

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

Förekomst, trend och könsskillnader

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2023-11-8862

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, november 2023

Förord

Socialstyrelsen har tagit fram nya resultat avseende förekomst av adhd-diagnoser och uttag av adhd-läkemedel där även ett tänkbart framtida händelseförlopp redovisas utifrån dagens förhållanden. Även aspekter av könsskillnader har beaktats.

Rapporten vänder sig främst till hälso- och sjukvården men även till andra relevanta aktörer som socialtjänsten och beslutsfattare på olika nivåer.

Rapporten har tagits fram av Sofia Collin (metodstatistiker) och Peter Salmi (projektledare). Sakkunniga Ylva Ginsberg (vuxenpsykiatri) och Martina Barnevik Olsson (barn- och ungdomspsykiatri) har bistått projektgruppen. Ansvarig enhetschef har varit Anastasia Nyman.

Natalia Borg
Avdelningschef
Avdelningen för analys

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Ökning sedan 2006.....	6
Överblick av läkemedelsuttag bland barn och vuxna	7
Prognos av utvecklingen	12
Aspekter av könsskillnader	15
Add vanligare bland flickor och unga kvinnor	15
Sammanfattande slutsatser.....	17
Bilaga 1. Geografiska skillnader	18
Bilaga 2. Metodbeskrivning	30
Uttag av adhd-läkemedel.....	30
Regionala skillnader.....	30
Prognos av läkemedelsutvecklingen.....	30
Diagnoser	30

Sammanfattning

Andelen som diagnostiseras med adhd ökar alltjämt både bland barn och vuxna visar Socialstyrelsens senaste studie. Rapporten beskriver närmare förekomsten av diagnoser och läkemedelsbehandling samt beräknar ett framtida händelseförlopp avseende utvecklingen utifrån dagens förhållanden. Myndigheten redovisar även aspekter av könsskillnader, bland annat vad gäller diagnostisering av formerna adhd och add.

Ökning sedan 2006

Andelen med adhd-diagnos i befolkningen har ökat sedan 2006. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att ökningen har varit att förvänta utifrån epidemiologiska studier av prevalens i befolkningen¹. Ökningen har inte visat tecken på att mattas av. Jämsides ökningen av adhd-diagnoser har uttag av adhd-läkemedel haft en motsvarande ökning. Läkemedlen är specifikt indicerade vid adhd och är vid behov tänkta som en komponent i ett större behandlingsprogram. Omkring 75 procent av skolbarnen påbörjar läkemedelsbehandling efter att ha diagnostiserats med adhd². Ofta varar läkemedelsbehandlingen över många år, där avbrott i behandling inte sällan kan förekomma men där behandlingen ofta återupptas på nytt. Utredning och läkemedelsbehandling av adhd sker uteslutande inom specialistvården, företrädesvis psykiatri men även barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Socialstyrelsen har nyligen publicerat en första version av nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism³. En utvärdering av vården och stödet kommer att ske efterhand.

Adhd beskrevs tidigt som svårigheter med överaktivitet och uppmärksamhet hos barn och då främst bland pojkar. Tillståndet förekommer dock hos såväl flickor som hos män och kvinnor. Utvecklingen sedan 2006 visar en ökning inom samtliga grupper. Det finns dock könsskillnader där flickor diagnostiseras senare och har betraktats som underdiagnostiserade⁴. Socialstyrelsen använder vanligen adhd som ett ”paraplybegrepp” utan att närmare skilja på den kombinerade formen av adhd, med både ouppmärksamhet och överaktivitet-impulsivitet, och formen huvudsakligen med ouppmärksamhet, ibland kallad add⁵. Vid beaktande av könsskillnader kan en sådan distinktion mellan adhd-formerna vara av relevans. Exempelvis kan utpräglad överaktivitet bidra till tidig upptäckt av tillståndet. Adhd-läkemedel har effekt både vid add och adhd.

I denna rapport redovisar Socialstyrelsen nya resultat avseende förekomst av diagnoser och läkemedelsuttag. Myndigheten beräknar även ett framtida händelseförlopp. Dessutom beaktas aspekter av könsskillnader. Resultaten som redovisas baseras på uppgifter om inrapporterade diagnoser och läkemedelsuttag på apotek i myndighetens nationella patient- och läkemedelsregister. Uppgifterna sträcker sig fram till och med 2022.

¹ Förskrivningen av adhd-läkemedel fortsätter att öka. Socialstyrelsen, 2021.

² Siffran baseras på kombinerade uppgifter i patient- och läkemedelsregistret om andelen nydiagnostiserade med adhd som påbörjar läkemedelsbehandling efter diagnos.

³ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism – Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer. Socialstyrelsen, 2022.

⁴ Kopp S, Gillberg C. Symtom, diagnostik och förlopp vid ADHD hos flickor och kvinnor. Läkartidningen 2022;119: 21132

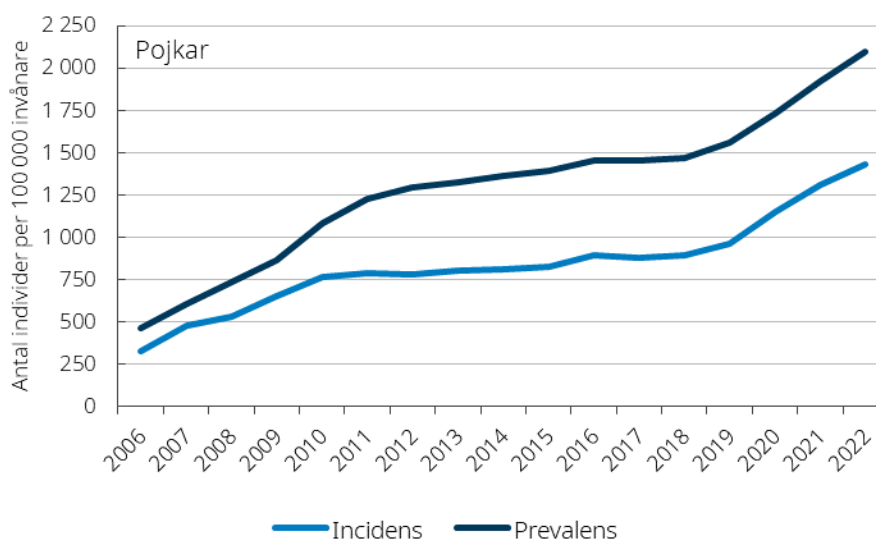
⁵ Adhd står för ”attention deficit hyperactivity disorder” och add står för ”attention deficit disorder”.

Överblick av läkemedelsuttag bland barn och vuxna

Figur 1–4 ger en överblick av läkemedelsuttag och dess utveckling i befolkningen. Resultaten gäller 2006–2022 och baseras på åtminstone ett uttag av något adhd-läkemedel. Uttagen visas i form av incidens (nya fall; andelen som för första gången har ett uttag) och prevalens (befintliga fall; andelen totalt som har ett uttag)⁶. År 2022 hade närmare 190 000 personer i åldern 5–64 år åtminstone ett uttag av något adhd-läkemedel. Uttagen har ökat i alla åldrar och bland båda könen. Bland skolbarn 10–17 år är andelen med uttag högst. Närmare åtta procent av pojkarna och drygt fyra och en halv procent av flickorna hade läkemedelsuttag 2022.

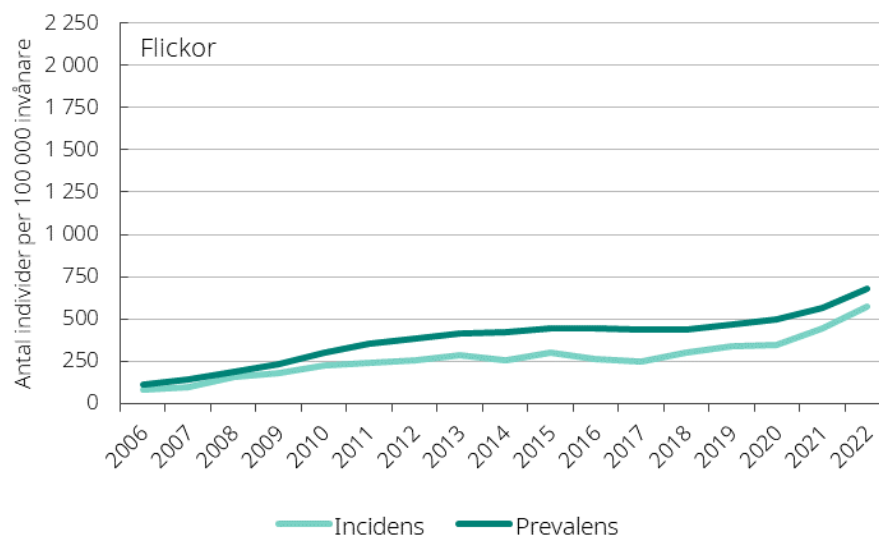
Figur 1. Läkemedelsuttag bland små barn 5–9 år.

Andelen pojkar och flickor 5–9 år med åtminstone ett uttag av något adhd-läkemedel. Incidens utgör nya fall där läkemedelsuttag inte tidigare har varit aktuellt. Prevalens utgör befintliga fall och omfattar alla som hade läkemedelsuttag. År 2006–2022. Antal per hundra tusen.



⁶ För beräkningarna av incidens och prevalens har en så kallad väntetidsfördelning använts. Se Hallas J et al. The waiting time distribution as a graphical approach to epidemiologic measures of drug utilization. *Epidemiology* 1997;8: 666–670.

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

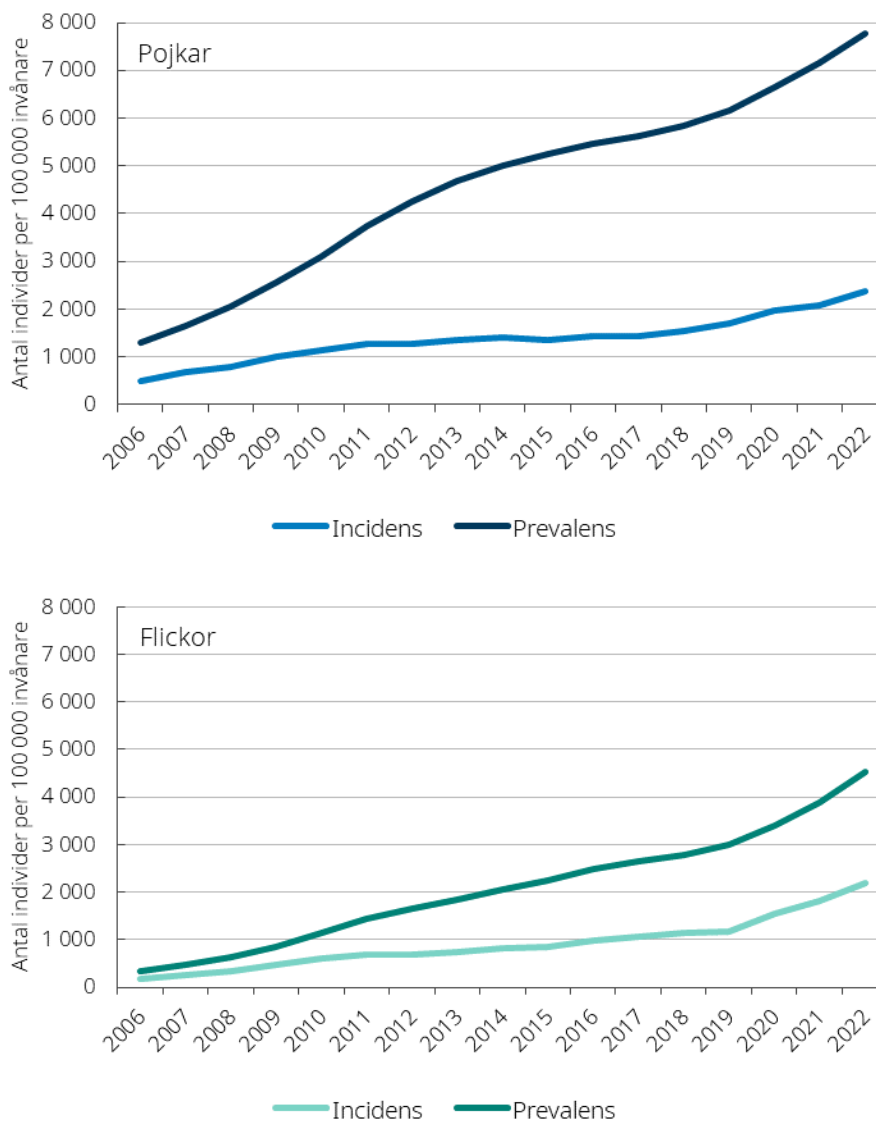


Det framgår också att nya fall inte visar någon nämnvärd tendens till att mattas av. Under coronapandemin var ökningen av nya fall till och med brantare än föregående år, något som Socialstyrelsen tidigare har rapporterat om⁷.

⁷ Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin. Socialstyrelsen, 2020.

Figur 2. Läkemedelsuttag bland skolbarn 10–17 år

Andelen pojkar och flickor 10–17 år med åtminstone ett uttag av något adhd-läkemedel. Incidens utgör nya fall där läkemedelsuttag inte tidigare har varit aktuellt. Prevalens utgör befintliga fall och omfattar alla som hade läkemedelsuttag. År 2006–2022. Antal per hundra tusen.



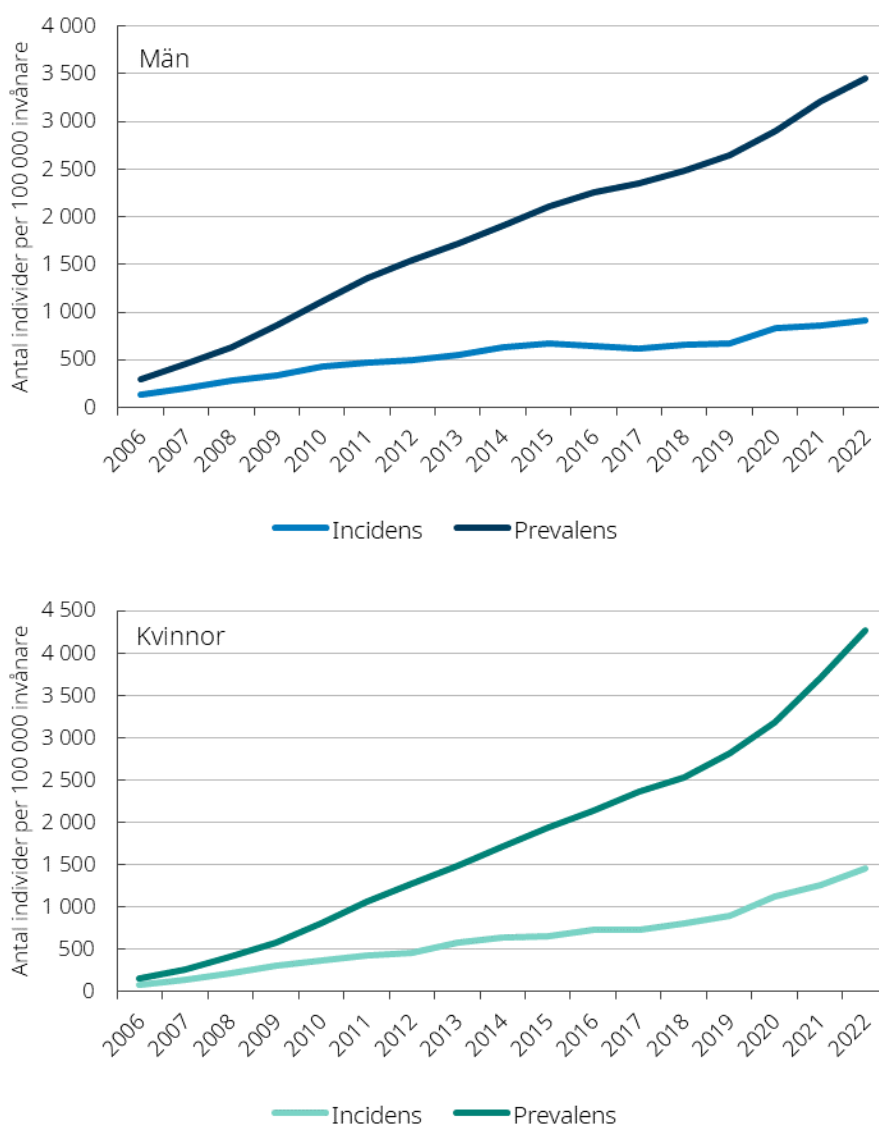
Uppgifter om uttag av adhd-läkemedel ger en bra indikation på hur många som har diagnostiserats med adhd, då läkemedelsregistret, till skillnad från patientregistret, inte har något nämnvärt bortfall och läkemedlen har specifik indikation adhd. Därför använder sig Socialstyrelsen av registret, i kombination med uppgifter i patientregistret om ställda diagnoser, för att närmare uppskatta andelen som har en adhd-diagnos i befolkningen. Baserat på de olika uppgifterna har myndigheten kunnat konstatera att bland exempelvis skolbarn 10–17 år påbörjar omkring 75 procent av barnen en läkemedelsbehandling efter adhd-diagnos⁸. Motsvarande andel bland vuxna

⁸ Se fotnot 2

är något lägre, omkring 55–65 procent beroende på ålder. Om en uppskattning av förekomsten av adhd-diagnos görs för exempelvis skolbarn 10–17 år, baserat på kombinerade uppgifter om läkemedelsuttag och andel som påbörjar (eller inte påbörjar) läkemedel, är andelen som har diagnos 2022 drygt 10,5 procent bland pojkar och sex procent bland flickor.

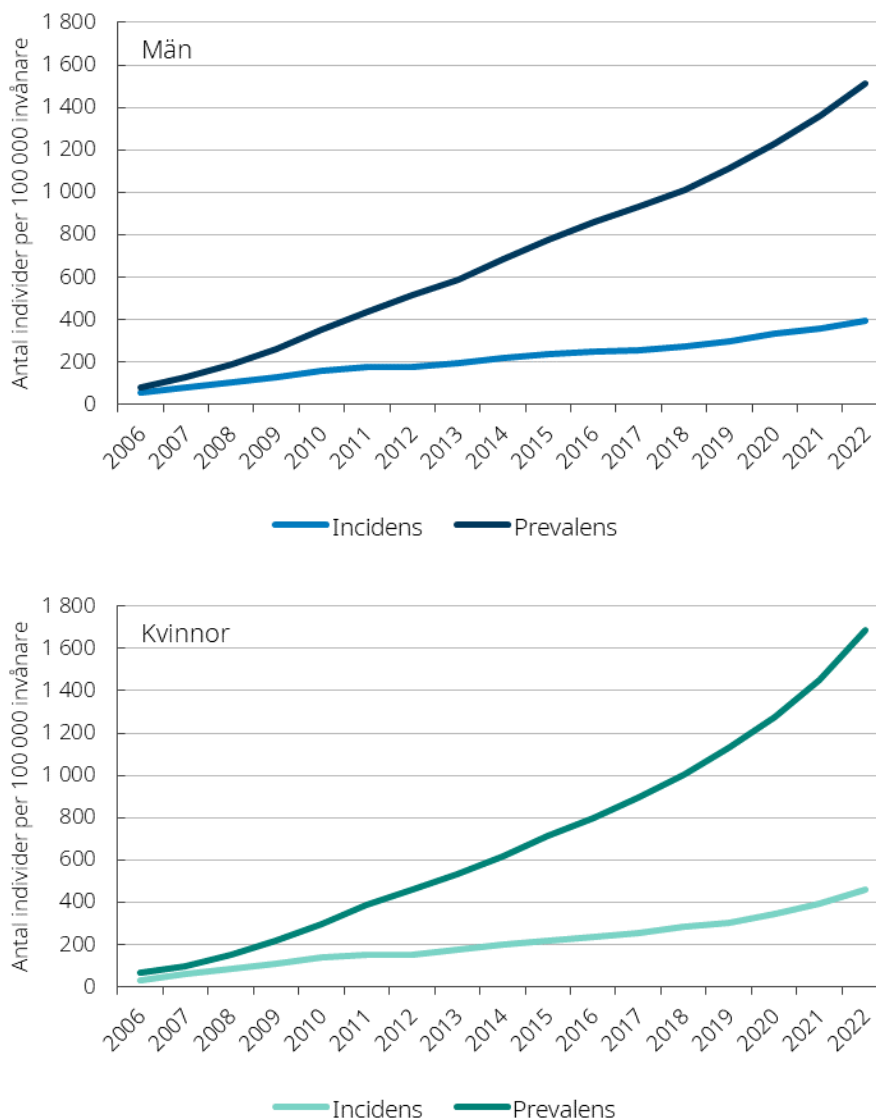
Figur 3. Läkemedelsuttag bland unga vuxna 18–24 år

Andelen unga män och unga kvinnor 18–24 år med åtminstone ett uttag av något adhd-läkemedel. Incidens utgör nya fall där läkemedelsuttag inte tidigare har varit aktuellt. Prevalens utgör befintliga fall och omfattar alla som hade läkemedelsuttag. År 2006–2022. Antal per hundra tusen.



Figur 4. Läkemedelsuttag bland vuxna 25–64 år

Andelen män och kvinnor 25–64 år med åtminstone ett uttag av något adhd-läkemedel. Incidens utgör nya fall där läkemedelsuttag inte tidigare har varit aktuellt. Prevalens utgör befintliga fall och omfattar alla som hade läkemedelsuttag. År 2006–2022. Antal per hundra tusen.

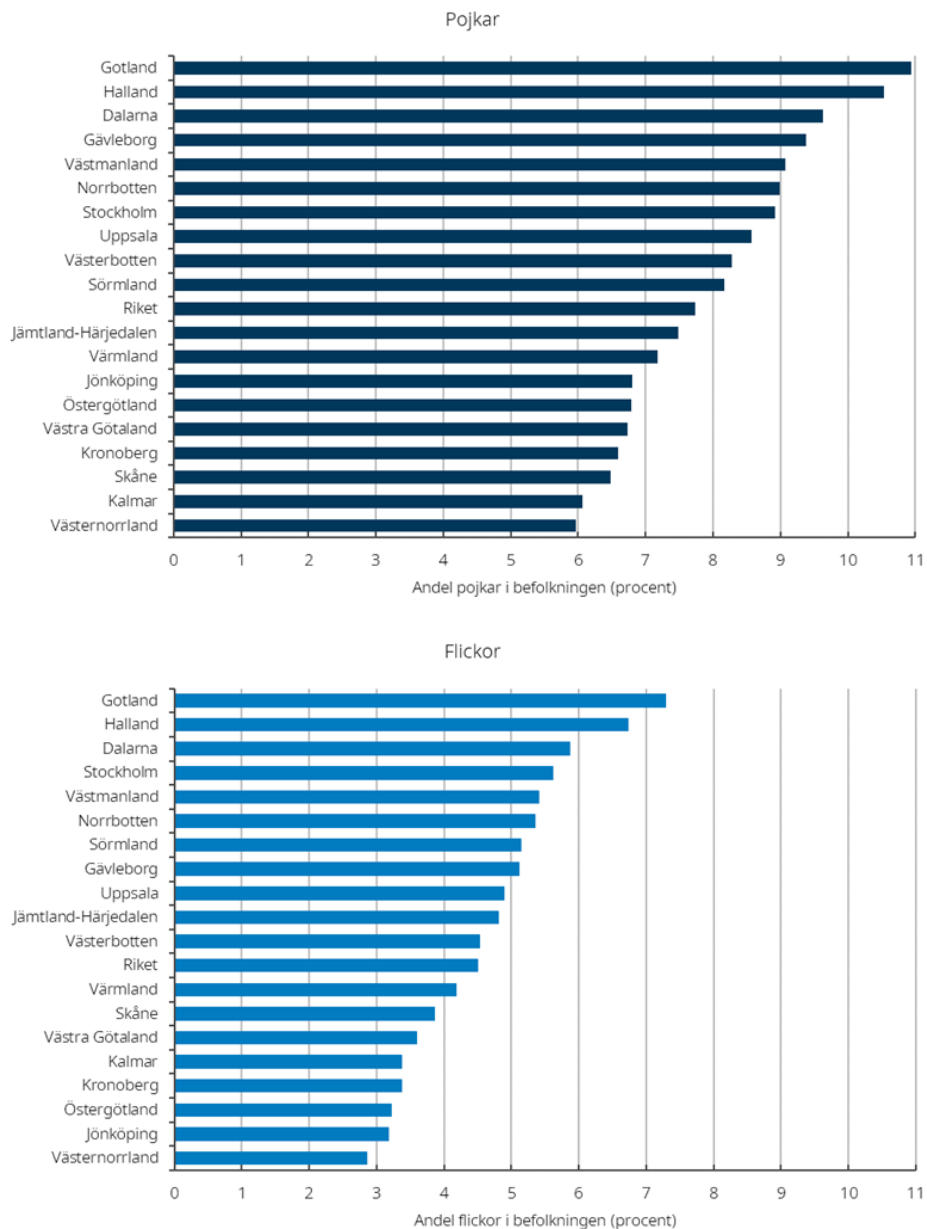


Det finns samtidigt betydande skillnader mellan regionerna avseende förskrivning av adhd-läkemedel, vilket därmed också reflekterar skillnader i diagnostiken⁹. Figur 5 visar regionala skillnader för exemplet skolbarn 10–17 år. Orsaker bakom geografiska skillnader kan exempelvis vara tillgänglighet till utredningar och bemanning på verksamheterna samt klinisk praxis.

⁹ Bilaga 1 i slutet av rapporten visar även skillnader mellan kommuner för skolbarn 10–17 år.

Figur 5. Regionala skillnader i läkemedelsuttag bland skolbarn 10-17 år

Andelen pojkar och flickor med åtminstone ett uttag av något adhd-läkemedel 2022 efter region. Procent.



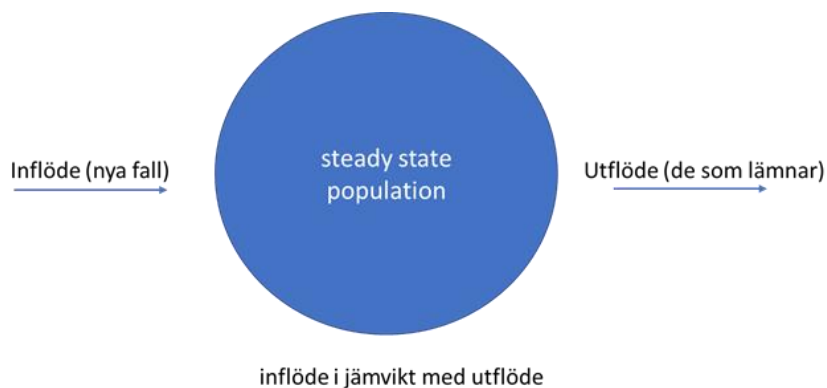
Prognos av utvecklingen

Avsnittet ovan om förekomst av läkemedelsuttag visar att ökningen av uttagen inte visar tecken på att mattas av. Eftersom de nya fallen (incidensen) fortsätter att öka har Socialstyrelsen svårt att se att ökningen kommer plana ut på kort sikt, eftersom de nya fallen adderas till dem som redan har läkemedelsuttag (prevalenta fall).

I dag är det oklart hur många i befolkningen som på sikt kommer att ha läkemedel och ha diagnostiserats med adhd. Det är dock möjligt att göra en uppskattning eftersom andelen som årligen lämnar populationen av läkemedelsanvändare (utflöde) är konstant. Om ett antagande görs att nya fall av läkemedelsanvändare (inflöde) planar ut på dagens nivå kan förekomst av läkemedel och diagnos på sikt beräknas. Inbromsning av tillväxten kommer att ske när inflöde och utflöde är i balans (jämvikt). Då uppnås en så kallad steady-state-population där populationen varken ökar eller minskar utan är stationär (Figur 5)¹⁰.

Figur 6. Steady-state-population

Inflödet är i balans med utflödet, där andelen årliga nya fall av läkemedelsanvändare motsvaras av andelen som årligen lämnar läkemedelspopulationen. Vid en sådan situation uppnås steady-state och populationen läkemedelsanvändare varken ökar eller minskar utan förblir stationär.



Tabell 1 visar att årligen lämnar drygt 20 procent av pojkar och närmare 30 procent av flickor populationen av läkemedelsanvändare 10–17 år. Orsakerna till ett utflöde är framför allt att personer fyller 18 år och därmed inte längre tillhör åldersgruppen 10–17 år, men även avslutad läkemedelsbehandling eller ett avbrott med behandling, utvandring och dödsfall bidrar i mindre grad till utflödet.

¹⁰ Steady-state är ett fenomen i en så kallad öppen population där populationen varken ökar eller minskar på grund av att exempelvis antalet födselar och invandrade är i balans (jämvikt) med antalet avlidna och utvandrade. I fallet läkemedelsanvändare och en steady-state-population, är antalet nya fall av läkemedelsanvändare i balans med antalet befintliga fall som lämnar läkemedelspopulationen. Det har visats att steady-state nås genom logistisk tillväxt av populationen. Se Rothman KJ och Greenland S. *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 1998 (om steady-state-population) och Murray JD. *Mathematical Biology. I: An Introduction*. SpringerLink; 2002 (om den logistiska tillväxtmodellen).

Tabell 1. Historiskt årligt utflöde

Tabellen visar andelen (procent) pojkar och flickor 10–17 år som årligen lämnar en population av barn som använder läkemedel. Tabellen redovisar utflödet från och med 2015 men det viktade medelvärdet är beräknat på historiska data sedan 2006.

	2015- 2016	2016- 2017	2017- 2018	2018- 2019	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	Medelvärde viktat
Pojkar	20,4	21,2	21,3	21,4	21,3	21,4	20,6	21,4
Flickor	26,0	27,7	28,0	27,3	27,0	27,2	26,4	27,5

Om ett antagande görs att de nya fallen (inflödet) avstannar på 2022 års incidensnivå kommer förhållandena vid steady-state att se ut enligt Tabell 2 för barn 10–17 år. Drygt 11 procent av pojkar kommer att ha läkemedelsuttag och åtta procent av flickorna. Utifrån dessa andelar kan Socialstyrelsen uppskatta att omkring 15 procent av pojkarna och nära 11 procent av flickorna kommer att ha adhd-diagnos. Myndigheten understryker att resultaten gäller under förutsättning att de nya fallen planar ut i dag och varken ökar eller minskar i fortsättningen. Därför kan en ny prognos behöva genomföras på framtida data beroende på utvecklingen av incidensen.

Tabell 2. Prognos av utvecklingen bland skolbarn 10–17 år

Andelen skolbarn 10–17 år med uttag av adhd-läkemedel och ställd adhd-diagnos vid uppnådd steady-state-population. För beräkningen av andelen med läkemedel har inflödet (nya fall, incidens) av läkemedelsuttag år 2022 använts och det historiska årliga utflödet ur läkemedelspopulationen. Andel med diagnos har beräknats utifrån att 25 procent av skolbarn som diagnostiseras med adhd *inte* påbörjar läkemedelsbehandling.

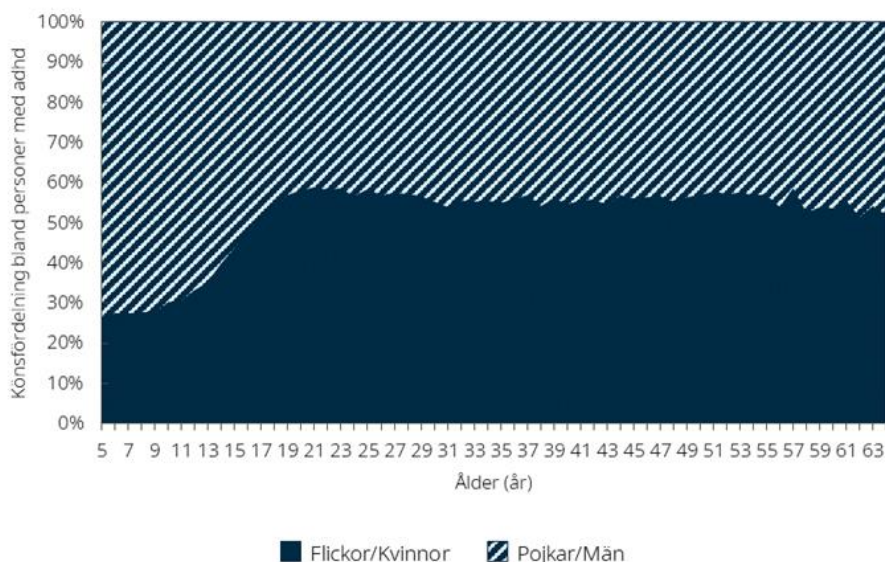
	Inflöde (incidens) 2022 (%)	Historiskt årligt utflöde (%)	Andel med uttag av läkemedel vid steady state (%)	Andel med ställd diagnos vid steady state (%)
Pojkar	2,4	21,4	11,2	14,9
Flickor	2,2	27,5	8,0	10,7

Aspekter av könsskillnader

Resultaten i tidigare avsnitt ovan visar att pojkar i större utsträckning får adhd-diagnos än flickor. Det här är dock en könsskillnad som inte finns om alla åldrar beaktas. Figur 6 visar könsfördelningen för varje ålder 5–64 år bland personer som har diagnostiserat med adhd. Det framgår att kvinnor i större utsträckning diagnostiseras i ett senare skede än män och kommer så småningom i fatt avseende att ha diagnosen. Fler kvinnor har exempelvis diagnosen både som ung vuxen, och vuxen, jämfört med män. Sett till det totala antalet adhd-diagnoser bland personer 5–64 år i befolkningen finns således inte någon större skillnad mellan män och kvinnor.

Figur 6. Könsfördelningen bland personer med adhd

Procentuell könsfördelning bland personer med adhd för varje ålder från 5 till 64 år. Alla personer som har ställt adhd-diagnos eller har haft uttag av adhd-läkemedel innefattas i figuren. År 2022.



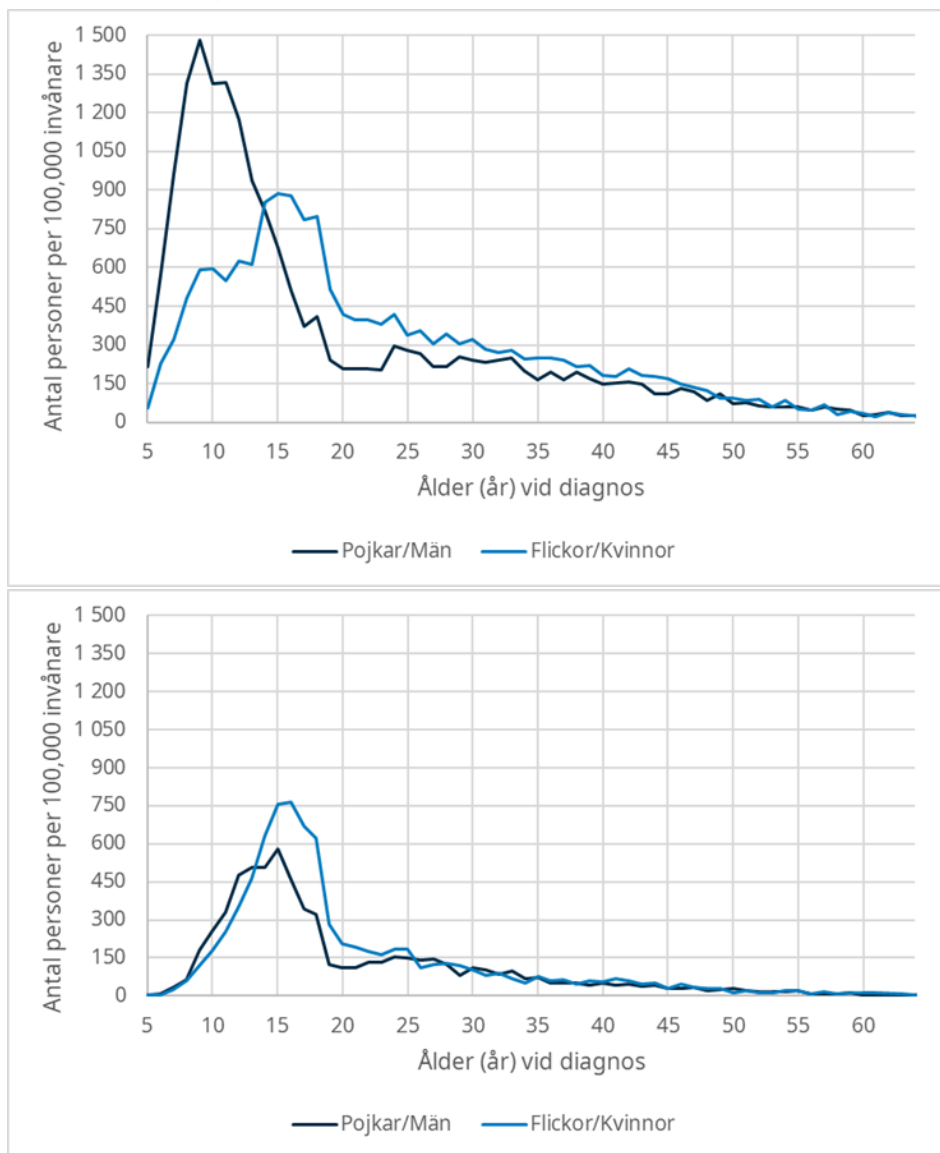
Add vanligare bland flickor och unga kvinnor

Socialstyrelsen har även närmare undersökt diagnostisering av formerna adhd och add med avseende på könsskillnader, det vill säga den kombinerade formen av adhd med både ouppmärksamhet och överaktivitet-impulsivitet och formen med huvudsakligen ouppmärksamhet. Figur 7 visar andelen personer som nydiagnostiserades med adhd eller add 2022. Det framgår av resultaten att adhd är en vanligare diagnos än add och att den ställs vid en yngre ålder (topp före 10 års ålder) än add (topp vid 15 års ålder). Resultaten visar också att adhd är vanligare bland pojkar samtidigt som add är vanligare bland flickor. Det framgår vidare att pojkar som fick

diagnosen add fick diagnosen senare precis som flickor. I den meningen finns inte någon könsskillnad avseende ålder när add-diagnos ställs. Detta gäller även i viss mån vid adhd – en viss andel av flickorna som fick diagnosen adhd fick på motsvarande vis som pojkar diagnosen tidigt, även om det fortfarande var så att fler flickor fick diagnosen senare än pojkarna.

Figur 7. Diagnostik av formerna adhd och add

Andel personer som nydiagnostiseras med adhd (överst) eller add (underst) för varje ålder 5–64 år. År 2022. Antal per hundra tusen.



Sammanfattande slutsatser

År 2022 hade totalt nästan 190 000 personer 5–64 år åtminstone ett uttag av något adhd-läkemedel. Andelen var högst bland barn 10–17 år, där åtta procent av pojkarna hade läkemedelsuttag och fyra och en halv procent av flickorna. Socialstyrelsen kan uppskatta att 10,5 procent av pojkarna och sex procent av flickorna hade adhd-diagnos 2022. Den bild myndigheten har av det framtida händelseförloppet är att dessa andelar kommer att öka till 15 procent för pojkar respektive 11 procent för flickor innan utvecklingen planar ut (vilket gäller vid ett antagande om att nya fall varken ökar eller minskar i fortsättningen). Femton respektive 11 procent ligger över de förväntade andelarna av förekomst bland skolbarn om epidemiologiska studier av prevalens utgör måttstock¹¹. Det är oklart vad som driver utvecklingen i den riktningen. Det är därför viktigt att följa utvecklingen och försöka utröna vad som ligger bakom ökningen. Utvecklingen väcker frågor exempelvis kring diagnostiken av adhd och varför fler i befolkningen tycks rymmas inom diagnoskriterierna i dag.

Socialstyrelsen kan konstatera att de könsskillnader som existerar i huvudsak rör diagnostisering av formerna add och adhd och inte det totala antalet diagnoser mellan könen. Flickor och unga kvinnor blir i högre grad diagnostiserade med add än pojkar och unga män. Både pojkar och flickor som får diagnosen add får diagnosen betydligt senare än de som diagnostiseras med adhd. Tidigt upptäckt har sannolikt att göra med utpräglad överaktivitet och bristande impuls kontroll förknippat med adhd-formen. Att barn i stor utsträckning får en add-diagnos sent kan peka på behovet av ökad kunskap vad gäller att korrekt bedöma add. Att få en diagnos sent kan vara förknippat med risk för en opåkallad tid med svårigheter där insatser fördröjs. Detta kan leda till negativa följdverkningar och ett sämre mående med exempelvis pålagringar i form av depression och ångestproblematik. Felaktiga diagnoser kan dessutom komma att ställas före en korrekt add-diagnos med fel eller verkningslös behandling som följd.

¹¹ Se till exempel Thomas R et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015; 135.

Bilaga 1. Geografiska skillnader

Geografiska skillnader i läkemedelsuttag bland barn 10–17 år.

Pojkar och flickor 10–17 år med åtminstone ett uttag av något adhd-läkemedel 2022. Där uppgift om andel saknas var antalet individer för få för att redovisas. I riket samt efter region och kommun. Procent.

	Flickor	Pojkar
RIKET	4,5	7,7
Region Stockholm	5,6	8,9
Upplands Väsby	6,1	9,1
Vallentuna	8,0	13,0
Österåker	6,6	10,4
Värmdö	6,2	10,6
Järfälla	4,9	8,3
Ekerö	6,2	11,0
Huddinge	6,0	9,4
Botkyrka	6,6	10,2
Salem	6,1	10,8
Haninge	6,2	9,2
Tyresö	6,1	9,7
Upplands-Bro	6,1	10,1
Nykvarn	9,5	12,6
Täby	5,3	9,1
Danderyd	5,8	8,3
Sollentuna	5,6	7,7
Stockholm	5,6	8,8
Södertälje	4,4	7,8
Nacka	5,4	7,7
Sundbyberg	3,9	7,7
Solna	4,5	7,9

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

	Flickor	Pojkar
Lidingö	6,5	8,5
Vaxholm	6,6	9,7
Norrtälje	7,2	13,0
Sigtuna	3,8	6,8
Nynäshamn	6,6	9,6
Region Uppsala	4,9	8,6
Håbo	6,5	9,7
Älvkarleby	7,6	10,4
Knivsta	5,5	8,8
Heby	6,8	10,2
Tierp	4,7	9,0
Uppsala	4,4	7,9
Enköping	4,8	9,2
Östhammar	6,1	11,3
Region Sörmland	5,1	8,2
Vingåker	7,5	12,9
Gnesta	7,4	12,1
Nyköping	6,7	8,4
Oxelösund	7,7	11,0
Flen	4,8	8,5
Katrineholm	5,6	8,4
Eskilstuna	3,3	6,2
Strängnäs	4,5	8,6
Trosa	10,6	13,5
Region Östergötland	3,2	6,8
Ödeshög	5,1	5,6
Ydre	x	7,1

	Flickor	Pojkar
Kinda	5,7	11,8
Boxholm	x	6,1
Åtvidaberg	6,1	12,8
Finspång	2,2	6,3
Valdemarsvik	3,8	5,1
Linköping	3,3	7,3
Norrköping	2,9	5,3
Söderköping	3,4	6,7
Motala	3,1	8,3
Vadstena	5,0	8,9
Mjölby	3,7	7,4
Region Jönköping	3,2	6,8
Aneby	4,7	6,8
Gnosjö	3,8	6,8
Mullsjö	4,2	8,9
Habo	3,7	7,4
Gislaved	3,8	8,0
Vaggeryd	3,8	8,0
Jönköping	2,7	5,7
Nässjö	3,4	7,5
Värnamo	2,8	5,7
Sävsjö	4,6	6,3
Vetlanda	3,8	10,1
Eksjö	3,1	8,2
Tranås	2,6	7,1
Region Kronoberg	3,4	6,6
Uppvidinge	2,6	5,3

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

	Flickor	Pojkar
Lessebo	3,5	5,8
Tingsryd	3,1	5,9
Alvesta	3,1	7,0
Älmhult	4,0	7,0
Markaryd	4,4	7,9
Växjö	3,2	7,0
Ljungby	3,7	5,4
Region Kalmar	3,4	6,1
Högsby	x	3,8
Torsås	4,0	7,4
Mörbylånga	2,1	3,9
Hultsfred	4,6	6,6
Mönsterås	3,9	5,8
Emmaboda	x	5,7
Kalmar	2,2	4,9
Nybro	2,9	5,3
Oskarshamn	5,1	7,5
Västervik	5,5	9,0
Vimmerby	3,1	7,4
Borgholm	3,5	7,9
Region Gotland	7,3	10,9
Gotland	7,3	10,9
Region Blekinge	5,2	8,1
Olofström	5,7	10,6
Karlskrona	3,6	5,4
Ronneby	5,9	8,9
Karlshamn	6,3	9,6

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

	Flickor	Pojkar
Sölvesborg	7,9	13,3
Region Skåne	3,9	6,5
Svalöv	5,6	10,4
Staffanstorps	5,5	8,0
Burlöv	3,1	5,4
Vellinge	3,6	8,1
Östra Göinge	4,8	9,4
Örkelljunga	8,2	11,2
Bjuv	4,5	9,6
Kävlinge	4,7	8,3
Lomma	2,7	3,9
Svedala	5,6	8,6
Skurup	4,9	7,4
Sjöbo	6,1	8,9
Hörby	9,5	11,2
Höör	9,7	14,2
Tomelilla	5,3	8,5
Bromölla	5,8	13,1
Osby	5,0	8,8
Perstorp	3,3	10,0
Klippan	6,6	10,3
Åstorp	4,3	8,4
Båstad	3,1	5,7
Malmö	1,9	3,7
Lund	4,4	5,9
Landskrona	2,3	5,6
Helsingborg	3,1	5,2

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

	Flickor	Pojkar
Höganäs	3,8	6,1
Eslöv	7,3	10,5
Ystad	3,6	5,7
Trelleborg	5,2	8,8
Kristianstad	4,7	8,3
Simrishamn	5,1	6,0
Ängelholm	3,9	6,9
Hässleholm	5,5	8,7
Region Halland	6,7	10,5
Hylte	8,3	12,8
Halmstad	6,1	10,5
Laholm	8,4	9,6
Falkenberg	7,8	10,0
Varberg	6,9	10,2
Kungsbacka	6,2	11,2
Region Västra Götaland	3,6	6,7
Härryda	4,8	8,7
Partille	3,9	5,4
Öckerö	6,5	9,8
Stenungsund	4,3	5,6
Tjörn	4,5	7,9
Orust	5,7	9,1
Sotenäs	4,8	10,9
Munkedal	5,2	10,0
Tanum	5,0	7,4
Dals-Ed	x	9,5
Färgelanda	4,8	9,4

	Flickor	Pojkar
Ale	3,1	5,8
Lerum	4,2	7,8
Vårgårda	2,1	5,4
Bollebygd	5,2	7,3
Grästorp	4,1	7,1
Essunga	4,6	8,7
Karlsborg	4,2	11,3
Gullspång	x	13,9
Tranemo	2,5	6,8
Bengtsfors	4,7	9,0
Mellerud	3,1	8,4
Lilla Edet	5,8	9,3
Mark	5,3	8,5
Svenljunga	4,2	7,0
Herrljunga	3,5	8,4
Vara	6,1	11,5
Götene	7,1	11,8
Tibro	5,0	9,6
Töreboda	8,7	14,6
Göteborg	3,2	5,8
Mölnadal	3,7	8,2
Kungälv	4,0	6,7
Lysekil	5,1	8,1
Uddevalla	3,0	5,3
Strömstad	2,1	4,4
Vänersborg	2,3	6,4
Trollhättan	3,5	7,1

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

	Flickor	Pojkar
Alingsås	3,3	5,5
Borås	1,7	4,2
Ulricehamn	2,6	5,4
Åmål	3,1	6,1
Mariestad	6,7	13,4
Lidköping	4,5	9,1
Skara	6,4	9,6
Skövde	3,9	7,1
Hjo	4,7	10,2
Tidaholm	7,3	10,8
Falköping	3,5	5,5
Region Värmland	4,2	7,2
Kil	7,9	12,3
Eda	x	7,5
Torsby	2,7	6,8
Storfors	8,1	11,5
Hammarö	3,2	5,9
Munkfors	8,0	11,3
Forshaga	6,1	10,4
Grums	6,7	10,8
Årjäng	x	5,9
Sunne	3,4	5,8
Karlstad	3,9	6,5
Kristinehamn	4,2	8,3
Filipstad	5,7	9,1
Hagfors	3,4	7,6
Arvika	3,0	4,9

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

	Flickor	Pojkar
Säffle	5,5	7,0
Region Örebro	3,8	7,1
Lekeberg	4,4	6,7
Laxå	4,3	9,3
Hallsberg	3,8	6,5
Degerfors	4,2	10,7
Hällefors	4,9	9,3
Ljusnarsberg	x	7,8
Örebro	3,5	6,2
Kumla	5,8	9,5
Askersund	4,1	10,8
Karlskoga	3,0	7,2
Nora	4,2	8,3
Lindesberg	4,0	7,7
Region Västmanland	5,4	9,1
Skinnskatteberg	x	x
Surahammar	7,5	11,9
Kungsör	5,7	8,3
Hallstahammar	8,2	11,9
Norberg	7,7	10,9
Västerås	5,0	8,7
Sala	7,7	13,1
Fagersta	5,4	10,2
Köping	4,1	6,7
Arboga	4,1	7,4
Region Dalarna	5,9	9,6
Vansbro	5,9	8,9

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

	Flickor	Pojkar
Malung-Sälen	5,4	7,2
Gagnef	6,1	9,5
Leksand	5,9	9,7
Rättvik	8,4	10,9
Orsa	8,1	11,7
Älvdalen	4,6	9,4
Smedjebacken	6,6	8,1
Mora	6,1	9,5
Falun	6,7	9,5
Borlänge	4,7	9,1
Säter	7,4	9,9
Hedemora	5,1	12,7
Avesta	7,6	13,5
Ludvika	4,4	8,3
Region Gävleborg	5,1	9,4
Ockelbo	4,0	16,0
Hofors	8,8	12,5
Ovanåker	3,9	7,1
Nordanstig	6,3	10,5
Ljusdal	4,8	8,5
Gävle	5,1	10,2
Sandviken	5,3	9,2
Söderhamn	6,7	8,8
Bollnäs	4,2	7,5
Hudiksvall	4,8	8,9
Region Västernorrland	2,9	6,0
Ånge	4,0	6,6

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

	Flickor	Pojkar
Timrå	3,7	7,6
Härnösand	3,4	5,3
Sundsvall	3,1	6,1
Kramfors	3,0	7,0
Sollefteå	x	5,6
Örnsköldsvik	2,3	5,4
Region Jämtland-Härjedalen	4,8	7,5
Ragunda	x	5,8
Bräcke	5,2	11,1
Krokom	5,8	7,9
Strömsund	4,2	8,8
Åre	4,2	6,3
Berg	3,7	5,6
Härjedalen	4,9	8,8
Östersund	5,2	7,5
Region Västerbotten	4,5	8,3
Nordmaling	4,3	7,8
Bjurholm	x	x
Vindeln	5,1	9,1
Robertsfors	3,5	8,8
Norsjö	5,9	13,0
Malå	6,8	17,3
Storuman	8,0	16,7
Sorsele	x	x
Dorotea	x	9,1
Vännäs	3,5	6,4
Vilhelmina	9,5	13,1

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

	Flickor	Pojkar
Åsele	x	15,0
Umeå	3,2	5,5
Lycksele	6,7	16,2
Skellefteå	6,0	10,4
Region Norrbotten	5,3	9,0
Arvidsjaur	5,4	12,2
Arjeplog	x	11,0
Jokkmokk	9,4	11,0
Överkalix	x	10,2
Kalix	4,4	9,1
Övertorneå	6,5	x
Pajala	4,3	6,5
Gällivare	6,5	8,6
Älvsbyn	6,3	9,9
Luleå	4,9	8,3
Piteå	5,5	9,3
Boden	7,2	13,1
Haparanda	5,1	9,6
Kiruna	4,4	6,6

Bilaga 2. Metodbeskrivning

Alla analyser baseras på uppgifter på individnivå i Socialstyrelsens nationella patient- och läkemedelsregister.

Uttag av adhd-läkemedel

Relaterar till figur 1–4. Koder enligt ATC: N06BA01, N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, C02AC02.

Prevalenta läkemedelsanvändare: Har uttag av minst ett adhd-läkemedel under ett givet år, oavsett om uttag gjorts tidigare år eller inte. En användare förekommer en gång per år.

Incidenta läkemedelsanvändare: Har uttag av minst ett adhd-läkemedel under ett givet år, och har *inte* uttag tidigare år. En användare förekommer en gång per år. Incidenta läkemedelsanvändare definierades enligt väntetidsfördelningen (se fotnot 6). Denna bygger på att ”man väntar ut” att en person har sitt första uttag under ett visst år. Det flesta recept hämtas ut inom 3–5 månader vilket gör att de prevalenta användarna kommer ha sitt första uttag i början av året. De efterföljande månaderna kommer därför bestå av nya användare.

Regionala skillnader

Relaterar till figur 5. Uttag av adhd-läkemedel (prevalenta) bland pojkar och flickor 10–17 år, fördelat på folkbokföringsregion 2022.

Prognos av läkemedelsutvecklingen

Relaterar till figur 5–6 och tabell 1. Prognosen avser pojkar respektive flickor i åldersgruppen 10–17 år. För att estimeras antalet i befolkningen som i framtiden kommer behandlas med adhd-läkemedel användes en logistisk tillväxtmodell¹ (se fotnot 10). Denna beskriver hur ökningen av antalet behandlade är proportionell dels mot det totala antalet behandlade vid varje tidpunkt, dels mot skillnaden av antalet behandlade och maxantalet som nås på sikt. Maxantalet brukar benämnas steady-state och innebär att andelen behandlade varken ökar eller minskar eftersom in- och utflödet är i balans. I detta fall består inflödet av individer som påbörjar läkemedelsbehandling under året då de fyller 10 år. På samma vis består utflödet (främst) av behandlade som lämnar populationen när de fyller 18 år.

Diagnoser

Relaterar till figur 7–8. Koder enligt ICD-10.

Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd

Adhd ("paraplybegrepp"): F90

Adhd (form): F90.0B

Add (form): F90.0C