
Kunnskapskrise i AD/HD-feltet?

KOMMENTAR

RUNE ANDREAS LEA

runalea@online.no

Rune Andreas Lea er overlege og barne- og ungdomspsykiater.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Vogt & Lunde går langt i å påstå at det er en kunnskapskrise i AD/HD-feltet, ikke bare med tanke på medisiner, men også ved AD/HD som «tilstand», «hvordan man forstår lidelsen» (1).

Det siste stiller jeg et stort spørsmålstegn ved. Det er ingen krise. AD/HD forstås som en meget sammensatt, kompleks reguleringsforstyrrelse der gener i et samspill med miljøfaktorer fører til påvisbare endringer i hjernen og til ulike kliniske mønstre. Få tilstander er så omfattende forsket på som AD/HD.

Som bare ett eksempel, er det påvist mindre volum i flere sentrale hjerneavsnitt hos barn og voksne med AD/HD (2). En oppsummering som det refereres til i kronikken (3), bør leses i sin helhet. Den gir et nyansert bilde av tilstanden, og oppsummerer den store bredden i kunnskapen om hvor kompleks tilstanden er. Utfordringen er at AD/HD krever individuell behandling og tilrettelegging. Når det er indikasjon for medikamentell behandling, skal den inngå i en behandlingsplan som bør omfatte både veiledning av foreldre og tilrettelegging i skolen.

Mange studier, også de Vogt & Lunde refererer til, gir klare indikasjoner på at medisinbehandling har effekt på AD/HD-symptomer i alle fall de første 1 ½ - 2 år. Medisiner har en sentral rolle i behandling av moderat til alvorlig AD/HD.

Når det gjelder langtidseffekt, viser kronikken til «heftig debatt etter Cochrane-oppsummeringen», men gir lite rom til de stemmene i fagfeltet som nyanserer bildet. David Coghill og medarbeidere har utviklet en modell for behandling og oppfølging av AD/HD, en modell som viser meget gode langtidsresultater (4). Pasienter er fulgt opp i inntil 120 måneder, og medisiner inngår i behandlingen. Den viktige forskjellen fra MTA-studien er at pasientene i Dundee-modellen følges opp regelmessig i spesialisthelsetjenesten, og behandlingene blir justert underveis.

Det er ikke legemidlenes effekt det bør såes tvil om, snarere hvordan vi følger opp behandlingen. Det innebærer å utarbeide en behandlingsplan, ikke minst å justere den gjennom oppfølging over flere år. Det er et stort tankekors at vi i som jobber i barne-

og ungdomspsykiatrien kan gjøre en god utredning og starte en sammensatt behandling der medisiner inngår sammen med andre tiltak, men at pasientene så blir skrevet ut til en usikker og mangelfull oppfølging. Overgang fra barneår til ungdomstid, og fra ungdom til voksen alder innebærer store endringer hvor behandling, inkludert med legemidler, må justeres. Det krever inngående kunnskap.

Etter min mening bør pasienter med AD/HD derfor regelmessig følges opp i spesialisthelsetjenesten. I lys av at pasienter med AD/HD ofte har komorbide lidelser, bør BUP-er ha et team med bred kompetanse og hovedfokus på nevroutviklingsforstyrrelser som også kan tjene førstelinjetjenesten.

AD/HD-medisinerer må aldri bli en «lettvint» løsning. Debatten om AD/HD-medisinerer er allerede veldig polarisert. Den velskrevne kronikken til Vogt & Lunde, bidrar etter min mening dessverre ikke til å dempe denne polariseringen.

LITTERATUR

1. Vogt H, Lunde C. AD/HD-medisinerer – svakt vitenskapelig grunnlag. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138: 126 - 8.
2. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP et al. Subcortical brain volume differences in participants with ADHD in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. Lancet 2017; 4: 310 - 9. [PubMed]
3. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Nat Rev Dis Primers 2015; 1: 15020. [PubMed][CrossRef]
4. Coghill D, Seth S. Effective management of ADHD through structured re-assessment: the Dundee ADHD clinical care pathway. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2015; 9: 52. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 16. mars 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0183

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.