syftar till att kartlägga förmågan till spatial perception och problemlösning. Hanna får titta på en serie geometriska former och ur en grupp figurer välja ut en som ska fortsätta serien. Mönstren blir mer och mer komplexa, med fler färger och former. Hanna ömsom blåser upp kinderna och suckar, ömsom skrattar och chansar.

»Det måste finnas flera som är rätt!«

»Det är bara en som ger poäng«, svarar psykologen.

Det sista momentet går ut på att kartlägga förmågan till abstrakt verbalt resonering. Psykologen säger två ord och Hanna ska hitta likheter mellan dem. Även nu börjar det enkelt, med piano och trumma, men snart blir det svårare:

»Musik och tidvatten?«

»Flöden.«

»Karikatyr och metafor?«

»Omskrivning.«

»Alltid och aldrig?«

»Jag ser bara motsatser, men det kan vara något grammatiskt. Adverb?«

Jag kan inte tänka annat än att Hanna slår i taket på begåvningsskalan. Men WAIS-testet mäter ju även uthållighet.

»Känns det tröttande?« frågar psykologen när han viker ihop testblocket.

»Jaa.«

»Brukar det vara så i vardagen?«

»Jag brukar inte hålla på med sådant här, men ja, jag blir ofta trött.«

Konstigt vore det annars om man vaknar klockan fyra varje morgon, tänker jag.

»Okej«, säger psykologen, »jag hade bara en timme idag, men nästa vecka ska vi göra en strukturerad intervju. Sedan kommer vi båda att känna att vi har gjort det här ordentligt, eller hur?«

De hittar en tid på tisdag klockan tre och så vänder sig psykologen plötsligt till mig, för första gången:

»Du antecknar mycket. Du tänker väl inte blogga om det här?«

»Nej då, jag har ingen blogg«, säger jag.

På kvällen ringer Hanna mig och är orolig för att psykologen kan ha genomskådat att jag inte bara är anhörig utan också journalist.

»Då kanske han inte gör utredningen ordentligt«, säger hon.

»Han gör utredningen väldigt ordentligt«, säger jag. »Och hade han trott att jag var journalist så hade han nog sagt det.«

Men vi kommer överens om att Hanna ska träffa psykologen utan mig på tisdag.

# Behandlingen

**Ett skäl till** att antalet adhd-diagnoser skjuter i höjden är att medicinerna oftast är så effektiva. En del personer märker ingen förbättring alls, men de allra flesta får snabbt lättare att koncentrera sig, uppträder mindre impulsivt och känner sig mindre rastlösa. Barn- och ungdomspsykiatrikern Sven Román säger att det inte finns några läkemedel inom hans fält som ger så tydliga förbättringar så snabbt, en erfarenhet som många läkare delar. Liksom många personer som har adhd. De flesta av dem jag har intervjuat har fått svåra biverkningar, men flera av dem menar att de positiva effekterna väger tyngre.

Av den anledningen är det också så att de allra flesta som får en adhd-diagnos åter medicin.

De senaste siffrorna över hur stor andel av befolkningen som tar adhd-medicin utgör spetsarna på kurvor som har stigit brant sedan medicinerna introducerades i Sverige. Under de senaste tio åren handlar det om ökningar på mellan tre och tretton gånger, beroende på patientgrupp. Mest har medicineringen av unga kvinnor ökat. För den grupp som konsumerar allra mest medicin, pojkar, ser ökningstakten ut att plana ut – men själva konsumtionen fortsätter alltså att öka även bland dem. För flickor är ökningstakten fortsatt hög och för vuxna, både män och kvinnor, stiger den som en rymdraket.<sup>156</sup>

Sverige utmärker sig också i internationella jämförelser. I årsrapporten från International Narcotics Control Board 2014 finns en lista över de länder där medicinering med det nar-

kotikaklassade metylfenidat ökar snabbast. Efter USA kommer Island, Norge och Sverige.<sup>157</sup>

Den som vill få ett grepp om marknaden för adhd-läkemedel blir tvungen att ta sig igenom namnen på ett antal kemiska substanser och mediciner, mer eller mindre tungvrickande. För mig har det tagit något år att nöta in dem.

Marknaden i Sverige domineras av metylfenidat, den verk samma substansen i mediciner med namn som Ritalin, Concerta, Medikinet, Equasym och Methylphenidate Sandoz. Metylfenidat är centralstimulerande, vilket betyder att det tillhör en grupp kemikalier som påverkar det centrala nervsystemet. Det ökar flödet av signalsubstanserna dopamin och noradrenalin mellan hjärncellerna, vilket gynnar kommunikationen mellan cellerna. När man har tagit medicinen kan man uppleva det man ägnar sig åt som meningsfullt eller lustfyllt under en längre tid än annars.

Det kan verka motsägelsefullt att centralstimulerande substanser kan fungera lugnande, samtidigt som de också, till exempel i form av amfetamin, fungerar som så kallat uppåttjack och kan göra en person hyperaktiv. Fenomenet kallas adhd-paradoxen. Förklaringen antas ligga i de lägre nivåer av dopamin och andra signalsubstanser som en person med adhd ofta har. Dessa låga flöden, som gör att man tappar koncentrationen, kan man få upp genom att själv skapa spänning och action med hjälp av att röra sig. Eller så kan man ta medicin som får signalsubstanserna att rinna på konstgjord väg.

Äldre varianter av centralstimulantia – korttidsverkande – har effekt i tre-fyra timmar, nyare långtidsverkande i upp till tretton timmar.

Metylfenidat är förstahandsval i Sverige för barn, ungdomar och vuxna. Det betyder att Läkemedelsverket rekommenderar att läkaren skriver ut en medicin som innehåller metylfenidat om det inte finns särskilda skäl att välja en annan.<sup>158</sup>



Andrahandsval vid behandling av vuxna är lisdexamfetamin, ett centralstimulerande medel snarlikt metylfenidat och sålt under märkesnamnet Elvanse.

Ett alternativ till dessa substanser är atomoxetin, som i Sverige säljs under namnet Strattera. Det är inte narkotikaklassat, anses inte vara beroendeframkallande och betraktas därför inte som lika riskfyllt som centralstimulantia.

Läkemedelsverket rekommenderar atomoxetin om patienten inte får effekt av centralstimulantia, om man får svåra biverkningar eller om det finns risk för att man ska sälja eller ge medicinen till personer som inte har adhd, alternativt använda den själv för andra syften än medicinska.<sup>159</sup>

Lisdexamfetamin och atomoxetin är båda andrahandsval även för barn och unga.<sup>160</sup> För dem finns också ett tredjehandsval, guanfacin som säljs under namnet Intuniv.

Det finns ytterligare en centralstimulerande substans, dex-amfetamin (även kallad dextroamfetamin) som säljs under märkesnamnet Attentin och kan användas på barn. Dessutom finns en blandning av olika amfetaminsalter som säljs under namnet Adderall och som kan skrivas ut efter licens från Läkemedelsverket.<sup>161</sup>

Den kraftiga ökningen av adhd-diagnoser världen över har lett till en stegrad efterfrågan på mediciner. Metylfenidat används nu i över 100 länder.<sup>162</sup> För några år sedan tog adhd-medicinerna slut på många amerikanska apotek och ett stort antal amerikaner kunde inte hämta ut sin medicin. Att tillgången inte matchade efterfrågan berodde på att de produktionskvoter myndigheterna hade beslutat om inte höll jämna steg med utskrivningen. President Barack Obama beordrade en översyn av systemet, varpå kvoterna höjdes och mer medicin flödade ut på marknaden.<sup>163</sup>

I Sverige får centralstimulerande adhd-medicin bara skrivas ut av vissa kategorier av läkare (specialister i psykiatri, i

rättspsykiatri, i neurologi, i barn- och ungdomspsykiatri och i barn- och ungdomsneurologi med habilitering).<sup>164</sup> Dessa läkare har rätt att skriva ut medicinen även *off-label*, alltså till patientgrupper som den inte är godkänd för. Det gjordes tidigare i stor omfattning till vuxna med adhd, innan någon medicin var godkänd för den gruppen.

Läkarna har också rätt att skriva ut medicinen för symtom som den inte är godkänd för. Det kallas indikationsglidning och det finns risker med det, eftersom medicinerna då inte är tillräckligt testade.<sup>165</sup>

Det förekommer också *off label*-utskrivning av adhd-medicin till både barn och vuxna som misstänks ha adhd och där läkaren vill testa om medicinen ger effekt. Detta kan göras både inför en eventuell utredning och som ett led i utredningen. Om medicinen har effekt tolkas det som ett tecken på att personen har adhd. Sådan testutskrivning kallas *exjuvantibus* och är kontroversiell, men kan enligt Socialstyrelsens expert Peter Salmi ändå vara praxis på vissa kliniker i Sverige.<sup>166</sup> Det är också vad jag hör från flera personer, bland dem läkare.

Läkemedelsverket har i sina rekommendationer specificerat högsta godkända dagsdos för de olika substanserna, men slår också fast att läkaren när det är befogat har rätt att överskrida den högsta godkända doseringen.<sup>167</sup>

Biverkningarna är ett problem. En av dem som listas är plötslig död. Från USA finns en rad uppmärksammade rapporter om dödsfall och i Kanada stoppades utskrivningen av Adderall kortvarigt 2005 efter att det uppdagats att fjorton amerikanska barn och sex vuxna hade avlidit sedan de använt medicinen.<sup>168</sup>

Även i Sverige har människor dött i samband med adhd-medicinering. Läkemedelsverket hade 2017 registrerat tio sådana dödsfall sedan medicinerna började användas 2002. Inte i något fall är det fastslaget att adhd-medicinen direkt or-

sakade dödsfallet, utan det handlar om fall där personen har medicinerat mot adhd och dött av någon orsak som är i linje med de kända biverkningarna av medicinen.<sup>169</sup>

I två fall är dödsorsaken självmord. I de flesta av de övriga fallen är orsaken någon form av hjärtrubbning. Flera av dödsfallen gäller personer som missbrukar amfetamin eller andra droger, andra har svåra sjukdomar som de medicinerar mot vid sidan av adhd. Det är därför osäkert vilken roll just adhd-medicinen har spelat.<sup>170</sup>

Ett fall får läkaren Erik Lindeman på Giftinformationscentralen att reagera när jag träffar honom. En vuxen man, av allt att döma med missbruksproblem, medicinerades med Concerta mot sin adhd. Han kom in till akuten med hjärtstillstånd som uppstått i samband med ett akut förvirringstillstånd, ett så kallat agiterat delirium. Hjärtat gick att starta, men stilleståndet hade medfört syrebrist och obotliga organskador.

Mannen tog även en ångestdämpande medicin, men obduktionen visade på mycket höga halter av metylfenidat i blodet.

»Här är det sannolikt att adhd-medicinen haft en avgörande betydelse för dödsfallet«, säger Erik Lindeman efter att ha konsulterat en bibeltjock bok med blad tunna som insektsvingar. »Adhd-medicin i större doser kan leda till psykos, ibland med agitationstillstånd som kan bli livshotande. Men det är i missbrukssammanhang och brukar kallas amfetaminpsykos.«

Det är alltså livsfarligt att äta stora mängder adhd-medicin i syfte att berusa sig.

Bland de döda finns också två unga pojkar, en fjorton- och en femtonåring. Femtonåringen, som även hade autistiska drag och en del andra psykiatriska problem, medicinerades med Concerta mot svår adhd. Han begick självmord när hans flickvän gjorde slut. Det är känt att Concerta kan ge självmordstankar.

Fjortonåringen behandlades med Strattera när han plötsligt ramlade ihop och blev blå i ansiktet. Hjärt- och lungräddning pågick under en timme, men var fruktlös. Den rättsmedicinska undersökningen konstaterade »*causa mortis ignota*«, dödsorsak okänd.<sup>171</sup>

Erik Lindeman förklarar att sådana oväntade dödsfall ofta beror på en medfödd störning i jonkanalerna i hjärtat som sköter om den elektriska signaleringen. En sådan störning kan ge arytmier som kan bli livsfarliga.

»Det blir elektriskt kaos i hjärtat. Adhd-mediciner skulle kunna innebära en teoretisk risk, eftersom de ökar kroppens adrenalinnivåer.«

Samtidigt tror inte Erik Lindeman att de adhd-mediciner som finns på marknaden idag har farlig effekt annat än vid missbruk, i komplex samverkan med andra preparat och under extremt olyckliga omständigheter.

Och man måste hela tiden komma ihåg att det händer att människor dör plötsligt och oförklarligt även utan att ha tagit adhd-medicin.

»Även om det är oerhört sällsynt så händer det att man som mamma kommer in på morgonen och ska väcka sin fjortonåriga son och så är han död.«

Om direkta dödsfall alltså är sällsynta så är andra biverkningar vanliga. I själva verket oundvikliga, alla som medicinerar får biverkningar.

De centralstimulerande medicinerna, som Ritalin, Concerta och Elvanse, har ungefär samma typ av biverkningar som Strattera: minskad aptit, störd sömn, förhöjt blodtryck och förhöjd puls, psykiska besvär, till exempel nedstämdhet och irritation, och risk för allvarliga psykotiska problem som självmordstankar och aggressivitet. Hos barn är det också vanligt att längd- och viktutvecklingen påverkas så att de som äter medicin inte växer som de annars skulle.<sup>172</sup>

Varför har adhd-medicinerna, trots riskerna, blivit så använda? Det korta svaret är alltså att de oftast fungerar. I sin stora vetenskapliga översikt har SBU granskat ett antal studier med läkemedlens effekt i fokus. Över lag visade studierna att både metylfenidat och atomoxetin hade bättre effekt än placebo på adhd-symtom.<sup>173</sup>

Den substans som är mest vetenskapligt studerad är metylfenidat. En av de största och mest citerade och inflytelserika studierna är den amerikanska MTA-studien från 1999. Forskarna studerade då effekten av fyra olika behandlingar på barn: modern medicinering, oftast med metylfenidat i noggrant justerad dos; en kombination av modern medicinering och terapi; enbart terapi och slutligen fortsatt behandling enligt rutin på barnens hemort, oftast med korttidsverkande metylfenidat. Resultatet visade att det som gav bäst effekt var kombinationen av modern medicinering och terapi, följt av enbart modern medicinering och på tredje plats enbart terapi.<sup>174</sup>

MTA-studien innehåller flera intressanta resultat som forskarna inte tar upp i sina slutsatser, till exempel det faktum att enbart terapi var mer effektivt än den vanliga rutinmässiga medicineringen. Studien visar också att vid behandling med en kombination av medicin och terapi krävs avsevärt lägre doser medicin för samma resultat som vid behandling med bara medicin. Detta rön resonerar forskarna kring och konstaterar att eftersom biverkningarna oftast blir värre med högre dos så kan det ha betydelse för folkhälsan. Men det nämns alltså inte när forskarna formulerar sina slutsatser.<sup>175</sup>

Skillnaderna i resultat mellan de olika alternativen i MTA-studien är små och forskarna konstaterar i slutsatserna att fördelarna med den kombinerade behandlingen inte är signifikanta. Enbart medicin är, med moderna metoder, trots allt effektivare än enbart terapi, menar de.<sup>176</sup>

Och den vedertagna tolkningen, så som den framstod i me-

dierna, blev att medicin är den effektivaste behandlingen av adhd. Eller som en av de ansvariga forskarna, Peter Jensen, uttryckte det i en formulering som kunde ha varit hämtad från en idrottsgala: »Medicinsk behandling är den glasklara vinnaren«.<sup>177</sup> En märklig tolkning med tanke på att i den mån det gick att kora någon vinnare så var det kombinationsbehandlingen.

MTA-studien var finansierad med statliga amerikanska pengar, men som New York Times-journalisten Alan Schwarz har påpekat så hade flera av de medverkande forskarna samtidigt uppdrag hos läkemedelsbolag. Två av dem hade samma år gjort en stor studie av det nya metylfenidatet Concerta för dåvarande tillverkaren Alza.<sup>178</sup>

Den ursprungliga MTA-studien granskade effekterna av de olika behandlingarna under fjorton månaders tid. Men behandlingstiden är oftast längre än så. I Sverige fortsätter mer än hälften av alla barn att medicinera efter fem år.<sup>179</sup> Så frågan är: Är medicinerna lika effektiva om man använder dem år ut och år in?

Detta är svårare att studera, eftersom det kan betraktas som oetiskt att låta barn med adhd äta placebopiller istället för medicin under flera år. Men sådan forskning har gjorts.

Grundmaterialet från MTA-studien har använts som utgångspunkt för över hundra vidare studier av mer långsiktiga aspekter. En sådan som publicerades 2017 visade att de gynnsamma effekterna på uppmärksamhet och aktivitetsnivå, som är påtagliga för de flesta barn under medicineringens första år, avtar om barnen fortsätter att äta medicin under ungdomstiden och in i vuxenlivet.<sup>180</sup>

Denna uppföljningsstudie visar också att de tidigare kända biverkningarna i form av minskad längdtillväxt sitter i. Forskarna konstaterar därför: »Kortsiktig behandling med stimulantia verkar vara berättigad, genom att vinsterna uppväger kostnaderna, men långsiktig behandling kan förknip-

pas med bestående tillväxtkostnader som inte verkar kunna uppvägas av några bestående symtomrelaterade vinster i vuxen ålder.«<sup>181</sup>

Med andra ord: Det är inte värt att äta medicin i flera år, eftersom de positiva effekterna avtar och biverkningen i form av minskad längdtillväxt blir problematisk. Detta resultat har märkligt nog inte fått någon större uppmärksamhet.<sup>182</sup>

Folkhögskolestudenten och poddaren Bella Persson äter två olika mediciner mot adhd. De ger henne biverkningar i form av högt blodtryck och hög puls, så mot detta tar hon ytterligare två mediciner. Dessutom äter hon två olika preparat mot sina sömnproblem.

»Det finns så lite forskning och ingen vet hur jag kommer att må när jag blir äldre. Det skrämmer mig jättemycket. Ska jag sluta ta medicinen? Men just nu går det inte, för jag har inte ens klarat gymnasiet och inte körkortet heller. Det grubar jag mig jättemycket för«, säger hon.

Bella hade en damp-diagnos som liten och på gymnasiet fick hon diagnosen adhd. Hennes symtom var svåra och hon fick, trots att hon redan innan hade förhöjd puls, ett recept på Concerta.

Dagen efter att hon fått diagnosen började hon äta medicinen. Nästan genast tappade hon aptiten. Hon tränade friidrott, men gick ned så mycket i vikt att skolsköterskan utfärdade träningsförbud under ett par veckor, tills Bella hade lyckats äta upp sig lite på kakor.

Samtidigt märkte hon snart att skolan, där hon misslyckats i hela sitt liv, plötsligt var möjlig att klara. I ämnet estetisk kommunikation fick hon betyget A. Men efter ett par år fick hon på nytt svårt med koncentrationen och hon fick också flera av de kända biverkningarna: ännu högre puls, hjärtklappning, högt blodtryck och svår yrsel.

Vid ett tillfälle fick hon så hög puls och så högt blodtryck att

hon fick åka in till sjukhuset. Efter det fick hon börja äta blodtryckssänkande medicin. Hon fick också byta adhd-medicin från Concerta till Strattera, vars verksamma substans inte är centralstimulerande och därför anses mindre riskfylld.

Nu hade Bella börjat på radiolinjen på Bollnäs folkhögskola. Hon klarade studierna, mycket tack vare den nya medicinen, menar hon. Men efter något år började hon känna av samma biverkningar som hon hade fått av Concerta.

Hon märkte även av försämrad cirkulation i händer och fötter, och en dag när hennes ena fot plötsligt var helt blå blev hon rädd. Hon kontaktade sin adhd-sköterska som menade att cirkulationsrubbingarna berodde på blodtrycksmedicinen. Den plockades bort och en pulssänkande medicin sattes in istället.

Sköterskan sänkte också Bellas dos av Strattera, men det fick direkt påverkan på hennes studier.

»Så fort de sänker dosen kan jag inte stava ens till enkla ord som makaroner och majonnäs. Jag kan inte sitta still för att kolla på film och jag hinner inte läsa texten till engelska filmer.«

Då bestämde läkaren att den lägre dosen Strattera skulle kompletteras med det då relativt nya preparatet Elvanse, som alltså också är centralstimulerande och innehåller lisdexamfetamin, en substans snarlik det metylfenidat som finns i Concerta.

Sammanlagt fick Bella 120 milligram Strattera och Elvanse per dygn. Det är en hög dos.

Under en period fasades Stratteran ut och dosen av Elvanse höjdes, men nu äter Bella båda medicinerna igen. Dessutom tar hon fortfarande den pulssänkande medicinen, plus en blodtryckssänkande. Och så tar hon sömnhormonet melatonin och även vanliga sömntabletter.

Jag frågar om sömnproblemen är en biverkning av adhd-medicinerna, men det tror hon inte.



»Jag har lika svårt att sova utan adhd-mediciner. Jag kan inte ligga stilla i sängen.«

Restriktionerna kring de adhd-mediciner som Bella har fått är tydliga. Concerta ska enligt FASS ingå i ett program bestående av psykologisk terapi,<sup>183</sup> Elvanse ska kombineras med samtalsterapi och beteendeterapi<sup>184</sup> och för Strattera heter det att medicinen är en del i ett program som även omfattar samtal och beteendeterapi.<sup>185</sup>

Bella har fått gå en grupputbildning i form av sex träffar för personer med adhd. Men hon har aldrig gått i någon form av psykoterapi och inget i den vägen har heller erbjudits henne.

Läkemedelsverket är noga med att innan adhd-medicin skrivs ut måste läkaren göra en rad undersökningar och bland annat kolla om patienten har andra psykiatriska problem, missbrukar alkohol eller narkotika eller har hjärt- och kärlsymtom.<sup>186</sup> Det är tydligt att i den mån sådana undersökningar görs så behöver de nämnda svårigheterna inte betyda att patienten inte får någon medicin. Antons mamma Anna var bipolär och hade borderline, Alex hade missbrukat amfetamin och Bella hade förhöjd puls – alla fick ändå adhd-medicin.

Läkemedelsverket rekommenderar också att medicinering- en avbryts en gång om året. Skälet är främst att kontrollera om patienten kanske klarar sig utan sin medicin – de symtom som ligger till grund för en diagnos hos barn växer till exempel bort i runt hälften av fallen. Men experter jag talar med säger att sådana planerade pauser sällan görs. Och när jag ställer en fråga om det i sociala medier till personer som har adhd, eller som har barn som har diagnosen, så är det bara en som har varit med om en sådan paus. Tio personer skriver att deras läkare inte har tagit upp det, alternativt sagt att det är onödigt.

I linje med forskningen skriver Läkemedelsverket även att adhd-medicin alltid ska ses som en del i ett större behandlings- och stödprogram. Men av de personer med adhd som

jag har intervjuat är det bara en som har fått samtalsterapi. Och när jag i sociala medier ställer en fråga om det till personer med adhd så är det få som svarar att de har erbjudits sådan behandling. Vården har inte resurser, är den samstämmiga bilden.

I Stockholms läns landsting ska barn med adhd enligt landstingets eget vårdprogram erbjudas både kognitivt stöd och olika adhd-hjälpmedel. Men de allra flesta barn får bara medicin, visar en revision från 2016. Ett skäl är att resurserna för annat stöd inte finns inom BUP och de barnmedicinska mottagningarna, där diagnosen ställs. Mottagningarna slussar istället familjerna vidare till den habiliterande enheten Adhd-center, som bara ungefär hälften av familjerna besöker.<sup>187</sup>

Skulle mer behandling i annan form än medicin kunna dämpa diagnostiseringen? Det är inte säkert, kanske skulle det bli tvärtom – om vården hade resurser att erbjuda terapi till alla som känner av koncentrationsproblem och hyperaktivitet så skulle det kanske locka ännu fler patienter, både barn och vuxna.

Så skulle det kunna bli. Men fokuset på medicin som behandlingsmetod är av allt att döma en ännu starkare pådrivningsfaktor som sedan länge verkar med full kraft. Och där spelar läkemedelsbolagen en avgörande roll.

Adhd-medicinerna tillhör en kategori av läkemedel som är särskilt attraktiva för tillverkarna, eftersom de behandlar ett tillstånd som i allt större utsträckning betraktas som kroniskt. Marcia Angell, tidigare chefredaktör för den ansedda vetenskapliga tidskriften *New England Journal of Medicine*, har beskrivit hur många andra mediciner ger avsevärt mindre pengar per patient. Antingen för att de, som till exempel i fallet antibiotika, faktiskt botar patienten. Eller för att de bara lindrar symtom i samband med en sjukdom som leder till döden.<sup>188</sup>

Annorlunda är det alltså med adhd, där de som medicinerar ofta fortsätter med det år ut och år in. Marknaden är också i högsta grad expansiv, genom att den har utvidgats från pojkar till flickor och från barn till vuxna och till och med till äldre.

Det som kallas »den globala adhd-behandlingsmarknaden« värderades 2010 till 3,8 miljarder dollar. Prognosen då var att värdet framöver skulle stiga med i genomsnitt 8 procent per år.<sup>189</sup> Någon uppdaterad beräkning verkar inte ha gjorts, så jag nöjer mig med prognosen. Om den stämmer skulle adhd-marknadens samlade värde år 2019 uppgå till 7,6 miljarder dollar. Med tanke på hur utvecklingen har sett ut är det inte omöjligt att det värdet har överträffats.

En person som har gjort stora pengar på adhd-medicin är den amerikanske medicinmogulen Roger Griggs. Han är en före detta gymnasielärare som gav sig in i läkemedelsbranschen på åttiotalet och som, genom en rad mycket framgångsrika bolag, har tagit fram ett antal marknadsledande mediciner, bland dem storsäljaren Adderall.

Adderall var från början en medicin mot övervikt under namnet Obetrol, men en läkare i Utah använde den istället för Ritalin för barn med adhd-symtom. Griggs fick höra det och köpte genast företaget som tillverkade Obetrol, döpte om medicinen till Adderall och lanserade den som en konkurrent till Ritalin.

Adderall slog stort. Sedan dess har Griggs blivit dollarmiljonär många gånger om, bland annat 1997 när han sålde det företag som tillverkade Adderall till Shire. Men jag har läst att han har tänkt om och numera är kritisk till massmedicineringen i USA, så jag mejlar honom och frågar om det stämmer.

»Neurokemisk manipulation är inget man ska ta lätt på. Adderall och andra centralstimulerande mediciner har betydande biverkningar«, svarar han.

Han fortsätter med att förklara att utvecklingen har eskalerat på ett sätt som han aldrig hade kunnat förutse.

»Jag är en enkel medicinfabrikant. När vi lanserade Adderall hade vi ingen aning om att medicinen skulle komma att användas i den omfattning och på det sätt som görs idag. Användningen av Adderall och andra mediciner för att förbättra prestationer, bli smartare, springa snabbare, hoppa högre eller klara en juristexamen kan inte tillverkaren påverka, det avgörs av kulturen.«<sup>190</sup>

## Skolans initiativkraft

**På den långa väggen** ovanför lågstadiets kapprum sitter en rad meterhöga affischer. Bakom plexiglas och mot pastellfärgad bakgrund – pistage, mandarin, smultron, som glass – presenteras kunskapskraven i nitton skolämnen, uppräddade i alfabetisk ordning från bild till teknik.

Under denna rad av krav kommer flöden av barn rinnande, springande, hoppande och hoppsastegande från klassrummen intill. Tre stycken ställer sig genast i kö till toaletterna, två pojkar, den ena i spindelmännentröja, testar sina superkrafter på varandra genom att veva med armarna, en kille och en tjej jagar varandra i kringelkrokar mellan borden och bänkarna, en pojke studsar en liten boll medan han går genom rummet, en grupp flickor drar sig mot utgången med famnarna fulla av overaller och tjockbyxor och två tjejer testar hur högt upp på väggen de kan nå om de lyfter varandra.

Alla är, vad det ser ut, glada. Men så, när strömmen av barn har avtagit, kommer en pojke rusande med andan i halsen, smäller igen de tre öppna toalettdörrarna, pustar ut lutad med pannan mot väggen, drar ner mössan över ögonen och börjar behärskat och metodiskt slå pannan mot väggen.

Adhd, tänker jag.

Pojken som dunkar huvudet i väggen kunde ha varit Felix för tio år sedan. Hans mamma berättar:

Som liten hade Felix mycket energi och svårt att komma till ro på kvällarna. På förskolan kunde han inte lyssna på instruk-

tioner i grupp – pedagogerna sa till barnen att gå och klä på sig ytterkläderna, men Felix satt och gnlade för sig själv, och så när alla gick till kapprummet stod han där: Vart ska ni gå?

När han var fem år och skulle slussas vidare till förskoleklassen frågade en av pedagogerna hans föräldrar om de inte skulle låta honom leka ett år till. Men föräldrarna var inte beredda på frågan och kände spontant att det kunde vara negativt för sonen att vara ett år äldre än klasskompisarna.

I skolan hade Felix, som så många andra, otur. Han fick en lärare som inte trivdes, så hon tog tjänstledigt och en vikarie tog över. När den ordinarie kom tillbaka hade det blivit stötkigt i klassrummet. Felix tillhörde dem som störde. Läraren skickade ut honom och ofta andra killar också. De fick sitta i ett eget rum och under tumultartade former leka med Lego medan undervisningen fortsatte i klassrummet.

Felix missade mycket kunskap. I tredje eller fjärde klass började familjen kallas till möten i skolan. De handlade mycket om hur Felix skulle ändra sig. Snart lärde han sig det utantill: »Koncentrera mig mer, sitta stilla och lyssna.«

I femman fick Felix en ung nyutexaminerad lärare som engagerade sig. Hon sa: »Det ser ut som om han får ont i kroppen när han ska sitta still, som om han verkligen inte kan hjälpa att han inte kan.« Hon föreslog att Felix skulle utredas för adhd. Efter alla meningslösa möten kände föräldrarna att de inte hade något att förlora på det.

Felix hade adhd, konstaterade utredningen.

Först ville föräldrarna inte att han skulle ta någon medicin, eftersom de associerade preparaten med amfetamin. Men i sjuan började han på en ny skola, fick kompisar över hela stan och blev mer sugen på att ha kul än på att sköta skolan. Många barn i hans klass hade någon diagnos och hans mentor hade själv barn med adhd och var öppen med det. Det var i samtal med honom som Felix mamma började tänka att Felix kanske skulle tjäna på att prova medicin.

Efter besök på landstingets Adhd-center insåg mamman hur vanligt det var att medicinera mot adhd. Det var värt ett försök, bestämde hon och pappan.

Felix fick Concerta, men det fungerade inte. Vissa dagar blev han lite lugnare, men oftast märkte han ingen effekt alls, annat än att han varken kunde äta eller sova. Han slutade snart att ta medicinen.

Idag är Felix 18 år och hans situation är mycket stabilare. Han går en kockutbildning som han klarar bra och han har en flickvän. Han har berättat för en del kompisar om sin adhd-diagnos, men inte för andra. Och när han berättar är det inte alltid budskapet går fram. En släkting som han nämnde det för trodde honom inte – »nä, du har väl inte adhd«, sa hon, och då sa Felix inte mer om det. Efter att ha övervägt saken har han nu kontaktat en ungdomspsykiatriker för att försöka få sin diagnos upphävd.

Att vara känslig för intryck, att ha mycket spring i benen och att vara impulsiv fungerar sällan bra i skolan, där barn förväntas sitta stilla och koncentrera sig. De symtom som idag kallas adhd identifierades också, som vi har sett, först som problematiska vid den tidpunkt i historien då skolplikten växte fram i västvärlden. I takt med att kraven på utbildning har höjts, så att tretton års skolgång idag är ett närmast absolut villkor för ett jobb i Sverige och många andra länder, har antalet barn som diagnostiseras med adhd eskalerat.

Att två saker händer samtidigt, att två förändringsprocesser sker parallellt – de höjda kraven på utbildning och ökningen av adhd-diagnoser – betyder inte att det ena orsakar det andra. Det kan också finnas bakomliggande faktorer som triggar båda förändringarna. Och forskare kan inte på något enkelt sätt isolera skolan för att studera om den är en pådrivande faktor när det gäller adhd-diagnoser. Flera etiska och praktiska problem ställer sig i vägen, inte minst det fak-

tum att det råder skolplikt och att det därför är omöjligt att skapa kontrollgrupper av barn som inte påverkas av skolans strukturer.

Ändå finns det studier som visar på samband mellan adhd-diagnostisering och skola. Den vanligaste tidpunkten för en adhd-utredning är i samband med skolstarten. Nästa känsliga tid är vid början av högstadiet, då kraven på ordning och simultankapacitet ökar och en tolv-trettonåring förväntas hålla reda på många fler lärare, klassrum, böcker, läxor, nycklar och tider.<sup>191</sup>

Jag återvänder till de amerikanska professorerna Stephen Hinshaw och Richard Scheffler, forskarparet i psykologi och hälsoekonomi, och till deras bok *The ADHD Explosion*. Där har de kartlagt sambandet mellan skolan och adhd-diagnostiseringen genom stora kvantitativa studier. De visar att en stor del av dagens ökning kan härledas till det intensiva prestationstrycket i skolan, som i sin tur bottnar i den konkurrensinriktade världsekonomin.<sup>192</sup>

Hinshaws och Schefflers studier från USA visar att ju mer en delstat satsar på att höja skolresultaten, desto fler elever får adhd. I delstater där man på nittioalet lagstiftade om att straffa skolor som inte levde upp till vissa resultatmål sköt diagnostalen i höjden. År 2001, när den lagen blev federal under parollen *No Child Left Behind*, syns en kraftig ökning av antalet adhd-diagnoser nationellt.<sup>193</sup>

För att motverka denna utveckling har flera delstater nu lagstiftat om att begränsa skolornas roll när det gäller medicinering, till exempel förbjuda skolor att ställa medicinering som villkor för att anta en elev och förbjuda skolpersonal att rekommendera att barn medicineras. Sedan begränsningarna infördes har diagnostiseringens acceleration dämpats något i dessa delstater.<sup>194</sup>

Så hur ser det ut i Sverige, vilken roll spelar lärarna, elevhälsan, skolorna och utbildningssystemet här?



Formellt har diagnoser betydelse bara i tre sammanhang: för inskrivning i särskolan, för inskrivning i specialskola till exempel för döva och för att få särskilt stöd från Specialpedagogiska skolmyndigheten.<sup>195</sup> Av skollagen och Skolverkets allmänna råd framgår att det i allt övrigt är elevens behov, inte någon eventuell diagnos, som ska avgöra om hon eller han får stöd.

Men speciallärare, resurspersonal, personliga assistenter, särskilda undervisningsgrupper och särskild teknik kostar pengar. Och det är ett faktum i många kommuner att det är lättare att få tillgång till de pengarna om skolan har ett visst antal elever med läkarintyg på att de har en viss funktionsnedsättning, till exempel adhd.<sup>196</sup> Många föräldrar har förståelse för detta, eftersom diagnosen kan göra det enklare att ringa in exakt vilket stöd eleven behöver.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) konstaterar i en rapport att skolorna ibland driver på för att ett barn ska utredas för adhd eller, om barnet redan har en diagnos, att hon eller han ska medicineras.<sup>197</sup> En av de forskare vars studier ligger till grund för rapporten är Eva Hjärne, docent i specialpedagogik, som under lång tid följt elevhälsoteam på olika skolor. Hon har sett hur skolans representanter ofta är eniga om att det är hos barnen, inte hos skolan, som problemen finns.<sup>198</sup>

Mycket händer på de så kallade elevhälsomötena. Där deltar kurator, psykolog och speciallärare men också ordinarie lärare, rektor och föräldrar. Ofta är det i detta forum som adhd första gången nämns. Det är vanligt att skolans representanter säger att ett barn har adhd, eller för den delen Asperger eller dyslexi, innan barnet har fått en diagnos.<sup>199</sup> På så sätt omvandlas ofta diffusa problem till en legitim och relevant form av avvikelse, skriver Eva Hjärne och hennes kollega Roger Säljö.<sup>200</sup>

Deras forskning visar att elevhälsoteam genom flera år av hårda och systematiska påtryckningar kan få föräldrar som

först inte vill att deras barn ska utredas att gradvis nötas ner och ändra sig.<sup>201</sup> I ett fall som forskarna lyfter fram står det i skolans protokoll att föräldrarna har sagt »ja till diagnostisering« – men vad de har sagt ja till är ju en utredning. Underförstått är att utredningen kommer att leda till en diagnos. Vilket den i detta fall först inte gör – efter den första utredningen anser läkaren att pojken inte ska diagnostiseras eftersom han bara är sex år. Men skolan fortsätter att trycka på så att pojken utreds på nytt och till slut får en adhd-diagnos.<sup>202</sup>

Det är inte ovanligt att föräldrar rapporterar till Skolinspektionen om rektorer som uttrycker att en elev kan få särskilt stöd bara på villkor att hon eller han har en diagnos. Men det är sällan någon kritik riktas mot dessa skolor, eftersom rektorerna vet att förklara sig när Skolinspektionen börjar ställa frågor.<sup>203</sup>

Annan forskning bekräftar att skolan helst ser orsakerna till elevers problem som individuella, inte organisatoriska eller strukturella. Pedagogikprofessorn Claes Nilholm har frågat rektorer och lärare vilka de menar är de viktigaste faktorerna bakom elevers behov av särskilt stöd. De vanligaste svaren är elevernas individuella brister eller brister i hemmiljön. Andra orsaker – som att skolans mål är för svåra, att skolan är dåligt anpassad för att hantera olikhet, att vissa lärare har brister eller att vissa klasser fungerar dåligt – lyfts fram mer sällan.<sup>204</sup>

Nilholm menar att skolans förkärlek för diagnoser är en del av denna syn på eleven. De åtgärdsprogram som upprättas har en slagsida mot åtgärder inriktade på att eleven ska ändra sig. Detta trots att det framgår av Skolverkets allmänna råd att åtgärdsprogrammen också ska innehålla en analys på grupp- och organisationsnivå.<sup>205</sup>

I flera sammanhang har barnpsykologer och barnpsykiatriker vittnat om att föräldrar riskerar att stämplas som krångliga om de inte går med på att låta barnet utredas för adhd. Är det för barnens eller för skolans skull som vi medicinerar,

frågar sig en BUP-chef i en intervju.<sup>206</sup> En annan BUP-chef säger att mycket av barnens koncentrationssvårigheter beror på en stökig klassrumsmiljö och att en del av det som rubriceras som neuropsykiatriska störningar istället borde klassas som arbetsmiljöstörningar.<sup>207</sup>

En påtaglig svårighet är bristen på personal med specialpedagogisk kompetens, menar Skolinspektionens expert Anna Blom. Framför allt i glesbygden saknas det ofta folk inom de snarlika kategorierna speciallärare och specialpedagoger. Och det är kompetens som behövs.

Om en elev med adhd-symtom får tre olika uppgifter på samma gång i en stökig miljö så kommer det antingen att flyga en stol eller så blir eleven bara sittande och gör inget alls. I ett sådant läge kan en specialpedagog komma långt utan att det blir för jobbigt för barnet, säger Anna Blom. Och om sedan kuratorn kan gå in och tillrättalägga kniviga situationer utanför själva undervisningen, kanske ombytet till idrotten, så kan eleven i många fall klara sig utan en diagnos och utan medicin.<sup>208</sup>

Just när pojken dunkar huvudet i väggen i lågstadiets kapprum kommer de två speciallärare som jag ska träffa. En av dem är en vän till mig sedan länge, och hon har berättat att många barn på skolan har en adhd-diagnos.

Det finns inga lediga mötesrum, så min vän öppnar logopedens rum. Jag får skrivbordsstolen medan de båda kollegorna sjunker ner på sängen där trötta barn annars kan få en vilopaus.

De två speciallärarna undervisar elever när anpassningar i klassrummet inte räcker till. De flesta av dessa elever har adhd-symtom, även om inte alla har en diagnos. Många av dem har också andra problem, kanske en språkstörning eller någon form av inlärningsstörning.

»Vi ser eleverna utifrån ett spektrum«, säger en av special-

lärarna. »I ena änden finns de barn där adhd-symtomen alltid är ett bekymmer för dem själva. I andra änden finns de som har ett stökigt beteende eftersom samhället och strukturen försvårar för dem, men de flesta av dem mår rätt fint – det är fröken som tycker att det är ett elände.«

När jag frågar vad speciallärarna tror att det beror på att adhd-diagnoserna ökar så har de genast teorier som går att härleda till skolan. Klasserna har blivit större. Elevernas koncentration bryts av mobiler. På många skolor krävs en diagnos för att en elev ska få särskilt stöd.

Och diagnosen välkomnas ofta av läraren.

»Det är skönt för läraren att veta att de här problemen beror på att den här eleven har adhd – det är inget fel på mig«, säger en av speciallärarna.

De båda kollegorna lyfter fram lärarens betydelse. En riktigt skicklig lärare, som förmår hålla struktur i klassrummet, kan få många av barnen med lindrigare adhd-symtom att fungera. Men en tung arbetsbelastning och en negativ samhällsdebatt om skolan försvårar lärarens arbete, splittrar fokuset på undervisning och kan bidra till att barn skickas på utredning.

Även på den här skolan händer det ofta att initiativet till en utredning kommer från skolan, bekräftar speciallärarna. Om ett barn sticker ut i de omdömen som ges två gånger per termin är det första som händer att speciallärarna kollar att alla anpassningar som ska göras i klassrummet är gjorda. Det ska till exempel finnas skrivna genomgångar på vita tavlan och det ska finnas möjlighet till arbetsro genom hörselkåpor.

Om det är gjort och det ändå inte fungerar så kallar skolan föräldrarna till ett möte, och då är det mycket vanligt att kuratorn föreslår en utredning. Om föräldrarna säger ja så görs först en pedagogisk kartläggning av elevens problem. Sedan skriver skolläkaren en remiss till BUP eller till ett utredningsbolag.

Utredningen ger nästan alltid ett positivt resultat, säger

speciallärarna. En enda gång har de varit med om att en elev som utreddes för adhd inte fick en adhd-diagnos.

Hur ser skolan på medicineringen? Jag vet att personal på andra skolor får ansvara för att dela ut adhd-medicin till yngre barn. Ämnet är känsligt, för juridiskt är det oklart om skolpersonal får dela ut narkotikaklassad medicin.

»Vi har ju sexåringar som står här och tar sina piller på morgnarna. Och de får hjälp av resurspersonerna ibland«, säger en av speciallärarna.

Hennes kollega stryker sig över pannan, skakar på huvudet och säger att hon inte vet något om det och inte har några åsikter.

I ett pressat system, där många skolor saknar tillräckliga resurser, får ekonomiska incitament betydelse. Det gäller grundskolor och gymnasier, där diagnosen alltså enligt lag inte får vara en förutsättning för stöd. Och det gäller även högskolor, universitet och folkhögskolor där det faktiskt är precis tvärtom. De statliga pengarna till bland annat anteckningshjälp, stödpersoner, anpassad litteratur och utökade lärar- och kuratorstjänster är direkt kopplade till antalet studenter som har en dokumenterad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.<sup>209 210</sup> Kravet på en diagnos för den typen av stöd blir alltså ännu en liten kugge i det maskineri som driver upp antalet adhd-diagnoser.

En annan faktor är hur skolans innandöme har förändrats. Sverige har under många år halkat efter i internationella kunskapsmätningar. Eftersom skolelevernas kunskaper anses vara den råvara som framtidens ekonomiska tillväxt ska utvinna ur så uppfattas de fallande resultaten som ett hot i den internationella kunskapskapprustningen. Svaret har varit högre och mer formaliserade kunskapskrav och ett ökat fokus på målstyrning och mätbara resultat, i praktiken tidigare betyg och fler prov och andra examinationer.

Parallellt med att kraven har höjts och formaliserats har också allt mer ansvar lagts på varje individuell elev – mer självständiga arbetsuppgifter, högre krav på att driva egna projekt och ett större fokus på varje elevs egen förmåga till analys. Dessa arbetsformer bedöms vara framtiden i ett samhälle som tros bygga på kommunikation, nätverkande och innovationer.

Det innebär på sätt och vis en demokratisering av skolan, där hierarkierna har plattats till och där läraren får mindre av en befälhavande roll och blir mer av en coach. Samtidigt är det inte alla barn som klarar av att axla detta ökade ansvar. I praktiken har både det decentraliserade ansvaret och de högre formella kunskapskraven gynnat barn som har lätt både för att hitta en egen inre drivkraft och för att samarbeta med kompisar. Och de har missgynnat barn som är lättstörda, som har stort behov av att röra sig, som styrs av impulser och som har svårare att hitta hållbara kompisrelationer – kort sagt, barn med adhd-symtom.

I det auktoritetsvakuum som råder i många klassrum flippar en del elever ur. En lösning för att få dem att respektera detta mindre maktfullkomliga system kan vara en diagnos som gör det möjligt att medicinera fram koncentration. Nikotikaklassade mediciner kan fylla en liknande tämjande roll som skolaga gjorde i äldre tider.

Samtidigt har en tredje förändring skett inom skolsystemet: En privat marknad har etablerats med starkare konkurrens än i något annat land. Elevernas prestationer blir ett konkurrensmedel i skolornas kamp om familjerna. När elever presterar dåligt kan skolornas strävan efter att visa upp goda resultat bli en kraft som driver på diagnostisering av bland annat adhd. Med medicin, och med extra hjälp eller förlängd provtid, kan fler nå upp till kraven för godkänt. Då kan skolan armbåga sig fram till en bättre position på den hårda marknaden.

Ytterligare en aktör försöker tränga sig in i klassrummen:

läkemedelsbolagen. När jag googlar »adhd tips för lärare« eller »adhd tips för skolkuratorer« så är den första träffen i listan en sajt driven av Janssen som tillverkar Concerta. Där finns en flik som heter »Verktyg för klassrummet« och som innehåller förslag på övningar. Ingenstans uppmanas skolpersonalen att ta initiativ till utredning eller medicinering, men hela sajten andas omsorg. På så vis kan Janssen marknadsföra sig som ett engagerat och omtänksamt företag med en självklar närvaro i skolan.<sup>211</sup>

En rad olika förändringar inom skolan samverkar alltså till att driva upp antalet adhd-diagnoser. Effekterna förstärker varandra och samspelar med förändringar i samhället utanför skolan, till exempel de ökande klasskillnaderna. Brittisk forskning visar att barn som har föräldrar med hög inkomst och hög utbildning får bättre psykisk hälsa när de börjar skolan, men hos barn från hem med mindre resurser ökar istället de psykiska problemen. Skillnaden är särskilt slående för barn med adhd-relaterade symtom. Skolan verkar här alltså inte alls klara av det uppdrag den har att kompensera för de olika förutsättningar barn har med sig hemifrån. Faktiskt tvärtom: Skolan förstärker ojämlikheten.<sup>212</sup>

## Sofia: Jag har varit fattig hela mitt liv

**När jag har stigit av** bussen blir jag stående vilsen i en vattenpöl. Hur ska jag hitta hem till Sofia innan regnet börjar igen? Adressen har jag fått, men bostadsområdet söder om Stockholm är ett ogenomträngligt gytter av lägenhetslängor. Det verkar bäst att fråga någon.

Emot mig på trottoaren kommer en person som ser klok och hemmastadd ut, en ung kvinna med en rullande barnvagn och en glatt pratande son intill sig.

»Det är nog mig du ska träffa«, säger Sofia.

Hon och barnen är på väg till närbutiken för att skicka ett paket, men de vänder och vi går in mellan längorna. Kevin sampråkar med mig på en snabb och inte helt begriplig svenska. Felicia ligger och tittar fridfullt upp i den regnstinna himlen.

När vi kommer in i lägenheten tar Sofias man hand om barnen medan hon röjer av en del av köksbordet så att vi kan sätta oss ner, mittemot varandra. Hon bjuder på Coca-Cola och ber mig att ställa frågor.

Jag har hittat Sofia i kommentarsfältet under en artikel på internet där ett par läkare menade att många av de adhd-diagnoser som ställs idag inte bottnar i tillräckligt svåra koncentrations- och hyperaktivitetsproblem. Forskrivningen av läkemedel är oroväckande hög, skrev läkarna<sup>213</sup>, och Sofia instämde i en kommentar.

Sofia tror inte riktigt på sin adhd-diagnos.



»Jag är det vita fåret i min familj«, säger hon.

Hon är 25 år och uppvuxen i en annan söderförort med en mamma som missbrukade droger och en pappa som var alkoholiserad. Redan när hon gick på förskolan var det tydligt att hon inte var något lugnt barn. Hennes mamma begärde en utredning och Sofia fick diagnosen ADD.

Skolgången blev besvärlig. Sofia säger att hon och ett gäng andra tjejer och killar sågs som busungar. Hon minns bara en enda gång då hon fick extra stöd. Det var under några veckor på mellanstadiet, men den kvinna som var anlitad för att stödja henne följde mest efter och sa till henne att hon skulle tvätta händerna och vara ordentlig.

Eftersom hon saknade en del betyg efter nian gick hon det individuella programmet, i fordonsklass, på gymnasiet. Men hon är som hon säger »inget bra på att plugga«, och dessutom blev hon gravid, så hon hoppade av.

»Jag var *careless* och brydde mig inte så mycket«, säger hon.

Efter det att hon hade varit föräldraledig med Kevin hade hon svårt att få jobb. Först fick hon arbetsträna inom en kommunal verksamhet inriktad på parkskötsel – de anställda röjer kommunens mark och snickrar allt från fågelholkar till friggebodar av det material som rensas ut. Sedan fick hon ett nystartsjobb på det kommunala bostadsbolaget.

Om hon hade haft körkort hade hon fått en vanlig anställning där, säger hon.

»Varför tog du inte körkort då«, frågar jag aningslöst.

»Jag har varit fattig hela mitt liv. Jag har inte råd.«

Arbetsförmedlingen föreslog att hon skulle utredas för adhd så att hon skulle kunna få en lönebidragsanställning.

»Det var de som ville det. De tyckte att min ADD-diagnos var för gammal och ville att jag skulle göra en ny utredning. Och jag fick höra att man kunde få lönebidrag om man hade en diagnos, så då tänkte jag: varför inte?«

Utredningen gjordes hos det privata bolaget Capio Psykiatri.

»Den var rätt kul faktiskt. Hon som utredde mig sa typ två ord och så skulle jag kommentera dem. Till exempel: vad är det för likhet mellan musik och havet?«

»Vad sa du då?«

»Vågor. Jag minns det, för det gick bra. De sa att jag svarade bättre än många andra.«

Sofia fick en adhd-diagnos.

»Det kändes bra, för nu kan jag få mer hjälp«, säger hon.

Efter diagnosen fick hon en god man som nu bevakar hennes rättigheter och hjälper henne med ekonomin. Och så fick hon arbete inom parkskötsel igen. Nu är hon föräldraledig, men hon hoppas att hon får komma tillbaka till jobbet när ledigheten är över. Annars tänker hon söka jobb i kassan på Ica.

När Sofia fick diagnosen skrev läkaren ut Concerta åt henne. Men medicinen gjorde att hon blev liggande i sängen hela dagen, så läkaren plockade bort den och skrev ut antidepressiv medicin istället.

Sofia mådde dåligt även av den, så läkaren provade en annan centralstimulerande adhd-medicin, Elvanse, men den slog åt andra hållet. Sofia blev »helt påtänd«, berättar hon – hon blev överenergisk och kunde plötsligt riva ner alla gardiner för att tvätta dem. Så hon slutade med den medicinen också.

»Men jag sparade en burk, om jag skulle behöva städa«, säger hon med ett självironiskt leende.

Sedan ett och ett halvt år äter hon ingen medicin alls.

Även sonen Kevin har fått en adhd-diagnos. Att Sofia sa ja till att han skulle utredas berodde på att en diagnos skulle ge honom logopedhjälp, något hon menar är svårt att få annars. Men också för hans del har Sofia sagt nej till medicin.

Faktum är att hon inte riktigt tror på vare sig sin egen eller sonens diagnos.

»Jag kan ju bara utgå från det jag vet, men jag anser att det är överdrivet, detta med diagnoserna. Det är för många som får adhd.«

Hennes erfarenhet, från bland annat en adhd-grupp där hon deltog, är att många av de problem som räknas som adhd-symtom är vanliga även hos personer som inte har en diagnos. Att ha svårt att få tråkiga saker som städning gjorda är normalt, säger hon, och något man måste lära sig hantera i livet.

Andra av hennes problem är speciella, men hon tror inte att de har orsakats av någon egenhet i hjärnan hos henne, så som forskningen visar att verklig adhd gör.

»Jag är dålig på vissa saker. Som det här med koncentration – om någon pratar om något som jag tycker är helt ointressant så kan jag inte lyssna. Och jag är tillbakadragen. Men det där har med min barndom att göra. Jag har fått lära mig att vissa saker är inte viktiga så dem behöver man inte bry sig om.«

Kevin blir ofta hyper, som Sofia säger. Hennes teori är att det beror på att hans första år var traumatiskt – hans pappa var aggressiv och avled sedan.

»De som får adhd-diagnoser har ofta haft det tufft i livet, det är vad jag tror.«

Men nu tycker Sofia att hon har det bra. Hon menar att hon har skapat sig ett sammanhang som fungerar. Hennes syster är visserligen missbrukare, men hennes mamma har slutat med drogerna, så de kan umgås, och hennes pappa och hans kvinna kan hålla sig nyktra ibland så att de kan träffa sina barnbarn.

»Och jag mår ju bra. Jag är gift och har barn, allting är skitbra.«

Vi går en tur genom lägenheten. I vardagsrummet slår Kevin just på tevespelet och i sovrummet slumrar Felicia hos sin pappa.

# Ojämligheten

**Sofia har rätt** när hon säger att de som får adhd ofta har haft det tufft. Det gäller naturligtvis inte i varje enskilt fall – det finns både barn och vuxna som får adhd utan att ha varit utsatta för något särskilt påfrestande. Men forskning visar att rent statistiskt löper barn, unga och vuxna som lever under socioekonomiskt svåra förhållanden avsevärt högre risk än andra att få diagnosen.<sup>214</sup>

Eller som en annan ung kvinna med adhd säger till mig: »Om du har jättemycket pengar och känner dig för trött för att jobba – ja men ta ledigt då. Och så kan du köpa psykologhjälp eller städhjälp eller hjälp att hantera din ekonomi. Men ju sämre ekonomi man har, desto större behov har man av en diagnos, för att få den hjälp man behöver.«

Det handlar helt enkelt om det som med ett slagkraftigt ord brukar kallas klass.

Kommuner är egentligen alltför stora enheter för den som vill spåra klassperspektivet, men det är ändå värt att slänga en blick på kommunstatistiken över konsumtionen av adhd-medicin. Den statistiken visar att fördelningen av adhd-diagnoser i Sverige är ojämn.

De säkraste siffrorna, de över medicinering, visar att i tjugokommuner är det mer än 10 procent av pojkarna som åter adhd-medicin. Läger man till dem som har en diagnos men inte medicineras ser man att i dessa kommuner har minst 13 procent av pojkarna en adhd-diagnos. Samtidigt finns det kommuner där bara några procent av pojkarna medicineras.<sup>215</sup>

Genomsnittliga inkomster och utbildningsnivåer är mycket ojämnt fördelade över Sverige, så det ligger nära till hands att tro att det är klasskillnader som kommer till uttryck i snedfördelningen av adhd-diagnoser. Och det stämmer delvis, visar en studie som Socialstyrelsen gjort – i många av kommunerna där barnen äter mycket adhd-medicin har invånarna i genomsnitt låga inkomster och låg utbildning, och i många kommuner där förhållandevis lite medicin skrivs ut har invånarna höga inkomster och hög utbildning. Men skillnaderna i resurser förklarar bara en liten del av skillnaderna i utskrivning av medicin. I kommuner med hög förskrivning får även barn till höginkomsttagare adhd-medicin i mycket större utsträckning än i kommuner med låg förskrivning.<sup>216</sup> Det måste alltså finnas annat som påverkar konsumtionen av adhd-medicin – kanske faktorer i skolorna, kanske praxis på klinikerna.<sup>217</sup>

Samtidigt visar Socialstyrelsens studie att klass ändå spelar roll – barn till föräldrar med låg utbildning eller svag ekonomi löper en högre risk att få en adhd-diagnos.<sup>218</sup> Det finns gott om annan forskning som visar på det sambandet. En grupp svenska forskare har studerat hur konsumtion av adhd-medicin samspelar med några olika variabler som betecknar klass. Det visar sig att sannolikheten att ett barn medicineras för adhd är mer än tre gånger högre om familjen lever på försörjningsstöd än om föräldrarna har jobb.<sup>219</sup>

Nästan lika mycket högre är sannolikheten om mamman inte har gått ut grundskolan, jämfört med om hon har studerat på universitet eller högskola. Och samma förhöjda risk gäller för barn som har föräldrar med en psykiatrisk diagnos eller med ett dokumenterat missbruk. För barn som lever med bara en förälder är sannolikheten ungefär fördubblad.<sup>220</sup>

Forskarna konstaterar att dessa rön är i linje med brittisk forskning, som har visat på samma samband mellan adhd och bland annat föräldrars utbildningsnivå.<sup>221</sup>

Därmed inte sagt att det är bevisat att fattigdom orsakar adhd. En förklaring är säkerligen att föräldrarna i många fall kan ha adhd, eller odiagnostiserade adhd-symtom, som har gjort det svårt för dem att hävda sig i skolan och på arbetsmarknaden, att stå emot missbruk eller att hålla ihop en relation. Statistiken avspeglar då ett biologiskt arv som har gått igen hos barnen.

Men det utesluter inte att det också finns ett socialt arv. De svenska forskarna presenterar flera möjliga förklaringar. De skriver att mammor med låg utbildning ofta befinner sig i ett socialt underläge, vilket kan skapa stress hos barnet som kan ta sig uttryck i adhd-symtom. Ensamstående föräldrar lider också ofta brist på både tid, pengar och socialt stöd, vilket även det kan stressa deras barn. »Genetiska och miljörelaterade faktorer kan interagera på intrikata sätt«, skriver forskarna och förklarar att miljöfaktorerna kan förstärka en biologisk sårbarhet och öka risken att ett barn utvecklar adhd-symtom.<sup>222</sup>

Jag ser också ett annat möjligt orsakssamband som de svenska forskarna inte nämner. Kan det vara så att ett barn som har adhd i en del fall medför en så stor påfrestning på familjen att det leder till separation, arbetslöshet, ekonomisk utsatthet och kanske även till missbruk och psykisk sjukdom? Så måste det kunna vara i några fall. Men de förklaringar som forskarna presenterar är sannolikt de viktigaste.

Andra studier bekräftar att stress spelar stor roll. National-ekonomisk forskning från Sverige och USA har visat att om mamman under graviditeten utsätts för svår stress i form av dödsfall i familjen så löper barnet sedan större risk att medicinerar för adhd. Förklaringen är enligt forskarna sannolikt att en ökad utsöndring av stresshormonet kortisol hos mamman påverkar fostret och får negativa effekter på barnets psykiska hälsa. Forskarna skriver att rönen troligen går att överföra till andra former av stress, till exempel fattigdom.<sup>223</sup>

Ytterligare en klassaspekt är det faktum att familjer med låga inkomster ofta utsätts för mer föroreningar och andra miljögifter, vilket kan ha en epigenetisk påverkan på hjärnan hos foster. En stor holländsk studie visar att barn vars mammor under graviditeten bor i hem med dålig inomhusluft löper ökad risk att få tunnare hjärnbark på vissa ställen, vilket skulle kunna vara en faktor bakom bristande impuls kontroll hos barnen när de är i skolåldern. Mer forskning krävs dock för att kartlägga de exakta orsakssambanden.<sup>224</sup>

Detsamma gäller sambandet mellan adhd och tillsatsämnen i mat, framför allt färgämnen. En debatt om detta fördes redan på sjuttio-talet och sedan dess har mycket forskning gjorts inom området, och flera studier har visat att barn som får i sig mycket färgämnen oftare har koncentrationsproblem. Men forskningen anses inte ha kommit tillräckligt långt för att med säkerhet slå fast att det är just tillsatsämnena som är orsaken till problemen.<sup>225</sup>

I USA har klassaspekterna av adhd lyfts fram. Läkaren Michael Anderson i Cherokee County i Georgia i den amerikanska södern berättar i New York Times att han diagnostiserar fattiga barn med adhd och ger dem den centralstimulerande medicinen Adderall för att de ska ha en chans i skolan.

»Jag har inte så mycket val. Vi har bestämt, som samhälle, att det är för dyrt att ändra på barnets miljö. Så vi måste ändra på barnet«, säger han.<sup>226</sup>

Han menar att han på detta sätt jämnar ut oddsen och hjälper barn som inte passar i skolan – »fyrkantiga klossar som ska in i runda hål« – till en chans. Rikare föräldrar kan köpa läxhjälp eller beteendeterapi för att deras barn ska fungera, men för barn till låginkomsttagare finns bara medicinerna, säger han.<sup>227</sup>

Det blir allt vanligare att läkare tänker på detta sätt, bekräftar barnpsykiatrikern Nancy Rappaport, som arbetar med

barn i fattiga familjer. Och ytterligare en läkare säger att familjerna själva bör få välja om de vill att deras barn ska få Ad-derall även om de inte har adhd. Det viktiga är att man håller koll på biverkningarna, menar han.<sup>228</sup>

Ur Michael Andersons perspektiv handlar medicineringen om rättvisa:

»Vi känner inte till de långsiktiga effekterna, men vi vet de kortsiktiga kostnaderna av att misslyckas i skolan, de är verkliga. Jag tittar på varje individ och var han eller hon befinner sig. Jag är patientens läkare, inte samhällets.«<sup>229</sup>

De flesta sjukdomar och diagnoser har en klassdimension.<sup>230</sup> Den som har sämre socioekonomiska förutsättningar löper högre risk att drabbas av fysiska sjukdomar som diabetes, hjärt- och kärlbesvär och många former av cancer, liksom av psykiska problem. De som lever under sådana förhållanden söker också oftare hjälp hos BUP och även hos vuxenpsykiatri.<sup>231</sup>

Samtidigt finns diagnoser som i större utsträckning drabbar dem som har det väl förspänt. En sådan är dyslexi, visar Mikael Holmqvist, professor i företagsekonomi, i sin bok *Djursholm*. Som en kontrast och en referens till adhd är det intressant att titta närmare på hur dyslexidiagnosen har erövrat sin position.

Djursholm är ett område dominerat av höginkomsttagare. Det ligger i Danderyd, den kommun i Sverige där invånarna har högst genomsnittlig utbildningsnivå och högst inkomst.<sup>232</sup> Någon officiell statistik över hur många som har dyslexi finns inte, men Holmqvists efterforskningar visar att det är en avsevärd andel av eleverna på skolorna i Djursholm.<sup>233</sup> Danderyds kommun är samtidigt en av de kommuner i Sverige som har lägst andel adhd-diagnoser.<sup>234</sup>

En förklaring till de många dyslexidiagnoserna är, enligt Holmqvist, att i ett samhälle dominerat av högutbildade är kra-



ven på formuleringskonst höga, och därför uppmärksammas bristande kommunikationsförmåga. Men dyslexiepidemin i Djursholm har också lokala förklaringar som går att hänföra till det privata skolföretaget Viktor Rydberg och dess båda skolor i villaförorten, en högstadieskola och ett gymnasium.

Med hjälp av en dyslexikvot kunde gymnasieskolan under flera år reservera plats för Djursholms egna barn och stänga ute sökande från andra håll som hade högre betyg. På så vis fyllde kvoten samma funktion som skolavgifterna på den gamla Djursholms samskola, alltså att porta vissa elevgrupper och erbjuda andra en exklusiv och smidig inträdesbiljett.

Dyslexikvoten blev så populär att den avskaffades, men en rad personer berättar för Holmqvist att föräldrar har fortsatt att få sina barn diagnostiserade för att de ska få undervisningen anpassad.

»Istället för att säga som det är, att eleven inte är begåvad nog eller inte arbetar hårt nog, ger man honom eller henne en diagnos«, säger en lärare i boken.<sup>235</sup>

Dyslexi kan vara en svår funktionsnedsättning, men diagnosen i sig är inte särskilt stigmatiserande, varken i Djursholm eller utanför. Tvärtom kan den ofta användas på ett positivt sätt, som en kreativ egenskap som visar att personen verkligen sätter värde på att kunna uttrycka sig väl. En dyslektiker uppvuxen i Djursholm berättar:

»Jag känner många som har dyslexi bland mina kompisar. Vissa kunde ha mer dyslexi än andra. Vi skämtade om 'dyssar i Djursan', vi tog det med en klackspark. Andra diagnoser än dyslexi kunde folk titta snett på.«<sup>236</sup>

Jag försöker vara min egen djävulens advokat och formulerar en tanke: När nu både utbildningsnivå och genomsnittlig inkomst ökar i Sverige, och när de faktorerna har betydelse för risken att få adhd, då borde väl antalet diagnoser sjunka istället för att stiga?

Nej, för samtidigt som inkomster och utbildningsnivåer stiger så ökar ojämlikheten. Och det har betydelse: när allt fler människor rycker ifrån blir den som lämnas efter extra sårbar.

De brittiska forskarna Richard Wilkinson och Kate Pickett har i en stor sammanställning av mängder av internationella studier visat att det inte är inkomsterna utan inkomstskillnaderna som har störst betydelse för människors välbefinnande. I mer ojämlika länder lider en mycket högre andel av befolkningen av psykisk ohälsa. I länder som Tyskland, Japan och Spanien, med förhållandevis små inkomstskillnader, har mindre än en person av tio varit psykiskt sjuk under det senaste året. I USA är motsvarande andel en av fyra. Det är högst av alla studerade länder, samtidigt som USA är det land som har allra störst inkomstskillnader. Adhd nämns som ett exempel på en typ av psykisk ohälsa som är allra mest relaterad till just inkomstskillnader.<sup>237</sup>

Det är naturligt. Adhd är som vi har sett den diagnos som erbjuder bäst möjligheter att kompensera för ett underläge, med hjälp av medicin och extra resurser i skolan.

Det finns tecken på att adhd-diagnosens klassaspekt kan vara på väg att luckras upp. Jag blir kontaktad av en lärare som är bekymrad över att så många föräldrar på hennes skola ber om stöd för att få en adhd-utredning. Skolan ligger i ett område på Lidingö där de flesta föräldrar, som läraren säger, »är framgångsrika, upptagna och har ganska mycket pengar«.

Läraren berättar att det händer kanske en handfull gånger per läsår att föräldrar säger att deras barn inte fungerar hemma och antagligen har adhd, trots att skolan i dessa fall inte ser några allvarliga problem. Föräldrarna accepterar inte skolans bild, utan går vidare och låter barnet utredas privat. När skolans elevhälsa då ska lämna sitt bidrag till utredningen får de ofta reda på att det har hänt något i familjen – kanske en separation eller en ny relation – som gjort barnet stressat.

I vissa fall har det också handlat om att föräldrar vill att barnet ska få en adhd-diagnos för att medicinen ska kunna bidra till bättre betyg, berättar läraren på Lidingö.

»Vuxna här lever under en enorm press att vara den lyckade familjen. Och då ingår att ha lyckade barn. När barnen inte är lugna blir föräldrarna otroligt oroliga. De förstår inte sitt barn, och så finns den här diagnosen som är så omskriven och som kan ge en medicin som kan göra barnet lugnare«, säger läraren.

Idéhistorikern Karin Johannisson har skrivit om diagnosers status och visat att faktorer som kan spela in är om en diagnos är kontroversiell, men också vilken grupp som bär den, vilket kön, vilken åldersgrupp och samhällsklass.<sup>238</sup> Ur det perspektivet är det naturligt om adhd inte står så högt i kurs – diagnosen har varit kontroversiell och de unga killar som oftare än andra har fått den är ingen högstatusgrupp.

Kanske håller det på att förändras nu, när allt fler vuxna får en adhd-diagnos och när vissa egenskaper förknippade med adhd i debatten lyfts fram som »superkrafter«. Antalet adhd-diagnoser ökar även i höginkomsttagarområden.

# Arbetslinjen

**Chefen för BUP** i Gävleborgs län har sitt rum i källaren på den psykiatriska kliniken på Gävle sjukhus. Hon är sen och jag väntar utanför i korridoren. Den börjar vid hissarna, där en rullsäng står parkerad med en toapappersrulle vid huvudgården, och den mynnar i en kulvert som sluttar vagt nedåt mot psykakuten. Golvet är smutsigt i brunrutig plast, choklad och nougat. De tunga låsta ståldörrarna längs väggarna är skyltade Soprum, Förråd och Personalrum.

Några spröda toner ljuder, en trudelutt växer fram i luften och snart kommer en man visslande runt hörnet med sin städvagn. Han undrar vad jag väntar på och jag förklarar. BUP-chefen har nog mycket att göra, säger jag.

Det har mannen med städvagnen också. Förr var de 55 personer som städade sjukhuset, nu är de bara 25. Och på helgerna är de fem, då ska bara patientrummen och väntrummen städas, men det hinner man inte. Det blir inte rent, säger han och går vidare, visslande.

Tjugo minuter efter den tid vi kommit överens om hörs BUP-chefen Caroline Engbergs snabba klapprande steg på väg mot intervjun om de höga adhd-talen i Gävleborg. Hon ber om ursäkt och förklarar att hon varit på möte på habiliteringen. »Mitt liv består av kvartar«, säger hon.

Arbetslivet i Sverige, och i resten av västvärlden, består av kvartar och minuter, hårt skiktade. I toppen finns olika nivåer av jobb med hög lön och i de flesta fall krav på hög utbildning,

och i botten finns tjocka lager av lågkvalificerade arbeten med låg lön, i många fall inom serviceyrken och allt oftare inom det som kallas prekariatet.

Det som alla nivåer i hierarkin har gemensamt är upptrap-pade prestationskrav. Förändringar som går under den sam-manfattande beteckningen *new public management* har sedan början av åttiotalet samverkat till att strömlinjeforma många verksamheter och applicera prestationsmodeller även på ar-betsuppgifter som tidigare inte ansågs mätbara, till exempel inom vården och skolan. Samtidigt har utrotningen av inef-fektivitet intensifierats, personal har sagts upp och de pauser som tidigare gav andrum har rationaliserats bort.

Detta har gjort att många av dem som jobbar kvar kämpar med tidsbrist, ökade krav på administration och en tilltagan-de känsla av att inte längre ha kontroll över sin arbetsdag.<sup>239</sup> Och det gäller både dem som jobbar på toppen av kvalifika-tionspyramiden och dem i dess bas, och oavsett om de finns inom privat eller offentlig sektor.

I ett sådant system riskerar en person som har svårt att kon-centrera sig, eller som låter sig styras av impulser, att bli en belastning.

Forskarna Stephen Hinshaw och Richard Scheffler radar i sin användbara bok *The ADHD Explosion* upp forskningsstu-dier som visar på samband mellan adhd och det som inom na-tionalekonomin kallas humankapital, alltså människors ut-bildning, förmågor och hälsa. Studierna visar att det finns en direkt koppling mellan adhd och sämre resultat i matematik och läsning, att personer som får en adhd-diagnos som barn i genomsnitt kommer att ha 14 procent lägre inkomst än an-dra som vuxna, att personer med adhd har 15 procent mindre chans att få jobb och att de löper större risk att bli beroende av någon form av bidrag.<sup>240</sup>

Det är alltså tufft att ha en adhd-diagnos, men ännu tuffare kan det enligt Hinshaw och Scheffler vara att ha adhd-symtom

men inte ha fått någon diagnos eller behandling. Forskarna räknar på vad de kallar för samhällets indirekta kostnader för personer med obehandlad adhd. Det handlar om utgifter för extrainsatser inom skolan och för brottslighet och missbruk, men det handlar också om kostnader för arbetslöshet och för sänkt produktivitet bland dem som har jobb.<sup>241</sup>

Dessa kostnader – i USA årligen 100 miljarder dollar för barn och 200 miljarder för vuxna – har forskarna sedan ställt mot de utgifter som skulle krävas för att diagnostisera och behandla dessa personer.<sup>242</sup> »Vi frågar oss specifikt om en riktig adhd-diagnos och en riktig behandling av dem som diagnostiseras skulle kunna höja vårt lands produktivitet och på så vis minska de enorma indirekta kostnaderna för adhd«, skriver de.<sup>243</sup>

Och de besvarar den frågan med ja. Diagnoser och mediciner sparar pengar och gynnar tillväxten.

Det är möjligt att Hinshaws och Schefflers siffror är överdrivna, en annan studie som visar lika skräckinjagande beräkningar har sponsrats av läkemedelsbolaget Shire som tillverkar adhd-medicinen Elvanse.<sup>244</sup> Men även om statistiken skulle vara något mindre slående så kan man ändå konstatera att mycket talar för att nationalekonomiska kalkyler spelar roll när adhd-diagnoserna skjuter i höjden.

I ett så kallat kunskapsstöd listar Socialstyrelsen verksamheter där personalen bör vara uppmärksam på tecken på adhd hos vuxna: primärvården, studenthälsan, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen. Med tanke på Sofias erfarenheter av att en adhd-diagnos underlättar möjligheterna att få jobb så är Arbetsförmedlingen särskilt intressant. I kunskapsstödet heter det att Arbetsförmedlingen kan göra en egen utredning av den arbetssökandes möjligheter att få ett arbete ur detta perspektiv. Socialstyrelsen skriver vidare: »Om utredningen visar att problemen tyder på adhd eller liknande problematik

är det angeläget att Arbetsförmedlingens personal informerar den sökande om möjligheter till utredning inom hälso- och sjukvården.«<sup>245</sup>

Och det gör Arbetsförmedlingens personal. Reglerna är utformade så att om man ska få ta del av vissa stödformer så måste man ha en medicinsk bedömning som säger att man har en funktionsnedsättning.

Finns det inget dilemma i att Arbetsförmedlingen lotsar människor in i en diagnos för att de ska kunna få ett jobb? Jag frågar Mattias Eilola, kvalificerad handläggare på Arbetsförmedlingens huvudkontor och specialiserad på arbetslivsriktad rehabilitering. Han är tyst en stund innan han svarar.

»Om en person med en funktionsnedsättning kan få ett jobb genom att vi kan gå in med någon form av stöd är det ju en vinst för både individen och samhället. Då behöver vi ett medicinskt underlag för att vara säkra på att vårt stöd går till dem som verkligen behöver det.«

Med tanke på att odiagnostiserad adhd betraktas som en kostnad för samhället så blir det logiskt också ur ett politiskt perspektiv: Helst ska du ta ett jobb direkt, men gör du inte det så är det bäst att du får en diagnos så att du kan få behandling. Då kan du få lättare att börja jobba eller åtminstone skaffa dig en utbildning.

Så fungerar arbetslinjen.

Magnus MackAldener är chef för en avdelning på Scania i Södertälje där 130 personer, de flesta ingenjörer, omsätter 200 miljoner kronor om året genom att utveckla växellådor till lastbilar. Han är också författare till en managementbok om hur kreativiteten kan överleva i ett hårt effektiviserat arbetsliv. Och så är han pappa till tre barn, två pojkar och mellanbarnet Ellen, med utvecklingsstörning och autism sedan hon föddes alltför tidigt för fjorton år sedan.

Rollen som Ellens pappa har fått Magnus MackAldener att

ta ett steg åt sidan och se kritiskt på vårt ekonomiska system och fixeringen vid effektivitet och prestationer.

»Idag har effektiviserandet gått så långt att om du har ineffektivitet som ditt handikapp så kan du inte passa in«, säger han.

Han har föreslagit att vi ska ses på ett kafé på Söder i Stockholm. Jag kommer tidigt och går ett varv genom lokalen. Baristorna erbjuder intrikata te- och kaffealternativ, musik slingrar sig genom luften, samtal på svenska och spanska stiger upp från de små borden och mobiler ligger i startgroparna bredvid kaffekopparna. En glad ettåring på runda ben klappar en liten likgiltig hund och en man med ett yvigare skägg än Södermännens vanliga välansade går runt och skramlar pengar i en pappmugg.

Mardrömmen för en lättstörd människa? Möjligtvis inte ändå, det jämna sorlet kan vara koncentrationsfrämjande, som det brus som går att ladda ner från nätet som ett adhd-hjälpmiddel.

Magnus MackAldener är, säger han själv, en extremt effektiv människa. Han går upp halv sex varje morgon för att hinna träna innan han väcker sin familj och kickar igång dagen. Ja, han är till och med så effektiv att han svarar på mina frågor innan jag hinner ställa dem. Så snart han har frågat ut mig om upplagorna på mina tidigare böcker börjar han berätta hur han ser på funktionsnedsatta ungdomars möjligheter att få jobb.

Nio av tio som går ut särskolan får inget jobb, säger han. Det ville han ändra på, så han gjorde ett försök att rekrytera personer med en funktionsnedsättning till sin avdelning på Scania.

Det gick inte. Dels för att alla enklare arbetsuppgifter, som vaktmästeriet och kaffebryggandet, var upphandlade och maximalt effektiviserade. Och dels för att han inte kunde ge någon av sina medarbetare ansvaret för att coacha en ny och



mindre högpresterande kollega – de marginalerna finns helt enkelt inte.

Snabbt och utan att jag behöver komma med stickfrågor växlar han upp till en analys av det ekonomiska systemets roll i detta.

»Det kallas marknadsekonomi och det började på stenåldern med att man kom överens om att du vaktar får och du fiskar och du syr kläder. Och sedan kom familjen Taylor överens om att pappa syr och storebror kardar och lillasyster spinner«, säger han.

Den tayloristiska arbetsdelningen, där varje medlem av maskineriet gör det hon eller han behärskar bäst och renodlar sin effektivitet till perfektion, bär idag all västerländsk industri. Och, genom *new public management*, alltså även många andra verksamheter, som tjänstesektorn och vården, omsorgen och skolan.

Magnus MackAldener målar upp en scen från det han kallar »vår *line*«, alltså det moderna löpande-band-system där en växellåda var nittionde sekund landar hos ett team på fem-sex-sju personer som samarbetar för att montera en del av den innan den skickas vidare till nästa grupp. Varje kvart samlar teamleadern sitt lag runt sig, som en coach vid en timeout i en basketmatch, och peppar dem: »Ingen stopptid nästa gång, nu kör vi!« Magnus MackAldener ropar och klappar igång teamet så att folk på kaféet vänder sig mot oss.

»Därför kan jag aldrig rekrytera någon annan person än den som jag får ut mest av«, säger han.

Att vissa människor slås ut från arbetslivet är alltså det pris vi får betala för effektiviteten i vårt ekonomiska system, menar Magnus MackAldener. Kanske behövs det en person som han för att vi ska få syn på detta pris? Det faktum att han befinner sig inne i systemet – att han är chef inom en framgångsrik internationell koncern – ger honom särskild trovärdighet.

Så hur ska man förhålla sig till detta höga mänskliga pris?

Måste man krampaktigt försöka förbättra det så kallade humankapitalet, kanske med mediciner? Eller kan man tänka att det finns ett värde också i att en del människor befrias från arbetslinjen?

Magnus MackAldener svarar nu långsammare och funderar sig fram.

»Om man tänker på mänskligheten i ett historiskt perspektiv så har vi alltid drivits av en strävan efter att våra barn ska få det bättre än vi. En sådan strävan är mycket viktigare än lyckan i stunden. Och arbete är svaret på det behovet. Tidigare handlade det om ett löneperspektiv, nu handlar det om självförverkligande eller status. Att ta bort det från människor skulle innebära att ta bort något helt fundamentalt.«

Arbete som livets mening, med andra ord.

Insikterna om prestationsfixeringen har fått familjen MackAldener att dra en del slutsatser för egen del. När yngste sonen, född i december, skulle börja förskoleklassen lät de honom vänta ett år.

»Varför skulle han komma in och ha 17 procents mindre mognad än dem som är födda i januari?« säger Magnus MackAldener.

Han och hans fru fick ta en fajt med utbildningsförvaltningen i kommunen, »det är ju skolplikt«, var argumentet därifrån, men till slut fick de som de ville.

Annars kanske han hade haft adhd, funderar jag.

»Ja, det tror jag«, säger Magnus MackAldener.

Och med dottern Ellen är livet, som han säger på sin managementprosa, en utmaning.

»Jag är en så oerhört snabb människa och så har jag fått Ellen. Som är så långsam. Det är bara ... pssschhh.«

Han låter som en kaffemaskin. Sedan är han tyst en stund, som om Ellens blotta närvaro i samtalet får honom att stanna upp. Så tackar han för sig, reser sig och kilar vidare till nästa möte på ett annat kafé.

Jag sitter kvar och tänker att här finns en motsättning. Det hårt mallade arbetsliv som Magnus MackAldener beskriver, med korta puckar och minimalt svängrum för egna initiativ, är just det som många menar skulle gynna skolelever med adhd. Inom skolan sägs ju den ökade friheten och de tilltagande kraven på självdisciplin och initiativförmåga vara ett av problemen.

Men det är kanske alltför onyanserade slutsatser. Grundproblemet i båda fallen är stress. Många skolelever med adhd, kanske framför allt de som har varianten som domineras av koncentrationssvårigheter, behöver frihet att kunna följa sina egna tankar till slutet. Stressen att prestera bryter ner dem.

Dessutom är det naturligtvis skillnad på barn och vuxna. En adhd-diagnos är ju i många fall ett utslag av omognad. Det är sannolikt att många barn faktiskt behöver snävare mallar och tydligare struktur, just sådant som sedan kan vara svårt att underordna sig i arbetslivet för en vuxen med adhd.

Arbetslinjen är knivskarpt dragen. Den pekar inte bara som avsett rakt fram mot så kallad full sysselsättning, utan den utgör också en tydlig gräns mellan det som fungerar i arbetslivet och det som inte fungerar.

Det som fungerar är att alltid prestera på topp, att alltid vara effektiv, att alltid vara flexibel och finnas till hands för att underordna sig verksamhetens mål. Det som inte fungerar är att ibland komma för sent, att då och då tappa fokus, att behöva pausa när det inte står på schemat, att kanske få en impuls och göra något annat än det som ingår i arbetsuppgiften och att inte ständigt vara lyhörd för krav ovanifrån i hierarkin.

Den som på så vis överträder arbetslinjen blir snabbt en kostnad istället för en tillgång, och det finns det inte utrymme för i ett system byggt på global ekonomisk konkurrens.

Arbetslinjens syfte är på sätt och vis pragmatiskt: Vårt system bygger på arbete, och har du psykiska egenskaper som

ställer sig i vägen för din förmåga att sköta ett jobb så ska vi hjälpa dig att hantera dem så att du blir anställningsbar. Därför skickades Sofia på en utredning och därför fick hon en adhd-diagnos.

Men tanken med de rutinerna är inte bara att förbättra livet för Sofia utan också att förbättra arbetslöshetsstatistiken. En person som Sofia, som var arbetslös utan någon aktuell diagnos, förflyttas tack vare sin diagnos från potten arbetslösa till potten sysselsatta och bidrar därmed till att snygga till siffrorna.

En diagnos är alltså inte bara en lösning för individen som får ett jobb utan också del av lösningen på samhällets problem med arbetslöshet.

Men är det en hållbar lösning för samhällssystemet?

Hinshaw och Scheffler tycks mena det. Utifrån sina expertkunskaper i psykologi och hälsoekonomi driver de tesen att de ekonomiska kostnaderna är ett viktigt argument för att hitta fler personer med adhd-symtom och ge dem en diagnos så att de kan behandlas. »Förlorade inkomster och förlorad produktivitet kommer att bli allt mindre accepterat i en tid av ständigt ökande global konkurrens«, skriver de i sin bok om adhd.<sup>246</sup>

Det är också det perspektiv som präglar den svenska arbetsmarknadspolitiken syn på diagnoser som adhd. Det är en deterministisk syn – vi har det system vi har och de som inte platsar måste diagnostiseras och behandlas så att de passar systemet. Så uttrycks kapitalismens uppgivenhet inför sig själv och sina egna skadeverkningar.

# Skärmtiden

**Tre personer** vid ett fönsterbord på Pizza Hut. En kvinna och en man i trettioårsåldern och en flicka på kanske två år – sannolikt mamma, pappa, barn. De vuxna har slagit sig ned mitt emot varandra, närmast fönstret, och samtalar med rykande tomat- och ostskapelser framför sig. Barnet har placerats i en barnstol bredvid kvinnan och fått en småskuren pizzabit på tallriken och en surfplatta uppställd framför sig. När jag passerar utanför fönstret hinner jag inte se vad som försiggår på skärmen, det kan vara en film eller ett Youtubeklipp eller ett spel. Det viktiga är att barnet ser, och det gör det här barnet, hon tittar koncentrerat.

De flesta av de strukturer som jag kartlägger i min research är inte utslag av någon verklig ökning av adhd-symtom. Istället handlar det om förändringar som på olika sätt samverkar till att sänka tröskeln för vad som anses vara normalt när det gäller koncentrationsförmåga, aktivitetsnivå och impulsivitet. Men jag har träffat många personer som har frågat sig om det inte också är så att adhd-symtomen faktiskt ökar. Den drivkraft som de då lyfter fram är framför allt barns och ungdomars, men även vuxnas, ökande skärmtid.

Det är viktigt att hålla i tankarna att skärmtekniken också har positiv betydelse för personer med adhd. Det finns dataprogram och appar som tränar upp arbetsminnet och därmed koncentrationsförmågan.<sup>247</sup> Studier visar att digitalt producerat brus i öronen kan fungera minst lika koncentrationshöjande som medicin.<sup>248</sup> Och oräkneliga vittnesmål från både

barn och vuxna med adhd visar att samvaron på nätet kan vara enklare och mer inkluderande än det sociala samspelet i den verkliga verkligheten. Olle är ett exempel på det.

Det är också viktigt att konstatera att skärmtid är ett begrepp som kan provocera. Det finns debattörer som menar att det inte ska användas, eftersom tiden vid skärmen kan rymma allt från våldspornografi till pedagogiska samarbetsspel, utelek i stil med Pokémon Go och idrott i form av e-sport.

Andra forskare använder begreppet. Och faktum är att det fyller en funktion eftersom själva tidsrymden vid skärmen har betydelse. Dels för att skärmtiden tränger undan andra aktiviteter, dels för att skärmen i sig, oavsett innehåll, har vissa egenskaper som inte går att komma ifrån. Till exempel påverkar skärmljuset kroppens frisättning av sömnhormonet melatonin, vilket kan ge sömnproblem – vilket i sin tur får negativa effekter på inlärning och på både fysisk och psykisk hälsa.<sup>249</sup>

Skärmtiden har sprängt alla vallar. När Statens medieråd för första gången 2005 undersökte barns och ungdomars medievanor använde man begreppet högkonsumenter – det var de som tillbringade mer än tre timmar om dagen med digitala spel, teve eller internet. Andelen högkonsumenter var låg för alla olika medieslag, men tolv år senare har andelen mångfaldigats så att den för många åldersgrupper och medieformer nu ligger över 50 procent. Som ett exempel är andelen 18-åriga pojkar som använder internet mer än tre timmar per dag 79 procent.<sup>250</sup>

Statens medieråd menar att begreppet högkonsument därmed har tappat relevans.<sup>251</sup> Delvis kan jag instämma – även jag är en högkonsument eftersom jag sitter vid en uppkopplad dator mer än tre timmar de flesta dagar. Men å andra sidan är det kanske just det som är intressant: att så mycket av allas vår tid är skärmtid.

När jag går igenom hur de personer med adhd som jag har intervjuat använder digital teknik så kan jag se att de flesta

tillbringar mycket tid framför sina skärmar. Och när jag läser bloggar och chattforum där människor berättar om sina egna eller sina barns adhd-problem framgår det att i stort sett alla har svårt att slita sig från internet. Men det har ju alltså jag också, och många andra människor som inte har adhd, så finns det något som tyder på att skärmtekniken skulle kunna orsaka adhd-symtom?

Robert Hammar arbetar som psykologkonsult och utredare åt grundskolor, ofta friskolor utan egna psykologresurser, i en rad kommuner i Sörmland och Östergötland. Jag träffar honom hemma i villan där han har sitt kontor, ett sjuttioalshus längst bort i raden på en gata i Nyköpings stillsamma norra utkanter.

Vi är mitt i ett långt samtal om det hårda trycket i adhd-branschen och vad det beror på när Robert Hammar plötsligt säger:

»Och så är det detta med spelkonsumtion ... Det har jag funderat så mycket på att jag inte vet var jag ska börja.«

Robert Hammar är övertygad om att ett barns samlade skärmtid, och framför allt den tid som hon eller han ägnar åt data- eller tevespel, har betydelse för risken att utveckla adhd-liknande symtom.

»Den stimulans man utsätts för påverkar hjärnans utveckling. Om nästan det enda du gör på din fritid är att spela – och många barn med adhd har inga andra aktiviteter – så är jag övertygad om att det stör nervsystemets utveckling. Framför allt skapas en rastlöshet när belöningssystemet triggas så. Det blir svårt att få de kickarna på något annat sätt än via skärmen.«

Hjärnans utveckling kräver mycket energi, och för det behövs vila och tid för återhämtning. Sätter man ett barn vid en dator eller surfplatta kräver man att hon eller han ska vara aktiv, säger Robert Hammar.

»Men att titta på teve eller på Youtubeklipp då, det är ju passivt?« undrar jag.

»Då är det ändå något annat som får stå tillbaka, och det är till exempel läsningen.«

Robert Hammar frågar alla barn han utreder om de regelbundet läser böcker på fritiden. Bland flickorna är det högst två av tio som gör det, bland pojkarna ännu färre.

Men det kan ju också bero på att den som har adhd har svårt att koncentrera sig på en bok, säger jag. Robert Hammar instämmer. Det är sant att det är mer ansträngande att läsa en bok om man har adhd, man får läsa om meningen kanske två eller tre gånger för att förstå. Men läser man regelbundet så bygger man upp den förmågan och då blir det inte lika svårt, säger han.

Vårt samtal avspeglar en infekterad debatt. Ett ofta framfört argument är att barn idag läser mer än någonsin, på sociala medier. Men Robert Hammar menar att det inte kan kompensera för den förlorade bokläsningen.

»Det man läser på nätet är inte berättelser som utspelas över tid, som har symbolspråk och ett stort ordförråd. Och det är problematiskt, eftersom språkets funktion har betydelse också för din psykiska hälsa och din förmåga att lösa problem.«

En del barn med adhd-symtom har egentligen underliggande språkliga svårigheter, säger Robert Hammar. Han tror att en förklaring är att föräldrar numera ägnar så lite tid åt samtal med sina barn. Då finns det debattörer som menar att digital kommunikation kompenserar för de färre samtalen, barn och föräldrar spelar ju ofta dataspel med varandra eller kommunicerar i sociala medier. Men Robert Hammar menar att samtal i den verkliga verkligheten rymmer helt andra kvaliteter i form av ögonkontakt, beröring och olika former av underliggande kommunikation.

Särskilt problematiskt är skolornas förhållningssätt till digital teknik, säger han.



»På många skolor är det okej att spela mobilspel på raster-na. Men särskilt barn med adhd behöver verkligen få fysisk aktivitet för att starta om hjärnan.«

Jag har tidigare skrivit om skärmt teknikens negativa åter-verkningar på människors psykiska hälsa och jag vet att det kan väcka skarp kritik, också från forskarhåll.<sup>252</sup> Så vad säger egentligen vetenskapen, den som inte har grävt ned sig i någon av de skyttegravar som finns när det gäller den här frågan?

På den stora Essencekonferensen i Göteborg 2018 är det flera av deltagarna som i pauserna dryftar frågan om skärm-teknikens roll för ökningen av psykiatriska diagnoser. Men från podiet, under föredragen, är det inget tema. Så jag frågar konferensens arrangör Christopher Gillberg vad man faktiskt vet om detta.

»Jag personligen tror visst att det har betydelse, framför allt när det gäller autism. Att både barn och unga och vuxna till-bringar så mycket tid med att titta ner i sina skärmar måste självklart betyda något för hjärnans utveckling«, säger han.

Han berättar att det finns ännu inte publicerad forskning som tyder på att bristen på ögonkontakt som blir ett resultat av långvarig skärmtid får effekter på hjärnfunktionerna hos per-soner som inte har någon diagnos. Amygdalan reagerar negativt vid ögonkontakt, precis som hos barn och unga med autism.

Men han betonar att det inte finns några stora, upprepade studier i detta ämne. Det är därför det inte är något tema på vetenskapliga konferenser. Annat än indirekt: sömnens bety-delse för den psykiska hälsan är ett återkommande ämne.

Ett annat tema är betydelsen av D-vitamin. Den som till-bringar en stor del av sin tid med skärmt teknik håller sig mes-tadels inomhus, vilket går ut över kroppens egen produktion av D-vitamin, som är beroende av solljus. Och D-vitaminet fyller en viktig funktion för hjärnans hälsa.<sup>253</sup>

När jag börjar leta i databaserna upptäcker jag att det ock-

så finns en del studier som visar på ett direkt samband mellan skärmtid och adhd-symtom. Ju mer tid ett barn eller en ung människa tillbringar med att se på teve, spela dataspel, använda sociala medier eller på något annat sätt konsumera skärmmedier, desto större risk att hon eller han har svårt att koncentrera sig eller har problem med hyperaktivitet eller impulsivitet.<sup>254</sup>

Frågan är då: Hur ser orsakssambandet ut? Är det verkligen tillvaron vid skärmen som ger adhd-symtom eller kan det finnas andra förklaringar?

Det finns två sorters samband: kausalitet och korrelation. Kausalitet, eller orsakssamband, uppstår då en förändring leder till en annan förändring. Alla andra samband är bara korrelationer. Ett klassiskt exempel är sambandet mellan glassätning och drunkningsolyckor. Ju mer glass människor äter, desto fler drunkningsolyckor verkar inträffa. Betyder det att risken att drunkna ökar om man äter glass? Nej, för här råder inget orsakssamband utan bara en korrelation. Det finns naturligtvis en bakomliggande faktor, varmt väder, som ger människor lust att både äta glass och bada – och ju fler som badar desto fler drunknar.

Så leder ökad skärmtid till ökad risk att få adhd? Ett antal studier har försökt besvara den frågan. En av de mest vederhäftiga är gjord på över 3 000 barn och ungdomar i Singapore. Studien visar på ett samband mellan adhd-symtom och den tid barnen ägnar åt dataspel – ju mer de spelar, desto mer adhd-symtom. Men är det ett orsakssamband?<sup>255</sup>

Forskarna lyfter fram flera möjliga förklaringar till sambandet. En går ut på att det finns en bakomliggande variabel, eller kanske flera, som påverkar både adhd-symtomen och skärmtiden – något som motsvarar det varma vädret i exemplet med glassen och drunkningarna. Forskarna ser kön och socioekonomisk bakgrund som sådana möjliga variabler. Att adhd är vanligare hos pojkar är välkänt och pojkar ägnar även mer tid

åt att spela dataspel. Adhd är också vanligare bland barn och unga från resurssvagare familjer, en grupp vars föräldrar kan vara mindre benägna att begränsa barnens skärmtid.<sup>256</sup> Om man tar risken att uttrycka sig grovt kan man säga att den bildade medelklassen oftare sätter koppel på sina spelande grabbar.

En annan möjlig förklaring till sambandet mellan speltid och adhd-symtom går ut på att spelen är särskilt attraktiva för barn som har adhd-symtom, alternativt att de barnen i större utsträckning placeras framför skärmen av sina föräldrar.<sup>257</sup> Det finns, förutom Singaporestudien, även andra vetenskapliga belägg för att den hypotesen stämmer.<sup>258</sup>

Det ligger i sakens natur att den som har adhd lockas av den snabba och intensiva stimulans som skärmmedier ger.<sup>259</sup> Spelen kan vara en arena där man kan prestera bra när man har misslyckats till exempel i skolan eller socialt. Orsakssambandet ser alltså ut så att adhd ger en förkärlek för dataspelande och därmed omfattande tid vid skärmen.

Men finns det också ett omvänt orsakssamband, kan intensivt spelande också orsaka adhd-symtom? Genom att forska i Singapore har samlat in data vid två tillfällen med ett års mellanrum har de kunnat kartlägga förändringar och på så vis ringa in vad som är orsak och verkan. Och då visar det sig att de barn som hade få adhd-symtom vid det första mätillfället och som sedan ökade sitt spelande i de flesta fall fick fler symtom.

Två av forskarna bakom Singaporestudien har också genomfört en studie på amerikanska barn, och genom att göra flera nedslag under ett drygt år kunde de se att ökad tid framför teven eller dataspellet samverkade med ökade adhd-symtom. Forskarna skriver att det visserligen finns en teoretisk möjlighet att någon annan okänd variabel slog till under året och fick effekt som påverkade adhd-symtomen, men de konstaterar samtidigt att just jämförelsen över tid utesluter möjligheten

att sambandet bara skulle bero på att barn med uppmärksamhetsproblem blir särskilt attraherade av skärmmedier.<sup>260</sup>

Så vad är det i dataspelandet som kan ge adhd-symtom? Forskarna har två hypoteser. Den första har att göra med något som Robert Hammar tog upp, nämligen att spelen ofta ger så mycket spänning att livet utanför spelen inte kan konkurrera.<sup>261</sup>

Här har innehållet i spelen betydelse: Ju mer våldsamma spel man spelar, desto större risk löper man att få adhd-symtom. Men de våldsamma spelens påverkanskraft beror inte på våldet i sig utan på att de ofta är snabba och fyllda med intensiva ljus- och ljudeffekter som ger stark stimulans på hjärnan.

Detsamma gäller film, förklarar en av forskarna, Douglas Gentile, när jag träffar honom i Stockholm där han deltar i en konferens om risker med dataspelande.

»När du ser på film eller spelar dataspel så kan du vara uppmärksam utan att så att säga anstränga dina uppmärksamhetsmuskler – filmernas och spelens effekter blir kryckor som bär uppmärksamheten åt dig. Och när du då inte är van att anstränga uppmärksamheten blir det mycket svårt när detta krävs, till exempel om du ska läsa en bok eller lyssna på en föreläsning.«

Detta går igen i annan forskning. En ofta citerad studie visar att barn som ser tecknade amerikanska barnprogram i högt tempo direkt efteråt har sämre koncentrationsförmåga, arbetsminne och självkontroll än barn som har sett program med långsammare tempo och barn som sitter och ritar istället för att se på teve.<sup>262</sup> Forskarna menar att de tecknade programmens snabba tempo belastar barnens hjärna så att de strax efteråt inte kan mobilisera tillräcklig kraft för att hantera svåra övningar.<sup>263</sup>

I en annan studie har amerikanska forskare undersökt sambandet mellan småbarns tevetittande och koncentrationsproblem som uppträder flera år senare. De lät barnens

mammor uppskatta hur mycket barnen tittade på teve, först då de var ett år och sedan då de var tre, och jämförde sedan den informationen med barnens koncentrationsförmåga när de var i sjuårsåldern. Forskarna såg en tydligt ökad risk för koncentrationsproblem hos barn som hade sett mycket på teve.<sup>264</sup>

Under de första åren i livet genomgår den mänskliga hjärnan en intensiv utveckling, skriver forskarna, och hjärnan är då mycket känslig för påverkan. Djurförsök har visat att synapserna, kopplingarna mellan hjärncellerna, påverkas bland annat av vilken stimulans hjärnan då utsätts för. Forskarna skriver att de snabbt växlande och spännande bilderna i tecknad film skulle kunna bidra till att försämra barns förmåga att koncentrera sig på mindre omväxlande och stimulerande intryck.<sup>265</sup>

Tiden har också betydelse, betonar Douglas Gentile. Och tiden står i centrum för ytterligare en möjlig förklaring som han och hans kollegor presenterar i Singaporestudien. Oavsett hur mycket människans intressen skiftar under historiens utveckling så kvarstår faktum att dygnet har 24 timmar. Den som spelar mycket dataspel måste, precis som Robert Hammar sa, avstå från en del aktiviteter i den verkliga verkligheten.<sup>266</sup>

Denna undanträngningsmekanism anknyter till debatten om skärmtid. Singaporestudien visar att skärmtiden har större betydelse för risken att utveckla adhd-symtom än spelens innehåll. Eller enklare uttryckt: Den som spelar mycket löper större risk än den som spelar lite, även om den som spelar mycket spelar spel som är mindre våldsamma. Eller ännu enklare uttryckt: Det är skadligare att spela frågesportspel sex timmar varje dag än att spela skjutspel några timmar varje lördag.

Intressant nog utesluter ingen av de fyra förklaringsmodellerna från Singaporestudien varandra. Det är fullt möjligt att alla har betydelse för det faktum att barn som tillbringar mer

tid vid sina skärmar har mer adhd-symtom. Andra studier ger stöd för detta. En grupp forskare skriver att orsakssambandet mellan adhd-symtom och internetberoende sannolikt är dubbelriktat: Adhd-symtomen gör dataspelande lockande och spelandet förstärker adhd-symtomen, samtidigt som den minskade exponeringen för aktiviteter utanför skärmen leder till minskade möjligheter att träna arbetsminnet, uthålligheten, uppmärksamheten och hjärnans övriga exekutiva funktioner. Vilket i sin tur gör det svårare att bjuda adhd-symtomen motstånd.<sup>267</sup>

Scenen där ett litet barn stängs av från omvärlden med hjälp av en surfplatta, en mobil eller en laptop utspelas tusentals gånger i minuten runt om i världen. Det som tekniken berövar barnet är mänsklig interaktion, skriver den kanadensiska psykologen Mari Swingle i boken *i-Minds* och fortsätter: »Interaktion ansikte mot ansikte (och genom beröring) är den port genom vilken hjärnans olika system lär sig att reglera mentala tillstånd som trygghet, glädje, rädsla och ångest.«<sup>268</sup>

Swingle driver en mottagning i Vancouver dit barn, unga och vuxna kommer med koncentrationsproblem, hyperaktivitet, ångest, depression, sömnsvårigheter eller andra psykiska problem. Ett typiskt exempel kan vara föräldrar som söker hjälp för en son som har svårt i skolan, som är oengagerad och som isolerar sig. När Swingle ställer frågan om skärmtid kan det visa sig att sonen spelar dataspel sex timmar per dygn eller mer. Varken han eller föräldrarna har tänkt på att det kan vara en orsak till problemen.<sup>269</sup>

Genom att spelen är varierade och utvecklas mot allt högre spänningsgrader är de perfekt designade för att hålla hjärnan på en hög vaksamhetsnivå, skriver Swingle.<sup>270</sup> De är också byggda för att framkalla beroende genom att spelaren förlorar sin egendom, sin position i ett lag eller sina sociala relationer om hon eller han avbryter spelandet under alltför lång tid.<sup>271</sup>

I sina terapimetoder för adhd använder Swingle några olika speciellt utvecklade dataspel. Då har hon upptäckt att spännande spel faktiskt inte fungerar – de förvärrar adhd-symtomen istället för att lindra dem. Det är en insikt som bekräftar hypotesen att spänning attraherar barn med adhd-symtom och ger deras uppmärksamhet kryckor. Swingles slutsats är att för att lära oss att behålla uppmärksamheten måste vi utsätta oss för stimulans som är mindre, inte mer, engagerande.<sup>272</sup>

Swingle granskar i sin bok också andra digitala aktiviteter än dataspelande och deras roll när det gäller koncentrationsproblem och hyperaktivitet. En faktor hon lyfter fram är det minskade skrivandet med penna och papper. Att lära sig skriva för hand innebär träning i att samordna medvetandet och aktivera arbetsminnet – vi måste pausa innan vi skriver för att göra en plan för hur vi ska formulera oss och sedan hålla planen i minnet.<sup>273</sup>

Den som skriver med hjälp av tangentbord och skärm har helt andra möjligheter att formulera sig impulsivt för att sedan gå tillbaka och ändra det som blev fel, något som inte ställer samma krav på hjärnan och därför inte utsätter den för samma träning.<sup>274</sup>

Samtidigt konstaterar Swingle, precis som forskarna i Singapore, att ännu viktigare än vad vi gör med våra skärmar är hur länge vi gör det. Som ett mantra upprepar hon: Det är inget fel med lite men mycket fel med mycket.

Internetberoende finns inte med som en formell diagnos i den senaste upplagan av DSM. Men Swingle menar att beroende av internet, eller mer exakt av skärmmidier, skulle platsa i manualen. Och det är sannolikt att det blir så. Dataspelsberoende finns med bland de psykiska problem som manualen nämner som möjliga framtida diagnoser<sup>275</sup> och kommer att finnas med som en diagnos i nästa upplaga av WHO:s manual ICD.<sup>276</sup>

Så här är det alltså: Barn som har adhd-symtom, eller kanske bara en genetisk sårbarhet för adhd, är generellt sett mer benägna att tillbringa mer tid än andra framför skärmen. Där utsätts de för så mycket stimulans att den verkliga verkligheten bleknar i jämförelse. De får också allt mindre tid över för verkliga samtal, läsning, utelek och annat som stimulerar andra delar av hjärnan än belöningssystemet. Dessutom får de mindre dagsljus, vilket påverkar hjärnans utveckling. Med andra ord: Till synes små krafter förstärker varandra och ger relativt starka effekter. Systemet genererar sin egen energi, trissar upp sig och blir självspelande. Och eftersom barns och ungdomars skärmtid skjuter i höjden så är det sannolikt en verklig ökning av adhd-symtom vi ser här.



## **Robin: Det är fantastiskt, bara man vet vad man gör**

**Robin pluggar** till ingenjör. I framtiden vill han jobba med kryonik, biotekniska metoder för att återuppliva människor som efter döden har låtit sig frysas ned i väntan på vetenskapliga framsteg inom detta område.

Kryonik är stort i Ryssland, berättar han när vi träffas på ett kafé intill stadsbiblioteket i den stad dit han flyttade från Stockholm när han började studera för några månader sedan. Många förmögna ryssar hoppas skaffa sig ett evigt eller i alla fall längre liv genom nedfrysning och vetenskaplig upptining. Det är helt naturligt att man tänker så om man inte är religiös, säger Robin.

Ja, han tänker så själv, konstaterar han. Därmed har han presenterat sig som en ung man som inte låter sina ambitioner begränsas av vedertagna ramar. Vilket gäller även det ämne vi ska samtala om.

Han tar inte av sig jackan och vill inte ha något att dricka eller äta, han verkar vara på språng och känns försiktig, på gränsen till vaksam, med det han berättar för mig. Det är fullt begripligt.

När Robin gick i årskurs två på gymnasiet drabbades han av en svår hjärnskakning. Han fick ett slag i huvudet med ett järnrör i samband med att han och en vän till honom blev angripna av ett gäng, berättar han.

Återhämtningen gick långsamt. Han var väldigt trött och

hade svårt att koncentrera sig på de uppgifter som krävdes på naturprogrammet. Han läste på internet att adhd-medicin kunde hjälpa i fall som hans och tänkte att det var värt ett försök.

Att få tag på medicinen var lätt, han hade flera kompisar med adhd-diagnos som inte längre tog sin medicin eftersom biverkningarna var alltför svåra. En av dem sålde fyra burkar Concerta till honom för 500 kronor, långt under marknadspris.

»Han var desperat för han behövde pengar för att röka på«, berättar Robin.

Han var försiktig. Först tog han bara en tablett på 18 milligram på morgonen. När han då inte fick någon effekt dubbade han dosen.

Effekten var överraskande positiv. Robin blev mycket pigare och kunde plugga åtta timmar eller längre i ett sträck. Han upplevde att minnet stärktes så att han kom ihåg det han läste och efteråt kunde visualisera både formler, tal och text som han hade tuggat i sig i läroböckerna. Han blev också mer produktiv när det gällde egna inlämningsuppgifter.

Hela hans inre påverkades faktiskt, säger han, så att han framstod och kände sig mer självsäker.

Ett dopaminrus, kallar han det.

»Belöningscentrum i hjärnan reagerade på sådant som jag tidigare bara tyckte var tråkigt, som att läsa böcker.«

Han märkte också effekter utanför studierna. Allt som han tidigare inte hade orkat göra, som att städa rummet och diska, blev roligt.

Robin hade hittat det han kallar för sin *comfort zone* på ungefär fyra tabletter om dagen.

»Tar man mer blir det ett tjackrus. Missbrukare vet hur man gör: man mal sönder medicinen och snortar den.«

»Provade du det, som en partydrog?«

»Nej, det är inte så kul. Tar man det i högre dos är det beroendeframkallande. Och tar man det ihop med alkohol så kan man

vara vaken i flera dygn och det vill jag inte, jag gillar att sova. Men tar du det i terapeutisk dos klarar du dig bra«, säger han.

Under det tredje året på gymnasiet, när studierna var ännu mer krävande, fortsatte han att ta medicin – Concerta, men även ibland Ritalin och framför allt Elvanse när han fick tag på det. Målet var att få godkänt i alla ämnen. Högre satsade han inte, han ville hellre ha kul och sedan ta igen det han missade genom att göra bra ifrån sig på högskoleprovet.

Nu har han gjort provet ett antal gånger. De tre första gångerna, i ettan och tvåan på gymnasiet, pluggade han inte särskilt och tog inte heller medicin. Då fick han ett resultat på runt 1, vilket är något över medelvärdet. Men sedan gjorde han provet på hösten året efter gymnasiet. Då förberedde han sig noga genom att plugga i tre månader i förväg. Under de månaderna tog han också adhd-medicin.

När det var dags kände han sig »ganska självsäker«. Och han fick resultatet 1,65, säger han, vilket är bättre än 97 procent av dem som gör provet. Därmed blev det möjligt för honom att förverkliga sitt mål och komma in på civilingenjörsutbildningen.

Ytterligare en bonus blev märkbar: Han blev en bättre dataspelare. Adhd-medicin är dopningsklassat och anses fungera prestationshöjande för dataspelare precis som för andra idrottare. Flera internationella elitdataspelare har också berättat att de har använt till exempel Adderall för att toppa sina prestationer i internationella tävlingar, något som nu är förbjudet.

»Man får väldigt mycket bättre koncentrationsförmåga och kortare reaktionstid. Plus mer statiska rörelser, det är särskilt bra om man till exempel spelar Counter Strike«, säger Robin.

Han kände av en del biverkningar. Ont i magen, men det gick över när han sänkte dosen. Förlorad aptit, men då tvingade han sig till att äta genom att ställa alarm på mobilen när det var matdags.

Robin berättar att under de perioder då han medicinerade bevakade han sin kropp och sitt fysiska och psykiska välbefinnande på samma sätt som man övervakar en maskin: »Så här mycket väger jag, då ska jag stoppa in så här många milligram av det och det, och så här mycket kolhydrater.« Han blev fixerad vid att få i sig rätt dos av allt, säger han, för att inte riskera att få bättre koncentration men ändå prestera sämre på grund av energibrist.

På gymnasiet övervägde Robin att försöka få en adhd-diagnos. Men det stupade på att hans föräldrar var mycket negativa.

»De ser adhd som ett handikapp och sa att det skulle ställa till problem för mig. Och jag var under 18, så jag kunde inte göra något utan dem.«

Nu är läget ett annat. Han tycker att han pluggar onödigt mycket utan att få utdelning för det. I staden där han bor nu har han inte samma nätverk av vänner med adhd och han kan därför inte köpa medicin lika lätt. Att beställa från illegala sajter på nätet är en möjlighet, men det blir dyrt, ett enda piller kostar 40–50 kronor.

Istället planerar han att försöka få en diagnos, för att kunna köpa medicinen legalt till ett pris som är starkt subventionerat av högkostnadsskyddet. Han tänker vända sig till vårdcentralen för att få en remiss till psykiatri och sedan följa någon av de guider som finns på internet för hur man skaffar sig en falsk adhd-diagnos. »Jag känner igen mig i mina kompisar som har adhd, jag har svårt att sitta still och koncentrera mig« – så tänker han säga.

Jag frågar det uppenbara: »Du kanske har adhd?«

Han rycker på axlarna, kanske det, han trummar ju med foten mot stolsbenet nu och har ofta svårt att sitta still. Desto bättre i så fall, tycks han mena.

Bland sina kompisar har Robin varit öppen med att han har tagit medicin för att förbättra sina studieresultat. På gymna-

siet försökte han peppa dem att prova genom att säga att »det är fantastiskt, bara man vet vad man gör och använder det på rätt sätt«, men kompisarna var skeptiska och så vitt han vet var det ingen som testade.

Inte heller nu har han någon kurskamrat som tar adhd-medicin utan att ha en diagnos. Men han vet att det är vanligt, särskilt bland läkarstudenter, säger han.

De flesta av hans kurskamrater vet inte att han kom in på utbildningen genom att toppa högskoleprovet med hjälp av medicin. Vad skulle de säga om de visste? Skulle de inte tycka att det var orättvist, att likställa med fusk?

»I så fall skulle jag inte bry mig. Det är en möjlighet som de också kan ta om de vill – och vill de inte så får de fixa studierna själva. De behöver inte döma mig.«

Om Robin skulle gripas i en narkotikakontroll och ha adhd-medicin på sig, eller i sig, skulle han kunna dömas för ringa narkotikabrott. Det tycker han är orättvist. Men han är ändå inte säker på att han tycker att metylfenidat borde likställas med kaffe och legaliseras.

»Concerta är mycket farligare än koffein. För att få ett rus på kaffe måste man dricka 56 koppar och det kan man inte. Och Ritalin är ännu farligare, det är så enkelt att snorta eller tugga sönder. Då kommer ruset direkt och sen när det går över så kan du inte koncentrera dig på något alls.«

## Smartpiller och partypiller

**I min bokhylla**, intill en mapp med reklam för adhd-medicin, ligger en liten vit förpackning. »Methylphenidate Sandoz 54 mg« står det på den i blå och orange text. I asken finns ett litet gammalrosa piller.

Solen lyser in på bokhyllan denna lördagsmorgon i april. Sonen är hos sin pappa, mannen har åkt till landet och jag ska jobba hela helgen, för att ta igen ett ledigt påsklov. Kaffet är slut och i väntan på att affären ska öppna börjar jag läsa en lång forskningsartikel med rubriken *Are Prescription Stimulants »Smart Pills»? The Epidemiology and Cognitive Neuroscience of Prescription Stimulant Use by Normal Healthy Individuals*. Fem i nio har jag läst halva artikeln och går till Ica och köper ett paket kaffe.

Det känns ologiskt att ägna en vårdag i mitt liv åt att läsa medicinsk forskning. Men jag återvänder hem, brygger hela termosén full och slår mig ned med artikeln. Tabellerna där forskarna sammanställer tiotals olika studier är svåra att granska i detalj och dra slutsatser av. Och jag vill bli klar fort, för att kunna läsa en artikel till och sedan ägna eftermiddagen åt att läsa en bok av en forskare i pedagogik.

Jag tar den lilla asken och lägger pillret i solen framför mig på skrivbordet. Tabletten är rund, med matt yta och med en minimal prick, eller i själva verket ett litet hål, mitt på ovasidan.

Skulle det där pillret kunna öka min arbetskapacitet idag?

En läkare jag intervjuar nämner i förbigående att hans far,

som också var läkare, fick Ritalin som koncentrationshöjare när han studerade medicin i Schweiz på sextiotalet. En dag stod det en burk på varje students skrivbord med ett kort: »Hälsning från CIBA!«

En person som provade Ritalin för att orka mer var den amerikanske adhd-forskaren och psykologen Keith Conners, som senare skulle utveckla de berömda Connersskalorna och ännu senare ta avstånd från massdiagnostiseringen. Han har berättat hur han en eftermiddag, efter en lång dag i labbet, ville hitta ett sätt att hålla sig vaken genom en kvällsföreläsning. CIBA hade ju försett honom med Ritalin för forsknings-syfte, så han tog en tablett. Efter en halvtimme klack det till i huvudet på honom. Utan avbrott för middag fortsatte han att jobba för att sedan lyssna koncentrerat på föredraget och efteråt mingla med goda vänner. Han höll sig vaken till tre på natten och provade aldrig medicinen igen.<sup>277</sup>

Förutom att jag vid ett tillfälle som ung har rökt hasch så har jag aldrig tidigare använt något narkotiskt preparat. Nu lägger jag pillret på tungan, känner en liten sur smak och sväljer ner det med en klunk kaffe. Sedan går jag ut i köket och dricker ett glas vatten. Klockan är tio minuter i tio.

Methylphenidate Sandoz är en generisk variant, alltså en kopia, av Concerta. Den verksamma substansen, metylfenidat, är densamma. Jag vecklar ut bipacksedeln och konstaterar att den är 80 centimeter lång. Med finstilt tryck i två spalter på båda sidor av pappret.

Nästan högst upp på första sidan står det: »Detta läkemedel har ordinerats enbart åt dig. Ge det inte till andra. Det kan skada dem, även om de uppvisar sjukdomstecken som liknar dina.«

Listan över biverkningar omfattar 78 olika punkter, från humörsvängningar till hjärtinfarkt, självmordsförsök och plötslig död. »Om du får någon av ovanstående biverkningar, uppsök omedelbart sjukvård«, står det.

När jag har läst klart bipacksedeln har det gått en halvtimme. Jag känner mig som vanligt, förutom att jag erfar en vag känsla av obehag som uppenbart bottnar i informationen jag har tagit del av. Jag tar en kopp kaffe till.

Forskningen är märkligt splittrad i frågan om metylfenidatens prestationshöjande effekter på personer utan adhd. Efter att ha läst en rad studier som kommer fram till motsatta resultat hittar jag en metaanalys av Elizabeth Smith och Martha J Farah. Genom att jämföra ett antal tidigare studier lyckas de dra trovärdiga slutsatser.<sup>278</sup>

Smith och Farah har gått igenom amerikansk forskning på metylfenidat, den verksamma substansen i de adhd-mediciner som är förstahandsval i Sverige, och på dexamfetamin som ingår i Attentin och den i USA så vanliga Adderall. De frågar sig: Har substanserna bättre effekt än placebo på kognitiva prestationer hos »normala friska vuxna«, alltså personer utan adhd-symtom?

På det som forskarna kallar inlärningsförmåga, i stort sett synonymt med långtidsminne, verkar medicinerna ha en positiv effekt som faktiskt är användbar i verkliga livet.<sup>279</sup> Viss effekt märks också på arbetsminnet, alltså förmågan att hålla till exempel ord, siffror eller bokstäver i minnet under en kortare tid. Även den förmågan anses avgörande för framgång i studier och i många yrken, eftersom den har betydelse till exempel för förmågan att formulera en mening eller tänka ut en färdväg i trafiken.<sup>280 281</sup>

Nu är klockan elva. Jag tittar ut genom fönstret på träden som spritter av lust att slå ut. Hur känner jag mig? Koncentrerad, men det brukar jag vara. Och en liten aning besviken över att jag inte märker någon effekt av pillret. Mitt hopp står nu till att medicinen ska vara långtidsverkande, och alltså ha effekt under hela dagen.

Något jag känner är hunger. Detta är på tvären mot det man



kan förvänta sig, för bland de vanligaste biverkningarna på listan finns minskad aptit. Jag tar en ostmacka och en tredje kopp kaffe. När jag tuggar mackan tycker jag att jag har tappat känslan i yttersta tungspetsen och i underläppen, som efter en bedövning hos tandläkaren, men något sådant finns inte på biverkningslistan.

Smith och Farah skriver att magnetkamerastudier visar att de testade medicinerna påverkar aktiviteten i relevanta delar av hjärnan, även när testpersonernas kognitiva prestationsförmåga inte blir mätbart bättre. En rimlig hypotes är därför, skriver de, att medicinerna har så liten effekt på personer utan adhd att den ofta inte fångas upp av forskningen.<sup>282</sup>

Har så små effekter någon betydelse? Ja, svarar forskarna, i en konkurrensdriven akademisk eller professionell miljö kan framgång ofta hänga på att man är den absolut bästa. »Ett stipendium eller en befordran som bara kan tillfalla en person gynnar inte tvåan alls«, konstaterar de.<sup>283</sup>

Smith och Farah har inte fördjupat sig i vakenhetsgraden hos de testade personerna, men de skriver att både metylfenidat och dexamfetamin påverkar vakenheten, energinivån och motivationen. Det skulle, menar de, kunna räcka för att i sig leda till förbättrade studie- och arbetsresultat.<sup>284</sup>

Detta är, slår det mig, en nyckel.

I läkemedelsdatabasen FASS heter det att metylfenidaten »verkar genom att påverka vår hjärna så att upplevelsen av trötthet minskas«.<sup>285</sup> På så vis kan man krama ut mer ur kroppen så att man överpresterar. Metylfenidat är också dopningsklassat och förbjudet att använda under tävling i alla idrotter.<sup>286</sup>

Tar man metylfenidat i rätt doser kan det ha mycket positiv effekt på fysiska prestationer, säger dopningsexperten Åke Andrén Sandberg när jag ringer honom. Han hänvisar till att substansen var brett använd bland amerikanska basebollspelare på sjuttioalet. Många länders krigsmakter använder

också centralstimulantia för att deras soldater ska orka strida ett dygn i sträck utan att bli hungriga, törstiga eller trötta.

Det faktumet att metylfenidat och annan centralstimulantia motverkar trötthet är också det som gör att medicinerna kan fungera som smartpiller, koncentrationspiller eller vakenpiller. Man orkar plugga sent på nätterna och man orkar jobba långa arbetsdagar.

Som jag ska göra idag. Men nu är det lunchdags och jag känner fortfarande inget annat än hunger.

Den 1 april 2008 spreds en nyhet över världen: I USA skulle en ny myndighet öppnas med uppdrag att stävja användningen av mediciner som stärker hjärnans kapacitet framför allt bland forskare. World Anti Brain Doping Authority skulle bland annat införa dopningstester som ett villkor för forskningsanslag. En av drivkrafterna bakom satsningen var att skapa en mer jämlik forskningsmiljö, där ingen skulle kunna skaffa sig ett övertag genom att dopa hjärnan.<sup>287</sup>

Nyheten väckte många reaktioner och mannen bakom aprilskämtet, utvecklingsbiologen Jonathan Eisen, måste ha myst på sitt arbetsrum på universitet i Kalifornien. Men som all god humor tangerar sprattet verkligheten. Det finns vittnesmål från USA om hur adhd-medicin används prestationshöjande av människor inom ett brett spektrum av yrken. Där finns lagerarbetare, bartenders och långtradarchaufförer och där finns juristen i Houston som berättar att han har 35 juristkollegor i samma stad som tar Adderall för att jobba långa övertidspass.<sup>288</sup> En tysk forskningsrapport visar också att adhd-medicin används i det tyska arbetslivet, där någon procent av de anställda tar metylfenidat för att prestera bättre.<sup>289</sup>

Men den grupp som det framför allt har forskats på i detta sammanhang är amerikanska universitetsstudenter. Ett skäl är förstås att de är lättillgängliga för forskare och därför ofta får agera försökspersoner i studier inom alla möjliga discipliner.

Ett annat skäl är att de enligt medieuppgifter är den grupp där den ickemedicinska användningen av metylfenidat är mest spridd. Studenterna kallar tabletterna för få-skiten-gjord-piller, sägs det.<sup>290</sup>

Smith och Farah har studerat även detta. Den mest trovärdiga av de studier de har analyserat är gjord på nästan 11 000 studenter på 119 olika universitet och högskolor runt om i USA. Enligt den hade 6,9 procent använt medicinen i ickemedicinskt syfte någon gång i livet och 2,1 procent hade gjort det den senaste månaden. Den högsta andelen studenter som tog medicin i detta syfte fanns vid de universitet dit det var svårast att bli antagen.<sup>291</sup>

Det vanligaste sättet att få tag på medicinen är via en vän som fått den på recept.<sup>292</sup> En annan möjlighet är att köpa medicinen på internet. Ytterligare en metod är, visar annan forskning, att fejka en adhd-diagnos. Sådana fall skulle inte fångas av Smiths och Farahs granskning, eftersom forskarna fokuserar på studier av personer utan adhd, men det förekommer. En del av diagnosinstrumenten, till exempel Conners skattningsskalor som används i Sverige, är enkla att manipulera för den som läser på, menar de som har studerat frågan.<sup>293</sup>

Så hur ser det ut i Sverige? I en undersökning som Sveriges Television har gjort bland 3 200 studenter svarar 1 procent att de tar narkotikaklassade mediciner för att förbättra sina studieresultat.<sup>294</sup> Men bortfallet i undersökningen är stort, så jag mejlar studenthälsomottagningarna vid tio av Sveriges största universitet för att höra om de har stött på studenter som tar adhd-medicin utan att ha diagnosen.

Sju av mottagningarna svarar att de inte har stött på det, men två av dem skriver att de har sett sådana fall. En mottagning skriver att det förekommer oftare än vad mottagningen antagligen får veta. Den andra skriver att det inte händer så ofta, men att deras intryck är att det har blivit vanligare.

Jag frågar också om mottagningarna har stött på studenter som verkar vilja ha en adhd-diagnos bara för att få medicin och kunna prestera bättre. Nej, svarar alla mottagningar utom en, den på Karolinska Institutet (KI) i Stockholm. Det är ett lärosäte som utbildar läkare och där det ställs höga krav på studieprestationer. Det var också läkarstudenter som Robin påstod ofta tar adhd-medicin i prestationshöjande syfte.

Verksamhetschefen och läkaren Angela Rizzo på KI skriver att hennes medarbetare någon enstaka gång har haft känslan av att en student har bett om remiss till adhd-utredning snarare för att få ett recept på medicin än på grund av verkliga adhd-problem. Hon skriver också att hon har hört av studenter att det förekommer missbruk av adhd-mediciner under tentaperioder, men hon har inte själv stött på det och hon tror därför inte att problemet är så stort på KI. »Men kanske är jag naiv«, skriver hon.

Metylfenidat är inte bara dopningsklassat utan även narkotikaklassat; det fungerar alltså inte bara prestationshöjande utan har även en ruseffekt. Narkotikaklassningen bottnar i de problem med missbruk som uppstod kring amfetaminpreparat på sextiotalet i ett stort antal länder. För att stävja det narkotikaklassades många typer av centralstimulerande läkemedel 1971 i *Convention on Psychotropic Substances*. Konventionen har utvidgats sedan dess, men metylfenidat var ett ämne som fanns med från början.<sup>295</sup>

Den svarta marknaden för adhd-medicin växer. År 2007 noterade svensk polis knappt 800 beslagtagna metylfenidat-tabletter, 2017 hade antalet som skickades till analys hos Nationellt forensiskt center mer än tiofaldigats.<sup>296</sup> Inte heller detta – ungefär 8 000 tabletter på ett år – är någon särskilt hög siffra, och man får förmoda att bara en bråkdel skickas för analys.

Beslagen görs ofta vid ingripanden till exempel på krogen

eller vid trafikkontroller. Mycket av det som beslagtas är tabletter eller kapslar märkta Ritalin eller Concerta.<sup>297</sup> Socialstyrelsen har med hjälp av polisen försökt undersöka pillrens ursprung. I de flesta fall är det inte möjligt, eftersom förpackningarna saknas, men av de piller som går att spåra har de allra flesta först sålts på laglig väg till Sverige och sedan skrivits ut av sjukvården.<sup>298</sup>

Joar Guterstam är psykiatriker. Tidigare har han jobbat inom allmänpsykiatri, men nu arbetar han på Beroendecentrum Stockholm, landstingets beroendeklinik, och skriver samtidigt på de sista bitarna i en avhandling om amfetaminberoende. Jag vänder mig till honom för att reda ut en svår fråga: Är metylfenidat amfetamin?

Nej, slår Joar Guterstam fast, metylfenidat är inte lika med amfetamin. Men substanserna är snarlika – metylfenidat blockerar återupptaget av dopamin och det gör amfetamin också, men amfetamin frisätter även dopamin. Dessutom påverkar de det sympatiska nervsystemet, på så vis att kroppen och hjärnan drar igång och man får förhöjd puls, minskad aptit och minskad sömnhet.

I sitt arbete på Beroendecentrum stöter Joar Guterstam ofta på patienter som har testat adhd-medicin för att få ett rus. De har då oftast använt de korttidsverkande preparaten. Ett exempel är, precis som Robin sa, Ritalintabletter. De pulvreras och injiceras eller sniffas in genom näsan, men de skrivs inte ut så mycket längre. De långtidsverkande preparaten, som nu är mycket vanligare, är inte lika lätta att använda i narkotiskt syfte. Men det går, enstaka patienter försöker smula sönder även dem och injicera innehållet för att få en kick.

Att underhålla ett amfetaminmissbruk på den dos som en läkare skriver ut är inte helt lätt. En vanlig dagsdos ger enligt Joar Guterstam endast ett begränsat och kortvarigt rus om den injiceras. Personer som regelbundet använder illegal centralstimulantia tar ofta tio eller tjugo gånger mer varje dag.

Det krävs alltså att man sparar medicinen för att få ihop till en ruseffekt.

I sådana doser är metylfenidat beroendeframkallande. Det innebär att man får det Joar Guterstam kallar för en toleranshöjning, så att man så småningom måste ta en större dos för att få samma effekt.

Abstinensbesvär i stil med dem som alkoholmissbruk kan orsaka, med ångest, skakningar och hjärklappning, får man inte i någon större utsträckning. Men beroendet kan ändå sitta kvar i kroppen under många år. Det beror på att missbruket är en djupt rotad vana som kan väckas till liv och ge ett sug, till exempel i situationer liknande dem då man tidigare missbrukade preparatet eller då man känner sig stressad.

Något Joar Guterstam har lagt märke till när han har utrett patienter för adhd inom den vanliga vuxenpsykiatrien är att många redan har provat medicin. »Concerta har jag testat, det fick jag av en kompis som trodde att det skulle funka för mig«, kan de säga. Det där måste läkare vara vaksamma på, menar Joar Guterstam. Eftersom nästan alla människor på kort sikt mår bra av lite adhd-medicin så finns en risk att patienter som inte har adhd vill ha diagnosen för att få medicinen.

Efter lunch sätter jag ny fart. Jag skriver ett Facebookinlägg som jag ångrar och raderar och sedan skriver om och lägger upp, jag mejlar International Narcotics Control Board och ber om referenser till forskning som visar den vetenskapliga grunden för narkotikaklassningen av metylfenidat och jag mejlar Läkemedelsverket frågar om vem jag kan intervjua om bland annat risken för jäv bland verkets experter. Jag skriver så fort att bokstäverna ibland slår kullerbytta över varandra.

Klockan kvart över tre tittar jag upp från tangenterna. Är det vädret som har blivit sämre och inte längre lockar med vår? Eller är det att ingen stör mig med jobbsamtal eller mejl

eftersom det är lördag? Eller är jag medicinpåverkad? Och är det i så fall av själva medicinen eller av en placeboeffekt?

Min blick faller på prislappen på den nu tomma förpackningen framför mig: 644,55. För trettio tabletter. Studier på vin visar att placeboeffekten samspelar med priset – ju högre pris desto mer angenämt blir påslaget på smaksinnet.<sup>299</sup> Säkert finns motsvarande effekt på medicin också, så att en dyrare medicin inte bara uppfattas som mer effektiv utan faktiskt också blir det.

Diskussionen om så kallad hjärndopning eller *neuroenhancement*, alltså förstärkning av hjärnan med hjälp av medel utifrån, är delvis en parallell till debatten om legalisering av dopningspreparat. Ofta drivs debatten av personer som har en narkotikoliberal agenda. Så är det i Norge, där den liberale ledarskribenten Aksel Braanen Sterri och filosofen Ole Martin Moen har argumenterat för att Ritalin bör släppas fritt.<sup>300</sup>

Att vi bara ska ta medicin när vi är sjuka håller inte så länge vi åter vitaminpiller, menar de. Och med tanke på att flera miljoner dagsdoser Ritalin årligen distribueras till norska barn så kan det inte rimligtvis vara så farligt om vuxna ibland tar preparatet, antingen för att berusa sig eller för att skärpa sin prestationsförmåga. Sedan drar de båda debattörerna det ofta använda kaffekortet och hävdar att koffein är mer beroendeframkallande än Ritalin.

Sterri och Moen menar också att en mer liberal användning av det de kallar koncentrationspiller skulle främja en ökad jämlikhet. De som har svårt med sina akademiska studier är de som har mest att vinna på att ta medicinen. En invändning är, tillägger de förutseende, att om den allmänna effektivitetsnivån höjs, genom en mer spridd användning av koncentrationspiller, så kommer arbetsgivares och lärares förväntningar också att höjas så att vinsterna äts upp. Men inlärning är inget nollsummespel, menar de: »Mer kunskapsproduktion ger raskare och bättre lösningar, och det är av godo.«<sup>301</sup>

Det är ett intressant argument, och i grunden är det också sådana tankar och drivkrafter som kan förklara en stor del av ökningen av adhd-diagnoser. Effektivare studier och arbete, snabbare lösningar och högre tempo är ideal som driver upp diagnostiseringen. Och de idealen riskerar att bli överordnade hälsa, välbefinnande och harmoni i ett kapitalistiskt drivet samhälle.

Medicin kan vara det som gör det möjligt för en person med svår adhd att fungera i skolan eller arbetslivet och att leva det som idag räknas som ett normalt liv. När medicinen används av personer som inte har adhd så är syftet det motsatta: att nå prestationer eller upplevelser utöver det normala. Det är logiskt att en sådan strävan är stark hos många människor i ett konkurrensdrivet system och i en tid när prestationer dyrkas.

Läkemedelsindustrin och dess företrädare har inte tappat på den forskning som visar att adhd-medicinerna har en prestationshöjande effekt på personer som inte har adhd. Det kan tyckas märkligt, eftersom det skulle kunna ligga i företagets intresse att vidga marknaden. Men då skulle det krävas att narkotikaklassningen hävdes, något läkemedelsföretagen uppenbarligen inte bedömer som realistiskt. Därför ligger deras fokus på att tona ned farligheten hos preparaten, och då ingår det att kontra farhågorna för att det skulle finnas en illegal marknad. Sannolikt förklarar det varför studier som visar att medlen inte har effekt utanför patientgruppen<sup>302</sup> så pass ofta lyfts fram, trots att de är mindre vederhäftiga.<sup>303</sup>

Klockan har blivit fem i sju. För ett par timmar sedan provianterade jag med vatten, jordnötter och ett skivat äpple, men annars har jag inte lämnat skrivbordet sedan lunch. Jag är fortfarande osäker på om det är på grund av pillret – främst tror jag att jag drivs av en nyfikenhet som ger arbetslust. Men nu pausar jag för att mikra en linssoppa.

Efter middagen läser jag två kapitel i en bok om skolans syn



på funktionsnedsättningar och sammanfattar dem i några stycken. Sedan borde jag börja känna mig trött, för jag vaknade halv sju och har jobbat sedan före åtta, men jag har energi kvar. Så jag skriver en rad jobbmejl, men besinnar mig innan jag skickar dem – det verkar inte riktigt sunt att sitta och jobba en lördagskväll.

När jag till slut lägger mig har jag svårt att somna. Det slår mig att jag borde ha placebokontrollerat mitt lilla experiment. Jag kunde ha köpt en tablettask i en kiosk, skakat ut en godis, blundat och blandat med medicintabletten och så svalt den ena. Sedan kunde jag plåtat den andra – fortfarande utan att titta – för att ta den imorgon. Då hade jag haft lite bättre chans att få veta om metylfenidatet har någon effekt på mig eller om det är inbillningskraften som håller mig vaken.

## Alex: Mår jag skönt nu?

**Vi är tillbaka hos Alex** vid det vita matsalsbordet i den ljusblå villan. Hans lilla dotter och son kommer springande rakt in i pappas famn innan de ska iväg till mormor med sin mamma Jenny. En stund senare knackar Jenny på fönstret bakom Alex och ber honom komma ut och montera bilbarnstolen i bilen.

»Hon blev som en psykolog för mig«, säger han om vad Jenny betydde då när de träffades för åtta år sedan.

Jenny uppmanade alltså Alex att ta kontakt med psykvården för en adhd-utredning. Han fick träffa en psykolog som han fick förtroende för.

»Vi kunde prata, hon och jag. Jag kände ett lugn med henne.«

Men han förstod sig inte på testerna. Genom att lägga klossar i mönster under tidspress, snabbt urskilja små skillnader mellan två nästan identiska bilder eller rabbla USA:s presidenter bakåt i tiden skulle han visa hur stresstålig han var. Hans intryck var att resultatet var helt beroende av om man råkade ha en dålig dag eller inte.

Så fick Alex träffa en läkare som ställde diagnosen adhd och skrev ut medicin. Först den centralstimulerande Concerta i en svag dos.

Jag frågar om han berättade under utredningen att han hade använt amfetamin.

»Ja, det gjorde jag nog faktiskt«, säger han. »Jag tog upp att jag blev lugn när jag tog grejer, att det blev den effekten.

Då sa de att 'jo, det tyder på att du har adhd'. Men det är lite konstigt att de kan skriva ut medicin då.»

Ett antal år tidigare, under militärtjänsten, hade Alex haft hjärtproblem i form av förmaksflimmer, en oregelbundenhet i hjärtats rytm som gör att det inte kan pumpa ut blodet i kroppen så effektivt som det ska och därför slår snabbare. Den gången fick han evakueras från en fältövning och sedan fick han avbryta sin tjänst.

När han tog Concerta kände han något liknande. Han fick hjärtklappning och sämre blodcirkulation, han blev kall om händerna och näsan.

Läkaren sa att han skulle sänka dosen, men han fick inga klara instruktioner om exakt hur mycket.

»Jag visste inte vilken nivå jag skulle ligga på så jag testade mig fram: Mår jag skönt nu?«

Att det får gå till så är mest problematiskt för dem som har svår adhd, menar han.

»När det snurrar som ett ekorrhjul i huvudet är det guld värt att komma ifrån det, men det är svårt att veta var man ska ligga. Det står ju en maxdos på paketet, men den överskrider man lätt om man inte tycker att medicinen hjälper.«

Alex menar att det är alldeles för lätt att få stora mängder adhd-tabletter eller kapslar utskrivna.

»De skriver ut storpack av tabletter och sedan ska man reglera doseringen själv, istället för att ha en läkare som talar om hur många tabletter man ska ta.«

Jag invänder att läkaren så vitt jag vet alltid skriver en etikett som apoteket fäster på burken och där det står exakt hur patienten ska ta medicinen.

»Så här är det«, säger Alex. »Först får man den lägsta dosen i kanske två veckor. Sen får man ringa och säga att det inte ger den effekt man skulle vilja ha. Efter X antal veckor, när de har kollat blodtrycket, kan läkaren säga att man kan gå över det som står på förpackningen. För dem som har jättestark adhd

kan en högre dos vara det enda som hjälper. Men sen kommer du till ett skede där medicinen inte funkar längre, precis som med olagliga grejer. Då vill man höja dosen ännu mer.»

Framför allt är det riskfyllt för den som tidigare har missbrukat amfetamin, menar han.

»En som har testat grejer hela livet och får en hel karta utskriven med amfetaminliknande preparat tar gärna för mycket. Har du adhd och mår gott av tabletterna, då tar du flera och trippar på det. Du tar en till, för det tycker du att du fanimej är värd när du har mått så dåligt i flera år.»

Efter en tid flyttade Alex och Jenny och han bytte klinik. Då fick han också prova andra mediciner: Ritalin, Elvanse och Strattera, konstaterar han efter att ha kollat av med Jenny.

Det var problematiskt för Alex att ha de narkotikaklassade medicinerna hemma samtidigt som han hade kompisar som missbrukade amfetamin.

»Kompisar frågade om de inte kunde få köpa en karta. Aldrig, det var ju min medicin!«

Biverkningarna liknade varandra oavsett läkemedel: hjärtproblem men också magproblem och muntorrhet.

»Jag blev så torr i munnen så att jag inte kunde ha någon dialog med folk. Jag undvek rasterna på jobbet. Jag blev folkskygg.«

Han blev sjukskriven i flera månader, men genom företagshälsan på sin arbetsplats fick han terapi och lyckades komma tillbaka.

Samtidigt hade paret fått två barn inom loppet av ett par år. Barnen sov inte bra och Alex var sliten och trött.

»Då blev jag väldigt försiktig. Jag började fundera på om min kropp kanske inte behövde medicin för att må bra. Jag kände att jag inte skulle kunna titta mina barn i ögonen om jag började ta för mycket av någon medicin.«

Så han slutade med medicinen. Och fick som han ville: Något bra med livet.

# Reklamen

»**Peter, jag tror** att du har adhd«, säger barnpsykiatrikern. Han förklarar för Peter vad det innebär och att det finns hjälp att få: »Det finns t ex en medicin som kan hjälpa dig med koncentrationen både till vardags och i skolan.« Och så kastar han ett piller genom mottagningsrummet till Peter. Peter tar lyra, men hans förbluffade min antyder att han undrar om det verkligen ska gå till så här.

Serietidningen *Peter & ADHD* är inledningsvis en ganska klassisk adhd-berättelse. Den sprallige, rödhåriga lille Peter sitter i skolbänken och vickar av och an med huvudet medan blicken flackar bort från boken framför honom, han vänder sig till en kompis och frågar om ett teveprogram från kvällen före, han vänder sig till en annan kompis och ber att få låna något, och i nästa ruta tar han emot en utskällning av en gammal tjock skolfröken med små glasögon på näsan och grått hår i knut.

Fröken ringer Peters pappa. Att Peter har problem är välkänt för föräldrarna – han har svårt att somna på kvällarna, han glömmer äta frukost och han blir kallad »hypergrabb« av killarna i klassen.

Peters mamma tar med honom till en psykolog, men det stöd de får där hjälper inte. Istället får han komma till barnpsykiatrikern som bollar över medicinen, och det är då det blir förbluffande för den som känner till hur svårt det kan vara att medicinera rätt.

Peter sväljer pillret och nästa dag kommer han ihåg sin

frukost och börjar koncentrera sig i skolan. Fröken blir glad och kompisarna inser att han inte är hyper längre – »Du är egentligen ganska cool, Peter«, säger en av dem. I tidningens sista ruta syns hela familjen, Peter med mammas hand i håret, pappas hand på axeln och med en målarpensel i handen. »Vi är båda så stolta över dig«, säger mamman.<sup>304</sup>

Det finns rader av barnböcker och serietidningar om barn som har adhd. Några är riktig barnlitteratur med mer komplikationer än i denna, andra är marknadsföring, med eller utan tydliga avsändare. Serietidningen om Peter, och två liknande om andra barn som heter Hedda och Oscar, ingår i en reklamkampanj från läkemedelsbolaget Shire som tillverkar adhd-medicinerna Elvanse och Equasym för den svenska marknaden.

Internationellt är kommersiella barnböcker och serietidningar om sjukdomar en egen liten genre, framför allt framtagen av förlaget Medikidz. Förlaget, där läkemedelsbolag som Novartis har pumpat in stora pengar, har publicerat serietidningar om adhd och ett hundratal andra sjukdomar och diagnoser på trettio olika språk, dock inte svenska. I huvudrollerna finns superhjältar. Estetiken är hämtad från kommersiell tecknad film av det mindre konstnärliga laget.<sup>305</sup>

På baksidan av omslaget till *Peter & ADHD* skriver Shire: »Tidningen innehåller ingen information om de läkemedel som Shire eller andra läkemedelsföretag tillhandahåller inom området.« Formuleringen finns där eftersom det inte är tillåtet att marknadsföra receptbelagda läkemedel till allmänheten. Mediciner får inte nämnas, inte ens indirekt.<sup>306</sup>

Ändå handlar serietidningen om medicin. Det visar hur halt och svärgripbart hela ämnet marknadsföring av adhd-medicin är. Här är det bara ytterst lite som formellt är tillåtet, men häpnadsväckande mycket som i praktiken är möjligt.

Reklam för adhd-medicin har en lång historia, Novartis har sextio års erfarenhet av att marknadsföra Ritalin i USA. Från

femtioalet och in på sjuttioalet användes medicinen mot kronisk trötthet och depressioner hos framför allt kvinnor. Annonserna riktade sig till läkare och fanns mest i branschtidningar. En typisk reklambild visade en kvinna som hade säckat ihop över sin dammsugare och stirrade vädjande rakt in i kameran.<sup>307</sup>

Texterna var noga med att beskriva Ritalin som snällt och skonsamt mot den sköra patientgruppen.<sup>308</sup> Den imagen kom väl till pass när medicinen i början av sjuttioalet skulle lanseras för en annan känslig grupp, de som då kallades MBD-barn (*minimal brain dysfunction*).<sup>309</sup> I en typisk annons fanns två bilder av en pojke i tioårsåldern sittande i en skolbänk med en bok framför sig. På den första bilden vevade han med handen över huvudet och hade munnen öppen som i ett vrål, på den andra satt han stilla och läste.<sup>310</sup> Före och efter, glasklart, precis som i serietidningen om Peter.

Från och med år 1980, då nyliberalismen slog igenom i USA genom president Ronald Reagan, stärkte läkemedelsbolagen sin makt med hjälp av intensiv lobbying – i praktiken svängdörrar istället för brandväggar mellan politiken och industrin. Lättnader i reglerna kring läkemedelsindustrins verksamhet medverkade till att flerdubbla dess andel av USA:s BNP under åren 1980–2000.<sup>311</sup>

Bolagen började också lägga allt mer pengar på reklam i olika former. Som Marcia Angell visar i sin bok *The Truth About Drug Companies* så satsar industrin avsevärt mer på marknadsföring än på forskning och utveckling, trots att det är de senare investeringarna som bolagen stolt lyfter fram.<sup>312</sup>

Under nittiotalet började målgruppen för reklam för adhd-medicin förskjutas från läkare till föräldrar. Den amerikanska motsvarigheten till Socialstyrelsen, Food and Drug Administration, lättade gradvis på restriktionerna mot läkemedelsreklam riktad till allmänheten och i slutet av nittiotalet blev det fritt fram även för tillverkare av narkotikaklassad medicin att

vända sig till konsumenterna.<sup>313</sup> Bland de första på banan var Concertas dåvarande tillverkare Alza, som marknadsförde adhd-diagnosen i amerikanska damtidningar och även i teve.<sup>314</sup>

Det var vanligt att medicinerna inte nämndes, istället uppmanades läsaren att tala med sin läkare eller ringa ett gratisnummer för att få »information om den senaste behandlingen«.<sup>315</sup> Så, 2001, började läkemedelsföretaget Cell-Tech annonsera sin adhd-medicin Metadate. Samtidigt lanserade bolaget en tecknad superhjärte, Metaman, som skulle gripa in och hjälpa barn att lugna sig.<sup>316</sup> Snart fanns annonserna i stora damtidningar som People och Good Housekeeping.<sup>317</sup>

Idag är de vanligaste bilderna i amerikanska annonser tagna i skolmiljö, gärna av en pojke med pennan i högsta hugg. Familjen, åtminstone mamman, finns också ofta med, kanske genom att hennes kärleksfulla röst hörs, till exempel i annonsen med texten »tack för att du tog ut soporna«.<sup>318</sup> Ibland möts skolan och familjekärleken i reklamen, som i annonsen för Adderall med texten »skolarbete som matchar hans intelligens«, där sonen kramar sin mamma med ett betyg, B+, i handen.<sup>319</sup>

Marknadsföring av medicin regleras i Sverige av läkemedelslagen och i Läkemedelsverkets föreskrifter, som båda har sin grund i EU-direktiv. Enligt lagen och föreskrifterna är det tillåtet att inom vissa ramar marknadsföra godkänd medicin mot den vårdpersonal som har rätt att skriva ut den, alltså i fallet med adhd-medicin en begränsad grupp specialistläkare.<sup>320</sup>

Alla andra personer räknas som allmänhet, och för marknadsföring mot dem är reglerna hårdare. Mot barn får medicin aldrig marknadsföras, inte ens om den är receptfri. Mot den vuxna allmänheten får receptfri medicin marknadsföras och även vaccin, men ingen annan medicin. Det betyder, enkelt översatt, att all medicinreklam till allmänheten är förbju-



den utom den för hostmedicin, värktabletter, influensavaccin och liknande.

I praktiken är det mer komplicerat än så. I Läkemedelsverkets föreskrifter anges några undantag. Ett är särskilt intressant: som marknadsföring räknas inte information om människors hälsa och sjukdomar, »förutsatt att ingen hänvisning, ens indirekt, görs till läkemedel«. Det betyder att det är tillåtet att sprida material som presenterar en sjukdom, bara man inte berättar om medicinen. Och detta är avgörande, ska det visa sig.

Tidningen om Peter vänder sig till barn och där förekommer ju läkemedel, så hur kan den få distribueras? Jag försöker ställa frågan till Läkemedelsverket, men får till svar att man inte kan kommentera enskilda fall. Enda sättet att få svar är att anmäla tidningen till verkets kontrollsystem. Så då gör jag det.

Branschorganisationen Läkemedelsindustriföreningen har sitt eget regelverk, som är snarlikt det statliga men mer precist formulerat, och sitt eget kontrollsystem. Inte heller föreningen vill kommentera serietidningen, så jag anmäler den även dit.

Att marknadsföra en sjukdom kallas alltså inom medicinindustrin för att skapa *disease awareness*, sjukdomsmedvetenhet, och är en klassisk metod för att expandera marknaden för ett läkemedel. Målgruppen för en medicin kan tyckas begränsad till ett visst antal sjuka personer, men det är en villfarelse, menar bolagen – genom att få fler att identifiera sig som möjliga patienter kan man få marknaden att växa.

I jämförelse med att ta fram en helt ny medicin är satsningar på *disease awareness* en kostnadseffektiv metod för läkemedelsindustrin. Gert Helgesson, professor i medicinsk etik, säger att ett bolag som kan göra marknaden för en viss medicin fyra-fem gånger större – vilket har gjorts med adhd

– kan tjäna lika mycket som man skulle göra på fyra-fem nya mediciner, men till oerhört mycket mindre kostnad.

Den snåriga lagstiftningen har skapat ett hysch-hysch kring reklamen, som till exempel när jag försökte nappa åt mig några broschyrer från Shire på Cerebs konferens. Hemlighetsmakeriet gör att det känns privilegierat när jag i Kungliga bibliotekets specialläsesal får hämta ut låda efter låda med läkemedelsmarknadsföring. Som om jag får tillgång till ett låst valv inne på något av bolagens huvudkontor.

Jag har beställt fram all marknadsföring tryckt i Sverige av fyra stora tillverkare av adhd-medicin. Förutom Shire som tillverkar bland annat Elvanse är det Novartis som tillverkar Ritalin, Janssen som tillverkar Concerta och Eli Lilly som tillverkar Strattera. Det blir totalt ett femtontal kartonger av olika format, anpassade efter trycksakernas storlek: stora tunga lådor för A4-broschyrer och mer behändiga boxar för mindre foldrar, brev och kort. Medan forskare med vita handskar bläddrar i månghundraåriga läderinbundna skrifter eller i brev till Axel Oxenstierna viker jag undan papper om fotsvamp på jakt efter reklam för adhd-medicin.

Tanken med de allra flesta broschyrer är av allt att döma att de ska skickas till psykiatriska mottagningar. Vad som händer med dem där är oklart – på en del ställen går de i pappersinsamlingen, på andra delas de ut till föräldrar vars barn utreds för adhd, och på ytterligare andra ställen ligger de, som jag själv har sett hos Cereb, i väntrummet.

Serietidningarna från Shire sticker ut, de är just så färgsprakande som serier ska vara. I annat material ligger tonvikten på forskning; man anar vetenskapsmannens vakande blick över axeln på copywritern. Något som i sig är verksamt – som marknadsföringsgurun Robert Cialdini har visat så är reklam maskerad som vetenskap effektiv, det är därför varuhusens sminkförsäljare klär sig som läkare.<sup>321</sup>

Den första medicinen som godkändes i Sverige var Con-

certa 2002, men jag hittar reklam från tillverkaren Janssen först några år senare. Broschyren »ADHD – när vardagen är kaos« berättar om svårigheterna och om att hjälp finns att få. En åttaårig pojke som får medicin och behandling citeras om skillnaden mellan före och efter: »Alla andra är mycket snällare!«<sup>322</sup> I denna broschyr nämns inte Concerta, men en annan skrift riktad till föräldrar talar klarspråk: »Concerta ger barnet möjlighet att utnyttja hela sin potential«.<sup>323</sup>

Ritalin godkändes 2005. Tillverkaren Novartis tar upp jakten på Concerta med hjälp av flera trycksaker som marknadsför själva diagnosen.<sup>324</sup> I »En liten bok om ADHD« heter det att syftet med skriften är »att besvara några av de frågor som många föräldrar brukar ha«.<sup>325</sup> Det är alltså ingen tvekan om att skriften vänder sig till föräldrar.

Läkemedel nämns först på sidan 21. Skribenten – oklart vem, men som faktagranskare står barnläkaren och forskaren Björn Kadesjö – berättar att olika behandlingar finns, bland dem flera läkemedel varav »det mest använda är det centralstimulerande medlet metylfenidat«.<sup>326</sup> Något produktnamn nämns inte, men metylfenidat råkar vara den verksamma substansen i Ritalin. Det är svårt att tolka det som annat än en åtminstone indirekt hänvisning, vilket alltså ska vara förbjudet.

När uppstickaren Stratterra ska lanseras som ett alternativ till metylfenidaten lyfts den fram mer offensivt av tillverkaren Eli Lilly. I materialet riktat till föräldrar är tilltalet »du«. När behandlingen presenteras nämns läkemedel först.<sup>327</sup>

Lanseringen av vuxen-adhd är ett skolexempel på marknadsexpansion. Författaren och New York Times-journalisten Alan Schwarz har beskrivit hur Eli Lilly och Shire hetsade varandra i konkurrensen om en närmast oändligt stor jungfrulig marknad. Shire var särskilt offensivt eftersom patentet på Adderall, en storsäljare i USA, var på väg att löpa ut. Bola-

get arbetade fram ett nytt recept och kunde ta patent på en ny medicin som man i USA kallade Vyvanse.<sup>328</sup> I bland annat Sverige skulle den komma att säljas under namnet Elvanse.

Lanseringen gjordes genom att man kontrakterade läkare som skrev marknadsföringsmaterial och genom att man kryddade annonser med referenser till forskning som bolaget självt hade beställt och betalat.<sup>329</sup> Shire kontrakterade också flera amerikanska kändisar och fick dem att i teve berätta om hur de, tack vare medicin, levde ett framgångsrikt liv med adhd.<sup>330</sup>

I den kanske mest offensiva satsningen körde Shire under två somrar runt ett traktorslöp med testinstrument till olika sommarmarknader. 100 000 besökare testades för adhd och ordet marknadsexpansion fick en dubbelbottnad betydelse.<sup>331</sup>

I dessa satsningar ingår också skrämselkampanjer. Bolagen lyfter med hjälp av statistik och forskning fram riskerna med omedicinerad adhd. I Sverige använde Shire den metoden i en annons i en bilaga till Svenska Dagbladet 2016, där risken att dö i förtid på grund av obehandlad adhd betonades.<sup>332</sup> Andra risker som har tagits upp i reklam handlar för barn om att tvingas gå om en årskurs i skolan eller helt hoppa av. För vuxna kan det vara skilsmässa eller kriminalitet.<sup>333</sup>

Skrämselkampanjerna matchas ibland med kampanjer som marknadsför fördelarna med adhd. Det kan låta motsägelsefullt, men logiken är att obehandlad adhd är en riskfaktor medan behandlad är en tillgång. Skillnaden är medicinen.

Vuxna är alltså en viktig målgrupp även i Sverige. Den första medicinen som godkändes för att ges till tidigare obehandlade vuxna var Strattera 2013.<sup>334 335</sup> Men det finns en hel del marknadsföring riktad till vuxna innan dess. I en broschyr om Strattera möter vi redan 2009 en pappa med adhd, faktiskt samma fotomodell som är deprimerad i ett reklammaterial för antidepressiva läkemedel i samma kartong på Kungliga biblioteket. Nu har han ett jobbmöte med koncentrerad blick

och en viktig pärm i famnen, han hämtar barn på förskolan, han spelar innebandy, han läser böcker för sina barn och ser sammanbiten ut när hans dotter och hennes kompis stimmar vid matbordet.<sup>336</sup>

När så ämnet läkemedel presenteras poängterar Eli Lilly att Strattera är den första adhd-medicinen som inte är narkotikaklassad. »Eventuella biverkningar är vanligtvis milda och övergående«,<sup>337</sup> heter det, vilket är något helt annat än man kan läsa i FASS.

Ett annat exempel är Novartis broschyr »ADHD hos ungdomar och vuxna« som också beskriver vuxen-adhd redan 2009. När frågan om läkemedel tas upp där förklarar Novartis att kunskapen om hur metylfenidat fungerar bygger på studier gjorda på barn men att det finns forskning som »talar för att behandling med metylfenidat har god effekt även hos vuxna«.

Det är tydligt att bolagen har flera motiv: Dels vill man få ungdomar som medicinerar att fortsätta med det, dels vill man få vuxna som ännu inte har en diagnos att inse att en sådan är möjlig. När Strattera och Ritalin så småningom godkänns för vuxna står målgruppen där och stampar, resonerar företagen sannolikt.

Hur går marknadsföringen av vuxen-adhd ihop med lagstiftningen som säger att bara reklam för godkänd medicin är tillåten och då bara till de läkare som skriver ut medicinen? Inte heller den frågan kan jag få svar på från vare sig Läkemedelsverket eller Läkemedelsindustriföreningen, så jag anmäler både Novartis och Eli Lillys broschyrer till deras granskningssystem.

Så långt pappersreklamen, men stora satsningar görs naturligtvis också på internet. När jag googlar frasen »vad är adhd?« får jag bland de tio första träffarna tre hos läkemedelsbolag som marknadsför adhd-medicin, bland dem levamedadhd.se, som drivs av Janssen, och adhd24.se, som drivs av Novartis.

Hur effektiv är marknadsföringen av mediciner? En stor metastudie av läkemedelsreklamens effekt i USA och Nya Zeeland – de enda två länder där det är tillåtet att rikta sådan reklam direkt till konsumenter – visar att den leder till ökad efterfrågan på medicinerna, ökad utskrivning och ändrat utskrivningsmönster från billigare till dyrare mediciner. Forskaren Barbara Mintzes noterar att läkemedelsbolagen hävdar att detta är till fördel för patienterna, som får snabbare tillgång till mer och bättre medicin, men sådana argument avfärdar hon – mer medicin är inte nödvändigtvis bättre.<sup>338</sup>

Mintzes noterar också att konsumentreklam för specifika mediciner är förbjuden i nästan hela världen: »Maskerade annonser, utan märkesnamn, i syfte att marknadsföra särskilda receptbelagda mediciner är trots detta vanliga, och tillämpningen av lagarna är ofta otillräcklig«, skriver hon.<sup>339</sup>

Det låter som om det är Sverige hon har studerat.

I väntan på utlåtanden från Läkemedelsverket om de exempel som jag har anmält så tittar jag på hur myndigheten har bedömt liknande fall tidigare. Det är ganska snabbt gjort. I verkets diarium hittar jag bara ett tiotal granskningar sedan den första adhd-medicinen kom 2002. Tre av dem, bland dem Shires annons i bilagan till Svenska Dagbladet, leder till att verket som det heter ber om ett »yttrande« från bolagen. I alla tre fallen lovar då bolagen – Shire plus Eli Lilly och Janssen – att dra in den kritiserade reklamen, varpå verket avskriver ärendena.<sup>340</sup>

Bolagen testar gränserna: Aj då, här smällde det till, då gör vi en liten taktisk reträtt.

Skulle bolagen insistera på att fortsätta lansera medicin med hjälp av kritiserad reklam så har verket enligt lag en möjlighet att besluta om vite, alltså böter. Har det hänt? frågar jag Läkemedelsverkets ansvarige tjänsteman Anders Ullerås. Nej, svarar han, inte så vitt han vet.

När lagen förbjuder »marknadsföring« av receptbelagda läkemedel till »allmänheten«, så blir det avgörande att reda ut vad som menas med de begreppen. Jag vill göra det i en intervju med Anders Ullerås, men han insisterar på att svara via mejl.

Begreppet »allmänhet« är det minst komplicerade av de båda. Här hänvisar Ullerås till en proposition där det framgår att även en begränsad krets, till exempel patientorganisationer eller forskare, räknas som allmänhet och att marknadsföring riktad till dem därför är förbjuden.<sup>341</sup> Ullerås skriver att man ur denna formulering kan hämta vägledning för vad som gäller för marknadsföring riktad till exempelvis elevhälso-personal. Förbjudet, alltså.

Vad som avses med »marknadsföring« är en svårare fråga. Av Ullerås svar framgår att begreppet går att härleda till EU:s humanläkemedelsdirektiv, vars bestämmelser tolkas av EU-domstolen. I en särskilt viktig dom slår domstolen fast vad som skiljer marknadsföring från information: syftet. Marknadsföring är information som »syftar till att främja förskrivning, leverans, försäljning eller konsumtion av läkemedel«.<sup>342</sup>

Så hur avgör man om det är syftet? Inte räcker det, som man skulle kunna tro, med att utreda om materialet har lett till ökad försäljning – även material som inte klassas som marknadsföring kan råka bidra till det.<sup>343</sup> Istället används ett omvänt resonemang som utgår från vad som inte är marknadsföring. Och det är, enligt en annan dom som Ullerås refererar till, material där »ingen hänvisning, ens indirekt, görs till läkemedel«.<sup>344</sup>

Det är formuleringen i denna dom som har överförts till Läkemedelsverkets föreskrifter.

»Gränsen mellan information och reklam är dock oskarp«, skriver Anders Ullerås.

Ja, så mycket är tydligt.

Läkemedelsindustriföreningens granskningsinstanser kan besluta om straffavgift om ett medlemsföretag bryter mot regelverket.<sup>345</sup> Bara åtta fall som gäller adhd-medicin har tagits upp under årens lopp. I två av dessa har bolag fällts, i övriga fall har de friats.<sup>346</sup>

Föreningen beslutar att ta upp de två broschyrer om adhd hos vuxna som jag har anmält, en där Eli Lilly marknadsförde vuxen-adhd och en där Novartis marknadsförde Ritalin, båda flera år innan medicinerna var godkända.

Företagen får yttra sig. Novartis svarar att broschyrerna inte utgör något lagbrott eftersom det redan innan medicinen var godkänd för vuxna fanns en möjlighet för läkare att lagligt fortsätta att skriva ut adhd-medicin till personer som hade medicinerats innan de fyllde 18 år.<sup>347</sup> Läkemedelsindustriföreningens första instans instämmer och avslår min anmälan. Jag överklagar till den högre instansen. Novartis kompletterar då sitt svar med att marknadsföringen är gammal och att fallet borde vara preskriberat. Den högre instansen instämmer och avvisar anmälan.

Också Eli Lilly hänvisar till att fallet borde vara preskriberat. Läkemedelsindustriföreningen instämmer, via sin högsta granskningsinstans, i detta och lägger till att broschyren är stämplad av Kungliga Biblioteket och alltså är hämtad där, vilket inte bevisar att den någonsin har använts. Beslutet blir därför att också denna anmälan avvisas.

Även fallet *Peter & ADHD* tas upp av Läkemedelsindustriföreningen. Shire svarar föreningens första instans att tidningen utgör information, inte marknadsföring, och att den för övrigt är slut på lagret sedan över ett år och inte ska tryckas igen.<sup>348</sup> Föreningen avskriver då ärendet, men jag överklagar. Shire upprepar sitt svar men i ett längre och mer irriterat brev.<sup>349</sup>

Föreningen betonar i sitt slutgiltiga besked »vikten av att informationsmaterial som utgör tillåtna hjälpmedel är balanserade i sin utformning och på ett adekvat sätt beskriver



både nyttan och eventuella biverkningar«. Trots denna underförstådda anmärkning beslutar den högre instansen att fastställa det tidigare beslutet och fria Shire.<sup>350</sup>

Läkemedelsverket gör det enklare för sig än Läkemedelsindustriföreningen. Verkets utredare buntar ihop mina anmälningar till en och svarar helt kort: »Läkemedelsverket har för närvarande inte vidtagit några åtgärder.« Det betyder, förstår jag när jag frågar, att verket har bedömt att reklamen inte strider mot några lagar eller föreskrifter. Även serietidningen om Peter är alltså okej. När jag ber om de handlingar som ligger till grund för beslutet svarar utredaren att några sådana handlingar inte finns.<sup>351</sup>

Några månader senare åker jag iväg på Essencekonferensen om psykiatriska diagnoser i Göteborg. Serietidningen om Peter finns inte i Shires monter. Men de snarlika tidningarna om Hedda och Oscar ligger där.

Att en flod av marknadsföring får fortsätta att välla ut från läkemedelsbolagen, och i många fall även styras mot allmänheten, kan verka obegripligt – det ska ju vara förbjudet. Men förbud är alltså ett urvattnat begrepp här. En stor del av materialet kommer undan genom att presenteras inte som reklam utan som information. Det går enkelt om bolagen inte nämner orden läkemedel eller medicin eller några produktnamn. Och det går faktiskt enkelt även om sådant nämns, eftersom det inte finns någon instans som förhandsgranskar materialet.

Reklam blir förbjuden bara om den anmäls och fälls. Och anmälningarna mot reklam för adhd-medicin är få, i genomsnitt någon enstaka per år. De allra flesta fall frias, efter granskningar som framstår som ytliga. I Läkemedelsverkets fall tycks granskningarna rent av stå i strid med förvaltningslagen, eftersom underlagen till besluten i de friade fallen inte dokumenteras.<sup>352</sup>

De få fall som föranleder kritik ger inga kännbara konsekvenser. Kommer kritiken från Läkemedelsverket så har den

av allt att döma aldrig lett till några repressalier – bolaget bara backar och problemet är löst. Kommer kritiken från Läkemedelsindustriföreningen har den i några fall lett till böter, men det är i sammanhanget inga stora summor. Bolaget betalar och problemet är även då ur världen.

Eftersom förbudet mot att marknadsföra medicin mot allmänheten inte övervakas så finns det i praktiken inte. Marknadsföringen har fått en frizon att utspelas i.

Ännu friare är den marknadsföring som riktas mot läkare.

# Läkarna

**En tisdag** i början av februari 2014 bjöd läkemedelsbolaget Shire in till kickstart på Clarion Hotel nära Centralen i Stockholm. Den nya adhd-medicinen Elvanse hade godkänts för barn i Sverige året innan och skulle nu snart godkännas för vuxna. Över Norra Bantorget utanför hotellentrén kilade en frusen sydostlig vind längs väggarna, men inne på hotellet – ett av stadens största och mest spektakulära, ritat av landets mest högprofilerade arkitekt – var det varmt och gott, möblerat med designmöbler och pyntat med glas, metall och fontäner. De deltagande barn- och ungdomspsykiatrikerna måste ha skyndat in.

Inbjudan till konferensen hade gått ut till en stor grupp läkare runt om i Sverige, med ett konferensprogram som omfattade hela dagen från morgonkaffe till middag. På programmet stod en rad föreläsningar om Elvanse, men också ett par mer allmänna punkter, till exempel »Strategier i vardagen för barn och ungdomar med ADHD«. Shire bjöd på allt och erbjöd sig också att betala häften av kostnaden för resan till konferensen.<sup>353</sup>

Under de följande två åren välkomnade Shire psykiatriker till många liknande arrangemang, till exempel i London, Umeå, Varberg, Nacka, på flera platser i Stockholm, i Göteborg och i Malmö. En del av konferenserna var inriktade på behandling av barn, andra på behandling av vuxna. Shire bjöd på föreläsningar och måltider.<sup>354</sup>

Vad är detta för typ av konferenser? Shire kallar de flesta av dem antingen för »kurs«, »utbildning« eller »vetenskapligt symposium med produktinformation«. Men den första

konferensen presenteras som »startskottet för lanseringen av Elvanse« och det är huvudet på spiken. Detta är inte kurs eller utbildning eller vetenskap, det är lansering.

En deltagare, en psykiatriker som arbetar med ungdomar och vuxna, berättar att hon anmälde sig till en av konferenserna eftersom hon ville veta mer om den nya medicinen.

»Jag ville höra vad de hade att säga. De kan ändå sitt preparat. Men man måste ha i tankarna att de vill tjäna pengar.«

»Var de andra deltagarna lika skeptiska?« frågar jag.

»Nej, det var en allmänt positiv inställning.«

Psykiatrikern säger att konferensen inte ledde till att hon började skriva ut Elvanse till sina patienter. Hon arbetar med personer som har ett narkotikaberoende och hennes bedömning är att Elvanse är uteslutet för dem eftersom det är ett amfetaminpreparat.

Men generellt gäller att många läkare ökar sin utskrivning efter den här typen av marknadsföringssatsningar. En amerikansk studie visar att läkare som blir bjudna bara på en enda måltid av ett läkemedelsbolag blir avsevärt mer benägna att skriva ut den medicin som bolaget säljer istället för andra med samma effekt. Benägenheten ökar om läkaren bjuds på fler eller dyrare måltider.<sup>355</sup>

Moderator vid en del av konferenserna om Elvanse var Henrik Pelling, då överläkare i barn- och ungdomspsykiatri på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Han stod också, med sin mejladress på sjukhuset, som kontaktperson för ett pressmeddelande som Shire skickade ut om Elvanse.<sup>356</sup>

Henrik Pellings namn känner jag igen. Han har under många år varit barn- och ungdomspsykiatriker på Gotland med ansvar för adhd-utredningar och behandlingar där.<sup>357</sup> Under dessa år sköt utskrivningen av adhd-medicin i höjden på ön på ett slående sätt.<sup>358</sup>

Henrik Pelling är numera pensionär, men han jobbar fort-

farande en vecka i månaden på Gotland. När jag når honom på telefon är han ute och rastar hunden i kohagarna på östra delen av ön.

Jag ber honom att berätta om sitt samarbete med Shire.

»Det var när de skulle introducera Elvanse i Europa. Det är ett framsteg som preparat. Det är väldigt mycket mindre dos som behövs för att få rätt effekt, och därför är det inte aktuellt för narkomaner att kasta i sig det. Amfetaminet frigörs så långsamt så det blir ingen kick«, säger han.

Sedan förklarar han hur han ser på introduktionen av Elvanse i Europa. Han menar att eftersom Elvanse redan hade tagit över en så stor del av marknaden i Kanada och USA så hade det prövats tillräckligt, och det var egentligen onödigt – »helt absurt« – att europeiska läkemedelsmyndigheter krävde att studier gjordes även i Europa.

Ändå gjordes forskning. Den studie Henrik Pelling lyfter fram är gjord av Mats Johnson, barnpsykiatriker i Göteborg. Jag tycker mig minnas den studien och frågar: »Den är väl betald av Shire?«

»Ja, just det.«

»Du tycker ändå att den är legitim?«

»Absolut. Den följer ju alla regler. Det är ju ingen fuskforskning. Vi skulle inte ha några läkemedel om det inte var industrin som bekostade dem. Det är ju inget specifikt för just det här, utan det gäller ju alla cancerläkemedel också.«

Jag återvänder till min ursprungliga fråga om Henrik Pelling's samarbete med Shire.

»De bjöd in mig på ett par möten där jag fick information om vad som var gjort i USA och den forskning som fanns. Och så fick jag vara med på deras lanseringssymposier.«

»Då var du fortfarande anställd på Akademiska sjukhuset och du arbetade även på Gotland. Hur fick du ihop det?«

Just då sticker Henrik Pelling's hund iväg och jagar kor, men när han har fått stopp på jycken svarar han:

»Jag skäms inte för att jag sprider kunskap om det som är bra.«

»Du tycker inte att du som läkare på en klinik borde vara objektiv?«

»Jag presenterade den forskning som finns. Och dessutom är det så att en del mediciner fungerar bättre för en del och andra mediciner fungerar bättre för andra. Och då var det här en ny grej.«

Och så tillägger han att en fördel är att Elvanse har mindre biverkningar än metylfenidat. Jag försöker då berätta om några av de personer som jag har träffat och som har upplevt svåra biverkningar av just Elvanse, men det jag säger blåser bort i de gotländska vindarna. Vi får avsluta samtalet.

Redan innan Henrik Pelling och Shire bjöd svenska läkare på konferenser hade bolaget krattat marknaden på andra sätt. Så snart Läkemedelsverket godkänt Elvanse skickade man ut erbjudanden om så kallade informationsbesök till läkare.<sup>359</sup> Ett sådant besök innebär att en säljare kommer till läkarmottagningen och presenterar medicinen. En del utskick var illustrerade med bilder av en självsäkert leende pojke på en mountainbike, andra med foton på en flicka med samma leende.<sup>360</sup> Samtidigt erbjöd man också läkarna att beställa så många exemplar de ville av serietidningarna om Peter och Hedda.

Och det var inte bara läkare som stod i fokus. »Bäste informationsapotekare«, börjar ett blad där det berättas att det nu är klart att Elvanse ska subventioneras inom ramen för högkostnadsskyddet.<sup>361</sup>

De samordnade kampanjerna blev en succé. Försäljningen av Elvanse rusade i höjden, så att drygt 37 000 svenskar åter medicinen 2017.<sup>362</sup>

Jag skulle gärna vilja höra Shires företrädare själva berätta hur de har jobbat med sjukdomsmedvetenhet och om de ser någon risk att deras ansträngningar leder till överdiagnosti-

sering. Så jag mejlar och frågar. Företagets nordiska kommunikationschef Morten Pedersen svarar det jag redan vet, alltså att Shire har utvecklat en rad pedagogiska verktyg som sprids till vårdpersonal för att användas som information till personer som har fått en adhd-diagnos. På frågan om risken för överdiagnostisering svarar han inte.

I marknadsföringen riktad till vårdpersonal är tonen annorlunda än i det material som vänder sig till patienter. Presentationerna är mer vetenskapliga – ibland känns det som att läsa en biologibok – och samtidigt hårdare inriktade på konkurrens. Det handlar inte så mycket om att marknadsföra diagnosen adhd utan framför allt om att vinna marknadsandelar för ett visst preparat.

I broschyren »För en bättre dag« från 2006 lanserar Novartis de Ritalin-kapslar som nyligen godkänts i Sverige och som patienten bara behöver ta en gång om dagen. Fokuset är på hur mycket snabbare och effektivare Ritalin är än »annan metylfenidatbehandling med modifierad frisättning«, alltså konkurrenten Concerta.

Concertas tillverkare Janssen kontrar. I ett massutskick erbjuder sig bolagets produktspecialist, alltså säljare, att komma för att träffa »dig och dina kollegor« och »berätta mer om Concerta och tillsammans föra en dialog kring behandling av ADHD«.<sup>363</sup>

Läkarna får också brev från Eli Lilly. Bolaget lanserar den nya medicinen Strattera, med den verksamma substansen atomoxetin som ett alternativ till preparaten baserade på metylfenidat. Pär Svanborg, »leg läk, Med dr«, inleder sitt brev »Bästa kollega«. Han skriver sedan att »flera oberoende organ« framhåller både metylfenidat och atomoxetin som förstahandsval – trots att Läkemedelsverket rekommenderar endast metylfenidat i första hand.

Svanborg ber i sitt brev, skrivet i maj 2007, att läkarna ska

avstå från att pausa medicineringen med Stratterra under sommaren. Socialstyrelsen rekommenderar en sådan paus, för att ge familjen en chans att se hur barnet fungerar utan medicin, men Pär Svanborg varnar ändå för detta, bland annat eftersom det på sommaren ställs »större krav på att barnet ska fungera i sociala sammanhang«.

Novartis gör en speciell satsning för att uppmärksamma läkarna på flickor: »ADHD märks inte lika öppet hos tjejer«, skriver man och beskriver många flickors särskilda kamp för att hålla tillbaka alla känslor och impulser.<sup>364</sup> Bolaget erbjuder sig också att komma till kliniken och berätta mer om den skrift i serien Vilja som handlar om flickor.

År 2010 gör Eli Lilly en ny offensiv där man bland annat erbjuder läkarna att gratis beställa boken *Kära Gabriel* som den norska författaren Halfdan W Freihow har skrivit till sin son, diagnostiserad med både adhd och autism.<sup>365</sup> Freihow själv är inte tillfrågad. När jag mejlar honom Eli Lillys erbjudande blir han upprörd och svarar att han inte gillar att utnyttjas för att sälja in Stratterra: »Det är en medicin som jag inte har lust att fronta.«

I själva verket är kanske kampanjen ett misstag. Eli Lillys marknadsförare har sannolikt inte läst boken, för Gabriel mår så dåligt av biverkningarna av adhd-medicinen att han måste sluta äta den. De läkare som får boken från Eli Lilly och läser den får alltså sin bild av medicinering nyanserad.

Det är också vanligt att läkemedelsbolagen producerar ett så kallat samtalsstöd som läkaren ska ha framför sig under möten med patienten. I praktiken handlar det om ett färdigskrivet manus för dialogen. Det kan vara finurligt konstruerat och vikas upp för att ställas mellan läkare och patient, så att patienten ser bilder och diagram samtidigt som läkaren från sin sida av skrivbordet kan läsa de repliker som ger understöd till bilderna.

På läkarens sida av Eli Lillys samtalsstöd om Stratterra be-



rättas att adhd är en neurobiologisk funktionsstörning som orsakas av en obalans mellan vissa ämnen i hjärnan (miljöns betydelse nämns inte), att adhd kvarstår i vuxen ålder i 60 procent av fallen (istället för 50 som annars brukar nämnas) och att störningen finns hos 3,4 procent av alla vuxna (högre än vad som annars är vedertaget).<sup>366</sup>

I samtalsstödet finns inkännande repliker klara för läkaren att yttra: »Andra människor kanske inte förstår hur svårt det kan vara att leva med ADHD.« »Eftersom du har levt hela ditt liv med dessa svårigheter, kanske du inte ens är riktigt medveten om dem.« Med andra ord: du kan ha adhd utan att själv veta om det och utan att någon förstår dig.<sup>367</sup>

En annan viktig kanal för marknadsföring riktad till läkare är branschtidningar och vetenskapliga tidskrifter. Marcia Angell tar i sin bok *The Truth About Drug Companies* upp ett antal sådana fall som rör andra sjukdomar och mediciner. Ett aktuellt exempel som handlar om adhd är en artikel i en av de mest ansedda tidskrifterna, *The Lancet*, från 2017. Där gick världens adhd-etablissemang samman och publicerade en stor studie som sades visa att adhd beror på felfunktioner i hjärnan, inte på påverkan utifrån. Studien var finansierad med statliga amerikanska pengar, men de medverkande forskarnas obligatoriska redogörelser för sina relationer med olika läkemedelsföretag upptog en hel finstilt spalt. Forskarna hade anlitats av alla de stora tillverkarna av adhd-medicin för uppdrag som talare, konsulter eller medlemmar av expertgrupper (*advisory boards*), alternativt för att utföra specialbeställda studier.<sup>368</sup>

En förklaring till att ansedda tidskrifter publicerar studier som är framtagna under påverkan av läkemedelsindustrin kan vara att de behöver industrins annonspengar.<sup>369</sup>

I den svenska branschtidningen *Dagens Medicin* har det mest offensiva av bolagen, Shire, annonserat vid ett antal tillfällen i samband med sina kampanjer. Produkterna – Elvanse

för barn och vuxna och den nyare medicinen Intuniv för barn – har presenterats med namn och logga i varje annons.<sup>370</sup>

Dagens Medicin vänder sig brett till vårdpersonal och har en upplaga på 94 000 exemplar, medan antalet läkare som har rätt att skriva ut adhd-medicin är ungefär 2 500.<sup>371</sup> Shires annonser vänder sig alltså till många andra än förskrivande läkare och borde därför, enligt Läkemedelsverkets föreskrifter, inte vara tillåtna.<sup>372</sup>

Jag anmäler även Shires annonser i Dagens Medicin till Läkemedelsverket och Läkemedelsindustriföreningen. Från föreningen får jag svar med vändande mejl att anmälan är uppenbart ogrundad eftersom Dagens Medicin vänder sig till vårdpersonal. Föreningen hänvisar till sina egna riktlinjer, som på denna punkt är mindre strikta än Läkemedelsverkets föreskrifter. Från verket dröjer beskedet, men till slut bestämmer man sig för att annonserna inte strider mot lagar och regler.

Bolagens marknadsföring av adhd-medicin mot läkare har i några fall prickats av Läkemedelsindustriföreningens granskningsinstanser. Shire har fällts för en annons i Dagens Medicin där det inte tillräckligt tydligt framgick att medicinen är narkotikaklassad.<sup>373</sup> Föreningens granskare beslutade att Shire skulle betala 40 000 kronor i straffavgift. Och Novartis har fällts för en broschyr där det stod att Ritalin hade »snabbare effekt« – snabbare än vad, undrade konkurrenten Janssen i sin anmälan. Granskarna instämde och beslutade att Novartis skulle betala en straffavgift på 80 000 kronor.<sup>374</sup>

Dessa belopp är kaffepengar jämfört med de enorma bötesbelopp för brott mot marknadsföringslagarna som nästan alla tillverkare av psykofarmaka har dragit på sig i USA. Allen Frances, den ansvarige för diagnosmanualen DSM:s fjärde upplaga, menar att även de kostnaderna är enkla för bolagen

att ta igen i ökade intäkter. I själva verket, skriver han, är böteskostnaderna utgifter som bolagen kalkylerar med för att kunna sätta sig över lagen.<sup>375</sup>

## Experterna

**Två av världens** mest inflytelserika adhd-experter är amerikanerna Joseph Biederman och Russell Barkley. Biederman & Barkley låter som ett radarpar, Dupont & Dupond, men av allt att döma är de, trots samma syn på adhd, inte vänner utan snarare konkurrenter i adhd-branschen.

Biederman och Barkley är vad man i branschen kallar *key opinion leaders*, nyckelopinionsbildare. Det betyder att de är experter som hyr ut sin auktoritet och trovärdighet till läkemedelsbolagen. I kraft av sin ställning kan de få genomslag i massmedierna och därmed driva opinionen i den riktning bolagen vill. Det är mer effektivt än om samma budskap kommer direkt från medicintillverkarna.<sup>376</sup>

Joseph Biederman är ursprungligen läkare. Han är professor i psykiatri vid Harvard, expert på adhd hos barn och ungdomar och forskningsledare för många av de studier som läkemedelsbolagen gärna citerar. År 2008 avslöjade en parlamentarisk amerikansk utredning att många av dessa studier hade finansierats av bolagen. Under åren 2000–2007 hade Biederman dessutom tagit emot sammanlagt 1,6 miljoner dollar i föreläsar- och konsultarvoden från ett antal olika bolag.<sup>377</sup>

Biederman förnekade att dessa pengar skulle ha påverkat hans forskning, men New York Times har visat att budskapen i hans studier är samstämmiga: Adhd är underdiagnostiserat, centralstimulantia innebär inga risker och omedicinerad adhd ökar risken för misslyckande i skolan, drogmissbruk, bilolyckor och kriminalitet.<sup>378 379</sup>

Russell Barkley är psykolog och professor i psykiatri vid Medical University of South Carolina. Han har skrivit ett femtontal böcker riktade till allmänheten (två av dem översatta till svenska), han har hållit över 700 föredrag i ett stort antal länder och han ger ut ett nyhetsbrev om adhd-forskning med mottagare världen över. Han har haft genomslag i Sverige, bland annat var han huvudtalare på den svenska intresseorganisationen Attentions första rikskonferens 2004.<sup>380</sup>

Barkleys budskap är detsamma som Biedermans: Adhd är en biologiskt betingad störning som inte går att bota men som går att behandla, genom anpassningar i vardagen och genom medicin. Den som inte behandlas löper stor risk att misslyckas med sin skolgång och som vuxen i yrkeslivet, i sina relationer och som bilförare.<sup>381</sup>

Samtidigt som Barkley har hamrat in denna syn på adhd i världens medvetande har han hela tiden haft arvoderade uppdrag för alla de stora tillverkarna av adhd-medicin. Hans intäkter från läkemedelsbolag står enligt New York Times-journalisten Alan Schwarz för ungefär en tredjedel av hans totala inkomst.<sup>382</sup>

Russell Barkley var också mannen bakom det så kallade konsensusuttalande om adhd som en stor grupp forskare gjorde 2002. Uttalandet gav sig ut för att sammanfatta den etablerade forskningens kunskapsläge om adhd, men var också ett svavelosande angrepp på massmedier och »bluffläkare« som ifrågasatte adhd.<sup>383</sup>

Undertecknarna skriver att »forskning tyder på att mindre än hälften av alla som har adhd får behandling».<sup>384</sup> Det är ett intressant utspel, så här i backspegeln. Om hälften av alla personer med adhd var obehandlade 2002 så är problemet mer än löst nu, eftersom antalet behandlade, både i USA och Sverige, har mångfaldigats sedan dess.

Bland undertecknarna av konsensusuttalandet finns för-

står Joseph Biederman men också, som ende svensk, Christopher Gillberg.<sup>385</sup>

När jag läser om Biederman och Barkley blir jag nyfiken: Vilka är deras svenska opinionsbildarkollegor?

Beroenderelationerna mellan forskare och läkemedelsbolag i Sverige är starkare än i många andra länder. En genomgång som tidningen Svensk Farmaci har gjort visar att svenska experter oftare än experter i andra EU-länder har intressen inom läkemedelsindustrin.<sup>386</sup> När det gäller adhd-området ser relationerna ut att vara särskilt intima. Vid ett tillfälle har Läkemedelsverket till och med ställt in ett expertmöte om adhd för att alla de deltagande experterna visade sig vara jäviga.<sup>387</sup>

Jag hittar ungefär femtio svenska forskare som i olika sammanhang lyfts fram som experter på adhd. De finns på universiteten, på Socialstyrelsen, i Läkemedelsverkets expertpanel och i intresseorganisationen Attentions kunskapsråd. En del av dessa personer medverkar också som föreläsare på konferenser arrangerade av läkemedelsbolag, som medlemmar i bolagens expertpaneler och som läkare i företagens reklammaterial. Det är också vanligt att de utför studier på uppdrag av bolagen och på så vis drar in pengar till sin forskningsinstitution.

Experter som samarbetar med läkemedelsbolagen har flera möjligheter att vara öppna med det. Om de är anställda inom den offentliga sektorn är de till och med skyldiga att rapportera sina samarbeten i en så kallad bisyssleredovisning till sin arbetsgivare. Många gör det, men det är inte lätt att veta om de verkligen redovisar alla uppdrag de har. Som vi ska se händer det också att de lämnar in redovisningen först när en journalist som jag frågar efter den.

Många experter anlitas också som konsulter av myndigheter, som Läkemedelsverket och Socialstyrelsen, och är då skyldiga att lämna in en jävsdeklaration. Liksom med bisysse-

redovisningarna är det svårt att veta om de verkligen redogör för alla sina samarbeten.

En annan möjlighet är Läkemedelsindustriföreningens databas för värdeöverföringar, som upprättades 2015 efter en europeisk överenskommelse och som täcker samarbeten mellan föreningens medlemsföretag och sjukvårdspersonal. Som sjukvårdspersonal räknas även forskare som har någon form av anställning inom vården, vilket adhd-forskare oftast har, till exempel på ett sjukhus eller en BUP-klinik. Läkemedelsföretagen frågar dem om de vill redovisa sina arvoden i databasen. Det är inte obligatoriskt att svara ja – en del gör det, men många avstår.

Av de runt femtio adhd-expertyper som jag hittar har tjugofyra någon form av band till medicinindustrin, redovisat genom någon av de nämnda kanalerna. Det är en andel som stämmer med tidigare undersökningar. När jag för ett reportage 2014 granskade femtiofem av Läkemedelsverkets experter som hade tagit fram behandlingsrekommendationer för några andra sjukdomar var det trettio, alltså drygt hälften, som hade kopplingar till olika läkemedelsbolag.<sup>388</sup> Och när Aftonbladet 2011 granskade experterna som godkände Strattera för den svenska marknaden var det åtta av sexton som hade sådana band.<sup>389</sup>

Internationell forskning visar att experter som samarbetar med läkemedelsindustrin är avsevärt mer benägna att presentera positiva forskningsresultat än kollegor som inte har denna typ av förbindelser. I en forskningsartikel granskades till exempel utfallet av 195 studier gjorda på olika läkemedel under år 2013. Bland de studier som presenterade positiva resultat hade 76 procent av de huvudansvariga forskarna tagit emot pengar av läkemedelsbolag. Motsvarande siffra bland de forskare som presenterade negativa resultat var 49 procent.<sup>390</sup>

Det är ett tecken på det som kallas selektiv publicering, eller *publication bias*, det vill säga att ofördelaktiga forskningsresultat förtigs.

Kerstin Malmberg är en av Sveriges mest profilerade adhd-experter. Hon är barn- och ungdomspsykiatriker, överläkare på BUP i Skärholmen söder om Stockholm och ofta anlitad som föredragshållare, bland annat för psykiatristudenter. Hon var också en av experterna som Läkemedelsverket anlitade när den nya behandlingsrekommendationen för adhd skulle tas fram. Även Socialstyrelsen har hyrt in henne i samband med att nya riktlinjer för behandling har utarbetats, liksom för expertutlåtanden, och som en av experterna i myndighetens podd.<sup>391</sup> Dessutom har hon, tillsammans med sin kollega Björn Kadesjö, skrivit Nationalencyklopedins text om adhd.

En av Kerstin Malmbergs presentationer, som jag hittar på nätet, innehåller en klassisk genomgång av adhd-diagnosens historia, en aktuell definition baserad på DSM, referenser till nyare forskning, bland annat av Joseph Biederman, och en rad exempel på möjliga insatser, bland dem medicin.<sup>392</sup>

Kerstin Malmberg har samarbeten med flera läkemedelsbolag. I samband med Läkemedelsverkets expertmöte om behandlingsrekommendationen 2015 redovisade hon att hon, genom ett bolag som hon driver tillsammans med sin man, sedan år 2000 har hållit föreläsningar på uppdrag av Shire, Novartis och Janssen. Hon skriver att hennes och makens bolag omsätter ungefär 250 000 kronor per år och då ingår inte bara föreläsningar utan också bland annat uppdrag som handledare åt barnpsykiatriker.

Kerstin Malmberg tillhör också den minoritet av experterna som har valt att redovisa samarbeten i Läkemedelsindustriföreningens databas. Hon har gett klartecken till Shire att rapportera att hon tog emot sammanlagt drygt 110 000 kronor under åren 2015–2017.<sup>393</sup>

Till sin arbetsgivare, BUP i Skärholmen, har hon inte lämnat in någon aktuell bisyssleredovisning, men när jag begär att få ta del av en sådan lämnar hon in en hel serie. Där framgår bland annat att hon år 2017 höll två föredrag i Norge på



uppdrag av Shire. Hennes chef har kryssat i att den bisysslan inte var konkurrerande, arbetshindrande eller – och det är det viktiga – förtroendeskadlig.

»Jag har några enstaka föreläsningar som sponsras av läkemedelsföretag ibland, ja«, säger hon när vi talas vid i telefon. »Till exempel för barnläkare som inte får till någon egen utbildning från sina arbetsgivare för det är för dyrt. Jag ser det som en hjälp att få ut kunskap till dem. Jag ser hemska behandlingar ibland när jag läser journaler. Och diagnostik också. Läkarna vet inte hur de ska göra. De ringer till mig från hela landet.«

Reglerna kring jäv när det gäller den här typen av samarbeten handlar inte bara om att forskarna kan påverkas av bolagen utan också om att det, även utan påverkan, finns en risk för att förtroendet för forskningen skadas. Jag frågar Kerstin Malmberg om hon ser någon sådan risk.

»Nej, det tycker jag inte. Jag har aldrig varit med i någon *advisory board* – jo det var jag för många år sedan, men inte de sista tjugo åren. Jag har bara föreläst och de har sponsrat föreläsningarna. Och mitt krav har varit att jag ska få prata om alla läkemedel, inte bara det läkemedelsbolagets. Och det har jag fått göra fritt, så länge jag håller mig till de indikationer som läkemedlen är godkända för.«

Hon betonar att hon måste ha betalt för det arbete hon lägger ner på sin fritid – fyra föreläsningar om året kräver ungefär tre veckors förberedelser.

Att hon lämnade in sina bisyssleredovisningar först när jag bad om dem förklarar hon med att det rädde oreda på mottagningen just då. I ett mejl efter intervjun skriver hon att cheferna alltid har godkänt hennes kontrakt med läkemedelsbolagen.

»Så jag har inte undanhållit något«, skriver hon.

Efter intervjun lämnar hon också in nya, uppdaterade bisyssleredovisningar för 2018. Bland hennes uppdrag finns farmakologiutbildning som hon håller i regi av BUP-föreningen (SFBUP).

Jag mejlar föreningens ordförande Sara Lundqvist och frågar om föreningen samarbetar med läkemedelsbolag. Och det gör föreningen. »På samma sätt som i övrig sjukvård har läkemedelsföretagen ibland möjlighet att göra reklam för sina produkter vid vissa utbildningstillfällen, till exempel vid vår farmakologiutbildning för specialister«, skriver hon.

En annan expert är Mats Johnson, överläkare vid enheten för barnneuropsykiatri vid Sahlgrenska universitetssjukhuset och forskare på Gillbergcentrum. Det är han som har gjort den forskning som läkaren Henrik Pelling sa var så viktig när Elvanse skulle godkännas i Europa.

Mats Johnson har 2017 anmält en rad bisysslor, bland annat för läkemedelsbolag, men fått avslag på dem av sin chef med hänvisning till att de är »konkurrerande«.<sup>394</sup> När jag ställer frågor till honom om hans samarbeten lämnar han in nya redovisningar där han skriver att han en eller två dagar om året deltar i expertmöten hos Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och läkemedelsbolag. Han skriver också att han föreläser för olika uppdragsgivare, bland dem läkemedelsbolag. Vilka bolag han arbetar för specificerar han inte, trots att företagets namn efterfrågas på blanketterna. Denna gång godkänns hans bisysslor.<sup>395</sup>

Inför Läkemedelsverkets expertmöte 2015 uteslöts däremot Mats Johnson på grund av jäv. I sin jävsdeklaration då berättade han att han hade uppdrag som föreläsare och medlem av expertpaneler hos Eli Lilly, Shire och andra bolag ungefär tio dagar om året till ett arvode av 10 000 kronor om dagen. Hans klinik hade också fått forskningspengar från Shire under åren 2014–2016 och gjort fyra läkemedelsstudier åt Shire och en åt Eli Lilly.

Jag letar fram en av studierna som Mats Johnson och ett antal kollegor runt om i Europa har gjort åt Shire. Syftet sägs vara att kartlägga de långsiktiga effekterna av medicinering med substansen guanfacin, verksam i Shires adhd-medicin

Intuniv. Slutsatsen är att guanfacin är effektivare än placebo på lång sikt och att biverkningarna är milda.<sup>396</sup>

Av studien framgår att inte bara Mats Johnson utan sju av de medverkande tolv forskarna har haft någon form av samarbete med Shire tidigare. De återstående fem är antingen anställda av Shire eller aktieägare i företaget. Själva artikeln är skriven av en skrivbyrå sponsrad av Shire. Och kanske mest anmärkningsvärt, med tanke på att tolv vetenskapliga experter medverkade vid studien: »Antonia Panayi från Shire i Schweiz har också granskat manuskriptets vetenskapliga korrekthet.«<sup>397</sup>

Jag får tag på Mats Johnson per telefon och frågar honom varför han har dessa samarbeten med läkemedelsföretagen.

»En viktig orsak är ju att vi verkligen får insyn och egen erfarenhet av hur de här läkemedlen fungerar. Att vara med i stora placobokkontrollerade studier gör att vi får klart för oss hur stor placeboeffekten är. Och det är viktigt, för annars kan man överskatta läkemedlens effekt.«

Han menar att han och de andra forskarna arbetar självständigt trots att de får betalt av läkemedelsbolagen.

»Det är protokoll som skrivs med speciell dubbelblind placebokontrollerad studiemetodik som är den säkraste som är känd idag. Det är strikt metodik och styrd och godkänd av det europeiska läkemedelsverket och det svenska Läkemedelsverket.«

Jag tar upp studien av guanfacin, som var så intimt knuten till Shire.

»Jag skulle säga att det är välkontrollerat ändå. Visserligen skrivs det som du säger av en anlita byrå, och de hjälper till att analysera data, men allting kontrolleras av alla författare, så jag ser inga egentliga risker.«

Jag frågar Mats Johnson hur han ser på risken att förtroendet för honom skadas.

»Det är klart att allra bäst skulle det vara om man kunde göra helt oberoende studier också. Men i klinisk vardag an-

vänder vi den medicin som fungerar bra för patienterna. Det är absolut inte så att det är styrt.«

Mats Johnson har också regelbundet föreläst på uppdrag av Shire och andra bolag.

»Det kan vara för att nå ut till olika sjukvårdsrepresentanter med information om hur vi ser på olika saker, adhd till exempel. Och inte för att prata om medicin.«

Han menar att han inte kan ta dessa uppdrag inom ramen för sitt jobb på Sahlgrenska.

»Det handlar om att för det första ska det finnas efterfrågan på det och för det andra ska man få någon slags ersättning. Det finns inte sådana möjligheter.«

»Men du har lön?«

»Ja.«

»Skulle inte du kunna göra detta inom din avlönade anställning?«

»Man kan inte låta det inverka på övrig klinik. Det får vara separat, utanför arbetstid.«

Jag frågar Christopher Gillberg, som leder Gillbergcentrum dit Mats Johnson är knuten, hur han ser på detta.

»Jag har det största förtroende för Mats Johnson. Någon mer hederlig person har jag svårt att föreställa mig.«

Generellt menar Christopher Gillberg att läkemedelsindustrin inte på något avgörande sätt har bidragit till adhd-diagnosens breda genomslag, men att bolagen framför allt tidigare har försökt styra forskning och påverka läkare genom att bjuda dem på konferenser.

På Essencekonferensen som han själv arrangerade i Göteborg 2018 fanns tre av de stora läkemedelsbolagen på plats. De sponsrade konferensen med sammanlagt 125 000 kronor och hade sina montrar i den stora utställningshallen.<sup>398</sup>

»Det är ju ingen som har någon som helst invändning mot det, utom att man själv tänker: Är det verkligen så bra?«

»Och vad svarar du på den frågan?«

»Jag är delad. Men organisatörerna säger att det är självklart att konferensen inte kan genomföras om vi inte får sponsorer, för det skulle bli vansinnigt höga kostnader för deltagarna.«

Vad han ser som mest problematiskt är att läkemedelsföretagen ibland villkorar den forskning de sponsrar.

»Jag har erfarenhet själv av att läkemedelsbolag har finansierat forskning som vi sedan inte har fått publicera, när det visade sig att substansen inte hade någon effekt. Det är ju oerhört allvarligt.«

Vilket bolag var det? Först vill Christopher Gillberg inte svara.

»När man skriver kontrakt så förekommer det att läkemedelsföretaget binder dig att aldrig någonsin uttala dig på något sätt om studien om man inte publicerar den.«

Men sedan säger han att substansen heter buspiron och tillverkas av Bristol-Myers Squibb. Jag frågar vad som händer om man trotsar kontraktet och uttalar sig.

»Om man kommer in i USA mer så blir man hämtad på flygplatsen.«

En grundläggande fråga reser sig: Är forskarnas samarbeten med läkemedelsbolagen etiskt försvarbara?

Vetenskapsrådet, en myndighet som finansierar forskning, har gett ut den rådgivande skriften *God forskningssed* som tar upp forskares intressekonflikter. Återkommande formuleringar handlar om att samarbeten med näringslivet »ställer mycket stora krav på att forskaren agerar genomtänkt och korrekt«, att forskaren bör »tänka igenom de möjliga konsekvenserna« av sina uppdrag och att det bör ställas »stora krav på medvetenhet hos den enskilda forskaren och den miljö forskaren vistas i när det gäller att hantera situationer och kontakter där vinstmotiv är inblandade«.<sup>399</sup>

Det är svårt att spåra den typen av medvetenhet och genomtänkt agerande i de svar som adhd-forskarna har gett mig.

Ett ledmotiv i skriften från Vetenskapsrådet är öppenhet: Alla bindningar ska redovisas och alla forskningsresultat ska publiceras. Att det senare inte händer är välkänt. Riksrevisionen har till exempel bekräftat det som Christopher Gillberg nämnde, att läkemedelsföretagen ibland förtiger forskningsresultat som inte gynnar deras produkter.<sup>400</sup>

Att inte heller alla bindningar redovisas är tydligt av det faktum att så få av adhd-forskarna rapporterar in de pengar de får till databasen för värdeöverföringar och av att en del av dem inte har ordning på sina bisyssleredovisningar.

Adhd-forskarnas samarbeten strider alltså mot det som kallas god forskningssed. Då undrar man: Kan samarbetena ändå vara lagliga?

En lag av betydelse är regeringsformen. Det är en grundlag och den slår fast att förvaltningsmyndigheter – och dit räknas såväl landsting och regioner som universitet och högskolor – ska iakttä saklighet och opartiskhet.<sup>401</sup>

Olle Lundin, professor i förvaltningsrätt, konstaterar att läkare som har uppdrag inom läkemedelsindustrin bryter mot regeringsformen, men också mot reglerna för bisysslor i lagen om offentlig anställning. Detta eftersom bisysslor inte får vara förtroendeskadliga.<sup>402</sup>

»Arbetsgivaren är skyldig att sätta stopp bara det finns en risk för förtroendeskada, alltså att det från allmänhetens synvinkel skulle se illa ut om det blev känt.«

En tredje lag, som berör anställda vid universitet och högskolor, är högskolelagen. Där finns det så kallade lärarundantaget som slår fast att de anställda får ha andra anställningar och uppdrag inom sitt område.<sup>403</sup> Även här är dock förutsättningen att det inte skadar allmänhetens förtroende – vilket det i många fall gör, säger Olle Lundin.

»Systemet är ofullständigt riggat. Det förutsätter att arbetsgivarna tar sitt ansvar, och det gör de inte alls.«

Det många adhd-experter gör är alltså olagligt, men det spelar ingen roll, för det finns ingen som övervakar att lagarna följs.

Läkemedelsindustrins inflytande över forskningen går att avläsa i medierna. En undersökning av 183 svenska tidningsartiklar om adhd visar att de allra flesta lyfter fram medicin som den bästa behandlingen. Biverkningar nämns oftast inte, framför allt inte långsiktiga skadeeffekter. Källorna är i många fall läkemedelsstudier som ytterst sällan ifrågasätts. Resultatet blir nyhetsrubriker som dessa, citerade i studien: »Ritalin till stor hjälp vid ADHD«, »Mediciner till personer med ADHD minskar risk för brott«, »Missbrukare drogfria av mediciner« och »Inga hjärtproblem av ADHD-medicin«.<sup>404</sup>

Det framstår som om de nära förbindelserna med läkemedelsindustrin har gjort många forskare positiva till diagnosen adhd och till medicinering, och det har bidragit till att en stor del av forskningen är inriktad på ämnen som underdiagnostisering, risker med obehandlad adhd och fördelarna med olika mediciner gentemot andra. Studier om långsiktiga biverkningar och om alternativa förklaringar till människors adhd-symtom är inte lika intressanta för forskarna. Så skapas en samstämmig bild av att en stor del av alla människor har adhd och att de mår bäst av att medicineras. Och det är lätt för den bilden att nå ut till allmänheten via medierna, eftersom ytterst få journalister har medicinsk kompetens och eftersom produktionstakten är så hög på många redaktioner att det kritiska anslaget prioriteras bort.

Men det räcker inte med forskarna, medicintillverkarna behöver också andra allierade.

# Lobbyisterna

»*Top 10 Inspirational People with ADHD*« heter ett klipp på Youtube. Artisten Justin Timberlake, simmare Michael Phelps och åtta andra kända män porträtteras. Några av dem intervjuas kort, men de flesta presenteras bara med en sammanfattning av hur de trots en tuff skolgång och andra motgångar har gjort lysande karriär och vänt sin adhd till en framgångsfaktor, bland annat tack vare medicin.

Nummer ett på listan är Albert Einstein, som »betraktas av experter som en stolt medlem av adhd-klubben«.

Företagsledaren Richard Branson, grundare av Virgin-koncernen, är nummer två på listan. Han visas upp genom en snabb serie bilder där han, solbränd och blonderad, ler mot kameran. Han har olika unga kvinnor i famnen, han klappar en leopard och matar elefanter med vattenmelon, han hoppar i en pool med kläderna på och han poserar framför ett av sina flygplan. Kommentatorn berättar:

»Bransons personliga förmögenhet har uppskattats till mer än fem miljarder dollar. Allt det där multitaskandet som han tvingades till på grund av sin adhd har definitivt burit frukt.«

Sponsorerna bakom klippet är de två amerikanska patientorganisationerna ADDA och CHADD<sup>405</sup>. Och så, inte helt oväntat, läkemedelsföretaget Shire.

Att kändisar berättar om sin adhd är vanligt även i Sverige. Rapparen Petter, medieprofilen Cissi Wallin, komikern Soran Ismail, artisterna Viktor Frisk, Camilla Henemark och Mag-



nus Uggle och den numera bortgångne brottaren Frank Andersson har alla gjort det. Och bloggaren Isabella Löwengrip, som har sagt i intervjuer att adhd är hennes superkraft.<sup>406</sup> Ett ord som även flera av de andra använder.

Kändisarna som berättar om sin adhd sprider *disease awareness*, sjukdomsmedvetenhet. Det bästa med det är att de avstigmatiserar diagnosen. När ett psykiatriskt problem blir mer välkänt och omtalat är det ofta en lättnad för de drabbade och deras anhöriga. Man befrias från skam och skuld, man kan höja blicken och förklara sig, eller till och med slippa förklara sig, man blir i allt större utsträckning förstådd och man får bättre tillgång till hjälp och behandling. Problemet blir avdramatiserat och nyanserat.

Men ansträngningarna för att öka medvetenheten om adhd är också en av faktorerna som leder till att adhd-diagnosen ställs på allt fler som bara har milda symtom. Sambandet är inte så komplicerat: Allt fler får veta att adhd finns och inte bara drabbar pojkar utan också flickor, kvinnor och män. Allt fler får också klart för sig att adhd inte bara är en belastning utan också kan vara en tillgång eller till och med en superkraft. Och allt fler inser samtidigt att för de problem som adhd trots allt innebär så finns det medicin. Sammantaget bidrar det till att även personer med milda adhd-symtom vill ha en diagnos.

På Svenska mässan i Göteborg arrangerar Christopher Gillberg och hans kollegor en internationell konferens på temat Essence, en paraplybeteckning för adhd, autismspektrumstörning och en rad andra former av psykisk ohälsa. I pausen strömmar de nästan 1 500 deltagarna ut i utställningshallen. Mat och dryck och fika serveras vid stora bord, flankerade av en skärmutställning med forskningsstudier och av en liten marknadsplats. Där finns det privata vårdföretaget Cereb, en producent av skattningsskalor, ett bokförlag och tre läkeme-

delsbolag. Där finns också tillverkaren av kosttillskottet Eye-q, som bjuder både på chokladpraliner och små urinfärgade fettsyrekapslar i skålar.

Och alldeles intill finns intresseorganisationen Attention, som delar ut broschyrer, tidningar och nyckelringar i form av små burkar med öronproppar. Det är inte samma kö hit som till kakorna, men strömmen av konferensdeltagare som stannar till är obruten. Läkare, kuratorer och psykologer minglar, skakar hand, kramas och utbyter kollegiala detaljer på mer eller mindre bruten engelska.

Riksförbundet Attention är den viktigaste svenska intresseorganisationen för personer med adhd och andra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och för deras anhöriga. Organisationen arbetar sedan år 2000 för att öka kunskapen om dessa diagnoser och lobba för stärkta rättigheter i förskola och skola, i arbetslivet och i resten av samhället. Ibland drivs satsningarna i form av utbildningar riktade till professionella som jobbar med dem som har dessa diagnoser, och förbundet producerar även böcker och filmer och ger stöd till andra för sådana produktioner, bland annat till föreläsaren Georgios »Jojje« Karpatakis och hans företag Underbara adhd, som också finns på plats på Göteborgsmässan.<sup>407</sup>

Antalet medlemmar i Attention har skjutit i höjden i takt med att antalet diagnoser har ökat. År 2017 hade Attention 16 800 medlemmar och 60 lokalföreningar.<sup>408</sup>

Den parallella ökningen av diagnostiserade personer och medlemmar är naturlig, men den är också ett uttryck för Attentions lobbying. Genom sina kampanjer för att uppmärksamma adhd hos flickor<sup>409</sup>, hos vuxna<sup>410</sup> och hos äldre<sup>411</sup> har förbundet gjort sitt för att skapa medvetenhet om att adhd finns.

Attention växer i styrka när fler personer får en neuropsykiatrisk diagnos och blir potentiella medlemmar. Medlemsavgifterna är en viktig inkomstkälla för Attention, liksom det

årliga verksamhetsbidraget från Socialstyrelsen som delvis baseras på antalet medlemmar.

Attentions ordförande heter Anki Sandberg. Hon har lett organisationen i snart femton år och har såväl DSM som *Lyrikboken* i hyllan på sitt tjänsterum.

Att fler personer får en adhd-diagnos, är det bra för Attention?

»Bara om de har adhd«, säger Anki Sandberg. »Det viktiga för oss är att organisera dem som har bekymret, inte att skapa några nya – det tycker jag skulle kännas väldigt konstigt.«

En komplikation i sammanhanget är Attentions relation till läkemedelsbolagen. På baksidan av bolagens broschyrer finns ofta tipset att kontakta Attention. Telefonnummer och adress till förbundets webbsida anges.<sup>412</sup> Attention kan naturligtvis inte ta ansvar för vem som tipsar om dem och så länge sambandet är enkelriktat ska man akta sig för att sprida *guilt by association*.

Men sambandet är, visar det sig, ibland dubbelriktat.

Under sina första år sponsrades Attention av läkemedelsindustrin. År 2003 fick förbundet 400 000 kronor från bland andra Eli Lilly och Janssen. Pengarna gick till informationsmaterial och årsmötesarrangemang. År 2004 tog förbundet emot 500 000.<sup>413</sup>

Sponsringen uppmärksammades i massmedierna. Attention skriver på sin hemsida att det var scientologerna som låg bakom kritiken, men även tyngre aktörer än så ifrågasatte sponsringen. Attention ändrade då policy. På sin hemsida skriver man att man inte sedan 2004 tagit emot några bidrag av läkemedelsföretag, med undantag för delfinansiering av en CD-skiva 2006 och 2008.

Men det finns fler undantag. Ett exempel är skriften »Leva med adhd« som förbundet gav ut 2008 med finansiering bland annat av Janssen.

»Det stämmer, det var en satsning som vi hade«, säger Anki

Sandberg. »I grunden är det CD:n som vi också redogör för på vår hemsida. Det är ett beslut som vi definitivt inte skulle ha fattat idag. Du kommer inte att hitta det på något senare material.«

Men det har jag gjort. Ett par olika läkemedelsbolag annonserar i varje nummer av förbundets tidskrift. En helsidesannons med ordet ADHD, Shires logga och webbadress samt en fyndig slogan – »Du har vår fulla uppmärksamhet« – finns i varje nummer sedan 2014. Flera bolag finns också med som utställare, och därmed sponsorer, på förbundets årliga konferens NPF-forum.<sup>414</sup>

»Vi har inget problem med det. Vi erbjuder utställarplats till alla i branschen. Vi betraktar inte det som någon sponsoring, läkemedelsbolagen är kunder som alla andra.«

Shire betalar 59 600 kronor för helårsannonseringen i tidskriften.<sup>415</sup> Det är inte avgörande för Attentions ekonomi. Anki Sandberg betonar att förbundets verksamhetsbidrag från Socialstyrelsen tillsammans med projektbidrag och medlemsavgifter gör att organisationen skulle klara sig utan intäkterna från läkemedelsindustrin.

Anki Sandberg redogör för förbundets etiska riktlinjer, som bland annat slår fast att man tackar nej till spelbolag som annonsörer.

»Vi har begränsningen mot att ta emot pengar från annonsörer inom områden där våra medlemmar är särskilt utsatta, som när det gäller spel. Men när det gäller läkemedelsföretag är ju inte våra medlemmar särskilt utsatta. Annonserna handlar ju inte om medicinerna.«

»Varför tror du att läkemedelsbolagen annonserar?«

»De vill väl att det här ska uppmärksammas. Det här driver väl trafik till deras hemsida.«

»De vill kanske att fler ska köpa deras mediciner?«

»Vi tycker att alla ska erbjudas en läkemedelsbehandling, men det är inte vår sak att bestämma hur många de ska vara

eller hur kriterierna för medicinering ska se ut, det är en professionsfråga. Och vi tycker att det är jätteviktigt att det erbjuds annat stöd.»

Internationellt finns det ett antal intresseorganisationer som arbetar för att stärka medvetenheten om adhd. En del av dem är patientorganisationer och andra är yrkesförbund för psykiatriker och liknande professionella. Attention är medlem i den europeiska paraplyorganisationen ADHD Europe, som i sin tur ingår i den internationella Adhd-federationen, ADHD World Federation.

Federationen har ett i grunden medicinskt synsätt på adhd. Den beskrivning av adhd-diagnosens historik som finns på federationens sajt är till stor del inriktad på hur olika mediciner har utvecklats.<sup>416</sup> Federationens kongresser, som har hållits vartannat år sedan 2007, har sponsrats av Janssen, Novartis, Eli Lilly, Shire och flera andra tillverkare av adhd-medicin, liksom av det svenska testföretaget Qb-test.<sup>417</sup> De flesta av de experter som 2017 utgjorde ADHD World Federations styrelse redovisade någon form av samarbete med läkemedelsindustrin.<sup>418</sup>

Andra inflytelserika organisationer har sin bas i USA. Den största patientorganisationen där är CHADD och den finansieras till stor del av läkemedelsindustrin. CHADD skriver på sin sajt att adhd är en neuroutvecklingsstörning som drabbar 11 procent av skolbarnen<sup>419</sup> – man anser alltså att DSM är alltför försiktig när den uppskattar andelen barn med adhd till runt 5 procent.

Det finns ett dilemma inbyggt i hela läkemedelsindustrin. En stor del av den är inriktad på att bota sjukdomar med preparat, från antibiotika mot öroninflammation till cellgifter mot cancer. Men lyckas man försvinner den botade patienten ur kundkretsen, åtminstone tills vidare, och är man riktigt

framgångsrik kan en hel sjukdom utrotas, som har skett med smittkoppor.

Möjligtvis tycker industrin då att det är tur att det finns kroniska sjukdomar – diabetes, hiv – som gör patienterna beroende av medicinering livet ut. Men det räcker inte. För att växa måste läkemedelsindustrin också arbeta för att identifiera nya sjukdomar, ibland genom att fästa omvärldens uppmärksamhet på mänskliga problem som, ofta på grund av samhällsutvecklingen, har växt till en nivå när de kan klassas som patologiska. Det är så man har jobbat med adhd och med en del andra uttryck för psykisk ohälsa. När man väl är i hamn och diagnosen är etablerad gäller det att konsolidera det man vunnit. I det arbetet behöver läkemedelsindustrin trovärdiga vänner, som forskare och patientorganisationer.

Drivkrafterna, eller bevekelsegrunderna, från patientorganisationernas håll är inte helt lätta att förstå. Men som Anki Sandberg från Attention säger:

»Våra relationer idag till läkemedelsbolagen är rena kundrelationer. De kan annonsera hos oss, eller ställa ut, eller gå på någon kurs som vi ordnar eller köpa någon bok som vi har publicerat.«

Det finns en uppenbar skillnad mellan att sälja kurser eller böcker och att upplåta organisationens kanaler för marknadsföring. I det första fallet är det ju Attention som för ut sitt budskap till bolagen, men i det andra fallet är det bolagen som når ut till organisationens medlemmar med sitt budskap. Men Anki Sandberg tycker ändå inte att det är problematiskt.

»De kan ju bara göra reklam för sina hemsidor och där för de bara ut allmän information. Det pågår ingen marknadsföring av medicinen, som jag känner till«, säger hon.

Och så skrattar hon, självironiskt:

»Oskuldsfull!«

# Makthavarna

**Överdiagnostisering** av adhd är inget problem – den synen har länge varit cementerad hos svenska myndigheter.

När FN:s barnrättskommitté i sin rapport till Sveriges regering 2015 skrev att man såg »med oro« på ökningen av antalet barn som får en adhd-diagnos fick man ingen reaktion. Kommittén uppmanade regeringen att upprätta ett oberoende organ som skulle övervaka utvecklingen av neuropsykiatriska diagnoser och medicineringen av dem, att initiera oberoende forskning om metoder för att diagnostisera barns psykiska ohälsa samt att säkra att vetenskapligt baserad psykologisk rådgivning skulle prioriteras framför läkemedel när det gällde att bemöta adhd och andra beteendeproblem.<sup>420</sup>

Något svar på kommitténs förslag står inte att finna hos de ansvariga på Socialdepartementet. Efter flera påstötningar skriver departementet att man kommer att svara inför nästa rapport från kommittén år 2020. Departementet skickar också över en lista på initiativ man tagit, de flesta före rapporten 2015 och med ett generellt syfte att stärka barns och ungas psykiska hälsa.<sup>421</sup> Flera av dessa initiativ kan ha bidragit till att öka snarare än dämpa adhd-diagnostiseringen.

Hur kommer det sig att svenska makthavare inte uppmärksammar att adhd är överdiagnostiserat? Två skäl är, som vi har sett, att skolans och arbetslivets strukturer är beroende av adhd-diagnoser. Men medicinindustrin har också påverkanskraft, inte bara hos allmänheten, inom vården och långt in i

den akademiska världen utan också på svenska myndigheter med makt att styra över antalet adhd-diagnoser.

Tre statliga myndigheter utfärdar riktlinjer som påverkar hur många personer som får en diagnos: Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Läkemedelsverket. Riksrevisionen har granskat dessa myndigheters relationer till läkemedelsindustrin och beskrivit dem i en rapport.

Den anspråkslösa omslagsbilden visar några vita tabletter mot mörkblå bakgrund, den intetsägande titeln lyder »Säkra och effektiva läkemedel«, men undertiteln vittnar om att rapportförfattarna har greppat en het fråga: »hur hanterar staten läkemedelsindustrins inflytande?«<sup>422</sup> Och svaret är: aningslöst.

Rapporten är skriven på den typen av återhållen myndighetsprosa som i sina bästa stunder har en så stark undertext att den gränsar till poesi. Som i detta lilla stycke, om medicinindustrins motiv för att försöka kontrollera myndigheternas tillgång till information:

»De beslut som fattas inom ramen för läkemedelskontroll, och de vägledningar och kunskapsstöd som myndigheterna ger ut, påverkar hur läkemedel används och därmed också läkemedelsföretagens möjlighet till avkastning på sina investeringar. Eftersom myndigheterna samtidigt är beroende av information som har tagits fram och rapporterats av en privat aktör med kommersiella intressen behöver de vara vaksamma på att informationen kan vara strategiskt styrd.«<sup>423</sup>

Med andra ord: För medicinföretagen är det mycket pengar som står på spel när myndigheterna fattar sina beslut, så därför försöker företagen vinkla den tillgängliga kunskapen till sin egen fördel.

Eller: Varning, lobbying pågår.

Regeringar av olika kulör har länge arbetat för att stötta läkemedelsbolagen, inte bara för att de tillverkar mediciner



som människor behöver utan också för att de kan bidra till ekonomisk tillväxt och fler arbetstillfällen. I den nya läkemedelslagen från 2016 har en portalparagraf tillkommit där det framgår att lagen ska värna folkhälsan – men »utan att detta i högre grad än vad som är nödvändigt hindrar utvecklingen av läkemedel eller handeln med läkemedel«. <sup>424</sup> Till det folkhälsomål som först sägs vara det främsta läggs alltså det kommersiella målet.

Socialstyrelsen, SBU och Läkemedelsverket utövar sin makt över läkemedelskonsumtionen på olika sätt. Socialstyrelsen utfärdar nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård och är också ansvarig för webbplatsen Kunskapsguiden.se, där rekommendationer kring behandling av adhd och många andra diagnoser samlas. Vad gäller adhd har myndigheten även gett ut ett så kallat stöd för beslut om behandling och ett kunskapsstöd. Sina underlag hämtar Socialstyrelsen från vetenskapliga tidskrifter, från utomstående experter och från SBU. <sup>425</sup>

SBU är en mindre myndighet som arbetar med att utvärdera och jämföra olika behandlingsmetoder. Inom adhd-området har man gett ut en 528 sidor tjock rapport som har ambitionen att systematiskt granska diagnostik av adhd, behandling, vårdorganisation och patienternas delaktighet. <sup>426</sup> Precis som Socialstyrelsen så hämtar SBU sina kunskaper till stor del från vetenskapliga tidskrifter. <sup>427</sup> Utomstående experter anlitas också ofta.

Läkemedelsverkets huvuduppgift är läkemedelskontroll. Verket utreder om läkemedel ska godkännas i Sverige och andra EU-länder och bevakar att läkemedlen är säkra. Verket ger också tillstånd för så kallade kliniska prövningar, alltså testning av läkemedel på människor, och utfärdar behandlingsrekommendationer. Underlagen för rekommendationerna är ofta resultat från de kliniska prövningarna som verket får direkt från läkemedelsbolagen, men verket konsulterar också utomstående experter.

Läkemedelsverket har på senare år alltmer fått i uppdrag att även arbeta för läkemedelsutveckling. Denna kursändring har enligt Riksrevisionen försvårat verkets uppgift att främja folkhälsan.<sup>428</sup> Bland annat har uppdraget att kontrollera att medicinerna är säkra prioriterats ned.<sup>429</sup>

Riksrevisionen skriver: »Att en kontroll- och tillsynsmyndighet kan öka sina intäkter genom att prioritera ner säkerhetsarbetet, kan motivera en översyn av myndighetens finansieringsmodell.«<sup>430</sup> I klartext skriver alltså revisorerna att idén att Läkemedelsverket drar in sina egna pengar genom att jobba på uppdrag åt industrin är tveksam, eftersom det leder till att verket inte tillräckligt granskar om medicinerna är säkra.

Det är något som Läkemedelsverket själva instämmer i. Verket har skrivit till regeringen och klagat över att den politiska inriktningen på innovation har bidragit till att andra verksamheter blir underfinansierade.<sup>431</sup>

Riksrevisionen skriver i sin rapport att det hos Socialstyrelsen, SBU och Läkemedelsverket finns en risk för institutionell korruption. Begreppet används för att beskriva hur en hel institution tappar fokus på grund av påverkan från ett särintresse. Denna typ av korruption är, skriver Riksrevisionen, systematisk och strategisk och sker inom lagens ramar.<sup>432</sup>

Att de tre myndigheterna är beroende av forskningsstudier som i många fall är gjorda på uppdrag av läkemedelsbolag är en komplikation. Jämförelser mellan sponsrad forskning och oberoende har ju visat att den sponsrade oftare leder till slutsatser som är positiva för läkemedelsföretagen. Det handlar i de flesta fall inte om att forskningen i sig är styrd, utan istället är det oftast resultaten som tolkas mer fördelaktigt än vad det finns bäring för.<sup>433</sup> Detta beror ofta på att företagen anlitar sina egna skribenter för att formulera slutsatserna.<sup>434</sup>

Dessutom finns ett problem med selektiv publicering, det

vill säga att studier som visar negativa resultat för en medicin inte publiceras.<sup>435</sup>

Detta sammantaget gör att det finns en snedvridning till fördel för medicinerna i det kunskapsmaterial som myndigheterna hämtar sin information från.<sup>436</sup>

En annan försvårande omständighet är som vi har sett att de experter som myndigheterna använder sig av ofta har kopplingar till läkemedelsbolag. Ett exempel på detta är psykiatrikern Ylva Ginsberg, som anställdes som sakkunnig i psykiatri på Socialstyrelsen 2017. Jag får upp ögonen för henne i en av Novartis Vilja-broschyrer där hon intervjuas. Har hon fler liknande uppdrag?

Ylva Ginsberg har arbetat som psykiatriker på Prima barn- och vuxenpsykiatri och som forskare på Karolinska Institutet (KI). Prima är ett privat vårdföretag och därför finns ingen möjlighet att begära ut någon bisyssleredovisning därifrån. Inte heller KI har fått in någon sådan från Ylva Ginsberg eftersom hon aldrig har varit anställd där utan bara har vad som kallas för en »anknytning« dit.

När Ylva Ginsberg skulle anställas på Socialstyrelsen begärde arbetsgivaren inte in någon skriftlig redovisning för hennes eventuella intressekonflikter,<sup>437</sup> men när hon väl fått jobbet lämnade hon efter nästan fem månader in en jävsdeklaration. Där framgår att hon har kunnat fakturera 154 000 kronor för en rad uppdrag åt Janssen, Novartis, Shire och Eli Lilly under åren 2012–2014. Dessutom har hon samarbeten med bolagen som inte arvoderas. Det viktigaste av dem är en studie som hon sedan 2014 medverkar i på uppdrag av Shire.<sup>438</sup>

Har dessa uppdrag påverkat Ylva Ginsberg som forskare? Det är svårt att veta. Men ett intressant exempel är en artikel i en vetenskaplig tidskrift som Ylva Ginsberg publicerade tillsammans med tre kollegor 2018, alltså året efter det att hon anställdes på Socialstyrelsen. Studien ingår i samarbetet med

Shire. En av medförfattarna är anställd av Shire och de båda övriga är anställda på ett konsultbolag som jobbar på uppdrag av bland andra Shire.<sup>439</sup>

Artikeln kartlägger ökningen av adhd bland vuxna i Sverige och vilken medicin de får. Skribenterna slår bland annat fast att adhd hos vuxna sannolikt är underdiagnostiserat och underbehandlat, bland annat med en referens till forskning av den för mig numera ökände Joseph Biederman.<sup>440</sup>

Jag kontaktar Ylva Ginsberg för en intervju. Hon vill inte träffa mig och inte låta mig intervju henne per telefon, utan skriver att hon endast kan gå med på att svara skriftligt.

Jag frågar om hon ser någon risk för att förtroendet för henne skadas av hennes samarbete med läkemedelstillverkare. Hon skriver att hon alltid har strävat efter integritet, transparens och objektivitet. Det är denna hållning som, menar hon, har gjort att hon har fått en lång rad viktiga uppdrag för olika myndigheter. Hon skriver också att alla bisysslor har godkänts av hennes olika chefer och att de är i linje med Läkemedelsindustriföreningens riktlinjer.

»Det bör poängteras att jag inte har haft något arvoderat uppdrag för läkemedelsföretag sedan jag började på Socialstyrelsen«, skriver hon.

Det stämmer, eftersom de uppdrag som hon har hos Shire är utan arvode. Men varför tar man ett uppdrag om man inte får betalt? Ylva Ginsberg förklarar att bestämmelser slår fast att företagen ska ersätta de kliniker där de medverkande forskarna arbetar, men inte betala ut personliga arvoden. Hon förklarar också att hon vill bidra till att öka kunskapen om vuxna med adhd och tillägger att hon genom dessa studier även lär sig mycket som hon har stor användning av.

Inte heller Ylva Ginsbergs chef på Socialstyrelsen, Jonas Bergström, vill låta sig intervjuas annat än via mejl. Jag frågar hur han ser på denna typ av bisysslor rent juridiskt, i relation till regleringsformen och lagen om offentlig anställning. Han

svarar att han anser att Socialstyrelsen uppfyller lagkraven, så länge de personer det gäller följer reglerna. Han skriver också att han godkänner Ylva Ginsbergs uppdrag och när jag frågar om han inte ser någon risk för att de skadar myndighetens förtroende svarar han kort och gott: »Nej.«

I sin granskning av SBU skriver Riksrevisionen att myndighetens anställda är medvetna om riskerna för en skevhet i kunskapsunderlaget och att de är kritiska till läkemedelsindustrins informationsövertag.<sup>441</sup> Utredarna försöker till exempel uppskatta risken för att det publicerade material som man har tillgång till är vinklat.<sup>442</sup>

Men Riksrevisionen menar att utredarnas ansträngningar inte räcker.<sup>443</sup> Och det är tydligt att forskare som SBU hyr in som experter kan ha en annan syn på behovet av objektiv kunskap. För den stora rapporten om diagnostisering och behandling av adhd som SBU publicerade 2013 anlidade man, som vi har sett, överläkaren och professorn emeritus Lars Jacobsson som huvudansvarig utredare. Han började kort efteråt marknadsföra Strattera på uppdrag av Eli Lilly. Jag drar mig till minnes vad han svarade när jag frågade honom om det:

»Objektiviteten tycker jag har gått alldeles för långt.«

Att Läkemedelsverket står nära läkemedelsindustrin märks redan i receptionen på huvudkontoret i Uppsala. På disken vajar sju flaggor på små förkromade stänger. Medan verkets adhd-expert Bror Jonzon hämtar kaffe fäster den pressansvariga Lars Dagerholt min uppmärksamhet på flaggorna och berättar stolt att de representerar de länder som har företrädare från läkemedelsindustrin på besök här just idag. Det är rätt fantastiskt att bolag från så många länder skickar folk hit till oss, säger han och ler.<sup>444</sup>

Läkemedelsverket är den av de granskade myndigheterna där risken för institutionell korruption är störst, skriver

Riksrevisionen. De försvårande omständigheterna är flera: Verket har många kontaktytor mot företagen, verket är beroende av företagens egen information om läkemedlen, hela utredningsverksamheten finansieras av företagen och externa experter som verket anlitar har kopplingar till läkemedelsföretag.

Ungefär hälften av verkets anställda utredare har också tidigare jobbat inom läkemedelsindustrin och kan därför tänkas ha en lojalitet där. Det är även dit nära hälften av de anställda som lämnar verket går. Som Riksrevisionen skriver: »När tjänstemän rör sig mellan Läkemedelsverket och läkemedelsindustrin finns risk att de tar hänsyn till framtida karriärvägar eller tidigare lojaliteter när de utför sina arbetsuppgifter.«<sup>445</sup>

Bror Jonzon har tolv år på AstraZeneca bakom sig och Lars Dagerholt har tidigare jobbat med PR inom närliggande områden. Nu leder de mig in i ett avskalat rum där den enda detaljen förutom skrivbord, tre stolar och ett litet runt mötesbord är en flyttkartong i ett hörn. I medarbetarnas arbetsrum släpps journalister inte in, där finns bland annat uppgifter om företag, förklarar Bror Jonzon.

I Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation för adhd är huvudbudskapet vaksamhet. Det handlar om att medicin är en komponent av flera i behandlingen, att risken för hjärt- och kärlbiverkningar måste värderas, att eventuell epilepsi hos patienten måste kontrolleras, att centralstimulantia kan påverka längdtillväxten hos barn och att risken för felanvändning måste beaktas hos personer med någon form av beroende, liksom risken för vidareförsäljning.<sup>446</sup>

Vid närmare granskning är detta inte särskilt förpliktigande fraser. Att risker ska »beaktas« eller »värderas« är fritt för tolkning och andra formuleringar är inte mer än konstateranden: »Centralstimulerande läkemedel (CS-läkemedel) och atomoxetin kan påverka längdtillväxten negativt hos barn« – och?

Dessutom är den allra första raden i rekommendationen överoptimistisk. »Läkemedelsbehandling är en komponent i ett multimodalt behandlingsprogram där också psykosociala och pedagogiska insatser ingår« – så står det, men så fungerar det sällan i verkligheten, särskilt inte för vuxna.

Slutsatsen är att rekommendationen lämnar fältet öppet för den enskilda läkaren att skriva ut medicin utan att prova något annat. Och det är uppenbarligen just det som händer.

Dessutom, och kanske viktigast av allt: Ingenting i rekommendationen talar för att minskad användning av adhd-medicin är ett mål.

Hur kom rekommendationen till? I september 2015 bjöds arton experter in till Krusenbergs herrgård vid Mälaren utanför Uppsala. Mötet pågick i två dagar med övernattning. Inför mötet var deltagarna tvungna att lämna en jävsdeklaration. Sex av dem redovisade samarbeten med läkemedelsbolag i varierande grad. En, Mats Johnson, uteslöts alltså på grund av jäv. De övriga fem, bland dem Kerstin Malmberg och Ylva Ginsberg, fick delta trots sina samarbeten.

Fem av sjutton experter, nästan en tredjedel, hade alltså pågående eller nyss avslutade uppdrag för läkemedelsindustrin.

Jag frågar Bror Jonzon hur verket resonerade när man godkände dem.

»Rätt ofta skulle det betyda en väldig kunskapsförlust om vi skulle exkludera dem kategoriskt. Det blir en avvägning av vad som kan vara okej eller inte. Och också i vad mån de kan dela med sig av sin kunskap men kanske inte delta fullt ut i beslutssituationer eller skriva sammanfattningen.«

»De här fem som redovisade jäv, var de med under hela processen?«

»Ja, de var med.«

Bror Jonzon säger att han delvis beklagar att systemet ser ut som det gör, men att det inte är något som Läkemedelsverket kan ändra.

»Att man har fått ett föreläsningsarvode av ett företag är rätt vanligt. Professionen ser inte det som märkvärdigt.«

Lars Dagerholt griper in och säger att verket under det senaste året har jobbat hårt för att styra upp frågan om jäv. När jag frågar vad man har gjort så svarar han att han inte kan säga exakt.

»Men det är framför allt uppföljning, kontroll och undersökning. Det är noggrannare.«

Bror Jonzon betonar också att de inhyrda experterna bara har en rådgivande roll och inte själva beslutar om hur behandlingsrekommendationen till slut formuleras.

En komplicerande omständighet är att en så stor del av Läkemedelsverkets intäkter – 76 procent 2018<sup>447</sup> – kommer från industrin, framför allt från avgifter för ansökningar om godkännande av mediciner.<sup>448</sup> Faktum är att största delen av Läkemedelsverkets arbete går ut på att mot betalning bedöma ansökningar.

Den rådgivningsverksamhet som Lars Dagerholt berättade om vid receptionsdisken är också problematisk, menar Riksrevisionen, eftersom den ger verket en roll som medutvecklare av läkemedlen. Det är samma avdelning inom verket som hanterar både rådgivning och ansökningar om godkännande, vilket också försätter handläggarna i märkliga roller: De har makt att godkänna eller avslå en ansökan om en medicin som de själva kan ha medverkat till att ta fram. Om bolaget har följt råden så blir det svårt för handläggaren att avslå ansökan, konstaterar Riksrevisionen.<sup>449</sup>

Och faktum kvarstår att ju fler ansökningar som Läkemedelsverket behandlar, och ju mer rådgivning man ägnar sig åt, desto mer pengar får man in. På sitt lakoniska sätt konstaterar Riksrevisionen att det finns »risk för att avvägningen förskjuts mot snabb utveckling av läkemedel på bekostnad av god kunskap om läkemedlens effekter«.<sup>450</sup>

Bror Jonzon håller inte med.



»Att industrin betalar verksamheten är ett rätt normalt förhållande«, säger han. »Vi upplever inte att vi sitter i knäet på industrin. Vi ser ju inte de pengarna.«

»Det är rimligt att bolagen ska betala verksamheten, inte bara skattebetalarna«, skjuter Lars Dagerholt in.

En annan del av Läkemedelsverkets verksamhet handlar om att hantera bolagens ansökningar om att få genomföra kliniska prövningar i Sverige. Sådana prövningar har gjorts även av adhd-medicin.<sup>451</sup>

Det är en verksamhet som anses värdefull inte bara för att den kan leda till nya effektiva läkemedel, utan också för att den bidrar till svensk tillväxt. Regeringen vill därför försöka locka hit fler kliniska prövningar, bland annat genom att korta handläggningstiden för ansökningarna. Detta är något som kan attrahera bolagen, enligt Riksrevisionen. Bland annat för att en kvick hantering minskar möjligheten till kritiska frågor.<sup>452</sup>

Efter intervjun frågar jag Bror Jonzon via mejl hur verket ser på den risken. Hans svar går ut på att handläggningstiderna inom EU ska synkas genom ny lagstiftning som blir gemensam för hela unionen. Dessutom menar han att kort handläggningstid lika gärna kan öka risken för avslag, eftersom informationen från läkemedelsbolagen då kanske blir bristfällig.

Gert Helgesson är professor i medicinsk etik på Karolinska Institutet. Han är inte läkare utan har doktorerat i praktisk filosofi, men han rör sig i en medicinsk värld där etik kan handla om allt från djurförsök till forskningsplagiat. Inom de kurser han leder är intressekonflikter ett tema och då särskilt i relation till läkemedelsindustrin.

»Som forskare ska man redovisa om man har några *conflicts of interest*, även om de inte skadar förtroendet – just för att de inte ska göra det«, säger han.

Det finns, som vi har sett, inte någon laglig grund för forskare att ta uppdrag inom läkemedelsindustrin samtidigt som de

forskar på behandling av adhd och medverkar till att ta fram behandlingsrekommendationer och riktlinjer. Men de juridiska kontrollmekanismerna räcker inte till, så därför får det pågå. Finns det något etiskt försvarbart i det?

Att medverka i marknadsföring eller hålla föredrag på uppdrag av läkemedelsbolag bör forskare avstå från, menar Gert Helgesson.

»Det är onödigt att äventyra sin trovärdighet bara för att vara *senior consultant*, eller vad de nu kallar det, och tjäna lite extrapengar. Är man professor behöver man inte de pengarna.«

En myndighet som överväger att anlita en forskare som expert bör tänka sig för i sådana fall.

»Forskare som medverkar i marknadsföring har ju tagit ställning för ett visst preparat så mycket att de vill förknippa sin egen person med det. Det är klart att de tappar trovärdighet.«

En viktig fråga är förstås i vilken utsträckning bindningen till ett bolag påverkar forskningens resultat och forskarens professionella bedömning av till exempel diagnosmetoder eller behandlingsalternativ. I en del fall, som med Lars Jacobson, kan man se att en forskare propagerar för en viss medicin. I andra fall, med experter som tar uppdrag från många bolag, kan man inte skönja den typen av slagsida.

Men som Gert Helgesson konstaterar så har de som tar uppdrag för medicinindustrin ändå det gemensamt att de har en positiv grundinställning till medicinering, vilket i sig skapar ett trovärdighetsproblem.

»De är inte neutrala i att lösningen är läkemedel.«

Uppfattningen hos till exempel Läkemedelsverket är att det inte är möjligt att välja bort adhd-expertyper som har uppdrag inom läkemedelsindustrin. Det finns helt enkelt inga andra. Men det stämmer alltså inte. Av de adhd-forskare jag har granskat har jag hittat kopplingar till läkemedelsindustrin hos ungefär hälften. Resten av de kvalificerade adhd-expertyperna verkar klara att hålla en rågång.

En komplikation är dock att de experter som har samarbete med bolagen är de mest namnkunniga och högprofilerade.

»Ja«, säger Gert Helgesson, »de forskare som är mest framgångsrika vill ge bilden av att de är det för att de är de duktigaste. Men ofta är det så att de är goda entreprenörer och socialt smidiga. Det gör att de blir approacherade av läkemedelsindustrin, och då drar de in mer forskningspengar och det gynnar deras karriär. De har nytta av de där handslagen.«

Denna korta replik får mig att inse att det till och med är värre än jag trodde. Att de experter som myndigheterna väljer att samarbeta med alltför ofta är jäviga hade jag klart för mig, men till det kan alltså komma en dynamik som gör att de ofta inte heller är de skarpaste utan bara de som är duktigast på att marknadsföra sig själva.

## Hanna: När man vet

**Det är dags för Hanna** att få sitt besked. Återgivning, som det heter på fackspråk. Hon är orolig. Kvällen innan har hon skickat ett sms till mig och bett mig att inte anteckna vid mötet. När vi träffas på Karlaplan säger hon att hon har kräcks för att hon känner så stort obehag inför beskedet.

»Men sen blir det bättre, när man vet«, säger hon.

»Fast det är väl då det börjar, oavsett om det är adhd eller något annat«, flyger det ur mig.

Hanna slänger en förskräckt sidoblick på mig.

Hon och psykologen har träffats en gång utan mig. Då har de gått igenom formulären som hon hade lämnat ifyllda till honom några dagar tidigare, och så har de genomfört den strukturerade intervjun, där till stor del samma frågor som tidigare har upprepats.

»Det känns obehagligt, men jag strävar efter att vara så uppriktig som möjligt. Det kanske inte blir konsekvent, för när han frågar kommer jag på mer och mer«, säger Hanna.

Receptionisten på Cereb verkar vara på lunch så vi blir insläppta av psykologen, idag i rosa skjorta under en tunn tröja och kavaj. Han ler mot Hanna när de skakar hand men ser kallt på mig.

Vi sätter oss och Hanna berättar om sin oro. Psykologen säger att han förstår, en sådan här utredning kan trappa upp ångestkänslor som man redan har.

Han förklarar att han och psykiatrikern har gått igenom all information de har samlat på sig och skapat sig en bild

av Hannas problem. Så sammanfattar han kort resultaten av testerna som Hanna gjorde veckan före. Ur en bunt papper bläddrar han fram ett diagram.

»Du presterar över på alla tester, till och med mycket över på den del som handlar om abstrakt språkligt tänkande«, säger han och konstaterar att man alltså kan utesluta det han kallar begåvningshandikapp. »Men det trodde vi ju inte heller var aktuellt.«

Hanna hummar bekräftande men knappt hörbart över ventilationens låga surr. Psykologen lägger pappren på bordet, lutar sig bakåt i stolen, vippar med en blå kulspetspenna av enklaste sort och ser på Hanna.

»När det gäller resten av utredningen så har vi framför allt koncentrerat oss på detta med adhd. Och vi har sett vissa tecken på problem med uppmärksamhet, framför allt nu men också delvis i barndomen.«

Han fortsätter att sammanfatta det Hanna har sagt om sina koncentrationsproblem, och långt innan han yttrar ordet »men« kan jag höra det komma.

»Men det som är påtagligt är ju din ångest, som väcker dig på nätterna och som du har med dig sedan barndomen. Vår bedömning är att den här generaliserade ångesten är så påfrestande att den också bidrar till att du får svårigheter med uppmärksamhet.«

Sedan säger psykologen något kort om att detta också är det intryck som Hanna ger när man möter henne.

»Du ser – och jag lägger inget värderande i det – lite skör ut.«

Han nämner även det som läkaren redan har sagt, att den bipolära diagnosen av allt att döma är riktig, och sammanfattar kort vilken roll det han kallar GAD – uttalat gadd – kan spela i samband med den. Hanna ser alltmer frågande ut.

»Vad är det jag har då?«

»Ja, det kallas GAD, *general anxiety syndrome*, generaliserat ångestsyndrom. Du kan läsa en massa intressant om det på

nätet. Och det går att behandla. Du har ju aldrig fått någon behandling för din ångest, eller hur?»

»Jo, jag har medicin, ångestdämpande, men den tar jag säl-  
lan för att jag blir helt borta av den.«

»Det är egentligen inte det du behöver. Medicinen kan  
tvärtom skapa mer ångest när man kämpar för att kunna slu-  
ta med den. Men det finns mycket effektiv terapi.«

Hanna frågar var hon kan hitta sådant och psykologen säger  
att hon måste prata med sin läkare.

»Där är det flera års kö till behandling«, säger Hanna.

»Jag har förstått det, och det är bedrövt«, säger psykolo-  
gen.

Medan vi tar på oss ytterkläderna är det tyst, men just in-  
nan jag stänger dörren efter oss säger psykologen:

»Ha det så bra.«

Det är på sätt och vis skönt att veta att det inte är adhd, säger  
Hanna när vi går tillbaka mot Karlaplan. Psykologen har na-  
turligtvis rätt när han antyder att hennes koncentrationspro-  
blem beror på att hon sover alldeles för lite, eftersom hon vak-  
nar med ångest klockan fyra varje morgon.

»Jag är inte svag, jag är bara trött«, säger hon.

Det är därför Hanna kan ge ett skört intryck, tänker jag.  
Egentligen är hon stark, men känslig, och har levt under om-  
ständigheter som kan meja ner även den starkaste.

Vi går in i gallerian och Hanna köper en mugg med mumintrollmotiv till sitt lilla brorsbarnbarn som fyller ett år. Sedan  
ska hon iväg och äta lunch med en kusin.

Jag sätter mig på Östermalms bibliotek och tänker. Vilken  
roll spelar det för mig att Hanna inte fick någon adhd-diag-  
nos? Ska hennes berättelse ens vara med i boken nu? Ja, jag  
vill inte förfalla till samma *publication bias* som präglar delar  
av adhd-forskningen, där bara resultat som bekräftar forskar-  
nas hypotes publiceras.

Så hur ska jag tolka utredningen och resultatet? Något som är tydligt är att det var en omsorgsfull utredning som följde nästan alla konstens regler. Både psykologen och psykiatrikern var noggranna, förutom i att de inte tog kontakt med någon av Hannas anhöriga för att få svar på frågor om hennes barndom. Det strider mot riktlinjerna för hur en utredning ska utföras och det var en allvarlig miss, menar en utomstående psykiatriker jag talar med.

Intressant är, med tanke på Cerebs samarbete med läkemedelsbolag, att psykologen uttalade sig negativt om medicinering. Sannolikt är det hans egen professionella bedömning och ett uttryck för integritet. Kanske har den privata adhd-branschen tjänat på att högkvalificerade medarbetare har flytt landstingspsykiatri. Det är här de jobbar nu, många av de vassaste.

Att Hanna inte fick en adhd-diagnos ger trots allt hopp. I bästa fall kan det vara ett litet tecken på att en mer restriktiv syn på adhd är på väg att etableras. Samtidigt så väcker den diagnos hon fick frågor.

Psykiatrikern beskrev GAD som att även de mest obetydliga potentiella orosmoment fäster på kroppens ångestorgan. Det slår mig att det låter lite likt det som man ibland raljant kallar »existentiell ångest« men som i många fall är en sund problematisering av den mänskliga tillvaron. När den mänskliga tillvaron destabiliseras, med konflikter och hotbilder som kryper allt tätare in på oss och med en konsumtionskultur som erbjuder oss förfalskad trygghet, så har GAD blivit en av de psykiatriska diagnoser som ökar snabbast.

## Det franska spåret

**I Frankrike är adhd ovanligt.** Statistik över hur många som har diagnosen finns inte, men mindre än en procent av pojkarna i åldrarna mellan sju och fjorton år äter adhd-medicin.<sup>453</sup> Det är försvinnande få jämfört med pojkar i länder som Sverige och USA.

Vad beror det på? Är franska barn och unga verkligen lugnare och friskare än svenska och amerikanska – och hur kommer det sig i så fall? Eller finns det helt andra förklaringar?

Jag rör mig runt i Paris med alla sinnen öppna för hur barn har det. En tisdagseftermiddag ligger himlen kall över den nybyggda stadsdelen La Défense, där det bor lika mycket folk som i en svensk småstad. Ett tiotal flickor och pojkar i nedre tonåren hänger i ett hörn av den slipade stenytan som sträcker ut sig som en frusen insjö mellan dungarna av spegelblanka höghus. Klockan är tre, dagen har långt kvar, vad har barnen att roa sig med? Varsin mobil, en skateboard och sitt eget bus, som att springa efter en långsamt rullande sopbil och försöka kasta in skräp i sopluckan därbak. Vem vet vad de längtar efter?

En mamma skyndar förbi med en liten flicka i kapp och klänning. Flickan går långsamt och vill inte ha på sig sin piffiga mössa, så mamman rycker tag i henne, trycker ner mössan och drar iväg henne hårt greppad om ena armen. Vem vet hur ont det gör?

Senare samma eftermiddag, på en trång och mörk förskolegård i den pittoreska stadsdelen Montmartre, hör jag tre flickor



och en pojke ha skriktävling i ett hörn. En av flickorna leder överlägset. Vem vet vad hon skriker på?

Så på söndagseftermiddagen slår solen ut. Trottoarerna flödar över av ljus och flanörer, och på Rue de Crimée sitter en pappa på huk och pratar stillsamt med en liten flicka som gråter i sin sittvagn mitt i floden av människor. Mamman står intill och ser uttråkad ut. Vem vet varför flickan gråter, vad pappan säger, vad mamman tänker och vad det är som egentligen utspelas på djupet av deras lilla familjeliv?

Och på lekplatsen en bit bort rullar en mamma en nyföding i vagnen medan en snyftande pojke hänger henne i byxbenen, tills hon tröttnar och ryter till: »Men vad är det!?« Då tar mormor över och lyfter upp pojken högst upp i klätterställningen medan minstingen somnar och mamman kan pusta ut på en parkbänk, lägga upp fötterna på barnvagnen och sätta telefonen mot örat. Vem vet vad pojken behöver, vad mormor kan ge, vad den nyfödda får och hur mamman lyckas med att hitta lite harmoni där på bänken, och hemma, och i livet?

Då slår det mig att jag eftermiddagen innan jag reste till Paris, på ett kafé med det intressanta namnet Nästan hemma i det lyckade villaområdet Mälarhöjden utanför Stockholm, hamnade mitt i – ja, vad? Ett familjegräl? En kränkning av ett barn?

Jag kom in på kaféet just som en pappa och två små pojkar var på väg ut. Det var trångt, pappan stod i vägen för mig för att en av pojkarna stod i vägen för honom – och då skrek pappan till pojken: »Flytta på dig! Du står i vägen! Att du alltid ska trassla!«

Så tog pappan med den andra pojken ut på gatan, men lämnade den trasslige kvar. Han kunde inte få upp dörren. Genom glasrutan såg han pappan och brodern gå mot gathörnet, han grät, skrek och bankade på dörren. Då skickade pappan tillbaka brorsan in för att hämta honom.

Konstig pappa, minns jag att jag tänkte i en snabb reflektion. Hade det hänt i Paris hade jag tänkt: barnmisshandel.

Det är svårare att få syn på kränkningar när de händer nästan hemma.

I den välbeställda lilla staden St Germain-en-Laye ett par mil väster om huvudstaden ligger Lycée International. Den statliga franska skolan har 2 400 elever från förskola till och med gymnasium. De flesta av dem har minst en förälder som har invandrat till Frankrike, ofta högkvalificerade västerlänningar och östasiater som vill maximera sina barns utbildning med tvåspråkighet och höga akademiska krav.

Varje elev på Lycée International tillhör någon av de fjorton olika nationella sektionerna. Den amerikanska är störst. Den svenska, med 174 elever, är medelstor men växer för varje år.

Verksamheten är utspridd i en rad hus, från ett rött tegelstall högst upp på kullen till mer alldagliga paviljonger i grått och glas längre ner i backen. Skolgården är avskalad, men rektor Kattis Elfvin på skolans svenska sektion berättar att skolan ska byggas om och dess campus bli mycket vackrare.

Kattis Elfvin, som också är lärare i svenska, har bott i Frankrike i femton år. Familjens hem ligger i en by några mil från skolan, men hennes två barn har inte gått här utan på vanliga franska skolor.

Lena Brossard är psykolog och studie- och yrkesvägledare. Hon är ursprungligen svenska, men har bott i Frankrike i många år och har haft sina tre barn här på skolan.

Nu sitter de båda svenskorna på rektorsexpeditionen och dricker espresso och samtalar om adhd. När Lena Brossard först hörde talas om diagnosen tänkte hon: Vad är det? Adhd, som har den franska förkortningen TDAH, var inte bekant för henne. Om en elev hade svårigheter i skolan sa man bara att han inte var mogen. Men på senare år har det hänt att hon hört någon lyfta fram TDAH som en möjlig förklaring.

På Lycée International vet Lena Brossard en enda elev som har en adhd-diagnos. Vad beror det på att de är så få?

»Det ställs krav på barnen, ordning och reda«, säger Kattis Elfvin.

Det börjar redan på förskolan där barnen får lära sig att sitta stilla på stolen, lösa en uppgift varje förmiddag och räcka upp handen om de vill säga något. På eftermiddagarna är det mer lek. Ett blygt svenskt barn som Kattis Elfvin känner upplevde det som en lättnad att komma hit efter att ha börjat förskolan i Sverige, berättar hon.

När franska barn börjar i första klass är de sex år. Fokus den första terminen ligger på att de ska lära sig läsa – och tro det eller ej men till jul kan alla det, säger Kattis Elfvin.

Sedan fortsätter skolgången med mycket utantillärande och drillning av språk, matematik och samhälls- och naturkunskaper. Det räcker inte att kunna googla, som Kattis Elfvin säger med en passning till Sverige.

Krävande prov och andra examinationer möter barnen tidigt. Lena Brossard och Kattis Elfvin menar att det är av godo, eftersom barnen snabbt vänjer sig och inte tar lika hårt på prov och betyg som svenska elever ofta gör när det till slut blir allvar, på högstadiet och gymnasiet.

Tre gånger om året samlas alla lärare, plus föräldra- och elevrepresentanter, och pratar igenom alla elever, oavsett om de har problem eller inte. Allt dras fram. De som har svårt får hjälp tidigt, genom stödundervisning som skolläkaren remitterar dem till och genom särskilda hjälpmedel för framför allt dyslexi.

Disciplinen är hård. Inget prat utan att räcka upp handen, inga mössor eller jackor i klassrummet, ingen acceptans för glömda böcker eller sena ankomster. Om en elev tar fram mobilen utan att läraren har gett klartecken så beslagtas den tills efter skoltid.

Oftast löser lärarna de problem som uppstår på plats i klassrummet.

»I och med att de får vara så stränga så har eleverna respekt och det skapar trygghet«, menar Kattis Elfvin.

Kan lärarna smälla elever på fingrarna med en linjal? Nej,

men den som bryter mot reglerna straffas med kvarsittning en lektion.

Är det samma krav och samma disciplin även på andra franska skolor? Till och med hårdare, säger Kattis Elfvin, på andra skolor får eleven inte hämta ut en beslagtagen mobil själv, det måste en förälder göra.

Och de elever som trots den hårda disciplinen inte låter sig tryckas in i den snäva mallen? Ja, sådana finns. De fallen har man löst genom vad Kattis Elfvin beskriver med det inte helt glasklara ordet »samarbete«.

På Lycée Internationals gymnasium finns bara högskoleförberedande program. Men Kattis Elfvin menar att en annan faktor som bidrar till att adhd så sällan är aktuellt är att yrkesutbildningar står högt i kurs i Frankrike och att man generellt har stor respekt för bagare och brevbärare.

Och mindre kvalificerade jobb, som att vända hamburgare på McDonald's, har man respekt för dem också? När jag frågar om det får jag undvikande svar med kontentan att hierarkierna är överordnade, McDonald's duger förutsatt att man avancerar till chef.

Hur mår barn och unga under detta hårda tryck innanför dessa snäva ramar? Många elever på Lycée International går i terapi hos psykolog. Ätstörningar har periodvis varit ett problem som skolledningen enligt Kattis Elfvin har arbetat framgångsrikt för att hantera.

Hon berättar att hon just nu har ett par elever på den svenska sektionen som är väldigt stressade och som man försöker hjälpa.

»Då är det skönt att kunna vara lite svensk – lite varm och omtänksam.«

Problem finns också på till exempel den spanska sektionen, där Lena Brossard har blivit ombedd att komma med förslag på åtgärder för att minska stressen. Det handlar om att lära eleverna studieteknik och stresshantering, inte om att förändra något i skolans struktur.

Vi går en runda genom skolan. Hör du vad tyst det är, säger Lena Brossard och det är det verkligen, inga elever rör sig i korridorer och trappor och klassrumsdörrarna är stängda om det sorl som möjligtvis hörs därinne.

Efter besöket på Lycée International är jag nedslagen. Trots sina relativt få adhd-diagnoser verkar Frankrike inte vara någon förebild för Sverige inom detta fält. De beteenden som medicineras bort i Sverige och i USA reglerar man här istället med järnhård disciplin. Och de barn som inte kan tuktas till underkastelse får falla ur systemet – så framstår det.

Men frågan är mer komplex än så. När jag läser på inser jag att en viktig förklaring till de låga adhd-talen är att franska psykiatriker ogärna använder DSM, bland annat på grund av ett instinktivt motstånd mot allt amerikanskt. Det finns ett alternativt franskt diagnossystem baserat på psykoanalytisk teori, CFTMEA, men det används inte heller så ofta, utan framför allt lutar sig den franska psykiatrin mot ICD, WHO:s diagnossystem vars snävare kriterier för adhd har gett färre diagnoser. Detta kommer sannolikt att ändras, i och med den nya och elfte upplagan av ICD där kriterierna närmar sig DSM:s, men de tidigare kriterierna har fortfarande betydelse för hur den franska adhd-statistiken ser ut.

Till det kommer att franska intellektuella även utanför naturvetenskaperna av tradition har hög status, vilket har bidragit till att psykoterapi är vanligare och mer avdramatiserat i Frankrike än i till exempel Sverige.<sup>454</sup>

En av Frankrikes största barnpsykiatriska kliniker är Maison des Adolescents i den anrika Parisstadsdelen Montparnasse. Den stora byggnaden med grön glasfasad ligger granne med vårdinrättningar i alla former, från ett av stadens första barnbördshus till begravningsbyråer där man vårdar urnor i skyltfönstren.

Psykiatriprofessorn Bruno Falissard en trappa upp ägnar

det mesta av sin arbetstid åt hyperaktiva eller okoncentrerade barn. Hans anspråkslösa skrivbord i ett dunkelt rum får mig att tänka att hierarkierna i det franska arbetslivet kanske inte är så brutala ändå – tills han nämner att han har sin huvudsakliga arbetsplats på ett annat sjukhus.

Bruno Falissard är en av världens ledande auktoriteter på adhd. Han är ordförande i en internationell organisation för barn och ungdomspsykiatri<sup>455</sup> och har örnkoll på spridningen av adhd-diagnosen globalt. Han har hållit sig förhållandevis fri i debatten om adhd, vilket naturligtvis i sig kan vara provocerande. En del psykoanalytiskt skolade franska psykiatriker och psykologer tycker att han är alltför biologiskt orienterad och ogillar att han har tagit uppdrag som konsult åt läkemedelsindustrin. Andra i branschen är kritiska till hans bedömning att den verkliga förekomsten av adhd – de fall som behöver medicineras – bara är ungefär 1 procent.

»Det är bara runt 1 procent som verkligen har allvarliga problem, så allvarliga att det är omöjligt för dem att klara tillvaron och omöjligt för omgivningen att dela liv med dem«, säger Bruno Falissard.

Han menar att adhd är både över- och underdiagnostiserat i Frankrike.

»Det finns allvarliga fall av adhd som inte medicineras, medan medicin används i en del fall som inte alls är allvarliga.«

Som han brukar säga när han håller sina föreläsningar: Den som har en hammare ser spikar överallt. Psykiatriker som är skolade inom adhd-medicin har lätt att identifiera adhd-symtom och svårt att se andra, mer komplexa och samverkande problem.

»Många barn- och ungdomspsykiatriker vill använda mediciner som ger effekt, så att de kan känna att de är lika seriösa som hiv-läkare. Då väljer de en diagnos som går att medicinera.«

Även Bruno Falissard har en hammare, han kan allt om med-

icinerna, men han ser ändå inte bara spikar. Ungefär en tiondel av de barn och ungdomar som söker till hans mottagning för adhd-symtom får en adhd-diagnos och ett recept på medicin. Ungefär lika många får ingen diagnos eftersom de inte har adhd. Resten, alltså de allra flesta, får en diagnos, men Bruno Falissard skriver inte ut någon medicin utan rekommenderar familjeterapi i någon form.

Så vilken roll spelar den franska synen på auktoritet och vuxnas starka makt över barn och unga?

Medan Kattis Elfvin och Lena Brossard såg den auktoritära franska skolan som en återhållande faktor när det gäller adhd – vilda barn tuktas – så menar Bruno Falissard att de höga kraven istället får många elever att rasa igenom. Men de flesta av dem får ingen adhd-diagnos utan får istället gå i psykolog-behandling.

Hur står det då till inom familjerna? Jag tänker på de krusningar i relationerna som jag har sett på stan, både i Paris och i Stockholm, och undrar hur det egentligen förhåller sig – är franska föräldrar mer auktoritära än svenska, eller är den tanken en fördom?

Bruno Falissard funderar. Han betonar att han inte känner till någon forskning på detta, och konstaterar sedan att Frankrike nog är mer heterogent än Sverige. Han ser hela skalan av familjerelationer representerade på sin mottagning. Där finns den moderna pappan som har bytt blöja på sin bebis och som nu har den vilda ungen i knäet under besöket – och vars fru klagar på att han inte sätter gränser och »inte gör sitt jobb som pappa«. Men där finns också de mer traditionella familjerna, med hårdare föräldrar som ibland också använder våld.

Fransk lag slår fast att vuxna inte får bruka våld på ett sätt som skadar barn fysiskt. Bruno Falissard tycker att den lagen borde vässas, vilket också är på väg att hända<sup>456</sup> – men han menar att frågan är knepig. Han ger ett exempel på en scen han såg på en förskola: En pojke slog en flicka och slutade inte

när förskolläraren försökte tala honom till rätta med höjd röst. Då smällde pedagogen till honom med handen över fingrarna, och han slutade genast.

I Sverige skulle det klassas som våld, säger jag – samtidigt som jag inser att den typen av scener utspelas i svenska hem utan att någonsin hamna i något polisregister.

»För mig är det fysisk kontakt, inte våld. Jag menar att det viktiga är att vuxna har kontroll. Föräldrar ska finnas där för att skydda barnet och de ska vara förutsägbara. Om de förlorar kontrollen så är de inte det. Då är det våld.«

Om våld, hot och maktutövning är vanligare än i Sverige, kan det vara en förklaring till de relativt få adhd-diagnoserna?

Kanske, nickar Bruno Falissard: »Det förklarar inte mycket, men det är kanske en faktor bland många.«

Globalt ser han de höga kraven inom skola och arbetsliv som den främsta förklaringen till ökningen av adhd.

»Adhd uppstår i ett glapp mellan vad människor är och vad samhället vill att de ska vara. Där måste vi hitta en kompromiss. Vi borde behandla bara dem som verkligen själva lider. De där tre-fem-sex procenten av pojkarna som har adhd i många länder – det vore mycket vunnet om vi kunde se dem bara som anorlunda människor.«

På vägen ut från Maison des Adolescents passerar jag klinikens kafeteria där ett gäng psykiatristudenter stimmar. Väggarna pryds av färgsprakande barnteckningar. Om man stannar upp och tittar ordentligt ser man deras ofta mörka budskap. En flicka med munnen igentejpad står innesluten i ett ägg utanför en rad höghus under blå moln som droppar rött regn över henne. Tre ansikten runt flickan säger »blah«.

Har Sverige något att lära av Frankrike när det gäller synen på adhd? Det är tveksamt. Den auktoritära behandlingen av barn kan vi lugnt sortera bort, där finns inget att hämta, men två



andra förklaringar till de låga adhd-talen är värda att fundera över.

Att WHO:s diagnosmanual ICD används istället för DSM har sannolikt haft betydelse, men den betydelsen kommer alltså att minska när ICD:s elfte upplaga, med något bredare diagnoskriterier, börjar användas. Ändå ger denna skillnad som det franska exemplet illustrerar bakåt i tiden anledning för experter i Sverige att se kritiskt på DSM – och kanske även på den nya upplagan av ICD.

En annan tänkvärd omständighet är att franska barn med adhd-symtom i första hand får hjälp genom psykoterapi. För barn handlar det då alltså om någon form av familjeterapi, och när det gäller vuxna används beteendeterapi eller psykodynamisk terapi. Psykoanalys kommer nästan aldrig i fråga.<sup>457</sup>

Det förekommer kritik mot den roll som psykoterapi spelar i Frankrike. Men å andra sidan finns studier – till exempel redan den klassiska MTA-studien från 1999 men också många senare – som visar att framför allt beteendeorienterade terapiformer kan ha god effekt på adhd-symtom.<sup>458 459</sup>

Av allt att döma är beteendeterapi i de flesta fall mindre omedelbart effektivt än medicin, vilket gör att sådan terapi blir mindre av en morot för dem som vill ha en *quick fix*. Om vårdsystemen konstrueras som i Frankrike, så att terapi prioriteras framför medicin, kan det då i sig fungera bromsande på ökningen av antalet adhd-diagnoser. När terapi dessutom har vetenskapligt beprövad effekt på lång sikt så kan det vara en strategi värd att pröva även i Sverige. Vilket ju redan är vad som rekommenderas i samband med att medicin skrivs ut.

# Koncentrationen

**Under arbetet** med den här boken har jag ständigt vridit på mitt objektiv, zoomat in och ut och in igen. Jag har lyssnat många timmar på nära berättelser från människor som lever med en adhd-diagnos, sin egen eller sitt barns, och tagit del av deras livs krumbukter. Jag har hört deras självvironiska skratt och sett deras tårar.

Sedan har jag backat och suttit i soffan med den ena forskningsstudien efter den andra, jag har läst med pennan i handen och den engelsk-svenska ordlistan intill mig, allt medan hagtornsträdet utanför fönstret har gått från vita blommor till röda bär till frostkantade grenar till nya blommor och nya bär och höga spritsar av snö, varv på varv.

Och nu har trädet blommat ännu en gång och bär hänger som pärlor på grenarna.

Adhd finns. Anton finns, med alla sina högst påtagliga problem som gör det nästan omöjligt för honom att passa in i skolan eller leka med kompisar. Men många av de diagnostiserade har adhd-symtom som inte är fullt så svåra.

Någon skarp gräns går inte att dra, men kanske är det som en av speciallärarna sa till mig: De som själva lider är de som har verkliga adhd-problem, resten är mest ett elände för omgivningen. Kanske är det som Bruno Falissard säger, att runt 1 procent har verklig adhd.

Ökningen av adhd-diagnoser förklaras med största sannolikhet till en liten del av en verklig ökning av koncentrationsproblem och hyperaktivitet. Denna lilla ökning har att göra med

faktiska förändringar i samhället, i första hand troligen de allt fler timmar barn tillbringar med digital teknik. Forskning har visat att den intensiva stimulansen från skärmtekniken, och framför allt från spel, kan bidra till ökade koncentrationsproblem hos dem som har en biologisk sårbarhet. Att många lägger så mycket tid på skärmarna, istället för på annat, spelar också roll.

En annan komponent är att sjukvården har blivit mycket duktigare på att identifiera adhd. Diagnosmanualen DSM har gradvis förändrats i syfte att fånga in fler personer med adhd-symtom, bland annat flickor och vuxna.

Till det kommer att det köp- och säljsystem som används i svenska landsting och regioner är riggat för att generera just adhd-diagnoser. Det är helt enkelt den diagnos som gör alla inblandade mest nöjda, från patienten som kan få hjälp snabbare, till politikerna som kan hyfsa till sin arbetslöshetsstatistik och göra ytterligare en insats för att gynna tillväxten. För att inte tala om bolagen i den växande utredningsbranschen som har hittat en flödande inkomstkälla.

Tillgången till egenpsykiatri på internet gör också sitt till. Den som googlar adhd kommer snabbt till sajter där man kan göra ett enkelt test som kan indikera att man har adhd. Sök hjälp, lyder tipset. Inte sällan drivs dessa sajter av läkemedelsbolag.

Ännu mer betydelsefull är dynamiken i skolan och arbetslivet. Jag kommer att tänka på psykiatrikern som utredde Hanna och hennes liknelse med rådjuret som går genom ett kardborrefält. Hon använde den om generaliserad ångest, men den går att applicera också på adhd. Diagnosen är liksom självhäftande och fäster på en stor del av de mänskliga egenskaper som inte är kompatibla med ett högpresterande och strömlinjeformat samhälle.

Det handlar om ökad hets i skolan och arbetslivet, som gör det allt svårare för dem som inte passar in i mallen. De blir en belastning som måste åtgärdas med minsta möjliga insats.

De beteenden som idag kallas adhd uppmärksammades först som problem i samband med att skolplikten infördes. Men då skolan var präglad av faktakunskaper, lärarauktoritet och hård disciplin kunde även de impulsiva, överaktiva och drömska barnen i de flesta fall rättas in i leden.

Nu har svensk skola utvecklats pedagogiskt så att mer ansvar läggs på elever som individer och på deras förmåga till egen analys, kommunikation och socialt samspel. Det finns goda avsikter i detta, som har att göra med både demokratisering och en modern kunskapssyn där faktakunskaper inte är allt, men mycket tyder på att adhd-symtom blir extra påtagliga i en sådan skola. Denna frihet under ansvar blir mer än barn med adhd klarar av – antingen blir de störande eller så försvinner de i dagdrömmar. En lösning kan då vara adhd-medicin.<sup>460</sup>

Här spelar också den ökande ojämlikheten i samhället in. Hemmets resurser får allt större betydelse. Man kunde ju hoppas att skolan skulle kompensera för det, men tyvärr fungerar det tvärtom. Elever vars föräldrar har hög utbildning eller gott om pengar får minskade psykiska problem när de börjar skolan, men barn vars föräldrar är sämre rustade får istället ökade problem, visar brittisk forskning. Och det gäller särskilt adhd.<sup>461</sup>

Skolor i Sverige är numera en spegling av det område där de ligger, så att skolor i områden där föräldrarna har hög utbildning levererar höga snittbetyg och skolor i områden där föräldrarna har låg utbildning och kanske saknar jobb inte lyckas få upp elevernas betyg. Då blir adhd-diagnosen ett möjligt medel för att försöka komma ikapp. Både för de enskilda familjerna, som inte ser någon annan lösning, och för skolorna. Genom att elevhälsan lotsar barn till adhd-utredningar kan högre betyg medicineras fram, och det stärker skolans ställning på en skolmarknad präglad av knivskarp konkurrens.

Konkurrens råder även internationellt. Sverige har länge halkat bakåt i internationella kunskapsmätningar, något som

uppfattas som problematiskt av politiker fixerade vid att Sveriges ställning som en så kallad kunskapsnation är garanten för fortsatt höjd ekonomisk tillväxt. Lösningen på det anses vara upptrappade kunskapskrav och ökad tonvikt på betyg och andra mätbara resultat. Med begränsade resurser krymper då skolans förmåga att anpassa undervisningen och den övriga verksamheten efter varje elev.

En stor andel av de adhd-diagnoser som har satts på barn och ungdomar i Sverige har uppkommit på det sättet. Men nu ökar adhd allra mest bland vuxna.

Konkurrensen på arbetsmarknaden och prestationstrycket i arbetslivet bidrar till att fösa människor in i utredningar. Om man inte har klarat gymnasiet kan man, som Sofia, med hjälp av en adhd-diagnos få ett jobb med lönebidrag.

Även om man finns på den ordinarie arbetsmarknaden kan man ha nytta av sin diagnos. En ung kvinna, Maria, menar att hennes adhd-diagnos kommer väl till pass inom prekariatet, den del av arbetsmarknaden där människor genom osäkra anställningar eller uppdrag utnyttjas som lösa brickor i ett ekonomiskt spel. Där ställs höga krav på att finnas till hands, rycka in och jobba långa pass med monotona uppgifter till låg lön. Risken är stor, menar Maria, att man tror att det är något fel på en när man inte orkar.

»Man sjukdomsförklarar en del av sig själv som egentligen kanske är en reaktion på ett sjukt samhälle.«

Men hennes diagnos har, säger hon, gjort det möjligt för henne att säga nej.

»När man får en diagnos så respekterar omgivningen att man inte pallar att leva upp till alla krav. Jag använder min diagnos som en ursäkt. Om ingen annan sätter gränser så måste man göra det själv.«

Inte alla har kraften att själva sätta gränserna. De allra flesta gör vad de kan för att leva upp till skolans och arbetslivets krav. Då kan medicinen vara till god hjälp.

Det händer också att personer som inte har någon adhd-diagnos, och kanske inte ens några egentliga koncentrationsproblem, ser till att komma över adhd-medicin på illegal väg. Ofta är det då studenter som vill intensivplugga för tentor. Det gjorde Robin, och han lyckades inte bara toppa högskoleprovet utan fick också mycket lättare att städa sitt rum och att prestera på topp i dataspel. Inom sjukvården i Sverige står detta så kallade läckage inte i fokus. Bara tre av de tio studenthälsomottagningar som jag kontaktade såg problemet.

En annan drivkraft bakom ökningen av adhd-diagnoser är att medicinerna kan användas i narkotiskt syfte. Mer och mer illegal adhd-medicin beslagtogs vid polisrazzior på krogar och i andra sammanhang.

Läkemedelsföretagen spänner sina muskler. De flesta bolag som tillverkar adhd-medicin sprider reklammaterial, tryckt och digitalt, som syftar till att lansera adhd hos personer som inte har diagnosen. Det handlar om att skapa *disease awareness*, sjukdomsmedvetenhet, allt för att utvidga medicinmarknaden till nya målgrupper. Marknadsföringen berättar att livet med koncentrationsproblem och hyperaktivitet är tufft, men att diagnosen kan lösa problemen. Ofta presenteras medicinen i samma material.

Kanske allra hårdast har Shire gått ut för att sälja in Elvanse. När medicinen skulle lanseras rekryterades en rad forskare som fick föreläsa för läkare runt om i Sverige. Samtidigt annonserade bolaget i pressen och pumpade ut marknadsföringsmaterial på klinikerna. Resultatet blev att försäljningen sköt brant i höjden.<sup>462</sup>

Läkemedelslagen slår fast att receptbelagda mediciner inte får marknadsföras mot allmänheten. Men vad menas med allmänhet och vad menas med marknadsföring? Hela denna bransch spelar i en gråzon. De kontrollinstanser som finns,

Läkemedelsverket och Läkemedelsindustriföreningen, granskar fall som anmäls och kan även ta egna initiativ till granskningar. Det blir mycket få sådana och bara enstaka fällningar.

Att läkemedelsbolagen så pass enkelt hittar allierade inom forskningen och vården har delvis att göra med att även dessa sektorer har drabbats av den tilltagande stressen och de allt snävare marginalerna. Detta bidrar till att forskare och läkare tacksamt tar emot bolagens erbjudanden om forskningspengar eller utbildning.

Av ett femtiotal svenska adhd-experty har nästan hälften, eller närmare bestämt tjugofyra, tagit emot pengar från tillverkare av adhd-medicin. Ibland i form av bidrag till forskning, men i de flesta fall också i form av arvoden för föreläsningar eller för medverkan i expertpaneler eller marknadsföringsmaterial.

Just de experter som är beroende av läkemedelsindustrin är också de som har lyckats marknadsföra sig som mest kvalificerade, så att det blir de som oftast anlitas när Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och SBU behöver kalla in hjälp utifrån för att till exempel skriva sina behandlingsrekommendationer. Handslagen lönar sig, som etikprofessorn Gert Helgesson konstaterade.

Efter att ha intervjuat ett antal av de experter som står närmast läkemedelsbolagen är jag fascinerad: Ingen pudlar. Flera av dem låter lite trötta över att en journalist orkar ifrågasätta det som varenda människa ju förstår är självklart, att den som vill göra karriär inom adhd-forskningen måste liera sig med bolagen.

Även deras chefer tar lätt på risken för jäv. När jag frågar Socialstyrelsens ansvariga om han inte anser att hans medarbetares uppdrag kan skada förtroendet för myndigheten svarar han med ett enda symtomatiskt ord: nej. Han orkar inte ens förklara varför han tycker att det hela är oproblematiskt.

Men det är uppenbart att förtroendet är skadat. Efter år av

medierapportering om de nära banden mellan läkemedelsbolag och forskning är människor i allmänhet luttrade, cyniska, på gränsen till uppgivna. De flesta litar inte på läkemedelsforskning, märker jag under arbetet med denna bok.

Denna förtroendeskada bevisar att relationerna mellan bolagen och experterna formellt strider mot flera lagar. Inte bara mot högskolelagen och lagen om offentlig anställning, utan också mot grundlagen i form av regeringsformen.

Det enda som skulle kunna göra symbiosförhållandet lagligt vore om man kunde konstatera att förtroendet för experterna inte bara är skadat utan faktiskt redan är förbrukat. Möjligtvis är det där vi befinner oss – förtroendet kanske inte kan skadas eftersom det inte längre finns.

I takt med att utvecklingen har eskalerat har några av adhd-industrins företrädare vänt 180 grader. En är psykiatrikern Allen Frances, som ledde arbetet med den fjärde upplagan av DSM och sedan skrev boken *Saving Normal*, en svidande kritik mot DSM-systemet.

DSM:s femte upplaga har, menar Frances, skapat en diagnosinflation där miljontals friska människor förvandlas till psykipatienter.

»Att alltför tidigt förlita sig på medicin kortsluter kroppens naturliga förmåga att söka egna sätt att läkas – att söka stöd hos familj, vänner och samhälle, att göra nödvändiga livsstilsförändringar, att avbörda sig onödig stress, att fokusera på fritidsintressen och glädjeämnen, att träna, vila och roa sig, att ändra livstempo. Att hantera sina problem själv normaliserar situationen, ger nya kunskaper och för en närmare människor som är hjälpsamma«, skriver Allen Frances.<sup>463</sup>

Ett av hans tydligaste exempel är adhd.

Minst lika betydelsefull är den helomvändning som psykologiprofessorn Keith Conners har gjort. Han spelade en huvudroll när adhd, med stöd av Ritalin-tillverkaren CIBA, lan-



serades i USA<sup>464</sup> och grenslade under en stor del av sitt långa yrkesliv både den akademiska världen och läkemedelsindustrin.

New York Times-journalisten Alan Schwarz beskriver i sin bok *ADHD Nation* hur Conners stod till tjänst åt bolagen eftersom han var övertygad om att medicinerna skulle hjälpa barn med adhd.<sup>465</sup> Han skapade Connersskalorna, de viktigaste av de mätinstrument som har möjliggjort den omfattande diagnostiseringen av adhd, och han samarbetade i årtionden med CIBA, Shire, Eli Lilly och andra bolag, ofta genom att ge legitimitet till lanseringen av mediciner.

När Conners höll föredrag på konferenser noterade han att de underlag som bolagen försåg honom med inte innehöll någonting om biverkningar. Han tog för givet att någon annan föreläsare skulle ta upp det, men under årens lopp insåg han att så var det inte, och han blev alltmer betänksam över hur adhd-tåget ångade på med läkemedelsbolagen som lokomotiv. Han började för sig själv ifrågasätta kollegor som kunde förmedla direkta lögnen från podiet, men han avstod länge från att gå till konfrontation – det ansågs ohyfsat, som Schwarz skriver.<sup>466</sup>

Till slut blev Keith Conners ändå massdiagnostiseringens mest trovärdiga kritiker. Som styrelseledamot i en yrkesförening för adhd<sup>467</sup> ombads han 2013 att hålla slutanförandet vid en konferens i Washington. Han tog sin chans: I sitt tal slog han fast att adhd-diagnosen hade utvecklats till »en nationell katastrof med farliga dimensioner«.<sup>468</sup>

Ingen på konferensen kommenterade hans anförande. Conners var 80 år gammal och ansågs passé.

Jag mejlade Keith Conners i början av arbetet med den här boken. I sitt svar skrev han bland annat: »En viktig faktor som orsakar läkarnas överdiagnostisering är manipulation från läkemedelsbolag.« Han välkomnade mig till North Carolina för en intervju och gav mig en rad lästips.

Tyvärr blev han sjuk i hjärtproblem. När jag började plane-

ra för min resa till USA var det hans fru som svarade på mejlet och förklarade att någon intervju inte var möjlig. I juli 2017 gick Keith Conners bort.

Det finns ytterligare en ledare i adhd-branschen som har tänkt om: medicinmogulen Roger Griggs, som en gång i tiden lanserade Adderall. Trots sin förankring i läkemedelsvärlden och alla miljoner dollar han har tjänat där öppnar Griggs för en annan syn på adhd än den etablerade medicinska. I ett mejl till mig skriver han:

»Adhd uppmärksammas oftast först i skolan och då i form av en 'beteendestörning'. Det finns tusentals anledningar till att barn är stökiga i skolan och inte presterar bra. Om man tar dem till en terapeut får de terapi, om man tar dem till en doktor får de medicin. Om man normaliserar barnens sömn, strukturerar deras liv och förbättrar deras matvanor så ändras ofta deras beteende och deras skolprestationer förbättras. Tyvärr är det enklare för alla inblandade att ge dem piller.«<sup>469</sup>

I USA omvärderas alltså adhd, men den vändningen verkar dröja i Sverige. De flesta svenska adhd-experter är alltför beroende av läkemedelsindustrin och av varandra för att kunna bryta sig loss, visa civillkurage och formulera sin kritik.

Men bland de professionella på fältet mullrar det lågintensivt, märker jag under arbetet med boken. En kväll på tunnelbanan får jag sällskap med en bekant som är barnpsykiatriker på en privat mottagning. Hon vet inte att jag skriver om adhd och svarar reservationslöst när jag frågar vad hon tänker om det ökande antalet diagnoser.

»Man vill ju vara modern och hänga med sin tid. För hundra år sedan var det andra sjukdomar som gällde, som hysteri. Nu är det detta. Och det är mer rätt, det tror jag ändå. Många har svår adhd. Men något skaver när det blir så många diagnoser«, säger hon eftertänksamt innan tunnelbanan stannar vid min station.

Även i patientleden märks en ny vaksamhet. Det blir allt vanligare att föräldrar till barn med adhd, eller ungdomar själva, vänder sig till sjukvården och vill få diagnosen återkallad.<sup>470</sup>

Den medicinska historien rymmer en lång rad diagnoser som har visat sig felaktiga: hysteri, leda, nostalgi, vandringsgalenskap, neurasteni ... De utrangerade diagnoserna är beteckningar på tillstånd som i en annan epok ansågs sjukliga men som vi nu ser antingen som naturliga reaktioner på yttre omständigheter eller som mer eller mindre okontroversiella personlighetsdrag.

Dessa kulturdiagnoser kan skymma blicken för andra, kanske bättre, förklaringar än de medicinska, menade medicinshistorikern Karin Johannisson. Hon varnade för att kulturdiagnoserna – dit hon menade att adhd sannolikt hör – riskerar att skapa sjukroller och sjukidentiteter och krympa utrymmet för det normala.<sup>471</sup>

Men Karin Johannisson trodde att diagnosfixeringen var övergående.

»Vårt behov av att kalla vårt reaktionsmönster på det nya för sjukdom kommer troligen att minska.«<sup>472</sup>

Maria, den unga kvinnan som säger att hon har nytta av sin adhd-diagnos inom prekariatet, tror inte att adhd kommer att finnas om femtio år.

»I alla fall inte om samhället blir bättre. Det är en trenddiagnos, den kommer att försvinna när den blir så vanlig som den är på väg att bli. Precis som andra socialt konstruerade diagnoser. Som homosexualitet, det ansågs ju också vara en sjukdom en gång i tiden.«

När antalet diagnoser ökar krymper betydelsen av varje enskild individs diagnos. Bland det första som händer är att stigmat minskar. Det blir inte en så stor sak att berätta att man har adhd, alla känner någon som har det och vet att det inte

behöver betyda att man är särskilt mycket annorlunda. Den utvecklingen ser vi, och den är till stor del av godo.

Andra effekter av ökningen är mindre goda. Ett problem är att de som har verkligt svår adhd riskerar att grupperas ihop med dem som har lindriga problem, vilket kan göra att de inte tas på allvar. Ett annat problem är att så många medicineras och att medicinerna är riskabla.

Dessutom måste vi försöka förstå vad det stora antalet adhd-diagnoser säger om det samhälle vi har skapat. Är det av godo att människorna kan anpassas efter samhällets krav, eller är det samhället som borde förändras?

Den brittiske barnpsykiatrikern Sami Timimi är en av dem som har reflekterat mest kritiskt och samtidigt mest fritt kring adhd-diagnoserna. Ökningen av psykiatriska diagnoser generellt bland barn i västvärlden har enligt honom två samverkande förklaringar: Dels mår barn i genomsnitt verkligen sämre, dels har det sätt på vilket vi hanterar barns beteenden förändrats.<sup>473</sup>

Att fler barn faktiskt mår sämre är, menar Timimi, ett uttryck för ett alltmer narcissistiskt värderingssystem där nära relationer, beroendeförhållanden och medkänsla har kommit att ses som belastningar. De ekonomiska klyftorna både mellan och inom länder har ökat. Ett liv i harmoni med naturen blir alltmer avlägset. En kultur där människor ses som vinnare och förlorare har växt fram. I den kulturen tar barn skada.<sup>474</sup>

Samtidigt har barnpsykiatrins praktik alltmer kommit att präglas av vad Timimi kallar för McDonaldisering. Psykiatrin sjukförklarar allt oftare barns normala reaktionsmönster på den narcissistiska kulturen. Precis som snabbmat utgår många av de vanligaste barnpsykiatriska diagnoserna från människors uppdrivna livstempo och deras behov av en *quick fix*. Och liksom snabbmaten har denna praktik sitt ursprung i det mest konsumistiska samhället, USA. Och den riskerar,

som snabbmaten, att orsaka långsiktiga skador både på individer och på folkhälsan i allmänhet.

Diagnoserna har enligt Timimi blivit till en form av varumärken som stämplas på barn för att de enkelt ska kunna plockas ut för att genomgå vissa behandlingar: »Varje varumärke utvecklas till en marknad som omfattar professionella (med expertkunskaper när det gäller varumärket) och behandlingar (som till exempel viss medicin eller en viss form av psykoterapi)«. <sup>475</sup>

Timimi är träffsäker i stora delar av sin analys, men tanken att adhd är ett varumärke framstår som ett hån för den som har svår adhd-problematik. Den metaforen är alltså alltför långt driven, men det finns tendenser till att den kan bli giltig. Retoriken, som den kan låta till exempel på svenska skolor, speglar det faktum att adhd ibland kan fungera som ett märke på tröjan som demonstrerar vilka ideal en person vill identifiera sig med.

Jag har adhd, kan någon säga, i syfte att förklara beteenden som inte är så omtyckta av omvärlden. Det är inte säkert att personen har adhd, det kan också vara bara ord. En logga som finns där för att läkemedelsindustrin har lanserat den.

Hinshaw och Scheffler – psykologen och hälsoekonomen vars bok *ADHD Explosion* jag nu bläddrar i på nytt – ser många skäl att tro att antalet adhd-diagnoser kommer att fortsätta att öka. Att DSM:s kriterier har vidgats så att fler personer omfattas är ett skäl. Till det kommer att Amerikanska barnläkarförbundet 2011 beslutade att diagnosen ska kunna ställas på barn från fyra års ålder. Dessutom har patenten för ett antal mediciner löpt ut, vilket öppnar marknaden för billigare alternativ och kan öka försäljningen. Ytterligare skäl är att stigmat minskar och att prestationskraven inom skola och arbetsliv trappas upp i och med att konkurrensen hårdnar globalt. Skolsystemen i Kina och Indien, med nästan en tredjedel av

världens befolkning, blir alltmer inriktade på höga prestationer.<sup>476</sup>

Hinshaw och Scheffler menar att adhd-medicineringen i USA måste öka ytterligare om USA ska kunna försvara sin position på världsmarknaden. Andra länder kommer sannolikt att följa efter.<sup>477</sup>

Kapitalism är ett knepigt ord. Fortfarande är det sannolikt mest använt under 1 maj-demonstrationer, men det har också en neutral betydelse. Enligt Nationalencyklopedin är kapitalism ett »ekonomiskt system där produktionsmedlen företrädesvis befinner sig i privat ägo och där produktionen regleras av marknadskrafterna«. Med den definitionen lever vi, *like it or not*, i en långt driven kapitalism idag i Sverige. Samhällets tillit till marknadskrafterna är större än någonsin.

I denna kapitalism ställs höga krav på produktivitet, effektivitet, prestationsförmåga, konkurrenskraft och kortsiktig avkastning. I samspel med digitaliseringen har det bidragit till att öka människors aktivitetsnivå och minska deras möjlighet att koncentrera sig på en sak i taget. På så vis har kapitalismen av allt att döma medverkat till en verklig ökning av adhd-symtomen.

Samtidigt, och sannolikt viktigare, har kapitalismens effektivitetsflöden vaskat fram alla de människor som inte flyter med i forsen. De känsligare, de som är ovanligt mottagliga för intryck, de som är lite för långsamma eller lite för snabba. Och många av dem har fått diagnosen adhd.

Det vi ser i det ökande antalet diagnoser är alltså skadeverkningar av ett ekonomiskt system som finns till mer för sin egen skull än för vår. Och verkligt destruktivt blir det när dessa krafter, i det vakuum som uppstår när vård och skola krisar, får samspela med läkemedelsindustrin.

I kapitalismens dna ligger att den vill rusa fritt. I den rusningen, och i konkurrensen som uppstår, är tanken att de

bästa ska vinna – de bästa skolorna, de bästa arbetsgivarna, de bästa eleverna och de bästa medarbetarna – så att ett högkvalitativt samhälle växer fram av sig själv.

Nu har vi testat den idén i skarpt läge sedan början av åttiotalet, och vi har sett att förlorarna är många. Skiktningen har blivit tydlig. Människor slås ut. Rädslan för utslagning är en komponent som får människor att famla efter verktyg för att förmå prestera på de villkor som råder. Ett sådant verktyg är prestationshöjande medicin.

Vi försöker medicinera bort kapitalismens värsta skadeverkningar med narkotikaklassade preparat. Biverkningarna är ofta svåra, men de kan medicineras bort med andra läkemedel.

Detta kan inte vara hållbart.

Vi lever nu en bra bit in på 2000-talet. Vi har tätat hålen i ozonskiktet, slutat slänga skräp i skogen, fått bort blyet ur bensinen, förvandlat cigarrettrökning från en sexig vana till en korkad och öppnat både lagstiftning och vardagskultur för att kön inte spelar någon roll i kärleken. Vi har de materiella och intellektuella resurserna som behövs för att bygga ett samhälle så pass i takt med sin tid att det inte kräver att människor bara för att passa in äter medicin med svåra biverkningar.

Perfektion är destruktivt på längre sikt. Vår utveckling som människor gynnas inte av att vi strömlinjeformar oss så att inget störande finns kvar, inga skarpa hörn eller bucklor. Det är i friktionen kreativiteten spricker fram, det är i möten mellan människor som tänker, känner, agerar och uttrycker sig på olika sätt som vi kan erövra det nya och hitta lösningar på alla de problem vi brottas med på jorden. Vi behöver våra störningar.

## Alex: Allt i balans

**Hemma i den ljusblå villan** tar Alex ännu en kopp kaffe ur bryggaren i köket. Jenny och barnen har kört iväg med bilen och han slår sig ner vid matsalsbordet igen.

»Nu är allt i balans«, säger han.

Han har jobbet. Han kör de stora stålbalkarna med truck och travers in i lagret och ut för vidare transport. Han har ingen utbildning i någon form av maskinteknik, utan har istället ständigt utvecklats på arbetsplatsen tack vare kunnigare kollegor.

»Jag kan bli jävligt irriterad ibland när något inte funkar, men jag är väldigt duktig praktiskt och jag vet hur viktigt det är att ha ordning«, säger han.

Arbetslös har han inte varit, annat än någon enstaka kort period.

Och så har han familjen. På fritiden fixar han på huset, hjälper till på barnens föräldrakooperativa förskola, styrketränar ute i garaget eller går i skogen och plockar svamp och blåbär med Jenny och barnen.

Adhd-medicinerna har han slutat med, biverkningarna blev för tuffa och han tyckte det var obehagligt att ha narkotikaklassad medicin hemma med barn i huset. De enda mediciner han tar nu är för hjärtat, en rytmstabiliserare och en betablockerare. Och så äter han olika mineraler, D-vitamin och omega 3.

»Jag känner skillnad. Det kanske är psykologiskt, men jag blir lugnare.«



Några egentliga adhd-problem har han inte längre, men i vissa situationer kan han fortfarande bli stressad. Till exempel kan han få för sig att han säger något fel om det är möte med förskoleföräldrarna, men han har hittat tankemodeller som gör att han kan hantera det: »Hur reagerar du själv om någon säger något som är lite fel? Du tycker lite synd om honom, inget annat.«

Och de delar av honom som fortfarande präglas av adhd ser han fördelar med. Framför allt gäller det kreativiteten – han bygger, målar och tapetserar.

Generellt tycker Alex att det är för lätt att få en adhd-diagnos och att få medicin. Han menar att skolorna istället för att lotsa barn till utredning ska hjälpa dem att komma till rätta med negativa självbilder.

»Har din hjärna blivit utsatt för alltför mycket negativt så sitter det i och man har lätt att dras ner. Det är sådant som man måste vara uppmärksam på, i skolan och hemma.«

Om något av hans egna barn skulle få koncentrationssvårigheter eller börja agera impulsivt skulle han inte vilja att barnet utreddes för adhd, säger han.

Själv har han kvar sin egen adhd-diagnos, men han tänker inte så mycket på den längre.

»Jag är sån att jag blir klar med saker och lämnar dem.«

# Tack

**Tack till alla er** som har berättat för mig om era egna eller era barns erfarenheter av att leva med adhd. Er generositet är ovärderlig.

Tack också till Kerstin Brunnberg, Karin Dellby, Åsa Hammar, Thomas Heldmark, Eva-Lotta Hultén, Kristina Mattsson, Anna Nyhlén, Jan-Erik Pettersson, Sven Román och Peter Salmi som alla har läst hela eller delar av manuset kritiskt utifrån olika perspektiv. Och tack till de båda för läsarna okända välgörare som också har gjort gedigna fackgranskningar – men som vill förbli hemliga, eftersom ämnet är känsligt. Alla kommentarer från er förhandsläsare har gjort mycket för att vässa bokens fakta och analys, även i de fall då jag har envisats med att inte göra de ändringar ni har föreslagit.

Och tack till mina föräldrar Annika och Anders som har gett boken en extra bonuskorrläsning. Och så det största och varmaste tacket till min närmaste familj – särskilt Gert och Selma – för att ni i våra många samtal om adhd har orkat både inspirera och kritisera med sådan glöd. Nu kan vi prata om annat. Också.

# Noter

## Det störande

- 1 Schuch, Viviane m.fl., Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Light of the Epigenetic Paradigm, *Frontiers in Psychiatry* 2015; 6: 126.

## Spektrumet

- 2 Bara könsdysfori har en snabbare ökningstakt, enligt Socialstyrelsens statistikdatabas 4 juni 2018.
- 3 *Förskrivning av adhd-läkemedel 2015*, Socialstyrelsen 2016.
- 4 Påslaget är 33 procent för barn och 54 procent för vuxna (mejlväxling med Peter Salmi, Socialstyrelsen, 7 september 2018). Möjligtvis ger detta siffror som är någon promille för höga, eftersom det förekommer utskrivning av adhd-medicin även till personer som inte har någon diagnos (s.k. *exjuvantibus*).
- 5 Mejlväxling med Peter Salmi, Socialstyrelsen, 2 december 2016. *Förskrivning av adhd-läkemedel 2015*, Socialstyrelsen 2016.
- 6 *Regionala skillnader i användningen av adhd-läkemedel bland barn – en fråga om psykosocial miljö?*, Socialstyrelsen 2018.
- 7 Siffror för 2017 från Socialstyrelsen 4 juni 2018.
- 8 Engström, Ingemar och Gustavsson, Torgny, Orimligt många behandlas med läkemedel för adhd, *Dagens Nyheter* 27 juli 2016.
- 9 Gillberg, Christopher, m.fl., Has The Attention Deficit Hyperactivity Disorder Phenotype Become More Common in Children Between 2004 and 2014? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2018, s 7.
- 10 Gäller pojkar 10–17 år. Statistik från 2015, Socialstyrelsen 4 juni 2018.
- 11 Intervju med Christopher Gillberg 21 april 2018.
- 12 UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *Concluding Observations on the Fifth Periodic Report of Sweden* 2015.
- 13 Mejl från Socialdepartementet 24 augusti 2017.

## Den stressade hjärnan

- 14 *Adhd – etiska utmaningar*, Statens medicinska-etiska råd 2015.
- 15 Hinshaw, Stephen och Scheffler, Richard, *The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money and Today's Push for Performance*, Oxford University Press 2014, s 55.
- 16 Detta kan tyckas motsägelselfullt, eftersom många personer med adhd är mer lättstörda än personer utan adhd. Men forskningen förklarar det med

- att hjärnan hos en person med adhd försöker kompensera för belönings-systemets relativa okänslighet genom att vara extra vaksam på intryck. (Se Hinshaw och Scheffler s 31.)
- 17 Olson, Lars (red), *Hjärnan*, Karolinska Institutet University Press 2007, s 208.
- 18 Hoogman, Martine m.fl., Subcortical Brain Volume Differences in Participants with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults, *The Lancet Psychiatry* 2017.
- 19 Ibid.
- 20 Intervju med Christopher Gillberg 21 maj 2018.
- 21 Ibid.
- 22 Möjligtvis är andelen något lägre, eftersom den forskning som ligger bakom siffran delvis bygger på tvillingstudier där föräldrar har intervjuats om hur olika eller lika deras en- eller tvååggstvillingar är. Flera studier har visat att föräldrar till tvååggstvillingar tenderar att överdriva skillnaderna mellan barnen, medan föräldrar till enåggstvillingar tenderar att överdriva likheterna, något som kan leda till ett överdrivet genomslag för uppfattningen att adhd till så stor del är ärftligt (se Sherman, DK. m.fl., Attention-deficit Hyperactivity Disorder Dimensions: a Twin Study of Inattention and Impulsivity-Hyperactivity, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997 och Goodman, R. m.fl., A twin study of hyperactivity-II. The Aetiological Role of Genes, Family Relationships and Perinatal Adversity, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1989).
- 23 Hinshaw och Scheffler s 28.
- 24 Ibid.
- 25 Wikström, Anja, *Ingen familj är en ö*, Ordfront 2014.
- 26 Frances, Allen, *Saving Normal*, William Morrow 2013, s 10.
- 27 Intervju med Christopher Gillberg 21 maj 2018.
- 28 Hjärnguiden.se.
- 29 Frances s 10 ff.
- 30 Hinshaw och Scheffler s 18.
- 31 Ibid., s xxvi.
- 32 Schwarz, Alan, *ADHD Nation: Children, Doctors, Big Pharma and the Making of an American Epidemic*, Scribner 2016, s 32.
- 33 Frances s 186.

### **Den stressade hjärnans historia del 1**

- 34 ADHD A brief history, Shire 2012.
- 35 Citerad i Lange, Klaus m.fl., The History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* 2010; 2 (4): 241–55.
- 36 Ibid.
- 37 Hoffmann, Heinrich, *Julbocken eller Pelle Snusk – lustiga historier och roliga bilder*, Gidlunds 1979 (efter den fjärde upplagens bilder och den sjätte upplagens texter).

- 38 ADHD A brief history, Shire 2012. Lange m.fl.  
39 Hinshaw och Scheffler s 5.  
40 Citerad i Carlberg, Ingrid, *En diagnos det stormat kring – adhd i ett historiskt perspektiv*, Socialstyrelsen 2014, s 8.  
41 Carlberg 2014, s 8–9.  
42 Lange m.fl.  
43 Smith, Matthew, *Hyperactive: The Controversial History of ADHD*, Reaktion Books 2012, s 24.  
44 Jacobs, Alan, The Lost World of Benzedrine, *The Atlantic* 15 april 2012.  
45 Hinshaw och Scheffler s 5.  
46 Strohl, Marianne, Bradley's Benzedrine Studies on Children with Behavioral Disorders, *Yale Journal of Biology and Medicine* 2011.  
47 Bradley, Charles, The Behavior of Children Receiving Benzedrine, *American Journal of Psychiatry* 1937; (94):577-81.  
48 Ibid.  
49 Ibid.  
50 Strohl.  
51 Lange m.fl.  
52 Center for Substance Abuse Research, <http://www.cesar.umd.edu/cesar/drugs/ritalin.asp>.  
53 Carlberg 2014 s 11.  
54 Smith s 106.  
55 Ibid., s 54–57.  
56 Ibid., s 67  
57 Ibid.  
58 Ibid., s 40.  
59 *Adhd – etiska utmaningar*, Statens medicinsk-etiska råd 2015, s 18–19.  
60 Hinshaw och Scheffler s 5.  
61 Laufer, Maurice m.fl., Hyperkinetic Impulse Disorder in Children's Behavior Problems, *Psychosomatic Medicine* 1957.  
62 Laufer, Maurice och Denhoff, Eric, Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children, *Journal of Pediatrics* 1957.  
63 Ibid.  
64 Ibid.  
65 Smith s 53.  
66 Carlberg 2014 s 11.  
67 Schwarz 2016 s 23.  
68 Ibid., s 28  
69 Ibid., s 32.  
70 Ibid.  
71 Smith s 94.  
72 Schwarz 2016 s 94.  
73 Carlberg 2014 s 12.  
74 Schwarz 2016 s 38.  
75 Convention on Psychotropic Substances, 1971, United Nations.

- 76 Hinshaw och Scheffler s 6.
- 77 Socialstyrelsens generaldirektör Bror Rexed förklarade 1975 i ett brev till sin kollega på Skolöverstyrelsen: »Vad jag är rädd för är att en överdiagnostik stödd på entusiastiska psykologers och neurologers förfinade testmetoder kan komma att utpeka en stor grupp barn med mycket osäker avgränsning mot normalvarianter som en speciell 'sjukdomsgrupp'. Därav följer att de kommer att bli behandlade och särbehandlade. Detta kan i sin tur mycket väl leda till större skador än nytta. Som bevis för denna möjlighet vill jag anföra vad som hänt i Förenta staterna. På grundval av en lös diagnostik (ofta tydligen bara lärarinnans påpekanden att barnen är oroliga i klassen) ger man flera hundratusentals barn regelbunden behandling med centralstimulantia.« (Citerad i Carlberg 2014 s 15.)

### Handboken

- 78 *American Psychiatric Association*, APA.
- 79 Schwarz, Alan, The Selling of Attention Deficit Disorder, *New York Times* 14 december 2013.
- 80 Frances s 61.
- 81 Carlberg, Ingrid, *Pillret*, Norstedts 2008, s 105.
- 82 Cooper, J.E. m.fl., Cross-national Study of the Mental Disorders: some Results from the First Comparative Investigation, *American Journal of Psychiatry* 125 1969, s 21–29, citerad i Frances s 62.
- 83 Carlberg 2014 s 11.
- 84 Frances s 63.
- 85 Ibid., s xiv–xv.
- 86 Ibid., s 67.
- 87 *Hyperkinetic reaction of childhood*.
- 88 Lange m.fl.
- 89 Ibid.
- 90 Ibid.
- 91 Schwarz 2016 s 49.
- 92 Ibid.
- 93 Carlberg 2008 s 108.
- 94 Ibid., s 112.
- 95 Smith s 97.
- 96 Frances s 69.
- 97 Ibid.
- 98 Ibid., s 75–76.
- 99 Hinshaw och Scheffler s 7.
- 100 Frances s 142.
- 101 Ibid.
- 102 På fackspråk ökad sensitivitet och minskad specificitet. Frances s 24.
- 103 Carlberg 2014 s 29.
- 104 *Adhd – etiska utmaningar*, Statens medicinsk-etiska råd 2015.
- 105 Ibid., s 23.

- 106 Frances s xiv.  
 107 Ibid., s 104.  
 108 *MINI-D 5: Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*, American Psychiatric Association (översättning Jörgen Herlofson), Pilgrim Press. *ICD-10-SE: Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem*, Socialstyrelsen. (*ICD-10: The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, WHO.)  
 109 Smith s 168.  
 110 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/enty/821852937>.  
 111 *Förskrivning av adhd-läkemedel 2015 – trender och prognos av utvecklingen*, Socialstyrelsen 2016 s 8.

## Den stressade hjärnans historia del 2

- 112 Smith s 24.  
 113 Hinshaw och Scheffler s 6. En effekt av scientologernas kampanj var att det blev svårare att föra ett seriöst offentligt samtal om adhd. Läkemedelsindustrin och patientorganisationerna anklagade forskare, journalister och andra granskare för att gå scientologernas ärenden om de problematiserade diagnosen. Det är en skugga som än idag faller över debatten om adhd.  
 114 Schwarz s 100.  
 115 Hallowell, Edward och Ratey John, *Driven to Distraction*, Anchor Books 2011 (första upplagan 1994).  
 116 Schwarz s 59.  
 117 Conrad, Peter och Bergey, Meredith, The Impending Globalization of ADHD, *Social Science & Medicine*, nr 122 2014.  
 118 Snaprud, Per, Hjärnkampen, *Dagens Nyheter* 6 juni 2003.  
 119 Ibid.  
 120 Ibid.  
 121 Atterstam, Inger, Vetenskapsstriden där allt gick fel, *Svenska Dagbladet* 22 maj 2005.  
 122 *Adhd – etiska utmaningar*, Statens medicinsk-etiska råd 2015, s 25.  
 123 Carlberg 2014 s 17.  
 124 Ibid., s 17.  
 125 Ibid., s 18.  
 126 Ibid., s 23.  
 127 Ibid., s 22, Fass.  
 128 Polanczyk, Guilherme m.fl., The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis, *American Journal of Psychiatry* juni 2007.  
 129 Forskarna menar att de skillnader i förekomst som finns mellan olika länder beror på skilda mätmetoder – egentligen är prevalensen jämnt fördelad över världen. (Polanczyk m.fl.)  
 130 *Läkemedel för adhd-behandling*, Läkemedelsverket 2015.  
 131 Schwarz 2016 s 228. Äldre är samtidigt en svår grupp att diagnostisera med

adhd. Det är svårt för en läkare att ta anamnes, sjukdomshistoria, med hjälp av en pensionärs föräldrar och lärare. Många äldre tar också redan många mediciner och inte mycket är känt om hur adhd-medicin samspelar med dem. Dessutom är det många äldre som inte tror på adhd eftersom diagnosen inte fanns när de eller deras barn var unga.

- 132 Schwarz, Alan, Thousands of Toddlers Are Medicated for A.D.H.D., Report Finds, Raising Worries, *New York Times* 16 maj 2014.  
133 Hinshaw och Scheffler s 138.  
134 Svenaeus, Fredrik, *Homo patologicus*, Tankekraft 2013 s 80.

### Att reda ut

- 135 *Förskrivning av adhd-läkemedel* 2016, Socialstyrelsen 2017.  
136 Intervju med Caroline Engberg 19 januari 2017.  
137 Svagbegåvning, även kallad svag teoretisk begåvning, innebär en intelligenskvot på 70-85. »Alla inblandade hoppas att eleven har en koncentrationsstörning där ADHD-medicin skall hjälpa, men är grundproblemet svag begåvning brukar inte läkemedel nämnvärt förbättra resultatet«, skriver Reimer i en debatt på tidningen Dagens Medicins hemsida. <https://www.dagensmedicin.se/blogg/mats-reimer/2017/12/28/ingen-bryr-sig-om-svagbegavning/>.  
138 Mejlväxling med Anna Lazar 16 april 2017.  
139 Beloppet är från 2017 och räknas upp med 1% varje år.  
140 Tilläggsavtal mellan Stockholms läns landsting och Stockholms läns sjukvårdsområde 2016.  
141 Mejl från Stockholms läns landstings presstjänst 4 juni 2018.  
142 *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd*, Socialstyrelsen 2014 s 32 ff.  
143 *Riktlinje adhd* 2016, Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, SFBUP.  
144 Ibid.  
145 <https://transparency.lilly.com/EFPIA-2015-Sweden.pdf>.

### En hyperaktiv bransch

- 146 Ståhlberg, Carin, Larm om felaktiga diagnoser på barn, *Dagens Nyheter* 22 oktober 2017.  
147 Frances s 80.  
148 Intervju med Maria Svensson, klinikchef på BUP i Värmland, 8 december 2016.  
149 Mejlväxling med Peter Salmi på Socialstyrelsen 2 december 2016.  
150 Intervju med Maria Svensson, klinikchef på BUP i Värmland 8 december 2016.  
151 *Falu-Kuriren*, *Dala-Demokraten*, *Borlänge tidning*, *Mora Tidning*, *Nya Ludvika Tidning*, *Södra Dalarnas tidning*, *Mariestads-Tidningen*, *Falköpingsposten* och *Västgöta-Bladet*.  
152 Även kallat intellektuell eller kognitiv funktionsnedsättning.  
153 Mejlväxling med Rikard Pellas på Läkemedelsindustriföreningen (LIF) 19 juni 2017. Mejlväxling med Anders Ullerås på Läkemedelsverket 14 sep 2017.



- 154 *Vilja, en skrift om killar med adhd*, Novartis 2012.  
 155 Eli Lilly, som tillverkar Stratterra, betalade dokumentationen av adhd-veckan 2011. (*Adhd week 2011 – selected summaries.*)

### **Behandlingen**

- 156 *Förskrivning av adhd-läkemedel 2016*, Socialstyrelsen 2017.  
 157 *Report of the International Narcotics Control Board for 2014*, s 39.  
 158 *Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation*, Läkemedelsverket 2016.  
 Tillgänglig på: [https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Lakemedel\\_%20vid\\_adhd\\_behandlingsrekommendation.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Lakemedel_%20vid_adhd_behandlingsrekommendation.pdf).  
 159 Ibid.  
 160 Ibid.  
 161 Mejlväxling med Bror Jonzon, Läkemedelsverket, 11 september 2018.  
 162 Smith s 171.  
 163 Hinshaw och Scheffler s xxii.  
 164 <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Forskrivning/>.  
 165 Indikationsglidning – att sikta brett och träffa snett, *Vetenskap & Praxis*, SBU mars 2012.  
 166 Intervju med Peter Salmi, Socialstyrelsen, 14 augusti 2018.  
 167 *Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation*, Läkemedelsverket 2016.  
 168 Tomlinson, Heather, Shire Drug Linked to 20 Deaths, *The Guardian* 11 februari 2005.  
 169 Tio dödsfall som rapporterats i samband med medicinering mot adhd, Läkemedelsverket 22 juni 2017.  
 170 Ibid.  
 171 Ibid.  
 172 *Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation*, Läkemedelsverket 2016.  
 173 *ADHD – diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet*, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2013.  
 174 *A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, The MTA Cooperative Group, American Medical Association 1999 (MTA står för *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD*).  
 175 Ibid.  
 176 Ibid.  
 177 Schwarz 2016 s 103.  
 178 Ibid., s 110  
 179 *Adhd – etiska utmaningar*, Statens medicinsk-etiska råd 2015, s 29.  
 180 Swanson, J.M. m.fl., Young Adult Outcomes in the Follow-up of the Multimodal Treatment Study of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Symptom Persistence, Source Discrepancy, and Height Suppression, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2017.  
 181 Ibid.  
 182 En långsiktig studie av en helt annan typ är gjord i delstaten Quebec i

Kanada 1994–2008. Under denna tid införde delstaten ett generösare system för läkemedelssubvention, vilket fick konsumtionen av centralstimulerande medicin att stiga brant. Forskarna har jämfört skolprestationerna hos barn med adhd-symtom i Quebec med prestationer hos motsvarande barn i andra delstater där konsumtionen av adhd-medicin inte steg på samma sätt. Det visar sig att de positiva effekterna av den ökade medicineringen avtar över tid. I själva verket ökar med tiden risken att medicinerade barn ska få låga matematikbetyg, tvingas gå om en årskurs eller få försämrade relationer med sina föräldrar. För flickor ökar även risken att drabbas av nedstämdhet och depression. En teori forskarna har är att medicineringen ersätter anpassningar inom skolan som skulle ha varit effektivare. En annan är att det lugn som medicinerna ger leder till att eleven inte får den uppmärksamhet hon eller han behöver. En tredje möjlighet är att det med medicineringen kanske också följer en placering i en särskild undervisningsgrupp, vilket kan vara stigmatiserande. Ytterligare en möjlighet är, skriver forskarna, att medicinen i sig har negativa effekter, särskilt om den feldoseras. Effekterna i form av nedstämdhet och depression kan tyda på det, eftersom de är i linje med kända biverkningar. (Currie, Janet m.fl., Do stimulant Medication Improve Educational and Behavioural Outcomes for Children with ADHD?, *Journal of Health Economics*, maj 2014.)

183 <http://www.fass.se>.

184 <https://www.fass.se>.

185 <https://www.fass.se>.

186 *Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation*, Läkemedelsverket 2016.

187 *Barnsjukvården – vårdkedjan för adhd och diabetes*, Projektrapport nr 6/2016, Landstingsrevisorerna.

188 Angell, Marcia, *The Truth About Drug Companies*, Random House 2005, s 84.

189 <https://www.prnewswire.com/news-releases/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-therapeutics---pipeline-assessment-and-market-forecasts-to-2018-132679803.html>.

190 Mejlintervju med Roger Griggs 29 november 2017.

### **Skolans initiativkraft**

191 Hinshaw och Scheffler s 22.

192 *Ibid.*, s xxviii.

193 *Ibid.*, s 79.

194 *Ibid.*, s 81.

195 Nilholm, Claes, *Barn och elever i svårigheter*, Studentlitteratur 2012 s 64.

196 *Adhd – etiska utmaningar*, Statens medicinsk-etiska råd 2015 s 55, 125.

197 *Ibid.*, s 125.

198 *Ibid.*, s 110.

199 Hjärne, Eva och Säljö, Roger, *Att platsa i en skola för alla*, Studentlitteratur 2013 s 89.

200 *Ibid.*, s 185–186.

201 *Ibid.*, s 212.

- 202 Ibid., s 175 ff.
- 203 Intervju med Anna Blom, Skolinspektionens expert på neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, 13 december 2016.
- 204 Nilholm s 58.
- 205 Ibid., s 68.
- 206 Streberg, Kattis, Allt fler barn får medicin mot adhd, *Södermanlands Nyheter* 21 maj 2016.
- 207 Eklund, Hanna, Verksamhetschef slår larm efter adhd-explosion, *SVT nyheter/Västmanland*, 18 februari 2014. <http://www.svt.se/nyheter/lokalt/vastmanland/verksamhetschef-slar-larm-efter-adhd-explosion-inte-bups-jobb-att-medicinera-mot-en-dalig-skola>.
- 208 Det slår mig att kanske sammanfaller en brist på speciallärare och specialpedagoger med en hög andel barn som medicineras mot adhd. Så jag jämför Socialstyrelsens statistik över medicinkonsumtionen i landets kommuner med Skolverkets statistik över antalet elever per speciallärare i kommunerna. Men det finns inget samband – i vissa kommuner med hög medicinkonsumtion bland barn är det brist på speciallärare, men i andra kommuner har man en hög bemanning i de personalkategorierna. Möjligtvis är det i själva verket tvärtom, att speciallärare i många fall driver på för fler diagnoser. Nilholms forskning kan tyda på det. Eftersom speciallärare jobbar individfokuserat – till skillnad från specialpedagoger som av tradition arbetar mer med fokus på hela skolan – så hittar de gärna orsakerna till en elevs problem hos eleven själv.
- 209 Mejlintervju med Amanda Lindqvist, Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) 3 april 2017.
- 210 Hur det fungerar ute på skolorna varierar. På exempelvis Stockholms universitet ska en person som har ansökt om stöd få ett samtal med en samordnare som leder till ett beslut om rekommenderat stöd. Det kan handla om till exempel mentorsstöd, anteckningshjälp, förlängd tentatid, enskild placering i salen eller rätt att skriva på dator. Mejlintervju Carin Josephson, Stockholms universitet 14 april 2017.
- 211 <http://www.levamedadhd.se/verktyg-foer-en-baettre-vardag/verktyg-foer-klassrummet/>.
- 212 Marryat, Louise m.fl., Primary Schools and the Amplification of Social Differences in Child Mental Health: a Population-based Cohort Study, *Journal of Epidemiology & Community Health* 2017; 72: 27–33.

### **Sofia: Jag har varit fattig hela mitt liv**

- 213 Engström, Ingemar och Gustavsson, Torgny, Orimligt många behandlas med läkemedel för adhd, *Dagens Nyheter* 27 juli 2016.

### **Ojämlikheten**

- 214 Hjern, Anders m.fl., Social Adversity Predicts ADHD-medication in School Children – a National Cohort Study, *Acta Paediatrica*, december 2009.

- 215 På listan över kommuner med hög förskrivning finns fem pendlingskommuner i Stockholms omgivning: Vallentuna, Österåker, Salem, Nynäshamn och Trosa. Men övervägande delen är landsbygds- och småstadskommuner eller bruksorter – Töreboda, Karlsborg, Vara, Mariestad, Tidaholm, Degerfors, Norberg, Sala, Heby, Håbo, Älvkarleby, Ockelbo, Malå, Lycksele och Arjeplog. (*Regionala skillnader år 2017 i uttag av adhd-läkemedel bland barn*, Socialstyrelsen 2018.)
- 216 *Regionala skillnader i användningen av adhd-läkemedel bland barn – en fråga om psykosocial miljö?*, Socialstyrelsen 2018.
- 217 Intervju med Peter Salmi, Socialstyrelsen, november 2018.
- 218 *Regionala skillnader i användningen av adhd-läkemedel bland barn – en fråga om psykosocial miljö?*, Socialstyrelsen 2018.
- 219 Hjern m.fl.
- 220 Ibid.
- 221 Ibid.
- 222 Ibid.
- 223 Persson, Petra och Rossin-Slater, Maya, *Family Ruptures, Stress, and the Mental Health of the Next Generation*, American Economic Review 2016.
- 224 Dålig luft kan ge adhd och sämre impuls kontroll, *Energi & miljö* nr 10 2018.
- 225 Harrington, Rebecca, Does Artificial Food Coloring Contribute to ADHD in Children? *Scientific American* 27 april 2015.
- 226 Schwarz, Alan, Attention Disorder or Not, Pills to Help in School, *New York Times* 9 oktober 2012.
- 227 Ibid.
- 228 Ibid.
- 229 Ibid.
- 230 *Mental health, resilience and inequalities*, World Health Organization (WHO) Europe 2009.
- 231 Björkenstam, E., m.fl., Childhood Adversity and Psychiatric Disorder in Young Adulthood, *Journal of Psychiatric Research* nr 77 2016.
- 232 <http://www.ekonomifakta.se/Fakta/Regional-statistik/Din-kommun-i-siffror/?region=0162>.
- 233 Holmqvist, Mikael, *Djursholm: Sveriges ledarsamhälle*, Atlantis 2015 s 648 f.
- 234 *Regionala skillnader år 2017 i uttag av adhd-läkemedel bland barn*, Socialstyrelsen 2018.
- 235 Holmqvist.
- 236 Ibid.
- 237 Wilkinson, Richard och Pickett, Kate, *Jämlikhetsanden: Därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*, Karneval 2010, s 73 ff.
- 238 Hallerstedt, Gunilla (red.), *Diagnosens makt: Om kunskap, pengar och lidande*, Daidalos 2006 s 31.

### Arbetslinjen

- 239 Mattsson, Kristina, *Välfärdsfabriken: Om arbetets mening och gränslös kontroll*, Leopard 2014.

- 240 Hinshaw och Scheffler s 93.  
 241 Ibid.  
 242 Ibid., s 85.  
 243 Ibid., s 89.  
 244 Doshi, Jalpa m.fl., Economic Impact of Childhood and Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the United States, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* oktober 2012.  
 245 Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd, Socialstyrelsen oktober 2014.  
 246 Hinshaw och Scheffler s 97.

### Skärmtiden

- 247 Kunskapen om att hjärnan är formbar bidrar till barns kämparanda, hjärnfonden.se 8 december 2016.  
 248 Brus kan hjälpa barn med adhd, Lunds universitet/Nyheter 28 september 2016, tillgänglig på: <https://www.lu.se/article/brus-kan-hjalpa-barn-med-adhd>.  
 249 Lambert, Craig, Deep into Sleep, *Harvard Magazine* juli/augusti 2005.  
 250 Ungar & medier 2017, Statens medieråd maj 2017.  
 251 Ibid.  
 252 Bjärvall, Katarina, Jakten på Pikachu hotar våra sinnen, *Dagens Nyheter* 20 augusti 2016.  
     – Dunkels, Elza och Kardefelt-Winther, Daniel, Pokémon Go hotar knappast barnens hälsa, *Dagens Nyheter* 26 augusti 2016.  
     – Bjärvall, Katarina, Bjärvall svarar om Pokémon Go, *Dagens Nyheter* 2 september 2016.  
 253 Intervju med Christopher Gillberg 21 maj 2018.  
 254 Yen JY m.fl., The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), Depression, Social phobia, and Hostility, *Journal of Adolescent Health*. 2007 Jul;41(1):93-8.  
 255 Gentile, Douglas m.fl., Video Game Playing, Attention Problems, and Impulsiveness: Evidence of Bidirectional Causality, *Psychology of Popular Media Culture* 2012.  
 256 Ibid.  
 257 Ibid.  
 258 Ko CH m.fl., Predictive Values of Psychiatric Symptoms for Internet Addiction in Adolescents: a 2-year Prospective Study, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2009 Oct;163(10):937-43. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.159.  
 259 Weiss MD m.fl., The Screens Culture: Impact on ADHD, *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* december 2011.  
 260 Swing, Edward m.fl., Television and Video Game Exposure and the Development of Attention Problems, *Pediatrics* augusti 2010.  
 261 Gentile m.fl.  
 262 Studien är gjord genom att tre grupper fyraåringar fick ägna nio minuter åt antingen barnprogrammet Svamp-Bob Fyrkant eller åt ett realistiskt

- program i långsamt tempo om ett förskolebarn eller åt att rita fritt. Direkt efteråt testades barnens exekutiva funktioner på flera sätt, bland annat genom en rörelseövning, en övning där de skulle upprepa ett par siffror men i omvänd ordning och en variant av det berömda marshmallowtestet, där barnet får mer godis om hon eller han står ut med att vänta längre. (Lillard, Angeline och Peterson, Jennifer, The immediate impact of different types of television on young people's attention, *Pediatrics*, oktober 2011.)
- 263 Lillard och Peterson.
- 264 Dimitri A. Christakis m.fl., Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children, *Pediatrics* april 2004.
- 265 Ibid.
- 266 Gentile m.fl.
- 267 Weiss m.fl.
- 268 Swingle, Mari, *i-Minds: How Cell Phones, Computers, Gaming, and Social Media are Changing Our Brains, and the Evolution of Our Species*, New Society Publishers 2016 s 108–112.
- 269 Ibid., s 54 ff.
- 270 Ibid., s 41.
- 271 Ibid., s 88.
- 272 Ibid., s 42.
- 273 Ibid., s 101.
- 274 Ibid., s 104–105.
- 275 <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/apa-blog/2016/07/can-you-be-addicted-to-the-internet>.
- 276 <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>.

### **Smartpiller och partypiller**

- 277 Schwarz 2016 s 35.
- 278 Smith, Elizabeth och Farah, Martha J., Are Prescription Stimulants »Smart Pills«? The Epidemiology and Cognitive Neuroscience of Prescription Stimulant Use by Normal Healthy Individuals, *Psychological Bulletin* nr 5 2011.
- 279 Medicinerna har en positiv påverkan i ungefär hälften av de 23 studier som forskarna granskar och ingen effekt alls i de andra. Störst effekt har substanserna om det förflyter en längre tid, till exempel en vecka, mellan inlärningsstillfället och kunskapskontrollen. (Smith och Farah s 727.)
- 280 Smith och Farah s 727.
- 281 Forskarna granskar också medicinernas effekt på den kognitiva kontrollen, alltså förmågan att styra sitt agerande i situationer där den instinktiva reaktionen inte är den bästa. Det kan till exempel handla om att man i en serie av ord som anknyter till ett visst ämne lätt läser fel på ord som avviker. I serien GRAN SKOG TALL GRÖN TRÅD skulle det sista ordet då ofta bli TRÅD för personer med lägre förmåga till kognitiv kontroll. De 13 studier som forskarna granskar har blandade resultat. De flesta visar att medicinerna inte ger någon effekt alls, men några visar på en viss effekt. Även här är de personer som får störst effekt de som har fått sämst resultat när

- testerna gjordes efter intag av placebo, alltså personer som mycket väl kan ha odiagnostiserad adhd. (Smith och Farah s 731.)
- 282 Smith och Farah s 735.
- 283 Ibid.
- 284 Ibid.
- 285 <https://www.fass.se/LIF/healthcarefacts?sessionid=vPuXrZqhWodWoh5HzDiPJO1QjcorW9AznGSpist4EoJBjCZJphm7l1938605630?docId=18339&userType=o>
- 286 Den som har en adhd-diagnos får dispens och kan tävla med medicin i kroppen. Riksidrottsförbundet hanterar flera sådana ansökningar varje vecka, enligt Åke Andrén Sandberg, Riksidrottsförbundet (telefonintervju 21 april 2017).
- 287 <https://phylogenomics.blogspot.se/2008/04/what-is-so-bad-about-brain-doping.html>.
- 288 Schwarz 2016 s 225.
- 289 Thielmann, B., *Doping am Arbeitsplatz — DAK Gesundheitsreport 2009* s 60.
- 290 Schwarz 2016 s 161.
- 291 Smith och Farah s 723.
- 292 Ibid.
- 293 Sollman M.J. m.fl., Detection of Feigned ADHD in College Students, *Psychological Assessment* juni 2010.
- 294 Lennen-Merckx, Josefin och Olsson, Jonas, Studenter dopar sig för att få toppbetyg, SVT/Nyheter 7 mars 2013, <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/studenter-dopar-sig-for-att-fa-toppbetyg>.
- 295 *Convention on Psychotropic Substances, 1971*, United Nations.
- 296 Statistik från Jacob Carlborg, NFC hos polisen 7 juni 2018 och 8 juni 2018.
- 297 Nationellt forensiskt centrum, NFC.
- 298 *Felanvändning av metylfenidat*, Socialstyrelsen 2018, s 14.
- 299 Inte alla adhd-mediciner är dyra. Priset går ner när patenten går ut och marknaden öppnas för kopior (generika).
- 300 Braanen Sterri, Aksel och Moen, Ole Martin, En pille for bedre konsentrasjon, *Universitas* 12 feb 2013.
- 301 Sterri och Moen.
- 302 Lakhan, Shaheen och Kirchgessner, Annette, Prescription Stimulants in Individuals with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Misuse, Cognitive Impact, and Adverse Effects, *Brain and Behavior* september 2012.
- 303 Rapoport J.L. m.fl., Dextroamphetamine. Its Cognitive and Behavioral Effects in Normal and Hyperactive Boys and Normal Men, *Archives of General Psychiatry* 1980.

## Reklamen

- 304 *Peter & ADHD*, Shire 2014.
- 305 Se <https://www.jumohealth.com/products>
- 306 Läkemedelslagen 2015:315 och Läkemedelsverkets föreskrifter 2009:6.
- 307 Ritalin, Helps Relieve Fatigue and Apathy Quickly, CIBA 1970.

308 <https://s-media-cache-akopinning.com/originals/04/00/b3/0400b3af28b4627e3d41b4edaf4bedoc.gif>.

309 Singh, Ilna, Not just Naughty. 50 Years of Stimulant Drug Advertising, i: Tone, A. och Siegel Watkins, E. (red.), *Medicating modern America*, New York University Press 2007.

310 Se <http://prescriptiondrugs.procon.org/files/1-prescription-drugs-images/ritalin-1971.gif>.

311 Angell s 3.

312 Ibid.

313 Singh s 149.

314 Schwarz 2013.

315 Diller, Laurence, An End Run to Marketing Victory, *Salon.com* 18 oktober 2001.

316 <http://images.huffingtonpost.com/2014-08-18-ADHDAD3.jpeg>.

317 Schwarz 2013.

318 Ibid.

319 *Schoolwork that matches his intelligence*, Shire 2005.

320 Läkemedelslagen 2015:315 och Läkemedelsverkets föreskrifter 2009:6.

321 Cialdini, Robert, *Påverkan – teori och praktik*, Liber 2005.

322 *ADHD – när vardagen är kaos*, Janssen-Cilag 2004.

323 *ADHD försvinner inte när skoldagen är slut*, Janssen-Cilag 2004.

324 *ADHD Vägledning för föräldrar och anhöriga*, Novartis 2005.

325 *En liten bok om ADHD*, Novartis 2006.

326 Ibid.

327 *Till dig som får behandling med Strattera*, Eli Lilly 2004 och 2009.

328 Schwarz 2016 s 188.

329 Schwarz 2016 s 182, 188.

330 <http://static6.businessinsider.com/image/52af49fc6bb3f7f42c43dd6a-960/adam%20levine%20adhd%202.jpg>

331 Schwarz 2016 s 188.

332 »Ökad kunskap och tidiga stödinsatser viktigt vid ADHD«, annons i bilagan Barn & Unga, *Svenska Dagbladet* i juni 2016. I annonsen syns tre glada barn och en pappa med tredagarsstubb. I texten citeras en representant för Shire: »Forskning som har publicerats i den vetenskapliga tidskriften *The Lancet* visar att individer med ADHD har en högre risk att dö i förtid än individer som inte har ADHD. Odiagnostiserad och otillräckligt behandlad ADHD kan få stora konsekvenser för individens livssituation.« Vilken forskning som avses och vem som har beställt och betalat den framgår inte. Annonsen är en av få som har kritiserats av Läkemedelsverkets marknadsföringsgranskare under årens lopp. I ett brev till Shire 17 juni 2016 konstaterar verkets representant Anders Ullerås att annonsen är publicerad i en bilaga till »en av Sveriges största dagstidningar«, underförstått är att den därmed riktas till allmänheten. Därpå skriver Ullerås att annonstexten enligt verket kan ge läsaren uppfattningen att läkemedel i många fall är nödvändigt för att behandla adhd. Behandlingen framställs, skriver han, som särskilt angelägen eftersom



- individer med adhd enligt bolaget löper högre risk att dö i förtid. Shire svarar den 29 juni 2016 att man »noggrant övervägt de invändningar Läkemedelsverket har gjort och fattat beslut om att fortsättningsvis inte använda annonsen eller annonser med innehåll liknande det som Läkemedelsverket har ifrågasatt«. Shires representant skriver också att bolaget har påbörjat en genomgång för att säkerställa att en liknande situation inte upprepas. Efter Shires svar avskriver Läkemedelsverket ärendet den 12 juli 2016.
- 333 Se [https://static01.nyt.com/newsgraphics/2013/12/02/adhd-ad-viewer/31bb6501d6b6864837ca307be586668fcd911bbo/img/ad\\_divorced\\_2x.jpg](https://static01.nyt.com/newsgraphics/2013/12/02/adhd-ad-viewer/31bb6501d6b6864837ca307be586668fcd911bbo/img/ad_divorced_2x.jpg).
- 334 Att det dröjde så länge innan någon medicin för vuxna godkändes berodde på biverkningarna i form av påverkan på blodtryck och puls, som anses mer riskfyllda för vuxna än för barn. Men redan innan dess var det möjligt för läkare att skriva ut adhd-medicin till vuxna efter licens från Läkemedelsverket.
- 335 <https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/godkanda-lakemedel-adhd-behandling.pdf>.
- 336 *Till dig som får behandling med Strattera*, Eli Lilly 2009.
- 337 Ibid.
- 338 Mintzes, Barbara, Advertising of Prescription-Only Medicines to the Public: Does Evidence of Benefit Counterbalance Harm, *Annual Review of Public Health*, 2012:33.
- 339 Ibid.
- 340 Tjänsteanteckning Läkemedelsverket diariernr 25:2011/502575 110815, brev från Läkemedelsverket till Janssen 30 mars 2012.
- 341 Regeringens proposition 2005/06:70, *Ändringar i läkemedelslagstiftningen m.m.*, s 208. Tillgänglig på: <https://data.riksdagen.se/fil/6DE3A2F4-F24A-41BC-A43E-CE6FBE5D3EDB>.
- 342 Mål C-316/09.
- 343 Ibid.
- 344 Mål C-62/09.
- 345 LIF:s granskningssystem har två instanser, IGN (Informationsgranskingsnämnden) och den högre instansen NBL (Nämnden för bedömning av läkemedelsinformation).
- 346 Eli Lilly fälldes 2013 för att ha marknadsfört Strattera på en konferens riktad till vårdpersonal. Montern placerades i konferenshallen så att även andra än konferensdeltagarna kunde se den. Dessutom fälldes bolaget för att i montertexterna ha feltolkat viss forskning. Förseelsen ansågs allvarlig och Eli Lilly fick böta 140 000 kr (<http://www.lif.se/etik/ign-och-nbl/detaljer/?id=1196>). I det andra fallet, från 2011, fälldes Evolan, som tillverkar den generiska medicinen Medikinet, för att på sin hemsida ha marknadsfört preparatet mot allmänheten och dessutom presenterat det som en medicin för vuxna, vilket det inte var godkänt för. Evolan fick betala 90 000 kronor i böter (<http://www.lif.se/etik/ign-och-nbl/detaljer/?id=930>).
- 347 Brev från Novartis Sverige till Läkemedelsindustriföreningens högre in-

- stans, Nämnden för bedömning av läkemedelsinformation 11 januari 2018.
- 348 Brev från Shire Sverige till Läkemedelsindustriföreningens informations-  
granskningsnämnd 27 november 2017.
- 349 Brev från Shire Sweden till Nämnden för bedömning av läkemedelsinfor-  
mation 12 januari 2018.
- 350 Nämnden för bedömning av läkemedelsinformation, yttrande i ärende  
1049/17 den 10 april 2018.
- 351 Mejl från Läkemedelsverket 14 december 2017 och 18 december 2017.
- 352 Förvaltningslag 2017:900, tillgänglig på: [https://www.riksdagen.se/sv/  
dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forvaltnings-  
lag-2017900\\_sfs-2017-900](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forvaltningslag-2017900_sfs-2017-900).

### Läkarna

- 353 *Från prodrug-teknologi till klinik*, konferensprogram 2014, Shire.
- 354 Fram till en bit in på 2015 bjöd Shire på hälften av kostnaden för resan och  
ibland även på kostnaden för hotell. Efter det fick deltagarnas arbetsgivare,  
i enlighet med en överenskommelse mellan branschen och sjukvården,  
betala hela kostnaden för resa och hotell.
- 355 DeJong, Colette m.fl., Pharmaceutical Industry – Sponsored Meals and  
Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries. *JAMA Internal  
Medicine* 2016;176(8):1114-10. doi:10.1001/jamainternmed.2016.2765.
- 356 Elvanse (lisdexamfetamindimesylat) – ny ADHD-behandling för barn och  
ungdomar, pressmeddelande Shire 19 december 2013.
- 357 Zielinski, Paula, Läkare tar inte på sig skulden, *Helagotland.se* 20 april  
2013, [http://www.helagotland.se/nyheter/lakare-tar-inte-pa-sig-skul-  
den-8506968.aspx](http://www.helagotland.se/nyheter/lakare-tar-inte-pa-sig-skulden-8506968.aspx).
- 358 2018 var det 8,3 procent av de gotländska pojkar i åldern 10-17 år som  
medicinerade mot adhd. Det innebär att många kommuner nu har dragit  
förbi Gotland på denna lista. Se *Regionala skillnader år 2017 i uttag av  
adhd-läkemedel bland barn*, Socialstyrelsen 2018.
- 359 *Information om Elvanse (lisdexamfetamindimesylat) – ett nytt läkemedel för  
behandling av ADHD*, Shire 2014.
- 360 Ibid.
- 361 Ibid.
- 362 Statistikdatabas för läkemedel, Socialstyrelsen. Förskriften lisdexamfeta-  
min 2014–2017.
- 363 *Nytt godkänt läkemedel*, Janssen-Cilag 2007.
- 364 Novartis 2010.
- 365 *Strattera – från tidig morgon till sen kväll*, Eli Lilly 2010.
- 366 *För vuxna patienter som förskrivits Strattera® (atomoxetin). Att starta och hålla  
koll på behandlingsresan – ett samtalsstöd för dig som behandlare*, Eli Lilly  
2014.
- 367 Ibid.
- 368 Hoogman, Martine m.fl., Subcortical Brain Volume Differences in Par-  
ticipants with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and

- Adults: a Cross-Sectional Mega-Analysis, *The Lancet Psychiatry* februari 2017.
- 369 New York Times har granskat en av de mest respekterade tidskrifterna inom adhd-fältet, The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, och sett hur antalet helsidesannonser för adhd-medicin där har ökat från noll i början av 90-talet till ungefär hundra om året tio år senare. (Schwarz, Alan, The Selling of Attention Deficit Disorder, *New York Times* den 14 december 2013.)
- 370 *Dagens Medicin* 7 december 2016, 15 mars 2017 m.fl. datum.
- 371 Siffror från Socialstyrelsen 5 oktober 2017.
- 372 *Läkemedelsverkets föreskrifter om marknadsföring av humanläkemedel*, LVFS 2009:6. Tillgänglig på: [https://lakemedelsverket.se/upload/lvfs/LVFS\\_2009-6.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/lvfs/LVFS_2009-6.pdf).
- 373 Beslut i anmälningsärende Dnr W1440/13, LIF 31 oktober 2013. Tillgänglig på: <http://www.lif.se/etik/ign-och-nbl/detaljer/?id=752>
- 374 Beslut i anmälningsärende Dnr W823/2006, LIF 23 augusti 2006. Tillgänglig på: <http://www.lif.se/etik/ign-och-nbl/detaljer/?id=126>
- 375 Frances s 95.

### Experterna

- 376 Meffert, J.J., Key opinion leaders: Where they Come From and How that Affects the Drugs You Prescribe, *Dermatologic Therapy* 22(3):262-8 maj 2009.
- 377 Schwarz 2016 s 114.
- 378 Schwarz 2013.
- 379 Alan Schwarz har beskrivit hur Eli Lilly, tillverkaren av Strattera, inför lanseeringen av adhd för vuxna knöt till sig Joseph Biederman och ytterligare några av adhd-värlidens frontfigurer. Gruppen fick pengar för att skapa ett nätverk som kallades National Alliance for the Advancement of ADHD Care. Uppdraget var att lära läkare inom primärvården hur de skulle identifiera vuxna med adhd så att de kunde skriva ut Strattera till dem (Schwarz 2016 s 182).
- 380 <http://attention.se/om-oss/var-verksamhet/historik/>.
- 381 <http://www.russellbarkley.org/factsheets/adhd-facts.pdf>.
- 382 Schwarz 2016 s 116.
- 383 International Consensus Statement on ADHD 2002, *Clinical Child and Family Psychology Review* juni 2002.
- 384 Ibid.
- 385 Ibid.
- 386 Bergeå, Nils, Experter har kopplingar till läkemedelsindustrin, *Svensk Farmaci* 7 okt 2013.
- 387 *Säkra och effektiva läkemedel*, Riksrevisionen 2016 s 68.
- 388 Bjärvall, Katarina, Forskare på dubbla stolar, *Publikt* 16 september 2014.
- 389 Petersson, Claes, Läkarnas dubbelspel, *Aftonbladet* 30 september 2011.
- 390 Ahn, Rosa m.fl., Financial Ties of Principal Investigators and Randomized Controlled Trial Outcomes, Cross Sectional Study, *BMJ* 2017; 356.
- 391 <http://www.socialstyrelsen.se/padjupet-podd>.

- 392 Malmberg, Kerstin, *ADHD och utagerande beteende* 2016.  
 393 <http://www.lif.se/etik/oppen-rapportering-av-vardeoverforingar/>.  
 394 Mats Johnsons bisyssleredovisning, Västra götalandregionen 7 december  
 2017.  
 395 Mats Johnsons bisyssleredovisningar 25 juni 2018.  
 396 Newcorn, J., Johnson, M. m.fl., Extended-release Guanfacine Hydrochloride  
 in 6–17-Year Olds with ADHD: a Randomised-Withdrawal Maintenance of  
 Efficacy Study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57:6 (2016), pp  
 717–728.  
 397 Ibid.  
 398 <http://essence2018.se/sponsor-exhibitors/>, hämtad 1 juni 2018.  
 399 *God forskningssed*, Vetenskapsrådet 2017.  
 400 *Säkra och effektiva läkemedel* (RiR 2016:9), granskningsrapport, Riksrevisio-  
 nen 2016.  
 401 <https://lagen.nu/1974:152>.  
 402 Lag (1994:260) om offentlig anställning, [https://www.riksdagen.se/sv/  
 dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1994260-om-  
 offentlig-anstallning\\_sfs-1994-260](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1994260-om-offentlig-anstallning_sfs-1994-260).  
 403 Högscolelag (1992:1434), 3 kap 7 par. [https://www.riksdagen.se/sv/doku-  
 ment-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskolelag-19921434\\_  
 sfs-1992-1434](https://www.riksdagen.se/sv/doku-ment-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskolelag-19921434_sfs-1992-1434)  
 404 Lindblom, Jonas och Qaderi, Josef, Massmedias hantering av vetenskaplig  
 kritik mot Ritalin, Concerta och Strattera: Ett socialkonstruktionistiskt  
 perspektiv på psykofarmaka, *Sociologisk forskning* nr 3 2017.

### **Lobbyisterna**

- 405 *Attention Deficit Disorder Association och Children & Adults with ADHD*.  
 406 Blondinbella: »ADHD är min superkraft«, *Samhall Story* 24 mars 2015.  
 407 <http://attention.se/om-oss/var-verksamhet/historik/>.  
 408 <http://attention.se/om-oss/var-verksamhet/>.  
 409 <http://attention.se/varaprojekt/avslutade-projekt/tjejgrupper/>.  
 410 <https://jagharadhd.se/>.  
 411 <http://attention.se/2017/10/uppmarksamma-npf-hos-aldre/>  
 412 *En liten bok om ADHD*, Novartis 2006. *ADHD. Vägledning för föräldrar och  
 anhöriga*, Novartis 2005. *Vilja. En skrift om tjejer och ADHD*, Novartis 2012.  
 413 Attentions årsredovisning 2003, intervju med ordförande Anki Sandberg 16  
 augusti 2018.  
 414 <https://interactivepdf.uniflip.com/2/35014/1087101/pub/document.pdf>,  
<https://interactivepdf.uniflip.com/2/35014/1082997/pub/document.pdf>,  
 NPF-forum program 2009. NPF-forum program 2012. NPF-forum program  
 2016, <http://lif.se/etik/samarbetsdatabaser/intresseorganisationer/?id=5360>.  
 415 Mejlväxling med Anki Sandberg 31 augusti 2018.  
 416 [http://www.adhd-federation.org/adhd-world-federation/short-history-on-  
 adhd/](http://www.adhd-federation.org/adhd-world-federation/short-history-on-adhd/).  
 417 <http://www.adhd-federation.org/congresshistory/adhdcongress2007/>,

- <http://www.adhd-federation.org/congresshistory/adhdcongress2009/>,  
<http://www.adhd-federation.org/congresshistory/adhdcongress2011/>,  
<http://www.adhd-federation.org/congresshistory/adhdcongress2013/>,  
<http://www.cpo-media.net/ADHD/Final2017/HTML/index.html#50>.  
 418 [http://www.adhd-federation.org/fileadmin/user\\_upload/PDFs/Rohde\\_biosketch.pdf](http://www.adhd-federation.org/fileadmin/user_upload/PDFs/Rohde_biosketch.pdf),  
[http://www.adhd-federation.org/fileadmin/user\\_upload/PDFs/Buite-laar\\_Biosketch.pdf](http://www.adhd-federation.org/fileadmin/user_upload/PDFs/Buite-laar_Biosketch.pdf),  
[http://www.adhd-federation.org/fileadmin/user\\_upload/PDFs/Faraone\\_biosketch.pdf](http://www.adhd-federation.org/fileadmin/user_upload/PDFs/Faraone_biosketch.pdf),  
[http://www.adhd-federation.org/fileadmin/user\\_upload/PDFs/Quinn\\_biosketch.pdf](http://www.adhd-federation.org/fileadmin/user_upload/PDFs/Quinn_biosketch.pdf).  
 419 <https://chadd.org/about-adhd/overview/>.

### **Makthavarna**

- 420 UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *Concluding Observations on the Fifth Periodic Report of Sweden*, 6 March 2015.  
 421 Mejl från Socialdepartementet 24 augusti 2017.  
 422 *Säkra och effektiva läkemedel*, Riksrevisionen 2016.  
 423 *Säkra och effektiva läkemedel*, Riksrevisionen 2016 s 9.  
 424 *Läkemedelslagen* 2015:315.  
 425 *Säkra och effektiva läkemedel*, Riksrevisionen 2016 s 16, s 59.  
 426 *Adhd – diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet*, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) 2013.  
 427 *Säkra och effektiva läkemedel*, Riksrevisionen 2016 s 16.  
 428 Ibid., s 5.  
 429 Ibid., s 16.  
 430 Ibid., s 56.  
 431 Ibid., s 29.  
 432 Ibid., s 10.  
 433 Lundh A. mfl., Industry Sponsorship and Research Outcome, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: MR000033. DOI: 10.1002/14651858.MR000033.pub3.  
 434 *Säkra och effektiva läkemedel*, Riksrevisionen 2016 s 23.  
 435 Ibid., s 21.  
 436 Ibid., s 10.  
 437 Mejl från Socialstyrelsen 16 juni 2017.  
 438 Ylva Ginsbergs deklaration för bedömning av jäv, Socialstyrelsen 4 augusti 2017.  
 439 Polyzoï, M., m.fl., Estimated Prevalence and Incidence of Diagnosed ADHD and Health Care Utilization in Adults in Sweden – a Longitudinal Population-Based Register Study, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2018; 14: 1149–1161.  
 440 Ibid.

- 441 *Säkra och effektiva läkemedel*, Riksrevisionen 2016 s 60.
- 442 Bland annat försöker de räkna på om antalet publicerade positiva studier är fler eller ungefär lika många som de negativa. Om flertalet studier är positiva är det enligt SBU ett tecken på att det finns opublicerade studier som läkemedelsindustrin har valt bort. (*Säkra och effektiva läkemedel*, Riksrevisionen 2016 s 62.)
- 443 Ibid., s 62.
- 444 För 45 000 kronor kan en delegation från ett bolag sätta sig ner i en och en halv timme med en expertgrupp från Läkemedelsverket för att få en bedömning av till exempel förhandsutsikterna för ett visst läkemedel. Men en ännu större intäktskälla för verket är hanteringen av läkemedelsbolagens ansökningar om att få mediciner godkända. En ansökan för den svenska marknaden kostar 500 000 kronor.
- 445 *Säkra och effektiva läkemedel*, Riksrevisionen 2016 s 10.
- 446 *Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation*, Läkemedelsverket 2016.
- 447 <https://lakemedelsverket.se/overgripande/Om-Lakemedelsverket/Sa-finansieras-Lakemedelsverket/>.
- 448 *Säkra och effektiva läkemedel*, Riksrevisionen 2016 s 5.
- 449 Ibid., s 51–52.
- 450 Ibid., s 14.
- 451 *Klinisk prövning av långtidsverkande metylfenidat mot uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet (ADHD) hos kriminella med amfetaminberoende, »Håga-projektet«*, Socialstyrelsen.
- 452 *Säkra och effektiva läkemedel*, Riksrevisionen 2016 s 35–36.

### **Det franska spåret**

- 453 Kovess, V. m.fl., Psychotropic medication use in French children and adolescents, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, mars 2015.
- 454 Smith s 153.
- 455 *International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions* (IACAPAP).
- 456 Frankrike förbjuder barnaga, *Dagens Nyheter* 1 december 2018.
- 457 Mejl från Bruno Falissard 1 oktober 2018.
- 458 *A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, The MTA Cooperative Group, American Medical Association 1999.
- 459 Hirvikoski, T., m.fl., Psykoterapi – ett komplement till läkemedel vid ADHD hos vuxna, *Läkartidningen* nr 11 2010, [http://www.lakartidningen.se/Old-WebArticlePdf/1/13975/LKT1011s756\\_759.pdf](http://www.lakartidningen.se/Old-WebArticlePdf/1/13975/LKT1011s756_759.pdf).

### **Koncentrationen**

- 460 Odenbring, V., m.fl., The Many Faces of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Unruly Behaviour in Secondary School and Diagnostic Solutions. *Power and Education*, 9(1) 2017, 51–64.
- 461 Marryat, Louise m.fl., Primary Schools and The Amplification of Social Dif-

- ferences in Child Mental Health: a Population-Based Cohort Study, *Journal of Epidemiology & Community Health* 2017.
- 462 Statistikdatabas för läkemedel, Socialstyrelsen. Förskrivnen lisdexanfeta-  
min 2014–2017.
- 463 Frances s 32.
- 464 Smith s 116.
- 465 Schwarz 2016 s 111.
- 466 Ibid.
- 467 *American Professional Society of ADHD and Related Disorders*.
- 468 Schwarz 2016 s 111.
- 469 Mejl från Roger Griggs 29 november 2017.
- 470 Föräldrar vill slippa barndiagnoser, *Dagens Nyheter*/TT 5 maj 2018.
- 471 Hallerstedt, Gunilla (red.), *Diagnosens makt: Om kunskap, pengar och lidande*, Daidalos 2006 s 40.
- 472 Bäfverfeldt J. (red.), *Håller vi på att förvandla livet till en sjukdom?* Kunskaps-  
centrum för jämlik vård, Volante 2014. Citerad i: *Adhd – etiska utmaningar*,  
Statens medicinsk-etiska råd 2015, s 119.
- 473 Timimi, Sami, Children's Mental Health in the Era of Globalisation: Neo-  
Liberalism, Commodification, McDonaldisation, and the New Challenges  
They Pose. I: Olisah, Victor (red.), *Essential Notes in Psychiatry*, InTech 2012, s  
414.
- 474 Ibid., s 419, 433.
- 475 Ibid., s 421.
- 476 Hinshaw och Scheffler s 159, 164.
- 477 Ibid.

# Källor

- A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, The MTA Cooperative Group, American Medical Association 1999
- ADHD – diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet*, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) 2013
- ADHD – etiska utmaningar*, Statens medicinsk-etiska råd 2015
- ADHD – när vardagen är kaos*, Janssen-Cilag 2004
- ADHDA brief history*, Shire 2012
- ADHD försvinner inte när skoldagen är slut*, Janssen-Cilag 2004
- ADHD Vägledning för föräldrar och anhöriga*, Novartis 2005
- ADHD är min superkraft, *Samhall Story* 24 mars 2015
- Ahn, Rosa m.fl., Financial Ties of Principal Investigators and Randomized Controlled Trial Outcomes, Cross Sectional Study, *BMJ* 2017; 356
- Angell, Marcia, *The Truth About Drug Companies*, Random House 2005
- Attentions årsredovisning 2003
- Atterstam, Inger, Vetenskapsstriden där allt gick fel, *Svenska Dagbladet* 22 maj 2005
- Barnsjukvården – vårdkedjan för adhd och diabetes*, Projektrapport nr 6/2016, Landstingsrevisorerna
- Bergeå, Nils, Experter har kopplingar till läkemedelsindustrin, *Svensk Farmaci* 7 okt 2013
- Björvall, Katarina
- Forskare på dubbla stolar, *Publikt* 16 september 2014
  - Jakten på Pikachu hotar våra sinnen, *Dagens Nyheter* 20 augusti 2016
  - Björvall svarar om Pokémon Go, *Dagens Nyheter* 2 september 2016
- Björkenstam, E., m.fl., Childhood Adversity and Psychiatric Disorder in Young Adulthood, *Journal of Psychiatric Research* nr 77 2016



- Bradley, Charles, The Behavior of Children Receiving Benzedrine, *American Journal of Psychiatry*.1937; (94):577-81
- Brus kan hjälpa barn med adhd, Lunds universitet/Nyheter 28 september 2016
- Bäfverfeldt J. (red.), *Håller vi på att förvandla livet till en sjukdom?* Kunskapscentrum för jämlik vård, Volante 2014
- Carlberg, Ingrid
- *Pillret – en berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader*, Norstedts 2008
  - *En diagnos det stormat kring – adhd i ett historiskt perspektiv*, Socialstyrelsen 2014
- Center for Substance Abuse Research/Ritalin, <http://www.cesar.umd.edu/cesar/drugs/ritalin.asp>
- Cialdini, Robert, *Påverkan – teori och praktik*, Liber 2005
- Conrad, Peter och Bergey, Meredith, The Impending Globalization of ADHD, *Social Science & Medicine*, nr 122 2014
- Convention on Psychotropic Substances, 1971*, United Nations, tillgänglig på: [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1971\\_en.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf)
- Cooper, J.E. m.fl., Cross-national Study of the Mental Disorders: Some Results from the First Comparative Investigation, *American Journal of Psychiatry* 125 1969
- Currie, Janet m.fl., Do stimulant Medication Improve Educational and Behavioral Outcomes for Children with ADHD?, *Journal of Health Economics*, maj 2014
- DeJong, Colette m.fl., Pharmaceutical Industry – Sponsored Meals and Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries. *JAMA Internal Medicine* 2016;176(8):1114-10. doi:10.1001/jamainternmed.2016.2765
- Diller, Laurence, An End Run to Marketing Victory, *Salon.com* 18 oktober 2001
- Dimitri A. Christakis m.fl., Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children, *Pediatrics* april 2004
- Doshi, Jalpa m.fl., Economic Impact of Childhood and Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the United States, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* oktober 2012
- Dunkels, Elza och Kardefelt-Winther, Daniel, Pokémon Go hotar knappast barnens hälsa, *Dagens Nyheter* 26 augusti 2016
- Dålig luft kan ge adhd och sämre impulskontroll, *Energi & miljö* nr 10 2018

Eklund, Hanna, Verksamhetschef slår larm efter adhd-explosion, *SVT nyheter/Västmanland*, 18 februari 2014

Elvanse (lisdexamfetamindimesylat) – ny ADHD-behandling för barn och ungdomar, pressmeddelande Shire 19 december 2013

*En liten bok om ADHD*, Novartis 2006

Engström, Ingemar och Gustavsson, Torgny, Orimligt många behandlas med läkemedel för adhd, *Dagens Nyheter* 27 juli 2016

Fass.se

*Felanvändning av metylfenidat*, Socialstyrelsen 2018

Frances, Allen, *Saving Normal*, William Morrow 2013

Frankrike förbjuder barnaga, *Dagens Nyheter* 1 december 2018

*Från prodrug-teknologi till klinik*, konferensprogram 2014, Shire

*För vuxna patienter som förskrivits Strattera® (atomoxetin). Att starta och hålla koll på behandlingsresan – ett samtalsstöd för dig som behandlare*, Eli Lilly 2014

*Förskrivning av adhd-läkemedel 2015 – trender och prognos av utvecklingen*, Socialstyrelsen 2016

*Förskrivning av adhd-läkemedel 2016 – utvecklingen av incidens och prevalens*, Socialstyrelsen 2017

Föräldrar vill slippa barndiagnoser, *Dagens Nyheter*/TT 5 maj 2018

Gentile, Douglas m.fl., Video Game Playing, Attention Problems, and Impulsiveness: Evidence of Bidirectional Causality, *Psychology of Popular Media Culture* 2012

*God forskningssed*, Vetenskapsrådet 2017

Goodman, R. m.fl., A twin study of hyperactivity–II. The Aetiological Role of Genes, Family Relationships and Perinatal Adversity, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1989

Hallerstedt, Gunilla (red.), *Diagnosens makt: Om kunskap, pengar och lidande*, Daidalos 2006

Hallowell, Edward och Ratey John, *Driven to Distraction*, Anchor Books 2011 (första upplagan 1994)

Harrington, Rebecca, Does Artificial Food Coloring Contribute to ADHD in Children? *Scientific American* 27 april 2015

Hinshaw, Stephen och Scheffler, Richard, *The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money and Today's Push for Performance*, Oxford University Press 2014

Hirvikoski, T., m.fl., Psykoterapi – ett komplement till läkemedel vid ADHD hos vuxna, *Läkartidningen* nr 11 2010, [http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/13975/LKT10118756\\_759.pdf](http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/13975/LKT10118756_759.pdf).

- Hjern, Anders m.fl., Social Adversity Predicts ADHD-medication in School Children – A National Cohort Study, *Acta Paediatrica*, december 2009
- Hjärnguiden.se
- Hjörne, Eva och Säljö, Roger, *Att platsa i en skola för alla*, Studentlitteratur 2013
- Hoffmann, Heinrich, *Julbocken eller Pelle Snusk – lustiga historier och roliga bilder*, Gidlunds 1979
- Holmqvist, Mikael, *Djursholm: Sveriges ledarsamhälle*, Atlantis 2015
- Hoogman, Martine m.fl., Subcortical Brain Volume Differences in Participants with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults: A Cross-Sectional Mega-Analysis, *The Lancet Psychiatry* februari 2017
- Hysing, M. m.fl., Association Between Sleep Problems and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescence: Results From a Large Population-Based Study, *Behavioral Sleep Medicine*, 14, 550-564
- Högscolelagen (1992:1434)
- ICD-10-SE: *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem*, Socialstyrelsen
- ICD-10: *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, WHO
- Indikationsglidning – att sikta brett och träffa snett, *Vetenskap & Praxis*, SBU mars 2012
- Information om Elvanse (lisdexamfetamindimesylat) – ett nytt läkemedel för behandling av ADHD*, Shire 2014
- International Consensus Statement on ADHD 2002, *Clinical Child and Family Psychology Review* juni 2002
- Jacobs, Alan, The Lost World of Benzedrine, *The Atlantic* 15 april 2012
- Klinisk prövning av långtidsverkande metylfenidat mot uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet (ADHD) hos kriminella med amfetaminberoende, »Håga-projektet«*, Socialstyrelsen
- Ko CH m.fl., Predictive Values of Psychiatric Symptoms for Internet Addiction in Adolescents: a 2-year Prospective Study, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2009 Oct;163(10):937-43. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.159
- Kovess, V. m.fl., Psychotropic medication use in French children and adolescents, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, mars 2015

- Kunskapen om att hjärnan är formbar bidrar till barns kämparanda, [hjärnfonden.se](http://hjärnfonden.se) 8 december 2016
- Lagen om offentlig anställning (1994:260)
- Lakhan, Shaheen och Kirchgessner, Annette, Prescription Stimulants in Individuals With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Misuse, Cognitive Impact, and Adverse Effects, *Brain and Behavior* september 2012
- Lambert, Craig, Deep into Sleep, *Harvard Magazine* juli/augusti 2005
- Lange, Klaus m.fl., The History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2 (4): 241–55
- Laufer, Maurice m.fl., Hyperkinetic Impulse Disorder in Children's Behavior Problems, *Psychosomatic Medicine* 1957
- Laufer, Maurice och Denhoff, Eric, Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children, *Journal of Pediatrics* 1957
- Lennen-Merckx, Josefin och Olsson, Jonas, Studenter dopar sig för att få toppbetyg, SVT/Nyheter, <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/studenter-dopar-sig-for-att-fa-toppbetyg>
- Lillard, Angeline och Peterson, Jennifer, The immediate impact of different types of television on young people's attention, *Pediatrics*, oktober 2011
- Lindblom, Jonas och Qaderi, Josef, Massmedias hantering av vetenskaplig kritik mot Ritalin, Concerta och Strattera: Ett socialkonstruktionistiskt perspektiv på psykofarmaka, *Sociologisk forskning* nr 3 2017
- Lundh A. m.fl., Industry Sponsorship and Research Outcome, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: MR000033. DOI: 10.1002/14651858.MR000033.pub3
- Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation, Läkemedelsverket, 2016
- Läkemedelslagen (2015:315)
- Läkemedelsverkets föreskrifter om marknadsföring av humanläkemedel, LVFS 2009:6
- Marryat, Louise m.fl., Primary Schools and the Amplification of Social Differences in Child Mental Health: a Population-based Cohort Study, *Journal of Epidemiology & Community Health* 2017; 72: 27–33
- Mattsson, Kristina, *Välfärdsfabriken: Om arbetets mening och gränslös kontroll*, Leopard 2014

- Meffert, J.J., Key opinion leaders: Where they Come From and How that Affects the Drugs You Prescribe, *Dermatologic Therapy* 22(3):262-8 maj 2009
- Mental health, resilience and inequalities*, World Health Organization (WHO) Europe 2009
- MINI-D 5: *Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*, American Psychiatric Association (översättning Jörgen Herlofson), Pilgrim Press
- Mintzes, Barbara, Advertising of Prescription-Only Medicines to the Public: Does Evidence of Benefit Counterbalance Harm, *Annual Review of Public Health*, 2012:33
- Newcorn, J., Johnson, M. m.fl., Extended-release Guanfacine Hydrochloride in 6–17-Year Olds with ADHD: a Randomised-Withdrawal Maintenance of Efficacy Study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57:6 (2016), pp 717–728
- Nilholm, Claes, *Barn och elever i svårigheter*, Studentlitteratur 2012
- NPF-forum program 2009
- NPF-forum program 2012
- NPF-forum program 2016
- Nytt godkänt läkemedel*, Janssen-Cilag 2007
- Odenbring, Y., m.fl., The Many Faces of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Unruly Behaviour in Secondary School and Diagnostic Solutions. *Power and Education*, 9(1) 2017, 51–64
- Olson, Lars (red), *Hjärnan*, Karolinska Institutet University Press 2007
- Persson, Petra och Rossin-Slater, Maya, *Family Ruptures, Stress, and the Mental Health of the Next Generation*, American Economic Review 2016
- Peter & ADHD*, Shire 2014
- Petersson, Claes, Läkarnas dubbelspel, *Aftonbladet* 30 september 2011
- Polanczyk, Guilherme m.fl., The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis, *American Journal of Psychiatry* juni 2007
- Polyzoi, M., m.fl., Estimated Prevalence and Incidence of Diagnosed ADHD and Health Care Utilization in Adults in Sweden – A Longitudinal Population-Based Register Study, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2018; 14: 1149–1161
- Rapoport J.L. m.fl., Dextroamphetamine. Its Cognitive and Behavioral Effects in Normal and Hyperactive Boys and Normal Men, *Archives of General Psychiatry* 1980
- Regeringens proposition 2005/06:70, ändringar i läkemedelslagstiftningen m.m.

- Regeringsformen (1974:152)
- Regional statistik – din kommun i siffror: Danderyd, <http://www.ekonomifakta.se/Fakta/Regional-statistik/Din-kommun-i-siffror/?region=0162>
- Regionala skillnader i användningen av adhd-läkemedel bland barn – en fråga om psykosocial miljö?*, Socialstyrelsen 2018
- Regionala skillnader år 2017 i uttag av adhd-läkemedel bland barn*, Socialstyrelsen 2018
- Reimers, Mats, Ingen bryr sig om svagbegåvning, blogginlägg i *Dagens Medicin* 28 december 2017, <https://www.dagensmedicin.se/blogg/mats-reimer/2017/12/28/ingen-bryr-sig-om-svagbegavning/>
- Report of the International Narcotics Control Board for 2014*
- Riktlinje adhd 2016*, Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri SFBUP
- Gillberg, Christopher m.fl., Has The Attention Deficit Hyperactivity Disorder Phenotype Become More Common in Children Between 2004 and 2014? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2018
- Schoolwork that matches his intelligence*, Shire 2005
- Schuch, Viviane m.fl., Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Light of the Epigenetic Paradigm, *Frontiers in Psychiatry* 2015; 6: 126
- Schwarz, Alan
- Attention Disorder or Not, Pills to Help in School, *New York Times* 9 oktober 2012
  - The Selling of Attention Deficit Disorder, *New York Times* 14 december 2013
  - Thousands of Toddlers Are Medicated for ADHD, Report Finds, Raising Worries, *New York Times* 16 maj 2014
  - *ADHD Nation: Children, Doctors, Big Pharma and the Making of an American Epidemic*, Scribner 2016
- Sherman, DK. m.fl., Attention-deficit Hyperactivity Disorder Dimensions: A Twin Study of Inattention and Impulsivity-Hyperactivity, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997
- Singh, Ilina, Not just Naughty. 50 Years of Stimulant Drug Advertising, i: Tone, A. och Siegel Watkins, E. (red.), *Medicating modern America*, New York University Press 2007
- Smith, Elizabeth och Farah, Martha J., Are Prescription Stimulants»Smart Pills«? The Epidemiology and Cognitive Neuroscience of Prescription Stimulant Use by Normal Healthy Individuals, *Psychological Bulletin* nr 5 2011

- Smith, Matthew, *Hyperactive: The Controversial History of ADHD*, Reaktion Books 2012
- Snaprud, Per, Hjärnkampen, *Dagens Nyheter* 6 juni 2003
- Sollman M.J. m.fl., Detection of Feigned ADHD in College Students, *Psychological Assessment* juni 2010
- Statistikdatabas för läkemedel, Socialstyrelsen. Förskriften lisdexamtamin 2014-2017
- Sterri Braanen, Aksel och Moen, Ole Martin, En pille för bedre konsentrasjon, *Universitas* 12 feb 2013
- Strattera – från tidig morgon till sen kväll, Eli Lilly 2010
- Streberg, Kattis, Allt fler barn får medicin mot adhd, *Södermanlands Nyheter* 21 maj 2016
- Strohl, Marianne, Bradley's Benzedrine Studies on Children with Behavioral Disorders, *Yale Journal of Biology and Medicine* 2011
- Ståhlberg, Carin, Larm om felaktiga diagnoser på barn, *Dagens Nyheter* 22 oktober 2017
- Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd, Socialstyrelsen 2014
- Svenaesus, Fredrik, *Homo patologicus*, Tankekraft 2013
- Swanson, J.M. m.fl., Young Adult Outcomes in the Follow-up of the Multimodal Treatment Study of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Symptom Persistence, Source Discrepancy, and Height Suppression, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2017
- Swing, Edward m.fl., Television and Video Game Exposure and the Development of Attention Problems, *Pediatrics* augusti 2010
- Swingle, Mari, *i-Minds: How Cell Phones, Computers, Gaming, and Social Media are Changing Our Brains, and the Evolution of Our Species*, New Society Publishers 2016
- Säkra och effektiva läkemedel (RiR 2016:9), granskningsrapport, Riksrivisionen 2016
- Thielmann, B., *Doping am Arbeitsplatz – DAK Gesundheitsreport* 2009
- Till dig som får behandling med Strattera, Eli Lilly 2004 och 2009
- Tio dödsfall som rapporterats i samband med medicinering mot adhd, Läkemedelsverket 22 juni 2017
- Tomlinson, Heather, Shire Drug Linked to 20 Deaths, *The Guardian* 11 februari 2005
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *Concluding Observations on the Fifth Periodic Report of Sweden* 2015
- Ungar & medier 2017, Statens medieråd maj 2017

Verkt yg f r klassrummet, Leva med adhd, <http://www.levamedadhd.se/verkt yg-foer-en-baettre-vardag/verkt yg-foer-klassrummet/>

Vilja. *En skrift om killar och ADHD*, Novartis 2012

Vilja. *En skrift om tjejer och ADHD*, Novartis 2012

Weiss MD m.fl., The Screens Culture: Impact on ADHD, *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* december 2011

Wikström, Anja, *Ingen familj  r en  *, Ordfront 2014

Wilkinson, Richard och Pickett, Kate, *Jämlikhetsanden: Därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*, Karneval 2010

Yen JY m.fl., The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), Depression, Social phobia, and Hostility, *Journal of Adolescent Health* 2007 Jul;41(1):93-8

Zielinski, Paula, Läkare tar inte på sig skulden, *Helagotland.se* 20 april 2013



# Register

- A  
abstinensbesvär 174  
adaptiv förmåga 93  
ADDA (Attention Deficit Disorder Association) 216  
ADD (*attention deficit disorder*) 58, 60, 68, 129  
Adderall 70, 105, 106, 115, 135, 163, 168, 170, 187, 258  
adhd-behandlingsmarknaden, värdering 115  
adhd-branschen 67  
Adhd-center 114, 119  
ADHD Europe 221  
adhd-medicin  
– biverkningar 21, 47, 48, 108, 163, 167, 180, 189, 198  
– dödsfall 108  
– effekten av 111  
– illegal handel med 164  
– läckage av 165, 171  
– rus av 162, 172, 254  
– som prestationshöjare 163 f, 166 f, 174 f, 254  
– svart marknad 172  
adhd-paradoxen 104  
ADHD World Federation 221  
adrenalinivåer 108  
*advisory boards*, se expertpaneler  
agiterat delirium 107  
Akademiska sjukhuset i Uppsala 196  
alkohol 26, 53  
allmänhet, definition 191  
Alza 110, 184  
Amerikanska barnläkarföreningen 261  
Amerikanska psykiatriförbundet 56, 59  
amfetamin 29, 45, 47, 70, 104, 107, 113, 118, 178, 180, 196, 197  
amfetaminmissbruk 173  
amfetaminpsykos 107  
amfetaminsalter 105  
amygdalan 32, 153  
Anafranil 59  
anamnes, se sjukdomshistoria  
Anderson, Michael 135  
Andersson, Frank 217  
Andrén Sandberg, Åke 169  
Angell, Marcia 114, 183, 201  
anpassningar i klassrummet 123  
antibiotika 114  
aptitlöshet, biverkning 20, 47, 48, 108, 111, 163  
Arbetsförmedlingen 11, 39, 129, 142  
arbetsliv 19, 29, 60, 63, 140 f, 251, 253  
arbetslöshetsstatistik 148  
arbetsmarknadspolitik 148  
arbetsminne 101, 159, 168  
arytmi, biverkning 108  
Askergren, Petter 216  
Asperger 121  
AstraZeneca 230  
atomoxetin 105, 109, 199, 230  
Attentin 105, 168  
Attention, Riksförbundet 205, 206, 218 f, 222  
auktoritet, Frankrike kontra Sverige 249  
autism 22, 71, 81, 89, 92, 93, 94, 153  
avregleringar av marknader 60  
avstigmatisering 217

- B
- Barkley, Russell 68, 204, 205
- belöningscentrum 162
- belöningsssystem 151
- bennies 43
- Benzedrine 45
- Bergström, Jonas 228
- betyg 125, 252
- Biederman, Joseph 71, 204, 206, 208, 228, 283
- Big Pharma 85
- biologi 61
- bipolär sjukdom 19, 34, 73, 94, 113, 237
- bisyssleredovisning 206, 208 f, 214, 227
- bisysslor, forskares, *se* intressekonflikter
- Blom, Anna 123
- bokläsning 152
- borderline 19, 113
- Bradley, Charles 45
- Bradley Hospital 43
- Branson, Richard 216
- Bristol-Myers Squibb 213
- Brossard, Lena 242 f, 247
- buspiron 213
- C
- Capio Psykiatri 129
- Carlberg, Ingrid 59
- Cell-Tech 184
- centralstimulantia 20, 44, 48 f, 70, 83 f, 104 f, 112 f, 115, 130, 135 f, 168 f, 178, 204, 230
- Cereb 37, 50 f, 73 f, 94 f, 100, 186, 217, 236 f
- CFTMEA (*Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*) 245
- CHADD (*Children & Adults with ADHD*) 67, 216, 221
- checklista 97
- Churchill, Winston 67
- CIBA 45, 48, 167, 256
- CIBA-Geigy 59
- cirkulationsrubbnig, biverkning 112
- Concerta 70, 104, 107, 108, 110, 111 f, 119, 127, 130, 162, 163, 165, 167, 173, 178, 186, 187, 199
- Conners, Keith 35, 47, 48, 167, 256 f
- Connersskalorna 81, 171, 257
- Convention on Psychotropic Substances* 172
- Cordova, Sebastian 92
- Crichton, Alexander 40
- D
- Dagens Medicin 201 f
- Dagerholt, Lars 229 f
- dagsljus 153, 160
- Dalarnas län 91
- damp 10, 68, 111
- dampstriden 70
- datspel 90, 152 f, 163, 251, 254
- datspelsberoende 159
- datorer, *se* digital teknik
- december, barn födda i 9, 23
- Denhoff, Eric 46
- depression 22, 61, 92
- dexamfetamin 105, 168
- Dexedrine 48
- dextroamfetamin 105
- diagnos, falsk 164
- diagnosinstrument, *se* testinstrument
- digital teknik 18, 149 f, 251
- disciplin 243 f, 252
- disease awareness*, *se* sjukdomsmedvetenhet
- Disney, Walt 67
- Djursholm 137 f
- dopamin 32, 104, 162, 173
- dopningsklassning 169
- dosering 106
- droger, *se* narkotika
- DSM 35, 56 f, 67, 70, 80, 99, 159, 245, 249, 251, 256, 261
- DSM-I 56, 58
- DSM-II 56 f
- DSM-III 56 f, 60, 64
- DSM-III R 60
- DSM-IV 61, 64
- DSM, kritik mot 35, 57 f, 60 f, 256
- DSM-5 63, 256
- D-vitamin 153, 264
- D-vitaminbrist 33
- dyslexi 22, 121, 137, 243

- E
- effektivitet 147, 175, 262
  - egenpsykiatri 97, 251
  - egenremiss 37, 51
  - Eilola, Mattias 143
  - Einstein, Albert 67, 216
  - Eisenberg, Leon 48
  - Eisen, Jonathan 170
  - elevhälsan 121 f, 138, 252
  - elevhälsopersonal 191
  - Elfvin, Kattis 242 f, 247
  - Eli Lilly 71, 82, 83, 186, 187, 188 f, 190, 192, 199 f, 210, 219, 221, 227, 229, 257
  - Elinder, Leif 69
  - Elvanse 95, 105, 108, 112, 130, 142, 163, 180, 182, 186, 201, 210, 254
  - Elvanse, lansering 188, 199
  - Engberg, Caroline 77
  - epigenetik 10, 135
  - epilepsi 230
  - Equasym 20, 95, 104, 182
  - e-sport 150
  - Essencekonferensen 153, 193, 212, 217
  - etik 233 f
  - EU-domstolen 191
  - EU:s humanläkemedelsdirektiv 191
  - ex juvantibus* 106
  - expertpaneler 201, 206
- F
- Falissard, Bruno 245 f, 250
  - Farah, Martha J 169 f
  - fattigdom, *se* ojämlikhet
  - flickor 61, 200
  - FN:s barnrättskommitté 24 f, 223
  - folkhögskolor 125
  - Food and Drug Administration 183
  - forskning, sponsrad 204 f, 226 f, *se* även intressekonflikter
  - Frances, Allen 35, 56 f, 60 f, 64, 202 f, 256
  - Frankrike 65, 240 f
  - Freihow, Halfdan W 200
  - Freud, Sigmund 72
  - Frisk, Viktor 216
  - födelse, för tidig 33
  - föreningar 135
  - förskolan 16, 27, 53, 118
  - förskolan, Frankrike 243, 247
  - förskrivningsrätt 105
  - Försäkringskassan 11
  - försörjningsstöd 133
  - förtroendeskada 209, 211, 214, 228, 255
  - förvaltningslagen 193
- G
- GAD, *se* generaliserat ångestsyndrom
  - gen, *se* ärftlighet
  - generaliserat ångestsyndrom 75, 237, 239
  - generika 61
  - Gentile, Douglas 156 f
  - Giftinformationscentralen 107
  - Gillbergcentrum 210, 212
  - Gillberg, Christopher 23, 68 f, 153, 206, 212 f, 214, 217
  - Ginsberg, Ylva 227 f, 231
  - Gotland 196
  - Griggs, Roger 115 f, 258
  - guanfacin 105, 210
  - Guterstam, Joar 173 f
  - gymnasiet 29, 129, 161
  - Gävleborgs län 77 f
- H
- Hallowell, Edward 68
  - Hammar, Robert 151 f, 156
  - Hammarström, Martin 94 f, 96 f
  - Helgesson, Gert 185, 233 f, 255
  - Henemark, Camilla 216
  - Herlofson, Jörgen 59
  - Hinshaw, Stephen 33, 120, 141 f, 148, 261 f, 262
  - hippocampus 32
  - Hippokrates 40, 72
  - historik 40 f, 67 f
  - hjärnan 10, 31 f, 42, 43, 104, 135, 151 f, 153, 156 f, 158 f, 169, 173
  - hjärndopning, *se* *neuroenhancement*
  - hjärninflammation 42
  - hjärtrubbningar, biverkning 107 f, 111, 179, 230
  - Hjörne, Eva 121 f
  - Hoffmann, Heinrich 41
  - Holmqvist, Mikael 136 f
  - homosexualitet 259
  - hormoner 32
  - humankapital 141, 146

*hyperkinetic disorder* 65  
hyperkinetisk impulsstörning 47, 48  
hysteri 258  
högskolelagen 214, 256  
högskoleprovet 163, 165  
högskolor 125

## I

ICD 65 f, 245, 249  
ICD-11 65 f, 159, 245, 249  
Indien 261  
indikationsglidning 106  
individuella programmet 129  
inkomstskillnader, *se* ojämlikhet  
inlärningsförmåga 168  
inlärningsstörning 123  
Inspektionen för vård och omsorg  
(IVO) 91  
International Narcotics Control Board  
49, 103, 174  
internetberoende 158 f  
intressekonflikter 195 f, 204 f, 216 f,  
223 f, 254 f  
intresseorganisationer 191, 222  
intresseorganisationer, internationella  
221  
Intuniv 105, 202, 211  
Island 104  
Ismail, Soran 216

## J

Jacobsson, Lars 82 f, 229, 234  
Janssen 97, 127, 186 f, 190, 199, 202, 208,  
219, 221, 227  
Japan 138  
Jensen, Peter 110  
Johannisson, Karin 139, 259  
Johns Hopkins Medical School 47  
Johnson, Mats 197, 210 f, 231  
Jonzon, Bror 229 f  
jäv, *se* intressekonflikter  
jävsdeklaration 206, 227

## K

Kadesjö, Björn 187, 208  
kalla kriget 45  
Kanada 106  
kapitalism 60, 148, 176, 262  
Karolinska Institutet 172, 227

Karpathakis, Georgios 218  
kausalitet 154  
Kennedy, John F 67  
*key opinion leaders*, *se* nyckelopinions-  
bildare  
Kina 261  
klasskillnader, *se* ojämlikhet  
klassrumsmiljö 123  
kliniska prövningar 225, 233  
koffein 175  
kognitiva tester 100  
kommunstatistik 132  
konkurrens, global 148, 261  
konsensusuttalande 205  
konsumism 239, 260  
korrelation 154  
korruption, institutionell 226, 229  
kortisol 134  
kriterier för adhd 61, 66  
kulturdiagnoser 259  
Kunskapsguiden.se 225  
kunskapskrav 125  
kunskapsmätningar 125, 252 f  
kuratorer 25, 94 f, 121 f, 124  
kvalitetskriterier 97  
kändisar 188, 217  
Kärfve, Eva 69  
köp- och säljsystem 78 f, 83, 84, 85,  
97 f, 251

## L

lagen om offentlig anställning 214,  
256  
Lancet, the 201  
Laufer, Maurice 46  
Lazar, Anna 79 f  
licensutskrivning 70, 105  
Lidingö 138 f  
Lincoln, Abraham 67  
Lindeman, Erik 107 f  
lisexamfetamin 105, 112  
ljus- och ljudeffekter 156  
lobbying 183, 216 f  
Lord Byron 67  
Lundin, Olle 214  
Lundqvist, Sara 210  
Lycée International 242 f  
läkarstudenter 165, 172

- Läkemedelsindustriföreningen 185,  
189, 192 f, 194, 202, 207, 228, 255
- Läkemedelsindustriföreningens  
databas för värdeöverföringar 82,  
207, 208, 214
- Läkemedelsindustrin 176
- läkemedelslagen 184, 225, 254
- Läkemedelsverket 11, 70, 104 f, 113, 184,  
185, 189, 190 f, 193, 202, 206 f, 208,  
210 f, 224 f, 255
- Läkemedelsverket, kontakter med  
läkemedelsindustrin 225 f
- Läkemedelsverkets behandlingsre-  
kommendation 208, 225, 230, 232
- Läkemedelsverkets föreskrifter om  
marknadsföring av humanläkeme-  
del 184 f, 191, 202
- längd- och viktutveckling, störning av,  
biverkning 108, 110, 230
- lärare 25, 44, 46, 118 f, 138 f
- lärarundantaget 214
- lönebidrag 129
- Löwengrip, Isabella 217
- M
- MackAldener, Magnus 143 f
- magnetkamera 32, 34
- magproblem, biverkning 180
- Maison des Adolescents 245
- Malmberg, Kerstin 208 f, 231
- marknadsandelar 199
- marknadsföring av medicin 62, 67,  
95 f, 181 f, 195 f, 222, 234, 254
- reglering 184 f
- riktad till barn 181 f
- riktad till läkare 199 f
- riktad till vuxna 188 f
- MBD (*minimal brain dysfunction*) 46,  
48, 49, 68, 183
- McDonaldisering 260
- medicinering i skolan 125
- medicinkonsumtion, statistik 103
- medierna 215
- Medikidz 182
- Medikinet 20, 104
- melatonin 21, 87, 112, 150
- Metadate 184
- Methylphenidate Sandoz 104, 166 f
- metylfenidat 45, 70, 104, 109 f, 168 f,  
187, 199
- miljögifter 135
- minimal brain damage*, *se* MBD (*mini-  
mal brain dysfunction*)
- Mintzes, Barbara 190
- mobiler, *se* digital teknik
- Moen, Ole Martin 175
- moral 42
- morfin 30
- Mozart 67
- muntorrhet, biverkning 180
- N
- narcissism 260
- narkotika 29, 48 f, 107, 113, 180
- narkotikaklassning 20, 172, 174, 176, 202
- Nationalencyklopedin 208
- neonatalvård 33
- neurasteni 259
- neuroenhancement* 175
- neuropsykiatrisk funktionsnedsätt-  
ning, begreppet 31
- neurovetenskap 32
- new public management* 97, 141, 145
- Nilholm, Claes 122
- No Child Left Behind* 120
- noradrenalin 32
- Norge 104, 175
- nostalgi 259
- Novartis 45, 53, 95 f, 182 f, 186 f, 189,  
192, 199 f, 202, 208, 221, 227
- NPF-forum 220
- nyckelopinionsbildare 204, 206
- nyliberalism 60, 183
- O
- Obama, Barack 105
- Obetrol 115
- off label*-förskrivning 106
- ojämlikhet 60, 127, 132 f, 141, 252, 260
- omega 3 218, 264
- omognad 24, 147
- orsakssamband, *se* kausalitet
- P
- Panayi, Antonia 211
- Panizzon, Leandro 45
- patent 61, 261

- patientorganisationer, *se* intresse-  
organisationer
- pedagogisk kartläggning 124
- Pelle Snusk*, boken 41
- Pelling, Henrik 196 f, 210
- personliga assistenter 121
- Persson, Bella 111 f
- Peter & ADHD* 182, 192
- PET-skanning 32
- Phelps, Michael 216
- Pickett, Kate 138
- Pokémon Go 150
- prekariatet 253
- prevalens 22, 64
- Prima barn- och vuxenpsykiatri 227
- privatisering 60, 97
- Prozac 61
- psykiska problem, biverkning 108
- psykoanalys 45, 249
- psykologer 25, 47, 63, 84, 93, 122
- psykoterapi 109, 113, 114, 244, 245, 249
- publication bias*, *se* selektiv publicering
- Q
- Qb-test 221
- R
- Rappaport, Nancy 135
- Ratey, John 68
- Reagan, Ronald 60, 183
- regeringen, svenska 24, 223, 226
- regeringsformen 214, 256
- reklam, *se* marknadsföring
- rektorer 122
- resurspersonal 121
- Riksrevisionen 214, 224 f, 229, 230
- Ritalin 45, 47 f, 49, 59, 68, 104, 108, 163, 165, 167, 173, 175, 180, 182 f, 186, 187, 189, 192, 199, 202, 256
- Ritalina, *se* Ritalin
- Rizzo, Angela 172
- Román, Sven 89, 92 f, 103
- S
- Sahlgrenska universitetssjukhuset 210, 212
- Salmi, Peter 106
- samhällskostnader för adhd 143, 148
- samtalsstöd för läkare 200
- Sandberg, Anki 219 f, 222
- SBU, *se* Statens beredning för medicinsk utvärdering
- Scheffler, Richard 33, 120, 141 f, 148, 261 f, 262
- schizofreni 34
- Scholander, Torkel 70
- Schwarz, Alan 110, 187, 205, 257
- scientologi 67, 219
- second opinion* 92, 98
- selektiv publicering 207, 213, 218, 226
- serotonin 32
- SFBUP, *se* Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri
- Shire 40, 95, 115, 142, 182, 186, 187 f, 192 f, 195 f, 201 f, 208 f, 210 f, 216, 220, 221, 227 f, 254, 257
- signalsubstanser 10, 32
- sjukdomshistoria 53, 80
- sjukdomsmedvetenhet 67, 68, 186, 217, 222, 254
- självmod, biverkning 107
- skattningsformulär 97, 99
- skolan 15 f, 27 f, 41 f, 43 f, 53, 60, 63, 87 f, 94 f, 111, 117 f, 129, 135, 138, 147, 251 f, 258
- skolan, Frankrike 242 f
- skoldaghem 27
- Skolinspektionen 11, 122, 123
- skollagen 121
- skolmarknad 126, 252
- skolmognad 24
- skolplikt 41, 119, 252
- skolstart 120
- Skolverkets allmänna råd 121, 122
- Skolöverstyrelsen 49
- skrivande för hand 159
- skrämselkampanjer 188
- skärmteknik, *se* digital teknik
- skärmtid 149 f
- Smer, *se* Statens medicinsk-etiska råd
- Smith, Elizabeth 169 f
- Smith, Kline & French 44
- Smith, Matthew 45
- småbarn 71
- Socialdepartementet 223
- Socialstyrelsen 11, 49, 65, 66, 70, 80 f, 90, 133, 142, 206, 208, 210, 219, 220, 224, 225, 226, 227 f, 255

- Sovjetunionen 45  
 Spanien 138  
 spatial perception 101  
 speciallärare 121, 123 f  
 specialpedagoger 123  
 Specialpedagogiska skolmyndigheten 121  
 specialskola 121  
 språkstörning 123  
 Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 81 f, 224, 225, 226, 229, 255  
 Statens medicinsk-etiska råd (Smer) 31, 121  
 Statens medieråd 150  
 Sterri Braanen, Aksel 175  
 stigmatisering 259  
 Still, George Frederic 41  
 Stockholms läns landsting 78 f, 114  
 Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) 79  
 Stratton 20, 71, 82, 83 f, 105, 108, 112 f, 180, 186, 187, 188 f, 199 f, 207, 229  
 stress 34, 60, 134, 147, 244, 255  
 studenthälsan 142, 171 f, 254  
 surfplattor, *se* digital teknik  
 svagbegåvning 78, 81  
 Svanborg, Pär 199  
 Svenaeus, Fredrik 72  
 Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) 80, 84, 209  
 Svensson, Maria 91 f  
 Swingle, Mari 158 f  
 sympatiska nervsystemet 173  
 synapser 35, 157  
 Säljö, Roger 121  
 särskilda undervisningsgrupper 121  
 särskilt stöd 121 f  
 särskolan 121, 144  
 sömn 153  
 sömnmedel 52, 112  
 sömnproblem 21, 150  
 sömnproblem, biverkning 47, 48, 108  
 sömnsjuka 42
- T**  
 taylorism 145  
 TDAH (*trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*) 242
- terapi, *se* psykoterapi  
 test 97  
 testinstrument 82, 93, 171, 178  
 teve 157  
 tevespel, *se* digital teknik  
 Thatcher, Margaret 60  
 The Emma Pendleton Bradley Home 43  
 tillväxt, ekonomisk 142, 225, 233, 251, 253  
 Timberlake, Justin 216  
 Timimi, Sami 260 f  
 toleranshöjning 174  
 Tyskland 41, 68, 138
- U**  
 Uggla, Magnus 217  
 Ullerås, Anders 191  
 Underbara adhd 218  
 underdiagnostisering 23, 62, 71, 81, 228, 246  
 ungdomsarbetslöshet 77  
 universitet 125  
 universitetsstudenter 170  
 universitetsstudier 164  
 UNS 78  
 uppdragsforskning 206  
 uppmärksamhetstest 93  
 USA 33, 35, 45 f, 48, 63, 64, 67, 71, 104, 105, 106, 120, 135, 138, 183, 187 f, 202, 213, 221, 258, 260  
 utbildningsnivå 77, 134  
 utelek 160  
 utredningar, riktlinjer för 80  
 utredningsbolag 83, 85 f, 124  
 Utredningskompaniet 85, 88 f, 90 f  
 utvecklingsstörning 81, 93, 143
- V**  
 vakenhet 169  
 vandringsgalenskap 259  
 Vetenskapsrådet 213  
 vuxen-adhd 187 f, 189, 228  
 Vyvanse 188  
 våld mot barn 247  
 våldsamma spel 156  
 världsekonomi 120, 148  
 Världshälsoorganisationen (WHO) 245, 249

Värmlands län 91

WAIS IV 102

Wallin, Cissi 216

Wechsler Adult Intelligence Scale 102

Wilkinson, Richard 138

Y

yrkesförbund, internationella 221

Å

ångest 237

ångest, biverkning 48

Åsberg, Marie 59

återgivning 81, 89, 236

åtgärdsprogram 122

Ä

äldre, diagnostisering av 71

ärflighet 22, 33, 134

ätstörningar 244

Ö

ögonkontakt 153

ökning av antalet diagnoser 22